



Ueber echte Sitophobie.

— — — — —

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Grades
eines
Doctors der Medicin

verfasst und mit Bewilligung

Einer Hochverordneten Medicinischen Facultät der Kaiserlichen Universität
zu Dorpat

zur öffentlichen Vertheidigung bestimmt
von

Alfred Sperrlingk.

Ordentliche Opponenten:

Prof. Dr. H. Meyer. — Prof. Dr. A. Vogel. — Prof. Dr. H. Emminghaus.



Dorpat.

Schnakenburg's Buchdruckerei.

1883.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät.
Dorpat, den 6. October 1883.

Nr. 425.

Decan: **L. Stieda.**

Meinen Eltern

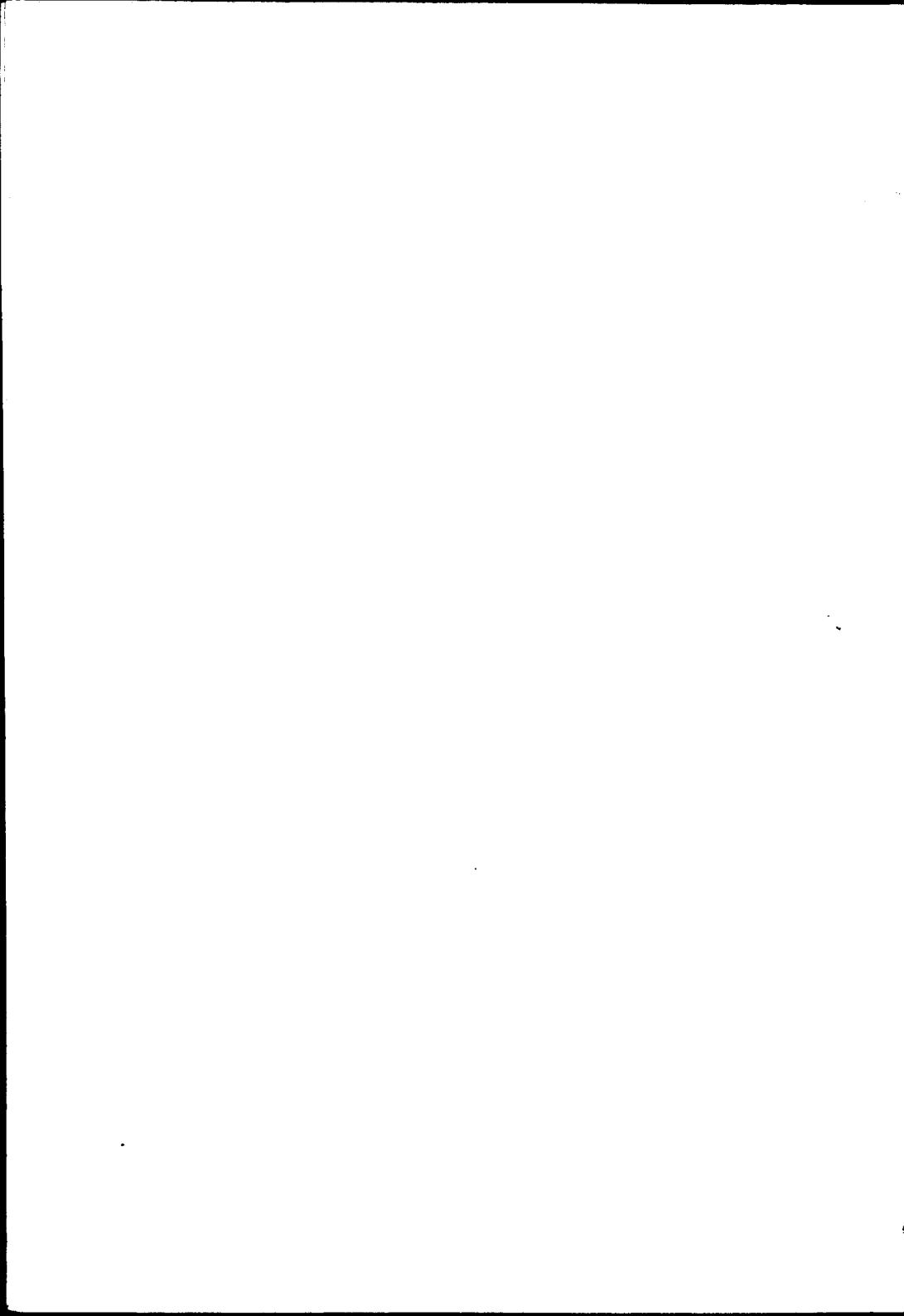
in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.



Allen meinen hochverehrten Lehrern sage
ich meinen aufrichtigsten Dank.

Insbesondere gilt derselbe den Herren Prof.
Dr. A. Vogel für die mir bewiesene Theilnahme
und das während meiner Thätigkeit im Hospital
geschenkte Zutrauen und Dr. H. Emminghaus,
dessen Assistent zu sein ich die Ehre hatte;
nicht nur für die reichliche theoretische und
practische Anregung und Belehrung in der Psy-
chiatrie, sondern auch für die überaus liebens-
würdige und Zeit raubende Unterstützung bei der
Abfassung vorliegender Arbeit.



Ueber echte Sitophobie.

In der Erfindung wissenschaftlicher Wortbegriffe ist die Psychiatric von jeher ausnehmend fruchtbar gewesen. Keine andere Specialität verfügt über ein gleich grosses Vocabularium wie die unsrige; aber gar mancher zur Bezeichnung einer Irreseinsform oder eines psychopathologischen Symptomes erfundene Ausdruck ist wieder obsolet geworden, entweder weil er einem dringenden Bedürfniss nicht entsprach, oder weil die Erscheinung, die er bezeichnen sollte, einen anderen, besseren Namen verdiente. In die letztere Kategorie von Wortbegriffen gehört derjenige der „Sitophobie“, welcher von Guislain herrührt.

In der von Laehr besorgten Uebersetzung der *Leçons orales* etc. jenes Autors heisst es Seite 67: „In einer anderen Melancholie sehen wir oft Nahrungsverweigerung sich offenbaren. Der Kranke führt dieses mit einer durch Nichts zu besiegenden Hartnäckigkeit aus. Ich habe diesem schweren Symptome den Namen Sitophobie (von σῖτος Lebensmittel und φόβος Schrecken) gegeben. Die Melancholic, worin sie vor kommt, kann als Melancholia sitophobica bezeichnet werden.“

Dieser von Guislain, wie man sieht, mit philosophischer Erwägung begründete Terminus lehnt sich etymologisch unmittelbar an den schon von Alters her in der practischen Medicin eingebürgerten, zuerst bei Celsus etwa 200 v. Chr. auftretenden Wortbegriff Hydrophobie an, welcher in classischer Form das prägnanteste Symptom der Lyssa humana, die „Wasserscheu“ bezeichnet.

Man sollte daher meinen, dass Sitophobie einen analogen Symptomencomplex, ein der Hydrophobie aequivalentes Phänomen repräsentire.

Vergegenwärtigen wir uns jetzt in aller Kürze, was wir unter Hydrophobie verstehen, so ist es das Entsetzen vor dem Wasser, hauptsächlich in seiner begrifflichen Eigenschaft als Getränk, welches schaudervolle Entsetzen mit einer heftigen Constriction der Schlingmusculatur und einem ebenso heftigen Inspirationskrampfe, oft mit opisthotonischem Nackenkrampf und mit einer Verzerrung des erblassenden Gesichts verbunden ist, die man eben als den Ausdruck des Entsetzens kurzweg bezeichnet.

Diese Wasserscheu ist, wie die Vergleichung einer grösseren Anzahl publicirter Fälle von Lyssa, welche Krankheit ja die Hauptrepräsentantin dieses Symptomes ist, ergiebt, entweder Folge der entsetzlichen Erfahrungen welche die Kranken beim Versuch zu trinken gemacht haben, oder sie ist, und dieses kann besonders bei kleinen Kindern beobachtet werden, ganz instinctiv, begründet in der Natur der Krankheit an sich, indem sie, ohne dass irgend welche Erfahrungen über einen ominösen Ablauf des Schlingactes vorliegen, sich auf einmal in der Prodromal- oder Invasionsperiode einstellt,

um permanent zu bleiben und schliesslich erst sub finem wieder zu verschwinden.

Je häufiger sich nun diese Anfälle wiederholen, um so grösser wird die Furcht vor denselben und natürlich auch vor ihrer Ursache. In der Folge verabscheuen die Kranken alle weiteren Trinkversuche, ertragen dafür lieber den heftigsten Durst. Schon der Anblick eines Trinkgefäßes mit Wasser ist den Kranken unerträglich; sie wenden das Gesicht ab, schreien laut auf oder winken ängstlich mit der Hand das Wasser zu entfernen, wenn ihnen die Stimme versagt und der Respirationskrampf losbricht. Späterhin genügt sogar der blosse Gedanke an Flüssigkeiten, an Trinken und Schlucken, ebenso andere Reize, wie ein blosser Luftzug, das Anfassen des Kranken, jede hastige Annäherung an denselben, der Anblick glänzender Gegenstände, um die schrecklichen Krämpfe auszulösen.

Wie bereits oben erwähnt wurde, ist die Hydrophobie das Hauptsymptom der Lyssa humana; aber sie kommt bekanntlich auch selbstständig als „Neurose“ (spontane Hydrophobie, H. lyssodes, H. rabiforme) vor und kann Theilerscheinung schwerer Formen der Hypochondrie, der Hysterie¹⁾, der Nymphomanie und anderer Psychosen, sowie der Atropinvergiftung²⁾ sein und namentlich in manchen Formen des Tetanus³⁾ auftreten.

1) L. Meyer. Virchows Archiv Band IX, S. 98. „Ueber acute tödliche Hysterie.“

2) Husemann, Dr. Aug. und Theod. Die Pflanzenstoffe in physiol., pharm. und toxicol. Hinsicht. Seite 446.

3) E. Rose, Pitha-Billroth, Lehrb. d. allg. Chirurgie, I. Band 2 Abth. Heft 1. Ließ 3.

