

XXXV.

Ueber Hystero-Epilepsie.

Von

Dr. G. Scholz,

Arzt in Görlitz und Cudowa.



Wenn ich es unternehme über die schon so vielfach beleuchtete, aber immer noch nicht klar durchleuchtete Hystero-Epilepsie zu schreiben, so geschieht dies in dreifacher Absicht:

1. den schwankenden Begriff des Namens Hystero-Epilepsie möglichst klar zu präcisiren, weil hierauf sich ein wesentlicher Unterschied in Prognose und Therapie gründet;

2. den realen Unterschied zwischen wahrer Epilepsie und Hystero-Epilepsie, soweit er sich in dem Symptomencomplex begründen lässt, in gedrängter vergleichender Zusammenstellung vorzuführen;

3. ein meines Wissens noch nirgends direct gegen Hystero-Epilepsie empfohlenes balneotherapeutisches Mittel, die kohlensauren Stahlbäder in Anregung zu bringen, in specie Cudowa, in welchem ich meine Erfahrungen an 6 Fällen gesammelt habe.

Gleichzeitig sind die Fälle so instructiv, dass es lohnt, dieselben nicht der Vergessenheit Preis zu geben.

Was ad 1 den Namen Hystero-Epilepsie anlangt, so ist er kein signifikanter, er verdunkelt im Gegentheil den wahren Sachverhalt. — Man denke einmal darüber nach, was kann Hystero-Epilepsie bedeuten? Genau übersetzt heisst es Gebärmutter-Fallsucht, denn ἡ διστέρα eigentlich das Femininum von διστερος, das letzte, unterste, scil. Eingeweide, heisst die Gebärmutter, dagegen διστερικός, von der Gebärmutter herkommend, und ἡ διστερικά πάθη heisst das hysterische Leiden, Mutterweh. Ein Wort Hysteriasis giebt es im Griechischen nicht; das Wort διστήρια existirt allerdings, aber es ist ein Plurale

tantum, τὰ δούρηια bedeutet ein Fest, an dem Säue geopfert wurden, von ὁ ὕς, das Schwein abgeleitet. Es würde sich also fragen, bedeutet Hystero-Epilepsie, Fallsucht der Gebärmutter, was ein ungereimter, begriffloser Zustand wäre, oder, wie man allerdings eher denken wird, Fallsucht durch eine Erkrankung der Gebärmutter erzeugt. Eine solche müsste aber nach richtigem Sprachgebrauch Hysterico-Epilepsie benannt werden. Diese Krankheit giebt es allerdings, sie ist jedoch eine echte Epilepsie, welche zu den reflectorischen Formen derselben gehört und nicht die gewohnheitsmäss unter jenem Namen gedachte Krankheitsform. Es braucht eine Frau gar nicht hysterisch zu sein, um doch an einer Epilepsia ex utero reflectoria leiden zu können, und umgekehrt werden wir bei den wirklichen Hysterisis bisweilen einen den epileptischen Anfällen gleich gearteten Symptomencomplex ohne nachweisbare Erkrankung des Uterus finden. Ebenso gut wie von der Gebärmutter können aber von allen Sexualorganen aus reflectorische Epilepsien sich entwickeln. Somit ist die Bezeichnung Hystero-Epilepsie nicht allein unklar, sondern auch einseitig, also auch ungenügend. Soweit ich habe ermitteln können, hat ihn Beau eingeführt (Archive gén. de médecine. Paris 1836. 2. Serie). Lange vor ihm nannte Tissot (Traité de nerfs et de leurs maladies. 1779) die ihm auch schon bekannte Krankheit viel richtiger epileptiforme Hysterie, ebenso Villermay (Recherches sur l'hypochondrie et l'hystérie. 1803) und du Bois von Amiens (Histoire philos. de l'hypoch et l'hystérie. 1833). Interessant, und desshalb bemerkenswerth ist, dass der älteste Schriftsteller über die fragliche Krankheit, den ich ermitteln konnte, Wedel, den passendsten Namen gebraucht hat, indem seine Schrift betitelt ist: De epilepsia histerica. Jenae 1676. Dagegen hat schon 1698 Eickmayer geschrieben: De epilepsia uterina. Ultraj. 1698, also zuerst den unklaren Namen, der graecisirt Hystero-Epilepsie heisst, angewendet.

Beau versteht unter seiner Hystero-Epilepsie nur die Complication von Hysterie mit Epilepsie, und theilt sie in die beiden Formen: 1. wo abwechselnd und gesondert hysterische und epileptische Anfälle auftreten; 2. wo in einem Anfall hysterische und epileptische Erscheinungen gemischt vorkommen. Er verband also sofort unter dem Namen zwei heterogene Begriffe. Später hat ihn Landouzy (Traité complet de l'hystérie. Paris 1846) weiter colportirt, aber schon richtiger als hysterische Anfälle mit Symptomen, die den epileptischen ähneln, während er die Complication von abwechselnden hysterischen und echten epileptischen Anfällen Hystérie à crises distinctes nannte. Ebenso wie Beau fasst ihn Valleix in seinem Werk: (Guide du

médecin praticien. Paris 1851) auf. Aus diesen Abhandlungen ist der Name in die deutsche Literatur übergegangen, wo er jedoch ebenfalls verschieden verstanden wird. Meissner (die Frauenzimmerkrankheiten 1846) entlehnt ihn von Beau und versteht wie dieser nur die Complication von Hysterie mit Epilepsie darunter; desgleichen Cannstatt (Pathol. und Therapie. 1842), der sich auch auf Beau bezieht. Dem entgegen begreift Hasse (Krankh. des Nervenappar. 1855) zuerst, so viel ich ermitteln konnte, die Fälle rein hysterischer Convulsionen mit Verlust des Bewusstseins unter dem Namen Hystero-Epilepsie. — Busch (Das Geschlechtsleben des Weibes. 1840) beschreibt ebenso wie von Scanzoni (Klin. Vortr. von Kiwisch; fortgesetzt von v. Scanzoni, 1855) denselben Zustand. Beide nennen aber keinen Namen. Sandras (Traité pratique des mal. nerv. 1851) gebraucht für diese den Namen epileptiforme Hystérie, Biquet (Traité clin. et therap. de l'hystérie. 1859) desgleichen, während er die Complication mit echter Epilepsie, Hystérie à attaques mixtes nennt. In neuester Zeit bezeichnet Charcot (Leçons sur les malad. du système nerveux. 1872—73) diese Complication als Hystérie à crises combinées und jene rein hysterische Form wiederum als epileptiforme Hysterie, indem er Louyer Villermay folgt. Mit Recht sagt Eulenburg (Handbuch der Nervenkr. 1878), eben so gut wie von Hystero-Epilepsie kann man auch von Hystero-Chorea, Hystero-Catalepsie etc. sprechen. Jolly (Hysterie in von Ziemssen's Handb. der Pathol. und Ther. Bd. XII. 1877) beschreibt drei Möglichkeiten in der Verkettung der Hysterie und Epilepsie, und sagt, dass über die jeweilig vorliegende Art der Verkettungen nur die genaueste Beobachtung entscheiden könne, dass man aber den Namen Hystero-Epilepsie für alle drei Variationen gebrauche. Wenn somit in diesem neusten und umfassendsten deutschen Werke über Hysterie dies Erkenntniss klar ausgesprochen ist, die Wichtigkeit der genauen Unterscheidung dieser Combinationen ebenso fest steht, so dürfte es wohl an der Zeit sein, jeder dieser Arten ihren eigenen bestimmten Namen zu geben und diesen dann fest zu halten. Da es sich um differente Zustände handelt, so ist selbstverständlich, dass es sich um Sondernamen handeln muss und der bisherige Fehler lag eben in der Anwendung eines Collectivnamens. Vorerst wird man sich aber über das differentielle Wesen der Hysterie und Epilepsie, soweit als thunlich, sodann über die Möglichkeiten der Combination beider informieren müssen, ehe man Namen für dieselben aufstellen kann.

Bei beiden Krankheiten besteht eine bis jetzt unbekannte krankhafte Veränderung im centralen Nervenleben, eine sogenannte neuro-

pathische Disposition. Ob diese auf einer, wenn noch so geringen Abweichung der elementaren chemischen Composition des Ganglienzelleninhaltes, oder auf einer Aberration der Stellung der Molecüle und dadurch verändertem Spannungs- und Leitungs-Verhältniss, oder vielleicht auf beiden beruht, ist bis heute noch unerforscht. Bei Hysterie wie bei Epilepsie hat diese Veränderung vorzugsweise das Gehirn ergriffen, und es kann die krankhafte Action auf physischem wie psychischem Wege reflectorisch, aber eben so gut spontan, aus dem kranken Nervencentrum heraus, hervorgerufen werden. Bei der Hysterie ist die neuropathische Disposition über grössere Districte des Gehirns, selbst über das Rückenmark und sympathische Nervensystem ausgebreitet, weshalb die Erscheinungen bei Hysterie ungleich mannigfaltiger und verschiedener sind als bei Epilepsie. Dabei müssen weniger gleichmässige, über die ganze Grosshirnrinde ausgebreitete Ischämien stattfinden, d. h. das Gefässnervencentrum in der Medulla oblongata muss sehr selten in seiner Totalität afficirt sein, weil gänzliche Bewusstlosigkeit in hysterischen Anfällen selten vorkommt. Bei Epilepsie ist dies gerade der Fall, und ihr wesentlicher Sitz in der Medulla oblongata und dem Pons, d. h. dem Nothnagel'schen Krampfcentrum zu suchen. Nothnagel bezeichnet die neuropathische Veränderung im Pons und der Medulla, welche coordinirt neben einander, nicht eines durch das andere, — vom Pons aus die über den ganzen Körper verbreiteten Convulsionen, von der Medulla aus die spastische Anämie der Grosshirnrinde bedingen, mit den Worten „epileptische Veränderung“, und begreift darunter einen permanenten Zustand, der auch selbstthätig, ohne irgend welche reflectorische Erregung, den Insultus epilepticus zu bewirken vermag. Dies ist nach der jetzt allgemeinen Ansicht das allerdings noch immer hypothetische Wesen der Epilepsie, und localisirt, concentrirt sich bei ihr somit die neuropathische Disposition auf ein kleines beschränktes Feld im Gehirn. Die Auslösung epileptischer Anfälle durch elektrische Reizung der Hirnrinde, nach den Versuchen von Koloman Balogh, ebenso die Epilepsia spinalis von Brown-Séquard und die Versuche von Nothnagel, Lovén etc. ist hier nicht der Ort zu besprechen.

