

XXXVIII.

Ueber das Verhältniss der Hysterie und einzelner nervöser Symptome zu der Gynäcologie.

Von

Dr. Holst

in Riga (Livland).



Es könnte wohl für ein kühnes Unternehmen gehalten werden, sich an die Besprechung dieses Themas zu machen. Sollte es sich um eine erschöpfende Bearbeitung dieser Frage handeln, so würde ich mich auch nicht an dieselbe wagen, denn auf welchen Wegen und durch welche Vorgänge das gesammte Nervensystem — denn in seiner Gesamtheit ist es ja afficirt bei dem Krankheitszustande, den wir Hysterie nennen — in Abhängigkeit steht von den physiologischen und pathologischen Vorgängen in den weiblichen Geschlechtsorganen, das klar zu legen, kann mir nicht in den Sinn kommen. Ich möchte, vom practischen Standpunkte ausgehend, nur einige diesen Gegenstand berührende Fragen erörtern. Ich möchte durch die nachstehenden Betrachtungen nur dazu beitragen in dem mit gleichem Rechte sowohl von Gynäcologen als von Neuropathologen als ihre Domäne angesehenen und dem entsprechend bearbeiteten Felde einige Grenzmarken festzustellen, wo meiner Meinung nach die ausschliessliche Arbeit des Einen aufhören und die des Anderen beginnen sollte.

Ich möchte dazu mit der allgemeinen Frage beginnen: In wie weit ist die Abhängigkeit der Hysterie — in welcher Form sie auch auftreten mag — von Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane in pathologischer und therapeutischer Beziehung zulässig? Dann erst möchte ich noch speciell dasselbe Verhältniss in Bezug auf einzelne Symptomenbilder besprechen.

Ein Zweifel darüber, dass ein inniger Causalzusammenhang zwischen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane und des Nervensystems existirt, kann beim heutigen Stande der Wissenschaft nicht mehr bestehen. Ging man aber bei den ersten Anfängen der medicinischen Wissenschaften, wie man den Namen „Hysterie“ schuf, so weit, diesen Causalnexus für das vielgestaltige Bild einer allgemeinen Neurose als charakteristisch, so zu sagen als conditio sine qua non anzunehmen, so ist man in späterer Zeit, sobald das Studium der Nervenkrankheiten ein selbstständiges Specialfach wurde, doch widerspruchslos dazu gekommen, die Alleingültigkeit dieses ätiologischen Momentes für die Hysterie fallen zu lassen. Man ist überzeugt von der Existenz einer Hysterie auch ohne Erkrankung der Gebärmutter, man leugnet auch nicht das Vorkommen einer *Hysteria virilis* und einer *Hysteria puerilis*. Man hat nur den althergebrachten Namen ohne Rücksicht auf seine Etymologie beibehalten, weil sich unter ihm schon der Begriff einer ganz bestimmten Krankheitsgruppe gebildet hatte.

Die immerhin noch hohe Bedeutung der Erkrankungen des weiblichen Geschlechtsorgans in der Aetiologie der Hysterie soll darum durchaus nicht in Abrede gestellt werden. Schon *a priori* werden wir darauf geleitet, wenn wir in Erwägung ziehen das unbestreitbare Factum, dass das Nervensystem des weiblichen Körpers in hohem Grade abhängig ist von den physiologischen Vorgängen in dem Geschlechtsleben desselben, von Menstruation, Schwangerschaft und Lactation.

Lassen wir also hier den Umstand, dass es auch andere Ursachen zur Entstehung der Hysterie geben kann und vielfach giebt, ausser Acht, so müssen wir eben constatiren, dass Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane eine sehr häufige Ursache der Hysterie sind. Es kommt aber darauf an, sich ein richtiges Bild darüber zu machen, wie dieser ursächliche Zusammenhang zu denken ist.

Vor allen Dingen ist hervorzuheben, dass zur Entstehung der Hysterie immer und unter allen Umständen eine Prädisposition, und zwar in den meisten Fällen eine hereditäre Anlage geboten sein muss. Ist diese nicht vorhanden, so wird keine Erkrankung der weiblichen Genitalorgane eine Hysterie zur Folge haben.

Weiter aber muss man sich darüber klar sein, dass nicht die Flexion oder Version der Gebärmutter, nicht die chronische Metritis oder die Muttermundserosionen, nicht der Gebärmutter-Catarrh oder die Oophoritis es sind, die als solche und an sich den eigenthümlich weitgehenden Einfluss auf das ganze Nervensystem der Frau haben,

der eben die Symptome der Hysterie hervorruft. Der Vermittler zu diesen letzteren ist in erster Reihe nur ein besonderer Reizzustand in gewissen Nervengebieten der Genitalsphäre; der offenbar nach der physiologischen Anlage des Nervensystems in besonders hohem Grade die Tendenz hat, zunächst Reflexerscheinungen, und zwar vorwiegend im vasomotorischen System, dann weiter aber auch bleibende Ernährungsstörungen im gesamten Nervensystem hervorzurufen.

