



Ueber

# Hysterischen Hypnotismus.

AN DER UNIVERSITÄT DORPAT

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

**Rudolf Heerwagen,**

Liv.



---

Ordentliche Opponenten:

Prof. Dr. F. A. Hoffmann. -- Prof. Dr. A. Vogel. -- Prof. Dr. J. v. Heldt.

Dorpat.

Druck von H. Laakmann's Buch- und Steindruckerei  
1881.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät.  
Dorpat, den 19. September 1884.

Nr. 345.

Decan: F. A. Hoffmann.

Vorliegende Blätter verdanken ihre Existenz der Zu-  
vorkommenheit des Herrn Dr. V. von H o l s t, Ordinator  
an der Abtheilung für Nervenkranke des allgemeinen Kran-  
kenhauses zu Riga. Die Bereitwilligkeit, mit welcher er  
mir das Material überliess, die Liebenswürdigkeit, mit  
welcher er mir seine Bibliothek zu Gebote stellte, so wie  
mancher gute Rath bei Abfassung dieser Arbeit verpflich-  
ten mich ihm gegenüber zum grössten Dank.

Es ist mir ferner eine angenehme Pflicht an dieser  
Stelle allen meinen ehemaligen Lehrern an der Hochschule  
zu Dorpat für die genossene Anregung und Belehrung  
meinen wärmsten Dank auszusprechen.

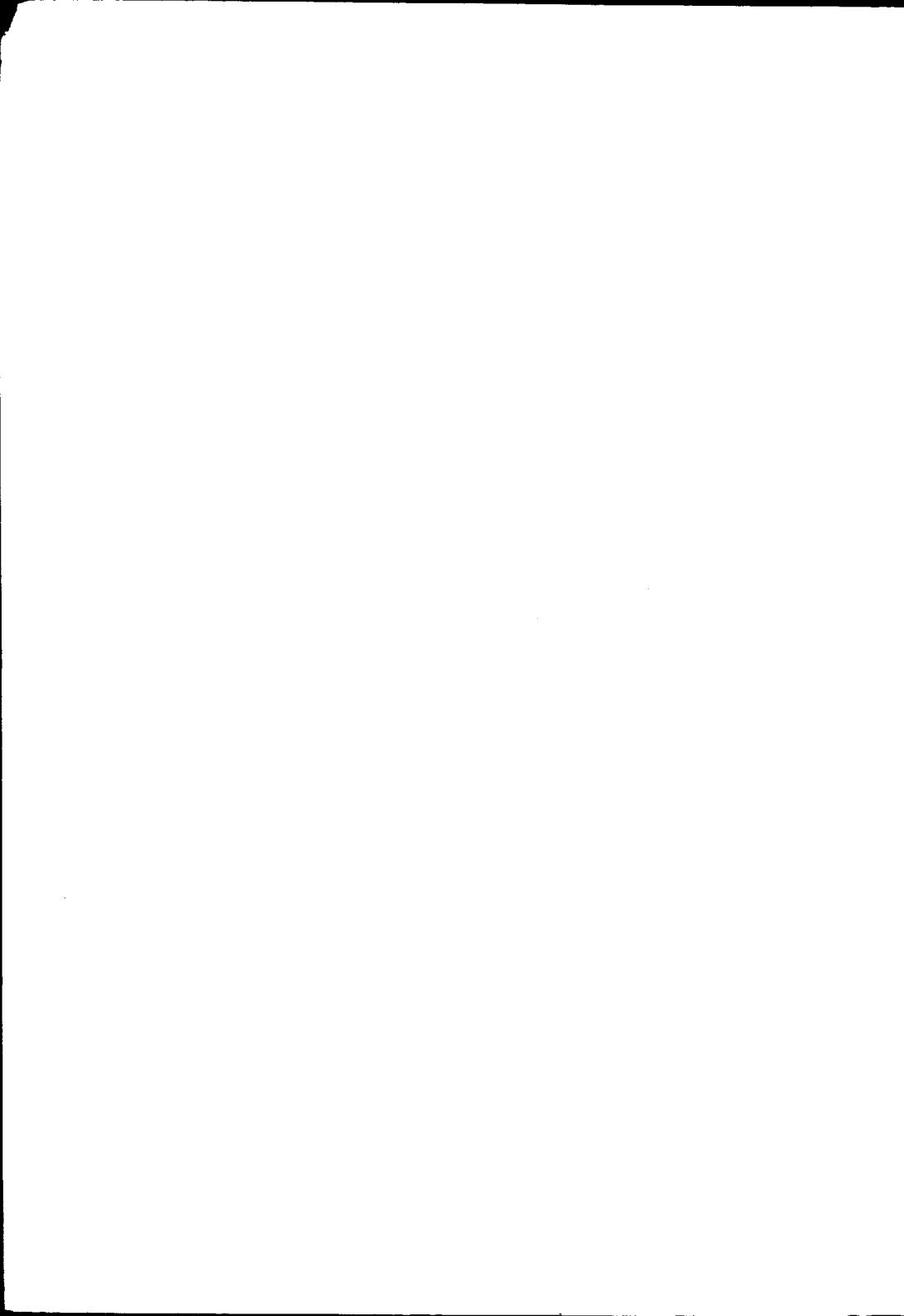
Zur feierlichen  
**DOCTOR-PROMOTION**  
des Herrn  
**Rudolf Heerwagen,**  
welche

**Montag, d. 28. September 1881, Mittags um 12 Uhr,**  
**im grossen Hörsaal der Kaiserlichen Universität**  
**stattfinden wird.**

*luden ergebenst ein*

**DORPAT,**  
**25. September 1881.**

**Decan und Mitglieder**  
**der medicinischen Facultät.**



## Einleitung.

Der jetzt unter dem Namen Hypnotismus bekannte Zustand des menschlichen Körpers und Geistes ist durchaus nicht eine Entdeckung der Neuzeit. Seitdem der „Maguetiseur“ Hansen im vorigen Jahre seine das grosse Publikum an unbekannte höhere Kräfte mahnende Schaustellungen in Deutschland gab, lüfteten die Physiologen den Schleier des Spukes von ihnen. Bei dem plötzlichen Hereinbrechen eines so gewaltigen und schwierigen Untersuchungsmaterials konnte es nicht anders sein, als dass viel experimentirt, gesprochen und geschrieben wurde: In dem am 30. Juni e. ausgegebenen Heft von Schmidt's Jahrbüchern konnte Möbius bereits 92 diesen Gegenstand behandelnde Arbeiten<sup>1)</sup> aufzählen; Physiologen wie Heidenhain<sup>2)</sup> und Adamkiewicz<sup>2)</sup>, Kliniker wie Senator<sup>3)</sup>, Berger<sup>4)</sup> und Bäumler<sup>5)</sup> beschäftigten sich erfolgreich

---

1) Der sogenannte thierische Magnetismus 4. Aufl. 1880.  
Breslauer ärztl. Zeitschrift 1880 Nr. 4 und 5.

2) Ueber Hypnotismus beim Menschen. Berlin. Klin. Wochenschrift  
Nr. 8. 1880.

3) Ueber Hypnotismus. ibid. Nr. 19.

4) Eine Reihe von Arbeiten in der Bresl. ärztl. Zeitschrift.  
Deutsche med. Wochenschrift 1880. 10.

5) Der sogenannte animalische Magnetismus oder Hypnotismus.  
Leipzig 1881.

mit der Sache, sie fing an sich zu klären und wurde als physiologische Erscheinung weiter bekannt.

Hypnotisirt worden ist jedenfalls viel früher. Die Fakirs und Yogins in Indien hypnotisiren sich seit Jahrhunderten selbst, indem sie standhaft ihre eigene Nasenspitze anschen. Die für die Eintrittsbedingungen etc. gebrauchten Bezeichnungen: Trâtaka, Dhâranâ gehören jedenfalls dem Sanskrit an<sup>1)</sup>. Seit vielen Jahrhunderten hypnotisiren aegyptische Zauberer dadurch, dass sie Personen auf cabalistische Zeichen in einer glänzenden Porcellanschaale starren lassen<sup>2)</sup>). Es dürfte Niemand Wundernehmen, wenn sich diese ihre Kunst so alt wie die Pyramiden erwiese. Nachdem 34 Aerzte wegen Heilung durch Handauflegen von Päpsten unter die Heiligen versetzt worden<sup>3)</sup>), schrieb 1686 M. Joh. Christ. Depenbrock in seiner *dissertatio de γεροθεσίᾳ: nec ultra Apostolorum actatem duravit, et seculo tertio omnis fere θαυματουργία cessavit ac terminata est, ut jam aevo Chrysostomi et Augustini manuum impositio, quae ad aegrotos spectabat pro irrito atque mimica haberetur.*

Unserer Tage haben unzählige Aerzte die hochgradigsten hysterischen Anfälle durch Druck auf's Abdomen coupirt, Benedict<sup>4)</sup> veröffentlicht seine Erfolge bei Spinalirritation durch Druck auf die Halswirbel.

---

1) Preyer, die Entdeckung des Hypnotismus. Berlin 1881 pg. 15.  
J. Braud, über den Hypnotismus pg. 67.

2) Nach Dr. Rossi, Girard-Toulon et Demarquay, Recherches sur l'hypnotisme. Paris 1860.

3) cfr. Sponholz, Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. 1881. Nr. 9.

4) Wiener med. Presse 1879. Nr. 4--6.

Mesmer, Hansen etc. sind keine Betrüger, oder mit besonderen übernatürlichen Kräften ausgestattete Menschen mehr; sie machen geschickt physiologische Experimente, die jetzt bereits auch therapeutisch verwertet worden sind.

Was also 3 Jahrhunderte lang als Wunder angesehen wurde, fristete 1 1/2 Jahrtausende sein Dasein als Gaukelei und Taschenspielerei, um endlich, Dank den Errungenschaften der modernen Nervenphysiologie, sich als ein gewöhnlicher physiologischer Vorgang zu entpuppen.

Bei Thieren ist der hypnotische Zustand eine allbekannte Thatsache: Jedermann hat doch wohl einen hypnotisierten Krebs oder Hahn gesehen. Erstere gerathen in einen meist exquisit kataleptischen Zustand, wenn man einen leichten Druck zwischen Kopf- und Brustschild ausübt, oder den Kopf leicht streicht; letztere schlafen geradezu ein, wenn man ihnen den bekannten Kreidesstrich vor den Schnabel zieht, oder ihnen auch nur die Augen eine Zeitlang verdeckt. In Oesterreich soll das „Balassiren“ der Pferde beim Hufbeschlag für's Militair gesetzlich geboten sein. Es sind dies ähnliche Kunstgriffe, durch welche unruhige und widerspenstige Thiere in einen Zustand gerathen, in welchem sie ganz apathisch Alles über sich ergehen lassen. Dabei denkt Niemand an eine besondere geheimnissvolle Kraft. Jeder, der überhaupt darüber denkt, sieht eine Reflexwirkung darin.

Ferner weiss Jedermann, dass man Kinder streichelt, wenn man sie beruhigen will, dass das einförmige Schuh-Schuh der Kinderwärterinnen und eine gewisse Art von Rednern ein vorzügliches Schlafmittel sind.

Es hat dagegen lange gedauert, bis man die Zustände, die wir jetzt unter dem Namen des Hypnotismus zusammenfassen, ihrer Ursache nach richtig erkannte. Als zum Schluss des vorigen Jahrhunderts Mesmer in Gemeinschaft mit dem Jesuitenpater Bell seine Versuche in Wien machte, sahen sie eine besondere Kraft wirken. Ihre Kunstgriffe, wie deren Resultate waren ziemlich dieselben, die jetzt von den Physiologen angewandt werden. Weil es nun ziemlich gleich war, ob sie das Streichen mit einem Magnet oder mit den Händen vornahmen, nannten sie dieselbe thierischen Magnetismus. Mesmer fasste seine Lehre in 27 Thesen und übersandte dieselben 1775 an die meisten damals existirenden medicinischen Facultäten; und diese erklärten, soweit sie sich überhaupt zur Untersuchung der Sache verstanden, die Sache in Bausch und Bogen für Schwindel.

