

XIII.

Über Haltungsanomalien bei Hysterie.

Von

Denis G. Zesas, Lausanne.

In einer vor wenigen Monaten publizierten Arbeit¹⁾ berichteten wir über drei kurz nacheinander an der Hoffa'schen Klinik beobachtete Fälle von hysterischer Skoliose. Bald nach dem Erscheinen jener Mitteilung gelangte ein vierter diesbezüglicher Fall, ein 43jähriges Fräulein betreffend, das ausser der Wirbelsäuleverkrümmung, an allen möglichen Krankheiten zu leiden glaubte, zu unserer Beobachtung. Es scheint diese Skoliosenart somit nicht so selten aufzutreten, als man es im allgemeinen anzunehmen pflegt, so dass vermutlich bei eingehender Prüfung manche als „habituelle Skoliose“ aufgefasste seitliche Wirbelsäuledeviation sich als auf Hysterie beruhende, erweisen dürfte.

Die Affektion befällt vorzugsweise Mädchen in der Pubertätszeit, obwohl sie auch erwachsene Personen, die neuropathisch hereditär belastet sind, ergreifen kann. Als die die Affektion veranlassenden Momente werden traumatische Einwirkungen auf die Wirbelsäule, Muskelermüdung und allgemeine nervöse Störungen beschuldigt. Nach Analogie hysterischer Kontrakturen anderer Körperteile, soll die hysterische Skoliose sich oft unmittelbar nach der traumatischen Einwirkung einstellen und dieses akute Auftreten dem neuropathischen Ursprung eigen sein. Diese Fälle jedoch sind selten und beim Fehlen anderweitiger hysterischer Erscheinungen auch nicht immer leicht möglich ätiologisch richtig zu deuten. In der Regel entwickelt sich die seitliche hysterische Wirbelsäuledeviation allmählich, obwohl sich die ersten Anzeichen gleich nach einem Trauma oder einer sonstigen Ursache, auf die die Patienten ihr Leiden zurückführen, bemerkbar machen. Gewöhnlich handelt es sich um totale Verbiegungen, bei welchen die ganze Wirbelsäule, „wie ein Stab von oben und unten her, zusammengebogen“, erscheint. Je nach den befallenen Muskelgruppen ergibt sich die Deviation links oder rechts; nach den bisherigen Erfahrungen jedoch, scheint die rechte Seite häufiger betroffen zu werden. Auch seitliche Deviationen des Hals- und Lendenwirbelsäuleabschnittes sind verzeichnet. Hildebrandt beschrieb einen Fall, wo eine rechtskonvexe Cervikalskoliose und eine linkskonvexe Lumbalskoliose bestanden hatte. Ein

¹⁾ Über hysterische Skoliose. Archives internationales de chirurgie. Bd. II. Heft I.

konstanter Typus scheint der hysterischen Skoliose nicht eigen zu sein; kennzeichnend für den hysterischen Ursprung ist vielmehr der Umstand, dass eine solche Skoliose rasch entsteht, bisweilen auch bald verschwindet, um bei geringfügigsten Anlässen wieder aufzutreten. Passiv gelingt es leicht, die Skoliose auszugleichen, dieselbe sogar überzukorrigieren; die korrigierte Stellung dauert jedoch nur solange an, als die Patienten sich Mühe geben, in ihr zu verharren; die Skoliose stellt sich aber wieder ein, sobald der Willensimpuls erlahmt und die nachlässige Körperhaltung ihren Platz wieder einnimmt. Auch in der Narkose und im hypnotischen Schlafe werden hysterische Skoliosen stets ausgeglichen und dieses Symptom ist eines der sichersten differentialdiagnostischen. Beachtenswert ist, dass bei der hysterischen Skoliose anatomische Veränderungen an der Wirbelsäule fehlen; ein Rippen- oder Brustbuckel ist nicht vorhanden und das Röntgenbild weist ausser der seitlichen Deviation der Wirbelsäule keine abnormen Verhältnisse auf. Eben dieser Mangel anatomischer Veränderungen an der Wirbelsäule veranlasste verschiedene Beobachter, das in Frage stehende Krankheitsbild als „hysterische Skoliosenhaltung“ aufzufassen, doch liegt es ausser Zweifel, dass ein längeres Bestehen des Leidens auch zu anatomischen Veränderungen führen kann und somit die Bezeichnung der Affektion als hysterische „Skoliose“ volle Berechtigung verdient.

