

XX.

Aus der Königl. Ung. Universitätsklinik für Psychiatrie und
Nervenkrankheiten in Budapest.

Ueber hysterisches Fieber.

Von

Dr. **Arthur Sarbó.**



I. Historischer Theil.

Französische Autoren, wie Pomme, Tissot, Baillou, Rivière waren die ersten, die über hysterisches Fieber sprachen und schrieben. Nähere Angaben über das von ihnen Beschriebene stehen uns nicht zur Verfügung; wir können derselben aber wohl entrathen, da die genannten Autoren keine Temperaturmessungen vornahmen und ihre Beobachtungen somit bloss einen historischen Werth besitzen. Pomme bezeichnete das hysterische Fieber mit dem Namen „fièvre spasmodique“. — Diesen Autoren gegenüber trat Broussais auf, indem er das bei Hysterischen zu beobachtende Fieber auf die bei denselben immer vorhandene uterine, resp. ovariale entzündliche Erkrankung bezog. Diese Ansicht fasste immer mehr und mehr Wurzel und Hand in Hand mit ihr ging die damals allgemein gehegte Meinung, dass der ausschliessliche Grund der Hysterie in den entzündlichen Vorgängen der Sexualorgane zu suchen sei. Als man nun einsah, dass die Hysterie auch ohne eine solche entzündliche Basis sich entwickeln könne, wurde das bei den Hysterischen beobachtete Fieber anders gedeutet und Briquet war der erste, der dies gethan, indem er sich in seinem grossen Werke folgendermassen äusserte: „Seitdem man statt der üblichen speculativen Gedanken die Thatsachen beobachtete, war es leicht, bei der Hysterie ein Fieber zu constatiren,

das mit einem entzündlichen Vorgange im Organismus nichts gemein hatte. Solche fieberhafte Zustände sind zwar nicht sehr häufig, jedoch habe ich unter meinen Beobachtungen etwa 20 Fälle, die Frauen betrafen, welche inmitten ihrer schweren Hysterie in einen stark fieberhaften Zustand verfelen, welchen man für Typhus gehalten, und welcher Monate lang gewährt hat und mit starken Kopfschmerzen, lebhaften Delirien, mitunter hysterischen Krämpfen verbunden war; nach dieser Krankheit stellte sich Erschöpfung, Anästhesie, Hyperästhesie oder Lähmung der oberen Extremitäten ein und währte Monate lang. Während des ganzen Krankheitsverlaufes beobachteten wir ein hohes Fieber und Störungen der Verdauungsorgane. Schliesslich ist keine der 20 Patientinnen gestorben, wie es, nach den schweren Gehirnsymptomen zu urtheilen, zu erwarten gewesen wäre, wenn wir es wirklich mit Typhus oder Meningitis zu thun gehabt hätten“.

Briquet unterscheidet drei Arten des hysterischen Fiebers: 1. Fiebersymptome, welche der rasche Puls charakterisirt, welcher sie begleitet. 2. Rascher Puls und subjective Wärmeempfindung, ohne andere Symptome. 3. Ausser den eben genannten Symptomen: Kopfschmerzen, gesteigertes Durstgefühl, Anorexie, Erschöpfung etc.

Aus dieser Eintheilung geht hervor, dass man den Namen „hysterisches Fieber“ zahlreichen Fällen beilegte, welche nach der heutigen Anschauung über das Fieber nichts Anderes, als Begleiterscheinungen des Fiebers vorstellen; das Kriterium des Fiebers, die erhöhte Eigenwärme, ist nicht beobachtet worden.

Briquet's Anschauungen wurden bald angefochten, hauptsächlich war es Landouzy, der dafür hielt, dass die fieberhaften Symptome durch die Krämpfe bewirkt wurden. Chomel dagegen hielt das Fieber für ein dyspeptisches.

Bouchut kennt nur die Krampfform der Hysterie und bezeichnet sie als eine fieberlose Krampfneurose, bei welcher Krämpfe, Lähmungen, Bewusstlosigkeit, Globus hystericus etc. die Hauptrolle spielen; er stellt ihr eine andere Neurose entgegen, bei welcher Fieber zur Beobachtung kommen und die er mit dem Namen „névrosisme chronique“ bezeichnet. Er giebt jedoch zu, dass es Uebergangsformen giebt. — Diese Eintheilung der Hysterie hat heute keine Berechtigung mehr. Das, was Bouchut als „névrosisme chronique“ bezeichnet, ist gleichfalls Hysterie; zwischen beiden Formen giebt es nur einen graduellen Unterschied. Die Krampfneurose, die Bouchut für Hysterie hielt, entspricht nach der jetzigen Eintheilung der „grande Hysterie“ — die andere Form, der „névrosisme chronique“ dagegen entspricht der „hystérie simple“. — So dass wir nicht anstehen, wie

dies übrigens schon Gagey gethan, die Fälle Bouchut's, welche er unter dem Namen „*nervosisme chronique*“ bespricht, als Fälle hysterischen Fiebers zu betrachten; da jedoch Bouchut ebenfalls keine Messungen vornahm, können wir auch seine Fälle nicht verwerthen.

Eine neue Form des hysterischen Fiebers beschrieben unter dem Namen „*fièvre hystérique à forme pseudoméningitique*“ die Autoren Boissard, Chantemesse, Dalché, Regnaud, Macé. Bei dieser Form entwickelt sich ein der Meningitis gleichender Symptomencomplex, welcher sich von derselben nur durch das rasche Aufhören der Symptome und die plötzliche Herstellung der Gesundheit ohne Reconvalescenz unterscheidet.

Gagey war nun der Erste, der in seiner Abhandlung Alles, was über diesen Gegenstand geschrieben wurde, resümiert, und 3 Formen des hysterischen Fiebers unterschieden hat: 1. continue, 2. remittente, 3. intermittente. — Unter dem continuirlichen hysterischen Fieber versteht er solche Fälle, bei welchen typhöse Symptome vorhanden sind, ohne dass die Körperwärme, trotz der schweren Symptome, 38° C. übersteigen möchte. Diese Form beschrieb schon Axenfeld und verglich dieselbe mit dem Typhus.

Die intermittirende Form zeigt das nämliche Verhalten, wie das Wechselfieber, kann ebenso einen quotidianen, tertianen Typus aufweisen, wie jenes. — Bei Gagey wird auch der Ansicht des berühmten Dubliner Klinikers, Graves, Erwähnung gethan, wonach intermittirende Fieber bei nervösen, hysterischen Frauen vorzufinden wären, bei welchen keine Organerkrankung aufzufinden sei.

Gagey's Meinung geht nun dahin, dass es ein hysterisches Fieber giebt, dessen Grund wir nicht kennen, und welches oft nach dem Wochenbett, nach schweren Erkrankungen, psychischen Aufregungen sich einstellt; die schweren Symptome sind der leichten Temperaturerhöhung nicht adaequat.

Vérette betrachtet das plötzliche Aufhören der Menstruation als Ursache des hysterischen Fiebers, und hebt hervor, dass dieses Moment zur Entwicklung der Hysterie in vielen Fällen das ausschlaggebende ist. Bei der auf solcher Basis entwickelten Hysterie beobachtete er nun Fieber, für die er keine organische Erkrankung als Ursache aufzufinden vermochte. Sein Lehrer Bernutz theilte die plötzlich auftretende Hysterie folgendermassen ein: 1. Hysterie, welche in einer den acuten Krankheiten gleichenden Form auftritt und gewöhnlich nach psychischen Aufregungen mit starkem Fieber oder mit Symptomen einer schweren Cerebralerkrankung verbunden ist; 2. die

cerebralen Symptome sind ausgesprochen vorhanden, der Zustand ist ein typhöser, das Fieber dominirt; 3. bei schon seit Langem bestehenden hysterischen Symptomen treten plötzlich die Symptome der acuten Hysterie auf.

Die oben genannten Autoren beobachteten daher das hysterische Fieber hauptsächlich beim plötzlichen Auftreten der Hysterie.

In den jüngst verflossenen Jahren gab Briand eine neue Einteilung der Hysterie; er unterscheidet drei Arten und zwar: 1. Forme lente, die schon Briquet beschrieb; 2. Forme courte, typhusartig, bezeichnet den Beginn der Hysterie; bisher noch nicht beschrieben worden; 3. Forme intermittente, gewöhnlich einen tertiären Typus aufweisend.

Die erste Art des hysterischen Fiebers zeigt unregelmässige Fieberzustände, welche lange währen, und wie dies schon Gagey hervorhob, steht die erhöhte Körperwärme nicht im Verhältniss zu den schweren Symptomen. Die kurze Art ist schon von höheren Temperaturgraden begleitet (39—39,5° C.) und macht den Eindruck eines Typhus.

Was die intermittirende Form betrifft, so citirt er die Autoren Strack, Mercado, Sagar, Pucinetti, welche intermittirende Fieber als hysterische Erscheinungen beschrieben. Die Meinung Landouzy's, dass diese Autoren es mit wirklichem Wechselfieber zu thun gehabt hätten, hält Briand für nicht ganz unanfechtbar, da diese Autoren wohl berufen waren, die Intermittens, welche sie ja gut kannten, von hysterischen Erscheinungen zu trennen. Sagar benannte diese Zustände „Hystéralgie fébrile“.

Einzelne von den durch Huxham unter dem Namen „fièvre lente nerveuse“ beschriebenen Fällen bezeichnet Briand auch als hysterische Fieber.

Fabre betrachtet die Hysterie vorzugsweise als eine Erkrankung der vegetativen Organe und giebt ihr den Namen „hystérie viscérale“. Er unterscheidet fünf Formen des hysterischen Fiebers (1. éphémère, 2. chronique, 3. intermittente, 4. typhoïde, 5. fébricule hystérique). Das hysterische Fieber wird seiner Meinung nach durch Variabilität, unregelmässiges plötzliches Auftreten charakterisirt. Bei demselben Autor finden wir auch jener Fälle erwähnt, bei welchen die an Chlorose oder an Hysterie leidenden Mädchen einen der Phthise ähnlichen Zustand zeigen, wie Husten, Blutsputten, selbst Lungenspitzendämpfung und Rasselgeräusch.

Fabre bezieht diese Zustände auf Congestionen der Lungen,

bewirkt durch vasomotorische Störungen; er betont die wichtigen differential-diagnostischen Merkmale, welche die wahre Phthise von dieser Pseudophthise unterscheiden und als solche führt er die bei letzterer gleichfalls beobachtete Temperatursteigerung an, welche aber nie die abendlichen Exacerbationen zeigt; ferner erblickt er ein wichtiges Zeichen darin, dass die mit solcher Pseudophthise Behafteten nie eine Gewichtsabnahme zeigen.

Einen Fall von Pseudophthise mit hohem Fieber theilt auch Laurent im „L'Encéphale“ mit; es handelt sich um einen 22jährigen Mann, der Blut gebrochen und Blut gespuckt hat, die Temperatur war $39,8^{\circ}$, der Zustand ein typhöser, welche Symptome am dritten Tage alle verschwanden. Laurent glaubte mit einem Falle von hysterischem Fieber zu thun gehabt zu haben; der Patient war entschieden hysterisch.

Gegenüber den bisher genannten Autoren trat nun vor 3 Jahren Pinard in seiner hierauf bezüglichen Abhandlung auf's schärfste auf; er bezweifelt, dass in den mitgetheilten Fällen überhaupt Fieber vorhanden gewesen wäre, da die Menge des Ureums bisher nicht bestimmt worden war, ferner auch keine Gewichtsabnahme constatirt wurde, welche doch, wenn es sich um Fieber gehandelt hätte, sicherlich eingetreten wäre. Einzelne Beobachtungen bezeichnet er als Fälle von abortivem Typhus. Er giebt zu, dass bei Hysterischen Zustände entstehen können, die einem Fieber gleichen, jedoch soll nach seiner Meinung eine wirkliche Temperaturerhöhung nicht vorhanden sein; diese Fälle bezeichnet er mit dem Namen „pseudofievre hystérique“.

Macé theilte uns im vergangenen Jahre Fälle mit, bei denen er die meningitische Form des hysterischen Fiebers vorfand. In diesen Fällen wurden Kopfschmerzen, Photophobie, Hyperästhesie, Erbrechen, partielle Contracturen, ja manchmal auch das Trousseau'sche Phänomen, Pulsverlangsamung, Obstipation beobachtet. Diese Symptome können primär, ohne nachweisbare Ursache, oder secundär auftreten, bei letzteren ist eine unbedeutende organische Veränderung nachweisbar.

In neuester Zeit wählte Chauveau diesen Gegenstand zum Thema seiner Abhandlung und bekämpfte die Ansichten Pinard's, indem er drei Formen des hysterischen Fiebers anerkennt:

1. *Forme lente.* Bei dieser Form zeigt sich ein lange währender Fieberzustand; trotzdem zeigen die Patienten keine oder eine nur unbedeutende Gewichtsabnahme; das Fieber übersteigt 38° bis 39° nicht.

2. *Forme intermittente.* Die unter diesem Namen mitgetheilten

Fälle hält auch Chauveau zumeist für wirkliche Wechselfieber: er giebt aber zu, dass es möglich sei, dass intermittirende Fieber als Fieber hysterischen Ursprungs zu betrachten wären, wie dies der von ihm mitgetheilte Debove'sche Fall bezeugt.

Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die Fälle, wie die von Ricoux mitgetheilten hin, welchen zufolge bei einer Hysterischen wirkliches Wechselfieber entstehen könne und warnt zugleich davor, solche Fälle als Fälle von hysterischem Fieber anzusehen.

3. *Forme courte*. Diese Form zergliedert sich in drei Unterarten. Als erste Abart bezeichnet er die typhöse Form, hinsichtlich welcher er sich Briand anschliesst. Hier erwähnt er auch die durch Beau als „fausse dothiéntérie“ bezeichneten Fälle hysterischen Fiebers.

Als zweite Abart ist der „type pseudoméningitique“ angeführt.

Die dritte Abart stellt er auf Grund eines von ihm beobachteten Falles auf; was sie charakterisirt zu enträthseln, überlässt er dem Leser. Bei der Besprechung dieses Falles werden wir diese Abart noch näher besprechen, für jetzt nur so viel, dass wir die Nothwendigkeit der Aufstellung dieser neuen Art nicht einsehen konnten.

Chauveau ist der Erste, der sich auch mit der Pathogenese des hysterischen Fiebers beschäftigt; seiner Ansicht nach wäre des Fiebers unmittelbarer Grund in der unregelmässigen Function des Wärmecentrums zu suchen. In ätiologischer Beziehung theilt er das hysterische Fieber in primäres, wo keine, auch nicht die geringste Organveränderung vorhanden ist, und in secundär auftretendes Fieber; beim letzteren sollen psychische Aufregungen, Traumata, Suggestion und sehr oft Stuhlretention als Ursache vorliegen. Inwiefern unsere Beobachtungen mit diesen Ergebnissen Chauveau's übereinstimmen, wollen wir in den nächsten Capiteln näher erörtern.

Als Antwort auf die Pinard'sche Abhandlung veröffentlichte Briand einen Artikel in der „Gazette hebdomadaire“, in welchem er die in seiner eigenen Abhandlung besprochenen Punkte in Betreff des hysterischen Fiebers aufrecht erhält und die Meinung Pinard's zu widerlegen sucht, als wäre der von Charcot beobachtete und für nervöses Fieber gehaltene Fall mit einer Temperaturerhöhung von 38,5° C. kein Beispiel für hysterisches Fieber. Charcot hatte sich in Bezug auf diesen Fall folgendermassen geäußert: „La maladie hystérique antérieure, le caractère spasmodique du frisson actuel et sa longue durée, le désaccord entre l'intensité du frisson et la température, qui reste à peu près normale, l'action nulle du sulfate de quinine porté pendant plusieurs jours aux doses de 70—80 Centgr., m'ont conduit à diagnostiquer une fièvre nerveuse“.

Wir werden bei der Mittheilung dieser Fälle näher in die Einzelheiten derselben eingehen.

Von den französischen Autoren wäre noch Debove zu erwähnen, dem es gelang mittelst Suggestion eine Temperaturerhöhung von $38,5^{\circ}$ C. zu erzielen.

Ich ging zielbewusst vor, indem ich die Ansichten der französischen Autoren zuerst mittheilte, um hierdurch ein zusammenhängendes Bild von der Entwicklung der Lehre über hysterisches Fieber geben zu können.

Auf deutscher Seite war es hauptsächlich Wunderlich, der ein Augenmerk auf die bei Hysterischen zu beobachtenden Temperaturveränderungen gerichtet hat. Er spricht zwar nicht vom hysterischen Fieber, erwähnt jedoch, dass die Hysterie Einfluss übt auf den Gang der Temperatur, hebt hervor, dass bei hysterischen Neurosen intensiv hohe Temperaturerhöhungen scheinbar spontan auftreten. Derselbe Autor betont die Thatsache, dass hauptsächlich bei schwachen, sensiblen, nervösen Personen hysterischer Constitution, sehr oft auf den geringsten Anlass hin, ja selbst scheinbar ohne einen solchen hohen Temperaturerhöhungen vorkommen und sich sehr lange Zeit erhalten. Bei ihm finden wir auch die Aufmerksamkeit auf jene Fälle hingelenkt, in welchen es sich um Personen handelt, bei welchen die auffallende Erscheinung zu Tage tritt, dass die eine Körperhälfte einen anderen Temperaturgrad zeigt, als die andere. Wunderlich sagt nun bei Besprechung eines solchen Falles Folgendes: „Ich beobachtete mehrmals Temperaturerhöhung der einen Körperhälfte, ohne dass auf der einen oder anderen Körperhälfte eine nachweisbare pathologische Veränderung vorhanden gewesen wäre, bei Personen, die an Hysterie oder an einer Rückenmarksaffection litten“.

Rosenthal erwähnt auch des hysterischen Fiebers. Seiner Erfahrung gemäss kommt es bei schweren hysterischen Zuständen oft zur Röthung der Haut, namentlich sind hierbei an der Wange, am Halse, am angrenzenden Brusttheil Röthung und Temperatursteigerung (um $1,2$ — $1,4^{\circ}$ C.) bei einem Pulse von 100—130 vorhanden, während die Axillartemperatur $37,4$ — $37,6^{\circ}$ C. beträgt. Rosenthal meint daher, dass fieberhafte Symptome bei Hysterie wohl vorhanden sein können, dass aber eine Temperaturerhöhung, d. i. Fieber, nicht vorkommt. Wäre dem so, so ist die Bezeichnung hysterisches Fieber eine falsche; sie würde nur zu Missverständnissen Veranlassung geben.

