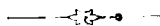




BEITRÄGE ZUR CASUISTIK

DER

# HYSTERIA VIRILIS.



INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDICINISCHEN FAKULTÄT

DER

RUPRECHT-KARLS-UNIVERSITÄT ZU HEIDELBERG

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

VORGELEGT VON

**CARL GERGEN.**

ARZT AUS SAARBRÜCKEN.



DECAN:

PROF. DR. KRAEPELIN.

REFERENT:

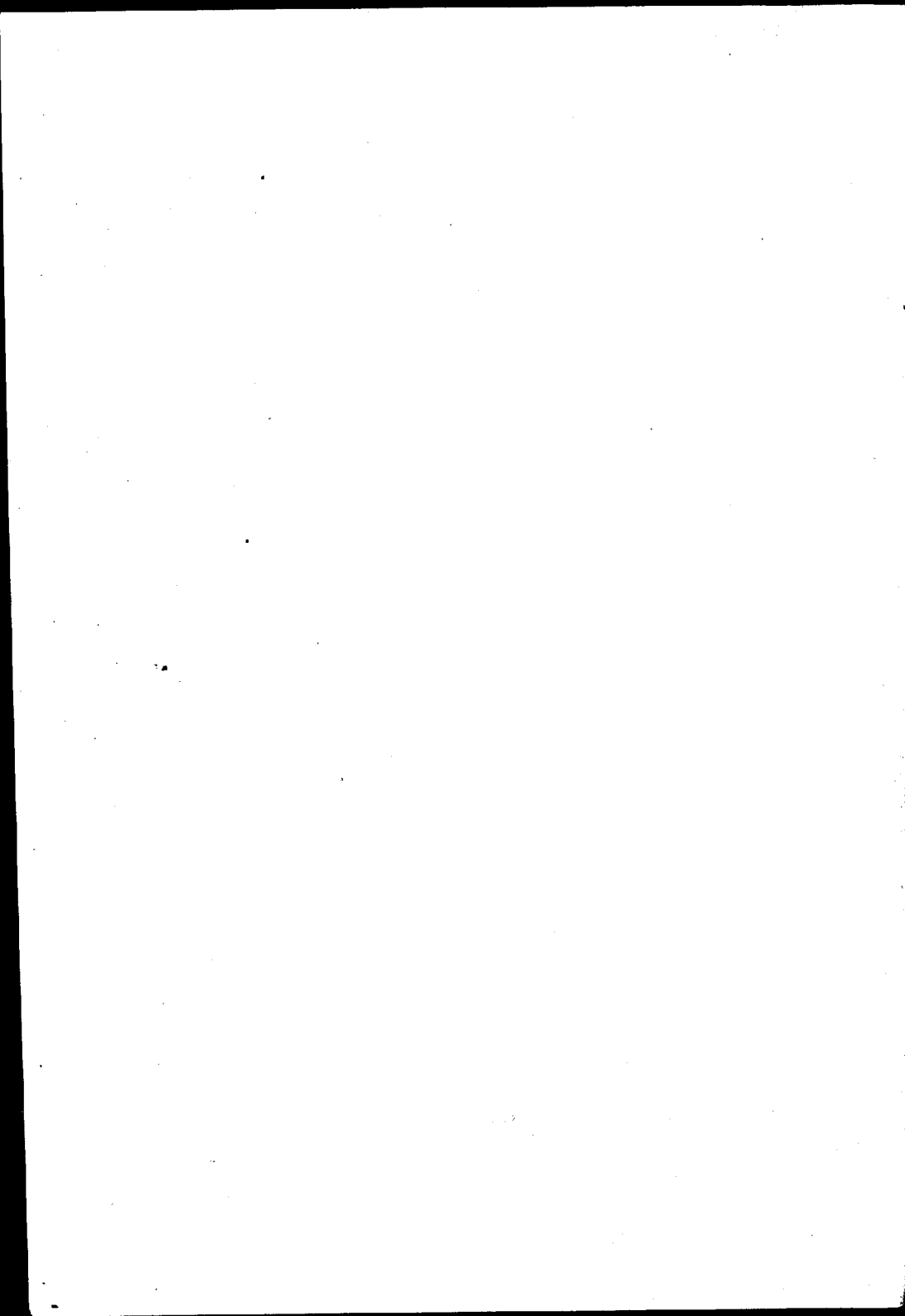
GEH. HOFR. PROF. DR. ERE.

---

1893.



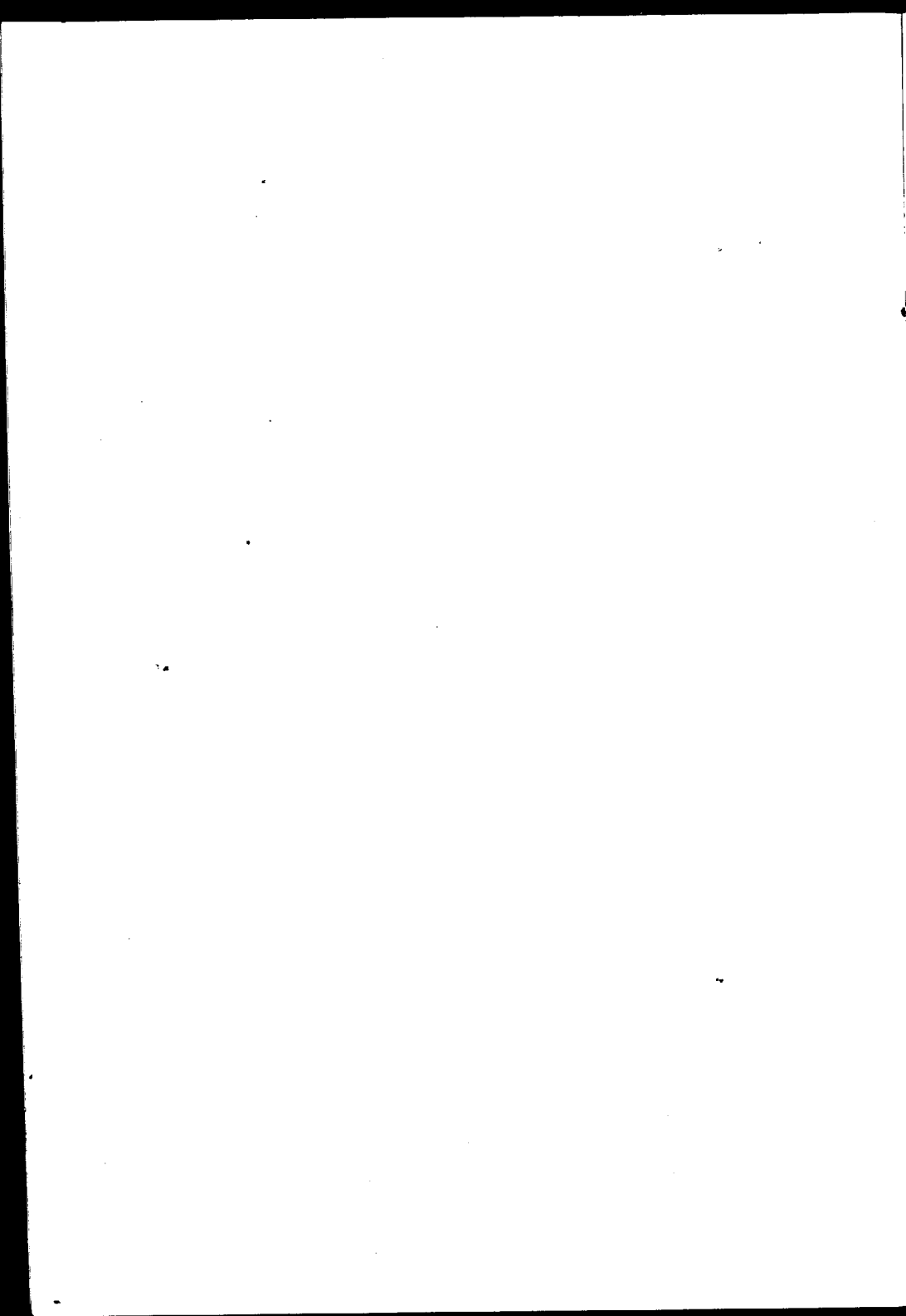
GRAPHISCHE ANSTALT VON J. SEELMEYR, WÜRZBURG.



SEINEN

LIEBEN ELTERN

GEWIDMET.



Im Juli vorigen Jahres gab Charcot<sup>1)</sup> einen Ueberblick über den Stand der Kenntnis der männlichen Hysterie und erkannte in Deutschland allenfalls der Berliner Schule den Vorzug zu, auf der Höhe der Zeit d. h. ungefähr wenigstens gleichen Sinnes zu sein mit den französischen Forschern. Die Thatsache, dass die kleineren Kliniken bezüglich dieser Frage noch zurück seien, erklärte Charcot höflicher Weise aus dem geringen Material, das dort zur Beobachtung komme, und das allerdings in keinem Verhältnis stehen mag zu dem der Salpêtrière. Wenn wir nun lesen<sup>2)</sup>, dass Frerichs während seiner ganzen, langjährigen Thätigkeit nur einen einzigen ausgesprochenen Fall von männlicher Hysterie sah und hören, dass Moebius<sup>3)</sup> zugiebt: „selbst grosse Krankenhäuser sehen zuweilen jahrelang keinen Fall von Hemianaesthesia oder keinen solchen mit grossen Anfällen“, so erscheint uns Charcot's Aeusserung auch heute noch einigermaßen berechtigt. Weniger berechtigt dünkt uns aber eine Bemerkung von Gilles de la Tourette, der in seinem wenige Wochen später erschienenen grossen Werke<sup>4)</sup> über Hysterie nicht umhin kann, seinen deutschen Kollegen ein wenig am Zeug

---

1) Archiv de Neurologie 1891.

2) Bodenstein, Hyst. beim männl. Geschlecht. I.-D. Würzburg 1889.

3) Schmidt's Jahrbücher 1883.

4) Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris 1891. pag. 120.

zu flicken. Anspielend auf die Verhandlungen des medizinischen Kongresses zu Berlin im Jahre 1890, wo die Frage der Simulation bei traumatischer Neurose diskutiert wurde, bricht der französische Gelehrte, den Skepticismus der Deutschen irriger Weise als „pudeur scientifique“ und „orgueil de race“ deutend, eine Lanze für seine Landsleute. Diese sind nicht mehr hysterisch veranlagt, als die Deutschen, die ihrerseits „noch viel zu lernen haben“, und deren „éducation scientifique, sur le point en litige, est encore à compléter.“

Es kann nicht unsere Sache sein und sei der berufeneren Feder deren überlassen, denen es gegolten, eine gewisse Zurückhaltung zu rechtfertigen, die sie bei Stellung ihrer Diagnosen glaubten beobachten zu müssen. Wir möchten bloß etwas beitragen zu dem Nachweis, dass auch in Deutschland die Existenz der Hysteria virilis schon lange zugegeben wurde und heute tagtäglich zugegeben wird, tagtäglich, denn: „à mesure que la maladie a été mieux étudiée et mieux connue, les cas sont devenus en apparence de plus en plus fréquents et en même temps d'une analyse plus facile (Charcot).

Schon 1849 berichtete Tott<sup>1)</sup> über einen Fall von Hysterie bei einem alten Bauern, der bald nach dem Tode seiner Frau einen „status nervosus febrilis cum affectione membranæ mucosæ ventriculi“ darbot neben allerlei Sensationen und Paraesthesien, für die kein objektiver Befund zu erheben war. Derselbe Autor erwähnt einen Knaben, der, im übrigen ganz gesund, bei jeder Berührung seiner Extremitäten Aufstossen bekam; ferner einen andern Bauern, der im Anschluss an eine Gonorrhoe, offenbar weil ihm etwas von venerischen Hautaffectionen zu Ohren gekommen, an un-

---

1) Zeitschrift für die gesamte Medizin. Hamburg 1849.

erträglichem Hautjucken litt, ohne dass lokale Veränderungen bestanden.

Also eine Reihe der interessantesten Aeusserungen der Hysterie beim Manne wurden von dem deutschen Arzte damals schon als solche aufgefasst, ehe man von den charakteristischen Merkmalen wusste, deren Kenntnis wir jetzt hauptsächlich Charcot verdanken. Wie viel gehörte damals dazu, sich allein über den im Namen der Krankheit liegenden Widerspruch hinwegzusetzen, wenn man aus der Analogie mit den Erscheinungen beim Weibe eine „Hysterie“ beim Manne diagnostizierte!

Selbstverständlich machen wir auf das Prädikat der Vollständigkeit nicht den geringsten Anspruch, wenn wir nur noch auf die im Jahre 1875 von Krüger<sup>1)</sup> beschriebenen Fälle von männlicher Hysterie hinweisen und bemerken, dass mehrere unserer Krankengeschichten aus den Jahren 1882—83 stammen; vielmehr soll damit bloss constatirt werden, dass nicht alle deutschen Beobachtungen jüngsten Datums sind.

Höchst interessant schildert Gilles de la Tourette, einer der besten Schüler Charcot's nach des Meisters eigenem Ausspruch, in seinem oben erwähnten Werke die Geschichte der Hysterie; interessant nicht nur bezüglich der chronologischen Entwicklung von Hippokrates bis zur Neuzeit, sondern auch vom Gesichtspunkt der klinischen Diagnostik. Früher war es das Ungeübte, Neue, zu dem man sich nur verstand, wenn sich ein Symptomenbild nirgends anders unterbringen liess; heute, da der Rahmen der Hysterie anscheinend gross genug, um alles mögliche hineinzupassen, ist er andererseits doch wiederum so eng begrenzt, dass

<sup>1)</sup> Beitrag zur Hysterie der Männer. J.-D. Greifswald 1875.

manche vor Jahren gestellte Diagnose vor der Kritik heute nicht bestehen könnte, besonders wenn zudem Neurasthenie und Hypochondrie das Krankheitsbild haben zeichnen helfen. Offenbar liegt die Schwierigkeit der Diagnose resp. der Einigung über dieselbe darin, dass man dem Begriff der Hysterie noch nicht feste, allgemein anerkannte Form gegeben hat. Gerade die männliche Hysterie verlangt nun Beseitigung dieses Mangels, fordert Lichtung des Dunkels; das muss schon T o t t empfunden haben, als er sich die Erklärung „einer fehlerhaften Nervenmechanik“ zurechtlegte, eine Erklärung, die auch heute noch etwas für sich hat.

Als die beste Definition galt lange die von Moebius: „Hysterisch sind diejenigen krankhaften Veränderungen des Körpers, welche durch Vorstellungen verursacht sind“. Diese machte im vergangenen Jahre Albin Hoffmann<sup>1)</sup> zum Ausgangspunkt einer, wie uns scheint, bedeutungsvollen Erörterung, die nebenbei unschwer erkennen lässt, dass die Frage: „Traumatische Neurose oder nicht?“ doch nicht so kurzer Hand über Bord geworfen werden darf, wie es die französischen Neurologen wollen mit den Worten: „La névrose traumatique n'existe pas!“<sup>2)</sup> Albin Hoffmann glaubt den Namen „traumatische Neurose“ wenigstens vorläufig noch nicht entbehren zu können und versteht darunter einen Symptomenkomplex, der im Anschluss an ein Trauma sich bei Leuten ausbildet, die unter dem psychischen Einflusse eines dem Unfallversicherungsgesetze entsprungenen Ideenganges stehen. Der Unterschied von der traumatischen Hysterie wird gekennzeichnet durch die Aetiologie, die bei der letzteren durch ein gewisser-

1) Die traumatische Neurose und das Unfallversicherungsgesetz. Sammlg. klin. Vorträge. (Volkmann) N. 17. 1891.