Von den anderweitigen Symptomen der hysterischen Skoliose sind die in einzelnen Muskelgruppen beobachteten Kontrakturen zu nennen, ebenso eine gewisse Steifigkeit der ganzen Rumpfmuskulatur, die jedenfalls reflektorischer Natur ist, indem solche Patienten sich geistig mit ihrem Rückenleiden stetig beschäftigen und ihre Muskulatur gespannt halten. „Der Rumpf — sagt Hoffa, — wird im ganzen ziemlich steif gehalten und beim Gehen das Körpergewicht meist auf das der schmerzhaften Kontraktur entgegengesetzte Bein verlegt, während das Bein derselben Seite sich oft in ausgesprochener Kontrakturstellung befindet. Wird die aufrechte Haltung längere Zeit beibehalten, so verstärken sich die Wirbelsäuleverkrümmungen gewöhnlich, in einzelnen Fällen vermindern sie sich oder verschwinden sogar in Ruhelage.“

Schmerzen an der Wirbelsäule pflegen selten ganz zu fehlen und haben einen intermittierenden Charakter, wie sie Hoffmann und Sydenham für die Rachialgie beschreiben; sie stehen im Kontraste mit den fast schmerzlosen aktiven und passiven Bewegungen der Wirbelsäule. Lokale Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule (Dornfortsätze) wird auch mitunter beobachtet, doch steht sie nicht im Einklang mit dem Deviationssitz und die diesbezüglichen Angaben seitens der Patienten variieren fast bei jeder Untersuchung. Das ausschlaggebende diagnostische klinische Symptom bleibt das Vorhandensein anderweitiger hysterischer Erscheinungen: Haut- und Schleimhutanästhesien, Parästhesien, Beeinträchtigung des Sehfeldes, Abnahme oder Steigerung der Reflexe, Ovarie, sind Symptome, die entweder gemeinsam oder vereinzelt vorhanden sein können. Auch der psychische Zustand der Patienten ist diagnostisch nicht unwichtig, war er doch in zwei unserer Fälle für die Grund-

affektion recht charakteristisch. Bezeichnend für die hysterische Grundlage der Affektion ist schliesslich die klinische Tatsache, dass die Wirbelsäule-deviation ihre Form wechseln kann. In einem Falle Wegner's bestand anfangs eine rechtsseitige, später eine linksseitige Verbiegung, die sich aber in kurzer Zeit wieder verlor.

