

## Metritis hysterica.

Von

Dr. **Vedeler**, Christiania.

---

Die meisten Gynäkologen der gegenwärtigen Zeit scheinen darin einig zu sein, dass Krankheiten in den Geschlechtsorganen auf das Gehirn reagiren, Hysterie hervorrufen. Nur wenige hingegen erkennen an, dass ein normales Gehirn auf die Geschlechtsorgane reagiren kann, und beinahe keiner, dass ein krankes hysterisches Hirn hysterische Abnormitäten der Geschlechtsorgane hervorrufen kann. Dieses letztere wird jedoch von den medicinischen Verfassern angenommen, die sich speciell mit Hysterie beschäftigen. Diese Anschauung bei den Gynäkologen zur Geltung zu bringen, ist die Absicht der folgenden Arbeit und dies um so mehr, als es an der Zeit ist, dass eine Reaction beginnt gegen die, auf dem Gebiete der Gynäkologie zu rücksichtslos eindringende Chirurgie, die sehr oft ihre Indicationen in missverstandenen hysterischen Symptomen findet.

Im Jahre 1830 beschreibt Robert Gooch als „Irritable uterus“ einen Zustand, der von schmerzhaften subjektiven Symptomen begleitet ist. Bei der manuellen Exploration verursacht der Druck des Fingers keinen Schmerz, bevor man das Collum uteri erreicht. Dieses ist excessiv empfindlich gegen Druck, die so hervorgerufenen Schmerzen können mehrere Stunden anhalten. Das Collum selbst ist gänzlich normal oder etwas geschwollen. Das Orificium uteri zeigt keine krankhafte Veränderung. Er vergleicht diesen Zustand mit Astley Cooper's „irritable tumor of the brest“ oder „irritable testis“. Ebenso macht er darauf aufmerksam, dass Brodie eine ähnliche Krankheit in den Gelenken beschrieben hat, die er als eine „lokale Hysterie“ betrachtet.

1849 erklärt Henry Bennet: „Irritable Uterus ist nur ein anderer Name für Entzündung der Cervix uteri. Alle die Symptome, die Gooch und die Verfasser, die ihn kopirt haben, für charakteristisch angesehen haben, können ohne Bedenken zur Entzündung gezählt werden.

1873 erzählt Robert Barnes mit grosser Sicherheit: „Schmerz in Uterus selbst, der bei Druck stärker wird, ist oft unter den Begriff ‚irritable uterus‘ hineingebracht worden“. Diese vage Bezeichnung ist als eine zufriedenstellende Diagnose angenommen, doch nicht mit viel mehr Sinn als „Neuralgia uteri“ oder „Hyster-algia“. Es ist überflüssig eine griechische Benennung zu benutzen, um eine Krankheit zu bezeichnen, es sei denn um die Untersuchung zu hindern durch den Glauben, dass derartige Ausdrücke eine pathologische Einheit verkörpern. Es darf nicht vergessen werden, dass diese Namen, so bestimmt und doch so vage, in einer Periode geschaffen wurden, wo die präzise und minutiöse Untersuchungsmethode verhältnissmässig unbekannt war.

Gooch hat zwar Recht, aber der Strom ist mit Bennet und Barnes gegangen. Alles ist Entzündung. Hyster-algie und Neuralgia uteri ist beinahe aus der Gynäkologie der jetzigen Zeit verschwunden. Es ist nicht nöthig, dieses durch ein weiteres Literaturverzeichnis zu zeigen, aber ich kann doch Malgaigne zu nennen nicht unterlassen, der 1848 „la nevralgie du col de l'uterus“ beschrieben hat. Er lässt einen grossen Theil der Schmerzen, die die Frauen bei einigen uterinen Leiden fühlen, von dieser Neuralgie abhängig sein, welche er doch, merkwürdig genug, durch die Scheere will heilen können.

Brodie führte den Namen „lokale Hysterie“ ein. Dies ist zwar kein treffender Ausdruck, aber doch ganz bezeichnend. Das richtige Verständniss ist erst durch Charcot zu uns gekommen. Um mich so kurz wie möglich zu fassen, werde ich mit einem Mal bis zu dem Werke von Gilles de la Tourette gehen, welches sicherlich das reichhaltigste Handbuch über Hysterie ist, das man bis jetzt besitzt.

Im ersten Band macht er darauf aufmerksam, dass schon Rosenthal in seinem „Traité clinique du système nerveux“ Paris 1858 sagt, dass er hysterischen Krampfanfall bei zwei Patienten hervorgerufen hat, indem er das Collum uteri mit dem Speculum berührte. Seite 309 heisst es weiter: „Die Anfälle konnten auch durch Berührung der Vaginal-Schleimhaut hervorgerufen werden.“

In diesen Fällen handelt es sich möglicherweise um eine „Zone viscéral vaginal“.

Im 3. Band schreibt er: „Die continuirlichen oder anfallartigen Schmerzen haben ihren Sitz im Uterus. Ebenso in den ‚Ovarien‘ und zeigen sich besonders bei der Annäherung der Regeln. Die Schmerzen haben oft einen paroxymusartigen Charakter und machen einen Theil eines Gesamtbildes aus, in welchem man die Elemente wieder findet, die eine hysterische Attaque ausmachen, mit oder ohne Convulsionen.“ „Hysteralgie,“ erklärt Briquet, kann (so erzählt fortgehend Tourette) das Corpus oder Collum uteri ergreifen. Wenn sie den ersten ergreift, werden Symptome hervorgerufen, die unglücklicherweise nichts Charakteristisches an sich haben und mit denen verwechselt werden können, welche Congestion, Inflammation oder organische Veränderungen bewirken. Wird das Collum ergriffen, so tritt ein andauernder Schmerz ein, sehr heftig und es findet sich ein veritabler constanter „point douloureux“, welchen die geringste Berührung mit dem Finger oder Instrument in einem bedeutenden Grade verschlimmert. Dieser Punkt wird von Schmerzen im Unterleibe, in den Lendenregionen, im Rücken und an den Lenden hinunter begleitet. Man betrachtet immer diese Schmerzen als ein Symptom eines uterinen Leidens, während sie nichts anderes sind als „les manifestations d’un état général de l’hysterie.“

Dieser „point douloureux“ sagt Tourette, „ist nichts anderes als eine hysterogene hyperästhetische Zone, die von selbst oder durch Druck exacerbiren kann und da Gelegenheit giebt, zu einem hysterischen Paroxysmus unter der Form einer Nevralgia uteri. Das Charakteristische ist, dass er, ausser seiner Beständigkeit, Exacerbationen unterworfen ist, in welchen man einen Paroxysmus wieder erkennt.“

„Zuweilen,“ sagt er weiter, „sind diese hysterischen Leiden zu gleicher Zeit mit wirklichen organischen Leiden: Metritis, Ovaritis, Salpingitis verbunden, die unter diesen Umständen le rôle d’agents provocateurs et localisateurs spielen.“ Hier gilt es, einem jeden das seinige zu geben und sich nicht auf Grund der grossen Schmerzen, die oft vollständig von selbst verschwinden können, zu gefährlichen Operationen verleiten zu lassen.“

Man sieht aus diesen kurzen Angaben, dass Gooch, wie ich früher gesagt habe, wieder zu seinem Rechte kommt und wenn Barnes erklärt, „dass diese Namen, Hysteralgie und Nevralgia

uteri, so bestimmt und doch so vage, sich von einer Zeit her schreiben, da die jetzige präzise und minutiöse Untersuchungsmethode verhältnissmässig unbekannt war,“ so wird ganz dieselbe Beschuldigung, nicht präcis und minutiös genug in seiner ganzen Untersuchung gewesen zu sein, gegen ihn erhoben werden können. Um Alles unter einen Namen: „Inflammation“ unterbringen zu können, hat er wirkliche Ausnahmen geopfert, während man nun auf der anderen Seite in seinem specialistisch lokalen Eifer, entweder vollständig über den Körperzustand der Person selbst hinweggegangen ist, die das anscheinend lokale Leiden hat, oder man hat den übrigen Körper von dem lokalen Organe vollständig beherrschen lassen. Wenn ich nun nur die Bezeichnung „Metritis hysterica“ für diesen Zustand wähle, so ist es erstens, weil dadurch die Aetiologie der Krankheit auf einmal hervortritt und demnächst, weil die Hysterie auch trophische Veränderungen im Uterus hervorrufen oder einen Uterus angreifen kann, der schon früher oder zu gleicher Zeit an wirklicher Inflammation leidet. Der Name „Metritis hysterica“ wird alle diese Zustände umfassen.

Die Hauptregel ist, dass eine Patientin, wenn die Portio uteri im Speculum eingestellt ist und mit einem Stückchen Baumwolle abgetrocknet wird, und dies ohne Kraft geschieht, es entweder nicht fühlt, oder nur fühlt, dass „etwas in ihrem Unterleibe bewegt wird“. Zuweilen beklagt sich die Patientin nicht nur, sondern sie schreit laut auf, trotzdem die Portio vollständig normal von Ansehen ist und keine Veränderungen durch das Scheidengewölbe hindurch gefühlt werden können.

