

## II.

Aus der psychiatrischen und Nervenlinik zu Kiel  
(Prof. Dr. Siemerling).

### Ueber den Werth chirurgischer Behandlung von Neurosen und Psychosen.

Nach einem Vortrage, gehalten im Verein Norddeutscher Psychiater  
und Neurologen.

Von

Dr. C. Hermkes,  
1. Assistenzarzt der Klinik.

~~~~~

Die Frage, ob und wann bei functionellen Neurosen und Psychosen eine chirurgische Behandlung indicirt ist, hat seit langer Zeit die Chirurgen, Psychiater und Neurologen beschäftigt; bis in die jüngste Zeit ist die Beantwortung dieser Frage eine verschiedene gewesen, so dass eine erneute Prüfung derselben an der Hand einschlägiger Fälle nicht untzlos erscheint.

Zweierlei Ueberlegungen sind es, welche bei den in Betracht kommenden Erkrankungen zu chirurgischen Eingriffen führten. Entweder glaubte man, durch Beseitigung gewisser von bestimmten Organen ausgehender Reize das Nervenleiden direct günstig beeinflussen zu können, oder die Erscheinungen des Nervenleidens hatten organische Erkrankungen vorgetäuscht, und man hoffte durch Beseitigung dieser indirect auch die nervösen Erscheinungen zu heilen. Beide Gruppen gehen vielfach in einander über, weswegen wir sie auch bei der Besprechung nicht allzu scharf trennen wollen. Als ausschliesslich zur ersten Gruppe gehörig erwähne ich kurz die Versuche, Epilepsie durch Schädeltrepanationen zu bessern bzw. zu heilen. So will Giacchi (1) in 25 Fällen von Epilepsie durch Trepanation Besserung erzielt haben, indem die Zahl der Anfälle zurückgegangen sei; er fügt aber selbst bei, die Intensität derselben habe zugenommen. Nebenbei sei erwähnt,

dass G. auf die gleiche Weise Manie und Imbecillität günstig beeinflusst haben will; besonders überraschend sei der Erfolg bei einem Imbecillen gewesen, dem man gleichzeitig einen Theil der Gehirnsubstanz abgetragen hatte. Wir wollen auf diese kritiklosen Operationen nicht näher eingehen und begnügen uns bezüglich der genuinen Epilepsie mit der Feststellung, dass bisher die Berechtigung eines operativen Eingriffes bei dieser Erkrankung weder durch die damit erzielten Resultate noch durch theoretische Erwägungen bewiesen ist; ich verweise dabei auf die diesbezüglichen Ausführungen Oppenheims (2).

Wenn wir nun auch bei der genuinen Epilepsie die Möglichkeit einer Heilung durch operative Eingriffe entschieden in Abrede stellen, so ist bei der sogenannten Reflex-Epilepsie, speciell bei der traumatischen Reflex-Epilepsie eine chirurgische Behandlung schon eher in Erwägung zu ziehen. Oppenheim (l. c.) hat hierfür bestimmte Indicationen angegeben, die im Wesentlichen darauf hinauslaufen, dass eine Operation dann am Platze ist, wenn ein genau umschriebener Herd für das Entstehen der Krämpfe verantwortlich gemacht werden kann. Sehr lehrreich ist ein hierher gehöriger von Bruns (3) und Glauner (4) veröffentlichter Fall.

Patient hatte 1870 einen Streifschuss am Hinterkopf erlitten, 1871 heftige Kopfschmerzen von der Narbe ausgehend; 1871 Operation; ob Entfernung von Knochensplittern stattfand, ist fraglich; seit der Operation zwar Besserung, aber doch von Zeit zu Zeit Schwindel und Kopfschmerz, 1881 erste epileptische Anfälle, 1884 Aufnahme in die Tübinger chirurgische Klinik, wo an dem Hinterhaupt eine 1,5 cm lange, nicht verwachsene, äusserst druckempfindliche Narbe gefunden wurde. Typische epileptische Anfälle werden beobachtet. Bei der am 9. Februar 1884 ausgeführten Operation fühlte man ein strangartiges Gebilde, das möglicherweise dem Nervus occipitalis entsprach. Circumcision der Narbe. Entfernung des erwähnten Gebildes. Nach der Operation bis 1891 gesund. Dann eine Reihe hysterischer Beschwerden (Krampfanfälle hysterischer Art, Opisthotonus etc.). Wegen erneuter Narbenschmerzen zweimalige Operation, jetzt ohne wesentlichen Erfolg. In der Tübinger psychiatrischen Klinik ausgesprochene Hysterie mit hysterischen Krämpfen, Gesichtsfeldeinengung, melancholisch-hypochondrischen Depressionszuständen.

Eine dauernde Besserung des Zustandes konnte trotz mehrfacher, lange fortgesetzter Behandlung nicht erzielt werden.

Wir sehen also in diesem Falle von Reflex-Epilepsie nach den operativen Behandlungen zwar die epileptischen Anfälle schwinden, so dass nach dieser Richtung hin ein zweifelloser Erfolg zu constatiren ist; die später auftretenden hysterischen Erscheinungen fanden indess durch operative Behandlung keine Beeinflussung.

Damit wenden wir uns einer Neuropsychose zu, die am meisten

zu Operationen Veranlassung gegeben — zur Hysterie. Und da war es in erster Linie Hegar, der 1872 zum ersten Mal die Exstirpation beider Ovarien zur Beseitigung nervöser Beschwerden ausführte. Hegar (5—8) verlangt als Indication zur Castration den Nachweis des ätiologischen Zusammenhanges objectiv nachweisbarer Genitalanomalien und der nervösen Erkrankung; als Vermittlungsetappe für diesen Zusammenhang nimmt er in der Regel das Lendenmark in Anspruch. Weiterhin verlangt er, „dass die Erkrankungen der Sexualorgane eine unmittelbare Lebensgefahr bedingen, oder in kürzerer Zeit zum Tode führen, oder ein langandauerndes, fortschreitendes, den Lebensgenuss und die Beschäftigung hinderndes Siechthum zur Folge haben. Dabei wird vorausgesetzt, dass andere, mildere Heilverfahren entweder durchaus keinen Erfolg erwarten lassen, oder ohne solchen gebraucht worden sind.“ Mag diese Indicationsstellung auch für den ersten Blick scharf erscheinen, in der Praxis wird sie wenig befriedigen. Ist doch der ätiologische Zusammenhang zwischen Neurose und Genitalleiden meist schwer zu beweisen. Vor allem muss darauf hingewiesen werden, dass es fast stets verhältnissmässig leichte Genitalstörungen — Erosionen am Muttermunde, Lageveränderungen des Uterus u. a. — sind, welche für das Vorhandensein schwerer nervöser bzw. psychischer Störungen verantwortlich gemacht werden, während unvergleichlich schwerere Genitalbefunde fast nie zu so schweren Nervenleiden Veranlassung geben — ein Einwand, den Hegar dadurch zu entkräften suchte, dass er sagte, die Erscheinungen des Nervenlebens liessen sich nicht mit der Elle messen. Damit ist indess das unbestreitbare Missverhältniss keineswegs geklärt.

Nachdem Hegar die Frage der Castration ins Rollen gebracht hatte, ging man bald über seine Indicationsstellung hinaus. So erklärte Schröder (9), dass man, ebenso wie man gesunde Ovarien entfernt, um eine heilende Rückwirkung auf ein Uterusmyom zu erzielen, auch gesunde Ovarien entfernen und eine künstliche Menopause herbeiführen könne, um eine Neurose zu heilen. Im Uebrigen will er die Berechtigung der Castration nur durch die Erfahrung entscheiden lassen. In 4 beschriebenen Fällen schwerer Hysterie erzielte er zwar durch die Operation eine gewisse, zum Theil auch weitgehende Besserung: indess erscheint es mir sehr fraglich, ob diese Erfolge ausschliesslich der Ovariectomie zu verdanken sind, und ob dieselben durch die regelmässig aufgetretenen, sicher im Wesentlichen durch die künstliche Menopause verursachten Störungen aufgewogen werden.