Von 1818 ab erschienen in Berlin die Jahresbücher für Lebensmagnetismus (redigirt von Wohlfahrt, später von Kieser in Jena, dann von Eschenmayer in Tübingen). Der in ihnen vertretene Standpunkt ist der, dass der fromme und thatkräftige Wunsch das eigentlich Wirksame sei, die streichenden Hände etc. benutze der Wille nur als Weg, um dadurch die im Magnetiseur hervorgerufene Kraft auf das Object übergehen zu lassen.

1840 schlepppte der Dichter Justinus Kerner eine exquisite Hysterica als Seherin von Prevost in Deutsch-

land herum und machte sie durch Quälereien mit seiner magnetischen Kraft nur noch kranker.

Später experimentirte der Freiherr von Reichenbach, der Entdecker von Paraffin und Kreosot und nannte die neue Kraft den Od. Als ein in Naturwissenschaften bewunderter Mann im Wesentlichen etwas, dem Mesmerismus, der in die Rumpelkammer der Spuckgeschichten zu gehören schien, höchst Aehnliches beobachtete, da sandte<sup>1)</sup> das Wiener Doctoren-Collegium Herrn Dr. Heinrich Loew aus um Reichenbachs Experimente zu prüfen. Er kam zurück und meldete, dass er dessen Angaben vollständig bestätigt gefunden habe. Er wurde dafür einfach verhöhnt und beschimpft.

Weiter sagt Benedict<sup>2)</sup> sehr richtig: „Bekanntlich nahmen dieselben Aerzte, welche der Pest und der Cholera gegenüber muthig standhielten, bis in die jüngste Zeit Reissaus, wenn Mesmer'sche Versuche angestellt wurden“; und an einer anderen Stelle<sup>3)</sup>: „In keinem Zweige menschlichen Wissens werden Thatsachen so lange verkannt und ignorirt, als in der Medicin. Neue Lehren kommen in allen Denkfächern schwer zur Anerkennung. Jedes Blatt der Geschichte der Medicin sagt uns, dass die unsinnigsten Angaben acceptirt werden, wenn sie den herrschenden Anschauungen entsprechen. Im Gegensatz wurden die eclatantesten Thatsachen ignorirt und durch Begeiferung des Autors aus dem Wege geräumt, sobald dieselben im Widerspruch mit den herrschenden Meinungen waren.“

---

1) cf. Benedict, Wiener Klinik 1880 III, pag. 76.

2) I. c. pag. 77.

3) pag. 91.

Ganz ausgestorben waren übrigens die Mesmer'schen Ideen nie. Braid, Chirurg in Manchester, experimentirte in den 40-er Jahren mit viel Erfolg. Dr. Azam, Psychiater in Bordeaux, bestätigte zum Schluss der 50-er Jahre seine Experimente, gewann Chirurgen wie Velpeau und Broca für seine Ansichten, und letzterer erregte grosses Aufsehen in der Société de Chirurgie, als er eine Frau schmerzlos operirt hatte, nachdem sie zuvor mit einem Metallspiegel hypnotisirt worden war. Für die chirurgische Praxis konnte es auch natürlich bei seiner seltenen Anwendbarkeit von keinem wesentlichen Werthe sein. Und da um dieselbe Zeit das Chloroform bekannt wurde, so ist es erklärlich, dass die Chirurgie vom Hypnotisiren nichts weiss.

Einem Kaufcommis, dem berühmten „Magnetiseur“ Hansen war es vorbehalten, der deutschen Wissenschaft den letzten nöthigen Rippenstoss zu geben, um sich der Sache endlich zu bemächtigen. Trotzdem es wesentlich Hansens Manipulationen sind, deren sich die Physiologen jetzt bedienen, so glaubte auch er eine besondere Kraft zu besitzen, die er durch seinen festen Willen vermittelst gewisser Kunstgriffe auf seine Objecte einwirken lassen könnte. Namentlich waren es die Breslauer Forscher, die nicht Reissaus nahmen, die den „Schwindel“ nicht mit souveränen Achselzucken ansahen, sondern dem Aberglauben einer Männer der Wissenschaft würdige Opposition boten und den Deckmantel der Magie endgültig von der Sache lüfteten.

---

Die Bedingungen, unter welchen physiologischermassen die unter dem Namen „Hypnotismus“ zusammengefasste Summe von Symptomencomplexen aufzutreten pflegt, sind im Wesentlichsten: unbedeutende und einförmige aber anhaltende Sinneseindrücke, nervös reizbare Objecte und ungetheilte Aufmerksamkeit derselben. Genaueres darüber ist aus den Arbeiten von Heidenhain, Grützner, Berger u. s. w. zur Genüge bekannt.

Der passive Lidschluss, Druck auf die Halswirbelsäule, actives oder passives Rückwärtsbeugen des Kopfes und das Galvanisiren desselben haben bisher nur bei Hysterischen Resultate gegeben.

Von 12 gesunden Personen gelingt das Hypnotisiren nach Grützner<sup>1)</sup> bei einer, andere Forscher sind zu besseren, andere zu schlechteren Resultaten gelangt. Wo willige Objecte und eifrige Experimentatoren zur Hand waren, da war der Procentsatz gross. Bei Vielen gelingt es erst nach einer langen Reihe vergeblicher Versuche die genügende Sensibilitätsreizbarkeit zu erzielen; würde man dies bei jedem nach Wunsch fortzusetzen im Stande sein, so erscheint es auch durchaus wahrscheinlich, dass man Jeder-mann hypnotisiren können würde. Die Reaction auf jeden beliebigen Reiz ist bei verschiedenen Menschen eben graduell verschieden. Weshalb sie in diesem Falle nur einer

---

1) Centralblatt 1880. Nr. 10.

Reihe von Personen ganz abgehen soll, ist a priori durchaus nicht einzusehen.

Die dritte Bedingung, die der unabwendeten Aufmerksamkeit, bildet ein Analogon zum bekannten physiologischen Experiment mit dem decapitirten Frosch, bei dem starke Reizung des einen Cruralis sensibel-motorische Reflexe des anderen Beines nicht zu Stande kommen lässt. Wie in dem einen Falle die in normalem Zustande reflex-vermittelnden Zellen ihre Thätigkeit nicht mehr entfalten, wenn sie bereits von einem anderen Reiz in Anspruch genommen sind, so reagiren bei den uns beschäftigenden Objekten, die durch anderweitige Gedanken bereits in Anspruch genommenen sensorischen Ganglienzellen der grauen Hirnrinde nicht mehr so, wie sie es bei blos einseitiger Reizung thun.

Das Erwecken aus diesem Zustande geschieht durch kurze, sehr intensive Reize auf dieselben Organe, die durch anhaltende schwache Reize ihn hervorrufen.

Der Symptomencomplex des hypnotischen Zustandes ist ein sehr reicher.

Das Bewusstsein ist in allen Fällen deprimirt, von nur leichter Umnachtung bis zum absoluten Schwinden kommen alle Zwischenstufen vor. In ersterem Falle erinnern die Patienten sich mehr oder weniger leicht der vorgefallenen Dinge. In andern Fällen muss dem Gedächtniss durch Andeutungen, Stichworte nachgeholfen werden, die Leute erinnern sich wie eines Traumes. In den schwersten Fällen herrscht nachher vollständige Amnesie. Dennoch haben die Leute sinnliche Wahrnehmungen.

Der Wille erlischt jedes Mal fast vollständig.

Am meisten in die Augen springend sind die Muskelsymptome: von der höchsten tonischen Starre bis zu der Eigenthümlichkeit des kataleptischen Zustandes und weiter bis zur vollständigen Schlaffheit derselben, die jedoch äusserst leicht durch Streichen etc. wiederum kataleptisch und dann tetanisch werden.

Die Sensibilität ist herabgesetzt: wir finden wieder eine ganze Reihe, von der leichtesten Analgesie beginnend, bis zum vollständigen Fehlen jeder Tast- und Schmerzperception.

Der Geschmack scheint vollständig geschwunden, der Geruch hat meist stark gelitten. Dagegen ist die Reizempfänglichkeit des Auges und Ohres eher erhöht.

Die beim gesunden Menschen normalen Reflexe sind meist herabgesetzt, in schweren Fällen wieder bis zum vollständigen Fehlen. Dagegen treten andere höchst eigenthümliche Reflexe auf: wir sehen bei Hypnotischen die sogenannte Bewegungs-, Sprach- und Befehlsautomatie. Die betreffenden Objecte ahnen vorgemachte Bewegungen nach, imitiren wie ein Echo jeden gehörten Laut; ohne eine Spur von Reflexion, Bewusstsein und eigenen Willen, vollführen sie einfache Befehle. Eine geschene Handbewegung wirkt so, dass das Untersuchungsobject sie auch vollführt; mit grosser Fertigkeit, auch in der Aussprache, sprechen sie selbst in allen fremden Sprachen nach. Sagte Heidenhain zu seinem hypnotisierten Bruder: „Ich würde gerne wissen wie viel die Uhr ist, ich habe meine vergessen“, so blieb dies wirkungslos. Sagte er dagegen: „zeige mir deine Uhr“, so that er es sofort. Also reines Befolgen des Befehles, keine Spur von Reflexion.



Noch anderartige Reflexe treten mitunter auf. Analog dem G o l t z 'schen Quackversuch seufzen oder stöhnen Manche, wenn man ihnen den Nacken leicht kratzt, ziehen Manche das Bein rückwärts, wenn man es neben den Process spinos. der Lendenwirbelsäule übt.

Bei Beginn der Hypnose verengt sich die Pupille, es tritt Accomodationskrampf ein; bald jedoch erlahmt die Accomodation, die Pupille wird weit. Höchst interessant ist die von C o h n<sup>1)</sup> genauer studirte Farbenblindheit.

Bei einzelnen „Medien“ sind künstliche Hallucinationen gelungen. Man erzählte etwa dem Hypnotisirten, man fahre mit ihm in einem Eisenbahnzuge; plötzlich bemerkt man, dass der Zug sich einer eingestürzten Brücke nähere: höchste Angst im Minenspiel des Hypnotisirten, Schweiß bricht aus. Gleich darauf geweckt, kann sich das Object nicht besinnen, was es „geträumt“ habe, es erinnert sich nur höchster Angst. Stichwort „Eisenbahn“. Das ihm Erzählte wird als Inhalt eines Traumes genau wiedergegeben.

Das von H a n s e n und Consorten behauptete Fernsehen (Clairvoyance), Fernhören etc. haben einer ruhigen Kritik nicht stand gehalten. Das der Inhalt von Hallucinationen, der sich auf fremde Orte und Menschen bezieht, dazwischen auch einmal der Wirklichkeit entspricht, ist die einzige Thatsache, die auch nicht weiter Wunder nehmen kann. Passirte dies nun wirklich einmal, so wurde es marktschreierisch ausgebeutet. Die wunderbarsten Be-

---

1) Breslauer ärztl. Zeitschrift 1880. Nr. 6.

hauptungen: Lesen geschlossener Bücher, Einfluss auf Nichts ahnende Individuen in weiter Ferne u. s. w. haben sich als reine Fabel herausgestellt.

---

Das Wesen des Hypnotismus, d. h. die physiologischen Vorgänge dabei, erklärt man sich folgendermassen: Die obengenannten Reize bedingen eine Depression der grauen Grosshirnrinde, als Sitz des Bewusstseins und des Willens (Heidenhain). Berger glaubt an eine primäre Reizung der infracorticalen Reflexcentra, der erst Rindendepression folge. Rosenbach calculirt in folgender Weise: Für's Gewöhnliche nimmt ein Reiz zwei Wege: einen zum Bewusstsein, einen zum Reflexapparat. Ist der eine Weg verlegt (in unserem Falle der zum Bewusstsein), so bekommt der andere — hier also der zum Reflexapparat — gewissermassen die doppelte Menge, daher die Verstärkung. Die automatischen Erscheinungen erklären sich also in der Weise, dass im hypnotischen Zustande das percipirte Wort- resp. Bewegungsbild als Reiz genügt um dasselbe wieder auch zum Ausdruck zu bringen, während für's Gewöhnliche das gebildete Wort- resp. Bewegungsbild eines Impulses vom Willen bedarf um betätigkt zu werden. Analog steht es mit der Befehlsautomatie: Der Befehl wird blindlings befolgt, Wille und Ueberlegung fehlen vollständig. Die Muskelstarre etc. wird wieder durch Depression der Reflexhemmung erklärt.