No. 1. Frau eines Handels-Commis, 21 Jahre alt, hat 2 Kinder, das jüngste ist 7 Monate alt, sie giebt die Brust und ist ohne Menses. Seit dem ersten Wochenbett hat sie Schmerzen in der linken Seite des Unterleibs gefühlt. Diese konnten in langer Zeit ausbleiben. Sie wurden schlimmer während der zweiten Schwangerschaft und am schlimmsten nach der zweiten Niederkunft. Die Schmerzen sind nun beinahe den ganzen Tag zugegen, nehmen aber gegen Nachmittag hin an Heftigkeit zu. Wenn sie am schlimmsten sind, hat die Patientin Schwierigkeiten beim Athmen und die ganze linke Seite ist empfindlich. Im Uebrigen ist sie gesund, aber bei schlechter Laune, weint ohne Grund, träumt, dass Jemand sie verfolgt, erwacht in Schrecken. Alles ist so gekommen, nachdem sie unverheirathet gravid wurde, wodurch ihre Absicht, sich für einen musikalischen Lebensberuf auszubilden, aufgegeben werden musste. Sie ist bleich und etwas mager, hyperästhetisch über die ganze linke Hälfte der Abdominalwand, schreit aber laut, wenn ein einzelner Punkt dicht unter dem Umbilicus stark gedrückt wird. Sie ist excessiv empfindlich im Introitus vaginae, aber nichts Abnormes ist zu sehen. Der Uterus ist anteflectirt, leicht beweglich,

von gewöhnlicher Grösse und normalem Aussehen, berührt man ihn aber mit dem Finger, „thut es fürchterlich weh“, so sagt sie. Durch das Speculum, welches mit Vorsicht hineingebracht wird, ohne an die Portio anzustossen, werden die äusseren Flächen der Portio mit einem Stückchen Baumwolle berührt, und sie fühlt es wie einen Schmerz, der hinan in den Unterleib fährt und hinab ins Kreuz. Wird die Portio nicht berührt, aber ich erzähle ihr doch, dass es geschieht, so fühlt sie nichts. Der Beischlaf ist schmerzhaft und vollständig ohne Genuss. Es ist Beschränkung des Gesichtsfeldes bei weiss auf beiden Augen, blau ist beschränkt bis 25°, roth aber wird ganz bis 70° gesehen, der Geschmack ist bedeutend herabgesetzt auf beiden Seiten. Der Geruch muss auch als herabgesetzt angesehen werden, denn Ammoniak genirt sie nicht sehr.

Dass die Patientin hysterisch war, ist sicher und ebenso dass hier ausser der hyperästhetischen Zone in der Abdominalwand auch eine ähnliche auf der Oberfläche der Portio war, diese war nicht hysterogen. Ich habe inzwischen einen Fall gesehen, wo, wie bei Rosenthal, ein Anfall von krampfhaftem Weinen entstand, sobald das Speculum gegen die Portio anstiess und einen dritten, wo ein kurzer Ohnmachtsanfall berührt wurde, gefolgt von schrecklichen Eruptionen. Endlich hört man nicht selten die Patienten darüber klagen, dass das Speculum, nachdem es mit Leichtigkeit den Introitus passirt hat, gegen etwas anstösst, was wehe thut. Man findet nichts, was diesen Schmerz zu bedingen scheint und die Portio sieht vollständig normal aus, es ist keine inflammatorische Veränderung im Scheidengewölbe, man hält das Ganze für eine übertriebene Empfindlichkeit von Seiten der Patientin. Aber die Empfindlichkeit ist doch wirklich, sie liegt ausserhalb des Willens der Patientin. Es ist eine hysterische Empfindlichkeit der Oberfläche von der Portio, ihre Gegenwart kann ein guter Fingerzeig für den Arzt sein.

In diesem Fall war die Portio normal. Sie kann aber auch von Endometritis ergriffen sein, wie in folgendem Fall.

No. 2. Verheirathete Frau, 42 Jahre alt, 1 Abort, 6 Kinder, das jüngste 5 Jahre alt. Menses jede 4. Woche 2—3 Tage dauernd, in den letzten Jahren fürchterliche Schmerzen in einem Zeitraume von 8 Tagen bevor das Blut sich zeigt; sowohl im Kopf wie unter der linken Mamma. Vor 8 Jahren starben ihr 4 Kinder sehr schnell nach einander, von dieser Zeit an hat sich ihre Krankheit entwickelt, die hauptsächlich darin besteht, dass 3—4 Tage nachdem die Menses aufgehört haben, ein Ausfluss aus den Genitalien eintritt, der 4—5 Tage anhält und dem Schmerzen vorausgehen und begleiten. Diese Schmerzen befinden sich im untersten Theile des Rückens und sind Reißen und Klemmen ähnlich. Sie gehen nach vorn bis zum Brustbein und steigen bis in den Kopf hinauf. Wenn die Schmerzen am schlimmsten sind, muss sie zu Bett gehen.

Sie hat Appetit und ordentlichen Stuhlgang, aber das Harnlassen wird oft gehemmt, und ist zuweilen schmerzhaft. Sie ist bei schlechter Laune, weint wenn sie ihre Schmerzen beschreibt, lacht aber gleich nachher, träumt, dass sie vom Dache hinunterfällt. — Sie ist etwas bleich aber wohlbeleibt, empfindlich wenn die Haut über die untersten Rückgradwirbel gekniffen wird, ebenso beim Kneifen der Haut über einem Fleck dicht unter der linken Mamma, die ganze linke Körperhälfte ist etwas hyperästhetisch. Sie ist empfindlich auf der linken

Seite der Vulva, die vollständig normal erscheint. Die Berührung der Portio thut ihr etwas weh. Uterus ist anteflectirt, von gewöhnlicher Grösse, leicht beweglich. Portio ist sehr gross, excoriirt über einen grossen Theil der vordersten Fläche. Wird der secernirte Schleim abgetrocknet, so jammert sie, wie vorsichtig man auch zu Werke geht. Keine Beschränkung des Gesichtsfeldes, aber langsame Geschmacksauffassung. Es ist ein hysterisches livides Oedem über die ganze linke Wade, wo eine Empfindlichkeit gegen Druck in der Ausdehnung einer Handfläche ist.

Ich bepinselte die Portio mit einer Jodauflösung; während dies von von den allermeisten nicht gefühlt wird, brachte es bei der Kranken einen fürchterlichen brennenden Schmerz hervor, dass ich so das Pinseln nicht wiederholte, sondern die Portio faradisirte. Nachdem dies 3 bis 4 mal geschehen war, verschwand, merkwürdig genug, die Excoriation, die Portio wurde viel kleiner, das Orificium schloss sich, der Ausfluss hörte auf und die spontanen Schmerzen ebenfalls, aber die Portio verblieb, selbst nachdem sie vollständig normal geworden war, empfindlich gegenüber der Berührung mit einem Stückchen Baumwolle. Die Berührung des Cervicalkanals war schmerzhaft.

No. 3. 29 Jahre alt, seit 8 Jahren verheirathet, niemals gravid. Menses jede vierte Woche, 3 Tage dauernd, zeigen sich nur verbunden mit Brennen im Kreuz. Seit der Verheirathung hat sie Schmerz in der linken Seite des Unterleibes gehabt, der ab und zu nach der rechten Seite hinübergeht. Sie beschreibt ihren Schmerz in der linken Seite wie folgt: Er fängt zwischen 3 und 4 Uhr Nachmittags in der linken Seite an, geht von dort zum Kreuz über. Der Unterleib wird so empfindlich, dass er nicht die geringste Berührung duldet, der Schmerz geht nun in das linke Bein hinunter, so dass sie nicht auf demselben stehen kann, sondern sich allein auf das rechte Bein stützen muss. Die Schmerzen verlieren sich nach und nach gegen Abend hin, der Beischlaf aber kann sie von Neuem hervorrufen. Ein Arzt „operirte“ sie vor 2 Jahren, sie war darnach einige Zeit frisch und gesund, nun aber ist der Schmerz ebenso schlimm wie früher. Sie ist empfindlich bei tieferem Druck in der linken Ovarialgegend. Vulva und Vagina normal, aber etwas eng, Uterus klein, anteflectirt, leicht beweglich, empfindlich bei Druck selbst auf die Oberfläche der Portio. Die Portio ist amputirt dicht bei dem Scheidenansatz, hier ist eine strahlenförmige Narbe, in deren Centrum sich eine kleine runde Oeffnung befindet. Man findet keine Spur von Ausfluss. Wird die Spitze der Sonde 2—3 Millimeter hinein in die Oeffnung gebracht, so springt die Patientin vom Untersuchungstuhle in die Höhe und stösst einen Schrei aus, der Schmerz geht hinauf in die linke Seite des Unterleibes und hält einige Minuten an. Es ist Nichts zu fühlen durch das Scheidengewölbe.

Es könnte von Interesse sein, zu wissen, wie häufig diese hyperästhetisch hysterische Zone im Cervicalkanal ist. Ich untersuchte deshalb, nachdem ich diesen Fall beobachtet hatte, 50 Frauen nach der Reihe, je nachdem sie sich zur Consultation einfanden. Das Resultat war, dass 40 die Sonde nicht fühlten, bevor das Orificium internum passirt wurde. 7 fühlten die Sonde, aber nicht wie einen Schmerz; 3 endlich hatten deutliche Schmerzempfindun-

gen, die sich hinauf in das Abdomen und den Rücken ausbreiteten, während gleichzeitig über spontane Schmerzen, selbst ohne Berührung, geklagt wurde. Diese 6 pCt. sind sicherlich zu hoch gegriffen. So viel ist jedenfalls sicher, dass man in dem gegebenen Fall, wo über periodische Schmerzen im Unterleibe geklagt wird, nicht unterlassen darf, nach einer solchen hyperästhetischen Zone zu suchen, aber die Sonde muss durch das Speculum hindurch gebracht werden.