2) Gilles de la Tourette. Op. cit. Chap. III. p. 67.

massen „unkompliziertes“ Trauma dargestellt wird. Diese Erwägung, sowie das Bestreben, die Neurasthenie und Hypochondrie von unserer Neurose zu scheiden, mögen A. Hoffmann veranlasst haben, die Definition von Moebius so zu vervollständigen: „Hysterisch sind diejenigen krankhaften Veränderungen des Körpers, die durch Vorstellungen ohne Dazwischenkunft von Bewusstsein oder Reflexion verursacht sind.“<sup>1)</sup>

Wenn Leuch<sup>2)</sup> meint, die Definition von Moebius gebe noch keinen freien Einblick in das Wesen der Hysterie, so möchten wir von dem Zusatze Albin Hoffmann's sagen: er webt den Schleier des Geheimnisses einerseits noch dichter, indem wir uns von der äusserst verwickelten Thätigkeit der Vorstellungen vorläufig keinen Begriff machen können; andererseits macht er aber, um bei dem Bilde zu bleiben, auch eine Lücke in das Gewebe, die wenigstens einen Teil des Verborgenen blicken lässt. Solcher Lücken dürften jedoch noch viele nötig sein, ehe das Wesen der Hysterie zu Tage tritt; ob das jemals geschehen, ob es gar gelingen wird das „anatomische Substrat“ für diese sonderbare Krankheit zu finden — wir wagen nicht darauf zu antworten. Jedenfalls bleibt vorerst noch alles der klinischen Untersuchung vorbehalten, „die durch genaue diagnostische Merkmale, durch eine wissenschaftlich geschärfte Nosologie Beiträge zur Kenntnis der rätselhaften Natur jener Affektion sammeln muss“ (Rosenthal).

Selbst wenn wirklich das Krankheitsbild der Hysterie von der männlichen Hysterie „noch keinen cha-

---

<sup>1)</sup> A. Hoffmann, Op. cit. p. 160.

<sup>2)</sup> Casuistische Beiträge zur Hyst. virilis. Zeitschrift für Nervenheilkunde 1891. Nr. V u. VI.

rakteristischen Zug erhalten hat“, glauben wir doch diese Arbeit unternemen zu sollen, ermutigt durch das Wort Charcot's: „dans les cas les plus simples en apparence les plus vulgaires quelque point nouveau, quelque combinaison inattendue“<sup>1)</sup>

Die uns zur Grundlage dienenden 18 Fälle teilen wir in 2 Gruppen; die Kranken der ersten (I—VIII) lassen nur intervallare Symptome, allenfalls abortive Anfälle erkennen, während sich bei denen der zweiten Gruppe die Krankheit in typischen Paroxysmen äussert.

Im Voraus sei zu der nun folgenden Tabelle bemerkt, dass unter die Rubrik „Ursachen“ alle diejenigen Facta aus der Anamnese aufgenommen sind, die möglicherweise in einer Beziehung zu dem Ausbruch hysterischer Erscheinungen gestanden haben; es sind „Gelegenheitsursachen,“ ohne dass damit die Aetiologie als solche bezeichnet werden soll. In zwei Fällen ist Trauma als Gelegenheitsursache angegeben; doch in dem einen Fall (III) liegt ein zu grosser Zeitraum zwischen der Verletzung und dem Auftreten der Krankheit, als dass ein ätiologischer Zusammenhang anzunehmen wäre; der andere Fall (XI) ist ohne weiteres als traumatische Hysterie zu deuten, nicht als traumatische Neurose, da „der Betroffene überhaupt nicht an Entschädigung denken konnte und dachte.“<sup>2)</sup>

In Uebereinstimmung mit anderen zeigt auch unsere Statistik, dass zumeist Individuen diesseits des 50. Lebensjahres hysterische Erscheinungen bekommen; ein Drittel der Kranken befindet sich im 2. Lebensdecennium, die übrigen zwei Drittel sind fast ganz gleichmässig auf die anderen 4 Decennien verteilt. Wir kommen somit zu

<sup>1)</sup> Arch. de Neurolog. 1891.

<sup>2)</sup> Albin Hoffmann; Op. cit. pag. 164.

No.	Name	Alter	Constitution	Beruf, Beschäftig.	Hered.	Ursachen	Gruppe
I.	Ludwig O.	46	kräftig	Kaufmann	Ja	Geschäftliche Aufregung	A
II.	Karl Sch.	20	"	Tagelöhner	Nein	Polyarth. rheum. acut.	
III.	Peter M.	37	"	Steinbrecher	Nein	Schlag auf den Kopf (?)	
IV.	Phil. J.	25	wenig kräftig	Bäcker	Nein	Nasenblut; sex. Excesse	
V.	Heinr. H.	45	kräftig	Schlosser	Nein	Rheumatismus; Influenza (?)	
VI.	Georg G.	40	"	Steinhauer	Ja	? Laryngitis und Bronchit.	
VII.	Georg W.	36	"	Schifer	Ja	? Laryngitis und Bronchit.	
VIII.	Kasimir F.	17	"	Landwirt	Nein	Bronchitis und Enteritis	
IX.	Sigmond Sch.	17	"	Kaufmann	Nein	Chron. Dyspepsie; Masturb.	
X.	Karl H.	28	ziemlich kräftig	Kaufmann	Nein	Chron. Dyspepsie; Masturb.	
XI.	Herr K.	41	kräftig	Wegenbauer	Nein	Verletzung.	B
XII.	Heinr. W.	19	"	Zimmermann	Ja	Erlitzung.	
XIII.	Karl F.	12	"	Schüler	Nein	(Scharlach ?)	
XIV.	Heinr. K.	10	"	Schüler	Nein	Intermittens; Frost.	
XV.	Herrn. v. B.	17	"	Gymnasial.	Ja	Psychisch. Trauma.	
XVI.	Josef M.	26	"	Bürstenbinder	Ja	Sexuelle Exce; Aufregung.	
XVII.	Balth. M.	33	"	Handelmann	Nein	Erkältung.	
XVIII.	Ludwig J.	6	wenig kräftig	Schüler	Ja	Fall ins Wasser; Phimose (?)	

dem gleichen Ergebnis wie der in dieser Frage als competent bezeichnete Batault<sup>1)</sup>, können uns aber seinen weiteren Ausführungen nicht anschliessen, dass die Häufigkeit der Erkrankungen in der Zeit vom 10. bis zum 15. Lebensjahre grösser sei, als in der vom 15. bis 20. Jahre. Das Verhältnis der erwachsenen zu den vor der Pubertät stehenden Kranken, von Leuch<sup>2)</sup> wie 4 : 1 gefunden, ergibt sich bei uns als 5 : 1.

Über die Häufigkeit der männlichen im Vergleich zur weiblichen Hysterie existieren die widersprechendsten Angaben. Marie<sup>3)</sup> giebt an 2 : 1, Gilles de la Tourette<sup>4)</sup> hält 1 : 2 bis 1 : 3 für richtiger, Leuch<sup>2)</sup> berechnet für die Klinik in Zürich 2 : 13. Leider müssen wir darauf verzichten, für diesen Punkt Zahlen beizubringen; wenn wir aber einer Vermutung Raum geben dürfen, so schätzen wir, dass bei uns sich das Verhältnis für den Mann mindestens ebenso günstig darstellt als die von Leuch gefundenen Zahlen es veranschaulichen.

Wie die Hysterica durchaus nicht immer den Stempel des schwachen Geschlechtes zur Schau tragen muss, so darf man sich unter ihrem Gegenstück masculini generis im allgemeinen kein Individuum mit weiblichem Habitus, schwächlichem Körperbau vorstellen. Im Gegenteil: Leute von ganz robuster Constitution, gewöhnt schwere Arbeit zu verrichten und keineswegs von des Gedankens Blässe angekränkelt, stellen ein tüchtiges Contingent der männlichen Hysterie. Soldaten, Matrosen, Kutscher etc. fand Bodenstein<sup>5)</sup> hysterisch, und über

1) Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme. Paris 1885. Thèse inaug.

2) Op. cit.

3) L'hystérie à la consultation du Bureau central des hôpitaux de Paris: Étude statistique, Progrès medical No. 30, 27 juillet 1889.

4) Op. cit. p. 66.

5) Op. cit.

60 eigene Beobachtungen von Hysterie beim Militär beschrieb Oseretzkowsky.<sup>1)</sup> Ein Blick auf unsere Tabelle lehrt das Gleiche: von 18 Kranken waren nur 3 im Besitz einer mässig kräftigen Constitution; 10 erwarben in gesunden Tagen durch ihrer Hände Arbeit ihren Lebensunterhalt; 4 gehörten dem Kaufmannsstande an; 4 waren Schüler, Verhältnisse auf die wir später noch zurückzukommen haben.

Nicht massgebend, das sei vorweg zugestanden, sind unsere Zahlen in der Frage der hereditären neuropathischen Belastung, die ja beim Mann noch mehr in Betracht kommen soll als beim Weibe.<sup>2)</sup> Während Batault in 77<sup>o</sup> seiner Kranken neuropathische Anlage nachweist, und sämtliche französischen Autoren darin eins sind, dass in keiner nervösen Krankheit die Heredität eine so grosse Rolle spielt, wie bei der Hysterie, vermögen wir knapp 39<sup>o</sup> herauszurechnen und müssen uns mit Leuch trösten, der auch nur in 5 von 18 Fällen zu positivem Resultat gelangte. Diese Differenz dürfte sich am ungezwungensten so erklären, dass unsere anamnestischen Daten nicht so sehr von diesem Gesichtspunkte aus erhoben sind, und die Ascendenz weniger umfassend und weniger zweckbewusst durchforscht ist, wie es von Charcot und seinen Schülern geschieht, die dann z. B. auch Anlage zu Apoplexie als belastendes Moment registrieren, was uns übertrieben erscheint. Nichts desto weniger sind wir, auch auf deutsche Autoritäten [Mendel,<sup>3)</sup> Strümpell<sup>4)</sup>] gestützt, geneigt, in der als neuropathisches Erbteil über-

1) Ueber Hysterie beim Militär. J.-D. Moskau 1891. Ref. Neuralg. Centralblatt 1891. Rosenbach.

2) Bodenstern. Op. cit.

3) Berlin. klin. Wochenschr. 1884.

4) Lehrbuch der spec. Path. u. Therap.



kommenen Disposition eine der Hauptursachen auch der Hystëria virilis zu erkennen, zu der häufig genug nur noch occasionelle Einflüsse von geringer Bedeutung zu treten brauchen, um die Krankheit zum Ausbruch zu bringen.

Bevor wir die Gelegenheitsursachen im einzelnen betrachten, sei es aus Gründen der Zweckmässigkeit gestattet, die Krankengeschichten im Auszug wiederzugeben.

---

I. Louis O., 46 J., Kaufmann. 21. III.—11. IV. 88.

Anamnese. Die Mutter des Pat. litt an Melancholie, Pat. selbst, nie ernstlich krank, hatte einmal früher „rheumatische Schmerzen“ in den Beinen. Sein jetziges Leiden begann vor 7 Wochen nach einer geschäftlichen Aufregung mit Husten, Rückenschmerzen, Zittern des Kopfes und der r. Hand, Müdigkeit und Schlummersucht. Vor 5 Wochen nach abermaliger Aufregung: Krampf in der Kinnmuskulatur, Lidkrampf, Weinkrampf, und ca. 2 Stunden dauernde Ohnmacht. Nachher Taubsein der l. Hirnhälfte und der r. Hand, Schwäche letzterer und des r. Beines. Der Lidkrampf blieb bestehen und wurde stets durch den Kuss der Frau des Pat. für kurze Zeit gehoben. In einer der letzten Nächte hatte Pat. das Gefühl des „Herzkrampfes“ (mit Herzklopfen), der nach dem Halse hinaufzog und sich dort in einen Krampf der Lippen und der Zunge verwandelte. Letztere lag anfangs zusammengerollt, dann steif ausgestreckt auf dem Boden der Mundhöhle; Pat. konnte erst sprechen, nachdem der Krampf durch einige Tropfen Milch „gelöst“ war. Durst- und Hungergefühl waren öfters pathologisch gesteigert; Stimmung im allg. heiter.

Stat. praes. Grosser, sehr gut genährter Mann mit beträchtlichem Fettpolster, etwas blasser Gesichtsfarbe. Augenlider fest geschlossen, künstlich nicht zu öffnen. Nach einigem Streichen öffnet Pat. die Augen auf einige Sekunden spontan; Bewegungen des Bulbus nach oben, rechts und links scheinen etwas behindert. Austrittsstelle des N. infraorb. druckempfindlich; Zunge wird nur mit der Spitze herausgestreckt; sonst seitens der Hirnnerven nichts Abnorme. Innere Organe gesund.

Motilität: r. Hand zittert bei intendierten Bewegungen; r. Bein auffallend steif u. ungeschickt. Grobe Kraft in den r. Gliedmassen bedeutend herabgesetzt. Gang zitternd, unsicher.

Sensibilität intakt; Hautreflexe lebhaft: Puls regelmäss. 106, Verlauf.

24. III.—30. III. Augen mit Unterbrechung mehrerer Stunden tgl. geschlossen; beim Erwachen, beim Waschen etc. öffnet Pat. öfter spontan die Augen; ebenso fast stets nach Ansetzen der Electroden, auch bei nicht geschlossenem Strom. Einmal musste die Kette geschlossen, einmal die Electrode neu befeuchtet werden, um die Lider federleicht aufspringen zu lassen. Schwäche des l. Beines, Zittern der r. Hand, vorübergehender Krampf im 4. Finger der l. Hand, Stechen im Rücken, Zucken in der Oberlippe.

31. III. Pat., wohl durch den Besuch seiner Frau an das früher erprobte Mittel erinnert, berührt verschiedene Stellen seiner Hände mit den Lippen u. findet zu seiner Ueberraschung u. Befriedigung zugleich, dass bei Berührung der Haut über dem Musc. interosseus prim. der r. Hand sich die Augen öffnen. Das Experiment wird verschiedene Male vorgemacht. Berührung der betreff. Stelle giebt dabei das Gefühl von „Seidensammet.“ Zunge heute genügend weit heraus gestreckt; leichte Parese der l. Hand; Globus.

1. IV. Am Tage die Augen offen; abends schliessen sie sich. Pat. bekommt Herzklopfen, führt mit der r. Hand so nach dem Herzen, dass die hysterogene Zone am Handrücken die Stelle des Spitzenstosses bedeckt u. bemerkt, dass die Lider sofort aufspringen u. offen bleiben, so lange die Hand liegen bleibt. Pat. klagt beim Versuch zu lesen über Asthenopie.

2. IV. Fingierte Galvanisation der hysterog. Zone der r. Hand öffnet die Augen u. verleiht Pat. das Gefühl „als könne er den ganzen Tag die Augen offen halten.“

4. IV. Augen zu; Transfertversuche negativ; Pat. kann nur beim Spaziergang u. nur an einer bestimmten Stelle die Augen offen halten, bei deren Verlassen sofort der Krampf wiederkehrt.

5. IV. Augen nur vorübergehend geschlossen; kein Zittern mehr in der r. Hand; grobe Kraft besser. Entlassung.

II. Karl Sch., 20 J., Tagelöhner. 8. IV.—27. V. 91.

Anamnese, Pat. frei von Belastung, sonst stets gesund litt früher einmal 8 Tage an ähnlichen Erscheinungen wie jetzt. Beginn der jetzigen Krankheit vor 10 Tagen als acuter Gelenkrheumatismus.