Vereinzelt begegnen wir auch in der Literatur anderer Nationen Beobachtungen über hysterisches Fieber.

So berichtet Hale White von einem Falle, an welchen er anknüpfend der Meinung Ausdruck giebt, der Grund dafür, dass das hysterische Fieber bis jetzt nicht genug gewürdigt erscheint, sei in dem Umstande zu suchen, dass es bis jetzt nicht erwiesen wurde, dass Functionen, über welche der Wille keinen Einfluss hat, in der Hysterie auch beschädigt werden können. Er sieht nicht ein, warum man nicht annehmen könnte, dass die thermogenetischen Functionen verändert sein können, gleichwie man bei der hysterischen Ischurie und vasomotorischen Paralyse die veränderte Function der vasomotorischen Centren annimmt. Er summirt nun die Fälle hysterischen Fiebers und stellt als Charakteristikon die folgenden Punkte auf: 1. es tritt immer bei Mädchen auf; 2. es sind auch andere hysterische Symptome vorhanden; 3. das Alter, in welchem es auftritt, ist jenes, bei welchem wir die Hysterie am häufigsten beobachten; 4. Ovarie ist häufig vorhanden; 5. Schüttelfröste können auch auftreten; 6. mit dem Fieber in Bezug stehende Symptome wie Delirien, rascher Puls, Eiweiss im Harn etc. sind vorhanden; 7. das Schwanken des Fiebers, verschiedene Temperatur auf den verschiedenen Körperregionen.

Clarence King erwähnt auch eines Falles. Allerdings handelte es sich um eine Puerpera; da jedoch dem ersten Anfalle von Temperatursteigerung bis auf 40° — derselbe trat 10 Stunden nach der Entbindung auf und dauerte einige Tage — nach 3 Wochen ein zweiter, nach 6 Wochen ein dritter folgte, ohne dass jemals eine besondere Organerkrankung nachzuweisen war, die Patientin auch früher schon nach der Geburt eines Kindes ähnliche Anfälle gehabt hatte, so ist wohl die Diagnose einer Temperatursteigerung durch „acute Nervosität“ gerechtfertigt.

Die Fälle, welche Clemow unter dem Namen „hysterical hyperpyrexia“ und Lorentzen mittheilen, besprechen wir im speciellen Theil.

In Ungarn war es Laufenauer, der unabhängig von den übrigen Autoren, die Wahrnehmung machte, dass bei Hysterischen die Körpertemperatur, das Athmen und der Puls erhebliche Schwankungen aufweisen. In den Krankheitsgeschichten seiner Klinik fand ich zahlreiche, sich hierauf beziehende Anmerkungen. Auch Moravcsik theilte Fälle von dieser Klinik mit: er resümiert seine Ergebnisse wie folgt: 1. Bei Hysterischen zeigt die Temperatur, der Puls und das Athmen unbegründete Schwankungen. 2. Temperaturerhöhung stellt sich bei ihnen ohne nachweisbare organische Veränderung ein. 3. Die Grösse der Temperaturerhöhung steht oft nicht im Verhältniss zur Puls- und Athembeschleunigung. 4. Die Morgentemperatur zeigt oft

höhere Grade, als die Temperatur am Abend. 5. Die grössten Schwankungen zeigen der Puls und das Athmen. 6. Dem Eintritte eines Anfalles geht oft eine Puls- und Athembeschleunigung vor. Es gelang Moravcsik auch während der Hypnose durch Suggestion Temperaturerhöhung zu beobachten.

Es gelang auch v. Krafft-Ebing durch Suggestion Temperaturerhöhungen bis 41,5 zu erreichen. (Näheres hierüber siehe Preyer: „Hypnotismus“.)

In den einzelnen Lehrbüchern finden wir kaum etwas über das hysterische Fieber. Strümpell erwähnt zwar, dass er bei schwerer Hysterie, namentlich zur Zeit der schweren Anfälle und psychischen Störungen hohe Temperaturen (41° und darüber) beobachtet, welche in ganz unregelmässiger Weise auftreten. Er kann aber in keinem Fall die Möglichkeit der Simulation ausschliessen, empfiehlt daher grosse Vorsicht.

Es erübrigt uns noch, über ein verwandtes Fieber — nämlich über das epileptische Fieber — zu sprechen. Dass man nach epileptischen Anfällen, namentlich nach dem sogenannten Status epilepticus oft hohe Temperaturen beobachten kann, ist, seitdem Charcot hierauf aufmerksam machte, sattsam bekannt. Diese hohen Temperaturen wurden von Charcot und seinen Schülern, namentlich von Bourneville als durch Muskelarbeit hervorgerufene betrachtet. Dieser Anschauung trat nun Witkowski entgegen, welcher die Temperaturerhöhungen, da sie nicht jedesmal beobachtet werden können, als etwas von der Muskelthätigkeit Unabhängiges betrachtet und ihnen den Namen epileptisches Fieber beilegt. Er ist geneigt, einen Zusammenhang zwischen diesem Fieber und der Bewusstlosigkeit vorzusetzen, seiner Beobachtung gemäss zeigt sich das epileptische Fieber nie ohne Bewusstlosigkeit, und wenn es trotzdem vorhanden ist, so hat das Fieber einen anderen Grund. Er bezeichnet das Fieber, welches wir bei Paralysis progressiva, Urämie, Sclerosis multiplex u. s. w. mit Bewusstlosigkeit einhergehen sehen, als „sensorisches Fieber“. Die Hysteroepilepsie betrachtet er als eine Abart der Epilepsie und behauptet, einen „schweren fieberhaften acuten Status epilepticus“ bei derselben beobachtet zu haben. Die Eintheilung Witkowski's, nach welcher die Hysteroepilepsie zur Epilepsie gehören soll, wollen wir hier nicht näher analysiren, wir beschränken uns einfach darauf zu erklären, dass wir die Hysteroepilepsie, der Eintheilung der französischen Schule folgend, von der Epilepsie trennen und die bei ersterer zur Beobachtung kommenden Fieber als hysterische Fieber bezeichnen, wobei wir schon jetzt hervorheben, dass wir in

Fällen von fieberhafter Hysteroepilepsie keine Bewusstlosigkeit vorfinden.

Nun wollen wir im nächsten Capitel der Pathogenese des hysterischen Fiebers einige Worte widmen.

II. Pathogenese.

Die Fiebertheorien alle herzuzählen und jene zu bezeichnen, welche die einzelnen Symptome des hysterischen Fiebers erklären könnten, wäre eine sehr schwierige und doch nicht lohnende Arbeit. Wir begnügen uns, einen kurzen Umriss über die Ergebnisse der Experimente zu bieten, welche sich zur Aufgabe stellten, den Einfluss des Nervensystems auf die Körpertemperatur zu ermitteln.

„Die Causa proxima des Fiebers — sagte Virchow im Jahre 1854 — ist eine innere; sie darf aber nicht im Blute allein oder in dem zu reichlich in demselben vorhandenen Zersetzungsmaterial gesucht werden. Die Fieberhitze ist nicht bloss Temperatursteigerung, sondern Temperatursteigerung aus einem ganz besonderen Grunde, und dieser Grund kann nach allen Erfahrungen nirgend anders liegen, als im Nervensystem. Man könnte sich denken, dass gewisse Nerven zunächst der Wärmeerzeugung vorgesetzt sind oder dass gewisse Nerven dieselbe moderiren. Im ersteren Falle müsse die febrile Hitze auf eine gesteigerte, im letzteren Fall auf eine verminderte Innervation bezogen werden. Beides ist denkbar.“ Dieser Ausspruch Virchow's gab den Fiebertheorien eine neue Richtung.

Wachsmuth kommt bei der Besprechung dieses Satzes zu der Schlussfolgerung, das plötzliche Auftreten und schnelle Aufhören der Fieberzustände spreche zu Gunsten der Annahme, dass der Grund des Fiebers im Nervensystem liege, wenn auch das schädliche Agens im Blute zu suchen sei. Nach Wachsmuth „ist es zu dem Behufe, damit Jemand Fieber bekomme, nothwendig, dass sein in der Norm vorhandenes Compensationsvermögen für veränderte Bedingungen der Wärmebildung und Wärmeleitung verloren gehe. Wo erhöhte Wärmebildung mit einer Lähmung der die Wärmeregulation vermittelnden Nerven zusammentrifft, entsteht Fieber“.

Wunderlich hält auch Virchow's Theorie für die rationellste; er erblickt auch in der Störung der Wärmeregulirung den richtigen Grund für das Zustandekommen des Fiebers.

Alle diese Anschauungen bewogen die Experimental-Pathologen,

den Grund der Temperaturerhöhung im Nervensystem zu suchen. So trug die Entdeckung der vasomotorischen Centren durch Ludwig und Thiry wesentlich zur Erklärung einzelner Fiebersymptome bei.

Bei der Annahme solcher Centren ist die im Froststadium zu beobachtende, rasch auftretende Temperaturerhöhung erklärbar, indem wir annehmen, dass bei der gesteigerten Wärmeproduction die durch den Reizzustand der vasomotorischen Centren verengten Arterien durch verringerte Wärmeabgabe das Zustandekommen der hohen Temperatur bewirken. Aus dem letzteren Umstande allein glaubte Traube das Fieber erklären zu können, indem er dessen Grund in der verringerten Wärmeabgabe suchte.

Wir wissen nun heute nach den grundlegenden Arbeiten von Liebermeister, dass verringerte Wärmeabgabe bloss im Froststadium vorhanden ist, bei der Fieberhitze dagegen ist die Wärmeabgabe auch erhöht, obzwar sie die hochgesteigerte Wärmeproduction nicht mehr compensiren kann.

Schiff, Claude Bernard etc. nehmen auch das Vorhandensein eines vasodilatatorischen Centrums an, dessen Function in der Arterienweiterung und in der hierdurch bedingten gesteigerten Wärmeabgabe bestehe.

Die Annahme dieser vasomotorischen resp. (vasoconstrictorischen) und vasodilatatorischen Centren erklärt uns aber noch immer nicht zur Genüge das Fieber.

Ziegler sagt in seiner allgemeinen Pathologie, über das Fieber sprechend, Folgendes: „Die Ursachen des Fiebers kennen wir genauer nicht, doch lässt sich so viel sagen, dass das Fieber meistens die Folge der Aufnahme eines schädlichen Agens in die Säftemasse des Körpers ist. Die Einwirkung des schädlichen Agens kann man sich so vorstellen, dass eines Theils durch Erregungszustände die Thätigkeit der Muskeln und Drüsen und damit auch der wärmebildende Stoffwechsel erhöht wird, während andererseits durch Lähmung der Vasodilatoren oder durch pathologische Reizung der Vasoconstrictoren die Steigerung der Wärmeabgabe hinter der Steigerung der Wärmeproduction zurückbleibt. . . . Welcher Antheil an der Erhöhung der Körpertemperatur der directen Einwirkung der Bakterien und der von ihnen gebildeten Fermente und welcher dem durch Nervenirregung gesteigerten Stoffwechsel, sowie der Störung der Wärmeabgabe zufällt, ist nicht zu bestimmen. Dass unter Umständen Veränderungen im Nervensystem ohne Verunreinigung der Gewebs-säfte genügen, eine fieberhafte Temperatursteigerung zu verursachen, dafür spricht der Umstand, dass Fieber bei epileptischen Anfällen,

nach heftigem Schrecken, nach Einführung eines Katheters in die Harnblase etc. auftreten kann“.

Durch Experimente wurde auch bewiesen, dass Fieber durch die dem Gehirn und Rückenmark beigebrachten Verletzungen entstehen kann. Als Ausgangspunkt zu diesen Experimenten dienten die Beobachtungen, laut welchen man bei Rückenmarksverletzungen hohe Temperaturen beobachtete. So beschrieb Brodie schon im Jahre 1834 einen durch Trauma entstandenen Fall von hoher Temperatursteigerung bei einer Hämorrhagie im oberen cervicalen Rückenmark. Simon sah beim Bruch des 12. dorsalen Wirbels eine Temperatursteigerung von 44° , Frerichs beim Bruch des 5.—6. Halswirbels $43,6^{\circ}$. Aehnliche Erfahrungen machten Billroth, Weber, Fischer und Andere.

H. Fischer ist auf experimentellem Wege zu den gleichen Ergebnissen gelangt und nimmt im Cervicalmark ein Centrum der Wärmeregulirung an, dessen Erregung Temperaturabfall, dessen Lähmung Temperatursteigerung bewirken soll. Schroff's Experimente bewiesen, dass das Blosslegen des Rückenmarkes Temperaturerhöhung zur Folge hatte.

Tscheschichin beobachtete hohe Fieber bei der Trennung des Pons von der Medulla oblongata. Er nimmt an, dass es im Gehirn moderirende Wärmecentren gäbe. — Naunyn und Quincke erzielten dieselben Resultate; sie fanden, dass die Temperatur der Versuchsthiere desto höhere Grade zeigte, je höher sie das Rückenmark durchschnitten.

Bókai untersuchte den Einfluss der einzelnen Theile der Hirnrinde auf die Temperatur und fand, dass bei Kaninchen die Temperatur auf $41-41,7^{\circ}$ C. stieg, wenn er die Hirnrinde zur Hälfte oder nur den hinteren Theil derselben abtrug; ferner fand er, dass verschiedene Stellen der Rinde auf die Temperatur verschiedener Körperteile Einfluss üben. Auch fand er, dass gewisse Punkte der Rinde in Erregung gesetzt, die Temperatur erhöhen. Die moderirenden Wärmecentren üben ihre Wirkung nach Bókai durch die Vasoconstrictoren, die wärmeerzeugenden Centren aber durch die Vasodilatoren.

Landois und Eulenburg fanden bei Hunden ein thermisches Centrum, welches ihrer Ansicht nach auch auf die gefässverengenden Centren Einfluss nimmt.

Ripping fand im hinteren Theil des Gyrus fornicatus ein thermisches Centrum.

Neuere Untersuchungen, welche Aronsohn und Sachs bewerk-

stelligten, ergaben Folgendes: „Wenn von der Vereinigungsstelle der Sutura sagittalis und coronaria bis an die Basis cranii hineingestochen wird, so steigt die Temperatur der Kaninchen, Hunde und Meer-schweinchen auch bei niedriger Umgebungstemperatur bis zu einer enormen Höhe und erhält sich auf derselben mehrere Tage lang. Die Temperatursteigerung ist verschieden, je nachdem der Stich nur das Corpus striatum getroffen hat, oder durch dieses hindurch bis zur Basis cranii sich verlängert. . . . Für die Lehre vom Fieber dürften unsere Versuche die Bedeutung besitzen, dass sie die Möglichkeit zeigen, wie ein hohes Fieber mit allen wesentlichen Symptomen auf rein nervösem Wege, ohne Mitwirken irgend welcher den Chemismus des Körpers fermentartig modificirenden Stoffe oder parasitären Organismen zu Stande kommen kann“.

Unabhängig von diesen Autoren hat Charles Richet dieselben Ergebnisse erzielt; er nennt das so zu Stande kommende Fieber: „nervös-traumatisches Fieber“.

Dieselben Ergebnisse lieferten die Versuche Girard's, welcher aber die Temperaturerhöhungen nicht als Fieber auffasst, da seiner Ansicht nach zum Fieber nicht nur gesteigerte Wärmeproduction, sondern auch verminderte Wärmeabgabe nothwendig sei, die letztere aber hier fehle.

Baginsky und Lehmann beobachteten hohe Temperaturen bei den Verletzungen des Corpus striatum.

Ugolino Mosso nimmt auch im Rückenmark thermische Centren an.

In neuester Zeit theilt uns Hale White seine Experimente mit, nach welchen die Zertrümmerung kleiner Partikelchen der Gehirnrinde eine kurze Zeit währende Temperaturerhöhung bewirkt, die Verletzung des Corpus striatum aber mit sehr hohen Temperaturen verbunden ist.

Nach alledem drängt sich uns die Frage auf, wie diese thermischen Centren ihre Wirkung ausüben?

Tscheschichin, Naunyn und Quincke u. A. meinen, die Temperatursteigerung sei durch die Lähmung dieser Centren bewirkt; dem gegenüber glaubt Heidenhain, dass die Erregung dieser Centren das Ausschlaggebende sei. Cohnheim plaidirt für die Anschauung, dass beide Momente vorhanden sein können und beruft sich auf das analoge Verhalten des vasomotorischen Centrums. — Noch vor der Entdeckung der thermischen Centren sprach sich schon Liebermeister dahin aus, dass sowohl ein excitocalorisches, als ein moderirendes System vorhanden sein könne, und dass wahrscheinlich Beide existiren.

Zum Schluss will ich noch der sogenannten praeagonalen Temperatursteigerung Erwähnung thun, welche Wunderlich vor dem Tode der an Tetanus, Epilepsie, hysterischer Paraplegie, Meningitis tuberculosa Leidenden auftreten sah.

Diese Ergebnisse sprechen gleichfalls zu Gunsten eines im Gehirn vorhandenen Wärmecentrums.

Wir können nun getrost annehmen, dass die Wärmeregulation durch die im Centralnervensystem gelegenen Centren hervorgebracht wird; die Störungen dieser Centren sind mit Störungen der Temperatur verbunden. — Wenn wir auch zugeben, dass das schädliche Agens (Bakterien, Ptomaïne, Toxine etc.) im Körper direct durch Gewebszerfall die Temperatur erhöhen kann, so können wir doch nicht umhin, auch dem Nervensystem eine Rolle beim Fieber zuzuschreiben; es ist nun sehr wohl möglich, dass dieses schädliche Agens direct auf die Wärmecentren Einfluss übe und hierdurch auch Temperatursteigerung bewirkt. Somit können wir jedes Fieber als nervöses Fieber betrachten, da doch bei jedem die Mitwirkung des Nervensystems auf obengenanntem Wege in Anspruch genommen wird. Wie wollen wir nun diejenigen Fälle von Fieber betiteln, welche durch psychische Aufregungen, beim Einführen eines Katheters, wie Botkin einen Fall mittheilt, entstehen? Es liegt auf der Hand, dass wir solche Fieber, so lange wir die zu Grunde liegenden Veränderungen nicht kennen, mit den übrigen functionellen Erscheinungen analoge Erscheinungen mit dem Namen functionelle Fieber versehen. Solche Fieber können — wir dürfen es wohl voraussetzen —, bei der Hysterie auch auftreten und wir werden diese als hysterische Fieber auffassen. Wir setzen nun voraus, dass in der Function des wärmeregulirenden Centrums analoge Veränderungen vorkommen können, wie wir dies bei den psychomotorischen, vasomotorischen Centren voraussetzen, welche wir dann, da wir den zu Grunde liegenden Process bisher nicht kennen, als functionelle Störungen bezeichnen. — Daher stimmen wir mit Chauveau überein, wenn er die Hysterie als eine auch thermische Neurose bezeichnet.

