

X.

Vom Bewusstsein in Zuständen sogenannter Bewusstlosigkeit.

Von

Arnold Pick

(Dobrzan.)

~~~~~

Es war ein Verdienst Koch's in einem auf der Münchener Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrage, dessen Titel wir auch für unseren Aufsatz gewählt, die Aufmerksamkeit auf eine Frage gelenkt zu haben, die nicht bloss für die Psychiater, sondern auch für die Psychologen und Gerichtsärzte insbesondere von höchstem actuellem Interesse ist; es geht dies auch schon daraus hervor, dass die Frage seither nicht mehr von der Tagesordnung der wissenschaftlichen Discussion abgesetzt ist.

Im Folgenden theilen wir nun einen Fall mit, der geeignet ist, auf die discutirte Frage manches Streiflicht zu werfen; derselbe erscheint vor Allem dadurch bemerkenswerth, dass es möglich war, eingehend und klar mit dem Kranken in seinen Anfällen von sogenannter Bewusstlosigkeit zu verhandeln, was in der Mehrzahl der bisher mitgetheilten Fälle nicht der Fall war, weil entweder die Anfälle nicht ärztlich beobachtet wurden oder die psychischen und motorischen Aeusserungen derartig waren, dass von einem geordneten Examen kaum die Rede sein konnte. — Der hervorgehobene Umstand mag es entschuldigen, dass die Aeusserungen unseres Kranken so ausführlich wiedergegeben werden.

Am 20. April d. J. wurde in D. (in der Nähe der Anstalt) der 21jährige Bergknappe Johann G. aus R. aufgegriffen, der laut ärztlichem Zeugnisse durch auffallendes Benehmen sich bemerkbar gemacht; er erklärte nach Passau fahren zu wollen und ging in die Kirche, um das Schiff zu besteigen; einen

ihn antreffenden Polizeimann, den er für den Obersteiger G. aus R. hält, bittet er, ihm behülflich zu sein, damit die Sache geordnet werde; er will sich entkleiden, „weil ein armer Mensch es nothwendiger braucht“; in das Bürgermeisteramt geführt, glaubt er in der Werkkanzlei zu sein, erklärt einen dort befindlichen Mann für den Au . . . er Pfarrer, dem er etwas sagen müsse; er habe in einem ihm vom Vater geschenkten Buche gelesen, dass er sich erhängen müsse, womit er ein wohlgefälliges Werk thue; verlangt, dass der Act wegen seiner Erbschaft, der falsch abgefasst sei, richtig gestellt werde. Einzelne Antworten auf Fragen verweigert der Kranke mit der Motivirung „weil der Pfarrer von Au . . . es verboten aus der Beichte zu latschen (schwatzten)“. Früher, erzählt Patient, sei er wegen Bluthusten im Egerer Spitale gelegen, jetzt sei er ganz gesund; er schlafe wenig, weil er Acht geben müsse, dass man ihn nicht umbringe; er habe öfters schon Männer mit Messern zum Fenster hereinsteigen sehen, und auch Töpfe mit Blut erblickt. Er wolle nach Passau, um den oben erwähnten Erbschaftsact umändern zu lassen; er habe 50 Fl. geerbt, die sollen die barmherzigen Schwestern vom heiligen Kreuz bekommen; er habe Geld aufgehoben und seine gottselige Mutter sorge für ihn; als er den ihn untersuchenden Arzt schreiben sieht, erklärt er die Schrift für falsch. Erzählt, dass er den ganzen Tag umhergerannt, überall die Abfahrt versäumt habe, überall, wo er hinkam, sei er abgewiesen worden; giebt einige Anamnestica an, andere verweigert er, weil der Pfarrer von Au . . . etc.; er habe den Gnadenruf Gottes erhalten und müsse sich erhängen, vorher jedoch müsse noch der Act geändert werden.

In der Anstalt verhält er sich ruhig, hat gut geschlafen und gegessen.

Am 21. April zum Examen vorgeführt, giebt er seinen Namen richtig an; auf die Frage, woher er sei, sagt er: „Das darf ich nicht sagen, aus der Beichte darf man nicht latschen“. Er will mit dem ersten Dampfer fort, behauptet in Pest zu sein, und stromaufwärts nach Passau fahren zu wollen. Die Frage, ob er schon in Pest gewesen, bejaht er, die Frage nach der Zeit lehnt er mit der obigen Formel ab; die, wie er hergekommen beantwortet er, er sei jetzt von Eger nach P. gefahren, das sei „Gnadenruf Gottes“.

„Was ist ein Gnadenruf Gottes?“

„Weil meine Stiefmutter einen falschen Eid abgelegt hat, muss ich unschuldig sitzen.“

Mehrere jetzt folgende Fragen beantwortet G. nur dahin, dass er das nicht genau sagen dürfe. Spontan äussert er, wenn man mit dem langen Messer komme, sei er gleich weg (trotz gemacht); eine Erklärung verweigerte er; er sei Bergmann und habe auch Musik getrieben, es jedoch wegen Bluthustens aufgeben müssen, leugnet viel getrunken zu haben. Nach der Jahreszahl gefragt, sagt er zuerst „man darf nicht Alles auslatschen“, späterhin sagt er 1862 (sein Geburtsjahr), korrigirt sich dann und giebt sie richtig an. Wenn er Alles auslatschen würde, würde er schliesslich aufgehängt; er hat Angst im Schlaf von seiner Stiefmutter überfallen zu werden, giebt an in N. gearbeitet zu haben, die Frage nach dem Zeitpunkt lehnt er mit der früher citirten Formel ab; auf die Frage, ob er an Krämpfen leide, sagt er

„manchmal ja“; er habe seit der Zeit, wo er im Egerer Spitäle Blut gehustet, Ohnmachtsanfälle.

Hier glaubt er im Wartesaale zu sein, die Uebrigen (Kranken) werden wohl auch mitfahren; auf die Einwendung, dass doch kein Fluss in der Nähe, sagt er: „Dafür wird meine selige Mutter Sorge tragen“. Als ihm vorgehalten wird, dass er in der Dobrzaer Irrenanstalt sei, sagte er: Das glaube ich nicht; den Director erklärt er für den Schichtmeister, den zweiten Arzt für den Markscheider, den Abtheilungswärter für den Obersteiger; auf den Einwand: dass die doch nicht wohl Alle in Pest sein werden, erklärt er, dass dies durch Zufall wohl möglich sei. Die Frage, ob er lesen und schreiben könne, bejagt er, ein ihm zur Probe vorgehaltenes Schriftstück erklärt er für falsch; zum Schreiben aufgefordert, macht er eine Reihe von Strichen, von denen einer etwa einem G ähnlich sieht; als ihm sein Namen vorgescrieben wird, sagt er, „das ist ja falsch“. Als ihm nochmals vorgehalten wird, wo er hier ist, sagt er: „das wäre nichtschlecht, dass man mich fortwährend aufschiebt und dann sitzen lässt“; noch giebt er an, viel Geld zu besitzen, doch halte er es unter einem Steine verborgen.

Status somaticus. Der Kranke ist von kleiner Statur, mässigem Knochenbau und entsprechender Ernährung, die Hautdecken blass, im Gesichte gebräunt, Schädel mesocephal, 56 Ctm. Umfang, ohne wesentliche Asymmetrie, Stirne etwas steil. Beim Messen des Schädels ruft Patient: Sie werden mich doch nicht aufhängen wollen. Die Conunctivae bulbi stark injicirt. Pupillen mittelweit, ihre Reaction normal, der linke Mundfacialis etwas schlaff, der linke Mundwinkel steht etwas tiefer als der rechte, welcher stärker nach aufwärts gezogen ist; die Zunge wird gerade vorgestreckt, zittert stark in toto. Der Gesichtsausdruck ganz eigenthümlich, zum Theil wie verloren, Blick matt. (Hier ist anticipirend zu bemerken, dass der Blick in den anfallsfreien Zeiten viel freier ist, und dass auch die Injection der Conunctivae bulbi dann fehlt.) Leichte Skoliose. Sonst nichts Abnormes, Puls 60.

22. April. Der Kranke verhält sich ruhig, glaubt, sich noch immer in Pest zu befinden.

23. April. Unverändertes Verhalten, verlangt seine Entlassung, vorher müsse er noch einen Gnadenruf erheben, behauptet im Wartesaal in Pest zu sein, er wolle nach Passau fahren; erzählt, er sei schon einmal zu Fuss nach Pest gegangen. Die Uebrigen (Kranken) möchten wohl auch mit nach Passau fahren, ehe er den Gnadenruf erhebe, möchte er noch vorher zum Pfarrer in Au. Dann müsse er sich aufhängen. Sein Bruder habe sich erschossen, da könne er sich auch aufhängen. Aufgefordert, den Gnadenruf zu erheben, sagt er, er müsse vorher noch mit dem Pfarrer sprechen, er habe ihn heute zwar gesehen, er habe aber mit sich nicht sprechen lassen wollen. Beziiglich der Reise befragt, giebt er an, er sei erst ein Paar Tage auf Reisen, nach Pest komme man in einem Tage. Beziiglich seiner häuslichen Verhältnisse erzählt er, dass der Vater nicht Herr sein könne über die Masse von Kindern.

