

XXX.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité (Prof. Westphal).

Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der
sensorischen Anästhesie bei Erkrankungen
des centralen Nervensystems*).

Von

Dr. R. Thomsen,

und

Dr. H. Oppenheim,

Assistent an der psychiatrischen Klinik der Charité. Assistent an der Nervenklinik der Charité.



II. Die sensorischen Anästhesien der Hysterischen.

Ueber die „hysterische Anästhesie resp. Hemianästhesie“ existirt eine Fluth von Literatur; besonders von der Charcot'schen Schule sind bekanntlich die einzelnen Symptome derselben, das Verhalten der Sinnesorgane, des Farbensinnes, die Wirksamkeit des Transfert und der Metalloscopie etc. in der eingehendsten Weise gewürdiggt worden.

Dennoch ist das Gesetz, nach welchem die Anästhesien auftreten und verschwinden resp. ab- und zunehmen, nicht festgestellt und auch uns ist es für die Mehrzahl der Fälle nicht gelungen, die Bedingungen nachzuweisen, welche das Verhalten der allgemeinen und speciellen Sensibilität bestimmen.

In einer grösseren Reihe von Beobachtungen schien es allerdings, als kämen zwei Bedingungen vorwiegend in Frage — ganz analog den Verhältnissen bei der Epilepsie — nämlich:

1. der hysterische Anfall,
2. das Verhalten der Psyche,

*) Fortsetzung aus Bd. XV. Heft 2 dieses Archivs.

doch sei gleich hervorgehoben, dass in einzelnen Fällen die Anästhesie auftritt überhaupt ohne Anfälle resp. nach dem Anfall verschwindet, und dass in anderen die Anästhesie vermisst wird, obwohl sie nach dem Zustande der Psyche erwartet werden durfte.

Bei den auf der Krampfstation untersuchten 28 Hysterischen — 2 Männer, 26 Frauen — wurden passagere oder stationäre Anästhesien nur in zwei Fällen (Weiber) vermisst, bei allen übrigen gefunden.

Die Untersuchungen wurden in der Weise angestellt, dass der Befund möglichst bald nach dem Anfall erhoben und am nächsten Tage controlirt wurde. War dieser Tag ein anfallsfreier, so wurde in der That zuweilen ein Abklingen der Anästhesie gefunden, das sich vor Allem deutlich in dem etwas erweiterten GF. (Gesichtsfeld) aussprach, in der Mehrzahl der Fälle gelang dies aber nicht und zwar aus dem Grunde, weil die Anfälle bei Hysterischen meist weit häufiger aufeinander folgen, als bei den „Psychisch-Epileptischen“, und weil es ferner unmöglich ist, einen Anfall nach seiner Schwere, d. h. nach seinem Einfluss auf die sensorischen und sensiblen Functionen richtig zu taxiren. Es ist uns mehrfach vorgekommen, dass das GF. nach dem zweiten Anfall weiter gefunden wurde als nach dem ersten, der etwa am Tage vorher stattgehabt hatte, so dass man, wenn die für den epileptischen Anfall gefundene Regel auch hier gelten soll, vermuthen muss, es habe die nach dem ersten Anfall entstandene starke Anästhesie, die schon im Ausgleich begriffen war, nach dem zweiten Anfall nur eine mässige Vertiefung erlitten.

Unser Material giebt uns daher nicht die Mittel an die Hand, die Schwankungen der Sensibilität als gesetzmässig nachzuweisen und sollen deshalb in Folgendem kurz nur die Befunde, wie sie bei häufigen Untersuchungen an denselben Kranken sich ergaben, mitgetheilt werden.

Beobachtung XX. Elise Häcker, 18 Jahre. Seit $\frac{1}{2}$ Jahr echte hysterische Anfälle convulsiver und psychischer (Angst und Personenverwechslung) Natur. Patientin wird in die Charité aufgenommen mit weitem beiderseits fast gleichem GF. und einer undeutlichen linksseitigen Hemianästhesie. Nach einem heftigen Angstanfall, der sich in der Folge noch mehrmals wiederholt, um dann sehr häufigen Anfällen von Convulsionen Platz zu machen, fast stationäre totale scharfe linksseitige Hemianästhesie. GF. Anfangs rechts noch weiter, später auf beiden Augen gleich (20—25°), ebenso das GF. für blau und rot. Achromatopsie für grün auf beiden Augen, S. beiders. = $\frac{1}{3}$.

Gehör herabgesetzt: die Leitung durch den Kopf ist zuweilen links mehr herabgesetzt als rechts, meist besteht aber eine Differenz nicht.

Geruch und Geschmack nicht beeinträchtigt, stets beiderseits gleich.

Muskelsinn intact.

Beobachtung XXI. Ernestine Kuring, 20 Jahre. Seit längerer Zeit Ohnmachten, „Unterleibskrämpfe“.

Hysterica mit convulsiven und psychischen Anfällen. Sensibilität und GF. normal. Dann stellt sich unter häufigen Anfällen eine Anästhesie der Kopfhaut ein und das GF. zeigt eine mehr weniger starke beiderseits gleiche Retraction.

Farbenseinn normal, S. = 1. Geruch, Geschmack gut; Gehör unregelmässig gestört: die Leitung durch den Kopf bald rechts, bald links mehr herabgesetzt, zuweilen ganz aufgehoben. Patientin greift mit der linken Hand bei geschlossenen Augen nach der rechten sehr unsicher, suchend; passive Bewegungen der rechten Hand werden von der linken unsicher nachgeahmt.

Beobachtung XXII. Hedwig Salewski, 18 Jahre. Seit einem Jahre „Krämpfe“ und unmotivirte Erregungs- resp. Depressionszustände.

In der Charité hysterische Convulsionen und hallucinatorische Dämmerzustände, ferner leichte Exaltation abwechselnd mit tiefer Depression, grosse Reizbarkeit.

GF. anfangs normal, später immer sehr stark eingeengt, meist beiderseits gleich, zuweilen verschieden einseitig mehr. Sehschärfe beiderseits $\frac{5}{6}$.

Farbenseinn gut.

Sensibilität beiderseits unregelmässig und verschieden stark herabgesetzt, zuweilen Andeutungen von Hemianästhesie, ohne Mithetheiligung der Sinnesorgane.

Geruch und Geschmack bald erhalten, bald erloschen, ohne Parallelität zu dem Verhalten der übrigen Functionen.

Gehör herabgesetzt, die Leitung durch den Kopf zuweilen auf der Seite mehr herabgesetzt, wo die grössere GFE. besteht, zuweilen auf der gegenüberliegenden.

Der Muskelsinn ist gestört.

Beobachtung XXIII. Helene Tesch, 16 Jahre. Seit 5 Wochen „bleich-süchtig“, matt, hustet. 6 Tage vor der Aufnahme zuerst Krämpfe, von da ab fast täglich.

. Rein convulsionäre hysterische Anfälle —, psychisch echt hysterisches Wesen.

Sensibilität anfangs normal, später überall stark herabgesetzt.

GF. anfangs mässig, später stark eingeengt, meist beiderseits gleich, zuweilen einseitig mehr S. = $\frac{1}{3}$. Farbenseinn gestört: es wird Alles als „schwärzlich“ angesehen.

Geruch anfangs gut, später erloschen, Geschmack anfangs nur für „bitter“ (Chininlösung!) total fehlend, später ganz erloschen.

Gehör wegen Otitis media nicht zu prüfen.

Muskelsinn beiderseits gestört.

Beobachtung XVIV. Ida Lippelt, 26 Jahre. Im 22. Jahre während der Gravidität Krämpfe, dann frei bis zum 26., wo in Folge von Kummer dieselben wieder auftreten.

Leicht schwachsinnige Hysterica, Masturbantin, wahrscheinlich mutueller Onanie ergeben, scheues, reizbares Wesen — grosse Anämie. Keine Convulsionsen, nur Ohnmachten und hallucinatorische Dämmerzustände.

Anfangs Sensibilität und GF. fast normal.

Nach mehreren Anfällen, die in der Folgezeit an Häufigkeit zunehmen, stationäre Anästhesie der Kopfhaut, zuweilen passagere Hemianaesthesia dextra.

GF. doppelseitig, meist beiderseits gleich eingeengt, am engsten nach dem Anfall, am weitesten, wenn mehrere Tage seit demselben verflossen sind. Zeitweise und zwar sowohl rechts wie links einseitig stärkere GFE. — unabhängig von dem Verhalten der cutanen Sensibilität.

Farbensinn gut, S. = $\frac{1}{3}$.

Geschmack immer intact, Geruch zeitweilig erloschen (sowohl bei weitem wie bei engem GF.), zeitweilig gut. Gehör unabhängig vom GF. und von der cutanen Anästhesie und im directen Gegensatz dazu bald rechts, bald links mehr beeinträchtigt, besonders die Knochenleitung.

Muskelsinn links gestört.

Beobachtung XXV. Martha Allgner, 13 Jahre. Belastet, oft Kopfschmerzen, seit drei Wochen vor der Aufnahme „Krämpfe“ und „Lähmung“ beider Beine.

Die Anfälle bestehen in der ersten Zeit in hallucinatorischen Delirien. — Patientin spielt mit einem Kätzchen, appercipirt Nadelstiche etc. als Kratzen resp. Beissen des Kätzchens —, dabei stehen die Bulbi in äusserster Convergenz, die Fäuste sind geballt, beide Beine sind paraplegisch. Die Sensibilität ist während der Anfälle durchaus ungestört.

Später machte der psychische Anfall rein motorisch-hysterischen Krampfanfällen ohne Delir und ohne Lähmung Platz. Die Anfälle nahmen an Häufigkeit zu.

Patientin klagt nach dem Anfall über Kopf- und Brustschmerzen, zeigt aber keine Veränderung der Psyche, kein hysterisches Wesen.

Das anfangs fast normale auf den Anfall mit einer Einschränkung reagirende GF. engte sich mehr und mehr ein und betrug vom December 1883 ab nur 5—10% mehr. S. = $\frac{2}{3}$.

Abgesehen von einer leichten Beeinträchtigung der Hörschärfe links zu einer Zeit, wo auch das GF. links enger war, zeigten sich keine Anomalien: Sensibilität, Muskelgefühl, Farbensinn, Geruch und Geschmack waren stets normal, beiderseits gleich.

Wie ungemein schwankend das Verhalten der Sensibilität bei Hysterischen ist, mag auch der folgende Fall beweisen.

Beobachtung XXVI. Frau E w e n d , 30 Jahre. Anästhesie und Schwäche der unteren Extremitäten. Nach einer Woche: Reissen in der rechten Gesichtshälfte; deutliche Abstumpfung der Sensibilität in allen Qualitäten auf der rechten Körperhälfte, Geruch fehlt beiderseits.

Keine GFE., aber S. beiderseits stark herabgesetzt etc.

Einige Tage später: Reissen in der linken Gesichtshälfte; die Anästhesie betrifft jetzt auch die linke Seite.

Kurze Zeit darauf folgende Veränderung: die Sehschärfe nur noch rechts stark herabgesetzt, das GF. ist hier concentrisch eingeeengt, im geringen Grade für weiss, stark für alle Farben.

Einen Monat später: die Hemianästhesie auf der rechten Seite besteht fort, links ist alles normal — nach einigen Wochen: vorübergehend überall gute Aesthesia, nur ist Geruch noch beiderseits, Geschmack rechts herabgesetzt etc.

Aus den eben mitgetheilten Fällen können wir eine Bestätigung der Charcot'schen Ansicht, wie er sie in seinen Vorträgen über die Localisationen*) ausgesprochen hat, dass „die hysterische Empfindungslähmung eine unilaterale ist, während es zu totaler Anästhesie nur in relativ seltenen Fällen kommt“, dass ferner die Anästhesie, nicht die allgemeine Sensibilität allein, sondern stets die sensoriellen Apparate und zwar meist alle mitbetrifft, nicht herleiten. Ebensowenig können wir nach unseren Erfahrungen dem Satz, „dass die Hemianästhesie ein für die Hysterie fast pathognostisches Symptom ist, welches um so wichtiger ist, als es da, wo es vorkommt, nahezu permanent ist“**), zustimmen.

Im Gegentheil fanden wir in der Mehrzahl der Fälle von Hysterie die cutane Empfindungslähmung nicht einseitig total, sondern bilateral partiell, nicht stationär, sondern in höchst capriciöser Weise an Intensität und Extensität schwankend, gelegentlich abwechselnd mit einer mehr weniger scharfen Hemianästhesie. Ebensowenig besteht eine feste Beziehung resp. Parallelität des Verhaltens der einzelnen sensorischen Apparate und der Hautsensibilität zu einander. So fanden wir einerseits sensorische Anästhesie, bei durchaus und stets normaler Hautsensibilität, andererseits totale Unempfindlichkeit der Kopfhaut bei fast ganz normalen sensorischen Functionen.

In einzelnen Fällen besteht eine bilaterale Hautanästhesie bei vorwiegend unilateraler sensorischer und umgekehrt ist in wieder anderen Fällen der eine sensorische Apparat auf der einen, der andere auf der gegenüber liegenden Seite mehr betheiligt, es besteht z. B. eine grössere GFE. links, eine stärkere Herabsetzung der Hörschärfe rechts u. s. w.

Von den einzelnen Sinnesorganen: Geruch, Geschmack, Gehör kann jeder einzelne einmal eine völlige Anästhesie bei Intactheit der

*) Charcot, Ueber die Localisationen I. Deutsch v. Fetzer. p. 121.

**) Charcot, Klinische Vortr. Deutsch v. Fetzer. p. 313.

übrigen zeigen, der Muskelsinn kann sich gestört erweisen, ganz unabhängig von der bestehenden Hautanästhesie, rein einseitig — nur eines sei hier gleich hervorgehoben, dass wir ein normales Verhalten des GF. bei Affection der übrigen Sinnesorgane so gut wie nie gefunden haben.

Erwähnt zu werden verdient schliesslich noch, dass mehrere der Kranken, als sie in die Anstalt aufgenommen wurden, eine allseitig normale Sensibilität zeigten, und dass sich die Anästhesie erst im Laufe des weiteren Aufenthaltes auf der Krampfstation einstellte. Es muss dahin gestellt bleiben, worauf dieses Verhalten beruht.

Mit einem Worte: die Anästhesien der Hysterischen sind nach unseren Erfahrungen so ausserordentlich launenhaft in ihrem Auftreten, Oscilliren und Verschwinden, dass ein durch lange Zeit fortbestehendes stationäres Verhalten der sensorischen und cutanen Sensibilitätsstörungen geradezu zu den Seltenheiten gehört.

Es ist nur ein derartiger Fall zu unserer Beobachtung gelangt, der in Nachstehendem mitgetheilt wird.

Beobachtung XXVII. Juschkat, 31 Jahre, Mädchen. Bis vor 2 Jahren völlig gesund und psychisch normal. Hereditär frei. Vor 2 Jahren Typhus, von dem sie sich nicht recht erholt, sie bleibt schwächlich, leidet an Kopfschmerzen, Magenbeschwerden, erbricht zeitweise Blut. Sie concipirt im December 1882. Wegen der genannten Beschwerden sucht sie im März 1883 die Charité auf. Auf eine bestehende Anästhesie wird sie erst durch die Untersuchung aufmerksam gemacht.

Die ganze Körperoberfläche sowie alle erreichbaren Schleimhäute sind unempfindlich für Berührung, Druck, Stich, Warm und Kalt sowie für den elektrischen Pinsel. Patientin hat keine Ahnung von der Lage und Stellung ihrer Glieder, dieselben verharren in den unbequemsten Stellungen. GF. beiderseits conc. bis auf 5—10° eingeengt, Dyschromatopsie. Sehschärfe rechts = $\frac{1}{6}$, links $\frac{1}{4}$. Geruch fehlt auf beiden Nasenlöchern, ebenso der Geschmack. (Sie hat spontan stets bitteren Geschmack und bezeichnet nun alles als bitter.) Die Hörschärfe ist links stärker herabgesetzt als rechts. Knochenleitung für den Schlag der Uhr sowie für die Töne der Stimmgabel fehlt beiderseits.

Die auf elektrischen Reiz erfolgende Contraction der Muskeln wird von der Patientin nicht wahrgenommen.

Psychisch: Apathie und Demenz leichteren Grades.

Die Patientin wird $\frac{3}{4}$ Jahre lang beobachtet, ohne dass das Krankheitsbild ausser einer allmälichen Zunahme der Apathie und Demenz wesentliche Veränderung erfährt. Ohne erkennbaren Grund kehrt vorübergehend die Sensibilität auf der Stirn, vorderen Kopfhälften und in der Peripherie des Gesichts zurück. Im November 1883 wird Patientin von einem Mädchen entbunden. Die Wehen gehen mit starker Schmerzempfindung und -Ausserung einher.

Partus hat nicht den geringsten Einfluss auf die Sensibilitätsverhältnisse. In psychischer Beziehung erscheint sie ein wenig theilnehmender, kümmert sich um ihr Kind. In den nächsten Tagen post partum unter Temperatursteigerung leichte hallucinatorische Delirien, sieht Männer an ihrem Bett stehen, die sie aufdecken, sie nicht schlafen lassen — alles ohne deutliche Affectthätigkeit.

