III. Ueber hysterische Stimmbandlähmung.¹⁾

Von

C. Gerhardt, Professor in Würzburg.

Im Laufe von fünf Jahren kamen zwanzig Fälle von hysterischer Stimmbandlähmung zur Aufnahme in die hiesige medicinische Klinik. Die meisten derselben kamen wegen Rückfälle wiederholt in die Anstalt oder konnten doch bei längerem Aufenthalte oft untersucht und genau beobachtet werden. Die Durchsicht und Vergleichung dieser zwanzig Beobachtungen ergab einige Thatsachen, die mir nicht ganz ohne Interesse zu sein scheinen.

Dem Alter nach befanden sich von jenen Kranken vierzehn zwischen 15 und 25 Jahren, sechs zwischen 25 und 40 Jahren. Doch fand bei einer das erste Auftreten der Krankheit schon im neunten Jahre statt. Die meisten dieser Patientinnen waren zuvor schon oft krank, namentlich litten mehrere zuvor an Chlorose, Gelenkrheumatismus, Halsentzündungen verschiedener Art. Gerade in der Hälfte der Fälle werden starke Erkältungen angeschuldigt, denen zuerst die Erscheinungen des Rachens- und Kehlkopf-Katarrhes folgten, dann nach einigen Tagen völlige und den Katarrh überdauernde Aphonie. Je einmal schloss sich das Leiden unmittelbar an Rachendiphtherie, Pneumonie, an einen hysterischen Krampfanfall an. Ein Fall, der sogar zu einer gerichtlichen Verhandlung Veranlassung gab, konnte fast als traumatischer Entstehung gelten. Ein Bursche fasste die 20jährige Person Abends so am Halse fest an, dass sein Daumen zwischen Larynx und linken Sternocleidomastoideus zu liegen kam. Am folgenden Tage trat drückender Schmerz im Halse, erst nach zwei Tagen Aphonie ein, bei der das linke Stimmband vollständiger gelähmt war als das rechte. Der Schreck dürfte von grösserer Bedeutung als die unmittelbare Druckwirkung des Fingers gewesen sein.

In mehreren Fällen, von denen nur zwei, über die ich bestimmte Aufzeichnungen besitze, obiger Zahl zugerechnet sind, trat bei anderweit Kranken die Aphonie während des Umganges mit aphonischen Kranken desselben Zimmers ein, so dass das ganze Personal der Klinik den bestimmten Eindruck hatte, dass eine Uebertragung durch Nachahmung stattgefunden habe. Einer meiner Assistenten sagte einmal voraus, er werde eine Hysterische aphonisch machen dadurch, dass er sie neben eine Aphonische hinlegte und es traf zu.

Rückfälle der Krankheit erfolgten mitunter häufig, bei Einer alle 3—4 Wochen ohne Beziehung zum Eintritte der Menses, bei einer Andern sechs Jahre nach der ersten Erkrankung, einmal konnte ein Alterniren von Aphonie und eigenthümlichem hysterischem Husten beobachtet werden. Dem vielgestaltigen Typus der Hysterie schienen ausser den gewöhnlichen Symptomen von Anästhesie, Globus, Convulsionen u. s. w., die stark bei unseren Patientinnen vertreten waren, auch noch mancherlei kleine Eigenthümlichkeiten zuzugehören, die bemerkt wurden. So hatte z. B. eine sehr fette Kranke, ohne geboren zu haben, seit 2 Jahren Milchabsonderung an den Brüsten, eine 17jährige hatte einen recht merklichen Bartanflug an der Oberlippe.

Hysterische Aphonie ist ausgezeichnet und zugleich als cerebral entstandenes Leiden charakterisirt dadurch, dass für einzelne Functionen die

¹⁾ Mit Autorisation der Herren Verfasser und Herausgeber den Correspondenzblättern des allgemeinen ärztlichen Vereines von Thüringen 1878 No. 1 entnommen.

Stimmbildung erhalten bleibt. Zwei von unseren Kranken konnten ein Lied mit klangvoller Stimme singen, aber denselben Text nur mit flüsternder Stimme sprechen. Eine sprach im Traume mit heller Stimme, die ihr im Wachen versagt war. Alle unsere Kranken husteten mit Stimme, d. h. sie entwickelten beim Husten natürliche laute Klänge, die auch an der empfindlichen Flamme so schöne Zacken geben, wie ein lauter Vokal. Eine einzige Kranke, von der noch die Rede sein wird, hustete zwar laut, aber mit besonderem von dem natürlichen abweichendem Klange. Dieses Husten mit Klang bei aphonischem Sprechen scheint mir ein sehr werthvolles Kriterium der hysterischen Aphonie zu sein, das sie von ulceröser Zerstörung der Stimmbänder, multipler Papillombildung auch von Compressionslähmung der Stimmbänder leicht unterscheiden lässt.