In ähnlicher Weise finden wir in der Litteratur eine Reihe von Fällen aufgeführt. Kroemer (10) stellte 300 Fälle von Ovariectomie

und Adnexoperationen zusammen, die wegen Neurosen oder Psychosen zur Ausführung gelangten, und findet 70 pCt. Genesung bzw. Besserung verzeichnet und in 30 pCt. keinen oder ungünstigen Erfolg. Ich kann hier auf alle diese Fälle nicht näher eingehen, möchte nur hervorheben, dass dieselben zum grössten Theil einer vorurtheilsfreien Kritik nicht standhalten können, und speciell können die 4 eigenen Fälle Kroemers nicht als beweisend angesehen werden; zwar wurde in allen eine gewisse, zum Theil sogar weitgehende Besserung erzielt; in den 2 Fällen von sogenannter Hystero-Epilepsie nahmen die Anfälle nach der Operation zunächst an Zahl und Intensität wesentlich zu, nahmen dann allmählich ab, um nach drei Jahren nicht mehr aufzutreten, in einem zweiten ähnlichen Falle nehmen sie überhaupt nur an Zahl ab; in einem dritten Falle handelt es sich um eine luetische Puella publica, die für gewöhnlich stupide war und z. Zt. der Menstruation Erregungszustände bekam; auch bei ihr besserte sich 5 Monate nach der Operation der Zustand langsam; in einem vierten Falle erkrankte die Patientin unter den depressirenden Effekten der Ehescheidung ihrer Eltern; sie bekam maniakalische Anfälle, die zur Zeit der Menstruation exacerbirten; auch bei ihr besserte sich der Zustand nur langsam; sie wurde 14 Monate nach der Operation geheilt entlassen. In allen 4 Fällen konnten leichte Veränderungen an den Genitalien nachgewiesen werden. Aber müssen wir wirklich die constatirten Erfolge auf das Conto der Castration setzen? oder sind wir nicht ebenso berechtigt, in den veränderten, geregelten Lebensbedingungen des Monate lang andauernden Krankenhaus-aufenthaltes die Ursache der Besserung zu erblicken?

Uebrigens führen die Ermittlungen anderer Forscher zu einem wesentlich anderen Ergebniss als diejenigen Kroemer's. So berichten Angelucci und Pieraccini (11) über 115 Fälle, in denen die Castration zur Heilung der Hysterie ausgeführt wurde; ein günstiges Resultat war nur in 5 Fällen, gar kein oder ungünstiger Einfluss auf die nervösen Beschwerden in 92 Fällen, wesentliche Verschlimmerung in psychischer Beziehung 17 Mal zu constatiren. Beachtenswerth sind auch 8, Jahre lang nach der Operation beobachtete Fälle, die Michel (12) bearbeitet hat; bei sämmtlichen 8, wegen hysterischer Beschwerden mit und ohne objectiven localen Befund Ovariectomirten trat eine deutliche Verschlimmerung des körperlichen und psychischen Zustandes ein; letztere in Gestalt einer verschieden stark ausgeprägten Depression.

Wie erklären uns die Verfechter der Castration theoretisch die Erfolge der Operation? Sie gehen in erster Linie aus von der Auffassung der Hysterie als einer von den Genitalien ausgehenden Reflexneurose; eine ganze Reihe krankhafter Erscheinungen in den ver-

schiedensten Organsystemen dachte man sich auf reflectorischem Wege in Folge gewisser Genitalstörungen entstanden; man sprach von einer uterinen Dyspepsie, von einer genitalen Herzneurose, von menstruell veränderten Genitalstellen der Nase etc., und Krantz (13) führt aus, wie der gesammte Organismus in seinen somatischen und psychischen Functionen auf reflectorischem Wege von den Genitalien aus beeinflusst wird; der Endeffect ist, wie Krönig (14) sich treffend ausdrückt, ein furchtbares Bild, indem Krantz schliesslich Herzhypertrophie und Dilatation oder Myodegeneratio cordis als Endeffecte der genitalen Reflexneurose auffasst.

Diese Reflextheorie widerlegt Jolly (15) kurz mit den Worten: „Es finden sich so viele Fälle der Hysterie, in welchen die Genitalien frei von Veränderungen und Krankheitserscheinungen sind, und es kommen so schwere Formen derselben auch nach vollständiger Castration und Uterusexstirpation zu Stande, dass diese Formulirung jedenfalls nicht als die zutreffende angesehen werden kann.“

Mutatis mutandis hat man ebenso wie die Genitalien auch andere Organe, besonders die übrigen Abdominalorgane als Erreger der Hysterie verantwortlich gemacht; eine Auffassung, deren Haltlosigkeit sich in gleicher Weise widerlegen lässt, wie ich das an entsprechenden Fällen zeigen werde.

Unter Berücksichtigung der vielseitigen ätiologischen Momente sowohl als der noch mannigfaltigeren Symptomatologie der Hysterie, auf die hier im Einzelnen nicht eingegangen werden kann, werden wir die Erkrankung als eine endogene, centrale, als eine im Wesentlichen durch psychische Veränderungen bedingte aufzufassen haben; nicht die verschiedenen körperlichen Erscheinungen sind das Primäre, sondern umgekehrt sind letztere bedingt durch psychische Eigenthümlichkeiten und zwar einerseits durch eine gesteigerte Affecterregbarkeit, indem die nervösen Begleiterscheinungen der Affecte abnorm stark und auf verhältnissmässig schwache Reize eintreten, und andererseits durch eine erhöhte Suggestibilität, indem die Vorstellungen der Hysterischen über die in ihrem Körper und ihrer Seele stattfindenden Vorgänge abnorm leicht durch zufällige, äussere Eindrücke bestimmt werden. Diese Auffassung der Hysterie, wie sie von Jolly, Oppenheim, Binswanger u. A. begründet wurde, müssen wir auch zum Ausgangspunkt unserer therapeutischen Erwägungen machen. Es ergibt sich nun bei dieser Auffassung, wo wir die Genitalbeschwerden oder die Magenschmerzen etc. nur als eine Theilerscheinung der Hysterie ansehen, von selbst, dass wir durch einen localen operativen Eingriff wenigstens direct keine Heilung erwarten können; anders ist es, wenn wir aus-

gehend von der Ueberlegung, die Wirkungen der Suggestion durch die Suggestion aufzuheben, durch eine Operation suggestiv den ganzen Organismus zu beeinflussen versuchen.

Bevor wir diese letztere Frage entscheiden, wollen wir einige hierher gehörige Fälle betrachten.

J. N. [Der Fall wurde zum Theil bereits von Rüdiger (16) veröffentlicht], 25 Jahre alt, Kassirerin.

Keine hereditäre Belastung. Keine schweren Krankheiten durchgemacht. 1901 im Anschluss an Gemüthsbewegungen allgemeine nervöse Beschwerden: erhöhte Reizbarkeit, Mattigkeit etc., bald Auftreten von Magenschmerzen, die acut einsetzten, dauernd vorhanden waren und sich nach Nahrungsaufnahme steigerten. Menses regelmässig alle 3 Wochen, schmerzhaft, 8 Tage anhaltend. Schlaf in letzter Zeit schlecht, Appetit mangelhaft, Stuhlgang unregelmässig.

Am 2. September 1901 wurde Patientin auf die innere Abtheilung eines Krankenhauses aufgenommen.

Mässiger Ernährungszustand. Heftige, nach dem Rücken ausstrahlende Magenschmerzen. Häufiges Aufstossen. Abdomen mässig aufgetrieben; zwischen Schwertfortsatz und Nabel grosse Druckempfindlichkeit. Linke Nierengegend druckempfindlich. Kurz vor dem Urinlassen Schmerzen, die nach Entleerung der Blase schwinden.

Während der Beobachtung einmal Erbrechen nach einem Schluck Milch. Wechselnde Schmerzen in der Magengegend, im Rücken und in allen Extremitäten. Nach medicamentöser und diätetischer Behandlung am 19. October 1901 entlassen.

