III. Casuistische Beiträge zum Kapitel der Nervenunfallserkrankungen.

Von Dr. M. Nonne.

(Fortsetzung aus No. 27.)

Fall 5. Hans Schlichting, 24 Jahre, Arbeiter. Keine neuropathische Belastung, keine Lues, kein Potatorium; kein Abusus tabacii. Im 12. Jahre Typhus, vor 3 Jahren Lungenentzündung, sonst im wesentlichen früher gesund.

Am 4. October 1887 brach sich Patient die linke Tibia durch Auffallen auf ein scharfkantiges Brett. Nachdem im Altonaer Krankenhause die Fractur zur Heilung gebracht war, wurde Patient noch mehrere Wochen hindurch massirt und elektrisirt; er wollte dann leichte Arbeit anfangen, doch wurde ihm dies sehr schwer wegen Schwäche in der linken unteren und linken oberen Extremität. Der behandelnde Arzt erklärte alles für normal und erachtete Patienten als arbeits- und erwerbsfähig; 8 Monate nach dem Unfall begutachtete der Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft Patienten wegen noch bestehender Schmerzen in der Bruchstelle als dreiviertel erwerbsunfähig, zwei Monate später als halb und wieder sechs Monate später, wegen inzwischen eingetretener Erstarkung der Muskulatur, als einviertel erwerbsunfähig.

Am 12. November 1889 constatirte ich: Der Callus an der Bruchstelle (oberes Ende des unteren Drittels der linken Tibia) auf Druck etwas empfindlich, es besteht eine leichte Dislocatio ad axin; am linken Fuss, einschliesslich der Zehen und am linken Unterschenkel besteht, bis hinauf zum Knie, ringförmig hier abschliessend, absolute Analgesie, vom Knie aufwärts bis zum Darmbeinkamm deutliche Hypalgesie; an der gesamten linken unteren Extremität ist auch die feinere tactile Sensibilität und der Temperatursinn herabgesetzt, während das Lagegefühl etc. intact geblieben ist. Die grobe Muskelkraft ist in allen Gebieten dieser Extremität gleichmässig herabgesetzt, der Umfang des Oberschenkels sowohl wie des Unterschenkels beträgt 1 cm weniger als rechts, circumscripate Muskelatrophien bestehen nicht. Sa.: Reflex beiderseits prompt, kein Achillesclonus. Plantarreflex beiderseits schwach, ebenso die anderen Hautreflexe. Keine Spannungen bei passiven Bewegungen. Keine oculopupillären Symptome. Sämmtliche Gehirnnerven frei; Riechen, Schmecken, Hören intact; Sehvermögen rechts gleich links; das Gesichtsfeld beiderseits, links etwas mehr als rechts, für weiss und die Farben eingeengt; abnorme Ermüdungserscheinungen der Retina (Dr. Wilbrand). Patient wurde hiernach als um 40 % erwerbsunfähig erklärt.

Am 14. März 1891, also 1 1/2 Jahre später, sah ich Patienten wieder, er hatte inzwischen nur ganz leichte Arbeiten (Sortiren von Holzstücken als Kistenmacher etc.) gethan; er war zu jeglicher irgendwie anstrengenden Arbeit nicht imstande gewesen, weil ihn eine Schwäche in der linken unteren und linken oberen Extremität daran hinderte. Jene allgemeinen Sym-

ptome, Schlaflosigkeit, allgemeine Mattigkeit, Kopfschmerzen und Schwindelgefühle waren verschwunden, und betonte Patient dies ausdrücklich.

Die Untersuchung ergab, dass jetzt an der ganzen linken Körperhälfte, einschliesslich der Schleimhäute des Mundes, der Cornea etc., jene früher nur am Fuss und Unterschenkel constatirte Analgesie bestand, sowie eine Herabsetzung der feineren tactilen Sensibilität; die anderen Qualitäten der Sensibilität waren erhalten. Ausserdem liessen sich jetzt sensorische Störungen feststellen. Riechen und Schmecken war linkerseits aufgehoben, die Uhr wurde links (bei Luft- und Knochenleitung) weniger percipirt als rechts. Das Gesichtsfeld zeigte (Dr. Beselin) beiderseits eine mässige concentrische Einengung für weiss und die Farben. Die grobe Kraft der linken oberen Extremität war nicht herabgesetzt gegen rechts; jegliche Zeichen einer organischen Erkrankung des Nervensystems fehlten. Patient war nicht spontan zum Arzte gekommen, sondern von der Berufsgenossenschaft mir zugeschickt mit der Frage, ob eine weitere Herabsetzung der Rente jetzt angezeigt sei. Patient hatte stets leichte Arbeit gethan. Da, wie oben bemerkt, die Allgemeinstörungen, die Patient früher urgirt hatte, jetzt nicht mehr vorhanden waren, wurde die Rente auf 30 % Erwerbsunfähigkeit herabgesetzt.

