

M



Aus der psychiatrischen Universitätsklinik in Jena.

Zur
Kasuistik der hysterischen
Dämmerzustände.

Inaugural - Dissertation
der medizinischen Fakultät zu Jena
zur Erlangung der Doktorwürde in der
Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe.

vorgelegt von

Otmar G. Kessel.



Druck von Anton Kämpfe in Jena.

1907.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Jena.
Referent Herr Professor Dr. Binswanger.

Jena, den 13. Juli 1907.

Prof. Dr. Maurer.

z. Zt. Dekan.

Die Abhandlung „Zur Kasuistik der hysterischen Dämmerzustände“ habe ich an der psychiatrischen Universitätsklinik in Jena, unter Anleitung von Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Binswanger und Herrn Prof. Dr. H. Berger unter Benutzung der angeführten Litteratur ausgearbeitet. Ich gebe hiermit die eidesstattliche Versicherung ab, daß darüber hinaus keine weitere Beihülfe stattgefunden hat.

Otmar G. Kessel.

Der Versuch einer Trennung der paroxystischen und der interparoxystischen Krankheitszustände bei der Hysterie ist dadurch erschwert, daß sich auch zu Zeiten, die von Paroxysmen frei sind, dieselben motorischen Reizerscheinungen wie Störungen der Sensibilität zeigen. Wenn man hier trotzdem eine Scheidung vorgenommen hat, so ist dies lediglich aus Gründen der Zweckmäßigkeit geschehen. Man hat als hauptsächlichstes Kriterium bei der Trennung die während der Paroxysmen bestehende transitorische Bewußtseinsstörung wie die Feststellung eines allgemeinen oder partiellen Erinnerungsdefektes in den Vordergrund gestellt.

Die hysterischen Paroxysmen hat man eingeteilt in die konvulsivischen Anfälle und die psychischen Äquivalente der hysterischen Paroxysmen. Zu diesen rechnet man die synkopalen Anfälle, die hysterischen Schlafanfalle, die hysterokataleptischen Anfälle und die hysterischen Dämmerzustände.

Als Beitrag zur Kasuistik der letzteren habe ich eine Zusammenstellung von Fällen aus dem Material der drei letzten Jahre aus der Jenaer Universitätsklinik versucht.

Eine Charakteristik der hysterischen Dämmerzustände zu geben, ist dadurch erschwert, daß sich wieder innerhalb der psychischen Äquivalente der hysterischen Paroxysmen fließende Übergangsformen finden. Die Dämmerzustände gehören zu denjenigen Formen, bei welchen die motorischen Reizerscheinungen eine geringer zu bewertende Rolle spielen, dagegen die Störungen des Bewußtseins, die Desorientierung und erschwerte Auffassung in den Vordergrund treten. Binswanger bezeichnet sie als pathologische Bewußtseinszustände, die sich anfallsweise gewissermaßen in den normalen Bewußtseinszustand hineinzwängen.

Bei der Betrachtung des Verhältnisses, in welchem die Dämmerzustände zu den hysterischen Anfällen stehen, findet man, daß sie direkt im Anschluß an einen Anfall, sowohl post- wie präparoxysmell, wie auch als Äquivalent für einen solchen einsetzen können. Ebenso können sie auch völlig getrennt von hysterischen Krampfanfällen als freistehende Zustände auftreten.

Der Beginn kann ein akuter oder allmählich sein. Eine heftige Gemütserschütterung, eine Intoxikation, Alkoholabusus, eine Chloroformnarkose können auslösend wirken, wiederholt dagegen läßt sich auch ein direkter Anlaß nicht auffinden. Bei mehreren publizierten Fällen handelte es sich um forensische Fälle, bei welchen Untersuchungshaft dem Ausbruch des Dämmerzustandes vorausgegangen war.

Zu den Begleitsymptomen des Dämmerzustandes gehören Hemmung, Mutacismus, plastisch ausdrucksvolle Stellungen, Klownismen und Krampfanfälle. Durch die körperliche Untersuchung der Patienten während des Anfalles, soweit eine solche möglich ist, gelingt es oft, jedoch durchaus nicht regelmäßig, hysterische Stigmata nachzuweisen, unter den Störungen der Sensibilität in erster Linie Analgesien, Druckpunkte, Steigerung oder Herabsetzung der Schleimhautreflexe, Spasmen und Kontraktionen. Auf das Verhalten dieser Symptome, insbesondere der Analgesien ist bei der Ausführung der einzelnen Krankengeschichten näher eingegangen.

Psychisch tritt die erschwerte Auffassung und die Störung der Orientierung hervor. Der Grad der Desorientierung ist ein sehr verschieden hoher, er wird durch den Grad der gleichzeitig bestehenden Bewußtseinstrübung beeinflusst.

Ein großer Teil der Dämmerzustände ist von Halluzinationen und Illusionen begleitet. Besonders häufig sind die Halluzinationen, welche von den lebhaftesten Gefühlstönen erfüllt sind, bei den hysterischen Delirien, von denen sich die Dämmerzustände nicht scharf abgrenzen lassen, in welche sie auch übergehen können. Manche Patienten können auf allen Gebieten halluzinieren. Eine unserer Patientinnen sah im Dämmerzustand Fratzen, hörte Stimmen, mit denen sie sich unter-

hielt, fühlte Ratten und Molche über sich laufen, roch Schwefeldampf, glaubte Karussell zu fahren. Auch inhaltlich tragen die Halluzinationen ein besonderes Gepräge. Oft sind es besonders schauervolle Szenen, äußerst phantastisch ausgestaltet, Hinrichtungen, Leichenbegängnisse und Ähnliches. Eine große Rolle spielen Tiere, die Patienten kommen unter dem Einfluß der Halluzinationen dazu, ganz die Rolle eines Tieres, z. B. eines Hundes, zu spielen, sie laufen auf allen Vieren, lecken die Speisen vom Teller, bellen usw. Ferner bestehen die halluzinatorisch belebten Traumvorstellungen inhaltlich zum Teil auch aus Reminiszenzen wirklicher Erlebnisse, welche mit reichen Phantasievorstellungen verknüpft sind. Man kann zusammenhängende Reihen aus den Äußerungen der Patienten erkennen. Durch das Hinzutreten der zahlreichen Fälschungen, die der Phantasie entspringen, kann die im Wachzustand geäußerte Erinnerung der Patienten verhängnisvoll werden, namentlich wenn sie z. B. sexuelle Erlebnisse, die sie im Dämmerzustand gehabt haben wollen, reproduzieren.

Besonders durch die Arbeiten Gansers hat das Symptom des Vorbeiredens bei hysterischen Dämmerzuständen viel Beachtung gefunden. Die Patienten können die einfachsten Fragen nicht richtig beantworten, obwohl sie den Sinn der Frage verstanden haben; sie verraten in ihren Antworten eine geradezu verblüffende Unkenntnis und einen überraschenden Ausfall von Kenntnissen, die sie ganz bestimmt besessen haben und noch besitzen. Bei der Bewertung dieses Symptomes, das auch bei Katatonikern beobachtet wird, sind verschiedene Ansichten hervorgetreten. Cramer erklärt, daß er den Eindruck habe, je mehr man mit den Kranken experimentiere, um so mehr trete die krankhafte Erscheinung dieses Vorbeiredens in den Vordergrund. Zweifellos ist bei dem hysterischen Charakter des Symptomes die Lust am Hinzusimulieren zu berücksichtigen.

Das Hauptkennzeichen der Hysterie, die Suggestibilität, die Abhängigkeit, Beeinflußbarkeit durch äußere Momente, zeigt sich auch bei dem Inhalt der Halluzinationen und Wahnideen. Gar nicht selten gelingt es, den Inhalt der Vorstellungen und Halluzinationen durch Verbalsuggestion zu bestimmen und auf diese Weise einen Wechsel der Szenerie herbeizuführen.

Auch Organempfindungen, spezifisch hysterische schmerzhaftes Krankheitsempfindungen werden inhaltlich verarbeitet.

Durch Suggestion oder äußere Reize ist es bisweilen möglich, den Dämmerzustand zu beenden; die Patienten erwachen wie aus dem Schlafe, können vollkommen klar und geordnet sein. Bisweilen tritt am Ende des Dämmerzustandes tiefer Schlaf ein, aus dem die Patienten dann mit klarem Bewußtsein erwachen. Ebenso wie der Beginn ein allmählicher sein kann, kann die Klärung des Bewußtseins sukzessive eintreten.

Bei einem Teil der Fälle von Dämmerzuständen besteht nach diesen vollkommene Amnesie, welche sich genau über den ganzen Zeitraum des Dämmerzustandes erstreckt. Bei dem größeren Teil ist die Amnesie keine vollständige, es sind sogar durchaus sichergestellte Beobachtungen mitgeteilt, bei welchen die volle Erinnerungsfähigkeit an die Vorkommnisse im Dämmerzustand nachher vorhanden war (Binswanger, „Die Hysterie“). Die Erinnerung kann nur für die Zeit der tieferen Bewußtseinstrübung fehlen, doch kann man aus der Ausdehnung des Erinnerungsdefektes keinen Schluß auf die Tiefe der Bewußtseinstrübung ziehen. A. Westphal beschreibt einen Fall von hysterischem Dämmerzustand, bei dem die zuerst vollständige Erinnerungslücke bei dem Kranken allmählich durch vereinzelte Erinnerungen wieder ausgefüllt wurde. Der Umstand, daß die Patienten halluzinatorische Erlebnisse mit in den Wachzustand hinübernehmen können, ist bei forensischer Beurteilung der Aussagen derartiger Kranken von Wichtigkeit.

Über die Beobachtung der Spaltung der Persönlichkeit, die Entstehung eines „Doppel-Ich“ durch die Bildung unabhängiger seelischer Komplexe im Dämmerzustand gibt Binswanger folgende Erklärung: „Es handelt sich hier um eigenartige Assoziationsstörungen; im somnambulen resp. Dämmerzustande stehen engere oder weitere Vorstellungsgebiete in gesetzmäßiger assoziativer Verknüpfung, dagegen sind sie außer Zusammenhang mit den Vorstellungsverbindungen des Wachbewußtseins. Diese Annahme trifft nur dann zu, wenn völlige Amnesie besteht“.

Bei den lethargischen Anfällen, welche den Dämmerzuständen sehr ähnliche Bilder bieten, handelt es sich um hysterische Stuporformen. Die Patienten verfallen in einen schlafähnlichen Zustand, schließen die Augen, sind für äußere Reize unzugänglich. Nur äußerst spärliche Äußerungen sind für die psychischen Vorgänge während dieses Zustandes zu beobachten, wenn auch eine gewisse Auffassung der Vorgänge der Außenwelt erkennbar ist. In den angeführten Fällen sind auch Zustände dieser Form enthalten.

Die im Vorstehenden angeführten Erscheinungen kommen auch bei anderen Krankheitsbildern zur Beobachtung, besonders bei epileptischen Dämmerzuständen und bei Formen der Dementia praecox, denen gegenüber die Abgrenzung sehr schwierig, ja fast unmöglich ist, wenn sich die Beobachtung nur auf Zustandsbilder beschränken muß. Kennt man dagegen den Krankheitsverlauf vom Beginn an, ist die Vorgeschichte des Patienten und die auslösenden Ursachen bekannt, so wird vor allem noch durch den Nachweis hysterischer Merkmale die Diagnose mit größerer Sicherheit gestellt werden können.

Die Differentialdiagnose gegenüber epileptischen Dämmerzuständen läßt sich noch durch das Fehlen somatischer Hinweise auf das Bestehen einer Epilepsie (Zungenbißnarben usw.), wie durch die Beurteilung etwa im Verlauf der Krankheit vorgekommener Anfälle befestigen. Ein weiterer Unterschied befindet sich auch im Inhalt der Halluzinationen, welche bei Hysterischen die oben erwähnten besonderen Eigenschaften tragen.

Sehr schwierig kann sich die Differentialdiagnose gegenüber den Erregungszuständen bei Dementia praecox gestalten. Hierbei können die psychisch bedingten Analgesien, auf Grund des Negativismus zustande kommend, ganz konform den hysterischen Analgesien ausgebildet sein. Namentlich bei den Erklärungsversuchen über das Gansersche Symptom des Vorbeirendens sind die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten gegenüber der Dementia praecox erörtert worden. Nissl's Ansicht geht dahin, daß das Gansersche Symptom des Vorbeirendens in erster Linie eine eigenartige Äußerung des katonischen Negativismus darstelle. Ganser, Raecke erklären

das Symptom dagegen durch die Störung des Bewußtseins. Auch A. Westphal führt es in einem Fall von hysterischem Dämmerzustand, bei dem es auf der Höhe des Zustandes zwei Tage lang, dann mit diesem allmählich verschwindend beobachtet wurde, als unzweifelhaft auf der Bewußtseinstrübung zurück. Binswanger bestätigt die Erfahrungen A. Westphals, daß das Symptom des Vorbeiredens keineswegs ein eindeutiges sei, daß es vielmehr in sehr ausgesprochener Weise bei den verschiedenartigen psychischen Störungen, wie der Hysterie und der Dementia praecox vorkommt, und warnt deshalb davor, aus dem Vorkommen des Vorbeiredens allein auf einen hysterischen Dämmerzustand zu schließen. Die Diagnose müsse sich vielmehr auf die Vorgeschichte des Falles, die auslösenden Ursachen, vor allem auf hysterische Krankheitsmerkmale, die die Dämmerzustände begleiten oder ihnen nachfolgen, stützen. Das Gansersche Symptom ist an dieser Stelle besonders erwähnt, da bei den im folgenden ausgeführten Fällen sich keine Gelegenheit bot, darauf einzugehen, weil es nicht zur Beobachtung kam.