Stat. praes. Kräftige Constitution, gesundes Aussehen. An der Herzspitze leises systol. Geräusch l. Schultergelenk bei Bewegung u. auf Druck schmerzhaft. T. 38,4. P. 104.

Verlauf. 8. IV. — 2. V. Omarthritis sin. u. Endocarditis. Am 2. V. erklärt Pat., mit dem l. Arm nichts halten zu können, vermag sich aber ganz gut zu entkleiden u. auch der Hand einen kräftigen Gegendruck zu leisten. Analgesie der Haut des ganzen l. Armes medial bis zur Achselhöhle, lateral bis auf die Schulter, hinten ca. handbreit über die Scapula hin. Die Hand zittert beim Ausstrecken; Temperatursinn, stereognost. Sinn u. faradocut. Empfindung herabgesetzt.

3. V. Geringe Muskelspannung im l. Arm, Schmerzpunkte in der Reg. inguinal. beiderseits, ferner r. h. zwischen 11. u. 12. Rippe; l. h. in der Höhe des 1. — 2. Lendenwirbels.

5. V. Parese des l. Armes, Dynamometer  $r = 41$ ;  $l = 26$ . Einengung des Gesichtsfeldes; Fehlen der Rachenreflexe; Testes sehr druckempfindlich; l. Hand kühler u. feuchter als r. Sehnenreflexe normal.

6. V. — 27. V. Klage über Asthenopie; „bei längerem Lesen fallen die Augen zu, alles schwimmt vor den Augen.“ Behandlung mit dem faradisch. Pinsel beeinflusst sichtlich die Erscheinungen: Verminderung der Schmerzen in der Schulter, allmähliche Rückkehr der normalen Empfindung (proximalwärts fortschreitend); Verschwinden der durch das Dynamometer ausgedrückten Differenz in der motor. Kraft beider Arme. Pat. mit noch bestehender Rachenanaesthesie entlass-n.

III. Peter M. 37 J. Steinbrecher. 7. XII. 91 — 15 II. 92.

Anamnese. Anscheinend keine Belastung. Pat. leidet seit der Kindheit an eitrig. Ohrenfluss (l.) hatte im 20. J. die Blattern. Pat. erhielt vor ca. 4 Mon. einen Schlag auf den Hinterkopf, war nicht bewusstlos, erbrach nicht; der Hals soll damals angeschwollen sein. Jetzige Krankheit begann vor 1 Woche mit Schmerzen in den Schultern, auf der Brust und im l. Arm. Jetzt Klage über Schwäche im l. Arm u. l. Bein, häufigen Frost u. Schweiß, Gefühl von Blasen u. Pulsation in der Gegend der l. Schläfe u. des l. Auges u. dadurch bedingte Schlaflosigkeit. Ferner bemerkt Pat. eine Abnahme des Gefühls in der l. Körperhälfte u. leidet an zuweilen Minuten dauernden Aufregungszuständen verbunden mit stärkerer Pulsation im Kopfe u. Neigung zum Zorne. Bei gering. Anstrengung Herzklopfen.

Stat. praes. Kräftig gebauter Mann mit sehr guter Muskulatur, mässigem Ianniculus. Pat. auffallend intelligent, hat lebhaft glänzende Augen, nur subjektive Abnahme des Sehver-

mögens. Am Occiput lineare nicht angewachsene und nicht druckempfindliche Narbe.

Motilität: beträchtliche Parese des l. Armes, auf energisches Zureden geringer; l. Bein ebenfalls schwächer als r.

Sensibilität: Herabsetzung der Empfindung für alle Qualitäten an der Haut der l. Körperhälfte mit Ausnahme der Hand und der Finger, wo ein allmählicher Uebergang der Hypoaesthesia in normale Sensibilität stattfindet. Testes druckempfindlich. — Reflexe beiderseits gleich. — Hände etwas cyanotisch, kühl, feucht.

Verlauf. Schon nach 6tägiger Behandlung mit dem farad. Pinsel motor. Kraft des l. Armes gebessert, die des l. Beines normal. In der Folge allmähliche Einengung der hypoaesthetischen Zone von den Extremitäten nach dem Rumpfe zu und Zunahme der motor. Kraft im l. Arme; nach ca. 3 Wochen Motilität und Sensibilität zur Norm zurückgekehrt.

28. XII.—15. I. Bald verschwindende einem Herpes ähnliche Eruption am Nacken, öfter Hitzegefühl und starker Schweiß. Heftige Schmerzen im Nacken, Stechen im l. Ohr, Reissen auf der Brust und im l. Arme; 1 Tag anhaltende Hypoaesthesia und Analgesie beiderseits am Nacken.

16. I.—20. I. Erschwerte Harnentleerung, Blase percutorisch nicht nachweisbar, Schmerzpunkt in der vord. Axillarlinie in der Höhe der Mammilla.

21. I.—6. II. Wieder 1 Tag bestehende Hypoalgésie am Nacken, Reissen im l. Bein, oberer Teil des Ischiadicus druckempfindlich, l. Hüftgelenk bei passiven Bewegungen schmerzhaft, l. Knie steif, l. Unterschenkel eingeschlafen, schwach, Spannungsfühl im Kopfe.

7. II.—15. II. Müdigkeit im l. Bein, Spannung im Kopf, Hämorrhoidalbeschwerden; Entlassung.

IV. Philipp J., 25 J., Bäcker. 18. IV.—9. VI. 83.

Anamnese. Keine heredit. Belastung; Patient früher nie krank, litt vor 1 J. öfters an sehr starkem Nasenbluten. Das jetzige Leiden begann vor 6 Wochen mit Schmerzen im r. Hypochondrium, Durchfall, Appetitlosigkeit, Schwindel, Schmerzen in der r. Hirnhälfte. Dann traten auf Schmerzen im unteren Abschnitt der Brustwirbelsäule, „rollende Zuckungen“ in den Oberschenkeln. Pat. hatte das Gefühl, als sei ihm der l. Arm eingeschlafen und als stecke ihm eine Kugel im Halse. Starke Masturbation zugestanden.

Stat. praes. Gracil gebauter, etwas aufgeregter Mensch mit scheuem Blick; Zunge belegt, Epigastrium druckempfindlich, innere Organe gesund, Motilität und Sensibilität intakt.

Verlauf. 18. IV.—30. IV. Meist Obstipation, Neigung zu Erbrechen, saures Aufstossen, Sodbrennen, Schmerzen im Rücken beim Atmen, ferner in den Gliedern, im r. Ohr und beim Schlucken (ohne objekt. Befund). „Beim Aufstossen bleibt der Mund offen, und Pat. bekommt keine Luft.“

1. V.—28. V. Schmerzen im 2. r. Intercostalraum beim Atmen und beim Essen, im Freien ist es dem Pat. „arg eng und es würgt ihm im Halse“; Reissen in den Gliedern, Salivation, Schmerz im r. Hypochondrium, im Halse und im Rücken, Häufiges Gähnen, „wobei es kalt durch den Magen geht“, Clavus hyst., Hitzegefühl.

29. V.—9. VI. Einmal Erbrechen während eines ganzen Tages; Globus; Schmerz im r. Hypochondrium. Bei der Entlassung Gewichtszunahme um 4 kg 300 gr constatirt.

V. Heinrich H., 45 J., Schlosser. 21. XII. 91—11. I. 92.

Anamnese. Pat., phthisisch belastet, hatte mit 30 Jahren Pleuritis, mit 37 Haemoptöe, vor 2 Jahren „Rheumatismus“ im l. Arm. Jetzige Erkrankung begann vor 5 Tagen mit Kriebeln und Taubsein der l. Hand; letztere wurde ganz pelzig, und es traten ziehende Schmerzen im ganzen l. Arm sowie auch im r. Oberarm ein; einmal nachts starker Schweiss.

Stat. praes. Pat., kräftig gebaut, hat frische Gesichtsfarbe und spärliches, ziemlich ergrautes Haar. Innere Organe gesund. Bauchdecken namentlich l. druckempfindlich, ebenso die Muskulatur der l. oberen Extremität besonders an Schulter und Oberarm; auch Heben des Armes schmerzhaft. Sinnesorgane ohne Veränderung.

Motilität: grobe Kraft im l. Arm stark vermindert.

Sensibilität: vom l. Handgelenk distalwärts Anaesthesie für alle Empfindungsarten und Analgesie. Stereognostischer Sinn leicht gestört.

Verlauf. 22. XII. Reissende Schmerzen im l. Knie und l. Fuss. Nachmittags angeblich Anaest. u. Analgesie von der Mitte des l. Unterschenkels an abwärts; wenn dem r. Fuss eine bestimmte Stellung gegeben ist, vermag Pat. nicht den l. Fuss geradeso zu stellen; umgekehrt kann er aber jede Position des l. Fusses mit dem rechten nachahmen. Z. Intercostalraum zwischen l. vord. Axillarlinie u. Rippenbogen sehr druckempfindlich.

23. XII. Schmerzen im l. Arm und l. Bein; Spitze und Kopf der Nadel nicht sicher unterschieden; geringe Analgesie. Dynamometer: r = 40; l. = 5. Gesichtsfeld stark eingeengt.

24. XII. Schmerzen im l. Arm geringer; Sensibilität wieder normal; hyperaesthetische Zone am Thorax weniger empfindlich; Ovarie; leichter Schweiß (Ordin. Na. salicyl.).

25. XII. l. Hand anaesthetisch; Schweiß, am Rumpf gleichmässig hellrotes Exanthem. Dynam. r. = 40; l. = 3.

26. XII. Status idem; doch Exanthem verschwunden.

27. XII. Nur noch Klopfen in den Gelenken, „wie wenn Blut in Eiter übergeht“; immer noch handschuhförmige Anaesth. der l. Hand. Dyn. r = 42; l. = 0.

28. XII. Pat. kann die Hand des Arztes mit seiner Linken nicht drücken, spannt aber auf Geheiß die Flexoren so stark an, dass es beträchtlichem Zug nicht gelingt, die Finger zu strecken.

29. XII. Am Handrücken Wiederkehr des Gefühles; Finger und Vola noch unempfindlich; Dyn. r. = 37, l. = 10, nach Application des Farad. Pinsels r. = 37, l. = 15.

30. XII. Fingerbeeren noch taub; am Dorsum man. noch Hypoalgesie. Dyn. r. = 39, l. = 25; resp. nach Farad. l. = 27. Beim Faradis. l. die beiden Endphalangen weniger empfindlich als r. Hyperaesthesia und Ovarie verschwunden.

1. I. Sensibilität überall normal. Dyn. r. = 50, l. = 45.

2. l. Nachm. Frost; abends T. 39.0; katarrh. Erscheinungen, Influenza.

3. III. T. 37.2; Schmerzen in l. Hüfte, Arm und Bein.

4. I—11. l. Wohlbefinden; Motilit. u. Sensib. bei der Entlassung normal.

VI. Georg G., 40 J., Steinhauer. 21. XII. 91—31. XII. 91.

Anamnese. Vater des Pat. soll jähzornig, gegen Alcoholic sehr wenig resistent, doch nicht Potator gewesen sein; sonst anscheinend keine neurop. Belastung. Pat. litt vom 7.—29. Lebensjahre an heftigen Stirnkopfschmerzen, die in regelmässigen Intervallen von ca. 14 Tagen stets eines Morgens gegen 8 Uhr begannen, um am nächsten Tage gegen 2 Uhr morgens ganz plötzlich wieder aufzuhören. Pat. will durch eine Medication für immer von diesen Schmerzen befreit worden sein. Im Jahre 1880 trat eines Tages eine Beugecontractur im l. Arm und l. Bein auf, die nach 14 Tagen auf Application eines „präparierten Papiers“ verschwand. Pat. war öfters heiser, ohne Husten, Halsschmerzen; im Mai ds. Js. ca. 10 Tage „wirr im Kopfe“. Anfangs Juni ohne erkennbare Ursache plötzl. Auftreten eines Tremor aller Extremitäten und des Kopfes, der sich allmählig besserte, aber im Dezember wieder stärker einstellte. Derselbe ist zum Teil unterdrückbar, dauert bis gegen 9 Uhr abends; nachdem Pat. dann einige Stunden geschlafen und wieder erwacht, stellt sich auch

der Tremor wieder ein. Zugleich bestehen stechende und reissende Schmerzen im ganzen Körper, besonders in den Gelenken.

Stat. praes. Kräftiger Mann, Intelligenz gut, Psyche intakt. Innere Organe gesund; geringe Pupillendifferenz, Gehör rechts etwas schwächer als links. Abdomen etw. aufgetrieben.

Motilität: Tremor in der Gesichtsmuskulatur und auch in der Zunge. An den Extremitäten grosswelliger, ziemlich rhythmischer Tremor, der ganz aufhört, wenn die Aufmerksamkeit des Patienten abgelenkt wird, der ferner bald nur eine, bald alle Extremitäten gleichzeitig betrifft und bei willkür. Bewegungen aussetzt. Die ruhende oder nur schwach bewegte Extremität ist durch entsprechenden Hinweis seitens des Beobachters leicht zum Zittern resp. stärkeren Zittern zu bringen. Sehnenreflexe lebhaft, Gang etwas ungeschickt.

Sensibilität: Rachenreflex etwas herabgesetzt; bald dieser bald jener Proc. spin. der Wirbelsäule druckempfindlich; ebenso d. Mitte der Scapula u. d. Spina scapulae; Schmerzpunkte beiderseits in der regio inguinalis.

Verlauf. Pat., sich selbst überlassen, steht vollkommen ruhig; fixiert, fängt er an mit den Beinen zu zittern, rechts mehr als links; auch jetzt Zittern auf „Kommando“. Kopf in Ruhe; „Ovarie“ vorwiegend rechts. Nach einigen Tagen bleibt der Tremor ganz weg, Pat. klagt nur noch über Formication in den Beinen, Schmerz in den Knien; Pat. wird mit dem farad. Pinsel behandelt und hat bei der Entlassung keine Beschwerden mehr.

VII. Georg W., 36 J., Schiffer. 9.—17. X. 91.

Anamnese. Ganze Familie ein „wenig hitzig“; Vater litt viel an Kopfschmerzen. Pat. war in frühester Jugend sehr kranklich (?) und leidet seit dem 20. Lebensjahre an typischen Migraineanfällen. Pat. führt die jetzige Krankheit auf starke Durchnässung zurück; 4—5 Tage Husten und Auswurf, dann plötzliche Aphonie.

Stat. praes. Sehr kräftiger, mässig intelligenter Mann; Ohrfläppchen beiderseits in ihrer ganzen Ausdehnung angewachsen. Pat. spricht nur mit Flüsterstimme; bei der Phonation klaffen die Stimmbänder in Gestalt eines schmalen Ovals. Rachenreflexe fehlen. Im übrigen keine Anomalie.

Verlauf. Nach der ersten Faradisation des Kehlkopfes schon bedeutende Besserung; keine neuen Erscheinungen; Pat. geheilt entlassen.

VIII. Kasimir F., 17 J., Landwirt. 15. XI.—27. XI. 84.

**Anamnese.** Keine neurop. Belastung; Pat. sehr begabt, klagte schon vor  $\frac{1}{2}$  Jahre über rasch eintretende Ermüdung, musste oft die Stiefel ausziehen, weil sie ihm zu schwer waren; ausserdem wurden die Beine leicht steif. Eines Abends spürte Pat., nach der Arbeit auf einem Stuhle sitzend, Zittern in beiden Beinen; seither geraten die Beine häufiger in zitternde Bewegung, besonders wenn Pat. nachts mit gestreckten Extremitäten liegt, weniger, wenn er dieselben im Knie gebeugt hält. Der übrige Körper war am Zittern nicht beteiligt; Arbeitsunfähigkeit, beginnende Corpulenz.

