XX.

Casuistische Beiträge zur Hysteria virilis.

Aus der medicinischen Klinik des Herrn Prof. Eichhorst in
Zürich.

Von

Dr. med. Gottfried Leuch,

gewes. Secundararzt der med. Klinik.

Im strengen Sinne des Wortes genommen ist der Ausdruck „Hysteria virilis“ sinnlos, da er andeutet, dass eine nothwendige Bedingung zur Entstehung dieser Krankheit die Anwesenheit eines Uterus, einer *ὑστέρα*, sei. Infolge dessen hat es auch nicht an Versuchen gefehlt, diesen Ausdruck aus der klinischen Terminologie zu eliminiren und durch einen passenderen zu ersetzen; so hat beispielsweise Lanoaille de Lachèse¹⁾ vorgeschlagen, die Hysterie der Männer mit dem Namen Taraxis zu belegen, worunter das Gegentheil der Ataraxia (Seelenruhe) der alten Griechen zu verstehen wäre. Allein der Name Hysteria virilis hat sich in der klinischen Terminologie bereits so sehr eingebürgert, dass alle derartigen Versuche, ihn aus derselben zu streichen, fehlschlagen werden.

Die zutreffendste Antwort auf die Frage, was man unter dem Begriffe Hysterie heutzutage verstehe, scheint uns bis jetzt Möbius²⁾ geliefert zu haben, der als hysterisch alle diejenigen krankhaften Veränderungen des Körpers bezeichnet, welche durch Vorstellungen verursacht werden. Allein auch diese Definition lässt noch zu wünschen übrig, da auch sie noch nicht einen ganz freien Einblick in das Wesen der Hysterie, die bis heute noch immer als die räthselhafte Neurose par excellence bezeichnet werden muss, zu gewähren vermag. Allein Zweck dieser Arbeit kann es nicht sein, den undurchdringlichen Schleier, der auf der Hysterie liegt, zu zerreißen; eine solche Riesenarbeit trauen wir uns nicht zu. Je genauer und

1) Schmidt's Jahrb. 1886. Bd. CCIX. S. 218.

2) Centralblatt für die medicinische Wissenschaften. 1888. S. 632.

sicherer die Symptome einer Krankheit bekannt sind, um so eher steht zu hoffen, einen vollen Einblick in das Wesen dieser Krankheit gewinnen zu können. Sind endlich einmal alle Erscheinungsformen der Hysterie durch mühsame Arbeit zusammengetragen, ähnlich wie bei einem fertigen Baue ein Stein sich auf den anderen aufbaut, dann wird auch die Erkenntniss des Wesens dieser Krankheit nicht mehr lange auf sich warten lassen, dann wird sie für uns nichts Räthselhaftes mehr an sich haben. Nur von dieser Erwägung ausgehend haben wir es gewagt, zu dem Vielen, ja fast Unendlichen, das bereits über Hysterie geschrieben wurde, noch ein Mehr hinzuzufügen.

Fall I. Jacob Weiss, 25 Jahre alt, Landwirth.

Anamnese: Hereditäre Belastung ist nicht vorhanden. Patient hat schon einige Male für einen oder mehrere Tage an Retentio urinae gelitten, so dass der Harn mit dem Katheter entleert werden musste.

Status: Mitteltgrosser, kräftiger Mann mit guter Musculatur. Wegen des Unvermögens, spontan zu uriniren, liess sich Patient auf die Klinik aufnehmen, wo er während 3 Tagen 2mal täglich katheterisirt werden musste. Eine Stricture an der Urethra liess sich nicht nachweisen, ebensowenig ein anderer objectiver Befund, ausser dass das Benehmen des Kranken während des ganzen Spitalaufenthalts etwas Theatralisches an sich hatte.

Fall II. Albert Thommen, 13 Jahre alt, Schüler.

Anamnese: Keine hereditäre Belastung. In frühester Jugend Marnern. — Seit 3 Wochen befällt den Patienten in unregelmässigen Intervallen und oft bis zu 3 Stunden andauernd ein eigenthümliches Gefühl von Engigkeit, das vom Magen zum Halse aufsteigt. Schluckbeschwerden, schnelle Athmung und beschleunigte Herzbewegung folgen diesem Anfall, ebenso Erscheinungen von Schwindel. Dazu beobachtete die Umgebung, dass Patient während dieser Anfälle oft grimassenartige Verzerrungen seines Gesichtes zeigte.

Status: Ziemlich kräftig entwickelter Junge, ohne objectiven Befund. Die subjectiven Beschwerden beziehen sich auf hie und da auftretende Dyspnoe und Kratzen im Halse. Die in der Anamnese angegebenen Anfälle konnten im Spital nie constatirt werden.

Fall III. Heinrich Streuli, 14 Jahre alt, Schüler.

Anamnese: Der Junge, dessen Vater geisteskrank ist, war immer ein schlechter Schüler, sonst aber ein gut gearteter Knabe. Im December 1887 trank Patient einmal mit einem Freunde ca. 1—1½ Liter Wein und stürzte dann beim Verlassen der Wirthschaft bewusstlos zu Boden. In diesem Zustande konnten Nadeln tief in die Weichtheile eingestochen werden, ohne dass der Junge hierauf reagirte. Auf diesen Anfall folgte ein 4 Wochen dauerndes freies Intervall; seither aber tritt Tag für Tag ein Anfall ein.

Status: Für sein Alter ziemlich kräftiger Knabe, der bei der Aufnahme folgenden Befund zeigt: Patient liegt ruhig athmend mit geschlossenen Augen da; hie und da treten clonische Zuckungen in beiden Armen ein. Ganz plötzlich wird die Athmung keuchend und beschleunigt. Als man versucht, gewaltsam die Augen zu öffnen, kneift er die Lider stark zusammen. Bei Kneifen in die Beine reagirt Patient, auf Anrufen aber nicht. Dagegen schlägt er beim Bespritztwerden mit kaltem Wasser die Augen auf und giebt mit aphonischer Stimme auf an ihn gestellte Fragen Auskunft. Als man ihn dann etwas anschreit, laut zu sprechen, gelingt dies ohne Weiteres. Zahneindrücke finden sich keine an der Zunge. — Während der Untersuchung fährt Patient plötzlich zusammen und schliesst die Augen wieder; als man ihn aber auffordert, diese Dummheiten zu lassen, öffnet er sie ohne Weiteres wieder. Die subjectiven Klagen beziehen sich auf Schwindel und Kopfweh.

Während der nächsten 2 Tage hat Patient mehrere den oben beschriebenen analoge Anfälle; von da an werden sie prompt coupirt durch Aufschütten von kaltem Wasser auf den Kopf, nachdem dem Patient vorher gesagt worden war, dass diese Procedur ihn heilen werde.

Fall IV. Albert Spörri, 26 Jahre alt, Spinner.

Anamnese: Keine erbliche Belastung. Vor 3 Jahren Gelenkrheumatismus, vor 2 Jahren starke Durchnässung mit nachfolgender Heiserkeit.

Status: Mitteltgrosser, gracil gebauter Mann von schlechter Ernährung. Patient spricht vollständig aphonisch, hustet dagegen laut und bellend. Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt vollständig freie Beweglichkeit der Stimmbänder bei der Inspiration; dagegen zeigt die Stimmritze beim Versuch der Phonation eine von vorn nach hinten reichende ovale Gestalt (Lähmung der Mm. thyreo-arytaenoid. interni). Bei einer einmaligen intralaryngealen Faradisation spricht Patient laut, nachher aber wird er sofort wieder aphonisch. — Einige Tage später wird dann die Sprache plötzlich ohne jegliche Veranlassung laut und bietet die laryngoskopische Untersuchung nichts Besonderes mehr dar.

Fall V. Johann Stettbacher, 27 Jahre alt, Landarbeiter.

Anamnese: Hereditäre Belastung nicht nachweisbar. In früheren Jahren machte Patient Pneumonie und Abdominaltypus durch.

Status: Mitteltgrosser, kräftig gebauter und gut genährter Mann, der über Schmerzen in der Stirn und im Nacken, sowie über Ziehen in den Waden klagt. Ferner klagt Patient darüber, dass er den Urin nicht gut lassen könne; die Blase reicht bis zum Nabel, so dass Katheterismus nöthig ist. Einige Stunden nach dem Spitaleintritt zeigt Patient plötzlich Streckkrampf der Extremitäten- und Rumpfmusculatur. Anfallsdauer 10 Minuten. In den folgenden Tagen treten noch einige Anfälle ein, während welcher die Respirationsfrequenz auf 60—70 ansteigt. Behufs Auscultation des Herzens wird Patient während des Anfalles aufgefordert den Athem anzuhalten; prompt kommt er diesem Befehle nach, um sofort nach Beendigung der Herzauscultation wieder stark erhöhte Athemfrequenz zu zeigen. Puls auch während des Anfalles nie beschleunigt.

