III. Chirurgische Eingriffe bei Hysterie.¹⁾

Von Dr. M. Sander in Frankfurt a. M.

Aus zweierlei Gründen kommt es bei der Hysterie zu chirurgischen Eingriffen. Einmal werden häufig Hysterische chirurgischen Operationen unterworfen, in der Hoffnung, durch Beseitigung gewisser Reize den hysterischen Gesamtzustand bessern zu können. Von diesem Gesichtspunkte aus hat man namentlich von gynäkologischer Seite operative Eingriffe an den Sexualorganen empfohlen und in zahlreichen Fällen ausgeführt. Ich brauche in dieser Versammlung nicht auseinanderzusetzen, dass von derartigen Operationen wenig Erfolg zu erwarten ist. Wenn auch nicht bestritten werden soll, dass bei frischen Fällen von Hysterie auch einmal durch operative Beseitigung von Krankheitsprozessen und hierdurch bedingten Reizen eine Besserung des hysterischen Zustandes eintreten kann, so wird man doch daran festhalten müssen, dass bei schweren und bereits länger andauernden Formen von Hysterie von derartigen Operationen kein Erfolg zu erwarten ist. Hier wird sogar nicht selten durch die in Folge der Operationsnarbe gesetzten neuen Reize, durch das lange Krankenlager, durch die fortgesetzten ärztlichen Untersuchungen und Maassnahmen eine Verschlimmerung des hysterischen Zustandes beobachtet. Diese Form von chirurgischen Eingriffen ist es jedoch nicht, die ich hier zum Gegenstand eines Vortrages machen will. Ich habe die Absicht, Ihnen von einer andern Art von Operationen zu sprechen, die dann geschehen, wenn durch die Hysterie schwere organische Erkrankungen, besonders des Intestinaltractus, vorgetäuscht werden. Diese Gruppe ist von der ersteren nicht so streng geschieden, wie man glauben sollte. Es kommt nicht selten vor, dass zwar eine Operation auf Grund ausschliesslich hysterischer Symptome irrtümlich eingeleitet wird, dass man aber dann bei negativem Befund zur Entfernung der vermeintlichen Causa peccans, eines leicht injicirten Processus vermiformis, eines vorgelagerten Netzstranges und dergleichen sich entschliesst und so den hysterischen Zustand zu bessern hofft. Im allgemeinen scheint mir, als ob diese Form von operativen

¹⁾ Nach einem auf der 29. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Heidelberg gehaltenen Vortrage.

Eingriffen auf Grund von hysterischen Symptomen in letzter Zeit etwas zugenommen hat, was wohl zum Theil dem Umstand zuzuschreiben ist, dass dank der Asepsie und Antiseptik auch zu rein diagnostischen Zwecken gegenwärtig viel häufiger operirt werden kann. Andererseits ist aber nicht zu verkennen, dass die Unbekanntheit mit derartigen hysterischen Zuständen in ärztlichen Kreisen diese irrthümlichen Operationen häufig veranlasst. Dieser Umstand und die Gelegenheit, die Casuistik um zwei sehr interessante derartige Fälle vermehren zu können, giebt mir Veranlassung, dieser Frage hier näher zu treten. Beide Fälle wurden im verflossenen Jahr in der Frankfurter Irrenanstalt beobachtet. Für die Ueberlassung der Krankengeschichten bin ich meinem Chef, Herrn Director Dr. Sioli, zu Dank verpflichtet.

Fall 1. *Hysteria gravis* bei einem 23jährigen Manne. Meteorismus, Erbrechen, Hyperästhesien, hysterische Anfälle. Vortäuschung einer Appendicitis und Darmstenose. Zweimalige Laparotomie. Franz B., 23 Jahre alt, Schlosser aus F. Patient ist unehelich geboren, über den Vater nichts bekannt. Die Mutter zielt mit dem Stiefvater auf Messen herum. Grossmutter mütterlicherseits sehr leichtsinnig, brachte ihr ganzes Vermögen durch; zwei Brüder der Mutter Trinker. Kinderkrankheiten will der Patient nicht gehabt haben, bis zur Militärzeit stets gesund gewesen sein. Am 12. October 1894 trat er beim Militär ein, that daselbst bis 5. Dec. 1894 Dienst. Am 5. December bekam Patient nachts um 1/2 12 Uhr plötzlich heftiges Leibweh, wurde bewusstlos und will um sich geschlagen haben. Dieser Zustand soll bis 4 Uhr morgens gedauert haben. Am nächsten Tage wurde er dem Lazareth überwiesen, bekam hier in der ersten Zeit noch drei- bis viermal wöchentlich diese Anfälle von Leibscherzen mit Auftreibung des Leibes, einmal will er hierbei noch fünf Stunden bewusstlos gewesen sein und um sich geschlagen haben. Am 20. März 1895 als dienstuntauglich entlassen.

Schon zwei Tage nach der Entlassung will er wieder Leibweh und Aufschwellung des Leibes verspürt haben, ging aber noch einige Zeit seinem Beruf nach.

Am 2. Mai 1895 liess er sich wegen dieser Beschwerden ins städtische Krankenhaus in F. aufnehmen. Diagnose: *Hysterie* (*Vagusneurose* — starker *Meteorismus*).

Die damalige Krankengeschichte ergibt Folgendes: Körperbefund normal bis auf das Abdomen, das unterhalb einer Linie, welche die tiefsten Punkte der Rippenbögen verbindet, kugelig aufgetrieben erscheint und hier tief tympanitischen Schall giebt. Dieser *Meteorismus* ist während des Krankenhausaufenthaltes sehr wechselnd, aber immer deutlich ausgesprochen. Bald erscheint das Abdomen mehr flach, dann wieder gradezu kugelig vorgewölbt. Bei starker Auftreibung klagt der Patient über Schmerzen.

Die Pulsfrequenz ist auffallend unregelmässig, mitunter im Laufe eines Tages von 60—100 Schlägen wiederholt wechselnd. Stuhl tagelang diarrhoisch, dann wieder angehalten. Nach wiederholten dünnen Stühlen sollen Aufgetriebenheit und Schmerzen des Leibes etwas nachlassen. Am 30. Mai auf eigenen Wunsch entlassen.

Bald nach der Entlassung suchte er wegen derselben Beschwerden Aufgetriebenheit und Schmerzhaftigkeit des Leibes, die Dr. B.'sche Privatklinik auf, blieb daselbst 1 1/2 Monate. Er arbeitete dann eine Zeit lang in Bremen, musste dort wegen derselben Beschwerden wiederum das Krankenhaus aufsuchen, ging dann nach Mähren, lag dort ebenfalls längere Zeit im Spital. Kam sodann nach Deutschland zurück, liess sich am 3. November 1896 wiederum in das städtische Krankenhaus in F. aufnehmen, diesmal auf die chirurgische Abtheilung.

Diagnose: *Appendicitis*. *Hystero-Epilepsie*. *Darmstenose* (durch Strangbildung?). Patient erzählt jetzt bei der Aufnahme, dass er ein Unterleibsleiden habe, welches er sich beim Militär durch Sturz vom Pferde zugezogen habe. Er hätte in Folge dessen bereits vier Monate im Lazareth gelegen an *Epilepsie* und „*Meteorismus*.“

Die Untersuchung ergab starke Aufgetriebenheit des Leibes, vermehrte Peristaltik der Dünndarmschlingen, im rechten Hypogastrium starke Schmerzhaftigkeit, zeitweilig an dieser Stelle leichte Dämpfung und vermehrte Resistenz. Puls kräftig und regelmässig, Stuhl meist angehalten, unregelmässige abendliche Temperatursteigerungen bis 38,7°. Die Lokalerscheinungen in ihrer Intensität und Ausbreitung sehr wechselnd und unsicher, bei den ersten Untersuchungen weniger hervortretend, als späterhin. Die Schmerzhaftigkeit andauernd stark, besonders dann, wenn Peristaltik und *Meteorismus* stärker werden. Patient klagte fast beständig über heftige Leibscherzen. Einzelne Tage fieberfrei, dazwischen wieder abendliche Steigerungen der Temperatur. Appendix einige Male palpabel und leicht schmerzhaft.