Dass diese Depressionserscheinungen nicht durch Hirnanaemie — wie es beim Schlaf der Fall ist — zu er-

klären sind, haben Foerster, der die Netzhautgefässe normal weit fand, und Heidenhain, der selbst unter Amylnitritwirkung stehende Personen hypnotisierte, bewiesen. Es bleibt somit nur die Annahme einer directen depressorischen Einwirkung von centripetalen Nervenfasern auf die Ganglien-zellen der Grosshirnrinde.

\* \* \*

Der Frage „ob der Hypnotismus sich mit anderen bekannten Zuständen des Nervensystems vergleichen lasse“ hat kürzlich O. Spamer<sup>1)</sup> einen Abschnitt seiner umfassenden Arbeit gewidmet. Die Antwort lautet<sup>2)</sup>: „Die Umschau nach solchen ergiebt unseres Ermessens wesentlich nur zwei, die in Betracht genommen werden können. Es sind dies einmal der Somnambulismus und dann der Uebergangszustand zwischen dem normalen Schlaf und dem Wachen.“ Trotzdem dass er ganze Gruppen von Erscheinungen der Hypnose, — für die auch gar kein tertium comparationis vorhanden ist, z. B. die neuromuskulären — beim Vergleiche ganz vernachlässigt, kommt er doch zu sehr bedeutenden Unterschieden im Wesen der Zustände. Nur darin stimmen schliesslich der Hypnotisierte, der Somnambule und der Erwachende überein, dass sie bewusstlos handeln. Bei Leuten, die im Traum so lebhaft sprechen, dass man

---

1) Wiener Jahrbücher f. Psychiatrie III. Band, Heft I. und II. Ueber Hypnotismus, seine Ursachen, sein Wesen etc.

2) pag. 36.

sich mit ihnen unterhalten kann, stimmt noch das überein, dass man durch bestimmte Leitung des Gespräches den Inhalt des Traumes beeinflussen kann, also unbewusst Vorstellungen von aussen hervorgerufen werden können. Der Hypnotische ist aller spontanen Vorstellungs- und Willensactionen baar, er kann die Antriebe dazu nur von aussen empfangen — der Somnambule steht allein von seinem Lager auf, spielt gar noch Clavier; der Erwachende flieht vor seinem Freunde, weil er ihn für das eben im Traume gesehene wilde Thier hält. Beim Erwachenden also, der unter dem Einflusse spontaner (Traum-) Vorstellungen steht, können Sinneseindrücke falsche Vorstellungen bewirken. Die spontanen Traumvorstellungen werden mit dem Vorstellungsbilde realer Gegenstände vermengt. Es hat aber dies doch nur einige äusserliche Aehnlichkeit mit dem Hypnotisirten, den Hansen eine rohe Kartoffel als Apfel essen lässt: hier ist, wenigstens nach Heidenhain's Darstellung, von einer Vorstellung ob Kartoffel oder Apfel, ob schlechter oder guter Geschmack, gar keine Rede, sondern es handelt sich um geschickt ausgebeutete Nachahmungsautomatic. Hansen macht Kaubewegungen vor, der Mann kaut nach, Hansen verzicht sein Gesicht zu freundlichem Lächeln, sein Object thut's eben auch!

Das Fehlen des Bewusstseins trotz vorhandener Vorstellungs- und Willensactionen ist aber noch weiter aus einer ganzen Reihe von pathologischen Zuständen bekannt: man denke nur an den Alcoholrausch, an Typhusdelirien.

Nimmt man die Symptome der Hypnose weiter einzeln, so existirt kein einziges, welches nicht auch schon anderweitig beobachtet worden wäre: Befehls-, Nachahmungs- und

Sprachautomatie, nur viel weniger exact, sind der Psychiatrie als Erscheinungen des Blödsinns wohl bekannt. Welcher Chirurg hat keinen Tetanus, welcher Neuro-patholog hat keine kataleptische Hysterica gesehen? Alle Accomodationszustände des Auges, Farbenblindheit etc. sind ebenso bekannt. Aber Gruppen verschiedenartiger Symptome der Hypnose, und zwar verschiedene Gruppen bei derselben Krankheit, scheinen nicht bekannt zu sein.

Wie eben auseinandergesetzt gehört zu den Grundbedingungen für den Eintritt der Hypnose gesteigerte Reizempfindlichkeit. Für die Mehrzahl der Fälle von Hysterie ist gesteigerte psychische, wie somatische Reizempfindlichkeit geradezu Characteristicum. Man denke nur an die Weinkrämpfe bei Hysterischen, auf Anlässe hin, die einer Gesunden kaum zur geringsten Verstimmung Anlass geben, an die Kranken, die leichten Druck auf's Ovarium mit allgemeinen Convulsionen beantworten. A priori ist also anzunehmen, dass Hysterische am meisten zum Hypnotismus disponiren. Dass ähnliche Zustände auch bei Hysterischen vorkommen, ist ein Jedermann bekanntes — Gerücht. Merkwürdigerweise werden sie in sämmtlichen neueren Arbeiten über Hysterie gar nicht oder kaum erwähnt, obgleich schon ältere Autoren sie sicher beobachtet haben. So bespricht z. B. Cannstatt<sup>1)</sup>) Anfälle von Katalepsie mit reactionslosen Pupillen, mehr oder weniger ausgebildeter Anaesthesia, mit getrübtem oder vollständig fehlendem Bewusstsein, und führt mehrere Autoren an, die durch Streichen der Herzgrube, der Glieder oder des Halses mit Eisen und

1) Specielle Pathologie und Therapie, Erlangen 1843 pg. 401.

Kohle die Anfälle abkürzten. Hassé<sup>1)</sup> sagt, dass neben plötzlichen Gemüthsaffectionen und einer Reihe anderer Momente auch „mitunter das Streichen mit der Hand über den Rücken“ hysterische Paroxysmen hervorrufe. Er beschreibt weiter<sup>2)</sup> tetanische Anfälle mit geschwundenem oder stark getrübtem Bewusstsein; dem Tetanus folge oft wächserne Biegsamkeit der Gliedmassen; automatisches Gehen (allerdings nicht als Nachahmung, sondern als selbstständige Fortsetzung einer anfangs passiven Bewegung) komme dabei vor; die Functionen des Auges und Ohres, sowie die electrische Reizbarkeit der Musculatur seien intact; die normalen Reflexe dagegen fehlen.

Jolly bespricht in seiner umfassenden Monographie über die Hysterie<sup>3)</sup> die kataleptischen Zustände ziemlich kurz und sieht im sogenannten Somnambulismus, Hypnotismus etc. lediglich Varietäten derselben. Er sagt darüber eigentlich nur, dass die Kranken dabei „wie enthirnte Thiere durch einfallende Sinneseindrücke dirigirt werden“, und dass die Sinneswahrnehmungen dabei mitunter verschärft seien. Zum Schluss macht er die Bemerkung, dass dieselben Zustände, mitunter selbst bei Gesunden, künstlich provocirbar seien. Nirgends jedoch habe ich eine eingehendere Schilderung und Besprechung dieses Gegenstandes gefunden, trotzdem dass hier und da ein Fall veröffentlicht worden, der offenbar als hysterischer Hypnotismus anzusprechen ist. — Dies ist der Grund zur Veröffentlichung folgender Beobachtungen.

---

1) Virchows Spec. Path. u. Therap. Bd. IV. Abth. I. pg. 210.

2) I. e. p. 212 ff.

3) Ziemssen's Spec. Path. u. Therap. Bd. XII. pg. 509 ff.

### F a l l I.

Rosalie O., Dienstmagd, 30 Jahre alt, wurde am 7. Mai in der III Abtheilung (für Nervenkranke) des allgemeinen ständischen Krankenhauses zu Riga aufgenommen (Nr. 1322/59).

Anamnese. Vor 3 Jahren hat sie zuerst Anfälle von Bewusstlosigkeit gehabt, die nach Aussage ihrer Angehörigen mit „Krämpfen“ verbunden gewesen seien. Einige Wochen lang hat sie dieselben wiederholt gehabt, selbst mehrmals täglich; bald jedoch sind sie seltener geworden, darauf lange Zeit ganz fortgeblieben, dann wieder einmal für kurze Zeit aufgetreten, um bald wieder zu verschwinden. Zuletzt sind sie intensiv (5—6 mal täglich) längere Zeit hindurch vor einem Jahre dagewesen; die letzten Anfälle hatte sie um die Weihnachtszeit vorigen Jahres. Sie seien in der Regel ganz spontan aufgetreten, ohne dass sie irgend eine Ursache anzuschuldigen wisse: sie haben sie in ruhigem Gespräche, bei der Arbeit etc. überrascht. Das klingende Spiel vorbeiziehenden Militairs, der anhaltende Pfiff der Eisenbahn, bevor sie die Eisenbahnbrücke betritt haben jedoch einige Male directe Veranlassung zu einem Anfall gegeben. Nie haben die Anfälle in irgend einem Verhältnisse zur Menstruation — die übrigens nicht ganz normal zu verlaufen scheint, gehabt. Sie will bemerkt haben, dass zu Zeiten häufiger Anfälle ihre Harnmenge sehr gering wurde — ein Bierglas und weniger in 24 Stunden. Globus, Clavus etc. hat sie nie gehabt. Vor Jahren bereits hat sie dann und wann das Gefühl gehabt, als ob die Hände, Füsse und Mamme kalt

würden und hat bemerkt, dass während dieser Zeit sie dort gar kein Gefühl hatte. Die Dauer dieses Zustandes giebt sie auf eine halbe Stunde bis zu einem halben Tage an. Es ist vorgekommen, dass an einem Tage sonst besten Wohlbefindens dieser Zustand 3 Mal auftrat und wieder verschwand. Auch später, selbst zu Zeiten, wo sie an den grossen Anfällen litt, sei dieses ab und zu aufgetreten. Jetzt klagt sie nur über einen höchst unangenehmen, eigenthümlichen Schmerz im Epigastrium, derselbe ist nicht constant — er exacerbiere und remittire wieder ganz plötzlich, vollständig unabhängig von der Mahlzeit. Mitunter habe sie geradezu das Gefühl, als ob sie einen „Knau“ im Magen habe; in den Hals steige derselbe jedoch nicht auf.

Stat. praes. Patientin ist mittelgross, von gutem Ernährungszustande. Ihr psychischer Zustand contrastirt grell mit dem gewöhnlicher Hysterischer: ihr ganzes Wesen ist ruhig und gemässigt, keine Spur von Exaltation oder Depression, keine unnützen Klagen etc. Die Thätigkeit der Respirations-, Circulations- und Digestionsorgane normal. Von Seiten der Sinnesorgane ebenso wenig Abnormitäten. Die Sensibilität der Haut an den Unterschenkeln und Füssen auf Nadelstiche gleichmässig herabgesetzt; dort sowohl, wie auch an den Händen und Unterarmen localisirt Patientin nicht genau. Von dankenswerther sachverständiger Seite (Dr. H a c h) vorgenommene gynaecologische Untersuchung (12. V.) ergiebt sehr derbe konische Vaginalportion als einzige Abnormität am Uterus; beide Ovarien von normaler Grösse und Consistenz; das rechte ein wenig, das linke ziemlich bedeutend empfindlich auf Druck. Sie

sind der Gebärmutter auffallend nahe gerückt; linkerseits fühlt man 2 abnorme Stränge zwischen beiden.

