sich nachher herausstellten, hängt mit der Entfernung zusammen, in der der Stein im Körper von der Aufnahmeplatte lag.

VIII.

Aus der chirurgischen Universitäts-Poliklinik der Charité.

Ein Fall von hysterischer Skoliose.

Von

Oberarzt Dr. Wegner,
Assistent der Poliklinik.

Unter den ausserordentlich mannigfaltigen Formen der hysterischen Contracturen ist die hysterische Skoliose erst in den letzten Jahren richtig ätiologisch erkannt. Hoffa führt sie erst in der 2. Auflage seines Lehrbuches über orthopädische Chirurgie mit auf. Bisher ist es fast ausschliesslich die französische Litteratur gewesen, die sich mit diesem Gegenstand beschäftigt hat. Hallion¹⁾ führt zuerst bei der Beschreibung der neuropathischen Verkrümmungen der Wirbelsäule die Hysterie als Ursache für eine durch Contractur bedingte Skoliose an und bemerkt dabei, dass frühere Beobachtungen von Landry, Grancher, Duret, Hirt, die allgemein eine Neurose als Aetiologie angeben, wohl dahin gehören. Derselbe citirt einen Fall von Jasinski (im Referat Schmidt's Jahrb. 1890, S. 227), in dem es sich bei einem jungen Mann mit choreatischen Bewegungen um eine rechtsseitige cervicodorsale Skoliose durch Contractur des linken Sterno-cleido mit sehr starker compensatorischer Skoliose der Lendenwirbelsäule handelte. Eine weitere Beobachtung wird von Pravaz angeführt. Infolge einer Aufregung entstand eine Contractur des rechten Trapezii mit rechtsseitiger Skoliose, bei der das Schulterblatt mit seinem unteren Winkel auffallend stark nach aussen und hinten verzogen war. Ebenso plötzlich, wie sie entstanden war, heilte die Deformität nach Ablauf eines Jahres.

Vic²⁾ fügt diesen Fällen noch zwei eigene Beobachtungen hinzu, ferner einen von Landois und einen von Bourdon. Letzterer, bei dem die Skoliose bei einem zum Skelett abgemagerten jungen Mädchen neben starken Contracturen in den Beinen bestand, zeichnete sich durch einen eclatanten Erfolg der Suggestionstherapie aus.

Mirallié³⁾ betont die Nothwendigkeit, die hysterische Skoliose, bei der ein sicher nachgewiesenes hysterisches Stigma vorhanden sein muss, von den allgemein neuropathischen Skiosen zu trennen. Neben seinem eigenen Fall will er nur den zweiten eigener Beobachtung von Vic als einwandsfrei gelten lassen.

In einer späteren Arbeit⁴⁾ von demselben und Chapuis wird ein

1) Des déviations vertébr. neuropath. Nouv. Iconographie de la Salp. T. V. 1892.

2) De la skol. hyst. Thèse de Paris. 1892.

3) Revue d'orthopéd. 1896.

4) Revue d'orthopéd. 1898. Janv.

interessanter Fall eigener Beobachtung mitgetheilt (ein anderer von Roux wird, da Nachforschungen nach hysterischen Symptomen fehlen, nur als wahrscheinlich hysterischer Natur, nicht anerkannt). Der Fall M., in dem es sich um hochgradige totale Skoliose handelt, ist dadurch interessant, dass die Deformität zuerst auftrat, nachdem die Aerzte nach einer Bemerkung, dass manchmal im Anschluss an einen bei dem betr. Kranken vorhandenen hysterischen Blepharospasmus eine Skoliose auftrate, dieselbe an ihm durch seitliches Beugen seiner Wirbelsäule demonstriert hatten. 8 Tage nach dem Verschwinden des Blepharospasmus trat die Skoliose auf. Dasselbe wiederholte sich einige Wochen später, während bei einer 3. Attacke sich ohne vorausgegangenen Blepharospasmus eine im Gegensatz zu den beiden ersten rechtsseitige Skoliose einstellte.

In der deutschen Litteratur finde ich eine Arbeit von Germant¹⁾, die neben den Vic'schen Fällen eine eigene Beobachtung aus der Mendel'schen Privatklinik anführt. Im Gegensatz zu den anderen Fällen, in denen, öfters allerdings mit Recidiven, Heilung eintrat, blieb eine neunmonatliche Behandlung der sehr hochgradigen linksseitigen Skoliose des sechzehnjährigen Mädchens mit Massage, Suspension, Corsett, Suggestion und innerer Medication ohne jeden Erfolg.

Den angeführten Fällen kann ich eine eigene Beobachtung hinzufügen.

