DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

Achtzehnter Jahrgang.

Redacteur Geh. Sanitäts-Rath Dr. S. Guttman in Berlin W.

Verlag von Georg Thieme, Leipzig-Berlin.

I. Ueber periphere Sehnervenaffectionen bei Hysterischen.¹⁾

Von Prof. Dr. Th. Leber in Heidelberg.

Bei den nervösen Störungen, welche man als hysterische bezeichnet, ist es, abgesehen von der grossen Mannichfaltigkeit der Erscheinungen, vor allem die rasche Rückbildungsfähigkeit derselben und der Mangel objectiv nachweisbarer Veränderungen, was uns zu der angegebenen Auffassung zu bestimmen pflegt.

Auch im Bereiche des Sehorgans kommen solche Störungen der Nerventhätigkeit vor, bei denen materielle Veränderungen oft zu fehlen scheinen, und bei denen die rasche Rückbildung der Erscheinungen zu dem hohen Grade derselben in auffallendem Contrast steht, Störungen, die nicht selten auch durch ihr Auftreten bei Individuen, die an anderen hysterischen Beschwerden gelitten haben oder noch leiden, ihre Zugehörigkeit zur Hysterie kundgeben.

Die Beurtheilung des Sitzes und der Natur dieser Affectionen bietet erhebliche Schwierigkeiten und ist in manchen Fällen überhaupt nicht sicher möglich. Wann etwa bei doppelseitigen Störungen dieser Art der Sitz in das Centralorgan zu verlegen ist, will ich heute nicht weiter erörtern; bei rein einseitigem Auftreten kann natürlich nur eine Localisation im Sehnerventamm, peripher vom Chiasma, oder in der Retina in Frage kommen, da an der Semidecussation der Fasern im Chiasma nicht mehr zu zweifeln ist.

Ich möchte heute zunächst versuchen, Ihnen an der Hand einiger Fälle den Nachweis zu liefern, dass sowohl einseitige als doppelseitige Amblyopien von dem vorhin erwähnten flüchtigen Charakter vorkommen, die man als hysterische auffassen darf, und die mit Bestimmtheit in den Sehnerventamm zu localisiren und auf eine materielle Erkrankung zurückzuführen sind.

Bei diesem Sitz kann zuweilen der Augenspiegel darüber Aufschluss geben, ob man es mit einer rein functionellen Störung oder gar mit Einbildung oder Simulation zu thun hat, oder ob materielle Veränderungen zu Grunde liegen. Das letztere ist nun in der That mitunter der Fall, wie daraus hervorgeht, dass es trotz rascher und mehr oder minder vollständiger Rückbildung der Amblyopie in kurzer Zeit zum Auftreten einer weisslichen Verfärbung der Sehnervpapille kommt, die hier weniger als Zeichen einer erheblichen Atrophie von nervösen Elementen, sondern wohl mehr als der Ausdruck einer durch gewisse Veränderungen der Neuroglia bedingten, stärkeren Reflexion des Papillargewebes aufzufassen ist.

Besonders lehrreich in dieser Beziehung war für mich die Krankengeschichte einer 44jährigen Apothekersfrau, die durch ihre vielfältigen, anscheinend gar nicht im Verhältniss zu den wirklichen Beschwerden stehenden Klagen durchaus den Eindruck einer Hysterischen machte.

Dieselbe wurde plötzlich von hochgradiger Sehstörung am linken Auge ergriffen, indem sich ein dichter Nebel über das Gesichtsfeld hinüberzog, der sich später von oben her aufhellte, so dass nur die Mitte verdunkelt blieb. Etwa drei Wochen nach Beginn der Störung fand ich ein grosses centrales Skotom, innerhalb dessen nicht einmal eine Wachsstockflamme wahrgenommen wurde, bei freier Gesichtsfeldperipherie; Finger wurden nur auf 1 m Abstand gezählt. Der ophthalmoskopische Befund war ziemlich normal, doch erschien die Papille etwas blass, ihr nasaler Rand leicht undeutlich, und die Gefässe vielleicht etwas ausgedehnt. Druck auf das Auge kaum empfindlich. Rechtes Auge normal. Es wurde retrobulbäre Neuritis

