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.

Dreizehnter Jahrgang.

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

Verlag von Georg Thieme, Leipzig-Berlin.

I. Zur Symptomatologie und Therapie der Hysterie.

Von Prof. Dr. L. Hirt.¹⁾

Es sind noch nicht viele Jahre in's Land gegangen, dass man die Hysterie als etwas Undefinirbares und alles nicht Diagnosticirbare als Hysterie bezeichnete.

In gewissem Sinne gilt das noch heute, insofern nämlich, als wir auch heute noch nicht im Stande sind, das Wesen der Hysterie zu definiren und den eigentlichen Sitz der Krankheit zu bezeichnen; ist man doch darüber noch nicht einmal einig, ob die Krankheit als eine Psychose im engeren Sinne oder als eine körperliche Affection, unter deren Einfluss sich psychische Abnormitäten u. dergl. entwickeln, aufzufassen sei. Aber in einem Punkte sind wir im letzten Decennium doch wesentlich weiter gekommen, nämlich in der Kenntniss und im Verständniss der Symptome der Krankheit; dass auch in dem chaotischen Wechsel und der scheinbar unberechenbaren Aufeinanderfolge und Flucht der Erscheinungen eine gewisse Gesetzmässigkeit herrscht, dass sich innerhalb bestimmter Grenzen bestimmte Symptome mit unwandelbarer Regelmässigkeit wiederholen, das wissen wir unzweifelhaft, und das ist als ein, wenn auch vorläufig noch recht kleiner, Fortschritt zu bezeichnen. Dass wir denselben in erster Linie den systematischen Beobachtungen und Untersuchungen Charcot's und seiner Schüler verdanken, ist zweifellos, und wenn auch bei Weitem nicht alle seine auf Hysterie bezüglichen Mittheilungen in Deutschland bestätigt werden konnten, so giebt man doch allgemein zu, dass der Anstoss zu der die Hysterie und ihr Studium betreffenden Bewegung von Frankreich ausgegangen und bei uns nur in mässiger Weise gefördert worden ist. Das Interesse für die Krankheit ist eben in Frankreich und speciell in Paris ein bedeutend grösseres, als in Deutschland, was in erster Linie mit der erstaunlichen Grösse des Materials und dann mit der Thatsache zusammenhängt, dass die sogen. grosse Hysterie in Frankreich weitaus häufiger vorkommt, als in Deutschland. Typische Fälle, wie man sie auf der Charcot'schen Abtheilung jederzeit in Menge sehen und studiren kann, bekommt man in Deutschland nur höchst ausnahmsweise zu Gesicht; dabei kann der Einwand, dass die Bewohnerinnen der Salpêtrière ihre typischen Anfälle von einander lernen und dann, gewissermassen dazu abgerichtet, den Beschauern executiren, nur Demjenigen imponiren, der die einschläglichen Verhältnisse nur vom Hörensagen kennt. Die Salpêtrière ist eine unerschöpfliche Fundgrube für das Studium der Hysterie, die Niemand, dem es Ernst ist, in dasselbe einzudringen, unbesucht lassen sollte; ununterbrochen ist Neues daselbst zu Tage gefördert worden, und die jüngsten Publicationen beabsichtigten, wie bekannt, darzulegen, dass die Hysterie durchaus keine dem weiblichen Geschlechte allein oder auch nur vorwiegend zukommende Krankheit sei, sondern dass auch das männliche Geschlecht ausserordentlich häufig und schwer davon betroffen wird. Neben dieser allgemeinen Thatsache schenkte man auch einzelnen Symptomen der Krankheit weitere Aufmerksamkeit, so den hochinteressanten, bei der Hysterie beobachteten Atrophien und der Betheiligung des Facialis an den hysterischen Hemiplegien, welche durch das Auftreten des sogenannten Hemispasmus glosso-labialis (Charcot) aufgeklärt wurde. (cf. Progrès méd. No. 6 und 7, 1887.)

Im Folgenden beabsichtigen wir nun zwei Fälle mitzutheilen, welche hinsichtlich ihrer Symptomatologie und z. Th. auch wegen der therapeutischen Erfolge einiges Interesse bieten.