Fall VI. Heinrich Schellenberg, 34 Jahre alt, Maler.

Anamnese: Patient, der von gesunden Eltern stammt, hat einen Bruder, der an Epilepsie leidet. Seit $\frac{1}{4}$ Jahr hat Patient tagtäglich mehrmals Erbrechen.

Status: Mittelmässiger, kräftig gebauter und gut genährter Mann, der über häufiges Einschlafen der Füsse, Erbrechen und erschwerte Exurese klagt. Hie und da wird Tachycardie (bis 132 pro Minute) beobachtet. Ein hysterischer Anfall trat nur 2 mal ein; seine Dauer betrug 10 Minuten. Das Bewusstsein während desselben war erhalten und klagte Patient dabei über reissende Schmerzen in den Beinen. Häufige clonische Zuckungen in den 4 Extremitäten. Pulszahl während des Anfalles 140. Trotz des fast täglichen reichlichen Erbrechens hatte Patient während des 4 wöchentlichen Spitalaufenthaltes 2 Kgrm. an Körpergewicht zugenommen.

Fall VII. Jacob Isler, 20 Jahre alt, Landwirth.

Anamnese: Keine hereditäre Belastung.

Status: Ein kleiner, schlecht genährter Patient, der über Aufsteigen eines Knäuels aus der Magenenge bis zum Halse mit nachfolgendem Würgegefühl klagt. Ausser Area Celti vollständig negativer objectiver Befund.

Fall VIII. Emil Eberhard, 18 Jahre alt, Färber.

Anamnese: Keine erbliche Belastung. Dem Patienten wurde am Tage vor dem Spitaleintritt beim Treppensteigen schlecht; er legt sich deswegen an die Sonne und beginnt hier plötzlich zu toben.

Status: Mittelmässiger, kräftig gebauter, gut genährter Mann mit bald oberflächlicher, bald tiefer Athmung. Augen geschlossen. Mit den Armen werden häufig Zupf- und Greifbewegungen gemacht. Finger und Hände sind bald in Krallenstellung und bald wieder zur Faust geballt. Leichter Opisthotonus, der Kopf nach hinten ins Kissen gebohrt. Auf energisches Zureden öffnet Patient die Augen und giebt auch ganz vernünftige Antworten. Sensible Störungen bestehen nicht. Dauer des Anfalls 3 Stunden.

Fall IX. Johann Drayer, 27 Jahre alt, Maurer.

Anamnese: Keine hereditäre Belastung. In den letzten 2 $\frac{1}{2}$ Jahren 3 ähnliche Anfälle.

Status: Ein langer, kräftiger Mann, der in bewusstlosem Zustande eingebracht wird. Den ganzen Tag über soll er gearbeitet haben und sei dann plötzlich nach Genuss von einem Glas Bier bewusstlos hingefallen. Die Augen hält Patient geschlossen; entfernt man die Lider gewaltsam von einander, so reagiren die Pupillen. Die über der Brust gekreuzten Arme zeigen lebhaft clonische Zuckungen, die sich in einem kräftigen Beklopfen des Thorax äussern. Dem passiven Erheben der Arme setzt Patient kräftigen Widerstand entgegen. Auch an den Beinen zeigen sich hie und da clonische Zuckungen. Temperatur im Mastdarm $37,2^{\circ}$, Puls regelmässig, 80. Athmung bald tief, bald oberflächlich. Nach $\frac{1}{2}$ Stunde reagirt Patient auf Anrufen und klagt über Durst. Nacht ruhig. Am folgenden Morgen wieder ein Anfall wie am Abend vorher. Patient will häufig das Bett verlassen, wirft sich hie und da auf den Bauch, dann wieder auf

den Rücken, indem er so Kreisbewegungen um seine Längsaxe ausführt. Leichter Opisthotonus, häufiges Zähneknirschen, sowie häufige typische Grussbewegungen mit dem Oberkörper. Dauer des zweiten Anfalles 5 Stunden. Mittags ist der Kranke bei freiem Sensorium und verlangt sehnlich nach Hause, denn wenn der Anfall 2 mal dagewesen sei, sei nichts mehr zu riskiren. Keine sensiblen Störungen.

Fall X. Fritz Sieber, 30 Jahre alt, Techniker.

Anamnese: Die Mutter und 2 Brüder leiden an Epilepsie, ein dritter Bruder ist geisteskrank und der vierte hochgradig nervös. Im August 1885 musste dem Patienten infolge einer Verletzung die linke grosse Zehe exarticulirt werden. Schmerzen im Stumpfe machten die Anwendung von Morphinum nöthig, ohne welches sich der Patient bald nicht mehr wohl fühlte. Im Anfange einer Entziehungscur traten die ersten hystero-epileptischen Anfälle ein, die der Patient zur Zeit immer voraussagen kann.

Status: Langer, zart gebauter Mann, mit Tuberculose der rechten Lungenspitze, der sehr unruhig ist und schon Morgens 9 Uhr erklärt, dass er Nachmittags 1 und 5 Uhr je einen Anfall bekommen werde. Patient ist sehr launenhaft und willenlos; auf eine Morphinum-Entziehungscur will er nicht eingehen, sondern hierzu eine Privatanstalt aufsuchen.

Nachdem diesem Wunsche noch am gleichen Vormittag entsprochen worden war, wird Patient um $\frac{1}{2}$ 1 Uhr wieder beobachtet. Das Mittagessen steht auf dem Tische, an den sich der Patient mit auffallendem Wesen setzt; häufig gähnt er, greift aber wacker zu und „der Anfall kommt nicht“.

Kaum ist der Arzt zu Hause, so kommt die Nachricht, dass der Anfall doch eingetreten sei. Patient liegt auf dem Bette, hält die Augen geschlossen und beisst die Zähne aufeinander; ab und zu blinzelt er mit den Augen, um zu sehen, was der Arzt wohl vornehmen wird. Die Arme, an denen hie und da clonische Zuckungen auftreten, hält Patient von sich gestreckt, die Hand zur Faust geballt. Die unteren Extremitäten sind frei. Dem Patient, der keine Antwort giebt, wird erklärt, dass man ihm Morphinum einspritzen werde; statt dessen wird aber Aq. destillat. benutzt. Schon nach der ersten Einspritzung lässt der Anfall nach und schwindet vollständig nach der sofort applicirten zweiten Injection. Derselbe Anfall und dieselbe erfolgreiche Aq. dest.-Therapie wiederholen sich um 5 Uhr. — Keine sensiblen Störungen, der Harn eiweiss- und zuckerfrei.

Fall XI. Joseph Albrizzi, 28 Jahre alt, Officier.

Anamnese: Vater, Mutter und ein Bruder sind nervös, eine Schwester leidet an Hysterie. — Vor 2 Jahren begann das jetzige Leiden, indem Patient von einer inneren Unruhe getrieben, im Zimmer auf- und niederging, ohne sagen zu können, was ihm eigentlich fehle. Zuerst bemerkte er unwillkürliche Zuckungen im Gesicht, dann fingen auch die Arme an, Bewegungen zu machen und schliesslich auch die Beine und der Rumpf. Diese Art von Anfällen kehrte unregelmässig zurück, oft täglich 2—3 mal, oft erst nach 3—4 Wochen. Durch geistige Arbeit wurden sie sicher hervorgerufen. Den Militärdienst konnte Patient nur unvollständig versehen, doch schämte er sich, den Grund hiervon an höherem Orte anzugeben, bis das Leiden endlich doch entdeckt wurde.

Status: Gracil gebauter und schlecht genährter Mann. Im Gesicht und am Halse fallen häufige clonische Zuckungen auf, ebenso an den Armen. Ueberall tastet Patient hin und sucht Gegenstände zu ergreifen, um unbeabsichtigte Bewegungen zu verdecken. Hie und da fibrilläre Zuckungen in der Musculatur des linken Armes zu sehen. Auch an den Beinen fallen choreatische Bewegungen auf; Patient bewegt fast constant die Zehen und hebt einen Fuss über den anderen, indem beide Füße zittern. — Keine Anästhesie des Rachens; das Gesichtsfeld von oben her etwas eingeengt. Auf der ganzen rechten Körperseite besteht Hypästhesie für Berührungen. Auffällig ist, dass die choreatischen Bewegungen sowohl im Gesicht, als den Extremitäten bedeutend nachlassen, wenn Patient sich nicht beobachtet glaubt. Im Harn kein Eiweiss.