Auf welche Weise nun dieses thermische Centrum wirkt, ob es sogenannte „fibres thermiques“, wie Chauveau sie voraussetzt, giebt oder nicht, ist für uns jetzt irrelevant; uns interessirt nur die Thatsache, dass es thermische Centren giebt, dass es daher auch Functionsstörungen derselben geben muss, welch' letztere als Fieber sich documentiren.

Wollen wir nun das für uns Wichtige aus diesen Erörterungen bezeichnen, so können wir dies folgendermassen thun:

1. Klinische Beobachtungen wiesen schon darauf hin, dass beim Entstehen des Fiebers das Centralnervensystem eine Rolle spielt — dies bestätigten die durch Experimentaluntersuchungen entdeckten vasomotorischen und thermischen Centren.

2. Diejenigen Fieber, welchen keine organische Erkrankung zu Grunde liegt, welche daher allein durch das Nervensystem bedingt sind, betrachten wir als durch die Störungen der Function der thermischen Centren entstanden und nennen sie functionelle nervöse Fieber.

3. Es ist schon a priori wahrscheinlich, dass bei der Hysterie als exquisiter functioneller Neurose, solche Fieber vorkommen können.

III. Specieller Theil.

Im vorigen Capitel habe ich versucht, das Vorkommen des hysterischen Fiebers theoretisch zu begründen; nun will ich an der Hand von Krankengeschichten das Vorhandensein eines solchen Fiebers nachweisen.

Bevor wir die Fälle näher betrachten, erübrigt uns noch, über die Eintheilung, welche wir befolgten, etwas zu sagen. Ich theilte die Fälle in 2 Gruppen ein. Die erste Gruppe enthält jene Fälle, bei welchen keine Temperaturmessungen vorgenommen wurden, welche aber doch als Fälle hysterischen Fiebers beschrieben worden sind. In der zweiten Gruppe befinden sich die Fälle, bei denen die Temperatur bestimmt worden ist; sie zergliedert sich in 2 Unterarten, und zwar: 1. Fälle mit Temperaturmessungen, jedoch ohne Temperaturerhöhung — hauptsächlich Fälle eigener Beobachtung. 2. Fälle, bei denen Temperaturerhöhungen vorhanden sind (literarische und eigene Beobachtungen).

Die erste Gruppe hat nur einen historischen Werth; ich stehe daher von der Mittheilung derselben ab und gehe zur zweiten Gruppe über.

Zweite Gruppe.

Fälle, bei welchen Temperaturmessungen vorgenommen wurden.

A. Ohne Temperatursteigerung.

(Hysterisches Scheinfieber = *Pseudofèvre hystérique*. — Hysterische Tachycardie.)

In dieser Gruppe finden wir hauptsächlich meine eigenen Beobachtungen, die ich an Hysterischen auf der Klinik des Prof. Laufenaucr anstellte. In verschiedenen Situationen der Kranken, wie psychische Aufregung, Angina, Krämpfe etc. konnte ich keine Temperaturerhöhung constatiren, aber ich fand sehr oft jenen Zustand ausgeprägt, welchen wir passend mit dem Namen „hysterisches Scheinfieber“ bezeichnen können. Wir acceptiren daher diese Benennung Pinard's für jene Fälle, in welchen Fiebererscheinungen vorhanden sind, jedoch ohne, wenn auch noch so geringe, Temperatursteigerung.

Die Fälle lauten in Kürze folgendermassen:

(I. Eigene Beobachtung.) F. Kr., 49 Jahre alt, röm. kath., ledig, Erzieherin. Aufgenommen den 5. November 1888 auf die Abtheilung des Prof. Laufenaucr. — *Hysteria simplex*.

Anamnese. Die Kranke wurde schon wiederholt auf der Klinik behandelt. Neurosen sind in der Familie nicht vorgekommen. Sie machte keine grössere somatische Erkrankung mit. Die Menstruation verlor sie vor fünf Jahren; früher hat sie dieselbe zur rechten Zeit ohne Schmerzen gehabt. — Ihre jetzige Krankheit begann vor 2 Wochen, als sie Nachts im Traume plötzlich zusammenfuhr, als hätte sie Blitzstrahlen vor den Augen gehabt, worauf sie mit starken Kopfschmerzen erwachte. In letzter Zeit hatte sie viel Kummer und Widerwärtigkeiten zu überstehen gehabt, weshalb sie auch sehr erregt ist.

Status praesens. Die mässig genährte Patientin ist von mittlerem Wuchs. Pupillen sind verengt; reagiren gut. — Die Zunge weist fibrilläre Zuckungen auf; in beiden Händen Tremor. Die Stimmgabel scheint sie vornehmlich links schlecht zu vertragen. Lungen frei. Herztöne normal. Kniephänomen auf beiden Seiten gesteigert. Hyperästhesie der unteren Extremitäten. Sensibilität normal. Die Stimmung der Kranken ist eine gedrückte; sie klagt über starke, hauptsächlich auf die Frontalgegend sich beziehende Schmerzen. Sie fühlt ihren Körper matt. Das Gehen fällt ihr schwer; sie möchte immerfort liegen. Sie ist sehr leicht bereit zum Weinen und fürchtet eine Gehirnkrankung zu bekommen. Die Nächte verbringt sie gut. Appetit gut, Stuhl in Ordnung.

Bevor ich die Patientin zu Gesicht bekam, brachte sie die verschiedensten Klagen vor; bald schmerzte sie der Kopf, bald der Rücken, bald wieder die Seiten etc. Sie hatte auch das Gefühl des Globus hystericus. Stuhlver-

stopfung, Nachtschweiss, Palpitatio cordis etc. stellten sich auch bald ein. Die Behandlung war theils eine symptomatische, theils eine suggestive. Als suggestive Mittel wurde Elix. de Coca und das Faradisiren angewendet. — Die Gemüthsstimmung besserte sich bald; das Bett konnte sie schon längere Zeit verlassen, als ich im Mai begann, sie zu beobachten. Ich beobachtete sie durch 7 und $\frac{1}{2}$ Monat, in welcher Zeit die oben erwähnten Klagen bald stärker, bald mässiger fort dauerten. Als bald trat ein neues Symptom auf, welches in abwechselndem Gefühl der Hitze und Kälte bestand, begleitet mit Athem- und Pulsbeschleunigung. Die Temperatur wurde Früh und Abends gemessen und zeigte die ganze Zeit hindurch kein Abweichen von der Norm. — Nicht so der Puls, der während dieser Hitzegefühle von 90 Schlägen in der Minute auf 120 und darüber ging.

Das Athmen war auch beschleunigt. In den letzten Monaten der Beobachtung gesellte sich zu diesen Symptomen halbseitiges starkes Schwitzen, die Temperatur blieb weiter normal.

Ich hatte noch Gelegenheit drei ähnliche Fälle zu beobachten, es würde nun aber zu weit führen, dieselben mitzutheilen, um so mehr, da dieselben mit dem mitgetheilten Fall vollständig übereinstimmen.

Anschliessend an diese Beobachtung will ich noch zweier Fälle Erwähnung thun, in welchen zwar keine Hitzegefühle vorhanden waren, bei welchen aber in Betreff der Puls- und Athembeschleunigung noch charakteristischere Merkmale zu beobachten waren, als in diesem Falle. Ich unterlasse es, die Krankheitsgeschichten mitzutheilen und will nur das Charakteristische erwähnen.

Im ersten Falle handelte es sich um eine kleine Patientin von 10 Jahren, bei welcher das ausgeprägte Bild eines „petit mal hystérique“ vorzufinden war. Die kleine Patientin hatte secundenlang dauernde Anfälle, welche aus Beugen des Kopfes nach vorne und Zuckungen in beiden Armen bestanden. Der Puls zeigte ein auffallendes Verhalten, insofern als die Zahl der Schläge eine sehr hohe (144 in der Minute) war, während die Temperatur normal blieb. (Die Zahl der Anfälle betrug 20—60 in einem Tage.) Der andere Fall betraf ein Mädchen von 12 Jahren, welches an Hysteroepilepsie litt. Sie hatte oft Herzklopfen, verbunden mit einer hohen Zahl der Pulschläge. Es ergab sich bei ihr auch das eigenthümliche Verhältniss, dass sie an der Innenfläche des linken Oberschenkels eine handbreite anästhetische Stelle hatte, welche sich kühler erwies, als dieselbe Stelle des anderen Schenkels, und zwar liess sich eine Differenz von fünf Zehntel Grad nachweisen.

Wir werden noch Gelegenheit haben, über diesen Umstand uns auszusprechen.

Es wäre nur noch der Fall zu erwähnen, welchen Rosenthal beobachtet hatte; doch steht er uns leider nicht zur Verfügung. Bei demselben waren dieselben Symptome vorhanden, wie in meinen ersten

drei Beobachtungen. Rosenthal giebt ihm den Namen des hysterischen Fiebers, jedoch wie wir es bei den Fällen echten hysterischen Fiebers sehen werden, mit Unrecht, da kein Fieber vorhanden war, sondern nur Symptome desselben, welche wohl ein Fieber vorspiegeln könnten, wenn man dasselbe nicht mit dem Thermometer controliren würde. Wie aus den mitgetheilten Beobachtungen ersichtlich, legen wir den Namen „hysterisches Scheinfieber“ jenen Fällen bei, in welchen es sich um Fiebersymptome handelt — wie geröthete Haut, Kopfschmerzen, beschleunigter Puls; gesteigerter Durst; Eingenommensein des Kopfes u. A. —, jedoch keine Temperatursteigerung vorhanden ist. Wir betonen, dass wir unter diesem Namen wohl nicht ganz dasselbe verstehen, wie Pinard, der denselben zum ersten Male gebrauchte. Pinard rechnet nämlich auch Fälle, die mit 38 bis 38,5° C. Temperatur einhergehen, zum „pseudofèvre hystérique“, indem er diese Temperatur für physiologisch betrachtet. Ich behalte es mir vor, auf diesen Gegenstand weiter unten noch zurückzukommen.

Wir wollen nun kurz unsere Schlüsse, welche sich aus den, in diesem Capitel mitgetheilten Fällen ergeben, in Folgendem zusammenfassen:

1. Die Hysterie, als eine vasomotorische Neurose, kann einen Symptomencomplex darbieten, welcher, wenn nun auch Tachycardie sich hinzugesellt, den Eindruck eines febrilen Zustandes macht. Da jedoch keine Temperaturerhöhung vorhanden ist, nennen wir diesen Zustand „hysterisches Scheinfieber“, indem wir bemerken, dass wir nicht alle Fälle, welchen Pinard diesen Namen beilegt hierher rechnen.

2. Hysterische Tachycardie ist ein ziemlich oft zu beobachtendes Symptom.

3. Dieses Scheinfieber kommt sowohl bei der einfachen Hysterie, wie bei der Hystero-Epilepsie vor.

B. Fälle mit Temperatursteigerung.

(Hysterisches Fieber.)

Wir gedachten schon der Eintheilungen, die Gagey, Briand, Chauveau vorgenommen haben (s. S. 489, 490). Allen diesen Eintheilungen lagen die Dauer des Fiebers, ferner die dasselbe begleitenden Symptomencomplexe zu Grunde. Wir wissen aber, dass bei der Hysterie eine so mannigfaltige Combination der Symptome vorhanden sein kann, dass fast soviel Unterarten aufzustellen wären, als es beob-

achtete Fälle giebt. Daher suchten wir eine andere Eintheilung der bisher beobachteten Fälle zu bieten, indem wir die bei der Pathogenese besprochenen Sätze in's Auge fassten und eine Analogie mit den übrigen Symptomen der Hysterie zu finden suchten.

Wir behaupteten, dass es ein functionelles Fieber geben könne. Indem ich einen Vergleich zwischen dem hysterischen Fieber und den anderen Symptomen der Hysterie anstellte, gelangte ich zur folgenden Eintheilung. Das hysterische Fieber kann sich in zwei Hauptformen zeigen: 1. als continuirliches Fieber, 2. als Fieberanfall. Beide dieser Hauptformen weisen je nach der Intensität der Temperatursteigerung eine schwächere und eine stärkere Form auf. Das continuirliche Fieber hätte seine Analogie in der lange währenden Anästhesie in der sensiblen Sphäre, und im *État de mal*, welches wir bei den Krampfanfällen manchmal beobachten.

Die Fieberanfälle können wir mit der schnell vorübergehenden Anästhesie oder mit den einzelnen Krampfanfällen vergleichen.

Wir wollen nun zur Uebersicht die folgende Tafel einschalten, welche die parallelen Vorgänge veranschaulichen soll.

Anomalien des Wärme-centrums.	Sensibilität.	Motilität.
Continuirliches hysterisches Fieber a) schwaches ($-38,5^{\circ}$) b) hohes ($38,5^{\circ} >$)	Langandauernde Anaesthesie a) superficielle b) tiefe	<i>État de mal</i> a) schwach. b) stark.
Fieberparoxysmen a) schwache ($-38,5^{\circ}$) b) starke ($38,5^{\circ} >$)	Ephemere Anästhesie a) superficielle b) tiefe	Krampfanfälle a) abortive. b) gresse.

Es liegt auf der Hand, dass eine scharfe Grenze zwischen beiden Hauptformen des hysterischen Fiebers nicht zu ziehen ist, wie ja auch die übrigen Symptome mit einander combinirt vorkommen können.

Ich fand mich berechtigt, diese Analogie aufzustellen durch die Beobachtungen, welche ich bei meinen Fällen zwischen den Krampfanfällen und Fieberzuständen machte; ferner fühlte ich mich berechtigt, dies zu thun in Folge der Uebereinstimmung der Wechselhaftigkeit dieses Fiebers und der übrigen hysterischen Symptome.

Ich muss noch einige Worte über den Umstand hinzufügen, dass ich im Folgenden Fälle mit nur 38° C. (in der Achselhöhle gemessen)

als Beispiele für hysterisches Fieber anführe. Ich theile nicht die Ansicht Pinard's, der eine so kleine Temperatursteigerung noch als physiologisch bezeichnet. Ich nahm in meinen Beobachtungen 7 bis $7\frac{1}{2}$ Monate lang täglich 6mal Messungen vor und kann mit aller Bestimmtheit behaupten, dass für diese meine Fälle 38° C. nicht mehr als normal gelten können, da ich diesen Wärmegrad nur ausnahmsweise und dann auch nur in Gefolge anderweitiger fieberhafter Symptome fand, während die Temperatur gewöhnlich nicht $37,1^{\circ}$ C. überstieg. Wir müssen annehmen, dass im Wärmecentrum bei 38° C. dieselbe Veränderung besteht, wie bei 40° — wenn auch die Intensität bei letzteren eine unvergleichlich grössere ist. Uebrigens wissen wir doch, dass bei der Tuberculose gewöhnlich keine höheren Temperaturwerthe gefunden werden als 38 — $38,5^{\circ}$, und doch sprechen wir von einem febrilen Zustande. Wenn auch letztere Benennung für unsere Fälle kleiner Temperatur passender wäre, wollen wir sie doch nicht acceptiren, da wir hierdurch im Ueberblick mehr verlieren würden, als nöthig. Wozu neue Benennungen geben, wenn wir die alten nur zu verstehen brauchen, damit sie dann dieselben Dienste leisten!

Wir wollen uns nun hier mit Pinard's Anschauungen näher beschäftigen. Wir stimmen mit ihm völlig überein, wenn er die Fälle von Briquet und anderen Autoren, welche keine Temperaturmessungen vorgenommen haben, als Fälle ohne Beweiskraft betrachtet.

Die Fälle aber, in welchen Temperaturerhöhungen, wenn auch noch so geringe vorhanden sind, halte ich für solche, welche beweisen, dass Fieber, rein hysterisches Symptom ohne Organerkrankung vorhanden sein kann. Er behauptet ferner, dass beim wirklichen Fieber die Menge des Ureum zunimmt und das Körpergewicht abnimmt; diese Bedingungen seien beim „sogenannten hysterischen Fieber“ nicht vorhanden; er empfiehlt zugleich diesen Punkt der Aufmerksamkeit Derjenigen, die je über dasselbe Thema arbeiten möchten. Ich habe nur in einem Falle eine Zunahme der Ureummenge und in jedem anderen Falle aber eine Abnahme des Körpergewichtes bestimmen können. Im Uebrigen habe ich folgende Bemerkungen auf diese seine Ansicht zu machen. Erstens ist es wohl nicht immer möglich, die Menge des Ureums zu bestimmen, da hierzu Apparate erforderlich sind, welche nicht jeder private Arzt haben kann; zweitens werden wir doch nicht in jedem anderen Falle von Fieber die Ureummenge zu bestimmen suchen; wir werden uns damit begnügen, dass das Thermometer eine febrile Temperatur zeigt. Was die zweite Ansicht anbelangt, dass wenn es sich um Fieber handelt, eine Gewichtsabnahme

zu constatiren sei, so ist dies wohl für die Mehrzahl der Fälle wahr, allein es gilt nicht für solche, wo ein passageres Fieber vorhanden ist.

Daher halten wir dafür, dass wir im Hinblick darauf, dass das pathognomonische Merkmal des Fiebers die Temperatursteigerung ist, gestrost vom Fieber sprechen können, wenn diese vorhanden und nicht künstlich erzeugt ist. Inwiefern ausser dieser Temperatursteigerung beim hysterischen Fieber noch andere Fiebersymptome vorzufinden sind, wollen wir bei den einzelnen Fällen näher betrachten.

a) Continuirliches hysterisches Fieber.

(I. Fälle mit kleiner Temperatursteigerung.)