No. 4. 18 Jahre alt; Menses vom 15. Jahre an jede 4. Woche, 3—4 Tage, ohne Schmerz; im letzten Jahre aber nur 2—3 Tage dauernd, zuweilen 1 Tag zuvor mit Schmerzen verbunden, die mitten im Unterleibe in Anfällen auftreten. Am 2. Tage kommen die Schmerzen zurück, dauern einige Stunden und dann fliesst das Blut reichlich. Zu anderen Zeiten kommen erst grosse Schmerzen, nachdem das Bluten aufgehört hat. Sie klagt über einen gelben Ausfluss, zu gleicher Zeit hat sie Schmerzen im Unterleibe bekommen, besonders auf der linken Seite und Schmerzen im Kreuz. Sie ist von gutem Aussehen, aber zwei ihrer Verwandten habe ich an Hysterie behandelt. Es findet sich ein kleiner empfindlicher Fleck in der linken Regio ovarica bei tieferem Druck, die ganze linke Körperhälfte ist übrigens analgesisch. Vulva und die nächsten Partien der Haut sind erythematös, etwas empfindlich bei Druck im Ganzen. Portio ist etwas gross, reichlich Eitersecretion ohne Excoriation. Der Cervicalkanal wurde mit einer schwachen Bleiauflösung in Glycerin bepinselt, aber jedes Mal fühlte sie einen „blitzschnellen“ Schmerz längs der rechten Inguinalgegend nach der rechten Lende bis zum Knie hinunter gehend. Die Schmerzen im Kreuz und im Unterleibe verschwanden. Die Menses aber blieben 6 Wochen aus. Sie stellten sich dann wieder ein, waren aber vollständig wie früher, also schmerzhaft. Die Schmerzen bei der Berührung der Schleimhaut des Cellum hielten sich; ging ich mit der Sonde ganz hinauf bis und in das Orificium internum, so fühlte sie es an dieser Stelle.

Zu welcher Zeit die Hysterie sich zum ersten Male bei dieser Patientin geäußert hat, ist nicht leicht zu sagen, sie ist aber wenigstens ebenso lange dagewesen, wie ihre Dysmenorrhoe, und diese hat wohl ihren nächsten Grund in der hysterisch-hyperästhetischen Zone im Cervicalkanal gehabt. Nun wurde die Pat. gonorrhöisch angesteckt, zu welcher Zeit, weiss sie nicht anzugeben, da keine Urethritis zugegen war.

Die hyperästhetische Zone kann auch in der Schleimhaut des Corpus uteri sein, speciell, wie es scheint, im Fundus. Hierauf hat der englische Verfasser Routh in „Fundal endometritis convulsiva“ vor langer Zeit aufmerksam gemacht. 1899 wurde dieser Befund wieder aufgenommen von Sneguireff als Endometritis dolorosa.

No. 5. 25 Jahre alt. Menses jede 4. Woche, 3 Tage dauernd, klagt jetzt über Schmerzen nach unten. Es besteht ein Abscess im linken Lab. maj. Nach längerer Zeit klagt sie über Schmerzen, die in Anfällen, besonders bei Nacht, kommen. Sie erwartet vor Schmerzen in den äusseren Geburtstheilen auf der linken Seite. Diese Schmerzen gehen ins Kreuz hinauf, breiten sich über das Abdomen aus und steigen hinauf bis unter die Brust, sie bekommt Erstickungsanfälle, Schmerzen im Kopf, Sausen vor den Ohren und wird bewusstlos. Die Anfälle sind so stark, dass sie oft nicht wagt, sich Abends schlafen zu legen. Die Menses, die früher regelmässig waren, kommen jetzt alle 14 Tage. Keine Empfindlichkeit im Abdomen, aber auf der linken Seite vom Mons veneris ist ein empfindlicher Fleck. Die Vulva sieht vollständig normal aus. Vagina ebenfalls. Uterus ist retroflectirt, fixirt, etwas gross und etwas empfindlich auf dem hintern Theile des Corpus. Der Scheidentheil ist normal. Keine Secretion aus dem normalen Orificium externum. Die Sonde geht leicht hinein, aber in demselben Augenblick, wo der Fundus vorsichtig berührt wird, stösst die Patientin einen Schrei aus und will ohnmächtig werden. Sie fühlte einen Schmerz, der von der Symphyse aus sich über das ganze Abdomen ausbreitete, bis in den Kopf hinauf und sich so über den ganzen Kopf verbreitete, worauf sie in eine kurze Ohnmacht fiel. Dies Experiment wurde mehrere Mal mit derselben Wirkung vorgenommen. Sie ertrug es hingegen gut, dass ein Conductor gegen die Portio hinaufgeführt wurde. 2 Monate wurde sie auf diese Weise behandelt, die spontanen Schmerzen verschwanden. Der Uterus wurde unempfindlich gegen Druck, blieb aber retroflectirt und fixirt. Die Menses wurden wieder regelmässig, aber mit etwas Schmerz im Kreuz verbunden.

Die Diagnose der hysterischen hyperästhetischen Zone in der Endometritis kann nur mit Hülfe der Sonde gemacht werden, denn in den subjectiven Klagen ist nichts, was sie von anderen hysterischen Schmerzen in oder um den Uterus herum unterscheidet.

Die häufigste von allen hyperästhetischen Zonen ist die, welche man auf der Uebergangsstelle zwischen Collum und Corpus findet und die durch einen Druck mit der Fingerspitze zur Erscheinung gebracht wird, von der Vagina aus auf der einen oder der anderen Seite etwas nach vorn, besonders jedoch auf der linken Seite. Die Zone kann hysterogen sein, durch Druck einen hysterischen Krampfanfall auslösen, aber so viel wie ich gesehen habe, ist dies sehr selten, die Anfälle sind stets mehr oder weniger abortiv.

No. 6. Fräulein, 22 Jahre alt. Menses vom 14. Jahre, jede vierte Woche, 4 Tage dauernd, ohne Schmerz. In den letzten 2—3 Jahren aber Schmerzen auf der rechten Seite des Unterleibes und im Kreuz, einen Tag bevor das Blut sich zeigt und am dritten Tage. Die beiden letzten Menses sind reichlicher gewesen als früher. Sie klagt seit zwei bis drei Jahren über Schmerz in der rechten Seite des Unterleibes. Die Schmerzen stellen sich ein, wenn sie sich erkältet oder ihre Arme erhebt und ihre Haare frisirt. Das erste Mal als sie die Schmerzen bemerkte, waren sie so stark, dass sie zu Bett gehen musste und acht



Tage liegen blieb. In dieser Zeit fühlte sie dieselben auch, wenn sie urinirte. Nun kommt der Schmerz in Anfällen. Wenn er am schlimmsten ist, hat sie Schwierigkeit beim Athmen. Weiter klagt sie über Schmerz in der Cardia und über Uebelkeit. Sie ist etwas bleich, aber kräftig gebaut. Hyperästhesie der Haut über der rechten Regio ovarica, ebenfalls dicht über der Symphyse. Der Hymen ist intakt, aber dehnbar und leicht passabel, die Vagina geräumig, der Uterus ist klein und so stark anteflectirt, dass Corpus und Collum einen sehr spitzen Winkel bilden. Die Portio ist normal. Orificium etwas offen, secernirt etwas klares Secret. Es findet sich hier ein excessiv empfindlicher Fleck auf der rechten Seite vom Collum. Wird dieser Fleck sehr stark gedrückt, so fängt sie an, einen hysterischen Krampfanfall zu bekommen, der jedoch schnell mit heftiger Athemnoth und Weinen endet. Durch das Scheidengewölbe hindurch ist nichts zu fühlen, alles ist weich und nachgiebig. Nach  $1\frac{1}{2}$  monatlicher Faradisation ist sie am Tage von allen ihren Schmerzen befreit, Uterus ist unempfindlich; aber bei Nacht fühlt sie etwas Schmerz in der rechten Seite des Unterleibes.

Ich habe hier mit Willen einen Fall gewählt, wo der Schmerz in der rechten Seite war; am häufigsten wird er auf der linken Seite gefunden. Bei dieser Patientin war auch die Diagnose leicht, da der Schmerz so heftig war; er kann aber höchst unbedeutend sein und dann kann man die hyperästhetische Zone sehr leicht übersehen, wenn man nicht speciell die Krankheit vor Augen hat.

No. 7. Fräulein, 27 Jahre alt. Menses früher regelmässig, jede vierte Woche, drei bis vier Tage dauernd und ohne Schmerz. In den letzten 7 Jahren aber finden sie sich jede 3.—4. Woche ein, 4 Tage dauernd, in den letzten 7 Jahren sind Schmerzen 3—4 Stunden vor dem Eintreten der Blutung mitten im Unterleibe, ungefähr gerade über der Symphyse, gefühlt worden.