In den folgenden Monaten kehren wiederholt in der Nacht solche und ähnliche Sinnestäuschungen wieder, Patientin sieht Thiere (Katzen), sie versteht nicht, ihre Sinnestäuschungen zu corrigiren. Fällt Nachts öfter aus dem Bett. Erzählt, dass sie zuweilen von innerer Angst geplagt wird, die Angstzustände gehen nicht mit einer sich nach aussen hin markirenden Reaction einher. Alle therapeutischen Massregeln: Bäder, kalte Brausen, Elektricität in jeder Art der Application, echter und falscher Magnet, die ganze Reihe von Metallen etc. etc. bleiben ohne Erfolg.

Es lässt sich nicht bestimmen, ob der hohe Grad von Apathie — Patientin liegt den ganzen Tag mit halbgeöffneten Augen im Bett, ihre Bewegungen sind auf ein sehr geringes Mass beschränkt, sie spricht spontan fast nichts, nur selten ist ihre Aufmerksamkeit auf die Umgebung gerichtet — durch den Wegfall einer grossen Reihe von Sinnesreizen bedingt wird. Freilich geräth die Patientin, wenn man ihr die Augen verbindet und das linke Ohr zustopft, in Schlaf (wie in dem bekannten Strümpell'schen Falle), aber sie ist auch sonst sehr schlafslüchtig, sie lässt sich auch durch Bestreichen der Arme einschlafen etc.

Wiederum sind es auch nicht bestimmte Formen und Grade von Hysterie, welche sich mit Störungen der sensiblen und sensorischen Functionen verbinden.

Wir fanden sensorische Anästhesie bei den schwersten und hartnäckigsten Formen, wir fanden sie ebenso gut in den leichteren und leichtesten Graden dieser Erkrankung, gleichgültig, ob dieselbe mit oder ohne Krämpfe einher geht. Bildete sie hier das wesentlichste und hervorstechendste Symptom, so verschwand sie dort unter dem vielgestaltigen Heer anderer Erscheinungen.

Wohl aber lassen sich Beziehungen zwischen der Intensität der Erkrankung und der Energie der Sensibilitätsstörung herausfinden, derart, dass im Grossen und Ganzen auch die Erkrankung im sensibel-sensorischen Apparat an- und abschwillt mit der Verschlimmerung und Besserung des Allgemeinleidens, und gelingt es auch zuweilen, diese Beziehungen der Sensibilität zum Verhalten der Psyche (resp. zum hysterischen Anfall) als gesetzmässig nachzuweisen, wie die folgenden Fälle darthun werden:

Beobachtung XXVIII. Auguste Viol, 23 Jahre (Fig. 3). Patientin aus gesunder Familiè, ohne jede prämorbiide hysterische oder epileptoide Sym-

ptome, wird am 6. Februar 1884 zur Abtheilung gebracht, weil sie auf der Wache, wohin sie wegen des Verdachts eines Diebstahls sistirt worden war, vor Schreck „Krämpfe“ bekommen hatte. Sie ist völlig stumm, kann aber schreiben, dass sie vor Schreck umgefallen sei; wie sie in die Anstalt gekommen, wisse sie nicht. Beide Beine sind in Streckstellung völlig steif, obere Extremitäten und Kopf frei beweglich, der grössere Theil der Körperoberfläche total anästhetisch (incl. Vulva), nur Cornea und Nasenschleimhaut ästhetisch.

Am anderen Morgen ist Patientin nach wie vor stumm und contract, aber bei heiterer Stimmung, lacht ganz vergnügt, als ihr die sichere Heilung in Aussicht gestellt wird.

Stationäre Anästhesie der Kopfhaut, der Mundhöhle incl. Larynx und beider Unterschenkel bis zum Knie. Gesichtsfeld, Farbensinn, Geruch, Geschmack, Gehör und Muskelsinn durchaus normal, beiderseits gleich.

Dieser Zustand der Sensibilität, Motilität und Sprache blieb constant bis zum 12. Februar, an welchem Tage bei Faradisation des Kehlkopfes mit starkem Strom unter der Einwirkung des Schmerzes ein cataleptischer Anfall eintritt, wie er, später spontan zu Stande kommend, geschildert werden wird.

Nach dem Anfall kann Patientin wieder sprechen, auch die Contractur der Hüfte hat sich etwas verringert, besonders links.

17. Februar. Anästhesie wie früher. GF. mässig conc. eingeengt (60°), Anästhesie wie früher. Geruch normal, Geschmack auf der Zunge fehlend, am Gaumen herabgesetzt. Gehör ganz wenig beeinträchtigt. Muskelsinn (auch später) intact.

19. Februar. GF. etwas weiter — 70° . Gehör etwas mehr herabgesetzt, Geruch und Geschmack beträchtlich gestört.

22. Februar. GF. 70° nach aussen unten, Farbensinn intact, S = 1. Gehör beiderseits mässig gestört, etwas mehr links, für alle Qualitäten. Knochenleitung erhalten.

Geruch und Geschmack herabgesetzt, beiderseits gleich.

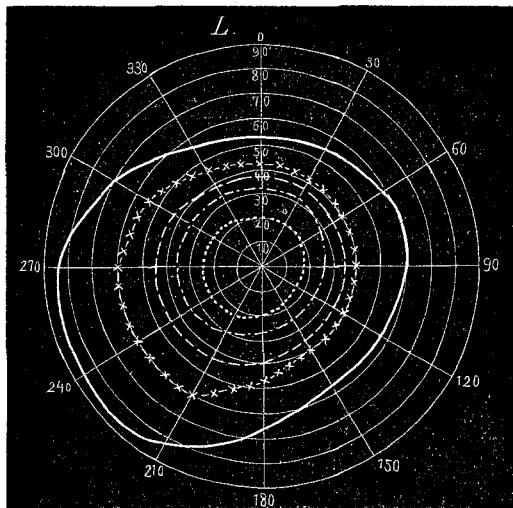
Am 28. und 29. Februar ein cataleptischer Anfall. Patientin, welche sich schon einige Zeit vorher schlecht fühlt, über Unruhe, Kopfschmerz, Schwindel und Angstempfindungen klagt, fällt plötzlich um und verliert das Bewusstsein. Die Augen sind geöffnet, die Pupillen weit, reagiren aber auf Licht, Berührung der Cornea führt Lidschlag herbei. Die vier Extremitäten sind stocksteif; bringt man sie unter Anwendung grosser Gewalt in eine andere Stellung, wobei man einen enormen Widerstand verspürt, verharren sie, so lange der Anfall dauert, in derselben. Führt man die passive Bewegung ganz plötzlich mit einem Ruck aus, überrascht man quasi die Kranke, so findet dieselbe fast gar keinen Widerstand.

In den starren Extremitäten leichter Tremor; Sensibilität völlig erloschen. Die Anfälle dauerten etwa $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde, wiederholten sich mehrmals, nach denselben bestand völlige Amnesie und Abgeschlagenheit, aber

gleichzeitig regelmässig eine mässige Besserung der Contractur, so dass Patientin bereits am 2. März tanzen konnte.

Ein Rückfall der Sprachstörung trat nicht ein.

Fig. 3.



Auguste Viel.

— — Grenze des GF. am 7. Februar und 9. Februar.
(Am 12. Februar Cataleptischer Anfall.)

— × — Grenze des GF. am 17. Februar und 18. Februar.
(Am 28. und 29. Cataleptische Anfälle.)

— — — Grenze des GF. am 1. März.

— - - — Grenze des GF. am 4. März (Cataleptischer Anfall).

· · · · · Grenze des GF. am 18. März (Cataleptische Anfälle).
Am rechten Auge verhält sich das GF. analog.

1. März. GF. 45° . Sensibilität wie früher. Gehör, Geruch und Geschmack eher etwas besser.

4. März. Cataleptischer Anfall. GF. 35° , Sensibilität wie früher, Geruch und Geschmack wieder mehr herabgesetzt, ebenso das Gehör besonders links, wo die Knochenleitung ganz aufgehoben ist.

Am 11., 17. März Anfälle.

18. März. Anfall.

GF. 25° — alles Uebrige, wie am 4. März, die acustische Leitung durch den Kopf links hat sich wieder hergestellt.

Wir sehen also, wie sich bei einem früher absolut keine Symptome von Hysterie aufweisenden Mädchen unter starker psychischer Einwirkung eine schwere Hysterie acut entwickelt, und zwar zunächst wesentlich unter den Erscheinungen der Aphasie und der Contractur ohne Beteiligung der Sinnesorgane. Dann treten

cataleptiforme Anfälle auf (welcher Natur die „Krämpfe“ auf der Wache waren, bleibt ungewiss) und mit ihnen eine mehr und mehr nach jedem Anfall, trotz des Gleichbleibens der cutanen Empfindungsstörung sich vertiefende sensorische Anästhesie. Das GF., ursprünglich von normaler Ausdehnung, engt sich ganz regelmässig, nach jedem Anfall mehr, allmälich auf 25° ein, und ebenso zeigen sich, wenn auch unregelmässiger, Störungen in der Function der übrigen Sinnesorgane.

Dass es der Anfall ist, auf den die sensorische Anästhesie zu beziehen ist, geht daraus hervor, dass in der anfallsfreien Zeit sich das GF. erweitert — aber nicht der Anfall allein ist das wirksame Moment, sondern gleichzeitig eine Alteration, eine Depravation der Psyche, d. h. es sind natürlich in letzter Instanz cataleptischer Anfall, sensorische Anästhesie und psychische Veränderung auf dieselbe Ursache zurückzuführen.

Denn wenn auch die Kranke vor resp. bei ihrer Aufnahme nicht psychisch-hysterisch war — jetzt ist sie es. Seit dem ersten cataleptischen Anfall ist sie verändert: früher heiter, trotz ihrer Stummheit, über die sie sich ängstigte, gleichmuthig, gerne mit den anderen Kranken verkehrend, ohne Klagen über somatische oder psychische Missemmpfindungen, ist sie allmälig still und stiller geworden: „ich weiss nicht, mir ist jetzt ganz anders. Ich mag von nichts wissen, am liebsten bin ich allein, zuweilen muss ich ganz ohne Grund weinen, ich bin so reizbar und bekomme leicht Streit mit den Anderen, mir ist so schwer zu Muthe wie nie. Dabei habe ich oft so Angst und Herzklopfen und dann der ewige Druck im Kopfe, der mich Nachts nicht schlafen lässt“. So schildert die Patientin die ihr selbst auffällige Veränderung ihres Gemüthes, die sich auch in den müden, leicht traurigen Gesichtszügen ausdrückt.

In jüngster Zeit ist es bei der Patientin sogar zu mehreren Conamina suicidii und zu Tobsuchtsanfällen, gekommen, welche unter dem Bilde eines hallucinatorischen Angstdelirs mit Amnesie verlaufen.

Der folgende Fall ist noch mehr geeignet, den Parallelismus zwischen dem Verhalten der Sinnesorgane und der Psyche resp. die Beziehungen zum hysterischen Anfall zu demonstrieren.

Beobachtung XXIX. Sophie Jahnke, 17 Jahre. Patientin, aus belasteter Familie erkrankte im 9. Jahre an einer sechswöchentlichen „schleichen den Gehirnentzündung“, litt seitdem an Migräneanfällen, ängstlichen Träumen, Schreckhaftigkeit. Ausgelassenes Temperament.

Im Januar 1883 versuchte ein Onkel ein unsittliches Attentat auf sie, welches sie sehr erregte, sie klagte seitdem über anhaltenden Scheitelkopf-

schmerz. Im März 1883 zum ersten Mal „Krämpfe“, die sich wiederholten, aber vom Mai bis December (Aufnahme in die Charité) ausblieben.

Im April 1883 neue psychische Aufregung; seit Mai traten hallucinatorische Zustände ein, in denen sie sich von ihrem Onkel und seinen Complicen sexuell verfolgt und gemisshandelt glaubte. Sie zweifelte nicht an der Realität ihrer Verfolgungsideen, die sie übrigens — Patientin wurde als „krampfkrank“ aufgenommen — anfangs sorgfältig verbarg.

Am 14. December wurde Patientin genauer untersucht. Es ergab sich zunächst eine in allen Qualitäten feine Hautsensibilität.

Das Perimeter ergibt gleich darauf eine doppelseitige conc. GFE. auf $10 - 15^0$ (cfr. Fig. 4).

Farbenseinn sehr gestört: während mit beiden Augen jede Farbe, wenn stark angenähert, richtig erkannt wird, besteht für jedes einzelne Auge eine totale Achromatopsie; alle Farben werden als grau, schwarz, gelblich oder weiss bezeichnet. Der Versuch wurde mehrere Male wiederholt.

Geruch und Geschmack vollständig erloschen.

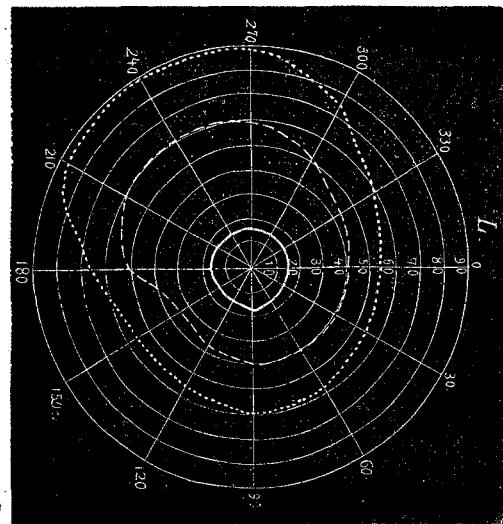
Da dieser Befund in auffälligem Widerspruch mit der eben vorher gefundenen normalen Hautsensibilität steht, wird dieselbe von Neuem geprüft und es ergibt sich, dass sich inzwischen eine totale Analgesie und Anästhesie (exclusive Cornea und Nasenschleimhaut) eingestellt hat; sowie eine Umkehr des Temperatursinns; warm wird als „kühl“, kalt als „brennend heiss“ empfunden.

Während bis zu diesem Augenblick in dem Verhalten der Patientin eine Veränderung nicht bemerkbar ist und alle Angaben präcis und rasch gemacht werden, tritt gleich darauf unter Starrwerden des Blickes und leichten Zuckungen der Arme ein sehr lebhaftes hallucinatorisches Delirium in die Erscheinung. Patientin springt auf, schreit: „Feuer, sie wollen mich verbrennen, die schwarzen Kerls wollen mich schlagen, überall sind so grosse Spinnen“ etc. Sehr lebhaftes entsprechendes Mienen- und Geberdenspiel. Während des Delirs ist die Perversion des Temperatur- und Farbenseinns auch spontan sehr deutlich: Patientin legt den Kopf gegen den heißen Ofen — „ach, das ist schön kühl“ — schreit, wenn man sie mit etwas Kaltem (Blechbecher) berührt — „sie verbrennen mich“, nimmt ihr schwarzweisses Tuch vom Boden auf, „da ist ja mein rothes Tuch“.

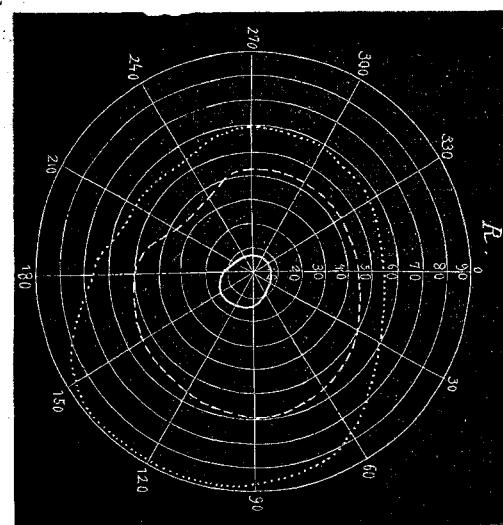
Die hallucinatorischen Anfälle wiederholen sich, in den Pausen ist Patientin klar, erkennt ihre Umgebung, der Temperatur- und Farbenseinn ist normal. Diese eignethümliche Erscheinung der erwähnten Umkehrung konnte zu wiederholten Malen beobachtet werden, sogar das Wartepersonal bemerkte, wie Patientin, wenn sie im Delir mit der Backe die kalte Wand berührte, aufschrie „das brennt“.

Nach ca. $\frac{1}{2}$ Stunde hören die Anfälle auf, Patientin wird klar, hält aber an der Realität des „Feuers“, der „Spinnen“ unbedingt, etwas gereizt fest. „Ich habe es ja doch ganz deutlich gesehen, aber jetzt ist mir wieder gut“.

Für die Untersuchung vor dem Anfall besteht vollständige Amnesie,



Figur 4.



Patientin behauptet, das Perimeter, die farbigen Papierstückchen nie gesehen zu haben — „woher denn?“

Die jetzt wiederholte Untersuchung ergibt eine Erweiterung des GF. beider Augen auf 60° , (cfr. Fig. 4), cutane Sensibili-

tät, Gehör, Geruch, Geschmack, Temperatur- und Farbensinn durchaus normal.

In diesem Falle ist die Abhängigkeit der sensorischen Anästhesie von dem hysterischen Anfall resp. von der Ursache desselben exquisit deutlich.