Wegen Mangel an Raum vermeiden wir alle die Fälle dieser Kategorie mitzutheilen, und begnügen uns selbst bei den mitgetheilten nur auf das Allernothwendigste.

Hierher gehören einige Beobachtungen von Vérette, der das Auftreten des hysterischen Fiebers nach dem plötzlichen Abbruch der Menstruation beobachtete. Die mitgetheilten Fälle sind zwar nicht ausführlich geschildert, jedoch bezeugen sie, dass die Hysterie und als deren Symptom Fieber durch das plötzliche Aufhören der Menstruation auftreten kann; übrigens erwähnt schon Wunderlich, dass das Ausbleiben der Periode mit Temperatursteigerungen verbunden sei, dass dieselbe als durch das Nervensystem entstanden betrachtet werden muss, indem jedes fiebererregende Agens ausgeschlossen ist. Die Fälle Vérette's halten wir für Beispiele des continuirlichen hysterischen Fiebers minderen Grades. Ich erwähnte schon bei der Besprechung meiner Eintheilung, dass es nicht möglich ist, eine scharfe Grenze zwischen den Erscheinungen des hysterischen Fiebers zu ziehen, nun wollen wir Fälle besprechen, wo ein continuirlich hohes Fieber mit schwächerem Fieber verbunden vorkommt. Einen solchen Fall hat Moravcsik veröffentlicht, er gebraucht zwar die Bezeichnung „hysterisches Fieber“ nicht, aber er beleuchtet präcise die Abnormitäten der Temperatur bei Hysterischen. Der Fall, auf welchen ich mich berufe, lautet in Kürze folgendermassen:

(Moravcsik's Beobachtung.) R. L., 21jährige Magd. — Weist ausgesprochene hysteroepileptische Krämpfe auf. Totale linksseitige Anästhesie.

Aus der Krankheitsgeschichte entnehmen wir Folgendes:

1885. XII. 31. Urindrang. Temperatur: Früh 37,4°, Nachm. 37,7. Puls 78—104'. Respiration 35—42.

1886. I. 1. Ovarie. T. 37,6—37,8°, P. 100. R. 32—29.

2. Meteorismus, welcher auf Faradisiren nachlässt. Eingeweide auf Druck nicht schmerzhaft. T. 37,4—38,3°, P. 76—140; P. 36—25.

3. T. 39,2—39,5°; P. 140—114. R. 32—30. Missmuthig. Physikalische Untersuchung fällt negativ aus.

4. T. 39,2—39,8°; P. 108. R. 32. Ovarie.

5. T. 38,3—38,9°; P. 92—80. R. 31—36. Befindet sich sehr gut; keine Schmerzen.

6. T. 38,4—38,7; P. 72—94. R. 32—40. Appetit vermindert. Stuhl normal.

7. T. 37,8—38,3°; P. 92—88. R. 40—36'.

8. T. 37,4—37,9°.

9. T. 37,5—36,9°.

Es stellte sich nun ein zweitägiges fieberfreies Stadium ein, bald wird sie von Neuem fieberisch, von Zeit zu Zeit zeigte sie sehr hohes Fieber. Dieser Zustand hält 3 Monate an. — Bei der Kranken sind zu Zeiten Meteorismus, Ovarie, Clavus, Niedergeschlagenheit zu bemerken, welche aber mit dem Fieber keinen Zusammenhang zeigen.

Oft konnte beobachtet werden, dass die Pulszahl bei sehr hoher Temperatur geringer war, als bei mässig hoher. Während der Zeit der Beobachtung wurden zwei Anfälle wahrgenommen, welche keinen Einfluss auf die Temperatur ausübten.

Dieselbe Kranke zeigte ein anderes Mal ein zwei Tage währendes Fieber (39°), ohne dass man eine organische Erkrankung als Ursache ermitteln konnte.

Den nun mitzutheilenden Fall berichtet uns Chauveau, der ihn als zur „Forme lente“ gehörig, betrachtet. Es ist eine Beobachtung Bariè's.

(Obs. de Bariè.) Es handelt sich um eine junge Frau, bei welcher schon seit Langem die Zeichen der grossen Hysterie zu Tage treten. Sie leidet an häufigen Krampfanfällen; vorübergehenden Lähmungen, Sensibilitätsstörungen etc.

Eines Morgens nach einem heftigen Anfall entstand mit Ausnahme des Gesichtes vollständige linksseitige Hemiplegie. Die Frau wurde in's Spital transportirt, wo sie binnen zwölf Tagen 30 Anfälle gehabt hat. Dieser Zustand hielt mehrere Wochen an; manchmal ass sie zwei bis drei Tage nichts; urinirte nicht; war wortlos. Dann schien es wieder, als erwachte sie aus einem Traum, sie verrichtete alle Functionen in Ordnung, ass, urinirte, sprach etc. Die verschiedensten Heilmethoden — wie nasse Leintücher, Antispasmodien, Roborantia etc. — wurden erfolglos angewendet. Bald wieder wurde expectativ vorgegangen; bis ich eines Tages die Haut trocken, heiss, den Puls beschleunigt fand. Temp. Abends 39° C., Puls 98'. Die minutöseste Untersuchung wurde vorgenommen, doch konnte ich keinen pathologischen Vorgang für das Fieber finden, so dass ich die Aufstellung einer Diagnose auf den nächsten Tag schob. Am folgenden Tage fiel die Untersuchung wieder negativ aus. Das Fieber war vorhanden. Temp. Abends 38,6° C. An den folgenden 2 Tagen konnte man die Kranke theils wegen der Krämpfe,

anderseits aber des Singultus wegen nicht messen. Am 23. Juni war die Frau ruhiger. Die Haut trocken, heiss. Temp. Abends 38,7, von dieser Zeit an hielt das Fieber bis zum 11. August, d. h. zwanzig Tage hindurch an. Trotzdem die Kranke von Wärterinnen umgeben und die Temperatur in der Achselhöhle und im Rectum gemessen wurde, überzeugte ich mich selbst auch sehr oft von der Richtigkeit der Messungen, damit ich ja nicht betrogen werde.

Trotz des dreiwöchentlichen Bestandes des Fiebers konnte keine organische Erkrankung gefunden werden. Das Athmen war, einige Male ausgenommen, wo die starken Nervenankfälle ein oberflächliches Athmen bewirkten, normal. Der Verdauungstract blieb normal. Die Zunge war immer feucht, und wenn die Kranke manchmal Tage lang nichts zu sich nahm, so ist das nicht einer Darm- und Magenaffection, sondern den durch die häufigen Anfälle bedingten Störungen zuzuschreiben. Dass die letzteren nicht allein den Grund der Temperatursteigerung bildeten, beweist der Umstand, dass Temperaturen von 40° in der anfallsfreien Zeit auch beobachtet worden sind; — trotzdem schien es mir, als hätten sich die wahrhaft hyperpyretischen Temperaturen nach den Krampfanfällen eingestellt. Am 20. Tage stellte sich plötzlich eine Defervescenz ein, ähnlich der bei der Pneumonie und Erysipel zur Beobachtung kommenden gleichen Erscheinung, aber mit dem Unterschiede, dass der Gesundheitszustand keine Veränderung aufwies, d. h. so blieb, wie während des Fiebers.

Wenn wir die Fiebertabelle betrachten, fällt es auf, dass die Temperatur an einigen Tagen nicht markirt ist, dies entspricht jenen Zeiten, da die Temperatur der Anfälle wegen nicht gemessen werden konnte. Es ist bemerkenswerth, dass sich im Gegensatz zu Debove's Fall (siehe unten) zwischen der Morgen- und Abendtemperatur erhebliche Differenzen zeigten; letztere ist gewöhnlich um mehrere Zehntel höher; in fünf Fällen war die Morgentemperatur eine höhere im Rectum, während die Axillartemperatur mit Ausnahme eines Tages (7. August) ein normales Verhalten zeigt — eine Incongruenz, die schwer zu deuten ist.

Mehrmals wurde ein Zustand beobachtet, in welchem sich die Anfälle häuften — *état de mal* — so dass man sich fragt, ob die Kranke nicht an Epilepsie leide, und ob die Temperatursteigerung nicht etwa daher komme? Allein die Anfälle hatten ein so typisch hysterisches Gepräge — es gab zu Beginn kein Aufschreien, es war keine totale Bewusstlosigkeit vorhanden; die Kranke biss sich nie in die Zunge, anderseits folgte nach den Anfällen ein endloser Singultus oder Schluchzen, und schliesslich wissen wir doch, dass epileptische Anfälle mit solchen hyperpyretischen Werthen gewöhnlich ungünstig enden — dass wir den Fall für rein hysterisch halten. Was das Charakteristische und den Gang der Anfälle betrifft, so halten wir

jenen Uebergangszustand (*état hybride*), welchen man *Hysteroepilepsie* nennt, für ausgeschlossen; übrigens bleibt die Temperatur bei letzterem, wenn die Anfälle auch noch so lang währen, normal oder steigt nur um einige Zehntel. Unsere Kranke zeigt das reine Bild der Hysterie, weshalb ich auch den Fall mittheile, obgleich die Erklärung desselben auf grosse Schwierigkeiten stösst“.

Wir wollen nun Einiges über den Zusammenhang zwischen den Krämpfen und der Temperatur sagen. Es ist richtig, dass die hysterischen Krampfanfälle als solche die Temperatur gar nicht, oder höchstens nur um 1—2 Zehntel erhöhen; wir müssen daher die beobachteten Temperatursteigerungen anders deuten. Charcot behauptet, dass jener Umstand, wonach die Temperatur nach hysterischen Anfallserien unverändert bleibt, während bei der Epilepsie Temperatursteigerungen am Schluss der Krampfanfälle vorkommen können, uns in die Lage versetzt, wenn Temperatursteigerungen, vorhanden sind, dieselben zu Gunsten der Diagnose für Epilepsie auszulegen. Ich will nicht näher auf die Frage eingehen, ob die Temperatursteigerung nach epileptischen Anfällen von der Muskelarbeit abhängig ist (Bourneville u. A.), oder ob sie als selbstständiges Fieber (epileptisches Fieber von Witkowski) zu betrachten ist; ich will nur untersuchen, ob das vorhandene Fieber im Sinne Charcot's diagnostisch verwertbar ist oder nicht? Wir können uns schon a priori vorstellen, dass das hysterische Fieber in Verbindung mit einer Anfallserie auftreten kann, und dann hat natürlich das hierauf begründete differential-diagnostische Merkmal zwischen *Hystero-Epilepsie* und *Epilepsie* seinen Werth eingebüsst. Und thatsächlich kann man Fälle beobachten, in welchen nach einem *hystero-epileptischen État de mal* ein hysterisches Fieber auftritt, wie dies in der eben besprochenen Beobachtung der Fall war. Mir selbst gelang es, eine solche Reihenfolge der Zustände zu beobachten, wo bei einer ausgesprochenen *Hystero-Epileptica* nach einem starken Krampfanfall ein Fieberparoxysmus auftrat, welcher Nichts mit dem Krampfanfall als solchen gemein hatte, da er später sich ohne Krampfanfall auch einstellte.

Unseres Erachtens kann daher das differential-diagnostische Zeichen, d. h. der Umstand, als spräche das Auftreten von Temperatursteigerung nach einer Krampfanfallserie für Epilepsie, nicht verwerthet werden, da doch Fälle vorkommen können und thatsächlich auch vorkommen, wo bei einer *Hystero-Epileptica État de mal* und hysterisches Fieber sich combiniren. Ich erblicke in dem letzterwähnten Umstand ein Analogon zu den übrigen Erscheinungen der Hysterie; gleichwie es sich ereignen kann, dass Symptome der motorischen

Sphäre mit denen der sensiblen zusammentreffen, so kann auch das hysterische Fieber mit diesen beiden sich combiniren. In welchem organischen Zusammenhang die Symptome der verschiedensten Sphären stehen, lässt sich natürlich heute noch nicht erklären, dass aber derselbe Reiz sich von der motorischen Region auf die Wärmecentren oder sensible Bahnen fortpflanzen könne, oder umgekehrt von welchem Centrum immer ausgehend, scheint mit Rücksicht auf das Aufeinanderfolgen der einzelnen Symptome als etwas Wahrscheinliches aufgestellt werden zu können.

Zu dieser Gruppe gehören noch Fälle, welche unter dem Namen des „fièvre pseudoméningitique“ beschrieben wurden.

Diesbezügliche Fälle theilen uns Macé, Dalché mit; in denselben zeigten die Kranken der Meningitis äusserst ähnliche Symptome in Begleitung von continuirlichem Fieber.

Es kann auch vorkommen, dass die auf hysterischer Basis beruhenden meningitischen Symptome ohne Fieber zu Tage treten — wie es Barié gelang, solche Fälle zu beobachten. — Aehnliche Fälle finden wir in Chantemesse's „Etude sur la Méningite tuberculeuse de l'adulte“ betiteltem Buche erwähnt. Wir verzichten jedoch darauf, dieselben mitzutheilen, theils weil dies nur Fälle meningitischer Symptomencomplexe ohne Fieber sind, theils weil der unter diesem Namen angeführte LI. Fall nicht ganz tadellos ist, indem der Kranke, von welchem die Rede ist, entschiedene Merkmale einer Tuberculose zeigt, und seine Eltern auch tuberculös waren.

Was nun die differential-diagnostischen Merkmale zwischen der wahren Meningitis und dieser „Pseudomeningitis“ betrifft, so wollen wir Macé's Ansichten, der sich mit diesem Gegenstand eingehender befasste, in Folgendem wiedergeben: Bei der Pseudomeningitis weist die ophthalmoskopische Untersuchung nie choroidale Tuberkel auf, wie bei wahrer Meningitis tuberculosa; natürlich hat dieses Merkmal keine ausschlaggebende Bedeutung, da doch nicht alle Fälle wahrer Meningitis solche Tuberkel zeigen. Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass bei hysterischer Meningitis eine Augenmuskellähmung fast nie vorkommt; endlich ist die Anamnese oder die nachweisbare Erblichkeit entscheidend. Das Fieber selbst bietet gar keine Anhaltspunkte, um die beiden Formen von einander zu unterscheiden.

Nun folgt Chauveau's Beobachtung.

(Obs. V. de Chauveau.) Carl Canet, 24-jähriger Journalist. Wurde am 10. December in's Hôtel Dieu gebracht.

Status praesens. Temperatur 39,6°, Haut trocken, heiss; Puls sehr beschleunigt. Liegt ausgestreckt auf dem Rücken, kleiner Opisthotonus.

Nackenstarre. Die rechte Hand macht Bewegungen beim Halse, als wollte der Kranke von dort etwas wegschieben. Die Glieder sind starr, es ist aber kein Krampf vorhanden. Auf Geheiss macht er Anstrengungen, um die Lider zu öffnen, vermag dies aber nicht. Zunge feucht, Rachen rein. — Obstipation. Alle Organe normal.

11. December. Der Zustand persistirt. Temp. $38,5^{\circ}$, Abends $40,4^{\circ}$. Vom 12. an, an welchem Tage die Temperatur 38° zeigt, nimmt das Fieber successive ab, bis es am 15. ganz aufhört. Die Defervescenz erfolgt ohne Remission, d. i. es kommen keine Abendexacerbationen vor. So ist die Temperatur am 12. früh $37,8^{\circ}$, abends 37° . — Nun erst konnten wir Aufklärungen vom Kranken erhalten.

Der Vater ist an Phthise gestorben. Die Verwandten mütterlicherseits sind nervös. In der Jugend war er gesund. Er arbeitet seit seinem 15. Lebensjahr. Er war Stallknecht, Maurer, Zuckerbäcker etc., er hatte mit einem Worte schon alle Handwerke versucht. Im Jahre 1885 zeigte sich zum ersten Mal ein dem jetzigen ähnlicher Zustand, doch wurde derselbe behoben; bald traten epigastrische Schmerzen auf, hierauf stellten sich heftige Kopfschmerzen, hohes Fieber, 3—5 stündige Bewusstlosigkeit ein, worauf Krämpfe folgten. Als er diesen Zustand zum zweiten Male bekam, trat statt der Krämpfe sensitiv-sensorielle Hemianästhesie auf. Diesmal ist er zum dritten Mal in diesen Zustand verfallen. Bevor er in's Spital transportirt wurde, hatte er eine Serie von Krämpfen durchgemacht. Hysterische Stigmata sind bei ihm vorzufinden, sowie Gesichtsfeldeinschränkung; Pharynxkrampf; Fehlen des Epiglottisreflexes; totale Anästhesie mit Ausnahme einzelner Stellen; schmerzhaft Punkte; Weinen und Lachen ohne Grund.

Das Fieber dauerte 4 Tage an; nach deren Verlauf die Temperatur normal blieb und auch die übrigen Symptome verschwanden.

Chauveau stellt auf Grund dieser seiner Beobachtung eine neue Form des hysterischen Fiebers auf: das „Type franc“; er sagt über dieselbe Folgendes: „Diese Form hat viele Aehnlichkeit mit der pseudomeningitischen, jedoch sind so auffallende Unterschiede vorhanden, dass es schwer wäre, diese beiden Formen zu verwechseln. Für diese Form wäre es schwer, einen den Symptomen entsprechenden Namen zu finden; das Fieber ist von Symptomen begleitet, welche demselben eine eigene Färbung geben. Die Temperatursteigerungen können wir nicht als Folgen der Krämpfe ansehen; es ist kein „état de mal hystérique“ vorhanden, welcher der Anfallserie der Epilepsie entspricht, welche letztere, wie wir wissen, mit ansehnlichen Temperatursteigerungen verbunden ist. Wir wissen, dass nur die tonischen Krämpfe Einfluss auf die Temperatur üben, die clonischen hingegen nicht; aber sonst ist es doch eine sehr oft zu beobachtende Thatsache, dass die hysterische Anfallserie absolut keine Temperaturerhöhung zeigt.“

Unserer Meinung nach zeigt dieser Fall das bemerkenswerthe Verhalten, dass die hysterischen Symptome plötzlich entstanden sind, und dass nach der Anfallserie ein 4tägiges hohes Fieber zu beobachten war. Wir fanden aber diese Erscheinungen schon bei anderen Beobachtungen vor; so das plötzliche Auftreten der Symptome in den Fällen von Vérette; ferner die Anfallserien in dem Fall von Barié. Ich stimme mit Chauveau in dem Punkte überein, dass die Temperatursteigerungen nicht als durch Muskelarbeit hervorgerufene zu betrachten seien, sondern als selbstständiges hysterisches Fieber; ich lege Gewicht auf den Umstand, dass hier das Fieber auch nach einer Anfallserie beobachtet wurde; dies spricht für die Richtigkeit meiner Anschauung, welche ich auf Seite 509 auseinandersetzte. Dieser Fall ist äusserst belehrend, denn er zeigt, wie das Fieber doch auch als hysterische Erscheinung zu betrachten sei, indem es sich schon dreimal bei demselben Individuum zeigte; ferner ist auch die Reihenfolge der Erscheinungen äusserst interessant. Beim ersten Anfall folgten die Krämpfe dem Fieber, beim zweiten kam statt der Krämpfe Anästhesie, dem dritten Erscheinen der Symptome geht erst eine Krampfsérie voran, dann kommt das Fieber, endlich die Anästhesie. Ich glaube aus diesen Momenten doch mit Recht auf die Aequivalenz der Ursachen schliessen zu können, welche einmal Krämpfe, ein anderes Mal Anästhesie, ein drittes Mal Fieber, bald wieder Combinationen derselben hervorrufen. Worin diese Ursache besteht, wissen wir nicht, bedingt ist sie aber jedenfalls durch die Hysterie.