Behalten wir das, was uns die Hydrophobie oder genauer der hydrophobische Anfall an Symptomen vorführt, im Auge, so dürfte sich wohl ergeben, dass Guislain mit seiner Erfindung des Wortbegriffes Sitophobie für die Nahrungsverweigerung nicht besonders glücklich gewesen ist und daher ist es auch leicht verständlich, wenn dieses Wort mit dieser Bedeutung in der Psychiatrie sich nicht so recht hat Eingang verschaffen können. Eine Reihe von mir persönlich während meines Dienstes an der hiesigen psychiatrischen Klinik beobachteter Fälle von Nahrungsverweigerung überzeugten mich, wie noch späterhin auseinander gesetzt werden soll, bald, dass nur in wenigen dieser Fälle der Name Sitophobie einigermassen gerechtfertigt erscheint.

Trotzdem ist aber doch der Guislain'sche Ausdruck für unsere Terminologie nothwendig und wenn ich meine Abhandlung mit „Ueber echte Sitophobie“ überschrieben habe, wünschte ich damit zu sagen, dass es einen Symptomencomplex giebt, welcher sich dem Symptomencomplex Hydrophobie ebenbürtig zur Seite stellt.

Dieses zu zeigen ist Zweck dieser Arbeit.

Wie schon erwähnt, hat der Wortbegriff Sitophobie, nachdem er begründet worden war, nicht viel Glück in der psychiatrischen Welt gehabt. Am meisten noch wurde er in französischen Schriften über psychopathologische Gegenstände benutzt und als gleichwertig mit Nahrungsverweigerung gebraucht und dass er in der französischen Psychiatrie zur Geltung gekommen ist, beweist der Umstand, dass im Dictionnaire

Encyclopédique des Sciences médicales¹⁾ ein Aufsatz von Ritti sich findet, welcher die Ueberschrift Sitophobie trägt (wie der Autor das Wort umzuändern für passend hält) und die Nahrungsverweigerung der Irren erschöpfend behandelt. Indessen wendeten doch auch zahlreiche französische Autoren für diesen Symptomencomplex den Ausdruck *réfus d'alimentation* an und bewiesen dadurch, dass sie einen allgemeineren und nicht zu viel sagenden Wortbegriff für diese Erscheinung vorzogen, die ja verschiedene Ursachen haben kann und am seltensten auf einem wirklichen Entsetzen vor der Nahrungsaufnahme beruht.

Gleich den letztgenannten französischen haben auch die meisten deutschen Autoren nach Guislain nicht von Sitophobie, sondern von Nahrungsverweigerung oder von Abstinenz²⁾ gesprochen; manche führen allerdings nebenbei den Guislain'schen Ausdruck als Synonym³⁾ der Nahrungsverweigerung an. Nur Flemming⁴⁾ gebraucht Sitophobie ganz im Anschluss an Guislain zur Bezeichnung der Nahrungs-

1) Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales. Paris 1881. Tome X.

2) Griesinger, Path. und Ther. der psych. Krkht. 2. und folg. Auflagen S. 236 u. 517.

Fr. Kloepfel, „Nahrungsverweigerung der Irren“ im Irrenfreund. XII. Jahrg. 1870.

Neumann, Lehrbuch der Psychiatrie. S. 205.

3) Böttger, Lpz. 1876. Nahrungsverweigerung der Irren.
Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. Band I. S. 66.

Aug. Eickholt, Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. 3. Jahrg.
Heft 2. „Aetiology und Behandlung der Nahrungsverweigerung
bei Geisteskranken“.

4) Flemming, Path. und Ther. der Psychosen. S. 383.

verweigerung, oder wie er lieber sagen will der Nahrungsscheu.

Emminghaus¹⁾ spricht davon, dass die Abneigung gegen Nahrungsaufnahme zur Sitophobie anwachsen könne, wodurch der Unterschied zwischen dem einfachen Fasten der Melancholiker und ihrem energischen Sich-Wehren gegen die Fütterung ange deutet ist.

Aber auch dieser Gebrauch des Wortbegriffes ist besser fallen zu lassen. Prof. Emminghaus beauftragt mich in seinem Namen dies hier auszusprechen, weil es eben einen Symptomencomplex giebt, der streng genommen allein den Namen Sitophobie für sich zu beanspruchen berechtigt ist, der von Allem, was bisher Sitophobie genannt wurde, genetisch und phänomenologisch wesentlich sich unterscheidet.

Nachdem wir jetzt gesehen, in welchem Sinne der Ausdruck Sitophobie in der Psychiatrie bisher gebraucht worden ist, will ich einige Fälle anführen, die ich an der hiesigen psychiatrischen Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte und welche uns eine Aufrechterhaltung des Wortbegriffes der Sitophobie, freilich mit anderer Bedeutung des Wortes, als sie bei Guislain zuerst und dann bei späteren Schriftstellern auftrat, gerechtfertigt erscheinen liessen.

Der erste Fall ist folgender:

Katharina K., 53 Jahr alt, welche in ungünstigen chelischen Verhältnissen kinderlos gelebt hatte und als Wittwe Haushälterin geworden war, in welcher Stellung sie geisteskrank wurde unter den Er-

1) Emminghaus, Allg. Psychopathol. S. 235.

scheinungen von Appetitstörungen, Vergesslichkeit, Prahlerei, Reizbarkeit, die sich besonders darin offenbarte, dass sie ein kreischendes Geschrei von sich gab, wenn etwas ihr nicht nach Sinn und Willen ging.

Diese Person von einem Manne, der Näheres als das Erwähnte über ihre bisherige Krankheit nicht aussagen konnte, der Klinik übergeben, bot ausser Abmagerung, schwachen Herztönen, kleinen harten Pulse von 80 - 90, mässigem Atherom der Arterien, Obstipation und Uratsedimenten im Harn keine wesentlichen Veränderungen bei der objectiven Untersuchung des Körpers dar.

Bezüglich der Functionen des Nervenapparates fällt die übergrosse Impressionabilität der Pat. auf. Kaum hat man sie berührt, oder sieht sie einen ihr nicht immer unter den Augen befindlich gewesenen Gegenstand oder eine ungewöhnliche Veränderung, so fährt sie mit Entsetzen verrathendem Gesicht zurück und erhebt dazu ein sehr unangenehmes kreischendes Geschrei, das oft lange Zeit hindurch andauert.

Während des Verlaufes der Beobachtung erwies sie sich als heiter und recht sprechlustig, hielt sich für gesund und die Uebrigen für krank, machte alberne Bemerkungen, befahl andern Kranken sinnloses Zeug etc.

Ihre meist zerfahrenen Erzählungen bestanden etwa in Folgendem: Zu Hause sei ein Stein- und Holzhaus, beide ungeheuer gross. Im Saale des Steinhauses stehe eine grosse Pliete (Heerd), an der jedoch kein Feuer angemacht werden dürfe. Die Zimmer würden dadurch erwärmt, dass in einer



Kaffemaschine Kaffe gekocht würde. Dazwischen traf man sie traurig und weinend und nach der Ursache gefragt, gab sie z. B. an, dass ihr das schöne Haar, welches sie früher gehabt, abgeschnitten sei, obgleich Niemand dasselbe angeführt hatte.

Am Abend bekam sie zuweilen den Einfall, draussen bleiben und sich nicht ins Bett begeben zu wollen. Es blieb in solchen Fällen auch nichts Anderes übrig, als sie eben mit Gewalt ins Bett zu bringen.

Ein Mal hat sie auch, als sie nach einer starken Erregung Chloralhydrat einnehmen sollte, die Befürchtung geäussert, man wolle sie vergiften.

Als sie zum ersten Mal die Wage zur Bestimmung des Körpergewichtes erblickte, gerieth sie in eine überaus starke Aufregung und es währte lange, bis sie zu der Ueberzeugung kam, dass dahinter nichts sei. Ein Mal wurde ein Buch in den Schrank gethan, da schrie sie so lange, bis man dasselbe wieder herausnahm. Beim Auftragen des Essens geschah es sehr häufig, dass sie mit allen Zügen und Zeichen des Entsetzens laut aufschrie und davon lief, um sich zu verkriechen, Bald aber liess sie sich zum Esstisch führen und ass, als ob nichts vorgefallen wäre, mit den anderen Kranken.

Später aber fing sie an hartnäckig zu abstiniren unter denselben Entsetzensäusserungen beim Auftragen des Essens; es bedurfte des stärksten Zuredens, um sie zum Essen zu bringen. Allmählich nahm die Nahrungsverweigerung

zu und auf die Frage, warum sie nicht esse, gab sie nur an, es schmecke ihr nicht. Ihre Zunge war dabei nur unbedeutend belegt. Zuletzt blieb nichts Anderes übrig, da vollkommene Nahrungsverweigerung eintrat, als mit der Sonde, welche in diesem Falle stets ohne irgend welche Schwierigkeit sich einführen liess, einzuschreiten und obgleich diese Procedur bei ihr die grösste Angst hervorrief, nahm sie doch nicht freiwillig Nahrung zu sich. Trotz der forcirten Ernährung nahmen die Kräfte gradatim ab, bis Pat. am 1. Juli 1881 starb.

Die Section, von dem Herrn Prof. Stieda geleitet, ergab in Kürze folgendes Resultat: Die Dura war einerseits mit dem Schädeldach, andererseits an der Innenfläche auf der Höhe der medialen Ränder der grossen Hemisphären durch zartere und derbere Stränge mit der Pia verwachsen. Die Pia erschien verdickt, die Gefässe derselben stark gefüllt. Der microscopische Befund an der Hirnrinde ergab massenhafte Bindegewebsneubildung in der obersten Schicht der Hirnrinde, sonst nichts Abnormes.

Hier hatten wir also eine demente Person vor uns, die vor Allem und Jedem in Angst und Aufregung gerieth. Jede Veränderung, ebenso auch die bevorstehende Nahrungsaufnahme hatte bei ihr die grösste Erregung zur Folge. Dabei war die Vermuthung von obwaltenden Hallucinationen oder Wahnvorstellungen ausgeschlossen, bis auf ein Mal, als ihr die Medicin — doch etwas Anderes als Nahrung! —

gereicht wurde, wobei sie Furcht vor Vergiftung äusserte.

Ich glaube die Sitophobie in diesem Falle lediglich als Theilerscheinung einer allgemeinen schwachsinnigen Schreckhaftigkeit, als Element einer sogenannten „Pantophobie“ bezeichnen zu dürfen.

Wenn also bei dieser Kranken die schreckhafte Nahrungsverweigerung nur als eine Aeusserung der allgemeinen Schreckhaftigkeit aufzufassen ist, so glaube ich, dürfte dieser Fall doch immerhin noch mit mehr Recht als ein solcher von Sitophobie bezeichnet werden, als jene Formen der Abstinenz, die wir bei der grossen Mehrzahl unserer Geisteskranken im Uebriegen beobachten, bei denen ein eigentlicher Schauder, ein Schrecken, ein Entsetzen vor der Ingestion von Nahrungsmitteln, wie bei der Hydrophobie vor der Wasseraufnahme, gar nicht vorliegt.