Dieses nothwendige pathologische Resumé über beide Krankheiten vorausgeschickt, erkennen wir, dass es sich bei der Differenzirung derselben wesentlich um das klinische Bild handeln wird, und hier findet sich, dass beide Zustände meist sehr weit von einander verschieden sind, bisweilen jedoch einander so ähnlich auftreten, dass die genaue Unterscheidung fast unmöglich werden kann. Die sorg-

fältigste Beobachtung hat gelehrt, dass drei Fundamentalfälle vorkommen können, welche auch Jolly aufführt:

1. die Kranke leidet schon längere Zeit an echter Epilepsie und hierzu gesellt sich, durch andere Ursachen veranlasst, Hysterie mit mit convulsiven Anfällen;

2. Umgekehrt; eine längere Zeit an Hysterie Leidende acquirirt durch andere Ursachen noch Epilepsie und es besteht in beiden Fällen also eine wirkliche Complication beider Krankheiten.

Gerade diese Fälle, namentlich die unter No. 2, werden meist Erkrankungen der Sexual-Organe darbieten, so dass hier die Epilepsie wie die Hysterie Reflexneurosen darstellen können und diese Form der Epilepsie eine echte sexuelle Reflex-Epilepsie sein kann, indem sich im Laufe der Zeit die „epileptische Veränderung“ in Pons und Medulla oblongata ausgebildet hat. Es kann aber auch in diesen Fällen der Ursprung beider Krankheiten nur central sein, ohne jede nachweisbare Veränderung im Sexual-Apparat. Erwähnt muss hier werden, dass echte sexuelle Reflex-Epilepsie auch ohne Hysterie auftreten kann, obschon dies sehr selten sich ereignen wird.

Bei den Fällen unter No. 1 und 2 erscheinen meist die epileptischen und hysterischen Krampfanfälle getrennt, nach Beau in 32 Fällen 20 Mal, und hat Landouzy, wie schon oben erwähnt, für diese den Namen *Hysteroepilepsie à crises distinctes* eingeführt. Das kleine Dritttheil der Fälle, in denen die hysterischen und epileptischen Krämpfe in demselben Anfall gemischt sich zeigen, nannte man *Hystérie à crises combinées*, und gewöhnlich haben sich hier auch nach Charcot's Angabe Hysterie und Epilepsie gleichzeitig entwickelt. Von ihm und auf seiner Abtheilung in der Salpêtrière, werden diese Anfälle *Attaques accès* genannt.

Unter 1 und 2 gehören endlich noch die Verbindungen von convulsiver Hysterie mit petit mal, epileptischem Schwindel und epileptischen Psychosen, deren differentielle Diagnose aber wohl noch grösseren Schwierigkeiten unterliegen wird als die des grand mal, da diese Zustände schon an und für sich, ohne Vorhandensein von ausgebildeten epileptischen Insulten, nur selten sicher als Formen echter Epilepsie zu erkennen sind.

3. Es treten im Verlaufe der Hysterie Krampfanfälle auf, die den epileptischen ganz und gar gleich erscheinen, und doch nur ein integrierender Theil der Hysterie sind, indem die „epileptische Veränderung“ sich nicht ausgebildet hat, welche die fortgesetzte Wiederholung gleichartiger Anfälle bedingt. Unter vielen, diesen Zustand als, wirklich bestehend annehmenden Schriftstellern, will ich nur

nennen: Tissot, du Bois d'Amiens, Villermay, Sandras, Briquet, Busch, von Scanzoni, Hasse. — Am kürzesten und bestimmtesten drücken sich Tissot und Busch aus, indem sie direct sagen, dass der hysterische Anfall in der epileptischen Form auftreten kann, ohne mit wahrer Epilepsie etwas gemein zu haben. Ihnen schliessen sich in neuester Zeit Charcot, Eulenburg u. A. an.

Fragen wir nun nach den Namen der angeführten drei Varianten, so muss jedesmal der Name den wahren Sachverhalt kurz charakterisiren, und deshalb für

No. 1 lauten: Epilepsie mit Hysterie complicirt; für

No. 2 Hysterie mit Epilepsie complicirt; für

No. 3 Hysterie mit epileptoiden Anfällen.

Hält man diese drei Bezeichnungen streng fest, so wird man für seine eigene Diagnostik den grossen Nutzen gewinnen, dass man über den jeweilig vorliegenden Fall sich stets volle Klarheit verschaffen muss, um ihn rubriciren zu können. Anderen Aerzten gegenüber wird man aber ebenfalls durch diese Terminologie den Standpunkt sofort kennzeichnen, von welchem der betreffende Fall zu beurtheilen ist. Der von Tissot, du Bois etc. gebrauchte Name epileptiforme Hysterie ist nicht präcis genug. Die Hysterie ist in dem fraglichen Individuum nicht in ihrer Totalität epileptiform, sondern nur einzelne specielle Anfälle. Man muss also den einzelnen Anfall nur so nennen, und möchte ich dann lieber das griechische Wort *τό ζιδος*, Bild vorziehen, indem es mehr das ganze innere und äussere Wesen eines Gegenstandes in sich begreift, wie es bei den Tragikern, namentlich Sophocles, die ganze Person umschreibt, während *forma* sich nur auf die äussere Gestalt bezieht und selbst bildlich mehr nur der Plastik eines Gegenstandes entspricht. Dabei ist noch zu bemerken, dass das Adjectiv *αειδής*, gestaltlos, existirt, sowie *επιληπτος* ein von der Fallsucht Ergriffener heisst, also *επιληπτοςίδης* ein wirklich griechisches Wort ist, während epileptiform griechisch und lateinisch zusammen und daher un- schön ist.

Nur ein Autor hat, so weit ich in der Literatur finden konnte, in dem von ihm beobachteten Falle einer Hysterica mit Anfällen, bestehend aus tonisch-klonischen Krämpfen bei erloschenem Bewusstsein, für diese bereits den Namen epileptoid Insulte gebraucht; und dies ist Rosenthal. (Ueber vasomotorische Innervations-Störungen bei Hysterie. Allg. Wien. Med. Zeit. 1870. No. 23. 24.)

Wichtig ist hier noch zu erwähnen, dass der Gebrauch, welchen Griesinger und Andre nach ihm von dem Ajectiv epileptoid machen, nicht zutreffend erscheint, indem sie die kleinen epileptischen Zu-

stände, wie epileptischen Schwindel, abortive Anfälle, die Fälle der sogenannten psychischen Epilepsie, — epileptoiden Zustände nennen. Diese sind ja eben integrierende Bestandtheile einer echten Epilepsie; und wenn Nothnagel l. c. p. 246 ganz bestimmt ausspricht: als epileptoid, d. h. durch eine centrale „epileptische Veränderung“ bedingt, wären die Zustände anzusehen, welche bei grösserer Intensität die gewöhnlichen epileptischen Insulte produciren, so ist dies nur eine *contradictio in adjecto* ausgeführt, denn alle Zustände mit zu Grunde liegender „epileptischer Veränderung“ sind eben wirklich echt epileptische, nicht nur der Epilepsie ähnliche.

Nachdem ich nun meine Meinung über die Nomenclatur der drei Arten von Fällen auseinander gesetzt habe, wollen wir zu ermitteln suchen, ob und welche Unterschiede zwischen dem klinischen Bilde des echten epileptischen und des hysterisch-epileptoiden Anfalles, zur Begründung einer differentiellen Diagnose aufzufinden sind.

Symptomen-Gruppe der echt epileptischen Erkrankung.

Allgemeine Disposition. Geringer, bisweilen fast gar kein *Erethismus nervorum universalis*.

Aetiologische Momente. Affect-Wirkungen ausserhalb physiologischer Sexual-Erregungszeiten.

Bedeutendere organische Erkrankungen der Sexualorgane, wie chronische Entzündungen, Schwellungen, Infarcte, Ectopien, Tumoren, Exsudatreste oder Schrumpfungsnarben, erzeugen eher echte Reflex-Epilepsie. Auf die letzten beiden, der Parametritis zumeist folgenden Zustände, machen wir besonders aufmerksam, deren grosse Wichtigkeit für die Erzeugung schwerer secundärer Nerven-Affectionen zuerst Prof. Freund klar dargethan hat. (Berichte der Naturforscherversammlung in Innsbruck, Rostock, Breslau. 1869. 71. 74.)

Bestimmtes Vorhandensein oder doch wahrscheinlicher Verdacht auf Organerkrankungen anderer Organe, namentlich des Gehirns, Rückenmarks, Herzens, der peripherischen Nerven, der grossen Unterleibseingeweide.

Nicht vorhandene anderweitige hysterische Zustände zur Zeit des ersten Anfalls.

Mehr plethorische Constitution, mit venöser Crase, dickem dunklem Blut. Schönlein unterscheidet eine *Epilepsia hysterica plethorica* und *chlorotica*, fasst sie aber beide immer als echte Epilepsie auf; obwohl die Beschreibung, die er giebt, gerade auf die hysterisch epileptoiden Form passt. (Cannstatt. Pathol. und Therapie 1842. Band III. p. 345.)

Deutliche Gegenwart von Kachexien. Im Kindesalter, auch während der Pubertätsentwicklung eintretende Anfälle, besonders bei scrofulösen, tuberculösen oder sonst kachectischen Mädchen, gehören fast durchgängig zur echten Epilepsie.

Häufigeres Auftreten und Verschlimmerung der Anfälle um die katameniale Zeit spricht eher zu Gunsten einer echten Reflex-Epilepsie.

Die Krankheit befällt alle Lebensalter.

Die Anfälle treten fast immer ohne Veranlassung auf und häufig in der Nacht.

Wenn Trunksucht, ausschweifende Lebensweise oder gänzliche Enthaltung von dem geschlechtlichen Genuss statt gefunden hat, liegt fast immer echte Epilepsie vor. — Ist die Ursache ganz unbekannt, dann tritt auch der Verdacht auf diese in den Vordergrund; ebenso bei erblicher Disposition.

Der Anfall. Viel öfter keine Aura; wenn eine vorhanden, dann kurz und viel seltener im Bereich des Vagus, dagegen weit öfter in den Nervenbezirken der Extremitäten oder des Kopfes oder einzelner bestimmter kranker Organe. Sie bleibt sich fast immer gleich.

Der Anfall kommt nicht selten auf der Strasse oder im öffentlichen Verkehr.