diagnosticirt und Natrium salicylicum 4,0 pro die gereicht. Als sich hier bei nach fünf Tagen das Sehen bis auf Fingerzählen in etwa 2 m gehoben hatte, wurde die Salicylsäure ausgesetzt und die Behandlung auf subcutane Strychninjectionen beschränkt. Nun trat eine sehr rasch fortschreitende Besserung ein, so dass sich die Sehschärfe schon nach sieben Tagen wieder auf $\frac{2}{5}$ der Norm gehoben hatte und nach einer weiteren Woche nahezu $\frac{1}{2}$ betrug, womit die Patientin entlassen wurde. In der ersten Zeit, als das centrale Sehen sich schon bis zu einem gewissen Grade wiederhergestellt hatte, bestand noch eine ausgesprochene Störung des Farbensinnes im Centrum, die nachher vollkommen zurückging. Die Papille zeigte aber jetzt, etwa fünf Wochen nach Beginn der Erkrankung, eine zwar leichte, aber zweifellose, weissliche Verfärbung.

Fünf Jahre später sah ich die Patientin wieder. Das früher erkrankte Auge war gut geblieben, dagegen war vor einem halben Jahre eine ganz ähnliche und ebenso hochgradige Verdunkelung am anderen Auge aufgetreten, die nach 6–8 Wochen, diesmal ohne jede Behandlung, zurückging. Seit $1\frac{1}{2}$ –2 Jahren konnte die Kranke auch nicht mehr gut gehen und angeblich nur mit Unterstützung noch kleine Wege zurücklegen.

Das Sehvermögen des inzwischen erkrankten rechten Auges betrug $\frac{1}{2}$ – $\frac{2}{3}$, das des früher afficirten linken hatte auch wieder etwas abgenommen und war nur $=\frac{2}{7}$; Gesichtsfelder frei. Beide Papillen erschienen weiss, opak, die Grenzen etwas verschwommen und die Arterien leicht verengt.

Die Kranke klagte, dass sie gar nicht mehr sehen könne, obwohl sie im Stande ist, mit jedem Auge feine Schrift zu lesen. Auch die Schwäche der Beine scheint sie zu übertreiben: sie will nur einige Augenblicke stehen können, ohne gehalten zu werden, geht aber, wenn man sie führt, ziemlich gut, nur etwas unbeholfen. Keine Ataxie, Patellarsehnenreflexe normal. Auch Professor Damsch, welcher die Kranke ebenfalls untersuchte, erklärte die Motilitätsstörung für hysterisch. Der Urin war stets normal.

Im folgenden Jahre, wo sich die Kranke auf einige Wochen zur Behandlung einfand, war der Befund der gleiche, nur dass die Sehschärfe jetzt auch am zweiterkrankten Auge auf $\frac{2}{7}$ heruntergegangen war. Länger fortgesetzte Strychninjectionen waren jetzt ohne jeden Erfolg.

Dass es sich hier um eine Erkrankung der Sehnerventämme peripher vom Chiasma handelt, geht aus der Einseitigkeit der jedesmaligen Affection, aus dem frühzeitigen Auftreten von Sehnerventammverfärbung und den centralen Skotomen mit Bestimmtheit hervor. Für eine abgelaufene retrobulbäre Neuritis spricht sowohl der acute Verlauf, als auch das Verhalten der Papillen. Hätte man hier den ophthalmoskopischen Befund nicht gehabt, so hätte man vielleicht den Klagen der Kranken gar keine Bedeutung beigelegt und sie für eingebildet oder für übertrieben gehalten, während der Augenspiegel sicher beweist, dass bei einem neuropathisch disponirten Individuum eine durch ein fünfjähriges Intervall getrennte flüchtige retrobulbäre Neuritis beider Optici mit Ausgang in partielle Sehnerventammatrophie aufgetreten ist.

Ich schliesse hieran die Mittheilung eines Falles von einseitiger acuter Neuritis optici retrobulbaris bei einem Arbeiter, der angeblich nach einer Durchnässung der Füsse vorübergehend von Fieber, Hals- und Rückenschmerzen und dann vor drei Tagen von rasch zunehmender Amblyopie des rechten Auges ergriffen wurde. Bei wesentlich negativem Augenspiegelbefund nahm innerhalb weiterer drei Tage während unserer Beobachtung die Sehschärfe von $\frac{1}{8}$ der Norm bis zu Fingerzählen in nächster Nähe ab. Die Behandlung bestand nun in der Darreichung von Natrium salicylicum, wobei in den folgenden 11 Tagen wieder normale Sehschärfe zurückkehrte. Obwohl das Krankheitsbild auch sonst ganz mit dem der acuten Neuritis retrobulbaris übereinstimmte, und auch eine rasche Rückbildung dieser Affection bei Salicylsäuregebrauch die Regel ist, so würde doch ohne das spätere Ergebniss der Augenspiegeluntersuchung meine Auffassung vielleicht manchem Zweifel begegnen. Als wir aber nach Wiederherstellung der normalen Sehschärfe die Farbe beider Papillen verglichen, war die der kranken Seite deutlich blasser. Ähnliche Fälle kommen auch sonst bei Männern nicht gar so selten vor; sie stellen sich aber gewöhnlich als isolirte Erkrankungen