Verlauf. Am folgenden Tage schon überraschte Patientin uns mit ihren „Anfällen“. Nach einer kurzen Aura, bestehend in einem nicht näher zu beschreibenden Gefühl im Epigastrium, verfällt Patientin in einen Zustand absoluter Bewusstlosigkeit, verbunden mit hochgradigster tonischer Starre der Nackenmusculatur und der Extremitäten; letztere dabei gestreckt, die Hand mit eingeschlagenem Daumen zur Faust geballt; Pupillen weit, Reaction auf Licht nicht constatirbar; Atmung ziemlich flach, c. 36 in der Minute. Puls um 100. Rütteln, Besprengen mit kaltem Wasser, derbe Schläge, Nadelstiche lassen gar keine Reaction zu Tage treten. Druck auf die rechte Ovarialgegend (Charcot) bleibt ohne Erfolg. Derselbe wird linkerseits ausgeübt, und fast momentan erschlafft die ganze Musculatur, einen Augenblick später schlägt Patientin unter einem tiefen Senfzer die Augen auf und ist bei völlig klarem Bewusstsein, ohne eine Spur von Erinnerung an das Vorgefallene. Kurze Zeit hält noch ein schmerhaftes Gefühl unter dem Sternum an, sie hat das Gefühl des Kratzens im Halse, muss sich häufig räuspern. Bald ist auch dies vorbei und Patientin ist bei bestem Wohlsein, ohne eine Spur von Benommenheit, Kopfschmerz etc. Während ungestört verlaufende Anfälle eine Dauer von 8--13 Minuten haben, gelingt es durch den Charcot'schen Handgriff sie beliebig abzukürzen — einer, der während der Visite auftrat, konnte seine Dauer nicht über 30 Secunden fristen. Nach spontanem Ablauf fehlt ausserdem der Schmerz unter dem Sternum, auch das heftige Räuspern und Speien wird

nachher nicht mehr bemerkt. Die Anfälle treten ganz unabhängig von Schreck, Erregung und dgl. auf. Sie überraschen sie bei der Mahlzeit, während des ruhigsten Gespräches mit ihren Nachbarinnen, bei ihrer Handarbeit etc. Durch Druck auf's Ovarium sie hervorzurufen gelingt nicht. An diesem und am folgenden Tage hatte Patientin je 6—8 Anfälle dieser Art und gab damit reichliche Gelegenheit die oben besprochenen Symptome genau zu beobachten. Am 9. Mai jedoch sind die beiden letzten merklich weniger intensiv — sie dauern kürzere Zeit — kaum 5 Minuten — die Musclestarre ist weniger absolut. Das Bewusstsein jedoch völlig unmachtet. Am 10. Mai schon trugen die Anfälle, etwa 4 an der Zahl, anscheinend einen ganz anderen Charakter. Nach kurzer, den früheren Anfällen gleicher Aura muss Patientin sich hinlegen, ein leichter Tremor ergreift die Extremitäten. Sie liegt dabei mit offenen Augen da, die Pupillen reagiren, sie ist anscheinend bei Bewusstsein. Sie antwortet, wenn auch langsam und mit offensichtlicher Mühe, auf gestellte Fragen, führt sogar einfache Bewegungen auf Befehl aus. Hierbei macht sich aber die Störung am meisten bemerkbar: es dauert lange bis die intendierte Bewegung zur Ausführung kommt und sie fällt im Allgemeinen mangelhaft aus: soll sie z. B. den Arm heben, so sieht man nach verhältnismässig langer Zeit ihm sich langsam auf ein Paar Zoll erbeben und dann wieder schlaff zurück sinken. Nach einigen Minuten ist der ganze Anfall vorüber. Sie giebt an, in diesen leichten Anfällen sich alles Vorgegangene genau zu erinnern. Genauere Exploration ergibt jedoch, dass dem nicht ganz so ist: es ist ihr mitunter auffallend viel

entgangen, manchmal muss man ihrem Gedächtniss nachhelfen; erst nachdem man sie gefragt, ob sie das Bein gehoben, sagt sie „Nein, es war der Arm“ etc. Am 11., nach zwei schweren Anfällen mit tonischer Starre und absoluter Bewusstlosigkeit, wieder mehrere wie vorgestern. Während Schläge etc. Druck auf das rechte Ovarium wohl percipirt werden, jedoch ohne weiteren Einfluss bleiben, coupirt Druck auf die linke Seite auch diese leichten Anfälle ganz prompt. — Bis zum 15. treten spontan täglich 4—6 ausschliesslich schwere Anfälle (Bewusstlosigkeit, tonische Starre) auf, mit abnehmender Dauer, so dass diese zum Schlusse durchschnittlich nur noch 3 Minuten beträgt. Es wird während dieser Zeit constatirt, dass per vaginam ausschliesslich auf's linke Ovarium ausgeübter Druck — die rechte Hand wurde nur ganz leicht auf die Bauchdecken gesetzt, um deren Nachgeben zu verhindern — denselben Effect hat wie der Charcot'sche Handgriff. Ferner wurde am ganzen Körper die faradische Erregbarkeit der Muskulatur geprüft und nicht alterirt befunden, der Strom durch Hirn und Rückenmark geleitet — Alles ohne irgend welchen Einfluss auf den Zustand. Setzte man dagegen die eine Electrode auf die von Charcot zum Druck benutzte Gegend, so wacht Patientin prompt auf — ein Experiment, das wiederholt und mit stets gleichem Erfolge ausgeführt wurde. Der starke Schmerz unter dem Sternum, der den coupirten Anfall charakterisiert, fehlt auch hier nie.

Diese Tage wurden ferner zu hypnotischen Versuchen benutzt. Sämmtliche von der Physiologie als hypnotische Reize anerkannte Proceduren und

Manipulationen wurden durchprobirt, sämmtliche hatten stets das gleiche Resultat — wir haben es in den eben besprochenen Anfällen bereits kennen gelernt. Patientin wird z. B. unter dem Vorwande einer Augenuntersuchung bewogen auf einen grossen in hellem Sonnenschein glitzernden Similidiamanten zu sehen — er wurde so gehalten, dass die Sehaxen ziemlich stark convergirten (auf 4—5 Zoll Entfernung) und dass diese mit der Frontalfläche einen spitzen Winkel bildeten (Heidenhain) — nach  $1\frac{1}{2}$  Minuten ist die Starre und der Anfall da; auch das Fixiren nicht glänzender Objecte hatte bald denselben Erfolg, ja es gelang mir sogar, ohne ihr vorher irgend etwas mitgetheilt zu haben, durch starres Ansehen, indem ich ihr irgend etwas ganz Gleichgültiges erzählte und ihr dabei immer näher auf den Leib rückte, den Anfall hervorzurufen.

Passiver Lidschluss durch leichten Druck der Finger hatte nach Ablauf von 30—50 Secunden den Anfall zur Folge. Eine Taschenuhr wird ihr an's Ohr gehalten — in derselben Zeit derselbe Effect. Das leichte Streichen des Gesichtes erforderte längere Zeit zum Auslösen der Anfälle — stets vergingen  $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$  Minuten, bevor er eintrat.

Zwei Anfälle wurden dadurch hervorgerufen, dass 30—40 Secunden lang ein ziemlich schwacher galvanischer Strom durch die Sagittalaxe des Schädel — eine Electrode auf die Stirn, eine in den Nacken gesetzt — geleitet wird. — In diesen Anfällen wird auch das vollständig indifferente Verhalten der Patientin gegen einen aufsteigenden Strom durch die Wirbelsäule constatirt. Druck auf die Hals-

wirbelsäule und anhaltendes starkes Rückwärtsbeugen des Kopfes haben kein Resultat.

Höchstauffallend war ferner der Umstand, dass durch Fortsetzung (der Einwirkung) obiger Reize die spontan aufgetretenen Anfälle beliebig in die Länge gezogen werden konnten. So lange die Finger auf ihren Lidern lagen, wachte sie nicht auf. Hatte man sie erhoben und erschlaffte bereits die Musculatur, so brauchte man ihr nur die Taschenuhr ans Ohr zu führen, die Lider in obiger Weise zu schliessen oder das H a n s e n'sche „Magnetisiren“ zu üben — und die Musculatur erstarre wieder. Uebte man dagegen an einer Hautstelle ein leichtes Streichen aus, so nahm die Muskelstarre von dort ihren Anfang. Strich man z. B. die Haut des Daumenballens, so ballte sich erst krampfhaft die Faust, gleich darauf war der Arm erstarrt, und wenige Augenblicke später war die volle Verbreitung da.

Am 16. und 17. kein Anfall. Am 18. ist Patientin sehr froh und munter, hält sich für genesen, will die Anstalt verlassen etc Nachdem sie jedoch 40 Secunden auf einen kleinen Stein in einem Ringe gestarrt, ist ein voller Anfall wieder da —, schwindet jedoch spontan nach Ablauf von  $1\frac{1}{2}$  Minuten. Kaum 5 Minuten nachher, scheinbar ohne irgend welche Ursache ein 2ter von c. 5 Minuten Dauer. Patientin wird jetzt, nachdem Vormittags noch vielfach oben angeführte Experimente wiederholt und genauer controlirt worden, rein gynaecologischer Behandlung — bis dahin hatte die einzige Medication in Baldrian bestanden — überlassen, und für diese Zeit alle Experimente — um nicht etwaige Resultate zu trüben, —

unterlassen. Ueber die Symphyse wird ihr, etwas nach links von der Mittellinie, ein kartengrosses Blasenpflaster applicirt, täglich Abends Sitzbad von c. 25° R., jeden 5ten Tag Sacrification der Vaginalportion.

Bis zum 4. Juni verhielten sich die Anfälle sehr verschieden. Bald hat sie 10 Anfälle im Laufe von 24 Stunden; einmal blos einen, und dieser war durch das Schnurren eines am Nachbarbett in Thätigkeit gesetzten faradischen Apparates hervorgerufen. Im Allgemeinen dauern die Anfälle jetzt nur kurze Zeit, 3 - 5 Minuten, und sind in ihrer Intensität sehr wechselnd; bald ist absolute Bewusstlosigkeit mit höchster tonischer Muskeistarre vorhanden, bald ist beides nur ganz leicht angedeutet, bald finden sich Mittelstufen: Willkürliche Bewegungen, bis auf ganz geringes Nicken mit dem Kopfe auf intensiv gestellte Fragen, nicht vorhanden, später stärker geträbte Erinnerung, dabei die Pupillen mässig weit, ihre Reaction träge. Au Tagen mit vielen intensiven Anfällen sinkt die Harnmenge sehr bedeutend, auf einige hundert Cetm.; folgt darauf ein relativ freier Tag, so steigt sie sehr bedeutend über die Norm; -- eines Vormittags entleerte sie c. 1600 Cetm. auf einmal und ein Paar Stunden darauf ebensoviel. Dazwischen klagt Patientin über Brennen beim Harnlassen, ohne dass der genauesten Untersuchung etwas Objectives nachzuweisen gelingt; einmal hat sie plötzlich ohne dass irgend eine Veränderung der Diät eingetreten wäre, oder sich sonst Symptome von Seiten des Digestionsapparates gezeigt hätten, einen colossal tympanitisch aufgetriebenen Leib, der nach Anwendung von Ricinusöl und von Priessnitz sich wieder rasch verlor.

Nachdem noch einmal ein Regenschauer durch sein Geräusch einen intensiven und langdauernden Anfall hervorgerufen, werden sie immer seltener, immer weniger intensiv und um den 10. Juni ist der letzte dagewesen. Während Patientin in Bezug auf die Anfälle nicht nur gebessert, sondern sogar für's Erste genesen ist, hat sich der gynaecologische Untersuchungsbefund allerdings auch geändert, aber nicht zu Gunsten der Patientin — Uterus und linkes Ovarium wie früher, das rechte dagegen von Wallnussgrösse, auf Druck mehr empfindlich als das andere. — Einmal hatte Pat. während ihres Aufenthalts im Hospital die Menses; es ist jedoch in der Krankengeschichte darüber leider nichts aufgezeichnet. — Am 16. Juni verlässt Patientin das Krankenhaus und geht wieder ihrem Beruf nach, bleibt aber dabei ambulant in gynaecologischer Behandlung.

Am 15. Juli stellt Patientin sich wieder im Kranken-  
hause ein. Schmerzen über der rechten Leistengegend sind jetzt vorwiegend; sie zwingen sie ihren Dienst aufzugeben und hier Hilfe zu suchen. Sie hält das Bein etwas flectirt und leicht adducirt; Extension, also auch Gehen verursachen ihr starke Schmerzen. Dieser Schmerz sei aufgetreten, nachdem sie vor c. 14 Tagen etwas Schweres gehoben. Bis vor etwa 10 Tagen ist sie von den Anfällen verschont geblieben; sie hat damals den ersten dadurch bekommen, dass Kinder im Nebenzimmer Griffel zuspitzten. Ein Paar Anfälle hat sie seitdem täglich. Ferner klagt sie über sehr lebhafte Schmerzen in beiden Mammae, vorwiegend der rechten. Wenn sie etwas Heisses trinke, so entleere

sich sehr reichliches serös-milchiges Secret aus derselben. (Es wird dies auch von dem behandelnden Gynaecologen (Dr. H a c h) aus eigner Anschauung bestätigt). Der gynaecologische Befund ist jetzt darin vom früheren abweichend, dass eine hochgradige Sinistroversio besteht. In Bezug auf die Ovarien keine Veränderung.