Er beginnt oft mit einem durchdringenden Schrei, wobei der Kranke bewusstlos hinstürzt, und nach einer meist kurzen tonischen Phase brechen klonische Krämpfe aus, die von den Muskeln der Hände und Füße beginnend, sich über die gesammte Skelettmuskulatur ausbreiten. Daumen eingeschlagen; Schaum wird durch die auf die Speicheldrüsen stark pressenden krampfhaft contrahirten Muskeln aus dem Munde hervorgetrieben, welcher oft durch Beissen in die Zunge blutig ist; Rückwärtsbeugung des Kopfes, Krümmen und Umherwerfen des Rumpfes, seltner Umherwerfen der Glieder; vollkommene Empfindungslosigkeit während des convulsiven Stadium, Pupillen meist erweitert, fast immer gegen den stärksten Lichtreiz unempfindlich, sämtliche Reflexerregbarkeit bis auf die seltensten Ausnahmen vollständig aufgehoben. Gesicht gedunsen, cyanotisch, viel seltener blass und dies dann meist nur in dem tonischen Anfangs-Stadium; Stirn und Jugularvenen meist angeschwollen, strotzend, Augäpfel hervorge-drängt (wie Aretaeus sagt: *jugulatis tauris haud absimile*); Puls frequent, Spannung der Radialis hoch, wie selbst die unmittelbar vor dem Anfall von Eccheverria (*On epilepsy; anatomo-pathological and clinical notes. New-York 1870*) aufgezeichneten sphygmographischen Curven zeigen; heftige Contractionen des Herzens mit hartem Spitzen-

stoss; ungleiche, stertoröse Respiration; bisweilen unwillkürliche Harn- und Stuhlentleerung.

Dies convulsive Stadium dauert von 5—10—20 Minuten ununterbrochen, selten mit ganz kurzen Pausen in den Convulsionen, dann tritt Ruhe und Erschlaffung der Muskeln ein, Puls und Herz wird ruhiger, es folgt ein comatöser Zustand, aus dem der Kranke meist nach kurzer Zeit mit einem tiefen Seufzer erwacht, gewöhnlich aber bald wieder in einen festen, oft Stunden langen Schlaf verfällt.

Der Puls ist in diesem noch längere Zeit voller und gespannter zu fühlen, und Voisin (*Annales d'hygiène publique*. 1868 Avril) giebt an, dass der aufsteigende Schenkel der Pulswelle höher sei als normal, und dass der absteigende sich durch einen ausgeprägten Dicrotismus charakterisire, welche Erscheinungen den Anfall $\frac{1}{2}$ bis mehrere Stunden überdauern.

Nach dem Erwachen fühlt sich Patient fast immer matt, wie zer schlagen, geistig deprimirt, bisweilen noch etwas verwirrt und im Gedächtniss schwach. Von dem ganzen stattgehabten Vorgange hat er nicht das mindeste Bewusstsein. — Der Gesichtsausdruck ist im Anfall nichtssagend, charakterlos, eher stupid.

Während für gewöhnlich nur einzelne Anfälle in grösseren Zwischenräumen auftreten, giebt es auch Zeiten, wo viele Anfälle 10 bis 20 bis 30 und mehr in kurzen Intervallen nach einander erscheinen. Dies sind die sogenannten Paroxysmen-Perioden (*état de mal* der französischen Autoren). Hier haben Wunderlich, Bourneville, Voisin u. A. nachgewiesen, dass dann die Temperatur des Körpers bis 40—41° C. und mehr steigt, und dass dieselbe auch in den freien Intervallen sehr hoch bleibt. Steigt sie über 41°, so giebt dies nach Wunderlich und Erb eine letale Prognose, was aber nach Charcot und Bourneville nicht immer zutrifft. Bei einzelnen seltenen Anfällen steigt die Temperatur höchstens um 1—1½° C., und fällt nach denselben bald wieder. In den kurzen Zwischenpausen während des *état de mal* ist die Kranke sehr erschöpft, alle Glieder wie zerbrochen, der Kopf wüst und schmerzend, das Denken oft nicht klar, und es tritt später ein lebensgefährlicher allgemeiner Collapsus ein, in welchem die Kranken leicht wirklich erliegen.

Bei dem von Bourneville (*Observat. XXXIII*) beschriebenen, von Charcot weiter beobachteten Falle stieg die Temperatur in den Paroxysmen-Perioden von 38—40,46° und fiel nach Beendigung derselben auf 37,2. In einer dieser Anfallszeiten starb die Kranke.

Eine epileptogene Zone ist sehr selten zu finden.

Befinden in den Zwischenanfallszeiten und nach längerem Bestehen der Krankheit. In der Zwischenanfallszeit (die Worte interparoxysmell und intervallär sind zu barbarisch construirt, um nicht lieber ein deutsches Wort dafür aufzusuchen) leiden die Kranken häufig an Kopfschmerzen, Neigung zu Schwindel, leichten psychischen Depressionen und geringeren Parästhesien oder paretischen Zuständen der höheren Sinne, namentlich Ohrensausen. Nach Heller und Reynoso sollte der nach dem Anfall gelassene Urin vorübergehend Eiweiss und Zucker enthalten. Nach der neusten Behauptung von Huppert (Virchow's Archiv. Band 59. Heft 3 und 4) wäre jedes Mal Eiweiss nach dem Anfall im Urin, welcher Behauptung aber nur De Witt (The American Journal of the med. sciences. 1875) unbedingt beitrifft, während Fürstner, Otto, Nothnagel, Eulenburg u. A. wohl öfter, aber nicht immer Eiweiss finden konnten.

Ebenso theilt Bovel (De quelques accidents de l'épilepsie et de l'hystéro-épilepsie. Thèse de Paris 1876) mit, dass Sturge (London) von 25 Epileptikern nur bei 3 vorübergehend Eiweiss im Harn (ohne Cylinder), Bourneville bei 40 Epileptischen und Hysteroepileptischen niemals Eiweiss constatirt habe. — Zucker entdeckte nur Bourneville einmal im Harn eines Epileptischen. Sämmtliche übrigen neusten Forscher fanden niemals Zucker.

Kürzere oder längere Zeit nach dem Bestehen der Epilepsie entwickeln sich fast immer constante geistige und moralische Eigenthümlichkeiten der Kranken, der von Morel und Reynolds sogenannte epileptische Charakter, welcher hauptsächlich in einem scheuen, schüchternen, versteckten, bisweilen selbst boshaften Wesen besteht, bei geringen oder höheren Graden von geistiger Imbecillität, mitunter aber auch im Gegentheil erhöhter Sagacität und vorzüglichem Gedächtniss, selbst Talenten, namentlich bei jugendlichen Individuen. — Eine allerdings nicht beträchtliche Zahl von Epileptikern bleibt jedoch ganz normal, geistig wie körperlich und zeigt auch kaum Spuren jener Charaktereigenthümlichkeiten.

Symptomen-Gruppe der hysterisch epileptoiden Erkrankung.

Allgemeine Disposition. Grösserer, allgemeiner Erethismus nervorum cum nota hysterica.

Aetiologische Momente. Affect-Wirkungen bei hysterischen Individuen während physiologischer Erregungszeiten des Sexual-Nervensystems, hauptsächlich Gravidität oder Puerperium, weit seltener während der Menstruations-Epoche. Vorhandensein rein nervöser

Hyperästhesie in den Sexual-Organen, namentlich den Ovarien; auch gänzlichliches Fehlen jeder Erkrankung der Sexual-Organe.

Mangel organischer Erkrankung aller anderen Theile des Körpers.

Bereits deutlich vorhandene Hysterie ehe der erste Anfall eintritt.

Gegenwart von chlorotischem Zustande bei Hysterischen. Hierauf hat van Swieten schon aufmerksam gemacht (Commentar T. III. p. 447) bei der von ihm sogenannten Menstrual-Epilepsie.

Ebenso Oligaemie und Herabgekommenensein des Organismus durch Blutungen, schwere Krankheiten, Säfteverlünste.

Völlige Abwesenheit aller Blutkrankheiten spricht viel eher für die hysterisch epileptoide Erkrankung.

Die Anfälle werden gewöhnlicher aber nicht wesentlich von der Menstruationszeit beeinflusst.

Sie treten fast nur im Alter der ganz vollendeten Geschlechtsreife auf, und in der Mehrzahl bei Frauen, die Gravidae sind oder geboren haben.

Sehr häufig erscheinen die Anfälle nach äusseren Veranlassungen, meist starken Gemüthsaffecten oder Schreck; in der Nacht selten.

Der Anfall. Meist eine Aura vorhanden und oft im Gebiet des Vagus und der vasomotorischen Nerven; Angst mit Beklemmung, Uebelkeit, Schlingmuskelkrampf, übersteigende Hitze mit Röthung des Gesichts, öfter nur einer Seite; nicht selten mit Frostgefühl und Blässe des Gesichts; ebenso eigenthümliche Gefühle in der regio hypogastrica und gegen Druck erhöhte Empfindlichkeit in einer der beiden Ovarialgegenden, meist links, seltener in der des Uterus allein. Die Aura ist gewöhnlich ziemlich lang und nicht immer ganz in derselben Art. Bisweilen erscheinen in ihr einzelne deutlich hysterische, dem Globus ähnliche Symptome. Fast nie kommt der Anfall auf der Strasse oder im öffentlichen Verkehr, was sich zumeist aus der längeren Aura erklärt.

Er beginnt gewöhnlich ohne Schrei, eher mit einem Seufzer oder Kreischen oder Stöhnen, dann brechen unter gleichzeitigem Eintritt von Bewusstlosigkeit und Hinfallen die Krämpfe aus. Sie gleichen in den ausgebildeten Fällen ganz den geschilderten echt epileptischen; bei sorgfältiger Beobachtung kann man jedoch nicht selten wenn auch kleine, doch wichtige Unterschiede wahrnehmen und zwar folgende.

Das Gesicht ist öfter blass und nur in den heftigsten Fällen wird es so stark geschwollen und cyanotisch wie dort. Im Pulse und der Herzaction ist kein unterscheidendes Merkmal zu bestimmen.

Es tritt viel seltener, oft gar nicht Schaum vor den Mund, und nur in ganz schweren Fällen reichlicher und blutiger, wie dies Briquet, Charcot, von Scanzoni u. A. in solchen beschrieben und es in meinem Falle 5 auch stattfand.

Coelius Aurelianus, De morbis acutis. lib. 2 sagt: *Frequenter simile pati epilepticis et a matricis praefocatae mulieres inveniuntur, si quidem non aliter sensibus privantur, sed discernuntur quod in ultima accessionis parte per os atque nares spumarum fluore non afficiantur.*

Dasselbe bestätigen Busch, Meissner, meine Fälle.