8. November epileptiformer Anfall bei erhaltenem Bewusstsein und Reaction der Pupillen. Starker Speichelfluss, Unfähigkeit zum Sprechen noch längere Zeit nach dem Anfall.

11. November. Wegen Annahme einer *Appendicitis* Laparotomie. Operationsverlauf: Schnitt dem oberen 2/3 des Poupart'schen Bandes parallel, Durchtrennung des Peritoneum. Exstirpation des leicht entzündlich injicirten Processus vermiformis. Wegen Verdachtes auf intra-peritonealen Abscess wird nach hinten und oberhalb vom primären

Schnitt ein zweiter angelegt, der vermeintliche Abscess mit völlig negativem Resultat punktiert. Nirgends eine Spur von Eiteransammlung oder serösem Erguss in der Bauchhöhle. Die Operationswunden werden durch Nähte geschlossen und heilen per primam.

Bald nach der Operation von neuem Aufgetriebensein des Leibes, starke Schmerzen und abendliche Temperatursteigerungen bis 38,7°. Diese Erscheinungen halten noch einige Tage sehr intensiv an und lassen dann allmählich etwas nach.

December 1896 zunehmende Besserung, einmal Anfall mit starken Ructus beginnend, sodann Speichelfluss, Zähneknirschen und Zuckungen der Extremitäten. Pupillenreaction dabei erhalten.

Januar 1897 wieder stärkere Darmerscheinungen. Leib aufgetrieben und sehr schmerzhaft, namentlich in der Nabelgegend, vermehrte Peristaltik, zeitweilig Erbrechen. Wiederholt Temperatursteigerungen bis 38°, klagt einen Tag über Jucken am ganzen Körper. Stuhl meist angehalten, zeigt Blut- und Schleimbeimischung. Da die Klagen über heftige Schmerzhaftigkeit und Aufgetriebensein des Leibes nicht nachlassen, wird wegen Verdachtes auf Darmstenose am 14. Januar 1897 eine zweite Laparotomie vorgenommen.

Bei der Operation findet sich vom Colon ascendens nach dem Colon transversum hinüberziehend ein flächenhafter Strang vom übrigen Darm isolirt, derselbe wird doppelt ligirt und getrennt. Sonst finden sich im Gebiet der alten Operationsnarbe keinerlei Verwachsungen, die sorgfältige Absuchung des Darmes ergibt nicht den geringsten Anhalt für eine Darmstenose. Die Wunde wird sachgemäss verschlossen und heilt reactionslos.

Bald nach der Operation dieselben Klagen, aufgetriebener Leib, starke Schmerzhaftigkeit, viel Erbrechen. Eisblase und Morphinum haben keinen Erfolg. Gleichzeitig auffallende Charakteranomalieen. Zunehmend unleidlich, chikanirt die Krankenschwestern, wo er kann, schellt sie in der Nacht ohne Grund heraus, verlangt Wasser, schüttet es dann fort, schimpft über das Essen, verlangt besseres Essen als die anderen, klagt über Zurücksetzung und schlechte Behandlung. Schimpft über die Aerzte, die hätten ihn kaputt gemacht, hätten ihn zuerst falsch operirt, beschmutzt absichtlich das Bett und dergleichen mehr. Wiederholte Krampfanfälle, häufig im Anschluss von Aufregungen, bei völlig erhaltenem Bewusstsein. Reisst sich mehrmals in der Aufregung den Verband ab. Schon drei Tage nach der Operation steht er auf und spielt Karten.

Am 28. Januar auf dringendes Verlangen nach Abheilung der Operationswunde aus dem Krankenhaus entlassen.

Schon am Tage nach der Entlassung stärkere Erregung, wird daher auf Veranlassung der Polizei wiederum dem städtischen Krankenhaus zugeführt. Hier zeigt er sich heftig aufgeregt, springt im Hemd durchs Fenster und läuft barfuss im Schnee herum, wird daher am 29. Januar in die Irrenanstalt verbracht. Hier war der Krankheitsverlauf folgendermassen:

29. Januar. Bei der Aufnahme ist Patient in leichter Erregung; als er die Abtheilung betritt, glaubt er in ein Wirthshaus zu kommen, verlangt ein Glas Cognak, zeigt ein recht unternehmendes Wesen. Wird für die Nacht in ein Einzelzimmer gelegt.

Als der Arzt kurze Zeit nach der Aufnahme das Einzelzimmer betritt, erscheint der Patient im Gegentheil deprimirt, weinerlich, klagt, dass er sich nicht wohl fühle, berichtet von den Operationen, die er durchgemacht, beklagt sich, dass er so strenge Diät im Krankenhaus bekommen, immer dieselbe Kost gehabt habe. Patient macht den Eindruck eines körperlich kranken Menschen, erscheint recht elend; klappert wie im Frost. Beklagt sich, dass man ihn in die Irrenanstalt gebracht habe, wozu doch kein Grund vorliege. Er erscheint psychisch völlig klar und orientirt.

30. Januar. Nach der ruhigen Wachabtheilung verlegt. Beklagt sich bei der Visite über die Behandlung, die er im Krankenhaus erfahren, er sei von der dortigen Oberschwester ganz vernachlässigt worden, schimpft über die einseitige Kost, wogegen er die hiesige Kost lobt. — Nachmittags bekommt Patient einen heftigen Schmerzanfall, windet sich jammernd im Bett, Gesicht geröthet. Die Schmerzen nach dem Benehmen des Patienten zu schliessen, äusserst heftig. Untersuchung des Abdomen giebt keine Erklärung hierfür. Die drei Operationsnarben reizlos. Erhält Morphinum injection und Eisbeutel. Abends klagt er noch immer über heftige Schmerzen, erhält daher eine zweite Injection. Epigastrium eingesunken. Abdomen unterhalb des Nabels leicht aufgetrieben. In der Nacht musste Patient wegen seiner heftigen Schmerzen eine dritte Injection erhalten.

2. Februar. Klagt über andauernde Leibscherzen, hat wiederholt Erbrechen grünlich gefärbter Massen, kein Fieber, nimmt nur Wasser zu sich. Erhält warme Umschläge auf den Leib, dagegen kein Morphinum, da die Erscheinungen für psychisch bedingt gehalten werden.

3.—10. Februar. Klagt fast beständig über heftige Leibscherzen, unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme fast regelmässig Erbrechen, einige Speisen behält er jedoch bei sich. In Folge des anhaltenden Erbrechens starker Kräfteverfall, Gesicht eingefallen, Puls schwach, Temperatur nicht erhöht, Stuhl angehalten. Psychisch sehr verstimmt, verlangt seine Entlassung.

13. Februar. Nahrungsaufnahme besser, weniger Klagen über

Schmerzen, aber noch häufiges Erbrechen direkt nach der Nahrungsaufnahme. Das Erbrochene riecht zuweilen deutlich kothig. Die Untersuchung des Abdomen ergibt negativen Befund.

