Über einen seltenen Fall von Hysterie im Kindesalter.

Von

Dr. Irmgard Engel.

(Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Straßburg [Dir. Prof. Salge].)

(Eingegangen am 9. August 1913.)

Die Häufigkeit der Kinderhysterie, deren Vorkommen schon einzelnen Autoren im 17. und 18. Jahrhundert bekannt war, von der Mehrzahl jedoch bestritten wurde, bis Briquet an der Hand eines großen Materials zeigte, daß sich ein Fünftel aller Fälle von Hysterie bereits vor dem 12. Lebensjahr entwickelt, ist jetzt allgemein anerkannt. Sowohl die deutsche als auch die ausländische Literatur hat in den letzten Jahrzehnten ein reiches kasuistisches Material geliefert (Henoch, Herz, Peugniez, Clopatt, Jolly, Salge, Sänger, Bézy - Bibent u. a.). Das eingehende Studium, dem dabei das Wesen der kindlichen Hysterie unterzogen wurde, förderte nicht unerhebliche Unterschiede in ihrer Symptomatologie gegenüber der des Erwachsenen zu Tage [Bruns, Thiemich, Sänger). Die häufigste Form nämlich, in der die Hysterie beim Kinde aufzutreten pflegt, ist die monosymptomatische. Im Gegensatz zur Hysterie des Erwachsenen, bei der wir seit Charcot nach den Stigmata (Hemianästhesien, Gesichtsfeldeinschränkungen, Druck und Schmerzpunkte) suchen, um die Diagnose zu sichern, finden wir beim Kinde nur ein Symptom, das das ganze Krankheitsbild beherrscht, etwa Erbrechen, Astasie — Abasie, eine Monoplegie, Mutismus. Dies gilt jedoch in der Hauptsache nur für die Hysterie des frühen Kindesalters. Je mehr sich die Kinder der Pubertät nähern, um so komplizierter wird auch die Hysterie und um so mehr beginnt sie der des Erwachsenen zu gleichen (Cramer). Die monosymptomatische Form macht dann häufig einem vielgestaltigen Bilde Platz, bei dem wir auch die Stigmata nicht vermissen. Bei diesen älteren Kindern treten auch nicht allzu selten die großen hysterischen Krampfanfälle, die Chorea magna mit ihrem wilden Bewegungsdrang auf. Bei jüngeren Kindern etwa unterhalb des 10.

Jahres dagegen sind kompliziertere Formen etwas Außergewöhnliches. Daher erscheint es wohl berechtigt, einen solchen durch die Mannigfaltigkeit und Seltenheit der Erscheinungen ganz besonders ausgezeichneten Fall bei einem jüngeren Kinde, den wir an der Freiburger Kinderklinik zu beobachten Gelegenheit hatten, zu publizieren.

Hubert H., 7 Jahre alt, einziges Kind wohlhabender Eltern, wird am 24. XII. 12 mit folgender Anamnese in die Kinderklinik eingewiesen. In der Familie der Mutter ist Nervosität, die Mutter selbst ist sehr nervös. Kind von Keuchhusten abgesehen stets gesund. Am 17. XII. Masern, am 22. XII. (Kind war noch bettlägerig) spielte die Mutter mit dem Kinde. Als sie sich zu einem Ausgang anschickte, sagte der Knabe: „Ich kann nicht mehr sprechen“ und brachte nur noch 2–3 Worte heraus. Er jammerte, war sehr unruhig, zeigte auf Mund und Kopf, wohl zum Zeichen, daß er nicht sprechen könne. Die Mutter faßte den Sprachverlust anfangs als Ungezogenheit auf und wollte den Knaben schlagen, unterließ es aber auf Betreiben des Vaters. Es stellte sich nun eine Steifigkeit am ganzen Körper ein, die Sprache verlor sich völlig, die Zunge wurde in eigentümlicher Weise im Mund hin und hergerollt.