Die tonische Phase ist ebenfalls vorhanden, auch nicht kurz; vielleicht findet öfter Opisthotonus und Vorwölbung des Leibes mit tetanischer Contraction der Bauchmuskeln hier statt. Die klonische Phase dagegen weicht mehr ab, und verräth oft für den Kenner hysterischer Convulsionen den Charakter dieser. Die Bewegungen, namentlich der oberen Extremitäten sind ausgiebiger, es wechselt mehr Strecken und Beugen der Glieder ab; dieselben werden mit enormer Kraft an den Rumpf gezogen und dann mit derselben Kraft wieder abgestossen, welches Verfahren sich öfter wiederholt, und wobei Variationen mit unterlaufen, wie überhaupt die Art und Reihenfolge der Krämpfe einem grösseren Wechsel unterworfen ist als bei der echten Epilepsie. Die Unterextremitäten werden meist nicht so stark bewegt als dort, wobei sie, wenn möglich, gegen etwas angestemmt und nur abwechselnd hin und her geworfen werden. Treten in der unteren Rumpfhälfte Zuckungen auf, bei denen dieselbe nach vorn gestossen wird, kurz Muskelactionen, welche an die bei dem Coitus erinnern, dann ist der hysterische Charakter gewiss. Ein eben so wichtiges Criterium, wo es vorhanden ist, bietet die erhöhte Reflexerregbarkeit. Während bei echter Epilepsie Gefühl und Reflexerregbarkeit bis auf die allerseltensten Ausnahmen gänzlich aufgehoben ist, giebt es hier nicht so selten Fälle, wo die geringste Berührung trotz ganz aufgehobenem Bewusstsein und ganz epileptoidem Bilde, die Krämpfe vehement steigert; im Allgemeinen besteht aber auch Anaesthesia totalis. Zeigen die krankhaften Bewegungen, wie es manchmal sich ereignet, etwas Bestimmtes, gleichsam Effectvolles, als von sich stossen, an sich ziehen oder etwas Schreckhaftes, Angstvolles im Gesicht, dann manifestirt dies ebenfalls den hysterischen Charakter.

Der Bewusstseinsverlust ist in vielen Fällen nicht so tief und so ununterbrechbar wie bei Epilepsie und wenn, wie es manchmal geschieht, das Coma durch lichte Augenblicke unterbrochen wird, darauf

aber sofort neue Convulsionen mit Bewusstlosigkeit eintreten und sich dies gar einige Male wiederholt, dann ist die rein hysterische Natur der Anfälle deutlich. Ebenso ist dies der Fall, wenn sich unter die Convulsionen Lach- oder Weinkrämpfe mischen, was am häufigsten gegen Ende des Anfalls geschieht.

Das Erwachen tritt häufig so zu sagen, vollständiger ein, wobei das Bewusstsein sofort klar, nicht umnebelt ist, wie nach dem epileptischen Anfall, bisweilen wissen sie sich sogar an das Vorangegangene etwas zu erinnern und wissen, dass sie einen Anfall gehabt haben. Das Allgemeinbefinden ist wenig oder gar nicht afficirt.

Auch hier treten Paroxysmen-Perioden auf; jedoch gerade in diesen stellen sich zwei Characteristica heraus, welche das Vorhandensein von hysterisch epileptoiden Anfällen, bezw. den Unterschied von echter Epilepsie evident darthun. Das Wichtigste ist der Unterschied in den Temperaturen. In den vereinzeltten Anfällen findet keine Differenz statt, da die Temperatur auch im epileptoiden Insult um 1° C. und darüber steigen kann, obschon sie allerdings bei nicht zu heftigen Anfällen sich kaum um einige Zehntel Grad erhebt, ja Rosenthal (l. c.) bei seiner Patientin sogar eine Erniedrigung der Temperatur um 3,8 C. im epileptoiden Stadium constatirte. Ausserdem haben Westphal (Dieses Archiv Band I.) und Nothnagel (Spec. Pathol. und Ther. von von Ziemssen. Band XII pag. 236) nachgewiesen, dass eine Temperaturerhöhung nach den isolirten epileptischen Anfällen zu den Ausnahmen gehört und Williams (Medical Times 1867. 896.) sah nach starken Convulsionen überhaupt, namentlich tonischem Krampf, die Temperatur bis 3° F. steigen. Dagegen erhebt in den Paroxysmen-Perioden sich dieselbe, den epileptischen Perioden gerade entgegengesetzt, nur sehr unbedeutend, höchstens 1° C. in den heftigsten Anfallszeiten. Bourneville und Charcot haben dies festgestellt und Charcot beschreibt einen derartigen vehementen Fall, wo die Paroxysmen-Periode über zwei Monate dauerte, und wo den einen Tag binnen 24 Stunden 150—200 epileptoide Anfälle eintraten und die Kranke in diesen 24 Stunden fast gar nicht zum Bewusstsein kam. Während der ganzen colossalen Paroxysmen-Periode war die Mastdarmtemperatur nur von 27,8 bis 38,5 gestiegen. Die einzelnen Anfälle betreffend, dürfte es nicht unwichtig sein hier noch hinzuzufügen, dass Bourneville (De la température dans l'épilepsie et dans l'hystérie. Le Mouvement méd. 14. Septbr. 1871) gefunden hat dass die Temperatur nach rein hysterischen Paroxysmen ohne epileptoide Beimengung niemals steigt.

In meinem vierten Falle hat sich die Bourneville'sche Beob-

achtung ebenfalls als richtig erwiesen, so wie ich auch seiner Aussage, dass bei gewöhnlichen hysterischen Attaquen die Temperatur nicht steigt, beipflichten muss.

Das zweite evidente Characteristicum liegt in dem allgemeinen Befinden der Kranken während der kurzen Pausen und nach beendigter Paroxysmen-Periode, welches unvergleichlich weniger getrübt ist als bei echter Epilepsie und fast nie Besorgniss erregende Symptome zeigt. In dem citirten Fall von Charcot war nach den Anfällen und der ganzen Periode das Allgemeinbefinden wunderbar wenig getrübt, und die erfahrenen Wärterinnen in der Salpêtrière hatten selbst geäußert, wenn dies wahre Epilepsie gewesen wäre, würde die Kranke unfehlbar gestorben sein, mit welcher Bemerkung sich Charcot vollkommen einverstanden erklärt. Er fügt jedoch hinzu, dass man bei so colossalen hysterisch epileptoiden Paroxysmen-Perioden nicht vollkommen sorglos sein darf, denn einmal wissen wir, dass schwere hysterische Convulsionen zum Tode führen können, sodann aber folgt nach solchen heftigen epileptoiden Perioden bisweilen auch allgemeiner Collaps, der unter steigender Temperatur in den Tod endigt, wie ein von Wunderlich beschriebener Fall lehrt, wo eine Kranke 8 Wochen lang an hysterisch-epileptoiden Anfällen litt, welche nicht einmal häufig auftraten, plötzlich aber in Collaps übergingen, wobei die Temperatur bis 43° C. stieg und nach zwei Tagen der Tod erfolgte. Die älteren Beobachter Tissot, du Bois d'Amiens, Busch u. A. heben ebenfalls die unvergleichlich geringere Gefahr dieser Anfälle im Gegensatz zu der bei den echten epileptischen hervor.

Eine epileptogene Zone besteht hier weit häufiger. Charcot will sogar ein Hauptkennzeichen der hysterisch-epileptoiden Anfälle darin finden, dass bei Ovarialhyperästhesie (welche sich übrigens, schon nebenbei bemerkt, durchaus nicht bei jeder Hysterie vorfindet), Druck auf das Ovarium einen derartigen Anfall auslöst, während fortgesetzter tiefer Druck denselben coupiren soll. Soviel steht fest, dass bei Hyperästhesie des Uterus sowie der Ovarien, aber viel öfter und bestimmter der letzteren, und zwar meist nur eines derselben, gewöhnlich des linken, bisweilen durch Druck darauf hysterische Convulsionen ausgelöst werden können, wobei Bewusstseinsverlust stattfinden kann. Aber ein sicheres Kennzeichen des hysterisch-epileptoiden Zustandes ist dies nicht, denn es kann ja, wie auch schon Jolly bemerkt, sich eine echte Epilepsie (besonders bei chronischer Entzündung oder Anschwellung des Eierstockes etc.) von dort aus entwickelt haben, und somit eine wahre Reflex-Epilepsie mit epileptogener Zone die Hysterie compliciren, während tiefer Druck durch Reflexhemmung

den Anfall unterbrechen kann. Allerdings dürfte dies der seltenste Fall sein, und die Ansicht von Charcot wird fast durchgängig sich als die richtige herausstellen. Was das Unterbrechen des Anfalls durch tieferen Druck anlangt, ist dies durchaus nicht immer der Fall, wie auch zwei meiner Kranken darthun, und wie Versträten (*Deux cas curieux d'hystérie. Réflexions. La presse méd. belge. No. 36. p. 281*) sagt, dass die Anfälle noch besser als durch Druck des schmerzhaften Ovarium, durch leichte Compression der Gegend des Zungenbeines coupirt wurden. Die bestimmte Diagnose kann sich nur auf die genaue Beobachtung aller auseinandergesetzten differentiellen Zeichen basiren.

Befinden in den Zwischenanfallszeiten und nach längerem Bestehen der Krankheit. Nach kurzer Mattigkeit sind die Kranken relativ ohne Beschwerden. Selten folgt ein längerer Schlaf oder ein Zustand anderer bedeutenderer hysterischer Erscheinungen, wie kataleptische, paretische, paralytische, somnambule Zufälle. Dagegen treten die anderen hysterischen Symptome, wenn sie an solchen leiden, z. B. Weinkrampf, Brustkrampf, Schlucken etc. wieder auf. Nach dem Anfall wird gewöhnlich ein reichlicher wasserheller Urin entleert und es gehen unter Kollern Gase nach oben und unten ab. Angaben, ob in dem Urin Eiweiss oder Zucker gefunden worden, konnte ich in der Literatur nicht entdecken; ich selbst habe in meinen Fällen von hysterisch-epileptoiden Attaquen keines von beiden finden können.