Fall XII. Johann Landert, 21 Jahre alt, Fabrikarbeiter.

Anamnese: Keine hereditäre Belastung. Nach ärztlichem Zeugnis wurde Patient vor dem Spitaleintritt plötzlich am ganzen Körper von tonischen und clonischen Muskelkrämpfen befallen; dabei war die Athmung unregelmässig. Diese Anfälle dauerten mit kurzen Unterbrechungen die ganze Nacht durch, wobei Patient stark tobte und bewusstlos war.

Status: Mitteltgrosser, zart gebauter Mann von mädchenhaftem Aussehen, ohne objectiven Befund und ohne subjective Beschwerden. Im Spital trat nie ein Anfall ein.

Fall XIII. Caspar Lips, 33 Jahre alt, Korbmacher.

Anamnese: Ein Bruder ist geisteskrank. Seit $\frac{1}{2}$ Jahr leidet Patient an lästigen Krämpfen in der Magengegend mit widrigem lautem Aufstossen.

Status: Mitteltgrosser und schlecht genährter Mann. Patient rülpsst während der Untersuchung zu wiederholten Malen; es bleibt aber dabei nicht bei einem einzelnen Ructus stehen, sondern es folgen sich in verschiedener Tonhöhe deren 4—6—8 aufeinander. Während der Ructus findet eine Entwicklung riechender Gase nicht statt. Die subjectiven Klagen beziehen sich auf ein lästiges Druckgefühl in der Magengegend während des Rülpsens. — Einmal klagt Patient über Globus hystericus; dabei 120 Pulse. Da Patient beim Erscheinen des Arztes immer eine melancholische Miene annahm und nur rülpsste, wenn Entlassungsgefahr drohte, wird er entlassen.

Fall XIV. Gottfried Sennhauser, 22 Jahre alt, Bureauangestellter.

Anamnese: Keine hereditäre Belastung.

Status: Zart gebauter und schlecht genährter Mann mit bedeutendem Tremor in den Armen und allgemeiner Aufregung. Patient giebt an, dass er sich Nachts oft auf der linken Körperseite wie gelähmt fühle und dass er dann auch sprachlos sei. Keine sensiblen Störungen. Pulszahl 136, doch geht diese Zahl bald zur Norm zurück. Trotz täglichen reichlichen Erbrechens hatte sich während des Spitalaufenthalts das Körpergewicht gehoben.

Fall XV. Albert Ochsner, 12 Jahre alt, Schüler.

Anamnese: Keine hereditäre Belastung.

Status: Ein kräftiger Junge, der häufige clonische Krämpfe der Bauchmusculatur darbietet und dann dabei expiratorische Schreie ausstösst.

Patient giebt an, dass seine Beine gelähmt seien; die Füsse, die der Patient in Varo-equinus-Stellung hält, werden auf energisches Zureden in normale Stellung gebracht. Die Beine kann der Kranke erheben, ebenso ist er auch im Stande auf einem Stuhle zu stehen, nachdem ihm gesagt worden, dass er nur auf der Erde umfalle. — Während des Spitalaufenthalts werden die Bauchmuskelkrämpfe seltener und es betheiligen sich mehr die Larynxmuskeln an dem expiratorischen Schreien.

Fall XVI. Heinrich Schneider, 39 Jahre alt, Seidenweber.

Anamnese: Keine hereditäre Belastung. Vor 3 Jahren Gelenkrheumatismus; seither oft Kreuzschmerzen.

Status: Schlecht genährter mittelgrosser Patient, der über Anfälle von Krampfgefühl in der Herzgegend und damit in Verbindung über Athemnoth und Herzklopfen klagt. Während des Aufenthalts im Spital werden 2 Anfälle von Tachycardie (112 Pulse) beobachtet.

Fall XVII. Johann Hablützel, 11 Jahre alt, Schüler.

Anamnese: Keine hereditäre Belastung. Vor einem Jahre wurde Patient von heftigem Zittern des rechten Beins befallen; doch hielt dieser Tremor nur 1 Woche lang an. Vor 4 Wochen aber trat er wiederum ein und zwar diesmal noch vergesellschaftet mit Zittern im rechten Arme.

Status: Kleiner, schlecht genährter Junge. Kein Trousseau'sches Phänomen, keine Lähmungen und keine Sensibilitätsstörungen. Fussclonus rechts etwas stärker wie links; nach jedem Clonus treten etwa 6 rasch aufeinanderfolgende clonische Zuckungen des rechten Beines ein. Dasselbe geschieht, wenn Patient, auf dem Bettrande sitzend, mit den Zehenspitzen des rechten Fusses auftritt. Patient kann aber trotzdem ohne jegliche Störung gehen und stehen.

Fall XVIII. Hermann Streuli, 22 Jahre alt, Landwirth.

Anamnese: Der Vater war Potator strenuus; über die Mutter, die eine extravagante, äusserst jähzornige Schauspielerin war, ist nichts Näheres zu erfahren, da sie schon lange von ihrer Familie getrennt lebt. Im Alter von 16 Jahren kam Patient, der schon vorher starke Reizbarkeit und Hang zur Einsamkeit gezeigt hatte, in eine landwirthschaftliche Schule. Wegen seines sonderbaren Wesens wurde er hier oft von seinen Kameraden geneckt und verlacht; als Grund der Krankheit aber giebt Patient an, dass er an dieser landwirthschaftlichen Schule einst bei einer Feuersbrunst nur mit Noth sein Leben retten konnte. In der Folge nun bekam er oft Anfälle, in denen er um sich schlug und Feuer zu sehen glaubte, so dass er für 5 Monate in einer Irrenheilanstalt untergebracht werden musste. Nachher nahm ihn der Vater wieder nach Hause, wo er aber schon in der ersten Nacht von einem Anfall heimgesucht wurde. Plötzlich verlor er das Bewusstsein, schlug um sich, gab seinem Körper alle möglichen Stellungen und zerriss seine Kleider, sowie auch die Betttücher. Seit dieser Zeit wurde er häufig von solchen Attacken befallen, manchmal Tag für Tag; oft aber traten freie Pausen bis zu 3 Wochen Dauer ein, dann aber merkte Patient, „dass wieder etwas in der Luft liege“. Meist offenbarte sich das Nahen des Anfalles in folgender Weise: Oppressionsgefühl auf der Brust, das die Athmung stark erschwert, Kopf- und Zahnschmerzen,

sowie ein leichtes Zittern am ganzen Körper; dann Verlust des Bewusstseins. Vom October 1887 bis April 1888 war Patient wieder in der Irrenheilanstalt, aber wieder ohne Erfolg, trotz angewandter Suggestivtherapie.

Mitte Mai 1890 trat eine Aenderung des bisherigen Zustandes ein. Während des Klavierspielens wurde Patient plötzlich von einem starken allgemeinen Muskelkrampfe erfaßt, so dass er zu Boden stürzte und auch das Bewusstsein verlor. Beim Erwachen aus dem Anfälle bemerkte Patient, dass er nicht mehr gut schlucken konnte, da ihm die Speisen im Halse stecken blieben und wieder herausbefördert wurden. Dieser Zustand dauerte 10 Tage lang an. Ebenfalls seit diesem Anfall empfindet der Kranke Schmerzen im linken Bein, die in ihm das Gefühl erwecken, „als ob etwas im linken Bein herumflösse“. Seither bekommt Patient jedesmal bei Berührung des linken Beines clonische Krämpfe am ganzen Körper; dagegen verliert er das Bewusstsein nur dann, wenn die Berührung eine intensive ist. Seit dieser Zeit geht der Kranke an Krücken, da er sich mit dem linken Bein nicht stützen kann und eine Berührung desselben mit dem Boden sofort wieder einen Anfall auslöst.

Die Intelligenz des Patienten hat nicht gelitten. — Die verschiedenen Narben sind Folgen von Verletzungen, die sich der Kranke während der Anfälle theils durch Fall, theils durch scharfe Instrumente zugezogen hat.