I. Frau Kr., 38 Jahre alt, Patientin des Herrn Sanitäts-Rath Dr. Grempler, stammt aus einer belasteten Familie; Vater an den Folgen von Apoplexie zu Grunde gegangen, eine Schwester epileptisch. Mit 10 Jahren machte Patientin schweren Gelenkrheumatismus durch und litt an „Herzkrämpfen“. Mit 20 Jahren verheirathet, concipirte sie bald; im ersten Monate der Gravidität traten schwere Anfälle von Bewusstseinsverlust auf, die sich derart mehrten, dass gegen Ende der Gravidität täglich 4—5 beobachtet wurden; die Entbindung ging während eines Anfalles vor sich, Pat. hatte bei dem Erwachen keine Ahnung, dass sie einem Kinde das Leben gegeben. Zwei Jahre später zweite Entbindung; bald nach dem Wochenbette leichte Gehstörungen. Mässig häufiges Auftreten der „Anfälle“. 13. Juni 1876 (4 Jahre nach der zweiten Entbindung) plötzliche und vollständige Lähmung beider Beine, angeblich infolge eines Schreckes. Die Immobilität besteht seitdem unverändert, Pat. ist nicht mehr im Stande gewesen, das Bett zu verlassen. Die Ernährung hat allmählich schwer gelitten, Pat. erbricht alles Genossene und ist excessiv, besonders an den Unterextremitäten, abgemagert, im Jahre 1879 wog sie 58 Pfund, jetzt (Mai 1887) 52 Pfund.

Status praes.: Kleine, graziöse Dame mit intelligentem Gesichtsausdruck und lebhaftem Mienenspiel; psychische Sphäre völlig intact, Auffassungsvermögen, Gedächtniss durchaus normal.

Im Gebiete der Hirnnerven nichts Abnormes, nur ist zu erwähnen, dass für gewisse Geräusche, z. B. das Läuten der Hausglocke, eine Anästhesie des Acusticus besteht; Gehör sonst durchaus normal. Die oberen Extremitäten, nach allen Richtungen hin frei beweglich, sind noch mässig gut genährt, doch ist die grobe Kraft sehr herabgesetzt: Dynam. rechts 17, links 15 kg. Sensibilität auch der Fingerspitzen normal, Pat. fertigt weibliche Handarbeiten mit grosser Geschicklichkeit. Die Unterextremitäten, auf's höchste atrophisch, völlig unbeweglich, zeigen schwere Sensibilitätsstörungen; bis in's obere Drittel der Oberschenkel wird von unten herauf Nichts empfunden, namentlich ist die Schmerzempfindlichkeit völlig verschwunden. Temperatur- und Drucksinn so gut wie Null, Muskelsinn ebenfalls. Kniegelenke ankylosirt, Patellarreflex nicht vorhanden, ebenso Plantarreflex. Bauchreflex deutlich. Die elektrische Erregbarkeit ist nicht zu prüfen, weil Pat. schon bei Anwendung minimaler Ströme einen ihrer sofort zu beschreibenden „Anfälle“ bekommt.

Alles Genossene wird 2—3 Minuten später völlig unverdaut unter heftigen Würgebewegungen wieder erbrochen; die Menge des Erbrochenen ist oft grösser, als die des Genossenen. Stuhl wird unter Anwendung häufiger Klystiere allmonatlich einmal entleert. Die tägliche Harnmenge beträgt 80—100 ccm; im Harn selbst, dessen specifisches Gewicht 1015—1018, nie etwas Abnormes nachzuweisen. Menses unregelmässig, oft sehr reichlich. Allgemeinbefinden im Ganzen erträglich, nur zeitweise treten Ovarialschmerzen auf. Das für die Patientin Lästigste und für die Angehörigen Aufregendste sind die Anfälle. Dieselben sind ausserordentlich leicht hervorzurufen; ein längeres Ansehen, Auflegen der Hand auf den Kopf, Berührung mit den Elektroden, Alles das genügt, um den Anfall, der jede ärztliche Untersuchung und, was therapeutisch wichtig ist, die Hypnose unmöglich macht, auszulösen.