Seine Stiefmutter habe ihn geschlagen, weil er die übrigen Geschwister nicht habe bedrücken lassen wollen.

24. April. Befragt, ob er wisse, wo er sich befindet, giebt Patient zur Antwort: Die Uebrigen sagen, dass wir uns in Dobrzan befinden. Auf die Frage, ob er es auch glaube, sagt er, er scheine wohl dort zu sein; doch macht es den Eindruck, als ob er noch immer zweifeln würde. Beim Holen des Abendessens trifft Patient mit einem Kranken zusammen, der mit ihm gleichzeitig in Eger im Spital gewesen und dessen Einlieferung in die Irrenanstalt ihm bekannt war. Von da ab weiss er, wo er sich befindet und beantwortet eine diesbezügliche Frage richtig.

25. April. Des Nachts hat er öfters unter's Bett geguckt, auf die Frage des Wärters, was er dort suche, antwortet Patient: „den Pfarrer von Au“. Später gefragt, ob er denn wirklich glaube, dass dieser unter dem Bett sich befindet, sagte er: „es könne wohl sein, dass er unter dem Bette wäre“.

Bei der Frühvisite verkennt Patient wieder die Personen der Umgebung und giebt den Aerzten ganz die gleichen Titel wie am ersten Tage. Auf die Frage, ob er wisse, wo er sich befindet, sagt er: man sagt, man sei in Dobrzan, wenn's nicht D. ist, so ist es Pest. Die Frage, woran er Pest erkenne, erwiderst er, es fliessst die Donau dort. Hier sehe er sie nicht, weil sie hinter dem Hause fliessse. Er will den Gnadenruf erheben und deshalb vorher den Pfarrer von Au sprechen. In die Kirche in D. gegangen zu sein, leugnet er, es sei der Wartesaal gewesen. Als ihm bedeutet wird, dass er etwas confus im Kopfe sei, antwortet Patient: „wie könnte ich verrückt sein, ich habe doch die Donau vorüberfliessen gesehen“. Bezuglich des Person des ihn examinirenden und von ihm dauernd verkannten Arztes aufgeklärt, sagt er: „jetzt weiss ich, wie ich Sie tituliren soll“. Befragt, wann seine Geisteskrankheit angefangen, sagt er: er sei doch nicht geisteskrank (etwas erregt), er könne doch seine Brüder nicht unterdrücken lassen, er werde sie von der Stiefmutter weggeben. Sie habe ihn geschlagen und er habe zurückgeschlagen und das sei der Gnadenruf Gottes (wieder erregter), es wäre schlecht von ihm, wenn er seine Brüder verlassen würde. Er erzählt nun, dass er vom Hause seit einigen Wochen weg sei, er habe in N. gearbeitet, von dort sei er vor etwa einer Woche weggegangen; die Jahreszahl giebt er richtig an, den gegenwärtigen Monat bezeichnet er als März. Hier will er schon 8 Tage sein; aufgefordert, zu schreiben, fällt die Schriftprobe wohl sehr mangelhaft aus, doch sind die Buchstaben als solche zu erkennen. Nachmittag sagt er zum Wärter: er müsse sich auf jeden Fall aufhängen.

26. April. Bei der Frühvisite ist Patient noch unklar, befragt, wo er sich befindet, sagt er: nun man sagt in D. Patient bekommt von jetzt ab Bromkalium.

Nachmittags finden wir den G. unter den übrigen Kranken; der Gesichtsausdruck zeigt nicht mehr das eigenthümliche Gemisch von Angst und Erstaunen, er weiss jetzt, wo er ist; erzählt von seiner „Krankheit“, die er wohl wieder gehabt haben müsse.

Kurze Zeit darnach in's Zimmer zum Examen gebracht, weiss er sich nur zu erinnern, dass er Verf. zuvor gesehen, auf die Frage, ob er sich nicht erinnere, ihn schon mehrmals in den letzten Tagen gesehen zu haben, sagt

er: „Da war ich vielleicht in meinem schlimmen Zustande“; an die Vorfälle der letzverflossenen Tage weiss er sich nur in so weit zu erinnern, dass ihm dunkel bewusst ist, den Kranken M. gesehen zu haben, mit dem er zusammen im Spitale in E. gewesen, und dessen Anwesenheit hier, ihn, da er von dessen Transport in die Irrenanstalt gewusst, über seinen hiesigen Aufenthalt orientirt habe. Charakteristisch für die Art seines gestrigen Bewusstseinszustandes ist auch die Art, wie er sich darüber ausdrückt; Frage: „Gestern waren Sie doch schon bei Sinnen“. Noch nicht recht! Wie das? „Weil ich noch nichts weiss von gestern“. Es bedarf noch der Erzählung, um ihn an die Episode mit dem Kranken M. zu erinnern.

Ueber die Zeit ist er in so weit orientirt, dass er Jahr und Monat anzugeben weiss, sonst kann er nur sagen, dass er vorige Woche hereingekommen. „Wenn ich in meipem Zustand bin, weiss ich nichts von mir“. An seine Aussagen erinnert, lehnt er es bestimmt ab, sich an sie erinnern zu können.

Er giebt nun eine correcte Anamnese: Ist 1862 30. August geboren, besuchte fleissig die Schule, schreibt seinen Namen correct, auch das Kopfrechnen gelingt in entsprechender Weise; im Jahre 1873 will er kaltes Fieber gehabt haben; die Familienverhältnisse waren recht traurige, der Vater über vortheilte ihn und seinen Bruder; bezüglich des von ihm vielfach citirten...er Pfarrers erzählt er, dass er einmal bei ihm gebeichtet; Verletzungen hat er keine wesentlichen erlitten; im Jahre 1879 war er von Steyr auf einem Floss nach Pest (!) gefahren.

Am 1. November v. J. trat er mit Seitenstechen und Bluthusten in das Spital in E. ein und blieb dort bis 15. Februar d. J.; in dieser Zeit traten zuerst die Anfälle auf, die er „seine Krankheit“ nennt, zuerst hat er 10 bis 15 Minuten lang ein Sausen in den Ohren, dann fängt es an zu läuten, es wird immer schlimmer, „bis dass ich ohne Verstand bin“; anfänglich dauerte die Krankheit einige Stunden und soll allmälig bis zur Dauer von mehreren Tagen gestiegen sein; 7—8 solcher Anfälle will er gehabt haben: einen in K., einen zweiten in P.; dort hätte es ihm plötzlich angefangen in den Ohren zu läuten, da habe er gedacht, es wäre Zeit in's Krankenhaus zu gehen, er könnte noch von der Polizei aufgegriffen und per Schub in die Heimath befördert werden; weiter weiss er sich an nichts zu erinnern.

Der Kranke wird jetzt in die Abtheilung gebracht, in welcher er die ersten Tage seines Hierseins verbrachte; er erkennt dieselbe nicht, aber wohl einen der dort befindlichen Wärter, den er heute anderwärts schon gesehen.

Am 27. und 28. April ist Patient vollkommen klar.

29. April. Der Kranke wird, nachdem er des Morgens mit einem anderen Streit bekommen, bald darauf unruhig, fängt an, unruhig auf dem Gange umherzugehen, plötzlich rennt er mit dem Kopfe gegen die Wand, schreit „Das Gehirn muss nach allen Seiten hin spritzen, ich werde doch meinen Bruder nicht verlassen“.

Patient wird zu Bett gebracht; die einige Zeit darnach ihn examinirenden Aerzte verkennt er ganz in der gleichen Weise wie während des ersten Anfalles; gefragt, wo er sich befindet, sagt er „im Krankenhouse“; noch heute

Abend sei er bei seinen Brüdern gewesen; an der vorgehaltenen Uhr erkennt er erst nach längerem Rathen die richtige Zeit; auf die Frage ob er schon jemals mit dem Director von Dobrzan gesprochen, sagt Patient „ja“; gefragt, wie derselbe aussehe, sagt er „Vielleicht sind Sie es selbst“.