Status: Ein mittelgrosser, zart gebauter Mann mit kräftiger Musculatur, der an beiden Oberschenkeln, auf der Brust, am linken Oberarm, sowie auf der Stirn zahlreiche weisse lineäre Narben von 2—24 Cm. Länge zeigt. Seine subjectiven Klagen beziehen sich auf Kältegefühl und Schmerzen im linken Bein, so dass er sich auf dasselbe nicht stützen könne und deshalb beim Gehen Krücken gebrauchen müsse. Patient geht so, dass er den linken Fuss etwa 1 Cm. über dem Boden hält, ohne diesen je zu berühren; sobald er mit dem linken Fuss den Boden berührt, fährt ihm vom Fusse herauf ein heftiger Schmerz in das Bein.

Bei ruhiger Bettlage hält Patient das linke Bein vollkommen gestreckt, den Fuss im Fussgelenk dorsalwärts flectirt. Versucht man passiv Flexion im Knie- und Hüftgelenk, so leistet Patient einen starken Widerstand und bekommt sofort heftige clonische Krämpfe, die sich rasch aufeinander folgen, aber schon nach wenigen Augenblicken nachlassen. Dabei wird das linke Bein steif gestreckt, im Hüftgelenk in einem Winkel von etwa 60° in die Höhe gehalten. Trotz Anwendung von grösster Kraft gelingt es nicht, das Bein auf die Bettunterlage herabzudrücken. Diesem Versuche folgen alsbald wieder heftige, kurzdauernde clonische Zuckungen in der linken unteren Extremität.

Während eines solchen Anfalles stösst, schlägt und zuckt Patient gewöhnlich auch mit dem rechten Bein, das er über das linke geschlagen hat, hält die Arme bald frei ausgestreckt, bald stemmt er dieselben gegen das Bett. Dabei nimmt der Kranke alle möglichen Lagen ein, verändert dieselben blitzschnell und wird oft förmlich von der Unterlage in die Höhe geschleudert. Oft schreit er laut auf, hält die Augen weit geöffnet, den Blick starr in die Ferne gerichtet, spricht verworrenes Zeug von Feuer, Wasser, Verfolgern u. s. w. und droht mit den geballten Fäusten seinen vermeintlichen Feinden. Dabei fliesst ihm etwas Schaum aus dem festgeschlossenen Munde. Auf Anrufen, Kneifen und Stechen reagirt der

Kranke gar nicht. Die sehr weiten Pupillen reagieren auf Lichteinfall, auch schliesst Patient die Augenlider, sobald man sich anschickt die Bulbi zu berühren. Den Kopf bohrt er im Anfall tief in das Kissen zurück, zeigt Nackensteifigkeit und starken Opisthotonus. Bald dreht er den Kopf wieder krampfhaft nach der einen oder anderen Seite und schneidet mit dem Gesicht die furchtbarsten Grimassen. Sämmtliche Muskeln, sowohl der Extremitäten wie des Rumpfes, sind im Anfall steinhart contrahirt und ist ihr Widerstand nicht zu überwinden. Die Athmung ist zeitweise ganz ruhig, oft aber stark beschleunigt und keuchend. Der regelmässige Puls dagegen ist kräftig und zeigt in seiner Frequenz keine Veränderung.

Oft ist mit Nachlass der Krämpfe der Anfall zu Ende und fühlt der Kranke nur noch eine allgemeine Müdigkeit. Andere Male dagegen ist Patient auch bei Nachlass der Krämpfe noch nicht bei freiem Sensorium, sondern hat noch Gesichts- und Gehörshallucinationen und ruft mit schreiender Stimme um Hülfe. Allmählich wird er dann klar, weiss aber von Allem, was vorgegangen, nicht das Mindeste; an der Zunge keine Zahneindrücke. Die Dauer eines Anfalls schwankt zwischen 10 Minuten und 3 Stunden.

Drückt oder berührt man das linke Bein wieder, so beginnt die oben beschriebene Scene von Neuem. Spontan treten diese Anfälle nur selten auf, meistens nach Aerger oder Schreck. Activ kann der Patient das linke Bein nur etwa 2 Cm. von der Bettunterlage abheben, die Zehen und den ganzen Fuss nur leicht dorsal- und volarwärts bewegen; im Kniegelenk ist nur ganz leichte Flexion möglich. Auch die Ad- und Abductionsbewegungen, sowie Rotation des ganzen Beines sind auf ein Minimum reducirt.

Nirgends am ganzen Körper lassen sich sensible Störungen finden; die inneren Organe sind vollkommen gesund. Im Harn, auch in dem sofort nach dem Anfall gelassenen, findet sich weder Eiweiss noch Zucker.

Einmal wurde Patient während eines Anfalls chloroformirt, doch wurde dadurch die Qualität der Attacke in keiner Weise alterirt.

Am Abend des 24. November trat spontan ein äusserst heftiger Anfall von 4 Stunden Dauer auf, nachdem der Kranke vorher über starke, würgende Schmerzen in der Magengegend geklagt hatte. Nach Beendigung des Anfalls ist Patient vollständig stumm; den Mund kann er dabei noch öffnen, ebenso noch blasen und pfeifen, dagegen ist er nicht mehr im Stande Nahrung herunterzuschlucken, da ihm dieselbe im Halse stecken bleibt, um dann sofort wieder herausbefördert zu werden. Dagegen bietet sich der Sondirung des Oesophagus nirgends ein Widerstand. Auf ein Täfelchen schreibt er: „Hab's zu Hause auch schon so gehabt; 10—20—25—30 ja 48 Stunden und nicht mehr essen und trinken können. Ich kann Ihnen vor Gott das bezeugen“. Die laryngoskopische Untersuchung ergibt, dass sich die Stimmbänder beim Versuch, zu phoniren, in der Mittellinie, wenn auch nur für ganz kurze Zeit berühren. — Als weitere Folgen dieses besonders heftigen Anfalls resultirten ausser dem Mutismus noch vollständige Anästhesie des Pharynx, sowie Hypästhesie auf der Dorsalseite des linken Vorderarmes. Bemerkenswerth ist ferner, dass erst zu dieser Zeit constatirt werden konnte, dass durch Druck auf die Gegend, die der weiblichen Ovarialgegend entspricht, sofort ein

neuer Anfall ausgelöst werden kann. Erst am Abend des 27. September, also nach vollen 72 Stunden, ist es dem Patient, der immer nach dem Halse greift, wenn er nach der Ursache seiner Stummheit gefragt wird, wieder möglich, flüssige Nahrung zu sich zu nehmen; an diesem Tage macht auch der Mutismus einer Aphonie Platz, so dass der Kranke wieder mit Flüsterstimme sprechen kann. Am 2. October tritt an Stelle der Aphonie heisere Stimme; von dieser Zeit an ist auch der Kranke wieder im Stande feste Speisen zu genießen. Die Pharynxanästhesie verschwindet 14 Tage später, die Hypästhesie am linken Vorderarm dagegen besteht zur Zeit immer noch fort, ebenso die ungewöhnlich starke doppel-seitige Gesichtsfeldeinengung bei völlig intactem Augenhintergrunde.

Die nächsten Anfälle traten am 4. December wieder auf und zwar wieder spontan nach einem würgenden Gefühl in der Magengegend. Die erste Attacke dauerte $1\frac{3}{4}$ Stunden und liess wieder vollständigen Mutismus und Pharynxanästhesie zurück. Der zweite Anfall, am Abend desselben Tages, hatte eine Dauer von $\frac{3}{4}$ Stunden; während dieses Anfalles schrie und sprach Patient mit lauter Stimme, trotz der vorher völligen Stummheit; nach Ablauf der Attacke war dann wieder vollständiger Mutismus zu constatiren, der nach einem Tage einer Aphonie und nach einem weiteren Tage aber schon lauter Stimme Platz machte. Damit verschwand auch die Pharynxanästhesie wieder. — Am linken Bein verspürt Patient beim Faradisiren Schmerzen erst bei 40 Mm. R.-A., am rechten dagegen schon bei 70 Mm. R.-A. Uebrigens ist noch anzuführen, dass im Beginn eines Anfalls ein kräftiger Druck auf das linke Bein den Anfall prompt coupirt. Während des Spitalaufenthalts wurde 2 mal eine 1—2 Tage lang anhaltende Ischurie constatirt.