Der Anfall selbst zeigt genau die von Charcot beschriebenen Stadien: epileptoides Zittern, heftige Bewegungen (Convulsionen,

¹⁾ Nach einem in der medicinischen Section der vaterländischen Gesellschaft zu Breslau gehaltenen Vortrage.

arc de cercle, aufgeregte Stellungen), und bedarf deswegen keiner eingehenden Beschreibung; er dauert 45—70 Minuten und ist durch Nichts, besonders nicht durch Druck auf die Ovarien, zu coupiren. Nach der Wiederkehr des völlig geschwundenen Bewusstseins kann Pat. nicht sprechen; aus ihrem Gesichtsausdruck und ihren Geberden ist zu entnehmen, dass sie Alles versteht, aber nicht im Stande ist, auch nur eine Silbe hervorzubringen. Dieser Zustand dauert 1—1½ Stunden, dann fängt sie an, vorgesprochene Wörter nachzusprechen, und zwar in der Weise, dass, wenn sie z. B. laufen sagen will, das so zum Vorschein kommt: l—l—l—laufen, M—M—M—Mensch u. s. w. Nicht eben stotternd, sondern langsam und ruhig jeden Buchstaben wiederholend. Nennt man ihr zwei oder mehr Worte, so hat sie das erste vergessen, ehe sie im Stande ist, das zweite nachzusprechen; sie zeigt, um es kurz zu sagen, die charakteristische Aphasie, welche Grashey neuerdings (cf. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten XVI. 3. 1885) beschrieben und auf eine verminderte Dauer der Sinneseindrücke zurückgeführt hat. Dieser Zustand dauert 2—3 Stunden, so dass in Summa gegen 6 Stunden vom Beginn jeden Anfalls bis zur völligen Euphorie vergehen; hierdurch wird verständlich, dass mit Peinlichkeit Alles vermieden wird, was die Pat. irgendwie aufregen und für einen Anfall prädisponiren könnte.

Therapeutisch ist Alles versucht worden, was jemals gegen Hysterie und Hystero-Epilepsie empfohlen wurde — Alles absolut vergebens. Medicamente, werden schlecht vertragen, per os genommen, werden sie sofort ausgebrochen, per clysmata oder subcutan applicirt, rufen sie meist den Anfall hervor. Morphinum ist mehrfach versucht, nie vertragen worden; die Tagesdosis hat 3 ctg. nie überschritten. Die Magnetbehandlung ist erfolglos geblieben, hat sogar schädlich gewirkt, da die blossen Annäherung des Magneten jedesmal von einem schweren Anfall begleitet war. Jetzt werden täglich 2 ctg Chinin subcutan injicirt; hieran hat sich Patientin gewöhnt und mag sie nicht mehr missen. — Bezüglich der Prognose ist grosse Reserve nöthig; ob überhaupt, wann und in welcher Weise der jetzt im Wesentlichen seit 10 Jahren dauernde Zustand sich ändern wird; ob die immer mehr geschwächte Ernährung allmählich, oder ob ein besonders heftiger convulsiver Anfall einmal plötzlich zum Exitus führen wird, vermag ich nicht zu sagen.

II. Frau B., 22 J., Rabbinersgattin, seit 9 Mon. krank, ebenfalls hereditär belastet. Pat. befindet sich seit einigen Monaten in der Behandlung des Herrn Kollegen Ernst-Fränkels, der meine Zuziehung freundlichst veranlasste. Das Leiden begann mit Beschwerden beim Urinlassen, schmerzhaften Empfindungen beim Gehen und dem Auftreten eigenthümlicher, täglich zur selben Stunde sich wiederholender Auffälle.

Status praes. (20. III. 87): Kleine, schwächliche, anämische, sehr hellblonde Frau mit leidlich gutem Ernährungszustande. Am Kopfe nichts Abnormes, Druck oder Beklopfen nirgends schmerzhaft. Facialis und Hypoglossus normal. Bei Untersuchung der Augen fällt auf, dass sich die Bulbi in ununterbrochener nystagmusartiger Bewegung befinden; dieselbe findet in horizontaler Richtung statt und ist den willkürlichen Bewegungen nicht hinderlich; die letzteren gehen bis auf eine deutliche Parese der Recti interni prompt vor sich. Die Schnelligkeit und Amplitude der oscillatorischen Bewegungen ist immer dieselbe, mag die Pat. unbeobachtet sein oder sich beobachtet wissen, mag sie den Blick nach oben oder unten, rechts oder links wenden. Auf Befragen erklärt Pat., dass das „Augenzittern“ mit Beginn ihrer jetzigen Erkrankung entstanden sei, dass sie früher nie daran gelitten, auch nie über Sehschwäche oder Sehstörungen zu klagen gehabt habe. Pupillen sind ziemlich weit, reagieren weder auf Licht, noch auf accommodirte Impulse. Die oberen Extremitäten lassen nichts Besonderes erkennen, Bewegungen überallhin frei, grobe Kraft sehr gering; Bi- und Tricepsreflex normal; die Unterextremitäten sind ebenfalls hinsichtlich der Motilität und Sensibilität normal. Reflexe vorhanden. Romberg'sches Zeichen. Die Muskulatur des Rumpfes bietet, wenn Pat. ruhig im Bett liegt, nichts Besonderes; beim Aufrichten aber fühlt man, dass sich der Quadratus lumborum links contrahirt, und wenn Pat. steht, hat die Contractur des Muskels derart zugenommen, dass die Haltung der Pat. die aus den zwei beigegebenen Abbildungen ersichtliche wird.