Spontan hat sie bis zum 24. täglich 3—6 Anfälle; bei diesen sowohl, wie bei auf verschiedene Weise künstlich hervorgerufenen werden alle früher beschriebenen Dinge wiederholt und auf's Ausführlichste geprüft und bestätigt. Sowohl die Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend, als die in der Mamma — Patientin hat symptomatisch einige Morphiuminjectionen bekommen — sind bedeutend geringer geworden, im Allgemeinen haben die spontanen Anfälle an Frequenz und Dauer abgenommen, waren aber doch stets mit voller Muskelstarre und Bewusstlosigkeit verbunden. Am 24. wird mit Patientin sehr viel experimentirt — theils zur Demonstration, theils zur Klärung der Frage, ob der Charcot'sche Druck seine Wirkung der Compression des Ovarium oder des Fundus uteri verdanke. Bei einem von Prof. J. v. Holst-Dorpat — bei combinerter Untersuchung, gemachten Versuche den Fundus zu drücken, erwacht Patientin. Prof. Holst gab jedoch die Möglichkeit, wegen der Sinistroversio auch das Ovarium mitgedrückt zu haben zu; 2 mal, als Andere den Fundus uteri sicher isolirt zu drücken glaubten, wachte Patientin nicht auf — Druck auf's linke Ovarium per vaginam dagegen wirkte, wie früher, prompt. Am Nachmittage desselben Tages noch einige Anfälle, am folgenden Tage nur einer, der letzte. Patientin klagt nur noch über vage Schmerzen im Kreuz

etc.; nach einer Punction der Vaginalportion sind auch die geschwunden. Patientin will jetzt gar keine Beschwerden mehr haben und wird am 28. Juli entlassen.

### Fall II.

Fräulein N. N. 24. a. n. wird am 27. April c. in die Anstalt des Herrn Dr. S z o n n hierselbst, dem ich für die folgenden Notizen über den Fall hiermit meinen besten Dank ausspreche -- aufgenommen.

Patientin hatte vor c. einem Jahre an heftigen Cardialgieen gelitten, es waren dagegen subcutane Morphin-injectionen gemacht worden, in der Folge hatte sich hochgradiger Morphinismus bei ihr entwickelt. Im Februar c. war eine Entziehungscur glücklich durchgeführt worden; während und namentlich nach derselben entwickeln sich Symptome hochgradiger Hysterie. Objectiv an Patientin nichts Abnormes nachweisbar, namentlich auch keine besondere Druckempfindlichkeit beider Ovarialgegenden. Menses geregelt. Subjectiv wird über allgemeine Körperschwäche geklagt, über das Gefühl „als ob tausend Inseeten im Kopf herumkriechen“ etc. Im Laufe des Tages 6-8 Anfälle, die Patientin als „Vergessen der Gedanken“ bezeichnet. Unter allmählichem Schwinden des Bewusstseins ballt sich die Hand zur Faust, streckt Patientin die Arme, es tritt tetanische Starre der gesamten Musculatur ein. Auf Hautreize (Stechen, Kneifen, etc.) reagirt Patientin durchaus nicht; die Pupillen sind dabei weit, reagiren träge auf einfallendes Licht. Die Dauer der Anfälle ist verschieden, die längsten halten eine Stunde an. Aus dem

Anfall erwacht, erinnert Patientin sich nur ganz dunkel und lückenhaft der vorgefallenen Dinge.

Während die Behandlung blos in kalten Abreibungen und in rationellem allgemeinen Regime bestand, änderten sich die Anfälle in den ersten Wochen nicht. Es treten vorübergehend psychopathologische Erscheinungen auf: Abneigung gegen die Verwandten, weil sie sich von ihnen verfolgt glaubt, Gesichtshallucinationen (Blumen, blanke Spiesse etc). Diese schwinden ziemlich bald, auch die Zahl der Anfälle nimmt allmählich ab. In der 6. Woche der Behandlung endlich wurde auf Rath des jetzt consultirten Herrn Dr. Holst der Charcot'sche Druck auf die Ovarialgegend zum Coupieren der Anfälle versucht: stets auch im ersten Beginn des Anfalles, mit absolut sicherem Erfolge. Gleichgültig, ob man den Druck rechterseits oder linkerseits übt, Patientin thut eine tiefe Inspiration und alle Erscheinungen sind in demselben Momente geschwunden. Wohl einige Dutzend Male wurde bei den immer schwächer und kürzer werdenden, schliesslich nur noch des Abends auftretenden Anfällen diese Manipulation mit stets gleich eclatantem Erfolge geübt. Schliesslich setzten die Anfälle für 3—4 Tage aus, Ende des 3. Monates der Behandlung schwanden sie vollständig und Patientin wurde entlassen.

### F a l l III.

(Nr. 1476 / 211). L. S. 27 a. n. puella publ. wird am 26. Mai 1881. spät Abends in's Krankenhaus gebracht. Eine Ursache der Krankheit anamnestisch nicht zu eruiren, sie sei plötzlich in diesen Zustand gerathen.

Patientin liegt mit geschlossenen Lidern vollständig bewusstlos da. Ihre Musculatur ganz exquisit im Zustande kataleptischer Starre. Mit leichter Mühe können ihre Gliedmassen in jede erdenkliche Stellung gebracht werden und verharren dann beliebig lange in derselben. Pupillen ziemlich weit, ihre Reaction in allen Arten erhalten, wenn auch träge. Oeffnet man die Augenlider, so bleiben sie offen; bei Berührung der Cornea schliessen sie sich. Anrufen, Rütteln, Besprengen mit kaltem Wasser, Nadelstiche etc. bleiben absolut ohne Reaction. Druck auf's rechte wie linke Ovarium durch die Bauchdecken wie per vaginam — es wird bei dieser Gelegenheit entdeckt, dass der Uterus anteflectirt ist, — habe keine Veränderung des Zustandes zur Folge; ebenso wenig das prolongirte Durchleiten auf- und absteigender galvanischer Ströme durch das Rückenmark und Hirn.

Am folgenden Vormittage liegt sie noch genau in demselben Zustande da. Obige Erweckungsversuche werden, ebenso resultatlos wie gestern Abend, wiederholt. Anblasen des Gesichtes und Epigastriums bleiben auch erfolglos. Stärkste faradische Ströme quer durch den Hals (Phrenicusreizung) haben mehrere tiefe Inspirationen zur Folge und die kataleptische Starre verschwindet. Die Musculatur ist jetzt ganz schlaff, nur an den unteren Extremitäten Andeutung von tonischer Starre. Dabei verhält sich Patientin geradezu wie ein Echo: Was ihr auch vorgesprochen wird, sie reproducirt es mit der grössten Prompttheit. Worte aus ihr vollständig unbekannten Sprachen, schwer auszusprechende wissenschaftliche Ausdrücke spricht sie mit der grössten Präcision und denkbaren Genauigkeit nach.

Wenn auch jedes Wort hohl und mit einer gewissermassen tonlosen Stimme gesprochen wird, die höhere oder tiefere Stimmlage findet im Echo wieder ihren Ausdruck. Geradezu fabelhaft ist die Praecision mit der sie die, für die Lettin eigentlich unmögliche, estnische Aussprache wieder giebt, die Gewandheit, mit der sie einen rasch gesprochenen französischen Satz repetirt. Nachahnungsautomatie dagegen ist nicht vorhanden: Es gelingt nicht, sie durch Vormachen zum Aufstehen, Gehen etc. zu bringen. Auch nachdem sie passiv in die Gehbewegung gebracht worden, geht sie nicht weiter.

28. Mai. Patientin liegt noch immer bewusstlos da, hat ausser Wein, der ihr mit Mühe eingeflösst worden, nichts zu sich genommen. Harn hat sie unter sich gelassen, Stuhl ist nicht dagewesen. Während die Musculatur des rechten Beines sich im Zustande tonischer Starre, die sich nur mit grossem Kraftaufwand passiv überwinden lässt, befindet, ist die übrige Musculatur des Körpers vollständig schlaff. Leichte reflectorische Zuckung auf starkes Kneifen und auf Nadelstiche.

30. Mai. Das Bewusstsein ist zum Theil wiedergekehrt, Patientin reagirt wenigstens etwas mit Bewegungen auf Fragen, hat etwas Nahrung zu sich genommen, den Harn nicht mehr unter sich gelassen. Seit gestern die Starre des rechten Beines geschwunden; dazwischen war kurze Zeit das linke in demselben Zustande. Bei der Visite wird der Kopf der Patientin stark rückwärts gebengt und so lange er in dieser Stellung erhalten wird, — ist Katalepsie und Sprachautomatie vollständig wie früher wieder da. Der Zustand tritt ganz plötzlich mit

einem Seufzer ein, das Bewusstsein schwindet vollständig. Das Erwachen geht mehr allmählich vor sich. Genau denselben Effect hat Druck auf den process. spinos. des 7. Halswirbels.

1. Juni. Sensorium und sonstiger Zustand wie vorgestern. Ihre Nachbarin wirft ihre Suppenschale zu Boden — bei unserer Patientin hat das für einige Minuten einen Zustand der Starre zur Folge, der jedoch nicht genauer beobachtet worden ist. Es wird ein Versuch mit passivem Lidschluss durch sanften Druck der Finger auf die Augenlider gemacht — Katalepsie u. s. w. sind für die Dauer des Versuches wieder vollständig wie früher da.

3. Juni. Patientia ist auf dem besten Wege der Besserung: das Bewusstsein fast klar, sie fixirt schon jeden vorgehaltenen Gegenstand, nennt ihn bei Namen etc.

8. Juni. Sensorium vollständig frei. Absolute Amnesie für die in den ersten Tagen vorgefallenen Dinge; dann folgt eine Zeit, die stark verwischte Erinnerungsbilder hinterlassen, erst der letzten Tage erinnert sie sich ganz klar. Seit einigen Tagen hat sie um Mittagszeit bei klarem Bewusstsein vorübergehende Anfälle von „Gliederstarre“, die jedoch leider nie zu genauer Beobachtung kamen.

16. Juni. Nachdem Patientin am 9ten und 10ten Morph. mur. gr.  $\frac{1}{6}$  subc. erhalten, sind die Anfälle nicht wiedergekehrt. Patientin fühlt sich jetzt ganz wohl, hat jedenfalls die Herrschaft über ihre Gliedmassen in normaler Weise. Ihr ganzes Wesen charakterisiert sie schon als Hysterica par excellence: Bald glaubt sie sich vernachlässigt, bald hat sie wieder gar keine Bedürfnisse, bald

ist sie verstimmt, bald ebenso grundlos heiter bis zur Ausgelassenheit, im Allgemeinen albern.

Am 22. fühlt sie sich jedoch schon so wohl, dass sie auf ihren eigenen Wunsch genesen entlassen werden kann.

#### F a l l I V.

(Nr. 2966/127). Marjanne Nastelowitsch W. 20 a. n. Hebräerin, geschiedene Frau, wird am 15. December 1880 Abends in vollständig heusstlosem Zustande von der Polizei in's Krankenhaus gebracht.

Nachträgliche Erhebungen ergeben, dass Patientin bei ihrer Ankunft hier auf der Eisenbahnstation plötzlich erfahren, alle ihre Sachen seien gestohlen worden. Diese Schreckensnachricht hat sie ganz starr angehört und ist darauf hingefallen, und so eben der Polizei übergeben worden. Spät Abends liegt Patientin mit geschlossenen Augen im Bett ohne ein Zeichen der Reaction auf Vorgänge der Aussenwelt. Anrufen, Rütteln, Besprengen mit kaltem Wasser, Nadelstiche etc. bewirken absolut keine Veränderung in diesem Zustande. Die Extremitäten dabei im Zustande tonischer Starre, namentlich die Beine. Bei der Vormittagsvisite des andern Tages halten ihre Nachbarinen sie bereits für todt: Ebenso wenig Reaction auf obige Reize wie gestern. Plötzlich wacht Patientin auf, als auf die rechte Ovarialgegend der Charcot'sche Druck ausgeübt wird. Mit einer tiefen Inspiration schlägt Patientin die Augen auf, die tonische Muskelstarre ist gewichen, Patientin schaut sehr erstaunt, wie aus tiefem Schlaf erwacht um sich: „wo bin ich?“ Kommt allmählich ganz zu sich und hat keine Spur von Erinnerung davon, wie sie herge-

kommen und was mit ihr geschehen. Fast vollkommene Anaesthesia der rechten Körperhälfte einschliesslich des Gesichts ist das einzige Residuum.