Der behandelnde Arzt dachte an eine Embolie und sandte das Kind in die Klinik.

Status: 30. XII. 12. Normal entwickeltes, leidlich genährtes Kind. Liegt unbeweglich in passiver Rückenlage. Das Gesicht zeigt einen maskenartigen ruhigen Ausdruck. Mienenspiel fehlt völlig, Mund steht offen, im offenen Mund liegt die vorgestreckte, etwas geschwollene Zunge, in die die Oberzähne leicht hineinbeißen. Die Augen sehen nach oben rechts. Die Arme liegen gerade neben dem Rumpf ausgestreckt. Die Hände sind im Handgelenk gestreckt, die Finger in sämtlichen Gelenken leicht gebeugt. Die Beine sind ausgestreckt, liegen parallel nebeneinander, die große Zehe ist rechts leicht dorsal flektiert. Aktiv werden ohne Aufforderung keinerlei Bewegungen ausgeführt, dagegen wird auf Befehl hin, die Hand zu geben, der Arm in eigentümlich langsamer und steifer Weise gehoben und die Hand der befehlenden Person entgegengestreckt, ohne daß die Hand selbst die geringste Bewegung macht. Andere aktive Bewegungen sind nicht zu erzielen, insbesondere nicht das Hereinziehen der Zunge und das Schließen des Mundes. Sämtlichen passiven Bewegungen wird ein starker Widerstand von seiten der tonisch gespannten Muskulatur entgegengesetzt. Es gelingt nur mit Mühe, Arme und Beine zu bewegen, dabei deutliche *Flexibilitas cerea*: Arme und Beine bleiben längere Zeit in der ihnen gegebenen Position stehen, bis sie langsam herabsinken.

Außer den Extremitätenmuskeln befindet sich auch die Bauchmuskulatur in einem Zustand der Spannung und springt deutlich vor.

Auf die Aufforderung hin zu sprechen, fängt das Kind an, winselnde Töne von sich zu geben, dazu stellt sich ein grobschlägiger Tremor der Hände ein unter auffallend starkem Schweißausbruch. Dabei behält bis auf Verziehen des Mundes das Gesicht seine maskenartige Ruhe. Sehr häufig treten vasomotorische Störungen im Gesicht in Form halb- und ganzseitiger fliegender Röte auf.

Sämtliche Reflexe sind normal, es besteht weder Fußklonus nach Babinsky noch Kernig.

Augenhintergrund o. B. Pupillen reagieren prompt. Augenbewegung nach allen Richtungen hin frei.

Ohren: normaler Trommelfellbefund.

Zunge: dick belegt. Leichte Gingivitis.

Rachen frei.

Lungen: kein pathologischer Befund.

Herz: normale Grenzen, reine Töne, Aktion etwas langsam, 70 pro Minute keine Irregularitäten.

Bauch: Milz und Leber nicht palpabel.

Urin hell. Albumen —.

Temperatur normal.

Urin wird im Anfang auf Aufforderung spontan gelassen. Später läßt das Kind unter sich. Auf Einlauf werden mäßige Mengen dünnen stickenden Stuhles entleert.

Lumbalpunktat: Liquor fließt im Strahl ab und ist klar, keine Eiweißvermehrung, keine Vermehrung der Formelemente, keine Gerinselbildung.

Die Nahrungsaufnahme erfolgt in der Weise, daß dem Kinde die Nahrung in flüssiger Form an der ausgestreckten Zunge vorbei in den Rachen gegossen wird, worauf sie gut geschluckt wird.

30. XII. Auf Grund der neurologischen Untersuchung (Prof. Bumke) ist eine sichere Diagnose nicht möglich. Das Vorliegen einer funktionellen Störung wurde erwogen, aber für unwahrscheinlich erklärt. Es wird an eine Nahrungsmittelvergiftung gedacht (das Kind hatte in der Rekonvaleszenz der Masern unmäßig viel gegessen).