**Stat. praes.** Kräftiger, blühend aussehender junger Mann, der sich beim Erheben der Anamnese häufig wie hilflos suchend umsieht und mit eigenartiger Lebhaftigkeit seinen Zustand beschreibt. Pat. entblösst die Beine und demonstriert unaufgefordert die Haltung, in der das Zittern weniger hervortreten soll; wird die Aufmerksamkeit abgelenkt, so hört das Zittern für einige Zeit auf. Dasselbe gleicht am meisten demjenigen, das man willkürlich erzeugen kann, wenn man auf einem Stuhle sitzend nur die Fussballen aufstellt. Im Liegen sind immer mehrere Muskeln beider Untere Extremitäten in Action (Beugung, Streckung der Zehen, leichte Adduction). Beim Gehen zieht Pat. die l. Schulter in die Höhe, drückt die Kniee nicht durch und tritt zaghaft auf; hält er auf Geheiss beide Schultern gleich hoch, so ändert sich der Gang zur Norm. Innere Organe gesund; Motilität, Sensibilität, Hautreflexe normal, Sehnenreflexe lebhaft.

**Verlauf.** Im Schlaf kein Zittern, schon nach zweimaligem Galvanisieren bedeutende Abnahme des Zitterns, das wieder stärker auftrat, als einmal einen Tag ausgesetzt wurde. Pat. geheilt entlassen.

IX. Siegmund Sch., 17 J., Kaufmann. 3. VII.—3. VIII. 88.

**Anamnese.** Anscheinend keine Belastung. Vor 4 Monaten erkrankte Pat. nach dreitägigem Catarrh des Respirations- und Digestionstractus mit reissenden und drückenden Schmerzen, die vom Nabel nach der Brust hinaufzogen und etwa  $\frac{1}{4}$  Stunde anhielten; darauf folgte ein Anfall: Pat. wurde in die Höhe geschleudert und schrie laut auf, kein Zungenbiss; der Anfall dauerte  $\frac{1}{2}$  Stunde und wiederholte sich in den folgenden 2 St. noch dreimal. Auch die Schmerzen kehrten wieder, hielten 3 Wochen an und waren begleitet von 18-tägiger Obstipation (ohne Abgang von Flatus), die allen Eingriffen trotzte. Ferner traten auf zitternde Bewegungen der r. Hand und ausgiebige klonische Supinations- und Pronationsbewegungen der Vorderarme, die auch

zuweilen im Schlaf bestanden und mit zunehmender Schwäche der Arme einhergingen. Schliesslich litt Pat. auch wieder an Anfällen oben beschriebener Art, die manchmal jede Stunde frisch einsetzten und nachdem Stuhl erfolgt und angeblich ein Kotstein abgegangen, ganz sistiert haben sollen. Während einer Kaltwasserkur soll sich der Zustand wieder verschlimmert haben: Zittern auch des l. Armes mit Paresc; neue Anfälle bestehend in Zusammenschlagen der Beine, Trommeln mit den Händen auf der Brust und begleitet von eigentüml. gebellartigen Expirationen. Dauer sehr verschieden, Auftreten nur im Bett meist abends oder morgens kurz nach dem Erwachen. Keine Bewusstlosigkeit; vor und während des Anfalles krampfartiges Angstgefühl auf der Brust, hinterher Schmerzen in Kopf und Brust. Schon im Beginne der Krankheit subjectiv Abnahme der Selschärfe beobachtet, objectiv durch den Arzt Accomodationskrampf und hochgradige Einengung des Gesichtsfeldes constatirt. Gedrückte Stimmung, schlechter Schlaf.

Stat. praes. Kräftiger, gut entwickelter junger Mann; innere Organe gesund. Es bestehen auf die oberen Extremitäten beschränkte Schüttel- und Zitterbewegungen; Arme im Ellenbogengelenk leicht gebeugt, Unterarme in einer Mittelstellung zwischen Pronation und Supination, Finger ebenfalls leicht gebeugt. Die Bewegungen ähneln am meisten denen bei hochgradiger Paralysis agitans, werden aber beim Ausstrecken der Arme und dem Versuch, dieselben willkürlich zu unterdrücken, heftiger und weiter ausholend; Zittern rechts stärker als links. Die grobe Kraft der Arme scheint sehr herabgesetzt, die der unteren Extremitäten ist intakt. Sensibilität überall und für alle Qualitäten normal. Haut- und Sehnenreflexe ziemlich lebhaft. Gesichtsfeld auf 30—40° conc. eingeengt, Lichtsinu nur  $\frac{1}{2}$ . Hände etw. cyanotisch und auffallend kalt.

Verlauf. 3. VII.—17. VII. In den ersten Tagen jede Stunde ein Anfall von 1—1½ Min. Dauer. Derselbe beginnt mit einer auffallend starren Haltung des Körpers und eigentüml. Starre der Gesichtsmuskulatur, die Zitterbewegungen lassen eher nach; dann folgt krampfhafte Adductionsbewegung der Arme, Zusammenschlagen der Beine und Ausstossen gebellartiger Laute; den Höhepunkt bezeichnet taktmässiges Aufspringen von der Unterlage. Pat. dabei vollständig bei Bewusstsein; Pupillen ziemlich weit, reagieren. Allmählig nehmen die Anfälle an Zahl ab und bleiben dann ganz aus.

18. VII.—3. VIII. Besserung des Schlafes und allmählig Abnahme des Tremors an Dauer und Intensität, Zunahme der mo-

torischen Kraft in den oberen Extremitäten. Nachdem 5 Tage kein Tremor mehr aufgetreten wird Pat. auf Wunsch entlassen.

Nach 5 Wochen kommt Pat. wieder, klagt über Appetitlosigkeit und seit einigen Tagen bestehenden, 2-3 mal täglich auftretenden gebellartigen Husten und im Schlaf beobachtetes Zittern der l. Hand.

X. Karl H., 28 J., Kaufmann. 25. IX.—12. XII. 82.

Anamnese. Neurop. Belastung nicht nachweisbar. Pat. hatte als Kind Rachitis, leidet seit 7 Jahren an Magenbeschwerden (Druck im Epigastrium, Aufstossen), hatte vor 3 Jahren einen halbstündigen Anfall von Sprachlosigkeit ohne erkennbare Ursache. Seit einigen Monaten Zunahme der Beschwerden, besonders starkes Spannungsgefühl und Aufgetriebensein des Leibes; dabei allerlei Sensationen z. B. „das Gefühl, als sei der Magen beim Uebergang in den Darm verengt“. Ferner Globus hyst. u. seit 4 Monaten öfter Anfälle; Stuhl meist angehalten. Mehrere Jahre starke Masturbation.

Stat. praes. Ziemlich gut genährter, zu krankhaftem Grübeln geneigter Mann. Zunge belegt; innere Organe scheinen gesund. Motilität und Sensibilität intakt.

Verlauf. Zuweilen mehrmals am Tage plötzlich starke Aufreibung des Epigastrium, ca. 3 Sec. dauernd. Dabei Einziehung der seitl. Partien des Thorax; nach vorausgegangener tiefer Inspiration Nachlass der Erscheinungen. Ueberkommt der Anfall den Patienten in stehender Haltung, so muss dieser krampfhaft nach einer Seite einknicken. Ferner stellen sich fast täglich folgende Anfälle ein: Pat. verliert die Stimme, deutet dies durch Zeichen an; die Atmung wird oberflächlich. Plötzlich verdreht Pat. die Augen, es folgen einige krampfartige Contractionen der Rückenmuskeln, Pat. wird nahezu starr und bietet die Erscheinungen der Flexibilitas cerea dar. Sensorium während der Anfälle teils benommen, teils frei; manchmal Analgesie im Anfall. Ferner: saures Aufstossen, Erbrechen, Klage über Geschmacklosigkeit der Speisen. Auf Wunsch Entlassung.

XI. Herr K., 41 J., Wagenbauer. 22. XI.—16. XII. 91.

Anamnese. Neurop. Belastung nicht nachzuweisen; Pat. leidet seit 8 Jahren an rheumat. Schmerzen in den Gelenken der Hand und der Schulter; er erlitt vor 3 Jahren eine Verletzung der linken Kreuzgegend durch ein herabfallendes Stück Holz. Gleich darauf traten heftige, auch nach vorn gegen den l. Hoden und in den l. Oberschenkel bis zum Knie ziehende Schmerzen auf, die Pat. 6 Wochen ans Bett fesselten und ihn erst nach 4 Mon.

die Arbeit wieder aufnehmen liesser. Ende Februar 91 Wiederkehr dieser Schmerzen oft in solcher Intensität, dass Pat. sie nur in Ruhelage und mit nach links geneigtem Oberkörper ertragen konnte. Seither ungefähr dreimal Steigerung dieser Schmerzen zu einem Anfall. Dieser wurde eingeleitet durch Herzklopfen und das Gefühl, „als ob die Schmerzen zur Brust hinaufstiegen“; dann verlor Pat. das Bewusstsein, warf sich im Bett umher und schlug mit den Armen um sich. Nach dem Anfall grosse Mattigkeit und starkes Hungergefühl. Zur Zeit der schlimmsten Beschwerden vor einem halben Jahre musste Pat. beim Urinieren öfters stark pressen; seit 1 Jahre Gewichtsverlust von 6,5 kg.

Stat. praes. Kräftig gebauter Mann von etwas blassem Aussehen; an der Stelle des Traumas kein lokales Residuum; innere Organe gesund. — Bei starker Flexion des gestreckten Beines in der Hüfte empfindet Pat. Schmerzen in der Leistenengegend, letztere auch auf Druck schmerzhaft; ebenso sind die Seitenteile der untersten Lendenwirbel druckempfindlich. Sonst keinerlei Anomalien.

Verlauf. 22.—30. XI. Pat. schläft schlecht, wacht öfter mit dem Gefühl auf, als werde er an den Händen elektrisiert: „es geht durch den ganzen Körper und dauert einige Stunden“. Klage über Kreuzschmerzen, Schmerzen in der r. Hüfte.

1.—16. XII. Schmerzen im link. Oberschenkel durchs ganze Bein ziehend. Nachdem Pat. einmal eine Stunde ausser Bett, hat er das Gefühl der Schwere in den Füßen und Unterschenkeln; es zieht hinauf bis in den Leib und Pat. glaubt dann, er stecke bis zum Leibe in Eiswasser. Im Bette sind die Beine taub und doch übt die Bettdecke einen schmerzhaften Druck aus; am nächsten Morgen „fließt das Blut wieder in die Beine und belebt sie neu“. Am fünften Tage mittags bekommt Pat. Beklemmungen auf der Brust, ferner Schmerzen oberhalb des l. Ligam. Poupart. (etwa der „Ovarialgegend“ entsprechend); diese Stelle, sowie die Spitze der 11. Rippe auf Druck sehr schmerzhaft. Ganz kurzes Palpieren löst einen Anfall aus: krampfartige Inspirationen, Schluchzen, Verschlucken von Luft, Rötung des Gesichts, Thränen der Augen. Pupillen, Puls normal, Sensorium frei. Nach reichlichem Aufstossen endet der Anfall, Patient sehr matt.

In den letzten Tagen vollkommenes Wohlbefinden, nur noch geringe Empfindlichkeit in der l. Leistenbeuge bei der Entlassung.

XII. Heinrich W., 19 J., Zimmermann. 20. X. — 7. XI. 91.

Anamnese. Mutter litt häufig an Kopfschmerzen u. hatte einmal „im Wochenbett Krämpfe in den Händen“; Vater, leicht reizbar, Potator. Pat. nie ernstlich krank, hatte von Kindheit an

oft reissende Kopfschmerzen und bis zum 5. Jahre Enuresis nocturna. Auch er ist leicht reizbar, leicht zum Lachen und Weinen geneigt; wenn er etwas Schweres hebt, „schießt es ihm in den Kopf und er sieht alles doppelt“. Schlaf sehr unruhig, das Bett morgens in grosser Unordnung; einmal, vor 5 Jahren, wurde Pat. vor der Thüre des Zimmers, in dem er sich abends niedergelegt hatte, auf einem Kissen schlafend gefunden. Gedächtnis schlecht, Pat. kam in der Schule schlecht vorwärts. Pat. wurde nachts (19./20. X) soporös, mit gesteigerten Sehnenreflexen, geringer Spannung und vereinzelt Zuckungen in die Klinik gebracht, nachdem er sich am Abend vorher stark erhitzt. Kein Zungenbiss, keine Incontinenz.

Stat. praes. Pat. klein, kräftig gebaut, Cornealreflex auffallend schwach; Epiglottis, ohne Reflexe auszulösen, palpabel. Sensibilität: Pat. gibt an, an verschiedenen circumscribten Stellen weniger gut zu empfinden; doch erfolgt bei geschlossenen Augen auf stärkere Reize gleiche Reaction wie an anderen Stellen. Am angeblich analgestischen Gaumen wird mässig starke Faradisation nicht ohne Schmerzensäusserung ertragen. Sonst keine Anomalie.

Verlauf. Während der Beobachtung bekam Pat. sieben, sich meist nachts einstellende, 2—5 Min. dauernde Anfälle, denen allgemeines Unbehagen und Tremor der r. Hand vorauszu gehen pflegte. Pat. verlor das Bewusstsein, reagierte nicht auf Anruf und Nadelstich, hielt die Daumen eingeschlagen und machte langsame, gleichmässig stossende Bewegungen mit allen Extremitäten. Manchmal Zähneknirschen, Stöhnen und heftiges Umsichschlagen; einmal Schrei vor dem Anfall; kein Schaum vor dem Munde, kein Zungenbiss, keine Incontinenz. Vollkommene Amnesie ausser nach dem ersten Anfall, wo allerdings darnach gefragt und vielleicht zu späterer Dissimulation Anlass gegeben wurde. Nach den Anfällen Kopfschmerzen, Müdigkeit. — Eines Tages Reissen im Rücken, im l. Bein, Druckempfindlichkeit der l. Wade, andern Tages dieselben Klagen bezüglich des r. Beines. Ovarie r. An den beiden letzten Tagen vor der Entlassung kein Anfall.

XIII. Karl, F., 12 J., Schüler. 27. IV.—11. V. 90.

Anamnese. Belastung nicht nachzuweisen, Pat. bekam früher (?) im Anschluss an Scharlach Ohrenfluss und behielt r. Taubheit zurück. Vor ca. 5 Monaten wurde bemerkt, dass Pat. manchmal morgens nicht zu erwecken war. An diesen tiefen Schlaf schlossen sich Krämpfe an bald im Arm, bald im Bein, bald im Nacken. Auch während des Tages befiel den Knaben zieml. jede Woche einmal eine derartige Müdigkeit, dass er sich

zu Bett legen musste, dort traten die Krämpfe ein und darauf ein 2—3-stündiger tiefer Schlaf.

Stat. praes. Kräftiger Knabe von gesundem Aussehen. Pat. macht beim Stehen und auch beim Liegen kurze zuckende Bewegungen. Sonst nichts Abnormes.

Verlauf. Am ersten Tage ein Anfall: heftige alle Viertelstunde neu einsetzende Zuckungen, besonders des Kopfes, darauf 2-stündiger tiefer Schlaf, während dessen Pat. weder auf Anrufen noch auf Kneifen reagiert. Augen nach oben und links gedreht; Pupillen reagieren lebhaft. Pat. kommt sofort zu sich, als der electr. Apparat in Bewegung gesetzt wird. Dem Pat. wird gesagt, es dürfe und werde kein Anfall und keine Zuckung mehr kommen, was auch in der That geschah. Am Tage vor der Entlassung Stimme belegt ohne pathologischen Befund im Rachen und Kehlkopf; auf Faradisation des letzteren wird die Stimme wieder rein.

