Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität in Bonn.
Ueber einen unter dem Bilde einer Ophthalmoplegia externa verlaufenden Fall von traumatischer Hysterie.¹⁾

Von Prof. A. Westphal.

Die Lehre von den hysterischen Innervationsstörungen der Muskeln des Auges ist noch in der Entwicklung begriffen. Die relative Seltenheit von hysterischen Motilitätsstörungen der Augenmuskeln bedingt es, daß über deren Vorkommen und Symptomatologie die Ansichten noch vielfach geteilt sind. Die Mitteilung eines Falles, welcher einen besonders klaren Einblick in die Genese dieser eigenartigen Zustände gestattet und durch die Art der Ausbreitung seiner Symptome bemerkenswert ist, erscheint demnach gerechtfertigt.

Am 13. Februar d. J. wurde der 46jährige Bergmann S. in die hiesige Psychiatrische Klinik zur Erstattung eines Gutachtens über seine Erwerbsfähigkeit aufgenommen. Der Mann hatte am 23. April 1902 ein Kopftrauma erlitten. Es war ihm bei der Grubenarbeit ein schwerer Stein auf den Kopf gefallen, sodaß er etwa eine halbe Stunde bewußtlos war. Die ärztliche Untersuchung ergab eine 8 bis 10 cm lange Quetschwunde der rechten Stirnseite. Das Periost war stellenweise vom Knochen abgelöst. Nach Heilung der Wunde klagte Patient andauernd über Kopfschmerzen und Schwindel. Beim Versuch, wieder im Bergwerk zu arbeiten, bekam er einen so heftigen Schwindelanfall, daß er, am ganzen Körper zitternd, aus der Grube getragen werden mußte.

¹⁾ Nach einer Demonstration in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde am 20. Februar 1905.

Alle weiteren Versuche, wieder leichtere Arbeit aufzunehmen, wurden regelmäßig durch heftige Schwindelanfälle vereitelt. Patient fing bald an über Flimmern vor den Augen und zeitweises Doppelsehen zu klagen. Während seiner Beobachtungszeit in der hiesigen Medizinischen Klinik im Jahre 1903 wurde, wie ich der freundlichen Mitteilung des Herrn Dr. Esser entnehme, zeitweise eine leichte Beschränkung der Beweglichkeit des linken Auges nach innen festgestellt, welche indessen bei der Entlassung des Patienten nicht mehr nachweisbar war und mit Wahrscheinlichkeit auf einen vorübergehenden krampfartigen Zustand des Musculus rectus externus zurückgeführt wurde. Allmählich jedoch nahmen die Sehstörungen nach der Entlassung des Patienten wieder zu; es trat andauerndes Doppelsehen auf, die Schwindelanfälle wurden heftiger, sodaß wieder die Aufnahme in ein Krankenhaus nötig wurde.

Patient macht bei der Aufnahme in die hiesige Psychiatrische Klinik einen schwerkranken Eindruck. Die Gesichtsfarbe ist blaß, der Ausdruck tief deprimiert, wehleidig, bei der Untersuchung fängt der Kranke zu weinen an. Auf der rechten Seite der Stirn findet sich eine etwa 6 cm lange, zum Teil mit dem Knochen verwachsene Narbe, die durch eingesprengte Stein-, resp. Kohlenpartikeln schwärzlich gefärbt ist. Der Schädel ist schon bei leichtem Klopfen sehr empfindlich. Es fällt sofort der eigenartige Blick des Patienten auf, der starr geradeaus gerichtet ist, wobei die Gesichtslinien etwas divergieren. Bei der Prüfung der Augenbewegungen tritt eine eigenartige Störung darin deutlich hervor. Die Bulbi können nach allen Richtungen nur wenig ausgiebig, auffallend langsam und sehr mühsam, wie es scheint, unter großer Anstrengung des Patienten bewegt werden; sie kehren nach ganz geringen seitlichen Exkursionen mit langsamen, ruckweisen Bewegungen wieder in ihre ursprüngliche Stellung zurück. Bei einer etwas später ausgeführten Untersuchung der Bulbi hat sich dies Verhalten geändert. Es erfolgt jetzt weder spontan noch bei der Aufforderung, einen Gegenstand zu fixieren, die geringste Bewegung. Die Bulbi stehen vollkommen fixiert, können weder seitlich gedreht noch gehoben oder gesenkt werden. Es besteht keine Ptosis. Der Orbicularis oculi funktioniert kräftig, die Augen können fest geschlossen werden; bei intendiertem, aber verhindertem Lidschluß fliehen die Bulbi schnell und ausgiebig nach oben und außen. Lidschlußreaktion der Pupillen ist dabei nicht wahrnehmbar. Diese sind mittelweit, kreisrund, verengern sich prompt auf Lichteinfall und kehren schnell zu ihrer früheren Größe zurück. Die konsensuelle Reaktion ist gut erhalten.