Diese 18 Fälle beweisen, dass die Hysterie der Männer doch keine so ungemein seltene Krankheit ist, wie heutzutage noch viele, namentlich ältere Aerzte zu glauben geneigt sind. In dem gleichen Zeitraum, in dem obige 18 Patienten zur Beobachtung gelangten, wurden 115 weibliche Hysterische aufgenommen, so dass sich hieraus das Frequenzverhältniss der männlichen zur weiblichen Hysterie berechnet wie ungefähr 2 : 13. Während Klein¹⁾ beispielsweise für Paris ein Verhältniss von 1 : 20 fand, glaubt Charcot, dass auch dies noch zu hoch gegriffen sei. Allerdings ist hierbei zu bemerken, dass diese beiden französischen Autoren nur die Kranken mit sogenannter „grosser“ männlicher Hysterie in Rechnung bringen; verfahren wir ebenso, so finden sich unter unseren oben mitgetheilten Krankengeschichten 4 solcher Fälle (Nr. IX, XI, XV, XVIII), so dass sich hieraus ein Häufigkeitsverhältniss zwischen Hysterie der Männer und Weiber ergibt wie 1 : 29, sich demnach unsere Beobachtungen mit den von Charcot gemachten decken würden.

1) Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems von Charcot; deutsch von Freud. 1886. S. 93.

Wie steht es nun mit der Häufigkeit der hysterischen Neurose nur unter den männlichen Kranken? Während des entsprechenden Zeitraumes, in welchem unsere 18 Fälle zur Beobachtung gelangten, wurden im Ganzen auf der medic. Klinik 5234 männliche Patienten behandelt, so dass demnach auf 291 kranke Männer 1 Hystericus trifft, oder procentual ausgedrückt lieferte die Hysterie der Männer 0,34 Proc. sämtlicher männlichen Kranken.

4 unserer Patienten stehen in einem Alter zwischen 11—14 Jahren, woraus sich ohne Weiteres der Schluss ziehen lässt, dass die Hysterie der erwachsenen Männer fast 4 mal so häufig zur ärztlichen Beobachtung gelangt, wie die Hysterie derjenigen männlichen Individuen, die noch vor der Pubertät stehen. Von den 14 Erwachsenen befinden sich 10 in den Jahren zwischen 20 und 30, 1 zwischen 15 und 20 und nur 3 in dem Alter zwischen 30 und 40 Jahren. Hierin stimmt unser Ergebniss vollkommen überein mit den von Charcot (l. c.) in Paris und Reynolds (l. c.) in London gemachten Beobachtungen; beide Autoren fanden die überwiegende Mehrzahl der hysterischen Individuen männlichen Geschlechts im 3. Lebensdecennium stehend.

Ebenfalls wurde schon von Charcot die Thatsache betont, dass die von der hysterischen Neurose befallenen Männer nur selten etwas Weibisches an sich haben; gewöhnlich sind es solche Individuen, die alle Zeichen der Männlichkeit an sich tragen. Dagegen ist an unserer Beobachtungsreihe auffällig, dass die zartgebauten schwächlichen Patienten gerade in doppelter Anzahl (12) vertreten sind im Vergleich zu den ausgesprochen kräftig gebauten Kranken (6). Demnach scheint gerade für Züricherische Verhältnisse die Annahme, dass schwächliche Constitution eine Prädisposition für hysterische Erkrankung der Männer abgibt, keine so fernliegende zu sein. Immerhin aber möchten wir doch diesen Satz nicht als Regel aufstellen, da wir nicht wissen, wie es sich an anderen Orten in dieser Beziehung verhält; überdies umfasst auch unsere Beobachtungsreihe eine zu geringe Anzahl von Fällen, um aus ihr einen Allgemeingültigkeit beanspruchenden Satz ableiten zu können.

13 mal konnten wir in unseren 18 Fällen eine erbliche nervöse Belastung der Patienten nicht finden, nur in 5 Fällen war eine solche anamnestisch nachweisbar. Trotzdem dürfen wir aber doch auf Grund dieser 5 Beobachtungen mit Charcot (l. c.) und Klein (l. c.) behaupten, dass Hysterie der Männer sich relativ häufig auf Grund erblicher Belastung entwickle. Bei dieser erblichen Belastung soll es sich nach Charcot und Klein häufig um Heredität

von der Mutterseite und in der gleichen Krankheitsform handeln, so dass die Hysterie der Mutter häufig die Hysterie beim Sohne zur Folge hat. Für diese Behauptung finden wir unter unseren Kranken keinen einzigen einschlägigen Fall; 2 mal treten uns nervöse Krankheiten beim Vater (Fall III und XI) entgegen, 3 mal bei der Mutter (Fall X, XI und XVIII) und ebenfalls 3 mal bei Geschwistern (Fall VI, XI und XVIII). Einer unserer Patienten ist erblich belastet von väterlicher wie mütterlicher Seite (Fall XI), indem beide Eltern als „nervös“ bezeichnet wurden bei der Aufnahme der Anamnese; auch der letzte Fall (XVIII) scheint erblich belastet zu sein von der Vater- wie Mutterseite her; der Erstere war Potator strenuus und Letztere ist eine jähzornige extravagante Schauspielerin. 2 unserer Kranken führen ihre hereditäre Belastung entweder nur auf den Vater (III) oder nur auf die Mutter zurück (X) und bei Fall VI endlich äussert sich eine unzweifelhafte erbliche Belastung nur in der Epilepsie eines Bruders. — Jedenfalls aber lässt diese relativ häufige erbliche Belastung darauf schliessen, dass sie ein prädisponirendes Moment für Hysterie abgibt, quasi eine indirecte Ursache.

Aber auch directe Ursachen für Erkrankung an hysterischer Neurose konnten wir bei einigen unserer Kranken nachweisen. Da haben wir einmal Fall III. Ein 14jähriger Junge betrinkt sich mit einem Freunde, stürzt bewusstlos zu Boden und bleibt 3 Tage lang in dieser Bewusstlosigkeit. Dass hier das Zubodenstürzen mit dem genossenen Alkohol und nicht mit der Hysterie in Verbindung zu bringen ist, ist wohl einleuchtend, da vorher keine Zeichen einer hysterischen Erkrankung vorhanden waren; dagegen wäre aber die 3 Tage lang anhaltende Bewusstlosigkeit durch die Berausung allein unerklärlich. Am meisten wahrscheinlich erscheint hier die Annahme, dass bei diesem Kranken während der 3 Tage die alkoholische Bewusstlosigkeit in eine solche auf hysterischer Grundlage überging. Der Alkoholexcess gab hier die directe Ursache für das Eintreten der Hysterie bei dem erblich belasteten Jungen ab; es gelangte hier die hysterische Neurose auf Grund einer acuten Alkoholintoxication zum Ausbruch.

Verschieden hiervon gestalten sich die Verhältnisse bei Fall IV. Durch starke Durchnässung zieht sich der Patient Heiserkeit der Stimme zu. Einige Zeit lang mag diese auf Erkältung beruhende Heiserkeit bestehen, bis sich der Kranke schliesslich selbst einredet, dass er diese Heiserkeit überhaupt nicht mehr los werde. Wahr-

scheinlich wäre diese katarrhalische Heiserkeit längst verschwunden; aber im Laufe der Zeit hat sich der Patient so sehr an seine Heiserkeit gewöhnt, bildet sich ein, dass es nicht mehr anders sein könne, dass schliesslich die katarrhalische einer autosuggerirten Heiserkeit, allerdings jetzt auf einer doppelseitigen Lähmung der Mm. thyreoarytenoidei interni beruhend, Platz gemacht hat. Diese Erklärung der Entstehung passt sich am ungezwungensten der von Möbius gegebenen Definition der Hysterie an, dass nämlich hysterische Veränderungen nur durch Vorstellungen hervorgerufen werden können. Hier in diesem Falle hegt auch in der That der Patient die Vorstellung, dass seine Heiserkeit, die längst nicht mehr eine katarrhalische ist, nicht mehr weiche, so dass der Effect dieser Vorstellung schliesslich eine Autosuggestion der auf Thyreo-aryt.-int.-Lähmung beruhenden Heiserkeit ist.

Dass Liegen an der heissen Sonne Hysterie hervorrufen kann, ist unseres Wissens bis jetzt noch nicht gesehen worden, doch scheint uns dies bei der Aetiologie der Krankheit unseres Patienten Nr. VIII unbedingt in Frage zu kommen. Mit Sicherheit lässt sich hier zwar allerdings nicht entscheiden, ob die beim Treppensteigen sich einstellende Uebelkeit oder das Liegen an der heissen Sonne es war, wodurch die hysterische Neurose unmittelbar zum Ausbruch gebracht wurde. Immerhin aber scheint uns die letztere Möglichkeit (Liegen an der heissen Sonne) mehr Wahrscheinlichkeit für sich zu haben, da sich der Beginn der Krankheit noch während des an der Sonne Liegens einstellte. Wäre dagegen die Uebelkeit als Urheberin des Krankheitsausbruches zu beanspruchen, so würde sich wahrscheinlich auch die hysterische Neurose direct an sie angeschlossen haben.