Wiederaufnahme am 12. Februar 1902, nachdem Patientin seit 14 Tagen über andauernde brennende Schmerzen in der Magengegend klagte.  $\frac{1}{4}$  Stunde nach dem Essen nehmen dieselben an Intensität zu, vermindern sich bei der Rückenlage. Am 12. Februar nach dem Genuss von Kaffee heftiges Erbrechen. Stuhl dünnflüssig. Palpation zwischen Schwertfortsatz und Nabel sehr schmerzhaft; nach Genuss von Wasser erhebliche Steigerung der Beschwerden, verbunden mit Aufstossen. Puls klein und beschleunigt. Ernährung per os nicht möglich, daher Nährklystiere. Bis zum 5. März mehrere heftige Schmerzanfälle. Dann wechselndes Befinden, zuweilen Exacerbation der Schmerzen, 1mal heftiges Erbrechen; Untersuchung des erbrochenen Mageninhaltcs ergibt das Fehlen freier Salzsäure; Milchsäure vorhanden. Nach Darreichung einer Probemahlzeit ist der Magen nach 6 Stunden fast leer; langsam fortschreitende Besserung bei symptomatischer Behandlung und allmäliger Gewöhnung an leicht verdauliche Speisen. Am 23. April 1902 Entlassung „wegen ungebührlichen Benehmens“.

Wiederaufnahme am 16. September 1902. Seit mehreren Wochen brennendes Gefühl in der Magengegend, Appetitlosigkeit, häufiges Erbrechen. Der Schmerz ist beschränkt auf die linke Seite des Abdomens, besonders stark ausgeprägt in der Höhe des Nabels, nach oben bis unter den linken Rippenbogen, nach unten bis ins linke Parametrium hinziehend. Mageninhalt nach Probe-

frühstück normal. Anfallsweise auftretende Magenbeschwerden. Medicamentöse und elektrische Behandlung. Am 4. October gebessert entlassen.

Am 4. December 1902 Aufnahme auf der chirurgischen Abtheilung eines Krankenhauses. Befund wie früher. Schmerzen steigern sich zu krampfähnlichen Anfällen. Zwei Mal Versuch, Temperatursteigerungen vorzutäuschen. Injectionen von Aqua dest. unter der Zusicherung, es sei Morphinum, mildern die Beschwerden.

Am 19. Januar 1903 auf speciellen Wunsch der Patientin Laparotomie in der Magengegend, die ganz normale Verhältnisse ergibt.

Suggestionis causa wird der Patientin gesagt, es hätten Verwachsungen und Wucherungen an der Aussenseite des Magens bestanden.

In den nächsten Tagen heftige Wundschmerzen; am 6. Tage schlechtes Allgemeinbefinden, wahrscheinlich in Folge der eingetretenen Menses. Ausserdem vermag Patientin, da sie wegen der Wundschmerzen die Bauchpresse nicht anwenden kann, nicht zu uriniren und zu defäciren; es muss täglich katheterisirt werden.

25. Januar. Sehr bald nach der Operation wurden fast alle Speisen anstandslos vertragen.

4. Februar. Wegen leichter Cystitis Urotropin und Blasenspülung mit Irtol 1 : 4000.

6. Februar. Besserung der bisher noch immer bestehenden zahlreichen Beschwerden.

12. Februar. In den letzten Tagen ist Patientin täglich etwas gegangen. Die Gehversuche werden allerdings allmählig etwas besser, bleiben jedoch sehr hinter dem wirklichen Kräftezustand zurück.

Augenscheinlich übertreibt Patientin stark.

27. Februar. Das Gehen wird schon bedeutend besser. Patientin klagt nur noch über Schmerzen in der Narbe und deren Umgebung; deswegen Massage der schmerzhaften Stellen.

9. März. Patientin beginnt wieder mit Klagen über dieselben Magenbeschwerden, die vor der Operation bestanden haben sollen. Seit einigen Tagen wieder Schmerzen nach dem Essen.

10. März. Nachdem der Patientin in ruhiger Weise klar gemacht ist, dass es sich bei ihr nur um nervöse Beschwerden handeln könne und ihr ein Aufenthalt in der Nervenkllinik gerathen wird, verlässt sie sehr erregt über die Zumuthung, sie in eine Irrenanstalt verweisen zu wollen, innerhalb einer  $\frac{1}{4}$  Stunde das Krankenhaus.

Die Mitkranken schildern die Patientin als „ungezogen, launenhaft und chikanös“.

Am 11. März 1903 Aufnahme in der psychiatrischen und Nervenkllinik.

Hatte sich zu Hause tags über ausser Bett aufgehalten, konnte sich nur an den Gegenständen im Zimmer fortbewegen, ging auch einige Schritte von selbst, vorsichtig hinkend. Bei der Aufnahme wundert sich die Schwester, dass Patientin überhaupt nicht gehen kann und sich tragen lässt.

Bezüglich der Vorgeschichte berichtet Patientin noch, sie habe seit der

Magenerkrankung an leichten Kopfschmerzen, Ohrensausen, Flimmern vor den Augen gelitten, ausserdem häufig Ohnmachtsanwandlungen; fiel dabei nach rückwärts, konnte sich immer noch festhalten, bekam dann Steifigkeit in allen Gliedern und Hitze im Körper. Seit der Operation habe sie Schmerzen an der Operationsnarbe, die im Liegen zu ertragen seien, aber bei den geringsten Bewegungen sich zu grosser Heftigkeit steigerten. Ausserdem habe sie seitdem sehr heftige, an Intensität wechselnde Kopfschmerzen, es sause im ganzen Kopf, „das Gesicht fliege ordentlich“. Schliesslich habe sie nach der Operation wegen der Schmerzen an der Operationsnarbe und wegen Schwäche in den Beinen nicht mehr gehen und stehen können. Nach Gehversuch „fingen die Beine an, zu fliegen“. Zuletzt habe sie mit Stützen etwas gehen können, das rechte Bein schleppte aber immer nach.

In dieser Art bringt sie noch mannigfache Beschwerden vor.

Status: Sehr grazil gebaute dürrig genährte Patientin mit blasser Haut und blassen sichtbaren Schleimhäuten.

Ueber der Magengegend eine längsverlaufende, glatte, verschiebliche Narbe von etwa Zeigefingerlänge.

Pupillen normal.

Beiderseits ziemlich starke concentrische Gesichtsfeldeinschränkung.

Pharynxreflex träge.

Zunge und Augenlider zittern stark bei Bewegungen.

Sehnenreflexe gesteigert.

Bis auf eine rechts von der Narbe befindliche handteller-grosse hyperalgetische Partie keine Sensibilitätsstörungen. Zeitweise geht ein kurzes Zucken durch den ganzen Körper, wobei die Augen etwas weiter als gewöhnlich geöffnet sind und starr nach einer bestimmten Richtung blicken. Aufrichten aus der Horizontallage geschieht selbstständig, aber sehr langsam und unter schmerzlichem Verziehen des Gesichtes.

Jede erhobene Extremität wird sofort von starkem Zittern befallen und fällt nach kurzer Zeit schlaff herab. Bewegungen der rechtsseitigen Extremitäten rufen lebhaft Schmerzen an der Operationsnarbe hervor. Grobe Kraft beiderseits sehr gering.

Beim Versuch zu gehen, tritt Patientin nur ganz vorsichtig mit dem rechten Fuss auf, wagt es nicht, sich auf dieses Bein zu stützen, schleppt sich nur mühsam, sich mit beiden Armen an Gegenständen festhaltend, fort; beim Stehen droht sie in Folge Tremors in dem rechten Bein hinzufallen.

Innere Organe ohne Besonderes.

Ueber den in der hiesigen Klinik beobachteten Verlauf will ich mich kurz fassen.