15. Februar. Patient erhält jetzt Nährklystire, da er in Folge der unzureichenden Nahrungsaufnahme körperlich bedenklich heruntergekommen ist.

19. Februar. Seit gestern plötzlich völlige Aenderung des Zustandes, Patient fühlt sich sehr wohl, isst reichlich, behält alles bei sich, hat reichlich breiige Kothentleerungen.

22. März 1897. In den letzten Wochen andauernde Besserung. Beschäftigt sich fleissig, zeigt guten Appetit, hat körperlich sehr zugenommen. Schmerzhaftigkeit und Auftreibung des Leibes nicht mehr zu constatiren, dagegen noch immer etwas Neigung zum Erbrechen. Er ist in seinem Aeusseren im Vergleich zu den ersten Wochen des Anstaltsaufenthalts kaum noch wieder zu erkennen, hat sehr gesundes Aussehen. Als gebessert entlassen.

Nachtrag: Bald nach der Entlassung machte er einen anscheinend nicht ernsthaften Selbstunordversuch, indem er etwas Vitriol trank, seitdem ist nichts mehr von ihm zu erfahren gewesen.

Fall 2. Hysteria gravis bei einem 24jährigen Mädchen. Meteorismus, Erbrechen, Ovarialgie, hysterische Coxalgie, Sensibilitätsstörungen, hysterische Anfälle. Künstliches Erythem, Vortäuschung von Fieber, Urinverhaltung. Viermalige Laparotomie unter der Annahme einer Perityphlitis und Perforationsperitonitis.

Helene A., 24 Jahre alt, Näherin aus F. Vater Potator; starb im städtischen Krankenhaus, sonst über Heredität nichts bekannt. Eltern starben früh, Patientin wurde daher im Waisenhaus erzogen. Sie will damals bereits wiederholt an Anfällen gelitten haben, in denen sie plötzlich umfiel und bewusstlos wurde. Auch andere Mädchen im Waisenhaus sollen an Krämpfen gelitten haben, was sie häufig mit angesehen habe. Sie verdiente später ihren Unterhalt in F. mit Nähen, will auch hier zuweilen Anfälle gehabt haben, namentlich im Jahre 1894.

12. August 1894 zum ersten Mal ins städtische Krankenhaus in F. aufgenommen. Diagnose: Hysterie.

Patientin kommt wegen Schmerzen und Beweglichkeitsbeschränkung in der linken Hüfte. Die Schmerzen sollen seit vier Jahren bestehen. Seit August wurden dieselben heftiger, sollen auf Knie und Knöchel übergegangen sein; sie trug in Folge dessen bereits draussen drei Wochen einen Gypsverband. In den letzten Jahren auch häufiger Brechen von sauren Massen, welches allmählich zugenommen hat.

Bis 25. August auf der chirurgischen Abtheilung, da hier nichts gefunden wurde, auf die innere Abtheilung verlegt.

Patientin zeigte hier in den ersten Wochen erythemartige Flecken mit zum Theil oberflächlichen Verschorfungen auf Gesicht und Rumpf, die offenbar von absichtlicher Wärmeeinwirkung herrührten und ohne Therapie abheilten. Ausserdem klagt sie über Schmerzen im linken Bein und hält dasselbe in leicht adducirter Stellung, daher die entsprechende Beckenhälfte etwas gehoben. Wenn sie sich unbeachtet glaubt, geht sie längere Zeit, ohne die geringste Schmerzhaftigkeit erkennen zu lassen, im Garten spazieren. Eine Prüfung der Empfindlichkeit und Beweglichkeit des Hüftgelenkes ergibt bei Ablenkung der Aufmerksamkeit von den untersuchten Theilen keinerlei Abnormalitäten. Prüfung der Sensibilität ergibt überall Erhaltensein derselben und richtige Lokalisation. Schmerzgefühl überall gleichmässig stark herabgesetzt, tiefe Nadelstiche werden auf der ganzen Körperoberfläche, selbst im Gesicht, nur wenig empfunden, scharfes Kneifen aber empfindlich. Sonstiger Körperbefund ohne Besonderheiten, Leib nirgends stärker druckempfindlich, nur das linke Ovarium vielleicht etwas vergrössert und leicht empfindlich. 18. September 1894 als gebessert entlassen.

16. Februar 1895. Zweite Aufnahme ins städtische Krankenhaus. Diagnose: Hysteria magna. Patientin kommt wegen der alten Beschwerden, namentlich wegen der Gelenkschmerzen. Sie befindet sich in gutem Ernährungszustand. Der objective Befund ist gegen die früheren Befunde unverändert. Sie wird diesmal in einem Einzelzimmer untergebracht, ist noch ebenso eigensinnig wie früher, macht aber diesmal nicht so viel zu schaffen, da sie grösstentheils zu Bett liegt.

Tinct. Valeriana, dreimal täglich 20 Tropfen.

22. Februar. Auf eigenen Wunsch entlassen.

20. März 1895. Erste Aufnahme ins H.-G.-Spital in F. Diagnose: Ulcus ventriculi perforatum, Peritonitis, Salpingitis.

Patientin will bereits im December 1894 an Unterleibsentzündung behandelt worden sein. Vor vier Tagen erkrankte sie mit Magenschmerzen, bestehend in einem Gefühl von Druck und Stechen in der Magengegend, welches auch unabhängig vom Essen vorhanden ist. Nach Nahrungsaufnahme, einerlei welcher Art, trat seitdem Erbrechen und Durchfall verbunden mit Leibscherzen auf, kein Blut im Erbrochenen. Stuhlentleerungen erfolgen täglich ungefähr achtmal. Seit längerer Zeit Fluor albus.

Bei der Aufnahme Abdomen etwas aufgetrieben. Palpation fast überall schmerzhaft, besonders in der Magengegend und hier diffus. Sonstiger Körperbefund ohne Besonderheiten.

21.—29. März. Magen- und Leibscherzen meist anhaltend, häufig sehr heftig, Abdomen zeitweilig stark aufgetrieben, nach dem Essen wiederholt Erbrechen, auch bei leichter, flüssiger Nahrung. Starker Fluor albus, Unterleib linkerseits etwas druckempfindlich, auch neben der Wirbelsäule links eine sehr schmerzhaft Stelle.

6.—13. April. Besserung der Symptome, Abdomen weniger stark aufgetrieben. Magen an einer circumscripten Stelle druckempfindlich. Untersuchung per vaginam ergibt schmerzhaft Resistentz in der Gegend des linken Ovariums. Feste Kost wird jetzt auffallend gut vertragen.

14.—20. April. Wieder stärkeres Erbrechen, wiederholt 3—4 Speigläser voll, dabei heftige Magenschmerzen. Magengegend stark druckempfindlich, besonders in der Linea alba an einer Stelle. Im Erbrochenen einmal etwas blutige Beimischung. Patientin fühlt sich sehr elend und schwach, Puls klein. Häufiges Aufstossen. Hauptsitz der Schmerzen noch immer der Unterleib links. Stuhl angehalten.

21.—26. April. Patientin zeigt plötzlich hohes Fieber bis 40°. Erhebliche Verschlechterung des Allgemeinbefindens. In der linken seitlichen Partie des Abdomens Dämpfung, die nach oben in die Milzdämpfung übergeht und sich nach der Magengegend hinzieht. Schmerzen sehr stark, besonders in der linken Hälfte des Abdomen. Nahrung per os angesetzt.