Nachkrankheiten treten weit weniger auf als nach Epilepsie und die psychischen Alterationen, welche jener folgen, wie Gedächtnisschwäche, Denkschwäche, Stumpfsinn etc. finden sich nicht ein. Treten psychische Veränderungen auf, so sind es solche mit hysterischem Charakter, d. h. sie stehen alle in letzter Instanz mit den physischen und psychischen Beziehungen zu dem Generationsleben in irgend welchem Zusammenhang. Einen solchen Fall citirt Charcot (l. c. pag. 380), wo eine Frau nahezu 40 Jahr an heftigen hysterisch-epileptoiden Anfällen gelitten hat, ihre Intelligenz sich aber, trotz hysterischer Bizarrerien, ganz gleich geblieben ist. Ebenso sprechen sich Tissot, Briquet, Busch, Meissner, von Scanzoni u. A. aus, und meine Fälle lehren dasselbe.

Nach diesen Auseinandersetzungen sollen jetzt die Fälle beschrieben werden. Zunächst scheint mir, dass in Schlesien wenigstens die ausgesprochen hysterisch-epileptoiden Erkrankungen selten sind, denn ich habe in den letzten 10 Jahren meiner badeärztlichen Thätigkeit in Altwasser und Cudowa nur 5 Fälle beobachtet, da der zweite eine

Complication von Hysterie mit wirklicher Epilepsie war. Vielleicht hat man auch diese Fälle nicht in ein Bad geschickt, weil man sie für wirkliche Epilepsie und deshalb für unheilbar hielt. Jedoch habe ich auch in meiner winterlichen Praxis keine zu beobachtenden Gelegenheit bekommen.

Fall I.

Hysterie mit epileptoiden Anfällen. *Hyperaesthesia ovarii sin. et uteri.*

Retroflexio uteri atonica.

Vollkommene Heilung durch Altwasser und Cudowa.

Frau H., aus dem Gelehrtenstande, 30 Jahre alt, brünett, als Mädchen gesund. Im Winter 1868 zu ihr gerufen, hatte ich Gelegenheit sie zu Hause zu beobachten. Sie war im 3. Wochenbett, 1866, an Perimetritis erkrankt, ein heftiger Aegerer während der Reconvalescenz zog ihr einen Anfall von Brust- und Weinkampf mit Angstgefühl und Schluchzen zu. Die Anfälle kehrten dann mit und ohne Veranlassung zeitweise wieder, und es stellte sich vor der Menstruation ein heftiger Schmerz im linken Ovarium ein. 1867 wurde sie wieder Gravida; ein heftiger Schreck im 3. Monat erzeugte den ersten epileptoiden Anfall. Diese sind dann öfter aufgetreten, und haben denselben Typus behalten. Erst stellt sich die gewöhnliche Angst ein wie bei den zwischendurch noch immer vorkommenden Wein- und Brustkrämpfen ohne Bewusstlosigkeit und Convulsionen, dann folgt ein schwerer Seufzer, mit dem das Bewusstsein schwindet und Convulsionen ausbrechen, Umherschlagen mit den Armen, Umherwerfen des Rumpfes, Füsse mehr steif, selten abwechselnd an den Leib gezogen, Kopf hinten über gebogen, Nacken steif, Zucken der Gesichtsmuskeln, Rollen der halbgeöffneten Augen, Gesicht mässig livid, kein Schaum vor dem Munde, Bauchmuskeln mässig gespannt, einzelne Zuckungen darin, stürmische Herzaction, Radialis klein, gespannt, Puls frequent. So dauert der Zustand 5—10 Minuten, dann tritt allmählich Ruhe ein und ohne längeren Schlaf erwacht sie mit einem tiefen Seufzer, ist sehr matt aber vollkommen bei sich. Von dem Krampfanfall hat Patientin kein Bewusstsein, doch erinnert sie sich bisweilen, dass etwas mit ihr vorgegangen sein müsse. Der ganze Körper ist unempfindlich, nur über dem linken Ovarium scheint sie bei Druck Schmerz zu empfinden, da sie zuckt. In der Zwischenfallszeit ist immer das Ovarium sehr schmerzhaft, und durch starken Druck darauf kann man den epileptoiden Anfall hervorrufen, aber durch noch stärkeren Druck ihn nicht unterbrechen, eher verschlimmern. Von Temperaturmessungen hatte ich damals noch keine Kunde, dem Gefühl nach war keine höhere Temperatur wahrzunehmen.

Nach dem Anfall wurde eine reichliche Menge Urina spastica entleert, in der kein Eiweiss sich befand. Die Anfälle repetirten alle 3—4 Wochen, vom 7. Monat der Schwangerschaft an cessirten sie bis mehrere Wochen nach der Geburt, welche rechtzeitig und regelmässig vor sich ging. Das Kind war frei von allen Krampferscheinungen und ist es bis heute, wo das Mädchen

11 Jahr alt ist, geblieben. Seit dem Wochenbett hatte sich ein vehementer Kopfschmerz auf der Scheitelgegend eingestellt, der die Frau zu den alltäglichen Geschäften untauglich machte, indem jedes stärkere Geräusch, jede Erregung oder Anstrengung, selbst anhaltenderes lautes Sprechen, tagelang die heftigste Cephalaea hervorrief, so dass sie im dunklen, ganz stillen Zimmer zu Bett liegen musste. Als ich die Kranke sah, hatten die epileptoiden Anfälle bereits 2 Jahre gedauert, auf Intelligenz und Gedächtniss gar keinen Einfluss ausgeübt. Die Kräfte erschienen sehr reducirt, allgemeine Magerkeit war eingetreten. Die Exploration ergab: Retroflexion des ganz schlaffen, sehr hyperästhesirten Uterus; kein parametritisches Exsudat oder Narbe zu fühlen, linkes Laquear sehr schmerzhaft bei Druck, aber auch mit Hilfe der bimanuellen Untersuchung keine Anschwellung des Eierstockes zu entdecken. Schleimhaut der Vagina und der Portio vaginalis blass, blutleer kein Ulcus orificiale, geringe milchige Cervical-Absonderung. Alle bisher angewendeten Mittel waren vergeblich gewesen. Damir der ganze Zustand bei vorhandener Oligaemie tief und rein hysterisch erschien, schlug ich den Gebrauch von Altwasser vor. Mässiges Trinken des Georgbrunnen, und in Pausen gebrauchte 28 Bäder haben die Kranke von der Cephalaea wie von den epileptoiden Anfällen vollkommen befreit.

In Altwasser kamen zwei Anfälle, der 2. auf die erste innere Douche, weshalb ich diese einstellte. Zu Hause erschienen in den ersten Wochen noch zwei, seitdem bis heute kein Anfall mehr und nach einer 2 Jahre darauf in Cudowa gebrauchten Kur vollständige Restauration der Ernährung und des alten Wohlbefindens. Das Gewebe des Uterus ist viel straffer geworden, der Druck an demselben von aussen wie von der Vagina aus gar nicht mehr schmerzhaft, die Retroflexion bis auf ein Minimum gehoben, die Farbe der Schleimhaut rosenroth, die Menstruation tritt schmerzlos alle 4 Wochen in mittlerer Quantität ein.

Fall II.

Neuropathia hysterica exigua cum insultibus epilepticis. Subinvolutio uteri cum metritide chronica, retroflexione et descensu. Heilung der Gebärmutter, Hebung der allgemeinen Kräfte und der Ernährung durch Cudowa. Die epileptischen Anfälle nicht gehoben.

Frau S., Kaufmannsfrau aus einer kleinen Provinzialstadt, habe ich beobachtet im Winter 1871/72 in Liegnitz und im Sommer 1872 und 73 in Cudowa. Die brünnette, 24 Jahr alte ziemlich wohlgenährte Frau hatte zwei Kinder geboren, das letzte vor 10 Monaten. Die spinnwebengraue Farbe der Haut des Gesichts, wie sie bei tiefer uterinkranken Frauen sich findet, ist sehr stark ausgeprägt. — 13 Stunden nach der ersten Geburt bekam sie drei furchtbare eclamptische Anfälle, welche eine bleibende Schwächung des Gedächtnisses zurückliessen und ihr Nervensystem tief erschüttert haben. Es bildeten sich ohnmachtartige Anfälle aus, wöchentlich 1—2 Mal, bisweilen mehrmals an einem Tage, und gleichzeitig vehemente und anhaltende Kreuz-

schmerzen. Nach 5 Monaten wurde sie wieder gravida, die Ohnmachten kamen seltener und blieben in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ganz aus. Geburt, Wochenbett, Säugungsgeschäft verliefen normal, ohne Ohnmachten. Nach 5 Monaten trat die Regel ein und mit ihr ein heftiger epileptischer Anfall. Seitdem kehren diese Anfälle fast immer in den letzten 8 Tagen vor der Regel 2—3 Mal wieder, und fühlt sie sich in dieser Zeit sehr elend und schwach.

Als ich die Frau sah waren 2½ Jahr seit der Eclampsie vergangen. Exploration ergab: Leib weich, Leber nicht vergrössert, über dem Uterus und beiden Ovarien durch Druck kein Schmerz zu erzeugen, Uterus steht einen Zoll tiefer, ist etwas vergrössert, succulent anzufühlen, stark retroflectirt, an der Knickungsstelle schlaff, an der hintern Wand des supravaginalen Theiles äusserst schmerzhaft, Sonde mit der Cavität nach unten leicht einzuführen, und doch heftiger Schmerz durch die Berührung der Innenwand des Uterus veranlasst; Länge des Uterus 3½ Zoll. Beiderseits das Scheidengewölbe nicht schmerzhaft. Schleimhaut der Scheide und des Vaginaltheils blass, des letzteren mit bläulichem Ton durch die venöse Hyperaemie des Uterus, am Muttermunde ein 5 Pfennigstück grosses Geschwür. Uterus ist mit der Sonde aufrichtbar, aber nur unter heftigen Schmerzen und sinkt bald wieder zurück. Die Krampfanfälle treten folgendermassen auf. Ohne Aura fällt die Frau mit einem kreisenden Schrei um. Sofort beginnt Bewusstlosigkeit, starke Rückwärtsbeugung des Kopfes und tetanische Starre der Arme und Beine, die nur durch kleine Zuckungen der Glieder und der Gesichtsmuskeln unterbrochen werden. Der Tetanus ist während des ganzen Anfalls von 10—15 Minuten Dauer vorwiegend. Gesicht dunkel blauröth, geschwollen, die Kopf- und Halsvenen turgesciren, blutiger Schaum vor dem Munde, Augen stehen starr, Pupillen weit, unempfindlich, der ganze Körper anästhetisch, keine Ovarialhyperästhesie vorhanden, keine epileptogene Zone. Im Anfall fühlt sich der Körper heisser an, reichlicher warmer Schweiss bedeckt ihn. (Temperaturmessung nicht gemacht.) Nach dem Anfall mehrstündiger tiefer Schlaf und darauf grosse Mattigkeit, wie zerschlagen, Denken und Arbeiten fällt schwer, Gedächtniss geschwächt bis 2 Tage lang. Von dem Anfall gar kein Bewusstsein. Die Haut um die Augen, Schläfe, Seiten des Halses mit sehr vielen hirsekorn- bis linsengrossen Ecchymosen, bisweilen Biss in die Zunge. Der nach dem Anfall gelassene mehr dunkelgelbe Urin giebt manchmal eine schwache Reaction auf Eiweiss, nicht jedesmal. Zucker nie darin. In den Zwischenfallszeiten ist sie thätig und arbeitsam, nur die 8 Tage vor der Regel kann sie nicht viel leisten. Sie liebt mehr stilles, häusliches Leben, ist scheu, das Gedächtniss soll sehr gelitten haben. Kopf oft schmerzhaft und eingenommen, öfter tritt Schwindel oder Anwandlung ohnmachtähnlicher Schwäche ein. Von hysterischen Erscheinungen sind zu erwähnen, leichte Neigung zum Weinen, etwas launenhaftes Wesen von jeher, und schon in der Mädchenzeit oft vor der Regel eingetretene Ohnmachten mit reichlichen Entleerungen ganz wässrigen Urins.