Die Patientin klagt über dumpfen Schmerz dicht über der Symphyse, der Schmerz kann mehrere Tage ausbleiben, wenn er aber am stärksten ist, fühlt sie ihn auch im Kreuz und im Steissbein. Hin und wieder hat sie Schmerz beim Harnlassen. Kein weisser Fluss. — Sie ist in sehr schlechter Laune, spricht viel von ihren Pflichten, kann aber ihrer Schmerzen wegen nichts ausrichten. Es besteht ein excessiv empfindlicher Punkt etwas links von der Mittellinie im Hypogastrium, der Hymen ist zersprengt. Die Harnröhre normal, der Harn aber ist etwas fahlgelb, durch Zusatz von  $\text{NO}_5$  wird er wasserklar. Die Scheide ist normal. Uterus etwas anteflectirt, von gewöhnlicher Grösse. Portio etwas grösser als bei einer Virgo. Orificium etwas gross, sonst aber normal, keine Secretion. Bei Druck auf Collum, auf der linken Seite aber etwas nach vorn, so dass die Handfläche vollständig nach oben gedreht werden muss, findet man einen kleinen empfindlichen Fleck, wenn dieser stärker gedrückt wird, fährt sie in die Höhe und jammert. Durch das Scheidengewölbe ist im Uebrigen alles weich und nachgebend. Sie fühlt die Sonde nicht, bevor sie das Orificium internum passirt und dann nicht mehr als gewöhnlich der Fall ist. Keine Beschränkung des Gesichtsfeldes, des Geschmackes oder des Gehörs. Der Pharynx scheint jedoch etwas abgestumpft zu sein und Nadelstiche werden etwas

weniger auf der ganzen linken Körperhälfte gefühlt als auf der rechten. Sie fällt leicht in Schlaf, erwacht aber schnell, träumt oft von einem Unfall auf der Spazierfahrt. Sie lag nach diesem Unfall 10 Wochen zu Bett und wurde an Blasenentzündung behandelt. Später wurde sie von einem anderen Arzt an Gebärmutterentzündung behandelt und zuletzt ist sie von einem dritten Arzt ausgeschabt worden. Dies war vor einem halben Jahre, aber alles ohne Nutzen, denn die Schmerzen kommen wie früher, entweder in Folge einer Anstrengung oder dadurch, dass sie sich über etwas unangenehm berührt fühlt. Sie muss zu Bett gehen, bekommt Kopfschmerzen, hat keinen Appetit und muss den Harn gar oft lassen, mit etwas Tenesmus nachher.

Waren zwar hier keine absolut deutlichen hysterischen Symptome, so war es doch als Hysterie dessenungeachtet aufzufassen: es war kein Verhältniss zwischen den objectiven Erscheinungen und den subjectiven Klagen und auch das Benehmen war hysterisch. Sie wollte kein Wort davon hören, dass ihre Krankheit eigentlich ausserhalb ihrer Geschlechtsorgane lag, nahm es beinahe als eine Beleidigung auf, dass ich eine Kaltwassercur für sie vorschlug. Sie wollte nur an der schmerzhaften Stelle behandelt werden. Sie verschwand, kam aber doch nach einem halben Jahre wieder. Sie war bei einem vierten Arzt gewesen, der ihr erzählt hatte, dass die Gebärmutter nach vorn über gebogen lag. Er versuchte ein Pessarium einzulegen, aber das Hineinbringen war so schmerzhaft gewesen, dass sie es nicht aushalten konnte. Sie wurde von ihrem Heim entfernt, bekam eine kalte Abreibung jeden Morgen, wurde in der Vagina und über der Symphyse faradisirt. Hierdurch verschwand die hyperästhetische Zone beinahe und die localen Schmerzen wurden viel geringer. Darauf wurde sie nach einem Hochgebirgssanatorium geschickt, hier nahm sie nach und nach an langen Spaziergängen Theil, ohne dass sie Schmerzen fühlte. Als sie zurückkam, erklärte sie, dass sie keiner Behandlung mehr bedürfte. Hin und wieder fühlte sie einigen Schmerz, sie hatte aber gelernt, den Muth deshalb nicht gleich zu verlieren und so schwand der Schmerz ziemlich schnell wieder dahin.

Dieses Krankheitsbild kann als ein Paradigma dienen. Es ist viel häufiger, als die meisten Gynäkologen ahnen. Häufig wird man der gefundenen Lageveränderung die Schuld geben, oder wenn etwas Dysmenorrhoe oder Endometritis zugegen ist, so wird man pinseln oder die Abrasio vornehmen. Dem oft vorhandenen Blasenkrampf werden Andere die Schuld beimessen; hat man die empfindliche Zone gefunden, so wird man an Entzündung denken. Das Richtigste wird unter ähnlichen Umständen sein, die localen Leiden unberührt zu lassen oder sich jedenfalls auf die Faradisation zu beschränken.

In diesem Fall war die Gebärmutter im Becken beweglich. In anderen Fällen findet man ausser der hyperästhetischen Zone, dass der Uterus hinüber nach derselben Seite des Beckens gedrückt und hier fixirt ist; ein jeder Versuch, ihn zu dislociren, ruft Schmerzen hervor. In der Abdominalwand ist es zur Genüge

bekannt, dass hier zu gleicher Zeit mit der hyperästhetischen Zone eine starke und oft sehr localisirte Contraction der Wand zugegen sein kann, so dass es für das Gefühl täuschend einem Tumor ähnelt. In einem solchen Fall wird man öfter die Patientin beschuldigen, dass sie aus Furcht ihre abdominalen Muskeln contrahirt, um empfindliche unterliegende Theile zu schonen; man wird sich aber bald davon überzeugen, dass es wider ihren Willen geschieht. Dieselbe spastische Contraction findet sich in der Hysterie auch bei anderen Organen. Es ist deshalb nach meiner Meinung nichts im Wege, anzunehmen, dass mit der hyperästhetischen Zone auf dem Collum auch zu gleicher Zeit eine Contraction der in der Nähe liegenden Theile stattfinden kann, hier speciell in den Ligamenta lata. Eine Contraction des Ligamentum von der einen Seite wird den Uterus hinüber nach der anderen Seite treiben und der dickste Theil des Ligamentum, der untere Rand, kommt zuweilen deutlich wie ein Wulst hervor. Er kann für einen parametritischen Tumor gehalten werden, während in anderen Fällen der Eindruck einer perimetrischen Adhärenz gewonnen wird.

No. 8. 22 Jahre alt, unverheirathet. Menses jede vierte Woche, 3—4 Tage dauernd, ohne Schmerzen, in den letzten Jahren aber starke Schmerzen, besonders in der linken Seite des Unterleibes am Tage bevor das Blut kommt. Das Bluten ist jetzt viel geringer als früher; letzte Menses, die in voriger Woche zu Ende waren, waren schmerzhafter als jemals. Schon vor 5 Jahren, als die Mutter geistesverwirrt wurde, fühlte sie Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes, aber seit diesem Winter sind sie schlimmer geworden. Sie sind beinahe jeden Tag zugegen und kommen in Anfällen. Die Schmerzen fangen unten im Unterleibe an, auf der linken Seite, gehen nach hinten zum Kreuz und unter die Brust hinauf. Die Patientin fühlt Uebelkeit, aber erbricht sich nicht, sie muss zu Bette gehen und fühlt sich im Ganzen unwohl. Der Anfall dauert ein Paar Stunden, und kann sich oft bei Nacht finden. Nach einem starken Anfall bekommt sie nach Verlauf von einigen Stunden wieder einen, dieser aber ist viel schwächer und kürzer. Wenn sie an einem Tage keinen Anfall gehabt hat, fühlt sie Schmerz in der linken Seite des Unterleibes, sobald sie sich streckt. Sie hat keinen besonderen Appetit, aber regelmässigen Stuhlgang und Harnentleerung. Die Patientin sieht gut aus, ist roth und dick. Sie ist empfindlich in der linken Regio ovarica bei etwas tieferem Druck. Vulva und Vagina normal, Hymen möglicherweise erweitert. Uterus klein, stark anteflectirt. Der Scheidentheil ist normal, etwas klare Secretion aus dem normalen Orificium externum. Der Uterus ist nach der linken Seite des Beckens hinübergezogen, wo das Lig. latum deutlich stramm gefühlt wird, seine untere Kante ist stark hervortretend. Die Patientin ist hier sehr empfindlich bei Berührung und sucht man den Uterus nach der rechten Seite hinüber zu bewegen, schreit sie laut.

Auf der rechten Seite ist alles weich, nachgiebig und unempfindlich. Als sie zu mir kam, hatte sie in 2 Tagen keinen Anfall gehabt, aber sie bekam dann einen solchen in der Nacht nach der Exploration, am Tage nachher zeigte sich grössere Empfindlichkeit als früher. Der Uterus selbst ist empfindlich für Druck und es fliesst etwas blutvermisches klares Secret heraus. Die Patientin hat von latenten Symptomen eine halbseitige Analgesie, Beschränkung des Gesichtsfeldes bei weiss, besonders auf der linken Seite, klagt über Sausen besonders im linken Ohr. Das Gehör ist hier nicht wenig herabgesetzt und die Concha ist analgesisch. Sie hört die Stimmgabel, nachdem der Ton verschallt ist, auf dieser Seite vor dem äusseren Gehörgang, wenn dieselbe auf den Processus mastoideus gesetzt wurde. Sie wird in der Vagina faradisirt, die spontanen Schmerzen verschwinden. Uterus wird mehr beweglich im Becken, doch besteht hier noch Empfindlichkeit, wenn er zu stark nach rechts hinübergezogen wird. Nach einer Woche steht der Uterus mitten im Becken und ist da beinahe keine Empfindlichkeit mehr vorhanden. Sie bekommt aber, ohne Grund wie sie sagt, aber wie genauere Examination lehrt, auf Grund einer häuslichen Scene, die spontanen Schmerzen schlimmer als jemals wieder. Uterus ist wieder fixirt, hinübergezogen und es ist grosse Empfindlichkeit zugegen. Faradisation wird wieder gebraucht und die Schmerzen schwinden, Uterus ist wieder beweglich und es ist wieder deutlich ein Zurückgehen desselben in die Mitte des Beckens zugegen, auch kann kein Widerstand auf der linken Seite vom Uterus gefühlt werden. Dann heisst es in meinem Journal vom 20. 6. 88:

„Gestern nach einer etwas langwierigen Untersuchung und kräftigem Pinseln sowohl der Portio und des ganzen Scheidengewölbes mit Jodtinctur bekam sie, gleich nachdem sie mich verlassen hatte, einen Schmerzanzug, der ein paar Stunden dauerte, heute ist der Uterus wieder nach links hinübergezogen. Seit dieser Zeit schreitet jedoch die Besserung stets fort und da sie mich verliess, heisst es: „Die Patientin kann den ganzen Tag ohne Schmerz sein, ab und zu einen Tag etwas Schmerz. Uterus steht mitten im Becken, es ist keine Empfindlichkeit bei Bewegung desselben, aber bei tieferem oder stärkerem Druck auf die linke Seite in der Fossa Douglasii stöhnt sie etwas, nichts aber ist zu fühlen. Menses sind in Ordnung und beinahe ohne Schmerz.“

Dies ist ein sehr deutliches und charakteristisches Beispiel; es giebt aber viele andere, weniger bestimmte, wo die Contraction nur wenig ausgesprochen sein kann oder vollständig fehlt, so dass der ganze objective Befund sich nur auf eine lebhaft empfindliche Seite in der einen oder der anderen Seite der Fossa Douglasii beschränkt, während Alles weich und nachgiebig gefühlt wird. Es ist besonders wichtig in diesen Formen, dass man sehr sorgfältig und genau in der mündlichen Examination sein muss und sich nicht begnügen lässt mit der Aussage der Patientin: „Schmerz hier und dort im Magen“, wie ihr Ausdruck gewöhnlich lautet. Sondern man muss examinieren in der Richtung eines wirklichen Paroxysmus mit seinen Irradiationen und nicht das Ganze als ein

Symptom eines oder des anderen unrichtig angenommenen Uterinleidens betrachten, wie z. B. „Lageveränderung“. Hier sollte ja die abnorme Stellung eine adhäsive Peritonitis durch Reibung hervorrufen können, oder durch einen Uebergang von der im Uterus durch Lageveränderung angenommenen Hyperämie auf das Peritoneum und hierdurch eine Irritation desselben, Lösung des Endothels und danach Adhäsion. Alles dies ist nur eine theoretische Anschauung.

Wenn ich das eine aufgeführte Beispiel ausschliesse, wo eine hysterisch-hyperästhetische Zone im Corpus uteri gefunden wurde, so habe ich bis jetzt das Collum und seine nächste Umgebung erwähnt; es ist aber klar, dass man von vornherein überzeugt sein kann, dass auch das Corpus nicht von Hysterie frei ist. Dass diese Krankheitsbilder den Beobachtern nicht entgangen sind, ist klar, nur ist ihre Deutung, ihre theoretische Erklärung über dieselben unrichtig gewesen; hierzu trägt vielleicht am meisten bei, dass man in gegenwärtiger Zeit die alte Congestio uteri vollständig bei Seite gelegt und sie vollständig unter Inflammatio uteri eingeordnet hat. Englische und besonders französische Verfasser haben längst dagegen angekämpft, während deutsche die eifrigsten gewesen sind, die Begriffe zu vermengen, und dies bis jetzt mit so viel besserem Grund, als, wie man sagt, die Behandlung in dem gegebenen Falle dieselbe sein wird und die differentielle Diagnose so ausserordentlich schwierig ist. Jetzt aber ist durch das bessere Verständniss der Hysterie und durch die leichtere Diagnose dieser Einwand weggefallen. Auf der anderen Seite kann die Behandlung durchaus nicht dieselbe sein bei einer acuten Metritis, die hervorgerufen ist durch eine acute gonorrhöische Infection und einem Zustande, der bei oberflächlichem Blick ähnelt, aber seinen Grund in Hysterie hat.

No. 9. Fräulein, 21 Jahre alt, Menses von 14—15 Jahren an, früher jede 4. Woche, 4—5 Tage dauernd, ohne Schmerz, in den letzten Jahren aber jede 3. Woche und 8 Tage dauernd, vorausgegangen von Schmerzen im ganzen Unterleibe, bis 2 Tage zuvor. Sie behauptet bestimmt, dass die Unregelmässigkeit der Menses vor einem Jahre anfang, als dieselben, nachdem sie wie gewöhnlich gewesen waren, nach dem Aufhören in ein Paar Tagen von Neuem anfangen und da wieder 6 bis 7 Tage anhielten. Als Grund giebt sie ein plötzliches Erschrecken an. Ihre Mutter ist hysterisch, zwei Tanten mütterlicher Seite ebenfalls. Sie selbst ist klein, von zarter Constitution, weinend und lachend zu gleicher Zeit. Seit einem Jahre, da die Menses unregelmässig wurden, hat sie ab und zu Schmerz im Kreuz und unter der linken Mamma gehabt. Vor 2 Tagen bekam sie plötzlich Stechen hier und Schmerz in der

Mitte des Unterleibes, darauf einen Frostanfall, wie sie es nannte. Es war aber nur ein Zitterschauer ohne Kältegefühl und als dieses am stärksten war, „wurde sie ohnmächtig“. Sie ist empfindlich über den ganzen Unterleib, der etwas tympanitisch aufgetrieben ist. Vulva normal, Hymen, Vagina normal, Uterus anteflectirt, bedeutend vergrößert im Ganzen, doch besonders im Corpus, empfindlich bei Druck und Bewegung, aber weich mit unbestimmten Contouren, es ist etwas Empfindlichkeit bei Druck durch das Scheidengewölbe, beinahe überall, aber alles ist weich und nachgebend. Orificium externum etwas offen, es fließt nur klarer Schleim heraus. Sie ist etwas heiss und roth, Puls 120, die Temperatur aber ist normal.

Dies war etwa das Bild einer acuten Metritis. Wie aber sollte eine wirkliche Virgo diese bekommen haben? Ein Trauma konnte doch die Kranke nicht angeben; die Mutter aber hatte am Tage zuvor, ehe die Tochter krank wurde, einen Krampfanfall gehabt, hervorgerufen durch einen Streit mit ihrem Mann; dieser Scene hatte die Tochter beigezwohnt und dies hatte einen starken Eindruck auf sie gemacht. — Der tympanitisch aufgetriebene, excessiv empfindliche Unterleib war zuweilen, wenn ich versuchte ihre Aufmerksamkeit davon abzulenken, vollständig gefühllos, dasselbe war der Fall mit dem Uterus, wenn ich ihn nicht plötzlich berührte. Erbrechen war nicht dagewesen, sie hatte ordentlichen Stuhlgang am Tage zuvor gehabt, die Harnentleerung war normal. Endlich war die Temperatur vollständig normal. Ich blieb deshalb bei der Diagnose Hysterie stehen. Schon am nächsten Tage war der Puls 78. Die Empfindlichkeit nicht so stark wie früher. Die Patientin hatte nur eine schwache Bromnatrium-Auflösung bekommen. Am 3. Tage ist der Uterus klein, beinahe kleiner als gewöhnlich, leicht beweglich, unempfindlich, es findet sich nichts im Scheidengewölbe, sie ist aber immer noch empfindlich bei Druck über der Symphyse, man kann aber sich jetzt leicht davon überzeugen, dass die Empfindlichkeit in der Abdominalwand selbst ihren Sitz hat. Der Schmerz unter der Mamma entspricht ebenfalls einer hyperästhetischen Zone. Am 11. Tage ist sie im Freien, nur wenn sie tief seufzt oder schnell geht, fühlt sie Schmerz in der Brust unter der Mamma oder in der Abdominalwand über der Symphyse. Der Uterus ist wieder normal. Das Orificium aber steht etwas offen und hier wird etwas zäher, glasartiger Schleim secernirt. Sie wurde nun auf latente hysterische Stigmata untersucht. Es findet sich Beschränkung des Gesichtsfeldes auf beiden Augen, Hyperästhesie über der linken Unterextremität, besonders war hier eine handflächengrosse, excessiv empfindliche Fläche auf der inneren Seite der Wade. Der Pharynx ist reactionslos. Die linke Hand bringt den Manometer nur bis auf 10,20° hinauf. Sie liebt stark gewürzte Speisen, ihr Geschmacksinn ist herabgesetzt auf der linken Zungenhälfte. Sie ist in der Regel bei guter Laune, träumt von Thieren, die sie verfolgen und ist etwas vergesslich. Hysterisch war sie also, und die acute Aufschwellung des Uterus mit der Empfindlichkeit desselben und die Schmerzen waren einem hysterischen Leiden vollständig conform mit dem hysterischen Oedem, der hysterischen Brust.

Diese acute Form ist möglicherweise nicht so häufig. Sie ist leicht zu diagnosticiren, wenn es sich um eine Virgo handelt. Denn schon dieser Umstand wird den Arzt zweifelhaft machen

gegenüber der Diagnose acuter Metritis. Bei einer Frau, die geboren hat, wird man leichter irren, besonders wenn man glaubt, dass nur eine Flexion eine passive Congestion und hierauf folgende Hypertrophie hervorrufen kann, besonders bei Retroflexio uteri. Noch schwieriger ist es natürlich, wenn der Fall chronisch ist und die Patientin erst zum Arzte kommt, nachdem die Krankheit eine längere Zeit ange dauert hat.