Die Konvergenz und Akkommodation ist bei der Bewegungslosigkeit der Bulbi nicht zu prüfen möglich. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergibt normalen Augenhintergrund. Die Sehschärfe erscheint nicht herabgesetzt. Gekreuzte Doppelbilder werden bei Annäherung eines Fixierobjektes in der Mittellinie auf etwa 2 m angegeben; ihre Distanz wächst bei weiterer Annäherung. In den seitlichen Partien des Gesichtsfeldes bleibt bei gleicher Entfernung des Objektes vom Gesicht die Distanz der Bilder überall die gleiche (Priv.-Doz. Dr. Hummelsheim). Im übrigen sind die Gehirnnerven frei.

Gehör, Geruch, Geschmack ohne Störung. Der Gaumenreflex fehlt.

An der Haut sind keine Sensibilitätsstörungen nachweisbar. Das Gesichtsfeld ist nur in ganz mäßigem Grade eingeengt. Keine Dyschromatopsie oder Achromatopsie.

Patient klagt über Flimmern vor den Augen und über andauerndes heftiges Schwindelgefühl. Eine eigentliche Lichtscheu besteht nicht. Sehr auffallend ist der Gang des Kranken. Er vermag ohne Stock nicht zu gehen. Auf diesen gestützt, bewegt er sich breitbeinig mit ganz kleinen Schritten, vornüber gebeugt und starr vor sich hinsehend, mühsam vorwärts. Bei etwas längerem Gehen gerät der ganze Körper in schüttelnde, zitternde Bewegungen. Es tritt heftiger Schwindel auf, sodaß Patient gehalten werden muß, um nicht hinzustürzen. Die Herzaktion ist beschleunigt, 96 bis 120 Schläge in der Minute. Es besteht vasomotorische Ueberreizbarkeit und Steigerung der mechanischen Muskeleirregbarkeit (idiomuskuläre Wulstbildung).

Bei der weiteren Beobachtung des Patienten, die sich auf einen Zeitraum von etwa fünf Wochen erstreckte, konnte die schon bei seiner Aufnahme festgestellte Tatsache wiederholt bestätigt werden, daß die Unbeweglichkeit der Bulbi keine dauernde ist, sondern daß diese unter bestimmten Bedingungen bewegt werden können. Es fällt zunächst bei Unterhaltungen mit dem Patienten auf, die sich nicht auf seinen Zustand beziehen, besonders sich nicht mit seinen Augen beschäftigen, während diese — in einer für den Leidenden nicht bemerkbaren Weise — beobachtet werden, daß die Bulbi mitunter ganz gut bewegt werden, ja für kurze Zeit sogar die Endstellungen