Im October 1891 untersuchte ich Patienten von neuem; der Status war in jeder Beziehung ganz unverändert geblieben, Patient that leichte Arbeit.

Dieser Fall ist ein typisches Beispiel von im Anschluss an ein Trauma entstandener Hysterie.

Neben den der Hysterie so häufig eigenthümlichen allgemeinen Cerebralsymptomen, Mattigkeit, Kopfdruck, Schwindelgefühle, Energielosigkeit etc., finden wir zunächst die classischen Zeichen der sogenannten „localen Hysterie“; d. h. Sensibilitätsstörungen, mit ihren charakteristischen Begrenzungen, Muskelschwäche etc. sind auf den vom Trauma direkt betroffenen Körpertheil und seine nächste Nachbarschaft beschränkt. Später bildete sich dann der Symptomencomplex des „grande Hysterie“ von Charcot aus: halbseitige Muskelschwäche, halbseitige Störung der Sensibilität der Haut und Schleimhäute, sowie der sensorischen Functionen, neben Einengung des Gesichtsfeldes, bei Fehlen jeglicher Anzeichen einer organischen Erkrankung des Nervensystems.

Fall 6. Emil Hermann, 36 Jahre, Arbeiter. Durchaus keine neuropathische Belastung, keine Syphilis, kein Potatorium, kein Abusus tabacci; im Sommer 1890 war Patient Monate lang fast täglich mit dem Ausladen und Einladen von Bleiplatten beschäftigt; niemals Kolik, Obstipation etc. Von früheren Krankheiten ist nur ein vor ca. 10 Jahren durchgemachter Abdominaltyphus zu erwähnen.

Am 29. April 1891 kam Patient dadurch zu Schaden, dass ihm die rechte Hand zwischen abrutschenden Oelfässern gequetscht wurde; der behandelnde Arzt der betreffenden Krankenkasse constatirte eine Quetschung der Weichtheile der rechten Hohlhand, eine Knochenverletzung lag nicht vor. Da nach Heilung der Wunde Patient noch durchaus nicht imstande war, die Finger zu gebrauchen, gab der Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft ca. 3 Monate nach dem Unfall sein Gutachten dahin ab, dass wegen Empfindlichkeit der Narbe in der Hohlhand und Schmerzhaftigkeit des Handgelenks bei activen Bewegungen, sowie hochgradiger Herabsetzung der groben Kraft der rechten Hand diese obere Extremität so gut wie gebrauchsunfähig sei.

Nach 1½ Monaten war durch Massage und Maschinengymnastik noch keine Besserung erzielt worden; einen Monat später hatte ich den Kranken zu begutachten und constatirte folgendes: In der rechten Hohlhand befindet sich, quer über den Thenar bis in die Mitte der Palma laufend, eine lineare, mit der Unterlage nicht verwachsene Narbe; die ganze Hohlhand ist auf Druck etwas empfindlich, passive Bewegungen in den Fingern sind ebenfalls mässig schmerzhaft, doch besteht in keinem einzigen Steifigkeit. Die ganze rechte obere Extremität, von den Fingern bis hinauf zur Schulter, ist ziemlich stark paretisch, speciell der Händedruck ist minimal. Die elektrische Erregbarkeit ist für beide Stromarten ganz normal; Tricepsreflex lebhaft, Periostreflexe lebhaft; keine Spannungen bei passiven Bewegungen. Während nirgends circumscribte Muskelatrophien bestehen, erscheint die ganze — NB. rechte — obere Extremität etwas magerer als die linke (der Unterschied im Umfang der beiden Seiten beträgt am Ober- und Unterarm 1 cm). Die Sensibilität zeigt bemerkenswerthe Alterationen: Der Schmerzsinne ist an der gesamten Extremität ganz gleichmässig aufgehoben, die Grenzen dieser Analgesie stellen die „Panzerform“ (nach Charcot) dar, ferner besteht eine deutliche Hypalgesie an der rechten Seite des Kopfes, des Gesichts, der Brust, des Rückens und des Abdomens bis zum Darmbein; von da abwärts ist die Sensibilität normal. Im Gebiete der Analgesie ist der Temperatursinn, sowie das Lagegefühl und das feinere Tastgefühl wesentlich herabgesetzt, ohne ganz aufgehoben zu sein. Die rechte untere Extremität verhält sich ganz normal, ebenso wie die linke untere und die linke obere Extremität; die Sehnenreflexe sind durchweg sehr lebhaft. Das Riech- und Schmeckvermögen war rechts aufgehoben. Das Hörvermögen rechts herabgesetzt. Die Untersuchung des Gesichtsfeldes (Dr. Beselin) ergab rechts eine starke Einengung für weiss und alle Farben, während es linkerseits normale Grenzen aufwies; ohne die sonstigen klinischen Symptome zu kennen, diagnosticirte Dr. Beselin nach diesem Verhalten „Hysterie“.