Die in Liegnitz angewendete locale Behandlung hatte wohl Besserung der örtlichen Zustände zur Folge, aber auf die Anfälle gar keinen Einfluss. In Cudowa hat sie getrunken und gebadet, in der zweiten Kurwoche und wieder in den 8 Tagen vor der Regel einen Anfall gehabt. Nach 22 Bädern war sie nervös erregt, dass Hände und Beine zitterten, grosse allgemeine Schwäche und wiederholte Ohnmachtsanwendungen eintraten, die einen heftigen Anfall befürchten liessen, und schien es mir das Richtige, die Kur zu schliessen. Als sie im Frühjahr 1873 wiederkehrte sah sie viel gesünder aus und berichtete: ich bin im Winter viel wohler gewesen, Kopschmerz und Schwindel, sonst meist vorhanden, haben sich fast ganz verloren, das Gedächtniss ist viel stärker und das Nachdenken erzeugt keinen Schwindel mehr wie früher, die epileptischen Anfälle treten nur zur Zeit der Regel oder nach grossen Anstrengungen ein, bleiben aber dann bei der nächsten Regel aus und sind schwächer. Exploration ergab, Senkung des Uterus geringer, doch muss sie noch einen Ring tragen, Uterus kleiner, leichter, 3 Zoll lang, hinten fast gar nicht mehr schmerzhaft, ebenso bei Einführung der Sonde, Retroflexion gehoben. Hautfarbe des Gesichts weisser. — Die Kur wurde wieder mit Trinken und Baden unternommen. Nach dem 5. Bade ein leichter Anfall, bis zum 23. Bade Wohlbefinden. Unmittelbar nach diesem mitten zwischen zwei Regeln, ein furchtbarer Insult, der sich Nachmittags wiederholte und über das ganze Gesicht, Hals, Tonsillen, zahllose Ecchymosen zurück liess. Wegen der grossen Heftigkeit des Anfalls schloss ich die Kur. Der Winter ist so verlaufen, wie der vorhergehende, doch hat sich die allgemeine Schwäche noch weit mehr verloren, die Ernährung ist sehr gut und die Gesichtsfarbe weiss geworden. Die Exploration ergiebt ausser dem Descensus uteri nichts krankhaftes mehr. Dennoch sind die Anfälle immer wieder gekommen, aber nicht mehr mit den nachtheiligen Folgen wie sonst. Sie hat später noch zwei Kinder geboren, von denen das erste, ein Knabe, 6 Tage nach der Geburt unter Krämpfen starb, das zweite, ein Mädchen, lebend und gesund geblieben ist. Während der Schwangerschaft sind die Anfälle immer selten gewesen. Kein ferner gebrauchtes Mittel brachte eine Veränderung hervor; nur Bromkali in grösseren Dosen und lange gebraucht, hat die Anfälle schwächer, aber nicht seltener gemacht.

Es ist dieser Fall noch dadurch besonders lehrreich, dass er gewissermassen die Gleichheit der Eclampsie und Epilepsie demonstirt, indem hier die erstere in ihre quasi chronische Form die Epilepsie, direct übergegangen ist. Die Hebung der Uterinaffection hat nicht geheilt, aber doch gebessert, es hat also der Reiz der Nerven in dem kranken Uterus reflectorisch auf das epileptische Centrum reizend, und jedenfalls auf die Ernährung im Allgemeinen hindernd, sowie den Erethismus nervorum hystericus verschlimmernd gewirkt.

Fall III.

Hysterische Neuropathie mit Oligaemie und heftigen epileptoiden Anfällen. Zweimaliger Gebrauch von Cudowa. Vollkommene Heilung.

Frau B., Gelehrtenfrau, volle korpulente, grosse, blonde, blass aussehende Dame von 30 Jahren, Mutter dreier Kinder, geistig sehr entwickelt, nervös sehr erregbar und dabei so nervenschwach, dass sie zur Restauration der Nervenkraft täglich 2 Seidel ächt bairisch Bier und Mittags Wein trinken, dabei kräftige Fleischkost geniessen musste, sonst bekam sie Anfälle von ohnmachtähnlicher Schwäche und eine Hinfälligkeit, dass sie zu geistiger und körperlicher Arbeit unfähig war. Regel 4 wöchentlich, sehr reichlich, aber blassroth, ohne Schmerzen, zeitweise etwas milchigen Fluor albus. Uterus nach Versicherung des Hausarztes ganz gesund. Schmerzen im Unterleibe nie spontan empfunden, auch Druck darauf nirgends schmerzhaft. Sie war oft mit Migräne behaftet, launenhaft verstimmt, weinerlich, viel Flimmern vor den Augen. 1872 und 73 gebrauchte sie die Kur in Cudowa. Vor 4 Jahren, gegen Ende des 8. Mondmonats ihrer dritten Schwangerschaft, erschreckte sie über einen plötzlichen furchtbar krachenden Donnerschlag, welcher ein Gewitter eröffnete, dermassen, dass sie sofort mit einem Schrei zusammenstürzte und einen epileptoiden Anfall bekam, der nach 3—4 Wochen sich wiederholte und später in Pausen von 3—4 Monaten immer wiederkehrte. Geburt und Wochenbett verliefen regelmässig. Ein Jahr darauf concipirte sie wieder, abortirte mit 2 Monaten, kam bald nochmals in andere Verhältnisse, und abortirte nochmals mit 2 Monaten, beide Male unter heftigen Metrorrhagien. Hierauf erschienen die epileptoiden Anfälle öfter und die Kräfte schwanden in hohem Grade. Im Sommer 1871 besuchte sie das Bad Heringsdorf, erholte sich ziemlich, obschon dort zwei Anfälle auftraten, wurde im Herbst von einigen, im Winter von keinen, im März, April und Mai von drei Anfällen heimgesucht, den heftigsten von allen. Am 16. Juni 1872 kam sie nach Cudowa.

Ausser der Blässe und Nervenschwäche, ziemlich leerem, kleinem Pulse konnte man nichts Krankhaftes finden. Die Sensibilität überall normal, im Hypogastrium bei Druck kein Schmerz. Die Art der Anfälle kann ich nur nach der Schilderung der sehr intelligenten, sie begleitenden Mutter wieder geben, da ich den einzigen schwachen Anfall, welchen sie in beiden Jahren in Cudowa gehabt hat, nicht gesehen. Sie stürzt ohne Aura plötzlich mit einem Schrei zusammen, ist vollkommen bewusstlos und empfindungslos, zuckt stark mit den Gesichtsmuskeln, dreht den Kopf hin und her, wirft die Arme umher, nachdem sie zuerst steif waren, weniger die Beine, die mehr tetanisch bleiben. Das Gesicht wird ganz blass, seltener tritt weisser Schaum vor den Mund. Das Herz arbeitet heftig, Athem mühsam, unregelmässig, nicht röchelnd, mitunter seufzend. Nach 10—12 Minuten Ruhe und ein kurzer Schlaf, aus dem sie mit vollem Bewusstsein erwacht und nicht bald wieder einschläft. Einige Stunden lang sehr grosse Mattigkeit, dann Befinden wie

vor dem Anfall. — Intelligenz und Gedächtniss trotz der vierjährigen Krankheit unverändert geblieben. Die Dame hat 28 Bäder gebraucht und täglich 24 Unzen Brunnen getrunken, Alles vortrefflich vertragen, sich ausgezeichnet erkräftigt. Nach dem 5. Bade kam ein schwacher Anfall, im Herbst noch einer, im Winter keiner, im April 1873 einer, alle schwächer als früher. Während der Wiederholung der Kur 1873 kam kein Anfall und ist auch seitdem bis heute, 1879, keiner mehr wieder gekommen. Die sonst abundante Regel ist geringer, das Blut röther geworden, Gesichtsfarbe frischer, und die Kräfte ausserordentlich gehoben.

Es scheint, dass in diesem Fall, vermöge der directen und auf Blutleere beruhenden Schwäche des Nervensystems und der hysterischen Disposition der Nervencentra, das Nothnagel'sche Krampfcentrum durch den Donnerschlag nur hyperästhesirt worden ist, ohne dass es in die „epileptische Veränderung“ übergeführt worden wäre, und dass die directe Belebung der Nerven durch unsere kohlensäurereiche Quelle, sowie die durch die Blutverbesserung gehobene Ernährung derselben es vermocht hat, die Ueberreiztheit in Pons und Medulla oblongata zu beseitigen und die normale Function wieder herzustellen.

Fall IV.

Vollendete Hysterie mit hysterischer Paralyse der Unterextremitäten, nebst zahlreichen epileptoiden Anfällen und Anfallsgruppen. Oligaemie. Durch zweimaligen Gebrauch von Cudowa in allen Zuständen ganz wesentliche Besserung. Paralyse gehoben.