Der kataleptische Zustand dauert ohne Unterbrechung fort. Bis auf das oben beschriebene Handgeben keine aktive Bewegung. Sobald mit dem Kinde gesprochen wird, erfolgt Wimmern und Tremor der Hände, so daß auf völlige Klarheit des Bewußtseins geschlossen werden muß.

Die Augen blicken stets nach oben rechts. Eine Fixation ist auf Befehl nicht zu erzielen, dagegen sieht das Kind auf vorgehaltene Bilderbücher.

Die Nahrung wird weiter auf oben beschriebene Weise genommen. Der Mund steht dauernd offen. Die Zunge hängt heraus. Stuhlgang erfolgt nur auf Einlauf.

4. I. 13. Katalepsie unverändert. Flexibilitas cerea, Mutismus hält an. Wird das Kind auf die Füße gestellt, so steht es ohne zu fallen steif da. Werden einige Male schnell hintereinander passive Bewegungen mit den Extremitäten gemacht, so läßt der Tonus für ganz kurze Zeit nach, um dann wieder zurückzukehren.

Im Gegensatz zum Verhalten im Wachen, wird jetzt bemerkt, daß im Schlaf die Spannung der Muskulatur nachläßt, obgleich eine sichere Prüfung nicht gelingt, da das Kind bei der geringsten Berührung sofort erwacht und die Steifigkeit sich wieder einstellt.

5. I. 13. Heute wird im Schlaf Gähnen mit aktivem Schluß des Mundes beobachtet. Ebenso werden auf Kneifen und Nadelstiche hin Abwehrbewegungen ausgeführt, während im Wachen nichts dergleichen erfolgt, vielmehr der kataleptische Zustand unverändert anhält. Auch wird einmal von der Schwester bemerkt, daß das Kind im Schlaf spricht. Ebenso wird zufällig beobachtet, wie das Kind für einen Moment, wo es sich unbeobachtet glaubt, der Schwester interessiert bei einer Handarbeit zusieht, während es sonst völlig teilnahmslos daliegt.

Kind stets fieberfrei, Puls langsam und regelmäßig.

6. I. 13. Heute starke Spannung und Steifigkeit der Nacken- und Rückenmuskulatur. Der Kopf wird ganz nach hinten opisthotonisch zurückgebogen. Anfallsweise, namentlich wenn Personen in der Nähe sind, verstärkt sich die Rückwärtsbiegung derartig, daß das Kind nur noch auf Hinterkopf und Nacken aufliegt. (Typischer Arc de cercle). Dabei rötet sich das Gesicht heftig und das Kind beginnt zu wimmern.

Die Dauerspasmusen der Arme und Beine haben sehr nachgelassen.

7. I. 13. Katalepsie völlig verschwunden. Fast unaufhörlich Arc de cercle unter heftigem Wimmern und Tremor der Hände. Die Krämpfe dauern die ganze Nacht hindurch an. Dazwischen eigenartige klownistische Bewegungen: unter abenteuerlichen Verdrehungen des Rumpfes richtet sich der Knabe ganz im Bett empor, um sich dann wieder fallen zu lassen.

Nochmalige neurologische Untersuchung: die Diagnose wird jetzt auf Hysterie gestellt.

Der Versuch auf Befehl das Kind zum Gehen zu bringen gelingt. Das Kind geht mit nach hinten stark übergeneigtem Kopf und nach rechts oben gerichtetem Blick im Zimmer herum, dabei laut wimmernd. Sobald es sich vergewissert hat, daß jemand hinter ihm steht, läßt es sich hinten überfallen. Bei Anwendung des faradischen Pinsels gelingt es, wenn auch nur vorübergehend, die Nackensteifigkeit zu beheben.