(Spontan): „Die Sippschaft besteht auf meinem Untergange“. Gefragt, ob er Angst habe, dass ihm etwas geschehe: „Zu trauen sei nicht, sonst hätte man ihn nicht in's Krankenhaus gethan“. Im Egerer Krankenhause, giebt er auf Befragen an, habe er gelegen wegen Bluthusten und weil er im Kopfe krank gewesen; gefragt, ob er auch Krämpfe gehabt, sagt er: blos einfache Krämpfe, in den Fingern; gefragt, ob er auch Anfälle von Bewusstlosigkeit gehabt, giebt er an, sie hätten einige Stunden gedauert, und sei ihnen Ohrensausen vorangegangen; heute habe er auch etwas Ohrensausen gehabt, jetzt fehle ihm nichts. Spricht wieder vom Pfarrer in Au. und vom Gnadenruf. — Pupillen mittelweit, die linke etwas weiter, letztere reagirt weniger prompt auf Lichteinfall. Um  $3\frac{1}{4}$  Uhr Nachmittags ist Patient noch völlig unklar; den ihn besuchenden Arzt, der das Einlieferungspapier ausgestellt, erklärt er für den „Herrn Bergingenieur“; er habe ihn oft in R. gesehen. Bei der Visite um 5 Uhr ist Patient lucid, erkennt den Arzt, weiss, wo er sich befindet, giebt an seit etwa einer Stunde klar zu sein; Amnesie für den ganzen verflossenen Tag.

30. April. Klar; gefragt, ob es denn vorkomme, dass Jemand an das, was er gestern gethan, sich nicht erinnern könne, sagt Patient: „Bei mir schon, ich habe wahrscheinlich wieder meinen Anfall gehabt“; giebt jetzt wieder ganz richtige Anamnese.

Der seither eingegangenen Krankengeschichte aus dem Egerer Spitäle entnehmen wir folgendes: G. stand vom 18. December v. J. bis 15. Februar wegen Lungenkatarrhes in Behandlung; während dieser Zeit wurden öfters an ihm epileptiforme Anfälle beobachtet; er setzte sich im Bette auf, es zuckte zuerst im Gesichte, später an den Extremitäten, der Kranke war besinnungslos, zerriss Wäsche und Kleider.

Am 26. März wurde G. abermals dem Spital zugeführt, woselbst er bis 7. April verblieb. Bezuglich des nur zwei Tage dauernden Aufenthaltes im Spital zu R. ist nur die eine aber höchst wichtige Thatsache bekannt geworden, dass der Kranke, jedesmal, wenn er das Pfeifen der Locomotive hörte, äusserte, der Dampfer gehe jetzt ab, er müsse einsteigen.

Der Vater des Patienten weiss nur anzugeben, dass seit dem Herbste vorigen Jahres zeitweise Nachmittags auftretende „Starrkrämpfe“ an G. beobachtet wurden.

Am 2. Mai Morgens. Patient wieder verwirrt, aufgeregzt; die Stiefmutter müsse vor ihm liegen, er werde ihr die Gedärme herausreissen, sie stehe auf seinem Untergange; er müsse sich hinausspeculiren, weil er nichts zu thun habe; wenn er sich die ganze Woche schinde und 7—8 Fl. verdiente, so „könne er doch seinen Brüdern ein Stück Brod abschneiden“.

Um 11 Uhr Vormittags ist Patient wieder klar und bleibt es bis zum 6. Mai. Er ist völlig ruhig, aber ganz unorientirt; er sei gestern Abend

von Dobrzan fortgefahren, der Doctor selbst habe ihm noch Abends beim Bette seine Entlassung angekündigt; gefragt, warum er in die Irrenanstalt gekommen, sagt Patient, er sei zufällig hineingekommen, sei dort etwa 14 Tage gewesen, die Stiefmutter habe nicht gewollt, dass er entlassen werde; hier sei die Station, um umzusteigen, man lasse ihn aber nicht fort; die ihn examinierenden Aerzte bezeichnet er wieder mit den gleichen Titeln wie während der früheren Anfälle; Fragen bezüglich seines Aufenthaltes in der Irrenanstalt, bezüglich der Aerzte beantwortet er völlig correct, jedoch durchaus so, als ob er sie jenen anderen Personen erzählte; gefragt, ob er wohl zu Hause seinen Angehörigen von der Anstalt erzählen werde, sagt er, er wolle mit ihnen nicht sprechen; erzählt, dass er manchmal an Bewusstlosigkeit leide, er lebe dann in einer anderen Welt (ipsissima verba), er könne nichts dafür; erzählt von seinem Aufenthalte in den Spitäler zu E. und R. Gefragt, ob er nicht glaube, dass der Frager der Director der Irrenanstalt sei, sagt Patient: Ich glaube nicht.

Wo glauben Sie, dass Sie sich befinden?

„Es kommt mir so bekannt vor; es scheint mir ein Krankenhaus zu sein“.

G. wird nun mitgenommen; in sein Schlafzimmer geführt, sagt er über Befragen, hier sei er heute Morgens aufgestanden, hier sei ein Krankenhaus, welches wisse er nicht. Vor den Pavillon geführt, so dass er die verschiedenen Anstaltsgebäude überblicken kann, und gefragt, ob er den Ort kenne, sagt er: „Es ist ein Kurort, oder sollte es Dobrzan sein? Ich bin doch gestern von dort weggefahren, es schaut sonst gerade so aus“. Im Weitergehen hält er anfänglich an der Meinung, gestern aus Dobrzan entlassen worden zu sein, fest, sagt aber dann in zweifelndem Tone: „Einen Anfall habe ich doch schon lange nicht gehabt“. Gefragt, ob er nicht jetzt einen habe, leugnet er es; beim Weitergehen durch die Anlagen giebt Patient auf eine diesbezügliche Frage zu, dass es möglich sei, dass jetzt die „Visite“ abgehalten werde. In den nächsten Pavillon geführt, erkennt er die Abtheilung, in der er früher gewesen, auch einen Wärter, giebt jetzt die Möglichkeit zu, dass hier die Anstalt sei. Als sich jetzt ein anderer Kranker nähert und sagt: „Ich stelle mich vor, stichst Du mich, so stich ich Dich“, wird G. ängstlich, drückt sich an die Aerzte und sagt: „Hier bleibe ich nicht, wenn hier die Leute gestochen werden, der (auf den Kranken zeigend) hält's mit der Sippschaft von meiner Stiefmutter“. Beim Verlassen des Gebäudes fragt Verfasser den Kranken, ob er ihn jetzt kenne; Antwort: „Es ist doch möglich, dass Sie der Herr Director sind“. Den zweiten Arzt erklärt er aber immer noch für den Herrn Markscheider. Die IX. Abtheilung, in der er früher gewesen, erkennt er sofort, ebenso den Wärter, die dort befindliche Abtheilung der Bettlägerigen, in welcher er auch einige Tage gewesen, deutet er jedoch als ein Krankenhaus; deutet auf einen Kranken „der hat gewiss Tbc (die in österreichischen Spitäler übliche Bezeichnung für Tuberculose) dextra“, giebt auch die richtige Aufklärung, woher er diese Bezeichnung kenne; in den Garten dieser Abtheilung geführt, erkennt er ihn nicht; als sich ihm ein aufgeregter Verrückter

nähert, sagt G.: Das ist ein roher Mensch, der gehört auch zur Sippschaft, hier bleibe ich nicht“.

Bei der Nachmittagsvisite völlig klar, erkennt den zweiten Arzt, weiss, wo er ist, das Bewusstsein habe er etwa um 11 Uhr bekommen; als er mit der Visite von IX fortging, habe es ihm zu dämmern angefangen, — Seither lucide; Krampfanfälle irgend welcher Art sind an dem Kranken, der auch des Nachts im Wachzimmer schläft, seitdem er hier, nicht beobachtet worden.