Zur weiteren Unterscheidung gegenüber den Erregungszuständen dient das Hervortreten der Desorientierung und der erschwerten Auffassung von Eindrücken während des hysterischen Dämmerzustandes. Auch im Wesen der Halluzinationen und der Wahnideen lassen sich Merkmale finden, welche dazu beitragen können, die Dementia praecox auszuschließen. Die Halluzinationen im hysterischen Dämmerzustand haben, abgesehen von ihrem Inhalt, die für die hysterische Grundlage der Erkrankung charakteristische Eigenschaft der Suggestibilität, auch läßt sich zwischen den halluzinatorischen Erlebnissen im Dämmerzustand ein Zusammenhang erkennen, im Gegensatz zu der Zusammenhanglosigkeit bei der Dementia praecox.

S. F., 20 Jahre, Kindermädchen.

Die Mutter der Patientin soll nervös sein, viel an Kopfschmerz leiden. Patientin hat 11 Geschwister, von denen 5 in früher Jugend gestorben sind, 2 jüngere Geschwister sollen „nervenschwach“ sein, in der Schule sehr schwer lernen.

Im Alter von 7 Jahren litt Patientin bis zum 13. Jahre an Veitstanz. Sie war eine schlechte Schülerin. Mit 15 Jahren war sie zum erstenmal menstruiert, die Periode war stets unregelmäßig. Mit 16 Jahren nahm sie eine Stellung als Kindermädchen an, die sie aber bald verließ, da sie der Aufgabe nicht gewachsen war. In ihrer neuen Stellung bemerkte die Hausfrau, daß das sonst tüchtige, zuverlässliche Mädchen vergeßlich wurde, nicht wußte, was sie getan und gesagt hatte. Patientin stand nachts auf, machte Feuer an und verrichtete Arbeiten, die ihr nicht aufgetragen waren. Damals wurde sie mit kalten Abreibungen und Solbädern behandelt und erholte sich nach ca. 6 Wochen. In den nächsten 2 Jahren wurde nichts Krankhaftes an der Patientin beobachtet, sie erwarb sich das Vertrauen ihrer Hausfrau. Allmählich stellten sich wieder Kopfschmerzen ein, die an heißen Tagen schlimmer wurden. Im Herbst nahmen die Kopfschmerzen zu, Patientin wurde wieder vergeßlich, oft ganz apathisch, wortkarg. Sie legte sich abends wegen heftiger Kopfschmerzen zu Bett, schlief unnatürlich schnell ein, war kaum zu wecken, fuhr plötzlich aus dem Schlaf auf, wenn man sie in ihrem Bett, in dem sie oft verkehrt herum lag oder aus dem sie heraushing, zurechtlegte. Im ersten Augenblick nach dem Erwachen verkannte sie ihre Umgebung, gebrauchte falsche Anreden. Am nächsten Morgen wußte sie nichts von den Vorgängen der Nacht. Dann fing sie wieder an nachts aufzustehen, kleidete

einmal das ihr anvertraute Kind an, bis sie durch die Bitten des Kindes weiterschlafen zu dürfen „geweckt“ wurde. Ein andermal glaubte Patientin nachts in einem Zimmer Schritte zu hören, stand auf und erwachte erst, als sie an ein auf dem Hausflur aufgestelltes Hindernis stieß. Eines Tages war Patientin in die Stadt geschickt worden, um Besorgungen zu machen, die ihr genau aufgeschrieben waren. Sie hatte alles verkehrt besorgt, für sich ungewollte Ausgaben und Einkäufe gemacht und sich in der bekanntesten Gegend kaum nach Hause gefunden. Hierüber ganz unglücklich bat sie ihre Dienstherrin um Verzeihung; Nun wäre sie wieder bei Besinnung und wisse, was sie falsch gemacht habe. Zu diesen Zuständen kamen wiederholt auftretende Schwindelanfälle mit Ohnmachten, bei denen sie mehrmals zu Boden fiel. Patientin, die sehr leicht erschrak, zitterte dann längere Zeit. Die Dienstherrin, nach deren Angaben obige Bemerkungen aufgezeichnet sind, stellt der Patientin das beste Zeugnis aus.

Im November wurde Patientin in die psychiatrische Klinik gebracht. Aus dem Aufnahmestatus ist kurz zu bemerken:

Kräftig entwickelte Person. Keine Degenerationszeichen. Lungenbefund normal. Herzdämpfung nicht verbreitert, deutliches systolisches Blasen an der Herzspitze, der 2. Pulmonalton ist verstärkt. Mit Ausnahme des Gaumen und Würgreflexes, welcher aufgehoben ist, sind die Reflexe intakt. Es besteht keine Sensibilitätsstörung.

22. November. Bei der Abendvisite liegt Patientin, die mitten in der Mahlzeit aufgehört hat zu essen, mit geschlossenen Augen im Bett, gibt auf Fragen nur kurze Antworten, bittet schlafen zu dürfen. Sie befolgt alle aufgetragenen Anforderungen, erkennt ihre Umgebung. Keinerlei somatische Zeichen außer leichtem Zittern beider Arme. Der Anfall dauerte ca. 10 Minuten und wiederholte sich in derselben Weise am nächsten Morgen, 23. November, nachdem Patientin nachts gut geschlafen hatte. Einige Stunden nach dem zweiten Anfall befragt, will sie völlige Amnesie für denselben haben. Über die somnambulen Zustände befragt, die sie vor ihrer Verbringung in die Anstalt durchgemacht hat, gibt sie an, sie habe manchmal gewußt, was sie tat, aber nicht ganz klar,

manchmal sei sie nicht zu sich gekommen. Halluzinationen werden negiert.

24. November. Zwei Anfälle: Patientin beteiligt sich plötzlich nicht mehr an der Unterhaltung der Mitpatientinnen, bleibt in Rückenlage mit seitlich gewandtem Kopf liegen, die Arme zittern leicht. Bei Berührung oder Anrede zuckt sie zusammen und sagt, sie habe geschlafen. Sie ist müde, etwas mürrisch und gibt nur einsilbige Antworten. Dabei klagt sie über starke Kopf- und Kreuzschmerzen, Menses.

25. November. Nachmittags Anfall. Patientin gibt an, sie habe einen großen Hund bellen hören, dann habe sie ihn gesehen, er sei auf sie losgesprungen. Sie habe ängstlich um Hilfe gerufen, weil sie sich nicht bewegen könne. In dem Augenblick, als der Arzt sie berührte, habe der Hund gerade zugeschnappt, deshalb sei sie so erschrocken.

Am 26. November tritt ein Schlafanfall auf, als bei einer Mitpatientin ein Dämmerzustand einsetzte. Patientin klagt über heftigen Kopfschmerz, die oberen Extremitäten zittern bei Berührung.

30. November. Schlaf nachts dauernd schlecht. Klagen über Schmerzen in der Stirngegend. Vereinzelte kurze Schlafzustände.

5. Dezember. Nachmittags klagt Patientin über Schwindelgefühl, hierauf schlief sie ein, sprach im Schlaf ängstlich von einem Messer. Alle an sie gerichteten Fragen beantwortete sie mit „ich weiß nicht“. Am Abend hat sie Amnesie für den Anfall, weiß nur, daß ihr schwindelig geworden ist.

6. Dezember. Am Nachmittag wieder Schwindelgefühl, reagierte auf Fragen nicht. Abends Amnesie. Patientin klagt über starke Kopfschmerzen, schläft in der folgenden Nacht schlecht und gibt an, sie habe ängstliche Träume gehabt, deren Inhalt sie nicht mehr wisse.

8. Dezember. Abends Schlafzustand. Die Pupillen reagieren, sind mittelweit. Bei Berührungen Pronationsbewegungen der Arme. Amnesie.

11. Dezember. Schlafzustand.

18. Dezember. Patientin fühlt sich im ganzen wohler. Die Kopfschmerzen sind nahezu völlig geschwunden; Schlaf

und Nahrungsaufnahme gut. Seit dem 12. Dezember kein Schlafzustand mehr.

20. Dezember. Patientin hatte in der Nacht einen Anfall, klagte heute über starken Schwindel und Schmerzen in den Gliedern.

21. Dezember. Nachts somnambuler Zustand. Patientin stand vom Bett auf und suchte nach den Kindern, die sie ankleiden wollte.

24. Dezember. Patientin nimmt am Anstaltsfest teil, tanzt.

25. Dezember. Schief schlecht, stand nachts auf und ging in ein anderes Bett, da unter ihrem eine Schlange sei. Bei der Morgenvsichte befindet sich Patientin im Dämmerzustand, wollte aufstehen, sie müsse in den Krieg, dabei hatte sie die Augen geschlossen. Später klar, schläft ausreichend.

27. Dezember. Sehr verstimmt. Jetzt sehr deutliche linksseitige Hyperalgesie am Rumpf, Armen und Beinen, nicht im Gesicht.

28. Dezember. Arbeitet fleißig in der Küche.

2. Januar 06. Eine heute vorgenommene Untersuchung ergibt: Symmetrische Berührungen werden rechts lebhafter empfunden. Druckpunkte links. Schmerzhaft Stiche werden links stärker empfunden.

Vormittags werden der Patientin zur Prüfung ihrer Merkfähigkeit folgende Aufgaben gestellt: sie solle sich merken 1. die Zeit der Prüfung (10^{45} Vorm.), 2. drei Zahlen 3, 17, 56. Bei der Abendvisite kann sie die Zeit 10^{45} reproduzieren. Die Zahl 3 ist Patientin noch in der Erinnerung, die anderen vermag sie nicht anzugeben, sie weiß nur, daß sie unter 100 waren. Patientin ist über den Ausfall der Prüfung sehr deprimiert.

3. Januar. In einem Brief, der an ihre Dienstherrin gerichtet ist und recht hoffnungslos klingt, deutet Patientin Suizid an. Sie wird auf die Wachstation verlegt.

5. Januar. Vereinzelt kurzdauernde Schlafzustände. — Menses.

9. Januar. Patientin befindet sich im Dämmerzustand. Sie ist heiter, singt und deklamiert. Sitzt quer im Bett, spielt mit dem Kopfkissen, flicht sich viel die Haare.

10. Januar. Patientin glaubt, sie befinde sich noch auf der Abteilung für ruhigere Kranke, nur die Betten seien anders gestellt, sonst sei es dasselbe Zimmer. Sie habe viel Angst gehabt und empfinde sie noch zeitweise, sie glaube sie solle operiert werden.

11. Januar. Patientin hört sich bei Namen rufen. Sie glaube ihre Mutter sei gestorben, der Arzt habe ein Telegramm mit schwarzem Rande erhalten. Auch Erscheinungen habe sie gesehen, kleine Zwerge seien im Zimmer umhergelaufen. Genauere Angaben kann sie nicht darüber machen. Abends äußert Patientin, sie habe Angst, alles fiele auf sie zu, das Zimmer werde immer kleiner. Aus diesem Grunde sitze sie quer im Bett. Singt und deklamiert Volkslieder und Gedichte, die sie für die Kinder repetieren müsse. Erotisch. Bittet den Arzt ihr das Haar zu flechten und bei ihr zu bleiben.

12. Januar. Zeitlich und örtlich orientiert. Kennt die Namen der Ärzte und Wärterinnen usw. Singt laut. Sah einen Totenwagen vorüberfahren. Drängt fortgehen zu dürfen, da sie gesund sei.

13. Januar. Etwas ruhiger. Abends sehr heiter, lacht viel, da „ihr Alles so lächerlich vorkomme“. Im nächsten Augenblick bittet sie die Krankenschwester, sie ins Wasser zu werfen. Putzt sich mit der Bettwäsche theatralisch auf. Rollt das Kopfkissen zu einer „Schlackwurst“ zusammen, die sie den Ärzten anbietet.

14. Januar. Besuch des Vaters. Patientin unterhielt sich geordnet mit ihm. Am Abend völlig klar. Amnesie für den Dämmerzustand.

18. Januar. Dauernd geordnet und klar. Gleichmäßig in ihrem Verhalten. Keine Schlafzustände mehr. Beschäftigt sich regelmäßig mit Küchen- und Hausarbeit.

22. Januar. Patientin klagt über Unterleibschmerzen unbestimmter Art, über Ausfluß. Befund negativ.

28. Januar. Dauernd gleichmäßig. Arbeitet fleißig und regelmäßig.

9. Februar. Entlassen.

In vorstehendem Falle handelt es sich um ein von mütterlicher Seite her erblich belastetes Individuum, dessen krank-



hafte Behaftung durch die mehrere Jahre währende Chorea weiter bestätigt wird. In ihrer ersten Dienststelle ist Patientin der Aufgabe nicht gewachsen, in der zweiten erkrankt sie bald.

Das Krankheitsbild zeigt insofern eine Vollständigkeit, als es die transitorische Bewußtseinsstörung vom kleinsten Anfang bis zum vollentwickelten Dämmerzustand enthält. Als erstes Zeichen der Erkrankung wurde bemerkt, daß das sonst tüchtige Mädchen plötzlich vergeßlich wird. Dann treten ausgeprägte somnambule und lethargische Zustände auf, oft ohne einen vorausgehenden Anfall, zeitweise im Anschluß an einen solchen. Freistehende Anfälle kamen in der Anstalt nicht zur Beobachtung. Dagegen setzen die Schlafzustände wiederholt anschließend an einen wenig ausgeprägten Anfall ein. Nach heftigen Kopfschmerzen trat bei der Patientin Schwindelgefühl und Zittern der oberen Extremitäten auf, sie sank dann in Rückenlage und schloß die Augen.