26.—30. April. Allgemeinbefinden etwas besser. Die Dämpfung schon nach zwei Tagen nicht mehr deutlich nachzuweisen. Noch einige Male Erbrechen. Abendliche Temperatursteigerungen bis 38,6°. Urinentleerung schon seit mehreren Tagen nur durch Katheter. Heftige Kopfschmerzen, Puls klein, zeitweilig beschleunigt. Fortgesetzte Kampferinjectionen und Excitantien.

1.—11. Mai. Noch immer Erbrechen, namentlich im Anschluss von Aufregungen. Leib- und Magenschmerzen bestehen fort. Körperlich hinfällig und schwach. Fortgesetzte Nährklystire.

13.—16. Mai. Patientin bekam plötzlich wieder Fieber von 38,7° bei gleichmässigem Puls von 76 per min. Drei Stunden später Temperatur 39,3°, dabei abermals Puls von 78. Da diese Thatsache sehr auffallend erscheint, wird 9¼ Uhr abermals gemessen unter Controlle, dabei nur 36,6°. Seitdem wird Patientin im Rectum gemessen und hat kein Fieber mehr. Allgemeinbefinden besser, kein Erbrechen.

24. Mai bis 6. Juni. Verschafft sich wiederholt verbotene Speisen, Wurst, Brot u. dergl. Erbricht einmal beinahe 2½ Liter Flüssigkeit, geronnene Milch und Schleim. Wird schliesslich wegen fortgesetzter Widersetzlichkeit und Frechheit ins städtische Krankenhaus gebracht.

6. Juni 1895. III. Aufnahme ins städtische Krankenhaus. Diagnose: Ulcus ventriculi (?), Hysteria magna.

Die Untersuchung ergibt Empfindlichkeit der Magengegend auf Druck, nahe der Mittellinie mehr als seitlich, im Rücken links der Wirbelsäule wird eine bestimmte Stelle als schmerzhaft angegeben. Stuhl durchfällig. Keine Schmerzen, etwas Druck nach dem Essen, zeitweilig Erbrechen.

10. Juni auf eigenen Wunsch entlassen.

14. Januar 1896. II. Aufnahme ins H.-G.-Hospital. Diagnose: Ulcus ventriculi (?).

Patientin will nach ihrer letzten Entlassung häufig Erbrechen und zeitweilig Schmerzen in der Magengegend gehabt haben, namentlich im Anschluss an schwer verdauliche Speisen. Seit einigen Tagen wieder öfters Erbrechen, nachdem schon vorher stärkere Schmerzen in der Magengegend aufgetreten waren, die Schmerzen sind fast continuirlich, Stuhl angehalten, mitunter auch Diarrhoe. Untersuchung des Abdomen ergibt oberhalb des Nabels eine circa fünfmarkstückgrosse, schmerzempfindliche Stelle. Sonst nichts Besonderes.

Im weiteren Verlauf nur selten Erbrechen, klagt häufig über Schmerzen in der linken Seite, erhält entsprechende Diät.

10. Februar. Lässt sich wiederum Verstösse gegen die Hausordnung zu Schulden kommen, lässt sich von einer andern Mitpatientin Brot geben. Einige Tage vorher hat sie sich sogar ohne Wissen und Willen von Mitpatientinnen solches angeeignet. Wird sofort entlassen.

20. September 1897. Städtisches Krankenhaus in W. Diagnose: Perityphlitis acuta. Hysteria gravis.

Patientin erkrankte gestern mit Frost, Hitze und Erbrechen, das bis heute dauerte. Ausserdem Schmerzen in der rechten Seite und Ilcoecalgegend.

Vollständige Appetitlosigkeit. Vor drei Monaten angeblich Blinddarmentzündung.

Befund: Abdomen aufgetrieben, in der Ilcoecalgegend Druckempfindlichkeit, Resistenz, geringe Dämpfung. Zunge stark belegt, Stuhl angehalten.

23. September. Abends starke Auftreibung des Abdomens, das bei der geringsten Berührung schmerzhaft ist. Fieber bis 39,8°. Urinverhaltung.

24. September. I. Laparotomie. Schnitt parallel des Lig. inguinale dextrum. Nach Eröffnung des Peritoneum entleert sich klare, röthlich gefärbte Flüssigkeit. Im Colon ascendens findet sich ein etwa nussdicker Stein.

Der oben erwähnte Tumor erweist sich als die seitlich verlagerte, stark gefüllte Blase, die in grosser Ausdehnung des Peritoneum von

der Innenwand der Beckenschaukel abgehoben lat. Naht, Collodial-Verband.

27. September bis 3. October. In der ersten Nacht nach der Operation Temperaturabfall, seitdem wieder unregelmässiges Fieber bis 38,9°; andauerndes Erbrechen, starke Schmerzen in der Ileocoecalgegend, einige Näfte secretiren eitrig.

8. October. II. Laparotomie. Zunächst Eröffnung der alten Wunde, Tamponade derselben mit Jodoformgaze. Dann Eröffnung des Peritoneum in einem 2 cm der Mittellinie näher liegenden parallelen Schnitt. Befund völlig negativ. Verschluss der Operationswunde.

In den nächsten Wochen noch fortgesetzt Fieber, Schmerzhaftigkeit der Ileocoecalgegend, Erbrechen. Dazwischen zahlreiche hysterische Symptome: Sie führt die tollsten Schrei- und Tobsuchtszenen auf, muss tagelang isolirt werden, clicanierte die Schwestern in jeder Weise, urinirte ins Bett, klagt beständig über Urinanhaltung, verlangt ohne Grund, katheterisirt zu werden. Zeitweilig einige Tage ruhiger. Dann beginnt sie wieder über Schmerzen im Leibe zu klagen, wenn das nicht hilft, fängt sie an zu fiebern; allein wenn das Thermometer gehalten oder im Rectum gemessen wird, ist die Temperatur normal. Wiederholt wurde beobachtet, dass sie durch Drehen des Thermometers die Temperatur künstlich in die Höhe bringt, was sie auch später selbst zugegeben hat. Sobald sie sieht, dass das noch nicht hilft, fängt sie wieder an zu toben, muss dann regelmässig in die Zelle gebracht werden. So ging es Monate lang, bis sie im März 1898 eine dauernde Besserung zeigte. Sie wurde fleissig, arbeitsam, nahm körperlich zu, konnte am 26. April 1898 als gebessert entlassen werden.

Sie hat dann nach der Entlassung noch wiederholt Versuche gemacht, wieder ins Krankenhaus zu gelangen, was aber stets abgelehnt wurde.

3. August 1898. Schwesterhaus in F. Diagnose: Hysterie, unter Erscheinungen einer Peritonitis eingeliefert.

Patientin verspürt seit einigen Tagen wieder heftige Schmerzen in der rechten Bauchseite, nähte aber trotzdem weiter Maschine, am 3. August wurden die Schmerzen so heftig, dass sie sich an einen Arzt in der Stadt wandte, welcher ihr die Aufnahme in ein Krankenhaus anrieth, da sie wahrscheinlich operirt werden müsste.

Symptome: Erbrechen, heftige Koliken, in der Ileocoecalgegend schmerzhaft Resistent, verfällene Gesichtszüge, Respiration 40, Puls ganz klein, 70 in der Minute, Temperatur bis 40°, mässig starke Tympanie, Leib sehr empfindlich, nirgends deutliche Dämpfung, keine spontane Urinentleerung, muss katheterisirt werden.

Mit Rücksicht auf den schweren Gesamteindruck, ferner in Berücksichtigung der Dämpfung, die am Tage vorher constatirt, jetzt allerdings verschwunden war, wird eine Perforationsperitonitis angenommen und zur Operation geschritten.