Ferner stehen mir unter den Beobachtungen der hiesigen phychiatrischen Klinik zwei andere Fälle von Nahrungsverweigerung zu Gebote, in welchen sich wiederum die Frage aufwarf, ob der Wortbegriff Sitophobie nicht doch ein Recht in unserer Terminologie besitze.

Leider sind die Krankengeschichten dieser beiden Patienten nicht sehr genau, da die Aufnahme derselben zu einer Zeit stattfand, in der unsere Universitäts-Irrenanstalt noch im vollen Baue stand — für die Kranken wurden nämlich etliche Zimmer provisorisch hergestellt — und eine wissenschaftliche psychiatrische Thätigkeit wegen der Leitung des Baues nicht aufkommen liess. Es liegen daher für die erste Zeit der Beobachtung nur die mündlichen Mittheilungen

des Herrn Professor Emminghaus vor; der spätere Verlauf konnte allerdings von mir nach meinem Eintritt in die Assistentenstelle notirt werden.

Diese Fälle sind in aller Kürze folgende:

Olga R. 26 a. n., aus Eecks in Livland, aus Dorpat gebürtig, hatte eine für ihre Herkunft ungewöhnlich gute Ausbildung erhalten und im 19. Jahre einen Mann von gewöhnlicher, bäuerlicher Bildung geheirathet. In der Ehe, in welcher sie rasch nach einander drei Kinder geboren hatte, lebte sie zuletzt wegen häuslicher Zwistigkeiten, die nach Aussage des Vaters auch mit Misshandlungen seitens des Mannes verbunden waren, sehr unglücklich. Unter solchen Umständen entlief sie dem Manne, begab sich zu den Eltern, wo sie bald unter den Erscheinungen reducirter Ernährung in Irresein verfiel, welches sich durch unmotivirten Stimmungswechsel, bald ernst pathetisches Auftreten und Reden, bald unmanierliches Lachen, Entkleiden zur ungewöhnlichen Stunde und zeitweilige Fluchtversuche zu erkennen gab. Nach einer Besserung, während welcher sie wieder mit dem Manne zusammenlebte und erneute Zwistigkeiten vorfielen, verschlimmerte sich wieder die Geisteskrankheit. Zwei Jahre später wurde sie von dem Manne zu den Eltern zurückgebracht. — Bei der Aufnahme in die Klinik war Stupor vorhanden, der bald einem tobsüchtig nymphomanischen Verhalten mit Unreinlichkeit wich. Wegen hartnäckiger durch eine halbe Woche hindurch fortgesetzter Abstinenz wurde die künstliche Ernährung mit Fleischpancreasclistiren begonnen, doch war ein Behalten

der injicirten Massen bei der Kranken nicht zu erzielen. Da unter dem Einfluss der mit Stupor sehr rasch abwechselnden heftigen Tobsuchtspasroxysmen die Ernährung sehr schnell sank, wurde die Sonde zum Zwecke der künstlichen Fütterung eingeführt und gleich beim ersten Male zeigte sich, dass dieselbe in der Höhe des alleruntersten Oesophagusabschnittes, dicht über der Bardia, auf ein unüberwindliches Hinderniss stiess, das den Gedanken an irgend einen Erfolg der künstlichen Ernährung gar nicht aufkommen liess.

Bei Tags darauf erneutem Versuche trat derselbe Effect ein. Es wurde jetzt ruhig gewartet und diese exspectative Behandlung mit stetigem Vorsetzen von Essen und Zureden hatte den Erfolg, dass die Kranke bald auch wieder anfing Nahrung zuerst nur sehr wenig, schliesslich reichlicher zu sich zu nehmen und ihr Körpergewicht sich hob.

Der weitere Verlauf des psychischen Krankheitsprocesses interessirt uns in Details hier nicht; er gestaltete sich im Ganzen als Nymphomanie mit zahlreichen hysterischen Symptomen und Uebergang in geistige Schwäche.

Von Nahrungsverweigerung und Deglutitionsstörungen wurde späterhin nichts mehr bemerkt. Pat. war sogar gefrässig und nahm stark an Körpergewicht zu, bis sie als unheilbar aus der Klinik entlassen wurde.

Der zweite Fall ist folgender:

Joseph L. 19 a. n. aus Kawast in Livland gebürtig. Die Anamnese berichtet von Misshandlungen, von denen man nicht wusste, ob sie vor

den Beginn der Psychose oder bereits schon in die Anfangszeit derselben gefallen waren, von angstvollen Flüchten vor Hunden, die auf den Kranken gehetzt worden waren und von Schlägen, die er erhalten hatte.

Bei der Aufnahme ging Pat. noch träge, von Anderen geschoben; zu Bette gebracht verfiel er in Stupor, liess sich noch einige Male mit dem Löffel füttern, wobei er immer geringe Quantitäten von Suppe und was darin suspendirt war zu sich nahm. Nach einigen Tagen lag vollständige Abstinenz vor. Schon war jener süßlich — stechende an Chloroform erinnernde Geruch aus dem Munde vorhanden, welchen die aufmerksame Untersuchung so leicht bei Nahrungsverweigerung frühzeitig vorfindet; es wurde wieder wegen hartnäckiger Abstinenz, die mehrere Tage hindurch währte, die Sonde zum Zwecke der künstlichen Fütterung eingeführt. Nachdem sie einmal nicht ohne Schwierigkeiten bis in den Magen — ausweislich jener bekannten Nachmessung durch Biegung der Sonde im Sinne der Körperform — gelangt und Nahrung eingegossen worden war, blieb sie das nächste Mal von einem rapid anwachsenden Hindernisse aufgehalten der Schätzung nach gerade über der Bardia stehen und jede Aussicht auf erfolgreiche Ernährung war durch diese Procedur beseitigt. Da der Kranke in einem beträchtlichen Stupor mit Abschwächung aller Reflexe verharrte, wurden Fleischpancreas-clistire angewendet, die er bei seinem passiven Zustande auch stets behielt. Auch hier interessiren uns

die Einzelheiten des weiteren Krankheitsverlaufes nicht; er gestaltete sich wie bei der vorhergehend erwähnten Kranken ungünstig, in dem secundärer Schwachsinn eintrat, innerhalb welches der Kranke vorzügliches Schlingvermögen, gesteigerten Appetit hatte und an Körpergewicht beträchtlich zunahm.

In beiden Fällen haben wir also anamnestisch depressive, durch rohe Behandlung der jugendlichen Kranken — sei es vor dem Beginne der Psychose oder in deren erstem Anfangsstadium — herbeigeführte Gemüthsbewegungen zu notiren und die Beobachtung in der Anstalt ergibt Nahrungsverweigerung, als deren realer, der objectiven Untersuchung sich offenbarenden Grund eine Neigung zu spasmodischen Contractionen des Oesophagus in dessen unterstem Theile bei der Einführung der Schlundsonde sich heraustellt.

Was die Sonde bei ihrem Eindringen in die Speiseröhre erzeugte, wird doch wohl auch der geschluckte Bissen herbeigeführt haben: eine reflectorisch ausgelöste krampfartige Zusammenziehung der Ringmuskulatur dieses Rohres.

Es ist wohl eine berechtigte Annahme, dass diese Kranken auch sitophobisch waren, d. h. Angst vor der Ingestion von Nahrung hatten, ohne doch in ihrem regungslosen Zustande, und eben wegen dieses Zustandes die äusseren Zeichen des sitophobischen Anfalles darzubieten, ohne auch in ihrem geisteskranken Zustande spontan und auf Befragen (sie waren „Mutacisten“) eine Angabe über die Gefühle machen zu können, welche der Schlingversuch etwa als Constrictionsgefühle hervorbrachte.

Diese beiden Fälle führen uns ohne Weiteres auf den Krampf des Oesophagus, der in dem zuerst angeführten Falle sicher ausgeschlossen war, da die Sonde dort auf keine Spur von Hinderniss stiess. Wir dürfen jetzt bei dieser Neurose, da dieselbe für die Pathogenese der Nahrungsverweigerung der Irren entschieden wichtig ist, wohl einen Augenblick verweilen.

Dieselbe wurde zuerst von Fr. Hoffmann im Jahre 1761, dann wiederum durch Romberg, Bamberger, Hamburger, Oppolzer, v. Ziemssen und Zencker genauer beschrieben.

Da der Raum eine längere Darstellung nicht zulässt, so sei es gestattet in möglichster Kürze, ohne auf die Autoren näher einzugehen, die Symptome, die Aetiologie, die Prognose und die Therapie dieser Krankheit anzuführen.

Der Krampf der Speiseröhre (Spasmus Oesophagi, Oesophagismus, Dysphagia spasmodica, Angina convulsiva, Rétréissement spasmodique, Stenosis spastica fixa et migrans, Brampus oesophagi) tritt in leichteren oder schwereren Formen auf.

Im ersten Falle beobachtet man eine leichte Dysphagie, die nach Angabe der Kranken gewöhnlich mit einem schmerzhaften Gefühl von Zusammenschnürung und von Brennen im Halse oder in der Brust verbunden ist. Der Schmerz ist oft intensiv und von Würgen begleitet. Das Schlucken kann ziemlich bedeutend erschwert sein; die Speisen gelangen bis in den Magen, oft werden sie jedoch unter heftigem Ructus zurückgeschleudert. Dieser Anfall

entsteht plötzlich, oft beim Versuch irgend etwas von Nahrung zu sich zu nehmen, oft aber auch spontan und verschwindet wieder ebenso plötzlich, häufig blos nach Secunden bis Minuten langer Dauer, um entweder nach einiger Zeit wiederzukehren, oder auch um nie mehr zu erscheinen.

