

Aus der Klinik für psychisch und Nervenkranken zu Bonn⁵⁾.
(Direktor: Geheimrat Westphal.)

Ein Beitrag zur okulären Hysterie und ihrer Therapie.⁶⁾

Von Stabsarzt d. Res. Dr. **M. Raether**,
Oberarzt der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bonn.

In der jüngsten Literatur sind mehrere Arbeiten über
okuläre Hysterie erschienen (Oppenheim, Westphal, Wol-

¹⁾ E. Kehrner, Arch. f. exper. Path. u. Pharm. 58. 1908 S. 365.
— H. Fühner, Ther. Mh. 1913 S. 202 u. Zschr. f. d. ges. exper. M.
1. 1913 S. 420. — ²⁾ H. Fühner, Biologischer Giftnachweis S. 149.
— ³⁾ Vgl. H. Fühner, Biologischer Giftnachweis S. 153. — ⁴⁾ L.
Asher, D. m. W. 1916 S. 1028.

⁵⁾ Reservelazarett I, Abt. Nervenkl. „Kriegsneurotikerstation“.

— ⁶⁾ Nach einem kurzen Vortrag mit Krankenvorstellung in der
Niederrhein. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde in Bonn am 17. Juni 1918.

lenberg, Uhthoff, Kehrner, Oloff). Auf der diesjährigen Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Würzburg¹⁾ konnte auch ich in einer kurzen Diskussionsbemerkung auf die von mir gesammelten Fälle von Hysterie des Auges hinweisen, doch kann ich erst heute, wo der letzte dieser Fälle (Fall 4) aus der Behandlung ausscheidet, an die Veröffentlichung meines Materials herangehen.

Ich habe in nahezu zwei Jahren, seit ich mich fast ausschließlich mit Neurotikern beschäftige, unter 400 im Jahre 1916 begutachteten und über 600 von mir nach der Kaufmann-Methode geheilten Kriegs- und Unfall-Neurotikern, also rund 1000 Hysterien, nur acht Fälle von okulärer Hysterie beobachtet bzw. behandelt, also 0,8%. Dieser geringe Prozentsatz an hysterischen Augenstörungen — der Prozentsatz an funktionellen Hörstörungen war wesentlich höher, — spricht wohl für die Seltenheit ihres Auftretens, und es finden sich auch in der Literatur im Vergleich zur übrigen Neurosenliteratur nur wenige Arbeiten. Ich verweise an dieser Stelle auf die jüngste diesbezügliche Arbeit von Oppenheim²⁾, die eine kritische Zusammenstellung der wichtigsten Literatur über okuläre Hysterie enthält. Oppenheim findet mit Recht, daß die Lehre von der okulären Hysterie noch viel Unklarheit birgt, auf dem Gebiet der Augenmuskellähmung und der Pupillarsymptome, besonders aber bezüglich der doppelseitigen hysterischen Amaurose.

Zu dieser von Oppenheim angezogenen Literatur kommen die Arbeiten von Westphal³⁾, Uhthoff⁴⁾ und Kehrner⁵⁾. Westphal weist darauf hin, daß bei Kriegsneurotikern psychogene Sehstörungen weit seltener vorkommen als psychogene Erkrankungen des Gehörorgans. Dies deckt sich mit meinen Beobachtungen; während ich unter 1000 Fällen nur acht Fälle = 0,8% mit okulärer Hysterie sah, konnte ich an psychogenen Gehörstörungen etwa dreimal soviel = 2,3% beobachten. Hier wie dort fand sich in den meisten dieser Fälle die von Kehrner⁶⁾ betonte und auch von anderen Autoren beschriebene „Organbegründetheit“, die somatische Unterlage, die „psychogen ausgewertet oder in den Dienst hysterischer Motive gestellt wurde“.

Westphal findet ferner, daß häufiger als die Amaurosen die auf spastischen Zuständen der Augenmuskeln beruhenden psychogenen Störungen (Orbikularis-, Konvergenzkrampf, spastische Miosis u. a.) vorkommen⁷⁾; ganz selten „die eigenartigen, unter dem Bilde einer Ophthalmoplegia externa verlaufenden Fälle von traumatischer Hysterie“.