XIV. Hejrich K., 10 J., Schüler. 16. II.—5. III. 86.

Anamnese. Anscheinend keine neurop. Belastung. Pat., sonst nie krank, scheint vor 1 Jahre an Intermittens gelitten zu haben. Damals bestanden Schüttelfrost, Schweissausbrüche, auf die Medizin hin Ohrensausen. Schon lange Zeit bestehen alle 4 Wochen wiederkehrende und stets 3—4 Tage dauernde Schmerzen im Vorderkopfe, die Pat. zur Betruhe zwingen. Jetzige Krankheit begann vor 4 Wochen und glaubt Pat. einen starken Frost als Ursache bezeichnen zu können. Seither kommen die Kopfschmerzen häufiger und stärker, verbinden sich häufig mit Herzklopfen, Zittern, Ohrensausen, Schwindel, Röthung des Gesichtes, zuweilen auch mit Erbrechen und bilden so Vorboten von Anfällen, die sich Stunden oft Tage mit kurzen Pausen hinziehen. Zuweilen einen Schrei ausstossend wirft sich der Knabe auf den Boden oder auf das Bett, da er auf den Eintritt meist vorbereitet ist, strampelt mit den Beinen, versteckt den Kopf in den Kissen. Bewusstsein fehlt, Arme in Ruhe, Faust geballt, Mund geschlossen, kein Schaum vor demselben, kein Zungenbiss, keine Incontinenz, vollkommen das Bild eines im höchsten Grade unartigen Jungen.

Stat. praes. Gut genährter kräftiger Junge; innere Organe gesund; Milz nicht nachweisbar vergrössert. Patellarreflexe beiderseits etwas lebhaft; sonst seitens des Nervensystems keinerlei Anomalie.

Verlauf. In der ersten Zeit jeden 2. Tag abends oder nachts ein Anfall, manchmal von 40 Min. Dauer, in der oben beschriebenen Weise. — Auf äussere Reize antwortet Pat. mit Stossen

und Heulen; Application des farad. Stromes, ja schon das blossе Schnurren des Apparates bringt Pat. zum Bewusstsein. Während der letzten 9 Tage vor der Entlassung kein Anfall mehr.

XV. Herrmann v. B., 17 J., Gymnasiast. 2.—28. II. 91.

Anamnese. Eine Schwester des Vaters soll an nervösen Anfällen gelitten, auch die Mutter des Vaters ein Nervenleiden gehabt haben; ein Bruder des Pat. starb vor kurzem durch Suicidium. Pat. bekam vor 5 Jahren durch einen Sprung einen Leistenbruch, hat seit  $1\frac{1}{2}$  J. ein Nasenleiden (?) das wenig Beschwerden macht. Am 13. I. 91 leichter Fall die Treppe hinab, ohne Verletzung; am 16. I. morgens Leibscherzen, Atemnot. Der Arzt soll die Ileoocaecalgegend schmerzhaft gefunden haben; nach zweitägiger Obstipation auf Einlauf reichl. Stuhlgang und Nachlassen der Beschwerden. Am nächsten Tage heftige, einige Zeit anhaltende Schmerzen im VI. I. Intercostalraum, 1—2 Querfinger ausserhalb der Mamillarlinie auf einen kleinen Punkt beschränkt. Dabei wieder Atemnot, ohne dass Tiefatmen unmöglich gewesen wäre. Am 15. I. drei solcher Anfälle je  $\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{4}$  St. dauernd; seither häufigere Wiederkehr dieser Anfälle ohne Vorboten, ohne Begleiterscheinungen, nachher Wohlbefinden. Während der ganzen Krankheit Obstipation, die stets künstlich beseitigt werden musste.

Stat. praes. Pat. gut gebaut, von frischer Gesichtsfarbe. Pupillen weit, reagieren wenig und träge. Innere Organe gesund.

Im VI. Intercostalraum etwas nach aussen von der I. M. L. eine auf Druck sehr schmerzhaft Stelle von der Grösse eines Markstückes; ferner sehr druckempfindlich die r. Weichengegend und eine Stelle l. hinten neben V. thor. VI. u. VII.; von dieser Stelle strahlen die Schmerzen eine Strecke weit zwischen die Rippen hinein. — Sehnenreflexe lebhaft.

Verlauf. 2.—12. II. Durchschnittlich tägl. 3 Anfälle: Plötzliches Zusammenschauern des Körpers, Zuckungen in Armen und Beinen, Emporschleudern des ganzen Körpers, Stöhnen, Ballen, vermehrte Atemfrequenz (z. B. 48 in 1 Min.) Weinen, Schluchzen. Anfälle, eingeleitet durch intensive von der hyperaesthetischen Zone am Thorax ausgehende Schmerzen. Einmal scheint die Galvanisation der hyperaesthetischen Stelle den Anfall ausgelöst zu haben.

12.—17. II. Schmerzen in grösserer Ausdehnung als ursprünglich; erreichten dieselben eine bedeutende Intensität, so wurde dem drohenden Anfall meist wirksam vorgebeugt durch Codëinjection und Chloroform; dennoch in dieser Zeit noch

fünf Anfälle, deren Charakter aber ein milderer war im Vergleich mit den früheren.

18—27. II. Kein Anfall mehr; hysterogene Zone bei Druck und Application des galv. Stromes weniger resp. gar nicht mehr empfindlich. 28. II. Entlassung.

XVI. Josef M., 26 J., Bürstenbinder. 15—20. XI. 86.

Anamnese. Ein Bruder Potator, auch Pat. leugnet Potus nicht, ferner Excesse in venere vor der Verheiratung zugegeben. Pat. früher ganz gesund, der Tod des Vaters und geschäftliche Aufregungen haben in letzter Zeit auf ihn eingewirkt; vor 4 J. anfangs nur bei Anstrengung, später auch ohne äussere Veranlassung Atemnot; erst in der jüngsten Zeit Anfälle mit Schwindel, Kopfschmerzen, Bangigkeit, Erbrechen. Appetit schlecht; vomitus matutinus (?), Stuhl jetzt meist diarrhoisch.

Stat. praes. Gut gebauter, sehr gut genährter Mann; innere Organe gesund; Tremor alcoholicus; Sensibilität intakt, Sehnenreflexe etc. gesteigert. Pat. scheint leicht reizbar und aufgeregt.

Verlauf. Am ersten Tage Anfall: in kurzen Intervallen von 3—4 Sec. starkes stossweises Emporheben der Schultern, tiefe singultusartige doch saccadierte inspirator. Atemzüge, wie beim Weinen; hie und da leichter momentaner Opisthotonus. Gesicht krampfhaft verzogen mit dem Ausdruck des Schmerzes, ohne dass Pat. Schmerz empfindet, wie er bei vollem Bewusstsein angiebt. Bei allmählichem Abklingen der Erscheinungen sagt Pat. ruhig, jetzt müsse er wie gewöhnlich erbrechen und bringt wirklich 3—4 Esslöffel der vorher genommenen Suppe zum Vorschein. Als Pat. auf Geheiss die ihm mehr zusagende Seitenlage mit der Rückenlage vertauscht, folgt eine neue Attacke, Pat. verlangt Wein, „dann werde es besser“; seinem Wunsche wird entsprochen, der Anfall sistiert. Solche Anfälle nur 2 beobachtet; im übrigen war Pat. häufig hochgradig ängstlich und aufgeregt, schlief wenig und nur auf Verabreichung von Alkohol; zuweilen leichte Zuckungen, auch im Facialisgebiet während des Sprechens. Frost und Schweiss.

XVII. Balthasar M., 38. J., Handelsmann. 29. XI.—8. XII. 83.

Anamnese. Keine neurop. Belastung nachweisbar; Pat. früher nie krank, leidet seit 2 J. infolge von „Erkältung“ an Stechen auf der Brust mit leichter Atemnot; hat seit 6 Monaten Anfälle ca. jede Woche sich wiederholend: Gefühl von Druck auf der Brust, an Stärke zunehmend und sich mit Schmerzen in der Herzgegend und Atemnot verbindend. Pat. muss sich im Bett aufrichten um

nicht zu ersticken. Dauer verschieden; kein Herzklopfen, keine Schmerzen im Arm. Manchmal reichl. Schweissausbruch nach dem Anfall. Stahl etw. angehalten.

Stat. praes. Kräftiger, gesund aussehender Mann, im Epigastrium mässige Pulsation fühlbar; Herzdämpfung überschreitet noch links die Mamillarlinie um 1 cm., im übrigen normale Befunde.

Verlauf. Nur in den ersten 3 Tagen bzw. Nächten Anfälle: mässige Dyspnoe, Zittern aller Glieder, keine Cyanose; Puls 120 ctm. unregelmässig, Schmerzen auf der Brust, Angst. In der übrigen Zeit: brennende Schmerzen in der l. Brusthälfte, Schmerzen im Leib, als wenn Feuer darin umherflösse, Brennen beim zieml. häufigen Urinieren (Neutr. React. Phosphate). Pat. sehr schreckhaft; Stimmung oft deprimiert, weinerlich. Entlassung. (NB. Pat. noch am Leben).

XVIII. Ludwig J., 6 J., Schüler. 14. VI—10. VII. 87.

Anamnese. Gewisse neurop. Belastung; Pat. hatte vor 2 Jahren Diphtherie, vor 1 J. Gelbsucht, fiel vor 8 Wochen ins Wasser und zog sich einen leichten Katarrh zu. Einige Tage nachher beim Spielen zweimaliger Fall auf die Hände ohne Verletzung, darauf Schmerzen im Kopfe u. Fieber (?) Vorca. 6 Wochen eines Abends im Bett ohne Veranlassung folgender Anfall: Pat. schnitt Grimassen, machte mit Händen und Füssen wunderbare Bewegungen, gab auf Anruf Antwort doch in alberner für sein Alter unpassender Weise und die Sprache eines kleinen Kindes nachahmend. Diese Anfälle kehrten fast täglich wieder, besonders wenn Pat. ein Wunsch versagt wurde. Schon längere Zeit erschwerte Urinentleerung.

Stat. praes. Zart gebauter, grosser Knabe. Schenreflexe schwach, Hautreflexe lebhaft; im übrigen seitens der inneren Organe und des Nervensystems keine Anomalie. Es besteht eine Phimose.

Verlauf. An den ersten 3 Tagen je 1 leichter Anfall, 1—2 Min. dauernd; Pat. spricht in kindischer Weise und bewegt sich im Zimmer umher; Anfall eingeleitet durch Hunger- und Durstgefühl, Am 4. Tage Phimose operirt, darauf dauernd Retentio urinae; am 11. Tage, wo Aetzung nötig, wird in Halbnarkose spontan Urin gelassen. Anfälle während der Wundbehandlung nur noch angedeutet, dann ganz verschwunden.

Es wurde versucht, und Grasset<sup>1)</sup> hat diese Ansicht mit Eifer verfochten, eine ähnliche Bedeutung wie der neuropathischen Anlage auch der durch constitutionelle Krankheiten der Ascendenten geschaffenen Belastung beizumessen. Nun mögen ja Gicht, Tuberkulose, Syphilis, Alkoholismus der Erzeuger zweifelsohne im Stande sein, einen schwächenden Einfluss auf den Gesamtorganismus der Nachkommen auszuüben, doch kann das Resultat desselben unmöglich als eine spezifische Disposition aufgefasst werden. Liegt bei solchen Individuen auch nur geringe neuropathische Belastung vor, oder kommt eine erworbene Disposition hinzu, so mag natürlich auf derart präpariertem Boden die Hysterie um so üppiger wuchern und die Coincidenz der Erscheinungen leicht zu falschen Deductionen in der angedeuteten Richtung verleiten.

Auf gleiche Stufe, wie die von den Eltern ererbte Schwäche ist die vom Individuum selbst erworbene Disposition zu stellen, welcher Art auch die den Organismus im allgemeinen erschöpfenden und das Nervensystem im besonderen schwächenden Krankheiten und Schädlichkeiten gewesen sein mögen. Unter diesem Gesichtspunkt möchten wir die Kranken IV u. X neben einander stellen. Beide, anscheinend nicht belastet, waren von Haus aus nie sehr kräftig; die Anamnese des einen deutet auf Anaemie, die des andern auf chronische Dyspepsie, hinzu kamen von schwächenden Momenten mindestens sexuelle Excesse, also eine Concurrenz von Schädlichkeiten, über deren Effect wir uns nicht wundern werden. Ausser in diesen beiden sind in Fall XVI sexuelle Excesse unter den Ursachen notiert. Die Zeiten sind vorbei, wo man das hysterische

---

<sup>1)</sup> Traité pratique des maladies du système nerveux 1886.

Weib glaubte scheelen Blickes anschauen zu müssen, als die personifizierte Lüsternheit, und man ist wohl ziemlich allgemein der Ansicht, auch bezüglich der funktionellen Erkrankungen des Mannes, dass der geschlechtlichen Ueberreizung nur eine beigeordnete, nicht übergeordnete Stelle in der Reihe der »agents provocateurs« zuzuerkennen ist. Interessant ist, dass verschiedene französischen Neurologen zu ebenso verschiedenen Resultaten gelangten, als sie die puellae publicae und ähnliche der Venus huldigende Personen auf Hysterie untersuchten. Natürlich — denn gerade bei diesem Kampfe ums Dasein giebt es so zahlreiche Kombinationen gleichzeitig in Aktion tretender Momente, dass die Statistiken nie gleichwertig sind und allenfalls den a priori zu erwartenden Schluss gestatten, dass jenes Gewerbe das Auftreten hysterischer Erscheinungen begünstige.

„ . . . les professions sédentaires qui tiennent le corps dans un repos trop prolongé, celles qui nécessitent un séjour habituel dans les ateliers, et celles qui enfin donnent un salaire insuffisant, sont autant de prédispositions à l'hystérie, tandis qu'au contraire les professions qui nécessitent du mouvement, celles qui s'exercent en plein air et celles qui permettent de se nourrir convenablement, sont autant de moyens propres à prévenir cette maladie“ — dieser Satz Briquet's<sup>1)</sup> lässt sich mehr in seiner ersten, als in seiner zweiten Hälfte auf unsere Kranken anwenden. Die Beschäftigung brachte knapp bei der Hälfte unserer Patienten eine mehr oder weniger sitzende Lebensweise mit sich, während die andere Hälfte, wie bereits früher betont, der Kategorie von Arbeitern angehörte, die vorwiegend im Freien

---

<sup>1)</sup> Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie 1859.

oder doch in Bewegung sind: ein besonderer Unterschied *dér* Disposition ist also nicht ersichtlich.

Bei dem geistig Arbeitenden ist in der psychischen Sphäre nach Schädlichkeiten zu suchen; bei dem Kaufmanne, auch wenn er in geordneten Verhältnissen lebt, wird man Aufregungen selten ganz vermissen, bei dem Schüler ist der Einfluss der Schule nicht ausser Acht zu lassen. Der Umstand, dass 4 schulpflichtige Kranke zu unserer Beobachtungsreihe gehören, dürfte es rechtfertigen, wenn wir auf die enorme Wichtigkeit der Erziehung der neuropathische Anlage verratenden Kinder in Schule und Haus glauben hinweisen zu sollen. An erste Stelle der »*émotions morales*« setzen die Franzosen die durch Furcht und Schreck veranlasste psychische Alteration. Leider passt die Beobachtung *Mosso's*<sup>1)</sup> auch für unsere Verhältnisse; auch bei uns hat man noch häufig Gelegenheit, sich von der Herrschaft des Schrecksystems zu überzeugen, nicht allein in der Kinderstube, wo wortgetreue Uebersetzungen zu hören des: »*Celui-ci va te manger, celui-la va te mordre, appelez le chien, voici le ramoneur!*«, sondern, wenn auch weniger »ausgesprochen«, in unseren Schulen, ohne dass Eltern und Lehrer eine Ahnung haben von der Tragweite dieses pädagogischen Frevels.