Die zuerst bestehende absolute Gehunfähigkeit konnte nur langsam unter Anwendung von Massage, Faradisation sowie von consequent durchgeführten Gehversuchen gehoben werden. In der ersten Zeit war die Patientin voller Klagen, die ihren Ausgang vielfach von der Magengegend nahmen; sie konnte nicht essen, so dass sie gefüttert werden musste; sie behauptete einmal, 5 Tage lang keinen Stuhlgang mehr gehabt zu haben, während derselbe vollkommen



geregelt war. Besonders heftig waren die Beschwerden stets, wenn der Arzt kam; letzterem trägt sie ihre Klagen mit verlöschender Stimme weinend vor, versichert, sich zusammennehmen zu wollen etc. Wenn ihr die eingeleitete Therapie nicht passte, kam es häufig zu heftigen Erregungszuständen, zu äusserst zornigen, ja Wuthausfällen gegen Arzt und Pflegepersonal; mehrfach wälzte sie sich unter wüthendem Schreien auf dem Boden herum, schlug um sich etc., bis kräftige faradische Ströme sie meist zur Ruhe brachten; einmal wurde sogar Isolirung nothwendig. Nach kurzer Zeit beruhigte sie sich dann und zeigte ein süsslich-devotes Wesen, bat den Arzt flehentlich um Verzeihung etc. Alle die erwähnten körperlichen und psychischen Erscheinungen besserten sich langsam während einer consequent durchgeführten Behandlung, die einerseits durch eine kräftige Ernährung, unterstützt durch elektro- und hydrotherapeutische Curen den schwächlichen Körper zu stärken, andererseits durch eine verständige Psychotherapie die Willenskraft der Patientin zu heben suchte, innerhalb 3 Monate so, dass sie wesentlich gebessert entlassen werden konnte. Zur Zeit (Februar 1904) erfreut sie sich eines guten Wohlbefindens und geht mit Freude ihrem früheren Berufe nach, wenn auch zuweilen noch mannigfache nervöse Symptome auftreten.

Resumiren wir, so sehen wir eine Patientin vor uns, bei der sich im Anschluss an eine Gemüthsbewegung eine schwere Hysterie entwickelte, die sich zunächst wesentlich in Magenbeschwerden äusserte. Letztere gaben dann zu einer Operation Veranlassung, die aber die bestehenden Magenbeschwerden nicht beseitigen konnte, nach welcher im Gegentheil die hysterischen Beschwerden erst recht stark einsetzten, letztere gingen erst nach der oben beschriebenen in der hiesigen Klinik eingeleiteten Therapie zurück.

M. B., <sup>2</sup>Jahre alt, Schneiderin, Mutter starb an Phthise, sonst keine hereditäre Belastung. Mit 24 Jahren normaler Partus; Kind starb nach einem Jahr. Menses ohne Besonderes. Immer etwas schwächlich. Immer viel und angestrengt gearbeitet.

Im Januar 1902 Beginn des Leidens mit anfallsweise auftretenden Stichen im Leibe, besonders Magen- und Kreuzschmerzen, Intensität der Schmerzen wechselnd, am stärksten nach dem Essen. Kein Erbrechen. Hartnäckige Obstipation.

7. Juni 1902 Aufnahme auf die innere Abtheilung eines Krankenhauses.

Mangelhafter Ernährungszustand; sonst kein pathologischer Befund, speciell normaler Magenbefund.

Wenig gebessert entlassen am 13. Juni 1902.

Diagnose: Obstipation. Ulcus ventriculi.

Nach der Entlassung bald wieder heftige Magenschmerzen, zu denen bald auch Schmerzen in der Ileocoecalgegend bis zur rechten Inguinalgegend hinzutraten. Die Schmerzen traten anfallsweise, besonders beim Lachen auf.

Wiederaufnahme auf die innere Abtheilung desselben Krankenhauses am 19. Juni 1902.

Objectiv starke Coprostase. Umschriebene Druckempfindlichkeit 4 cm oberhalb des Nabels. In der Gegend des Blinddarmes eine nach oben nicht genau abgrenzbare, nach unten zum rechten Parametrium hinziehende strangförmige Verdickung, die sehr druckempfindlich und zu krampfartigen Schmerzen Veranlassung geben soll. Auch beim Stuhlgang krampfartige Schmerzen. Mageninhalt normal.

Uterus nach rechts verlagert, rechtes Parametrium schmerzhaft, woselbst strangartige Verwachsungen fühlbar.

7. Juli. Patientin klagt plötzlich über starken Schüttelfrost, sie zittert am ganzen Körper, die Zähne schlagen krampfhaft gegen einander. Objectiv nichts Besonderes. Kein Fieber. Faradisation bringt Besserung.

16. Juli. Bisweilen leichte Schwindelanfälle. Patientin muss sich dabei an der Wand oder am Stuhl festhalten.

2. August. Auch die Gegend des linken Parametriums druckempfindlich.

11. August. Die strangförmige Verdickung in der rechten Hälfte des Abdomens nicht mehr deutlich palpabel, die Druckempfindlichkeit nicht deutlich

2. September. Patientin hatte noch verschiedene leichte Anfälle. Ge bessert entlassen.

Diagnose: Perityphlitis. Parametritis. Hysterie.

Am 12. September 1902 begab sie sich dann wegen heftiger Kreuzschmerzen in gynäkologische Behandlung, wo wegen fixirtem retroreflectirtem Uterus die Ventrofixation vorgenommen wurde. Bei der Gelegenheit wurden normale Verhältnisse des Processus vermiformis festgestellt.

Da die Beschwerden, die kurz nach der Operation nachgelassen hatten, bald wieder in alter Heftigkeit wiederkehrten, und auch weitere nervöse Klagen hinzutraten, wurde Patientin am 27. October unserer Klinik überwiesen.

Hier klagte sie bei der Aufnahme über allgemeines Schwächegefühl, heftige Schmerzen im ganzen Abdomen, besonders in der Kreuzgegend, die bis zum Halse hinaufziehen; zeitweise Zittern und Frösteln im ganzen Körper, unbestimmtes Angstgefühl, Herzklopfen, Schlaflosigkeit.

Die objective Untersuchung liess einen sehr dürrigen Ernährungszustand, blasse Schleimhäute, Pharynxhypästhesie, gesteigerte Sehnenreflexe, mässig starke Schmerzhaftigkeit des ganzen Abdomens, leichte concentrische Gesichtsfeldeinengung constatiren; während der Untersuchung beginnt Patientin zeitweise zu zittern und mit den Zähnen zu klappern; ausserdem zeitweise ticartiges Zucken in der Stirnmuskulatur. Während der Behandlung, die in Faradisation, leichten hydrotherapeutischen Maassnahmen und Darreichung von tonischen Eisenpillen bestand, besserte sich der Zustand langsam; in der ersten Zeit war sie immer voller Klagen, die zum Theil in Leibschmerzen, zum Theil in Erbrechen, Schlaflosigkeit etc. bestanden. Die Stimmung war sehr labil, meist gedrückt und missmuthig.

Erst am 10. Januar 1903 konnte sie als gebessert entlassen werden.

Wir sehen hier also eine Patientin, bei der sich wahrscheinlich in Folge von Ueberanstrengung Zeichen von Hysterie einstellen, die sich zumeist auf Leibschmerzen erstrecken und zur Diagnose *Ulcus ventriculi*, *Parametritis* und *Perityphlitis* Veranlassung geben. Die Beschwerden, welche durch die an sich durch die fixirte *Retroflexio uteri* gerechtfertigte Operation gehoben werden sollen, schwinden aber nicht, im Gegentheil mehren sich dieselben und vereinigen sich mit einer Reihe weiterer hysterischer Symptome, die erst nach längerer physikalischer, psychischer und medicamentöser Behandlung zurückgehen.

M. F., 38 Jahre alt, Arbeiterfrau. Keine hereditäre Belastung. Mehrere normale Entbindungen. Seit Jahren Abdominalbeschwerden; zeitweise Erbrechen, Aufstossen, Meteorismus, Schmerzen besonders in der rechten Abdominalhälfte, besonders in der Gegend des *Processus vermiformis* und des rechten Ovariums, die zur Zeit der Menses am stärksten sind.