Wir halten, wie schon erwähnt, die Aufstellung einer neuen Form, wie dies Chauveau für diesen Fall that, nicht für unbedingt nothwendig. Eines muss ich dennoch bemerken, und dies ist, dass es wünschenswerth gewesen wäre, den Fall ein wenig ausführlicher mitzutheilen, denn es ist bei noch unklaren Fragen am nothwendigsten, je mehr Objectives über dieselben zu bieten.

Es wären noch einige Beispiele aus der Literatur mitzutheilen, welche theils mit dem Fall von Chauveau, theils miteinander in mehreren Punkten Aehnlichkeit besitzen, welche ich jedoch aus Raum-mangel weglasse. (Ich zähle hierher die Fälle von Lorentzen, White, Clemow, Laurent, Faure).

Aus allen in dieser Gruppe aufgezählten Fällen scheinen mir die folgenden Punkte als erwiesen:

1. Im Verlaufe der Hysterie kann sich ein continuir-

liches Fieber einstellen, welchem keine organische Erkrankung zu Grunde liegt, und welches auch nicht als durch Muskelarbeit (Krämpfe) hervorgebrachte Temperatursteigerung betrachtet werden kann, weshalb wir dieses einzig und allein von der Hysterie abhängende Fieber mit dem Namen hysterisches continuirliches Fieber bezeichnen wollen.

2. Das hysterische continuirliche Fieber kann je nach der Intensität niedrigere oder höhere Grade aufweisen. Aus schematischen Rücksichten kann man also das hysterische continuirliche Fieber in zwei Formen unterscheiden; nämlich geringes Fieber bis $38,5^{\circ}$, und hohes von $38,5^{\circ}$ aufwärts. Die Dauer dieses Fiebers schwankt zwischen Tagen und Monaten.

3. Das Fieber weist keinen Typus auf. Oft tritt es plötzlich auf — und kann eben so plötzlich aufhören.

4. Anomalien, wie Temperaturdifferenz der Körperhälften, hohe Morgentemperatur gegenüber einer niedrigen Abendtemperatur etc. kommen vor.

5. Oft stehen die schweren Symptome in keinem Verhältnisse zu den leichten Graden der Temperaturerhöhung.

6. Dieses Fieber kann sich mit solchen Symptomencomplexen combiniren, dass dieselben das Bild einer bekannten Krankheit (Typhus, Meningitis tuberculosa, Phthise, Peritonitis) vorspiegeln. Da diese Symptomencomplexe nur accidentell sind, acceptiren wir die Aufstellung von Unterarten nach diesen Symptomen, wie es die französischen Autoren gethan, nicht.

7. Als Ursachen des Fiebers werden in einigen Fällen das plötzliche Aufhören der Menstruation, psychischer Shok, Trauma etc. angeführt; in den meisten Fällen ist keine Ursache nachweisbar.

8. In einigen Fällen trat nach einer Anfallsserie (Etat de mal hystérique), unabhängig von derselben, dieses hysterische Fieber auf; dem zu Folge kann das Auftreten hohen Fiebers nicht als differential-diagnostisches Merkmal, zwischen epileptischen und hysterischen Anfallsseerien gelten.

9. Diese Form des hysterischen Fiebers ist bis jetzt in der Mehrzahl der Fälle an Hystero-Epileptischen beobachtet worden.

b) Hysterische Fieberparoxysmen.

(I. Fieberparoxysmen minderen Grades.)

Die Fälle von Strack, Mercado, Sagar, Puccinotti gehören hierher, da dieselben mir aber zum grössten Theile nicht genauer bekannt sind, und in den mir bekannten Fällen keine Temperaturmessungen vorgenommen wurden, theile ich sie nicht mit. Hierher gehören die Fälle Gagey's, welche er als *fièvre intermittente* beschrieb.

In den mitgetheilten Fällen stieg die Temperatur nie über 38,5°. Den 4. Fall von Gagey, den derselbe als Beispiel eines continuirlichen Fiebers anführt, halten wir für Fieberparoxysmus, da bei demselben doch nicht einmal eine 24stündige Temperatursteigerung beobachtet wurde. Die Ansicht Pinard's, dass die Temperatursteigerung einerseits durch die Anfälle, andererseits durch die vorhanden gewesenen Gelenkschmerzen bedingt sei, können wir nicht acceptiren, da mehrere Tage hindurch, an welchen kein Anfall und keine Gelenkschmerzen vorhanden waren, doch 38° beobachtet wurden.

Diese Fälle Gagey's und Charcot's Fall beschreibt Pinard als „*pseudofièvre hystérique*“, weshalb wir dieselben als Fälle hysterischen Fiebers betrachten, erörterten wir schon Seite 505. Wir haben uns noch mit einer Ansicht Gagey's zu beschäftigen; derselbe meint nämlich, aus dem Umstande, dass trotz der schweren Symptome die Temperatur nie über 38° stieg, den Schluss ziehen zu dürfen, dass die Hysterie gegen andere Krankheiten sich so verhalte, dass sie die Symptome der letzteren abschwächt, während ihre eigenen prädominiren. Verfällt z. B. eine Hysterische in eine fieberhafte Krankheit, so nimmt Gagey an, dass das Fieber minderen Grades sein wird, und die hysterischen, d. h. nervösen Symptome vorherrschen. Diese seine Anschauung wurde schon von Pinard bestritten; wir selbst beobachteten auch Fälle von Hysterie, von anderen fieberhaften Krankheiten begleitet, wo das Fieber schlechterdings nicht beeinflusst wurde. Gagey stellt als Characteristicum des hysterischen Fiebers die geringe Temperaturerhöhung neben schweren Symptomen auf. Wir können dem nicht ganz beistimmen; wenn auch Fälle in obigem Sinne relativ häufig vorkommen, so nehmen wir doch auch sehr hohe Temperaturen beim hysterischen Fieber wahr.

Die nun folgenden eigenen Beobachtungen bieten ein interessantes Bild; deshalb wollen wir dieselben eingehender mittheilen.

(Eigene Beobachtung.) R. Zw., 20jährige Friseurin. Aufgenommen am

18. September 1889 auf die Klinik des Prof. Laufenauer. Hystero-Epilepsie.

Die Kranke lag schon wiederholt auf dieser Abtheilung. Den früheren Krankheitsskizzen entlehnen wir das Folgende:

Die Kranke bekam ihren ersten Anfall nach einem überstandenen Typhus in ihrem 17. Lebensjahre.

Status praesens: Linksseitige Hemianästhesie. Concentrische Gesichtsfeldeinschränkung mit Inversion. Singultus. Meteorismus.

Krankheitsverlauf. Vor- und Nachmittags je ein Anfall; während desselben wurden das Gesicht und der Hals cyanotisch, es trat Bewusstlosigkeit ein und tonische und clonische Krämpfe waren vorhanden. — Appetitlosigkeit.

17. Juli. Nachm. ein halbstündiger Singultus mit Cyanose, Bewusstlosigkeit verknüpft. Diese Symptome verschwinden prompt auf eine Pravaz-Einspritzung mit Morphinum. T. 37,5, P. 70.

18. Juli. Singultus, nach welchem ein hysteroepileptischer Anfall auftrat. T. 37,7. P. 72.

19. Juli. Nachm. ein Anfall. T. 38,1. P. 72.

20. Juli. Nachm. starker Singultus. Temperaturgang (die Temperatur wurde immer in vierstündlichen Intervallen in der Achselhöhle gemessen) Früh 4 Uhr 36,9; 8 Uhr 37,8; 12 Uhr 37,8; 4 Uhr Nachm. 38,4; Abends 8 Uhr 37°.

21. Juli. Epigastrium und Hypochondrium schmerzhaft. T. Vorm. 37,7. Nachm. 38,4, in der Zwischenzeit normal.

22. Juli. Abends fühlt sich die Kranke unwohl; Gastralgie. Temperaturgang: 37, 37,6, 38,4, 38,2, 38,6, 37,2. P. 86—92. R. 20.

23. Juli. Des Nachts bekam die Kranke Erbrechenanfalle und gab ununterbrochen bis Früh grünliche Galle von sich. Aus dem Uterus entleerte sich ein Coagulum. Sie ist sehr deprimirt. Hitzegefühle sind abwechselnd mit Kältegefühlen vorhanden. Temperaturgang: 37,4; 37,3; 37,4; 37,8; 38,1; 37,5; 37,7.

24. Juli. Gestern Abend entfernte sich wieder ein Coagulum. Heute Früh um 4 Uhr hatte sie einen typisch ablaufenden Anfall. Um 8 Uhr Früh hatte sie auf das Geräusch der faradischen Maschine einen Anfall bekommen. Temperaturgang: 38; 37,4; 37,9; 37,5; 37, 36,6. P. 72.

25. Juli. Schlaflos, Schwindel. Nachm. Singultus. Nachm. 4 Uhr eine Temperatursteigerung von 37,7, sonst ist die Temperatur normal.

27. Juli. Sehr starke Bauchschmerzen. Gestern Abend viertelstündiger heftiger Anfall. Die Bauchdecke ist so hyperästhetisch, dass die Kranke auch nicht die leiseste Berührung zulässt. Temperatur vor dem Anfall 37,8, nach demselben 37,6.

28. Juli. Schlaf ruhig. Bauchschmerzen dieselben. Temperatur normal. Sie bietet das Bild einer Schwerkranken.

29. Juli. Plötzlich fühlt sie sich vollkommen wohl, sie will hinaus. — Wurde entlassen.

Die Kranke war nun drei Wochen auf dem Lande, fühlte sich sehr wohl, hatte keine Anfälle.

Seit ihrer Rückkehr nach Budapest hatte sie bis zum 30. September nur einen Anfall; von da an hatte sie jeden Tag 2—3 Anfälle. Ausser diesen Anfällen beklagt sie sich über Schmerzen in der Gegend des völlig zugeheilten Schnittes der Laparotomie. (Bei der Kranken wurden die Ovarien vor 1½ Jahren entfernt.) Zwei Tage vor ihrer Aufnahme bekam sie einen Fieberanfall.

18. September. Meteorismus. Stuhl normal. Ueber dem Bauch erhält man überall einen tympanitischen Ton. Milz von normaler Gröase. Lungen frei.

19. September. Früh hatte sie einen kurzandauernden Krampanfall. Ihre Wunde schmerzte sie, deshalb schlief sie schlecht. Temperatur nach dem Anfall 37,1. Nachm. colossal grosser Meteorismus. Nach dem Essen hatte sie wieder einen starken Anfall von Frösteln und Nachm. erschien wieder das Schauern. — Temperatur um diese Zeit zeigt 38,2 C. in der Achselhöhle. Abends 7 Uhr ein Krampfanfall mit Singultus. — Temperatur nach dem Anfall 37,2 C.

20.—28. September. Jeden Tag einen Anfall. — Temperatur überstieg 37,6 nicht.

19. September. Abends Singultus, bald sehr heftiger Anfall. Nachts Hitzegefühl. — T. 37,8.

30. September. Bauchschmerzen. Nachm. Schauern. — T. 37,6.

2. October. Kopfschmerzen. Abends Hitzegefühl. — T. 37,8.

3. October. Nachm. wieder Hitzegefühl; Gesicht lebhaft geröthet; Zähneklappern. — T. 37,6; P. 94. Haut heiss.

4. October. Meteorismus lies nach. Wieder Hitzegefühl 38°. 4 Stunden vor demselben 36,8, nach demselben 35,7.

5. October. Fühlt sich wohler. — Temperatur normal.

6. October. Abends um 6 Uhr starker Anfall. Um 4 Uhr Temperatur 37,6; zwei Stunden nach dem Anfall 37,8.

7. October. Meteorismus. Zwei Anfälle psychischen Ursprungs. Temperatur normal.

8. October. Bauchschmerzen. Nachm. 4 Uhr Hitzegefühl, Gesicht geröthet. „Die Augen brennen“. — T. 38; Abends 8 Uhr T. 37,8; von da an unter 37°.

9. October. Mittags bekam sie das Schauern. T. 38°. Nachm. Hitzegefühl. T. 37,8. Abends Hitzegefühl. T. 38,1, dann normal.

10. October. Heute Früh Hitzegefühl. T. 37,8. Hat den ganzen Tag Hitze. — Temperaturgang von 4 Uhr Früh an: 38; 37,8; 37,7; 38,1; 37,8; 36.

11. October. Hat noch immer Hitzegefühl; Gesicht geröthet; in den Augen, am Rücken Gefühl des Brennens. Kranke giebt an, dass sich während dieses Hitzegefühls rothe Flecke an verschiedenen Körperstellen zeigen. T. 36—37,7. P. 80'. R. = 40'.

12. October. Meteorismus ist noch immer vorhanden. Urinretention. T. 35,6—37,6.
13. October. Meteorismus. Temperatur normal. P. 94—100'. Resp. 44—56'.
15. October. Wieder Hitzegefühl. T. 38. — Urinretention. Nachm. $\frac{1}{2}$ 3 Uhr ein halbstündiger Fieberanfall. — T. 38,4. R. 40—60'.
17. October. Um $\frac{1}{2}$ 3 Uhr wieder ein Fieberanfall. T. 38. P. 76'. Resp. 56'.
18. October. Um 2 Uhr 38,2; sie klagt über sehr grosse Kopfschmerzen. Urinretention. Nachm. während der Visite wieder Hitze. T. 37,7; Abends 8 Uhr 38. R. 60'. Keine organische Veränderung.
19. October. Urin geht frei ab. Temperatur normal. P. 102—96'. Resp. 60'.
20. October. Urinretention. Temperatur normal.
21. October. Um 2 Uhr Nachm. Hitze. Temp. 38°. Urinirt selbst.
- 22.—25. October. Kopfschmerzen. Temperatur normal.
26. October. Kopfschmerzen haben auf das Elektrisiren nachgelassen. Abends 6 Uhr stieg ihr das Blut zu Kopf und sie fühlte Hitze im Körper. — Temp. 37,8.
27. October. Nachm. 4 Uhr T. 37,7 — ohne Hitzegefühl —. Singultus. Obstipation.
29. October. Mittags Hitzegefühl. T. 37,8. Trockener Husten; physikalische Untersuchung fällt negativ aus. P. 120—100'. R. 63'.
30. October. Häufige Hitzegefühle, aber von sehr kurzer Dauer. Urinretention. Singultus.
31. October. Wurde heute entlassen.

Dieser Fall ist in vieler Hinsicht lehrreich. Betrachten wir zuerst die Fieberanfälle. Dieselben traten immer unabhängig von den Krampfanfällen auf, die Kranke wurde plötzlich von denselben überrascht und nicht immer zur selben Zeit, obgleich dieselben eine Woche hindurch täglich fast um dieselbe Stunde auftraten. Die Kranke bot während dieser Fieberanfälle das Bild einer Schwerkranken. — Gesicht geröthet; Augen eingesunken, mit tiefen Ringen umgeben; deprimirte Stimmung, soporös, oft trat die Hypersensibilität der Bauchdecken hinzu, so dass die leiseste Berührung lebhafteste Schmerzäusserungen zur Folge hatte; man glaubt eine an Peritonitis Leidende vor sich zu haben. Bei der wiederholt minutiös vorgenommenen physikalischen Untersuchung konnte keine organische Veränderung constatirt werden. Das plötzliche Auftreten, die kurze Dauer ($\frac{1}{2}$ bis 1 Stunde), das rasche Verschwinden der oben genannten Symptome brachten mich nun auf den Gedanken, dass ich es hier mit hysterischem Fieber zu thun habe. Die bei der Kranken beobachtete Urinretention, Obstipation, der Meteorismus konnten mit den Fieberanfällen

nicht in Zusammenhang gebracht werden, da die letzteren auch ohne die ersteren oft genug aufgetreten sind. — Die Pulsschläge waren mitunter sehr beschleunigt; es zeigte sich aber übereinstimmend mit der Respiration eine Anomalie; der Puls und die Respiration, die zwei Wochen hindurch in der Früh beschleunigter waren, als am Abend — manchmal sogar um Beträchtliches.

Nun will ich von einer Hysteroepileptica sprechen, die ich 7½ Monate hindurch beobachtete, und bei welcher, wenn es sich auch nicht um hohe Temperaturen handelte, doch ein so eigenthümliches Verhalten zu sehen war. (Raummangels wegen theilte ich die Krankengeschichte nicht mit.)