Man könnte sagen, sie träge schon etwas früher als der Anfall ein, da die conc. GFE. etc. schon bestand, als von dem Anfall noch nichts zu bemerken war, indessen muss aus der Amnesie der Patientin für die Untersuchung geschlossen werden, dass eine starke Veränderung des Bewusstseins zur Zeit desselben schon bestand. Die sensible und sensorische Anästhesie ist während des Anfalls eine totale und complete, sie combinirt sich mit einer eigenthümlichen Störung des Farbensinnes und einer völligen Umkehr der Temperaturrempfindung. Sowie aber der Anfall aufhört, sowie das Bewusstsein der Kranken nicht mehr hallucinatorisch gestört ist, wird auch die gesammte Sensibilität mit einem Schlag wieder normal.

Im Laufe der Beobachtungen verschwanden diese hallucinatorischen Anfälle, welche gelegentlich mit Krampfanfällen (Zuckungen, blutiger Schaum vor dem Munde) abwechselten, und die Patientin bot ein wesentlich anderes Bild.

Es liessen sich im psychischen und somatischen Verhalten der Patientin drei ganz verschiedene Zustände nachweisen.

1. Normales Verhalten.

Patientin sieht heiter aus (Grübchen), ist vergnügt, zuweilen ausgelassen, beschäftigt sich fleissig, hat Krankheitseinsicht, erkennt an, dass die später zu schildernden Zustände krankhafte sein müssten, wenn sie auch das Wesen derselben nicht verstehe, hofft, noch einmal gesund zu werden, ist mit der Nothwendigkeit ihres Aufenthaltes in der Charité einverstanden. In diesem Zustande ist das Verhalten der Sensibilität, abgesehen von einer conc. GFE. auf 30° und einer totalen Anästhesie der behaarten Kopfhaut durchaus normal, Temperatur- und Farbensinn gleichfalls.

Patientin klagt nur über Kopfweh, sonst fühlt sie sich wohl. Auch dieses Kopfweh („Kappe“) verschwindet zuweilen spontan für einige Zeit. Patientin kam sehr vergnügt mit der Angabe, jetzt sei die „Kappe“ fort, und war in der That die Anästhesie der Kopfhaut verschwunden. Das GF. zeigte normale Ausdehnung, Patientin gab an, dass sie subjectiv besser sähe, weil das Flimmern weg sei. Nach einigen Tagen stellte sich die „Kappe“, die Anästhesie und die GFE. ebenso spontan wieder ein.

2. Leicht gestörtes Verhalten.

Patientin steht auf, legt die Arbeit weg, versteckt sich irgendwo. Das Gesicht ist finster, die Antworten spärlich und abweisend, Patientin will fort,

sie sei gesund, hier sei sie doch nur den Anderen im Wege — man lache sie aus, habe sie zum Besten, auch der Arzt. Sie klagt über heftigen Kopfschmerz, über Angst und Herzklöpfen.

In diesem Zustande, der entweder dem normalen oder aber dem gleich zu beschreibenden dritten Platz macht, ist Patientin total anästhetisch (excl. Cornea) das GF. beträgt 15—20°, Geruch, Geschmack und Gehör sind vielleicht herabgesetzt, jedenfalls aber erhalten. Temperatur- und Farbensinn normal.

3. Hallucinatorisches Delirium.

Entweder ohne jede Vorbote oder im Anschluss an den sub 2 beschriebenen Zustand — und zwar sowohl am Tage, wie Nachts — beginnt plötzlich die Patientin sehr lebhaft zu halluciniren. Sie schlägt die Hände vor das Gesicht, ist nicht zu bewegen, sie wegzunehmen, oder die Augen zu öffnen. Die Umgebung versinkt für sie vollständig: wie sie später angiebt, ist ihr plötzlich, als sei sie irgendwo auf der Strasse, im Hause des Onkels oder an einer anderen Localität.

Der Onkel und seine Complicen machen ihr fortwährend unsittliche Anträge, weigert sie sich, wird sie geschlagen, misshandelt und gebrannt!

In diesem Zustande percipirt Patientin alle äusseren Eindrücke im Sinne des Delirs, sie duzt den Arzt, den sie für ihren Onkel hält, und wirft ihm, als er darauf eingeht, seine Schandthaten vor, sie lacht höhnisch, wenn er ihr seine wirkliche Persönlichkeit vorhält — „du willst Oberarzt sein, du Lump, bist ja Posamentier“.

Es gelingt, indem man auf die Ideen der Patientin eingeht, ihr Localitäten und Persönlichkeiten geradezu zu suggeriren, (wenn auch nicht immer und alles), sie z. B. unter die „Linden“ zu führen, ihr einen Lieutenant zu zeigen, den sie dann auch wirklich sieht etc. Versuche, Patientin aus dem Delir gewaltsam herauszubringen, misslingen, dasselbe hört spontan, meist plötzlich auf und Patientin ist dann sehr erstaunt, wenn man ihr die Unterhaltung, welche sie soeben mit dem Onkel geführt hat, und deren sie sich ganz genau erinnert, wieder erzählt — „wie können Sie das wissen, das muss Ihnen der Onkel wohl gesagt haben“.

Während dieser Anfälle ist Patientin total anästhetisch, Geruch und Geschmack sind erloschen (Gehör nicht zu prüfen) und es besteht die schon früher beschriebene Umkehr des Temperatursinns und die Dyschromatopsie*).

Es geht also bei dieser Patientin das Verhalten der allgemeinen und speciellen Sensibilität durchaus parallel dem Verhalten der Psyche, des Bewusstseins, und zwar derart parallel, dass man aus der Sen-

*) Die Kranke hat in letzter Zeit Krampfanfälle gezeigt, die mit Pupillenstarre und Aufhebung der Reflexe einhergehen. Man ist also wohl gezwungen, dieselbe als Epileptische zu bezeichnen. Vielleicht handelt es sich um eine in der Entwicklung begriffene Hystero-Epilepsie.

sibilität des Gesichtes auf den Zustand der Psyche und umgekehrt, aus dem Gesichtsausdruck und dem Wesen der Patientin auf das Verhalten der Sensibilität einen richtigen Schluss machen konnte.

Den sub 3 geschilderten Zustand könnte man wegen der Dramatik desselben, wegen der Apperception äusserer Eindrücke im Sinne des Delirs und wegen der Möglichkeit der Suggestion als einen „hypnotischen“ bezeichnen, um so mehr als derselbe z. B. durch eine längere Untersuchung — Fixiren des Perimetercentrums — herbeigeführt werden konnte. Rieger beobachtete ebenfalls die Umkehr des Temperatursinnes in der Hypnose.

Dass auch bei Hysterischen, die niemals Krämpfe gehabt haben, das Verhalten der Sensibilität zuweilen dem Zustande der Psyche parallel geht, konnten wir bei einer hemianästhetischen Hysterischen constatiren, bei der zugleich mit der allmälichen psychischen Besse rung das GF. beider Augen sich ganz gleichmässig erweiterte. Eine andere Hystero-Epileptische mit Hemianästhesie wies, wenn heiter und vergnügt ein weites, wenn geärgert oder gereizt, ein enges GF. auf. Gerade diese Abhängigkeit der Anästhesie sowohl vom Anfall als von dem Verhalten der affectiven Sphäre erschwert es so sehr, die Bedingungen, nach welchen die Anästhesie der Hysterischen in jedem einzelnen Falle oscillirt, immer genau zu taxiren.

Fassen wir das Gesagte zusammen, so ist also der hysterische Anfall im Grossen und Ganzen dem „psychisch-epileptischen“ gleichwährig in seiner Beziehung zur sensorischen Anästhesie, doch kommt ein volliger Ausgleich der letzteren in der anfallsfreien Zeit bei den Hysterischen wohl deswegen nur in seltenen Fällen zu Stande, weil einmal die Anfälle häufiger sind und weil zweitens die Psyche der Hysterischen eben constant jene Reizbarkeit und Labilität zeigt, die wir bei den Epileptischen als vorübergehende Erscheinung nach dem Anfall beobachteten.

Schliesslich sei noch bemerkt, dass, was hier für die Hysterischen gesagt wurde, nach unseren Beobachtungen auch bei den Hystero-Epileptischen zutreffend zu sein scheint.

III. Die sensorischen Anästhesien bei allgemeinen Neurosen.

(excl. Epilepsie und Hysterie.)

Eine constante Beziehung der sensibeln Störungen zu gewissen Symptomen der Hysterie liess sich zwar, wie gesagt, nicht auffinden; jedoch konnte constatirt werden, dass die sensorischen Anästhesien

mit Vorliebe im Geleit gewisser nervöser Beschwerden und psychischer Anomalien auftreten. Dahn gehören: Kopfdruck, Schwindel, Ohrensausen, Augenflimmern, Schlaflosigkeit, Zittern, allgemeines Schwächegefühl, gemüthliche Verstimmung, Reizbarkeit, Schreckbarkeit, und vor Allem: Innere Unruhe und vorstellungslose Angst. Wir haben das Ensemble dieser Symptome bei Männern und Frauen beobachtet und sind nicht der Meinung, dass für diese Krankheitserscheinungen an und für sich die Bezeichnung Hysterie die zutreffende ist. Eher decken sie sich mit dem als Neurasthenie oder allgemeine Nervosität benannten Krankheitsbilde. Unsere Erfahrungen schliessen sich in dieser Beziehung ziemlich eng an die Wilbrand's*) an, doch congruien sie nicht vollständig mit denselben.

Wir fanden, verbunden mit den geschilderten Beschwerden typische conc. GFE. für Weiss und alle Farben, daneben Störungen der Hautsensibilität, gewöhnlich auf einzelne Partien der Körperoberfläche (häufig die behaarte Kopfhaut) oder seltener auf eine Körperhälfte beschränkt, sowie funktionelle Defekte in den übrigen Sinnesorganen. Oft ist die GFE. die einzige nachweisbare Anomalie, andermal nimmt dieses oder jenes Sinnesorgan oder alle an der Erkrankung Theil.

Die Literatur, namentlich die des Auslands ist keineswegs arm an Beispielen, in denen sich sensorische Hemianästhesie, seltener Anästhesie bei Männern fand. Fast überall tritt aber das Bestreben der Autoren hervor, derartige Fälle als Hysterie bei Männern zu beschreiben.

Es ist nicht unsere Sache, eine Kritik dieser Beobachtungen zu üben; wir weisen aber mit aller Entschiedenheit darauf hin, dass der Befund der Hemianästhesie oder Anästhesie allein nicht genügt, eine gegebene Krankheitsform unter die Rubrik Hysterie zu bringen, ganz abgesehen von den Fällen, in denen Zeichen einer palpablen Erkrankung des Gehins vorliegen.

Wir sind vorurtheilslos an diese Frage herangetreten und haben zu erforschen gesucht, im Geleit welcher Krankheiten überhaupt Störungen der allgemeinen und speciellen Sensibilität auftreten.

Die Literatur bietet in dieser Beziehung ausser den überaus zahlreichen Beobachtungen von sogenannter *Hemianaesthesia hysterica*

*) Wilbrand l. c.

Mittheilungen über Hemianaesthesia completa bei Alkoholisten*), bei gewissen Vergiftungen**) und bei organischen Hirnerkrankungen***).

Unsere Untersuchungen haben uns gelehrt, dass die sensibel-sensorischen Anästhesien zunächst auch bei anderen Neurosen als der bereits abgehandelten Epilepsie und Hysterie vorkommt.

Nervosität, Neurasthenie. Beobachtung XXX. C. Buchholz, Büreaubeamter, 32 Jahre alt. Leidet seit einem Jahre an Kopfschmerz (Druckgefühl im ganzen Kopf), Schwindel und Ohrensausen. Er ist reizbar, dauernd verstimmt und wird häufig von einer inneren Angst befallen, die er in die Herzgegend localisiert. Der Schlaf ist schlecht, der Appetit verringert; es besteht das Gefühl allgemeiner Erschlaffung.

Die objective Untersuchung ergibt in der motorischen Sphäre nichts Abnormes; dagegen:

Conc. GFE. mittleren Grades für Weiss und Farben..

Tastempfindlichkeit auf der Scheitelhöhe und dem Hinterkopf deutlich abgestumpft.

Gehör R. normal, L. wird Flüstersprache erst dicht am Ohr gehört und fehlt die Knochenleitung für Uhr und Stimmgabel. Geruch auf dem linken Nasenloch, Geschmack auf der linken Zungenhälfte fast fehlend.

Im Verlauf einiger Wochen tritt unter Kaltwasserbehandlung und der innerlichen Darreichung von Bromkalium bedeutende Besserung ein. Von den Sensibilitätsstörungen ist nur noch eine ganz geringe GFE. nachzuweisen, sowie eine leichte Abstumpfung der Hörschärfe auf dem linken Ohr.

*) Magnan, De l'hémianesthesia de la sensibilité générale et des sens dans l'alcoolisme chronique. Gaz. hebd. 1873. S. 729 und 746 etc.

**) Allen Sturge, On hemianaesthesia of special and general sensation. Brit. med. Journ. 1878. S. 783.

***) L. Türk, Ueber die Beziehungen gewisser Krankheitsherde des grossen Gehirns zur Anästhesie. Sitzungsber. der math.-naturw. Klasse etc. 1859.

Charcot, De l'hémichorée posthémiplégique. Progrès Médical 1875. No. 4 und 6. — Charcot's Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystems. Deutsch von Fetzer und a. a. O.

Landolt, De l'amblyopie hystérique. Arch. de physiol. 2. sér. T. II. p. 643. 75.

A. Pitres, Sur l'hémianesthésie d'origine cérébrale et sur les troubles de la vue qui l'accompagnent. Progrès Médical 1876. No. 29.

F. Müller, Neuropathologische Studien. Berliner klin. Wochenschrift 1878. No. 20 und 21.

Vgl. ferner: Discussion on hysterical Anaesthesia in British med. Journ. August 28. 1880 etc. etc.

Beobachtung XXXI. R. Otto, 50 Jahre alt, Weber. Leidet seit zwei Jahren an Unruhe und Angstzuständen. Die Angst befällt ihn plötzlich und ohne durch gewisse Vorstellungen wachgerufen zu werden. Er ist verstimmt. Das Gedächtniss hat gelitten. Zeitweise besteht Schwindel und Benommenheit im Kopf. Leichter Tremor in den Händen, der aber bei gewissen Beschäftigungen — Schreiben und besonders Weben — so zunimmt, dass Patient sofort die Arbeit unterbrechen muss. Sobald er die Feder ergreift, wird dieselbe von den Fingern krampfhaft umschlossen und die Handschrift wird unleserlich.

Das GF. ist beiderseits für Weiss (50° aussen) und Farben gleichmässig eingeschränkt, die Sehschärfe beiderseits = $\frac{2}{3}$. Kein ophthalmoskopischer Befund.

Unter elektrischer Behandlung bessert sich der Zustand und das Gesichtsfeld erweitert sich allmälig.

Beobachtung XXXII. Frau Krause, 32 Jahre alt, seit 3 Monaten im Anschluss an eine Gemüthserschütterung erkrankt, nachdem sie bis da völlig gesund gewesen. Sie klagt über Reissen im Kopf und in der rechten Körperhälfte, über dauernden Kopfschwindel, den sie nicht genauer zu qualificiren versteht, über ängstliche Erregtheit und Schlaflosigkeit.

An Krämpfen hat sie nie gelitten. Druckpunkte sind nicht nachweisbar.

Die Gesichtsmuskulatur zittert fibrillär, ebenso besteht leichter Tremor in den Händen.

Das GF. ist R. auf 10° , L. auf 20° conc. eingeengt. Pupillen R. > L. die rechte reagirt weniger prompt auf Lichteinfall. Sehschärfe R. = $\frac{1}{3}$, L. $\frac{2}{3}$.

Gehör: R. Flüsterstimme auf einen Füss, L. auf 2 Meter. Uhr und Stimmgabel werden weder rechts noch links durch den Kopf gehört. Tastsinn und Schmerzgefühl deutlich auf der rechten Körperhälfte abgestumpt.

Geruch fehlt rechts, Geschmack ist beiders. fast aufgehoben.

Beobachtung XXXIII. K. Schüssler, Arbeiter. Hat seit einigen Monaten über Kopfschmerz, Ohrensausen, Abnahme der Sehkraft, Reizbarkeit und anfallsweise auftretende Zustände von Angst und Beklemmung zu klagen.

Die Untersuchung der inneren Organe weist keine Abnormität nach.

Das GF. ist L. auf ca. 30° (aussen), R. auf 35° eingeschränkt. Die Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit ist auf der ganzen linken Körperhälfte und einem Theil der rechten erheblich herabgesetzt. Die Sinnesorgane nehmen auf der linken Seite an der Anästhesie Theil, die Sehschärfe ist auch auf dem rechten Auge auf etwa $\frac{1}{2}$ gesunken.

Es wäre überflüssig, die Zahl der Krankengeschichten zu vermehren; sie gleichen sich alle in den Hauptzügen; freilich sind es nicht immer ganz dieselben nervösen Beschwerden und psychischen Anomalien, auch sind sie nicht immer in gleicher Heftigkeit ausgeprägt.

Es bleibt zu betonen, dass wir nicht selten ganz denselben krankhaften Erscheinungen begegneten, ohne irgend eine Störung der allgemeinen und speziellen Sensibilität auffinden zu können.