Frau v. P., grosse, stattliche, blasse, aber kräftig genährte, 35 Jahre alte, feingebildete Dame, seit jeher von sehr nervöser, in das Hysterische spielender Constitution, war im Sommer 1877 und 78 in Cudowa. Sie hat fünf Kinder geboren und im vorletzten Wochenbett vor 10 Jahren nach heftigem Aerger Anfälle von hysterischem Wein- und Brustkrampf mit leichten allgemeinen Zuckungen bekommen. Eine später noch erfolgte heftige Gemüthserschütterung gab die Veranlassung zum Ausbruch von Weinkrampf, der bald in heftige allgemeine Convulsionen mit Bewusstlosigkeit überging. Diese Anfälle kehrten dann mindestens alle 8 Tage wieder, theils ohne theils auf äussere Veranlassungen, namentlich psychische Erregungen oder auch körperliche, durch Anstrengungen oder Reizungen der hyperästhesirten Hautnerven. Eine neue Gravidität, mit normaler Geburt und normalem Wochenbett, hielt die Anfälle viel länger zurück. — 9—10 Wochen nachher traten die Regeln ein, (sie nährte nicht) und damit wieder ein heftiger Anfall. Seitdem (acht Jahre) sind dieselben bald seltener, bald häufiger, bisweilen auch in Paroxysmen-Gruppen (6—10 Anfälle an einem Tage) wiedergekehrt. Kein Mittel hat etwas Wesentliches genutzt, nur Bromkali macht die Anfälle schwächer, aber seltener auch nicht. Ihr Auftreten bindet sich nicht direct an die Menstruation, doch kommen sie die letzten 3 Tage vorher gern öfter und heftiger, die Regel ist schmerzlos, 4 wöchentlich, ziemlich stark, geronnene Stücken dabei, nachher einige Tage milchiger Fluor albus in mässigem Grade. Spon-

tane Schmerzen im Unterleib vorübergehend vorhanden; bei Druck aber ist die ganze Regio hypogastrica schmerzhaft, tieferer Druck erzeugt überall dort einen Anfall, den noch tieferer nicht coupirt. Aber es besteht auch eine Hyperästhesie der gesamten Hautnerven, so dass ein festeres Anfassen der Arme schon einen Anfall auslösen kann, und eine so grosse Hyperästhesie der Hals- und Rückenwirbel, dass das weiche Bett sie drückt, und nur das Anlegen der Finger an die Processus spinosi einen Anfall hervorruft. Sie leidet viel an Migräne, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen, längeres Unterhalten und viele Personen im Zimmer verträgt sie nicht, auch muss das Licht immer gedämpft gehalten werden. Zu allen diesen Leiden kam noch eine etwa 7 Jahre bestehende, ziemlich plötzlich entstandene hysterische Paralyse beider Beine, so dass sie nur einige Augenblicke stehen und nur einige Schritte die Beine fortschleifen konnte, also stets im Rollstuhl gefahren werden musste. Sie war 2 Mal im Seebade, 2 Mal in Franzensbad gewesen, und hatten diese Kuren einen wesentlichen Erfolg nicht gehabt, kaum etwas die Paralyse vermindert. Elektrizität musste aufgegeben werden, weil sie heftige Schmerzen und Krampfanfälle verursacht hatte. Als ich die Dame sah, bestand ganz der geschilderte Zustand.

Anästhetische Stellen waren am ganzen Körper nicht zu finden, dagegen war sie überall so schmerzhaft, dass bei irgend etwas stärkerem Druck der Anfall ausbrach. Eine Exploratio interna verweigerte sie aus demselben Grunde und weil der Hausarzt dies gethan und sie versichert habe, sie sei innerlich gesund.

Die Kur liess ich sehr vorsichtig brauchen, erst nur alle zwei Tage halb Mineral- halb Süsswasser baden, innerlich täglich nur einige Unzen lauen Brunnen trinken, da der kalte nicht vertragen wurde. — Innerhalb der ersten 14 Tage kamen oft Anfälle, auch eine Anfallsgruppe von 10 Anfällen innerhalb 36 Stunden, so dass ich dieselben wohl beobachten konnte. Sie begannen ohne weitere Vorboten mit einem langen Seufzer, bei dem das Gesicht noch blasser und verzogen wurde, einzelne Gesichtsmuskeln zuckten, die Augen offen, stier, bisweilen leises Knirschen der Zähne, kein Schaum vor dem Munde, Bewusstsein total verschwunden, der Körper unvollkommen anästhetisch, so dass Druck auf die oberen Brustwirbel und auf die Regio hypogastrica den Anfall verschlimmerten, Druck an Arme, Beine, Kopf, untere Rückenhälfte nicht. Die Arme wurden in unbiegsamer Streckung langsam in weiten Kreisen umhergeführt, dann langsam gebogen und fest angezogen, dann wieder gestreckt und umher bewegt. Beine sind ebenfalls gestreckt, ganz steif, einige Muskelzuckungen darin, selten werden sie flectirt und bald wieder gestreckt. Athem mühsam, unregelmässig, nicht stertorös, Herz arbeitet stark, schlägt mit der Spitze hart und breit an; Puls klein, gespannt, 100 bis 120 Schläge. So dauert der Zustand 4—6 Minuten, dann scheint Ruhe einzutreten, aber bald beginnen die Krämpfe wieder. Solche Remissionen sind meist zwei in einem Paroxysmus, dann folgt wirkliche Ruhe und ein kurzes, nur Minuten langes comatöses Stadium, aus welchem sie erwacht, so dass die ganze Scene mit Coma 25—30 Minuten dauert. Das Bewusstsein kehrt

während des Anfalls nicht wieder, ist aber bald nach dem Erwachen ganz klar. Selten taucht eine dunkle Erinnerung auf, dass sie wohl wieder Krämpfe gehabt habe. Die Hyperästhesie der Haut ist nach dem Anfall noch grösser, sie fühlt sich sehr angegriffen und überall schmerzhaft, wie zerschlagen, bleibt einige Stunden zu Bett, worauf ihr wieder wie immer ist. Auf die Paralyse der Beine haben die Anfälle keinen Einfluss; nach denselben wird reichlich heller Urin gelassen, der niemals Eiweiss oder Zucker enthielt. Die Temperatur ist im normalen Zustand $37-37,5^{\circ}\text{C}$., im Anfall steigt sie, wenn er schwach ist, gar nicht, bei heftigen um $4-5$ Zehntel Grad. An dem Tage der Paroxysmengruppe, war die Temperatur in dem 5. Anfall $38,5$ und fiel gegen Ende der $\frac{3}{4}$ stündigen Pause bis 38°C . — Auch in den folgenden Paroxysmen stieg die Temperatur nie über $38,8$ und sank in der Zwischenzeit immer wieder um einige Zehntel Grade.

In den Zwischenanfallstagen ist die Dame lebhaft, will zerstreut sein, spricht gern, liebt eine feine Toilette, ist neugierig, treibt französisch, englisch, Belletristik etc. Ihr Geist hat in den 8 Jahren nicht gelitten, die Körperfülle soll etwas abgenommen haben. Die Bäder wurden allmählich besser vertragen, in den 12 Tagen vom 12. bis 18. Bade (sie hat immer nur alle 2 Tage gebadet) trat kein Anfall auf. Dann kehrten sie wieder, sie fühlte sich auch wieder angegriffener, leidender, und bekam Abneigung zu baden, kurz es schien mir die Sättigung mit der Kur eingetreten und ich schloss mit 21 Bädern.

Der Winter war sehr gut, nur wenige Anfälle während desselben, auch die Beweglichkeit der Füße war wesentlich besser geworden.

Als ich die Dame im Frühjahr 1878 wieder sah, konnte sie mit einem Stock im Zimmer frei und rasch, viele Minuten lang, umhergehen, selbst eine Strecke im Freien, obwohl sie sich ängstigte und deshalb fahren liess. Sie spielte Clavier, stand auf den Stock gestützt 15—20 Minuten und sang eine schwierige Arie mit volltönender Stimme. Die allgemeinen Kräfte hatten sich ausserordentlich gehoben, sie erschien auch besser genährt und nicht mehr so blass. Die Hyperästhesie der Haut hatte unvergleichlich abgenommen, über der Regio hypogastrica war sie nur unbedeutend schmerzhaft und man konnte die Processus spinosi der Hals- und oberen Rückenwirbel dreist anfassen.

Die Kur griff nicht so an wie die vorjährige, obwohl doch wieder in den ersten Tagen Anfälle eintraten. Eine Anfallsgruppe kam nicht zum Vorschein. Vom 17. Bade ab erschienen wieder Anfälle, deshalb schloss ich die Kur ebenfalls mit 21 Bädern. — In diesen Tagen erhaltene Nachrichten über den Winter lauten sehr günstig: die Anfälle sind nur ganz vereinzelt und schwach wiedergekehrt, die Beweglichkeit der Füße ist retabliert, sie geht im Zimmer und im Freien umher, nur dass sie noch leicht ermüdet. Eine dritte Kur wird, hoffe ich, auch in diesem eingewurzelten und verzweifelten Falle doch noch Heilung bringen.

Fall V.

Hysterische Neuropathie mit ausgesprochener Oligaemie und hochgradigen epileptoiden Anfällen verbunden. Subinvolutio uteri mit vasoparetischer Hyperaemie und sehr hoch entwickelter Hyperaesthesie des Uterus und der Ovarien. Einmaliger Gebrauch von Cudowa. Heilung.

Frau J., beobachtet im Sommer 1877 in Cudowa, Gelehrtenfrau, 31 Jahr alt, corpulent, sehr beweglich und gefallsüchtig, hat mit 17 Jahren geheirathet, bis 22 Jahr 4 Kinder geboren; 1874 einmal abortirt. Wenige Tage nachher entstand Metrophlebitis, Pyämie und vielfache Thrombosen mit heftigen Beklemmungen, aus denen sich Brustkrampfanfälle entwickelten. Reconvalescenz schwer und langsam. Ein Vierteljahr nach dem Abort trat der erste epileptoide Anfall als Folge einer heftigen Gemüthsregung auf, dem erst ein halbes Jahr später der zweite folgte. Dann wurde sie wieder gravida. Während der Schwangerschaft keinen Anfall, sie fühlte sich jedoch sehr elend. Geburt schwer mit bedeutenden Blutungen. Im Wochenbett kein Fieber, aber am 7. Tage ein lebensgefährlicher epileptoider Anfall ohne erkennbare Veranlassung. Nach einem kurzen Zustand allgemeiner Unruhe, Zusammenschnüren des Halses, Beklemmung und Uebelkeit, brachen plötzlich allgemeine Convulsionen aus, Strecken der steifen Arme, langsames Umherbewegen derselben, wie bei heftigem Dehnen, zeitweise Zuckungen in den ebenfalls gestreckten und steifen Beinen. Die Gesichtsmuskeln zuckten, Augen offen stehend, Augäpfel umhergerollt, biss sich in die Zunge und es trat blutiger Schaum vor den Mund. Das Bewusstsein war von Beginn der Krämpfe an total verschwunden. Der ganze Anfall dauerte etwas über eine halbe Stunde, doch nicht in gleicher Intensität, sondern mit Remissionen von 2—3 Minuten, wo sie still lag mit schwer oft durch Seufzen unterbrochener nicht röchelnder Respiration.