Die Unterextremitäten sind, wie man sieht, einander genähert, die Cristae ilei stehen auf beiden Seiten gleich hoch, der Rumpf beugt sich im Gebiete der Lendengegend auf die linke Seite, die Wirbelsäule beschreibt zwei Krümmungen, eine Lendenkrümmung mit der Convexität nach rechts und eine compensirende, leichte Dorsalkrümmung nach links. (Cf. Duchenne-Wernicke, Physiologie der Bewegungen p. 592. Cassel und Berlin. Fischer 1885.) Anstrengungen, den Rumpf gerade zu richten, rufen lebhaftes Schmerzgefühl hervor, ohne die Contractur irgendwie zu vermindern;

dieselbe verschwindet aber spurlos, sobald Pat. die ruhige Bettlage einnimmt.

Die Genitaluntersuchung ergibt (Dr. E. Fränkel): Gute Ausbildung der Mammae und der äusseren Genitalien. Hymen zerstört, Scheide weit, Uterus von infantilem Habitus, Portio klein, Muttermund vaginal. In der Chloroformnarcose, wo der hochgradige Meteorismus, der sonst die bimanuelle Untersuchung verhindert, schwindet, fühlt man beide gleichfalls etwas kleinen aber normal beweglichen Ovarien. Ohne Narcose besteht Druckempfindlichkeit der linken Ovarialgegend, und auch beim Touchiren von der Scheide aus ist das linke Parametrium derart druckempfindlich, dass bei den ersten Untersuchungen regelmässig ein kurzer Anfall (s. unten), und zwar nur durch den Druck des touchirenden Fingers ausgelöst wurde. Später trat Gewöhnung ein, die Anfälle bei dieser Gelegenheit blieben aus. Mensen erfolgen ziemlich regelmässig und dauern in mittlerer Stärke 4—5 Tage. Der unter mässigem Brennen entleerte Urin enthält ausser kleinen Mengen Schleim nichts Abnormes. Specificsches Gewicht 1015, tägliche Menge variirend von 500 bis 800 ccm.

Was nun den mehrfach erwähnten Anfall betrifft, so beginnt derselbe ohne Aura plötzlich: mitten im Gespräche wird Pat. am ganzen Körper starr, fällt um und bleibt regungslos liegen. Kein initialer Schrei. Alle Gelenke, mit Einschluss der Finger- und Zehengelenke, sind steif, jede, auch die kleinste Beugung, ist unmöglich. Die Augen sind geschlossen, die Bulbi stehen nach innen und oben, Pupillen sind stark erweitert, starr. Der Mund ist rüsselartig gespitzt, infolge Contraction des Orbicularis oris. Die Sensibilität erscheint völlig erloschen, wenigstens reagirt Pat. auch gegen lebhafteste Hautreize, tiefe Nadelstiche u. s. w. nicht durch die kleinste Abwehrbewegung. Energisches Anblasen des Gesichts bewirkt leichtes reflectorisches Blinzeln der Augen. Puls klein, 95, Athmung ruhig, 18. Nachdem der Zustand ¾ Stunden in der beschriebenen Weise gedauert hat, schreit Pat. in drei verschiedenen Absätzen laut auf; das erste Mal nach einer tiefen Inspiration erfolgen einige laute, schrille, dem Bellen eines kleinen Hundes vergleichbare Schreie, das zweite Mal, etwa 20 Minuten, das dritte Mal 15 Minuten später ähnliche aber schwächere Schreie, dann 2 Minuten lang lebhaftes Zwinkern mit den Augenlidern, Nachlass der Starre, Wiederkehr des Bewusstseins und der (sofort völlig intacten) Sprache. Pat. behauptet, während ihres Anfalles Alles gefühlt und gehört zu haben; sie sei aber ausser Stande, irgend ein Glied zu rühren. Diese Attacken erfolgen spontan täglich früh um 9 Uhr und stellen sich mit einer geradezu erstaunlichen Pünktlichkeit ein; künstlich hervorzurufen sind sie durch gewisse Hautreize und durch Anlegung des Magneten — auch wenn man die Pat. zwingen will, längere Zeit zu gehen, was ihr unmöglich ist, so erscheinen Anfälle, die aber immer nur einige Minuten dauern und graduell von den spontan auftretenden verschieden sind.