Aufnahme in eine gynäkologische Klinik am 1. Februar 1898.

Befund: Uterus normal. R. Ovarium sehr druckempfindlich, normal gross, Parametrien frei.

Therapie: Mastur.

16. Februar. Stenocardischer Anfall.

Wegen fortgesetzter Schmerzen in der rechten Ovarialgegend wurde am 4. April 1898 laparotomirt. Entfernung der rechten Adnexe. Rechtes Ovarium etwas vergrößert, derb; Einkerbungen in der verdickten weissen Albuginea, ein grosses *Corpus luteum*, Tuben offen, von normalem Aussehen. Linke Adnexe normal.

Besserung bis October 1898, dann wieder Schmerzen im ganzen Abdomen; linkes Ovarium druckempfindlich. April 1899 heftige Schmerzen, welche im rechten Hypogastrium anfangen und dann an der rechten Seite hinauf bis zur Schulter hinziehen; Ileocoecalgegend sehr druckempfindlich; man fühlt harte resistente Stränge.

Am 28. April 1899 auf einer chirurgischen Abtheilung Laparotomie; Freilegung und Entfernung des *Processus vermiformis*, der äusserlich keine Veränderung zeigt; in demselben fanden sich einige wenige Millimeter grosse Granen von Gerstenähren. Nach der Operation fortgesetzt starke hypochondrische Klagen über Aufstossen, Schmerzen im rechten Hypogastrium, in der Regio pubis ohne objectiven Befund; Patientin verlangt fortwährend nach weiteren Operationen.

Am 6. Januar 1902 Aufnahme in die psychiatrische und Nervenklinik.

Auch hier fortgesetzt hypochondrische Klagen über die erwähnten Leibschmerzen, über Kopf- und Rückenschmerzen, Parästhesien etc. Patientin ist überaus reizbar, legt grossen Stimmungswechsel an den Tag, ist bald vergnügt und freundlich, bald abweisend. Objectiv abgesehen von etwas blassen Schleimhäuten und gesteigerten Reflexen nichts Besonderes.

Wenn die Beschwerden auch während des Aufenthaltes in der Klinik

etwas geringer wurden, so konnte die Kranke doch nur wenig gebessert am 1. März 1902 nach Hause entlassen werden.

Bei dieser Kranken handelt es sich zweifelsohne um eine Hysterica mit hartnäckigen hypochondrischen Klagen über Schmerzen im Abdomen, besonders in der Ileocoecalgegend und Genitalgegend. Zweimalige Laparotomie lässt sowohl an den Genitalien als auch am Processus vermiformis wenn auch nicht sehr erhebliche Veränderungen erkennen, deren Beseitigung aber das Grundleiden — die Hysterie — in keiner Weise günstig beeinflusst.

In den beschriebenen 3 Fällen haben wir es mit Hysterischen zu thun, deren körperliche Beschwerden wesentlich im Abdomen localisirt sind; bei der ersten war es der Magen, bei der zweiten der Magen, die Ileocoecal- und die Genitalgegend, bei der dritten die Ileocoecal- und die Genitalgegend. Gerade diese 3 Gegenden sind bei der Hysterie für das Abdomen typisch: die sexuelle Sphäre, die ja erklärlicher Weise schon bei leichterem krankhaften Befunde oder auch ohne einen solchen zu hysterischen Beschwerden Anlass giebt; dann der Magen, dem von Kindheit an schon von Gesunden ein lebhaftes Interesse entgegengebracht wird, endlich die Blinddarmgegend, auf die ja ebenfalls die Aufmerksamkeit der Patienten durch ärztliche Untersuchungen oder sonstige zufällige Mittheilungen über Blinddarmentzündungen gelenkt wird. Auch Sander (17), der aus der Frankfurter Irrenanstalt 2, den meinigen ähnliche Fälle veröffentlichte, weist auf den skizzirten Symptomencomplex hin. Bezüglich der Appendicitis hat erst kürzlich Küttner (18) ausgeführt, dass ausser anderen Zuständen (Helminthiasis, Darmkoliken u. a.) auch bei neuropathisch veranlagten Kranken mit Druckschmerz in der Ileocoecalgegend Appendicitis vorgetäuscht werden kann; bei solchen Kranken sollen jedoch keine der für Appendicitis typischen Schmerzanfälle vorkommen, die wir ja auch in unseren Fällen vermissen; ich halte es aber für möglich, dass gelegentlich bei Hysterischen auch die typischen Schmerzanfälle vorkommen; es werden dann der gesammte Nervenbefund und die übrigen diagnostischen Unterscheidungsmittel: Verhalten der Temperatur, objective Localerscheinungen, Verhalten der Leukocyten etc. ausschlaggebend sein. Bei der Patientin J. N. waren neben den allgemeinen nervösen Erscheinungen die Beschwerden von Seiten des Magens so heftig, dass ein Ulcus vermuthet und nach Fehlschlagen aller eingeleiteten Behandlungen die Operation vorgenommen wurde. Ich muss hier hervorheben, dass es meiner Ansicht nach nicht unmöglich gewesen wäre, auch ohne Operation die ausschliessliche Diagnose „Hysterie“ zu stellen; denn die Druckempfindlichkeit, der Meteorismus, die Urinbeschwerden, das

psychische Verhalten hatten bei der Erfolglosigkeit der Magentherapie und bei dem Mangel wichtiger Ulcussymptome — Bluterbrechen, Hyperacidität, die, wenn auch nicht constant, so doch meist vorhanden sind —, als ausschliesslich hysterische Erscheinungen erkannt werden können. Dass der Versuch, die Operation bei der Patientin psychotherapeutisch zu verwerthen, fehlschlug, und dass erst eine längere Zeit durchgeführte allgemeine Psychotherapie von Erfolg gekrönt war, wurde bereits ausgeführt; es muss in diesem Falle noch besonders betont werden, dass sich schon bald nach der Operation eine ganz wesentliche Verschlimmerung des Zustandes — totale Abasie etc. — einstellte.

Wenn gerade dieser Fall von chirurgischer Seite (conf. die citirte Arbeit von Rüdiger) als Beispiel erfolgreicher chirurgischer Eingriffe bei Hysteria gravis veröffentlicht werden konnte, so scheint mir dies zu beweisen, wie voreilig man hier mit dem Urtheil über den Heilwerth der Laparotomie gewesen ist; der weitere Verlauf hat das gerade Gegentheil von dem in der Dissertation angenommenen „Erfolge“ gezeigt.

Im folgenden Falle handelt es sich um eine hartnäckige Mastodynie, die ich als Assistent an der Kuranstalt Marienberg zu Boppard beobachtete.

L. L., 28 Jahre alt, Beamtenfrau.

Vater starb an Phthise; sonst keine hereditäre Belastung.

Patientin war immer bleichsüchtig. Menstruation sehr stark, unregelmässig, mit heftigen Leibschmerzen verbunden.

3 normale Entbindungen, nach der 2. Mastitis.

Nach dem 3. Partus 1896 anfallsweise sehr heftige Schmerzen in beiden Brüsten, die schon seit Abheilung der Mastitis zuweilen in leichtem Maasse aufgetreten waren. Gestillt hat Frau L. nicht. Gleichzeitig bestanden Kopf- und Magenschmerzen (kein Erbrechen), Herzklopfen, erhöhte Reizbarkeit, zeitweise Schwindelgefühl und leichte Depression. Während der Menstruation exacerbirten die Schmerzen. Da die Schmerzen in der Brust jeder eingeleiteten Behandlung trotzten, wurden 1897 beide Brüste abgetragen.

Nach der Operation wesentliche Verschlimmerung; die anfallsweise auftretenden Schmerzen an der Brust wurden immer heftiger und strahlten häufig nach Armen und Rücken aus. Auch die übrigen krankhaften Erscheinungen von Seiten des Nervensystems nahmen zu; insbesondere hatte Frau L. über hartnäckige Schlaflosigkeit und Obstipation zu klagen.