Noch dunkler als bei den bis jetzt besprochenen 3 Fällen gestaltet sich die Aetiologie bei Patient X. Bei einem hereditär belasteten jungen Manne, der Morphinist ist, bricht bei Anlass einer eingeleiteten Entziehungscur die Hysterie aus. Ist es nun möglich, die letztere Krankheit hier als Folge des Morphinismus zu beanspruchen, oder stehen diese beiden Krankheiten in keinem ursächlichen Verhältniss zu einander? Auch durch anhaltenden Gebrauch von Morphinum werden bekanntlich materielle Schädigungen am Nervensystem nicht gesetzt, wohl aber wird dieses hierdurch in einen Zustand erhöhter Erregbarkeit und verminderter Widerstandsfähigkeit gebracht. Durch die hereditäre Belastung ist das Nervensystem bereits weniger resistent gegenüber den von aussen und von innen einwirkenden Momenten; durch den anhaltenden Morphinumgebrauch wird diese verminderte Resistenzfähigkeit noch mehr herabgesetzt,

und damit ist an einem Individuum mit einem derartigen Nervensystem der Boden für eine nervöse Erkrankung günstig vorbereitet. Für einen solchen Nervenapparat bildet eine Morphiumentziehungscur einen ungeheueren Insult, der von Seite des Nervensystems mit dem Ausbruche der Hysterie beantwortet wird. Wir glauben diesen Gedankengang als richtig annehmen zu dürfen und sind deshalb geneigt in diesem Falle eines durch Heredität und Morphiumberbrauch geschwächten Nervensystems direct die Entziehungscur als Grund des Ausbruches der Hysterie beschuldigen zu dürfen.

Fall XVIII bietet uns ein schönes Beispiel dafür, dass Hysterie auch aus Anlass und im Anschluss an einen nervösen Shok sich entwickeln kann, was schon von Charcot und später namentlich von Oppenheim und Thomsen betont wurde. Ein von einer extravaganten Mutter und von einem dem Alkohol ergebener Vater stammender Junge, der sich schon in seiner frühen Jugend von seinen Kameraden durch absonderliches, reizbares Wesen unterscheidet, rettet bei einer Feuersbrunst nur mit knapper Noth sein nacktes Leben. Dass der leicht erklärliche Schreck, den der Patient hierbei übersteht, den directen Anlass zum Ausbruch der hysterischen Erkrankung bildet, ist mit ziemlicher Sicherheit anzunehmen, wenn auch nicht zu beweisen. Durch einen solchen gewaltigen Schreck werden auch an ein vollkommen normales Nervensystem unerhörte Anforderungen gestellt; werden diese aber einem in seiner Resistenzfähigkeit bereits herabgesetzten Nervensystem zugemuthet, so wird dieses aus seiner bisher nur mit Mühe innegehaltenen Gleichgewichtslage noch vollends herausgeworfen. Die Antwort auf ein solches plötzliches, unvermuthetes Steigern der Ansprüche an ein derartiges Nervensystem ist der Ausbruch einer Erkrankung des Nervenapparates, in unserem Falle der Ausbruch der Hysterie, die demnach durch ein psychisches Trauma bedingt ist.

In den übrigen 13 Fällen konnten wir das die Hysterie direct veranlassende Moment nicht auffindig machen.

Richten wir unseren Blick von der Aetiologie zur Symptomatologie der hysterischen Neurose, so finden wir in erster Linie unter unseren 18 Kranken 4 (IX, XI, XV, XVIII) mit sogenannter „grosser Hysterie“. Unter dieser grossen Hysterie versteht Charcot diejenige Art der hysterischen Neurose, die Sensibilitätsstörungen der Haut und Sinnesorgane, Lähmungen, hysterogene Zonen und Gesichtsfeldeinengung, sowie starke tonische und clonische Muskelkrämpfe aufweist. Diese Symptome machen das aus, was als Stigmata der grossen Hysterie bezeichnet wird. Allerdings sind oft nicht alle zu-

sammen an einem und demselben Patienten zu finden, häufig fehlt das eine oder andere, oder es ist überhaupt nur eines von ihnen vorhanden, dann allerdings gewöhnlich noch vergesellschaftet mit anderweitigen Erscheinungen der Hysterie, die aber, weil zu wenig constant, nicht als Stigmata angesprochen werden können. Besonders in die Augen springend sind die heftigen, theils tonischen, theils clonischen Muskelkrämpfe; diese machen die sogenannten „grossen Anfälle“ aus, bei denen das Sensorium oft frei, in anderen Fällen dagegen benommen ist. Auf diese Weise entsteht im ersteren Falle das Bild des hysterischen, im letzteren das des hystero-epileptischen grossen Anfalles.

Da sind es namentlich 2 unserer Kranken (IX, XVIII), welche das typische, von Charcot so genau und trefflich gezeichnete Bild des grossen Anfalls zeigen. Wenden wir unsere Aufmerksamkeit zuerst dem Fall XVIII zu, so tritt uns hier eine den Anfall einleitende Aura entgegen, die in einem würgenden Schmerz in der Magengegend besteht, worauf das Bewusstsein schwindet und sich clonische und tonische Krämpfe einstellen, zuerst im linken Bein, dann an den übrigen Extremitäten und schliesslich auch in der Gesichts- und Rückenmusculatur. Durch Nachlass der tonischen Krämpfe wird die Periode der „grossen Verdrehungen“ eingeleitet. Der Kranke zerreisst und zerkratzt alles ihm Erreichbare, das Bettzeug, die Kleider, schont sogar seinen eigenen Körper nicht. Dabei nimmt er die absonderlichsten Lagen ein, von Charcot treffend mit dem Namen des „Clownismus“ belegt. Häufige, sehr rasch ausgeführte Drehungen um die Längsaxe des Körpers, Gewölbebildung (*Arc de cercle*) des Körpers, wobei die Convexität des Gewölbes bald nach vorn (*Opisthotonus*), bald nach hinten (*Emprosthotonus*) gerichtet ist, folgen einander in bunter Reihenfolge, oft unterbrochen von heftigen Grussbewegungen. Häufig schliesst schon diese Periode des Clownismus bei unserem Kranken den Anfall ab; oft aber wird diese 2. Periode noch gefolgt von einer dritten, der Periode der Hallucinationen und leidenschaftlichen Geberden. Diese letzteren richten sich immer nach dem Inhalt der ersteren; der Patient sieht sich verfolgt, oder wähnt sich in Feuersgefahr, wodurch genügend der düstere Charakter der leidenschaftlichen Stellungen und Geberden erklärt wird. Patient schreit laut um Hülfe, will aus dem Bett herausspringen, schlägt mit den Armen und Beinen auf diejenigen ein, die ihn halten, belegt sie mit allen möglichen Schimpfnamen und beisst endlich auch noch um sich. Dabei sind die Augen weit geöffnet und ist der Blick starr in die Ferne gerichtet; aus dem Munde tritt etwas

Schaum. Nach mehr oder weniger langer Zeit lassen diese schreckhaften Hallucinationen nach, das Sensorium wird wieder frei, aber der Patient weiss nicht das Geringste von dem, was mit ihm vorgefallen ist. Bemerkenswerth erscheint uns bei diesem Kranken, dass er sich im Stadium der Hallucinationen häufig in Feuersgefahr wähnt, dass hier der Anlass, der die Krankheit direct zum Ausbruch brachte, in der 3. Periode des Anfalls eine so grosse Rolle spielt. Ebenfalls Erwähnung scheint uns bei diesem Patienten der Umstand zu verdienen, dass die Anfälle in ihrer Dauer starken Schwankungen unterworfen sind, von 10 Minuten bis zur ungewöhnlich langen Dauer von 3 Stunden.