Der früher überschätzte, doch auch heute, wo die Auffassung eine andere geworden, nicht ganz in Abrede zu stellende Zusammenhang unserer Neurose mit Leiden des Genitaltractus ist auch bei der männlichen Hysterie beobachtet<sup>2)</sup> und z. B. eine chronische Affection der Harnröhre oder Blase als psychisches Agens recht

---

<sup>1)</sup> *La peur*. Paris 1886.

<sup>2)</sup> Ernst Reichauer, *Beziehung der Hysterie zum Genitalapparat*; Fall von Hysterie beim Manne nach *Urethrotomia externa* I.-D. Berlin 1890.

wohl denkbar. In wie weit und ob überhaupt in unserem Fall XVIII die Phimose in einem Causalitätsverhältnis zur Krankheit stand, sei dahingestellt, da dort an andern Ursachen kein Mangel und das Verschwinden der Anfälle recht gut Folge anderer Umstände gewesen sein kann, beispielsweise der bei Kindern therapeutisch äusserst wirksamen Trennung von den Angehörigen.

Erhitzung und Erkältung, zwei Dinge, denen bekanntlich eine ungebührlich grosse Rolle bei der Genese der Krankheiten von dem Laien zugesprochen wird, werden von zweien unserer Kranken als Quelle des Leidens beschuldigt. Im Fall XII genügt es aber, zu wissen, dass der auch hereditär nicht ganz freie Patient früher schon Zeichen des Somnambulismus darbot, und im Fall XVII muss der Beruf mehr beachtet werden, um auch die genannten Ursachen als qualificirt erscheinen zu lassen. Diese beiden Fälle bilden einen natürlichen Uebergang zu einer Reihe anderer, in denen mit ziemlicher Sicherheit eine direkte Beziehung mehr oder weniger acuter Krankheiten zu dem Auftreten hysterischer Symptome zu konstatieren ist. Gilles de la Tourette <sup>1)</sup> weist zahlreiche Beispiele aus der Litteratur nach, in denen im Anschluss an Typhus, Pneumonie, Scharlach, Diphtheritis, Gelenkrheumatismus, Malaria sich die Hysterie zum ersten Male manifestierte. Natürlich fällt der acuten Erkrankung hierbei keine andere Rolle zu, als wir oben den Constitutionskrankheiten zugestanden. Einige unserer Beobachtungen sind darum doppelt interessant, weil sie zugleich den Einfluss auf die Localisation erkennen lassen: so Fall II, wo der linksseitigen Monoplegie eine Omarthritis sinistra; Fall VII, wo der Aphonie eine acute Laryngitis und Fall IX, wo den

---

<sup>1)</sup> Op. cit. pp. 92 und 93.

zumcist in Abdomen lokalisierten und von dort ausgehenden Beschwerden eine Enteritis voraufging. — Etwas mehr Schwierigkeiten bietet in Fall V die Parese des Armes, in dem früher rheumatische Schmerzen ihren Sitz hatten. Da das Wort Rheumatismus oft den Namen hergeben muss, wo gerade kein besserer zur Hand, da ferner unser Pat. in der Klinik einen kurzen Anfall von Influenza hatte, so ist man leicht versucht, diese sowohl für den früheren Rheumatismus als auch die Parese verantwortlich zu machen, zumal Beobachtungen nicht fehlen, wo diese Krankheit auch auf nervösem und speziell hysterischem Gebiet ihre Vielseitigkeit bewiesen <sup>1)</sup> <sup>2)</sup>. Gleichfalls zu hypothetischen Erörterungen müssen wir behufs Deutung des Falles XIV unsere Zuflucht nehmen. „Die Krankheit des Knaben fing mit starkem Frost an, und früher bestand anscheinend Intermittens“ — ein Passus der Anamnese, der zu sehr an die von Gilles de la Tourette citierten Beobachtungen erinnert, als dass man nicht nach einem tieferen Zusammenhang fahnden sollte. Entweder hatte der Knabe wirklich Intermittens, dann gab diese miasmatische Krankheit den Anstoss zur Hysterie, oder aber die ganzen Erscheinungen, Frost, Hitze, Rötung des Gesichts, Ohrensausen von damals waren gleichen Ursprunges wie der spätere Tremor und die Anfälle, dann haben wir ein Paradigma für den Satz: „l'hystérie imite presque toutes les maladies“ und müssen darauf verzichten, die Aetiologie dieses Falles zu ergründen. Letzteres müssen wir auch für VI und VIII, sowie ge-

---

<sup>1)</sup> Grasset. Leçon sur deux cas d'hystérie provoquée par une maladie aigue. Clin. méd. de l'hôp. St. Eloi 1890.

<sup>2)</sup> Some cases of hysteria in the male subject, by Mich. Clarke; (Lancet 20. XII. 90).

wissermassen für Fall XIII, da die Angaben über Scharlach, Ohrenfluss und Taubheit zu wenig präcis sind, um sie zu verwerten.

Ehe wir zur Besprechung der Symptomatologie übergehen, sei der bereits mehrfach gemachten Beobachtung gedacht, dass unsere Fälle von Hysterie selten derart ausgestattet sind und selten derart nach allen Regeln der Kunst verlaufen, wie wir es von französischer Seite zu lesen gewohnt sind. Es ist kein »Rassendünkel«, sondern Schlussfolgerung aus Thatsachen, wenn unsere Neurologen darauf bestehen, dass sich in dem Grade der neuropathischen Disposition die Individualität der Nation ebenso sehr ausprägt, wie die des einzelnen Menschen innerhalb einer Rasse, eine Erscheinung, die ja bekanntlich für die jüdische Rasse von allen, auch Franzosen <sup>1)</sup>, zugegeben wird. Inwiefern noch speziell in Frankreich, so zu sagen, die Züchtung der Hysterie bei Hervorbringung der typischen Fälle eine Rolle spielt, lassen wir unentschieden; dass eine solche bei der grossen Suggestibilität und der meist mehr als mittelmässigen Intelligenz dieser Kranken nicht unmöglich ist, wird niemand bestreiten.

Die bei unseren Kranken zum Ausdruck kommenden Symptome der Hysterie teilen wir, wie üblich, in die längere Zeit kontinuierlich bestehenden Veränderungen und die den Anfall constituierenden transitorischen Erscheinungen. Von den intervallaren Symptomen sind die wichtigsten die Sensibilitätsstörungen und von diesen wohl am längsten bekannt, schon zur Zeit der Exorcisten bei den „Besessenen“ eifrig gesucht, die Anaesthesien. Insofern sie das Integument betreffen, finden sie sich bei unseren Pat.

---

<sup>1)</sup> Gilles de la Tourette. Op. cit. p. 120.

sechsmal, mit deutlicher Vorliebe für die linke Körperhälfte; davon einmal als Hemianaesthesia, dreimal in handschuh- resp. strumpfförmigen, zweimal in insel förmigen Bezirken. Wie in den meisten Fällen war mit der Anaesthesia im praegnanten Sinn zugleich Thermoanaesthesia, Electroanaesthesia und Analgesie verbunden, teils als completer Verlust der betreffenden Empfindungsart, teils als incompleter, als Hypoesthesia für die verschiedenen Qualitäten. Eine Art von Unregelmässigkeit bestand bei der Hemianaesthesia (III) darin, dass Hand und Finger normale Sensibilität hatten; umgekehrt bekam die bis zur Schulter gehende handschuh förmige Anaesthesia (II) noch eine Zugabe über der Scapula, so dass die ganze Configuration an das von Charcot beschriebene Auftreten in Form einer Arm-Schulterschiene erinnerte. Nur ist Vergleich und Bezeichnung bedeutend treffender in den von Charcot beobachteten Fällen.

In den Fällen, wo die Extremitäten ganz oder teilweise im Bereich der anaesthetischen resp. hypoesthetischen Regionen lagen (II, III, V), war zugleich die motorische Kraft vermindert, ferner zweimal (II und V) der stereognostische Sinn und der Muskelsinn gestört. Diese letztere Complication spricht für die öfter aufgestellte Behauptung, dass nicht die Haut allein, sondern auch die darunter liegenden Gewebe Sitz der Sensibilitätsstörung sind oder doch sein können. Liesse sich auch die Unfähigkeit, die Körperformen durch den Tastsinn zu erkennen, allein aus der Hypoesthesia der Haut erklären, so reicht diese nicht aus für die folgende im Fall V gemachte Beobachtung. Der Patient vermochte nicht, den Fuss der kranken Seite in gleiche Position zu bringen, die dem gesunden Fuss vorher passiv gegeben war; umgekehrt stellte er das gesunde

Glied ganz korrekt nach dem Modell des kranken. Schon längst hat man das Bedürfnis empfunden, dem labilen Begriff „Muskelsinn“ festere Form zu geben; unser Fall zeigt wieder, dass die Sache weniger einfach, als der Name vermuten lässt. Vorausgesetzt, dass die Augen des Patienten bei beiden Versuchen geschlossen waren, darf aus der Differenz des Verhaltens in beiden Versuchsanordnungen wohl geschlossen werden, dass dem Patienten das Gefühl für die Lage des Gliedes erhalten war, dass ihm aber die Fähigkeit fehlte, das kranke Glied in die gefühlte Lage zu bringen. Wenn Strümpell<sup>1)</sup> für einen Teil der den Muskelsinn darstellenden Componenten den Ausdruck vorschlägt, »Gefühl für passive Bewegung«, so könnte in unserem Falle von einem Verluste des »Gefühles für active Bewegung« gesprochen werden.

Ueber das Bestehen subjectiver Empfindungen in anaesthetischen und paretischen Bezirken finden sich die widersprechendsten Angaben. Wenn unser geringes Material einen Schluss gestattet, so scheint auch hier die Wahrheit in der Mitte zu liegen. Der eine Patient hat mangels jeglicher abnormer Sensation keine Ahnung, dass etwas Krankhaftes an ihm zu finden, der andere klagt über Schwäche, Schwere, Ungeschicklichkeit, der dritte empfindet Formication, Taubsein, ja sogar intensive Schmerzen in seinen anaesthetischen Theilen — also homologe und conträre Aeusserungen derselben Affection dicht nebeneinander.

Von den Schleimhäuten wurde fast nur die des Rachens und der Epiglottis auf Sensibilitätsstörungen geprüft und dieselbe viermal anaesthetisch, einmal hypo-aesthetisch gefunden. Der nosologische Wert der

---

<sup>1)</sup> Op. cit. II. 1. p. 11.

Anaesthesie der Epiglottis wird von manchen<sup>1)</sup> angezweifelt, da sie auch bei Leuten vorhanden, die im übrigen durchaus keinen Anhaltspunkt für die Annahme einer Hysterie bieten. In den Fällen von hysterischer Stimmbandlähmung (VII) dürfte das »Gesetz der Superposition« zu Gunsten der Anaesthesie der Epiglottis als Stigma sprechen. Ein bemerkenswertes Beispiel für die regellose qualitative Ausdehnung der Anaesthesie bietet Fall XII, wo die Schleimhaut des Gaumens anaesthetisch und analgetisch war, jedoch auf electriche Reizung Schmerzempfindung vermittelte; wir hätten hier also nach Gilles de la Tourette: *anaesthésie et analgésie avec électroesthésie*.

Bei der Lectüre der Krankengeschichten fällt auf, dass häufig Obstipation, zum Teil sehr hartnäckige, bei unseren Patienten bestand. Es wurde versucht, und der Versuch ist keinesfalls zu verwerfen vom theoretischen Standpunkte, diese Störung der Darmthätigkeit, sowie die entsprechende bei der Funktion der Blase, die Retentio urinae, auf Rechnung der Anaesthesie der Schleimhaut zu setzen. Man ist im allgemeinen ja mehr geneigt, beim Ausfall dieser Reflexakte die Ursache in einer Parese der motorischen Elemente zu suchen, doch ist es gerade bei der Hysterie mindestens berechtigt, den Sitz der Störung am anderen Ende des Reflexbogens, in den sensiblen Elementen zu vermuten. Natürlich könnte Anaesthesie, wenigstens solche allein, kaum in Betracht kommen, wenn gewisse Anhaltspunkte, z. B. schmerzhaftes Gefühl des Krampfes oder starkes Pressen bei Retentio urinae auf Störung der Motilität deuten.

Der enge Zusammenhang der Schleimhäute mit

---

<sup>1)</sup> Gougenheim, Des névroses du larynge.

der Sinnesthätigkeit leitet von selbst zu der Frage, in welcher Weise die Hysterie sich auf dem Gebiete der Sinnesorgane manifestiert. Aus den Notizen über unsere Kranken erfahren wir über Veränderung des Geruches gar nichts, in Betreff des Geschmackes nur die Angabe eines einzigen Kranken über Geschmacklosigkeit der Speisen, ohne einen der häufigen Vergleiche, dass alles wie Heu, Erde etc. schmecke. Möglicherweise basierte diese Angabe auf der Existenz einer mehr oder weniger ausgesprochenen Anaesthesia der Mundschleimhaut, doch haben wir keinen objectiven Rückhalt für diese Vermutung. Einmal ist ferner eine Verminderung der Hörfähigkeit auf einer Seite verzeichnet, die in Gesellschaft der gleichzeitig bestehenden Hypoaesthesia des Rachens vielleicht als hysterisch anzusprechen wäre. Leider ist von der, für hysterische Taubheit nach Briquet pathognomonischen Anaesthesia der Haut des äusseren Ohres nichts berichtet und auch über eventuelle günstige Beeinflussung durch die antihysterische Therapie nichts bemerkt, woraus ex post die Diagnose hätte gestellt werden können. — Etwas häufiger hatte in unseren Fällen die Krankheit sich das vornehmste Sinnesorgan, das Auge, zum Angriffspunkt gewählt. »L'hystérie frappe l'oeil tout entier« — uns interessieren vorläufig nur die Störungen der Sensibilität. Einmal war die Cornea auffallend wenig empfindlich gegen Berührung; von einer Hypoaesthesia der Conjunctiva und Störung des Gesichtssinns, entsprechend der Angabe Briquets, war dabei nichts vermerkt. In drei Fällen bestand Einengung des Gesichtsfeldes, teils zugleich mit Anaesthesia der Haut, teils ohne solche. Schliesslich war wohl ein geringer Grad von Anaesthesia die Ursache, dass vier Patienten über Asthenopie klagten, welche letzere Briquet vortrefflich so schildert: » — — la malade

voit mal, les objets ne dessinent pas nettement leur image; les draps du lit et le papier paraissent gris, les caractères d'un livre ne semblent pas d'un beau noir, et ils sont souvent si peu distincts que les malades ne peuvent pas les lire; elles voient, sur le livre, du gris plus foncé sur du gris moins foncé.»