Bei der schwereren Form sind dieselben Symptome vorhanden, aber die Kranken klagen oft über das Gefühl eines fremden in die Speiseröhre eingekelten Körpers und als gewöhnliche Begleiter dieser Form erscheinen heftige Beklemmung des Athems, Angst, Erstickungsanfälle, Krämpfe der Inspirationsmuskeln und ein äusserst heftiger Schmerz. Das Gesicht verfällt oft, der Hals ist geschwellt, der Puls klein und frequent, die Halsmuskeln, besonders der Sternocleidomastoidei und der Trapezi, sind meist stark contrahirt, auch Delirien und Convulsionen werden manchmal dabei beobachtet. Zugleich ist die Speichelsecretion und die Schleimentleerung aus dem Munde vermehrt, es gesellt sich, besonders beim Versuch irgend einen Bissen zu schlucken ein starkes Würgen und Regurgitation des Bissens hinzu. Sitzt der Krampf im unteren Theile des Oesophagus, so wird der Schmerz meist zwischen den Schultern localisirt. Gewöhnlich hält der Krampf in diesem Falle längere Zeit an, weshalb die Ingesta auch fast immer zum Munde wiederum herausbefördert werden. Die Sonde weist gewöhnlich ein unüberwindliches Hinderniss auf, das freilich sich bald lösen kann, um ebenso bald wiederzukehren, während in der leichteren Form in der Regel durch die Einführung der Sonde eine Lösung des Krampfes erzielt wird.

Bezüglich der Aetiologie dieser Störung ist zu bemerken, dass es sich meist um Personen von schwächerer Constitution, sehr reizbarer Natur und zu Nervenkrankheiten disponirte Individuen handelt. Wir finden daher den Oesophaguskrampf häufig als Theilerscheinung der Chorea, des Tetanus, der Neurasthenie, der Epilepsie, der Hysterie und natürlich auch der spontanen Hydrophobie, ferner bei Psychosen, Melancholie, bei Krankheiten, die die Ernährung des Körpers sehr stark in Mitleidenschaft ziehen, ja selbst bei sehr schmerzhaften Operationen und schweren Geburten sehen wir ihn auftreten.

Dann führen die Autoren noch Uterinreize, Knickungen des Uterus, Leucorrhœ, Fibroide, Ovariengenerationen, Gehirnerkrankungen und besonders Affectionen des Bervicaltheils des Rückenmarks an und behaupten, dass diejenigen Personen, die an den genannten Krankheiten leiden, besonders leicht, wenn starke Gemüthsbewegungen auf sie einwirkten, von dem Krämpfe des Oesophagus befallen würden.

Die Erkennung der reinen Neurose bietet oft erhebliche Schwierigkeiten und vielfach kann nur eine längere Beobachtung und eine sorgfältige Ausschliessung anderer Ursachen des Phänomens den wahren Sachverhalt aufhellen. Besondere Werth wird man in dieser Hinsicht auf den Nachweis einer Disposition zu Spasmen überhaupt zu legen haben, auf Neuralgien, auf das auffallsweise Auftreten des Krampfes, das meist durch einen Schlingact und Gemüthsbewegungen hervorgerufen wird, zwischen welchen Anfällen längere oder kürzere freiere Intervalle mit vollständiger Integrität des Schlingvermögens liegen

und ganz besonders auf das Ergebniss der Sondenuntersuchung.

Die Prognose kann bei der reinen Neurose als durchaus günstig bezeichnet werden, in sofern die meisten Fälle rasch geheilt werden und selbst bei langjährigem Bestande der Störung doch nicht den Tod herbeigeführt haben.

Die Dauer der einzelnen Anfälle ist sehr verschieden: sie können Minuten, Stunden, Tage währen, selbst eine Persistenz desselben durch Wochen und Monate ist beobachtet worden.

Die Therapie hat sich einerseits gegen die allgemeine Nervosität zu richten und andererseits den Sitz des Krampfes in Angriff zu nehmen. Vor Allem ist nach der Erfahrung der Kliniker eine Abstumpfung der Irritabilität des Oesophagus durch häufige Sonden einföhrung und die Darreichung grosser Dosen Bromkalium herbeizuführen. Auch die Galvanisation des Vagus am Halse kann versucht werden.

Noch sei erwähnt, dass Guislain sehr wohl den Krampf des Oesophagus als Ursache der Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken gekannt hat, wie aus seiner Aufzählung der zu überwindenden Hindernisse der Nahrungsaufnahme bei der Zwangsfütterung mit der Schlundsonde auf Seite 496 seines angeführten Werkes hervorgeht. Daselbst sagt er: „Eine convulsivische Contraction des Oesophagus, besonders durch Einföhrung der Schlundsonde hervorgerufen, macht es unmöglich, dass dieses Instrument oder Nahrung herabsteigt.“ Um so mehr ist es zu verwundern, dass er den Ausdruck Sitophobia gleich der Bezeichnung Nahrungsverweigerung gesetzt hat.

Nachdem ich jetzt mit den mir zugänglichen literarischen Hülfsmitteln der Neurose, welche mir in manchen Fällen von hartnäckiger Nahrungsverweigerung der Geisteskranken eine Complication von maasgebender Bedeutung für das Auftreten dieses Symptomes zu sein scheint, die gebührende Rücksicht habe angedeihen lassen, gehe ich zur Betrachtung eines Falles über, der wie mir scheint den Zusammenhang zwischen dem, was ich echte Sitophobia nenne, und dem Krampfe des Oesophagus schlagend beweist.

Der Fall ist folgender:

Karl K. 16 a. n., den 2. Februar 1883 in die Dörptsche psychiatrische Klinik aufgenommen, stammt von gesunden Eltern. Der Vater ist 45 a. n., die Mutter 40 a. n.; beide leben. Ein Bruder des Patienten ist an einer Kinderkrankheit gestorben. Die übrigen Geschwister sind gesund. Weder in der Ascendenz noch in der Seitenverwandtschaft sind Geistes- oder Nervenkrankheiten zu constatiren.

Die ursprüngliche körperliche und geistige Anlage des Pat. war eine gute. Er war gesund, kräftig, munter und aufgeweckt. Die Dentition trat zur rechten Zeit ein, das Gehen lernte er schon am Ende des ersten Jahres.

Als Kind war er gehorsam und verträglich, suchte gern Spielgenossen auf und zeigte ein munteres Wesen. Die Schule besuchte er mit Erfolg, wies guten Fleiss auf und machte recht schnelle Fortschritte.

Krank ist Pat. bis zum Ausbruch vorliegender Affection nicht gewesen.

Vor etwa 3 Jahren trat plötzlich im Wesen des Pat., ohne dass eine specielle Ursache angegeben werden kann, eine Aenderung ein. Er zog sich in der Schule von seinen Kameraden zurück, wurde auffallend still, hörte auf zu lernen, sprach wenig und verworren und schlief viel, ass wenig, klagte aber niemals über irgend welchen Schmerz. Er musste in Folge dieser Krankheit die Schule verlassen: nachdem er in der Schule noch systematisch von seinen Mitschülern geneckt und gehänselt worden war. Eine Bethätigung dieser Neckereien bestand darin, dass die Knaben den Kranken mit Häringsköpfen warfen, was ein Zeichen der höhnenden Verachtung sein sollte.

Zu Hause trat bald eine Besserung ein. Es zeigte sich ein geringerer Grad von Verworrenheit, die starke Arbeitsunlust, die in der ersten Zeit noch anhielt, liess auch bald nach und nach einiger Zeit trat wiederum geistige Klarheit ein.

Seit ungefähr einem Jahre begann wiederum Verworrenheit, vollständige Interesselosigkeit, Apathie und Appetitlosigkeit. Pat. vernachlässigte die Körperpflege, Speichel floss aus dem Munde, Schleim aus der Nase, Urin und Kot liess er unter sich, wenn er nicht zeitig auf den Abort geführt wurde.

Auf Fragen gab er zuerst keine, späterhin wohl Antworten, spontan sprach er jedoch nie.

Die Stimmung war ununterbrochen deprimirt.

Beim Versuche zu essen benahm sich Pat. sehr aufgeregt; er erklärte die Speisen nicht hinunter zubekommen, da er durch eine von unten nach

oben gehende, in der Richtung des Sternums verlaufende Bewegung am Schlucken verhindert werde. Es wurde berichtet, dass er eine Zeit lang Alles, was er zu sich genommen, sofort wiederum habe erbrechen müssen.

Pat. ist von mittlerem Wuchse, schmächtiger Musculatur und reducirtem panniculus adiposus. Die Haut ist schlaff, blass, mit einem Stich ins Graue. Von den sichtbaren Schleimhäuten sind die Conunctiven geröthet und etwas verdickt, die Mundschleimhaut blass. Die Pupillen gleich gross, von mittlerer Weite, reagiren auf Lichteindrücke gut. Die Iris blau, zeigt einen deutlichen, nicht ganz regelmässigen Ring von etwas dunklerer Farbe in der Umgebung der Pupille.

Der Schädel ist gleichmässig gebaut und giebt folgende Maasse:

Diameter nasooccipitalis	16,5	Cm.
Por. acust. ext.	12,5	"
Proc. zyg. oss. front.	12,0	"
Diameter bitemporalis	14,0	"
Diameter biparietalis	14,0	"
Diameter mentooccipitalis	22,0	"

Die Gesichtsbildung normal, die Oberlippe stark vorgestreckt, die Unterlippe eingezogen, der ganze Kopf nach vorn und unten gesenkt, die Augen in starker Convergenzstellung. Der Hals ziemlich lang, an der Schilddrüse nichts Abnormes wahrnehmbar. Die Arme pronirt und gebeugt, die Hände in einander gelegt, in der Mittellinie des Körpers fixirt; das Abdomen ziemlich aufgetrieben.

Beim Stehen lehnt Pat. das rechte Bein an das linke, so dass Ober- und Unterschenkel sogar etwas auf den Rücken der linken Unterextremität zu liegen kommen. Die Füsse zu einander in Convergenz stehend zeigen rechts Valgus- und links Varusstellung. Der Gang ist schlotternd; der äussere Eindruck des Pat. ist derjenige des Stupors.

Die Lungengrenzen sind normal, verschieben sich bei der Inspiration ausgiebig. Ueber die clavicular ragen die Lungenspitzen etwa 4 Cm. empor. Die Percussion rechts über der Clavicula ergiebt unbedeutend gedämpften Schall. Die Auscultation weist vesiculäres Athmen überall auf, das jedoch nicht sehr stark hervortritt. Die Respirationsfrequenz ausserhalb der Anfälle beträgt etwa 20—24 p. M.

Betrachtet man die Herzgegend bei günstiger Beleuchtung, so sind ganz deutlich die Contraktionen desselben, so weit das Herz von Lungen nicht bedeckt ist, wahrzunehmen und ihr peristaltisches Fortschreiten zu verfolgen. Die obere Herzgrenze liegt auf der 4. Rippe, die Spitze über der 5. Rippe, etwa 1 Cm. einwärts von der Mammilla; nach der Mittellinie hin bildet die Parasternallinie die Grenze. Die Herztöne sind rein, nur der zweite Aortenton ist etwas accentuiert. Auscultation in der Gegend des Manubrium sterni lässt deutliches Venensansen hören. Die Pulszahl schwankt zwischen 85 und 95, die radialis fühlt sich weich an, der Puls ist von mittlerer Völle und Härte.