Die Beobachtung ist in mancher Beziehung werthvoll. Am interessantesten ist das Verhältniss der Temperatur zu den Anfällen. Um dieses eingehender studiren zu können, habe ich eine graphische Tafel verfertigt indem ich die vierstündigen Messungen und die Anzahl und Zeit der Anfälle verzeichnete. Die Temperatursteigerungen stellen sich in den meisten Fällen mit den Krampfanfällen zu gleicher Zeit ein; wenn wir nun manche beobachtete Temperatursteigerung als Folge der durch die Anfälle bedingten Muskelarbeit (es waren sehr oft tonische Krämpfe vorhanden) ansehen, so können wir doch getrost behaupten, dass die meisten Temperatursteigerungen von den Krämpfen unabhängig waren. Dies zu sagen, berechtigt uns erstens der Umstand, dass die Temperatursteigerungen entweder vor den Anfällen, oder erst einige Stunden nach denselben aufgetreten sind, so dass der Einfluss der letzteren ausgeschlossen werden durfte. Trotzdem müssen wir einen, wenn auch nur zeitlichen, Zusammenhang zwischen Anfällen und Temperatur voraussetzen, denn an den anfallsfreien Tagen, war die Temperatur normal (36,8—37°); während an den Tagen, wo Anfälle auftraten, schon die Morgentemperatur mit 37,5—37,8° ansetzte, nach dem Anfall einige Stunden unverändert anhielt, um dann wieder um einige Zehntel zuzunehmen. Wir glauben, die Lösung dieses Verhaltens sei darin zu suchen, dass wir voraussetzen, dass derselbe Reiz, welcher von den psychomotorischen Centren aus die Krampfanfälle herbeiführt, vom Wärmecentrum aus auch die Temperatursteigerung verursacht; so ist es auch erklärlich, dass die Temperatursteigerung den Anfällen bald vorangeht, bald umgekehrt erst nach den Anfällen auftritt, je nach dem primären Sitz des bewegenden Reizes. Andererseits sehen wir, dass unter Umständen Aurasymptome vorhanden sind; die Kranke glaubt jeden Augenblick einen Anfall zu bekommen, dieser tritt aber nicht auf, doch kommt es zur Temperatursteigerung. Jene Tage hingegen, wo trotz der An-

fälle keine Temperatursteigerung, oder umgekehrt bei vorhandenen Temperatursteigerungen keine Anfälle auftraten, zeigen, dass der Zusammenhang der beiden kein so enger ist, als man vermuthen würde. Wir finden übrigens in den übrigen Symptomen ein Analogon für dieses Verhalten, so z. B. sehen wir oft nach einem heftigen Anfall Anästhesie auftreten, bald wieder geht die letztere dem Anfall voran, oder es treten alle beide von einander unabhängig auf.

Die Aurasymptome bezogen sich vornehmlich auf das Herz; es bestand ein heftiges Herzklopfen vor den Anfällen; dasselbe dauerte aber um vieles länger (Tage lang), als der Anfall, so dass es vom letzteren unabhängig als eigenes Symptom — Tachycardia hysterica — aufzufassen ist. Ein ferneres Zeichen für das Einstellen der Anfälle erblickte ich in der relativen Höhe der Morgentemperatur; während dieselbe 37° gewöhnlich nicht überschritt, war sie an Tagen, wo Anfälle eintraten, $37,5^{\circ}$ und darüber; so dass es mir sehr oft gelang, in der Frühe vorauszusagen, dass ein Anfall eintreten werde. An jenen Tagen, wo diese relativ hohe Morgentemperatur vorhanden war und sich doch keine Anfälle zeigten, stellte sich gewöhnlich ein, wenn auch geringer, Fieberparoxysmus ein, so dass ich diesen als Aequivalent der Anfälle aufzufassen geneigt wäre.

Jetzt wollen wir noch den letzten Modus des Auftretens hysterischen Fiebers näher betrachten.

II. Hysterische Fieberanfälle hohen Grades.

In diese Categorie fällt ein von mir vier Monate hindurch beobachteter Fall; derselbe lautet:

(Eigene Beobachtung.) M. J., 16. Jahre alt. Aufgenommen den 7. September 1889 auf die Klinik des Prof. Laufenaueer.

Anamnese. Vor neun Monaten erblickte die Kranke einen Todten, dessen Anblick auf sie dermassen erschütternd einwirkte, dass sie bewusstlos zusammenfiel. Während der Zeit der Bewusstlosigkeit traten Cyanose des Gesichtes und bald auch clonische Krämpfe im ganzen Körper auf, welche zehn Minuten dauerten; mit dem Aufhören derselben trat das Bewusstsein wieder ein. Seit dieser Zeit kehren diese Zustände in verschiedenen Zeiträumen wieder; manchmal nur einmal in 14 Tagen, bald wöchentlich mehrmals. — In ihrem sechsten Jahre hatte sie Masern durchgemacht. Die Periode bekam sie in ihrem 14. Lebensjahre, seit dieser Zeit tritt dieselbe, mitunter von Schmerzen begleitet, alle 8 Wochen auf und dauert 2—3 Tage. — Unmittelbar vor dem Ausbruch dieser ihrer Krankheit litt sie (ungefähr 3 Monate) an Kopfschmerzen, welche anfallsweise auftraten, oft mit Schwindel gepaart; dieselben hatten einen deprimirenden Einfluss auf ihre Gemüthsbestimmung. — Ihr Vater ist Potator, eine Cousine (väterlicherseits) ist „nervenkrank“.

Status praesens. Die blonde, mit blasser Haut versehene Kranke zeigt ein tadelloses Knochen- und Muskelsystem.

Neuropathische Augen. — Pupillen weit; die rechte etwas weiter, als die linke; beide reagiren sowohl auf Licht, als bei der Accommodation prompt. Ohrmuscheln sind angewachsen. — Mit dem rechten Auge bezeichnet sie die Finger auf eine Distanz von 6 Schritten schlecht. Farbensinn gut. Perimetrische Untersuchung wies eine concentrische Gesichtsfeldeinschränkung, namentlich rechts auf. Des rechte Ohr percipirt den Politzer'schen Hammer von 25 Ctm. nicht mehr.

Mit der rechten Nasenhälfte riecht sie nicht. — Es besteht totale Anästhesie der rechten Körperhälfte, welche sich auch auf die Schleimhäute und Cornea erstreckt. Thermanästhesie ist gleichfalls vorhanden. Stereognostische Orientirung fehlt. Bewegungen werden in den rechten Extremitäten nicht ausgeführt, passiv können dieselben frei bewegt werden. Die rechte Palma manus schwitzt sehr oft. Die Temperatur der rechten Körperhälfte ist herabgesetzt. Organe der Brust und des Bauches normal. Appetit ist gut. Stuhl vorhanden. Nachts schläft sie gut.

Die Kranke giebt an, dass sie ihren letzten Anfall vor 3 Wochen überstanden hat; den Anfällen geht ein Herzklopfen voraus. — Ausser dem rechten Hypochondrium ist keine Stelle des Körpers auf Druck schmerzhaft. Die Kranke kann nicht gehen, da sie das rechte Bein nicht heben kann.

Krankheitsverlauf.

7. September. Die Nacht verbrachte sie ruhig. Die Kranke hat keine Beschwerden. Es wurde zur Suggestion Tint. Coca verordnet. Clavus. — Temperatur normal. P. 88'. R. 16'. Die rechte Körperhälfte weist eine um 3 Zehntel niedrigere Temperatur auf, als die linke.

Die Temperatur ist nach dem Anfall 37,1 um 2 Zehntel höher, als die bisher beobachtete Morgentemperatur. P. 88'.

18. September. Abends um 8 Uhr ein 20 Minuten lang dauernder Krampfanfall, nach welchem die Temperatur 37,7 zeigte — vor demselben 36,5 — nach demselben um Mitternacht 36,8.

3. October. In der linken unteren Extremität hat sie schiessende Schmerzen. Die Aeste des Quintus auf Druck schmerzhaft. T. 36,5—37,3. P. 92 bis 72'. R. 30—24'.

4. October. Die Obstipation hat endlich nachgelassen.

5. October. Trigeminusneuralgie mit Erbrechen. Nachm. hatte sie sich über etwas geärgert, da wurde das Gesicht lebhaft geröthet. T. 37,9, eine Stunde später 37,5. Hauttemperatur rechts 36,8, links 36,6. P. 76—86'. R. 52'. Abends 9 Uhr Hitze, T. 38,4; diese Hitze hielt bis Mitternacht an; die Kranke hatte ein Gefühl, als bekäme sie einen Anfall, dies trat aber nicht ein.

8. October. Apathisch. Kopfschmerzen. Nachm. 4 Uhr Hitzegefühl. T. 37,6. P. 100'. R. 48'.

9. October. Schlecht geschlafen. Um $\frac{1}{2}$ 12 Uhr Hitzegefühl. T. 37,9. Kranke giebt an, vor vier Wochen täglich um 2 Uhr Nachm. mit Frösteln beginnende Hitzegefühle gehabt zu haben.

10. October. Um $\frac{1}{2}$ 12 wieder Hitze. T. 37,9. Thermometer war nur 5 Minuten drin, da sie einen Anfall zu bekommen fürchtete.

12. October. Heute stellte sich die Menstruation, im Gefolge grosser Schmerzen ein. Nachm. $\frac{1}{2}$ 2 Uhr wieder heftiges Hitzegefühl. T. 38,9, bald stellte sich ein 23 Minuten während, sehr heftiger hysteroepileptischer Anfall ein, während welchem die Menstruation aufhörte. Den ganzen Paroxysmus rief eine psychische Emotion hervor. Temperatur, den Fieberparoxysmus ausgenommen, normal. P. 90'.

13. October. Um dieselbe Zeit wie in den vorhergehenden Tagen ein Fieberanfall. T. 38,9. Durst gesteigert; Haut brennend, Augen eingesunken. Nachm. beim Anblick des Anfalles einer anderen Kranken regte sie sich sehr auf. T. 38,5. P. 92'. R. 76—64'. — Temperatur sonst normal.

14. October. Schläft auf Sulfonal gut. Starke linksseitige Kopfschmerzen. Während des um $\frac{1}{2}$ 2 Uhr sich wieder zeigenden Fiebers zeigt die Temperatur 39,1; zwei Stunden später 37,7. Nachm. Sigultus. Temp. 37,8; P. 100'; R. 52'.

15. October. Um $\frac{1}{2}$ 2 Gesicht geröthet; die Haut lebhaft roth, heiss, trocken. Puls beschleunigt; Respiration oberflächlich, schnell. T. 39°. P. 100. R. 52'. Nachher starker Schweissausbruch; hochgradige Apathie. Die Temperatur zeigt Nachm. 37,7, Mitternachts 36,8.

16. October. Heftige Schmerzen im rechten Hypochondrium. In der gewohnten Zeit Fieberanfall. Temp. in der linken Achselhöhle 39,6; in der rechten 38,7; P. 100'; R. 40'. Ein Gramm Chinin. Seit zwei Tagen Stuhlverstopfung.

17. October. Ohrensausen. Kopfschmerzen. In der linken Gesichtshälfte reissende Schmerzen. Milzdämpfung von normalem Umfang. Lunge, Herz frei. — In der gewohnten Zeit wieder Fieber. T. rechts 38,8; links 39,2. P. 108'; R. 36.

18. October. Endlich hatte sie eine Entleerung. Heute nahm sie $1\frac{1}{2}$ Grm. Chinin, trotzdem stellte sich der Fieberanfall um $\frac{1}{2}$ 2 Uhr ein, während desselben ist sie sehr apathisch; schwaches Delirium. Temp. (links) 39,4; (rechts) 38,4. Puls 136'.

19. October. Schläft gut. Dem gestrigen ähnlicher Fieberanfall. Temp. (links) 39,6; (rechts) 38,8. Bei der Auscultation und Percussion zeigt sich keine Veränderung, weder in den Brust-, noch in den Bauchorganen. Abends um 8 Uhr eine Temperatursteigerung von 38°.

20. October. Apathisch. Stuhl unregelmässig. In der gewohnten Zeit Fieberanfall. Temp. (links) 39,1; (rechts) 38,5; die Temperatursteigerung währte bis 8 Uhr Abends, darnach T. 37,8. P. 86'. R. 36—40.

21. October. Die Endigungen des V. auf Druck schmerzhaft. Trotz ($1\frac{1}{2}$ Grm.) Antipyrin um $\frac{1}{2}$ 1 Uhr T. (links) 39,1; (rechts) 38,6; der Fie-

beranfall währte kürzere Zeit, die Kranke wurde nachher soporös. Linkssseitiges Bruststechen. Physikalische Untersuchung fiel negativ aus. Die Kranke giebt an, seit einer Woche zu husten. Temperatur zwei Stunden vor dem Fieberanfall 37,7; Abends 8 Uhr 38,2; Mitternachts 37°. P. 80'. R. 36'.

22. October fühlt sich wohl. Heute konnte sie nur 1 Grm. Chinin einnehmen, da sich nach demselben schon Ohrensausen, Schwindel, Ueblichkeiten zeigten. Temp. um $\frac{1}{2}$ 1 Uhr: (links) 38,6; (rechts) 37,9. P. 96'. Der Fieberanfall währte wieder kürzere Zeit; nach demselben fühlte sie sich wohler. Wieder Stuhlverstopfung; Abends heftiger Anfall. T. 37,7.

23. October. Heute früh fühlt sie sich wieder unwohl; apathisch, hustet. Nachts schwitzt sie sehr oft. Hatte in ihrer Jugend angeblich „Leberthran“ genossen. — Lungen vollkommen intact. — $\frac{1}{2}$ 1 Uhr Fieberanfall, welcher länger anhielt als der gestrige. Temp. (links) 38,6; (rechts) 37,9; Puls 96'. Abends eine Stunde lang Singultus. Temperaturgang sonst normal.

24. October. Schlecht geschlafen. Heute nimmt sie kein Antipyreticum. Dr. Paul Terray, Assistent an der internen Klinik des Prof. Korányi, untersuchte heute die Kranke mit folgendem Resultat: Lungengrenzen etwas nach unten verlängert, vorne und hinten. Herzdämpfung beginnt bei der fünften Rippe, ist klein, erreicht das Sternum nicht. Lungen und Herz zeigen bei der Auscultation normales Verhalten. Milzdämpfung bei der 10. Rippe, ist nicht vergrößert. — Wieder Fieberanfall um $\frac{1}{2}$ 1 Uhr. T. 38,8; (rechts) 38,3; P. 104', dauerte nicht lange. Nachm. Temperatur normal. Abends ohne veranlassende Ursache 37,9.

25. October. Obgleich sie schlecht schlief, befindet sie sich wohl. Früh um 4 Uhr T. 37,9. Vorm. minutenlang während heftiger Krampfanfall psychischen Ursprungs, Temperatur nach demselben 38,4. Um 11 Mittags 37,6. $\frac{1}{2}$ 1 Uhr Nachm. Fieberanfall. T. (links) 38,7; (rechts) 37,9. Nachm. fühlt sie sich wohler. T. 37,7. P. 92—96'. R. 28. Nachts Temperatur normal. Obstipation. Rp. Aq. lax. Vienn.

26. October. Schlaf ausreichend. Um $\frac{3}{4}$ 9 nahm sie eine Lösung Chinin, nach welcher sie intensive Kopfschmerzen, Ohrensausen, Herzklopfen bekam. Um $\frac{1}{2}$ 1 Uhr Fieberanfall. Temp. (links) 38,4; (rechts) 38. P. 96'. Dieser Anfall unterschied sich von den übrigen darin, dass das Hitzegefühl oft mit dem Abkühlungsstadium wechselte; der Paroxysmus währte $2\frac{1}{2}$ Stunden. Temperatur vor dem Fieberanfall um 8 Uhr Früh 37,8, Mittags 37,6, nach demselben 37,4. Stuhl gehabt. P. 78—76'. R. 28—32'.

27. October. Auf 2 Grm. Sulfonal schlief sie gut. — Apathisch. — Trockener Husten, Seitenstechen. Heute nahm sie kein Antipyreticum. Temp. (links) 38,7; (rechts) 38°. Temperaturgang: Morgens 4 Uhr 37,7; von dieser Zeit an bis zum Fieberparoxysmus ist dieselbe normal; Nachm. 4 Uhr 37,8; Nachts normal. P. 80'. R. 28'.

28. October. Schlief auf 2 Grm. Sulfonal schlecht. Dr. Terray, dem ich hiermit meinen verbindlichsten Dank abstatte, untersuchte die Kranke neuerdings, konnte aber keine organische Veränderung nachweisen. Trockener

Husten. 1 Grm. Phenacetin. Fieberanfall zur gewohnten Zeit. T. (links) 38,4; (rechts) 37,9. Temperatur vor und nach dem Fieberanfall normal.

29. October. Sie nimmt von heute an 4 mal täglich 5 Tropfen Tinct. Eucalypti. Fieberanfall etwas vor $\frac{1}{2}$ 1 Uhr. T. (links) 38,5; (rechts) 37,9. Die Blutuntersuchung wurde vorgenommen, es wurden aber keine Plasmodien (Machiafava, Celli) entdeckt. Nachm. fühlt sie sich wohl. In der Motilität zeigt sich eine geringe Besserung. Urin 1150 Cubikctm. von 1016 specif. Gew. Reaction säuerlich. Kein Eiweiss. Tripelphosphate und Urate.

30. October. Fühlt sich wohl. Um $\frac{1}{2}$ 1 Uhr Fieberanfall. T. (links) 38,3; (rechts) 38⁰. — Um $\frac{3}{4}$ 2 schlief die Kranke ein; aufwachend, schwitzte sie sehr und hustete angeblich ein wenig mit Blut gefärbten schäumenden Schleim. — Temperatur vor und nach dem Fieberanfall normal. Linksseitige Intercostalneuralgie.

31. October. Wieder Hitze um dieselbe Stunde. T. (links) 38,1; (rechts) 37,7. Fieberanfall schwach und kurze Zeit während. In dem Sputum konnte Dr. Terray keine Tuberkelbacillen entdecken, er misst dem Blute dentalen Ursprung bei. Urin wie oben.

1. November. Die linksseitige Intercostalneuralgie hält Stand gegen Phenacetin und Antipyrin. In der Motilität ist stetige Besserung wahrzunehmen. Stimmung heiterer. Schwaches Hitzegefühl zur gewohnten Zeit. T. (links) 38,2. Obstipation. Tinct. Eucalypti wird ausgelassen. Temperatur Nachm. 4 Uhr 37,6. P. 84'. R. 24'.

2. November. Schlief gut. Um $\frac{1}{2}$ 1 T. (links) 37,9; (rechts) 37,4.

3. November. Fühlt sich wohl. T. (links) 37,9; (rechts) 37,5. Heute Früh zeigte das Thermometer links 37,8, rechts 37,3; ohne subjective Empfindung von Wärme.