M. H., eine gesund aussehende Frau von 26 Jahren wird von einer gynäkologischen Poliklinik, woselbst sie wegen einer nach Partus vor 1½ Jahren ausgebildeten Retroflex. uteri mob. in Behandlung ist, der chirurgischen zur Begutachtung und eventuellen Behandlung ihrer Skoliose überwiesen. Die anamnestischen Angaben der Pat. sind für die Art ihres Leidens charakteristisch: Im 16. Lebensjahr verfiel sie, während sie bis dahin stets gesund war, nach einem grossen seelischen Schmerz zum erstenmal in Schreikrämpfe, die in ein unbezwingbares Lachen übergingen. Derartige Anfälle haben sich im Laufe der Jahre öfter wiederholt. Seit 2½ Jahren ist Pat. verheirathet, hatte vor 1½ Jahren einen Partus ohne Kunsthülfe, nach welchem sich, wie erwähnt, eine Retroflex. uteri ausgebildet hat. Grosse Beschwerden hat sie von derselben nicht gehabt. Vor etwa ½ Jahre bemerkte sie zum erstenmal, dass sie schief sei. Der Körper war stark nach links geneigt. Schmerzen waren nicht vorhanden; ein Gefühl der Spannung im Rücken hinderte sie, gerade zu gehen. Ohne ärztliche Behandlung verlor sich die schiefe Haltung im Verlauf von etwa 14 Tagen, um sich einige Monate später in ähnlicher Weise, aber mit Abweichung nach rechts, zu wiederholen. Der dritte, von uns beobachtete Zustand von Skoliose trat wieder ohne Veranlassung auf.

Die Untersuchung zeigte eine hochgradige linksconvexe Skoliose der Lendenwirbelsäule mit compensatorischer Rechtsconvexität der oberen Brustwirbel. Die Rückenmusculatur der rechtsseitigen Lendengegend war rigider als die der anderen Seite. Die Verbiegung glich sich beim Liegen etwas aus, blieb aber, im Gegensatz zu anderen Beobachtungen, deutlich sichtbar bestehen.

1) Germant, Ueber hysterische Skoliose. Dissert. Berlin 1897.

Der erste Gedanke war, dass es sich um eine Skolios. ischiad. handele. Das Auftreten derselben auf verschiedenen Seiten brauchte, selbst bei Ischias derselben Seite, nicht gegen die Diagnose zu sprechen, da sie, meist in heterologer Form, d. i. Convexität der Lendenwirbelsäule nach der gesunden Seite, auftretend, doch auch umgekehrt und in einem Fall von Remak und von Higier alternirend beobachtet ist. Aber der Verlauf des Ischiadicus war nicht druckempfindlich. Das Hüftgelenk war frei, Bewegungen in allen Richtungen ausgiebig und schmerzlos. Die weiter vorgenommene Untersuchung ergab keine hysterischen Stigmata ausser einer hyperästhetischen Zone zwischen dem rechten Unterripenrand und Darmbeinkamm, der seitwärts von der Wirbelsäule und hinteren Axillarlinie begrenzt war. Beim Streifen mit dem Finger über diese Zone hinweg von unten nach oben oder umgekehrt zuckte Pat. lebhaft zusammen mit der Angabe heftigen Schmerzes, während sie beim Streichen von rechts nach links oder umgekehrt keine Schmerzempfindung angab. Nach Bestreichen mit einer indifferenten Flüssigkeit war die Schmerzhaftigkeit geringer, nach abermaligem Bestreichen verschwunden. Die Skoliose blieb dabei unverändert. Bei Suspension in Glisson'scher Schwebeloch glich sie sich aus, kehrte aber nach Abnahme aus derselben sofort wieder. Unter täglicher Suspension wurde die Skoliose allmählich geringer und war nach 8 Tagen verschwunden. Bemerkenswerth ist noch, dass sich nach der Suspension jedesmal ein ca. 5 Minuten dauernder Anfall von krampfhaftem Schluchzen und sehr starker Tachypnoe einstellte.

Bei den Untersuchungen nach Heilung der Skoliose war das erste Mal die erwähnte hyperästhetische Zone vorhanden, das zweite Mal nicht mehr, sonst kein Zeichen einer Hysterie, ausser etwa einer Druckempfindlichkeit der beiderseitigen Ovarialgegend, von der ich dahingestellt sein lasse, wie weit sie von dem gynäkologischen Leiden abhängig war. Ein Anfall von Schreikrämpfen ist nach Angabe der Pat. etwa 3 Wochen nach der Entlassung aus der Behandlung aufgetreten. Eine Schiefstellung ist in 6 Monaten nach der letzten nicht wieder bemerkt.