No. 10. Verheirathete Frau, 27 Jahre alt, 2 Kinder, das jüngste 1½ Jahre alt. Menses jede 4. Woche, 3—4 Tage dauernd, leichter Schmerz, wie Stechen in beiden Seiten des Unterleibes bevor das Blut sich zeigt. Seit ihren Mädchenjahren, besonders aber seit 2—3 Monaten, Schmerz in der ganzen linken Seite des Unterleibes und der linken Hüfte. Der Schmerz kommt ruckweise und zwingt sie zur Bettlage, denn sie fühlt sich krank und ist zu Allem untauglich. Sie hat vor 4 Jahren eine Blasenentzündung gehabt und fühlt immer noch häufig Drang zum Harnlassen. Die Patientin hatte Kopfschmerzen, ist in schlechter Laune, weint ohne Grund. Wenig Appetit, Uebelkeit und träger Stuhlgang. Sie ist mager, übermässig ängstlich. Sie ist empfindlicher auf der ganzen linken Seite des Abdomens als auf der rechten, besonders auf einem kleinen Fleck unter dem Nabel; die ganze Hinterseite des Hüftknochens ist ebenfalls empfindlich von der Crista herunter bis zum unteren Rande des Glutaeus; diese Empfindlichkeit ist besonders hervortretend, wenn sie faradisirt wird, denn während sie den Strom nur eben auf der linken Seite fühlt, schreit sie bei demselben Grade der Elektricität auf der rechten Seite. Vulva normal. Urethra ohne Secretion, aber in ihrer Mitte ist ein excessiv empfindlicher Punkt. Wenn der Katheter diesen Punkt berührt, schreit sie laut, es entsteht alsdann sogleich eine heftige Contraction in der Harnblase, so dass das Spülwasser, wenn es durch den doppelten Katheter hineinzubringen versucht wird, nicht hineinkommt sondern im Irrigator stehen bleibt und erst nach einigen Minuten anfängt hinein zu laufen; in dieser ganzen Zeit fühlt sie einen heftigen Tenesmus. Der Harn ist durch Phosphate unklar. Es ist Empfindlichkeit im Introitus vaginae bei Berührung, alles aber sieht normal aus. Vagina ist normal, der Uterus etwas retrovertirt und flectirt, bedeutend vergrößert, empfindlich bei Druck aber nicht bei Bewegung, er kann bis zu einem geringen Grad von Retroversion repontirt werden. Die Sonde geht leicht hinein, in demselben Augenblick aber, wenn das Orificium internum passirt wird, stösst sie einen Schrei aus und wird dunkelroth im Gesicht. Von anderen hysterischen Stigmata hat sie hin und wieder Globus hystericus, die Kopfschmerzen, über welche sie klagt, scheinen ihren Grund in einem Clavus hystericus zu haben, es ist ein excessiv empfindlicher Punkt mitten im Scheitel. Ihre schlechte Laune kommt am häufigsten ohne Grund, und dann, erklärt sie aufrichtig, ist es unmöglich mit ihr umzugehen. — Nun ein hysterischer Zustand war zugegen, aber zu gleicher Zeit eine retrovertirte und flectirte hypertrophirte empfindliche Gebärmutter. Nach der üblichen Erklärung würde dies das Primäre sein, die übrigen Symptome das Secundäre. Da die Blasensymptome die am meisten lästigen waren, wurde nur die Harnröhre und die Blase faradisirt. Nach Verlauf von 11 Tagen waren alle Symptome von der Blase verschwunden. Der

Uterus war in demselben Zustand wie früher. Ihre stärkste Klage ist jetzt über Schmerzen in und um die Hüfte herum, diese schwanden auch ziemlich schnell nach einer lokalen Faradisation. Die Menses traten wie gewöhnlich ein; nach diesen wurde sie untersucht. Es ist immer noch Empfindlichkeit im Introitus vaginae vorhanden, der Uterus ist immer noch retrovertirt und flectirt, etwas empfindlich bei Druck, aber leicht beweglich und von gewöhnlicher Grösse. Es wird nun die Vagina faradisirt und nach 2 Wochen erklärt sie sich selbst für so gesund, dass sie aufs Land ziehen will. Selbst ihre Laune ist gut. Von objectiven Merkmalen ist nur der Uterus noch etwas empfindlich bei Druck. Nach 3 Tagen kommt die Patientin wieder. Sie ist wieder aussergewöhnlich ängstlich geworden, darf nicht aufs Land ziehen, aus Furcht die Reise nicht ertragen zu können, die alten Schmerzen sind wieder zurückgekommen. Der Uterus ist wieder empfindlich und hypertrophisch, wenn auch nicht in dem Grade wie bei der ersten Untersuchung. Nach 6 wöchentlichem Aufenthalt auf dem Lande kommt sie wieder zurück. Sie fühlt sich frisch, sieht gut aus und hat ihre Menses regelmässig gehabt, auch die Harnentleerung ist in Ordnung. Der Uterus ist etwas flectirt, wie früher, aber klein und unempfindlich bei Druck. Das Passiren der Sonde durch das Orificium internum ist jedoch schmerzhafter als gewöhnlich.

In diesem Krankheitsbilde ist keine Spur von entzündlichen Erscheinungen, nicht einmal das geringste Zeichen deutet auf eine Endometritis. Nun kann die Hysterie, ebenso gut, wie sie Blutung in anderen Organen hervorbringen kann, dies auch im Uterus thun, zu den früher aufgezählten subjectiven und objectiven Symptomen können daher also auch Meno- oder Metrorrhagien treten und das Bild der Endometritis corporis uteri geben, und der Retroflexion wird eine Schuld beigelegt, die sie nicht hat. Da ich inzwischen an einer anderen Stelle die hysterische Uterusblutung besprochen habe, werde ich hier nicht weiter darauf eingehen.

Nun kann aber wirklich ein entzündlicher Zustand im Uterus mit einem hysterischen vereint sein, entweder so, dass der erstere die Hysterie bei einer dazu Disponirten hervorgerufen hat, oder die Entzündung kann die Hysterie localisiren. Hier entsteht dann ein gemischtes Bild, welches oft sehr schwierig in seine verschiedenen Theile zu zerlegen ist, wenn man sich ausschliesslich an die localen Symptome hält oder von Reflexen spricht und den directen Einfluss der Hysterie vollständig ausschliesst.

No. 11. Dienstmädchen, 21 Jahre alt. Menses vom 15. Jahre jede 4. Woche, 3—4 Tage dauernd, ohne Schmerz. Im 18. Jahre blieben die Menses 9 Wochen aus, seit der Zeit dauern sie 3—8 Tage, von grässlichen Schmerzen begleitet ruckweise im Kreuz und mitten im Unterleib. Ausserhalb der Regeln hat sie Schmerz dicht unter dem Nabel, in der linken Regio ovarica und über der linken Hüfte, Brennen bei der Harnentleerung, ab und zu Diarrhoe. Die Schmerzen sind nicht



jeden Tag zugegen, sie kommen in Anfällen, dauern mehrere Stunden und verlieren sich nach und nach. Die Kranke muss sich aber zu Bett legen, wenn die Schmerzen am schlimmsten sind und fühlt sich dann im Allgemeinen krank; die Anfälle endigen damit, dass sie häufig den Harn lassen muss; oft hat sie heftigen Drang, bekommt aber nicht einen Tropfen heraus. Sie behauptet, dass Alles seit ihrem 18. Jahre entstanden sei, als sie eines Nachts geweckt wurde, weil es im Nachbarhause brannte. Sie ist empfindlich bei etwas tieferem Druck an einer kleinen Stelle dicht unter dem Nabel, ebenso in der Regio ovarica sinistra. Während der Faradisirung stöhnt sie sehr, sobald der Conductor zwischen Crista ilei und Trochanter über die Haut geführt wird. Vulva normal. Hymen ist intact. Uterus anteflectirt von gewöhnlicher Grösse, unempfindlich. Portio normal. Orificium ebenfalls. Die linke Ovarium ist excessiv empfindlich. Schon nach 2 Tagen kann man das Ovarium nicht mehr fühlen, sie behauptet, dass sie von Schmerzen frei sei. Sie hat nur ein wenig Bromnatrium bekommen. Nach sechs Jahren stellte sie sich wieder ein. Sie ist verheirathet, hat vor 2 Jahren ein Kind bekommen, ist aber seit der Geburt des Kindes nicht gesund gewesen. Sie war erst bei einem anderen Arzt, der ihr erzählt hat, dass sie eine „Wunde an der Gebärmutter“ hat und der sie operiren will, dies will sie aber nicht zulassen. Die Menses sind jetzt beinahe schmerzlos. Es sind wieder beinahe dieselben Klagen, wie das vorige Mal, aber die Rückenschmerzen sind geringer und sitzen mehr mitteln im Kreuz; der empfindliche Punkt unter dem Nabel ist verschwunden, aber die Zone in der Regio ovarica sinistra ist mehr oberflächlich, ein leichtes Kneifen der Haut thut sehr weh. Im Kreuz kann keine empfindliche Zone gefunden werden. Von latenten hysterischen Symptomen findet man eine halbseitige Hyperästhesie links; sie sieht roth viel besser als blau mit dem linken Auge; sie hat beinahe keinen Geschmack auf der linken Seite; sie hat bestimmt einige leichtere Krampfanfälle gehabt. Vulva ist normal, ebenso Vagina. Der Uterus ist anteflectirt und antevertirt. Corpus hat normale Grösse, aber das Collum und besonders die Portio sind sehr hypertrophirt. Orificium externum ist eine offene breite Querspalte, beide Lippen sind stark erodirt, leicht blutend und es entleert sich eine reichliche schleimig eitrige Masse. Keine Empfindlichkeit im Cervicalkanal, aber ein empfindlicher Punkt auf dem Collum vorn und nach links. Die Patientin ist also immer noch hysterisch, vielleicht in höherem Grade als früher, es war aber ausserdem eine deutliche Metritis colli zugegen. Hätte man sie nicht schon früher gekannt, würde wohl nach der allgemeinen Annahme Metritis die Hauptkrankheit sein und die Hysterie das Secundäre, und ein gynäkologischer Chirurg würde vielleicht die Portio amputirt haben. Auf der einen Seite ist es ein Factum, dass man eine eben so stark ausgesprochene Metritis colli wie hier haben kann, ohne Spur von subjektiven Empfindungen; ebenso, zuweilen zu gleicher Zeit, dass subjektiver Schmerz vorhanden sein kann und dieser kann verschwinden unter einer einfachen Behandlung der Ulceration. Auf der anderen Seite kann man eine lokale Hysterie im Uterus haben entweder, wie früher gezeigt wurde, als eine hyperästhetische Zone im Cervicalkanal, oder ausserhalb auf dem Collum, ohne dass dort ein Zeichen von Entzündung ist. Aber es können auch beide Zustände zu gleicher Zeit zugegen sein, so wie hier und die Frage ist dann, welchen Einfluss haben diese beiden Zustände auf einander. Kann die vorhandene nervöse Hyperästhesie die