Diese Beobachtung kann ich an der Hand meines Materials nur bestätigen: ich sah folgende acht Fälle mit okulärer Hysterie:

1. zwei Fälle mit Lidlähmung,
2. zwei Fälle mit spastischem Konvergenzkrampf, wovon der eine anfänglich eine Ophthalmoplegia externa⁸⁾ aufwies,
3. zwei Fälle von hysterischer doppelseitiger Amblyopie,
4. zwei Fälle von hysterischer doppelseitiger Amaurose, wovon der erste bereits 1917 von Westphal⁹⁾ beschrieben wurde.

Sämtliche acht Fälle konnten nach der Kaufmann-Methode geheilt und ihrem Beruf als vollberufsfähig wiedergegeben werden. Unauffällige katamnestiche Erhebungen ergaben, daß die Heilung standgehalten hatte.

Ich möchte im Folgenden nur die interessantesten dieser Fälle bringen.

Fall 1. Doppelseitige hysterische Lidlähmung (schlafte Ptoxis). D., 22 Jahre, Landwirt, Musketier.

Vorgeschichte. Keine Erblichkeit. Stets gesund. Guter Schüler. Mai 1915 eingezogen. Wegen „Herzfehlers“ einmal vier Wochen revierkrank. Mai 1916 an die Front. Oktober 1916 angeblich nach Gasangriff Schwäche in beiden oberen Augenlidern mit Tränen der Augen. Konnte zunehmend die Augen nicht mehr öffnen, besonders nicht im warmen Zimmer, in der kalten Luft sei es besser gegangen. Kam in eine Augenstation. Hielt beide Augen nahezu geschlossen, auch dann, wenn

er nicht beobachtet wurde. Leichte Injektion der Konjunktiva der Lider mit kleiner Follikelbildung. In den Lidwinkeln etwas eitriges Sekret. Visus: rechts: $\frac{6}{10}$; links: $\frac{6}{12}$. Pupillenreaktion und sonstiger Augenbefund normal.

Im weiteren Verlauf gelingt ihm die Öffnung der Lider zeitweise auf Zureden hin für kurze Zeit, dann wieder völlige Ptoxis. 2. März 1918 Verlegung auf meine Station.

Befund: Blässe der Haut und sichtbaren Schleimhäute. Pastöser Habitus. Systolisches Geräusch an der Herzspitze. Lebhaftes Sehnenreflexe. Leichte Hyperästhesie. Funktioneller Romberg. Ptoxis beiderseits. Patient legt deshalb, um sehen zu können, den Kopf ganz hintenüber, da nur eine schmale Lidspalte vorhanden ist.

Heilung der funktionellen Lidlähmung in einer halbstündigen Sitzung nach der Kaufmann-Methode. In der Nachbehandlung (vier Wochen) Hordeolum am rechten Auge. Bei der Lokalbehandlung desselben hielt die Heilung stand. Entlassung als geheilt und voll erwerbsfähig. (Katamnese $\frac{5}{4}$ Jahre später: Arbeitet in seinem Beruf als Landwirt (a.v.), gesund geblieben.)

Fall 2. Hysterie mit starkem Konvergenzkrampf beiderseits und dadurch bedingter Sehschwäche. A., 23 Jahre, früher Kaufmann, jetzt ohne Beruf, Kriegsrentenempfänger.

Vorgeschichte: Keine Erblichkeit. Gut gelernt. Nie krank. Nach der Schulzeit Kaufmann (Reisender). 1914 als Kriegsfreiwilliger eingetreten. Wurde Oktober 1914 durch Revolverschuß am Hinterkopf leicht verwundet. Danach schwere Hysterie mit Anfällen, ausgesprochen psychogenem Allgemeinverhalten, Denkhemmung, Neigung zum Lügen, Renommieren bei zahlreichen subjektiven psychogenen Beschwerden, hauptsächlich Schmerzen in den Augen, die er nicht ordentlich öffnen könne. Deshalb bereits 1915 in der hiesigen Klinik und von Westphal¹⁾ in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde Bonn als Ophthalmoplegia externa, abwechselnd mit Zuständen spastischer Kontraktur der Mm. recti interni mit Miosis und aufgehobener Lichtreaktion als Augensymptome einer traumatischen Hysterie vorgestellt.