Auch Patient IX ist auffällig durch die lange Dauer des grossen Anfalls, einmal bis zu 5 Stunden, wobei der Haupttheil der Zeit auf die Periode der Hallucinationen und leidenschaftlichen Stellungen und Geberden entfiel. In der zweiten Periode, derjenigen des Clownismus, fehlten auch hier die klassischen „Mouvements de saltation“, die Gewölbestellungen des Körpers, bald Emprosthotonus, bald Opisthotonus, nicht, ebenso waren auch die Contorsionsbewegungen, d. h. Bewegungen um die Längsaxe des Körpers, in typischer Weise vorhanden; die Periode der Aura dagegen vermissen wir hier ganz. Dass bei diesem Patienten die Krankheit psychischer Natur war und nicht auf organischen Veränderungen basirte, dafür zeugt der Umstand, dass der Kranke mit Sicherheit voraussagen konnte, dass auf 2 Anfälle wieder eine lange anfallsfreie Zeit folge, oder, wie der Kranke sich selbst ausdrückte, „dass dann nichts mehr zu riskiren sei“. Wäre die Krankheit durch materielle Veränderungen bedingt, dann könnte der Kranke auch so etwas nicht voraussagen; er thut dies aber mit grosser Bestimmtheit, zu welcher er offenbar nur dadurch gelangt ist, dass seine Voraussage sich bis jetzt noch immer bestätigt hat und durch die Thatsachen noch nie Lügen gestraft wurde. Wenn die 2 Anfälle vorüber sind, dann weiss der Patient, dass er von seiner Hysterie gleichsam wieder für längere Zeit entladen ist.

Auf eine eigenthümliche Art von Muskelkrämpfen hinzuweisen, bietet uns Patient V Gelegenheit. Während sonst im hysterischen Anfall tonische und clonische Muskelkrämpfe häufig mit einander abwechseln, zeigt dieser Kranke nur einen starken tonischen Krampf in den Streckmuskeln der Extremitäten und des Rumpfes mit hochgradiger Beschleunigung der Athmungsbewegungen. Durch den allgemeinen Streckkrampf erinnert das Bild lebhaft an Tetanus, und kann deswegen hier mit gutem Grunde von einer *Hysteria virilis*

tetaniformis gesprochen werden, da zudem auch noch die leisesten Muskelzuckungen fehlten. Da wir in der Literatur einen ähnlichen Fall nicht ausfindig machen konnten, sind wir zu der Annahme geneigt, dass eine solche Aeusserungsform der hysterischen Neurose nur selten anzutreffen ist.

Auch Fall XV ist rücksichtlich der an ihm constatirten Muskelkrämpfe auffällig, da hier die Extremitätenmuskeln, die sonst fast regelmässig betheiligt sind, gänzlich von Krämpfen frei bleiben und diese sich nur auf die Muskeln der Bauchdecken und des Larynx erstrecken. Dabei sind diese Crampi clonischer Natur, und bedingt jeder einzelne Krampf einen expiratorischen Schrei. Von Westphal¹⁾ wurde schon im Jahre 1879 ein ähnlicher Fall mitgetheilt, doch traten hier die Bauchmuskelnzuckungen nicht bloss beim ruhigen Liegen, wie bei unserem Patienten, sondern auch beim Stehen und Gehen ein, so dass der Rumpf beim Gehen nach vorn übergeneigt war und der Körper oft durch einen schnellen Ruck noch mehr nach vorn gezogen wurde. Daneben zeigte dieser Westphal'sche Patient noch ein lautes Rülpsen, sobald auf die Haut über den Processus spinosi gedrückt wurde. Im Gegensatz zu unserem Kranken wies aber der von Westphal mitgetheilte Fall auch noch clonische Zuckungen in den Extremitätenmuskeln auf, die bei unserem Patienten vollständig fehlten, an dem aber dafür clonische Krämpfe der Larynxmuskulatur constatirt werden konnten. Aber auch hinsichtlich der Behandlungsmethode weichen beide Fälle von einander ab: während Westphal eine Heilung der clonischen Bauchmuskelnkrämpfe nur mit dem *Ferum candens* erzielen konnte, wichen bei unserem 12jährigen Patienten die clonischen Zuckungen der Bauchmuskeln schon einer psychischen Behandlung.

Etwas verschieden von den bis jetzt beschriebenen Muskelkrämpfen manifestiren sich die Krämpfe bei Patient Nr. XI, bei dem die clonischen Zuckungen nur langsam folgen, und die nur einen einzelnen Muskel oder nur kleine Muskelgruppen betreffen, so dass sie mit nichts zu wünschen übrig lassender Deutlichkeit an das Bild einer Chorea St. Viti erinnern. Schon Charcot hat darauf aufmerksam gemacht, dass Chorea und Hysterie hier und da mit einander vergesellschaftet vorkommen, doch betonte er, dass hierbei die Chorea eine sogenannte Chorea rhythmica sei, d. h. dass die Patienten mit den Extremitäten häufig Hammerbewegungen ausführen, und dass diese Bewegungen nur anfallsweise auftreten. Hiervon ist bei unserem

1) Berl. klin. Wochenschrift 1879. S. 125.

Kranken nichts zu finden; im wachen Zustande die häufigen uncoordinirten Bewegungen, keine Spur von Hammerbewegungen, das reinste Bild der Chorea minor. Dass diese hier neben der Hysterie als selbständige Krankheit besteht, ist kaum anzunehmen. Ungezwungener erscheint die Annahme, dass die Chorea hier durch die Hysterie, wenn auch nicht direct, so doch indirect verursacht wurde. Gegen diesen Zusammenhang zwischen den beiden wohlcharakterisirten Krankheiten spricht dann aber wieder der Umstand, dass auch die Gesichtsmuskeln an den choreatischen Bewegungen theilnehmen; bei Hysterie sind diese Muskeln nie oder nur in seltenen Fällen ergriffen. Trotzdem möchten wir hier aber nicht für ein selbständiges Nebeneinanderbestehen von Hysterie und Chorea eintreten.

Eine weitere Erscheinung, bedingt durch Muskelcontractur, ist in Fall XIII das häufige, auf Krämpfen der Pharynx- und Oesophagusmusculatur beruhende Rülpsen, der sogenannte Ructus hystericus.

Ischurie findet sich bei 4 unserer Kranken. Ob der Grund zur Harnverhaltung in einer Contractur des Sphinkter oder in einer Lähmung des Détrusor zu suchen ist, ist eine Frage, die bei jedem einzelnen Falle für sich untersucht werden muss und deren Beantwortung oft unmöglich ist. Dass bald das Eine, bald das Andere vorliegt, darf nicht wundern, wechseln ja doch bei der Hysterie Lähmungen und Contracturen kaleidoskopartig mit einander ab.

Leicht lässt sich aus dem bisher Angeführten ersehen, dass die hysterischen Muskelkrämpfe mannigfaltiger Natur sein können, bald clonisch, bald tonisch, am häufigsten aber tonisch und clonisch. Finden sich nur tonische Krämpfe, so erinnert das Krankheitsbild lebhaft an Tetanus, treten dagegen nur clonische Muskelzuckungen auf, wie dies bei unserem Kranken XI der Fall ist, so entsteht ein getreues Bild der Chorea. Immerhin sind aber diese 2 Erscheinungsweisen der hysterischen Muskelkrämpfe relativ seltene Vorkommnisse.

Globus hystericus fanden wir nur in 2 Fällen (II und VII); bei dem letzteren Kranken hatten wir ausserdem noch Gelegenheit eine Area Celsi constatiren zu können. Ob diese letztere Affection nur ein zufälliger Befund war, können wir nicht entscheiden; jedenfalls verdient aber das Zusammenvorkommen zweier nervöser Störungen, der Alopecie und der Hysterie, an einem und demselben Individuum hervorgehoben zu werden.

Bei Patient XVIII wurden am linken und rechten Bein zu verschiedenen Malen Temperaturmessungen ausgeführt, welche das auffällige Resultat ergaben, dass das linke, gelähmte Bein durchschnitt-

lich um $0,6^{\circ}$ C. höher temperirt war, als die rechte, nicht gelähmte untere Extremität. Woher dies rührt, wissen wir nicht, und wollen wir zudem noch anführen, dass wir bei Beginn der Messungen eher das Gegentheil des erhaltenen Resultats erwarteten. Die Lähmung war eine schlaffe, von Spasmen am linken Bein nichts zu constatiren, und trotzdem fand sich an dem flaccid gelähmten Bein eine höhere Temperatur, als an dem gebrauchsfähigen rechten. Zur Controle dieser auffallenden Erscheinung führten wir Temperaturmessungen an beiden Armen und auf beiden Wangen aus und constatirten hier Schwankungen von nur $0,1-0,3^{\circ}$ C., bald zu Gunsten der einen und bald zu Gunsten der anderen Körperseite. Periphere Störungen können diesen an den Beinen constatirten anomalen Temperaturverhältnissen kaum zu Grunde liegen. Wäre die Lähmung eine spastische, dann liessen sich ohne grosse Künsteleien diese Temperaturunterschiede aus den Muskelspasmen erklären; für eine flaccide Lähmung dagegen fällt diese Annahme völlig dahin. Deshalb glauben wir, dass in diesem Falle centrale Störungen diese Temperaturanomalie bedingt haben, doch müssen wir zugleich gestehen, dass mit dieser Annahme nicht viel gewonnen ist, denn über die genaue Localisation des Sitzes dieser Störungen sind und bleiben wir ebensosehr im Unklaren wie vorher. In diesem Falle müssen wir uns damit zufrieden geben, auf das eigenthümliche Verhalten der Temperatur an dem gelähmten Bein hingewiesen zu haben.