III. Laparotomie. Patientin ist schwer zu chloroformiren, fragt wiederholt, obwohl sie sofort mit der Operation einverstanden war, in der Narkose: „werde ich auch davonkommen?“ Die Peritonealhöhle wird eröffnet, Befund völlig negativ, nirgends eine Spur von Exsudat oder entzündlichen Erscheinungen. Die Wunde wird durch Näfte sachgemäss verschlossen.

Abendtemperatur 37,2. Puls 70. Als während des Messens die Schwester sich auf eine Minute von der Kranken entfernt, wurde 38,5° am Thermometer constatirt, eine sofortige Nachprüfung ergibt 37,2°.

In der Folgezeit dieselben Erscheinungen, wie in den andern Krankenhäusern:

Sie klagt noch weiter über heftige Schmerzen, urinirt häufig ins Bett, nachdem ihr kurz vorher die Nachtschlüssel gereicht worden war, sucht den Verband zu verschieben und die Heilung der Wunde zu erschweren, schimpft über schlechte Behandlung, schreit und tobt stundenlang. Zuletzt klagte sie auch wieder über Schmerzen im rechten Hüftgelenk, hält das Bein, sobald Jemand im Zimmer ist, mit beiden Händen gestützt in die Höhe, glaubt sie sich unbeobachtet, so legt sie es ohne Mühe auf die Bettunterlage.

30. August. Wird ihrer Tante per Wagen zugeführt, kann angeblich nicht gehen. Einige Tage später wird sie auf der Strasse, flott gehend, gesehen.

17. September 1898. IV. Aufnahme ins städtische Krankenhaus. Diagnose: Appendicitis chronica. Hysteria gravis.

Seit 14 Tagen wird Patientin wieder heftigere Leibscherzen verspüren, gleichzeitig Erbrechen, Durchfall, abwechselnd mit Verstopfung.

Symptome: Abdomen etwas aufgetrieben, druckempfindlich, besonders in der Ileocoecalgegend und um den Nabel herum. Kein Tumor nachweisbar. Schmerzen von wechselnder Intensität, Temperatur nur 38°. Oefteres Aufstossen, kein Erbrechen. Stuhlgang.

19. September. IV. Laparotomie.

Medianschnitt zwischen Nabel und Symphyse. Eröffnung der Bauchhöhle, Därme etwas injicirt und aufgetrieben, keine stärkere Entzündung, kein Belag. Appendix leicht geröthet. Sonst alles normal. Der Appendix wird reseziert und der Stumpf übernäht. Keine Drainage. Schluss der Bauchwunde, Verband.

Bereits in den nächsten Tagen wieder die gleichen Beschwerden, heftiger Leibscherz, Erbrechen, dazu Auftreten der hysterischen Symptome. Sie tobt, schreit, reisst sich den Verband los, klagt über

Vernachlässigung, über heftige Schmerzen, gegen die nichts gethan werde, muss schliesslich isolirt und sogar chloroformirt werden.

28. September in die Irrenanstalt überführt.

Die Krankheitsgeschichte ergibt hier Folgendes:

Patientin ist in ihrem Verhalten sehr wechselnd. Sie liegt meist mit leicht deprimirtem, schmerzhaft verzogenem Gesichtsausdruck zu Bett, macht den Eindruck einer schwer Leidenden. Sie beschäftigt hierbei fast ununterbrochen eine Pflegerin, hat beständig die verschiedensten Wünsche, verlangt das Kopfkissen aufzuschütteln, das Bettuch zu glätten, Bettschlüssel, Wasser u. s. f. Geschieht dies nicht ihren Wünschen entsprechend, so fängt sie bald an zu schimpfen und über Vernachlässigung zu klagen, bereitet dann der Pflegerin alle möglichen Unannehmlichkeiten, schüttet scheinbar aus Versehen Wasser oder Kaffee über das Bett oder urinirt in dasselbe, indem sie behauptet, eine Blasenlähmung zu haben, was sie schon tagelang mit grosser Hartnäckigkeit fortgesetzt hat. Ausserdem klagt sie beständig über Leibscherzen, hat zeitweilig Erbrechen, namentlich dann, wenn sie nach ihrer Meinung unverdauliche Speisen genossen hat. Nachdem sie so tagelang relativ ruhig war, werden Leibscherzen und Erbrechen mit einer Mal heftiger, meist bei gleichzeitigem starken Meteorismus.

Sie fängt nun an, maasslos zu schimpfen, namentlich, wenn Besuch im Krankensaal anwesend ist, verlangt Mittel gegen ihre Schmerzen, es geschehe nichts für sie, sie gehöre nicht in die Irrenanstalt, verlange in ein Krankenhaus, hier verstanden die Aerzte nichts, schreit, tobt, lässt sich aus dem Bett fallen, ist durch nichts zu beruhigen, so dass meist eine vorübergehende Isolirung nothwendig wird. In der Zelle schreit sie furchtbar, schlägt stundenlang an die Thür, zeigt sich zeitweilig auch aggressiv. Während sie sonst schwer leidend erscheint und nur mit Unterstützung gehen zu können behauptet, zeigt sie sich in diesen Tobsuchtszuständen sehr kräftig und gewalthätig, läuft ohne jede Behinderung in der Zelle umher. Am nächsten Tage meist wieder ruhig. Mitunter verspricht sie schon nach kurzer Zeit, nachdem sie in die Zelle gekommen ist, wieder ruhig zu sein, verlangt auf ihre Abtheilung zurück, verhält sich in diesem Falle dann auch ruhig. In der ersten Zeit verlangt sie auch häufig wegen ihrer Blasenlähmung katheterisirt zu werden und urinirte tagelang ins Bett, als es nicht geschah.

In letzter Zeit ist eine entschiedene Besserung eingetreten. Sie ist freundlicher und zugänglicher, beschäftigt sich tagsüber, die Erregungszustände und angebliebenen Schmerzattacken sind seltener.

Körperlich zeigt sie eine deutliche Abstumpfung der Schmerzempfindung auf der rechten Körperhälfte, mit Ausnahme der unteren Gesichtshälfte — tiefe Nadelstiche werden hier kaum schmerzhaft empfunden —, ausserdem eine hyperästhetische Zone im Bereich der linken Brust- und Halsseite. Sie selbst giebt an, dass die ganze rechte Körperhälfte bei ihr unempfindlich sei.

Der Abdomen, besonders aber eine Stelle links unten vom Nabel, ist druckempfindlich. Erhebliche Intelligenzstörung nicht nachzuweisen. Sie weiss die verschiedenen Daten ihres Krankenhausaufenthaltes und der Operationen ziemlich genau anzugeben, weiss über ihr Leiden und die verschiedenen technischen Ausdrücke gut Bescheid, macht selbst den Arzt auf verschiedenes aufmerksam, was ihm etwa entgehen könnte. Sie erzählt ihre Krankheitsgeschichte mit zahlreichen Ausschmückungen, verschweigt einzelnes, übertreibt bei anderem.