8. I. 13. Ist heute ununterbrochen in Bewegung. Steigt aus dem Bett über das Gitter hinweg, läuft durch das Zimmer in den Korridor, kehrt um, steigt in das Bett und beginnt das gleiche Spiel von neuem. Dabei dauernd starker Opisthotonus. Der Mund steht weit offen, die Zunge hängt heraus, dauerndes Wimmern. Hie und da rutscht er auf den Knien im Zimmer herum. Dieser Zustand dauert Tag und Nacht ununterbrochen bis zur völligen Erschöpfung an. Da die Nahrung immer noch auf dem oben beschriebenen Wege aufgenommen wird, wird zur Sondenfütterung gegriffen. Die Spasmen und Steifigkeit der Muskulatur sind völlig verschwunden bis auf den Opisthotonus. Auch die Flexibilitas cerea besteht nicht mehr.

10. I. 13. Besserung sehr weit fortgeschritten. Katalepsie und Bewegungsdrang verschwunden. Das Kind befolgt jetzt einfache Aufforderungen. Jedoch besteht Mutismus, Opisthotonus und die oben beschriebene Mundstellung fort.

11. I. 13. Spontane Nahrungsaufnahme. Das Kind stopft mit beiden Händen auf ungeschickte Weise die Nahrung in den offenstehenden Mund.

16. I. 13. Beginnt sich zu beschäftigen, rechnet schriftliche Rechenaufgaben, ist verständig. Kein Opisthotonus mehr, dagegen immer noch statt sprachlicher Äußerungen Wimmern. Der Mund steht noch immer offen, die Zunge hängt etwas heraus.

20. I. 13. Laryngoskopie und Faradisation des Kehlkopfes. Versuch auf diese Weise durch Überrumpelung das Kind zum Sprechen zu bringen, mißlingt jedoch.

21. I. 13. Heute werden anscheinend unter Nachwirkung der gestrigen Untersuchung einige Worte in eigentümlichem singenden, monotonen Tonfall mit übermäßiger Stimmkraft und Luftverschwendung herausgebracht. Dabei werden die Vokale schlecht von einander differenziert.

23. I. 13. Sprache besser, doch noch immer in singendem und monotonem Tonfall.

30. I. 13. Sprache noch verwaschen und schwerfällig. Mundhaltung fast normal. Auch sonst Verhalten absolut normal. Das Kind macht einen intelligenten Eindruck.

Weder Katalepsie noch hysterische Anfälle sind wieder aufgetreten.

1. II. 13. Sprache wieder normal, geheilt entlassen.

Es handelt sich also hier um einen Fall von schwerer Hysterie bei einem siebenjährigen Knaben, der eingeleitet wird durch einen eigentümlichen 14 Tage anhaltenden Zustand von allgemeiner Muskelsteifigkeit mit völliger Bewegungslosigkeit, Mutismus, *Flexibilitas cerea* bei erhaltenem Bewußtsein. Aus ihm entwickeln sich hysterische Anfälle mit *arc de cercle* und Klonismus. Daran schließt sich ein unaufhörlicher, heftiger Bewegungsdrang an, der in das Gebiet der sogenannten Chorea magna hineingehört, bis auch dieses Symptom abklingt, während der Mutismus und einige andere Erscheinungen zurückbleiben, um allmählich unter Zurücklassung einer eigenartigen Sprachstörung zu schwinden, bis auch diese langsam in Heilung übergeht.

Das auffallendste Symptom an diesem ganzen komplizierten Krankheitsbild ist ohne Zweifel der eigentümliche 14 Tage dauernde Zustand, den wir einen kataleptischen nennen. Dieser Symptomenkomplex, der in einer allgemeinen Muskelrigidität mit Verlust der Fähigkeit zur willkürlichen Innervation, *Flexibilitas cerea* und Erhaltensein des Bewußtseins besteht, gehört, „soweit er in gesonderten Anfällen und unabhängig von ausgesprochenen psychischen Erkrankungen auftritt, ausschließlich der Hysterie an“ (Binswanger).