¹⁾ Vortrag, gehalten bei der XVII. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden.

des Sehorgans dar, die in die weitschichtige Kategorie der rheumatischen Affectionen einzureihen sind. Unser Patient hatte sich indessen zunächst schon bei der Aufnahme in die Klinik höchst sonderbar benommen, indem er versicherte, im Krankenhaus absolut nichts essen zu können; er musste auch, da er davon nicht abzubringen war, nach zwei Tagen entlassen werden. Nach Beseitigung des Sehnervenleidens kam er wieder mit Klagen über Parästhesie und Herabsetzung der Sensibilität in der ganzen linken Körperhälfte, und in der That liess sich auch eine gewisse Abstumpfung des Gefühls für Nadelstiche nachweisen, die auch bei der Untersuchung in der Ambulanz der medizinischen Klinik bestätigt wurde, sich aber später wieder völlig verlor. Es dürfte hiernach berechtigt sein, diesen Fall als eine Art von Hysterie beim männlichen Geschlecht aufzufassen.

Ich habe noch Aufzeichnungen von drei weiteren Fällen beim weiblichen Geschlecht, mit deren Einzelheiten ich Sie nicht behelligen will, bei denen eine mehr oder minder acut aufgetretene hochgradige Amblyopie oder Erblindung von peripherem Sitz in auffallend kurzer Zeit, meist in 8—14 Tagen, nur bei Anwendung von Strychnininjectionen, Bromkalium, oder ganz indifferenter Behandlung rasch zurückging. Ophthalmoskopische Veränderungen habe ich allerdings nur noch in einem derselben, wo der Verlauf etwas länger war, zu verzeichnen gehabt; sie bestanden anfangs in geringer Trübung der Papillengrenze und später in leichter Verfärbung der Sehnerven. In einem weiteren Falle, wo die Erblindung sehr rasch verschwand, wird der periphere Sitz durch das völlig einseitige Auftreten der Erkrankung sichergestellt. Im dritten Falle trat die Affection wieder, wie in dem ausführlicher mitgetheilten ersten Falle, unter der Form von centralen Skotomen mit Störung des Farbensinns und freier Gesichtsfeldperipherie an beiden Augen auf, von welcher Form wir jetzt, besonders durch die Untersuchungen über Alkoholamblyopie, mit Bestimmtheit wissen, dass sie auf eine periphere Sehnervenaffection zu beziehen ist, bei welcher vorzugsweise das sogenannte papillo-maculäre Sehnervenbündel leidet.

Eine doppelseitige vollständige Erblindung ohne ophthalmoskopischen Befund bei schwerer Hysterie kann ich nicht hierher rechnen, weil das Erhaltenbleiben der Pupillenreaction auf einen Sitz central von der Abzweigung der pupillomotorischen Fasern hinzu-deuten scheint. Hier verschwand die Amaurose unmittelbar nach einer subcutanen Strychnininjection, die somit nur als Suggestion gewirkt haben kann.

In zwei von den oben genannten drei Fällen war wieder dem Auftreten der Sehstörung oder einer Exacerbation derselben allgemeinen Unwohlsein und Fieber einige Tage lang vorhergegangen. Eine Patientin hatte nur an leichteren hysterischen Erscheinungen gelitten. Bei einer anderen war vor einigen Jahren eine linksseitige Hemiparese mit Taubheit des Gefühls in den Fingerspitzen aufgetreten, später eine Articulationsstörung beim Sprechen, welche Erscheinungen wieder vollständig zurückgegangen waren; auch litt sie zeitweise an heftigen Schmerzen im Unterleib infolge von Retroflexio uteri. Hier erfolgte die Besserung der Amblyopie nur langsam und etwas unvollständig. Bei der Patientin mit einseitiger Amblyopie waren sonstige nervöse Erscheinungen angeblich nicht aufgetreten, der hysterische Charakter giebt sich aber durch die rasche Rückbildung bei rein psychischer Behandlung kund. Nach einer Injection von Aqua destillata kam die Patientin von blosser Lichtempfindung auf Fingerzählen in 2—3 m, und bei Fortsetzung der Injectionen war in acht Tagen wieder normale Sehschärfe erreicht. Die Simulationsprobe mit Prisma vor der Injection war negativ gewesen. Ich bin geneigt, auch diese, sicher periphere Störung als rasch rückgängige retrobulbäre Neuritis aufzufassen, zumal auch die dabei so häufig vorhergehende Störung des Allgemeinbefindens hier nicht gefehlt hat.