Nachdem Patientin etwas Zeit gelassen worden ist, sich in ihre neue Situation hineinzudenken, wird vermittelst leichten Druckes der Finger an ihr Lidschluss ausgeübt. Nach kurzer Frist macht Patientin den Eindruck einer Schlafenden; die Hand wird erhoben und bald — ohne dass irgend welche Manipulationen vorgenommen werden — schlägt Patientin die Augen auf, sieht etwas verstört um sich, hustet und räuspert sich einige Male und muss zu ihrem eigenen Erstaunen zugeben, geschlafen zu haben. Dasselbe Experiment wird — mit genau demselben Hergange der Dinge, — gleich darauf noch einige Male wiederholt.

Leider stiess der Fall damals auf kein besonderes Interesse, und Patientin wurde, nachdem 5 stündige Application einer Metallplatte auf den rechten Oberschenkel der ganzen anaesthetischen Seite bereits das normale Gefühl wiedergegeben, ohne Transfert zu erzeugen, genesen entlassen.

#### F a l l V.

Mathilde K. 20 a. n. Dienstmagd, behauptet sich am 15. August Abends sehr erschreckt zu haben (Vermeintlicher Versuch eines Angriffes auf ihre geschlechtliche Unschuld ?). Den übrigen Theil des Abends verbrachte sie bereits sehr eigenthümlich. Sie erschien ihrer Umgebung geistesabwesend, klagte über Kopfschmerz, hielt den Kopf immer zwischen beiden Händen etc. Am 16ten verfiel sie

in einen Zustand, der folgende Erscheinungen darbot: Patientin liegt mit weiten, nur träge reagirenden Pupillen anscheinend vollkommen bewusstlos da. Auf alle beliebigen Hautreize keine Reaction. Die Musculatur im Zustande tonischer Starre mässigen Grades: mit einem Kraftaufwande gelingt es, diese zu überwinden; die betreffende Extremität verharrt alsdann in der ihr gegebenen Stellung; Harn und Stuhl lässt Patientin unter sich; mit Mühe gelingt es ihr etwas Wein und ein Infus. Valerian. einzuflössen.

Als am 22. Dr. Holst consultirt wurde, hatte der Zustand sich bereits etwas zum Besseren gewendet: Das Bewusstsein schien nicht mehr vollständig umnachtet, Patientin hatte bereits einige Worte, wie „Wasser“! von sich gegeben, die Muskelstarre bereits weniger intensiv. Auf Nadelstiche, Kneifen etc. gar keine Reaction.

Druck auf die linke Ovarialgegend ändert plötzlich das Bild: Patientin krümmt sich wie unter heftigem Schmerz, hat die Beweglichkeit aller Glieder wiedererlangt, macht gewaltsame Versuche die drückende Hand fortzustossen. Patientin ist offenbar bei ganz klarem Bewusstsein und macht wohlüberlegte Versuche, die Ursache ihrer sehr lästiger Empfindungen zu entfernen. Bald nachdem der Druck sistirt worden, sinkt sie wieder bis zu einem gewissen Grade in den alten Zustand zurück.

Am 23. wird Vormittags Ovarialcompression angewandt, mit demselben Effect wie gestern. Ausführliches Experimentiren ist leider äusserer Verhältnisse halber unmöglich; man überzeugt sich blos, dass allerdings nur kurze Zeit ausgeführtes Streichen eines Daumenballens, so

wie Druck auf die Halswirbelsäule keine Veränderung in dem Zustande bewirken.

25. August. Patientin hat etwas Nahrung zu sich genommen, Harn und Stuhl nicht mehr unter sich gelassen. Auf Nadelstiche etc. keine Zuckung, wohl aber nach relativ langer Zeit ein schmerzvolles Verziehen des Gesichtes. Sie giebt sogar mit langsam fallenden Worten die Stelle des Stiches an, wenn auch relativ lange Zeit zwischen der gestellten Frage und der Antwort liegt. Ihre Erinnerung fängt damit an, dass der Unterleib ihr gedrückt worden sei, ist aber für die spätere Zeit wieder sehr unvollkommen.

28. August. Patientin hat sich so rasch gebessert, dass sie sich gestern bereits für vollständig gesund gehalten hatte und nicht davon abzuhalten gewesen war ihren gewohnten Arbeiten nachzugehen. Gegen Abend ist sie jedoch wieder ziemlich plötzlich in den alten Zustand der Bewusstlosigkeit verfallen; ihrer Herrschaft ist jedoch auch aufgefallen, dass sie jede an sie gerichtete Frage mit Repetition derselben beantwortete. Heute ist Patientin jedoch wieder bei vollständig klarem Bewusstsein, Motilität und Sensibilität normal. Gar keine Erinnerung für die Zeit vom 16. bis zum 22ten. Immer genauer werdende Erinnerung für den Vormittag des 27., gar keine für den Abend.

**S**ehen wir uns unsere Fälle genauer an. Zuvörderst wäre die allgemeine Diagnose Hysterie kurz zu begründen. Im Falle I. vermissen wir die gewöhnlichen Erscheinungen, Globus, Clavus etc., auch das gesamme psychische Verhalten, das in den meisten Fällen der Hysterica so praequant charakterisirt, lässt uns hier in Stich. Weisen schon die plötzlich auftretenden und bald ebenso wieder schwindenden Anaesthesiaen, die Tympanites und die Erscheinungen von Seiten des Uropoetischen Apparates direct darauf hin, so haben wir den unumstößlichen Beweis im Verhalten des linken Ovarium. Dass Druck auf's — selbst wenn chronisch entzündete — Ovarium schwere allgemeine Störungen hervorruft, resp., wie in unserem Falle, coupirt, ist einzig und allein dastehend in den Aeusserungen der Hysterie. Den verschiedenen, grob anatomischen Erkrankungen desselben kommt es nie zu, es giebt hunderte von Oophoritiden ohne dies specifische Symptom. Doch damit ist eine Frage berührt, die an einem anderen Orte näher erörtert werden soll.

Im II. Falle haben wir abgesehen vom charakteristischen Gesamtbilde, vom Verlauf wieder die Ovarial-hyperaesthesia.

Im III. Falle sind hier nur Symptome des Hypnotismus beobachtet worden. Dagegen war hier das allgemeine

Verhalten zu sprechend, um einen Zweifel zu liegen. Dies machte auch brauchbare anamnestische Erhebungen unmöglich: In einer frohen Stunde wollte sie stets kerngesund gewesen sein, war sie einmal deprimirt, so liess sich fast jedes Leiden bei ihr herausexamiren.

Für den Fall IV. haben wir wieder die specifische Ovarialhyperaesthesia, und die bei Metallotherapie geheilte halbseitige Anaesthesia.

Im Fall V. schliesslich ist wieder die Ovarialhyperaesthesia entscheidend.

Es wäre jetzt die Identität der von uns beobachteten spontan, d. h. ohne die speciellen hypnotischen Reize, aufgetretenen Erscheinungen mit dem künstlich hervorgerufenen Hypnotismus zu erweisen.

Vor Allem sei bemerkt, dass ebenso wenig, wie bei fünf künstlich Hypnotirten sämmtliche dem Hypnotismus zukommenden Erscheinungen beobachtet worden sind, wir es hier zu erwarten haben. Hier wie dort können wir es nur mit Gruppen aus der grossen Menge der Symptome zu thun haben. Und die Beobachtung wird noch durch die relativ kurze Dauer der Anfälle, dadurch dass man selbstverständlicher Weise nicht stets zur Hand sein kann, wesentlich erschwert.

In unserem ersten Falle haben wir in den spontanen Anfällen, abgesehen von ihrer Dauer, eines der gewöhnlichsten Bilder provocirten Hypnotismus vor Augen. Das Bewusstsein in schweren Fällen absolut unmischbar, von Willensfähigkeit keine Spur — und alle Zwischenstufen bis zur grade noch nachweisbaren Trübung des Bewusstseins in den leichtesten Anfällen. In den schweren Auffällen wusste

sie von gar nichts, in den leichtesten glaubte sie mitunter sich alles Vorgefallenen erinneru zu können; genauere Exploration erst ergab die Lücken, die sich durch gemachte Andeutungen wieder leicht füllten. Auch in den leichtesten Anfällen von spontanen Willensäusserungen keine Spur -- nur auf die Frage, ob sie höre, dass man mit ihr spreche, leises Nicken des Kopfes. Wie sich die Pupillen beim beginnenden Anfall verhielten hat sich leider der Beobachtung entzogen — sehr bald nach Beginn war jedenfalls in intensiven Fällen die Pupille weit und reactionslos; in den leichtesten dagegen reagirten sie prompt. An Muskelerscheinungen haben wir ausser Katalepsie hier Alle, die überhaupt beim Hypnotismus beobachtet worden sind. In den schweren Fällen die höchste mit allem erdenkbaren Kraftaufwand nicht zu überwindende tonische Starre, in den leichten nur allgemeine Muskelschlaffung, einfache Aufhebung der Motilität — aus welchem Zustande Streichen einzelner Muskelpartien diese und durch Verbreitung die ganze übrige Muskulatur rasch wieder in tonische Starre gebracht werden konnte. Dieses Phaenomen ist noch kürzlich von Chareot und Richer näher besprochen worden.<sup>1)</sup> Es heisst da aber ausdrücklich: Elle (la surexcitabilité neuro-musculaire) est un des caractères fondamentaux de la léthargie hystérique provoquée. — Elle est un mode du sommeil nerveux se rapprochant le plus du sommeil dit magnétique et auquel le phénomène qui nous occupe ici est complètement étranger.<sup>2)</sup> Während es also von dieser Seite als fundamentales Charakteristicum der provocirten Hypnose dargestellt

---

1) Gazette des hospitaux 1881 Nr. 37. pag. 293 u. ff.

wird, haben wir es bei spontanen Aeusserungen einer Hysterischen.

Nur in der Dauer der Anfälle weicht unser Krankheitsbild von dem künstlichen Hypnotismus wesentlich ab: unsere Patientin bringt's selten über eine Viertelstunde, sich selbst überlassen hält die provocirte Hypnose wenigstens Stundenlang an. Im Wesen der Sache ändert dies natürlich nichts. Und künstlich können die Anfälle beliebig in die Länge gezogen werden: durch Application fast jedes zur Hervorrufung künstlicher Hypnose von der Physiologie als geeignet befundenen Reizes gelingt.

Zu jeder beliebigen Zeit können prompt Anfälle hervorgerufen werden, die sich mit den spontan auftretenden — und dass diese spontan, d. h. ohne irgend welche nachweisbare äussere Einwirkungen auftreten, ist oben näher ausgeführt — vollständig und nach allen Richtungen decken. Es ist dies ein ebenso auffallendes wie beweisendes Factum. Man hypnotisiert also lege artis einen Menschen und bekommt das gewöhnliche Bild der Hypnose; und spontan gerät dieselbe Person in genau denselben Zustand. Es lässt dies einen Zweifel an der Deutung der Anfälle kaum zu. Besonders interessant war hier noch, dass die bisher nur von E u l e n b u r g<sup>1)</sup>) bei Hysterischen als wirksam beschriebene Galvanisirung des Kopfes prompte Resultate gab.

Ueber die Natur der Anfälle klärt uns die Wirksamkeit des Charcot'schen Handgriffes direct auf: auch künstlich, aber nur durch die gewissermassen specifischen

1) Wiener Klinik 1880. III.

hypnotischen Reize, rufen wir hysterische Anfälle hervor, die mit der künstlichen Hypnose gesunder Menschen identisch ist.