An demselben Kranken (Nr. XVIII) konnte ferner eine ausgebildete hysterogene Zone nachgewiesen werden. Diese Zone umfasst das ganze gelähmte linke Bein; sobald dasselbe an einer beliebigen Stelle auch nur ganz leicht berührt wird, tritt der grosse hysterische Anfall ein; sobald Patient nur den leisesten Versuch macht, das Bein zum Stehen zu verwenden, wird er wieder von einer Attacke befallen. Eins ist uns an dieser hysterogenen Zone aufgefallen, und das ist der Umstand, dass Patient beim Liegen im Bett, wenn also die Bettdecke doch einen mehr oder weniger starken Druck auf die linke untere Extremität ausübt, oder wenn Patient mit Beinkleidern angethan, wobei selbstverständlich nicht alle und jede Berührung zwischen Beinkleid und linkem Bein vermieden werden kann, herumgeht, dass unter solchen Verhältnissen, wo das linke Bein doch oft und häufig ganz intensiv berührt werden muss, keine Anfälle ausgelöst werden. Jedenfalls erachtet der Kranke diese Art von Berührungen als selbstverständlich und unvermeidbar, die von Personen ausgeführten Berührungen seines linken Beines dagegen sind nach ihm vermeidbar und nur dazu angethan, um ihn zu quälen, wie er

sich einst selbst ausdrückte. Jedenfalls darf auf Grund eines solchen Verhaltens der hysterogenen Zone mit Sicherheit eine periphere Ursache ausgeschlossen werden, denn in diesem Falle müsste ja die eine Berührung ganz genau so wirken, wie jede andere Berührung, ob nun der Druck durch einen Gegenstand oder durch eine Person ausgeübt würde, das wäre in diesem Falle ganz irrelevant. Dass aber hier nicht jeder Druck auf das linke Bein genau so wirkt, wie jede andere ausgeführte Berührung der linken unteren Extremität, das spricht dafür, dass die hysterogene Zone auf psychischer Basis beruht. Ausser Druck auf diese eine hysterogene Zone löst bei diesem Patienten auch Druck in die der linken weiblichen Ovarialgegend entsprechende Zone Anfälle aus, so dass diese Gegend ebenfalls als hysterogene Zone angesprochen werden muss. War durch Berührung des linken Beins ein Anfall hervorgerufen worden, so konnte dieser bei unserem Kranken durch energischen Druck auf das linke Bein oder auf den Ovarialpunkt oft unterdrückt werden; es zeigte demnach in dieser Beziehung die hysterogene Zone, die in diesem Falle durch ihre ungewöhnliche Ausdehnung auffällt, indem sie sich über eine ganze Extremität erstreckt, das gewöhnliche Verhalten, wie es schon von Charcot beschrieben wurde.

Beschleunigung der Athem- oder Pulsfrequenz fand sich bei 6 unserer Kranken, genau in einem Dritttheil der Fälle; Pulsbeschleunigung zeigten 4 und Steigerung der Athmungsfrequenz 2 Patienten. Diese Anomalien in der Frequenz der Respiration sowohl, wie des Pulses traten immer anfallsweise auf und dauerten nur kurze Zeit, waren auch nie sehr hochgradig: Maximum der Zahl der Athemzüge pro Minute 70 (Patient V), höchste Pulszahl 140 (Patient VI). Aus dem Umstand, dass Athem- und Pulsbeschleunigung bei einem Dritttheil der Kranken getroffen werden, dürfen wir für unsere Fälle ruhig den Schluss ziehen, dass diese Anomalie des Pulses und der Athmung eine relativ häufige Erscheinung bei Hysteria virilis ist, zumal wenn man noch bedenkt, dass bei dieser Neurose die Symptome ja ungemein mannigfaltig und wechselnd sind, dass jeder Fall wieder verschieden von dem anderen ist. Aufgefallen ist uns, dass wir bei allen unseren Kranken mit „grosser Hysterie“ Tachycardie sowohl während des Anfalls, wie in der anfallsfreien Zeit vermissten.

Sensibilitätsstörungen zeigen nur die Kranken Nr. XI und XVIII. An beiden liess sich eine Einengung des Gesichtsfeldes constatiren, bei dem ersten allerdings nur in geringem Grade; bei dem zweiten dagegen erwies sich die Einengung nach der in dankenswerther

Weise von Herrn Dr. Gaffron, Assistenzarzt auf der hiesigen ophthalmologischen Klinik, aufgenommenen Untersuchung als eine sehr bedeutende. Verschiebung der Farbenringe fand sich bei Patient XVIII am linken Auge; Ausfall des Gesichtssinnes für die eine oder andere Farbe bestand bei keinem von beiden Kranken.

Charcot (l. c.) ist der Ansicht, dass bei hysterischer Gesichtsfeldeinengung Roth in allen Meridianen grösser sei als Blau; dies stimmt jedoch nicht überein mit unserem Falle, da wir hier am linken Auge Roth nur aussen unten und aussen grösser finden als Blau; am rechten Auge aber hält sich Roth immer innerhalb Blau. Zu demselben Resultat, wie wir, ist auf Grund mehrerer Fälle auch Bernhard¹⁾ gelangt; er fand diese Ueberkreuzung der Gesichtsfelder für Roth und Blau nur in einzelnen, nicht aber, wie Charcot, in allen Meridianen.

Ausser der leichten Gesichtsfeldeinengung fand sich an Patient Nr. XI noch eine rechtsseitige Hemihypästhesie für Berührungen, während Patient Nr. XVIII eine Herabsetzung der Sensibilität nur auf der Dorsalseite des linken Vorderarms zeigt. Hinsichtlich der Schmerzempfindung beim Faradisiren ergiebt sich, dass bei diesem Kranken am linken, gelähmten Bein erst ein Strom von 30 Mm. R.-A., am rechten dagegen schon ein solcher von 75 Mm. R.-A. eine Schmerzempfindung bewirkt. Neben dieser cutanen Hypästhesie und Hypalgesie zeigt dieser Kranke noch eine zeitweilige Anästhesie des Pharynx, verbunden mit vollständiger Stummheit. Dieses Zusammenkommen von Pharynxanästhesie und Mutismus ist eine ziemlich häufig beobachtete Erscheinung; ebenso ist bekannt, dass, wie in diesem Falle, nach dem Zurückgehen des Mutismus mehr oder weniger bald auch die Anästhesie des Pharynx verschwindet. Dass die Stummheit häufig recidivirt, dafür bietet auch unser Kranke ein schönes Beispiel; während seines Spitalaufenthalts machte er 2 solcher Anfälle durch; doch ergiebt die Anamnese, dass er früher schon des Oefteren solche Attacken überstanden hat. Dabei ist sehr charakteristisch, dass der Kranke bei der ersten, nach Eintritt der Stummheit stattfindenden ärztlichen Visite sein neues Leiden schriftlich dem Arzte klagt. — Auf das Wesen der hysterischen Stummheit wollen wir hier nicht näher eingehen, da wir dies schon früher gethan haben.²⁾ Nur so viel sei uns gestattet hier anzuführen, dass wir

1) Ueber Gesichtsfeldstörungen und Sehnervenveränderungen bei Neurasthenie und Hysterie. Inaug.-Diss. Zürich 1890.

2) Leuch, Beiträge zur hysterischen Stummheit. Münch. med. Wochenschr. 1890. Nr. 12.

mit Charcot das Leiden für ein psychisches halten, im Gegensatz zu Revilliod, welcher der hysterischen Stummheit eine Lähmung der Stimmbandspanner, der Mm. crico-thyreoid., zu Grunde legen will. Bei unserem Kranken konnten wir bei den wiederholten laryngoskopischen Untersuchungen niemals eine Lähmung im Kehlkopf finden.

Am Schlusse angelangt, liegt uns noch die angenehme Pflicht ob, Herrn Prof. Eichhorst für die gütige Anregung zu der vorliegenden Arbeit unseren besten Dank auszusprechen.