Trotz andauernder ärztlicher Behandlung mehrten sich die Beschwerden. Am 1. Juni 1901 Aufnahme in Marienberg.

Patientin befand sich in einem sehr mangelhaften Ernährungszustande, war sehr anämisch.

Narben an der Brust sehr druckempfindlich.

Haut am Thorax vorne in der Gegend des 2.—6. Dorsalsegments (Seiffersches Sensibilitätsschema) hyperästhetisch.

Sehnenreflexe sehr lebhaft.

Starkes vasomotorischen Nachröthen.

Patientin ist im Ganzen sehr deprimirt, steckt voller hypochondrischer Beschwerden, klagt besonders über heftige Schmerzen in der Brust, Kopfschmerzen, Parästhesien in allen Extremitäten, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit und Obstipation.

In der Anstalt wurde eine Playfairkur eingeleitet, ferner leichte hydrotherapeutische Maassnahmen, allgemeine Faradisation, Massage der Extremitäten und des Abdomens, Galvanisation des Kopfes, Eisenpräparate und zeitweise Chinin, Antipyrin; selten waren Morphiuminjectionen nothwendig; letztere besonders zur Zeit der Menses.

Am 4. October 1901 konnte Patientin wesentlich gebessert entlassen werden.

Wir müssen im vorliegenden Falle die heftige Neuralgie der Brustdrüsen als Symptom des hysterischen Grundleidens auffassen, wobei die Mastitis nach der 2. Entbindung sowie die 3. Gravidität und Entbindung als auslösende Momente in Betracht kommen. Die Erfolglosigkeit der chirurgischen Behandlung ist sehr evident.

Von Interesse ist auch der folgende, ebenfalls in Marienberg beobachtete Fall.

L. E., 45 Jahre alt, Rentnerin.

Keine hereditäre Belastung.

War von Kindheit an „hochgradig nervös“, leicht reizbar, launisch etc. Viele Gemüthsbewegungen.

Mit 17 Jahren Typhus abdominalis. Sonst keine acuten Krankheiten, auch keine Intoxikationen.

Wegen ihrer Nervosität häufig in Sanatorien.

Seit 1899 zuerst anfallsweise, allmählich an Intensität zunehmende tonisch-klonische Krämpfe in der rechten Halsmuskulatur; betheiligt waren der rechte Sternocleidomastoideus und der rechte Cuccularis, wodurch der Kopf nach links und gleichzeitig nach hinten gezogen wurde.

Wegen der sich steigenden Beschwerden wurde am 28. Mai 1901 der rechte Accessorius durchtrennt.

Nach der Operation verschlechterte sich das Allgemeinbefinden, und schon nach wenigen Wochen waren die Krämpfe wieder in der alten Intensität vorhanden.

Am 25. Juli 1901 Aufnahme in Marienberg.

Patientin befindet sich in einem äusserst trostlosen Zustande; sie kann allein weder gehen noch essen noch sich ankleiden, da bei der geringsten Bewegung die heftigsten Krämpfe in der rechten Halsmuskulatur auftreten.

Der Kopf steht dauernd nach links hinten in tonischer Krampfstellung; bei Bewegungen treten dann heftige klonische Zuckungen auf.

Patientin ist sehr reizbar, bringt die mannigfachsten Beschwerden vor: Magenschmerzen, Leibschmerzen — kurz, eigentlich hat sie überall die heftigsten Schmerzen. Nach der Operation sei es viel schlimmer geworden.

Sie wurde zunächst mit galvanischen Vollbädern, Galvanisation des rechten Accessorius und Massage der rechten Halsmuskulatur behandelt. Später wurde dann eine orthopädische Behandlung nach Hoffa (19) eingeleitet, indem der Kopf mit einer Binde auf die rechte Schulter gebunden wurde, so dass die Binde um die Stirn und unter der rechten Achsel durchging; in dieser Stellung musste Patientin zuerst  $\frac{1}{4}$  Stunde, später allmählich länger mit der linken Hand Hantelübungen machen.

Bei dieser Behandlung trat eine allerdings langsam fortschreitende Besserung ein, so dass Patientin am 19. October 1901 wesentlich gebessert entlassen werden konnte. Bei einer zu Hause fortgesetzten Behandlung nahm die Besserung stetig zu, und jetzt erfreut Patientin sich eines guten Wohlbefindens; wenn ja auch noch eine gewisse Nervosität besteht, und sie den Kopf auch noch sehr schont, so sind doch die Krämpfe vollständig geschwunden, und der Kopf ist nach allen Richtungen hin frei beweglich.

Diese Patientin zeigt uns also einen nicht so häufig vorkommenden Fall von Accessoriuskrampf auf dem Boden der Hysterie. Wir haben auch hier gesehen, dass die operative Localbehandlung ohne jeden Erfolg war — wir müssen sagen „glücklicherweise“, denn bei dem raschen Wiederauftreten der Krämpfe ist anzunehmen, dass eine schnelle Regeneration des Nerven stattgefunden hat, und so war bei einer zweckmässigen Allgemeinbehandlung und lokalen orthopädischen und elektrischen Maassnahmen eine Restitutio ad integrum möglich, was nach einer ausgedehnteren Resection des Accessorius wahrscheinlich ausgeschlossen gewesen wäre.

In den 5 angeführten Fällen von Hysterie localisirten sich die Hauptbeschwerden an verschiedenen Körperstellen; gemeinsam ist bei ihnen die Thatsache, dass wir stets schon vor Ausbruch der Localerkrankung Allgemeinbeschwerden nachweisen können, die auf die Diagnose „Hysterie“ schliessen lassen. Haben wir aber diese Diagnose gestellt oder haben auch nur Grund, dieselbe zu vermuthen, so werden wir bezüglich der Therapie der Localbeschwerden vorsichtig sein müssen.

Wie bei der Hysterie, so finden wir natürlich auch bei andern Psychosen häufig subjective Klagen über heftige locale Schmerzen ohne entsprechenden objectiven Befund, die leicht zu übereilten operativen Eingriffen Veranlassung geben können. So hatten wir vor einiger Zeit einen ausgesprochenen Hebephrenen mit zahllosen hypochondrischen Klagen in Behandlung, dem wegen fortgesetzter Klagen über Schmerzen

in den Testes nacheinander letztere exstirpirt waren. Es ist allerdings nicht ganz klar, ob sich in diesem Falle der Chirurg durch die Klagen eine wirkliche Krankheit der Hoden vortäuschen liess, oder ob er durch die Castration den Patienten von seiner psychischen Krankheit zu heilen hoffte. Jedenfalls hat die Operation an dem Befinden des Kranken nicht das Geringste geändert.

Aber noch ein weiteres Moment kommt hinzu, indem schwere Localerkrankungen nicht selten absichtlich vorgetäuscht werden.

Zwei nach dieser Richtung hin interessante Fälle konnte ich kürzbeobachten. Den ersten, ein 24jähriges Mädchen mit schwerer hysterischer Psychose, stellte Siemerling (20) im Verein Norddeutscher Psychiater und Neurologen vor. Schon in jungen Jahren versuchte die Kranke, Lungenblutungen vorzutäuschen. Später ausgedehnte Hautgangrän, die sie sich mit Verbrennungen durch Salzsäure beibrachte, ferner Vortäuschung von Fieber, blutigem Auswurf, Koth in der Scheide etc. Eine hysterische Contractor im linken Hüftgelenk führte wegen Verdacht auf Coxitis zu einer Eröffnung des linken Hüftgelenkes. In der hiesigen Nervenpoliklinik haben wir ferner eine Hysterica behandelt, bei der wegen unstillbarer metritischer Blutungen die Uterusexstirpation vorgenommen war; dann liess sie sich noch lange Zeit weiter behandeln wegen schmierig belegter Geschwüre der Vagina, die sie sich eingestandener Maassen selbst beigebracht hatte.