Wertheim-Salomonson hat die hysterische Skoliose unter einem anderen Gesichtspunkt aufgefasst. Auf zwei Fälle gestützt, die er als hysterische Hüfthaltung mit Skoliose, resp. als hysterische „attitude hanchée“ mit Skoliose bezeichnete, betrachtet er die Wirbelsäuledeviation als sekundäre und sucht die Ursache derselben in einer abnormen Beckenstellung. Die primäre Ursache soll in einer hysterischen Hüftkontraktur resp. Muskelasthenie liegen. „Wenn man sich nach langem Stehen ermüdet fühlt, — sagt Wertheim, — nimmt man unwillkürlich die Hüfthaltung an. Bei der hysterischen Hüfthaltung geschieht noch etwas mehr. Hierbei wird selbst die geringe Kraft, die nötig ist, um die Hüfte im Gelenk zu erhalten, nicht mehr angewandt, sondern es hängt der Patient an seinem Ligamentum teres und Ligamentum Bertini. Wir bekommen hier also nicht eine Erscheinung von Muskelspannung, sondern von Muskelentspannung. Dem entspricht auch die Zunahme der Skoliose, wenn der Kranke einige Augenblicke nacheinander stehen bleiben muss, was sowohl von mir selbst, als auch von anderen Untersuchern aufgezeichnet worden ist. Aus diesen Tatsachen glaube ich die Schlussfolgerung ziehen zu müssen, dass wir es mit einer Erscheinung von Muskelasthenie zu tun haben. Und diese Schwäche ist auch deutlich bei der Untersuchung zu erkennen. Das Bein, worauf sich der Körper stützt, zeigt deutlich leichte Parese. Zugleich aber ist bei dieser Untersuchung eine geringe Rigidität der Muskeln zu erkennen, so dass bei passiven Bewegungen des ruhenden Beines das Becken hin und wieder etwas mitgeht, wenigstens nicht so vollständig frei ist, wie bei passiven Bewegungen des anderen Beines. In den Fällen der Literatur wird meistens vollständige Freiheit bei passiven Bewegungen angegeben; in unseren Fällen fand ich zwar, dass den Extremitäten alle extremen Haltungen gegeben werden konnten, dass aber die Bewegungen nicht vollkommen frei waren. Das deutet nun nicht auf eine Kontraktur hin, sondern auf eine Neigung, eine bestimmte Stellung festzuhalten. Die Verbiegung der Wirbelsäule wäre somit eine kompensatorische.

Schoemaker fügte den Wertheim'schen Fällen eine weitere Beobachtung hinzu, in welcher ebenfalls eine Kontraktur des Hüftgelenkes existierte. Die Kontraktur ging daraus hervor, dass bei Ausgleichung der Beckensenkung der Rumpf eine starke Neigung nach rückwärts annahm. Die Kontraktur liess sich jedoch in gewissen Stellungen ausgleichen und dann verschwand auch die Skoliose. Einen ähnlichen Fall hat kürzlich Scheu aus der Schanz'schen Klinik publiziert.

Wir haben bei unseren vier Fällen der Beckenstellung, der Hüfthaltung sowie dem Zustande der den Hüftgelenken angrenzenden Muskulatur, besondere Aufmerksamkeit geschenkt; eine Abnormität konnten wir nicht wahrnehmen, so dass entschieden nicht alle hysterischen Skoliosen sekundärer Natur sind.

Wahrscheinlich handelt es sich bei der hysterischen Skoliose und hysterischen Hüfthaltung mit Skoliose, wie Scheu richtig bemerkte, um zwei getrennte Krankheitsbilder.

Seltener als die seitlichen Deviationen pflegen kyphotische Verkrümmungen der Wirbelsäule bei der Hysterie aufzutreten. Das Bild der hysterischen Kyphose ähnelt demjenigen der Luxationen oder Frakturen der Wirbelsäule, weshalb das Leiden auch als „Pseudofraktur“ der Wirbelsäule beschrieben worden. In Frankreich wird die Affektion als Brodie'sche Krankheit bezeichnet, obwohl wir bei Brodie umsonst Erwähnung derselben suchen würden! Die hysterische Kyphose entsteht wie die hysterische Skoliose entweder spontan oder auf eine traumatische Einwirkung hin. Letztere Fälle sind klinisch von praktischem Belang, insofern man sie leicht mit Frakturen oder Luxationen der Wirbelsäule verwechseln kann. Im Interesse des Unfallwesens ist es erforderlich, solche Krankheitsbilder richtig zu deuten. Auch die spontan entstandenen Kyphosen, die, wie leicht begreiflich, oft mit Tuberkulose der Wirbelsäule verwechselt werden, sind therapeutisch interessant, indem es mitunter äusserst wenig bedarf, dieselben zur Heilung zu bringen.