Patient hatte einen deutlichen Bleisaum am Zahnfleisch. Er wurde auf 75 % Erwerbsunfähigkeit begutachtet.

Bei Hydrotherapie und faradischer Pinselung hatte sich nach drei Wochen bereits eine nennenswerthe Besserung eingestellt: Die Bewegungen in sämtlichen Gelenken der rechten oberen Extremität waren ausgiebiger und kräftiger, die absolute Analgesie erstreckte sich nur auf Finger und Hand

rechts, während in den übrigen Partien der rechten oberen Extremität und am Kopf, Gesicht, Nacken, Rumpf etc. die Hypalgesie noch unverändert war.

Wir sehen hier einen zweiten Fall von classischer männlicher Hysterie vor uns, der sich in nichts von dem bei Frauen so häufig und bei Männern, wie man seit einer Reihe von Jahren weiss, ebenfalls nicht seltenen und auch ohne Trauma zustande kommenden hysterischen Symptomencomplex unterscheidet.

Der Fall bietet einen weiteren Beleg für die meines Wissens von Charcot zuerst urgirte Behauptung, dass auch chronische Metallvergiftungen die Rolle des „agent provocateur“ für die Hysterie spielen können.

Wir dürfen im vorliegenden Falle annehmen, dass der chronische Saturnismus den p. Hermann zur Hysterie disponirte, und dass das erwähnte Trauma die bisher latente Hysterie manifest machte.

Fall 7. Johann Pulkownik, 25 Jahre, Arbeiter. Keine neuropathische Belastung; kein Potatorium, keine Lues, kein Abusus tabacci. Früher im wesentlichen gesund; speciell früher niemals Nervensymptome irgend welcher Art.

Am 2. März 1889 zog sich Patient durch Fall auf einen scharfkantigen Balken eine Querfractur der Tibia und Fibula dextra (Mitte des Unterschenkels) zu. Vom 4. März bis 20. Juni 1889 lag er im allgemeinen Krankenhause zu Eppendorf im Gypsverband und wurde dann „mit zwei Wochen Schonung“ entlassen. Die Heilung war „ohne Dislocation“ erfolgt, die Bewegungen im Fuss- und Kniegelenk waren „gut ausführbar“. (Journal). Am 16. Mai zog Patient sich abermals durch Fall eine Fractur, wiederum an der alten Stelle, zu; schon am 28. Mai war die Fractur mit starkem Callus consolidirt. Seit diesem zweiten Unfall bemerkt Patient, dass das Gefühl im rechten Bein nicht normal war. Im August 1889 fühlte er zuerst auch eine Schwäche und eine Taubheit in der rechten Hand und im rechten Arm, sodass er zweimal den Versuch zu arbeiten aufgeben musste.