Ein Zeichen der leichten Beeinflußbarkeit ist der Beginn eines Schlafanfalles in dem Augenblick, als bei einer Mitpatientin ein ähnlicher Zustand ausbricht. Aber auch ohne merkbaren Anlaß, mitten aus der Unterhaltung oder während des Essens verfällt Patientin in einen Schlafzustand. In den Fällen, bei denen eine Affekterregung längere oder kürzere Zeit vorausgeht, wird man die Schlafzustände als Äquivalente für einen hysterischen Anfall ansehen müssen. Eine Häufung der Schlafzustände wurde zur Zeit der Menses beobachtet, auch der Ausbruch des mehrere Tage dauernden Dämmerzustandes fiel mit der Periode zusammen. Der Ausbruch war plötzlich, die Klärung des Bewußtseins trat allmählich ein. Bemerkenswert ist das Verhalten der Sensibilität. Bei der Aufnahme der Patientin in die Anstalt wurde keinerlei Störung beobachtet. Berührungsempfindlichkeit, Lokalisation und Schmerzempfindlichkeit sind vollkommen intakt, keine halbseitige Veränderung derselben, keine Druckpunkte wurden beobachtet. In den nächsten 4 Wochen, in denen mehrere Anfälle aufgetreten sind, war trotz wiederholter Nachprüfung der Sensibilität keine Störung derselben beobachtet worden. Erst am 27. Dezember, während einer anfallsfreien Zeit, ließ sich eine deutliche linksseitige

Hyperalgesie am Rumpf, den Armen und Beinen, dagegen nicht im Gesicht nachweisen.

Für die Mehrzahl der Anfälle bestand totale Amnesie. Als Patientin über ihr Umherirren in den Straßen befragt wurde, gab sie folgendes an: sie habe in einen Laden gehen wollen, ging auch in die richtige Straße, fand aber den Laden nicht, sie ging mehrmals an ihm vorüber ohne ihn zu erkennen. So schilderte sie selbst die bestehende Störung des Wiedererkennens.

Auffallend ist immerhin, daß bei der zweifellos bestehenden ausgeprägten Hysterie in der anfallsfreien Zeit bei der Patientin keinerlei hysterische Zeichen, welche dazu berechtigten von einem hysterischen Charakter zu sprechen, zu bemerken waren. Dagegen läßt allein das theatralische Verhalten während des Dämmerzustandes keinen Zweifel über den hysterischen Charakter desselben aufkommen.

H. Z., Dienstmädchen, 17 Jahre, ohne erbliche Belastung. Patientin war stets schwächlich, in der Schule war sie nur eine mittelmäßige Schülerin. Nach Verlassen der Schule wurde sie ein Jahr lang wegen ihrer Schwächlichkeit zu Hause behalten, mit 15 Jahren trat sie als Dienstmädchen in Stellung.

Im Januar 1905 wurde Patientin von einem Zahnarzt wegen einer Extraktion narkotisiert. Im Anschluß an die Narkose trat zum ersten Mal ein hysterischer Anfall mit Verwirrtheit auf. Sie konnte noch am selben Tage zu ihrer Dienstherrschaft zurückkehren. Am nächsten Tage traten zwei neue Anfälle auf. Es wurden zuckende und schlagende Bewegungen der Arme beobachtet. Patientin jammerte und rief nach ihrer verstorbenen Mutter. Der zweite Anfall dauerte 4 Stunden mit kurzen Unterbrechungen.

Hierauf war Patientin 8 Tage lang anfallsfrei. Dann stellte sich abends wieder ein Anfall ein, der wie der vorige verlief. Dasselbe trat am nächsten Morgen ein. Am Nachmittag war Patientin bei klarem Bewußtsein, sie wurde in diesem Zustand im Wagen in die Anstalt gebracht. Auf der Fahrt äußerte sie große Angst vor einer Verbringung in

die Anstalt. Kurz vor der Ankunft brach ein Dämmerzustand aus. Patientin mußte auf die Abteilung getragen werden.

31. Januar. Patientin liegt mit geschlossenen Augen in Rückenlage zu Bett, zeitweise macht sie mit den Unterarmen Schlagbewegungen. Es besteht hochgradige Tachypnoe (120). Nach $\frac{3}{4}$ Stunden erkennt sie ihre Umgebung. Nachts verhält sie sich ruhig.

Die Untersuchung, welche am nächsten Tage vorgenommen wurde, ergab kurz zusammengefaßt folgendes: Grazilgebaute Person (37 kg Körpergewicht) in leidlich gutem Ernährungszustand. Das Gesicht ist links asymmetrisch. Die Ohrläppchen sind angewachsen. Befund an Herz und Lungen normal. Die Kniephänomene sind lebhaft, ebenso der Bauchdeckenreflex, auf beiden Seiten gleich. Druckpunkte bestehen beiderseits in der Parasternallinie. Die Prüfung der Berührungsempfindlichkeit ergibt rechtsseitige Hyperästhesie des Stammes. Lokalisation und Schmerzempfindlichkeit sind intakt. Keine Narbe am Zungenrand. Die Stimme ist angeblich seit der Zahnextraktion aphonisch.

Während der Untersuchung beginnt ein Anfall, der durch einen Nadelstich bei der Sensibilitätsprüfung kupiert wird. Nachmittags neuer Anfall, schlagende Bewegungen der Unterarme. Patientin jammert mit klangvoller Stimme.

2. Februar. Patientin gibt genaue Auskunft über die Anamnese. Sie will für die Zeit der Anfälle amnestisch sein, aber auch für die denselben vorausgehende Zeit, z. B. für die ganze Wagenfahrt von der Wohnung nach der Klinik.

3. Februar. Kurzer Anfall. 10. Februar Anfall, der durch Druck auf die Supraclavicularpunkte kupiert wird.

17. Februar. Keine Anfälle mehr, seitdem der Patientin mitgeteilt worden war, daß sie bei erneuten Anfällen auf eine andere Abteilung verlegt würde.

27. Februar. Heiterer Stimmung, arbeitet in der Küche.

7. März. Patientin hat noch öfters einzelne hysterische Anfälle, namentlich am Abend. Sie ißt wenig, drängt fort, ist oft weinerlicher Stimmung. Schlaf gut.

12. März. An jedem der 3 vorhergehenden Tage ein Anfall, vorher Angstgefühl.

17. März. Patientin gibt an, sie habe heute „einen Anfall unterdrückt“.

28. März. Jeder stärkere Affekt löst einen hysterischen Anfall aus, der meist schnell vorübergeht.

2. April. Die Anfälle treten in den letzten Tagen etwas seltener auf.

1. Mai entlassen.

Patientin wird am 20. Mai 1905 wieder aufgenommen, sie hat einen Suizidversuch durch Ertränken gemacht. In den nächsten 4 Monaten wurden bei ihr zahlreiche Anfälle, zu Zeiten bis zu mehreren an einem Tage beobachtet. Psychisch wie somatisch zeigte sie dasselbe Bild wie bei der ersten Aufnahme. In der Zeit zwischen den Anfällen ist ihre Stimmung äußerst labil, bisweilen arbeitet sie fleißig, oft ist sie weinerlich, mürrisch. Der Schlaf ist schlecht, sie klagt häufig über Kopfschmerzen.

Am 9. Oktober entlassen.

Am 8. Januar 1907 wurde Patientin zum drittenmal in die Anstalt aufgenommen. Sie hatte sich bei der Pflege einer verwandten Kranken sehr angestrengt.

Am 8. Januar brach ein Dämmerzustand aus, in dem Patientin eingeliefert wird. Sie wird wegen hochgradiger motorischer Erregung auf die Wachabteilung gelegt.

9. Januar. Patientin hat nachts trotz Hypnoticis wenig geschlafen. Sie sitzt meist im Bett, wiegt den Oberkörper hin und her, schimpft in obszönen Ausdrücken, ist sehr aggressiv, schlägt und tritt nach ihrer Umgebung. Sie ist völlig desorientiert. Menses.

10. Januar. Die körperliche Untersuchung ergibt normale Organe. Haut- und Sehnenreflexe symmetrisch gesteigert. Pupillen weit, reagieren prompt und ausgiebig. Auf tiefe Nadelstiche keinerlei Reaktion.

12. Januar. Unverändert, häufig aggressiv. Schlaf ist nur mit Hypnoticis zu erzeugen.

13. Januar. Plötzliche Klärung des Bewußtseins. Patientin klagt über Mattigkeit. Sie ist zeitlich nicht orientiert. Nachmittags ein etwa 4 Stunden währender Dämmerzustand, in dem sie dasselbe Verhalten wie im vorigen zeigt.

16. Januar. Als Patientin zur klinischen Vorstellung gebracht wird, bricht ein Dämmerzustand aus. Am Abend klar. Amnesie.

19. Januar. Kurzdauernde Dämmerzustände. Die sprachlichen Äußerungen sind fast immer die gleichen.

22. Januar. Seit gestern dauernd unklar. Patientin macht wippende Bewegungen im Bett, lacht gelegentlich kurz auf. Schimpft viel. Dazwischen hochgradige motorische Erregung, aggressiv.

24. Januar. Wieder klar. Verhält sich ruhig.

31. Januar. Dauernd klar.

1. Februar. Öfters erregt. Patientin hat Halluzinationen, namentlich Visionen.

23. Februar. Mit heftigen Erregungszuständen einhergehender Dämmerzustand. Patientin zerschlägt eine Fensterscheibe.

28. Februar. Nur kurze klare Intervalle zwischen den Dämmerzuständen. Völlige Amnesie für dieselben.

2. März. Etwas freier, verlangt die Entlassung, da sie nicht mehr krank sei. Glaubt nicht an die Mitteilung der Dämmerzustände.

7. März. Sehr erregt, halluziniert viel, sieht Gestalten, die sie berühren. Patientin wird plötzlich klar, als sie isoliert werden soll.

Zur Zeit der klaren Intervalle machte Patientin, wenn sie über die Dämmerzustände befragt wurde, folgende Angaben: „Mitunter nehme ich mich zusammen, ich denke es darf nicht kommen, aber dann kommt es doch. Mir ist so, als wenn ich Schlafmittel bekommen hätte und könnte doch nicht schlafen. Im Anfall sehe ich von meiner Umgebung gar nichts, wenn ich aufwache, muß ich fragen, wo ich bin. Ich kann es gar nicht glauben, daß ich mir Haare ausreiße und die Wärterinnen schlage.“ Sie vermag ausführlicher über ihre Halluzinationen berichten. Es seien farbige Gestalten und Tiere, die sie vorher niemals gesehen habe. Die Gestalten faßten sie an, die Tiere bissen nach ihr, daher rühre ihre große Angst.

Während Patientin, wenn sie nach dem Erwachen aus einem Dämmerzustand befragt wird, erklärt, sie könne sich an

gar nichts mehr erinnern, gibt sie doch später zu Zeiten klaren Bewußtseins ausführlich über die Halluzinationen, die sie während der Dämmerzustände gehabt hat, Auskunft. An irgend welche Handlungen kann sie sich dagegen nicht erinnern. Auch über ein bestehendes Angstgefühl und das Gefühl der Benommenheit und des Schlafbedürfnisses kann Patientin berichten. Man hat den Eindruck, daß bei ihr wenigstens für einen Teil der psychischen Vorgänge eine Erinnerung bestehe, für ihre Handlungen wie die Vorgänge um sie herum dagegen vollkommene Amnesie einträte. Janet hat diejenige Amnesie, bei der nicht sämtliche Erinnerungen verloren gingen, die während eines bestimmten Zeitraumes erworben wurden, sondern nur eine bestimmte Kategorie, eine bestimmte Gruppe von Ideen, die zusammen einer Ordnung angehören, als „systematische“ bezeichnet. Neben dieser unterschied er noch die „lokalisierten“ Amnesien, d. h. solche, welche sich auf einen bestimmten Zeitabschnitt erstrecken und die „allgemeinen“, bei welchen die Kranken alle Erinnerungen, welche sie während der dem Anfall vorausgegangenen Lebenszeit erworben haben, verlieren. Den Verlust des aktuellen Gedächtnisses, der Fähigkeit Erinnerungsbilder aufzubewahren, bezeichnete Janet als fortlaufende Amnesie. Binswanger stellt fest, daß es sich auch bei den sogen. systematischen, lokalisierten und allgemeinen Amnesien, welche in einem scheinbaren Verluste der Erinnerungsbilder aus früher Vergangenheit, für jeden Fall der Erinnerungen, welche den paroxystischen Entladungen vorausgegangen sind, bestehen, nachweisen läßt, daß es sich um besonders geartete Assoziationsstörungen und nicht um einen wirklichen Verlust der Erinnerungsbilder handelt.

Im vorstehenden Falle finden wir auch ein Beispiel für retrograde Amnesie. Patientin, welche im Wagen nach der Anstalt gebracht wird, äußerte, wie aus dem Bericht der Begleiter hervorgeht, noch während der Fahrt große Angst vor der Klinik. Kurz vor der Ankunft dort brach ein Dämmerzustand aus. Als sie später, nachdem derselbe abgeklungen war, befragt wurde, hatte sie die ganze Fahrt im Wagen vergessen.

Zur Charakteristik des Wesens der Amnesie während des hysterischen Paroxysmus möchte ich folgende von Binswanger mitgeteilte klinische Beobachtung zitieren*).