Ein zweites Kennzeichen hysterischer Stimmbandlähmung besteht in gleichzeitiger hochgradiger Sensibilitätsstörung, meist im Sinne der Anästhesie nicht nur des Larynx-Einganges, sondern auch des Rachens. Oft konnte ich mit dem Finger den Larynx-Eingang fast eine Minute lang bequem befühlen oder einen starken faradischen Strom durch einen Laryngeal-Galvaniser direct auf die Stimmbänder leiten, ohne dass Würgen oder sonst starke Reaction eintrat. Einmal kam mir jedoch bei einer 18jährigen Aphonischen, die ich in der Consultativpraxis sah, das gerade Gegentheil vor, eine kolossale Ueberempfindlichkeit des Rachens und Kehlkopfinganges. Das blosse Einführen des (schon viel angewandten) Kehlkopfspiegels verursachte einen gelinden, das der Larynxelektrode einen heftigen Sticksanfall.

Ein drittes Kennzeichen bietet das Erhaltensein der elektrischen Contractilität. Es ist in der Mehrzahl der Fälle leicht schon bei cutaner Anwendung zu constatiren. Einzelne freilich sind verzweifelt hartnäckig und es gelingt oft nur bei Anwendung starker Ströme, oft nach einander einen oder einige Laute mit Stimme zu hören zu bekommen. Man möchte bei Beobachtung dieser seltsamen Renitenz einzelner Fälle, selbst gegen die direct eingeführte Elektrode, immer wieder an die Annahme eines Krampfes der Antagonisten denken. Gerade dort, wo die erhaltene elektrische Contractilität der Stimmbandspanner und Stimmritzenverengerer so ausnahmsweise schwer nachzuweisen ist, kommen oft andere Momente zu Hülfe und zeigen, dass doch unter begünstigenden Umständen der Willenseinfluss vorübergehend jene Muskeln wieder beherrscht. —

Es ist einmal die mehr bequeme als tiefsinnige Annahme aufgestellt worden, diese Hysterischen wollten nur nicht laut sprechen, Furcht vor Schmerz verhindere sie daran. Es lässt sich gewiss nicht behaupten, dass diese Sachlage nicht vorkommen könne und dass diese Begründungsweise der Aphonie nicht durch Paralyse, sondern durch absichtliches Flüstern nicht vom Arzte übersehen oder verkannt werden könne. Allein als generelle Auffassung des Wesens der hysterischen Aphonie ist diese Annahme meines Erachtens unzulässig. Beweis: 1) Die Stimmbandlähmung ist häufig vorwiegend einseitig. Von meinen Kranken hatten fünf eine vorwiegend halbseitige und zwar merkwürdiger oder zufälliger Weise jedesmal linksseitige Stimmbandlähmung. 2) Gleichzeitig kommen noch andere Symptome von Vagus-Lähmung vor. Dahin rechne ich die gar nicht seltenen leichten Lähmungszustände am weichen Gaumen, die z. B. bei allen jenen 5 vorwiegend linksseitigen Stimmbandlähmungen im Sinne linksseitiger Gaumenlähmung vorhanden waren. Dahin rechne ich ferner die bei vier meiner Kranken vorhandene, andauernd bei normaler Körperwärme erhöhte Pulsfrequenz, die bei diesen bei wochenlang festgesetzten Zählungen zum Oeffteren über 100 Schläge ergab.

Die Bewegungsstörungen der Stimmbänder sind nicht selten wechselnden Charakters, so dass die Glottis heute mehr lanzettförmig, morgen dreieckig, ein anderes Mal unsymmetrisch klappt. Ich lege deshalb auch auf die Zeichnungen des Spiegelbildes, die ich von 17 Fällen besitze, keinen sehr grossen Werth. Doch würde darnach die Lähmung vorwiegend betroffen haben:

- in 5 Fällen den *M. arytaenoideus transversus*,
- in 2 „ „ *M. thyreoarytaenoideus*,
- in 5 „ „ *M. thyreoaryt. und aryt. transversus*,
- in 4 „ „ *M. thyreoaryt., aryt. transv. und cricoarytaenoideus lateralis*,
- in 1 „ „ *M. cricoaryt. later.*

Die functionellen Störungen waren bei allen Kranken gleichmässig durch Aphonie repräsentirt, nur bei der Patientin mit vorwiegend linksseitiger Lähmung des *M. crico-aryt. lat.* verhielt sich die Sache anders. Bei dieser hörte man, wenn sie sprach, neben dem aphonischen Zischen einen leisen, hohen, dünnen Fiselton. Die Glottis hatte eine ungleiche Rautenform. Wenn die Kranke hustete, blieb der Kehledeckel aufgerichtet und man sah die rautenförmige Glottis nicht zum Verschlusse kommen, sondern nur enger werden. Dabei ertönte laut ein so schriller, hoher Klang, dass er einem Schrei ähnlicher war als dem gewöhnlichen Laute des Hustens. Nach einigen Wochen zeigte sich, dass die Kranke

in zweierlei Weise husten konnte, bald schrill und laut, bald in gewöhnlicher Weise, etwa wie ein Gesunder.