gleichzeitige, aber von dieser abhängigen Entzündung vergrössern oder mehr chronisch machen, oder verursacht die Letztere, dass die Erstere mehr zum Bewusstsein des Patienten kommt. Beides glaube ich ist der Fall, aber so beweglich wie die Hysterie, so abhängig wie sie ist von den gewöhnlichen Ursachen, so ausserordentlich schwierig ist es manchmal, hier zu einer absoluten Gewissheit zu gelangen.

Bei diesem meinen Patienten war es mir auffallend, dass die Excoriation bei der leichtesten Berührung mit einem Stückchen Baumwolle blutete. Die Regel ist ja somit, dass, wenn man keine Gewalt gebraucht, auch kein Bluten erfolgt, wenn nicht die Menses bevorstehen. Auf der anderen Seite klagte die Kranke, sobald ich die Excoriation mit Tinct. jodi bepinselte, über Brennen, entweder sogleich oder sie behauptet, dass ihre Schmerzen heftiger wurden gegen Nachmittag hin. Ich hörte deshalb mit aller lokalen Behandlung auf, faradisirte aber nur mit einem Vaginaeconductor, indem ich erst vorsichtig den Schleim abtrocknete. Unter dieser Behandlung verschwanden die localen Schmerzen, sowohl die subjektiven sowie die objektiven und die Excoriation wurde geringer, verschwand aber nicht vollständig. Als sie sich nicht länger der Behandlung unterwerfen wollte, weil sie keine weiteren Schmerzen hatte, war noch ein oberflächlicher Substanzverlust und Secretion vorhanden. Wie bekannt, pflegt der Elektriker Apostoli, Metritis mit dem constanten Strom zu behandeln und könnte man deshalb glauben, dass der faradische Strom hier auf gleiche Art gewirkt hat, ohne dass es nöthig wäre, Rücksicht auf die hysterische Hyperästhesie zu nehmen. Die Erfahrung hat aber inzwischen gelehrt, dass der constante Strom keine Wirkung auf die hysterischen Symptome hat.

Die chronische parenchymatöse Metritis, Engorgement der Franzosen, spielt freilich jetzt nicht mehr die Rolle wie früher, als sie, wie die meisten gynäkologischen Krankheiten, eine Zeit die Modekrankheit war, die Alle beschäftigte und die man überall fand. Die chronische Metritis findet sich aber doch, wenn auch viel seltener, als früher gelehrt wurde, und ist immer noch eine schwierig zu behandelnde Krankheit. Manches Mal ist Hysterectomia vaginalis dagegen vorgenommen, oder wohl richtiger gegen die Hysterie, die eine von ihren Ursachen ist, nicht von den unzähligen Abrasionen in weniger schweren Fällen zu reden.

No. 12. Wittve seit 17 Jahren, 46 Jahre alt, 3 Kinder, das jüngste, ein 19jähriger Jüngling, ist Epileptiker, das nächste, ein Mädchen von 20 Jahren, ist hysterisch, das älteste Kind, ein Sohn von 22 Jahren, soll gesund sein. Menses noch zugegen, die in der letzten Zeit zuweilen mit längeren Zwischenräumen eintreten als früher, 4—5 Tage ohne weitere Schmerzen, jedoch etwas Brennen an den Lenden herunter und im Unterleibe. Dieselben fingen vor 3 Wochen zur rechten Zeit und auf gewöhnliche Weise an, dauerten aber gegen 8 Tage und waren mit heftigem Druck und Schmerz an beiden Hüften entlang verbunden. Als sie zu Ende waren, bekam die Patientin Schmerzen in der Cardia und Erbrechen. Das Blut war eine Woche fort, kam wieder und hielt

6 Tage an und zeigt sich noch immer. In diesen Tagen hat sie Schmerzen in beiden Regionibus ovaricis und über der linken Seite der Sacralregion gehabt. Sie behauptet, dass es sich von den vielen Sorgen und Bekümmernissen herschreibt, die sie über den epileptischen Sohn gehabt hat. Schon vor einiger Zeit hatte sie längere Zeit an täglichem Erbrechen gelitten, sowie Cardialgie. In den ersten 10 Jahren ihres Wittwenstandes musste sie sich durch Plätten ernähren und durch diese stehende und bis in die Nacht anhaltende Arbeit meint sie, dass die Cardialgie und das Erbrechen verursacht ist. In den letzten 7 Jahren hat sie einen Milchhandel betrieben, der viel weniger aufreibend ist, aber die Cardialgie und das Erbrechen fand sich doch ab und zu ein, sobald sie über etwas verstimmt war.

Sie ist eine grosse, bleiche und magere Person, ist empfindlich für tieferen Druck in der Regio ovarica sinistra, ebenso etwas empfindlich auf einer Stelle über dem linken Trochanter. Vulva und Vagina sind normal. Der Uterus ist bedeutend vergrössert, reicht tief herunter in die Vagina, er ist retrovertiert und etwas empfindlich bei Druck im hinteren Scheidengewölbe. Orificium externum nimmt die Fingerspitze auf, aber ohne Unebenheit oder Härte. Blutiger Ausfluss. Sie lag nun 10 Monate in einer privaten Klinik. Während dieser Zeit war beständiges Bluten mit kürzeren Zwischenräumen, beständiger Schmerz und immer zunehmende Grösse des Uterus, dessen Form unregelmässig wurde, indem besonders das supravaginale Collum hypertrophirte, besonders in der Längsrichtung. Der Fundus uteri konnte eine Hand breit über der Symphyse gefühlt werden. Portio reichte herunter bis zum Scheideneingang und war 4 cm breit.

Fieber war nie zugegen, sie lag in der ganzen Zeit zu Bette und wurde mit Jodpinseln behandelt, Jodkalium und Opium innerlich. — Die Diagnose neigte zur Annahme einer sarkomatösen Degeneration. Sie wurde nun nach einem communalen Krankenhause gebracht und auf dieselbe Art und Weise behandelt und wurde nach  $\frac{3}{4}$  Jahr als gebessert entlassen. Sie war bei verschiedenen Aerzten. Exstirpatio uteri wurde vorgeschlagen, sie wollte aber nicht darauf eingehen. Nun kommt sie wieder zu mir. Das Bluten tritt immer noch jede dritte Woche ein und die Schmerzen sind an denselben Stellen. Der Uterus ist, mit der Sonde gemessen, 10,10 cm lang. Portio liegt etwas über dem Introitus vaginae und ist ebenso breit wie früher. Es ist kein Ausfluss vorhanden. Nach einem 10wöchentl. Aufenthalt in einem andern Krankenhause schien es ihr, als ob sie schlechter wäre, sie ist mit Massage behandelt worden. Der Uterus ist grösser als wie früher, auch empfindlicher, und es ist ein eiterartiger Ausfluss aus dem Cervicalkanal zugegen, das Bluten aber ist viel seltener als wie früher. Das Bild ist nun wie bei einer gewöhnlichen chronisch-parenchymatösen Metritis mit Endometritis, freilich ist der Uterus ungewöhnlich gross und es besteht eine perimetritische Fixation des Fundus nach hinten. Am nächsten Tage kommt sie wieder, blutet aber heftig aus dem Uterus. Man erfuhr von ihr, dass ihr epileptischer Sohn am Nachmittag vorher einen Anfall bekommen hatte, von einem Wagen herunter gefallen war, hatte eine Kopfwunde bekommen, die heftig blutete. Bei diesem Anblicke hatte sie selbst einen Frostanfall bekommen, der mit einer Art Ohnmacht endigte; als sie wieder zu sich kam, hatte sie stärkere Schmerzen als früher. Der Uterus war absolut grösser als gestern und viel empfind-

licher, hierdurch kam der Gedanke an Hysterie. Die Patientin behauptet mit absoluter Bestimmtheit, dass sie in den 16 Jahren, in welchen sie Wittwe gewesen ist, nichts mit einem Manne zu thun gehabt hat; dass ihre Krankheit so begann, wie sie es das erste Mal erzählte, dass sie aber immer schlimmer nach Gemüthsbewegung geworden sei, die theils ihren Hauptgrund in Nahrungsorgen fand, ihren Gelegenheitsgrund in einem Schreck, hervorgerufen durch einen epileptischen Anfall des Sohnes. Auf latente Stigmata untersucht, wird Beschränkung des Gesichtsfeldes auf beiden Augen gefunden, Hyperästhesie der linken Hälfte des Körpers, der Dynamometer zeigt nur  $10^0$  für die linke Hand an, wird diese erhoben, so tritt ein rhythmisches Zittern ein, welches sich über den ganzen Arm fortpflanzt. Sie hat ab und zu Anfälle von kurzer Bewusstlosigkeit. Sie nimmt sich ausserordentlich leicht alles zu Herzen und träumt unruhig, die Träume bewegen sich immer um den epileptischen Sohn. Sie hat ein schlechtes Gedächtniss, will am liebsten allein sein und über ihr schweres Schicksal grübeln. Der Schmerz im Unterleibe ist nur in der Ovarialgegend und in der linken Seite im Kreuz, er hängt fast immer mit Unannehmlichkeiten zusammen, steigt bis zu einem gewissen Grade und fühlt Patientin sich allgemein krank, muss zu Bett gehen und lässt eine Menge klaren Urin.