4. November. Nachts rechtsseitiges Reissen im Gesicht. Die Temperatur zeigt fortwährend Differenzen von 3 bis 4 Zehntel, wie sie schon zu Beginn der Beobachtung vorhanden waren. Um $\frac{1}{2}$ 7 Uhr (links) 37,8; (rechts) 37,4. Abends um $\frac{1}{4}$ 8 Uhr ein dreiviertelstündiger heftiger Krampfanfall; um 8 Uhr T. 37,7; Mitternacht 37,8; 4 Uhr Morgens 38⁰; ohne subjectives Hitzegefühl.

5. November. Heute 8 Uhr Morgens T. 36,9. Heute sehr mässiges Hitzegefühl, um $\frac{1}{2}$ 1 T. (links) 37,6; (rechts) 37,4. Abends 8 Uhr T. 37,6. P. 84—94'. R. 36—40'.

6. November. Heute trat zur bestimmten Zeit kein Hitzegefühl auf. Temp. normal.

8. November. Menstruation. Abends um 8 Uhr 37,7. Heftige Schmerzen in der linken Schulter.

9. November. Menstruation hörte auf. Seit drei Tagen Stuhlverstopfung. T. normal. Trigeminuspunkte auf Druck noch immer schmerzhaft.

10. November. 4 Uhr Morgens Hitzegefühl. T. 37,8. Abends 8 Uhr Hitze. T. 38⁰. P. 88'. R. 26—28'.

11. November. Fühlt sich wohl. Nachtschweiss. Starker Krampfanfall.

T. Mittags 37,7; Nachm. 4 Uhr 37,7. — Anfall. — Abends 8 Uhr 38⁰; Mitternacht 35,6. P. 100'. R. 28.

12. November. Abends 8 Uhr Hitzegefühl. T. 38,1.

13. November. Husten. Schweiss. T. normal.

14. November. In der Motilität erhebliche Besserung. Fühlt sich wohl.

18. November. Nachm. $\frac{1}{2}$ 3 Uhr schlief sie ein; als sie aufwachte, hatte sie ein heftiges Hitzegefühl, bald darauf starken Schweissausbruch. Temp. (links) 38,3. Um 4 Uhr 37,6, von da ab normal. P. 104'. R. 40'.

21. November. Hauttemperatur: rechts (anästhetische Seite) Vorm. 32,9, links 34,4; Nachm. links 35,5, rechts 34,5. Achselhöhlentemperatur übersteigt 36,9 nicht. P. 84—90'. R. 32—28'.

22. November. Hauttemperatur zeigt dasselbe Verhalten.

23. November. Zahnschmerzen. Auffallende Temperaturdifferenzen, schon beim Berühren der Haut. T. (links) 36,4; (rechts) 36,1. Hauttemperatur Vorm. (links) 34,3; (rechts) 32,3; Nachm. (links) 34,7; (rechts) 32,3. Achselhöhlentemperatur Nachm. (links) 37,2; (rechts) 36,9.

24. November. Dasselbe Verhalten der Temperatur. Ist guter Laune. Schwitzt viel. — Nachm. 4 Uhr ohne Hitzegefühl. T. (links) 37,8; (rechts) 37,5. Hauttemperatur (links) 33,3; (rechts) 31,7.

25.—27. November. Fühlt sich sehr wohl. Temperatur übersteigt 36,6 nicht. P. 100—96'. R. 28'. Seit 3 Tagen kein Stuhl.

28. November. Um $\frac{3}{4}$ 8 Uhr Abends sehr lang während heftiger Krampfanfall. T. Nachm. 4 Uhr 37,1; P. 98', nach dem Anfall 38; Mitternacht 38; Morgens 4 Uhr 37; sonst pflegt die Kranke 36⁰ zu haben.

30. November. Das gewöhnliche Verhalten der Temperaturen. Befinden gut.

3. December. Bauchkoliken, Kreuzschmerzen. Erwartet die Periode. T. schwankt zwischen 36,2—37,3. P. 80—90'. R. 28'.

4. December. Menstruation stellte sich ein. T. 36,1—37,6. P. 80 bis 92'. R. 24'.

5. December Periode hörte auf.

6. December. In der rechten anästhetischen Seite das Gefühl des Kribbelns. Die Sensibilität kehrte auf einem 1 Ctm. breiten Streifen auf der rechten Stirnhälfte zurück.

8.—10. December. Befinden gut. T. schwankt zwischen 35,8—37,3.

11. December. Kribbeln in der linken oberen Extremität; es entwickelte sich eine Anästhesie des linken Ellbogengelenkes. T. 36—36,7.

16. December. Anästhesie der rechten Gesichtshälfte fast verschwunden. Körpergewicht vermehrte sich um $1\frac{1}{2}$ Kilo.

17. December. Gestern Nachmittag fing die Kranke an, sich unwohl zu fühlen, Abends 8 Uhr hatte sie das Gefühl, als bekäme sie einen Anfall; dieser stellte sich zwar nicht ein, aber das Gefühl des Unwohlseins währte die ganze Nacht hindurch. Des Morgens ist sie gedrückter Stimmung; Augen eingesunken. Appetitlos. Temperaturgang: Morgens 4 Uhr 37,8; 8 Uhr (links) 37,7; (rechts) 37,4; Mittags 37,5. Gestern Abend 8 Uhr 38; Mitternacht

38,6, heftiges Hitzegefühl; Mitternacht 36. P. 96—100'. R. 28—36'. — Urin von 1027 spec. Gew. Ureumgehalt erhöht.

21. December. Körpergewicht um ein halbes Kilo abgenommen. Befinden jetzt gut. Nachm. ohne Grund Temp. 37,8, Hitzegefühl. P. 80—84'. R. 38—32. Im Urin ist der Farbstoff vermehrt.

23. December. Herpes auf der Lippe. Heute wird sie wegen chorioidealer Tuberkel ophthalmoskopisch untersucht. Untersuchung fiel negativ aus.

24. —26. December. Befinden vorzüglich.

28. December. Gestern Nachm. überkam sie ein Gefühl des Unwohlseins; T. 36,7. Puls 100'. R. 28'. Mitternachts heftiges Hitzegefühl (T. 38,2). Heute Morgen 4 Uhr Temp. 38,4; 8 Uhr 37,8 (rechts 37,5). Das Gesicht „brennt“. Augen eingesunken; appetitlos; apathisch; Kopfschmerzen; Zunge belegt, feucht. P. 105'. R. 32'. Meteorismus sehr geringen Grades; Lunge, Herz frei. Milz nicht vergrössert. Haut heiss, trocken.

29. December. Tags über fühlte sie sich wohl. Etwas rascher Puls 105'. Nachts Hitzegefühl. T. 38,1.

30. December. Gestern Abend fühlte sie sich sehr schlecht. Fieber, T. 38,5. — In der letzten Woche verlor sie $1\frac{1}{2}$ Kilo.

31. December. Fühlt sich wieder wohl. Temperatur 36—36,8. Puls 100'. Resp. 28'.

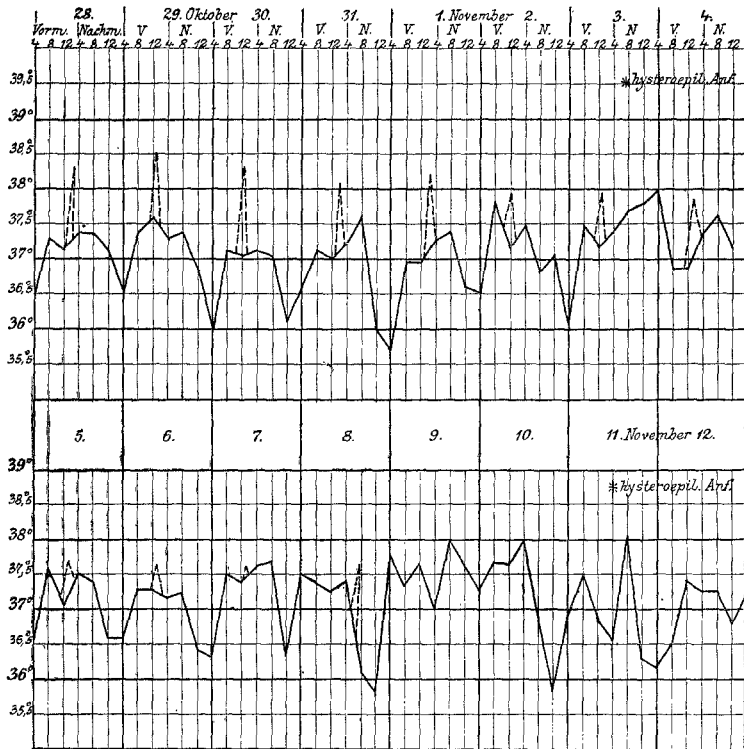
1890. Im Monate Januar trat bei der Kranken kein einziges Mal Hitzegefühl auf; Anfälle hatte sie mehrmals. Die Temperatur überstieg 37,2 in keinem Falle. Die Punkte des V. sind auf Druck noch immer schmerzhaft. — Bald hörte die Anästhesie vollständig auf; die Motilität kehrte allmählig zurück. — Gewicht des Körpers betrug nach zwei Monaten 64 Kilo — weist also eine Gewichtszunahme von 5 Kilo auf. — Die Kranke verliess die Klinik im Monat März vollständig geheilt, so dass sie im Mai sogar heirathete; sie befindet sich bis jetzt (1891 September) wohl.

In diesem Falle wurde also ein fast immer zur selben Stunde eintretender, zwei Wochen währender Fieberparoxysmus beobachtet. Ich dachte, wie es doch anzunehmen war, an Malaria und wurde die Kranke denn auch mit Chinin in der verschiedensten Weise tractirt; als sich jedoch der Einfluss dieses Mittels auf das Fieber als unzulänglich erwies, wurde zu Antipyrin, Tinct. Eucalypti etc. gegriffen, doch auch diese Mittel wurden ohne Erfolg angewendet. Die Milz wurde von den Assistenten Dr. Terray, Dr. Schaffer und von mir sehr oft percutirt, doch konnten wir niemals eine Veränderung wahrnehmen. Diese negativen Resultate, ferner der ganze Verlauf der einzelnen Paroxysmen, welcher keineswegs die drei Stadien des Intermittensanfalles, auch nicht die bei demselben gewöhnlich wahrnehmbare, sehr hohe Temperatur aufwies, aber auch die Unwirksamkeit des Chinins — all dies veranlasste mich, die Malaria als ausgeschlossen zu betrachten. Nun kam noch die Tuberculose in Betracht. Auch diese musste

ich jedoch ausschliessen, weil die physikalische Untersuchung negativ ausfiel; weil die Exacerbationen der Temperatur bei der Tuberculose gewöhnlich am Abend vorkommen, endlich weil nach 8 Monaten noch immer keine Spur einer Lungenerkrankung vorhanden war. — Ich konnte keine organische Veränderung im Körper als die Ursache des Fiebers vorfinden. Die Neuralgien zeigten einen so wechselnden Charakter, dass dieselben mit den Fieberanfällen in keinen Zusammenhang gebracht werden können. Ich bin nun auf diese Art per exclusionem auf die Diagnose des hysterischen Fiebers gekommen. — Hier halte ich es am Platze, Etwas über die Einwendungen der Autoren zu sagen, laut welchen die bei hysterischen Kranken zu beobachtende Temperatursteigerung immer durch das Manipuliren der Kranken hervorgebracht wird. In allen meinen Beobachtungen wurde die Thermometrie, wie übrigens schon erwähnt, durch verlässliche Wärterinnen versorgt. Täglich zweimal, in dem jetzt zu besprechenden Fall nahm ich sogar dreimal die Messungen selbst vor, so dass von einem „Manipuliren“ wohl nicht die Rede sein kann. In dem soeben mitgetheilten Falle war das letztere wohl auch schon durch den Umstand ausgeschlossen, dass die Kranke die Messungen als etwas Widerwärtiges, Unangenehmes betrachtete, denn die Kranke wusste wohl, dass bei einer Temperatursteigerung das ihr so widerwärtige Messen stündlich vorgenommen werde. — Dafür endlich, dass die zur Beobachtung kommenden Temperatursteigerungen wohl als Fieberzeichen anzusehen waren, sprach schon der Umstand der Vermehrung des Ureums und die Gewichtsabnahme.

Was nun den Verlauf dieser zwei Wochen hindurch beobachteten Fieberparoxysmen betrifft, so sehen wir, dass die hohen Temperaturen nach einem heftigen Krampfanfall sich einstellten; zur selben Zeit hörte die am selben Tage beginnende Menstruation auch auf. Die Fieberparoxysmen zeigten sich fast täglich zur selben Stunde (siehe Tafel No. I). Es ergriff die Kranke plötzlich ein Hitzegefühl, sie wurde sehr apathisch, somnolent; die Haut roth, beim Berühren heiss; Durst gesteigert, Puls beschleunigt, mit einem Worte, es stellten sich die gewöhnlich wahrnehmbaren Fiebersymptome ein. Dieses Stadium der Hitze gab nach kürzerem oder längerem Bestande einer profusen Schweissabsonderung Raum, von welcher die Kranke entweder noch ein bisschen betäubt, oder mit Kopfschmerzen behaftet, erwachte, oder aber in Schlaf verfiel. Diese zwei Wochen hindurch beobachteten Fieberparoxysmen liessen allmählig von ihrer Stärke nach und hörten schliesslich ganz auf. — Im Laufe der übrigen Beobachtungszeit stellten sich, wie aus der Krankheitsskizze ersichtlich, von Zeit zu

Fortsetzung der Fiebertafel.



sprechend, diesem nur eine relativ hohe, aber physiologische Temperatur vorausging.

Nun muss noch die Temperaturdifferenz der beiden Körperhälften beachtet werden. Als ständiges Symptom kann ich erwähnen, dass die rechte anästhetische Seite constant um 0,3—0,5 niedrigere Grade aufwies, als die linke Seite. Die rechte Körperhälfte war zugleich gelähmt. Die Temperaturdifferenz konnte schon beim Betasten verspürt werden. Bevor wir noch dieses Symptom zu erklären suchen, wollen wir einer ähnlichen Beobachtung Wunderlich's Erwähnung thun.

„Ich beobachtete mehrmals und namentlich andauernd bei Hysterischen oder an einer Rückenmarksaffection Leidenden Temperaturerhöhungen, welche

auf die eine Körperhälfte sich bezogen, ohne dass ein localer pathologischer Vorgang hätte gefunden werden können. So z. B.

36. (Fall von Wunderlich.) Ein 18jähriges Mädchen wird häufig von partiellen, namentlich rechtsseitigen Hyperämien, Nesselausschlägen, localen Schweissausbrüchen, und von in den inneren Organen sich abwechselnd zeigenden nervösen Symptomen befallen. Auch ausser der Zeit jener Hyperämie zeigen sich folgende Symptome: 1. auf der ganzen Körperoberfläche um $\frac{1}{5}$ bis $\frac{1}{2}$ Grad höhere Temperatur als in der Vagina; 2. in der rechten Achselhöhle (auch in der rechten Schenkelbeuge) fortwährend höhere Temperatur als auf der linken Seite, und zwar in der Weise, dass die Differenz bald nur einige Zehntel, bald 1,5 Grade beträgt; 3. von Zeit zu Zeit ohne Grund Temperatursteigerungen (von 39,5), inzwischen nähern oder entfernen sich die Temperaturen der beiden Körperhälften beträchtlich.

Dieses merkwürdige, beinahe ein Jahr lang währende Verhältniss lässt sich kaum anders erklären, als durch die Annahme einer Störung in den Vasomotoren, welche zwar auf beiden Seiten vorhanden, aber an der rechten Körperhälfte höheren Grades ist, als an der linken.“

Dieser Fall zeigt viele Aehnlichkeit mit dem meinigen; leider stehen uns nähere Daten nicht zur Verfügung. Der Unterschied besteht nur darin, dass bei meinem Fall zugleich Anästhesie auf der kälteren Seite vorhanden war.

Es scheint einen Zusammenhang zwischen Anästhesie und Hauttemperatur zu geben, da es mir auch in einem anderen Falle gelang, eine Temperaturdifferenz nachzuweisen, und zwar war in derselben Weise, wie hier, auch dort die anästhetische Hautstelle die kühlere. Dasselbe Verhalten beobachtete schon Rosenthal. Eine Erklärung für diesen Umstand konnte ich nicht finden. — Bei dem Fall von M. J. müssen wir noch die Lähmung der rechten kälteren Seite in Betracht ziehen.

Wir können diese Temperaturdifferenz durch die Annahme Schiff's erklären, laut welcher die vasomotorischen Nerven verschiedene Centren und einen verschiedenen Verlauf haben, da es so begreiflich wird, dass die zwei Gruppen der vasomotorischen Nerven beim Beginn oder beim schnellen Verschwinden der Krankheit nicht in gleicher Weise und gleicher Intensität ergriffen sind, wodurch in den Partien, wo dieselben sich verzweigen, Temperaturdifferenzen hervorgebracht werden können.

Wenn wir nun das Vorhandensein von Wärmecentren annehmen, so müssen wir eine Wirkung derselben auf die vasomotorischen Centren voraussetzen und aus dem letzten Umstande, wie oben erwähnt, die Temperaturdifferenz zu erklären suchen. Ein analoges Verhältniss

ist auch in Betreff dieses Symptomes aufzufinden, indem Fälle von hysterischen Krämpfen beobachtet werden, welche nur einseitig vorhanden sind, wie dies auch in diesem Falle zu Beginn der Krankheit constatirt wurde.

Es wäre noch der sehr instructive Fall von Debove mitzuthellen; derselbe umfasst beide Formen des hysterischen Fiebers.

Und nun wollen wir unsere Schlüsse ziehen, welche wir aus der Casuistik der hysterischen Fieberanfälle ableiten. Sie lauten:

1. Im Verlaufe der Hysterie kommt es manchmal ohne nachweisbaren Grund zu plötzlich auftretenden Fieberanfällen.

2. Diese hysterischen Fieberanfälle können je nach der Intensität hohe oder mässige Temperatursteigerungen aufweisen.

3. In vielen Fällen begleitet dieselbe ein Complex schwerer Symptome; dieselben sind nur accidentell und haben mit der Temperatursteigerung nichts gemein, daher wir die Bezeichnungen der französischen Autoren, deren Grundlage diese accidentellen Symptome bilden, nicht acceptiren.

4. Die Fieberanfälle können in Verbindung von Krampfanfällen auftreten — jedoch sind Erstere von Letzteren unabhängig.

5. Das „hysterische Scheinfieber“ sowie das continuirliche hysterische Fieber können sich mit dieser Form auch combiniren.