Dieser eigenthümliche Reizzustand in dem Nervensystem des Sexualorgans kann nun freilich hervorgerufen oder mindestens gesteigert werden durch irgend eine Erkrankung des Uterus oder der Ovarien, er kann aber auch ganz unabhängig von einer solchen als eine selbstständige Neurose bestehen. Kein Gynäcologe wird es bestreiten, dass es Fälle von Hysterie giebt, in denen auch die sorgfältigste Untersuchung keine Spur einer Organerkrankung in Uterus und Ovarien und ihren Adnexen erkennen lässt. Und doch können auch diese Fälle ursächlich bedingt sein in einem krankhaften Zustande der Geschlechtsphäre, d. h. in einer Neurose dieser Organe.

Ferner müssen wir aber noch einen Umstand berücksichtigen. Mag eine Hysterie nun bedingt sein durch eine blosse Neurose im Gebiete der Genitalnerven oder mag diese wieder hervorgerufen, resp. gesteigert worden sein durch eine palpable Organerkrankung, immerhin lässt es sich nicht anders annehmen, als dass die durch sie hervorgerufene Ernährungsstörung des gesamten Nervensystems, die wir eben klinisch unter dem Ausdruck Hysterie verstehen, über kurz oder lang zu einem selbstständigen Krankheitszustande wird. Damit hört dann für die Folge der Causalzusammenhang zwischen der Erkrankung in der Genitalsphäre und der Hysterie wieder auf. Inzwischen kann die ursächliche Localerkrankung fortbestehen oder nicht, die Hysterie ist eben selbstständig geworden.

Diese eben ausgesprochenen Anschauungen haben nicht nur die Bedeutung einer theoretischen Hypothese, sie haben auch einen grossen practischen Werth, denn sie müssen von wesentlichem Einfluss sein auf die Behandlung der Hysterie. Hier eben ist der Punkt, wo ich das Grenzgebiet zwischen der Thätigkeit des Gynäcologen und der des Neuropathologen, wenn auch nur annähernd, festgestellt wissen möchte. Beim practischen Handeln stellt sich der Unterschied in den Anschauungen erst grell heraus, ob man die Hysterie für hervorgerufen hält durch eine Retroflexio uteri etc. oder durch einen colossal gesteigerten Reizzustand in den sensibeln Gebärmutternerven, der freilich wiederum wohl durch die Retroflexio etc. mit beeinflusst sein

kann. Im ersten Falle wäre ja selbstverständlich die einzige Indication des therapeutischen Handelns die Beseitigung der Retroflexio etc. Im zweiten Falle dagegen lautet die Indication: Herabsetzung des Reizzustandes und der gesteigerten Reflexerregbarkeit von den Uterinnerven aus mit reiflicher Ueberlegung, ob die mechanische Behandlung der Retroflexio etc. uns diesen Dienst auch leisten wird, oder ob sie nicht im Gegentheil ein neues Reizmoment für die sehr empfindlichen sensiblen Gebärmutternerven abgeben würde.

Ich glaube nun, dass in dieser Beziehung oft Versehen begangen werden von Seiten der Herren Gynäcologen. Man verzeihe mir das Urtheil; ich will auch zugeben, dass ebenso oft von Seiten der Neuro-pathologen nach der anderen Seite, d. h. in der Vernachlässigung der gynäcologischen Behandlung, derselbe Fehler begangen wird. Es liegt das eben in der Natur der Sache, dass bei der immer weiteren Ausbildung der einzelnen Specialfächer die Gefahr nahe liegt, dass der Specialist nur die ihn speciell interessirende Erkrankung im Auge hat und dabei alle übrigen krankhaften Zustände zu wenig berücksichtigt. Ja, es kommt dabei noch ein anderer Umstand zur Sprache, mit dem ich auch keinen Vorwurf aussprechen, sondern nur ein Factum constatiren will. Von einer vorgefassten Meinung ausgehend, glaubt der Gynäcologe in diesen Fällen das Vorhandensein einer Erkrankung annehmen zu müssen, wo er eine solche auch nicht constatiren kann. Dieser letztere Fall bezieht sich besonders auf die später noch genauer zu besprechende sogenannte Ovarialhyperästhesie.