Er wurde 1915 noch in verschiedenen Lazaretten behandelt, kam auch einmal wegen Tobsuchtsanfällen vorübergehend in eine Irrenanstalt und wurde 1916 mit hoher Rente entlassen. In der Folgezeit machte er zeitweise Arbeitsversuche, aber ohne Bestand, stellte dann Antrag auf Zusatzrente und kam am 16. April 1918 zur Neurotikerbehandlung auf die Station des Referenten.

Klagen: Kopfschmerzen; kann ohne Brille nicht sehen; hört zeitweise links schlecht.

Untersuchungsbefund: Pupillen reagieren auf Licht und Nahesehen. Ausgesprochene Lichtscheu. Vermehrter Lidschlag bei Abnahme der Brille. Blepharoklonus. Bei Augenbewegungen zur Seite Konvergenzstellung der Augen; Fehlen des Binde- und Hornhautreflexes. Funktioneller Romberg. Verlängertes Hautnachröten. Gesteigerte Reflexe. Hyperhidrosis der Achselhöhlen. Hemianästhesie links. Leichte Zittererscheinungen am ganzen Körper, besonders bei lautem Ansprechen. Sehvermögen: ohne Glas Lesen von großen Buchstaben in der Nähe nicht möglich, ebensowenig Fingerzählen; dabei psychogene Hilfsbewegungen, Grimassieren, Augenzwinkern. Mit dem Moment, wo die Brille aufgesetzt wird (R. — 10,0, L. — 11,0), verschwinden diese psychogenen Begleitsymptome, und Patient liest prompt Nieden 1 auf 30 cm. Die Augenuntersuchung (Prof. Cords) ergab normalen Augenbefund in brechenden Medien und Augenhintergrund, Herabsetzung der Sehschärfe, bedingt durch starken Akkommodationskrampf. Keine ophthalmoplegischen Erscheinungen mehr.

Psychisch: Hochgradig psychogenes Allgemeinverhalten mit allen unangenehmen Eigenschaften des Hysterikers, deutlicher Neigung zum Uebertreiben und zum Lügen.

Am 18. April 1918 in einer dreiviertelstündigen Sitzung nach der Kaufmann-Methode von den gesamten hysterischen Symptomen befreit. Die Nachuntersuchung durch Prof. Cords ergab vollständige Normalsichtigkeit. Während einer mehrwöchigen Nachbehandlung hielt die Heilung in vollem Umfang stand. Schied eigenmächtig aus der Behandlung aus; es wurde ihm, in Anbetracht der ausgebildeten schweren Psychogenie mit hauptsächlichlicher Beteiligung der Psyche, trotz Beseitigung des groben hysterischen Symptomenkomplexes, auch weiterhin eine Rente von 20% zugebilligt. (Unauffällige Katamnese ergab Standhalten der Heilung.)

Fall 3. Starke Herabsetzung des Sehvermögens bei allgemeiner Zitterneurose. P., 37 Jahre, Gastwirt, Reservist.

Vorgeschichte: Keine Erblichkeit. Nie krank gewesen. Guter Schüler. Aktiv gedient. August 1914 eingezogen; September 1914 ins Feld. Seit Mai 1915 angeblich starke Kopfschmerzen, dazu zunehmend Zittererscheinungen, welche sich nach und nach ohne besonderen Anlaß

¹⁾ Am 25./26. April 1918. — ²⁾ D. Zschr. f. Nervhkl. 57 H. 1. — ³⁾ D. m. W. 1905 Nr. 22. 1915 Nr. 40, 1917 Nr. 48 u. 50. — ⁴⁾ Arch. f. Psych. 58. — ⁵⁾ l. c. — ⁶⁾ Auch Wollenberg (l. c.) kommt zu diesem Ergebnis. — ⁷⁾ Von Westphal beschrieben D. m. W. 1915 Nr. 40. — ⁸⁾ D. m. W. 1917 Nr. 48 u. 50.