Ich untersuchte am 23. August 1891 Patienten für seine Berufsgenossenschaft und fand eine geringe Druckempfindlichkeit der Fracturstelle, eine motorische Schwäche der rechten Unterschenkelmuskulatur. Ich rieth, Patienten eine Rente für 50 % verlorener Erwerbsfähigkeit zu verabfolgen und empfahl ihn zur Massagebehandlung in die chirurgische Poliklinik des alten allgemeinen Krankenhauses; da hier keine wesentliche Besserung erzielt wurde, untersuchte ich Ende September Patienten von neuem und fand jetzt eine hochgradige Hypalgesie der Haut und Schleimhäute der ganzen rechten Körperhälfte, Dyschromatopsie, mässige concentrische Einengung des Gesichtsfeldes beiderseits (Dr. Wilbrand), Ageusie rechts; Patient wurde dann nach Eppendorf auf die Abtheilung von Dr. Eisenlohr transferirt, wo sich fand: Normaler Ernährungszustand, innere Organe normal, Urin ohne Albumen und Saccharum. Durchaus keine oculo-pupillären Anomalien, Dyschromatopsie, hochgradige concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, rechts mehr als links, Farbengesichtsfelder von aussen nach innen: roth, blau grün. Sehschärfe links 20/30, rechts 20/100. Hören: Taschenuhr links in 23 cm Entfernung, rechts in 7 cm Entfernung. Kopfknochenleitung links erhalten, rechts fehlend. (Otoskopischer Befund beiderseits normal.) Geruch: rechts sind verschiedene starke Gerüche völlig aufgehoben, links normal. Geschmack: rechts für alle Qualitäten aufgehoben, links normal. Die grobe Kraft ist in sämtlichen Muskeln der rechten Körperhälfte im Vergleich zu links beträchtlich herabgesetzt, Händedruck rechts < links (Dynamometer rechts 20, links 55). Motorische Lähmungen bestehen nicht. Es besteht eine totale Hemianästhesie und Hemianalgesie der rechten Körperhälfte, sich erstreckend auf Haut und Schleimhäute (inclusive Conjunctiva); ebenso ist der Temperatursinn rechterseits aufgehoben, das Gefühl für Lage und Stellung der Glieder ist hochgradig alterirt. Die Sehnen- und Hautreflexe verhalten sich ganz normal. Allgemeinstörungen bestehen nicht. Polyurie mässigen Grades bestand während der Beobachtungszeit (5000—4000 ccm bei normalem spezifischem Gewicht). Keine hysterogenen Punkte, keine Testikelempfindlichkeit. Nach sechs Wochen — das Körpergewicht hatte nicht abgenommen — wurde Patient ungeheilt entlassen. Die Berufsgenossenschaft gewährte ihm eine Rente für 50 % verlorener Erwerbsfähigkeit.

Da Patient im September 1890 von Hamburg fortreiste, ist mir der weitere Verlauf der Krankheitssymptome unbekannt.

In diesem Falle sahen wir das ausgeprägteste Bild der Hysterie Charcot's vor uns, und zwar entwickelte sich dasselbe erst ca. vier Monate nach dem Unfall.

Fall 8. Peter Bartels, 46 Jahre, Quaiarbeiter. Keine neuropathische Belastung, keine Syphilis, kein nennenswerthes Potatorium. Patient machte als Kind Typhus durch, war sonst im wesentlichen stets gesund und kräftig.

Am 18. Mai 1886 wurde er bei der Arbeit am Quai von einem Krahn auf ein Wagenrad geschleudert; er war ca. eine halbe Stunde bewusstlos, ohne zu erbrechen; ein Arzt erklärte den rechten Oberarm für gebrochen und behandelte Patienten mit einem fixirenden Verband; nach ca. 13 Wochen wurde derselbe entfernt; der Arm war seitdem absolut lahm, von der Schulter abwärts bis zu den Fingern war keine einzige Bewegung möglich; in der rechten Schulter bestanden Schmerzen. Locale Therapie der mannigfachen Art brachte keine Besserung. Im Januar 1887 konnte ein Chirurg Residuen einer Fractur oder überhaupt ein etwa noch bestehendes chirurgisches Leiden nicht constatiren, ebenso wenig im Mai 1887 der Oberarzt der chirurgischen Abtheilung im alten allgemeinen Krankenhause zu Hamburg. Die zwei bisher über Patienten abge-

gebenen Atteste äusserten dringenden Verdacht der Simulation. — Auf der Abtheilung des Herrn Dr. Eisenlohr, wohin sodann Patient verlegt wurde, constatirte man an dem kräftig gebauten und normal genährten Mann, dass der rechte Arm vorwärts und seitwärts nicht ganz bis zur Horizontalen gehoben werden konnte; Versuche, den Arm passiv weiter zu erheben, erregen lebhaft Schmerzen und reflectorische Contraction der antagonistischen Muskeln; die grobe Kraft der übrigen Muskeln des rechten Schultergürtels ist wesentlich herabgesetzt: im Ellenbogen-, im Hand- und in den Fingergelenken sind nur äusserst wenig ausgiebige Bewegungen, und auch diese nur mit minimaler Kraft ausführbar. Diese mangelhafte Motilität beruht offenbar auf mangelhafter Innervation. Der Triceps-, Biceps-, die Vorderarmreflexe sind etwas lebhafter als auf der linken gesunden Seite; passive Bewegungen in Ellbogen-, Hand- und in den Fingergelenken sind unbehindert und nicht schmerzhaft; nirgends sind die Muskeln oder die Nervenstämme an ihren Druckpunkten auf Druck empfindlich. Die ganze Schultergegend rechts erscheint etwas abgeflacht gegen links, der M. deltoideus, M. serratus ant. major, M. latiss. dorsi fühlen sich weniger derb an als links; mechanische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven der kranken Extremität nicht abnorm; keine fibrillären Muskelzuckungen. Der Umfang des rechten Oberarms beträgt $1\frac{1}{2}$ cm, der des rechten Unterarms 1 cm weniger als links.