Die Kasuistik der kyphotischen Wirbelsäuleverkrümmungen hysterischer Natur ist nicht gross. Sie besteht in einzelnen unzweifelhaften Fällen, unter denen die bekanntesten jene von Duret, Moty, Deléarde und Arnheim sind. Der Fall Duret's betrifft einen 23jährigen hereditär nervös belasteten Mann. Im Jahre 1885 zog er sich, da er eine feuchte Wohnung inne hatte, eine doppelseitige Ischias zu. Eine im folgenden Jahre eingestellte Paralyse des Rektums und der Blase wurde durch das Tragen eines mit französischen Fünfcentimes-Stücken gefüllten Gurtes geheilt! Im Mai 1888 suchte Patient das Krankenhaus von neuem auf und zwar dieses Mal wegen Kyphose der Lendenwirbelsäule, die das Bild des Pott'schen Übels vortäuschte. Die zwei von Moty beschriebenen Fälle sind traumatischen Ursprungs und als „types nets d'hystéro-traumatisme“ bezeichnet. Der erste Fall betrifft einen Landjäger, der einen Fall von einer Treppe erlitt, der zweite einen Artilleristen, der vom Pferde herunterfiel. Auch die Beobachtung Deléarde's ist traumatischen Ursprungs und betrifft einen Mechaniker, der aus der Höhe von zwei Metern auf die Lenden und zwar auf einen Balken fiel. Leider fehlen uns in den angeführten Beobachtungen genaue Angaben über den Befund der Wirbelsäule.

Das Charakteristische der hysterischen Kyphose soll in ihrer, der traumatischen Einwirkung unmittelbar folgenden Entwicklung und in einer speziellen Haltung, die der Patient je nach dem Sitz der Kyphose einzunehmen pflegt, liegen. Bei der Kyphose der Lendenwirbelsäule, welche die häufigste Form der hysterischen Kyphose darstellt, erscheint der Kranke wie zusammengeknickt: der Rumpf ist stark auf die unteren Extremitäten gebeugt; — ils sont courbés en deux, — sagt Deléarde — le tronc plus ou moins fortement fléchi sur les membres inférieurs.

Sitz der Kyphose ist gewöhnlich die Lendenwirbelsäule; Arnheim beschrieb jedoch einen Fall von reiner Kyphose der Halswirbelsäule, die durch

hysterische Kontraktur der Hals- und Nackenmuskeln bedingt war¹⁾. Die diesbezügliche, in mehrfacher Hinsicht beachtenswerte Beobachtung ist folgende:

Ein 40-jähriger Maurer hatte vor 1 $\frac{1}{4}$ Jahren einen Unfall dadurch erlitten, dass er von einem ca. 2 $\frac{1}{2}$ Meter hohen Baugerüst herabgestürzt war, und sich dabei verschiedene Quetschungen am Rücken, der linken Schulter und im Kreuz zuzog. Nach dem Sturze hatte er die Besinnung verloren und war in ein Krankenhaus überführt worden. Von dort war er angeblich unge bessert entlassen worden, wurde aber noch weiterhin erfolglos ärztlich behandelt. Er klagte hauptsächlich über Schmerzen im Nacken, Steifigkeit des Halses und Kopfschmerzen. Der Kopf wurde nach vorn über und ganz leicht nach der linken Seite geneigt getragen; die Halswirbelsäule stund zur Brustwirbelsäule in einem stumpfen Winkel und war nach hinten konvex gebogen. Der Dornfortsatz des siebten Halswirbels sprang stark vor; zwischen ihm und dem vorhergehenden fand sich eine etwa zwei Finger fassende Einsenkung, oberhalb deren, also über dem vierten und fünften Halswirbel die Höhe der Konvexität lag. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule war völlig aufgehoben; es gelang nur — aktiv wie passiv — ganz geringe Exkursionen nach vor- und rückwärts, sowie nach den Seiten auszuführen. Die geringste Bewegung des Kopfes verursachte lebhafte Schmerzen, ebenso das Beklopfen des dritten und vierten Halswirbels. Irgend eine pathologische Veränderung liess sich an den einzelnen Wirbeln nicht feststellen, auch ergab die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen durchaus normale Verhältnisse. Die Brustwirbelsäule war ganz leicht nach links konvex gebogen. Die Nacken- und seitlichen Muskeln des Halses, die oberflächlichen, wie die tiefen, befanden sich in dauernder Kontraktur; bei Bewegungsversuchen wurden sie bis zur äussersten Leistungsgrenze angespannt, so dass sie sich bretthart anfühlten. Ihre elektrische Reaktion war normal. Die Schmerzempfindlichkeit schien auf der linken Rumpfhälfte herabgesetzt; die Reflexe waren normal, es bestand ein leichter Tremor der geschlossenen Augenlider, sowie der Zunge und der Hände. Charakteristisch war das Verhalten des Patienten im Schlaf. Er lag stets auf dem Rücken, unter dem Kopf ein flaches Kissen. Der Schlaf war ein sehr fester, so dass Licht angezündet und der Patient betastet werden konnte, ohne dass er erwachte. Es zeigte sich hierbei nun, dass die Hals- und Nackenmuskeln nicht kontrahiert waren. Eines Nachts wurde das Kopfkissen unter dem Kopf vorsichtig hervorgezogen; der Kopf sank hintenüber, ohne dass Patient erwachte, so dass nun der Patient ganz gerade auf der ebenen Matratze lag. Bei dem gleichen Versuch in wachem Zustand wurde dagegen stets die stark nach vorn gebeugte Kopfhaltung beibehalten. Mit zunehmendem Erwachen und klarer werdendem Bewusstsein, begannen sich die betreffenden Halsmuskeln zu kontrahieren und der Kopf sank von neuem vornüber; sofort angestellte aktive und passive Bewegungsversuche ergaben die konstatierte Bewegungsbeschränkung. Beim Aufhängen in die Glisson-