Wenn auch in unseren Fällen die semiotische Bedeutung der Anaesthesien nicht so sehr zu Tage tritt, wie sie von Charcot betont wird, so ist uns seine Autorität doch massgebend. Er erkennt in der Häufigkeit der Sensibilitätsstörungen einen Massstab für die Schwere der Krankheit; aus dem relativ seltenen Vorkommen derselben in der Jugend folgert er einen leichteren Grad, darum günstigere Prognose und fügt fast mit einem Anflug von Humor hinzu: »In diesem Alter muss man die Hysterie haben, wenn man sie wieder los werden will.«

Die Anaesthesien, häufig latent, wollen gesucht sein und entgehen eher dem Beobachter als die Hyperaesthesien, die, wenn auch nicht durchweg, so doch meist durch Erregung schmerzhafter Sensationen Anlass zu Klagen geben. Ungefähr die Hälfte unserer Patienten bot Erscheinungen gesteigerter sensibler Reizbarkeit, im ganzen in nicht weniger als dreissig einzelnen Fällen. Diese betrafen vorwiegend die äussere Haut in mehr oder weniger regelmässig begrenzten Partien; Beispiele der seltenen totalen und halbseitigen Hyperaesthesie fanden sich nicht. Die Lokalisation entsprach den am häufigsten gemachten Beobachtungen: auf dem Scheitel, als *Clavus hystericus*, von Sydenham schon vor 200 Jahren beschrieben; über oder neben den *Processus spinosi* der Wirbelsäule, als *Rachialgie*, nach Briquet fast nie fehlend; an den vorderen oder seitlichen Thoraxpartien, als *Thoracalgie* bezeichnet, und

wenn der Schmerz eine Strecke weit zwischen die Rippen hineingeht, auch Pleuralgie genannt. Ferner war häufig druckempfindlich die Regio inguinalis, die Regio hypochondriaca und das Epigastrium, Punkte, auf die wir noch zurückkommen müssen. Schwierig ist im einzelnen die Frage nach dem Sitze der Hyperaesthesia zu beantworten, ob oberflächlich oder tief. Es war hauptsächlich die Arthralgie, die Anlass wurde zum Gelingen des Nachweises, dass der wahre Sitz der erhöhten Erregbarkeit oft ein ganz anderer ist, als er auf den ersten Blick erscheint. Besonders Brodie<sup>1)</sup> zeigte, dass die das Gelenk selbst bildenden Teile schmerzlos sind, und dass die häutige Hülle Sitz der Schmerzempfindung ist. Andere wiesen das gleiche auch für die übrigen das Gelenk umgebenden Gewebe nach und stellten die interessante Tatsache fest, dass bei genauem Zusehen sich an einer anscheinend hyperaesthetischen Stelle der Haut normale Sensibilität oder gar Analgesie finden kann, während die darunter liegenden Muskeln, Fasern, Knochen, Eingeweide, Nerven hyperaesthetisch sind und eventuell hysterogenen Charakter haben.

So scheint z. B. auch die Druckempfindlichkeit der Leistenbeuge noch der Aufklärung bedürftig, wo es nahe liegt, den Nerv. cruralis als Ursache des Schmerzes anzusehen. Umgekehrt gelangen die Testes, wie es scheint, oft unverdient in den Ruf übergrosser Empfindlichkeit, während bei gewissen Cautelen der Untersuchung sich nur die Haut des Scrotum als hyperaesthetisch erweist. Ein nicht minder strittiger Punkt ist die »Ovarie« resp. »Ovarialgie«, bei dreien unserer

---

<sup>1)</sup> Lectures illustratives of certain local affections. London 1837.

Kranken gefunden. Schon manche Diskussion hat die Ovarié veranlasst und ihre Existenz beim Manne wohl auch dazu beigetragen, die ganze Auffassung der Hysterie zu modificiren. Wie beim Manne, so auch beim Weibe nach gewissenhaft ausgeführter Castration vorgehenden, wurde dieser Schmerz bald in die Haut des Abdomens, bald in den *Musc. rect. abdominis*, bald in die Nervenplexus der Bauchhöhle, bald in die Darmschlingen verlegt — es scheint man kann unbedenklich alle diese Erklärungen zu Rechte bestehen lassen, denn die Möglichkeit der Localisation der Hyperaesthesia ist überall gegeben. — Damit sind wir schon in die Besprechung der Hyperaesthesia der Intestina eingetreten. Dieselben kommen in unseren Fällen nur insofern in Betracht, als wir in Analogie mit der angenommenen Anaesthesia der Darmmucosa letztere auch für geeignet halten, Sitz sensibler Reizerscheinungen zu sein. Wir denken dabei an Fall IV und IX, wo das Abdomen Ursprungsstätte von allerlei Sensationen ist und zugleich Symptome auf eine Affection der Darmschleimhaut hindeuten. Auch der epigastrische Schmerz kann als im Magen localisiert gelten, ähnlich wie bei organischen Erkrankungen desselben; zuweilen wurde der *Proc. ensiformis* dafür verantwortlich gemacht, und schliesslich hindert nichts anzunehmen, dass ähnlich der Ovarialgie auch die Epigastralgie den Muskeln oder dem Integument ihre Herkunft verdankt. Gleichfalls auf einen abnormen Erregungszustand der sensiblen Magennerven wird die in zwei Fällen erwähnte Steigerung des Hungergefühles zurückgeführt (I und XVIII), das im letzteren Falle zugleich eine Art Aura repräsentierte.

Hyperaesthesia der Sinnesnerven als solcher vermessen wir bei unseren Patienten fast ganz; allenfalls wäre der »auffallend entwickelte Tastsinn« in Fall XII

zu erwähnen, doch kommt Jolly<sup>1)</sup> auf Grund eigener Erfahrung zu dem Schlusse, dass die in der Litteratur berichteten Beispiele offenbar meist auf Täuschung beruhen.

Besondere Bedeutung gewinnen manche der hyperaesthetischen Zonen durch den, eigentlich erst von Charcot ins rechte Licht gesetzten, hysterogenen Character. Zufällig oder auf äusseren Anlass hin in Scene tretend, haben diese Zonen Einfluss auf das Entstehen oder Verschwinden hysterischer Paroxysmen. Wir erinnern an Fall XI, wo kurzes Palpieren des Abdomens den Anfall auslöst, an Fall XV, wo auf Galvanisation der hysterogenen Zone am Thorax der Anfall erfolgt und an den merkwürdigen Fall I, wo auf Berührung der Zone an der Hand mit den Lippen die krampfhaft geschlossenen Augen wie auf Federdruck sich öffnen. Im ersterwähnten Falle ist die hyperaesthetische Stelle am Orte des Trauma zugleich ein Beweis für die Entstehung dieser Zonen durch einen „psychischen Mechanismus“; der Kranke XV bietet zugleich ein Beispiel für die oft von den hyperaesthetischen Stellen ausgehende „aura prolongée“, die übrigens auch im Fall IX zur Beobachtung kam.

Nach Betrachtung der in der sensiblen Sphäre sich abspielenden Vorgänge gehen wir über zu den Veränderungen der Motilität und beginnen entsprechend der vorher eingehaltenen Reihenfolge auch hier mit den Ausfallerscheinungen, der Parese und Paralyse.

In Fall I spricht das gleichzeitige Bestehen des Blepharospasmus eher für eine Contractur als eine Parese gewisser Muskeln, wenn die Behinderung der Bulbusbewegungen erklärt werden soll; vielleicht han-

---

1) Ziemssen, spec. Path. u. Therap. XII. 2. p. 474.

deite es sich auch um eine Kombination beider Zustände im Sinne von Morax<sup>1)</sup>, der Bewegungsstörungen des Bulbus beschreibt: „qui tiennent tantôt de la contracture, tantôt de la paralysie, sans qu'il soit toujours facile de préciser quel est celui de ces états qui domine.“ Eine Parese im Bereiche der Brustorgane repräsentiert die in 4 Fällen bestehende resp. ange deutete Aphonie, von denen im Fall VII die Insuffizienz der Mm. thyreo-arytaenoidei laryngoskopisch festgestellt wurde. In Beziehung zu Lähmungszuständen der Magen- und Darmmuskulatur steht die auch bei unseren Kranken mehrfach beobachtete Tympanites; zwar sind die Beziehungen noch nicht ganz klar: Jolly neigt zur Ansicht, die Lähmung sei mehr eine Folge als Ursache der Gasansammlung, was auch einleuchtend im Hinblick auf die Virtuosität, mit der manche Kranke (XI) Luft verschlucken, die später unter reichlichem Aufstossen wieder entweicht; andere Autoren nehmen eine primäre Störung der Motilität an, so Ebstein eine ungenügende Schlussfähigkeit des Pylorusconstrictors und sekundäre Ansammlung von Gasen und Luft. Ob paretische und paralytische Zustände der Darmmuskulatur Anteil an der häufigen Obstipation hatten, ist fast ebenso sehr Sache der Vermutung, wie die früher erwogene Beziehung der Anaesthesia zur Störung der Darmentleerung. Sicherer als die Deutung der besprochenen ist die Diagnose der nun zu besprechenden Motilitätsstörungen der Extremitäten, wie sie als Hemiparese dreimal (I, III, V), als Monoplegie und als Parese beider Arme je einmal (II und IX) sich fanden. Die Art der Entstehung, die Coincidenz mit anderen hysterischen Symptomen, der Verlauf und die Wirk-

<sup>1)</sup> Gilles de la Tourette; Op. cit. pag. 424.

samkeit der Behandlung liessen keinen Zweifel an der Natur dieser Lähmungen entstehen. „Ce ne sont pas les muscles qui n'obéissent pas à la volonté, mais c'est la volonté elle-même qui n'entre pas en jeu“, — besser konnte Brodie den rein psychischen Ursprung der hysterischen Lähmung nicht charakterisieren. Die von Charcot betonte Vorliebe der Parese für die linke Körperhälfte liess sich in drei Fällen konstatieren. Eine Ausnahme nicht nur von dieser, sondern auch von einer andern Regel bot Fall I dar, indem die rechtsseitige Hemiparese ganz ohne Sensibilitätsstörung einherging, insofern eine Ausnahme, als nach dem Gesetz der Superposition eine Anaesthesie der Haut der paretischen Teile zu erwarten gewesen wäre.

Nahe verwandt mit der Parese und Paralyse und als Vorläuferin und Begleiterin derselben nicht selten ist die Contractur. Wir haben oben bereits angedeutet, welchen Anteil dieser Zustand bei der Behinderung der Bulbusbewegungen haben kann; in der Anamnese erwähnt fanden wir eine 14 Tage anhaltende Contractur im linken Arm und linken Bein im Fall VI; wirklich beobachtet wurde nur eine der Parese vorausgehende Muskelspannung (Fall II), die wohl der »diathèse de contracture« Richers<sup>1)</sup> entsprach, einem Zustand, der bei Hysterie häufig sein soll, sich gern der Parese beigesellt und leicht in solche übergeht. »Cet état n'est ni la paralysie ni la contracture, et cepedant il tient un peu de l'un et de l'autre.«

Nach Gilles de la Tourette ist auch das hysterische Zittern den permanenten Stigmata zuzuzählen im Gegensatz zur Auffassung Briquet's, der dasselbe als „convulsions en petit“ auffasste. Wir können uns in-

---

<sup>1)</sup> Études cliniques sur la grande hystérie.

sofern der Meinung Gilles de la Tourette's anschliessen, als fünf unserer Kranken in den anfallsfreien Intervallen kurze oder längere Zeit bestehenden Tremor als einzige Krankheitserscheinungen darboten. Einmal war derselbe sehr ausgedehnt (VI), betraf ausser den Extremitäten auch noch Kopf und Zunge; ein andermal (VIII) erschien er in beiden Beinen — forme paraplégique —, ein drittes Mal waren nur die Arme befallen. Einmal bestand er zugleich mit Parese, einmal ging er derselben voraus. Eine direkte Ursache war nicht immer nachzuweisen, in zwei Fällen konnte Aufregung und grosse Ermüdung als solche gelten. Das Verhalten in Ruhe und Bewegung liess keine Regel erkennen; teils verschwand das Zittern in der Ruhe, teils wurde es schwächer, teils stärker beim Versuche, es willkürlich zu unterdrücken, sowie bei intendirten Bewegungen. So verschieden wie die Dauer, war schliesslich auch der Charakter des Tremors, letzterer wohl am besten durch die Anzahl der Wellen in der Zeiteinheit und durch Vergleich mit anderen geläufigen Tremorarten gekennzeichnet. Dutil entwarf ein Schema, das wir zum Teil hier aufnehmen möchten:

1. Tremblements vibratoires — 8 à 9 oscillations et plus par seconde.

2. Tremblements de rythme moyen —  $5\frac{1}{2}$  à  $7\frac{1}{2}$  osc. p. sec.

3. Tremblements lents — 4 à  $5\frac{1}{2}$  osc. p. sec.

Obwohl wegen Mangels an Curven es schwer wäre, unsere Fälle nach diesem Schema zu klassifizieren, wäre es doch bis zu einem gewissen Grade möglich, da einige das Verhalten bezeichnende Anhaltspunkte in unseren Krankengeschichten nicht fehlen, wie Tremor bei intendirten Bewegungen (I u. II), Aehnlichkeit mit Paralysis agitans (IX), Möglichkeit, dass Tremor

alcoholicus besteht (XVI). Von der äusserst eingehenden Darstellung, wie sie Gilles de la Tourette von dem Verhalten der einzelnen vom Tremor befallenen Körperteile gibt, können wir uns nicht versagen, folgende die untern Extremitäten betreffende Stelle zu citieren, da sie fast genau mit einer in Status VIII enthaltenen übereinstimmt: „les avant-pieds ne quittent pas le sol, mais les talons se soulèvent et s'abaissent alternativement, frappant le parquet de petits coups secs régulièrement espacés, imitant le bruit et le mouvement de trépidation d'une personne assise et qui s'impatiente.“<sup>1)</sup>

Wir kommen nunmehr zu der letzten Motilitätsstörung, soweit sie der interparoxystischen Zeit angehört, den Krämpfen. Von Krämpfen im Bereiche des Kopfes haben wir zunächst solche der Augenmuskeln. Ein früher vorhandener Accomodationskrampf war bei der Aufnahme des Patienten wieder verschwunden, dagegen konnte der in Fall I bestehende tonische Blepharospasmus längere Zeit beobachtet werden. Das Befallensein beider Augen, die Intensität des Krampfes und das Bestehen der schmerzhaften Zone am Supraorbitalrande lassen hier die „schmerzhafte Form des Lidkrampfes“ erkennen (Gilles de la Tourette), im Gegensatz zu der meist einseitigen nicht schmerzhaften Form, mit gleichzeitiger Anaesthesie der Lider. Zwar wurde in unserem Fall nur die Gegend des Austrittes des Nerv. supraorbitalis als druckempfindlich bezeichnet, doch gehen wir kaum fehl, anzunehmen, dass diese nur einen Teil der circular verlaufenden hyperaesthetischen Zone darstellte. Hervorgerufen wurde der Krampf vielleicht durch die vorausgegangene psychische Alteration, vielleicht auch durch eine unbekannt hystero-

---

<sup>1)</sup> Gilles de la Tourette; Op. cit. p. 463.

gene Zone, deren Wirksamkeit oft sehr überraschend. Graefe,<sup>1)</sup> Zehender,<sup>2)</sup> und Seligmüller<sup>3)</sup> teilen verschiedene frappante Beziehungen des Blepharospasmus zu ganz entfernt gelegenen hysterogenen Punkten des Körpers mit. Wie wenig substantiell diese Beziehungen sind, beweist das in unserem Fall bewährte „Kussmittel“ besser, als der dort auf einzelne Wirbel, Molarzähne und Nervenstämmen ausgeübte Druck. Bezüglich der „Verdrehung der Augen“ und des Auftretens von Doppelbildern sei auf die schon besprochenen Paresen und Contracturen verwiesen und hier nur noch der Möglichkeit gedacht, dass solche Störungen auch Folge eines durch Krampf erzeugten transitorischen Strabismus sein können, wie solcher von Manz<sup>4)</sup> und Ulrich<sup>5)</sup> beschrieben wurde.