Chorea. Charcot erwähnt in einem Vortrage über die Chorea posthemiplegica*), dass gelegentlich auch im Verlauf der gewöhnlichen Chorea Hemianästhesie beobachtet wird und verweist in dieser Beziehung auf die Untersuchungen Moynier's. Nach Ziemssen's**) Meinung werden Sensibilitätsstörungen nur selten bei Chorea gefunden und „die geringe Zahl der über diesen Punkt vorliegenden Beobachtungen sowie die mangelhafte Beschaffenheit derselben, insbesondere der Mangel einer gesonderten Prüfung der einzelnen Empfindungsqualitäten macht eine ausgedehntere Verwerthung dieser Angaben zur Zeit unmöglich“.

Hie und da wird ein Fall mitgetheilt, in dem sich Hysterie oder Hystero-Epilepsie mit Chorea und sensibel-sensorischen Störungen verbindet***).

Wir haben 20 Fälle von Chorea genauer auf diesen Punkt hin geprüft und in drei derselben Anomalien der allgemeinen und speziellen Sensibilität nachweisen können. Für den einen ist vielleicht die Bezeichnung hysterische Chorea oder richtiger Chorea bei einer Hysterischen zutreffend. Im zweiten handelt es sich um eine Frau, die keinerlei hysterische Zeichen bietet, und bei der sich die Anästhesie nur in einer conc. GFE. kundgiebt. Der dritte Fall betrifft einen Knaben, der nach einer Gemüthsaufrégung an Chorea erkrankte, sich in einem Zustand ängstlicher Erregung und Verstimmtheit befindet, ohne irgendwelche hysterischen Erscheinungen; bei ihm ist eine complete Hemianästhesie nachzuweisen.

Wir lassen nun die für uns wichtigen Daten der Geschichte dieser Fälle folgen:

Beobachtung XXXIV. Die gegenwärtig 21jährige Patientin Fräulein Gaudet hat in ihrem 14 Lebensjahre zum ersten Male an Chorea gelitten. Es trat schnell Besserung ein, aber andeutungsweise sollen die choreatischen Bewegungen in der ganzen Folgezeit bestanden haben. Im Juli 1883 er-

*) De l'hémichorée post-hémiplégique. Progrès méd. 1875, No. 4 u. 6.
Gaz. des Hôp. No. 30.

**) Chorea im Handbuch der spec. Path. und Ther. XII. 2. Krankh. des Nervensystems. 2.

***) Zenop, Case of hystero-epilepsy with hemianaesthesia and chorea.
St.-Barthol.-Hosp. Rep. XVI. 1857 etc. — Moore, Cases of anaesthesia.
The British Medical Journal. August 28. 1880.

krankte sie an acutem Gelenkrheumatismus. Seit Weihnachten besteht eine ausgeprägte Chorea, die sich anfangs auf die rechte Körperhälfte beschränkte. Sie verband sich mit einer sehr schwankenden Gemüthsstimmung, Reizbarkeit, Schreckbarkeit, Kopfdruck, Schwindel, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen, Angstzuständen. An Weinkrämpfen hat sie zeitweise gelitten; über Globus hatte sie häufig zu klagen.

Die Chorea ist eine sehr schwere, belästigt namentlich die rechten Extremitäten und die Zunge. Die Zuckungen in der letzteren (vielleicht auch in der Gaumenmuskulatur) sind so stark, dass die Sprache und die Nahrungsauhnahme für 8—14 Tage völlig behindert ist und Sondenfütterung nothwendig wird. Bei gesteigerter Erregtheit oder wenn man die rechten Extremitäten fixirt, nehmen die linken Extremitäten an choreatischen Zuckungen Theil.

Die Störung der sensibel-sensorischen Functionen ist nun eine sehr ausgesprogte und schwankt im Verlauf der Erkrankung weniger in ihrer Intensität als in der Grösse des Ausbreitungsbezirkes.

Auf der Höhe der Erkrankung betheiligt die Anästhesie fast die ganze Körperoberfläche, indem sie nur Theile der linken Extremitäten freilässt. Von den einzelnen Sensibilitätsqualitäten hat besonders das Schmerzgefühl gelitten.

Das GF. ist beiderseits hochgradig conc. eingeengt, R. aber stärker als L., erhebliche Sehstörung besteht nur auf dem linken Auge. Die Hörschärfe ist beiderseits abgeschwächt, R. mehr als L. Die Knochenleitung für Schlag der Uhr und Stimmgabel fehlt ganz. R. besteht Anosmie. Der Geschmack ist beiderseits nicht merklich alterirt.

Es erscheint uns noch erwähnenswerth, dass im Verlauf der Erkrankung noch einmal ein acuter Gelenkrheumatismus aufrat sowie ein ausgesprochenes Erythema nodosum.

Die genannten psychischen Anomalien treten auch in der ganzen Folgezeit hervor, wenn auch in wechselnder Intensität.

Beobachtung XXXV. Frau Guez, 25 Jahre alt, hat in ihrem 17. Lebensjahre im Anschluss an einen Schreck Chorea acquirirt, sie wurde geheilt, aber erkrankte im Laufe der folgenden Jahre wiederholentlich an Chorea, zweimal während der Gravidität.

Nachdem im August 1883 die Menses ausgeblieben, erschienen bald immer heftiger werdende Choreabewegungen in allen vier Extremitäten sowie andauernde Kopfschmerzen und Schwindelgefühl. Dazu gesellte sich, wie die Patientin angiebt, Gedächtnisschwäche, Gemüthsverstimmung und Abnahme der Sehkraft.

Patientin ist gegenwärtig gravida im 7. Monat. An den choreatischen Zuckungen nehmen alle Extremitäten sowie die Gesichtsmuskulatur Theil.

Keine Zeichen psychischer Alteration, keinerlei hysterische Symptome sind wahrzunehmen.

GF. für Weiss und Farben concentrisch auf 30° (aussen) eingeschränkt. Sonst keinerlei Abnahme der allgemeinen und speziellen Sensibilität. Die Prüfung wurde in der nächsten Zeit mehrfach wiederholt und blieb die Störung des exzentrischen Sehens zunächst die gleiche. Erst als die Neurose eine Besserung erfährt, tritt eine merkliche Erweiterung des GF. ein, und zwar so, dass die Grenzen für Weiss schon die normale Ausdehnung erlangt haben, während noch Anomalien in der Aufeinanderfolge und Ausdehnung der Farbenkreise zu constatiren sind.

Beobachtung XXXVI. Georg Weprech, 11jähriger Knabe. Hereditär nicht belastet. Seit 14 Tagen choreatische Bewegungen in der Gesichts- und Extremitätenmuskulatur. Angeblich ist Patient durch den vor einigen Monaten erfolgten Tod des Vaters tief erschüttert worden und seither deprimirter Gemüthsstimmung.

Zur Zeit der Untersuchung ist er ängstlich, schreckbar und verstimmt. GF. R. für Weiss und alle Farben $5-10^{\circ}$, L. $20-30^{\circ}$. Deutliche Ermüdung. Sehschärfe R. = $\frac{1}{9}$, L. fast normal.

Ophthalmoskopisch nichts Abnormes.

Abstumpfung der Tast- und Schmerzempfindlichkeit auf der ganzen rechten Körperhälfte; Geruch und Geschmack nehmen an der Anästhesie Theil.

Gehör beiderseits gut, Muskelgefühl nicht deutlich herabgesetzt.

Im Verlauf einiger Wochen tritt eine Besserung sowohl der motorischen wie der sensorischen Erscheinungen ein, doch ist die Hemianästhesie gegenwärtig noch nachzuweisen.

Hemicranie. Tic douleureux. In Fällen von reiner Hemicranie und einfachen Neuralgien wurde nur vereinzelt einmal eine mässige GFE. aufgefunden.

Ausgesprochene Sensibilitätsstörungen wurden dagegen häufig beobachtet, wo Hemicranie und Neuralgie im Geleit jener oben geschilderten psychisch-nervösen Anomalien auftreten.

Beschäftigungsneurose. Ein hieher zählender Fall, der sich mit Störungen der sensorischen Functionen verband, wurde bereits (p. 650) mitgetheilt.

Angstzustände. Wir verfügen über eine Reihe von Beobachtungen, in denen bei weiblichen, seltener bei männlichen Individuen Angstzustände das einzige oder doch das hervorstechendste Krankheitssymptom bilden. Meistens im Anschluss an einen psychischen Eingriff (Schreck, Gemütserschütterung etc.) hat sich ein Zustand innerer Angst und Unruhe entwickelt. Diese besteht fortwährend, wenn auch in schwankender Intensität oder sie tritt in Anfällen auf. Meist verbinden sich keine bestimmten Vorstellungen und Ideen mit derselben, oder sie bilden sich erst secundär aus; es fehlt dem Angstzustand an jeder inneren und äusseren Motivirung. Gewöhnlich wird

die Angst in die Brust, in die Herzgegend localisiert, seltener in den Kopf. „Ich weiss nicht, wo ich vor Angst bleiben soll, ich laufe aus dem Zimmer in's Freie und wieder zurück, es wird mir überall zu enge, es ist mir, als ob die Decke über mir zusammenstürze etc.“, so ungefähr äussern sich jene Patienten.

Oft ist eine gesteigerte Reflexerregbarkeit, ein leichter Tremor in der Gesichts- und Extremitätenmuskulatur nachzuweisen — sonst tritt in der motorischen Sphäre gewöhnlich nichts Pathologisches hervor. Dagegen wurde zwar nicht in allen, aber doch in den meisten dieser Beobachtungen eine conc. GFE. constatirt, gewöhnlich verbunden mit anderen sensibel-sensorischen Anomalien. Es muss betont werden, dass in dem einen von zwei scheinbar analogen Fällen die Sensibilität ein normales Verhalten aufweist, in dem anderen grob gestört erscheint, und ist es uns nicht gelungen, festzustellen, welches Gesetz diese Vorgänge beherrscht.

Wir wählen zur Illustration der Beziehungen zwischen Angst und sensorischer Anästhesie einen Fall von Platzangst, wenngleich es sich in demselben um ein complicirteres Krankheitsbild handelt.

Beobachtung XXXVII. Paul Lange, 24 Jahre, Kellner. Patient aus beluster Familie, bis 1880 gesund — keine Kopfverletzung.

Der Patient zeigt ein buntes Gemisch von Potus, Epilepsie, typischer Platzangst und hallucinatorischer Psychose mit völliger Krankheitseinsicht und completer Hemianästhesie. Die Anamnese ergibt kurz folgende Daten.

Seit 1880 Potus aus Neigung und Gelegenheit.

1881. Präcordiale Parästhesien, Schwindelzustände.

Seitdem typische Platzangst (Unmöglichkeit, über leere Plätze, durch leere Zimmer zu gehen, an Casernen etc. vorbeizukommen), die durch Alkoholgenuss gebessert wird.

Dabei keine Vorstellungen, sondern nur Angst mit Zittern, Schweiß, Flimmern vor den Augen.

1882. Krämpfe mit Bewusstseinsverlust.

1882 ein, 1883 zwei Anfälle von Delirium tremens, im Anschluss an den letzten Entwicklung einer Psychose: Patient hört fortwährend „Flüstern“, Stimmen, die ihn beschimpfen, ihn zum Selbstmord auffordern etc., in Folge deren er zuweilen, trotz völliger Einsicht des Krankhaften, sehr erregt und verwirrt wird.

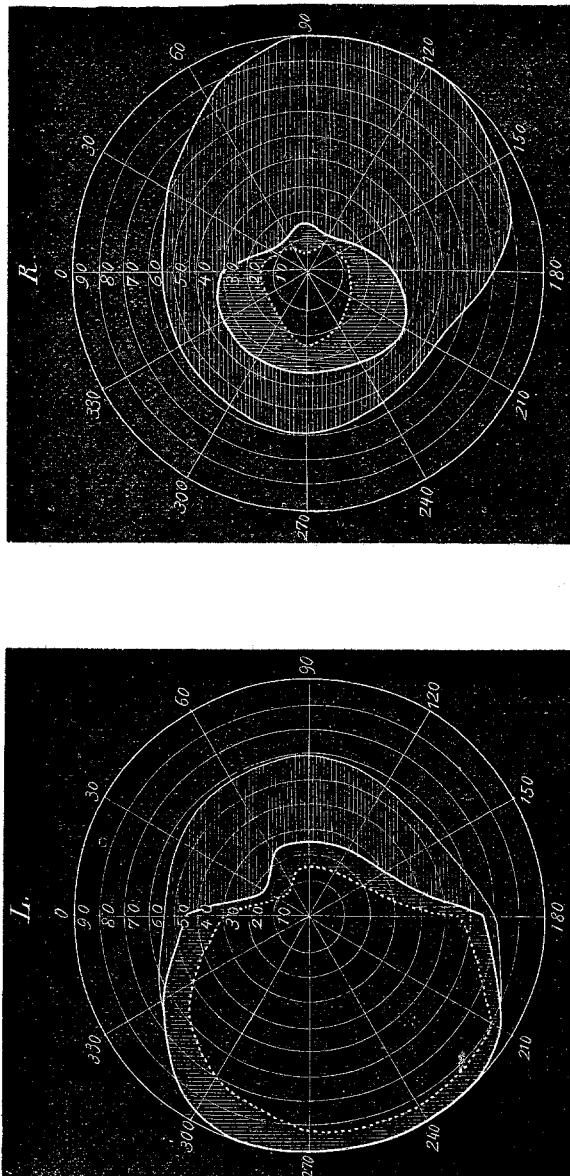
Scharf abgegrenzte complete und totale rechtsseitige Hemianästhesie mit rechtsseitiger Achromatopsie.

GF. links wenig, rechts beträchtlich conc. eingeengt, gleichzeitig besteht ein homonymer rechtsseitiger hemianoptischer Defect beider Gesichtsfelder. Sehschärfe: R. = 1, L. = $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$.

Bei diesem Kranken gelang es uns zweimal — später war das GF. zu eng, um eine Mehreinengung constatiren zu können — künstlich

einen Angstzustand und damit eine Vertiefung der sensorischen Anästhesie herbeizuführen, die sich besonders deutlich am GF. ausdrückt.

Figur 5.



Paul Lange.
Grenze des GF. vor
..... Grenze des GF. nach
dem künstlich erzeugten Angstzustande.
Der vor dem Experiment schon fehlende Theil des
normalen GF. ist waggerrecht, der nach demselben hinzuge-
trittene Defect ist senkrecht schraffirt.

Der Kranke wurde perimetriert und dann durch die langen, völlig leeren Corridore, deren sämmtliche Thüren verschlossen waren, geschickt, um von dem Ende des Corridors einen Gegenstand abzuholen.

Es kostete ihm ersichtlich grosse Ueberwindung, wie der ängstliche Gesichtsausdruck zeigte, diesen Auftrag auszuführen.

Wurde Patient jetzt wieder perimetriert, so ergab sich, beide Male, dass das GF. eine beträchtliche Mehreinengung auf beiden Augen aufwies, wie die vorstehende Figur 5 deutlich zeigt.

Eine Vertiefung der cutanen Anästhesie resp. eine grössere Herabsetzung der Function der übrigen Sinnesorgane war nicht nachweisbar*).

IV. Sensorische Anästhesien im Gefolge von Kopfverletzungen und allgemeinen Körpererschütterungen.

Unter der Bezeichnung Hysterie oder hysterische Hemianästhesie finden wir in der Literatur eine Reihe von Beobachtungen mitgetheilt, in denen sich an leichte oder schwere Kopfverletzungen Störungen der allgemeinen und speciellen Sensibilität anschlossen. Wilks stellt in seiner Abhandlung On hemianaesthesia**) eigene und fremde Erfahrungen über diesen Punkt zusammen und sucht den Beweis zu bringen, dass die hysterische Hemianästhesie nicht der Ausdruck einer Erkrankung des hinteren Theils der inneren Kapsel ist, sondern durch eine funktionelle Lähmung der Rindencentren bedingt wird. Von grossem Interesse sind die Mittheilungen von Walton und Putnam über diesen Gegenstand***).

*) Wir hatten ursprünglich die Absicht, an dieser Stelle unsere Beobachtungen über das Vorkommen der sensorischen Anästhesien bei Psychosen auf nicht hysterischer und epileptischer Basis mitzutheilen.

Die Rücksicht auf die Ausdehnung dieser Arbeit, sowie die derzeitige Unmöglichkeit, die einzelnen Fälle unter gemeinsame Gesichtspunkte zu bringen, haben uns veranlasst, davon Abstand zu nehmen und die Veröffentlichung einer späteren Zeit vorzubehalten.

**) Guys Hospital. Reports. Vol. XLI. London 1882.

***) Walton, Case of typical hysterical Hemianaesthesia in a man following injury. Archives of Med. July 1883.

Putnam, Recents investigations into the pathology of so-called concussion of the spine etc. Boston. Med. and Surg. Sept. 1883.

Walton, Possible cerebral origin of symptoms usually classed under railway-spine. Boston Med. and Surg. Oct. 1883.

Walton, Spinal irritation: probable cerebral origin of the symptoms sometimes classed under this head. Bost. Med. and Surg. Dec. 1883.