Da die Mastcur verbunden mit Massage und Galvanisation keine wesentliche Aenderung in dem Zustande hervorgerufen hatten, so wurden energische faradische Pinselungen des contrahirten Quadratus und protrahirte laue Bäder verordnet; die letzteren bewirken jedes Mal einen mässigen Anfall, und auch während des Faradisirens war Pat. öfters, aber immer nur ½—¾ Min. am ganzen Körper steif.

Der Einfluss der Pinselung war ein hervorragender; schon 4 Tage nach Beginn derselben war Pat. im Stande, längere Strecken zu laufen. Die Contractur des Quadratus wurde immer geringer. Jetzt (Ende Mai) ist sie fast völlig verschwunden, Pat. geht ohne Anstrengung und ganz gerade, macht täglich Spaziergänge u. s. w. Dagegen sind die Anfälle immer noch im Wesentlichen unverändert, nur dauern sie etwas kürzere Zeit, und bisweilen ist Pat. im Stande, während des Anfalls für einige Augenblicke die Augen zu öffnen; die allgemeine Starre, der rüsselartig gespitzte Mund, das bellende Schreien beim Erwachen, alles das ist noch dasselbe. Die Hartnäckigkeit der Attacken lässt die Prognose quoad sanationem um so mehr als zweifelhaft erscheinen, als es unmöglich ist, die Patientin zu hypnotisiren; vielleicht würde es gelingen, auf sie in hypnotisirtem Zustande durch Ueberredung („suggestion“) recht günstig zu wirken. —

Unter den Symptomen nun, welche in den beiden Fällen von Hysterie als ungewöhnlich bezeichnet werden müssen, nennen wir zunächst die Sprachstörung, welche sich im Fall 1 den Anfällen anschliesst; sie dauert nach jedem Anfalle mehrere Stunden und zerfällt in zwei Stadien, von denen sich das erste, meist etwas kürzere, als absolute Stummheit, Sprachlosigkeit bei völlig vorhandenem Bewusstsein, das zweite als amnestische Aphasie charakterisirt; beruht das Zustandekommen des ersteren auf vorübergehender, wohl durch Circulationsstörung bedingter Functionsunfähigkeit der motorischen und sensorischen Centren, so glaube ich, dass es sich bei dem zweiten nicht mehr um eine solche, auch nicht um eine Leitungsunfähigkeit der Verbindungsbahnen, sondern, worauf wir schon oben hinwiesen, nur darum handelt, dass die Dauer der Sinnesindrücke vermindert ist, und dass in Folge dessen Wahrnehmung und Association gestört werden. Beiläufig will ich bemerken, dass Pat. lange vor der Fähigkeit zu sprechen die zu schreiben wiedererlangt; sie schreibt dann die ihr fehlenden Worte auf und liest sie anstandslos und ohne jede Stockung ab. Auf das Vorkommen dieser von Grashey beschriebenen Form der Aphasie bei Hysterie möchten wir hiermit aufmerksam machen. — In zweiter Linie scheint uns das seit Jahren bestehende, regelmässig nach jedem Speisengenusse auftretende Erbrechen erwähnenswerth, und zwar ganz besonders, weil Abusus morphii für die Vergangenheit sowohl als die Gegenwart unbedingt ausgeschlossen ist; ob dasselbe als eine Reflexneurose oder als sogen. hysterisches Erbrechen der französischen Autoren aufzufassen ist, kann ich nicht entscheiden. Jedenfalls kommt es mit solcher Beharrlichkeit und Regelmässigkeit bei Hysterie nicht häufig vor. (Vergl. auch Oser, die Neurosen des Magens. Wiener Klinik Mai-Juni 1885. V. und VI. Heft p. 141.)