¹⁾ l. c.

entwickeln. Oktober 1915 zum erstenmal ins Lazarett. Das Zittern legte sich leidlich. August 1916 zum Ersatzbataillon, wo durch Uebungsschießen das alte Zittern wieder auftrat. Deshalb als kr. u. entlassen und am 29. April 1917 der Station des Referenten zugeführt.

An Klagen hatte er stets nervöse Beschwerden, herabgesetztes Sehvermögen, Nachlassen des Gedächtnisses, wandernde Schmerzen im Kopf und Atembekaemmung angegeben. Von vornherein war die Diagnose Hysterie gestellt worden.

Zum erstenmal klagte er über stärkere Sehstörung im Dezember 1915. Die Untersuchung ergab damals bei der atropinisierten Pupille Zeichen einer überstandenen Iritis, besonders in der Umgrenzung der rechten Pupille. Auf beiden Pupillen, die auf Licht prompt reagieren, ziehen von der Vorderfläche der Regenbogenhaut Fäden nach der Mitte der Pupille hin in speichenförmiger Art. Diese Fäden wurden als embryonale Reste bezeichnet. Auf der rechten Hornhaut findet sich ein zentraler Fleck. Danach wurde P. mit 100% Erwerbsbeschränkung als d. u. entlassen.

Untersuchungsbefund: Kopf stark klopf- und druckempfindlich. Stoßweises Zittern der Zunge. Bindehautreflex fehlt. Bei Beschäftigung an den Augen psychogener Lidkrampf. Herabsetzung der Geruchsempfindung. Analgesie am ganzen Körper mit Ausnahme der sichtbaren Schleimhäute, Handinnenflächen und Fußsohlen. Lebhaft Reflexe. Grobe Kraft in Armen und Beinen stark herabgesetzt. Pseudospastische Gangstörung. Im Sitzen, Stehen und Gehen Dauertremor der Arme und des Kopfes. Bei Augenfußschluß Hintenüberfallen unter entsprechender Vorsicht, Lidflattern, Sprache stark stockend, zeitweise aussetzend. Hautnarröten. Zyanose der Hände, die kühl und feucht sind.

Sehvermögen angeblich stark herabgesetzt. Patient blinzelt bei Sehproben fortgesetzt und behauptet, er könne auch großen Druck nicht in der Nähe lesen, auch Finger werden in 2 m nicht mehr gezählt. Eine erneute Augenuntersuchung ergab wiederum obigen Befund.

Patient zeigte von vornherein sehr geringen Gesundheitswillen und ging nur mit Widerstreben an die Behandlung heran. Infolgedessen dauerte auch die Heilsitzung nach der Kaufmann-Methode länger als in den anderen Fällen. Nachdem zunächst die Zittererscheinungen einzeln mittels Verbalsuggestion unter Anwendung faradischer Ströme beseitigt waren, wurde zu der Heilung des herabgesetzten Sehvermögens geschritten. Patient behauptete noch lange seinen Widerstand, konnte angeblich auf der in 4 m entfernt stehenden Sehtafel die größten Buchstaben nicht lesen. Daraufhin jedesmal erneute Faradierung von einigen Sekunden Dauer mit dem Erfolg, daß Patient am Schluß der Heilsitzung sowohl den kleinsten Druck der Sehtafel wie auch Zeitungsdruck in der Nähe ohne Schwierigkeit lesen konnte.