Wir müssen diese bei Hysterischen garricht so selten vorkommenden Selbstbeschädigungen, welche zuweilen mit grosser Hartnäckigkeit und Energie, selbst unter grossen Schmerzen ausgeführt werden, als Ausfluss der krankhaften Psyche auffassen. Die Sucht, sich interessant zu machen, oder auch das Verlangen nach ärztlicher Behandlung scheint diese Patienten die ärgsten Schmerzen vergessen zu lassen. Dass solchen Patienten durch chirurgische Behandlung nicht geholfen werden kann, dürfte klar sein. Also Vorsicht bei der Bewerthung auch objectiv nachweisbarer krankhafter Veränderungen.

Uebereinstimmend sehen wir in unsern Fällen von der chirurgischen Behandlung auch nach der suggestiven Seite niemals einen Erfolg, trotzdem stets versucht wurde, nach dieser Richtung hin heilend zu wirken; im Gegentheil trat meist eine wesentliche Verschlimmerung sowohl in somatischer als auch in psychischer Beziehung ein, sei es, dass zwar die vorher bestandenen Beschwerden sich etwas besserten, und das hysterische Grundleiden einen anderen Angriffspunkt suchte, sei es, dass das ältere Leiden im Wesentlichen dasselbe blieb und noch neue anderweitige locale Erscheinungen hinzutraten. Immerhin ist ja nicht zu leugnen, dass gelegentlich einmal die Psyche der sehnüchtig



nach einer Operation lechzenden Patienten durch die Gewährung ihrer Bitte günstig beeinflusst werden kann. Die Regel ist ein so günstiges Resultat nach unseren Ermittlungen nicht, so dass schwere, vielleicht lebensgefährliche Eingriffe sicher niemals gerechtfertigt sind.

Um die Erfolglosigkeit auch der suggestiv vorgenommenen bezw. der Scheinoperationen theoretisch verständlich zu machen, brauchen wir nur zu berücksichtigen, dass wir schon bei vorher geistig gesunden Personen nach Operationen — speciell nach der Castration — schwere psychische Störungen gelegentlich beobachten — Werth (21) hat darüber beispielsweise 1888 auf dem Gynaekologencongresse berichtet. Um wieviel mehr werden wir da eine ungünstige Beeinflussung bei vorher schon psychisch Defekten befürchten müssen, bei denen der Verlust eines Organs nur zu leicht das Gefühl der Verstümmelung, die Narben neue Schmerzempfindungen hervorrufen werden.

Eine besondere Erwähnung erheischen auch die sog. kleinen gynaekologischen Behandlungsmethoden, wie sie häufig zur Anwendung kommen, wegen Endometritis, Lageveränderungen etc. Man hat früher vielfach behauptet, dass diese Erkrankungen gerade bei Geisteskrankheiten besonders häufig seien, und Schultze (22) verlangte deshalb für die Irrenanstalten einen eigenen gynaekologischen Assistenten. Peretti (23) trat Schultze entgegen und zeigte an typischen Fällen, wie schädlich eine nicht unbedingt nothwendige gynaekologische Behandlung auf Geistesranke wirkt. Ich selbst beobachtete in Marienberg eine Lehrerin, die in Folge von Gemüthsbewegungen und Ueberanstrengungen an Hystero-Neurasthenie erkrankt war; menstruelle Beschwerden gaben zu einer gynaekologischen Untersuchung Anlass, bei der eine leichte Retroflexio mit Adhäsionen und Endometritis constatirt wurde. Es wurde daraufhin eine Massagekur nach Thure Brand eingeleitet, ausserdem wurden mehrere Curettements ausgeführt. Bei der Aufnahme in Marienberg waren nun von Seiten der Genitalien absolut keine Anomalien mehr nachweisbar, aber in psychischer Beziehung bot Patientin ein ziemlich schweres Krankheitsbild; sie gab an, sie sei durch die vielen Untersuchungen und Behandlungen stark geschlechtlich erregt worden, sie sei schliesslich zur Masturbation gekommen, von der sie sich jetzt nicht mehr losreissen könne. Sie war über ihren Zustand äusserst traurig gestimmt, machte sich die bittersten Vorwürfe, trug sich mit Selbstmordgedanken etc. Erst einer monatelang durchgeführten Psychotherapie gelang es, der unglücklichen Patientin zu helfen.

Eine besondere Besprechung erfordern schliesslich diejenigen Neurosen und Psychosen, welche in der Schwangerschaft ev. die Einleitung einer künstlichen Unterbrechung der letzteren indiciren können. In

Betracht kommen hier hauptsächlich Chorea gravidarum, Eklampsie, Hyperemesis und melancholische Depressionszustände. Was zunächst die Hyperemesis betrifft, so wird dieselbe meist als Theilerscheinung der Hysterie oder als ein erhöhter Grad der durch die Schwangerschaft herbeigeführten nervösen Reizbarkeit aufzufassen sein. In diesen Fällen wird man wohl stets mit einer zweckmässigen Allgemeinbehandlung, geeigneten Diätvorschriften auskommen; indess kann nicht geleugnet werden, dass es auch Fälle giebt, wo durch das unstillbare Erbrechen ein so schwerer Zustand herbeigeführt wird, dass die Einleitung des Abortes nothwendig wird; vielleicht sind dies diejenigen Fälle, die nicht als Neurose aufzufassen, sondern die durch toxische Einflüsse bedingt sind.

Auf die Behandlung der Eklampsie kann im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden; denn wenn es wohl auch im höchsten Grade wahrscheinlich ist, dass beim Zustandekommen der Eklampsie eine durch die Gravidität resp. das Puerperium bedingte erhöhte Disposition des Nervensystems im Spiele ist, so beweisen doch die typischen Sectionsbefunde an Nieren, Leber, Herz und Gehirn, dass es sich nicht mehr um eine reine Neurose handelt.

Die Chorea gravidarum stellt zweifellos eine sehr ernste Erkrankung dar, weist sie ja eine Sterblichkeit von ca. 25 pCt. auf. Die Pathogenese derselben ist noch nicht ganz klar; wahrscheinlich spielen auch bei ihr toxische und infektiöse Momente eine Rolle, wie bei der Chorea minor, andererseits kommen aber auch hier psychische Ursachen in Betracht, da es sich meistens um jugendliche Erstgebärende und relativ häufig um ausserehelich Geschwängerte handelt, oder wo sich anderweitige Gemüthsbewegungen nachweisen lassen. Zweifel (24) geht auf Grund seiner Erfahrungen so weit, dass er die Chorea gravidarum, sobald ihre Diagnose feststeht, als eine ausreichende Indication zur Unterbrechung der Schwangerschaft betrachtet, gleichviel in welchem Monat, und ohne Rücksicht auf das Kind.

Indess geht diese Indicationsstellung doch wohl zu weit. Wir werden vielmehr auch hier von Fall zu Fall unsere Entscheidung zu treffen haben. Handelt es sich um schwere Chorea mit sehr starker motorischer Unruhe, hallucinatorischen Delirien oder maniakalischer Erregung; ferner bei anderweitigen ernstesten Complicationen (Endocarditis), so ist die Indication zum künstlichen Abort zweifelsohne gegeben; ebenso wird man in solchen Fällen, die eine stetige Tendenz zur Verschlimmerung zeigen, mit der Erfahrung zu rechnen haben, dass in den letzten 2 Monaten der Gravidität die Entbindung häufig keinen Heilfaktor mehr abgiebt. In dieser Anschauung wird man be-

bestärkt, wenn man die von Kroner (25) und (Frank) (26) aus der Literatur zusammengestellten 181 Fälle betrachtet; der von Frank veröffentlichte, kürzlich in der hiesigen Klinik beobachtete Fall beweist, wie gerechtfertigt bei zu Besserung neigenden Fällen ein abwartendes Verhalten ist.