nach innen und außen erreichen, um aber bald wieder in ihre frühere, starr geradeaus gerichtete Stellung zurückzukehren. Dies Zurückkehren erfolgt mitunter, wie wir es schon bei der Aufnahme des Mannes beobachteten, nicht schnell, sondern langsam, in Absätzen, ruckweise. Man sieht, wie die Bulbi je nach ihrer früheren Stellung ein Stückchen nach innen oder außen weiter-rücken, dann eine kurze Zeit wieder stehen bleiben, um mit einem weiteren Ruck die geradeaus gerichtete Stellung zu erreichen. Es gelang jedoch nur in ganz vereinzelten Fällen, auf diese Weise, gleichsam durch Ueberrumpelung des Patienten, die Beweglichkeit der Bulbi festzustellen. Etwas häufiger konnten wir bald ausgiebige, bald nur beschränkte Bewegungen der Bulbi bei anderen Versuchsanordnungen nachweisen. Zunächst stellte es sich bei der ersten in dieser Weise ausgeführten Untersuchung heraus, daß bei verdecktem einem Auge das andere, freie Auge viel prompter bewegt wurde, sodaß der Bulbus einem vorgehaltenen Gegenstande nach allen Richtungen folgte. Wurde dieser Versuch so abgeändert, daß das Auge unter der verdeckenden Hand beobachtet werden konnte, während vor das andere, freie Auge ein Objekt (Taschen-uhre) zur Fixation gehalten wurde, so erfolgten die Einstellungs-bewegungen des freien Auges, das verdeckte Auge bewegte sich mit, stand jedoch in bezug auf das fixierende in mäßiger Divergenzstellung. Bewegte man nun das Objekt, so gingen beide Augen gleichmäßig mit. Wurde die das eine Auge deckende Hand entfernt, so gingen beide Augen in die starre Anfangsstellung zurück und konnten jetzt bei der Aufforderung, einen Gegenstand zu fixieren, auch nicht spurweise mehr bewegt werden. Für den Ausfall dieses Versuches war es gleichgültig, welches Auge verdeckt wurde. Wurde Patient, während beide Augen unverdeckt waren, aufgefordert, einen nahen Gegenstand zu fixieren, so erfolgte weder Konvergenzbewegung noch Pupillenverengung, die, wenn das eine Auge verdeckt wurde, entsprechend der bei monocularer Fixation beobachteten Bewegung prompt erfolgte. Nur einmal schien eine geringe Reaktion auch bei Freigabe beider Augen einzutreten, wobei vielleicht auch eine leichte Konvergenzbewegung angedeutet war. Ophthalmoskopierte man, dem Kranken beide Augen frei lassend, so stellte er, aufgefordert, den Spiegel zu fixieren, das beleuchtete Auge ein, während das andere in leichter Divergenzstellung verharrte (Priv.-Doz. Dr. Hummelsheim). Bei passiven, raschen Kopfdrehungen konnte wiederholt konstatiert werden, daß die Bulbi langsam der Richtung der Bewegung des Kopfes eine Strecke folgten; mitunter aber auch bewegten sie sich hierbei eine kurze Strecke nach der der Kopfdrehung entgegengesetzten Richtung. Bei passiven Beugungen des Kopfes nach hinten folgten die Augen langsam nach, sodaß die Bulbi gehoben wurden, bis die Augen entsprechend der Kopfdrehung geradeaus sahen.

Es muß betont werden, daß die Bulbi bei allen diesen verschiedenen Versuchsanordnungen keineswegs immer das gleiche Verhalten zeigten. Nicht selten versagten die Versuche, sodaß eine Bewegung der Bulbi momentan nicht demonstriert werden konnte. Besonders gelang es nicht, bei häufiger Wiederholung ein und desselben Versuches eine Bewegung der Bulbi hervorzurufen. An manchen Tagen verharrten diese bei den verschiedensten Untersuchungen in völlig fixierter starrer Stellung, zeigten nicht die geringste Beweglichkeit nach irgend einer Richtung. Im allgemeinen läßt sich sagen, je mehr die Aufmerksamkeit des Patienten von dem Zustand seiner Augen abgelenkt war, eine je ungewohntere und unvorhergesehene Anordnung der Versuche bei den Motilitätsprüfungen der Augen getroffen wurde, desto leichter und desto ausgiebiger erfolgten die Bewegungen der Bulbi.

Die Augenuntersuchungen strengten den Patienten sichtlich außerordentlich an. Sehr bald stellten sich gewöhnlich heftige Schmerzen in der Nackengegend mit dem Gefühl von starker Anspannung der Nackenmuskeln ein. Eigenartige Spannungszustände ließen sich auch in andern Muskelgruppen unter bestimmten Umständen nachweisen. Forderte man den Kranken auf, die Hände einigemal schnell hintereinander zu öffnen und zu schließen, so gelang es ihm nicht, die Finger rasch wieder zu strecken, sondern diese verharrten eine Zeitlang in Beugestellung, um erst allmählich wieder gestreckt zu werden. Es traten ferner schmerzhaft Anspannungen in der Kiefermuskulatur bei mehrmaligem, schnellem Öffnen und Schließen des Mundes auf. Einigemal konnte festgestellt werden, daß Patient für eine kurze Zeit nicht imstande war, nach mehrmaliger Ausführung des Versuches den Mund sofort wieder zu schließen. Diese Muskelspannungen ließen sich regelmäßig nachweisen, traten aber nicht spontan, sondern immer nur bei intendierten Bewegungen auf, wenn die Aufmerksamkeit des Patienten auf die Ausführung der Bewegungen gerichtet war. So konnte beim Essen und Kauen das Eintreten dieser Krampfzustände nicht beobachtet werden.