In der Nachbehandlung zunächst sehr ungeschickt beim Turnen, hatte im Laufe der Jahre die einfachsten Dinge verlernt, z. B. die natürliche Armbeugung beim Gehen. Die Heilung hielt während der siebenwöchigen Nachbehandlung mit Turnen, Gartenarbeit und Probeurlaub in seinem Beruf in vollem Umfang Stand, sodaß P. am 15. Juni 1917 als geheilt und voll erwerbsfähig entlassen werden konnte. (Katamnese ein Jahr später: Gesund geblieben, tätig in seinem Beruf und als Landwirt.)

Fall 4. Doppelseitige hysterische Blindheit.¹⁾ P., 27 Jahre, Gärtner, Kriegsrentenempfänger.

Vorgeschichte: Eine Schweser leidet an „Herzschwäche“. Sonst keine Erblichkeit. Mittlerer Schüler. Mit 16 Jahren Gelenkrheumatismus am linken Knie, sonst stets gesund. August 1914 eingezogen. Oktober 1914 ins Feld. Juni 1915 verschüttet und verwundet an der linken Hand. Seither ängstliches Gefühl. Im Lazarett Anfälle von Atemnot, die sich bald häuften und allmählich auch mit Bewußtlosigkeit einhergingen. Juli 1916 mit 75% Rente entlassen. War danach in seinem Beruf tätig. Die Anfälle, die zeitweise mehrmals am Tage aufgetreten waren, verringerten sich, es trat zuletzt nur einer im Vierteljahr auf. November 1917 plötzliches Auftreten von Schwindel und Kopfschmerzen. Am nächsten Tage verlor er das Bewußtsein, das erst nach acht Tagen sich wieder einstellte. Bei seinem Erwachen hatte er sofort das Gefühl, als „ob ihm ein Fell über die Augen gezogen sei“, sah Kreise und Punkte vor den Augen vorbeiziehen, es war ihm, „als sähe er durch einen grauen Schleier“. Anfälle stellten sich nicht mehr ein. Das Augenlicht nahm langsam weiter ab. Nach vier Wochen Krankenhausbehandlung wurde er wieder nach Hause entlassen. In der Folgezeit wiederholt plötzliches Erblinden beim Anblick von Schnee, er hatte dann das Gefühl, „als würde er geblendet“. Diese Blendungen gingen, wenn er ins Zimmer zurückging, jedesmal nach einiger Zeit zurück, und es kehrte das Augenlicht, mit dem er sich wenigstens orientieren konnte, jedesmal wieder.²⁾ Am 26. Dezember 1917, wiederum nach Anblick von Schnee,

völliges Erblinden und Nichtwiederkehr des Sehvermögens im Dunkeln wie bisher. Begab sich deshalb in eine Privat-Augenklinik. Wurde dort mit elektrischen Strömen behandelt mit dem Erfolg, daß auf dem linken Auge die Sehkraft soweit sich wieder herstellte, daß er Gegenstände, die sich gegen das Licht abhoben, in zarten Umrissen erkennen konnte.

Stellte Antrag auf Rentenerhöhung. Deshalb Einweisung zur Begutachtung auf die Station des Referenten am 18. April 1918.

Untersuchungsbefund: Klagen: Rechtes Auge völlig erblindet, links kann er in 1 m Entfernung Finger unterscheiden. Sehe links alles wie durch einen grauen Schleier, stechende Schmerzen zwischen beiden Augen. Seit Beginn des Augenleidens keine Anfälle mehr, glaube, daß diese Anfälle Gehirnkrämpfe gewesen seien und den Sehnerv zerstört hätten. Kann seit Quetschung bei der Verschüttung ohne Beinschiene nicht gehen, da das rechte Bein 2 cm kürzer geworden sei. Lähmung der linken zweiten bis fünften Finger nach der früheren Handverletzung.