Dass es sich in den beiden soeben geschilderten Fällen um schwere Formen von Hysterie handelt, brauche ich nicht auseinanderzusetzen. Die Art und Aufeinanderfolge der einzelnen Symptome, der stets negative Operationsbefund — die einige Male erwähnte leichte Injection des Processus vermiformis und den exstirpirten flächenhaften Strang bei dem ersten Patienten wird wohl niemand ernsthaft für die Ursache der Beschwerden ansehen —, der völlige Misserfolg der operativen Eingriffe, dazu der geistige Zustand der Patienten lassen keinen Zweifel an der Diagnose aufkommen. In beiden Fällen wurden durch die Hysterie organische Erkrankungen des Intestinaltractus vorgetäuscht, und zwar so intensiv, dass in dem einen Falle zweimal, in dem anderen Falle viermal innerhalb eines Jahres zur Operation geschritten wurde. Im ersteren Falle handelt es sich mehr um die Symptome eines Darmverschlusses, im zweiten Falle mehr um die einer Perforationsperitonitis. Die örtlichen Erscheinungen sind meist auf die Ileocoecalgegend beschränkt, bei der zweiten Patientin eine Zeit lang auch auf die Magengegend. In beiden Fällen ist die Entstehung der einzelnen Symptome deutlich zu verfolgen.

Bei dem ersten Kranken ist das Hauptsymptom ein häufig und meist anfallsweise auftretender Meteorismus, verbunden mit starker Schmerzhaftigkeit des Leibes. Dieses Symptom trat zum ersten Mal im Anschluss an einen hysterischen Anfall auf und war anfangs so ausgesprochen, dass die Diagnose Hysterie ohne weiteres gestellt werden konnte. Auch das auffallende Schwanken in der Pulsfrequenz, welches schon damals beobachtet wurde, liess sich

hiermit sehr gut in Einklang bringen. Nachdem der Patient wegen dieses Leidens bereits mehrere Krankenhäuser aufgesucht hatte, gesellten sich nun zu diesen ersten Symptomen noch eine Anzahl anderer Krankheitserscheinungen, welche die Diagnose erschweren mussten, Erbrechen, Temperatursteigerung, schmerzhafte Resistenz in der Ileocoecalgegend. Das Erbrechen ist hierbei entschieden ein hysterisches Symptom, das in diesem Falle anfangs überhaupt nicht besonders hervortrat und erst nach der zweiten Operation in der Irrenanstalt zu bedrohlichen Erscheinungen führte. Ich möchte die Vermuthung aussprechen, dass vielleicht die häufigen Chloroformnarkosen und die intensive Darreichung von Morphium in diesem Falle zur Steigerung dieses Symptoms beigetragen haben. Die Temperatursteigerung war entweder artefiziell, wie bei der zweiten Kranken, oder durch die bei diesem Patienten häufig erwähnte hartnäckige Stuhlverhaltung bedingt. Das letztere ist vielleicht wahrscheinlicher, zumal die Temperatur nie erheblich über 38° stieg und meist mit der Darmentleerung herunterging. Die Druckempfindlichkeit der Ileocoecalgegend dürfte wohl nichts anderes darstellen, als eine hyperästhetische Zone, die auf suggestivem Wege durch die zahlreichen Untersuchungen in den verschiedensten Krankenhäusern entstanden war. Bei der Art der Symptome, welche der Kranke darbot, kann es keinem Zweifel unterliegen, dass die Untersuchungen der Aerzte vorwiegend auf diese Gegend gerichtet waren. Die einige Male wahrgenommene Resistenz an dieser Stelle kann wohl nur auf einer Selbsttäuschung des untersuchenden Arztes beruht haben, wofern man nicht hierfür, wie einige wollen, umschriebene Contractionen der Bauchmuskulatur verantwortlich macht. Dass das auffällige Zusammentreffen dieser Symptome zu einer Fehldiagnose führen konnte, ist sehr verständlich, zumal wenn man berücksichtigt, dass der Kranke in seinem ganzen Verhalten, in seinen heftigen Schmerzensäusserungen, seinen tief deprimierten und leidenden Gesichtszügen, seinem häufig stark beschleunigten Pulse, einen schweren Allgemeinzustand vortäuschte. Nur die eingehende Berücksichtigung seiner Vorgeschichte, die Ausschmückung des angeblichen Unfalles, das negative Ergebniss der ersten Operation, die wiederholten hysterischen Anfälle hätten vielleicht zur richtigen Diagnose leiten können, die in diesem Falle erst nach der zweiten Operation gestellt wurde. Wie schwierig immerhin die Diagnose gerade in diesem Falle war, bewies uns der Kranke noch später in der Irrenanstalt, wo das beständige Erbrechen in Verbindung mit den heftigen Schmerzattacken ein derartig schweres Allgemeinbild hervorrief, dass wir trotz der zahlreichen hysterischen Symptome noch lange schwankten, ob es sich nicht doch um Combination mit einem organischen Leiden handeln könne. Erst das plötzliche Verschwinden aller Symptome und die schnelle Besserung machte die Diagnose Hysterie zur Gewissheit.

Noch interessanter sind die Erscheinungen bei der zweiten Kranken. Sie kommt zuerst wegen Schmerzen im rechten Hüftgelenk ins Krankenhaus, und es gelingt ohne weiteres, aus der Art der Schmerzen und der örtlichen Untersuchung die Diagnose auf hysterische Coxalgie zu stellen. Sie zeigt schon damals eine ausgesprochene Neigung, Krankheit zu simuliren und durch Selbstbeschädigung das Interesse der Aerzte zu erregen. So producirt sie anfangs das artefizielle Erythem. Nach wiederholtem Krankenhausaufenthalte gesellen sich nun hierzu noch andere Erscheinungen, welche die Diagnose schwieriger gestalten, häufiges Erbrechen, aufgetriebener Leib, Diarrhöen und leichte Druckempfindlichkeit des Abdomens, zuerst besonders in der Ovarialgegend. Im Krankenhaus wird die Diagnose auf *Ulcus ventriculi* gestellt und eine entsprechende Behandlung eingeleitet. Die Localerscheinungen, die anfangs noch nicht recht deutlich vorhanden waren, werden im Verlauf des Krankenhausaufenthalts deutlicher, es zeigt sich eine circumscribte Druckempfindlichkeit in der Magengegend, auch der übliche Druckpunkt links der Wirbelsäule kommt zum Vorschein, einmal findet sich auch Blut im Erbrochenen. Diese Symptome halten eine Zeit lang in wechselnder Intensität an, bis plötzlich eines Tages Fieber auftritt. Dass dieses Fieber schon damals den Praktiken der Patientin seine Entstehung verdankte, ergibt ein Vergleich der beigelegten Puls- und Temperaturcurve zur Evidenz. Während die Kranke bei $38,1^{\circ}$ Temperatur an demselben Tage Mittags 80 Pulse zeigte, hat sie Abends bei $40,1^{\circ}$ Temperatur 78 Pulse. Dieses merkwürdige Missverhältniss zwischen Puls und Temperatur findet sich bei ihr fast regelmässig, und es ist in der That wunderbar, dass dies nicht schon damals den behandelnden Aerzten auffiel. Der Ursprung der Temperatur-

steigerung wurde verkannt, man nahm einen Durchbruch des Ulcus und circumscribte Peritonitis an. In der That wurde auch eine sehr ausgedehnte seitliche Dämpfung in der Magengegend und starke Schmerzhaftigkeit, gleichzeitig zunehmender Kräfteverfall constatirt. Ein Beweis, wie vorsichtig man bei Beurtheilung derartiger Untersuchungsergebnisse sein muss, sobald man auf Grund gewisser Momente nach einer bestimmten Richtung von vornherein untersucht. Die Dämpfung verschwand schon nach wenigen Tagen, die Kranke wurde jedoch auf Grund der Diagnose noch Wochen lang nur per Klysma ernährt, bis man erkannte, dass sie sich heimlich Brot und andere unverdauliche Speisen zu verschaffen wusste, die ihr Magen auch offenbar gut vertrug. In ähnlicher Weise trat nun dieser Symptomencomplex zu wiederholten Malen auf, jedoch stetig intensiver und mehr auf ein bestimmtes Krankheitsbild zugeschnitten. Die Grundlage war das heftige Erbrechen, welches auch in der Zwischenzeit nach Angabe der Patientin nie ganz verschwand und mit der Heftigkeit der Darmerscheinungen sich steigerte. Weitere Symptome waren der Meteorismus in wechselnder Stärke, vermehrte Peristaltik, Schmerzhaftigkeit des Leibes und hohes Fieber, zeitweilig stark beschleunigter Puls. Ausserdem Wochen lang andauernde Urinretention. Diese Symptome, mit Ausnahme des letzten, passen in der That sehr gut in das Bild einer Perforationsperitonitis. Rechnet man hierzu den schweren Gesamteindruck, den die Kranke namentlich durch ihre leidenden Gesichtszüge, durch ihr ganzes Benehmen zu erwecken wusste, so ist es immerhin zu verstehen, wenn sie auf Grund dieser Symptome zu wiederholten Malen la-