Ausser kurzen Zuckungen in der Oberlippe bestand in Fall I vorübergehend Krampf in der Kinn- und Zungenmuskulatur; Genaueres ist darüber nicht verzeichnet, doch ist es einigermaßen wahrscheinlich, dass sich derselbe mit dem von Charcot beschriebenen „spasme glosso-labié“ gedeckt.

Weniger häufig als z. B. Mendel<sup>6)</sup> angiebt (50—60%), fanden wir den durch Contraction von Oesophagus- und

---

1) Klin. Mitteilungen über Blepharospasmus. Archiv für Ophthal. 1871.

2) Blepharospasmus von einjähriger Dauer; tempor. geheilt durch Füssere Anwendung von Jodtinetur. Klin. Monatsschrift f. Augenheilk. 1875.

3) Ueber intermittierenden Blepharospasmus. Klin. Monatsbl. für Augenheilk. 1871.

4) Ein Fall von hyst. Erblindung mit spast. Schielen. Berl. klin. Wochenschr. 1880.

5) Intermittierender Spasmus eines M. rect. int. auf hyst. Basis. Zehend. kl. Monatsbl. für Augenh. 1882.

6) Berl. klin. Wochenschr. 1884.

Pharynxmuskulatur erzeugt Globus hystericus bei unsern Kranken (I. IV. X). Bei einem Patienten war damit fortwährender Reiz zum Schlucken verbunden, bei einem andern wohl auf Krampf in Magen und Darm zu beziehende Sensationen. Letztere Vermutung ist in diesem Fall (X) umso wahrscheinlicher, als die zeitweise auftretende Tympanites nach einer Deutung Jolly's auch Folge krampfhafter Einschnürungen einzelner Stellen des Darmes sein kann. Solche Einschnürungen, mit kolikartigen Schmerzen verbunden, müssten dann auch im Stande sein, Stagnation der Faeces zu bewirken; nehmen wir dazu dass der Globus auch in Form eines von Abdomen nach der Brust hinaufsteigenden Gefühles erscheinen kann, so wäre die in Fall IX mit solchen Schmerzen einhergehende Obstipation einer neuen Deutung fähig.

Teils durch Krampf der Magenmuskulatur, teils durch krampfartige Stenosierung des Oesophagus erklärt man das hysterische Erbrechen. Da dasselbe häufig unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme eintritt, so ist oft schwer zu entscheiden, ob die fast unverändert aussehenden Speisen wirklich im Magen waren oder gar nicht dorthin gelangt sind. Untersuchung mit der Sonde und Fütterung mit derselben, deren Erfolg abgewartet werden müsste, wären geeignet die Frage zu entscheiden (Bristowe.) Drei unserer Patienten litten an Neigung zum Erbrechen und an wirklichem Erbrechen; im Maximum dauerte letzteres einen Tag; Erschöpfungszustände infolge dieser Störung kamen nicht vor. In der Anamnese des Kranken XVI ist Vomitus matutinus verzeichnet; obschon Potatorium zugestanden war, ist der Gedanke, dass es sich auch hier um ein rein hysterisches Symptom gehandelt, nicht ganz von der Hand zu weisen.

Die Krämpfe im Bereich der Respirationsorgane und der Extremitäten wollen wir, um Wiederholung zu vermeiden, zusammen mit den Anfällen betrachten, deren Bestandteil sie zum Teil bilden, obwohl sie unabhängig von diesen nicht fehlen.

Von Störungen im Circulationssystem, wie sie abhängig und unabhängig von der Herzinnervation bei Hysterie nicht selten vorkommen, sei in Kürze das starke Herzklopfen erwähnt, einmal verbunden mit Beklemmung, einmal als Vorbote des Anfalles, einmal in Gemeinschaft mit heftigen Kopfschmerzen. Ferner bestand in verschiedenen Fällen Neigung zu Frost, Hitze und starkem Schweiss sowie Kälte und Feuchtigkeit der Hände — alles der Ausdruck von mannigfachen Schwankungen im Contractionszustand der Gefässe. Ob es Spiel des Zufalles oder Aeusserung tropho-neurotischer Vorgänge, dass bei demselben Kranken (III) nacheinander Schmerzen, Herpeseruption und Analgesie auftrat, liesse sich vielleicht auf Grund weiterer Beobachtungen entscheiden.

Als secretorische Störung verdient die Salivation in Fall IV Erwähnung; bei gleichzeitig bestehendem Globus, was bei unserem Kranken zutrifft, giebt Valentin<sup>1)</sup> zu bedenken, dass der Speichelfluss vielleicht nur ein scheinbarer, dadurch bedingt, dass der Speichel nicht verschluckt wird und deshalb aus dem Munde abfliesst. Dass das Erbrechen bei nüchternem Magen, auch wo der Verdacht gerechtfertigt, nicht unbedingt von chronischem Magenkatarrh hergeleitet werden muss, sondern auch Folge hysterischer Hypersecretion sein kann, haben wir bereits bemerkt. Schliesslich darf wohl noch einmal auf Fall IV hingewiesen werden, wo

1) Die Hysterie und ihre Heilung. Erlangen 1852.

die Combination von Kopfschmerz, Hitzegefühl und Erbrechen an die Bemerkung Briquets anklingt: „Le clonus s'accompagne fréquemment de frissonnements, de vomissements, de troubles digestifs et quelquefois de fièvre“, und es zugleich verstehen lässt, dass diese Trias eine ganze Litteratur über hysterische Pseudomeningitis ins Leben gerufen hat.

Als Nachtrag zum Kapitel der Krämpfe in einzelnen Gliedern sind noch zu erwähnen „rollende Zuckungen in den Oberschenkeln“ (IV), klonische Pronations- und Supinationsbewegungen der Vorderarme (IX) und kurze choreaartige Bewegungen in Fall XIV. Eigentliche Krämpfe in dem Respirationsapparat bestanden in der anfallsfreien Zeit kaum, denn es scheint ebenso gewagt, die mehrfach geklagte Atemnot durch Krampf gewisser Respirationsmuskeln zu erklären, als aus den in anderen Fällen bestehenden Beklemmungen, weil sie an Präcordialangst erinnern, eine Angina pectoris, wenn auch nur hysterische, zu folgern; die Angaben müssten in dieser Beziehung etwas vollständiger sein.

Nach Erledigung der intervallaren Symptome sei es gestattet, mit einigen Worten auf die gewaltigste Aeusserung der Krankheit einzugehen: die hysterischen Anfälle. Einen Unterschied zwischen der männlichen und weiblichen Hysterie glaubt Mendel<sup>1)</sup> darin zu finden, dass die Anfälle beim Manne mit wenigen Ausnahmen in der Jugend und speziell in der Zeit der Pubertät auftreten, beim Weibe dagegen in allen Lebensaltern. Dieser Unterschied wird durch unsere Statistik höchstens angedeutet, indem von unseren 10 hierher gehörenden Kranken doch mindestens 4 eine Ausnahme von der Regel machen, d. h. sich im Alter

---

<sup>1)</sup> Berl. klin. Wochenschr. 1884.

von 26—41 Jahren befinden. Die relative Häufigkeit der Anfälle scheint nach unseren Beobachtungen grösser als zuweilen in Frankreich, wenigstens hatte Bitot<sup>1)</sup> unter 22 Kranken nur 6 mit Convulsionen, während wir unter 18 Kranken 10mal Krämpfe fanden. Einen den Anfall direkt auslösende Ursache war nur selten ersichtlich, wenn wir von den früher erörterten Beziehungen zu den hysterogenen Zonen absahen. Dass letztere zuweilen Ausgangspunkt einer Aura waren, und dass solche auch durch andere Erscheinungen repräsentiert wurde, haben wir mehrfach bemerkt.

Es liegt nahe und ist thatsächlich versucht worden, als Massstab für die Schwere eines Anfalles die Beschaffenheit des Sensoriums zu benützen. Doch geht das nicht an; auch in unseren Fällen ist bei der weniger schweren Attacke das Bewusstsein getrübt (X), bei dem entschieden schwereren Anfall ganz intakt (IX). Ferner sollte die auch in unseren Fällen (XII, XIV) beobachtete Ähnlichkeit mit dem epileptischen Anfall zur Beurteilung der Schwere dienen. Bald galt der Verlust des Bewusstseins als Kriterium, bald eine gewisse Regelmässigkeit in den einzelnen Perioden und Stellungen gegenüber den unregelmässigen Zuckungen der leichteren Formen; später gab Charcot zu, dass Zungenbiss und Unregelmässigkeit der Atmung nicht bloss bei Epilepsie, sondern auch bei Hysterie vorkomme, und heute ist man<sup>2)</sup> auf französischer Seite geneigt, den Terminus technicus »Hystero-Epilepsie« ganz aus der Nomenclatur verschwinden zu lassen, um Confusion zu verhüten, da man constatirt, dass bei

---

<sup>1)</sup> L'hysterie mâle dans le service d. M. le prof. Pitres à l'hôpital St. André de Bordeaux par le Dr. Emile Bitot. Paris 1890. Ref. Neurolog. Centralbl. 1891.

<sup>2)</sup> Gilles de la Tourette, op. cit. p. 366.

demselben Individuum Hysterie und Epilepsie neben einander bestehen können, teils in gesonderten Anfällen sich manifestierend, teils in ihren Aeusserungen sich gegenseitig beeinflussend.

Ohne ein bestimmtes Schema zu Grunde zu legen, möchten wir die Anfälle unserer Kranken etwa folgendermassen einteilen: leichte Fälle, wo Störungen der Respiration in den Vordergrund treten (XI. XVII.); mittelschwere mit klonischen Zuckungen, manchmal an Chorca rhythmica erinnernd (IX. XII.), Umsichschlagen, Verdrehung der Bulbi (XIII), nachfolgenden tiefen Schlaf (XIII) und schwere Fälle, an die Perioden Richers anklingend, mit tetanischen Erscheinungen (X. XV), Andeutung von Opisthotonus (X. XVI), grossen Bewegungen (XV. XVIII), Bell- und Weinkrampf (IX. XIV. XV.) und Katalepsie (X.) „Die kurzen und sehr bezeichnenden Ausdrücke des Schema (Richer) sind von praktischem Wert, nur darf man eine scharfe Abgrenzung der »Perioden« im einzelnen Fall nur selten erwarten; vielmehr setzt sich der grosse, hysterische Anfall in der mannigfachsten Weise aus den einzelnen Erscheinungen zusammen,“ schliesst Strümpell aus seinen Erfahrungen. Unsere Beobachtungen sind nicht geeignet, die Richtigkeit und Berechtigung dieses Schlusses in Frage zu stellen.

Die durch die Hysterie bedingten somatischen Veränderungen unterscheiden sich beim Manne nicht wesentlich von denen beim Weibe: wie steht es mit dem psychischen Verhalten bei beiden Geschlechtern?

Man hat versucht, gewisse psychische, der männlichen Hysterie eigentümlichen Merkmale aufzustellen. So schrieb Bodenstein<sup>1)</sup>: „Das stark gesteigerte Selbstgefühl, wie bei der Hysterie der Frauen und der

---

<sup>1)</sup> I.-D. Würzburg.

Hypochondrie der Männer, findet sich bei der Hysteria virilis nicht, vielmehr überwiegt hier eine deprimierte und melancholische Stimmung.“ Bitot konnte eine mentale Veränderung bei seinen Kranken überhaupt nicht nachweisen und Pitres führt solche auf Complicationen und eine besondere Veranlagung zurück. Auch aus unseren Beobachtungen liessen sich ganz widersprechende Schlüsse ziehen, man vergleiche nur die psychische Verfassung der Kranken I., IX. und XIII.; doch haben derartige Bestrebungen keinen Wert, ehe wir im Stande sind, neurasthenische und hypochondrische Züge mit Sicherheit zu eliminieren. Es würde den Rahmen unserer Arbeit überschreiten, wenn wir die Versuche aufzählen wollten, die schon zur Präcisierung der Begriffe Neurasthenie und Hypochondrie gemacht sind, wir beschränken uns darauf, auch in dieser Beziehung auf den früher citierten Vortrag Albin Hoffmanns hinzuweisen. Im übrigen gehört die Discussion der Frage nach dem „hysterischen Charakter“ zu sehr in das Gebiet der Psychiatrie, als dass wir uns berechtigt fühlten, in eine solche einzutreten. Nur das eine glauben wir auch auf Grund unserer geringen Erfahrung mit Gilles de la Tourette sagen zu können: „L'état mental de l'hystérique homme paraît au premier abord différer de l'état mental de l'hystérique femme. Il est cependant le même: c'est toujours le même fonds de suggestibilité inconsciente.“ „Das labile Gleichgewicht der psychischen Funktionen, die enorm leichte Anspruchsfähigkeit und ungewöhnlich intensive Reaction des psychischen Mechanismus“ (v. Krafft-Ebing) des hysterischen Individuums machen es verständlich, dass Suggestion und Autosuggestion nicht allein Quelle somatischer Veränderungen sein, sondern auch der Psyche ein Gepräge geben können, kaleidoskopartig wechselnd

je nach dem Inhalt der Suggestion. Auch bei unsern Kranken konnten wir uns von der Wirksamkeit der von aussen kommenden Suggestion vielfach überzeugen und können es verstehen, wenn Gilles de la Tourette eine hervorragende Bedeutung auch den nächtlichen Hallucinationen und Träumen zuerkennt, deren bestimmenden Einfluss auf das psychische Verhalten der Kranken in wachem Zustande er durch geschichtliche Beispiele documentiert, in einer Weise, die an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig lässt.

Die Richtigkeit der Diagnose in unsern Fällen vorausgesetzt, glauben wir mit Veröffentlichung dieser Krankengeschichten wenigstens ein Geringes zur Widerlegung der Ansicht beigetragen zu haben, dass in Deutschland und speziell an seinen kleineren Kliniken die männliche Hysterie eine unbekannte oder gar nicht erkannte Sache sei. Fast die Hälfte der uns zu Gebote stehenden Fälle wurden als weniger geeignet ausser Acht gelassen; teils liessen sie wirklich Zweifel zu, teils erforderten sie hypothetische Erörterungen, die dem Umfang der Arbeit nicht entsprochen hätten. So erinnern wir uns eines Falles mit phthisischen und eines andern mit pneumonischen Erscheinungen, deren eigentümlicher Verlauf in Gesellschaft mit sonstigen sicher rein nervösen Symptomen an die Möglichkeit denken liess, dass es sich um einfache vorübergehende vasomotorische Störungen im Bereich der Lungengefässe handelte, ähnlich den von den Franzosen als „congéestion pulmonaire“ bei hysterischen Individuen bezeichneten Lungensymptomen.

In den Fällen, wo nicht die bekannten Stigmata die Diagnose sicherten, war es leicht durch Hinweis auf die Aetiologie, den Wechsel des Bildes, das psychische Verhalten u. s. w. dieselbe zu rechtfertigen. Nicht zuletzt sind die Resultate der Therapie zu beachten, die,

ausser in Darreichung der Antihysterica hauptsächlich in allgemein roborierender, electricischer und psychischer Behandlung bestehend, Erfolge erzielte, wie sie nur aus dem Fehlen organischer Veränderungen erklärt werden können.

---

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Hofrat Prof. A. Erb, sage ich für die gütige Ueberlassung des Materials zu dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank.



13097

23917