6. Diese Form des hysterischen Fiebers kommt sowohl bei Hysteria simplex, als auch bei der Hystero-Epilepsie vor.

Aetiologie.

Chauveau ist der erste, der sich auch mit der Aetiologie des hysterischen Fiebers befasst. Seiner Ansicht nach kann dasselbe primär — ohne nachweisbaren Grund —, oder secundär — als eine gesteigerte Reaction des Nervensystems auf eine geringfügige organische Veränderung — auftreten. Wir können im zweiten Punkte der Eintheilung nicht mit Chauveau übereinstimmen. All jene Fälle, in welchen eine noch so geringe organische Veränderung, als im Zusammenhang mit dem Fieber stehend, betrachtet werden kann,

schliessen wir von den Fällen hysterischen Fiebers aus. Wir halten dafür, dass das Characteristicum des hysterischen Fiebers gerade in dem Umstande liegt, dass kein (nach den bisherigen Erfahrungen als solches erkanntes) fiebererregendes Moment vorhanden ist, und doch Fieber vorhanden ist.

Was nun jene Fälle betrifft, in welchen als Ursachen des hysterischen Fiebers das plötzliche Aufhören der Menstruation, Trauma, psychische Einflüsse, angeführt werden, so glauben wir in denselben ein Moment zur Entwicklung der Hysterie zu sehen; das hysterische Fieber aber betrachten wir als ein Symptom dieser functionellen Neurose, zu dessen Entwicklung welches Moment immer beigetragen haben konnte. Gleichwie wir zum Zustandekommen der hysterischen Lähmungen, Anästhesien, Krämpfe erforderliche Ursachen nicht kennen, so verhält sich die Sache auch mit dem hysterischen Fieber. All jene ätiologischen Momente also, welche in der Entwicklung der Hysterie ausschlaggebend sind, können indirect auch dieses Fieber verursachen, so dass also die Ursache des hysterischen Fiebers in der Hysterie selbst zu suchen ist; dies giebt uns auch die Berechtigung, das Fieber für ein hysterisches zu erklären.

Diagnose.

Als das Wichtigste erscheint beim hysterischen Fieber jenes Postulat, dass im Organismus keine, nach unseren jetzigen Methoden nachweisbare pathologische Veränderung vorhanden sei, von welcher erfahrungsgemäss als solcher bekannt ist, dass sie mit Fieber verbunden ist.

Wenn auch in manchen Fällen die Diagnose zu stellen nicht schwer sein wird, so kommen doch gewöhnlich durch die Hysterie selbst bedingte Symptomencomplexe vor, welche die Diagnose erschweren. In der Casuistik sahen wir Fälle genug, wo Symptomencomplexe vorhanden gewesen sind, welche auf eine Organerkrankung hinzudeuten schienen, sich aber mit der Zeit als Symptome hysterischen Ursprungs entpuppten. Wenn wir nun diese Symptomencomplexe näher bezeichnen wollen, so kommen dabei die folgenden in Betracht:

Das typhöse Krankheitsbild, bedingt durch Hysterie, kann ileo-coecales Gurren, Bauchschmerzen, Roseolen, Katarrh der Bronchien, Somnolenz, aufweisen — nie wird sich aber ein Milztumor nachweisen lassen, und was die Hauptsache ist, es fehlt die den Typhus charakterisirende Fiebercurve; ferner beobachten wir keine Prodromal-

symptome, und die Gesundheit stellt sich plötzlich ein, ohne Lysis der Temperatur. Gagey's Ansicht, wonach das mit solchen typhösen Symptomen auftretende hysterische Fieber dadurch charakterisirt sein sollte, dass die Temperatursteigerung den schweren Symptomen gegenüber gering ist, ist zwar in vielen Fällen mit in Anschlag zu bringen, ist aber nicht immer am Platze.

Die meningitischen Symptome, welche die Hysterie bedingt, sind schon (auf S. 510) besprochen worden, und wir begnügen uns, auf die dort hervorgehobenen differential-diagnostischen Merkmale hinzuweisen.

Bei der Aufstellung der Diagnose ist das Ausschliessen der Tuberculose von der grössten Wichtigkeit, da bei dieser Krankheit auch unregelmässige, dem hysterischen Fieber am meisten ähnliche Fieberzustände vorhanden sind. Das Bluthusten verliert bei Hysterischen sein ausschlaggebendes Votum, da dasselbe — wie durch wiederholte Beobachtungen bestätigt wurde — rein nur auf vasomotorischen Störungen beruhend, auftreten kann. Der negative Lungenbefund, die Anamnese, namentlich aber die lange Zeit hindurch fortgesetzte Beobachtung sind es, die Einen vor diagnostischen Irrthümern schützen können.

Es ist noch das Wechselfieber als diejenige Krankheit zu bezeichnen, welcher die Hysterie einzelne Symptome — namentlich die Fieberparoxysmen — ablauschen kann. Es wird jedoch nicht schwer sein, dasselbe auszuschliessen, wenn man berücksichtigt, dass man beim hysterischen Fieberanfall die drei charakteristischen Stadien der Intermittens nicht findet, dass kein Milztumor vorhanden ist, dass die Antimalarica vergebens dargereicht werden, und endlich dass bei noch so langer Dauer solcher Fieberanfälle keine Cachexie sich entwickelt.

Jene Fälle hysterischen Fiebers, welche Krampfanfällen vorausgehen, sie begleiten oder ihnen folgen — sind am leichtesten diagnosticirbar. Eine sorgfältige Beobachtung bietet immer Gelegenheit, in diesen Fällen in der Aufeinanderfolge der Symptome den diagnostischen Schlüssel zu finden.

Dies sind im Allgemeinen die wichtigsten Merkmale, welche uns im Diagnosticiren eines hysterischen Fiebers leiten sollen; als Haupterforderniss erscheint das Ausgeschlossen sein jedweder organischer Erkrankung; dies zu constatiren, ist aber in vielen Fällen nur durch lange Zeit fortgesetztes Beobachten möglich.

Die Prognose des hysterischen Fiebers fällt selbstredend mit jener der Hysterie zusammen, weshalb die Therapie auch nicht das Fieber zu bekämpfen, sondern die Hysterie zu heilen suchen wird.

Wir gelangen nach alledem zu den folgenden Schlüssen:

1. Es giebt ein hysterisches Fieber und kann in zwei Formen auftreten: als continuirliches Fieber und als Fieberanfall.

2. Das hysterische Fieber betrachten wir als functionelles Fieber, d. h. wir fassen dasselbe als eine den übrigen hysterischen Symptomen analoge Erscheinung auf.

3. Dasselbe kommt sowohl bei der Hysteria simplex, wie auch bei der Hystero-Epilepsie vor.

Zum Schluss erfülle ich eine angenehme Pflicht, indem ich meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. Dr. Karl Laufenaue, für sein gütiges Wohlwollen, dem Herrn Privatdocenten Dr. E. Emil Moravcsik, sowie dem Herrn Assistenten Dr. Karl Schaffer für die mir gegenüber bewiesene Zuvorkommenheit hiermit meinen besten Dank ausspreche.

Literatur.

1. Ch. Briquet, *Traité de l'hysterie*. 1859.
2. Chantemesse, *Etude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte*. Paris 1884.
3. Dalché, *Accidents hystériques à forme pseudoméningitiques*. *Gazette médicale* 1885. Janvier.
4. Macé, *Des accidents pseudoméningitiques chez les hystériques*. Thèse de Paris 1888.
5. Gagey, *Des accidents fébriles, qu'on remarque chez les hystériques*. Thèse de Paris 1869.
6. Vérette, *De l'hystérie aigue, par l'arrêt subit de la menstruation*. Thèse de Paris 1875.
7. Briand, *De la fièvre hystérique*. Thèse de Paris 1883. — *Gazette hebdomadaire* 1883. No. 40.
8. Fabre, *L'hystérie viscérale*. Paris 1883. *Pseudophthise bei Hysterie*. Ref. in der *Allg. med. Cztg.* 1883. 76.
9. Laurent, *L'hystérie pulmonaire chez l'homme*. *L'Encéphale* 1889.
10. Pinard, *De la pseudofièvre hystérique*. Thèse de Paris 1883.
11. Chauveau, *Forme clinique et pathogénie de la fièvre hystérique*. Thèse de Paris 1888.

12. Ricoux, Fièvre larvée à forme hystérique. Gazette hebdomadaire 1876. No. 22.
13. Debove, De la fièvre hystérique. Gazette hebdomadaire 1886. No. 19.
14. Wunderlich, Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten. 1870.
15. Rosenthal, Ueber vasomotorische Innervationsstörung bei Hysterie. Allg. Wiener med. Ztg. 1871. No. 23, 24.
16. Hale White, The Lancet 1886. February 20. — Clinical Society of London.
17. Clemow, Case of hysterical hyperpyrexia. The British Med. Journal. 1887. Dec. 3.
18. Lorentzen, Ref. im Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. 1889. No. 16.
19. Moravcsik, Adatok a hystériások höm. érv. és légz. viszonyaihoz. Orvosi Hetilap. (Beiträge zur Temperatur, Puls und Respirationsverhältnisse der Hysterischen. Budapest 1886.)
20. Eichhorst, Handb. der spec. Pathologie und Therapie. Wien 1887.
21. Strümpell, Handb. der spec. Pathologie und Therapie. Leipzig 1889.
22. Wachsmuth, Zur Lehre vom Fieber. Archiv der Heilkunde 1865.
23. Fischer, Ueber den Einfluss der Rückenmarksverletzungen auf die Körperwärme. Centralbl. f. med. Wiss. 1869. 17.
24. Tscheschichin, Zur Lehre von der thierischen Wärme. Archiv für Anat. und Phys. 1866.
25. Naunyn und Quincke, Ueber den Einfluss des Centralnervensystems auf die Wärmebildung im Organismus. Archiv für Anatomie und Physiologie. 1869.
26. Bókai, Einfluss des Centralnervensystems auf die Wärmeregulierung des thierischen Körpers. Neurol. Centralbl. 1882. 16.
27. Ripping, Archiv f. klin. Med. 34. Bd. Lemcke's Aufsatz.
28. Aronsohn und Sachs, Ueber die Beziehungen des Gehirns zur Körperwärme und zum Fieber. Pflüger's Archiv f. Phys. 1885. 37.
29. Richet, Ebendasselbst.
30. Girard, Sur l'influence du cerveau sur la chaleur animale et la fièvre. Arch. de Phys. 1886. II.
31. Ugolino Mosso, Einfluss des Nervensystems auf die thierische Temperatur. Virchow's Archiv. 106. 1886.
32. Baginsky und Lehmann, Zur Function des Corpus striatum. Virchow's Archiv. 106. 1886.
33. Cohnheim, Vorlesungen über allg. Path. Berlin 1883.
34. Liebermeister, Ueber Wärmeregulierung und Fieber. Volkmann's Samml. klin. Vorträge. No. 16.
35. Wunderlich, Ueber die Eigenwärme am Schluss tödtlicher Neurosen. Archiv der Heilk. V. 210.
36. Klug, Physiologie. 1888. Budapest.
37. Landois, Physiologie. 1883. Wien und Leipzig.
38. Landois und Eulenburg, Ueber die Wirkungen experimenteller Ein-

- griffe am Nervensystem und ihre Beziehung zu den Gefässnerven. Virchow's Archiv.
39. Hirt, Specielle Pathologie und Therapie der Gehirn- und Rückenmarkskrankh. Breslau 1889.
40. Rosenthal, Untersuchungen und Beobachtungen über Hysterie und Transfert. Dieses Archiv 1882. 12.
41. Axenfeld, Traité de Névroses. Paris 1883.
42. Richer, La grande Hystérie. Paris 1888.
43. Charcot, Előadások az idegrendszer betegségeiről. 1876.
44. Teale, The Lancet 1875. I. 10. Clinical Society of London.
45. Salgó, Compendium der Psychiatrie. 1890.
46. Moravcsik, Orvosi Hetiszemle. 1887. Aerztlicher Verein.
47. Exner, Zur Frage der Rindenlocalisation beim Menschen. Pflüger's Archiv f. Psych. 27.
48. Lombard, Experiences sur l'influence du travail intellectuel sur la température de la tête. Arch. de phys. norm. et path. 1868. No. 5.
49. Jaeger, Ueber die Körperwärme des gesunden Menschen. Deutsches Archiv f. klin. Medicin. 29.
50. Lemcke, Ein Fall von sehr tiefer Erniedrigung der Körpertemperatur nach primärer Hämorrhagie in der Medulla oblongata; zugleich ein Beitrag zur Lehre vom Sitze des therm. Centrums. Archiv für klinische Medicin. 34.
51. Samuel, Ueber die Entstehung der Eigenwärme und des Fiebers. Leipzig 1876.
52. Senator, Untersuchungen über Wärmebildung und Stoffwechsel. Archiv f. Anat. und Phys. 1872.
53. Unverricht, Kritische Bemerkungen zur Fieberlehre. Deutsche medic. Wochenschr. 1888. 37.
54. Riegel, Ueber das Verhalten der Herzcontraction und der Gefässspannung im Fieber. Berliner klin. Wochenschr. 1880. 35.
55. De la production de la chaleur animale. Académie de sciences. Gazette med. 1872. 49.
56. Wunderlich, Das Fieber. Archiv f. phys. Heilkunde. 1843.
57. Balogh, Ueber den Einfluss des Gehirns auf die Herzbewegungen. Akademische Dissertation der k. ung. Akad. 1876.
58. Real-Encyclopaedie. Artikel Hysterie.
59. Hitzig, Ueber subnormale Temperaturen bei Paralytikern. Berliner klin. Wochenschr. 1884. 34.
60. Reinhard, Zur Casuistik der niedrigsten subnormalen Körpertemperaturen beim Menschen und einige Bemerkungen über Wärmeregulirung. Berliner klin. Wochenschr. 1884. 34.
61. Ballet et Crespin, Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle. Progrès Médical. 1885. No. 5.
62. Bourneville, De la temperature dans les accès isolées d'épilepsie. Progrès Médical. 1887. 46, 49.

63. Lemoine, De la temperature dans les accès isolées d'épilepsie. Progrès Médical. 1887. No. 35.
64. Winternitz, Ueber das Wesen und Behandlung des Fiebers. Wiener Klinik 1875. No. 8, 9.
65. Glax, Ueber den Zusammenhang nervöser Störungen mit den Erkrankungen der Verdauungsorgane und über nervöse Dyspepsie. Volkmann's S. klin. Vortr. No. 223.
66. Hitzig, Ueber den heutigen Stand der Frage von der Localisation im Grosshirn. S. klin. Vortr. No. 112.
67. Liebermeister, Ueber Hysterie und deren Behandlung. Samml. klin. Vortr. No. 236.
68. Zaldivar, De la nature hystérique de la tétanie essentielle. Paris 1888.
69. Peyer, Der Urin bei Neurosen. S. klin. Vortr. No. 341.
70. Rau, Ueber die Erkenntniss und Heilung des Nervenfiebers. Darmstadt 1879.
71. Hufeland, Bemerkungen über das Nervenfieber. Jena 1799.
72. Galler, Das Nervenfieber und die ihm verwandten Krankheiten. München 1843.
73. Kapitanovitz, Ueber das Fieber im Allgemeinen und das Nervenfieber im Besonderen. Würzburg 1843.
74. Petersen, De febris nervosa nature et origine. Jena 1746.
75. Otto, De febre nervosa. Lipsiae 1840.
76. Haase, Einige Beobachtungen über die Temperatur bei periodischen Geisteskrankheiten. Berlin 1882.
77. Gmelin, Ueber Störung der Wärmeregulirung bei Geisteskrankheiten. Stuttgart 1885.
78. Scherschewsky, Ueber Thermoneurosen. Virchow's Archiv Bd. 96. 1884.
79. Carré, De l'hémoptysie nerveuse. 1877.
80. Dictionnaire encyclopaedique des sciences médicaux (Déchambre). Article Fièvre.
81. Le Grand du Saulle, Les hystériques. Paris 1883.
82. Holst, Die Behandlung der Hysterie und Neurasth. und ähnlicher funct. Neurosen. St. Petersb. med. Wochenschr. 1883.
83. Moretti, Sopra un nutevole caso di iterismo. Rivista clinica di Bologna No. 6. 1889.
84. Tanzi, Ricerche termoelettiche sulla corteccia cerebrale in relazione con gli stati amotivi. Ref. Neurol. Centralbl. No. 8. 1889.
85. Bariè, Note sur un cas de la fièvre hystérique. Gazette hebdom. 1886. No. 24.
86. Ackermann, Wirkungen des Digitalins auf Kreislauf und Temperatur. Deutsches Archiv f. klin. Med. 1873. 11.
87. Purjesz, Lehrbuch der inneren Krankh. Budapest 1887.
88. Ziegler, Lehrb. der allg. Pathologie. 1889.

89. Laufenauer, Orvosi Heti Szemle 1879. Juni-Sitzung des königl. ung. Aerztevereines.
 90. Peyer, Der Urin bei Neurosen. S. klin. Vortr. 341.
 91. Huchard, La pseudoangine de poitrine hystérique. Le Progrès Medical. 1889. No. 24.
 92. Laufenauer, Hysterische Paraplegie durch Autosuggestion. Orvosi Hetilap. 1886. No. 39.
 93. Baierlacher, Die Suggestionstherapie und ihre Technik. Stuttgart 1889.
 94. Finkler, Ueber das Fieber. Pflüger's Archiv XXVII. 1882.
 95. Charcot, Leçons sur la thermométrie clinique. Gazette hebdomadaire. 1869. No. 324, 742, 821.
 96. Bourneville, Etude clinique et thermométrique sur les maladies du syst. nerv. Paris 1870—73.
 97. Dumontpallier, De l'action vasomotrice de la suggestion chez les hystériques hypnotisibles. Comptes rendus. 101. No. 3.
 98. Arndt, Real Encyclopaedie. Artikel Hysterie.
 99. Witkowski, Ueber epileptisches Fieber und einige andere die Epilepsie betreffenden klinischen Fragen. Berliner klinische Wochenschrift 1886.
 100. Nieden, Ueber Temperaturveränderungen, bedingt durch Verletzung des Halsrückenmarkes. Berliner klinische Wochenschrift 1878.
-