Aus den Mundwinkeln fliest anhaltend fadenzichende Flüssigkeit aus, die Zunge ist etwas belegt, die Rachenschleimhaut intensiv bläulich roth verfärbt, geschwelt und mit zähem Schleim bedeckt, die Tonsillen etwas hypertrophisch.

Die Leber hat normale Grenzen, die Milz zwischen der 9. und 11. Rippe, etwa 4 Cm. vor dem Ende der 11. Rippe aufhörend. Der Stuhl erfolgt regelmässig, doch ist es nöthig, Pat. auf den Abort zu führen, um Unreinlichkeiten zu verhüten, welche zu Hause und auch in der Klinik bereits vorgekommen waren.

Am Urogenitalapparat bemerkt man bis auf die Grösse des penis nichts Auffallendes. Der Urin ist hell, klar, von gelber Farbe, ohne jede Spur einer Trübung. Die tägliche Quantität betrug ca. 1000 Ccm. Am Nervenapparate ergiebt die Prüfung der Nerven und Muskeln mit dem galvanischen und faradischen Stromen in ihrer Reaction keine Abweichung und beiderseits dieselben Resultate.

Alle willkürlichen Handlungen des Kranken sind von eigenthümlichen, unzweckmässigen, ja störenden Mitbewegungen begleitet. Am deutlichsten ist dieses bei Actionen, die eine gewisse Anstrengung kosten: z. B. das Anziehen der Stiefeln bringt in excessivem Grade jene trampelnden Bewegungen hervor, von denen noch die Rede sein wird. Ebenso das Urinlassen, welches der Kranke sonderbarer Weise so bewerkstellt, dass er die zugehaltene Vorhaut mit Urin füllt und diesen dann durch Loslassen des Präputiums abfliessen lässt.

Der Versuch mit dem Löffel zu essen führt zu gar keinem Ziele: alle vier Extremitäten und der Rumpf sind in anhaltender, ungeordneter Bewegung und wenn es auch dem Kranken gelingt den Löffel in die Suppe zu bringen und zu schöpfen, so verschüttet er doch den ganzen Inhalt des Löffels sofort wieder, da heftige Stösse in der Streckmusculatur der Oberextremität auftreten, sobald die Intention den Löffel zum Munde zu führen eintritt. Die Untersuchung der Tast- und Schmerzempfindlichkeit ergibt keine brauchbaren Resultate, da der Kranke oft gar keine Antworten giebt. Erheblich scheint sie jedenfalls nicht alterirt zu sein. Klopfen auf die Hals- und Brustwirbelsäule ist nicht schmerhaft. Die äussere Erscheinung und das ganze Verhalten des Kranken bietet ein sehr eigenthümliches, allerdings aus der Beschreibung nur unvollständig hervorgehendes Bild: Er blickt meist mit etwas nach vorn gebeugtem Kopfe, flectirten Oberarmen und flectirtem rechten Beine dastehend auf den Fussboden. Der Mund ist geöffnet, die Gegend des Musculus mylohyoideus springt stark hervor, aus dem Munde tröpfelt Speichel, den er selbst nicht abwischt. Auch das durch bestehenden Schnupfen vermehrte Secret der Nase lässt er unbeachtet ablaufen. Auf Fragen antwortet er ohne aufzublicken sehr hastig mit monotoner und tiefer Stimme, ohne einen bestimmten Wort- und Satzaccent. Die Antworten sind sachlich und klar.

Schon beim Versuche, ihm ein Stück Weissbrod in die Hand zu geben, beginnen Unruhe und

Zucken in den Händen und Schultern und leicht trampelnde Bewegungen der Beine gesellen sich dazu. Nach einigem Zögern greift er zu, hält das Brod in einiger Entfernung von dem Munde, stiert es wiederum an, indem er mit stark convergirenden Augen eine kleine Stelle zu fixiren scheint. Die Athmung beschleunigt sich bis zur unzählbaren Frequenz, er athmet factisch wie ein Hund zur heissen Sommerzeit, der einen hastigen Lauf gemacht hat; dabei ist ein sehr schwaches inspiratorisches Larynxgeräusch aus der Entfernung zu vernehmen. Bald dreht er hastig das ursprünglich mit einer Hand gehaltene Brod in beiden Händen herum, als ob er sich eine geeignete Stelle zum Zubeissen aufsuchen wollte, fixirt dann wiederum dasselbe viele Secunden ohne zuzubeissen.

Während solcher Ruhepausen bleibt die Athmung wie sie war, es kommen greifende, fassende Bewegungen der freien, meist linken Hand nach dem Kopfe vor, die stets denselben Typus wahrnehmen lassen. Nach mehreren derartigen Wendungen des Brodes und langem Fixiren einer Stelle, beißt er endlich, während immer von Neuem die Aufforderung „iss“ an ihn ergangen, mit grosser Hast und wahrhaft verzweifeltem Gesichtsausdrucke zu und reißt förmlich mit den Zähnen ein nicht unansehnliches Stück aus dem Brode heraus. Beim Zubeissen tritt eine besonders starke Beschleunigung der Athmung ein, die trampelnden Bewegungen der Beine und die Spannung der Sternocleidomastoidei, sowie der sternohyoidei-

und sternothyreoidei bei Bewegung des Kopfes nach hinten erreichen ihre Höhe. Dem Abreissen des Bissens folgen einige sehr hastige Kaubewegungen, während welcher die Spannung der Halsmuskeln bestehen bleibt. Dann ist plötzlich nach einer momentanen Verziehung des Gesichts mit ängstlichem Stieren der convergierenden Augen auf das Brod wieder Ruhe. Der Bissen ist entweder schon geschluckt oder liegt noch, ohne das gekaut wird, im wieder geöffneten Munde. In letzterem Falle erfolgt die Schlingbewegung erst nach starkem Zureden „iss, iss“ und ein Paar abermaligen hastigen Kaubewegungen unter einer Verziehung des Gesichts und mit einer Streckung des Nackens.

Zum Abbeissen eines neuen Stückes sind neue continuirliche Zurufe „iss“ nöthig. Das Abbeissen, Kauen, Schlingen, alles mit einer unbeschreiblichen Hast geschchend, erwecken den Eindruck, als ob der Kranke Hunger habe und die durch fremden Willen erzwungene Ingestion von Nahrung angenehm empfinde.

Giebt man ihm ein Gefäss mit Wasser, so sind dieselben Erscheinungen vorhanden, jedoch in viel geringerem Grade. Er nimmt das Wasser rückweise in den Mund und schlingt mit ungeheurer Hast, doch bedarf es zur Fortsetzung der Ingestion nicht so energischen Zuredens, wie beim Essen.

Das Deglutitionsgeräusch ist an allen Stellen des Oesophagus und am Magen normal zu hören.

wendung kalter Abklatschungen statt. Nur die Sondenuntersuchungen hatten noch immer die bereits erwähnten Erscheinungen zur Folge, die bald intensiver, bald schwächer hervortraten. Das eine Mal betrug die Entfernung 37 Cm. und das andere Mal 49 Cm.

Unterdessen hatte sich der Zustand des Kranken gebessert.

Das Essen konnte er schon ziemlich leicht verschlucken, nur die ersten Bissen schienen noch ziemlich viel Mühe zu machen. Die Speichelsecretion war gering geworden, der Rachencatarrh fast verschwunden. Bei einer erneuten Sondenuntersuchung erschien Pat. noch immer ziemlich erregt. Er bat, man möge ihn nur ja nicht festhalten, da das Einführen der Sonde ihm viel weniger unangenehm sei, wenn er frei dastehe und die Procedur spontan geschehen lasse. Aber er machte doch lange Zeit heftige Abwehrbewegungen bis endlich die Einführung der Sonde gelang; dieselbe drang leicht in den Oesophagus ein, doch etwa bei 30 Cm. Entfernung von den Schneidezähnen stiess sie auf ein Hinderniss.

Sofort erbrach Pat. eine Menge Schleim und zog die Sonde hastig zurück, weil er eben starken Schmerz daselbst zu empfinden angab.

Nachdem noch einige Sondenuntersuchungen vorgenommen worden waren, gab Pat. schliesslich an, dass dieselben keinerlei unangenehme Empfindung mit sich brächten. Auch stiess die Sonde zuletzt gar nicht mehr auf Hindernisse, ging sehr leicht in den Magen und es betrug jetzt die Entfernung der Sondenspitze von den Schneidezähnen 55 Cm.

In der letzten Zeit der neunzehn-wöchentlichen Beobachtung waren zuweilen noch ganz schwache Andeutungen des Anfalls zu sehen; stärker sollen dieselben nach Angabe des Wärters bei Abwesenheit des Assistenzarztes hervorgetreten sein.

Der Zustand des Pat. hatte sich hiernach bedeutend gebessert, als er von den Angehörigen wegen Mangels an Mitteln aus der Klinik genommen wurde, und wenn der Erfolg auch kein vollkommener, d. h. der der Genesung von allen Störungen gewesen ist, so waren die Beseitigung der Unreinlichkeit und die Möglichkeit sich vollkommen zu nähren jedenfalls therapeutische Errungenschaften von grosser Bedeutung. Die Depression der Stimmung und der Mangel an Regsamkeit waren noch, jedoch in erheblich abgeschwächtem Grade, vorhanden; Pat. stand bis zuletzt in der schon besprochenen Haltung da, sprach nicht spontan, gab aber auf Fragen klare und präzise Antworten.

Sein Körpergewicht war von 123 auf 133 russ.
gestiegen.

Die Diagnose Oesophagismus spasticus stützt sich in diesem Falle auf folgende Momente der Anamnese und der Beobachtung:

Auf die Angabe des Pat. die Speisen nicht hinunterzubekommen, da eine von unten nach oben gehende Bewegung in der Richtung des Sternums das Schlingen hindere; auf die Erscheinung, dass die Nahrung zur Zeit der schwersten Affection regelmässig regurgitiert worden ist; auf den Schmerz während der Anfälle und die schon von den Autoren für die schwereren Fälle an-

Gefragt, ob er etwa die Speise für schlecht, vergiftet etc. halte, antwortet Pat. mit einem bestimmten „Nein“, gibt nur an, dass das Schlingen ihm ein unangenehmes Gefühl, Schmerz und Angst verursache. Er habe die Empfindung, als ob in der Brust von unten nach oben sich etwas bewegte.