Sensibilität: Ueber der ganzen rechten Schulter, entsprechend dem Gebiet des ganzen M. cucullaris, deltoideus, der lateralen Hälfte des M. pectoralis major, ferner am ganzen Oberarm, ganzen Unterarm, an der Hand und der gesamten Ausbreitung der fünf Finger besteht völlige Anästhesie für alle Schmerz- (Kneifen, Stechen, faradische Ströme, Hitze, Kälte) Reize, für feinere und gröbere tactile Reize; ebenso besteht Thermoanästhesie und völlige Aufhebung des Muskelgefühls und Lagegefühls. Hand und Finger sind links etwas kühler als rechts, Cyanose besteht nicht, Oedeme ebenso wenig. Die elektrische Untersuchung, wiederholt ausgeführt, ergiebt für beide Stromesarten kein abnormes Verhalten der rechten oberen Extremität gegenüber der linken. Die linke obere Extremität und beiden unteren Extremitäten verhielten sich durchaus normal. Die sensorischen Functionen waren normal, das Gesichtsfeld beiderseits nicht deutlich pathologisch eingeengt. An den inneren Organen keine Anomalie. Urin ohne Eiweiss und Zucker. Nach dreimonatlichem Krankenhausaufenthalt war eine Aenderung des Zustandes, trotz der verschiedensten therapeutischen Maassnahmen, nicht erzielt worden. In Chloroformnarkose hatten auch wir eine Anomalie am rechten Schultergelenk nicht nachweisen können. Patient wurde entlassen.

Am 22. December stellte sich Patient von neuem vor, es bestand durchaus derselbe Zustand. Während Patient von Herrn Dr. Eisenlohr als krank und arbeitsunfähig bezeichnet worden war, lautete ein später von einem Physikus abgegebenes Gutachten auf Simulation.

Ich sah Patienten am 20. November 1891, also nach ca. vier Jahren wieder. Patient hatte von meinem Kommen keine Kenntniss: Er hatte sich inzwischen ein kleines Grünkramesgeschäft angelegt. Der rechte Arm lag in einer Binde, und Patient sagte mir, dass er den Arm noch nicht wieder habe gebrauchen können; dasselbe bestätigten mir die Nachbarn, welche ich dieserhalb befragte.

Die am nächsten Tage von mir angestellte objective Untersuchung ergab genau dasselbe Resultat wie vor vier Jahren; speciell hatten sich die Grenzen der Anästhesie nicht verändert, die elektrische Erregbarkeit war nur etwas herabgesetzt gegen links, die allgemeine, ganz gleichmässige Atrophie der linken Oberextremität betrug am Oberarm 2,5 cm, am Unterarm 2 cm. Eine Gesichtsfeldeinengung war nicht nachweisbar.

Wir sehen hier ein weiteres Beispiel einer traumatisch bedingten rein localen Hysterie, ohne die Symptome der classischen Hysterie (Aufhebung der sensoriellen Functionen einer Seite, Be-theiligung des Gesichtsfelds etc.).

Wieder anders äusserte sich die Hysterie im folgenden Falle:

Fall 9. Otto Pulian, 21 Jahre, Comptoirist. Keine neuropathische Belastung, kein Potatorium, keine Lues, kein Abusus tabacci; als Kind und als 12-jähriger Knabe hatte Patient bei Gelegenheit einer acuten Krankheit je einmal „Krämpfe“, war sonst im wesentlichen gesund; vor einigen Monaten neckten ihn seine Kameraden auf dem Comptoir und zogen unter ihm den Stuhl fort. Danach hatte er ca. 1 Stunde lang ein Lähmungsgefühl in allen vier Extremitäten und gebrauchte noch Abends zu Hause die oberen Extremitäten recht ungeschickt. Vor drei Abenden wurde er wieder von seinen Mitcomptoiristen geneckt und bei dieser Gelegenheit in einen Waschkorb gezwängt, dessen Deckel über ihm zugeschlagen wurde; Patient wurde dabei von einer starren Lähmung der Extremitäten ergriffen, konnte nicht gehen und nicht stehen und wurde per Droschke nach Hause geschafft und die Treppen hinaufgetragen. Kein Verlust des Bewusstseins, kein Erbrechen. Am nächsten Morgen war der rechte Arm in seiner Motilität wieder hergestellt, die Lähmung der linken oberen und beider unteren Extremitäten blieb bestehen; in den ersten zwei Nächten unwillkürlicher Harnabgang; nirgends Schmerzen, nirgends Parästhesien; keine Convulsionen; Schlaf, Appetit, Allgemeinbefinden normal. Ich sah Patienten drei Tage nach dem Unfall.