9. Mai. Mittags wird ein kurzdauernder (etwa 3 Minuten) der Erzählung nach unzweifelhaft als epileptisch zu bezeichnender Krampfanfall gemeldet; der Inspectionsarzt findet ihn benommen, von dem unverständlichen Gemurmel ist nur verständlich: „Die verfluchte Canaille ist an Allem Schuld“. Puls 96, Pupille weit, die rechte weiter als die linke. Später vom Verfasser gefragt, ob er denselben kenne, sagt Patient: „Sie sind der Markscheider oder Schichtmeister“; er glaubt vielleicht in Eger zu sein; im weiteren Verlaufe wird er klarer, orientiert sich, erkennt, dass er einen Krampf gehabt und zwar daran, dass „ihm die Nerven ein wenig zucken“, erinnert sich auch, dass man ihn aufgehoben, wie lange es gedauert, weiss er nicht. Zwischen durch schimpft er wieder und deshalb zur Rede gestellt, sagt er: „Ich werde mich doch nicht unterdrücken lassen, ich werde von Allen gedrängt, ich habe keinen einzigen Freund; ist das nicht genug, dass man sich die ganze Woche plagt, und werde doch verkürzt?“ Die verstorbene Mutter habe der Vater in's Grab gebracht, ihn wolle man auch ruinieren, es wäre ihre grösste Freude ihn am Galgen zu sehen, aber erst müssen sie vor ihm liegen; „ja, ja, nur zahlen und folgen, das wäre ihnen schon recht!“

Aufmerksam gemacht, dass er hier nichts zahlen müsse, auch bisher nichts gezahlt habe, sagt er, das sei blos zu Hause gewesen, er erinnere sich blos daran. Gefragt, wie lange er sich hier befindet, sagt Patient, schon lange Zeit, ein Paar Wochen; wie er hereingekommen, wisste er nicht (sich besinnend), „ach ja, mich hat der Steiger Götzl fortgeführt“. Will aus dem Bette, in das er gebracht worden, um sich rasch anzukleiden, er müsse fort; weiss, wo er sich befindet; gefragt, ob es so leicht sei aus der Irrenanstalt fortzukommen, sagt er: „Na, man beurlaubt sich vom Herrn Director oder vom Herrn Verwalter“; vom Verfasser gefragt, ob er den Director kenne, verneint er es, dann besinnt er sich und sagt: „Das sind vielleicht Sie“; giebt an, an Bewusstlosigkeiten zu leiden; jetzt sei er schon lange nicht bewusstlos gewesen; an den Spaziergang vom 6. Mai weiss er sich nicht zu erinnern; befragt, ob er Angst habe, sagt er: „Natürlich, sie sinnen Tag und Nacht auf meinen Untergang“. Gefragt, ob er je etwas von einem Gnadenruf gehört, sagt er: „Na, wenn Einen die Eltern schlagen und man widersetzt sich“; giebt an, den Au... er Pfarrer vor seiner Abreise nach Pilsen gesprochen zu haben, als er das Grab seiner Mutter besuchte.

Nachmittagsvisite. Patient ist nicht orientirt, nennt den zweiten Arzt den Markscheider, glaubt in Passau zu sein; befragt, warum er die ihm vom Wärter, wie berichtet worden, gereichte Milch, die er sonst gerne trank, zurückgewiesen, giebt er an, man habe ihn mit der Milch vergiften wollen, wenn

er nicht eben Arsenik kennen würde; gefragt, woher er diesen kenne, sagt er: „aus den Büchern“.

Giebt an, vor ein Paar Tagen in Dobrzan gewesen zu sein, der Doctor habe ihn von dort entlassen; da er gerade im Garten ist, wird er aufgefordert, sich umzusehen, ob das nicht doch die Irrenanstalt in D. sei; „es kann sein, ich glaube es aber nicht“.

10. Mai. Am Morgen scheint Patient klar, er ist völlig orientiert; räsonnirt erregt, man habe ihn gestern Abend vergiften wollen, zwei Männer wären Abends an sein Bett gekommen, und hätten ihm mit Arsenik versetzte Speisen aufgenöthigt; er erkennt dieselben nicht unter seiner Umgebung. Am Nachmittag zeigt sich Patient als erst jetzt völlig klar geworden, er giebt selbst an, er müsse wohl geträumt haben, was er daran erkenne, dass die Erinnerung nur mangelhaft sei; er erinnert sich nur an den zweiten Arzt, weiss, dass er gestern einen Anfall gehabt, was er daran erkennt, dass ihm schlecht geworden. In den folgenden Tagen ist Patient lucid, arbeitet.

17. Mai Nachmittags, fährt sich Patient, nachdem er schon eine Weile erregt gewesen, plötzlich in's Gesicht und zerkratzt sich dasselbe, geht erregt auf dem Gange umher, räsonnirt über die Stiefmutter; später wird er klar, weiss sich zu erinnern, dass er verwirrt gewesen.

18. Mai. Macht im Beite einen Selbstmordversuch durch Erhängen; darüber befragt, sagt er: „Wenn man so verfolgt wird von der Stiefmutter und wenn Einem fortwährend nach dem Leben getrachtet wird, was bleibt übrig, als sich aufzuhängen, um Ruhe zu haben“; in der Nacht schlaflos, spricht fortwährend mit sich.

21. Mai. Bei der Frühvisite noch unklar, glaubt auf der Bahn zu sein, er sei gestern Abend von Dobrzan fortgefahren; den zweiten Arzt nennt er Markscheider.

Nachmittags ist er wieder lucid.

25. Mai. Wieder verworren; auf die Frage, was ihm geschehen, sagt er, er kenne sich selbst nicht aus; den zweiten Arzt nennt er wieder Markscheider.

Nach heftigem Nasenbluten wird Patient lucid; so bleibt er bis zum

7. Juni, wo er in Pest zu sein glaubt, den zweiten Arzt als Markscheider bezeichnet; er wolle nach Passau fahren und sehen, ob der Vater seine Kinder hinrichten lassen dürfe“; zum Arzte „Sie fahren doch mit, Herr Markscheider“.

13. Juni. Neuerlicher Anfall, glaubt in Pest zu sein; gefragt, ob er je in Dobrzan gewesen, sagt er, dass er noch heute dort gewesen; durch die Zwischenfrage, dass dieser Sachverhalt doch nicht wohl möglich sei, lässt er sich nicht beirren „Es geht halt schnell“; er will nach Passau, um zu untersuchen, ob der Vater seine Kinder so verstossen könne.

20. Juni. Anfall; Verfasser, der von einem 5wöchentlichen Urlaub zurück ist, findet den Kranken schlafend; geweckt, macht dieser ein verdutztes Gesicht, reibt sich die Augen, und bezeichnet, darnach gefragt, den Verfasser sofort wie früher als Schichtmeister, die Frage, ob er den Director der Irren-

anstalt in D. kenne, verneint er; jetzt seien wir in Pest; der Anfall dauert bis in die Nacht.

In den folgenden Tagen ist Patient klar; bezüglich der Anfälle befragt, giebt Patient die neue Thatsache an, dass gegen das Ende des Anfallen die „Erinnerung“ zurückkehre; er bleibt mit Ausnahme eines kurzen, erst nachträglich eruirten und vom Kranken selbst erkannten Anfallen frei bis zum 4. Juli, wo Nachmittags gemeldet wird, dass der Kranke wieder in seinem Zustande sei, ohne dass vorher ein Krampfanfall beobachtet worden; er will fortwährend aus dem Garten, in dem er sich befindet, fort, schimpft über die Wärter, die ihn am Fortgehen hindern; den die Visite abhaltenden zweiten Arzt hält er, wie früher schon, für den Markscheider; auf die Frage, wo er sei, sagt er: „Ich weiss selbst nicht“; will nach Hause, er sei noch gestern in der Dobrzaner Irrenanstalt gewesen und wäre vom zweiten Arzte entlassen worden. Am Abend vom Verfasser examinirt, hält er denselben wieder für den Schichtmeister, will jetzt in Pest sein; soeben sei er hergefahren und befindet sich jetzt im Wartesaal; in Pest sei er schon mehrmals gewesen (spontan und etwas erregt): er wolle sich's ansehen, ob die Dobrzaner Gemeinde Einen in die Irrenanstalt geben könne; giebt an, er sei in ein Paar Stunden per Bahn nach Pest gefahren über Prag und Wien, lässt sich durch keinerlei Einwand in dieser Ansicht wankend machen; eine Schriftprobe fällt kaum leserlich aus, als er einen Versuch zu lesen macht, hört er bald auf „es hüpfen die Buchstaben vor mir“; Farben erkennt er so ziemlich, nur gelb erklärt er für roth; die Sensibilitätsprüfung kann nur unvollständig erfolgen, weil Patient ängstlich wird; „Jesus Maria, sie wollen mich erstechen!“ Die Sensibilität scheint etwas herabgesetzt.

Der Kranke spontan: „Mir kann sich's gleich bleiben, wenn ich aus der Welt wäre, weil ich überall verhasst bin, ich werde überall sekirt“. Aufgefordert, dies näher zu erklären, meint Patient, es sei ihm zu Hause schlimmer ergangen, es wäre am besten, wenn er aus der Welt wäre, er sei lange krank gewesen, habe auch Blut gespuckt; er sei in Dobrzan gewesen und vor Kurzem von dort entlassen worden.

Frage: „Vielleicht sind wir doch in der Irrenanstalt in D.“, Antwort: Kann leicht möglich sein; unmittelbar darnach besteht Patient jedoch darauf, dass wir in Pest sind. Als er zum Fenster geführt wird, meint er, es wäre doch kaum Pest, er habe geglaubt dort zu sein, weil hier so schöne Häuser seien; betrachtet die Gegend und sagt: „Es wird doch Pest sein“. Als ihm vorgestellt wird, dass mit Rücksicht auf die ganze Umgebung hier doch nicht Pest sein könne, sagt er: „Vielleicht wird es Dobrzan sein; dann habe man ihn beschwindelt, als man beim Aussteigen gerufen habe „Pest!“.

Als ihn Verfasser nochmals fragt, wofür er ihn halte, sagt er abermals für den Schichtmeister und corrigirt, meint er: „Es ist möglich, dass Sie der Director sind, oftmals bekleidet ein Mann zwei Posten“.