Diese Autoren berichten über Fälle, in denen allgemeine Körpererschütterungen den Symptomencomplex der sensorischen Hemianästhesie erzeugten und legen den Hauptwerth auf die Führung des Nachweises, dass viele der Symptome, die bislang auf eine Erkrankung des Rückenmarks bezogen wurden (Spinalirritation), der Ausdruck eines Gehirnleidens sind.

Unsere eigenen Erfahrungen auf diesem Gebiete stammen zum Theil aus einer Zeit, in der die Beobachtungen der amerikanischen Autoren noch nicht zu unserer Kenntniss gelangt waren. Ganz abgesehen davon, dass wir nun in der Lage sind, die Casuistik wesentlich zu bereichern, nehmen wir besonders aus dem Grunde Anlass zur Besprechung dieses Themas, weil wir in der Deutung des Krankheitsbildes mit der herrschenden Auffassung differiren.

Wir geben in Kürze die Geschichte der Krankheitsfälle und heben nur das uns hier Interessirende hervor, während die anderen Daten nur angedeutet werden.

Beobachtung XXXVIII. W. Schäfer, 49 Jahre alt, Hammerschmied. Stammt aus gesunder Familie und ist bis zu seiner jetzigen Erkrankung im Wesentlichen gesund gewesen.

Am 21. November 1882 erhielt er, als er beim Schmieden beschäftigt war, einen Schlag auf den Kopf mit einem 2 Centner schweren Hebel; er fiel sofort ohnmächtig zusammen. Die Kopfwunde heilte nach 6 Wochen. In kurzer Zeit entwickelte sich eine Reihe krankhafter Erscheinungen von Seiten des Nervensystems, die er so schildert: „Seit dem Unglück werde ich von Blutandrang nach dem Kopfe, Schwindel, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen und oft heftigem Kopfschmerz heimgesucht, auch bin ich häufig sehr aufgeregt. Ich leide an Kribbeln in Händen und Füßen sowie an Zuckungen. Seit mehreren Wochen ist es mir so, als ob ich kein richtiges Gefühl unter den Füßen hätte. Ich bin ängstlich beim Auftreten und komme in Gefahr zu fallen, wenn ich nicht genau hinsehe, wohin ich gehe. Gehe ich über einen freien Platz, so befällt mich Angst und Schwindel, so dass ich oft die Vorübergehenden habe bitten müssen, mir das Geleite zu geben. Mein Gedächtniss hat sehr gelitten, so dass ich mich oft auf die bekanntesten Namen, Personen und Ereignisse nicht zu besinnen weiss. Beim Sprechen fehlt es mir oft an den gelaufigsten Ausdrücken und verliere ich leicht den Zusammenhang meiner Rede. Das leiseste Geräusch —, wenn ein Gegenstand zur Erde fällt, erschreckt mich. Werde ich plötzlich zum Reden aufgefordert, so schrecke ich zusammen; ich fühle mich den Augenblick so beklemmen, dass ich kein Wort herausbringen kann und mir wird dabei ganz wirr im Kopf. . . . Es kommt mir vor, als ob der Boden unter mir immer schwankt. Beim Laufen muss ich stets den Boden fixiren, sehe ich einmal auf, so scheinen sich die Gegenstände um mich zu bewegen und mir wird dabei ängstlich und wirr.“

Status: Kräftig gebauter muskulöser Mann.

Auf der hinteren Hälfte des rechten Os parietale eine etwa 4 Ctm. lange Narbe, deren Ränder stark gewulstet sind, unter derselben deutliche Knochen-depression; empfindlich auf Druck und Beklopfen.

Gesichtsausdruck ängstlich und sonderbar starr. Im Wesen des Patienten drückt sich grosse Befangenheit aus. Redet man ihn an, so wird er unruhig, tastet mit den Händen umher und stammelt ein paar Worte. Er schrekt bei dem leisesten Geräusch zusammen. Fortdauernde Gemüthsverstimmung.

Keinerlei Lähmungserscheinungen.

Keine Contracturen. Sehnenphänomene normal, Sohlenreflex abgestumpft.

Ophthalmoskopisch: Rechte Pupille nach innen und unten etwas verwischt, sonst nichts Abnormes.

GF. beiderseits für weiss und Farben auf 5—10° eingeschränkt.

An der Gesichts- und Kopfhaut starke Abstumpfung des Berührungsgefühls, ebenso ist das Schmerzgefühl deutlich vermindert. Auch die Mundschleimhaut ist an der Störung beteiligt, während in der Nase gut gefühlt wird.

Starke Herabsetzung der Sensibilität in allen Qualitäten an den oberen Extremitäten, im geringeren Grade am Rumpf und den unteren Extremitäten. Merklich geschwächt ist das Muskelgefühl; Patient muss alle Bewegungen mit den Augen controliren.

Geruch besonders links herabgesetzt, Geschmack fast völlig fehlend.

Flüstlersprache beiderseits erst dicht am Ohr gehört.

Knochenleitung für Uhr und Stimmgabel L. aufgehoben, R. abgeschwächt. Sehschärfe L. = $\frac{1}{2}$, R. $\frac{1}{3}$.

Stehen: Bei geöffneten Augen ruhig, bei geschlossenen Augen starkes Schwanken.

Der Gang des Patienten ist eigenthümlich und schwer zu schildern. Er geht breitbeinig, balancirt stark mit den Armen, fixirt fortwährend den Fussboden, hebt die Füsse übermäßig hoch vom Boden etc. Giebt an, es wäre ihm, als ob er sich auf einem schwankenden Nachen befände; die Gegenstände schienen an ihm vorüberzuschweben wie beim Fahren auf der Eisenbahn. Er fühle den Widerstand des Fussbodens nicht, habe keinen rechten Grund unter den Füssen etc.

Der Patient ist Monate lang beobachtet worden, ohne dass sich wesentliche Veränderungen in seinem Befinden haben constatiren lassen, nur sind die psychischen Erscheinungen (Angst und Schreckbarkeit) allmälig etwas abgeklungen. Das GF. hat sich auf etwa 30° erweitert. Die sensiblen Störungen haben keine gröberen Schwankungen erkennen lassen.

Die Kopfschmerzen sowie die ausstrahlenden Schmerzen in den Extremitäten werden noch immer besonders häufig geklagt; die Schwindelanfälle bestehen fort.

Hydropathische, elektrische, magnetische und medicamentöse Behandlung ist ohne Erfolg geblieben.

Beobachtung XXXIX. K. Pohl, 49 Jahre, Arbeiter. Erblich nicht belastet, bis jetzt gesund.

Juli 1882 fällt ihm der $1\frac{1}{2}$ —2 Ctr. schwere Regulatorkopf einer Locomotive auf den Kopf. Patient verliert trotz der Wucht des Schlags und der starken Blutung das Bewusstsein nicht. Am Tage nach der Verletzung wird er gewahr, dass er auf dem rechten Ohr nichts hört. Mehrere Monate ist er bettlägerig, leidet an starken Kopfschmerzen, Ohnmachtsanfällen, Schwindel und Ohrensausen. Vier Wochen nach der Verletzung findet er in der Nervenklinik Aufnahme.

Auf der rechten Kopfhälfte findet sich eine vom hinteren inneren Winkel des Scheitelbeins ausgehende Narbe, 7 Ctm. lang, unter der der Knochen vertieft erscheint. In den Vordergrund treten die subjectiven Beschwerden des Patienten: Kopfschmerzen, als wollte der Kopf bersten, Ohrensausen, Flimmern und Nebligkeit vor den Augen, Schwindelgefühl, Schwäche im ganzen Körper. Objectiv: anfangs rechtsseitige, später beiderseitige Taubheit ohne otoskopischen Befund. Nachschleifen des rechten Beins. Vorübergehend: leichte hallucinatorische Delirien. Pulsverlangsamung bis 52 Schläge, kein Fieber.

„Patient wird oft schwindlig und fällt um, ohne jedoch das Bewusstsein zu verlieren“. R. Pupille > L., gute Reaction.

Ophthalmoskopisch: Sehr reichlich verzweigte Gefässe. Leichte Trübung der Retina in der Umgebung der Pupille und auch im übrigen Augenhintergrunde.

Verlauf ziemlich gleichmässig, das Brausen und Klingen im Kopf wird immer stärker.

Patient klagt über ständige Verstimmung und äussert Selbstmordgedanken. Er sei sehr „nervös, schreckbar und reizbar geworden“. Er hat ein dauerndes Angstgefühl, das sich anfallsweise steigert. Sein Gedächtniss habe erheblich gelitten.

Die Prüfung auf die sensorischen Verhältnisse ergibt: Doppelseitige conc. GFE. auf 15—20° mit Ermüdung. Bei 12 Zoll Entfernung leichte Dyschromatopsie für Grün und Roth. In der Nähe normaler Farbensinn. Sehschärfe ungefähr $\frac{1}{3}$.

Fast völlige Anosmie.

Geschmack vollständig fehlend bei herausgestreckter Zunge, mit dem Gaumen werden die Probeflüssigkeiten richtig erkannt.

Uhr und Flüsterstimme werden vor dem linken Ohr nicht gehört, wohl aber die Stimmgabel und lautes Sprechen. Rechts völlige Taubheit. Leitung durch den Kopf und die Zähne ist erloschen.

Die cutane Aesthesia ist in unregelmässiger Verbreitung auf beiden Körperhälften herabgesetzt und zwar in allen Qualitäten, nur das Muskelgefühl ist nicht grob gestört.

Mai 1884. Abgesehen von einer Besserung der Hörfähigkeit auf dem linken Ohr keine Veränderung des Status.

Beobachtung XL. F. Kanzia, Arbeiter. Sturz aus einer Höhe von 12—15 Metern. Kopf- und Körperverletzungen, keine Schädelfractur.

Die wesentlichen Beschwerden in der Folgezeit sind: Kopfschmerzen, Gereiztheit, Angstgefühle, Schwindelanfälle bald mit völliger, bald mit halber Bewusstseinstrübung; gedrückte Stimmung.

Keinerlei Lähmungserscheinungen. Beiderseits conc. GFE. (35° aussen) Farbensinn gut.

Grobe Geruch- und Geschmackstörung beiderseits.

Hörschärfe beiderseits herabgesetzt, Knochenleitung für die Uhr aufgehoben. Sehschärfe etwa $\frac{2}{3}$ auf jedem Auge.

Sensibilität der Haut und Schleimhäute intact.

Beobachtung XLI. F. Graul, 46 Jahre, Arbeiter. 1875 Schlag mit einer Eisenstange gegen die Stirn. 24 Stunden währende Bewusstlosigkeit, darauf längere Zeit: Benommenheit, Schwindel, Kopfschmerz.

Allmäßige Besserung. Leidet aber noch jetzt an Kopfschmerz, Rauschen in den Ohren, Schwindelanfällen, innerer Unruhe und aufsteigender Hitze. Auch habe das Gedächtniss gelitten.

Es findet sich auf der Stirn und zwar etwas nach links von der Mittellinie eine $\frac{1}{2}$ Ctm. lange, vertical gestellte, tief eingezogene Narbe, unter welcher der Knochen stark vertieft erscheint.

Keine Lähmungserscheinungen.

Conc. GFE. beiderseits von $40 - 50^{\circ}$ mit deutlicher Ermüdung für Weiss und alle Farben.

Grün wird auf dem rechten Auge als fleischroth, auf dem linken als grauroth bezeichnet. Sehschärfe R. = $\frac{1}{2}$.

Hörschärfe und Knochenleitung R. deutlich schwächer als L. Sensibilität an der ganzen rechten Körperhälfte (Berührung, Schmerz, und Temperaturgefühl) abgestumpft, ebenso der Geruch, dagegen schmeckt Patient R. entschieden deutlicher als L. Muskelgefühl intact.

Beobachtung XLII. J. Heisse. Kopfverletzung vor 3 Jahren. Wundverlauf günstig, ohne schwere Hirnsymptome. Dagegen ändert sich das psychische Verhalten des Patienten. Er ist missgestimmt, leicht reizbar, hat ein Gefühl dunkler Angst, die sich zeitweise so steigert, dass er nirgends Ruhe findet. Er sieht wie durch einen Schleier und bei längerem Fixiren verschwimmen die Gegenstände. Alle 3 bis 4 Monate tritt ein typischer epileptischer Anfall auf.

Befund: Narbe und Knochendepression in der Gegend, wo rechtes Hinterhauptsbein und rechtes Schläfenbein aneinanderstossen. Das GF. für Weiss und Farben beträchtlich eingeschränkt.

Anästhesie von unregelmässiger Verbreitung über die Kopf- und Gesichtshaut sowie einen grossen Theil der linken Körperhälfte. Es handelt sich im Wesentlichen um Analgesie.

Sehschärfe normal.

Geruch fehlt.

Geschmack an der linken Zungen- und Mundhälfte abgestumpft. Hörschärfe nicht wesentlich alterirt; ebensowenig das Muskelgefühl.

Patient ist poliklinisch beobachtet und nur einmal untersucht worden, daher kann über den weiteren Verlauf nichts mitgetheilt werden.

Beobachtung XLIII. W. Deutschmann, seit 1864 Zugführer. Hereditär nicht belastet. Gesund bis zum 6. Februar 1883. An diesem Tage stiess der vom Patienten geleitete Zug auf ein beladenes Fuhrwerk, letzteres wurde zerschellt. Patient, der gerade im Coupé steht, wird nach hinten geschleudert und gegen den Wagensitz geworfen. Im ersten Moment ist er unbesinnlich, empfindet dann bald starke Schmerzen im Rücken und in der Brust sowie im Hinterkopf. Während der Weiterfahrt stellt sich ein taubes Gefühl in Händen und Füßen sowie ein Summen und Kribbeln in denselben ein. In den nächsten Tagen Schwäche und Steifheit in den Beinen, besonders in den Unterschenkeln, der Gang wird schwierig.

Häufiger Drang zum Uriniren und Obstipatio alvi. Die Kopfschmerzen werden sehr heftig, zuweilen tritt Schwindelgefühl hinzu.

Ein stechendes Gefühl zieht sich die ganze Wirbelsäule herab bis in die Zehen, „als ob an einer Rippe zwischen Kreuz und Kopf gezogen würde“. Patient klagt bei seiner Aufnahme in die Nervenklinik (März 1883) ausserdem über Herzklöpfen und Ohrensausen; ferner habe Gesicht, Gehör, Geruch, Geschmack gelitten. Er sei schreckhaft, ängstlich und nervös geworden. Der Schlaf sei schlecht und die Gedanken gingen ihm aus.

Die objective Untersuchung ergiebt (wir theilen nur das Wesentliche des Status mit) Folgendes:

Psyche: Patient ist dauernd psychisch deprimirt, sehr reizbar, ängstlich und schreckbar, zeigt keine gröbere Intelligenzstörung.

Die Pupillen sind beide eng, die linke reagirt nicht auf Lichteinfall.

Motilität. Der Gang ist mühsam, schleppend, steifbeinig. Nach ein paar Schritten ist Patient ermüdet.

Die Wirbelsäule ist vom 8. Brustwirbel ab auf Druck sehr empfindlich. Alle Bewegungen des Rumpfes und der Extremitäten werden träge, vorsichtig und in geringen Excursionen ausgeführt; angeblich erzeugen sie lebhafte Schmerzen in der Wirbelsäule — Patient zuckt zusammen und schreit auf. Bei dem Versuch, passive Bewegungen in den Gelenken auszuführen, stösst man auf Muskelwiderstände. Die Sehnenphänomene sind gesteigert. Die Hautreflexe beträchtlich abgeschwächt, selbst tiefe Nadelstiche in die Fusssohle erzeugen keine Reflexbewegung.

Häufiger Urindrang mit jedesmaliger Entleerung geringer Mengen.

Stuhlverstopfung. Tremor manuum.

Sensibilität: Auf der ganzen linken Körperhälfte ist die Sensibilität in allen Qualitäten beträchtlich abgestumpft. (Nur in der oberen Brustgegend werden schon leichte Berührungen als sehr schmerhaft empfunden.) Die Anästhesie erstreckt sich am behaarten Kopf auch auf die rechte Hälfte, ebenso nimmt das rechte Bein an der Sensibilitätsstörung Theil. Muskelgefühl an den beiden unteren Extremitäten herabgesetzt.

In den nächsten Monaten Zunahme aller subjectiven Beschwerden. Auch erscheint der Gang schlechter; ganz gebückte Haltung.

Patient ist äusserst reizbar, geräth in Conflict mit seiner Umgebung schon bei den geringsten Anlässen.

Heftiger Hinterkopfdruck, Schmerzen, die bis in die Ohren ausstrahlen.

Schwarzwerden vor den Augen. Patient schrekt schon bei leichten Geräuschen zusammen.

L. Pupille stecknadelkopfgross, R. weiter. Die Lichtreaction fehlt L. völlig, ist R. träge.

Januar 1884. Steigerung der subjectiven Beschwerden: dauernde Kopfschmerzen, Angst und Unruhe, Reiz- und Schreckbarkeit. Schleier vor den Augen. Klagt, dass Seh- und Hörkraft erheblich gelitten, dass der Geschmack völlig fehle.

Die Untersuchung ergiebt: Doppelseitige conc. GFE. auf 5 — 10° mit Ermüdung.