¹⁾ Auch Fälle von hysterischer Kyphoskoliose sind beschrieben worden (de Paoli)

sche Schwebelage gelang die Geraderichtung der Halswirbelsäule, ohne dass der Untersuchte nennenswerte Schmerzen dabei empfand.

Spontanschmerzen fehlen meistens oder werden wie bei der hysterischen Skoliose nicht immer an der gleichen Stelle empfunden; nur bei dem Versuche die Wirbelsäule passiv zu redressieren wird über intensive Schmerzen geklagt. Druck auf die Wirbel bedingt keine Schmerzen. Die verschiedenen Reflexe können normal, gesteigert oder erloschen sein, meistens werden noch anderweitig hysterische Symptome nachgewiesen, wie Einschränkung des Sehfeldes, Haut- und Schleimhautanästhesien, hyperanästhetische Zonen etc. Auch der Gang solcher Patienten ist etwas erschwert infolge der starken Beugung des Rumpfes nach vorne und ihr psychischer Zustand mehr oder weniger angegriffen, da sie sich beständig mit ihren Wirbelsäuleiden beschäftigen und sich als Krüppel betrachten. Weder in der Rücken- noch Bauchlage gelingt es, die kyphotische Verkrümmung auszugleichen, was jedoch in der Narkose und dem natürlichen Schlaf leicht erreicht werden kann.

Die Ursache der kyphotischen Wirbelsäuleverkrümmungen ist wie bei den seitlichen Deviationen der Wirbelsäule, in einer Kontraktur oder Parese der verschiedenen, die Wirbelsäule aufrechthaltenden Muskelgruppen, zu suchen. Bei der hysterischen Skoliose wird hauptsächlich der Erector trunci ergriffen, während bei der hysterischen Kyphose wesentlich der Psoas und Iliacus befallen werden. Die speziellen Vorgänge die diese Muskelveränderungen — Kontraktur oder Parese derselben — auslösen, sind uns bis jetzt nicht näher bekannt.

Die erste Hypothese über das Wesen der traumatischen Hysterie suchte dieselbe auf eine oberflächliche oder diffuse Erkrankung des Zentralnervensystems zurückzuführen. Charcot war es, der der Affektion jede anatomopathologische Grundlage absprach und dieselbe als eine Erkrankung *sine materia* darstellte und „ce serait par auto-suggestion que se développeraient la paralysie ou la contracture hystero-traumatique et ces accidents dépendraient exclusivement d'un état mental particulier“. Der ausschlaggebende Beweis für diese Annahme soll nach Charcot darin liegen, dass es im hypnotischen Schlaf gelingt Lähmungen und Kontrakturen zu erzeugen, die identisch den posttraumatischen sind. Eine Autosuggestion durch den Shock und die psychische Vorstellung erzeugt, soll das Zustandekommen der traumatischen Hysterie herbeiführen.