„Die Patientin Gr. hatte für alle Vorgänge während der Anfälle anscheinend völlige Amnesie. Bei direktem Befragen gab sie durchwegs an, daß sie sich an nichts erinnern könne. Für die Vorgänge des Wachbewußtseins machte sie ziemlich genaue und zuverlässige Angaben. Eines Tages sagte eine Mitpatientin, als die Gr. während eines schweren Anfalles heftige Schleuderbewegungen mit dem Rumpf und den Gliedern machte: „Die kommt noch ins Krampfbett“. Etwa eine halbe Stunde nach dem Anfall nahm die Patientin in einem Gespräch Bezug auf diese Äußerung und verbat sich, daß man in dieser Weise über sie spreche. Als sie seitens des Arztes dann befragt wurde, wie es denn möglich sei, daß sie die Äußerung gehört habe, erklärte sie, das wisse sie selbst nicht; sie wisse überhaupt von dem Anfall nichts. Sie konnte auch nicht angeben, wann und wo die Mitpatientin diese Äußerung getan habe. Zu bemerken ist, daß die Patientin äußerst empfindlich ist und die erwähnte Äußerung als Beleidigung auffaßte. Wir glauben, daß der Anblick der Mitpatientin, mit welcher sie mehrfach in Konflikt geraten war, also optische Empfindungen auf alle Vorstellungsverbindungen, welche mit der Grundvorstellung dieser Mitkranken in assoziativer Verknüpfung standen, bahnend gewirkt und so eine Konstellation geschaffen haben, um auch die latenten Erinnerungsbilder jener gehörten Worte über die Schwelle des Bewußtseins zu heben. Es handelt sich also auch bei den postparoxystischen Erinnerungsdefekten keineswegs um ein wirkliches Vergessen, d. h. um den Verlust der Erinnerungsbilder, sondern um eine erschwerte Reproduktion im Wachbewußtsein.“

A. H., 38 Jahre, Spediteursfrau.

Der Vater der Patientin starb an Diabetes. Als Kind soll Patientin gesund gewesen sein. Sie heiratete mit 19 Jahren und hat fünfmal entbunden. Ein Kind wurde totgeboren, ein

*) Binswanger, Hysterie, S. 803.

Kind starb bald nach der Geburt, außerdem fünf Aborte. Im vorigen Jahr wurde Patientin nach mehrjähriger gynäkologischer Behandlung laparotomiert. Seit drei Monaten ist sie psychisch verändert, sie klagte viel über Kopfschmerzen und soll zur Zeit der Menses immer mehrere Tage verwirrt gewesen sein. Nach den Erregungszuständen, in denen sie die Nahrungsaufnahme verweigert, weil sie glaubt, in den Speisen sei Gift, soll längerer Schlaf eingetreten sein. Patientin äußerte nach dem Erwachen: sie müsse doch krank gewesen sein, jetzt sei sie wieder gesund. Krämpfe und Lähmungen wurden nie beobachtet. In der Zwischenzeit zwischen den Menses war Patientin vollständig fähig den geschäftlichen Anforderungen zu genügen. In den letzten Nächten vor ihrer Aufnahme in die Klinik schlief Patientin schlecht. Gestern geriet sie im Anschluß an einen geschäftlichen Verdruß in Erregung. Sie äußerte Suicidgedanken und mußte genau überwacht werden.

Als Patientin nach ihrer Aufnahme in die Klinik in den Untersuchungsraum gebracht worden war, legte sie sich mit abgewandtem Gesicht zu Bett und versteckte sich unter der Decke. Auf Fragen gibt sie zunächst keine Antworten, sucht sich immer wieder abzuwenden. Erst nach energischem Zureden gibt sie Antwort. Anfangs beantwortet sie einige Fragen zögernd und falsch.

(Wo sind Sie hier?) In Berlin. (Welcher Monat ist jetzt?) Das weiß ich nicht, ich bin schon lange krank. (7 × 8?) — ich habe die ganze Zeit nicht mehr gerechnet.

Im weiteren Verlaufe des Examens gibt sie richtige Auskunft. Sie erklärt von den zu Hause geäußerten Wahnideen nichts zu wissen. Gestern habe sie sich bei einem Streit mit Nachbarn aufgeregt, nachts infolgedessen nicht geschlafen. Sie habe viele „Bilder“, namentlich Menschen mit doppelten Gesichtern gesehen, auch jetzt sehe sie das Gesicht der Krankenschwester doppelt. Stimmen habe sie ebenfalls gehört, welche drohten, sie zu ermorden. Sie habe heftige Angst am Herzen und ein Gefühl im Hals, als wolle man sie erdrosseln. Weitere Auskunft über die in letzter Nacht aufgetretenen Halluzinationen und Illusionen gibt Patientin nicht. Über die früheren Verwirrtheitszustände gibt sie folgendes an: Sie mache dann

immer verkehrtes Zeug. Von den Ereignissen während dieser veränderten Bewußtseinslage wisse sie nichts, nur aus den Erzählungen der Angehörigen habe sie diese Angaben entnommen. In der letzten Zeit habe sie jede Woche die Zustände, welche sie als „Anfälle“ bezeichnet, gehabt; ausgelöst seien sie gewöhnlich durch Aufregungen gewesen. Der Zustand hält 4—5 Tage an, setzt plötzlich ein und hört plötzlich auf. Angeblich hat sie völlige Amnesie für diese Tage. Patientin fühlt sich psychisch viel weniger leistungsfähig, sie vergesse jetzt Alles so leicht. Sie bittet den Arzt alle Medikamente sorgfältig zu verschließen, da sie in den Dämmerzuständen nach Angaben der Angehörigen lebhaftes Suizidtendenzen habe. Sie klagt über ein starkes körperliches Ermüdungsgefühl, sie könne sich nur mühsam hinschleppen, oft habe sie heftigen Schwindel und Kopfschmerzen, seit einigen Tagen sehe sie Alles doppelt.

Bei der körperlichen Untersuchung verhält sie sich sehr abweisend, führt die ihr aufgetragenen Bewegungen meist nicht aus und versteckt sich häufig unter der Decke. Die Untersuchung ergibt normalen Organbefund, als einziges Degenerationszeichen angewachsene Ohr läppchen. Die Sensibilität ist bei dem benommenen Zustand der Patientin nicht prüfbar. Linkerseits besteht Druckempfindlichkeit am Iliacal-, Mannual-, Supra- und Infraorbitalpunkt. Der Gaumen- und Würgregreflex ist sehr schwach. Ferner besteht leichter vertikaler Nystagmus, bei Seitwärtsbewegungen der Augen auch horizontaler. Keine Bißnarbe am Zungenrand.

In der Nacht ging Patientin trotz Veronal öfters außer Bett. Sie warf ihre Decken neben das Bett und ließ sich dann herausgleiten.

Am nächsten Tage wird Patientin gegen Abend vollkommen klar. Sie drängt darauf abreisen zu dürfen und schreibt zwei vollkommen geordnete Briefe.

Es besteht vollkommene Amnesie für die vorigen Tage.

In der nächsten Zeit ist sie andauernd klar und zeigt ein durchaus normales psychisches Verhalten. Manchmal klagt sie über schlechten Schlaf. Sie wird nach 3 Wochen entlassen, ohne daß eine weitere Störung eingetreten wäre.

In diesem Falle von einem hysterischen Dämmerzustand ist der Grad der Bewußtseinstörung ein geringer. Trotzdem sich die Patientin in einem Dämmerzustand, dessen Symptome in fast vollständiger Zahl vertreten sind, befand und bei Beginn der Untersuchung einen hohen Grad der Benommenheit zeigte, gelingt es sogar im weiteren Verlaufe des Examens von ihr eine Kritik ihrer Erkrankung zu erhalten. Es zeigt sich, daß das anfänglich scheinbar bestehende Fehlen der geistigen Tätigkeit unter dem Einfluß der Unterhaltung schwindet.

Differentialdiagnostisch wäre bei diesem Falle wohl nur ein Vergleich mit einem epileptischen Dämmerzustand herauszuziehen, doch sprechen die ausgeprägten körperlichen Stigmata, das halbseitige Bestehen der Druckpunkte, die vorübergehende Akkomodationsparese, das Konstriktionsgefühl im Hals für eine hysterische Grundlage.

Auch in diesem Falle konnte ein gewisser Parallelismus zwischen der Steigerung der hysterischen Krankheitserscheinungen und dem Auftreten der Menstruation beobachtet werden.

M. R., 18 Jahre, Dienstmädchen.

Über hereditäre Belastung ist nichts bekannt.

Die Entwicklung als Kind verlief normal, Patientin war eine gute Schülerin. Niemals wurden Krämpfe beobachtet. Als Patientin vor einigen Monaten im Krankenhaus wegen Lungenkatarrh behandelt wurde, fiel auf, daß sie in den Tagen vor Eintritt der Menses aufgeregter wurde, alles um sich warf. Nach ihrer Entlassung wurde zu Hause der erste Anfall beobachtet. Patientin setzte sich plötzlich schlaff und müde auf einen Stuhl, sank nach hinten über, die Hände zitterten, sie sah starr gerade aus, reagierte nicht auf Anrufen. Nach einigen Minuten sprach sie einige unklare Worte vor sich hin, nahm ihren Strickstrumpf wieder auf, sank aber sofort in den obigen Zustand zurück, welcher $\frac{1}{2}$ Stunde dauerte. Seitdem schlief Patientin schlecht, arbeitete nicht mehr, klagte über Kopfschmerz, aß sehr viel. Oft sprach sie unklare Worte vor sich hin, sang und tanzte viel. Gegen ihre Geschwister war sie ohne Grund aggressiv. In ihrer neuen Stellung als Dienst-

mädchen macht sie alles verkehrt, so daß sie am zweiten Tag in die Anstalt gewiesen wird.

Die körperliche Untersuchung ergibt keine Besonderheiten, ebenso die Prüfung der Sensibilität, welche bei den ungenauen Angaben der Patientin nur unvollständig vorgenommen werden kann.

4. Januar 1907. Am Tage der Aufnahme zeigt Patientin ein kindisches albernes Gebahren, abends ißt sie sehr reichlich.

5. Januar. Patientin hat den ganzen Tag über geschlafen, wachte nur zu den Mahlzeiten auf und schlief dann sofort wieder ein. Bei der Untersuchung liegt sie still im Bett und will schlafen. Bei Fragen über Einzelheiten antwortet sie häufig: ich weiß nicht. Sie ist völlig orientiert und zeigt einige Fertigkeit im Kopfrechnen. Halluzinationen werden negiert. Kein motorischer Negativismus.

6. Januar. Sofort nach der Untersuchung schlief Patientin weiter, abends aß sie 3 Portionen und schlief dann wieder ein.

8. Januar. Patientin schläft Tag und Nacht, wacht nur zu den Mahlzeiten auf. Bei Befragen nach ihrem Befinden gibt sie nur an, sie habe Kopfschmerzen.

9. Januar. Steht auf. Beschäftigt sich. Nachmittags Erbrechen. Nach Angabe der Patientin soll Blut im Erbrochenen gewesen sein. Druckempfindlichkeit in der Magengrube. Temperatur normal.

10. Januar. Mehrmalige Schmerzattacken. Leib aufgetrieben, Druckempfindlichkeit im linken Hypochondrium.

13. Januar. Ulcus pepticum. Häufige Schmerzattacken, dabei typische hysterische Paroxysmen. Klonische Zuckungen in Armen und Beinen. Temperatur 37,3.

19. Januar. Patientin fühlt sich subjektiv wohler, keine Druckempfindlichkeit mehr.

20. Januar. Aus den Angaben der Patientin geht hervor, daß sie über ihre Verbringung und die ersten Tage in der Anstalt Amnesie hat.

22. Januar. Heute gibt Patientin an, daß sie sich doch an einzelne Begebenheiten der ersten Tage erinnere.

28. Januar. Patientin schrieb einen Brief mit allerlei Konfabulationen über ihre Erkrankung. Öfters rechtsseitiges Zittern.

30. Januar. Erneute Schmerzattacken in der Magen-
gegend.

2. Februar. Am Abend geht Patientin außer Bett und
liest den Mitkranken den Bericht aus dem Tagesjournal vor.
Vormittags wurde ein typischer hysterischer Anfall beobachtet.

16. Februar. Patientin ist auffallend still, muß zum Essen
genötigt werden. Menses.

19. Februar. Steht auf und arbeitet fleißig.

20. Februar. Klagen über Oppressionsgefühl in der Brust.

28. Februar. Patientin klagt über Schmerzen im linken
Arm. Die Schmerzempfindlichkeit ist am linken Arm, auf
der linken Rumpfhälfte, am rechten Bein und der rechten
Gesichtshälfte gegenüber der kontralateralen Partien gesteigert.

1. März. Abends zwei kurze hysterische Anfälle.

22. März. Menses. Patientin schläft auch am Tage viel,
ist jedoch leicht zu wecken.

26. März. Patientin klagt über starke Schmerzen am
linken Arm und linken Bein. Die Prüfung der Sensibilität
ergibt: linksseitige Hyperästhesie und Hyperalgesie.