Beiderseits Achromatopsie für alle Farben, ausgenommen Blau, für Nähe und Ferne. Sehschärfe $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{6}$; durch Gläser nicht zu verbessern. Geruch und Geschmack völlig erloschen.

Uhr und Flüsterstimme wird R. gar nicht wahrgenommen, Flüsterstimme L. in 4 Fuss.

Stimmgabel (Pariser A) vor den Ohren gehört, Leitung durch den Schädel beiderseits aufgehoben.

Totale Anästhesie der Mundschleimhaut (Zunge, Pharynx, Gaumen, Kehldeckel). Anästhesie der linken Körperhälfte mit unregelmässiger Verbreitung auf die rechte.

In den folgenden Monaten verändert sich der Zustand nur insofern, als die Motilitätsstörungen zunehmen. Der Gang ist spastisch-paretisch etc.

Beobachtung XLIV. F. Baak, Bahnschaffner, 33 Jahre. Ohne hereditäre Disposition. Patient war stets gesund bis zum 18. Mai 1883. An diesem Tage fuhr er mit einem Personenzug, der in vollem Laufe entgleiste. Patient wurde nach vorn geschleudert und blieb bewusstlos. Nach ca. 5 bis 10 Minuten kam er wieder zu sich, war aber noch benommen, fühlte sich matt und übel, empfand Schmerzen in der Brust und im Kreuz. Immerhin konnte er noch zu Fuss den Weg bis zur nächsten Station zurücklegen, sowie noch einige Tage seinen Dienst verschenen. Die Beschwerden wuchsen aber, die Beine wurden schwach und gerieten bei jedem Bewegungsversuch in's Zittern. Hinzugesellte sich: starker diffuser Kopfschmerz, Schwindel, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen, Zuckungen in den Extremitäten, Gemüthsverstimmung, enorme Reizbarkeit. Auch die Auffassungskraft und das Gedächtnis.

niss nahmen merklich ab. Die Potenz erlosch. Es stellten sich Störungen in der Blasenfunction ein, in der Art, dass Urindrang abnorm häufig eintrat und Patient vor der Entleerung lange pressen musste; ebenso Obstructio alvi. Die Beschwerden steigerten sich immer mehr. In der letzteren Zeit sei besonders die rechte Körperhälfte schwach geworden und habe er ein taubes Gefühl in derselben.

Patient wurde am 4. April 1884 auf die Nervenabtheilung der Königl. Charité aufgenommen.

Status: Grosser Mann, von mittelmässigem Ernährungszustande.

Gesichtsausdruck bekümmert, matt, schlaftrig.

Stimmung dauernd deprimirt. Patient sitzt gewöhnlich in einer Ecke, schaut wehmüthig drein, kümmert sich wenig um seine Umgebung, antwortet leise und verzagt, denkt düster von seiner Zukunft, ohne sich jedoch mit Klagen vorzudrängen. Seine Aeusserungen sind knapp und klar, und tritt ein psychischer Defect nur insofern hervor, als er leichtere Rechenaufgaben nicht zu lösen versteht.

Einmal erklärt der Patient dem Arzt bei der Morgenvisite: „Es geht mir heute schlecht; ich habe das Gefühl des Schreckens und der Angst in allen Gliedern. Es ist mir so, als wenn man einen grossen Schreck erlebt hat“ etc. Im Bereiche der Augenmuskelnerven und des N. facialis keinerlei Störung.

Die Zunge ist grau belegt, zittert stark fibrillär, sie tritt zwar gerade hervor, hat dann aber die Neigung, nach der rechten Seite abzuweichen.

Conjunctivalreflex sehr schwach, Cornealreflex erhalten.

Das GF. beiderseits für Weiss und alle Farben conc. eingengt (Weiss aussen beidens. 20%). Dyschromatopsie angedeutet.

Ophthalmoskopisch: Augenhintergrund normal. Sehvermögen auf beiden Augen, besonders für die Ferne stark herabgesetzt, dabei wirken fibrilläre Muskelzuckungen im Bereich der Mm. orbicul. palpebr. jedenfalls sehr störend.

Flüstlersprache wird L. in $\frac{1}{2}$ Mtr. Entfernung, R. erst dicht am Ohr gehört.

Knochenleitung für die Stimmgabel L. erhalten, R. stark herabgesetzt. Die Stimmgabel wird dicht vor dem Ohr gehört, aber der Ton klingt sehr schnell ab.

Geruch fehlt auf beiden Nasenlöchern.

Geschmack fehlt auf der vorderen Zungenhälfte ganz. Chinin schmeckt ein wenig bitter, nachdem die Zunge wieder hereingestreckt ist.

Cutane Sensibilitätsstörungen sind über die ganze Körperoberfläche verbreitet, doch giebt es einzelne Bezirke, an denen die Aesthesia erhalten ist. An der behaarten Kopfhaut und in der Stirngegend fast völlige Anästhesie für alle Sensibilitätsqualitäten. In der unteren Gesichtshälfte ist das Berührungsgefühl erhalten, das Schmerzgefühl stark herabgesetzt. An den Oberextremitäten sind die peripheren Theile (Finger)

besonders stark von der Sensibilitätsstörung betroffen, an den Unterextremitäten die lateralen Partien mehr als die medialen; Auch da wo das Berührungsgefühl erhalten ist, pflegt Schmerz- und Temperatursinn deutlich vermindert zu sein.

Das Muskelgefühl ist am Kopf und an allen vier Extremitäten alterirt.

In den Oberextremitäten bestehen keine Muskelcontracturen, keine besonderen Störungen in der activen Beweglichkeit, nur ist der Händedruck beiderseits matt.

Patient kann sich ohne Unterstützung im Bett aufrichten, er führt diese Bewegung aber langsam aus, weil er bei derselben Schmerzen im Kreuz empfindet.

In der Configuration der Wirbelsäule keine Abnormität nachzuweisen. Spontan und auf Druck sind die Dornfortsätze der unteren Lendenwirbel und die Kreuzbeinregion empfindlich.

In den Gelenken der linken Unterextremität sind bei passiven Bewegungsversuchen leichte Muskelwiderstände zu überwinden; R. tritt das nicht hervor.

Die activen Bewegungen werden in den beiden Unterextremitäten träge, in einzelnen Rücken, engen Excursionen und mit sehr geringer Kraft ausgeführt. Kniephänomene beiderseits gesteigert. L. Patellarclonus angedeutet.

Cremaster-, Bauch- und Hypochondrienreflex beiderseits sehr lebhaft.

Die Sehnenreflexe fehlen bei Nadelstichen, sind aber vorhanden beim Bestreichen der Sohle mit einem stumpfen Gegenstand.

Patient geht ohne Unterstützung mühsam, schwerfällig, mit leicht gebogenen Kniegelenken und nach vorn geneigtem Rumpf. Er stützt sich wesentlich auf das rechte Knie und neigt bei jedem Schritt den Rumpf nach rechts hinüber.

Beobachtung XLV. C. Förster, Zugführer. Am 17. September 1883 Entgleisung. Patient, rückwärts geschleudert, verliert auf 5—10 Minuten das Bewusstsein. Keine äusserliche Verletzung.

Gleich nach dem Anfall: Unruhe, Angst und Aufregung. Nach einigen Tagen: Rückenschmerzen, Gefühl allgemeiner Mattigkeit, Kopfdruck, Schlaflosigkeit, Herzklopfen, sowie Anfälle von Angst und Traurigkeit, die ihn plötzlich überfallen und ihn zum Weinen zwingen. Den Angstanfällen gehen Parästhesien in den unteren Extremitäten voraus. Rückenschmerzen, die besonders durch Bewegungen in der Wirbelsäule hervorgerufen werden.

Status: Keine gröbere Motilitätsstörung. Druck und Percussion der Wirbelsäule erzeugt Schmerzen. Die Schmerzhäufigkeit nimmt von oben bis zu den letzten Brustwirbeln zu. Patient kann grössere Strecken gehen, ohne zu ermüden.

Doppelseitige conc. G.F.E. von 45—50° für Weiss und Farben mit starker Ermüdung. Farbensinn gut.

Am Hinterkopf tactile Sensibilität verringert. Muskelgefühl in beiden Armen deutlich herabgesetzt.

Sehschärfe beiderseits $\frac{1}{3}$, durch Gläser nicht corrigirbar.

Hörschärfe beiderseits fast normal, sonst keine Anomalie.

Beobachtung XLVI. G. Würst, 52 Jahre, Locomotivführer. Verunglückt bei der Engleisung eines Zuges. Nach dem Unfall bewusstlos. In den nächsten Tagen hat er an Kopfschmerz, Brechneigung, Schmerzen im Kreuz sowie an Schwäche in den Beinen zu leiden. Die körperlichen Beschwerden mildern sich allmälig; es treten nun aber Angst- und Schwindelzustände auf, letztere werden namentlich ausgelöst und treten in grosser Heftigkeit auf, wenn Patient ein fliessendes Wasser sieht.

Er entleert übermäßig grosse Harnmengen.

Die Untersuchung weist eine geringe Steifigkeit in der Muskulatur der Beine nach und gesteigerte Sehnenphänomene. Es besteht starker Tremor in den Händen.

An der behaarten Kopfhaut fehlt das Berührungsgefühl (Patient macht spontan darauf aufmerksam), nur die rechte Parietal- und Temporalgegend fühlt gut. Beide Ohrenmuscheln, sowie die linke Gesichtshälfte sind anästhetisch.

Die Sehschärfe ist normal. GFE. zweifelhaft (außen 75°). Schallleitung durch die Schädelknochen fast aufgehoben.

Wenn die mitgetheilten Fälle auch bezüglich der Intensität der Krankheitsercheinungen grosse Differenzen aufweisen, so besteht doch eine auffallende Uebereinstimmung in den Grundzügen des Krankheitsbildes.

Eine dreifache Symptomenreihe ist es, die wir im Gefolge der Kopfverletzung und der allgemeinen Körpererschütterung sich ausbilden sehen: 1. Alterationen des psychischen Verhaltens, 2. gewisse nervöse Beschwerden und 3. Sensibilitätsstörungen im weitesten Sinne des Wortes. Der eine*) von uns hat sich bereits an anderer Stelle über den Charakter und die Deutung dieser Erscheinungen ausgesprochen und wollen wir es hier nur kurz wiederholen, dass uns die Bezeichnung Hysterie für Fälle dieser Art keineswegs zutreffend erscheint. Wir motivirten diese Anschauung mit folgenden Gründen:

1. Der Nachweis einer Anästhesie oder Hemianästhesie mit Einschluss der sensorischen Störungen genügt nicht zur Begründung der Diagnose Hysterie, da sich dieses Symptom auch bei anderen funktionellen sowie bei organischen Erkrankungen des centralen Nervensystems findet.

2. Der Verlauf war in den vor uns beobachteten Fällen ein nahezu stabiler; er zeigte nicht das Wechselnde, Sprunghafte wie es für die Hysterie charakteristisch ist, vor Allem kamen auch nicht jene abrupten Besserungen vor, wie überhaupt die Prognose quoad

*) Oppenheim, Referat Berliner klin. Wochenschr. 1884.

sanationem, soweit unsere Erfahrung bis jetzt reicht, keine günstige ist.

3. Das psychische Verhalten unserer Patienten ist nicht identisch mit dem der Hysterischen, es enthält Züge aus der Melancholie, die unter geringem Intensitätswechsel fortbestehen und nicht launisch hin- und herspringen.

4. Mit den geschilderten Symptomen verbinden sich in einem nicht geringen Procentsatz der hierher zählenden Fälle Krankheitserscheinungen, die auf eine schwere und selbst irreparable Erkrankung des Nervensystems hindeuten, so z. B. in Beobachtung 43 reflectorische Pupillenstarre, in einem von Walton mitgetheilten Falle: Atrophie beider Nervi optici; in Beobachtung 42 verbindet sich mit dem psychisch-sensorischen Symptomengesammtkomplex echte Epilepsie. Wir beobachteten noch jüngst einen Fall, in welchem nach einem Sturz aus dem dritten Stockwerk eines Hauses sich einerseits eine Lähmung der Blase und der unteren Extremitäten, andererseits das hier geschilderte Symptomengesammt entwickelt hatte. In einzelnen Fällen wurden Motilitätsstörungen beobachtet, so hartnäckiger und progressiver Art, dass die Annahme einer palpablen Erkrankung des Rückenmarks soviel Wahrscheinlichkeit gewonnen, als eine klinische Diagnose ohne Sectionsbefund überhaupt beanspruchen kann.

Alles das wird hier angeführt und immer wieder betont jenen Autoren gegenüber, die das eine Symptom der Hemianästhesie als diagnostischen Wegweiser benutzen. Ganz abgesehen davon, dass die sensorische Hemianästhesie sich auch bei palpablen Erkrankungen des Gehirns findet, ist doch mit dem Nachweis eines Symptomes, das auf funktionelle Störungen hindeutet, nicht die Berechtigung gegeben, auch allen übrigen Erscheinungen die anatomische Basis abzusprechen. Walton und Putnam scheinen in der That in dieser Weise vorzugehen. Aber selbst durch die Annahme, dass ein pathologisch-anatomischer Befund in den betreffenden Fällen nicht zu erwarten ist, hat die Diagnose Hysterie noch keine Stütze gewonnen, man müsste denn alle Erkrankungen, denen erfahrungsgemäß keine nachweisbare anatomische Veränderung entspricht, also die Epilepsie, die Psychosen etc. als Hysterie auffassen. Begnügen Sie sich doch in solchen Fällen mit der Erörterung, dass ein Theil der vorliegenden Störungen (die sensorische Anästhesie) vielleicht nur funktioneller Natur, deshalb reparabel, dass aber damit für die Auffassung der Gesamterkrankung nichts gewonnen ist, indem daneben die schwersten materiellen Läsionen des Nervenapparates bestehen können.

Der Befund der sensorischen Anästhesie ist als Hülsmittel in

der Entscheidung der Frage zu verwerthen, ob Simulation oder Erkrankung vorliegt. Jeder einzelne dieser Fälle ist ja im Stande, ein gewisses Suspiciun simulationis wachzurufen, besonders wohl aus dem Grunde, weil unter den Augen des Arztes die Krankheitsbeschwerden zu wachsen scheinen.

Wenn man aber eine Anzahl derartiger Fälle beobachtet hat und mit einer gewissen Gesetzmässigkeit dieselbe Symptomenreihe sich immer wiederholen sieht, wenn man ferner in Rücksicht zieht, wie reizbar die Psyche dieser Personen ist, so dass sie schon durch das Bewusstsein, beobachtet zu werden, in ängstliche Erregung gerathen — so schwindet der Verdacht der Simulation.

V. Sensorische Anästhesien bei Erkrankungen, welche unter dem Bilde einer multiplen cerebrospinalen Herderkrankung verlaufen.

Die Schwierigkeiten, welche die Differentialdiagnose zwischen multipler Sklerose und Hysterie bieten kann, sind nicht selten so gross, dass Jahre hindurch die Entscheidung nicht getroffen werden kann. Ein ganz neuer diagnostischer Gesichtspunkt wurde von Westphal*) durch die Entdeckung geschaffen, dass es unter dem Bilde der cerebrospinalen grauen Degeneration progressiv und tödtlich verlaufende Erkrankungen giebt, denen kein pathologisch-anatomischer Befund entspricht. Es war damit gewissermassen eine Brücke zwischen der Hysterie und der multiplen Sklerose geschaffen und die Differentialdiagnose hatte sich im gegebenen Falle nun nicht mehr ausschliesslich mit der Frage zu beschäftigen: Handelt es sich um eine functionelle Störung oder um eine multiple Herderkrankung? sondern mit der mindestens ebenso wichtigen: Liegt eine erfahrungsgemäss heilbare oder eine tödtlich verlaufende Neurose vor?

Man ist geneigt, in der Entscheidung der Diagnose zwischen Hysterie und Sklerose gewisse Symptome zu verwerthen, die erfahrungsgemäss der einen oder der anderen dieser Erkrankungen eigenthümlich sind. So berechtigt es nun ist, aus gewissen Zeichen palpabler Nervenerkrankung z. B. einer Atrophie der N. optici im betreffenden Falle die Diagnose: Multiple Sklerose herzuleiten, so unberechtigt kann es sein, dieses oder jenes Symptom der Hysterie gegen die Annahme der Sklerose zu verwerthen. Ein psychisches Verhalten, wie es für die Hysterie charakteristisch ist, schliesst nicht die

*) Ueber eine dem Bilde der cerebrospinalen grauen Degeneration ähnliche Erkrankung des centralen Nervensystems ohne anatomischen Befund etc. Dieses Archiv Bd. XIV. und Nachtrag dazu Bd. IV. Heft 3. S. 767.

Möglichkeit einer Sklerose und vor Allem nicht die der Westphalschen Neurose aus und ganz dasselbe gilt für den Nachweis einer sensorischen Anästhesie oder Hemianästhesie.

Recht deutlich wird die Wahrheit dieses Satzes illustriert durch den Curschmann-Guttmann'schen Fall*), in welchem aus dem psychischen Verhalten der Patientin, aus der sonderbaren Gangart und der unqualificirbaren Sprachstörung und vor Allem aus dem Befund einer completen Hemianästhesie von hervorragenden Autoren die Diagnose: Hysterie gestellt wurde, während die Autopsie ausgesprochene anatomische Veränderungen im Hirn und Rückenmark nachwies.