Status praesens: 23. März 1891: Normal genährter, etwas anämischer, gracil gebauter, etwas ängstlicher junger Mensch. Durchaus keine äusseren Zeichen eines stattgehabten Trauma. Psyche und Sensorium ganz frei. Sprache etwas naseelnd und stammelnd, sonst normal. Sämtliche Gehirnnerven nicht nachweisbar afficirt, speciell keine Anomalien der Augenbewegungen zu constatiren; keine pupillären Anomalien. Hören und Sehen beiderseits für die grobe Prüfung intact; Riechen und Schmecken (für Carbol, Ammoniak resp. Salz, Zucker, Pfeffer) beiderseits deutlich herabgesetzt. Gesichtsfeld etwas eingeengt beiderseits (für die

grobe Prüfung). Es bestehen hochgradige spastische Erscheinungen in der linken unteren, mässig hochgradige spastische Symptome in der rechten unteren Extremität; spontane Bewegungen sind mit der linken unteren Extremität wegen reflectorisch auftretender allgemeiner Muskelspasmen und gleich einsetzenden Schütteltremors der ganzen Extremität nicht ausführbar; hochgradiger Widerstand in allen Gelenken bei Versuchen passiver Bewegungen; Patellarclonus und Achillesclonus; dieselben Erscheinungen, zweifellos pathologischen, wenngleich geringeren Grades, bestehen in der rechten unteren Extremität. In der linken oberen Extremität bestehen ebenfalls Muskelcontracturen, abnorme Erhöhung aller Sehnen- und Perioristreflexe, spastische Lähmungen in Schulter-, Ellbogen- und Handgelenk; an der rechten oberen Extremität sind die Sehnen- und Perioristreflexe abnorm lebhaft, während Paresen, Contracturen etc. fehlen. Infolge dessen kann Patient lediglich die rechte obere Extremität gebrauchen. Eigentliche Coordinationsstörungen bestehen nicht, die Bewegungen scheinen nur incoordinirt, weil die unwillkürlichen, spastisch bedingten Contractions- und Contracturzustände verschiedenster Muskelgruppen die intendirten Bewegungen stören. An der gesamten Körperoberfläche besteht eine deutlich ausgesprochene Hypalgesie für Schmerz- (Kneifen, Nadelstiche, faradische Pinselfung) Reize; das Lagegefühl ist jedenfalls nicht ganz prompt, während der Wärmesinn intact erscheint, und auch die tactile Sensibilität nicht mit Sicherheit gestört ist. Die Analgesie erstreckt sich auch auf die der Untersuchung zugänglichen Schleimhäute. Stehen und Gehen absolut unmöglich; selbst, wenn von zwei Personen unterstützt, kann Patient sich nicht auf den Beinen erhalten. Schädel und Wirbelsäule auf Druck nirgends empfindlich. Trotz der hochgradigen spastischen Erscheinungen wurde in diesem Falle, auf Grund der Anamnese und des Verhaltens der Sensibilität, die Diagnose auf „hysterische Lähmung“ respective „Schrecklähmung“ gestellt, und eine multiple Sklerose, deren Annahme sonst am nächsten gelegen hätte, ausgeschlossen. Der Verlauf der Symptome zeigte die Richtigkeit meiner Annahme. Unter den geeigneten therapeutischen Maassnahmen war Patient nach zwei Wochen so weit, dass er, mit den Händen auf einen Tisch gestützt, stehen konnte; die spastischen Muskelcontracturen waren geringer, die Analgesie war nur noch eine mässig tiefe Hypalgesie, das Lagegefühl war normal, Riechen und Schmecken war normal; die Reflexe waren noch in gleicher Lebhaftigkeit vorhanden. Nach weiteren zwei Wochen konnte Patient am Stock ziemlich gut gehen, den linken Arm ziemlich frei bewegen; es bestanden nirgends mehr Muskelspannungen bei passiven Bewegungen, die Reflexe waren noch pathologisch gesteigert; die Sensibilität verhielt sich jetzt überall normal. Nach ferneren drei Wochen war als objective Anomalie nur noch eine abnorme Lebhaftigkeit der Sehnenreflexe zu constatiren. Ende Juli waren auch diese nur noch sehr lebhaft, ohne pathologisch gesteigert genannt werden zu können. Patient begann jetzt wieder, seiner Berufsthätigkeit nachzugehen. Anfang November sah ich Patienten zum letzten male; er fühlte sich durchaus normal; die starke Lebhaftigkeit der Sehnen- und Perioristreflexe war unverändert.