Die Besinnungslosigkeit dauerte fort, bis der Anfall ganz beendet war. Dann trat kein Schlaf ein, aber äusserst heftiger Kopfschmerz mit Uebelkeit. Das Bewusstsein blieb noch $\frac{1}{2}$ Stunde lang unklar, sie antwortete jedoch unpassend, kannte sich und die Umgebung nicht und hatte später nicht die mindeste Erinnerung von Allem, was vorgegangen war. Die Zunge blieb noch eine kurze Zeit schwer, so dass sie nicht sprechen konnte. Zwei bis drei Tage fühlte sie sich am ganzen Körper schmerzhaft, wie zerschlagen und hatte heftige Rückenwirbelschmerzen mit empfindlichem Druckgefühl im Hinterkopf; jede etwas stärkere Bewegung that ihr wehe. Dieser Anfall hat sich etwa alle 8—12 Wochen einmal wiederholt, aber stets in derselben Art, Stärke und Dauer, so dass öfter zwei Aerzte herbei gerufen wurden, weil man immer den tödtlichen Ausgang befürchtete. In den Zwischenzeiten erschien sie munter, lebhaft, Appetit und Ernährung gut, geistige Fähigkeiten vorzüglich, nur klagte sie über fast fortwährende Schmerzen am Herzen, zeigte sich verstimmt, weinerlich, launenhaft und sah blass aus. Die Menstruation erschien seit dem Wochenbett äusserst gering und blass, jedoch schmerzlos; seit dem

letzten halben Jahre Fluor albus. Längere Zeit gebrauchte sie Stahlpillen, welche ihr allgemeines Befinden verbessert und sie wesentlich erkräftigt hatten.

Die behandelnden Aerzte und ein Consiliarius schrieben mir, dass die Patientin an Epilepsie leide, und dass ich sie wegen der vorhandenen Blutleere nur Eisenwasser trinken lassen solle, da die Bäder gegen die Epilepsie doch nichts leisten würden. Jedoch erweckten die deutlich erkennbare hysterische Disposition der Dame, die charakteristische hysterische Aura, die eigenthümlichen Bewegungen der Arme, die Remissionen im Anfall, die hysterischen Rückenwirbelschmerzen, die sehr häufigen Schmerzen am Herzen in den Zwischenanfallszeiten, das geistige und körperliche Wohlbefinden in denselben, und die vorzügliche Ernährung des Körpers, sowie der Ursprung der Krankheit im Wochenbett, in mir den Verdacht eines hysterisch epileptoiden Charakters des Leidens und die von mir angestellte, bisher nicht vorgenommene Exploration bestärkte mich in dieser Ansicht. Der Leib war fett, weich und voll anzufühlen, Leber und Milz nach Percussion nicht vergrössert. Druck über Uterus und beiden Ovarien äusserst schmerzhaft, ein dort über allen drei Organen rasch und tief ausgeübter Druck presste ihr laute Schmerzensschreie aus, erzeugte aber keinen Anfall.

Interne fand ich den Uterus mässig antevvertirt, nicht flectirt, leicht beweglich, überall, namentlich an der hintern Wand des supravaginalen Theiles schon bei leiser Berührung ausserordentlich schmerzhaft, ebenso bei bimanueller Untersuchung von den Bauchdecken aus die ganze hintere Wand des etwas vergrösserten, seit dem Puerperium noch nicht gänzlich zurück gebildeten, wie die Sondenuntersuchung ergiebt, $3\frac{1}{4}$ Zoll langen Uterus. Scheide schlaff, weit, Schleimhaut derselben und noch mehr die des Vaginaltheils, dunkel blauröth, stark venös hyperämirt, an dem Saum des etwas geöffneten Orificium externum kleine oberflächliche Erosion. Aus dem Cervicalcanal floss ein geringes Quantum dicklich milchigen Secretes.

Demgemäss konnte ich die Diagnose wohl nur auf eine von Atonie des Uterus abhängige Subinvolution desselben mit vasoparetischer venöser Hyperämie der inneren Sexual-Organen und hoher nervöser Hyperästhesie derselben stellen. Gerade diese Zustände indicirten aber direct den Gebrauch der Bäder, und da ich den Gedanken eines Zusammenhanges dieser bedeutenden Hyperästhesie des Uterus und der Ovarien, mit den Krampfanfällen als sehr wahrscheinlich fand, obschon der Druck keinen Anfall ausgelöst hatte, so hegte ich die Hoffnung, die Bäder könnten auch gegen die Krämpfe etwas leisten. Es wurde mit Trinken von 2 Mal 6 Unzen Cudowaer Brunnen und Bädern mit $\frac{1}{3}$ Süsswasserzusatz begonnen. Da letztere keine Erregungen verursachten, ging ich nach 5 Bädern zum vollen Mineralwasser über. Brunnen wurde allmählich bis 5 Mal 6 Unzen pro Tag getrunken. Zuerst Gefühl der Ermattung und zeitweise spontane Schmerzen tief im Unterleib, nach dem 9. Bade ein schwacher Krampfanfall, welcher aber den hysterischen Charakter vorwiegend markirte, indem er mit Brustbeklemmung, Angst, heftigen Schmerzen am Herzen begann, dann erst in Bewusstlosigkeit und schwache allge-

meine Zuckungen übergang, kein Biss in die Zunge und kein Schaum vor dem Munde. Der ganze Zustand hat gegen $\frac{1}{4}$ Stunde gedauert. Als ich, hinzugerufen, eintrat, fand ich die Patientin vollkommen bei sich, über Hinterkopfschmerz und Uebelkeit klagend, Sprache ganz normal, Temperatur 37,5, wie sie dieselbe öfter hatte, Puls 88 klein, schwach, im Gesicht sehr blass. Der eine Stunde darauf gelassene Urin war blass, ohne Eiweiss und ohne Zucker. Sie fühlte sich den nächsten Tag matt, aber kein Vergleich gegen sonst; auch waren die Rückenschmerzen gering. Im weiteren Verlauf der Kur ist kein Anfall mehr aufgetreten, die spontanen Schmerzen im Unterleibe haben sich ganz verloren, desgleichen der Fluor albus, Menstruation war noch sehr gering, jedoch etwas röther. Da die Bäder so gut vertragen wurden, liess ich 28 Mineralwasserbäder nehmen. Die Exploration am Ende der Kur ergab: Druck über dem Uterus nur noch ganz unbedeutend schmerzhaft über den Ovarien gar nicht mehr. Uterus steht normal, ist nur hinten noch etwas schmerzhaft, nicht mehr vergrössert, $2\frac{3}{4}$ Zoll lang, die Schleimhaut des Vaginaltheils blass bläulichroth, das Cervicalsecret ganz unbedeutend. Frau J. sieht nicht mehr so bleich aus und fühlt sich viel kräftiger. Bis jetzt, also fast 2 Jahre ist kein Anfall mehr wiedergekommen.

Fall VI.

Hysterie mit epileptoiden Anfällen. Oligaemie. Heilung durch einmaligen Gebrauch von Cudowa.

Frau P., Gelehrtenfrau, beobachtet im Sommer 1878 in Cudowa, sehr bewegliche, reizbare, launenhafte, vergnügungssüchtige Frau von 38 Jahren, hat vier Kinder geboren, das letzte vor zwei Jahren, wobei sie sehr viel Blut verlor. Ein heftiger vor einem Jahre während der Menstruation erlittener Gemüthsaffect steigerte die kleinen Attaquen von Brustkrampf, an denen sie früher schon dann und wann gelitten, zu einem heftigen Anfall mit allgemeinen Zuckungen und Bewusstlosigkeit. Es trat erst Weinen und Schluchzen, dann der Brustkrampf auf und etwa 3—4 Minuten später erfolgten Zuckungen einzelner Muskeln, in den ausgestreckten, aber nicht tetanisch steif gehaltenen, sondern zeitweise flectirten und wieder extendirten Armen und Beinen; der Rumpf war steif, hintenübergebogen. Augen offen, starr auf einen Punkt geheftet, leichte Zuckungen der Gesichtsmuskeln, kein Schaum vor dem Munde, nach etwa 10 Minuten Erwachen mit einem tiefen Seufzer und noch vorhandener Brustbeklemmung, sofort volles Bewusstsein, nur schmerzhaft an Armen und Beinen bei stärkeren Bewegungen. In den Zwischenanfallszeiten klagte sie über nichts als über allgemeine Mattigkeit, schnelle Ermüdung, grosse nervöse Reizbarkeit, und sah blass aus, obwohl die Ernährung gut war. Die Intelligenz hatte in keiner Weise gelitten. Seit jenem Anfall trat nun selten, ohngefähr in Pausen von zwei Monaten, meist nach Anstrengungen oder stärkeren Erregungen, statt des früheren Weinkrampfes der epilep-

toide Anfall in der oben geschilderten Weise ein. Die Regel war vierwöchentlich, ziemlich stark, ohne Schmerzen, ebenso hatte sie nie spontan im Unterleibe Schmerzen gehabt und die äussere und innere Untersuchung ergab nichts abnormes.

Bäder und Brunnen wurden gut vertragen, nach dem achten Bade ein unbedeutender Insult, Weinkrampf und einige Minuten nach dessen Beginn leichte Zuckungen mit kaum 5 Minuten dauernder Bewusstlosigkeit. Eine Stunde darauf ging sie spazieren und fühlte keine Schmerzen in den Gliedern, überhaupt nichts mehr von dem Anfall. Von da ab ist bis heute, also seit 8 Monaten kein epileptoider Insult und kein Weinkrampf mehr dagewesen: die Frau hat 24 Bäder genommen, täglich 4—5 Mal je 6 Unzen Cudowaer Brunnen getrunken, uns wohl aussehend und wesentlich erkräftigt verlassen.

Obschon der Fall einer der leichteren ist, so zeigen sich gerade bei ihm die hysterischen Momente im epileptoiden Anfall unverkennbar deutlich, so dass hier die Diagnose nicht zweifelhaft sein konnte.