Das psychische Verhalten des Mannes war stets ein sehr gedrücktes, hoffnungsloses. Andauernd waren Klagen über starke Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Doppelsehen. Das Schwindelgefühl steigerte sich bei Gehversuchen, Untersuchungen des Kranken etc. häufig zu schweren Schwindelanfällen, in denen er hinstürzen würde, wenn man ihn nicht stützte. Die Schwindelanfälle gingen nicht selten mit Zittern und Schütteln des gesamten Körpers einher. Die fast andauernd etwas beschleunigte Pulsfrequenz stieg dabei auf 120 Pulse und darüber; es erfolgte reichlicher Schweißausbruch. Alle therapeutischen Maßnahmen waren erfolglos. Bei der Ausführung einer Galvanisation des Kopfes mit schwächsten Strömen traten, ebenso wie bei dem Versuche der Hypnose, anfallartige Zustände von Schwindel und Zittern auf, die häufige Wiederholungen dieser Maßnahmen nicht gestatteten.

Fassen wir das Resultat der Beobachtungen zusammen: Es handelt sich um einen Grubenarbeiter, der im Anschluß an ein Kopftrauma unter den Erscheinungen der traumatischen Neurose erkrankte. Auf psychischem Gebiete tritt uns das gedrückte, hypochondrische, mutlose Wesen dieser Kranken mit dem charakteristischen wehleidigen Gesichtsausdruck entgegen. Von sonstigen nervösen Erscheinungen finden wir starke Kopfschmerzen, subjektives Schwindelgefühl, objektiv nachweisbare heftige Schwindelanfälle, beschleunigte Herzaktion, vasomotorische Uebererregbarkeit, Steigerung der mechanischen Muskeleerregbarkeit. Anfallsartig treten unter dem Einfluß psychischer Erregungen Zustände auf mit Zittern und Schütteln des ganzen Körpers, Erscheinungen, die auch beim Gehen des Patienten deutlich werden und dem Gang ein bestimmtes Gepräge verleihen. Dieser ähnelt der von Fürstner und Nonne als pseudospastische Parese mit Tremor bezeichneten Bewegungsstörung, unterscheidet sich aber von ihr durch das Fehlen eigentlicher Lähmungs- und spastischer Erscheinungen. Wie Jolly¹⁾ und Oppenheim²⁾ haben auch wir ein ähnliches, unter dem Einfluß psychischer Erregung und bei intendierten Bewegungen auftretendes Zittern und Schütteln unter den Symptomen der traumatischen Neurose in früheren Beobachtungen³⁾ beschrieben. Im Mittelpunkt des Interesses stehen die Erscheinungen am Bewegungsapparat des Auges bei unserm Kranken. Der erste Eindruck, den man von der Motilitätsstörung der Augen erhält, ist der des Bestehens einer kompletten beiderseitigen Ophthalmoplegie (mit Freibleiben des Levator palpebrae superioris und der Irmuskulatur). Diese Ophthalmoplegia exterior bilateralis zeigt jedoch bei weiterer Beobachtung das witzige Verhalten, daß sie keine konstante, dauernde ist, sondern unter bestimmten Umständen bald teilweise, bald vollständig verschwindet. Unter diesen Umständen tritt Ablenkung der Aufmerksamkeit des Patienten von seinem Zustande als das wesentlichste, alle Erscheinungen beherrschende Moment hervor. Wir können einigemal das bemerkenswerte Faktum konstatieren, daß die Bulbi ganz gut bis in die Endstellungen bewegt werden, wenn wir den Leidenden gleichsam überrumpeln, in gleichgültige Dinge berührenden Gesprächen seine Augen unbemerkt beobachten. Sobald die Untersuchung auf die Augen gerichtet ist, verharrten diese unter den gewöhnlichen Bedingungen starr, wie eingemauert, in geradeausgerichteter, mitunter etwas divergierender Stellung. Bei ungewöhnlichen Versuchsanordnungen, besonders bei monocularer Fixation, wobei das andere Auge entweder ganz verdeckt oder unter der verdeckenden Hand beobachtet wird, gelingt es etwas häufiger, Bewegungen des freien Auges, resp. koordinierte Bewegungen beider Augen (wenn das verdeckte Auge mit beobachtet werden kann) nachzuweisen. Auch bei dem Versuch, den Patienten zu augenspiegeln, wird auf Aufforderung, den Spiegel zu fixieren, das beleuchtete Auge eingestellt. Daß bei all diesen verschiedenen Anordnungen der Versuche die Ablenkung der Aufmerksamkeit das wirksame Moment ist, geht wohl auch aus dem Umstande hervor, daß die Versuche bei häufiger Wiederholung versagen,