Auf die Frage, ob Patient nicht glaube, dass er einen Anfall habe, sagt er: „Ich bin bei klarer Vernunft“, sagt aber später: „Ich kenne mich selbst nicht aus“.

Das Gesicht des Pat. ist geröthet, ebenso die Conjunctiva, 84 volle Pulse.

Patient bleibt noch bis Abend unklar; des Nachts starkes Nasenbluten, am anderen Morgen lucid, Erinnerung fehlt vollständig; der Kranke giebt an, er sei plötzlich des Nachts während des Nasenblutens erwacht und wäre bei Bewusstsein gewesen.

Seither sind die Anfälle bis zum Schluss der Krankengeschichte, Ende September ausgeblieben, trotzdem versuchsweise schon seit Wochen mit dem Bromkalium ausgesetzt worden; Patient beschäftigt sich bei den Feld- und Gartenarbeiten, seine Stimmung ist eine verbitterte, wegen der früher erwähnten häuslichen Verhältnisse, deren Beschreibung er in der gleichen Weise wie früher giebt.

Die Classification des vorstehend mitgetheilten Falles, bezüglich dessen schon bald nach der Aufnahme die Wahrscheinlichkeit eines epileptischen Irreseins ausgesprochen worden, kann jetzt nicht mehr zweifelhaft sein; wir sehen bei einem constatirter Massen an epileptischen Krampfanfällen leidenden jungen Manne im Anschluss an solche oder (vielleicht) auch selbstständig Zustände gestörter Bewusstseinsthätigkeit auftreten, während welcher seine durch Hallucinationen genährten Vorstellungen vorwiegend einen ängstlichen Charakter im Sinne eines Verfolgungswabns zeigen, und von denen Patient, nachdem der Zustand vorbei, gar keine oder nur mangelhafte und episodische Erinnerung behält; es handelt sich also um jene Zustände, welche von den Autoren als *petit-mal*, Dämmerzustände, psychische Aequivalente u. s. w. bezeichnet werden.

Schon in der Einleitung haben wir hervorgehoben, dass der Zweck der vorliegenden Arbeit vor Allem die Besprechung der Frage des Bewusstseinszustandes in den Anfällen ist; daran werden wir einige Bemerkungen über die Beziehungen desselben und speciell die zu dem sogenannten doppelten oder alternirenden Bewusstsein knüpfen.

Die Anschauungen, welche wir uns über die in Rede stehenden Fragen gebildet, fallen zum grossen Theil mit den von Gnauck (Dieses Archiv XII. S. 357) angeführten, vermutlich von seinem Lehrer Westphal übernommenen Anschauungen zusammen und lassen sich in folgenden Hauptsätzen zusammenfassen:

Bei dem epileptischen Irresein handelt es sich um einen abnormen, etwa als traumhaft zu bezeichnenden Bewusstseinszustand, keineswegs um Bewusstlosigkeit; die Erinnerung an die Vorgänge während des Anfalls ist nicht immer erloschen und zeigt ein sehr verschiedenes Verhalten; von diesem abnormen Bewusstseinszustande giebt es Uebergänge, nach der einen Seite bis zu völliger Bewusstlosigkeit im epileptischen Anfalle, nach der anderen, zu den verschie-

denen Bewusstseinszuständen der Psychosen im engeren Sinne; die Erscheinungen des sogenannten doppelten oder alternirenden Bewusstseins stehen in unverkennbarer Beziehung zu dem hier discutirten Zustande.

In Folgenden wollen wir nun versuchen an der Hand der klinischen Beobachtung unseres Falles die Thatsachen zu discutiren, welche sich zur Unterstützung der angeführten Sätze gewinnen lassen; betrachten wir zuerst die Frage nach dem Zustande des Bewusstseins in den Anfällen.

Im ersten Anfalle, während dessen der Kranke in die Anstalt gebracht wird, zeigt derselbe zahlreiche Hallucinationen des Gehörs (und Gesichtes?) sowie Illusionen, daneben einen anscheinend ganz systematischen Verfolgungswahn, der von jenen unterstützt wird; dass derselbe nicht, wie ein acuter, sondern ganz systemisirt sich darstellt, wird hier verständlich einerseits durch die spätere Beobachtung, welche zeigt, dass diese Gedankenreihe immer wieder in den Anfällen wiederkehrt, andererseits aus der Anamnese, welche ähnliche Gedankenreihen als in den persönlichen Verhältnissen des Kranken begründet erscheinen lässt. Was aber den Zustand, der bis dahin ganz wohl ein einfach hallucinatorischer sein könnte, von einem solchen unterscheidet, ist der eigenthümliche Zustand des Bewusstseins, der sich objectiv in erster Linie in einem kaum sonst zu beobachtenden und nicht blos durch Illusionen zu erklärenden Verkennen der Umgebung ausprägt (wie Gnauck sagt „es sind die Beziehungen des Bewusstseinsinhalts zur Aussenwelt verändert“); es muss sogar zweifelhaft bleiben, ob überhaupt Illusionen im gewöhnlichen Sinne vorliegen; ebenso wenig aber kann es sich ausschliesslich oder nur vorwiegend um Hallucinationen handeln; es genügt, um nicht allzu weitläufig zu werden, darauf hinzuweisen, dass die ganze Art der Motivirung des Kranken für seine falsche Auffassung der Umgebung nicht auf dem Wege des Sinneseindruckes, sondern auf dem des Raisonnements zu Stande kommt; nur mit dieser Annahme stimmt es überein, wenn der Kranke bei dem Einwande, es sei kein Fluss da zum Fortfahren, sagt, dafür werde schon seine Mutter Sorge tragen; dafür spricht auch die kurze Abweisung, die er der mehrfach versuchten Aufklärung von Seite seiner Umgebung entgegensemmt; unterstützt wird endlich diese Auffassung durch die auch sonst wichtige Episode mit dem Kranken M., dessen Anblick ihn auf dem Wege des Denkprozesses über seine jetzige Umgebung aufklärt. Dieselbe Episode ist aber noch nach anderer Richtung hin von aufklärender Wichtigkeit für die Beurtheilung der hier discutirten Frage, denn sie berechtigt,

gestützt auf die Thatsache, dass durch dieselbe seine bis dahin schwankende Auffassung bezüglich der Umgebung, wenn auch nur für kurze Zeit, rectificirt wird, zu dem Schlusse, dass zu dieser Zeit sein Bewusstseinszustand schon wesentlich klarer war, als früher, wo er jedem Aufklärungsversuche ein einfaches Nein entgegenseztes; man darf daran berechtigter Weise die Annahme knüpfen, dass die Begegnung mit dem M. ihrerseits wieder durch den wesentlichen Eindruck, den sie auf unseren Kranken gemacht, dazu beigetragen haben möchte, den Zustand seines Bewusstseins in etwas zu klären; gestützt wird diese Annahme durch die Thatsache, dass gerade diese Episode dem Kranken erinnerbar geblieben.

Nicht minder bedeutsam ist die Episode noch insofern, als dieselbe auf das schärfste beweist, dass die Erklärung der in Rede stehenden Bewusstseinszustände und der während derselben erfolgenden Handlungen als begründet in der Thätigkeit automatisch wirkender Nervencentren unter Ausschaltung der höheren psychischen Centren den Thatsachen nicht entspricht, indem die Episode ohne die Annahme einer dabei stattgehabten höheren psychischen Thätigkeit überhaupt unverständlich bleibt.

Trotz der bisher gegebenen Aufklärungen ist es ersichtlich, dass wir von einem auch nur analogisirenden Verständniss des discutirten Zustandes weit entfernt sind, und wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir einen der Gründe dafür darin sehen, dass es sich um psychische Vorgänge hochentwickelter Art handelt, deren Mechanismus uns völlig unbekannt; mit um so grösserer Befriedigung können wir aus der Beobachtung des Falles eine Episode heranziehen, die deshalb uns Aufklärung schaffen kann, weil der Mechanismus derselben uns namentlich klinisch näher liegt; wir meinen die Episode vom 21. und 25. April, in welcher der Kranke zu schreiben aufgefordert wird. Analysiren wir die dabei gemachten Beobachtungen, so lässt die Thatsache, dass er ein ihm vorgelegtes Schriftstück für falsch erklärt, sich allerdings so deuten, dass entsprechend seinen Wahnideen auch dieses Object der Aussenwelt ihm verwandelt erscheint, wofür sich auch aus der Anamnese anführen lässt, dass er die Krankengeschichte des ihn untersuchenden Arztes, die er doch wohl nicht einsehen konnte, als „falsche Schrift“ bezeichnet; wesentlich anders muss jedoch die Beobachtung gedeutet werden, dass er auch seinen ihm vorgeschriftenen Namen für falsch erklärt; es ist dies im Zusammenhalt mit seiner Unfähigkeit zu schreiben nur in der Weise erklärlich, dass die durch die Schriftprobe erzeugten centralen Processe in irgend einer höher gelegenen Station in einer vorläufig dunkeln Weise so verändert wer-

den, dass er seinen Namen nicht wieder erkennt, und demnach für falsch erklärte; es lässt sich ferner nachweisen, dass der hier nachgewiesenen Störung des Mechanismus des Lesens eine solche des Schreibens coordinirt ist, indem der Kranke, der nachgewiesener Massen ganz gut schreibt, auf der Höhe seines Zustandes überhaupt nicht, später, als derselbe der Norm zuneigt, eben erkennbar zu schreiben vermag.