Befund: Rechtes Auge vollkommen normal, links besteht eine leichte Melanosis der Iris mit einigen melanotischen Flecken in der Conjunctiva bulbi. Pupillen ohne Befund. Augenbewegungen frei. Augenhintergrund ohne Befund. Refraktion: Emmetropie. Sehschärfe rechts angeblich Lichtschein mit prompter Projektion, links Fingerzählen in $\frac{1}{2}$ m. (Prof. Dr. Cords). — Im übrigen Entartungszeichen. Oberer Rand der Pupillen von den Augenlidern leicht bedeckt (leichte Ptosis). Binde- und Hornhautreflex fehlt. Zunge ohne Bißnarben. Leichtes prä systolisches Geräusch. Zyanose der herabhängenden Hände. An der linken Hand Finger in Streckstellung versteift. Der Mittelfinger ist im mittleren Fingergelenk traumatisch versteift. Die anderen Finger sind passiv einrollbar und der Handfläche bis auf 1 cm zu nähern. Daumenbewegungen ohne Befund. An der Innenfläche der Hand Narbe einer alten Sehnenscheidenentzündung mit besonderer Beteiligung des Mittelfingers. Elektrische Untersuchung: Die funktionell versteiften Finger rollen sich bei Nerven- wie Muskelreizung teilweise ein. Romberg mit Hintenüberfallen, vom Patienten korrigierbar; Lidflattern. Hautschrift. Reflexe sämtlich lebhaft. Keine pathologischen Reflexe. Kühle, feuchte Extremitätenenden.

Am 22. April 1918 Heilung von seinen sämtlichen funktionellen Störungen. Das volle Sehvermögen war bereits nach zwei Sekunden da, und Sehschärfe wurde durch sofort angestellte Leseprobe R. = L. = $\frac{5}{5}$ wieder hergestellt. Auch die funktionelle Gehstörung und Finger versteifung wurde beseitigt. Entlassung nach zweimonatiger Nachbehandlung inklusive Erprobung der Heilung während eines vierwöchigen Arbeitsurlaubs in seiner früheren Stellung als geheilt und voll erwerbsfähig, weiterhin kriegsunbrauchbar.³⁾

Bei allen Fällen waren einwandfreie andere hysterische Symptome vorhanden, sodaß die Diagnose relativ leicht war. Simulation konnte bei jedem der beschriebenen Fälle ausgeschlossen werden, insbesondere bei dem Fall von doppelseitiger Amaurose. Dieser war Obergärtner in einem fürstlichen Hause, und diese Stellung konnte durch keine Rente aufgewogen werden. Das Wegbleiben der Anfälle, die er — sicher wohl nur von Laienseite — als „Gehirnkrämpfe“ bezeichnen hörte, löste in seiner Vorstellung das allmähliche Blindwerden aus.

Die Umwertung irgendwelcher landläufiger Vorstellungen im Sinne hysterischer Störungen, besonders bei Ungebildeten oder geistig Beschränkten ist, wie auch Wollenberg²⁾ berichtet, sehr häufig: „Faulen“ oder „geronnenen“ Blut bewirkt Gehstörungen, Tuberkulose in der Familie erzeugt hysterische Gelenkversteifungen, die nach Ansicht des Patienten ebenfalls tuberkulös sind; aus Röntgenplattenfehlern oder aufgefundenen ärztlichen Ausdrücken werden beim Hysteriker „Beckenbrüche“ und andere schwer fixierte funktionelle Störungen; bei schußverletzten zur Hysterie Disponierten gehört eine Parese des betroffenen Gliedes zur Regel; endlich sind simple hysterische Anfälle, die vielfach als „Gehirnkrämpfe“ gewertet werden, der Ausgangspunkt für funktionelle Störungen seitens der Gehirnnerven, insbesondere der okulären

¹⁾ Demonstriert in der Niederrhein. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde in Bonn am 17. 6. 1918.

²⁾ „Intermittierendes Blindwerden“, Mendel, Neur. Zbl. 1916.