Auch die Frage, ob der Anblick oder der Genuss der Speisen in ihm eine Ekelempfindung hervorriefe, wurde aufs Entschiedenste verneint.

Die Untersuchung mit der Schlundsonde war zunächst unmöglich. Der Kranke machte die allerheftigsten Abwehrbewegungen und beim Versuch ihn festzuhalten wuchs der Widerstand nur noch mehr. Er behauptete, dass bei Annäherung der Sonde an den Mund dieselbe schmerzhafte Bewegung in der Tiefe der Brust beginne und man hatte alle Ursache die Angabe für richtig zu halten, da alle eben geschilderten Begleiterscheinungen des sitophobischen Anfallen auch bei dem Versuche die Sonde einzuführen sich einstellten.

Der Verlauf der Krankheit gestaltete sich folgendermassen: Die Nahrungsaufnahme konnte nur durch die geduldige Ausdauer eines Wärters von ruhigem Temperament bewirkt werden, der dem Kranken immer zuredete, die vorgesetzte Portion zu verschlucken. Das Deglutitionsgeräusch zeigte ein ganz normales Verhalten. Es dauerte die so bewirkte Fütterung jedes Mal über eine Stunde. Immer waren dabei alle oben geschilderten Erscheinungen vorhanden.

Zugleich sah man dem Pat. an, dass er ein Verlangen hatte die Speisen zu sich zu nehmen und wenn er ohne eine gewisse Beeinflussung seitens des Wärters gewöhnlich nichts genoss, so hatte das eben seinen Grund in dem bereits erwähnten unangenehmen Gefühle.

Die Antworten des Pat. waren klar, Zeit- und Ortsbewusstsein vorhanden und Krankheitsgefühl wurde ausgesprochen. Er sagte, er sei traurig gestimmt. Eine Aenderung in der Entfernung des Speichels konnte man constatiren, in sofern Pat. denselben nicht mehr herabfliessen liess, sondern ihn ausspie.

Beim erneuten Versuche die Sonde einzuführen traten heftige Abwehrbewegungen und heftige allgemeine Unruhe ein. Das Instrument stiess im Oesophagus auf ein Hinderniss, welches 20 Cm. von den Schneidezähnen entfernt war und vom Oesophagus fest umschlossen wurde. Der Rachencatarrh zeigte rasch eine Abnahme bei Anwendung von Höllensteinsolution.

Das Befinden des Pat. war sonst ein ziemlich gutes bis auf eine Diarrhoe, die zur Folge hatte, dass Pat. einen Stuhl unter sich gehen liess. Bald trat jedoch eine Besserung ein.

Auch in den übrigen Erscheinungen konnte man bald eine Aenderung im günstigen Sinne beobachten. Pat. fing an weniger Angst und Aufregung beim Speisen zu offenbaren und mit dem Essen ging es auch schon rascher. Der Rachencatarrh besserte sich mehr und mehr und auch der Allgemeinzustand wurde ein besserer. Es fand An-

wegs behauptet haben, dass dieselbe ausgeschlossen gewesen sei.

Ich will nicht unterlassen, zu erwähnen, dass Sommerbrodt¹⁾ einen Fall anführt, in welchem eine Pharyngitis granulosa die Ursache von Schlingbeschwerden bildete, von denen er glaubt, dass sie auf eine spastische Strictur des Oesophagus zurückzuführen seien.

Der Fall ist folgender:

Ein Mädchen, 21 a. n., litt bereits seit 6—7 Wochen an Schlingbeschwerden, so dass sie zuletzt kaum breiige Nahrung hinunter bringen konnte. Dabei klagte sie über Trockenheit und Brennen im Schlunde und ein Bedürfniss sich zu räuspern. Mechanische Verletzungen, die vielleicht eine Stenosis hätten vermuten lassen können, lagen nicht vor. Das Aussehen der Pat. war etwas anämisch; der Larynx von gewöhnlicher Beschaffenheit und ausser einer ausgebreiteten Pharyngitis granulosa der Befund negativ.

Sommerbrodt vermutet, dass die Schlingbeschwerden auf einer Zusammenschnürung des oberen Oesophagusabschnittes beruhten, die durch einen Reiz des Pharynx, wie ihm ja der Bissen darstellt, hervorgerufen wurde und fand seine Ansicht bestätigt durch die Behandlung, indem sofort nach Einpinselung des Rachens mit Jod. puri, Acidi carb. $\alpha\alpha.$ 1,0, Kalii jodat. 2,0 und Glycerini 100,0 die Schlingbeschwerden deutlich abnahmen und dann schwanden. Zwei Jahre hat Sommerbrodt die Person noch beobachten können, in

1) Berliner klin. Wochenschrift. XII. Jahrg. Berlin 1875
„Ueber zwei seltene Deglutitionshindernisse.“

welcher Zeit sie von den genannten Beschwerden vollkommen frei geblieben ist.

Wie hier die granulöse Pharyngitis Schlingkrämpfe im obersten Abschnitte des Deglutitionsrohres, so könnte vielleicht eine Oesophagitis bei unserem Kranken Spasmen im untersten Abschnitte der Speiseröhre hervorgerufen haben. Aber der wesentliche Unterschied zwischen meinem Falle und dem Sommerbrodt'schen besteht doch darin, dass hier nicht die Intention zum Schlingen einen Krampf des obersten Oesophagusabschnittes erzeugte, sondern erst der eingeleitete Schlingact, während bei dem von mir beschriebenen Kranken schon die Vorstellung von der unmittelbar bevorstehenden Deglutition den Krampf hervorbrachte, der seinerseits wieder den so sonderbaren sitophobischen Anfall auslöste. Dieser Connex von psychischen und spasmodischen Erregungsscheinungen ist das Charakteristische meines Falles: Der Zusammenhang des Oesophaguskrampfes mit der Psychose — der Grosshirn-Erkrankung — liegt hier ganz klar zu Tage. Wir haben bei rein empirischer Betrachtung des Symptomencomplexes einen Fall vor uns, in dem der Versuch Nahrung zu sich zu nehmen einen Krampf im Oesophagus erzeugt. Es ist somit eine der Hydrophobie analoge Erscheinung vorhanden, indem hier die Intention das Wasser, dort diejenige, Festes zu schlingen, einen Krampf des Deglutitionsapparates zur Folge hat.

Die etymologische Beschaffenheit des Wortbegriffes Sitophobie gelangt hier gegenüber dem beobachteten Phänomen zu vollem Rechte. Erinnern wir uns, wie die früheren Autoren den Ausdruck Sitophobie

gegebenen concomitirenden Erscheinungen, wie krampfhafte Spannung der Mm. sternocleidomastoidei, sternohyoidei und thyreo-hyoidei, die Respirationsstörung, durch die über alles Maass gesteigerte Respirationsfrequenz gekennzeichnet, das Gebahren während eines solchen Anfallen: Verziehen des Gesichtes, trampelnde Mitbewegungen der Beine etc. Characteristisch ist ferner das intermittirende Auftreten der Anfälle, das über kurz oder lang eintretende Schwinden derselben, entscheidend aber das Resultat der Sondenuntersuchung, das bald nur das Gefühl des Umklammertwerdens, bald ein unüberwindliches Hinderniss in verschiedener Entfernung von den Schneidezähnen bei den einzelnen Untersuchungen ergab.

Diese wechselnde Höhe, in welcher das Hinderniss angetroffen wurde, beweist, dass es ein wanderndes peristaltisch aufsteigendes Hinderniss war; die Sonde wurde zweifelsohne einmal von dem Krampfe eines tieferen, das andere Mal von dem eines höheren Oesophagussegmentes aufgehalten. Bezüglich der Ursachen des Oesophaguskrampfes hat die Literatur uns hinreichend gezeigt, dass derselbe meistens entweder nervöser Disposition oder psychischer Störung seine Entstehung verdankt. Das letztere Moment finden wir in diesem Falle ja auch vertreten. Ueberblicken wir die Krankengeschichte, so fällt es auf, dass mit dem Ausbruch der Geisteskrankheit auch dieses Symptom zum Vorschein gekommen war und seine höchste Intensität zur Zeit des Höhestadiums der Seelenstörung gehabt hat. Mit dem Nachlassen der Psychose ist auch eine Besserung des Krampfes eingetreten und mit der Genesung von der ersten ist auch der Krampf voll-

ständig geschwunden. Nach einem Jahre bricht die Geisteskrankheit von Neuem aus und wiederum erscheint der Krampf der Speiseröhre, der abermals mit der Besserung der Psychose abnimmt und endlich aufhört. Ich glaube hierin den stricten Beweis für den Zusammenhang des Oesophaguskrampfes mit der Hirnaffection, die sich in der Psychose zu erkennen gab, zu besitzen.

Es könnte sich noch fragen, ob in unserem Falle nicht eine catarrhalische Entzündung der Oesophagus-schleimhaut vorgelegen habe. Der vorhandene Rachen-catarrh, der sich als acute, mindestens subacute Pharyngitis erwies, kann schon die Vermuthung nahe legen, dass eine analoge Affection auch an der Oesophagusschleimhaut vorhanden gewesen sei, welche Vermuthung noch gefördert werden könnte durch die Beobachtung, dass einmal bei der Sondirung des Oesophagus eine Menge Schleim ausgewürgt wurde. Allein es blieb diese Erscheinung bei den nächsten Sondenuntersuchungen aus, es wurde bei diesen der Sonde nicht mehr Schleim anhaftend gefunden als gewöhnlich und im Sondenfenster wurde Eiter nicht bemerkt. Dazu war die Brustwirbelsäule beim Beklopfen nicht schmerhaft und vor Allem war ausserhalb der Schling-versuche gar kein Schmerz in der Tiefe der Brust vorhanden. Auch ein Nachklingen von Schmerzen nach der Sondirung bestand nicht. Wir sind daher jedenfalls nicht genötigt eine Oesophagitis catarrhalis als wesentliche Ursache des Schlingkrampfes, welcher ja bei erheblicheren Graden dieser Affection regelmässig vorkommt in unserem Falle anzunehmen. Ich will aber bei der noch immerhin recht fühlbaren Unsicherheit der Diagnose der catarrhalischen Oesophagitis keines-

Erregbarkeit von Ekelgefühlen, von der Bartelink¹⁾ in seiner Abhandlung redet, betrachten müsste.