Mit der Gewinnung dieser Thatsachen haben wir wieder den Boden klinischer Medicin erreicht und wir dürfen in Hinblick auf das nicht seltene Vorkommen aphatischer Zustände bei Epileptikern (S. z. B. Dieses Archiv X. S. 257) die bei unserem Kranken beobachteten Störungen als der Alexie und Agraphie identisch oder wenigstens sehr nahestehend classificiren; wir sind aber durch das Nebeneinanderstehen beider Störungen zu der weiteren Annahme berechtigt, dass die beide Störungen erklärende Functionsstörung an einer der Endstationen der dabei in Betracht kommenden centripetalen Bahn sitzt; knüpfen wir daran die Thatsache, dass wir einen gewissen Parallelismus der Stärke zwischen den in Rede stehenden Theilstörungen und der Störung des Allgemeinbewusstseins nachweisen konnten, so bietet sich uns in dem Verständniss jener eine Handhabe für die Deutung des letzteren; stellen wir im Allgemeinen mit Gnauck die Veränderungen der Beziehungen des Bewusstseinsinhaltes zur Aussenwelt als charakteristisch für die abnormen Bewusstseinszustände hin, so zeigt unser Fall, dass diese Störung sich vorwiegend auf die sensoriellen und zwar besonders die optischen Eindrücke beziehen kann, indem das Verkennen der Umgebung das Charakteristische des Falles ist, während die Handlungen des Kranken, abgesehen von den durch Hallucinationen oder Illusionen veranlassten, völlig der Umgebung angepasst sind; bringen wir demnach diese Erwägungen mit dem oben Gesagten in Verbindung, so dürfen wir annehmen, dass in erster Linie eine Störung derjenigen Endstation vorliegt, in welcher die optischen Erinnerungsbilder niedergelegt sind, also um eine Störung dessen, was neuerdings Galton (*Inquiries into human Faculty, 1883*) *mental Imagery* nennt\*).

\*) Hier wäre zu erinnern, dass einzelne Beobachtungen von Epileptischen vorliegen, welche auf Störungen in der Auffassung des Gesehenen hinweisen. Engelken berichtet (Zeitschr. f. Psych. Bd. 34. S. 675) von 2 Epileptikern, die, der eine statt, der andere vor den Anfällen die Erscheinung darboten, dass sie alle Gegenstände doppelt oder noch mehr vergrössert, aber sonst nicht verändert sahen. Vgl. dazu auch Despine, *Etude scientifique sur le somnambulisme. 1880. p. 371.*

Wir erachten diese Deutung gestützt durch die in dieser Richtung bemerkenswerthe Uebereinstimmung unserer Beobachtung mit dem neuesten von Charcot (Progrès medical 1883. p. 568) als suppression brusque et isolée de la vision mentale des signes et des objets (formes et couleurs) beschriebenen Falle. In diesem Falle erkennt der geistig hochbegabte Mann seine Familie nicht mehr, kann nicht das einfachste Ding zeichnen, während er früher sehr gut gezeichnet etc.

Wir fühlen uns demnach berechtigt, für unseren Fall eine ähnliche, aber anfallsweise auftretende Störung anzunehmen\*).

(So naheliegend es hier auch wäre, die physiologischen Untersuchungen der letzten Jahre (Goltz, Munk) zur Erklärung derselben heranzuziehen, scheint es uns doch gerathen, vorläufig davon abzusehen.)

Gehen wir an der Hand der bisher gewonnenen Anschauungen an eine Besprechung der weiteren Anfälle, so ergiebt sich vor Allem, dass die Ausbeute, wohl wie man vermuthen darf, in Folge der sich geltend machenden Bromkaliumwirkung weniger reichlich ist; immerhin ergeben sich noch einzelne Thatsachen, welche sich jenen ungezwungen einfügen.

Als bedeutsam ist vor Allem die Beobachtung anzuführen, dass der Kranke erst nach längerem Rathen die Zeit an der Taschenuhr richtig anzugeben weiss; es bedarf wohl nicht erst des eingehenderen Beweises, dass diese Erscheinung völlig analog den früher beschriebenen ist, und den Schluss erlaubt, dass auch der neuerliche Anfall in einer der Haupterscheinungen dem ersten identisch ist. Dafür lässt sich auch anführen, dass die geringere Störung des Bewusstseins in erster Linie in der besseren Orientirung des Kranken sich manifestirt; nicht minder beweisend für unsere Deutung ist die Antwort des Kranken auf die Frage des Verfassers, wie der, dem Kranken bekannte Director von Dobrzan aussehe: „Vielleicht sind Sie es selbst“, die sich ungezwungen wohl so erklären lässt, dass der Kranke das Erinnerungsbild und den gegenwärtigen Sinneseindruck wegen der Veränderung des ersten nicht als gleich erkannt; in ähnlicher Weise lassen sich auch die während des Anfallen gegebenen Antworten auf die die Umgebung betreffenden Fragen deuten. — Bedeutsam

---

\*.) Bekanntlich wird jetzt meist angenommen, dass es sich in den Zuständen von sogenannter Bewusstlosigkeit um abnorme Intensität der psychischen Vorgänge handelt; da diese Annahme hauptsächlich auf die Lehre von der Erinnerung basirt ist, werden wir erst bei Besprechung dieser darauf zurückzukommen haben.

für die hier discutirte Frage ist auch das Examen während des Anfalls vom 4. Juli. Die während desselben beobachteten Erscheinungen lassen den Schluss zu, dass die frisch erfolgenden Sinnesindrücke als solche nicht verändert sind, dass dagegen im Sinne der früheren Annahme die Erinnerungsbilder verändert sind.

Man könnte Angesichts der durch das letzterwähnte Examen zu Tage geförderten Thatsache, dass der Kranke das Wort „Pest“ hallucinirt hat, an der Richtigkeit der hier versuchten Deutung der Erscheinungen zweifeln; eine einfache Ueberlegung jedoch zeigt, dass die Hallucination jene nicht ausschliesst; das ganze Examen zeigt, dass an jener Stelle, wo das Vergleichen der Sinneseindrücke mit den Erinnerungsbildern stattfindet, irgend welche Functionsstörung statthat und dass die Hallucination „Pest“ gleichsam die Etiquette zu dem Sinneseindrucke bildet.

Viel kürzer als bei der vorangehenden werden wir uns jetzt bei der Frage von Erinnerungsdefect fassen können, an welche sich die Frage, ob man berechtigt ist, jene Anfälle als Zustände von Bewusstlosigkeit zu classificiren, naturgemäss wird anknüpfen lassen.

Es ist bekannt, dass ziemlich allgemein die Erinnerung resp. die Erinnerungsfähigkeit als das wichtigste Kriterium in der Frage der Bewusstlosigkeit gegolten hat und zum Theil noch gilt und diesem Umstände ist es zu danken, dass gerade dieser Seite der klinischen Frage besondere Aufmerksamkeit geschenkt worden; die Fülle der diesbezüglichen klinischen Arbeiten, die an dieser Stelle aufzuzählen gewiss überflüssig ist, hat nach der casuistischen Seite hin so reichliches Material geliefert, dass es nicht lohnt, die diesbezüglichen Einzelheiten unseres Falles erst eingehend zu beleuchten. Von Bedeutung scheint uns die Thatsache, dass gerade die Begegnung mit dem Kranken M. die einzige Episode ist, deren sich unser Kranker nach dem ersten Anfalle erinnert; einer Bemerkung werth scheint auch die Thatsache, dass, wie aus verschiedenen Aeusserungen des Kranken hervorgeht, der Zustand seines Erinnerungsvermögens für ihn selbst entscheidend für die Art seines früheren Bewusstseinszustandes ist, und abgesehen von den durch genauere klinische Erforschung erwiesenen Ergebnissen spricht dieser Umstand dafür, dass die Lehre, welche die Erinnerungsfähigkeit als einziges Kriterium für das Bewusstsein angenommen, nur der subjectiven Psychologie entnommen war.