1) Ueber Tremor bei traumatischer Hysterie. Berliner klinische Wochenschrift 1896. — 2) Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 4. Auflage, S. 1170. — 3) Ueber hysterische Dämmerzustände und das Symptom des Vorbeiredens. Neurologisches Zentralblatt 1903, No. 1 und 2.

um bei neuen und ungewohnten Anordnungen wieder wirksam zu werden.¹⁾

Wir haben ferner, einer durch Bielschowsky²⁾ gegebenen Anregung folgend, dem Verhalten der Augenbewegungen bei passiver Kopfdrehung besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Das Resultat war ein sehr widerspruchsvolles, indem die Augen mitunter der Drehung des Kopfes folgten, mitunter sich in entgegengesetzter Richtung bewegten, mitunter aber auch ganz unbeweglich blieben. Da die Angaben Bielschowskys sich auf die topische Diagnostik organisch bedingter Blicklähmungen beziehen, so darf das widerspruchsvolle Ergebnis unserer Versuche nicht verwundern.³⁾

Es geht aus unseren Ausführungen hervor, daß die uns beschäftigende „Augenmuskellähmung“ eine psychisch bedingte ist. Von psychogenen Einflüssen, von denen das Verhalten der Aufmerksamkeit der wesentlichste ist, hängt das Beweglichwerden oder die Unbeweglichkeit der Bulbi ab. Das widerspruchsvolle, wechselnde, scheinbar ungesetzmäßige Verhalten der Lähmung findet in der Annahme einer hysterischen Funktionsstörung des Augenmuskels seine Erklärung. Wie in dem instruktiven Hitzigschen⁴⁾ Falle haben sich bei unserem Patienten die hysterischen Symptome von seiten der Augen auf dem Boden der traumatischen Neurose entwickelt. Es wirft sich die weitere Frage auf: Welcher Art ist diese Funktionsstörung, beruht sie auf Krampf oder auf lähmungsartigen Zuständen der Augenmuskeln? Der schnelle, unvermittelte Wechsel von völliger Bewegungsunfähigkeit und die Möglichkeit der Ausführung von Bewegungen, welchen die Bulbi darboten, vor allem aber die einige Male konstatierte Tatsache, daß die Bulbi ruckweise mit vereinzelt kleinen Absätzen bewegt wurden, spricht für das Bestehen von Kontrakturstörungen in den äußeren Augenmuskeln. Auf die Wichtigkeit des Auftretens von zuckenden, ruckweisen Bewegungen bei dem in Aktion-treten hysterisch gelähmter Augenmuskeln ist wiederholt bei der Diskussion über den Charakter dieser Störungen hingewiesen worden. Sehr häufig finden sich diese Zuckungen mit Kontrakturen in anderen Teilen des Muskelapparates vergesellschaftet. Wir konnten bei früheren Beobachtungen⁵⁾ hysterischer Augenaffektionen mannigfache Muskelkontrakturen an anderen Körperstellen (Hemispasmus glosso-labialis, Orbiculariskrampf, Kontraktur der Muskeln eines Armes, der Bauchmuskeln) nachweisen und betonten deren Bedeutung für die Auffassung der hysterischen Innervationsstörungen der Iris-muskulatur. In dem vorliegenden Falle wiesen zunächst nur die heftigen, anfallsweise auftretenden Schmerzen mit intensivem Spannungsgefühl in der Nackengegend auf die Disposition zu Kontrakturen hin. Später zeigte es sich dann, daß bei intendierten Bewegungen, bei wiederholtem Öffnen und Schließen der Hände, sowie bei schnellen Kaubewegungen ausgesprochene Spasmen in der Muskulatur der Hände und in den Kaumuskeln auftraten. Auf ein solches Auftreten von Intensionskrämpfen hat zuerst Fr. Schultze⁶⁾ bei Fällen von Tetanie aufmerksam gemacht. Wir⁷⁾ konnten das Vorkommen von Spasmen bei intendierten Bewegungen in deutlicher