³⁾ Anmerkung zu Fall 4. Seit Niederschrift dieser Arbeit habe ich unter weiteren 100 Neurotikern einen Unfall-Neurotiker mit hysterischer Amaurose rechts (das linke Auge hatte Patient bei dem Unfall verloren) in wenigen Minuten nach der Kaufmann-Methode geheilt. Ich möchte diesen Fall schon deshalb erwähnen, da Quensel (Jahresbericht der Unfallnervenheilanstalt „Bergmannswohl“ zu Schkeuditz, 1917, S. 11/12) der Ansicht ist, daß man bei Unfallverletzten nicht die gleichen Erfolge erwarten könne wie bei Kriegsneurotikern, ja überhaupt nicht die gleichen Behandlungsmethoden anwenden. Ich habe bereits eine Reihe, z. T. sehr alter Unfallhysteriker — auch der oben erwähnte Fall war 4 Jahre bereits blind — nach der Kaufmann-Methode erfolgreich behandelt, möchte aber hinzufügen, daß ich diese vereinzelt Unfallneurotiker von vornherein auf die Station der nach Kaufmann Geheilten lege, also in eine Umgebung, wo sie täglich Nervenranke kommen sehen und ihre Heilung miterleben. Die „Heilatosphäre“ der Station ist die Basis der eigenen psychotherapeutischen Vorbereitung. — ²⁾ l. c.

Hysterie, nicht zu vergessen die psychisch funktionellen Störungen (Gansersche Dämmerzustände, Pseudodemenzen u. a.), deren Scheidung von traumatischer Demenz besonders dann erschwert ist, wenn der Symptomenkomplex nach irgendeiner Kopfverletzung auftrat.¹⁾

Zu bemerken wäre noch, daß bei beiden Fällen von doppelseitiger Amaurose auf einem Auge noch eine Spur von Sehvermögen erhalten war, sodaß dem Patienten die Orientierung auf der Straße oder in fremden Räumen nicht genommen war. Eine totale hysterische Blindheit findet sich nicht in der Literatur.

Ferner gibt der Umstand, daß die okuläre Hysterie, insbesondere die unbequeme hysterische Blindheit, so ungemein selten ist, im Vergleich zu der Mannigfaltigkeit und Häufigkeit anderer psychogener Störungen, die Frage auf, ob nicht durch die vielfach vertretene Ansicht (Forster, Hübner u. a.), daß Hysterie und Simulation identisch oder zum mindesten nahe verwandt sind, zu Recht besteht.

Ich möchte an der Hand meines Materials die Frage dahin beantworten, daß nur ein ganz geringer Prozentsatz meiner „Kriegsneurotiker“ simulationsverdächtig war, eine größere Reihe von Wunsch- oder Begehrungsvorstellungen geleitet, weitaus die Mehrzahl aber an Hysterie litt, d. h. (nach Mann)²⁾ an jenem „bestimmten Seelenzustand, welcher zur Festhaltung und Ausbildung der Folgen psychischer Wirkungen disponiert“. Erkennt man ferner mit Gaupp³⁾ im Schreck einen „hysterisierenden Faktor“ und in den hysterischen Erscheinungen „nach Art und Dauer ungewöhnliche Wirkungen des Affektes auf die Körperlichkeit oder die Bewußtseinsklarheit“ an, so kann man wohl mit Nonne⁴⁾ und Wollenberg⁵⁾ annehmen, daß „für die Gestaltung der hysterischen Einzelercheinungen vielfach gewisse urwüchsige Abwehr- und Schutzvorrichtungen in Anspruch genommen werden und dadurch „bestimmte Ausdrucksformen der Hysterie sich mit ermüdender Einförmigkeit wiederholen“. Beim Auge aber bedarf es nach Wollenberg bei diesen Erkrankungen „immer noch eines determinierenden Momentes, welches der Entladung eines Affektes die Richtung weist“, der somatischen Unterlage, der „Organbegründetheit“ nach Kehler. Und derartige Momente kämen beim Auge weniger in Frage als an anderen Körperstellen, weil Kriegsverletzungen des Auges meist größere Zerstörungen schüßen, eine bloße Ueberanstrengung oder ein einfacher Bindehautkatarrh u. dgl. aber im allgemeinen nicht ausreiche.

Weitere Forschungen auf diesem Gebiete dürften wohl noch eine befriedigende Erklärung des seltenen Vorkommens der okulären Hysterie finden lassen.