Der II. Fall erinnert sehr an diesen. Ausführlich und rücksichtslos zu experimentiren ist bei einer gebildeten Kranken aus den höheren Ständen natürlich unmöglich — es wird uns daher weniger Material geboten. Die Anfälle decken sich ziemlich mit den unserer ersten Patientin: Dieselbe mehr oder minder hochgradige Muskelstarre, das mehr oder minder getrübte Bewusstsein, das prompte Coupuren der Anfälle durch Druck auf die Ovarialgegend, die Unmöglichkeit durch dieselben Anfälle hervorzurufen. Die Anfälle erreichen nie die Intensität der schwersten unserer ersten Patientin, dauern dagegen wieder etwas längere Zeit.

Im III. Falle haben wir es mit einer Hysterica ohne Ovarialhyperästhesie zu thun. Da gelingt auch das Erwecken nicht, fast 14 Tage vergehen bevor alle Erscheinungen verschwunden. Bei dieser Kranken haben wir den continuirlichen Uebergang von absoluter Willens- und Bewusstlosigkeit bis zur Norm; hier haben wir eine Reihe neuro-musculärer Erscheinungen; hier haben wir eine der so zu sagen imposantesten Erscheinungen der Hypnose, das Berger'sche Nachsprechphänomen. Es kann hier nicht der Ort sein, physiologische Erklärungsversuche für diese Erscheinungen zu geben, es genüge das Constatiren der pathologischen Facta. Und wir haben hier eine Reihe der interessantesten Erscheinungen der Hypnose zu constatiren: Patientin wird exquisit kataleptisch hergebracht, verharrt Stunden lang in den complicirtesten und unbe-

quemsten Stellungen. Nach viel verschwendeter Mühe lässt sich endlich die Katalepsie in absoluter Schlaffheit der Musculatur — Patientin bleibt immer noch absolut bewusst- und reactionslos, verhält sich dafür aber wieder wie das schönste Echo. Als bereits der Alp sich von ihr zu heben beginnt, bedarf es so zusagen spezifischer Manipulationen um wieder Katalepsie und Nachsprechen beobachten zu können. Sie hätte zu H a n s e n's besten Medien gehört! Nur „magnetisirt“ hatte sie Niemand — statt dessen ist sie hysterisch.

Der Fall IV. erinnert auf den ersten Blick an den Zustand des Kataplexes, wie P r e y e r die Schrecklähmung der Thiere bezeichnet. Hier haben wir wenigstens den Schreck als directe Ursache, aber von höchst eigenthümlichen Folgen: Mit leicht tonisch gespannter Musculatur liegt Patientin 14 Stunden absolut bewusstlos da, die übrigen Kranken halten sie für todt — und fast momentan erweckt sie der Ch a r c o t'sche Druck. Normal verhält sie sich aber nicht: abgesehen von der Hemianaesthesia ist sie ungeheuer leicht, wie fast jede kürzlich hypnotisch gewesene Person, wieder in den Zustand zu bringen — wacht aber wie unsere Patientin Nr. I., auch ebenso rasch wieder auf. Trotzdem genauere Beobachtungen und Untersuchungen fehlen, scheint ihr 14 stündiger Todesschlaf doch schwerlich anders, als mit Hypnotismus erklärbar. Es könnte auf den ersten Blick als ein Fall von hysterischer Lethargie, von Ch a r c o t's sommeil magnétique, erscheinen. Nebenbei haben wir aber die tonische Muskelstarre der unteren Extremitäten namentlich, und dies ist kein Symptom der Lethargie, es ist dies, wenn ich

mich so ausdrücken darf, die Folge erhöhter neuro-musculären Thätigkeit, der Ch a r o t'schen surexcitabilité, die wieder zum Hypnotismus gehört. Und einen weiteren Fingerzeig giebt das leichte „Einschlafen“ bei passivem Lidschluss.

Fall V. steht dem vorigen analog da: Schreck leitet die Erscheinungen ein und wenn sie auch erst am anderen Tage ausgeprägt da sind, so sind sie im Allgemeinen auch dieselben. Nachdem sie 6 Tage lang vollständig reactionsbewegungs- und bewusstlos dagelegen, erweckt sie sofort der Charot'sche Druck — allerdings diesmal nicht definitiv, er leitet aber die Genesung direct ein. Zu experimentiren war wegen ihrer um ihr Wohlsein äusserst besorgten Herrschaft unmöglich.

\* \* \*

Ziehen wir noch ein kurzes Resumé: In relativ kurzen Anfällen (I. und II.), oder unter dem Bilde prolongirter Krankheit (III. IV. und V.) treten spontan bei 5 Hysteris Zustände auf, die sich vollständig decken mit dem künstlich provocirter Hypnose; bei 3 Versuchsobjecten sind die als Krankheitsäußerung auftretenden Erscheinungen vollständig identisch mit denjenigen, welche so zu sagen specifisch hypnotische Reize bei ihnen hervorrufen. Zu Versuchen wurden angewandt die in der Einleitung besprochenen optischen, acustischen, tactilen, resp. thermisch-tactilen Reize, Galvanisation des Kopfes, Druck auf die Halswirbel, passiver Lidschluss.

Als Resultat haben wir in der Summe der Anfälle in Bezug auf Bewusstsein und Willen die continuirliche

Reihe von vollständigem Fehlen beider bis zu gerade noch nachweisbarer Trübung. In Bezug auf die Musculatur: tonische Starre verschiedener Grade, dann wieder absolute Schlaffheit, Katalepsie, die „surexcibilité neuro-musculaire;“ Die Sensibilität war herabgesetzt bis zum Fehlen; die Pupillen weit und reactionslos, resp. träge reagirend; wir haben (Fall V.) das Fehlen normaler Reflexe trotz vorhandener Schmerzperception, wir haben (Fall II.) automatische Reflexe und endlich bei derselben, als Erinnerung an die halbseitige Hypnose, den auf eine Extremität beschränkten tetanus. Es sind demnach sämmtliche Gruppen hypnotischer Erscheinungen vertreten, und wenn einige specielle Erscheinungen (Nachahmungsautomatic, Farbenblindheit) nicht beobachtet worden sind, so kann das nicht Wunder nehmen: ebensowenig wie bei 5 künstlich Hypnotisirten sämmtliche mögliche Erscheinungen beobachtet worden sind, ebenso wenig ist diess von 5 pathologischen Fällen zu erwarten.

Es sei mir noch eine kleine Excursion über die Ovarialhyperästhesie, auf die eigenthümliche Stellung, welche bei dreien unserer Patientinnen das Ovarium zu unsren hypnotischen Zuständen einnimmt, gestattet.

Ob durch Druck auf's Ovarium hysterische Anfälle provocirt werden, oder ob sie dadurch coupirt werden, ist für uns principiell einerlei, weil in beiden Fällen dies Organ einen directen Einfluss auf's Gesamt- resp. Centralsystem ausübt.

So alt wie die Beobachtung ist, dass Druck auf den Unterleib theils hysterische Erscheinungen hervorzurufen, theils diese zu unterdrücken vermag<sup>1)</sup>, so lange es schon her ist, dass Neuropathologen auf dies Symptom auf's Eindringlichste hingewiesen haben — die Gynaecologie, die doch das Ovarium durchaus für sich in Anspruch nimmt, kann sich nicht damit befreunden, hat bisher kaum Notiz von der Sache genommen. Der Hysteralgie als reiner Neurose wird überall Erwähnung gethan. Dass das Ovarium auch einer Neurose fähig sei, habe ich in keinem Lehrbuch gnfunden. Schroeder erwähnt in seinem Lehrbuch der Gynaecologic<sup>2)</sup> etwas Aehnliches gar nicht. Scanzonii hält die Ovarien für Organe, die auch bei Erkrankungen äusserst unempfindlich bleiben, wenn er „auch dem Eierstock nicht jede Sensibilität absprechen“ will<sup>3)</sup>), und bezieht die Schmerzen, die seine entzündlichen Krankheiten mitunter begleiten, auf Miterkrankung des Peritoneal-Ueberzuges.

Weiter<sup>4)</sup> spricht er von selteneren Fällen chronischer Oophoritis mit einem stechenden oder brennenden Schmerz, einem Gefühl, „als liege eine glühende Kohle innerhalb des Beckens.“ Bevor er eine exacte klinische Diagnose für unmöglich erklärt, macht er auf Neuralgien des Lumboinguinalis und Ileohypogastricus aufmerksam: dann entspreche die am meisten schmerzhafte Stelle nicht genau

1) cf. Charcot Klin. Vorträge über Krankheiten des Nervensystems, übersetzt von Fetzer, pag. 341.

2) Ziemssen, Specielle Pathol. u. Therap. Band X.

3) Lehrbuch der Krankheit der weibl. Sexualorgane 5 Aufl. Wien 1875 pag. 518.

4) Le. cit. pag. 543 u. ff.

dem Sitze des Ovarium, tiefer Druck werde leichter ertragen als oberflächlicher, anderweitige Neuralgicen fänden sich mitunter. Nachdem er noch von anderen Neuralgien der Genitalsphäre gesprochen: „Eine genaue Kenntniss all dieser sich so verschiedenartig ausbreitenden Schmerzen ist für die Praxis von um so grösserer Wichtigkeit, als sie sehr häufig eine ganz irrite Deutung erleiden, indem man ihnen sehr oft ohne Weiteres die uns beschäftigende chronische Oophoritis zu Grunde legt, ohne dass eine solche in Wirklichkeit besteht. Zweimal wohnten wir den Sectionen von Frauen bei, welche während ihres Lebens zeitweilig über die peinlichsten Schmerzen in der Ovarialgegend geklagt hatten, so dass wir beinahe mit Gewissheit auf eine organische Erkrankung der Eierstöcke schlossen, welche nichts desto weniger in der Leiche als vollkommen gesund vorgefunden wurden. Seit dieser Zeit sind wir mit der Stellung der Diagnose einer chronischen Oophoritis zurückhaltender geworden.“ Hiermit sind wenigstens also reine Neuralgien des Ovarium implicite zugegeben. Aber von der, namentlich seit Charcot seine Vorlesungen über Nervenkrankheiten veröffentlichte, allen Neuropathologen wohlbekannten Neurose kein Wort.

Ohlshausen<sup>1)</sup> führt bei der Besprechung chronischer Oophoritis nur West an, der reine Neuralgicen des Ovarium annehme, und äussert sich weiter nicht direct urtheilend über die Annahme. An einem andern Orte<sup>2)</sup> sagt er: „Der neuesten Zeit ist es vorbehalten gewesen, noch wei-

---

1) Pitha — Billroth, Band IV. 6. Lieferung pag. 32.

2) I. c. pag. 197 n. ff.

tere Indicationen für die Operation (Ovariotomie) aufzufinden. Man hat dieselbe wesentlich in derartigen Krankheitszuständen gefunden, welche ihre Erscheinung zwar in anderen Körpergegenden, ihren Grund aber in Reizzuständen des Ovarium haben. Es sind dies wesentlich Neurosen der verschiedensten Gebiete, von der Epilepsie und hysterischen Lähmungen bis zum hysterischen Singultus und Husten. Wo sich in solchen Fällen bei Ausschluss wichtiger uteriner Affectionen eine Reizung der Ovarien, derjenige Zustand, den man als Oophoritis chronica bezeichnet, findet, liegt eine Heilung jener Zustände durch Entfernung des Organs gewiss nicht ausser Bereich der Möglichkeit". Er stellt später Resultate des Charcot-schen Handgriffes, d. h. Hervorrufen oder Coupiren von Anfällen dadurch und Aura in der Ovarialgegend, als beweisend für den Zusammenhang der Neurosen mit Erkrankungen des Ovarium hin und will dann speciell die Indication zur Castration gelten lassen. Stets im gynaecologischen Sinne, muss das Ovarium krank sein („derjenige Zustand, den man als Oophoritis chronica bezeichnet“), eine reine Neurose kennt Ohlshausen nicht.

Nun frage ich: wer hat denn bei Ovarialhyperæsthesie stets organische Erkrankungen des Ovarium nachgewiesen? Wo sind die Beweise für die præsumirte chronische Oophoritis? Scanzoni hat für præsumirte Oophoritis zwei anatomische Gegenbeweise, der klinischen haben wir mehrere, sie sind ausserdem hier noch mehrfach beobachtet worden und würden sich bei gehöriger Aufmerksamkeit für die Sache wohl leicht unendlich vermehren.