Weise in einem durch Hysterie komplizierten Fall von Tetanie¹⁾ nachweisen. In der uns beschäftigenden Beobachtung lassen die Spasmen auf die bei der Hysterie ganz allgemein, besonders auch bei der traumatischen Hysterie bestehende Neigung zu Kontrakturen schließen.

Wir halten es auf Grund dieser Ueberlegungen für feststehend, daß psychische, durch die Vorstellung bedingte, besonders unter dem Einfluß der Aufmerksamkeit entstehende Innervationsstörungen die Grundlage der von uns beobachteten abnormen Beweglichkeitsverhältnisse (Kontrakturstörungen) an den äußeren Augenmuskeln bilden.²⁾

Für die Deutung des Zustandekommens dieser hysterischen Bewegungsstörung der zwar willkürlichen, aber wohl zweifellos häufig unter der Schwelle des Bewußtseins in Aktion tretenden Augenmuskeln scheint mir eine Betrachtung Krehls³⁾ von Interesse zu sein, die er bei seinen Erörterungen über die Entstehung hysterischer Erscheinungen anstellt: Krehl sagt: „Auch die sogenannten willkürlichen Muskeln sind als solche keineswegs direkt unserm Willen untertan . . . auch bei der reinsten Form willkürlicher Bewegungen besorgen uns unbekannte, außerhalb unseres Bewußtseins und auch bis zu einem gewissen Grade außerhalb unsers Einflusses liegende Werkzeuge die Ausführung unsers Wunsches.“

Unserem Falle ähnliche oder analoge Beobachtungen sind in der Literatur nur ganz vereinzelt vorhanden.

Nonne und Beselin⁴⁾ weisen in ihrer bekannten Arbeit auf Fälle von Ballet, Bristowe, Parinaud hin, die dem Bilde einer hysterischen „Ophthalmoplegie“ entsprechen; es handelte sich in diesen Beobachtungen um ein „Stillestehen des Bulbus“, dessen Vorkommen auch Moebius (Kritische Referate in Schmidts Jahrbüchern) zugab. „Willkürliche Bewegungen der Bulbi waren in diesen seltenen Fällen unmöglich, während unwillkürliche Bewegungen vorstatten gingen.“ Morax⁵⁾ macht auf die Analogie dieser Bewegungsstörungen mit denjenigen der unteren Extremitäten bei der hysterischen Abasie aufmerksam. Auch Raymond und König⁶⁾ weisen die Annahme einer echten Paralyse in diesen Fällen mit Recht zurück und betonen das Fehlen der Mydriasis, welches die Unterscheidung von wirklicher Ophthalmoplegie ermöglicht.⁷⁾

Ferner führen Nonne und Beselin (l. c.) zwei Fälle von Bird-sall und Mittendorf (Zentralblatt für klinische Medizin 1887) an, in welchen es sich um eine mehrere Tage hindurch beobachtete Lähmung der äußeren Augenmuskeln handelte, die auf kein anderes Nervengebiet übergriff und die Akkommodation, die Pupillenfunktion, die Schkraft etc. unbehelligt ließ. Hereditäre Belastung, sowie jede nachweisbare Ursache fehlten. Daß die Augenmuskellähmungen in diesen Fällen vielleicht auf transitorische Spasmen der äußeren Augenmuskeln zurückzuführen seien, hebt Binswanger⁸⁾ bei der Erwähnung dieser Beobachtungen besonders hervor.