In unserem Falle fehlte eine psychische Erkrankung vollständig. Statt in gesonderten Anfällen trat die Katalepsie hier in einem einzigen Anfall von sehr langer Dauer auf. Dennoch ist es wohl berechtigt, diesen Zustand als einen hysterio-kataleptischen anzusehen. Das Verhalten im Schlaf — Schwinden der Muskelrigidität, Auftreten der Sprechfähigkeit, der Fähigkeit aktive Abwehrbewegungen auszuführen —, in unbeachteten Momenten — Interesse an der Umgebung —, der Verlauf — Übergang in typische hysterische Anfälle — sichern die Diagnose.

Derartige Fälle von Katalepsie von längerer Dauer sind in der Literatur des Erwachsenen nicht unbekannt. So gibt Jolly an, daß Fälle beschrieben sind, wo die Katalepsie mit geringen Unterbrechungen Monate hindurch andauerte. Binswanger zitiert unter anderen einen Fall von Katalepsie mit Lethargie von 43tägiger Dauer.

Bei Kindern dagegen sind solche länger dauernde kataleptische Zustände eine außerordentliche Seltenheit. Einen Fall von derartig

langer Dauer wie der hier mitgeteilte konnte ich in der ganzen mir zugänglichen Literatur nicht finden.

Wie selten die Katalepsie beim Kinde überhaupt ist, geht schon aus dem Umstand hervor, daß die meisten Lehrbücher der Kinderheilkunde dieses Symptom ganz unerwähnt lassen. So findet sich weder bei Heubner noch bei Thiemich im Handbuch von Pfaundler-Schlossmann eine Angabe hierüber. Baginsky und Ibrahim erwähnen nur kurz das Vorkommen der Katalepsie resp. der kataleptischen Anfälle. Nur die älteren Lehrbücher, so z. B. Soltmann in Gerhardt's Handbuch der Kinderheilkunde und Henoch besprechen die Katalepsie etwas ausführlicher. Soltmann führt einige Fälle aus der Literatur des 18. Jahrhunderts an, einer Zeit, in der die Katalepsie als gesonderte Neurose betrachtet wurde, wie auch Soltmann selbst noch eine idiopathische Form anerkennt. Henoch hat die Katalepsie in ganz kurzen Anfällen von höchstens einer Minute Dauer gesehen. Dabei wurde nur ausnahmsweise *Flexibilitas cerea* beobachtet.

Auch diejenigen Autoren, die sich eingehend mit der kindlichen Hysterie beschäftigt haben, lassen die Katalepsie unerwähnt. So finde ich keinerlei Angaben bei Thiemich, Bruns, Bézy - Bibent, Eulenburg u. a. m.

Die gesamte Kasuistik über Katalepsie beim Kinde ist äußerst spärlich. Kataleptische Zustände von kurzer Dauer (Sekunden bis einige Stunden) beschreiben Steiner, Wilhelm, Peugniez, Richer, Riesenfeld. Länger dauernde Fälle von Katalepsie, denen man z. T. eine gewisse Ähnlichkeit mit dem von uns beobachteten Falle nicht absprechen kann, beschreiben Peugniez, Bull, Landau, Heeker, Ibrahim. Bei Peugniez handelt es sich um ein 8jähriges Kind, das nach vorausgehenden Schmerzen im Magen und Leib in einen 12 Stunden dauernden Zustand von Katalepsie mit *Flexibilitas cerea* verfiel. Ausgang in Heilung. Bei Bull (zitiert nach Bézy - Bibent) wird von kataleptischen Zuständen bei einem Kind bis zu 3 Tage Dauer berichtet. In dem Fall von Landau verfiel ein 11jähriges Mädchen infolge eines Schreckens (es glaubte von einer Schaukel herabzustürzen) in einen kataleptischen Zustand von 25stündiger Dauer, der folgendermaßen geschildert wird: „Patientin in Schweiß gebadet, liegt in ruhiger Rückenlage mit geschlossenen Augen, wie schlafend im Bett, Mund weit geöffnet, Zunge zurückgezogen, Atmung ruhig und rhythmisch mit abdominalem Typus. Arme und Beine liegen lang ausgestreckt und bewegungslos da. Nirgends