Wir werden im Folgenden einige Fälle mittheilen, in denen die Diagnose auf: Multiple cerebrospinale Herderkrankung gestellt wurde und in welchen sensorische Anästhesien angedeutet oder in ausgeprägter Weise aufgefunden wurden **). Diese Anästhesien unterschieden sich in ihrem Charakter in keinem wesentlichen Punkte von denen der Hysterischen, sie waren bilateral-partiell, nur in einem Fall war eine Seite vorwiegend betroffen, sie zeigten gewisse Schwankungen hinsichtlich der Intensität und der Grösse des Ausbreitungsbezirks, standen vor Allem auch hier in inniger Beziehung zu gewissen psychischen Anomalien.

Zwei von unseren Fällen sind zur Section gekommen, in dem einen war der Befund, was das centrale Nervensystem angeht, ein zweifelhafter, in dem anderen fand sich eine disseminirte Herdsklerose des Hirns und Rückenmarks.

Wir beginnen mit der Krankengeschichte eines Patienten, der noch unter unserer Beobachtung steht.

Beobachtung XLVII. Kannengiesser, Wachtmeister, 52 Jahre alt. Ist hereditär nicht belastet. Erwarb 1856 ein Ulcus fraglichen Charakters. Er hat in früheren Jahren pro Tag 10—12 Glas Bier und einen Nordhäuser getrunken. 1859 erhielt er einen Säbelhieb über den Kopf, der zu Knochen-splitterung führte, aber ohne weitere Folgezustände heilte. 1878 Sturz von einem Pferde, Verletzungen, Heilung.

*) Berliner klin. Wochenschr. 1877. S. 394. Sitzungsbericht der Berliner medic.-psychol. Gesellschaft und P. Guttmann: Ein bemerkenswerther Fall von inselförmiger, multipler Sklerose des Hirns und Rückenmarks. Zeitschrift f. klin. Med. II. S. 46.

**) Wir verweisen an dieser Stelle auf den Vortrag, welchen Gnauck: Ueber Augenerkrankungen bei multipler Sklerose in der Berliner med. Gesellschaft gehalten hat. Gnauck und Uthoff haben die Augenstörungen bei multipler Sklerose gründlich studirt und auch der Gesichtsfeldbeschränkungen Erwähnung gethan.

December 1881 wird Patient plötzlich aus guter Gesundheit von einem Schwindel mit Bewusstlosigkeit befallen. Beim Erwachen ist die rechte Körperhälfte paretisch, Tags darauf auch der linke Arm. Patient findet selbst, dass er R. schlechter schmeckt, riecht, hört und sieht. Im Laufe des Monats wiederholt Schwindelanfälle.

Bei der Aufnahme des Patienten in die Nervenabtheilung der Charité wird constatirt: R. Hemiparese. Starke Muskelspannungen in dem rechten Arm und in beiden Unterextremitäten, die die passiven Bewegungen erschweren. Sehnenphänomene besonders R. gesteigert. Patellarclonus und Fussclonus. Bei activen Bewegungen tritt Zittern ein. Auf der ganzen R. Körperhälfte (Schleimhäute inbegriffen), Sensibilität in allen Qualitäten stark herabgesetzt. Geschmack fehlt R. ganz, ist L. verringert. Geruch fehlt beiderseits.

Gehör R. deutlich abgestumpft.

Sehschärfe R. = $\frac{5}{18}$, L. = $\frac{5}{9}$.

Auf dem rechten Auge wird constant grün mit blau, blau mit grün, violet mit roth verwechselt. Patient giebt bestimmt an, dass diese Anomalie erst seit dem Schlaganfall sich eingesellt habe.

GF. beiderseits stark conc. eingeengt, R. noch etwas mehr als links.

Facialisgebiet frei, keine constante Deviation der Zunge.

Auf der rechten Körperhälfte Hyperidrosis.

Kein Nystagmus, kein Skandiren. Psyche frei.

Im weiteren Verlauf: Schwindelanfälle, Parästhesien; allmäßiges Abklingen der rechten Hemianästhesie. Die Dyschromatopsie besteht fort.

Gang spastisch-paretisch, Patient stützt sich mehr auf das linke Bein.

Abnorm häufiger Harndrang.

Einige Monate später: Patient geht zwar noch schwerfällig, steif, zitterig und mit kleinen Schritten, aber sein Zustand hat sich im Ganzem gebessert. Er verlässt versuchsweise das Krankenhaus.

1 $\frac{1}{2}$ Jahre später erneute Aufnahme, da eine Verschlimmerung eingetreten.

Bei willkürlichen Bewegungen tritt starkes Zittern in den Händen und Beinen auf. Patient muss beim Uriniren lange pressen und es besteht Incontinentia urinæ (die Untersuchung weist eine mässige Verengerung der Harnröhre nach).

Er klagt über dauerndes Gürtelgefühl und erzählt, dass er vor 14 Tagen wegen plötzlich eintretender Schwäche in den Beinen auf der Strasse umgesunken sei und sich nicht habe wieder aufrichten können. Seit der Zeit besteht auch Reissen in den Beinen.

Beim Uriniren tritt unwillkürlich Stuhlentleerung ein. Das Sehen auf dem rechten Auge habe sich verschlechtert.

Status: Leichter Tremor in der Muskulatur des Gesichts und der Extremitäten, der bei Bewegungen gewaltig zunimmt. Die passiven Bewegungen sind in den Gelenken der oberen, besonders aber der unteren Extremitäten

durch Muskelanspannungen gehemmt, die activen Bewegungen unkräftig, besonders die des rechten Armes und Beines.

Gang schwerfällig, spastisch, nur mit Unterstützung möglich, von Zittern der Ober- und Unterextremitäten begleitet.

Ophthalmoskopisch nichts Besonderes.

Pupillenreaction träge, vorübergehend R. fast aufgehoben.

Kein Nystagmus. GF. (grob geprüft) frei. Störung des Farbensinns auf rechtem Auge.

Geruch fehlt beiderseits.

Geschmack R. noch etwas abgestumpft, Sensibilität der Haut nur noch an den unteren Extremitäten, besonders an der rechten erheblich abgestumpft; namentlich ist der Temperatursinn an beiden Unterextremitäten stark gestört.

Während sich im Laufe der folgenden Monate die Motilität der Oberextremitäten bessert, so dass Patient alle Bewegungen mit denselben ohne wesentliches Zittern ausführen kann, nimmt die Schwäche in den Unterextremitäten stetig zu, das Harnröhren wird stärker. Die rechte Pupille ist dauernd weiter als die linke, die Lichtreaction ist erhalten.

In der Folgezeit klagt Patient häufig über Reizbarkeit und Schreckbarkeit, — wenn Jemand auf dem Fussboden mit dem Pantoffel schurrt, fahre er schon erschreckt zusammen — sowie über quälende Parästhesien.

Während im Uebrigen der Status sich wenig verändert, treten im März und den folgenden Monaten des Jahres 1884 Anfälle auf, in denen Patient über Angst, Aufgeregtheit, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Gefühl von Spannung über den Kopf weg und Ohrensausen klagt. Wenn er die Augen schliesst, kommen ängstliche Bilder. Es ist ihm, als ob alle Gegenstände auf ihn eindringen etc. Er liegt mit gerötetem Gesicht da, die Pulsfrequenz ist gesteigert und das Zittern ist stärker. In und unmittelbar nach solchen Anfällen, lässt sich nun eine deutliche Vertiefung der sensiblen und sensorischen Störungen nachweisen. Die Hemianästhesie tritt wieder deutlich in der anfangs geschilderten Weise hervor, die GF. zeigen sich zwar nicht erheblich für Weiss, aber ganz erheblich für die Farben verengt.

Auch ändert sich die Aufeinanderfolge der Farbenkreise, so dass einige Male Blau die engsten Grenzen zeigt (auf dem rechten Auge, auf welchem blau stets als grün bezeichnet wird).

Die Anfälle dauern gewöhnlich nur einige Stunden, schon am folgenden Tage klingen die sensorischen Sörungen deutlich wieder ab.

Wir haben in diesem Falle zwar nicht den scharf umschrittenen Symptomenkreis vor uns, wie ihn Charcot für die multiple Sklerose gezeichnet hat, aber eine Gruppe von Krankheitserscheinungen, die auf schwere Veränderungen im cerebrospinalen Nervensystem hinweisen.

Mit diesen Symptomen verflechten sich nun solche, die man vielfach bei der Hysterie findet.

Wir begnügen uns vorläufig, auf diese Complication hinzuweisen und brauchen wohl kaum mehr zu betonen, dass nicht die letzteren die Basis für die Gesamtdiagnose abgeben.

Beobachtung XLVIII. (wird anderweitig ausführlich veröffentlicht werden).

L. Lehmann, Kaufmann, 47 Jahre alt, aufgenommen November 1881, gestorben Februar 1884. Keine Heredität. Lues et Potus negantur. Wiederholt Lungencatarrhe.

Seit 10 Jahren Schwindel und Schwanken im Finstern, sowie Ohnmachtsanfälle. Seit einem Jahre Taubheit in den V., IV. und III. Fingern, ebenso in den Füßen. Lancinirende Schmerzen; Doppelsehen und Sehschwäche. Vorübergehend Incontinentia urinae.

Status: Starke Abmagerung. Leichte Spasmen in den unteren Extremitäten. Active Beweglichkeit gut. Kniephänomene normal. Anästhesie an den Füßen.

Häufig Schwindelanfälle mit Erbrechen und beängstigendem Gefühl in der Brust. Lancinirende Schmerzen im Ulnarisgebiet. Polstergefühl unter den Zehen. Gürtelgefühl. Doppelsehen. Rechter Bulbus bewegt sich nicht ordentlich nach aussen. Pupillen sehr eng, L. > R. Lichtreaction fehlt. Zunge weicht nach rechts ab.

Beweglichkeit der Beine gut, aber von Zittern begleitet und R. mit weniger Kraft als L.

Etwas später: Unregelmässig verbreitete Anästhesie an den Oberextremitäten und im Gesicht und Störungen des Muskelgefühls an Händen und Füßen. Schwanken bei geschlossenen Augen. Beim Gehen wird der rechte Fuß nachgeschleift.

Der weitere Verlauf ist gekennzeichnet durch Zunahme der subjectiven Beschwerden wie der objectiven Krankheitssymptome unter vorübergehender Remission: Schwindel- und Ohnmachtsanfälle, Erbrechen, Angstzustände, lancinirende Schmerzen in den Augen und den Extremitäten. Spastische Paräse der unteren und oberen Extremitäten, zwar nicht constant, aber deutlich progressiv. Paradoxe Contraction zunächst im linken Fussgelenk, allmälig in fast allen willkürlich beweglichen Muskelgruppen hervortretend.

Die Pupillen sind lichtstarr, die rechte soll einmal vorübergehend reagirt haben. Beweglichkeitsdefect der Bulbi im Sinne beider Nervi abducentes sowie Ptosis. Nystagmus angedeutet.

Sprache heiser, schwerfällig, kein Skandiren.

Blasen- und Mastdarmlähmung.

Hochgradige Herabsetzung der centralen Sehschärfe ohne ophthalmoskopischen Befund. Beide GF. conc. eingeengt mit ausgeprägter Dyschromatopsie.

Anästhesie in allen Qualitäten unregelmässig über die ganze

Körperfläche verbreitet; besonders ist auch das Muskelgefühl alterirt.

Geruch und Geschmack fehlt, Hörschärfe stark vermindert (auch die Knochenleitung).

Vorübergehend Temperaturerhöhungen und subnormale Temperaturen ohne erkennbaren Grund.

Erhebliche Macies; Decubitus über dem Kreuzbein und den Proc. spinosi der Brustwirbel, endlich Delirien, Sopor; Tod Februar 1884.

Die makroskopische Untersuchung weist im Gehirn und Rückenmark keine wesentlichen Veränderungen nach, der rechte Nervus abducens deutlich atrophisch. Auch nach der Härtung in Kalium bichromat tritt bei makroskopischer Besichtigung nichts Abnormes hervor.

Ueber den mikroskopischen Befund kann zur Zeit noch nichts Sichereres angegeben werden.

Dieser Fall lehrt zur Evidenz, dass ein unter dem Bilde einer multiplen cerebrospinalen Erkrankung progressiv und tödtlich verlaufender Krankheitsfall sich mit ausgeprägter sensorischer Anästhesie verbinden kann.

Beobachtung XLIX. L. Clukas, 52 Jahre alt, aufgenommen 1877, gestorben 1883.

Beginn der Erkrankung vor 6 Jahren mit Doppelsehen, Schwindelanfällen, hettigen Kopf- und Gesichtsschmerzen, dazu gesellen sich Bewegungsstörungen und zwar zuerst in den Beinen: Gang schwerfällig, die Füsse kleben am Boden; Augenmuskellähmungen, die Beweglichkeit der Bulbi erheblich eingeschränkt, Nystagmus. Dementia. Die Sehnensphänomene sind an den Unterextremitäten stark gesteigert, es besteht Fussclonus und Patellarclonus; Kopfszittern sowie geringes Zittern bei willkürlichen Bewegungen in den Armen.

Die Pupillarlichtreaction fehlt vollkommen. Schon in den ersten Jahren der Erkrankung klagt der Patient über beträchtliche Sehschwäche: Es findet sich eine starke conc. GFE. für Weiss und Farben auf beiden Augen, sowie eine Herabsetzung der Sehschärfe auf $\frac{1}{2} - \frac{1}{3}$ — ohne ophthalmoskopischen Befund. Ausserdem ist die Sensibilität auf der Kopfhaut beträchtlich herabgesetzt. Genauere Prüfungen der übrigen sensorischen Functionen sind damals nicht vorgenommen, es ist nur von einer beiderseitigen Verringerung der Schmeckfähigkeit die Rede.

Bemerkenswerth erscheint nun, dass trotz des progressiven und tödtlichen Verlaufs die sensorisch-sensiblen Störungen nicht allein nicht zunehmen, sondern allmälig abklingen; nur die conc. GFE. und die Herabsetzung der Sehschärfe bleibt bestehen und auch diese zeigt erhebliche Schwankungen der Intensität.

Die Autopsie weist in diesem Falle eine ausgesprochene multiple cerebrospinale Herddegeneration nach mit ganz wesentlicher Beteiligung des Gehirns.

Wir reihen ganz kurz eine andere Beobachtung an, in welcher sich die sensorische Störung nur in einer Einengung der Farbenfelder auf dem linken Auge äussert; es bleibt damit vorläufig zweifelhaft, ob dieser Fall mit den schon geschilderten in eine Kategorie zu bringen ist.

Beobachtung L. C. Fricke, Bildhauer, 27 Jahre alt.

Beginn der Erkrankung im Jahre 1882 mit Wadenkrämpfen, Schwäche und Steifigkeit der Unterextremitäten, dazu Kreuzschmerzen und Schmerzen im Hinterkopf. — Pupillendifferenz, aber gute Reaction. Patient stottert von Kindheit an; kein Skandiren. Die Bewegungen des rechten Armes und der beiden Beine werden nur mit geringer Kraft ausgeführt. Der Gang ist ausgeprägt spastisch, wie auch der Versuch, passive Bewegungen in den Gelenken der Unterextremitäten auszuführen, auf Muskelwiderstände stößt.

Nach einiger Zeit: leichter Tremor der Hände.

Beim Gehen zittert der rechte Arm und das rechte Bein.

Allmälig steigern sich die genannten Störungen. Schmerzen im Hinterkopf treten häufig auf und sind intensiv. Das rechte Bein zittert in der Ruhe, stärker bei Bewegungen. Die Beine werden steif und starr vorangeführt und kleben am Boden.

Sehnenphänomene und Hautreflexe gesteigert. Leichte Abstumpfung der Sensibilität an den Fingerspitzen und an den Unterschenkeln.

Ophthalmoskopisch nichts Besonderes GF. auf dem linken Auge für Farben stark eingeschränkt und zwar so, dass Blau das engste Feld hat. Blau wird nur central gut erkannt, weiter peripher ganz unsicher, als grün etc. Keine weiteren sensorischen Anomalien.

Aus den mitgetheilten Krankengeschichten geht kurz Folgendes hervor: Die multiple Sklerose sowohl als auch Erkrankungen, die einen ähnlichen klinischen Verlauf nehmen, ohne dass ihre anatomische Grundlage bisher festzustellen war, verbinden sich zuweilen mit Störungen der sensibel-sensorischen Functionen. Von den letzteren scheint die GFE. der constanteste Factor zu sein. Das Schwanken dieser Erscheinungen bei progressiver Tendenz der Erkrankung, ihr An- und Abschwellen in Abhängigkeit von Anfällen psychischer Natur (Beobachtung 48), die fast reguläre Bilateralität dieser Anomalien machen es wahrscheinlich, dass sie nicht der directe Ausdruck einer Herderkrankung sind.

Wenn die Diagnose zwischen Hysterie und multipler Sklerose schwankt, kann der Befund einer sensorischen Anästhesie weder nach der einen noch nach der anderen Seite hin den Ausschlag geben*).