Fölken äussert sich bezüglich der Pathogenese der traumatischen Hysterie folgendermassen: „Bekanntlich lehrt die Physiologie, dass alle Muskeln sich in permanenter leichter Kontraktion befinden, hervorgerufen durch eine dauernde Erregung der Ganglienelemente des Rückenmarkes, welche ihrerseits wieder von zentripetalen Reizen abhängig sind, die von den Muskeln und ihren Umhüllungen ausgehen. Durch eine Steigerung dieses als Muskeltonus bekannten Erregungszustandes ist nun nach Charcot die Erscheinung der permanenten Kontrakturen zu erklären: die Kontraktur stellt gewissermassen den Muskeltonus in seiner höchsten Potenz dar“.

Die klinische Erfahrung lehrt jedoch, dass es weder bei der hysterischen Skoliose noch bei der hysterischen Kyphose sich stets um Muskelkontrakturen handelt, sondern dass es Fälle gibt, bei denen vielmehr eine Parese oder Paralyse gewisser Muskelgruppen angenommen werden muss. Bei unseren vier Fällen von hysterischer Skoliose konnten wir eine eigentliche Muskelkontraktur nicht wahrnehmen. Nicht nur Skoliosen und Kyphosen, sondern auch lordotische Verbiegungender Wirbelsäule sind bei hysterischen Personen beobachtet worden und zwar nicht infolge von Muskelkontrakturen, sondern ursächlich einer Lähmung bestimmter Muskelgruppen. Einen diesbezüglichen Fall teilt von Hoesslin mit, eine Lordose durch funktionelle Glutäuslähmung hervorgerufen, betreffend; über einen zweiten Fall berichtet Riedinger. Derselbe bezieht sich auf einen 40jährigen Arbeiter, der nach einem Sturz von einem Gerüst ohne irgendwelche Wirbel- oder Gelenkverletzungen erlitten zu haben, weder aufrecht stehen noch gehen konnte. Die Muskulatur war nirgends gespannt, sie fühlte sich vielmehr überall schlaff an; Muskelschwund war nirgends zu konstatieren. Patient war stark nach vornüber gebeugt. Das Becken zeigte sich zurückgeschoben. Während der Oberkörper sich vergeblich in die Höhe zu richten suchte und dadurch eine hochgradige Lordose entstand, waren die Kniegelenke gebeugt, beim Stehen meist nach innen rotiert und einander genähert; ferner war das Becken stark nach vorn gedreht, die Arme stützten sich beim Gehen und Stehen auf die Oberschenkel; der Patient nahm infolgedessen eine Haltung ein, wie sie bei Parese der unteren Extremitäten nicht selten gefunden wird. Sass der Patient und wollte dann aufstehen, so suchte er eine Stütze für die Arme; während des Gehens drehte er sich bei jedem Schritt um seine Längsachse. Am deutlichsten geschah dies, wenn der Kranke aufrecht ging, was nur mit Hilfe eines Korsetts möglich war. Forderte man den Patienten, während er bei frei herunterhängenden Unterschenkeln auf dem Untersuchungstisch sass, auf, sich auf die Arme und Hände zu stützen und Rumpf und Beine frei zu erheben, so gelang ihm dies für einige Sekunden. Dann verliess ihn die Kraft und er fiel mit Wucht auf seinen Sitz nieder. Wenn ferner Patient flach auf dem Rücken lag und in dieser Position aufgefordert wurde, sich ohne Unterstützung der Arme und Hände im Kreuz zu erheben, so gelang ihm dies ebenfalls für einige Sekunden. Bei der Extension in der Glisson'schen Schwebe, streckte sich der Körper vollständig gerade. Im Liegen waren aktiv und passiv alle Bewegungen ausführbar. Handbreit zu beiden Seiten der Lendenwirbelsäule bis herunter zu den Sitzknorren war die Hautsensibilität herabgesetzt. Es bestand Hypästhesie für taktile und thermale Reize. Hypästhesie bestand ferner an der Vorderseite des rechten Oberschenkels unterhalb des Poupartschen Bandes bis zur Mitte des Oberschenkels herab. Leichter Druck auf die Dornfortsätze und auf das Kreuzbein, rief keine Schmerzen hervor; Beklopfen oder stärkerer Druck dagegen erzeugte eine heftige Schmerzreaktion mit Steigerung der Atemfrequenz ohne Steigerung der Pulsfrequenz. Die Sehnenreflexe waren normal, ebenso die Schleimhautreflexe; dagegen waren die Hautreflexe deutlich gesteigert. Der Kranke zeigte schliesslich eine gesteigerte Gemüt-