Der faradische Strom wurde nun im Uterus applicirt und zwar ein ungewöhnlich starker Strom täglich 5 Minuten lang. Die Wirkung war merklich, nach Verlauf von einem halben Monat war der Uterus nicht grösser als wie gewöhnlich, er war aber doch immer noch retrovertirt und fixirt. Von Bluten war keine Spur mehr und der purulente Ausfluss hörte auf. Die objectiven Schmerzen hatten sich sehr gebessert. Im Becken zeigten sich nur Schmerzen, wenn man gegen die Fixation drückte. Aeusserlich war die Empfindlichkeit in der Regio ovarica verschwunden, aber die Empfindlichkeit auf der linken Seite des Kreuzes war immer noch zugegen und hier war es, wo die Kranke besonders den Schmerz spontan fühlte. Zur selben Zeit fängt die Kranke an stärker zu werden und an Kräften zuzunehmen, dies wurde im nächsten Monat um so mehr auffallend, als der Uterus noch mehr einschrumpfte, so dass er nicht grösser war als bei einer 50—55jährigen Frau, deren Menses aufgehört haben. Er war aber noch immer im Fundus fixirt und sie war excessiv empfindlich, wenn im hintern Scheidengewölbe hinauf gegen den fixirten Fundus gedrückt wurde. Sie klagt nur über Schmerzen in der linken Seite vom Kreuz. Im letzten halben Jahre ist die Kranke nur jedes Mal faradisirt worden, wenn sie einen neuen Schmerz-anfall oder eine Blutung gehabt hat. Jedes Mal hat es sich bei genauer Nachfrage gezeigt, dass es sich an eine Gemüthsbewegung angeschlossen hat. Jedes Mal ist der Uterus grösser geworden und mehr empfindlich und der eiterartige Ausfluss hat sich ein wenig gezeigt. Sie ist nun dick und wohlbeleibt und ist nicht wieder zu erkennen, aber die latenten Stigmata sind nicht verschwunden.

Dass hier nicht allein Hysterie zugegen war, das zeigt am besten die deutliche perimetritische Fixation des Fundus und der purulente Ausfluss; dass aber der entzündliche Process nicht allein herrschend war, zeigt die glänzende Wirkung der Faradisation. Eine so vollständige und schnelle Absorption des Bindegewebes,

wie sie zur parenchymatösen Metritis gehört, geschieht nicht durch den faradischen Strom. Er kann das Muskelgewebe und die Gefässe contrahiren und das Oedem, welches wohl mit einer grösseren Hyperämie folgt, wird dadurch vollständig verschwinden, wie bei dem hysterischen Oedem, z. B. auf der Wade. Mehr kann man nicht von der Faradisation verlangen. Aehnliche Fälle, wenn auch nicht in so hohem Grade, kann man auch bei Virgines finden.

No. 13. 15jähriges Mädchen, Menses vom 13. bis 14. Jahre an jede vierte Woche, 4—5 Tage dauernd, früher mit etwas Schmerz im Kreuz und im Unterleibe. Die letzten 3 Male kamen sie nur in einem Zwischenraum von 14 Tagen und hielten 5 Tage an, weit stärkere Schmerzen als sonst sowohl vor wie während der Blutung, sie muss das Bett hüten. In den 2—3 letzten Monaten fühlt die Kranke Schmerz im Unterleibe auf der linken Seite und im Kreuz, die Schmerzen sind nicht jeden Tag zugegen, sie werden Nachmittags stärker, gehen hinauf unter die Brust und kann sie keine Luft bekommen, zuweilen gehen sie bis zum Kopf hinauf. Sie hat guten Appetit, zuweilen aber bekommt sie Uebelkeit und muss sich erbrechen, selbst wenn sie nur reines Wasser getrunken hat, sie leidet etwas an Verstopfung, die Harnentleerung ist in Ordnung, starker weisser Fluss. Die Patientin schläft weniger gut, wird von Träumen geplagt, in welchen sie von Thieren verfolgt wird. Sie ist klein aber gut entwickelt, dick und roth. Man findet einen excessiv empfindlichen Punkt in der rechten Regio ovarica und einen ähnlichen dicht über der Symphyse, sobald man die Haut kneift. Linkes Labium minus und die linke Seite des Praeputium clitoridis sind viel grösser als die rechten, sie gesteht, dass sie Masturbation durch Ziehen in diesen Theilen betrieben hat. Vulva ist normal. Hymen ist ganz erhalten aber excessiv empfindlich auf der äusseren Fläche. Glandulae Bartholini secerniren. Der Uterus anteflectirt und im Ganzen bedeutend vergrössert, beweglich, aber überall empfindlich bei Druck. Portio ist steif und roth an der vordern Seite, das Orificium ist eine offene  $\frac{1}{2}$ —1 cm breite Querspalte, excoriirt, reichlich zähen weisslichen Schleim absondernd. Die Sonde verursacht keinen Schmerz und giebt die Länge des Uterus auf 7—8 cm an. Die Kranke ist analgesisch über die rechte Wade hin, die vom Knie bis zum Fussgelenk herunter etwas ödematös geschwollen ist. Dieses hysterische Oedem, zusammen mit der Hyperästhesie des Hymen, die hyperästhetische Zone im Abdomen und ihre subjektiven Klagen charakterisirten sie als eine Hysterische und da das Hymen nicht gesprengt war, und hier niemals Coitus stattgefunden hatte, so scheint es mir, dass hier eine hysterische Metritis vorlag. Sie bekam einen schwachen Infus von Secale cornutum und wurde faradisirt. Die Menses, die sich nach Verlauf von 10 Tagen einstellten, dauerten nur 4 Tage und waren so wenig schmerzhaft, dass sie in der ganzen Zeit aufblieb. Nach Verlauf einer entsprechenden Zeit waren die spontanen Schmerzen viel geringer. Der Uterus war immer noch anteflectirt aber unempfindlich und klein. Die Portio war nicht mehr roth, das Orificium hatte sich beinahe geschlossen, es war nur wenig Sekretion einer dünneren, wenig zähen, vollständig klaren Flüssigkeit. Die hyperästhetische Zone in der Abdominalwand konnte nur unter der Faradisation gefühlt werden. Die Patientin war

also noch nicht vollständig von der Hysterie geheilt und wollte zu einem Nervenarzt gehen.

Mit diesem Beispiel will ich schliessen, es zeigt, ebenso wie alle die früher geschilderten, dass nicht Alles Entzündung und nur Entzündung ist, wie die Jetztzeit will. Es muss ein Rückschritt in der Gynäkologie gemacht werden, die scharfen Beobachtungen der älteren Aerzte müssen wieder zu ihrem Rechte kommen, sie müssen aber mit dem grösseren Wissen der Jetztzeit in der Neurologie verbunden werden, besonders in der Hysterie. Diese kann nicht allein reine nervöse Zustände hervorrufen, sondern auch wirkliche trophische Veränderungen in allen Organen und so auch in den Beckenorganen. Die Diagnose muss zum Theil von diesen aus gemacht werden, aber zu einem noch grösseren Theil von den hysterischen Symptomen, sowohl von den latenten, sowie von den deutlicheren in anderen Organen, und es muss von dem Standpunkte ausgegangen werden, dass es nicht die localen Beckenleiden sind, die die Hysterie hervorrufen, sondern dass das Entgegengesetzte eher der Fall ist. Und sollte es geschehen, dass ein primäres Leiden Hysterie hervorgerufen zu haben scheint, so kann dies nur provocirend oder localisirend bei einer schon früher prädisponirten oder wirklichen Hysterica sein. — Was nun endlich die faradische Behandlung anbelangt, so bin ich weit davon entfernt anzunehmen, dass diese die Hysterie selbst kurirt, sie entfernt sozusagen die Hysterie nur aus den Beckenorganen; ob dies für immer geschieht, oder nur für eine kürzere Zeit, ist unmöglich, im gegebenen Fall mit Bestimmtheit vorauszusagen. Dies beruht vollständig darauf, wie die inneren oder äusseren Verhältnisse, die die Hysterie hervorgerufen haben, beschaffen sind, zuerst und hauptsächlich, wie gross die erbliche Belastung ist. Ich habe Fälle gesehen, wo nach Verlauf von 15—20 Jahren später kein hysterisches Symptom eingetreten ist; ich habe aber allerdings auch Fälle gehabt, wo freilich die Symptome aus den Beckenorganen verschwunden sind, während Symptome aus anderen Organen auftraten und die Patientin vom Gynäkologen zum Nervenarzt wanderte oder zum Chirurgen. Die Faradisation aber hat den Patienten keinen Schaden gethan, was man nicht von den chirurgischen Eingriffen sagen kann, in welchen die Gynäkologie der Jetztzeit glänzt und nach denen man die Hysterie in noch stärkerem Grade auftreten sieht als wie früher.

---