Nehmen wir wenigstens für einen Theil dieser Fälle als erwiesen an, dass eine leichte Neuritis zu Grunde liegt, so folgt aus den mitgetheilten Beobachtungen weiter, dass diese Erkrankung ganz spontan oder wenigstens ohne jede gegen den entzündlichen Process oder seine Ursachen gerichtete Behandlung, in anderen bei einfacher Darreichung von salicylsaurem Natron, rasch und vollständig zurückgehen kann. Ich stelle mir vor, dass diese entzündlichen Processe einen Zustand von herabgesetzter Leitungsfähigkeit der Nervenfasern unterhalten, der auch nach Ablauf des Processes eine Zeit lang persistiren kann und dann durch gewisse Einflüsse, die entweder die Nerventhätigkeit steigern, oder nur die Energie und den Willenseinfluss erhöhen, rasch zu beseitigen ist. Bleibt die zu Grunde liegende Neuritis länger bestehen, so werden Nervina und psychische Einflüsse ihre Wirkung ebenso vollständig versagen, als sie später, zu gelegenerer Zeit, dieselbe in überraschender Weise bethätigen können. Bei höheren Graden und längerer Dauer der auf die Nervenfasern ausgeübten Störung wird es auch zu wirklicher Atrophie und bleibender Functionsbehinderung kommen. Ist alsdann der Process weit vom Auge entfernt, etwa dicht vor dem Chiasma localisirt, und die Atrophie nur partiell, so wird es lange dauern, bis die descendirende Atrophie in merklichem Grade bis zur Papille gelangt, und der Augenspiegelbefund kann auch dann recht lange normal sein.

Ich will noch erwähnen, dass ähnliche Amblyopieen in Verbindung mit heftigen und anhaltenden neuralgischen Schmerzen im Auge und in dessen Umgebung vorkommen, auch mit starker Druckempfindlichkeit des Bulbus und Schmerzen bei Bewegungen desselben, die weit intensiver sind als bei der gewöhnlichen retrobulbären Neuritis. Hier scheint zuweilen larvirte Intermittens zu Grunde zu liegen, doch lässt Chinin andere male auch wieder ganz im Stich, und die Krankheit kann sich Jahre lang hinziehen, ohne geheilt zu werden.

In Bezug auf die Symptome finden wir hier Uebereinstimmung mit dem Bilde der sogenannten Anaesthesia retinae, das sich durch in der Regel mässige Herabsetzung der centralen Sehschärfe, hochgradige concentrische Gesichtsfeldbeschränkung, gesteigerte Lichtempfindlichkeit und normalen Augenspiegelbefund charakterisirt.

Ich erwähne noch den Fall von einem 21jährigen Mädchen, weil die Störung hier anfangs vollkommen einseitig war, was also wieder auf peripheren Sitz hinweist. Am erstergriffenen Auge war das Sehvermögen bis auf Fingerzählen in $1\frac{1}{2}$ m herabgesetzt; nach ein paar Tagen fing auch das andere Auge an, in gleicher Weise zu erkranken, zunächst nur mit starker Gesichtsfeldbeschränkung, während die centrale Sehschärfe noch die Hälfte der Norm betrug. Nach Darreichung von 1 g Chinin täglich und einigen Morphiuminjectionen kehrte das Sehvermögen an beiden Augen in drei Tagen zur Norm zurück, doch bedurfte es eindringlichen Zuredens, um das Maximum der Leistungsfähigkeit zu erzielen. Milz etwas vergrössert. Die Neuralgien wurden trotz Fortgebrauch von Chinin nicht ganz beseitigt, kamen später sogar in höherem Grade wieder und schienen dann eher von Natrium salicylicum günstig beeinflusst zu werden.