29. März. Patientin hat sich in einem synkopeartigen
Anfall am linken Handrücken verletzt.

30. März. Patientin schlang sich abends ostentativ, an-
geblich in Suizidabsichten, ein Taschentuch um den Hals.

In vorstehendem Falle handelt es sich außer hysterischen
Anfällen um lethargische Zustände. In bezug auf ihren Zu-
sammenhang zu den hysterischen Paroxysmen zeigen sie das-
selbe Verhalten, wie die eigentlichen Dämmerzustände. Auch
im Verhalten des Bewußtseins während der Schlafzustände,
soweit hierüber überhaupt eine Orientierung möglich ist, besteht
dieselbe Art der Störung wie bei den Dämmerzuständen. Beim
Erwachen aus den Schlafzuständen wird häufig, wie auch ein-
mal im vorstehenden Falle berichtet wird, ein Zustand traum-
hafter Verworrenheit beobachtet, welcher allmählich der Klä-
rung des Bewußtseins weicht, von Löwenfeld als „stufen-
weises Erwachen“ bezeichnet. Das Unterscheidungsmerkmal
des natürlichen Schlafes von dem der Schlafzustände, die Herab-
setzung der Reaktion auf äußere Reize, konnte bei diesem
Falle nicht deutlich beobachtet werden. Auch nach den lethar-

gischen Zuständen war zu beobachten, daß die Amnesie keine vollständige war. Patientin machte anfänglich Angaben, welchen man entnehmen mußte, daß sie für die ersten Tage ihres Aufenthaltes in der Anstalt, in denen sie sich in einem Zustande von Benommenheit unterbrochen von Schlafanfällen befand, völlige Amnesie besäße. Erst in den folgenden Tagen korrigierte sie sich und berichtete über einige Vorkommnisse dieser Zeit. Eine Störung der Sensibilität wurde anfangs nicht wahrgenommen, erst im weiteren Verlaufe der Erkrankung zeigten sich inkonstante Hyperalgesien und Hyperästhesien einzelner Körperregionen.

J. S., unverheiratet, 22 Jahre, erblich nicht belastet. Patientin entwickelte sich als Kind angeblich normal, soll eine gute Schülerin gewesen sein. Sie lebte bei ihrer Mutter. Im letzten Jahre erlitt sie wegen eines unglücklichen Liebesverhältnisses viel Kummer. Die Erkrankung begann vor ungefähr 10 Tagen im Anschluß an einen heftigen Streit mit Mietsleuten, der in einen Prozeß auszuwachsen drohte. Patientin wurde sehr erregt, schlief nicht mehr. Sie glaubte sich von Gendarmen verfolgt. Sie verschloß ihre Sachen und versteckte den Schlüssel. Den ganzen Tag über wollte sie beten, las viel im Gesangbuch, das sie ständig bei sich trug.

Als Patientin am 2. August 1905 in die Anstalt gebracht wurde, trug sie ihr Gesangbuch in der Hand und wollte es nicht hergeben, denn „sie müsse den lieben Gott immer bei sich haben“. Auf der Abteilung wandert sie immer im Zimmer umher, nach 1,0 Veronal schläft sie leidlich. Am nächsten Morgen sitzt Patientin bei der Visite mit einfältig-lächelndem Gesicht im Bett, gestikuliert und wiederholt immer wieder die Frage, ob sie hier in H. sei. Aufgetragene Bewegungen werden nicht ausgeführt, dagegen werden die gehörten Worte sprachlich wieder verwendet. Sie spricht ununterbrochen mit monotoner Stimme: „Gestern Abend hat mich das Fräulein gefragt, diese zwei Fräulein haben mich etwas gefragt und was mich diese zwei Fräulein gefragt haben, das darf ich Ihnen nicht sagen. Ist das dort meine liebe gute Schwester, dann dürfen Sie das auch aufschreiben und dann gebe ich Ihnen

auch die rechte Hand. Prozeß und Reden darf ich nicht hören“ usw. Patientin ist nicht zu fixieren, sie spricht ununterbrochen in ähnlicher Weise fort.

5. August. Patientin antwortet auf alle Fragen in leisem Flüstertone „Doktor, Doktor“.

7. August. Bei der körperlichen Untersuchung sträubt sie sich heftig. Sie wiederholt alle an sie gerichteten Anforderungen. Behält die Hand in abnormer Haltung lange Zeit bei, zeigt *Flexibilitas cerea*.

Die körperliche Untersuchung ergibt normalen Organbefund, keine Degenerationszeichen, normales Verhalten der Reflexe; eine Prüfung der Sensibilität ist nicht durchführbar, die Schmerzempfindlichkeit ist anscheinend allgemein herabgesetzt. Am Abend spricht Patientin leise vor sich hin, sie beantwortet einige Fragen. (Wo hier?) in Jena. (Sind Sie krank?) Ja.

9. August. Patientin geht viel außer Bett, sie spricht allen anderen Kranken nach. *Flexibilitas cerea*.

10. August. Patientin hält die Krankenschwester für eine Hebamme, glaubt in H. zu sein, ißt nur, wenn sie gefüttert wird.

13. August. Patientin erklärt heute: „Zu Hause bin ich irre geworden, ich habe mich bei einem Streit, den meine Mutter mit den Mietern hatte, so aufgeregt“. Sie hält dauernd daran fest, daß die Krankenschwester ihre Tante sei, den Arzt erkennt sie stets als solchen.

14. August. Patientin springt häufig aus dem Bett, gibt keine Auskunft, wiederholt öfters die Worte „ich kenne nur drei“. Abends ist sie etwas zugänglicher, erzählt, in der Nacht habe es in der Anstalt gebrannt, ihre Mutter sei gestorben, und setzt im pathetischen Tone hinzu: „Aber ich lebe für Deutschland, ich lebe für Italien“.

16. August. Patientin ist stets sehr unruhig, muß dauernd gefüttert werden. Äußert: „Der Frühling kommt, ich suche den Frühling!“ Sie ist heute örtlich orientiert, weiß genau anzugeben wie lange sie in der Anstalt ist, kennt Jahreszahl und Monat.

17. August. Ängstlich und unruhig.

19. August. Wiederholt heute ca. $\frac{1}{2}$ Stunde lang in monotoner Weise die Worte: „Ich gehe mit dem Frühling“.

20. August. Springt fortwährend aus dem Bett, verlangt nach ihren Kleidern und ihrem Gesangbuch. Steht mit zum Schwur erhobener rechter Hand lange Zeit unbeweglich da.

21. August. Deutliche Flexibilitas cerea: die in der Luft gekreuzten Arme bleiben in dieser Stellung.

24. August. Steht viel umher, antwortet auf alle Fragen mit geheimnisvollen Augenzwinkern: „Sie wissen es selbst“. Sie glaubt heute ihre Mutter gesehen zu haben.

29. August. Immer örtlich orientiert, hält sich für krank, gibt an sie habe hier sehr viel durchgemacht, es sei Feuer in ihrem Zimmer gewesen. Jede weitere Auskunft verweigert sie mit dem Bemerkten: „Sie wissen es ja selbst“.

31. August. Heute heiter lächelnd, zeigt mit der Hand nach der Zimmerdecke.

2. September. Sehr abweisend, muß gefüttert werden, schläft nur mit Schlafmitteln.

6. September. Patientin zeigt bei einem Besuch ihrer Mutter wenig Teilnahme.

10. September. Erregter. Steht aufrecht im Bett, rollt die Augen, runzelt die Stirn, gestikuliert pathetisch, drückt dem Arzt die Hand und sagt: „Ich weiß es, dort im Kasten ist ein Brief meiner Mutter“.

12. September. Kniet stundenlang im Bett, grimassiert, blinzelt viel.

16. September. Unverändert. Steht viel umher. Gibt dem Arzt affektiert die Hand und entzieht sie ihm dann.

22. September. Steht viel umher, versichert mit lauter Stimme: „Mir geht es sehr schlecht“. Grimassiert, schlägt die Wärterinnen.

27. September. Besuch von der Mutter, Patientin zeigte hierbei Freude und Interesse.

6. Oktober. Bei der Abendvisite hochgradig zornig erregt, schlägt nach allen sich ihr nähernden Personen.

11. Oktober. Patientin schreibt aus eigenem Antrieb eine geordnete Karte an ihre Mutter.

12. Oktober. Ruhiger. Auf Befragen gibt sie an, daß sie sich wohler fühle, sie sei krank gewesen, „ich war irre, daß ich in Jena bin, wußte ich. Ich habe meine Mutter sprechen und rufen gehört, auch gestern aber nur leise.“ Visionen hat Patientin angeblich nicht gehabt. Sie arbeitet in der Küche. Bei einem Besuch einer Freundin unterhält sie sich geordnet.

13. Oktober. Springt wieder häufig aus dem Bett, ist abweisend, steht umher. Grimmassiert wieder, gibt an, sie höre ihre Mutter rufen.

20. Oktober. Unverändert. Plötzlich zornig, aggressiv.

30. Oktober. Übernimmt von einer Mitpatientin die Idee, sie bekomme die Genickstarre. Hält den Hals steif, klagt über Schmerzen.

5. November. Patientin steht viel umher, abweisend, häufig aggressiv, grimmassiert viel.

11. November. Zitiert andauernd allerhand Sprüche, besonders Bibelverse. Schreibt einen Bericht über das Verhalten einer neu aufgenommenen Patientin. Zeigt hierbei gute Beobachtungen, die mit Kritik verwertet sind.

15. November. Hält die Krankenschwester für eine Jugendfreundin oder für ihre Tante. Steht und hockt viel herum. Sehr widerstrebend. Patientin hat zahlreiche Phoneme.

28. November. Abgeholt. Weiterer Verlauf nicht bekannt.

Es handelt sich hier um ein Krankheitsbild, dessen Erscheinungen bei der Abholung der Patientin aus der Anstalt nicht abgeklungen waren. Aus der Anamnese wie dem körperlichen Status waren keine sicheren Anhaltspunkte zu entnehmen, welche zur Charakteristik des Wesens der Erkrankung beitragen konnten. Über den Grad der Amnesie läßt sich kein genaues Maß angeben, da Patientin auch zu Zeiten völliger Klarheit des Bewußtseins nur summarische Angaben machte. Daß es sich hier um ein auf hysterischer Basis beruhendes Krankheitsbild handelt, ist mit Sicherheit aus der Art der Störung des Bewußtseins, dem eigentümlich Theatralischen und Affektierten im Verhalten der Patientin, wie aus der Beeinflußbarkeit durch die Vorgänge in ihrer Umgebung zu schließen. Die *Flexibilitas cerea* läßt auf eine Vermengung des Dämmerzustandes mit kataleptischen Symptomen schließen. Der reine

hystero-kataleptische Anfall, dessen hervorragendstes Merkmal die kataleptische Starre im Verein mit *Flexibilitas cerea* ist, verläuft ohne tiefgreifende Bewußtseinsstörung und damit ohne Amnesie. Ebenso wie wiederholt Kombinationen von kataleptischen und lethargischen Anfällen vorkommen, sind auch Übergangsformen von kataleptischen und Dämmerzuständen beobachtet worden. In unserem Falle handelt es sich ebenfalls um einen Dämmerzustand, welchem das kataleptische Symptom der *Flexibilitas cerea* eingeschaltet ist.

M. A., 27 Jahre, verheiratet.

Heredität: Mutter nervös, egoistisch, launisch. Eine Schwester des Vaters hysterisch. Ein Bruder der Patientin litt an Nachtwandeln. Sämtliche Schwestern sind nervös, leiden an Kopfschmerz und Ohnmachten. Schon als Kind wurden bei der Patientin somnambule Zustände beobachtet. Sie litt viel an Kopfschmerz. Sie war ängstlich, dazu kam eine falsche Erziehung, verfrühter Lernzwang, täglich Szenen mit der Mutter. Schließlich hochgradige Erschöpfung. Seit dem 17. Jahre hielt sich Patientin mit kleinen Unterbrechungen in den verschiedensten Anstalten auf. In dieser Zeit kam Folgendes zur Beobachtung: Attacken von Aufregung und Erschöpfung nach Überanstrengung und Gemütsbewegungen, hochgradige Alteration über ein ärztlich diagnostiziertes tuberkulöses Rachengeschwür. Mehrtägige halluzinatorische Erregung infolge von Schreck, einige Male Erotismus sexualis, tagelange Dämmerzustände, heftiger Kopfschmerz, psychische und physische Unruhe mit Lärmen, Singen, gehäuften Selbstmordversuchen. Schwere Depression. Nach der Überführung der Patientin nach C. wurde beobachtet: Enorme Autosuggestibilität, Labilität. Affektive Reizbarkeit. Bei Aufregungen starker Kopfschmerz. Neigung zur Schwarzseherei, Extremen, Selbstbeschuldigungen, Genesungszweifeln, im Dämmerzustand Selbstbeschädigungsversuche. Minuten bis Tage dauernde Dämmerzustände, oft plötzlich einsetzend. Die Grade derselben sind sehr verschieden. In leichten Graden ist die Persönlichkeit wenig verändert, in schwereren reproduziert Patientin meist das Verhalten eines dreijährigen Kindes, in den tiefsten Graden Schreien, Singen, Johlen, impulsive Wandlungen, Selbstmord-

versuche. Die Orientierung ist nach der Tiefe der Dämmerzustände verschieden, ebenso der Zusammenhang der Sprache. Nach den Dämmerzuständen besteht Amnesie. Der Schlaf ist sehr mangelhaft, oft plötzliches Weinen, Auffahren, Aufschreien, schreckhafte Träume. Angst im Dunkeln und vor Gewittern. Typische somatische Stigmata fehlen. Früher einzelne Krampfanfälle (Trismus, Opisthotonus, kurzdauernde Schrecklähmungen). Pupillen dauernd ziemlich weit. In den Ovarialgegenden manchmal Schmerzhaftigkeit. Uterus war vor einigen Jahren retroflektiert, jetzt in normaler Lage. Leichte Residuen einer Parametritis. In den kranken Zeiten Obstipation, Magenbeschwerden, Schlingbeschwerden, Anurie, nervöse Polyurie, Ohnmachtsanfälle, Herzangstzustände, Pruritus cutaneus, Erotismus, längerer Atemstillstand, Cheyne-Stokesches Atmen, Neuralgien. Puls stets ziemlich klein, ca. 60. Normaltemperatur 36,0—37,5. Bei geringen Temperatursteigerungen sofort Unruhe, Delirien, Aufregung. Beträchtlicher andauernder Haarausfall. Häufig kalte Füße und Hände. Unregelmäßige Menses. Seit $\frac{1}{4}$ Jahr Amenorrhöe. Vorher ist Verspätung und Dysmenorrhöe beobachtet worden. Ovarialgien. Uteruskoliken. Psychisch infolge der menstrualen Unregelmäßigkeiten Unruhe, depressive Reizbarkeit, Dämmerzustände. Unvermittelte Symptome lassen sich meist auf unterdrückte Affekte zurückführen.