Es kann jetzt als ziemlich gesichert angenommen werden, dass diese Annahme objectiv nicht berechtigt ist, und es ist klinisch völlig zutreffend, wenn Beard neuerdings in der Vorrede zu einem Aufsatze

Crothers, The trance state in Inebriety. Hartford Conn. 1882. p. 8 erinnerbares und nicht erinnerbares Bewusstsein unterscheidet und die verschiedensten Uebergänge zwischen beiden annimmt; es entspricht dies auch den Anschauungen, wie sie Fechner (Herbart) mit seiner Bewusstseinsschwelle und Hughlings Jackson (Herbert Spencer), der auch verschiedene Stufen von Bewusstsein oder besser verschiedene „Bewusstseine“ annimmt, vertreten; wir sind nur berechtigt anzunehmen, wie früher Samt (Dieses Archiv V. S. 420) und noch kürzlich Fürstner unter Zustimmung von Jolly und Rinecker, ausgeführt, dass der Grund der mangelhaften oder fehlenden Erinnerung der ist, dass die Intensität der psychischen Vorgänge mehr oder weniger herabgesetzt gewesen ist, demnach die Erinnerung den Gradmesser des vorhandenen Bewusstseins bildet. Allein für die psychischen Vorgänge während des Anfalles selbst ist bezüglich ihrer Qualität damit noch nichts ausgesagt; schon Koch kommt in seinem Eingangs erwähnten Vortrage zu dem Schlusse, dass es sich um anderweitige Störungen handle; im Vorangehenden haben wir den Versuch gemacht, aus den klinischen Erscheinungen selbst die Art der Störung zum Theil zu ergründen, doch wollen wir nicht unterlassen, hier besonders zu bemerken, dass wir mit dem von uns gemachten Versuche nicht auch die Erklärung für andere Fälle oder auch nur für alle Erscheinungen unseres Falles gefunden zu haben glauben, da ja ein Ueberblick des klinischen Materials zeigt, dass den verschiedenen Fällen auch verschiedene Störungen zu Grunde liegen müssen.

Im Verfolge der uns gesetzten Aufgabe hätten wir nun den von uns aufgestellten Satz zu rechtfertigen, dass es von dem hier discutirten Zustande abnormer Bewusstseinsthätigkeit Uebergänge einerseits zur Bewusstlosigkeit im epileptischen Anfalle, andererseits zum Bewusstsein der gewöhnlichen Psychosen gebe. Die erste Hälfte des Satzes bedarf Angesichts der von Jahr zu Jahr zunehmenden Zahl entsprechender Beobachtungen keines besonderen Beweises; um so schwieriger jedoch die zweite Hälfte desselben, da es, wie ein Ueberblick der Literatur zeigt, durchaus an darauf speciell gerichteten Untersuchungen fehlt.

Obzwar schon im vorigen Jahrhunderte Kant Geistesstörung den Traum eines Wachen genannt, und sich ihm eine Reihe bedeutsamer Namen anschloss, blieb diese Anschauung doch blos geistreiches Apercu; am weitesten von Neueren ging Moreau der auf Grund seiner Haschisch-Untersuchungen nicht anstand Traum und Geistesstörung zu identificiren; von klinischer Seite jedoch geht man erst in der neuesten Zeit an das Studium dieser Fragen und es ist bedeut-

sam, dass man allmälig den wesentlichen Einfluss von Träumen auf den Inhalt von Wahnideen und Delirien einer eingehenderen Würdigung zu unterziehen beginnt.

Mit Rücksicht auf die grosse Schwierigkeit des objectiven Studiums der Frage verdient die nach vielfacher Richtung so lehrreiche Selbstbeobachtung Kandinsky's unsere besondere Beachtung, der (Dieses Archiv XI. S. 459) sagt: „Ueberhaupt bietet der Zustand des Wachens und des Schlafes beim hallucinirenden Kranken keinen so scharfen Unterschied dar; einerseits sind die Traumbilder so lebhaft, dass der Kranke sozusagen im Schlaf wacht, andererseits sind die Hallucinationen des wachen Zustandes so wunderlich und mannigfaltig, dass man sagen kann, der Kranke träumt wachend“.

Die Uebergänge der in Rede stehenden Bewusstseinszustände zu demjenigen in der Verrücktheit hat Gnauck in der früher citirten Arbeit dargelegt; um einen ähnlichen Zustand von abnormer Bewusstseinstätigkeit scheint es sich auch in den von Hirschberg sogenannten Fällen von Delirium cataractosum zu handeln; ist es doch in demselben gerade der so charakteristische Mangel an Orientirung in der Umgebung, welcher zu dem Namen „dépayé“ Anlass gegeben.

In gleicher Weise sind wir der Anschauung, dass in Fällen, in welchen plötzliche Aenderungen des psychischen Zustandes eintreten und die Kranken gleichsam aus einem Traume erwachend, angeben, sie hätten das Gefühl des Befreitseins, es wäre wie ein Vorhang in ihrem Kopfe verschwunden (Guislain, Griesinger, Westphal) es sich um Uebergänge aus einem abnormen Bewusstseinszustande zur Norm handelt.

Um dieser Beobachtung nahestehende Erscheinungen handelt es sich offenbar auch in einzelnen Fällen von Reflexpsychose; so in dem Koepp'e's, wo der Kranke nach der Excision der Narbe den Kopf als frei erklärt; hierher gehören auch die von Griesinger als Mitvorstellungen gedeuteten Delirien bei Neuralgien, ferner Fälle von sogenanntem Delirium nervosum, endlich auch der bekannte Fall von „Somnambulismus“ nach Schädeltrauma von Mesnet; durch einen im Anhange mitgetheilten uns von Kahler zur Verfügung gestellten Falle sind wir in der Lage nachzuweisen, dass zuweilen auch postfebrile Delirien ein ähnliches Gepräge tragen.

Zu gedenken hätten wir schliesslich noch einiger Beobachtungen von Fällen von schwerer Hirnläsion, welche Erscheinungen darboten, die sehr wahrscheinlich mit den hier abgehandelten verwandt, vielleicht identisch sind; die Beobachtungen, von Wilbrand in seiner Schrift „Ueber Hemianopsie“ 1881 mitgetheilt, sind Fälle von Hemianopsie.

anopsie, die jedoch Erscheinungen zeigen, welche offenbar nicht durch diese allein zu erklären sind.

So bemerkt der Kranke Wachsmuth (l. c. S. 171ff.) plötzlich eine Sehstörung, seine Umgebung scheint ihm fremd, die Strassen verändert, er steht rathlos vor seiner Wohnung, weil er sie nicht erkennt; neben Hemianopsie war auch Aphasie vorhanden.

Noch detaillirter ist die Schilderung in dem Falle Bischoff (l. c. S. 175ff.); dieser, plötzlich aus dem Mittagsschlaf geweckt, bemerkt im Anschluss an eine abnorme Sensation im Kopfe eine Sehstörung; bei intakter Intelligenz und trotzdem er Alles gut sah, schien ihm die Umgebung (er ist zu Hause) fremdartig; die Strasse erscheint ihm eigenthümlich verändert, er verfehlt immer den richtigen Weg; die Stadt, die er genau kennt, macht ihm einen eigenthümlich ungewohnten Eindruck, dass er unfähig ist, sich darin zurecht zu finden.