Was dem vorliegenden Fall ein besonderes diagnostisches Interesse verleiht, ist der Umstand, dass, abgesehen von den anamnestischen Angaben über Schreikrämpfe, die, wenn man nicht auf diesen Punkt der hysterisch nervösen Erscheinungen seine besondere Aufmerksamkeit gerichtet hätte, leicht hätten unterbleiben können, die Skoliose als fast einziges objectives Symptom der Hysterie auftrat: keine halbseitigen Hyper- oder Anästhesien, keine Parästhesien, keine Schmerzpunkte, keine Einschränkung des Gesichtsfeldes, allein eine hyperästhetische Zone in der Gegend des contrahirten Quadrat. lumb., die bei oberflächlicher Untersuchung leicht als lumbaler Schmerzpunkt einer Ischias angesprochen werden konnte, durch den augenblicklichen günstigen Einfluss der Suggestion sich aber sicher als hysterisches Stigma erwies. Die Narkose, die in zweifelhaften Fällen über die neuropathische Natur des Leidens gegenüber organischen Erkrankungen der Wirbelsäule sicheren Aufschluss giebt, erschien danach im Interesse der Pat. überflüssig.

Die spärliche Litteratur, die bisher bei uns über diesen Gegenstand existirt, das thatsächlich ausserordentlich seltene Vorkommen und das

diagnostische Interesse, das aus der Ueberweisung des Falles von der gynäkologischen Poliklinik zur chirurgischen hervorgeht und besonders für den begutachtenden Arzt vorhanden ist, liess mir die Veröffentlichung gerechtfertigt erscheinen.

Herrn Professor Hildebrand sage ich für die freundliche Ueberlassung des Falles meinen verbindlichsten Dank.

IX.

Aus der chirurgischen Universitäts-Poliklinik der Charité.

Beitrag zur Lehre von den traumatischen Epitheleysten.

Von

Oberarzt **Dr. Wegner**,
Assistent der Poliklinik.

In der Frage nach der Aetiologie der Epitheleysten, die von Garré als traumatische in die deutsche Litteratur eingeführt wurden, während Franke an seiner Theorie, dass es sich um fötal versprengte, durch ein Trauma oder einen anderen Reiz zur Wucherung und Cystenbildung gelangte Epithelkeime handelt, festhält und die Verpflanzung von Oberflächenepithel in die Tiefe nur in seltenen, ganz einwandfreien Fällen für die Entstehung solcher Cysten oder Epidermoide, wie er sie nach dem Vorgang von Heschel nennen will, gelten lässt, sind Beispiele zur Bekräftigung dieser oder jener Anschauung, wie mir scheint, erwünscht. Ich will deshalb einige auf der chirurgischen Poliklinik der Charité beobachtete Fälle kurz mittheilen.

1. Die Schauspielerin, Frau A., hat seit langer Zeit über der volaren Gelenkfalte zwischen Mittel- und Endglied des linken 4. Fingers eine leicht schmerzhaft, kirsch kerngrosse Geschwulst. Sie kommt mit der Angabe, dass dieselbe kurze Zeit nach der Heilung einer eiternden kleinen Wunde entstanden sei, die sie sich vor 3 Jahren beim Hinüberreichen der Hand über eine mit Glasscheiben bedeckte Mauer zugezogen habe. Die Geschwulst ist im Laufe der Zeit langsam und schmerzlos gewachsen, ist aber seit kurzem stark druckempfindlich, weshalb Pat. die Exstirpation wünscht.

Man sieht an besagter Stelle eine ca. $\frac{1}{2}$ cm lange, quer verlaufende weisse Narbe auf einer Vorwölbung der Haut. Unter derselben fühlt man eine harte, kirsch kerngrosse, runde, unter der Haut frei verschiebbare Geschwulst.

Ausschälung derselben in Schleich'scher Anästhesie. Ablösung aus der Umgebung leicht. Oberfläche der Geschwulst grauweiss und glatt. Auf dem Durchschnitt sieht man eine mit klarer Flüssigkeit gefüllte Cyste, deren Wanddicke ca. 2 mm beträgt.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt als äusserste Umgrenzung eine drei- bis vierfache Lage von Plattenepithel. Der weiter nach innen gelegene Theil zeigt ein concentrisch geschichtetes Gewebe, das seinen Charakter als Lamellen verhornten Epithels noch dadurch zu erkennen giebt, dass im Anschluss an die Epithelschicht an einigen Stellen kern-