14. Januar 06. Patientin machte am Abend nach der Ankunft den Eindruck äußerster psychischer Erschöpfung, war äußerst empfindlich gegen alle äußeren Reize, empfand das Licht, die Unruhe, die Leute unangenehm. Die Orientierung war nicht ganz exakt, besonders fällt die Schwerbesinnlichkeit über die nächst vorhergegangenen Ereignisse auf. Der Gedankengang ist etwas zerfahren, Patientin spricht nicht vom Thema usw. Das Benehmen zeigt Unruhe, sie ist fast stets außer Bett. In der Nacht soll sie sehr wenig geschlafen haben, meist im Zimmer umhergeirrt sein, oder sich der Pflegerin auf den Schoß gesetzt haben. Am nächsten Morgen ist sie ziemlich gut orientiert, sie sieht erschöpft aus. Die gestellten Fragen beantwortet sie exakt, doch muß sie sich offenbar sehr anstrengen, um die Gedanken zu konzentrieren. Klagen über Kopfschmerz.

16. Januar 06. Seit gestern Mittag besteht Dämmerzustand. Patientin zeigte anfangs recht phantastische Stimmung, schwärmte den Mond an, duzte alle, mit denen sie in Berührung kam, sagte, sie sei 5 Jahre alt und markierte zeitweise dieses Alter, wußte sich fast gar nicht zu orientieren, zeigte Hypersensibilität auf verschiedenen Sinnesgebieten, besonders prägte sich der Abscheu stark aus. Manchmal sang sie in phantastischer Pose Lieder, meist ernster, übermütiger Art. Eine Unterhaltung ist in gewissen Grenzen wohl möglich. Sie faßte richtig die gestellten Fragen auf und gab Antwort auf einfache Fragen, kam dabei aber stets schnell wieder in ihren phantastischen Gedankengang hinein. Die ganze Umgebung kam ihr verändert vor, an der Wand sah sie Blumen und teuflische Fratzen. Gegen Abend wurde sie etwas klarer, so daß sie teilweise einen ganz bewußten Eindruck macht, doch nennt sie noch immer alles „Du“ und war unorientiert. Sie klagte, daß sie den Urin nicht lassen könnte und wird deshalb abends katheterisiert. Die ganze Nacht verbrachte sie schlaflos, meist sich der Pflegerin auf den Schoß setzend. Am anderen Morgen trifft Ref. sie ziemlich klar, doch äußerst abgespannt aussehend. Klagen aller Art über die Unruhe usw., Äußerungen von Lebensüberdruß, sie wolle entweder ganz verrückt sein oder ganz gesund. Über den Dämmerzustand besteht fast völlige Amnesie, sie weiß sich nicht mehr an das Gespräch mit dem Arzt zu erinnern, weiß nichts mehr davon, daß man sie katheterisiert hat.

17. Januar. Patientin hat den ganzen gestrigen Tag geschlafen, ebenso die Nacht, fühlt sich aber trotzdem nicht frisch, dieselben Klagen über die herrschende Unruhe. Die Nahrungsaufnahme ist sehr mangelhaft.

18. Januar. Zustand wie gestern, Patientin hatte Besuch vom Ehemann, klagt über ein schauerndes Gefühl im Kopf, das sie trotz großer Müdigkeit nicht schlafen lasse.

29. Januar. Morgens klar, mittags setzt ein Dämmerzustand ein. Patientin rutschte auf dem Fußboden herum, lief auf den Stühlen umher, nannte alles „Du“, verlangte, daß man sie Maria anrede und „Du“ sage, war entrüstet, wenn man das nicht tat. Hatte dann Besuch von ihrem

Mann, mit dem sie sich ganz willig in eine Unterhaltung einließ und danach auch wieder ziemlich klar wurde.

22. Januar. Ganz gute Nahrungsaufnahme. Patientin will für den Stuhlgang ein Klyisma oder Pillen, für Beschleunigung der Periode ein heißes Bad, für Harnverhaltung Katheterisation, kurz, möchte am liebsten für jeden vegetativen Vorgang eine künstliche Nachhülfe. Klagt im Dämmerzustand dann und wann über Unterleibsschmerzen. Manchmal spielt bei den Klagen wohl etwas Erotismus mit, wenigstens entblößt sie sich, will man die Begründung der Klagen untersuchen, in einer auffallend ungenierten Weise. Bei der Abendvisite trifft Ref. Patientin wieder im Dämmerzustande an. Das Verhalten ist wie sonst in diesem Zustande, sie hockt an der Erde, möchte unters Bett kriechen, will auf den Ofen steigen, sagt sie sei 5 Jahre alt. Die Orientierung ist relativ gut, doch zeigt die Art und Weise des Antwortens eine gewisse Unsicherheit und Gleichgültigkeit. Auffallend ist die Gêne, die Patientin zeigt, wenn einmal eine andere Kranke aus Neugierde ins Zimmer schaut, sie gerät dann in äußerste Entrüstung. Sie tändelt gern, freut sich über Blumen, spricht auch von dem, was sie morgens gelesen, dabei immer das subjektive Moment hervorhebend, bedauert, weint, freut sich. Sehr viel dreht sich ihr Denken um den Ehemann. Trotzdem behauptet Patientin 5 Jahre alt zu sein. Wenn man sie auf die Unmöglichkeit des Nebeneinanderbestehens der Tatsache des Verheiratetseins und des angeblichen Alters von 5 Jahren hinweist, wird sie unwillig.

23. Januar 1906. Heute morgen wieder klar. Das normale Bewußtsein kehrte am Abend nach einem Falle auf den Fußboden plötzlich wieder. Patientin hat in der Nacht fast gar nicht geschlafen. Über die Vorgänge im Dämmerzustande besteht Amnesie.

29. Januar. Die Nahrungsaufnahme ist in letzter Zeit befriedigend, Patientin hat 2 Pfund zugenommen. Der Schlaf ist mangelhaft, das Aussehen meist blaß und übernächtigt. Patientin hat viel Besuch von ihrem Manne, danach ist sie anscheinend etwas abgespannter. Sie beschäftigt sich meist mit ästhetischer Lektüre. Wenn Ref. ihr von geistiger Anstrengung abrät, behauptet sie, sie wolle doch in der kurzen

Zeit, wo sie normaler Verfassung sei, etwas vom Leben haben. Über ihre Krankheit unterhält sie sich gern mit der Miene stoischer Hingebung, spricht viel von erblicher Belastung, Suggestion, Autosuggestion, kurz sie versucht sich selbst kritisch wissenschaftlich zu beleuchten. In den letzten 3 Tagen trat nachmittags etwa zu gleicher Stunde ein Dämmerzustand ein, der, soweit eine Betrachtung von seiten des Ref. der Fall war, denselben phantastisch-theatralischen Eindruck machte, wie die vorhergehenden. Am anderen Morgen war stets völlige Klarheit wieder eingetreten.

7. Februar. Tagsüber meist klar, freundlich. Bezüglich der Lebensgewohnheiten sucht sie immer in liebenswürdiger Weise und auch bisweilen gern einem Wunsch entsagend, meist allerdings nur, um denselben in anderer Form doch zu erreichen, möglichst viel Freiheiten zu erlangen. Besonders liebt sie Abwechslung, zeigt überhaupt im Wesen eine gewisse Unbeständigkeit und einen Hang zum Auffallenden, Theatralischen, geht spazieren, beschäftigt sich mit ästhetischer Lektüre, strickt auch auf Anraten einmal Strümpfe, raucht Zigaretten, hockt sich in griechische Gewänder, hat gern Besuch, fährt Schlitten, singt, ist dabei zu Gefälligkeiten meist gern bereit. Im Gespräche hat sie eine Vorliebe für nicht alltägliche Themata, Literatur, Kunst usw., kritisiert gern in feiner Weise die Menschen. Dabei zeigt sich überall ein zwar nicht offen zur Schau getragener egoistischer Zug. Abends tritt meist zu ziemlich gleicher Zeit ein Dämmerzustand ein, der nach Aussage der Pflegerin gewöhnlich den gleichen Verlauf nimmt, wie die schon beschriebenen.

18. Februar. Probeweise entlassen.

Zweite Aufnahme am 30. April 1906.

Patientin befindet sich im Dämmerzustand, redet Ref. mit „Du“ an, will nur Maria genannt werden und gerät in Aufregung, wenn man sie anders nennt. Sie sitzt mit starrem Gesichtsausdruck ganz in sich zusammengesunken da, gibt aber bei eindringlicher Ansprache mit einiger Anstrengung ganz logische Antwort. Man möchte ihr sagen, was sie zu tun habe, sie wolle alles tun, sie habe viel Willen, sie wolle diesmal ganz gesund werden. Am Abend ist sie sehr unruhig, geht

in der Zelle fortwährend auf und ab, rückt den Tisch und das Sofa zusammen, steigt hinauf, langt nach der Lampe, kann nicht im Bette gehalten werden. Mit vieler Mühe gelingt es, sie zur Einpackung zu bewegen, worauf nach Darreichung von 1,0 Veronal ein mehrstündlicher Schlaf eintritt.

1. Mai. Patientin ist heute immer noch in einem traumhaften Dämmerzustand, erinnert sich an gar nichts vom Vortage, sehnt sich sehr nach ihrem Mann, geht fortwährend im Zimmer auf und ab, schläft nachts wenig.

3. Mai. Derselbe Zustand, starres vor sich Hinbrüten. Hat einen Glassplitter in den Mund gesteckt und zerbissen, ohne sich zu verletzen und wahrscheinlich auch ohne etwas davon zu verschlucken. Stuhl und Urin angehalten, nur auf Klysmen zu erzielen.

4. Mai 06. Verweigert heute die Nahrung. Will sich aus der Welt hinaushungern, da ihr Mann mit einer kranken Frau nur unglücklich werde.

5. Mai. Nimmt heute etwas Nahrung zu sich, wirft den Rest zum Fenster hinaus, wandert den ganzen Tag im Zimmer auf und ab. Verschluckt am Abend eine Stecknadel.

6. Mai. Klagt über mäßigen Schmerz in der Magen-gegend.

7. Mai. Ist heute zum erstenmal ganz klar. Will für die ganze vergangene Woche Amnesie haben. Diese Amnesie erschreckt sie nicht, das sei ihr schon oft passiert. Sie hat das Bedürfnis sich über die ganze Zeit auszusprechen, um die Kontinuität des Bewußtseins wieder herzustellen.

8. Mai. Kommt heute der Wärterin mit den Worten entgegen: „Ich habe die Buttersemmel mit dem Kaffeelöffel verwechselt und den Löffel verschluckt.“ Der Löffel ist nicht aufzufinden, die Angabe erscheint als begründet. Patientin äußert leichten Schmerz im Hals, später in der Magen-gegend, objektiv ist nichts nachweisbar. Psychisch ist Patientin wieder ganz im Dämmerzustand. Abends klettert sie am Fenster hinauf und spricht vom Mond, der ins Zimmer scheint.

9. Mai. Patientin ist heute wieder klar. Ißt gut, äußert den Wunsch zu lesen. Erinnert sich summarisch an einen gestrigen Besuch des Mannes.

10. Mai. Nachts in kurzen Intervallen äußerst schmerzhafte Krampfattacken, in denen sich die Patientin ins Bein biß, sich aus dem Bett herauszuwerfen suchte, wütend um sich schlug. Der Schmerz wurde in der rechten Ileocöcalgegend lokalisiert, wo eine längliche derbe Resistenz zu fühlen war. Abends Laparotomie. Sie ergibt: Nußgroße Drüse in der Ileocöcalgegend, rechtsseitige Cyste des Ovariums. Löffel und Nadel wurden nicht gefunden.

Der Heilungsverlauf war trotz des Eintretens tagelang dauernder Dämmerzustände normal.

Am 25. Mai wurde wegen Zunahme der Beschwerden durch eine zweite Laparotomie der vorher durch Röntgenbild nachgewiesene Löffel aus dem Magen entfernt.

15. Juni. Reaktionslose Heilung der Laparotomiewunde. Patientin klagt über heftige Schmerzen im Unterleib. Erwartet die Menses.

18. Juni. Subjektiv werden die heftigsten Schmerzen im Unterleib angegeben. Objektiv nichts nachweisbar. Patientin tobt im Zimmer herum, nur mit Morphium halbwegs zu beruhigen.

25. Juni. Patientin hat die Menses. Fühlt sich besser.

2. Juli. Hat viel musiziert, fühlte sich schmerzfrei.

Im Verlaufe der nächsten Wochen stellen sich bei der Patientin heftige Magen- und Darmbeschwerden mit Erbrechen und starkem Kräfteverfall ein, sie erholt sich nach sorgfältiger Diät. Die Stimmung ist häufig deprimiert, sie äußert Suizidalabsichten.

Am 23. August probeweise entlassen.

Patientin wird am 12. Dezember 1906 in die hiesige Anstalt aufgenommen.