eine Spur von Zuckung, niemals eine aktive Bewegung.“ Das Bewußtsein ist erhalten, da das Kind sich bemüht, bei Aufforderung die Zunge zu zeigen und die Augen zu öffnen. Ausgesprochene *Flexibilitas cerea*, Schlucken ist unbehindert, es besteht Mutismus. Nach 12 Stunden werden beim Katheterisieren Abwehrbewegungen gemacht, nach 25 Stunden ist der kataleptische Zustand verschwunden. Er tritt in kürzeren Anfällen noch während 4 Tagen auf. Die Sprache ist während dieser Zeit noch mangelhaft, zögernd, schwerfällig, mißlingt um so mehr, je ausgiebigere Muskelaktionen zum Zwecke der Wortbildung nötig sind. Nach 6 Tagen völlige Heilung. Hecker bespricht einen Fall von Katalepsie bei einem $3\frac{1}{2}$ jährigen Kinde. Der kataleptische Zustand trat nur ein, wenn das Kind beobachtet wurde. Sobald es sich unbeobachtet glaubte, bewegte es sich und spielte. Anderweitige hysterische Symptome fanden sich nicht. Nach 12 Tagen Heilung. Hecker ist geneigt, diesen Fall als Hysterie anzusehen, die durch das Schreckhafte und Unangenehme beim Anblick der fremden Umgebung ausgelöst wurde.

Auf diesen kataleptischen Zustand folgten hysterische Anfälle mit *arc de cercle* und klonistischen Bewegungen, die wegen des Fehlens des epileptoiden Stadiums, der *Attitudes passionelles* und Delirien als unvollständige bezeichnet werden könnten. Von den hysterischen Krämpfen geben die meisten Autoren an, daß sie erst bei älteren Kindern in Erscheinung treten, so daß auch hierin unser Fall eine Seltenheit ist. So sah Bruns nur einmal hysterische Krämpfe bei einem 10-, einmal bei einem 8jährigen Mädchen, die übrigen Fälle betrafen alles ältere Kinder. Auch Cramer gibt an, daß die hysterischen Krämpfe, die bei der Hysterie des Erwachsenen eine wichtige Rolle spielen, bei Kindern nicht so häufig auftreten und gewöhnlich erst bei den älteren Kindern, die sich der Pubertät nähern oder bereits in die Pubertät eingetreten sind. Heubner sah ausgesprochene hysterische Krämpfe bei einem 10jährigen Kinde. Sollier berichtet jedoch auch über große hysterische Anfälle bei einem 5jährigen Kinde.

Dem heftigen bis zur Erschöpfung führenden Bewegungsdrang, der auf die Krampfanfälle folgte, können wir wohl als *Chorea magna* bezeichnen. Von der *Chorea magna* gibt Bruns an, daß sie für die Kinderhysterie sozusagen spezifisch wäre. Sie wurde von ihm fast im kindlichen Alter beobachtet. Sie ist nach ihm im ganzen selten. Henoch gibt einige ausführliche Krankengeschichten mit *Chorea magna*, darunter die eines $9\frac{1}{4}$ - und 8jährigen Kindes. Meyer berichtet, daß in seinem

Material Anfälle mit ausgesprochenem Bewegungsdrange nicht selten waren, ohne Angaben über das Alter zu machen.

Der Mutismus, mit dem die Hysterie bei unserem Fall zuerst in Erscheinung trat, ist beim Kinde nichts seltenes (Bruns, Thiemich, Ibrahim, Cramer). Ebenso sind die Sprachstörungen bei der Hysterie des Kindes zahlreich und mannigfaltig (Thiemich). So ist es nichts ungewöhnliches, daß aphonische Kinder laut singen und husten können (Bruns, Salge). Auch in unserem Falle gelang das Sprechen erst auf dem Umwege über eine eigentümliche singende Sprachweise.