Erregbarkeit und ein sehr veränderliches psychisches Verhalten. Am meisten alterierte ihn der Zweifel an seiner Erwerbsfähigkeit. Riedinger fasste diesen Fall als eine „statische Insuffizienz der Muskulatur“ auf hysterischer Basis auf.

Prognostisch sind die hysterischen Wirbelsäuleverkrümmungen günstig, wenn sie frühzeitig zur Behandlung gelangen. „Der Hauptgrund für die bekannte, meist so wenig günstige Prognose der traumatischen Neurosen und für die Schwierigkeit ihrer Behandlung liegt darin, dass die Kranken oft Monate, ja sogar Jahre lang von einem Arzt zum anderen, von einer Behörde zur anderen hin und her geschickt werden, bis man es schliesslich mit ganz veralteten und tief in das ganze innere Sein des Patienten eingewurzelten Krankheitszuständen zu tun hat“ (Strümpell). Nichtsdestoweniger sind hysterische Wirbelsäuleverkrümmungen prognostisch stets vorsichtig zu beurteilen, denn es fehlt nicht an Beobachtungen, wo das Leiden jeder therapeutischen Massnahme trotzte und schliesslich zu anatomischen Veränderungen führte. Dies beweist unter anderem der von Seiffer publizierte Fall. Dem Unfallwesen stehen solche Patienten, bei denen das Wirbelsäuleiden sich unmittelbar an die Verletzung anschliesst, keineswegs als Simulanten gegenüber; das erlittene Trauma muss für ihren Zustand verantwortlich gemacht werden und die „Versicherung“ kann ihre materielle Hilfe solchen Kranken nicht vorenthalten. Bei Patienten, bei denen sich die Psyche durch den Zustand nicht wesentlich beeinflusst zeigt, ist auch die Prognose der Wirbelsäuleaffektion eine günstigere und kann man bei diesen in einer mehr oder weniger entfernten Zeit, eine Restitutio ad integrum erwarten. „Au contraire la situation est des plus graves — sagt Deléarde — si les phénomènes d'ordre psychique et cérébral dominant chez le malade. Le désespoir laisse bientôt la place à l'hypochondrie, à la mélancholie même; et si peu que le sujet soit prédisposé héréditairement, aux affections vésaniques, son état mental s'altère profondément d'une façon souvent irrémédiable.“

Bei Kindern ist die Prognose der hysterischen Wirbelsäuleverkrümmungen im allgemeinen günstiger, da ja nach Charcot die Hysterie des jugendlichen Alters nicht lange anhalten soll.

Die Therapie der hysterischen Wirbelsäuleverkrümmungen kann eine einfache, prompte oder langdauernde und mühevoll sein. Wir erinnern hier an Lannelongue, der auf den Befehl hin: „Sich gerade halten“ ohne weiteres eine hysterische Skoliose zur Heilung brachte, und daran, dass das Tragen eines mit „Sous“ gefüllten Gurtes oder eine einfache Kokaininjektion eine hysterische Kyphose zum Verschwinden brachte. Eine antihysterische Therapie, verbunden mit Massage der Rückenmuskulatur und redressierenden Manipulationen, wird uns bei den hysterischen Wirbelsäuledeviationen vorzügliche Dienste leisten. Solche Zustände erfordern aber zu ihrer Bekämpfung besondere Menschenkenntnisse seitens des Arztes und derjenige, der das Vertrauen der betreffenden Patienten und eine Autorität über sie erwirbt, wird auch die besten therapeutischen Erfolge haben!