Die körperliche Untersuchung ergibt allgemeine Steigerung der Sehnenreflexe, keinerlei Störung der Sensibilität.

12. Dezember. Patientin redet bei der Aufnahme den Arzt mit „Du“ an, tut, als ob derselbe ein alter Bekannter wäre. Sie muß katheterisiert werden.

13. Dezember. Patientin hat in der Nacht zunächst gut geschlafen. Gegen Morgen wurde sie unruhig, klagte über

Leibschmerzen. Sie ißt sehr wenig und geht immer außer Bett. Oft scheint sie völlig klar und geordnet zu sein. Sie verlangt fortwährend vom Arzt, daß er sie mit dem Vornamen anrede. Sie singt laut. Bei der körperlichen Untersuchung führt sie alle Bewegungen rasch und richtig aus. Nach derselben springt sie aus dem Bett und läuft im Zimmer umher. Fragen über das Datum und ihr Alter beantwortet sie richtig. Halluzinationen will sie nicht gehabt haben.

15. Dezember. Patientin hat viele Dämmerzustände. In einem derselben verschluckt sie einen Schlüssel, der in Narkose aus dem Ösophagus entfernt werden kann.

20. Dezember. Patientin hat im Dämmerzustand eine Zahnbürste verschluckt. Dieselbe wird durch Gastrotomie entfernt.

7. Januar 1907. Die Laparotomiewunde ist reaktionslos verheilt. Patientin hat noch immer viele Dämmerzustände, versuchte eine Uhr zu verschlucken.

Am 23. Januar erklärt sie plötzlich im Dämmerzustand „jetzt bin ich klar“. Danach wirft sie der Wärterin vor, daß sie während des Zustandes nicht ordentlich aufgepaßt habe, so daß sie einen Knopf habe verschlucken können. Dabei hat Patientin vor wenigen Minuten gesagt, daß sie keinerlei Erinnerung an alle Vorgänge im Dämmerzustand habe.

24. Januar. Patientin hat im Bad einen „Ohnmachtsanfall“. Sie sagt, es werde ihr schlecht und verläßt selbst das Bad.

25. Januar. Patientin freut sich über die Anwesenheit des Mannes, sie klagt demselben gegenüber über sexuelle Reizzustände.

1. Februar. Hat auf 1,5 Neuronal gut geschlafen. Klagt über starke Leibschmerzen.

2. Februar. Menses. Patientin ist etwas unruhiger.

5. Februar. Menses vorüber. Patientin ist gegen Abend sehr erregt, halluziniert sehr viel, hält den Arzt für ihren Mann. Äußert Selbstanklagen: sie sei die größte Sünderin usw. Spricht in den Dämmerzuständen fast ausschließlich von sexuellen Vorgängen: man vergewaltige sie, usw.

16. Februar. Hat nachts gut geschlafen. Ist viel ruhiger.

sind erweitert, reagieren prompt. Der Anfall dauert etwa 10 Minuten, danach Amnesie.

18. November. Patientin begrüßt bei der Visite den Arzt mit den Worten: „Das ist nett, daß Du kommst, Du bist mein Freund“. Auf Vorhalt erklärt sie, die Anrede „Sie“ sei Plural und französisch, sie rede deutsch. Dieser witzelnden Sprechweise bedient sie sich gern in ihren Unterhaltungen. Im Verlaufe des Tages treten 3 Anfälle wie der gestrige ohne ersichtlichen äußeren Anlaß ein.

19. November 2 Anfälle. Patientin gibt nach dem Anfall an, sie habe Schmerzen im Rücken und der Schulter: „Der Kerl war wieder da und hat mich geschlagen. Ein grüner buckliger Kerl mit einer Automobilbrille“ usw.

20. November. Der Dämmerzustand besteht fort. Ein Anfall gleich den bisherigen wird beobachtet. Eine genaue Prüfung der Sensibilität ist nicht durchführbar, da Patientin nach einigen richtigen durchaus willkürliche Angaben macht. Eine Herabsetzung der Berührungsempfindlichkeit des rechten Armes und der linken Hälfte der Stirn ist feststellbar. Die Gesichtsfeldprüfung ergibt normalen Befund. Für die Anfälle besteht totale Amnesie.

21. November. Psychisch unverändert. Patientin entsinnt sich der gestrigen Untersuchung. Nachmittags tritt ein Anfall, der denselben Verlauf zeigt wie die vorigen, ein.

24. November. 5 Anfälle, bis zur Dauer von 10 Minuten. Die linke Körperhälfte ist insofern beteiligt, als auch leichte Kontraktur des linken Armes und Beines besteht. Der Facialis ist ausschließlich rechts beteiligt.

25. November. Patientin halluzinierte heute viel, sah schwarze Katzen, Ratten, die im Zimmer umhersprangen usw.

27. November. Patientin verfällt nach der Aufforderung einen Brief an ihren Mann zu schreiben, in einen Dämmerzustand. Sie führt in theatralischen Bewegungen mit monotoner Stimme redend eine Szene auf, beichtet ein früheres Liebesabenteuer, hält den Arzt für ihren früheren Liebhaber, bittet ihn dann um Verzeihung, weil sie ihn jetzt für ihren Mann hält. Plötzlich unterbricht sie sich, sieht ratlos um sich,

fragt: wo bin ich? Hierauf schläft sie einige Minuten, worauf ein kurzer Anfall einsetzt.

2. Dezember. Menses. Vormittags ein Anfall. Contractur der Extremitäten, rechts stärker wie links. Nachmittags befindet sich Patientin im Dämmerzustand. Sie glaubt sie sei im Kloster. Alle trügen Kutten. Sie sei eine Novize. Der Arzt im weißen Mantel sei der Bruder Koch, kurz sie deutet ihre ganze Umgebung illusorisch um.

In den zwei nächsten Wochen treten täglich mehrere, einmal 26 Anfälle auf, größtenteils von doppelseitigem Charakter, der Facialis ist nur rechts beteiligt. Anschließend an die Anfälle setzen häufig Dämmerzustände ein, in denen Patientin auf allen Sinnesgebieten halluziniert. An 2 Tagen sprach Patientin im Dämmerzustand, alle Worte so aus, daß sie für den Buchstaben n stets ein r einsetzte. Die Stimmung ist äußerst labil. Auf Grund imperativer Halluzinationen macht Patientin mehrere Suizidversuche „Häng dich auf“, „Du oder dein Kind müssen daran glauben“ usw.

Am 7. Januar 1907 befindet sich Patientin dauernd im Dämmerzustand. Es besteht fortwährend rechtsseitige Facialis- und Zungencontractur, hin und wieder Strabismus. Starke Salivation aus dem kontrahierten Mundwinkel.

8. Januar. 14 Anfälle, nahezu ausschließlich doppelseitig.

11. Januar. 11 Anfälle; Patientin ist heute imstande, die Zunge vorzustrecken. Abends ängstlich erregt. Patientin gibt an, sie sähe ein Leichenbegängnis, alle Leute trügen schwarze Gewänder, die Ärzte trügen schwarze Mäntel.

12. Januar. Patientin macht einen Suizidversuch. Auf Vorhalt erklärt sie: „da sie oder ihr Kind daran glauben müßten“ wolle sie sterben.

13. Januar. Die Sprache ist verändert. Patientin sagt: sie habe „gebaden“, eine Mitpatientin sei „ein ganzen furchtbar schrecklichen Weib“ usw.

14. Januar. Patientin glaubt, sie sei in einer Kapelle und solle eingemauert werden, die Wände rückten immer näher, der Raum würde immer kleiner. Diplopie.

Der Dämmerzustand besteht in den nächsten Tagen fort. Patientin bittet immer baden zu dürfen, da sie sich vor den Fliegen nicht retten könne.

20. Januar. Morgens plötzliche Klärung. Totale Amnesie. Patientin fühlt sich matt, „wie nach einer körperlichen Anstrengung“.

21. Januar. Abends ein Anfall, daran anschließend ein Dämmerzustand von halbstündiger Dauer. Amnesie.

23. Januar. 29 Anfälle; Patientin aß sechsmal zu Abend, hatte es immer wieder vergessen.

30. Januar. Patientin kauert im Bett auf den Fäusten. Sie hält sich für einen Hund. Häufige Anfälle.

2. Februar. Abends klar. Äußert: „Es geht mir wieder gut, aber das dauert ja doch höchstens wieder zwei Tage“. Klagen über Schwindel. Patientin erklärt, sie könne heute schlecht sehen, keine Fläche sei eben, es seien viele Hügel.

4. Februar. Abends setzt ein neuer Dämmerzustand ein. Patientin ist heiter verstimmt. Halluziniert sehr viel. Liegt lächelnd, fasziniert geradeaus blickend im Bett.

6. Februar. Große motorische Unruhe. Patientin will auf einen Schrank klettern, um sich von dort herabfliegen zu lassen. Ihre Kletterversuche motiviert sie: „Man soll doch höher hinauf, zum Licht!“ Schreit plötzlich auf: „Irrlicht“. „Das Lichtkabel ist abgeschnitten.“

7. Februar. Dauernd erregt, setzt die Flugversuche fort.

8. Februar. Sucht beständig das Bett zu verlassen, blickt fasziniert gerade aus und ruft laut: „Licht, Irrlicht, mehr Licht“ usw. Sehr aggressiv gegen das Wartepersonal.

13. Februar. Die Erregung dauert fort. Patientin halluziniert viel. Nahrungsaufnahme schlecht. Äußerst aggressiv.

19. Februar. Patientin reproduziert halluzinatorisch eine häusliche Szene, schilt dabei auf das Dienstmädchen usw.

21. Februar. Stimmung äußerst labil, bald heiter, freundlich, bald extrem zornig. Patientin halluziniert auf allen Sinnesgebieten, riecht Schwefeldampf, fühlt sich körperlich angegriffen, sieht Schatten, Gestalten, unterhält sich mit Stimmen.

22. Februar. Patientin bedarf der dauernden Aufsicht, da sie fortwährend versucht, sich den Kopf an der Wand einzurennen.

Der Zustand dauert während des ganzen nächsten Monates fort. Patientin ist meist hochgradig erregt, seltener zeigen sich Remissionen, in denen sie ruhiger ist. Sie halluziniert viel auf allen Sinnesgebieten und macht häufig auf Grund imperativer Phoneme Suicidversuche. Häufig deutet sie die Vorkommnisse ihrer Umgebung illusionär um und führt hierbei ganze Szenen auf. Da sie abstiniert, muß sie wiederholt mit der Sonde gefüttert werden. Sprachlich wurden folgende Veränderungen beobachtet. Einmal ahmte Patientin vollkommen die ungrammatikalische Sprechweise eines kleinen Kindes nach, ein andermal zeigte sie Echolalie, sie wiederholte jedesmal die letzten Worte der an sie gerichteten Fragen. Während der ganzen Zeit wurden nur wenige Krampfanfälle beobachtet.

Anfangs März wurden die Remissionen häufiger, Patientin aß wieder spontan.

Am 11. April war Patientin für kurze Zeit bei klarem Bewußtsein. Die Krampfanfälle traten wieder in ihrer früheren Häufigkeit auf. In einem der Erregungszustände zog sie sich eine Verletzung an der Hand zu, deren Behandlung sie heftigen Widerstand entgegensetzte. Im Mai konnte Patientin öfters in den Garten geführt werden, obgleich sie noch täglich Anfälle und plötzlich ausbrechende Dämmerzustände, welche wie die beschriebenen verliefen, hatte. So versucht sie plötzlich bei einem Spaziergang im Garten auf die Bäume zu klettern, um von da aus zu fliegen. Sie halluziniert sehr häufig. Kurze Zeiten tagsüber ist sie klar und geordnet, freut sich über den Besuch ihres Mannes und Kindes.

30. Juni. Wechselndes Bild. Bald heiter, kindlich, bald zornig. Zahlreiche Halluzinationen: Sie sieht Ratten, fühlt Steine auf sich fallen; alles spricht: die Nadeln mit denen die Frauen stricken, sprechen, ebenso die Federn mit denen geschrieben wird. Gelegentlich ist Sondenfütterung nötig. Oft ist nur mit Hyoscin einige Beruhigung möglich.

10. Juli. Patientin fühlte sich heute wohler. Sie äußerte: „Heute hatte ich auch mal ein bischen Gefühl, hatte mein Kind lieb, aber jetzt ist's vorbei, alles ist mir egal“.

14. Juli. Sehr labil. Leichte schnell vorübergehende halluzinatorische Erregungen.

16. Juli. Patientin läßt ihr Bett von der Wand abrücken, weil sie Gestalten an den Wänden sieht. Fühlt sich müde, schläft sehr viel.

24. Juli. Häufiger Wechsel zwischen luciden Intervallen und halluzinatorischen Erregungen, sowie halbseitigen tonischen Krämpfen.

31. Juli. Patientin muß wegen heftiger Erregung wiederholt Hyoscine erhalten.

4. August. Viele Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten, haptische: man schreibt ihr Worte auf die Stirn, Geruchshalluzinationen: es riecht überall nach verbrannten Haaren, Organillusionen: die Hände sind von Gummi, ihr Gehirn ist eingefroren, sie will es mit heißem Wasser auftauen.

19. August. Da sich Patientin ganze Haarbüschel ausreißt, muß sie feste Handschuhe erhalten.

22. August. Dauernde Erregung, Echolalie.

24. August. Wiederholte hysterische Krampfanfälle. Patientin verunreinigt sich, äußert, sie sei ein Hund, leckt die Milch auf und nimmt die Speisen mit den Zähnen von der Schüssel auf.