Sänger und Wilbrandt⁹⁾ beschreiben Fälle von schlaffer, hysterischer Ptosis, bei denen die Bulbi in unbeweglicher, fixierter Stellung verharren. In dem einen dieser Fälle gelang es bemerkenswerterweise, die Bewegungslosigkeit der Augen in der Chloroformnarkose zu beseitigen. Der andere Fall bietet verschiedene Berührungspunkte mit unserer Beobachtung.

Es handelt sich um ein hysterisches junges Mädchen. Das linke Oberlid hängt schlaff über dem linken Auge herab; die rechte Lidspalte ist fast ganz geschlossen und nur das Oberlid hier durch Kontraktion des rechten Frontalis gehoben. Lüftet man das linke Augenlid, so sieht man den Bulbus eine Stellung nach innen oben festhalten, ohne daß Patientin zu bewegen wäre, diese Stellung des Bulbus zu ändern. Läßt man das linke Lid wieder heruntersinken und heißt das Mädchen mit dem rechten Auge einen Gegenstand

1) Wir glauben, auf diese Tatsache ganz besonders aufmerksam machen zu müssen, da ähnliche Verhältnisse, bei denen nach Verdecken des einen Auges das andere die bei binocularer Prüfung unmögliche oder wesentlich unvollständigere Seitenwendung auszuführen vermochte, auch bei organisch bedingten assoziierten Blicklähmungen beobachtet sein sollen (Féréol, Poulin u. a.). Ich entnehme diese Angabe der Arbeit von Bielschowsky, der aber ausdrücklich auf die Unzuverlässigkeit der betreffenden Beobachtungen hinweist. — 2) Das klinische Bild der assoziierten Blicklähmung und seine Bedeutung für die topische Diagnostik der Augen-Münchener medizinische Wochenschrift No. 39. — 3) Auf „Mitbewegungen“ der Augenmuskeln bei hysterischen Affektionen haben Flatau und Schuster (Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 3. Juni 1903, Refr. Archiv für Psychiatrie Bd. 39, H. 13, S. 1316) aufmerksam gemacht. Flatau beschrieb das Eintreten eines Strabismus convergens beim Öffnen des Mundes, Schuster dieselbe Erscheinung bei jedesmaligem Armheben. Daß jedoch Mitbewegungen auf Bahnen, welche den willkürlichen Bewegungen völlig entzogen sind, auch bei zweifellos organisch bedingten Augenmuskellähmungen erhalten bleiben können, haben wir vor kurzem gezeigt. (Ueber Bewegungserscheinungen an gelähmten Augenmuskeln. Berliner klinische Wochenschrift 1904, No. 8.) — 4) Ueber einen durch Strabismus und andere Augensymptome ausgezeichneten Fall von Hysterie. Berliner klinische Wochenschrift 1897, No. 7. — 5) Ueber Pupillenerscheinungen bei Hysterie. Berliner klinische Wochenschrift 1897, No. 47 und 48. — 6) Weiterer Beitrag zur Lehre von der Tetanie. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1896, Bd. 7. — 7) Charité-Annalen, 23. Jahrgang 1898.

1) Da auch bei der Tetanie Augenmuskellähmungen beobachtet worden sind (Saemisch, Peters, Wettendorfer), so möchte ich hier bemerken, daß unser Patient keinerlei sonstige, auf Tetanie hinweisende Symptome dargeboten hat. — 2) Da die Frage der Simulation bei den traumatischen Fällen von Hysterie mit besonderer Lebhaftigkeit erörtert zu werden pflegt, so möchte ich mit Bezug auf den vorliegenden Fall nur kurz bemerken, daß sich meiner Ansicht nach die Gesamtheit der Erscheinungen, wie sie unser Patient darbietet, nicht wohl simulieren läßt. Von einzelnen Symptomen dürften die eigenartigen, ruckweisen Bewegungen der Bulbi, die schweren Schwindelanfälle, die vasomotorischen Störungen etc. kaum vorgetäuscht werden können. — 3) Ueber die Entstehung hysterischer Erscheinungen. R. v. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge 1902, No. 330. — 4) Kontraktur und Lähmungsstörungen der exte-rioren und intere-rioren Augenmuskeln bei Hysterie (Festschrift zur Feier des acht-zigjährigen Stiftungsfestes des Aerztlichen Vereins in Hamburg 1896, S. 10. — 5) Archiv. de Neurologie 1889. — 6) Annales d'ocul. 1891. — 7) Daß diese Angabe Raymonds und Königs von der differential-diagnostischen Bedeutung der Mydriasis nicht zu über-nehmen ist, haben u. a. die Beobachtungen von nukleärer Ophthalmoplegie mit Frei-bleiben der Iris-muskulatur ergeben. — 8) Die Hysterie, Nothnagels spezielle Pathologie und Therapie Bd. 12. — 9) Die Neurologie des Auges Bd. 1, Abteilung 2, S. 465.