Die im 6. Schwangerschaftsmonate verheirathete 2para zeigte bei der Aufnahme in die Klinik typisch choreatische Bewegungen, eine ziemlich starke motorische und psychische Erregung, die während der Schwangerschaft allmählig entstanden und sich gesteigert hatten; früher hat Patientin nie choreatische Erscheinungen gehabt; auch keinen Gelenkrheumatismus. Complicationen von Seiten des Herzens waren nicht nachzuweisen. Innerhalb 5 Wochen besserte sich der Zustand so, dass Patientin aus der Klinik entlassen werden konnte. Bis zu der zur rechten Zeit erfolgten normalen Geburt eines kräftigen Mädchens hatte Patientin noch immer ganz leichte choreatische Zuckungen und ein Gefühl der Unruhe und der „Blutstockung“; diese Symptome schwanden mit der Entbindung.

Was schliesslich die melancholischen Depressionszustände in der Schwangerschaft betrifft, so ist es zweifellos, dass während der Schwangerschaft ausser leichten, sagen wir physiologischen Depressionszuständen, die sich beispielsweise bei bereits vorhandener grosser Kinderzahl oder bei ausserehelich Geschwängerten finden, oder hysterischen Verstimmungen, auch relativ häufig echte Melancholie mit dem Gefühl der fehlenden Leistungsfähigkeit, Selbstanklagen, Angstgefühl und Selbstmordideen vorkommt. Ebenso ist unbestritten, dass wie Jolly (27) ausführte, sich nach Unterbrechung der Schwangerschaft häufig sehr schnell das psychische Verhalten bessert. Auch Siemerling (28) findet, dass mit Abort oder Entbindung zuweilen Nachlassen der psychischen Störung und schnelle völlige Wiederherstellung eintritt. Wenn aber nun Jolly weiter schliesst, dass der Abort indicirt sei, wenn wegen Selbstmordgefahr die Ueberführung in eine geschlossene Anstalt nothwendig sei, da auch hier der Selbstmord nicht mit Sicherheit vermieden werden könne, so erscheint mir diese Schlussfolgerung etwas zu weitgehend. Denn einerseits kann Melancholie auch während noch bestehender Schwangerschaft zurückgehen und andererseits sind auch Fälle beobachtet, in denen nach der Entleerung des Uterus die Psychose unverändert fort dauerte. Der Gefahr des Selbstmordes und der Unterernährung kann endlich in der Anstalt doch wohl soweit vorgebeugt werden, dass mir deshalb die Operation kaum gerechtfertigt erscheint; freilich soll nicht geleugnet werden, dass gelegentlich sehr schwer suicidale Kranke trotz aller Beaufsichtigung ihre Absicht ausführen können. Im Ganzen werden wir aber bei der

Melancholie mit der Einleitung des künstlichen Abortes etwas zurückhaltend sein.

Wollen wir am Ende unserer Betrachtung bestimmte Schlüsse ziehen, so müssen wir sagen, dass bei Psychosen und Neurosen eine chirurgische Behandlung nur dann Platz zu greifen hat, wenn eine genau festgestellte Indication besteht. Letztere muss gestellt werden auf Grund eines unter Zuhilfenahme aller zu Gebote stehenden Hilfsmittel klargelegten objectiven Befundes, während bei der Werthung der subjectiven Beschwerden der Kranken stets die psychischen Anomalien weitgehendste Berücksichtigung finden müssen. Es werden meist nur solche Fälle zur Operation kommen, welche auch ohne das Bestehen der Psychose ein chirurgisches Eingreifen erfordern würden, und auch hier wird man, wenn möglich, die Operation bis nach Heilung der Psychose verschieben. Zur Bekämpfung der in der Schwangerschaft auftretenden Neurosen und Psychosen ist zuweilen die Einleitung der künstlichen Entbindung indicirt; die Entscheidung muss unter Berücksichtigung der oben skizzirten Gesichtspunkte von Fall zu Fall getroffen werden.

Zum Schluss spreche ich meinem hochverehrten Chef, Herrn Professor Dr. Siemerling, und meinem früheren hochverehrten Chef, Herrn Sanitätsrath Dr. Hoestermann, für die freundliche Ueberlassung des Materials meinen besten Dank aus.

### Literatur.

1. Giarchi, Risultato curativo di 100 trepanazioni del cranio. Riv. speriment. de Freniatria 1899. XXV. 3—4.
2. Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1902. S. 1057.
3. Bruns, Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. I. S. 506ff.
4. Glauner, Zwei Fälle von schweren Neuropsychosen auf traumatischer Grundlage beruhend. I.-D. Tübingen 1896.
5. Hegar, Zur Castration bei Hysterie. Berliner klin. Wochenschr. 1880. No. 26.
6. Derselbe, Zur Israel'schen Scheinecastration. Berliner klin. Wochenschr. 1880. No. 48.
7. Derselbe, Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden und die Castration bei Neurosen. Stuttgart, Enke. 1885.
8. Hegar-Kaltenbach, Operative Gynäkologie mit Einschluss der gynäkologischen Untersuchungslehre. Stuttgart 1897.
9. K. Schröder, Ueber die Castration bei Neurosen. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkologie. 1886. Bd. 13.
10. Kroemer, Beitrag zur Castrationsfrage. Allgem. Zeitschr. für Psych. 1896. Bd. 52.

11. Angelucci e Pierracini, Sulla opportunità ed efficacca della cura chirurgico ginecologica nella nervosi isterica (e nelli alienazioni mentalis). Rivista speriment. di Freniatria. 1897. p. 290.
  12. Michel, Ueber die Exstirpation der Ovarien bei Neurosen. Inaug.-Diss. Berlin 1889.
  13. Krantz, Diagnose und Therapie der nervösen Frauenkrankheiten in Folge gestörter Mechanik der Sexualorgane. Wiesbaden 1899.
  14. Krönig, Ueber die Bedeutung der functionellen Nervenkrankheiten für die Diagnostik und Therapie in der Gynäkologie. Leipzig 1902.
  15. Jolly, Hysterie in Ebstein und Schwalbe's Handbuch der practischen Medicin. 1900. S. 751.
  16. Rüdiger, Zur Casuistik erfolgreicher chirurgischer Eingriffe bei Hysteria gravis. I.-D. Kiel 1903.
  17. Sander, Chirurgische Eingriffe bei Hysterie. Deutsche med. Wochenschr. 1899. No. 36.
  18. Küttner, Pseudoappendicitis. Beiträge zur klinischen Chirurgie. 1903. Bd. 37. 1. und 2. Heft.
  19. Hoffa, Die Orthopädie im Dienste der Nervenheilkunde. Abdruck aus den Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. 1900. S. 18 ff.
  20. Siemerling, Vorstellung eines Falles von schwerer hysterischer Psychose mit Selbstbeschädigungstrieb. Verein norddeutscher Psychiater und Neurologen. Zeitschr. für Psych. 1904. S. 211.
  21. Werth, Ueber Entstehung von Psychosen im Gefolge von Operationen am weiblichen Geschlechtsapparate. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. 1888.
  22. B. S. Schultze, Gynäkologische Behandlung und Geistesstörung. Berliner klin. Wochenschr. 1883. No. 23.
  23. Peretti, Gynäkologische Behandlung und Geistesstörung. Berliner klin. Wochenschr. 1883. No. 10 und 33.
  24. Zweifel, Discussion zu Jolly's Vortrag (27).
  25. Kroner, Ueber Chorea gravidarum. I.-D. Berlin 1896.
  26. Frank, Ueber Chorea gravidarum. I.-D. Kiel 1904.
  27. Jolly, Die Indicationen des künstlichen Abortes bei Behandlung der Neurosen und Psychosen. Vortrag auf der Hamburger Naturforscherversammlung. Ref. Neurol. Centralbl. 1901. S. 1022.
  28. Siemerling, Graviditäts- und Puerperal-Psychosen. Deutsche Klinik am Eing. des 20. Jahrh. Bd. 6. 2. 1904.
- Weitere Literaturangaben finden sich bei Kroemer (10) und Krönig (14).