2. September. Im allgemeinen ruhiger, kann öfters in den Garten geführt werden.

5. September. Plötzliche Klärung des Bewußtseins. Patientin bittet in ein ruhigeres Zimmer verlegt zu werden. Bleibt ruhig zu Bett. Etwas weinerlich.

6. Sept. Morgens halluzinatorisch erregt. Suicidversuch.

Die nächsten zwei Monate vergehen unter täglichem Wechsel klarer Stunden mit heftigen Erregungszuständen, in denen die Patientin bald zorniger, bald heiterer Stimmung ist. Wiederholt macht sie Suicidversuche. Am 23. Nov. äußert sie: „Ich bin gar nicht ich. Ich kann nie wieder so werden wie früher. Es ist alles so wüst. Ich habe gar kein Gedächtnis.“

28. Dezember. Nach einigen klaren Tagen befindet sich Patientin wieder im Dämmerzustand: „Ich bin im Himmel“. Sie hält die Krankenschwester für einen Engel, den Arzt für Christus usw.

2. Januar 1907. Dämmerzustand: Patientin sitzt am Fußboden, „jätet Unkraut aus“, antwortet viel auf Phoneme.

4. Januar. Fortdauer des Dämmerzustandes.

16. Januar. Patientin warf verschiedene Gegenstände zum Fenster hinaus, „weil jemand dort stand und sie erschrecken wollte“.

19. Januar. Meist unklar. Mehrere halbseitige Anfälle.

2. Februar. Im Dämmerzustand viele imperatorische Phänomene: Sie solle den Arzt niederschlagen, daher sehr aggressiv.

13. Februar. Patientin sitzt am Boden, bewegt rhythmisch die Arme auf und ab, macht „Flugversuche“.

14. Februar. Patientin hatte Besuch von einer Verwandten, freute sich über alle Mitteilungen derselben. Bei der Abendvisite rechtsseitiger tonischer Krampf mit Kopf und Rumpfdrehung nach rechts. Abends sehr erregt, krächte wie ein Huhn, wollte fliegen. Aggressiv.

19. Februar. Liegt am Boden leckt wie ein Hund die Speisen vom Teller auf.

10. März. Oft heftige Wutausbrüche in den gehäuften Dämmerzuständen.

18. März. Patientin sah heute im Dämmerzustand den Vollzug einer Hinrichtung im Garten.

23. März. Patientin hat gestern im Dämmerzustand eine Taschenuhr verschluckt, sofort angestellte Extraktionsversuche sind erfolglos.

25. März. Röntgenbild ergibt, daß sich Uhr und Kette im Colon in der Nähe der Ileocöcalklappe befinden.

28. März. Die Uhr geht per vias naturales ab.

30. März. Häufige Dämmerzustände wie die beschriebenen verlaufend.

Über die Störungen des Empfindens während der Dämmerzustände und Delirien war es bei dem hohen Grade der psychischen Alteration der Patientin nicht möglich, genaue Prüfungen anzustellen. Es konnten Hyperalgesien wie analgetische Bezirke nachgewiesen werden, welche außerhalb der Paroxysmen nicht bestanden.

Die auf allen Sinnesgebieten in großer Mannigfaltigkeit auftretenden Halluzinationen führten in ihrer Verkettung oft zur Aufführung ganzer Szenen. So reproduziert Patientin einmal halluzinatorisch eine häusliche Szene, schilt dabei auf das Dienstmädchen usw. Wiederholt deutet sie ihre Person und

ihre Umgebung vollkommen um, hielt sich für einen Hund, eine Henne, ein kleines Kind und verändert hierbei auch längere Zeit ihre Sprechweise, indem sie einige Tage die kindliche Sprache nachahmt. Auch wirkliche Erlebnisse ihrer Vergangenheit, eine Szene mit ihrem Liebhaber, durchlebt Patientin aufs neue in einem Dämmerzustand, wobei sie unter dem Einfluß von Sinnestäuschungen den Personen ihrer Umgebung die für den Augenblick passenden Rollen zuerteilt. Oft trugen die halluzinatorischen Erlebnisse einen schaudervollen Charakter: Patientin sah im Garten den Vollzug einer Hinrichtung, sie wurde als Nonne in eine Zelle eingemauert usw. Der Umfang der Vorstellungen zeigte eine deutliche Einengung. Nur während der halluzinatorischen Erlebnisse offenbarte sich eine Fülle zusammenhängender phantastischer Vorstellungen, außerhalb derselben trat die Einengung des Assoziationsvorganges deutlich hervor.

Hier sei erwähnt, daß das Gansersche Symptom des Vorbeiredens bei diesem Falle nicht beobachtet wurde. Wohl gab Patientin bei den Prüfungen, die während der Dämmerzustände vorgenommen wurden, auf einfache Fragen unrichtige Antworten, denen man gleichwohl entnehmen konnte, daß die Frage verstanden war, doch war niemals der Verlust früher erworbener Kenntnisse erkennbar. Patientin benützte vielmehr einmal die Prüfung, die während eines voll ausgeprägten Dämmerzustandes vorgenommen wurde, ihre Kenntnisse in witzelnder Weise zur Geltung zu bringen.

(Wie heißen Sie?) „Nomen est omen“.

(Wie ist Ihr Vorname?) „Altdeutsch heißt Hadwiga“.

(Können Sie bis 12 zählen?) „Es gibt 41 Oberpostdirektionen. 1 Aachen, 2 Dortmund, 3 Berlin“ (usw. bis 41).

(Wieviel Beine hat eine Kuh?) Ein Maikäfer hat 6.

Die affektive Erregbarkeit der Patientin war ungemein gesteigert, sie konnte oft sehr aggressiv werden. Auch bei diesem Falle kamen ebenso wie bei dem vorigen affektive Zwangshandlungen vor, so verschluckte Patientin im Dämmerzustand eine Taschenuhr.

Sehr interessant sind die körperlichen Erscheinungen bei diesem Fall. Es traten bei der Patientin in großer Häufigkeit

Anfälle auf, welche entweder in tonischer Spannung der Muskulatur, vorwiegend der Extremitäten, beider Körperhälften, in der Mehrzahl der Anfälle dagegen in Spasmen, die auf die rechte Körperhälfte beschränkt waren, bestanden. Hierbei trat fast stets eine spastische Kontraktur im Gebiete des den rechten Mundwinkel versorgenden unteren Teiles des Facialis und im Hypoglossus auf. Diese Kontraktur überdauerte nicht nur häufig die Anfälle, sondern trat auch selbständig während der Dämmerzustände als einziges körperliches Stigma, zeitweise tagelang anhaltend auf. Die Patientin war dann nicht im Stande die Zunge vorzustrecken, aus dem kontrahierten Mundwinkel floß reichlich Speichel ab. Bei den Versuchen die Zunge vorzustrecken, wölbte sich dieselbe eine breite Delle bildend im Munde. Der rechte Mundwinkel zeigte wiederholt fibrilläre Zuckungen, die in den Momenten hochgradiger Erregung, wie als erstes Zeichen eines beginnenden Anfalles auftraten.

Die Beobachtung der einseitigen spastischen Kontraktur im unteren Facialisteil und im Hypoglossus bei Hysterischen ist nicht selten. Es waren zuerst Charcot und seine Schüler, dann besonders Brissaud und Marie, welche darüber genauere Angaben machten. Die Beobachtungen, welche vorwiegend an Fällen von hysterischer Hemiplegie wahrgenommen wurden, gaben den Anlaß zu Feststellungen über den Zusammenhang und das gleichzeitige Auftreten von Kontraktur und Parese in diesen Nervengebieten. Charcot zeigte bei Fällen von hysterischer Hemiplegie, welche beispielsweise die rechte Körperhälfte betroffen hatte, daß im Gebiete des rechten unteren Facialis die Parese fehlte, dagegen auf der linken Seite ein Zungenlippenkrampf bestand. In einem gewissen Gegensatz zu der Ansicht Charcots, welcher das Fehlen der Parese betonte, standen die späteren Beobachtungen. Der Hemispasmus glossolabialis kann auch auf der Seite der Lähmung liegen, wenn hier der hysterischen Parese die Kontraktur folgte, wodurch sich also gleichzeitig im Gebiete des unteren Facialis und des Hypoglossus Paresen und Kontrakturen vorfinden, so daß in diesen Nervengebieten eine Kombination von Reiz- und Lähmungserscheinungen bestände. Brissaud und Marie, welche mit dem gleichzeitigen Bestehen von Paresen rechneten, stellten

nach König die Symptome des Spasmus glosso-labialis in folgendem Sinne zusammen:

„Die eine Hälfte der Unter- und Oberlippe ist nach der Seite des Spasmus verzogen. Die Zunge weicht in der Mundhöhle mit der Spitze nach der Seite der Kontraktur ab und führt allerhand ungeordnete bizarre Bewegungen aus. Es gelingt nicht die Zunge vorzustrecken, weil sie sich nach oben rollt, wird sie aber vorgestreckt, so deviert sie in exzessiver Weise nach der Seite des Spasmus. Beim Aufblasen der Backen entweicht die Luft nicht nach der scheinbar gelähmten Seite, sondern auf der des Spasmus. Die Deviation der Zunge ist zuweilen noch vorhanden, wenn die Hemiparese bereits zurückgegangen ist.“ Dieser Zusammenstellung möchte ich die von König gemachte Angabe hinzufügen, daß eine reine, nicht von Spasmen komplizierte hysterische Facialis, bzw. Facialis hypoglossusparese als selten zu bezeichnen sei. Etwas häufiger schein es zu sein, daß eine solche Parese mit spastischen Zuständen in verschiedenen Muskeln meist auf der gegenüberliegenden Seite einhergeht.

Wichtig bei der Frage über die Kombination von Spasmus und Parese ist die Beobachtung von gleichzeitig auftretenden Störungen der Sensibilität, speziell von Hyperästhesien. In vorstehendem Fall konnte hierüber keine Beobachtung gemacht werden.

Die oben angeführten Feststellungen gingen von der Beobachtung des Auftretens des Hemispasmus glosso-labialis bei hysterischen Hemiplegien aus. In diesem Falle dagegen handelt es sich um einen Spasmus, der bei einer Patientin auftrat, bei der irgendwelche Lähmungserscheinungen niemals bestanden. Der Spasmus trat zugehörig zu Krampfanfällen mit spastischer Kontraktur der rechten Körperhälfte, sowie isoliert von den Krampfanfällen selbständig auf. Das Bestehen einer Parese im Facialis-Hypoglossus derselben wie der gegenüberliegenden Seite wurde bei der Patientin niemals beobachtet.

Es handelt sich in diesem Falle also um einen freistehenden, primären Hemispasmus glosso-labialis.

Litteratur.

- Baumann, W., „Ein seltener Fall von hysterischem Dämmerzustand“. Neurol. Zentralbl. 1906.
- Binswanger, O., „Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand (Ganser)“. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1898, Bd. III.
- Ders., „Die Hysterie“. Spezielle Pathologie und Therapie von Nothnagel 1904, Bd. XII.
- Binswanger, O. und Siemerling, E., Lehrbuch der Psychiatrie 1907, 2. Aufl. Charcot, Poliklinische Vorträge 1887/88, Bd. I u. II.
- Ganser, „Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand“. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. XXX.
- Ders., „Zur Lehre vom hysterischen Dämmerzustand“. Archiv für Psychiatrie 1904, Bd. XXXVIII.
- Janet, P., „Der Geisteszustand der Hysterischen“. Franz Deuticke 1894.
- König, „Über funktionelle Störungen im Bereich des Facialis und Hypoglossus speziell bei funktionellen Hemiplegien“. Neurol. Zentralbl. 1892.
- Kraepelin, „Psychiatrie“ 1904.
- Lücke, „Über das Gansersche Symptom mit Berücksichtigung seiner forensischen Bedeutung“. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie 1903, Bd. LX.
- Räcke, „Beitrag zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes“. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie 1901, Bd. LVIII.
- Ders., „Einiges zur Hysteriefrage“. Neurol. Zentralbl. 1902.
- Ders., „Hysterisches Irresein“. Berliner klin. Wochenschrift 1907, Nr. 10.
- Raimann, E., „Die hysterischen Geistesstörungen“. Franz Deuticke 1904.
- Stegmann, „Ein ungewöhnlicher Fall von hysterischem Dämmerzustand“. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. LIX.
- Vorster, „Über hysterische Dämmerzustände und das Vorbeireden“. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1904, Bd. XV.
- Westphal, „Über hysterische Dämmerzustände und das Symptom des Vorbeiredens“. Neurol. Zentralbl. 1903.
- Ziehen, „Psychiatrie“ 1902, 2. Aufl.

Lebenslauf.

Am 13. Okt. 1882 wurde ich, Otmar Georg Kessel, in Graz als Sohn des damaligen Privatdozenten der Ohrenheilkunde Dr. med. Joh. Kessel geboren. Mit meinen Eltern kam ich 1886 nach Jena, wo ich zuerst die Vorschule der Stoy'schen Erziehungsanstalt, dann das Gymnasium Carolo-Alexandrinum besuchte, das ich zu Ostern 1901 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Meiner Dienstpflicht habe ich im 5. Thüringischen Infanterieregiment No. 94 (Großherzog von Sachsen) Genüge geleistet. Im Februar 1904 bestand ich in Jena die ärztliche Vorprüfung, im Dezember 1906 das ärztliche Staatsexamen. Dann war ich Medizinalpraktikant an der psychiatrischen Universitätsklinik (Direktor Geheimrat Prof. Binswanger), zur Zeit bin ich Medizinalpraktikant an der Universitätsohrenklinik (Direktor Hofrat Professor Kessel).



14357