Weiter sagt er: „Es ist doch auch mehr als bisher die Abhängigkeit einzelner Neurosen von bestimmten Organerkrankungen zu erforschen. Die Lehrbücher und Specialschriften über Hysterie enthalten hierüber noch so gut wie gar nichts und doch liessen sich einzelne Angaben in dieser Beziehung schon machen, so z. B. kommen die Schluchzkrämpfe der Hysterischen nach meinen Erfahrungen nur bei Retroversio oder Retroflexio uteri vor“ etc.

Dass die Neuropathologen keine Abhängigkeitstheorien bauen, ist sehr erklärlich; sie kennen die Hysterie als reine Neurose sehr wohl, ihnen sind die Fälle sehr gut im Gedächtniss, in welchen bei bestehenden Genitalleiden dasselbe mit bestem Erfolge behandelt wurde und Fluor albus, Kreuzschmerzen etc. wohl schwanden, aber der Globus, die Contractur fortbestand, ja sogar nur schlimmer wurde. Was die Schluchzkrämpfe anbetrifft, so habe ich in einem Falle selbst eine gegentheilige Erfahrung zu registriren (Rechtwinklige anteflexio). Und wo soll der Neuropatholog denn bei der Hysteria virilis, bei einem Judenknaben von 14 Jahren mit Gelenkneuralgien, Globus und Clavus die Anteflexio hernehmen?

Ohlshausen führt selbst 2 Fälle von Battey an, wo nach doppelseitiger Ovarienexstirpation die Beschwerden nicht schwanden. „Vermuthlich wegen Unvollständigkeit der Exstirpation.“ Worin liegt denn der Grund für dieses vermutlich? Weil eben in Ovarienerkrankung der Grund für alle Erscheinungen geschen wird. Statt an richtiger Ausführung Batteys Operationen zu zweifeln, kann nicht praeoccupirtes Urtheil nur darin einen Beweis gegen Ohlshausens Ansicht sehen, einen Beweis dafür, dass alle die

Neurosen eben von der Ovarienerkrankung ganz unabhängig waren.

Das Ovarium nimmt ausserdem darin keine isolirte Stelle ein, dass Druck auf dasselbe allgemeine nervöse Anfälle zur Folge haben kann.

Hie und da ist bereits Aehnliches von einem process. spinos. beobachtet worden. Dr. Holst verdanke ich folgende Notizen über 2 Patientinnen seiner Privatpraxis:

I. Frl. v. L.—S. (Nr. 1235) 30 a. n. Durch anhaltendes unsinniges Clavierspielen sehr angegriffen, Neurasthenie, Hysterie. Bei Druck auf die rechte Ovarialgegend sofort ein Zustand von Bewusstlosigkeit mit Anaesthesia und schlaffer Muskulatur, die nach einigen Minuten von selbst schwindet. Derselbe Anfall wird durch Druck auf den sehr schmerzhaften 5. Brustwirbel prompt hervorgerufen.

II. Frl. K. (Nr. 1182) 18 a. n. Spontane Schmerzen in der linken Ovarialgegend. Aufregung wie auch Druck dort bewirken Anfälle, in denen sie nach leichten Convulsionen etwas steif und vollständig bewusstlos liegen bleibt, um wenig Minuten darauf spontan zu erwachen. Derselbe Effect durch Druck auf einen besonders schmerzhaften process. spinos. Nach einem Monat strengen psychischen Regimes und Galvanisation der Ovarialgegend und des process. spinos. keine Anfälle mehr durch Druck provocirbar, bei Aufregungen nur noch flüchtiges Ohnmachtsgefühl, bald vollständige und dauernde Genesung.

In beiden Fällen verhält sich also hier der process. spinos. wie das Ovarium, stets aber gelingt es auch von beiden Orten aus den Anfall hervorzurufen.

Dass gynaecologische Behandlung auch gegen hysterische Leiden Erfolge aufzuweisen hat, und dass dies durchaus nicht selten ist, soll deshalb noch durchaus nicht bezweifelt werden. Es kommt gewiss eben so oft vor, dass eine hartnäckige Trigeminusneuralgie durch Amputation der portio vaginalis geheilt wird, wie der fürchterlichste hysterische Husten nach 2maliger energischer Application des electrischen Pinsels auf den Hals sofort spurlos schwinden und nach mehr als einem halben Jahre nicht wiederkehren kann, wie ich dieses eben selbst erlebt.

Das Verhältniss der Erkrankungen des weiblichen Genitalsystems zur Hysterie wäre eben vielleicht so aufzufassen, dass bei einer gewissen allgemeinen nervös-reizbaren Prae disposition, eine Erkrankung der Sexualorgane den zum Ausbruch hysterischer Erscheinungen nöthigen Reiz abgibt, ja mitunter die ganze Hysterie unterhält. Ist letzteres der Fall, so wirkt auch erfolgreiche gynaecologische Behandlung auf's Allgemeinleiden. Die Fälle von geheilten Genitalleiden und ungestört fortbestehender Hysterie, deren Auftreten auch mit dem des Cervixcatarrhs, der Muttermundserosionen etc. zusammengefallen sein mag, beweisen, dass die Neurose selbstständig geworden ist. Für die Fälle von absolutem Fehlen jeder Genital- und sonstiger materieller Erkrankung bleibt nur die Annahme einer rein selbstständigen Neurose.

Und in Praxi stellt es sich so wie Dr. Holst<sup>1)</sup> sehr richtig bemerkt, dass hysterische Allgemeinerschei-

---

1) Ueber das Verhältniss der Hysterie etc. Archiv für Psychiatrie. XI. Heft 3.

nungen bei Druck auf's Ovarium meist kopfschüttelnd von gynaecologischer Seite hingenommen oder bei auffallendem Druckschmerze mit der Annahme einer Oophoritis abgefertigt werden.

Dass aber Druck auf's Ovarium allgemeine hysterische Anfälle hervorruft, oder diese wieder direct abschneidet, kann durchaus keine seltene Erscheinung sein, wenn Dr. Holst mir aus seiner Privatpraxis der 2 letzten Jahre zwölf bezügliche Krankengeschichten zur Disposition stellen konnte und mir eine ganze Reihe solcher aus den Journalen des Krankenhauses vorliegt.

Und gerade nur die Gynaecologie als Beherrcherin dieser Sphären konnte Aufschluss bringen über die genaueren Grenzen des Sitzes neuro-pathologischer Erscheinungen. Die Mehrzahl der Hysterischen kommt in gynaecologische Behandlung, den Gynäkologen steht auch das grösste Untersuchungsmaterial zu Gebote.

Endlich ist der fundus uteri beschuldigt worden, an den fraglichen Erscheinungen schuld zu sein. Abgesehen davon, dass Charcot das indifferente Verhalten der Haut und der Musculatur, dass er die zum Druck benutzte Stelle als die dem Ovarium entsprechende nachgewiesen haben will, weshalb gelingt das Experiment meist nur von einer Seite? — es müsste denn auch nur eine Seite des Fundus die fraglichen Eigenschaften haben. Weshalb misslingt es bei Druck auf die Mittellinie über der Symphyse? So oft es in unserem Falle (I.) sachkundiger Hand gelang per vaginam einen isolirten Druck auf's Ovarium auszuüben, — von Druck auf die Bauchdecken dabei konnte gar keine Rede sein, — war der Anfall coupirt; so oft der fundus

uteri sicher isolirt, — es war dies in letzter Zeit des Aufenthalts der Kranken im Hospital wegen der hochgradigen Sinistroversio nicht immer leicht — gedrückt wurde, war das Resultat ein negatives. Das rechte Ovarium war unstreitig erkrankt, und verhielt sich indifferet; am linken liess sich keine Erkrankung nachweisen, es war während des 2. Aufenthaltes der Patientin hierselbst weniger empfindlich auf Druck wie das rechte — und dennoch sein den ganzen Anfall beherrschender Einfluss.

Bei einer anderen Patientin (Antoinette K. aufgenommen den 25. Juli Nr. 1907/180) wurde hier in jüngster Zeit das Hervorrufen von Anfällen bestimmter Art durch den Charcot'schen Handgriff beobachtet — von der linken Seite sehr prompt, von der anderen weniger sicher und nur andeutungsweise. Man hatte nur einen leichten Druck auszuüben, so that Patientin eine tiefe seufzende Inspiration, machte eine forcirte Streckbewegung des Rumpfes und verharrte in dieser Stellung, gab an es werde ihr ganz unbeschreiblich unwohl zu Muthe und höchst hervorragendes Unbehagen drückte ihre Physiognomie auch auf's Deutlichste aus; schliesslich stieg ihr dabei auch „eine Kugel“ aus dem Magen in den Hals. Gynaecologischer Befund: spitzwinklige Anteflexio bei etwas nach rechts gewendeter Vorderfläche des uterus, Verdickung der lig. recto-uterina, Ovarien normal. Hier war es natürlich leicht, den Fundus isolirt zu comprimiren, und ebenso leicht, die vollkommene Resultatlosigkeit der Manipulation zu beobachten. Uebte man den Druck energischer, so sagte Patientin einfach „es schmerzt“ und drückte man sehr stark, so schmerzte es auch sehr stark — aber von der specifischen Reaction,

die per vaginam auf's rechte, wie linke Ovarium ausgeübter Druck hervorrief, keine Spur. Und wenn auch von der rechten Seite der „Ohnmachtsanfall,“ wie Patientin diesen Zustand selbst bezeichnete, oft nicht sehr stark ausfiel — es trug stets den unverkennbar specifischen Charakter. Also hier wieder, in umgekehrtem Sinne — dasselbe Resultat.

Die Frage also — fundus uteri oder ovarium — halte ich damit für entschieden.

Kehren wir nun zu unseren hypnotischen Anfällen und deren Verhältniss zu dem Ovarium zurück, so verhalten sie sich nicht anders, als die übrigen Anfälle hochgradiger Hysterie. Diese ist eben nicht regelmässig mit Ovarialhyperæsthesie verbunden, wie es überhaupt kein constantes, in jedem Falle wiederkehrendes Symptom der Hysterie giebt. Ich habe es selbst wiederholt erfahren, dass der Druck auf's Ovarium, wie wir jetzt sagen dürfen, bei allgemeinen hysterischen Convulsionen, in einem Falle von Hystero-Epilepsie vollkommen in Stich liess. Dass wir es bei 5 Versuchsobjecten 4 mal fanden, ist vielleicht noch ein sehr günstiges Verhältniss.

Und dass in einem unsrer Falle Faradisation der dem Ovarium entsprechenden Stelle denselben Effect hatte wie tiefer Druck dort, während die ganze übrige Haut sich indifferent verhielt, verdient allerhöchstes Interesse.

Dies lässt nur einen Erklärungsmodus zu: den rein nervöser Reflexwirkung. Wie cutane Faradisation bei heftigsten Schmerzparoxysmen der darunter liegenden Nerven oft die überraschendsten Effecte hat, so haben wir uns auch hier den Vorgang zu denken. Wie dort z. B. der

neuralgisch affürte Ischiadicus beeinflusst wird, so in unserem Falle das Ovarium, welches nun wieder seinerseits weiteren Einfluss auf den allgemeinen Zustand ausübt.

Jedenfalls ein neuer und interessanter Beweis für das eigenthümliche Verhalten der Ovarien zu hysterischen Paroxysmen!

---

Aus Obigem glaube ich mich zu folgenden Schlüssen berechtigt:

- 1) Hypnotismus kann als Symptom der Hysterie auftreten.
  - 2) Ovarialcompression wirkt dagegen ebenso wie gegen andere Zufälle schwerer Hysterie.
  - 3) Faradisation der Ovarialgegend kann denselben Effect haben wie der Charcot'sche Druck.
-

## T H E S E N.

- I. Hypnotismus gehört zum Symptomenecomplex der Hysterie.
  - II. Der Charcot'sche Handgriff wirkt durch Druck auf's Ovarium.
  - III. Hereditär syphilitische Kinder haben nie gesunde Mütter.
  - IV. Syphilitische im gummösen Stadium können infectiös sein.
  - V. Kalte Bäder bei Typhus sind irrational.
  - VI. Das sogenannte Fieberdelirium ist kein Fieberdelirium.
-

10396