Fig. 113.

paratomirt wurde, zumal wenn man ohne Misstrauen ihrer Schilderung von den vorausgegangenen Krankheitszuständen Glauben schenkte. Meist erst während der Abtheilung der Operationswunde, als die Symptome sich nicht besserten und ihre auffallenden hysterischen Charakterzüge mehr hervortraten, wurde man stutzig, und nun ergab ihre Vorgeschichte ohne weiteres die Aetiologie dieser Symptome.

Wäre es möglich, die richtige Diagnose in solchen Fällen schon beim Auftreten der ersten bedrohlichen Erscheinungen zu stellen und dadurch derartigen Kranken die wiederholten chirurgischen Eingriffe zu ersparen? Ich glaube wohl, falls man einzelnen Erscheinungen hierbei etwas mehr Beachtung schenken würde. Das meist auffallende Missverhältniss zwischen dem relativ guten Allgemeinfinden und den schweren Lokalerscheinungen, der schnelle Wechsel der Symptome, namentlich im Meteorismus und Erbrechen, das schwere Krankheitsbild, was die Kranken häufig in Gegenwart des Arztes darbieten, im Gegensatz zu ihrem sonstigen Verhalten auf der Abtheilung, das schon mehrmals erwähnte Missverhältniss zwischen Temperatursteigerung und Pulsfrequenz, die zahlreichen hysterischen Symptome, weisen deutlich genug auf die Aetiologie dieser Zustände hin. Und wenn auch die erste Laparotomie bei dem schweren Krankheitsbilde durchaus verständlich erscheint, so muss doch ein völlig negativer Operationsbefund in Verbindung mit der Fortdauer der Symptome nach der Operation entschieden zu Zweifeln und weiterer Nachforschung Veranlassung geben, zumal wenn die psychischen Symptome an der Diagnose „Hysterie“ keinen Zweifel lassen.

Man kann wohl nur annehmen, dass in den meisten Fällen die Unbekanntschaft mit diesen Formen der Hysterie die wiederholten irrtümlichen Operationen hauptsächlich veranlasst hat. So wird es auch verständlich, dass häufig selbst nach Erkennung des psychischen Zustandes noch immer an der organischen Erkrankung festgehalten wurde.

Fälle ähnlicher Art sind bereits wiederholt in der Litteratur erwähnt. Schon ältere Autoren, wie Peter Frank¹⁾, berichten von derartigen Darmerscheinungen auf hysterischer Basis. Später hat besonders Spencer Wells²⁾ die Aufmerksamkeit auf diese Zustände gelenkt, in neuerer Zeit haben Talma³⁾ und Krukenberg⁴⁾ ähnliche Beobachtungen mitgeteilt.

Fälle, in denen auf Grund hysterischer Darmerscheinungen zur Laparotomie geschritten wurde, sind bisher allerdings wenig bekannt. Lusseaux⁵⁾ berichtet von einem Fall dieser Art, bei welchem auf Grund einer vermeintlich organischen Darmstenose die Laparotomie gemacht wurde.

Mikulicz⁶⁾ stellte in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur in Breslau im Jahre 1895 eine Hysterica vor, bei der in Folge jahrelang bestehender Ileusercheinungen wiederholt operative Eingriffe vorgenommen worden waren. Strauss⁷⁾ berichtete in neuester Zeit von einer Hysteria virilis unter dem Bilde der chronischen Darmstenose, bei der zweimal auf Grund dieser Symptome die Laparotomie mit völlig negativem Erfolg ausgeführt worden war. Trotz dieser sehr spärlichen Kasuistik glaube ich annehmen zu dürfen, dass diese Fälle wohl noch häufiger den Chirurgen beschäftigen, aber nur selten in ihrer wahren Natur erkannt werden⁸⁾.

Es hiesse die Frage der Hysterie hier von neuem aufrollen, wollte ich mich über die Pathogenese dieser Zustände näher verbreiten. Nur einige Punkte möchte ich kurz hervorheben. Ich werde in dieser Versammlung wohl kaum Widerspruch begegnen, wenn ich die Hysterie als eine Form der degenerativen Psychosen bezeichne, die namentlich zu den schwereren Formen derselben zahlreiche Beziehungen hat.

Von diesem Gesichtspunkt werden uns auch jene Hysterieformen, um welche es sich hier handelt, viel leichter verständlich. Bei diesen Zuständen, bei denen organische Erkrankungen des Intestinaltractus vorgetäuscht werden, findet sich meist eine Symptomgruppe vorherrschend, die wir auch sonst häufig im Bilde der Hysterie finden, Erbrechen, Meteorismus, Hyperästhesien. Das hysterische Erbrechen ist bekanntlich eines der häufigsten und unangenehmsten Symptome dieser Krankheit und wohl in den meisten Fällen psychogenen Ursprungs, d. h. durch Vorstellungen bedingt. Ich meine, dass dies schon daraus hervorgeht, dass in allen derartigen Fällen sehr electiv erbrochen wird, alles, was nach der subjectiven Meinung der Kranken schwer- oder unverdaulich ist, wird sicher wieder herausbefördert, während andere, schwer verdauliche Speisen, die in etwas umschriebener Form ihnen gereicht werden, wie Käse, Obst, saure Salate, Mehlspeisen und dergleichen häufig behalten werden. Auch ist dies Erbrechen von der momentanen Stimmung der Kranken ausserordentlich abhängig und suggestiven Einflüssen sehr zugänglich. Widersprochen wird dem durchaus nicht durch den Umstand, dass das Erbrechen zeitweilig sehr heftig werden und dadurch den Ernährungszustand so erheblich beeinflussen kann, dass man schliesslich zur Ernährung per Klysma schreiten muss.