Dieser Fall ist ein ausgezeichnetes Beispiel dafür, wie ein rein psychischer Shok schwere functionelle Krankheitssymptome zustande zu bringen vermag; Patient erschien durch seine nervöse Disposition besonders geeignet zu derartigen Schrecklähmungen.

Fall 10. Julius Heinrich Fallfeder, Schlosser. 42 Jahre. Keine neuropathische Belastung, keine Syphilis, kein Potatorium; Patient früher im wesentlichen gesund.

Am 18. August 1888 fiel Patient beim Bau eines neuen Schuppens ca. zwei Etagen hoch auf die Erde hinunter, kam auf den Rücken zu liegen; über eine Stunde war er besinnungslos, soll nicht gebrochen haben, hingegen soll eine Blutung aus der Nase stattgefunden haben. Im Seemanns-Krankenhaus¹⁾ wurde eine oberflächliche Kopfwunde constatirt und behandelt, ausserdem bestand noch mässige Druckempfindlichkeit der unteren Dorsalwirbel, ohne irgend welche sonstigen objectiven Symptome.

Schon nach drei Wochen konnte Patient „geheilt“ entlassen werden; die Abgangsnotiz im Journal lautet: „Patient kann sich bücken und strecken, ohne Schmerzen im Rücken zu bemerken; die Wirbelsäule ist auf Beklopfen in ihrer ganzen Ausdehnung nicht schmerzhaft, die Wunde auf dem Kopfe ist geheilt. Patient wird auf Wunsch geheilt entlassen.“ Man hatte die Diagnose auf Kopfwunde und Contusio dorsi gestellt. Patient konnte jedoch die Arbeit nicht wieder aufnehmen, da sich Schmerzen in der ganzen Länge des Rückens einstellten, besonders bei Bewegungen des Rumpfes auftretend, und ausserdem eine ziemlich erhebliche allgemeine Muskelschwäche ihn zu jeder andauernden Arbeit unfähig machte.

Im Januar 1889 hatte inzwischen der behandelnde Kassenarzt erklärt, dass wegen noch, als Folge der Wirbelsäulen- und Rückenmarkserschütterung aufzufassender, existirender mässiger Schwäche der Rückenmuskulatur der p. Fallfeder in seiner Erwerbsfähigkeit noch um ein Drittel geschädigt sei; im Laufe der Zeit werde derselbe jedoch volle Erwerbsfähigkeit erreichen. Da Patient gegen diesen Entscheid Protest einlegte, wurde ein Gutachten von dem Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft eingefordert, welches sich ebenfalls für eine Erwerbsunfähigkeit von $33\frac{1}{3}\%$ aussprach. Nach diesem Attest ergab die objective Untersuchung ein durchaus negatives Resultat. Weder an der Brust, noch an der Wirbelsäule lässt sich etwas Krankhaftes nachweisen. Die ausgiebigsten Bück- und Rotationsbewegungen der Wirbelsäule können vorgenommen werden, ohne dass Fallfeder dabei Schmerzen hat; ebenso wenig besteht eine Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule; hingegen nahm das Gutachten „noch eine geringe Empfindlichkeit in den Muskeln und im Bandapparat“ an, sprach sich aber für Exaggeration von Seiten des Fallfeder aus. Da Patient auch hiergegen Berufung einlegte, wurde er dem Seemanns-Krankenhaus zur Beobachtung überwiesen.

¹⁾ Herrn Oberarzt Dr. Lauenstein sage ich auch an dieser Stelle verbindlichen Dank für die Ueberlassung dieses Falles.