Der zweite Fall gewährt zunächst wegen des Nystagmus Interesse; derselbe ist nicht etwa auf eine durch Sehschwäche bedingte, der Jugendzeit angehörende Behinderung der Netzhautfunctionen zurückzuführen, sondern erst mit Beginn der Erkrankung entstanden und als ein Symptom derselben anzusehen. Es ist nun bekannt, dass Erkrankungen der Augenmuskeln oft das erste und lange Zeit das einzige Symptom bei beginnender Hysterie bilden (Lasègue, Arch. génér. de méd. 1878), und wir wissen sehr wohl, dass einzelne Muskelaffectationen im Verlaufe der Hysterie zu den häufigen Vorkommnissen gehören, so z. B. Blepharospasmus (Parinaud, Spasmes et paralysies des muscles de l'oeil. Gazette hebdomadaire de méd. No. 46, 47. 1877), Strabismus convergens (Schweigger, Klin. Unters. über das Schielen. Berlin 1881, Hirschwald), Spasmus intermittens des Rectus internus (Ulrich, Zehender's klinische Monatsbl. f. Augenheilk. Juli 1882), vom Nystagmus aber findet sich fast nirgends etwas verzeichnet. In seiner Iconographie photograph. de la Salpêtrière erwähnt Bourneville dreier Fälle von Hystero-Epilepsie, bei denen Nystagmus beobachtet wurde, aber ohne weitere Details darüber beizufügen; diese Fälle befinden sich Tom I. p. 129 1877, Tom II. p. 96 1878 u. Tom III. p. 84 1879. Schweigger erzählt einen Fall von hysterischem Schielen und bemerkt dazu: Von Zeit zu Zeit, wenn ein Gegenstand mit einem Auge, bei geschlossenem zweiten, fixirt wurde, trat Nystagmus ein. In einer sehr fleissigen, in der Landolt'schen Klinik in Paris verfassten Arbeit kommt Dr. Borel (Affections hystériques des muscles oculaires. Arch. d'Ophthalmol. T. VI. No. 6. Novbr. Decbr. 1886) auf diesen Punkt zu sprechen, muss ihn aber aus Mangel an einschlägigen Beobachtungen ziemlich kurz abfertigen. Einer brieflichen Mittheilung zufolge ist Herr Dr. Borel augenblicklich mit weiteren Detailstudien beschäftigt. So viele Mittheilungen sich über Nystagmus im Verlaufe der Tabes, der multiplen Sclerose, bei Hirnblutungen und -Tumoren in der ophthalmologischen Literatur vorfinden, so wenige scheint es zu geben, welche sich auf die Natur und das Auftreten des hysterischen Nystagmus beziehen; ich wenigstens habe nichts davon entdecken können. — In zweiter Reihe möchte ich auf die beim Stehen und Gehen der Patienten auftretenden, beim Liegen sofort verschwindenden Contractur des

Quadratus lumborum sinister aufmerksam machen, welcher in dieser Weise noch nicht häufig beobachtet worden ist. Neigung zu Contracturen, besonders zu den sogen. neuro-myogenen Gelenkcontracturen (cf. Hueter, Klinik der Gelenkkrankheiten I. 268. Leipzig, Vogel, 1876) ist ja bei Hysterischen sehr häufig, und oft genug beobachtet man eine plötzlich auftretende, Monate lange, dann ebenso plötzlich wieder verschwindende Contractur des Hand-, Ellenbogen-, Kniegelenks, aber die Contractur einzelner isolirter Muskeln und ihr Bestehen nur während der Dauer gewisser Körperstellungen ist entschieden selten; Duchenne (cf. Wernicke's Uebersetzung des Duchenne'schen Werkes: Physiologie der Bewegungen, p. 592, 593) sah die von mir beobachtete Affection des Quadratus lumborum nur 3 Mal beim aufrechten Stehen auftreten. Die physiologische Erklärung stösst auf grosse Schwierigkeiten; möglich, dass es sich um zeitweise, abnorm erhöhte Reflexerregbarkeit einzelner Partien des Lenden- und unteren Brustmarkes handelt. Was endlich die kataleptiformen Anfälle der Patientin betrifft, so sind dieselben wegen des regelmässigen, täglich mit derselben Minute wiederkehrenden Auftretens und wegen der tetanischen Starre der gesammten Körpermuskulatur von nicht gewöhnlichem Interesse. Auf die während der Anfälle regelmässig beobachteten, höchst merkwürdigen vasomotorischen Störungen behalte ich mir vor, an anderer Stelle eingehend zurückzukommen.