Der Meteorismus bei diesen Zuständen ist wohl ebenfalls einer psychischen Erklärung zugänglich und hauptsächlich durch Schlucken von Luft bedingt. Bei der an den Strauss'schen Vortrag in der Gesellschaft der Berliner Charitéärzte sich anschliessenden Discussion erzählte A. Westphal⁹⁾ von einer Hysterica mit ausgesprochenem Meteorismus, bei der man wiederholt beobachten konnte, dass sie sich zeitweilig unter der Bettdecke zu verstecken

suchte, die Nase zuhielt und Schluckbewegungen machte. Auch ohne diese Vorbereitungen ist es bekanntlich vielen Menschen durch Uebung möglich, reichliche Mengen von Luft zu verschlucken. Wir werden daher diesen Mechanismus für das Zustandekommen der Darmauftreibung wohl hauptsächlich heranziehen müssen, zumal sich sonst das äusserst willkürliche Hervorbringen des Meteorismus, wie wir es namentlich bei der zweiten Kranken wiederholt beobachten konnten, kaum erklären liesse. Ob man ausserdem auch noch auf eine mangelnde Schlussunfähigkeit des Pylorus zurückgreifen braucht, wie Ebstein¹⁾ es will, halte ich kaum für nöthig. Aus einem stark durch Luft geblähten Magen wird stets allmählich soviel Luft in den Darm gelangen, um denselben meteoristisch aufzutreiben. Die Annahme einer Atonie der Darmmuskulatur oder circumscripiter Spasmen dürfte wohl nur für wenige Fälle Gültigkeit haben, noch am ehesten für die circumscripiten Formen der hysterischen Tympanites, der sogenannten hysterischen Phantomgeschwulst. Bei unserem ersten Kranken, bei dem anfangs der Meteorismus im engsten Zusammenhang mit den hysterischen Anfällen auftrat, könnte man vielleicht an derartige Zustände denken. Doch spricht gegen die Atonie die auch hier meist beobachtete starke Darmperistaltik. Offenbar müssen zu diesen Symptomen noch andere Momente hinzutreten, um die schwere Täuschung sachverständiger Aerzte herbeizuführen. Hierzu gehört in erster Linie die ausserordentliche Suggestibilität derartiger Kranken, die durch die fortgesetzten ärztlichen Untersuchungen immer nach einer bestimmten Richtung beeinflusst werden und so schliesslich alles das produciren, was der Arzt bei ihnen zu finden wünscht. Von diesem Gesichtspunkt aus sind namentlich die circumscripiten Hyperästhesien, der Ileocöcalschmerz, die Druckempfindlichkeit der Magengegend zu beurtheilen, deren Entstehen wir ja grade bei unsern Kranken so gut verfolgen konnten. Hierzu kommt noch die aus dem hysterischen Charakter, dem grenzenlosen Egoismus derartiger Kranken entspringende Sucht, interessant zu erscheinen, möglichst beachtet zu werden, das Interesse der Aerzte zu erregen. Aus diesen Motiven entspringen die bewussten Täuschungen, der Selbstbeschädigungstrieb, die Neigung künstliche Fiebertemperaturen zu erzeugen und dergleichen mehr. Wie gut dies derartigen Kranken zuweilen gelingt, beweist unser zweiter Fall, wo offenbar die ärztliche Diagnose durch dieses arteficielle Fieber wiederholt erheblich beeinflusst worden ist.

Uebrigens ein schöner Beweis für das Zustandekommen von Fieber bei Hysterischen, das ja immer wieder in der Litteratur auftaucht!

Alle diese Momente sind aber noch nicht erschöpfend für das Zustandekommen derartiger hysterischer Zustände. Offenbar haben hierbei auch autosuggestive Einflüsse eine grosse Bedeutung: die Kranken leben sich allmählich so in ihre Rolle hinein, dass sie von ihrem schweren Leiden völlig überzeugt sind, sie werden so zu sagen wirklich krank, obgleich sie anfangs nur krank scheinen wollen. Das, was anfangs noch bewusste Täuschung war, assimiliert sich schliesslich den übrigen Vorstellungsreihen so fest, dass sie es selbst nicht mehr als Täuschung erkennen. Nur so ist es zu erklären, dass sich derartige Kranke schliesslich fortgesetzt den schwersten Operationen unterwerfen, was bei Bestehen auch nur der geringsten hemmenden Vorstellungen nicht zu verstehen wäre. Von Interesse ist ferner der periodische Verlauf dieser Zustände mit längeren Intervallen relativer Gesundheit, ähnlich wie bei anderen hysteroiden Zuständen.

Ueber die Therapie dieser Hysterieformen kann ich mich kurz fassen. Sie deckt sich im allgemeinen mit der Therapie der Hysterie überhaupt. Für diese Kranke ist es vor allem nothwendig, dass sie aus den allgemeinen Krankenhäusern, für die sie in Folge ihres psychischen Zustandes, ihrer beständigen Reizbarkeit, Unzufriedenheit, Aufsessigkeit, eine wahre Geissel sind, möglichst bald entfernt werden. Die fortgesetzten ärztlichen Maassnahmen, denen sie hier unterworfen werden, sind für dieselben ein wahres Gift, welches ihre Zustände meist bald verschlimmert. Derartige Kranke gehören in eine geschlossene Anstalt, in der allein eine Hauptbedingung für die Therapie, das bewusste Ignoriren aller ihrer Klagen erfüllt werden kann. Häufig genügt schon die Verbringung in die Irrenanstalt, um eine schnelle Besserung aller Symptome herbeizuführen. Man wird ausserdem durch geeignete therapeutische Maassnahmen, kräftige Ernährung, Bäder, den All-

¹⁾ Cit. nach Hensch, Klinik der Unterleibskrankheiten, S. 727, fgg.

²⁾ Diagnosis and surgical treatment of abdominal tumours, London 1885.

³⁾ Berliner klinische Wochenschrift 1886.

⁴⁾ Archiv für Gynäkologie Bd. XXIII.

⁵⁾ Cit. nach Treves, Darmobstruction. Leipzig 1886.

⁶⁾ Deutsche medicinische Wochenschrift 1895, No. 19.

⁷⁾ Berliner klinische Wochenschrift 1898, No. 38.

⁸⁾ So haben wir gegenwärtig einen Kranken in Beobachtung, der auf Grund hysterischer Symptome unter der Annahme eines Hirntumors bereits zweimal irrtümlich trepanirt worden ist.

⁹⁾ Berliner klinische Wochenschrift, 1898, No. 43.

¹⁾ Neurologisches Centralblatt, 1883, S. 25.

gemeinzustand zu heben suchen, durch Anregung zur Beschäftigung und Zerstreuung auf die Psyche einwirken. Eventuell kann man auch suggestive Beeinflussung, vielleicht auch den faradischen Strom heranziehen. Durch diese Maassnahmen gelingt es meist bald, den Kranken die Ueberzeugung beizubringen, dass sie sich auf dem Wege der Besserung, ja völligen Genesung befinden. Man kann sie dann meist nach einiger Zeit als gebessert und arbeitsfähig aus der Anstalt scheiden sehen. Die Aussicht auf dauernde Besserung ist allerdings auch hier, wie bei allen schweren Hysterieformen gering. Unter den Einflüssen von Nahrungssorgen, gemüthlichen Aufregungen, häufig auch ohne äussere Veranlassung, kommt es meist bald wieder zu Rückfällen. So machte der erste Kranke schon bald nach seiner Entlassung einen Suicidversuch, die zweite Kranke, die sich gegenwärtig auf dem Wege der Besserung befindet, wird voraussichtlich bald zur Entlassung kommen. Auch sie wird, das kann man mit Sicherheit voraussagen, in kürzerer oder längerer Zeit wieder unter denselben Symptomen, wie die vorhergehenden Male, das Krankenhaus aufsuchen, und wenn wir auch auf ihren Leib ein „Cave“ tätowiren würden, wie es ein College vorgeschlagen hat, — dasselbe ist in Gestalt der vier Operationsnarben eigentlich schon vorhanden — so wird sie doch bei den schnell auftretenden bedrohlichen Erscheinungen voraussichtlich bald wieder einer neuen Laparotomie unterzogen werden. Hoffen wir im Interesse der Kranken, dass dieselbe den gleichen günstigen Ausgang nimmt, wie die vier vorhergehenden Male.