*) Der Vollständigkeit halber wollen wir kurz erwähnen, dass wir bei

VI. Bemerkungen über das Vorkommen sensorischer Anästhesien bei Erkrankungen des Gehirns, die sich als palpabel erwiesen haben oder denen intra vitam eine palpable Grundlage zuerkannt werden musste.

Es würde uns zu weit führen, wollten wir an dieser Stelle einen Ueberblick über die in der Literatur enthaltenen Beobachtungen geben, in denen Hemianaesthesia completa bei organischen Erkrankungen des Gehirns gefunden wurde. Das muss jedoch hervorgehoben werden, dass die Fälle, in denen die Autopsie die Annahme einer Erkrankung des hinteren Theils der inneren Kapsel in unzweideutiger Weise bestätigte, immerhin noch wenig zahlreich sind.

Es handelt sich für gewöhnlich um eine Hemianästhesie, die gemeinschaftlich mit einer Hemiparese oder Hemiplegie derselben Seite sich an einen apoplectischen Anfall anschloss. Die Hemianaesthesia wird als scharfe beschrieben; bei genauerer Prüfung stellte sich jedoch heraus, dass sich an der Sehstörung auch das Auge der anderen Seite betheiligte*), und im Bernhardt'schen Falle wird erwähnt, dass sich die Anästhesie über die ganze behaarte Kopfhaut erstreckt habe.

In einer Reihe von Fällen, in denen die Hemianästhesie unter apoplectischen Erscheinungen sich ausgebildet hatte (Alkoholismus, Metallvergiftungen etc.) wurde Besserung und selbst völlige Heilung constatirt, andre Male glich sich nur die Anästhesie wieder aus, wäh-

zwei an Tabes dorsalis leidenden Frauen Störungen der sensibel-sensorischen Functionen beobachtet haben, als sie vorübergehend von Angst- und Erregungszuständen heimgesucht wurden. Die Untersuchung konnte in diesen Fällen leider nicht mit der erforderlichen Gründlichkeit und Repetition ange stellt werden, so dass wir über den weiteren Verlauf nichts aussagen können.

Dagegen wurden sensorische Anästhesien vermisst im Geleit jener Angst- und Beklemmungszustände, die sich gewöhnlich mit den gastrischen und laryngealen Krisen der Tabischen verbinden.

Grasset und Appolinario (Hémianaesthesia cérébrale et ataxie locomotrice etc. Gaz. hebdo. 1878, No. 8) haben bei einem an Tabes leidenden Manne totale linksseitige Hemianästhesie beobachtet, die sie auf eine Erkrankung der inneren Kapsel beziehen.

*) Landolt I. c.

Pitres, Sur l'hémianesthesia d'origine cérébrale et sur les troubles de la vue, qui l'accompagnent. Progrès med. 1876. No. 29.

Bistow, Allen Sturge, Gowers etc. S. Discussion on Anaesthesia in The British Med. Journ. Aug. 28. 1880.

rend die übrigen Symptome (motorische Lähmung etc.) bestehen blieben, endlich giebt es hierher zu zählende Beobachtungen, in denen die Autopsie keinerlei Erklärung für die im Leben constatirte Hemianästhesie gab^{*)}.

Allen Sturge spricht die Meinung aus, dass der Hemianästhesie, die im Verlaufe des chronischen Alkoholismus und der Bleivergiftung auftritt, keine „gross lesion of the brain“ zu Grund liegt.

Während Charcot und seine Schüler es für erwiesen erachten, dass die Hemianästhesie der Ausdruck einer Erkrankung des hinteren Theils der inneren Kapsel ist, wendet sich Wilks^{**) l. c.} entschieden gegen diese Auffassung; Erkrankungen dieser Gegend rufen nach seiner Erfahrung nur cutane Sensibilitätsstörungen hervor. Die Hemianästhesie mit Einschluss der Sinnesorgane ist dagegen immer nur eine functionell bedingte Störung, resultirend aus der „Cessation of action of half of the brain“.

Auch wir haben Fälle beobachtet, in denen sich mit einer acut entstandenen Hemiplegie Hemianaesthesia completa verband, doch ist bisher keiner derselben zur Autopsie gekommen, wenngleich es sich um deletäre Krankheitsprocesse handelt.

Zwei Krankheitsfälle aber, die wir beobachtet haben, scheinen uns von grossem Interesse für die Deutung der sensorischen Anästhesien, wir lassen sie deshalb in gedrängter Kürze hier folgen:

Beobachtung LI. Carl Theuring, 56 Jahre alt. Lues zweifelhaft. Kein Potatorium. Vor 4 Jahren apoplectischer Insult mit rechter Hemiplegie und Aphasie, allmäßige Besserung. Im vorigen Jahre neuer apoplectischer Anfall mit linker Hemiplegie, Gedächtniss- und Gedankenschwäche.

Status: Senium praecox; Dementia, starke gemüthliche Reizbarkeit, Auf- und Abschwanken der Affekte, ohne äusseres Motiv, vorübergehend Beeinträchtigungsideen.

Sprache etwas schwerfällig, erinnert an die bulbäre Sprachstörung. Andeutung von Aphasie und Agraphie.

Im Gebiete des Facialis und Oculomotorius keine Lähmungserscheinung. Die linken Extremitäten paretisch mit mässiger Contractur. Der Gang kleinschrittig, schwerfällig. Patient klebt mit den Füssen am Boden und schlepp

^{*)} Vulpian, Hémianesthésie consécutive à une perte brusque de connaissance et attribuée pendant la vie à une lésion en foyer dans le côté opposé de l'encéphale. Examen nécropsique, aucune lésion intracran. Revue de Méd. 1881.

Auch in dem Guttman'schen Fall war der Sectionsbefund bezüglich der Hemianästhesie ein negativer.

^{**) l. c.}

das linke Bein nach. Sehnenphänomene beiderseits gesteigert, Hautreflexe abgeschwächt oder fehlend. Peripherie Arterien rigide und auffallend geschlängelt.

Ophthalmoskopisch nichts Wesentliches.

Dagegen starke conc. GFE. für Weiss und alle Farben mit Ermüdung auf beiden Augen; auf dem linken Auge fehlt die innere Gesichtsfeldhälfte vollständig oder fast vollständig.

Sehschärfe R. wenig herabgesetzt, stärker auf dem linken Auge. Geruch fehlt auf dem l. Nasenloch, später beiderseits.

Geschmack beiderseits, besonders aber L. abgestumpft.

Knochenleitung L. vermindert im Vergleich mit R.

Cutane Anästhesie nur auf der behaarten Kopfhaut ange deutet, doch soll unmittelbar nach den Schlaganfällen das Gefühl auf der gelähmten Körperhälfte taub gewesen sein.

Ganz besonderen Werth glauben wir nun darauf legen zu müssen, dass, wie in diesem Falle wiederholt constatirt werden konnte, die Intensität der sensorischen Störungen, wenigstens soweit sie sich in dem Verhalten des excentrischen Sehens äussert, eine deutliche Abhängigkeit oder sagen wir eine innige Beziehung zum psychischen Zustand zeigte.

An den Tagen, an denen Patient ohne erkennbaren Grund reizbar und verstimmt ist, so dass jede von aussen kommende Anregung traurige Affecte auslöst, an denen er sich in einem Zustande leichter Benommenheit befindet, so dass er über Ort und Zeit und andere einfache Verhältnisse nicht orientirt ist — an solchen Tagen ist das GF. entschieden enger als an den Tagen, an denen das Sensorium frei und die Stimmung stabil ist. Damit scheint es doch erwiesen, dass wenigstens die Gesichtsfeldbeschränkung nicht ein unmittelbares Symptom der Herderkrankung ist.

Diese Schwankungen im Werthe der sensorischen Anästhesie in Beziehung zu den Oscillationen des psychischen Zustandes treten noch klarer in dem folgenden Falle hervor, dessen Symptombild überhaupt ein ganz seltsames ist.

Beobachtung LII. Frau Maiwald, 49 Jahre alt. Specifische Infection vor vielen Jahren. Januar 1883 traten wiederholt Schwindel- und Ohnmachtsanfälle auf, lästiges Erbrechen, fast permanenter intensiver Kopfschmerz, Ohrensausen und krampfartige Zuckungen.

Im Monat Mai apoplectischer Insult, der eine linke Hemiparese zurück lässt. Die Sehkraft lässt nach, die Geistesfähigkeiten nehmen ab. Die Patientin, deren Mann wegen Tabes dorsalis auf der Nervenabtheilung behandelt wird, suchte ebenfalls im August 1883 die Aufnahme. Sie wurde von

da bis zum December fortlaufend klinisch, dann mehrere Monate poliklinisch beobachtet, im Mai 1884 ist wegen Verschlimmerung des Zustandes eine erneute Aufnahme nothwendig.

Das Krankheitsbild setzt sich zusammen aus Symptomen, die dauernd beobachtet werden und solchen, die in fast regelmässigen periodischen Intervallen von etwa 24 Stunden auftreten.

Wir geben einen auf diese Verhältnisse bezüglichen Auszug aus dem Krankheitsjournal.

7. Juli. Heute guter Tag. Patientin bei freiem Sensorium.

Pupillen eng und lichtstarr. GF. cone. eingeeengt für Weiss auf etwa 25° und alle Farben. Sehschärfe L. etwas herabgesetzt. Geruch und Geschmack fehlen L. völlig. Flüstersprache wird L. erst dicht am Ohr. R. auf 3 Meter Entfernung gehört. Knochenleitung L. aufgehoben. Totale L. Hemianalgesie; auf der Kopfhaut fehlt auch R. das Schmerzgefühl. Ebenso ist das Muskelgefühl in den linken Extremitäten deutlich alterirt. L. Hemiparese. Das linke Bein wird beim Gehen nachgeschleift.

8. Juli. Heute schlechter Tag. Patientin liegt schlafsuchtig, stöhnen da, Jactation, ab und zu Zuckungen in den Extremitäten. Klagt über intensive Schmerzen im Hinterkopf und der linken Gesichtshälfte, sowie lancinirende Schmerzen in den linken Extremitäten, Schwindel, Angst, Erbrechen. Sie sieht alles wie durch einen Schleier und es erscheint ihr alles geisterbleich, ausserdem kämen ihr die Personen und Gegenstände kleiner als normal vor. Sie hört alles dumpf wie aus weiter Ferne.

Geruchs- und Geschmackshallucinationen. Sie weiss nicht, wo ihr Körper, namentlich nicht. wo ihre linken Extremitäten liegen.

Die GF. sind heute deutlich enger als gestern (5 — 10°).

Geruch und Geschmack fehlt beiderseits, auch auf der rechten Körperhälfte totale Analgesie etc. etc.

Dieser Wechsel von guten und schlechten Tagen wurde Monate hindurch beobachtet, wohl schwankt hin und wieder die Grösse der einzelnen Zeiträume, auch kommt es vor, dass das Befinden für 2mal 24 Stunden oder selbst längere Zeit ein relativ gutes ist, aber im Ganzen ist der Cyclus ein regelmässiger.

Wir sehen also bei einer Person, die die Zeichen eines schweren Hirnleidens bietet: Erbrechen, Kopfschmerz, Ohnmachtsanfälle, Krämpfe, Hemiparese, Pupillenstarre etc., eine in ihrer Intensität und ihrem Ausbreitungsbezirk mit dem psychischen Zustand in fast regelmässigen Intervallen auf- und abschwankende sensorische Anästhesie. An den Tagen, in denen das Sensorium frei ist, handelt es sich wesentlich

um eine Hemianästhesie, an den schlechten Tagen, an denen der psychische Zustand völlig verändert ist, vertieft sich die Anästhesie und wird bilateral. Auch percipirt Patientin jetzt alle von aussen kommenden Eindrücke in abnormer Weise. Oftmals steigert sich ihre Benommenheit zu gänzlicher Verwirrtheit, sie verkennt ihre Umgebung, wirft sich aus dem Bett, glaubt sich verhöhnt etc. etc.

Den Uebergang vom schlechten zum guten Zustande schildert sie so: „Ich kriege auf die Augen besseres Licht, dann weiss ich, wo ich recht bin, dann besinne ich mich so recht, was denn eigentlich für Zeit ist, dann höre ich besser, zuerst rechts, dann links, dann kann ich mich ein bischen erheben. Dann riecht's nicht mehr wie angebrannte Milch, dann schmecke ich besser. An den schlechten Tagen möchte ich vor Angst so weit laufen, als ich will, das ist an den guten nicht, auch bin ich dann nicht mehr so schreckbar“ etc. etc.

Wir haben noch nachzutragen, dass fort dauernd mässige Polyurie besteht. Die ophthalmoskopische Untersuchung hatte ferner ein Choricitis specifica nachgewiesen, die unter Mercurialbehandlung zurückging, wie überhaupt die Inunctionscur eine wesentliche Besserung wenigstens der subjectiven Beschwerden erzielte, doch war die Besserung nicht von Dauer.

Es kann natürlich nicht davon die Rede sein, den Charakter und Sitz dieser Hirnerkrankung näher definiren zu wollen.

Wir begnügen uns an der Hand dieser Krankheitsgeschichte zu zeigen, wie ein schweres und, wie wir anzunehmen gezwungen sind, palpables Gehirnleiden mit Störungen der allgemeinen und speciellen Sensibilität einhergeht und wie die Anästhesie in ihrer Kraft und Ausbreitung so schwankt, dass sie durch einen der Fluctuation fähigen krankhaften Vorgang im Gehirn bedingt sein muss.

Anhangsweise sei noch die Beobachtung mitgetheilt, dass der Sectionsbefund einer unter allgemeinen Cerebralerscheinungen erkrankten Patientin, bei der eine beiderseitige concentrische Gesichtsfeldeinengung constatirt worden war, ohne sonstige Sensibilitätsstörungen, einen Erweichungsherd ergab, der in der Marksustanz des Stirnlappens seinen Sitz hatte.

VII. Résumé.

1. Die sensorische Anästhesie und Hemianästhesie ist nicht charakteristisch für Hysterie, sondern findet sich bei vielen anderen Erkrankungen des Centralnervensystems.

2. Sie bildet einen typischen Symptomencomplex, der fast überall, trotz des jeweiligen Fehlens einzelner Glieder, das gleiche Bild zeigt.

3. Das constanteste Symptom ist die beiderseitige concentrische Gesichtsfeldeinengung.

4. Die Beteiligung der übrigen Sinnesorgane und der cutanen und Schleimhautsensibilität ist eine schwankende.

5. Eine feste Beziehung der Functionsstörungen der einzelnen sensorischen Apparate und der Hautempfindung zu einander besteht nicht.

6. Echte Hemianästhesien sind selten und existiren in dem Sinne, dass die andere Körperhälfte völlig unbeteiligt ist, überhaupt nicht.

7. Die sensorische Anästhesie tritt entweder auf stationär, dann meist mit mehr oder weniger starken Oscillationen nach Intensität und Extensität, oder passager — letzteres ist das Seltene.

8. Fast alle Kranken mit sensorischen Anästhesien weisen bestimmte psychische Anomalien auf:

entweder es besteht eine Trübung des Bewusstseins, — Hallucinations-, Traum- und Dämmierzustände — oder es besteht

eine Beeinträchtigung der affectiven Sphäre: Reizbarkeit und Gemüthsdepression, deren häufigste Begleiterscheinung die Angst mit oder ohne Vorstellungen ist.

9. Die Tiefe der sensorischen Anästhesie geht in den meisten Fällen direct parallel dem Zustande der Psyche, in einzelnen Fällen tritt sie auf und verschwindet zugleich mit der psychischen Alteration.

10. Nervöse Beschwerden (Kopfdruck, Parästhesien der Sinnesorgane, Tremor etc.) fehlen dabei fast nie.

11. Die sensorische Anästhesie findet sich:

bei Epilepsie, Hysterie, Hystero-Epilepsie, Alkoholismus, Nervosität, Neurasthenie, Chorea, Angstzuständen, bei Rail-way-Spine und Kopfverletzungen, ferner bei der multiplen Sklerose und der Westphal'schen Neurose, bei organischen Hirnkrankheiten und im Gefolge gewisser Psychosen, die noch nicht näher classificirt werden können.

12. Die sensorische Anästhesie tritt demnach auf:

I. gemeinsam mit den genannten psychischen Anomalien als selbstständiges Krankheitsbild;

II. im Geleit anderer functioneller Erkrankungen des centralen Nervensystems — Neurosen und Psychosen;

III. auf der Basis palpabler Erkrankungen des Centralnervensystems. In diesem Falle kommt ihr dann, soweit sich aus unseren Beobachtungen schliessen lässt, nicht die Be-

deutung eines Herdsympstoms, sondern einer allgemeinen Cerebralerscheinung zu.

13. Der Befund einer sensorischen Anästhesie oder Hemianästhesie gestattet keinen Rückschluss auf den Charakter und die Prognose der Grundkrankheit.

Am Schluss dieser Arbeit sei uns gestattet, Herrn Geheimrath Professor Dr. Westphal für die uns gewährte Anregung und Unterstützung sowie für die gütige Ueberlassung des bezüglichen Materials unseren verbindlichsten und aufrichtigen Dank auszusprechen.