Obwohl in diesen Fällen keine weiteren hysterischen Symptome auftraten, giebt sich doch die Verwandtschaft mit der Hysterie dadurch kund, dass die hier beobachtete, als Anaesthesia retinae bezeichnete Form der Amblyopie es ist, welche sonst häufiger in Verbindung mit schwerer Hysterie beobachtet wird.

Man möchte eher geneigt sein, einen centralen Sitz dieser Amblyopie anzunehmen, da nach noch so langer Dauer selbst hochgradiger Sehstörung keine Spur von ophthalmoskopischen Veränderungen aufzutreten pflegt. Diese Annahme hat aber auch ihre Schwierigkeiten, da man die oft sehr ungleiche Betheiligung beider Augen damit nicht gut erklären kann, noch weniger völlige Einseitigkeit, wie sie z. B. in dem vorhin mitgetheilten, mit Neuralgie verbundenen Falle im Beginne der Erkrankung vorlag. Es ergiebt sich also hieraus, dass auch für diese Fälle an einen peripheren Sitz gedacht werden muss. Da sonstige Sectionsbefunde mir nicht gegenwärtig sind, möchte ich darauf hinweisen, dass ich schon vor Jahren in einem hierher gehörigen Falle von schwerer Hysterie in den Sehnerven atrophische Veränderungen nachgewiesen habe,¹⁾ und zwar hauptsächlich dicht vor dem Chiasma, in an der Oberfläche gelegenen Bündeln des Nerven, Veränderungen deren Ausbreitung mir zwar damals dem Grade der Sehstörung, nicht zu entsprechen schien, die aber doch wohl als Ursache der Amblyopie zu betrachten sind, worüber vielleicht eine genauere Untersuchung der topographischen Verhältnisse, die jetzt in Aussicht genommen ist, Aufschluss geben wird.

Als Ergebniss meiner Beobachtungen kann ich also aussprechen, dass es gewisse, rasch vorübergehende Erblindungen oder Amblyopieen bei Hysterischen giebt, die auf flüchtigen Entzündungen der Sehnervenstämmen beruhen, und dass vielleicht auch der mehr chronisch verlaufenden sogenannten Anaesthesia retinae eine periphere Erkrankung der Sehnerven, etwa dicht vor dem Chiasma, zu Grunde liegt.

Wie weit die so für die vorübergehenden Erblindungen gewonnene Anschauung sich auf andere hysterische Störungen übertragen lässt, möchte ich Ihrem Urtheil anheimgeben. Doch will mir scheinen, dass, soweit es sich um die Annahme materieller Veränderungen handelt, auch die durch rasche Rückbildungsfähigkeit ausgezeichneten motorischen Lähmungen und Anästhesien der Hysterischen sich dieser Auffassung sehr wohl fügen würden. Der meist in das Centralorgan zu verlegende Sitz dieser Störungen gestattet ja natürlich während des Lebens nicht, wie am Sehnerven mit dem Augenspiegel, den Nachweis etwaiger objectiver Veränderungen zu liefern; vielleicht werden solche aber doch einmal post mortem mit Hülfe der jetzt so sehr verbesserten histologischen Untersuchungsmethoden aufgefunden, wenn erst die Analyse der Functionsstörungen die Stelle genauer zu bezeichnen gestattet, an welcher danach gesucht werden muss.

Bei der hier vorgetragenen Auffassung ergiebt sich auch eine gewisse Analogie mit der Tabes und multiplen Sklerose, bei welchen ja ebenfalls gleichartige Erkrankungen gleichzeitig oder successive an räumlich getrennten Theilen des Nervensystems unabhängig von

¹⁾ Krankh. d. Netzhaut u. d. Sehnerven in Gräfe-Sämisch's Handb. V. p. 985—986 (1877).

einander auftreten, und wo zu den Erkrankungen des Rückenmarks und Gehirns ebenfalls periphere Sehnervenerkrankung häufig hinzutritt; nur mit dem Unterschiede, dass wir es hier mit viel tiefer greifenden und bleibenden Degenerationen zu thun haben und nicht mit oft so flüchtigen und viel weniger zur Atrophie tendirenden Processen, die hierin den rheumatischen Affectionen ähnlich sind, aber doch in ihrer Multiplicität und in der Combination der besonders häufig vorkommenden Localisationen etwas eigenartiges haben, das auf eine besondere Ursache hinweist.