Am 11. November erhob ich zusammen mit Herrn Dr. Brandt folgenden Befund: Patient ist von ziemlich gut ausgebildeter Muskulatur, etwas anämisch, in seinen ganzen Bewegungen auffallend schlaff und langsam. Die grobe Kraft in sämtlichen Muskelgebieten entspricht durchaus nicht dem Muskelvolumen, und scheint diese Schwäche in einer ungenügenden Innervation zu beruhen. An oberen und unteren Extremitäten sind Muskelatrophieen, fibrilläres Zittern etc. nicht zu constatiren; nirgends sind Lähmungen vorhanden, nirgends abnorme Druckempfindlichkeit oder Schmerzen bei passiven Bewegungen, keine Spannungszustände in den Muskeln; die Sehnenreflexe sind sehr lebhaft, kein Patellar-, kein Achilles-Clonus. Sensibilität: Ganz feine Berührungen werden nicht empfunden, gröbere werden gefühlt, aber nur mit Mühe und nicht immer richtig localisirt. Auf die Haut geschriebene Zahlen, Figuren werden nirgends richtig empfunden. Spitze und Kopf der Nadel wird überall unterschieden, doch besteht an der gesamten Oberfläche des Körpers, einschliesslich der Schleimhaut des Mundes, der Conjunctivae bulbi, der Zunge eine complete Analgesie für tiefe Nadelstiche, starkes Kneifen, starke faradische Ströme. Der Temperatursinn ist erhalten; das Lagegefühl ist hochgradig alterirt: Patient erkannte nur ausnahmsweise und nur mit Hilfe activer Bewegungen bei geschlossenen Augen selbst gröbere Stellungsveränderungen der kleinen und grossen Gelenke; bei geschlossenen Augen kann er einfache Bewegungen, wie Berühren der Nasenspitze mit den Fingern etc. nicht ausführen, während dies bei offenen Augen ohne Spur von Ataxie etc. prompt ausführbar ist. Stehen bei geschlossenen Augen ist unmöglich, Patient droht umzufallen. Der Gang hat etwas müdes; Patient geht etwas breitbeinig; sonst keine charakteristische Anomalie des Ganges. Patient wird durch die Untersuchung leicht ermüdet, so dass man ihm öfters Erholungspausen bieten muss. Riechen, Schmecken, Hören beiderseits deutlich herabgesetzt. Keine oculopupillären Symptome, kein fibrilläres Zittern der Zunge; Sprache etwas langsam, sonst ohne Anomalie. Schädel nicht empfindlich, Schlag auf Kopf und Schultern erregt in der unteren Dorsalwirbelsäule etwas Schmerz, ebenso das Beklopfen dieser Stelle selbst. Die Bewegungen des Rumpfes sind sämtlich etwas steif. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergiebt normalen Befund; das Gesichtsfeld ist mässig concentrisch eingeengt. Die elektrische Untersuchung ergiebt normale Verhältnisse. Patient war fünf Monate im Seemanns-Krankenhaus, bekam dann eine Rente pro 50% Erwerbsunfähigkeit und thut seitdem Laufburschendienste in verschiedenen Geschäften.

Anfang October 1891, also zwei Jahre später, untersuchte ich Patienten von neuem. Patient hatte seither, wie erwähnt, nur als Botengänger sich etwas verdienen können; seine subjectiven Beschwerden bestehen noch in allgemeiner Herabsetzung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Schmerzen im Rücken, öfterem Schwindel und Kopfschmerz, psychischer Depression, Unregelmässigkeit des Schlafes, Neigung zur Obstipation. Bei der objectiven Untersuchung zeigte sich, dass die grobe Muskelkraft noch in mässigem Grade überall herabgesetzt war, dass im Princip noch dieselbe Sensibilitätsstörung am ganzen Körper bestand, wie früher, wenngleich quantitativ erheblich geringer; speciell war auch noch das Schwanken und die Unsicherheit der Bewegungen bei Augenschluss angedeutet; die sensorischen Functionen waren im Bereich des Normalen, das Gesichtsfeld (Dr. Beselin) verhielt sich normal.

Dieser Fall gehört in die Kategorie einer Reihe von Fällen, die von Winter, Strümpell, Heine, v. Ziemssen, Eisenlohr publicirt sind und deren Characteristicum die sensible, sensorielle und sensorische Anästhesie resp. Hypästhesie ist; durch eine sorgfältige anatomische Untersuchung Krukenberg's¹⁾ des von Eisenlohr²⁾ klinisch untersuchten Falles wurde festgestellt, dass diesen Fällen eine mit unseren heutigen Mitteln nachweisbare organische Erkrankung nicht zugrunde zu liegen braucht.

(Schluss folgt.)