Michéa²⁾ berichtet von einem Kranken, der längere Zeit Copaiavabalsam genommen hatte und noch lange nach der Cur bei dem Gedanken an diese Substanz den specifischen Geruch und Geschmack desselben empfand, dabei auch den Ekel und das Würgen wie ehedem, welche mit Erbrechen endigten.

Man musste daran denken, dass in unserem Falle die Schulkameraden, wie sie den Kranken gehöhnt hatten, ihm auch vielleicht widerliche Dinge in den Mund gesteckt und so die Veranlassung zu der eigenthümlichen die Psychose complicirenden Deglutitionsstörung gegeben haben konnten. Der Kranke gab auf Befragen diesbezüglich verneinende Antworten. Auch ass er ja eigentlich gern und liess sich durch fremden Einfluss willig zum Essen bringen. Endlich sagte er bestimmt aus, dass nur das Constrictionsgefühl in der Brust ihm das Essen erheblich erschwere. Wir lernen daraus, dass zwischen dem beim Ekel zuerst von Stich³⁾ und nach ihm von anderen Klinikern⁴⁾ allgemein angenommenen Muskelgefühl, das in die Oesophagus- und Pharynxmusculatur verlegt werden muss und dem Zusammenschnürungsgefühl bei Oesophaguskrampf ein qualitativer Unterschied besteht.

1) Bartelink, Ueber psychologische Bedeutung bei Appetits-Störungen. Dissert. München 1876.

2) Michéa, Du delire des sensations. Paris 1846.

3) Stich, Annalen der Charité. VIII. (1858.) Heft 2. S. 32.

4) Leubbe, v. Ziemssen's Handb. der spec. Path. u. Ther. Leipzig 1878. Bd. 7. 2. Hlfe. S. 21.

Diesen Sachverhalt deutet auch der einzige Fall an, welcher mir in der bisherigen psychiatrischen Literatur bekannt geworden ist, der dem meinigen sich einigermassen zur Seite stellt. Es ist die folgende Beobachtung von Zenker¹⁾:

Zenker berichtet von einem Manne, der zu Anfang seiner Behandlung in der Irrenanstalt die Nahrung verweigerte; und dieses zwar nicht in Folge von Wahnvorstellungen oder aus Neigung zum Suicidium, vielmehr aus Furcht vor der Deglutition, die ihm „einen Krampf im Halse und Pein“ verursachte. Liess man ihn nach dringlichen Vorstellungen und unter der Drohung, man werde ihn füttern, falls er nichts geniesse, mit seinem Essen allein, dann führte er kleine, mit Daumen und Zeigefinger abgebrochene Brocken in den Mund ein und brachte selbst einen solchen Bissen nach wiederholtem Schlucken unter Augenverdrehen und Halsrecken noch hinunter. Dagegen misslang jeder Fütterungsversuch und zwar um so vollständiger, je entschiedener der selbe in's Werk gesetzt wurde. Mit sichtbarer Hast und Angst machte Pat. dann Schlingversuche, der Bissen gelangte bis zum Rachen, dann aber war der Weg, offenbar durch Spasmus im obersten Theile der Speiseröhre abgeschnitten: obgleich sich der Kehlkopf regelrecht hob, so erfolgten statt des Abschluckens bald Würgbewegungen, Husten und Speien. Ganz allmäh-

1) Zenker, Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. XXVI. S. 514.
Berlin 1869.

gebraucht haben, so ergiebt sich zumeist eine Identification desselben mit Nahrungsverweigerung, als deren Ursache ausser der vermuteten instinctiven Aversion, die keine weitere Deutung zulässt, vor Allem Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen (Versündigungs-, Verfolgungs- und besonders Vergiftungswahnideen) und noch der pathologische Ekel angeführt werden können, ja müssen.

Bei genauer Analyse solcher Fälle findet man, dass keine Scheu vor der Nahrung als solcher vorhanden, sondern dass vielmehr eine falsche Voraussetzung das Wesentliche bei diesen Anomalien ist.

Angenommen den Fall, der Kranke verweigert die Nahrung, weil er etwa auf den vorgesetzten Kartoffeln Gesichter sieht, so sind die Kartoffeln speciell nicht die Ursache der Nahrungsverweigerung, sondern eine optische Täuschung. Der Kranke identificirt die Kartoffeln in Folge dieser Täuschung nicht mit dem Begriffe Nahrungsmittel, er hält sie für etwas Ungeñessbares — aber Schauder erregt ihm der Eindruck dieses Nahrungsmittels sicherlich nicht.

Ebenso verhält es sich auch mit anderweitigen Sinnestäuschungen. Hallucinirt der Kranke z. B. den Ruf, er solle nicht essen, so verweigert er nicht die Nahrung als solche aus Scheu vor derselben, sondern sein Denken wird durch jene Hallucination ganz imperativ beherrscht, es wird ihm vielleicht recht schwer die Appetenz auf das Essen zu bezwingen.

Hier wäre also, wenn das letztere der Fall wäre, das Gegentheil von Sitophobie, gerade Lüsternheit, wie bei so vielen durch Fasten sich casteienden Melancholicern, vorhanden.

Dasselbe finden wir bei den Vergiftungsideen, oder genauer gesagt den Wahniddeen des Vergiftet-Werdens. Wenn der Kranke wähnt, dass Gift in den Speisen sei und deshalb abstinirt, so ist auch hier die Speise selbst nicht Ursache, dass sie zurückgewiesen wird, sondern eben das wahnhaft gefürchtete Gift. Die Gefühlserregung ist hier Furcht vor Schaden an Leben und Gesundheit, nicht Schauder, Entsetzen vor der Nahrung bezüglich ihrer wirklichen Beschaffenheit.

Es ist ohngefähr dasselbe als wenn ein Durstiger, der das Glas um zu trinken in die Hand nimmt, plötzlich beim Rufe „Gift“ dasselbe absetzt und lieber den heftigsten Durst erträgt, als dass er davon tränke.

Wirklicher Schauder und Entsetzen stellen sich bei so begründeter Nahrungsverweigerung natürlich erst ein, wenn die forcirte Fütterung versucht wird.

Etwas Anderes aber ist es, wenn der Kranke wähnt, dass das Essen seiner Substanz oder seiner Zubereitung nach unrein oder dergleichen sei, wenn er wähnt, es sei Menschenfleisch statt Thierfleisch vorgesetzt, es sei die Speise mit excrementiellen Stoffen vermischt, es seien Haare oder Ungeziefer darin.

Hier kann Schauder und Entsetzen vor der Speise entstehen, aber das wesentliche, maasgebende Gefühl ist nicht Furcht sondern Ekel.

Es erhebt sich jetzt die Frage, ob etwa in unserem Falle der Ekel eine Rolle gespielt habe.

Da bei psychischen Störungen allerlei Anomalien der Gefühle vorkommen, so hätte man auch bei unserem Kranken daran denken können, eine Anomalie, welche man als eine pathologisch gesteigerte

Dass aber auch der Psychiater selbst, von seinem specialistischen, das No-restraint überall als Grundprincip anerkennenden und verfechtenden Standpunkte aus die Sondenernährung nicht so absolut verwerfen soll, wie manche verlangen, beweist mir ein von Dr. Andresen¹⁾ in seiner Dissertation angeführter in hiesiger psychiatrischer Klinik beobachteter Fall, der einen jungen Mann betraf, welcher um den Tod zu erzwingen hartnäckig abstinirt hatte und kurz vor seinem an käsiger Pneumonie erfolgenden Tode ganz klar und gesprächig wurde. Er theilte da spontan mit, dass ihm in seiner Krankheit nichts so angenehm gewesen, als die Fütterung und Tränkung durch die Sonde, namentlich das Eingiessen von Flüssigkeiten, besonders starken Weines, wodurch ihm Lösung des quälenden Durstes und ein Zustand hochgradiger Euphorie zu Theil geworden sei.

Wenn es nun auch nicht möglich ist, den beschriebenen Fall von echter Sitophobie pathologisch-physiologisch vollkommen zu erklären, so halte ich es doch für meine Pflicht, Rechenschaft über meine Auffassung des Sachverhaltes vom klinischen Standpunkt aus zu geben.

Ich habe den Oesophaguskrampf in eine Abhängigkeit zu der vorhandenen Psychose gebracht und da fragt es sich jetzt, mit welchem Rechte?

Um diesen Zusammenhang zu erweisen, ist es vor Allem nothwendig, die Einflüsse der Centralorgane auf

1) A. Andresen, Ueber die Ursachen der Schwankungen im Verhältniss der Blutkörperchen zum Plasma. Dorpat, 1883. S. 39.

die Oesophagusbewegungen darzuthun; denn erst dadurch erhält der Erklärungsversuch Grund und Boden.

Der physiologische Einfluss der Centralorgane auf die Innervation des Oesophagus tritt in Affecten zu Tage und es sind besonders die traurigen Gemüthsstimmungen, die das Schlingvermögen alteriren.

Domrich¹⁾ sagt: „Durch die traurigen Gemüthsbewegungen wird die Energie des Nervensystems in allen seinen Functionen herabgesetzt, nur einzelne Partien bleiben in krampfhaft erhöhter Thätigkeit Ist man bei traurig bewegter Gemüthsstimmung, dann schnürt sich der verschluckte Bissen und man fühlt das langsame Fortrücken desselben zum Magen als schmerzhaften Druck und bringt ihn nur mit Mühe herunter. . . .

Mit Ausnahme des Herzens sind alle vom Vagus beherrschten Muskeln, Schlund und Speiseröhre, Kehlkopf und Bronchien mehr oder weniger krampfhaft zusammengezogen.

Aehnlich äussert sich auch Krebel²⁾.

Eine volksthümliche Erfahrung, welche bereits Fr. Hoffmann³⁾ anzuführen nicht unterlässt, ist die, dass vor Schreck „der Bissen im Halse stecken bleiben kann.“

Nicht minder wichtig wäre der Umstand, dass Gemüthsstimmungen mit gehobenem Selbstgefühl, wie

1) Domrich, Die psychischen Zustände. Jena 1849. S. 295 und weiter.

2) Krebel, Versuche über den Tod durch psychische Vorgänge. Diss. Dorpat. 1866.

3) Fr. Hoffmann, Opera omnia. Tomus tertius. Genevae 1761. Cap. V. pag. 130.

lich gewöhnte sich der Kranke an die wirkliche Aufnahme von Nahrung und ass späterhin Alles, was ihm zum Essen gereicht wurde.