Literatur.

1. Albert. Allgemeine Wiener mediz. Zeitung. 1899.
 2. Landois. Thèse de Paris. 1889.
 3. Wic. Thèse de Paris. 1892.
 4. Roux. Thèse de Paris. 1897.
 5. Houeix de la Brousse. Thèse de Bordeaux. 1898.
 6. Andry. Lyon médical. 1887.
 7. Charcot. Leçons du mardi.
 8. von Eschmarch. Über Gelenkneurosen. Kiel 1862.
 9. Mirallié. Revue d'orthopédie. 1897.
 10. Hallion. Des Déviations vertébrales neuropathiques. Nouv. Iconographie de la Salpêtrière. 1892.
 11. Wegner. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 50.
 12. Hoffa. Neurogene Skoliosen. Zeitschrift für orthopädische Chirurgie. Bd. 11.
 13. Derselbe. Die Orthopädie im Dienste der Nervenheilkunde. Jena 1900.
 14. Dolega. Zur Pathologie und Therapie der kindlichen Skoliose. Leipzig 1897.
 15. Muskat. Die hysterische Skoliose. Zentralblatt für die Grenzgebiete. 1901. Nr. 6.
 16. Germant. Über die hysterische Skoliose. Dissertat. Berlin 1897.
 17. Kirrnisson. Les difformités acquises. Paris 1902.
 18. Redard. Traité pratique des déviations de la colonne vertébrale.
 19. De Paoli. Wiener mediz. Presse. 1901.
 20. Fölken. Zeitschrift für klin. Medizin. Bd. 17.
 21. Wertheim-Salomonson. Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde. 1900. Nr. 5.
 22. Derselbe. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 19.
 23. Strozewski. Referat im Neurolog. Zentralblatt. 1902.
 24. Monsarrat. Des scolioses myélopathiques. Pariser Thèse 1891.
 25. Raymond. Journal de médecine et de chirurgie pratiques. 1902. Nr. 19.
 26. Flatau. Ärztl. Sachverständig.-Zeitung. 1904. Nr. 5.
 27. Schoemaker. Zeitschrift für orthop. Chirurgie. Bd. VIII. 445.
 28. Riedinger. Münchener med. Wochenschrift. Nr. 14. 1902.
 29. Deléarde. Gazette des Hôpitaux. 1902. Nr. 75.
 30. Moty. Bull. de la Société centrale de médecine du Nord. 1901.
 31. Arnheim. Ein Fall von hysterischer Kyphose. Fortschritte der Medizin. 1902. Nr. 35.
 32. von Hoesslin. Eine merkwürdige Bewegungsstörung durch funktionelle Glutäuslähmung. Münch. med. Wochenschrift. 1896. Nr. 52.
 33. Birnswanger. Über hysterische Skoliose. Deutsche med. Wochenschrift. V. B. 1902. Nr. 5.
 34. Scheu. Ein Fall von hysterischer Hüfthaltung mit Skoliose. Zeitschrift für orthop. Chir. Bd. 14. pag. 233.
 35. Hildebrandt. Hysterische Skoliose. Zeitschrift f. orth. Chirurgie. Bd. 13.
 36. Seiffer. Hysterische Skoliose bei Unfallkranken. Zeitschrift für orthop. Chirurgie. Bd. 1. pag. 191.
 37. Hovorka von. Beitrag zur hysterischen Skoliose. Zeitschrift für orthop. Chirurgie. Bd. 14. pag. 594.
 38. Zesas. Die hysterische Skoliose. Archives intern. de chirurgie. 1904.
-