Die Heilung dieses außergewöhnlich schweren Falles von Hysterie ging in relativ kurzer Zeit von statten. Der Knabe erfreute sich nach ca. 6 Wochen völliger Gesundheit. Dieser Verlauf paßt gut zu der Prognose, wie sie von fast sämtlichen Autoren der Kinderhysterie zugestanden wird (Henoch, Thiemich, Bruns, Cramer). Dies gilt nicht nur allein für das einzige Symptom, sondern für die ganze psychische Konstitutionsanomalie (Thiemich). Wird das hysterische Symptom früh erkannt und ausgerottet (Bruns), so ist es möglich, daß das Kind dauernd von der Hysterie geheilt wird, während dies bei Erwachsenen ein fast völlig unmöglicher Ausgang ist.

Literaturverzeichnis.

- Baginsky, Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Leipzig 1902.
 Bézy - Bibent, Die Hysterie im kindlichen und jugendlichen Alter. Berlin 1902.
 Deutsch von Brodtmann
 Binswanger, Die Hysterie in Nothnagel: Spezielle Pathologie und Therapie. Wien 1904.
 Bull, Norsk Mag f. Lægevidensk 1892. Zit. nach Bézy - Bibent und dem Referat im Jahrb. f. Kinderheilk. 39.
 Briquet, Traité clinique et thérapeutique de l'hysterie. Paris 1859.
 Bruns, Die Hysterie im Kindesalter, 2. Auflage. Halle 1906.
 — Die Hysterie im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. 58.
 Cramer, Die Hysterie der Kinder im Handbuch der Nervenkrankheiten im Kindesalter von Bruns, Cramer, Ziehen. Berlin 1912.
 Clopatt, Etudes sur l'hysterie infantile. Helsingfors 1888.
 Eulenburg, Die Hysterie des Kindes. Berlin 1905.
 Henoch, Vorlesungen über Kinderkrankheiten.
 Hecker, Katalepsie bei kleinen Kindern 1907. Centralbl. f. Kinderheilk. 12, Nr. 1.
 Herz, Über Hysterie bei Kindern. Wien. med. Wochenschr. 1885, Nr. 43.
 Ibrahim, Die Hysterie im Lehrbuch der Kinderheilkunde von Feer 1911.
 Jolly, Über Hysterie bei Kindern. Berl. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 34.
 Landau, Ein Fall von Katalepsie, Wiener med. Presse Nr. 35 u. 36. 1894.
 Meyer, Beiträge zur Kenntniss der Hysterie im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. 62.

- Peugniez, L'hysterie chez les enfants. Thèse de Paris 1885.
- Riesenfeld, Über Hysterie bei Kindern. Inaug.-Diss. Kiel 1887.
- Richer, Etudes cliniques sur l'hystero-épilepsie ou grande hystérie. Paris 1881.
- Salge, Hysterie bei Kindern. Inaug.-Diss. Berlin 1898.
- Sänger, Neurasthenie und Hysterie bei Kindern. Berlin 1902.
- Seeligmüller, Über Chorea magna. Deutsch med. Woch. 1881.
- Seltmann, Die Katalepsie in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten **5**, 1.
- Sollier, Hysterie inf. à forme convulsive. Franc. méd. 1891 ref. in Maladies de l'enfance **9**.
- Steiner, Ein Fall von Katalepsie. Jahrb. f. Kinderheilk. 1869, **2**.
- Beiträge zur Kenntnis der hysterischen Affektionen des Kindes. Jahrb. f. Kinderheilk., **44**, 1897.
- Thiemich, Über Hysterie im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk., **58**, 1903.
- Hysterie im Handbuch der Kinderheilkunde von Pfaundler-Schlossmann.
- Wilhelm, Ein Fall von Katalepsie. Wiener med. Presse 1872, Nr. 30.