Gleichzeitig befand sich im Hause eine Kranke, die nach Diphtherie aphonisch geworden und nach einigen Wochen durch Elektrizität geheilt worden war. Sie bekam sogleich darnach einen sehr lästigen, krampfhaften Husten. Im Tage traten 50 und mehr Anfälle auf, bei denen Patientin mit rauhem, tiefem Ton eine Reihe von 6—15 kurzen Hustenstössen kurz nach einander ausführte. Der Anfall konnte durch Schlucken und durch Berührung des Kehledeckels mit den Fingern künstlich hervorgerufen werden. Nach Anwendung verschiedener unwirksamer Mittel beseitigte Atropin zu $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ Mgrm. im Tag die Anfälle gänzlich. Aber mit dem Aufhören trat auch alsbald wieder völlige und hartnäckige Stimmlosigkeit ein. Es gelang durch elektrische Ströme selbst nach Exstirpation der geschwollenen Mandeln nur einzelne Töne, nie dauernd Stimme hervorzurufen. Dagegen erhielt die Kranke auf brechenenerregende Apomorphin-Injectionen stets auf einige Stunden volle und helle Stimme.

Von jenen 20 Kranken befinden sich drei noch in Behandlung, darunter auch die beiden ihrer besonderen Hustenformen wegen zuletzt ausführlicher erwähnten. Von den übrigen 17 verliessen vier die Anstalt ungeheilt. Eine Kranke bekam zwar auf einige Stunden Stimme, so oft sie in lebhaftes Lachen kam, allein die sämtlichen üblichen ärztlichen Behandlungsweisen waren bei ihr erfolglos. Von den geheilten 14 Kranken wurde eine schon durch die laryngoscopische Untersuchung geheilt, zwei andere durch percutane Galvanisation, die übrigen sämtlich durch Faradisation oder abwechselnde Anwendung der Compression nach Ollivier oder der Galvanisation neben der Faradisation. Manche Kranke lernten selbst, so oft sie in Aphonie zurückverfielen, sich durch Compression wieder Stimme zu machen. Der Versuch, für Solche ein dauernd zu tragendes Larynx-Compressorium zu construiren, ergab technische Schwierigkeiten. Die nicht ganz überwunden werden konnten.

Sämtliche Fälle bestätigen die Regel, dass kurz dauernde paralytische Aphonie leicht durch geeignete Anwendung des faradischen Stromes beseitigt werde, dass dagegen lange bestehende und namentlich wiederholt rückfällige derartige Erkrankungen nur schwer und mit wenig Aussicht auf Dauer des Erfolges durch Faradisation Stimme erlangen. Es ist wahrscheinlich, dass ähnlich wie bei der Lähmung der *M. cricoarytaenoidei postici* Contractur der Antagonisten die paralytische Glottisstenose verschlimmert und vervollständigt, dass so auch bei der Lähmung der Stimmbandspanner und Glottisverengerer die spätere Hartnäckigkeit der Aphonie durch Verkürzung der Antagonisten, also eben der *M. cricoaryt. post.* bedingt werde. Ebenso ist es mir wahrscheinlich, dass, wenn von den vielen Muskeln, die durch ihre Thätigkeit die Stellung und Fixation der Aryknorpel bedingen, einzelne längere Zeit völlig inactiv bleiben, dadurch auch die Stellung der Aryknorpel anormal sich gestalte und dass durch solche Verhältnisse die Wirksamkeit des Ollivierschen Compressions-Verfahrens zum Theil zu erklären sei.

Dass einzelne Fälle sogenannter hysterischer Aphonie als Reflexlähmungen aufzufassen seien, scheint mir aus der Angabe von *Philippeaux*, die neuerdings durch *Bresgen*¹⁾ bestätigende Belege erhielt, hervorzugehen, derzufolge Aphonien mit Tonsillenschwellung erst dann durch Elektrizität geheilt werden können, wenn Exstirpation der Tonsillen vorgenommen wurde. In wie weit eine solche Auffassung allgemeinere Geltung und Bedeutung zu erlangen vermag, wird sich bei genauer Untersuchung und Beobachtung vieler Fälle von hysterischer Aphonie wohl ergeben müssen.