fixieren, so kann man durch das dünne, schlaffe linke Oberlid die Bewegungen des Bulbus erkennen, die dann völlig normal und denen des rechten Auges assoziiert sind. Beim Aufheben des rechten Oberlides steht der Bulbus in normaler Stellung. Zu anderen Zeiten ist Patientin nicht imstande, bei gewaltsam geöffnetem linken Auge den Bulbus zu bewegen, sodaß man den Eindruck empfängt, als bestände hier eine komplette Ophthalmoplegia exterior, während sie bei geöffnetem rechten Auge dem Finger so weit folgt, wie die Lidspalte klafft. Oeffnet man beide Augen gewaltsam, so stehen beide Bulbi unbeweglich in leichter Konvergenzstellung; die Kranke ist unvermögend, einem vorgehaltenen Finger mit dem Bulbus zu folgen. Die Heilung ist durch Suggestion erfolgt.

Die praktische Bedeutung derartiger Fälle liegt auf der Hand; sie geht in besonders überzeugender Weise aus unserer Beobachtung hervor. Die Ausbreitung und Gruppierung der Lähmungserscheinungen an den Augenmuskeln entspricht ganz dem Bilde, wie wir es nicht selten bei nukleären Augenmuskellähmungen finden, welche die gesamte beiderseitige Augenmuskulatur ergreifen können, jedoch den Levator palpebrae superioris, den Sphincter iridis und den Akkommodationsmuskel zu verschonen pflegen. Auch die Entwicklung und die Aetiology des Leidens würde in unserem Falle ganz wohl mit der Annahme einer organisch bedingten Ophthalmoplegie in Einklang zu bringen sein. Wir wissen, daß sich diese Lähmungen gewöhnlich in akuter oder chronischer, aber auch in unregelmäßig intermittierender, resp. remittierender Weise entwickeln können, wie letzteres wohl bei unserem Kranken der Fall gewesen ist. Die Entstehung der Augensymptome im Anschluß an Kopfverletzungen wird bei der Ophthalmoplegie beobachtet. Oppenheim¹⁾ hebt hervor, daß besonders traumatische Spätapoplexien mitunter Blutungen in das zentrale Höhlengrau und Ophthalmoplegien zur Folge hätten. Da sich in unserem Falle die ersten Augensymptome (Doppelsehen etc.) erst einige Zeit nach der Kopfverletzung entwickelt hatten, so könnte die Erkrankung ganz wohl zu der falschen Annahme einer solchen Spätapoplexie führen. Alle diese Ueberlegungen zeigen auf das deutlichste, wie die Neigung der Hysterie, organische Krankheitsbilder täuschend zu imitieren, auch in unserer Beobachtung in exquisiter Weise bestanden hat. Man wird sich in solchen Fällen vor diagnostischen Irrtümern, die für die Prognose und Therapie gleich verhängnisvoll werden können, am besten schützen, wenn man stets die wesentlichste Eigenschaft hysterischer Affektionen, ihre Abhängigkeit von psychischen Vorgängen, ihre Beeinflussbarkeit durch Ablenkung der Aufmerksamkeit, im Auge behält. Der Nachweis weiterer hysterischer Erscheinungen, besonders auch von Kontrakturständen in anderen Muskelgebieten, zeigt nicht selten den richtigen Weg bei den der Hysterie verdächtigen Bewegungsstörungen des Auges.

1) Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1906. 4. Auflage. S. 1030.