Es ist offenbar in diesem Falle — schade dass es nicht geschah — eine Sondenuntersuchung des Oesophagus nicht vorgenommen worden; aber ich glaube die Beschreibung des Falles spricht hinlänglich für das Bestandenhaben von Oesophaguskrampf und aus diesem resultirender Angst vor der Nahrungsaufnahme.

Ich constatire also jetzt, dass es bei Geisteskranken einen Symptomencomplex giebt, den man unabwischlich als echte und wahre Sitophobie bezeichnen muss, wobei nicht instinctive Aversion gegen Nahrungsaufnahme, nicht Absicht sich zu casteien, nicht Furcht vor Gift, nicht Ekel vor Unsauberkeit der Nahrung — sondern ein bei dem Bewusstwerden des Bevorstehens des Deglutitionsactes sich einstellender Krampf im Schlingapparate selbst die klinische Elementarerrscheinung ausmacht, auf welche Alles ankommt.

Bei dieser Gelegenheit glaube ich noch auf einen Punkt, wenn er auch geradezu nicht mein Thema berührt, hinweisen zu müssen.

Er betrifft die Frage der Zwangsfütterung und die Untersuchung mit der Sonde.

Es fragt sich sehr, ob man so weit gehen dürfe, diese, wie manche wollen, ohne weiteres zu verwerfen, um dem Principe des No-restraint treu zu bleiben. Die künstliche Ernährung und die Sondenuntersuchung muss ich als unbedingte Postulate einer rationellen Therapie hinstellen, weil die Ernährung doch eine der allerwichtigsten Agentien zur Heilung der Psychosen ist und oft

durch ein Abwarten, bis der Kranke anfängt zu essen, nicht allein dem Gehirn, sondern auch dem übrigen Körper Schaden zugefügt werden kann, dem zeitig noch durch eine Sondenernährung hätte entgegen gewirkt werden können; es kann doch wahrlich nicht Aufgabe des Arztes sein, blos um einem Principe treu zu bleiben, kaltblütig zuzusehen, bis der Kranke an Inanition bezw. an deren Folgen zu Grunde geht; seine Aufgabe ist es vielmehr, mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln den Kranken zu helfen resp. gesund zu machen.

Und ferner: Wie anders kann der Arzt das Bestehen eines Oesophaguskrampfes beim Versuch zu schlingen erkennen, als durch Sondirung der Speiseröhre? Wäre z. B. in unserem Falle die Sondenuntersuchung unterblieben, so glaube ich sicherlich, dass dieser Fall klinisch dunkel geblieben wäre, während er jetzt ganz einfach verständlich ist, was die Frage der Nahrungsverweigerung, Sitophobia oder wie man es immer nennen will, anlangt.

Dem entsprechend halte ich auch für die Therapie ein rigoristisch-principielles Verwerfen der Sondirung des Oesophagus für falsch. Der medicinische Kliniker, der von irrenärztlichen Principielen des No-restraint nicht weiter beeinflusst, ja gar nicht tangirt wird, wendet an und empfiehlt bei Oesophaguskrampf die systematische Einlegung der Sonde: zur Abhärtung des Organes, zur Herabsetzung von dessen spasmodischer Irritabilität.

die Freude den Oesophaguskrampf zu lösen im Stande seien¹⁾.“

Selbstverständlich sind nun diese, auf mehr oder weniger begründete Meinungen und Selbstbeobachtungen, subjective Apperceptionen basirten Lehren für unsere Frage weniger maassgebend, als klinische und experimentelle Erfahrungen.

Die ersten haben ergeben, dass der Oesophaguskrampf besonders bei nervösen Individuen, bei Hysterischen, bei Geisteskranken anscheinend spontan auftreten kann, und dass er zuweilen nach schmerzhaften Operationen, nach schweren Geburten vorkommt. Hier haben wir doch wohl an eine Mitwirkung der Centralorgane des Nervensystems im Mechanismus der Störung zu denken. Die neuropathische Disposition, die Hysterie, Geisteskrankheiten sind pathologische Zustände, die wir entweder zu einem guten Theil oder ausschliesslich auf Erkrankungen der Centralorgane zurückführen müssen.

Und die letzteren, die experimentellen Erfahrungen, haben ganz vorzüglich mit dieser Annahme stimmende, dieselbe erhärtende Thatsachen beigebracht.

Die Untersuchungen von Goltz²⁾ über diesen Gegenstand haben bekanntlich ergeben, dass Zerstörung des Gehirns und Rückenmarks, Durchschneidung der Nn. vagi, aber auch peripherische Reizungen der Nn. ischiadici und einzelner Darmabschnitte sehr starke, theils partielle ringförmige oder totale und

1) Domrich, l. c. S. 357.

2) Goltz, Pflügers Archiv. VI. Band. Bonn 1872. S. 616.
„Studien über die Bewegungen des Oesophagus und des Magens.“

lang andauernde Zusammenziehung des Oesophagus und Magens herbeiführen. Goltz setzt in sehr überzeugender Weise auseinander, dass diese Veränderungen herrühren von einer Ausschaltung der Med. obl., wie sie deren Zerstörung setzt, oder von einem temporären, aber sehr starken scheintodartigen Betäubungszustande, einer beträchtlichen Herabsetzung ihrer Lebensenergie, wie solche bei einer hochgradigen Reizung peripherischer Nerven entsteht. Dieser Scheintod der Med. obl., bewirkt nun offenbar Paralyse gewisser in den Stämmen der Vagusnerven enthaltener von bulbären Centren stammender Bahnen, welche unter normalen Verhältnissen stetig einen hemmenden Einfluss auf die Musculatur des Oesophagus, beziehungsweise auf die im plexus oesophageus enthaltenen Ganglienapparate — die motorischen Centren dieses Organes — ausüben. Es wird daher die ganze Energie dieser Apparate entfesselt, wenn die Vagi durchtrennt oder gewisse Ursprungscentren derselben in der Med. obl. zerstört oder auch nur betäubt werden.

Die von Goltz nach der Durchschneidung der Vagi bei Fröschen beobachteten Spasmen des Oesophagus constatirte Schiff¹⁾ bei Hunden, Chauveau²⁾ bei Pferden nach der gleichen Operation, jedoch nicht als regelmässige Erscheinung. Wenn also einige Hunde und einige Pferde solche Folgen der Vagusbereinigung zeigen, so ist dies etwas ganz ähnliches, als wenn einige Menschen nach schweren Operationen, schweren Geburten Oesophaguskrämpfe bekommen.

1) Schiff, *Leçons sur la physiologie de la digestion.* S. 377.

2) Chauveau, *Journal de la physiologie.* Tome V. Paris 1862. Seite 337.

Es ist nämlich wie in einzelnen thierischen, so auch in einzelnen menschlichen Individuen, die Disposition zum automatischen Spiel der Oesophagusmuskulatur nach Schwächung, beziehungsweise Aufhebung des durch die Vagi ausgeübten Einflusses der Med. obl. grösser, bei anderen geringer.

So nehme ich denn auch an, dass die Kranken Joseph L., Olga R., und Karl K. mit einer Disposition zu Oesophaguskrämpfen behaftet waren, deren Wesen in einer Erschöpfbarkeit gewisser Hemmungscentren der Med. obl. für die Nervenapparate der Speiseröhre bestand. Diese Annahme ist unbedingt zu machen, da wir sehr häufig Fälle von psychischen Depressionszuständen, wie diese Fälle sie darbieten, beobachten und doch nur in einer Minderzahl Oesophaguskrämpfe als Begleiterscheinung finden. Der Kranke Karl K. zeigt dabei noch die besonders interessante, höchst seltene, bisher wie es scheint in dem von Zenker beschriebenen Falle noch beobachtete Erscheinung, dass jener Betäubungszustand der bulbären Hemmungscentren für den Oesophagus durch die Vorstellung von dem bevorstehenden Schlingact herbeigeführt wurde. Diese Vorstellung nun vermochte offenbar nicht für längere Dauer diese Centren zu betäuben, da der Kranke nach allen sitophobischen Prodromalerscheinungen doch schliesslich den Bissen bewältigte: da mussten sich jene bulbären Hemmungscentren für den Oesophagus also wieder erholt haben; dem psychischen Reize, der ängstlichen Vorstellung vom Schlingacte, musste hier derselbe Einfluss zugeschrieben werden, wie dem peripherischen Reize in dem Versuche von Goltz. Dieser Forscher beobachtete

sehr oft, dass dem Eintauchen des Beines (vom Frosch) in Schwefelsäure eine Contraction des Oesophagus nachfolgte, welche sich bald wieder löste, wenn er mit scharfer Scheere, also möglichst wenig irritirend, alle von der Säure berührten Theile des Beines absetzte. Bei unserem Kranken hörte offenbar der Spasmus der Speiseröhre auf, wenn durch Zureden „iss“ „iss“ Anregung gegeben wurde, Muth zn fassen und den Schlingact zu wagen, wodurch eine Hebung des Selbstgefühls bei ihm und eine Ablenkung seiner Aufmerksamkeit erzwungen wurde, welche der Erholung jener Centren günstig war.

Weiter glaube ich in der Erklärung der Erscheinungen meiner Beobachtung nicht gehen zu dürfen. Ich hoffe aber, dass diese Mittheilung zu ferneren experimentellen und klinischen Studien auf diesem Gebiete anregen wird.



Thesen.

1. Die Psychosen erblich Belasteter sind in Bezug auf die Heilbarkeit umgekehrt proportional der Stärke der erblichen Belastung.
 2. Die Psychosen, mit Ausnahme des Cretinismus, können als ein Maasstab für die Culturhöhe eines Volkes gelten.
 3. Die Strafe wirkt abschreckend.
 4. Wir haben keinen Grund von einer Ueberbürdung der Jugend in den Schulen zu sprechen.
 5. Obligatorisches Turnen, täglich eine Stunde, ist ein unbedingtes Erforderniss im Schulplan, besonders der Mädchenschulen.
 6. Bei der Chlorose ist die Kaltwasserbehandlung nicht contraindicirt.
 7. Es empfiehlt sich wie bei der Malaria so bei der Lues, wenn auch keine Zeichen der Krankheit mehr vorhanden sind, das specifische Mittel in kleinen Dosen fortgebrauchen zu lassen.
 8. Die Ursache der Zunahme der Phthisis pulmonum und der Abnahme der Augenkrankheiten unter den Esten ist in einer Veränderung der Wohnungsverhältnisse zu suchen.
 9. Das einzig sichere Mittel zur Erkennung des Scheintodes ist die Electricität.
-

10162