Wilbrand selbst (loc. cit. S. 182) betont das Interesse, welches der eigenthümlichen Sehstörung innewohnt, sowie die in dem Falle Bischoff nicht zu machende Annahme eines etwa zur Erklärung verwendbaren Gehirndruckes. Im Anschluss an die Erwägung, dass der Gesichtsfelddefect nicht die Ursache der Sehstörung sein könne, kommt er zu einer mit der unseren, die wir jedoch ganz selbstständig und noch vor Kenntniss der Wilbrand'schen erworben, annähernd ähnlichen anschauung, die wir wörtlich hierher setzen wollen: „Es drängt sich uns vielmehr die Erwägung auf, es möchten bei diesem Patienten diejenigen maculären Netzhautindrücke, welche zur rechten Hemisphäre fortgeleitet wurden, zwar ungehindert nach dem rechten corticalen Sehzentrum hingelangt und dort empfunden worden sein, jedoch vielleicht sei durch Ausfall einer Zahl anderer Leitungsfasern nach Zellen mit deponirten Erinnerungsbildern das betreffende Individuum bezüglich seiner rechten Sehsphäre plötzlich in einen mehr kindlichen Zustand zurückgesetzt worden, in Folge dessen bei dem plötzlichen Ausfall eines Theiles des Gesichtsfeldes und der davon abhängigen Behinderung der Orientirung nach links hin er verwirrt, geängstigt, zur Production von falschen Schlüssen erregt und dadurch in einen abnormen psychischen Zustand versetzt sein möchte.“

Wilbrand citirt eben dort noch einige andere offenbar zum Theil hierher gehörige Fälle. —

Soweit wir die Literatur überblicken, hat, nachdem schon Abercrombie (*Inquiries concerning the intellectual powers etc.* Edinburgh 1830. p. 298) die Beziehungen des sogenannten doppelten Bewusst-

seins zu den hier in Rede stehenden Zuständen betont\*), bisher nur Beard (Nature and phenomena of trance 1881. p. 11) diese Anschauung aufgenommen\*\*) und Angesichts unseres Falles kann man sich derselben kaum entziehen; wir sehen auch hier anfallsweise einen von dem gewöhnlichen inhaltlich wesentlich verschiedenen Bewusstseinszustand auftreten und wie der Inhalt des Bewusstseins während der Anfälle ziemlich identisch ist und an einander anknüpft; das gleiche Verhalten zeigt auch die Erinnerung sowohl während der freien Pausen als auch in den Anfällen; aber selbst in den Details zeigen einzelne Fälle von sogenanntem doppelten Bewusstsein Aehnlichkeit mit dem unserem; so ist es ja in jenen eine der gewöhnlichsten Erscheinungen, dass die Kranken in den etwa analog unserem Falle als Anfälle zu bezeichnenden Zeiten nicht schreiben können und es erst wieder lernen; einzelne erkennen in diesen Zeiten die Personen ihrer Umgebung etc.; was die beiden Zustände unterscheidet, sind von principiellen Factoren die weniger scharfe Begrenzung der beiden Bewusstseinsphasen, die sich in unserem Falle gleichsam wie Kreise schneiden, und die damit verknüpfte Erinnerungsfähigkeit von Thatsachen der einen Phase während des Bestehens der anderen. (Hierzu ist jedoch zu bemerken, dass in dem berühmten Falle von Azam die Kranke Felida in der zweiten Phase die Erinnerung auch für Thatsachen der anderen Phase hatte, was zum Theil mit unserem Falle übereinstimmt.)

Die Beziehungen der besprochenen Bewusstseinszustände zu der Hypnose, zum Somnambulismus hier angedeutet zu haben, mag genügen; zu einem fruchtbringenden Studium dieser Beziehungen, bedarf es, falls sich dasselbe nicht in speculative Causeries auflösen soll, noch genauerer klinischer Studien.

Nach Abschluss der Arbeit haben wir die Beschreibung eines Zustandes gefunden, der soweit es die Gesichtseindrücke betrifft, wesentliche Aehnlichkeit mit dem hier geschilderten zeigt; es ist die von Krishaber sogenannte Nevropathie céphalo-cardiaque (Paris, 1873), in welcher es sich auch um einen abnormalen Bewusstseinszustand handelt. Von dem II. Falle heisst es (l. c. p. 18): „les objets avaient perdu leur aspect naturel; tout ce qu'il voyait avait changé

\*) Vergl. auch Romberg, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1840. I. S. 584.

\*\*) Die Aehnlichkeit der bei Hystero-Epileptischen beobachteten somnambulen Zustände mit dem sogenannten doppelten Bewusstsein hebt Legrand du Saulle (Les hysteriques. 1883. S. 266) hervor.

de manière dêtre. . . . il lui semblait qu'il se trouvait en ce monde pour le premier fois. Il ny avait dans son esprit aucun rapport, aucune relation entre ce qui l'entourait et son passé (!) In einem anderen Falle sagt der Kranke (l. c. p. 22): Quant à la mémoire locale, et cela d'une façon constante, elle était presque complètement perdue. Je ne reconnaissais où je m'étais déjà trouvé; je regardais sans voir.

Von einem Anderen heisst es (p. 41): Dès que le malade voulait fixer la vue sur un livre, comme d'ailleurs sur tout autre objet, il se produisait du vertige. (Vergl. auch die zusammenfassende Beschreibung Krishaber's p. 168.)

### A n h a n g.

Wie früher erwähnt, sind wir durch eine uns von Kahler überlassene Beobachtung in die Lage gesetzt, nachzuweisen, dass auch in einzelnen Fällen von postfebriler Geistesstörung sich eine der hier besprochenen ähnliche Form von Bewusstseinsstörung vorfindet.

65jähriger Beamter a. D., 1876 syphilitisch infizirt, secundäre Erscheinungen, Chorioiritis und Retinitis specifica, nach Mercurialcur Heilung, seither keinerlei Symptome von Syphilis; 1877 heftige Gemüthsaffekte, in Anschluss an welche sich im Laufe weniger Wochen ein intensives Zittern der Arme in Form des Tremor senilis entwickelt; durch Arsenbehandlung hochgradige Besserung desselben; seither bis auf zeitweisen Bronchialcatarrh gesund; im Juli 1882 im Curorte A. durch Sturz von der Treppe, rechtsseitige Schenkelhalsfractur und zahlreiche Contusionen am Körper, keine Kopfverletzung; kurzdauernde Bewusstlosigkeit ohne Folgeerscheinungen.

In den nächsten vier Wochen beträchtliche Abnahme der Ernährung des Kranken, etwas Husten, langsame Heilung der Verletzungen; darauf Pneumonie mit heftigen Delirien. Nach fünf Tagen schwinden das Fieber und die Delirien, der Kranke zeigt sich aber tief geistig gestört, er verkennt die Umgebung (seinen Bruder), den Ort, wo er sich befindet; er meint bei grossen Fischereien in Ungarn zu Gast zu sein und giebt den Personen seiner Umgebung dieser Situation entsprechende Benennungen und Titel. Er ist unruhig, sehr geschwätzig, will das Bett verlassen. Dieser Zustand hält mehrere Wochen unverändert an, erst Mitte September, um welche Zeit er nach Prag transportiert wird, erkennt er einzelne Personen seiner Umgebung, so seinen Bruder, hält aber an der Idee fest, dass er sich in Ungarn etc. befindet.

Während der Reise, die er in einem eigens dazu hergerichteten Waggon zurücklegt, unterhält er sich in der heitersten Weise mit allerlei Individuen, die er neben seinem Bett stehen oder selbst in demselben liegen sieht. Der Kranke hat nie im Uebermass Alcoholica genossen.

Status praesens 14. September 1882. Sehr hochgradige Abmagerung, die rechte untere Extremität in typischer Auswärtsrollung um mehrere Centimeter verkürzt, leichter Decubitus sacralis, der Kranke isst, trinkt und schläft gut; seine Stimmung ist heiter, die Augen glänzend, die Wangen geröthet. Er erkennt nach einigem Zögern den untersuchenden Arzt (Kahler) und fängt sofort in der lebhaftesten Weise an von seinem Aufenthalte in Ungarn, von seinen Fischzügen zu erzählen.

Auf die Frage, wie er die Reise nach Prag zurückgelegt, nennt er sofort eine ganze Reihe ungarischer Orte, die er passirt haben will, erzählt von verschiedenen Leuten, die er im Waggon gesprochen haben will, und allerlei Bruchstücke von Erlebnissen. Auf die Bemerkung, dass er doch in A. gewesen bejaht er dies in der eifrigsten Weise, giebt eine Schilderung des merkwürdigen Hotels, in dem er gewohnt; die Zimmerreihe desselben hänge direct mit Salzburg zusammen, was äussert bequem sei; er weiss auch, dass er nach Prag gefahren ist, doch giebt er trotz der Bemühungen und Fragen der Umgebung nicht zu, dass er schon zu Hause sei; einzelne Personen seiner Umgebung bezeichnet er mit ähnlichen Titulaturen, wie er sie schon früher gebraucht: Obergespan, Fischmeister etc. Dringend ersucht von seinem Unfall zu erzählen, giebt er eine beiläufige Schilderung desselben, legt jedoch gar kein Gewicht darauf, klagt nur, er sei ein armer Mann, die Cur in A. habe ihn Tausende von Gulden gekostet. Älterer Erlebnisse erinnert er sich gut, doch stört seine Geschwätzigkeit das Examen, indem er immer wieder auf seine Reiseerlebnisse in Ungarn zurückkommt. Lungen- und Herzbefund normal: Tremor senilis. Roborirende Behandlung.

Im Laufe der nächsten Tage ziemlich unveränderter Status, nur fängt der Kranke an sich dessen bewusst zu werden, dass er in seiner Wohnung in Prag sich befindet. Am 4. Tage fängt er an ruhiger zu werden, äusserste wiederholt, dass die Dinge, die er erzählte und die ihm vorgekommen, nicht wahr seien, er wird sich der Hallucinationen (?) bewusst, im Laufe von 14 Tagen verschwinden dann unter successiver Erholung der Kräfte des Kranken die Symptome seiner Geistesstörung vollständig; er weiss sich aller Vorgänge bis zu dem Unfalle zu erinnern, der anschliessende Krankheitsverlauf in A. ist ihm nur ganz dunkel in der Erinnerung, lebhaft wird diese erst wieder für die Vorkommnisse, welche nach der Zeit seiner Rückkehr fallen. Seither ist er völlig normal geblieben.

---