Zu welchen Extremen ein solcher Standpunkt führen kann, beweist ein unter dem Titel: „Nervös“ von Dr. Frank in dem Erlenmeyer'schen Centralblatt für Nervenheilkunde etc. 1880 No. 16 veröffentlichter Artikel. Die darin enthaltenen Anschauungen über die absolute Abhängigkeit der Hysterie (der Ausdruck „nervös“ ist nämlich nach dem Verfasser identisch mit Hysterie) von Erkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane sind geradezu naiv.

Wie wohl zu erwarten war, ist bereits von gynäcologischer Seite, und zwar von Dr. Freudenberg in No. 19 desselben Blattes ein Protest gegen solche Lehren eingelegt. Auf die letztgenannte Arbeit komme ich im Späteren noch zurück, weil ich in derselben zum ersten Male von Seiten eines Gynäcologen im Allgemeinen meine Anschauungen über die in Rede stehende Frage bestätigt finde.

Wenn ich mich oben dahin ausgesprochen habe, dass meiner Meinung nach von den Herren Gynäcologen bei ihrem therapeutischen Handeln der Hysterie gegenüber nicht genügende Rücksicht auf die

Zustände des Nervensystems genommen wird, so habe ich damit auf drei Punkte die Aufmerksamkeit lenken wollen: Erstens auf die physiologische Eigenthümlichkeit des Nervensystems der Genitalorgane, dass dasselbe besonders leicht erregbar ist und in Folge dessen auch besonders leicht die Quelle zu Reflexvorgängen in anderen Systemen abgibt. Zweitens scheint mir der Umstand beachtenswerth, dass wohl keine Localbehandlung in dem Grade verbunden ist mit psychischen Erregungen, wie diejenige der weiblichen Geschlechtsorgane. Drittens endlich möchte ich als Resultat der beiden erstgenannten Erwägungen die Frage erörtert wissen: Wie verträgt im einzelnen Falle das in abnorm reizbarem Zustande befindliche Nervensystem der Genitalorgane die zur localen Behandlung erforderlichen Eingriffe?

Werden von Seiten der Herren Gynäcologen diese drei Punkte immer genügend berücksichtigt? Ich glaube nicht. Der Gynäcologe hat eben nur die Retroflexio, die Metritis, die Muttermundserosionen u. s. w. im Auge und behandelt sie vollkommen lege artis, ja sogar auch mit dem besten Erfolge, die Gebärmutter-Affection ist wirklich beseitigt, die Hysterie aber nur zu oft gar nicht, ja sie kann sogar in noch gesteigertem Grade fortbestehen. Diese Beobachtung habe ich nicht selten gemacht, sie hat mich auch gar nicht gewundert, denn bei meiner Auffassung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Gebärmutterleiden und der Hysterie lässt es sich sehr wohl erklären, dass die hyperästhetischen Nerven der Gebärmutter, selbst wenn sie auch durch die Knickung des Organes in diesen Zustand versetzt worden sind, doch die Folgen einer mechanischen Behandlung gar nicht vertragen haben, sondern nur mit einer weiteren Steigerung ihres Reizzustandes auf dieselbe reagiren. In Anerkennung dieser Thatsache hat darum auch Freudenberg sich in dem oben citirten Aufsatz folgender Weise ausgesprochen: „Allgemeine Nervosität ist sogar eine Contraindication gegen Localtherapie (sc. der Gebärmutter)“. An einer anderen Stelle sagt er: „Ich glaube in der That, dass bei beginnender Nervosität durch eine Digitaluntersuchung sowie durch Dilatation mit gründlicher Ausspülung häufig weit mehr geschadet wird, als durch die Unterlassung solcher Exploration und Therapie“. Solche Aussprüche von einem Gynäcologen haben natürlich einen doppelten Werth.

Wenn ich einerseits vor der übermässigen Aktivität der Gynäcologen hysterischen Kranken gegenüber gewarnt habe, so muss ich doch andererseits auch ganz ausdrücklich erwähnen, dass es gewiss viele Fälle giebt, in denen der Neuropathologe nicht ohne die Hilfe

des Gynäcologen mit seinen Hysterischen fertig werden kann und wo sich die letztere Specialwissenschaft gewiss glänzende Verdienste erworben hat um die Bekämpfung der vielfachen hysterischen Leiden. Nur sollen dabei die oben genannten drei Punkte nicht aus den Augen gelassen werden und soll eben die gynäcologische Localtherapie nicht unter allen Umständen für indicirt gehalten werden.

Die erste Aufgabe sowohl der Neuropathologen als der Gynäcologen bei der Behandlung der Hysterie, so weit man sie für bedingt hält durch Zustände in der Genitalsphäre des Weibes, sollte immer nur die sein, die gesteigerte Erregbarkeit der Uterin- resp. Ovarial-Nerven herabzusetzen. Leider sind sowohl die Neuropathologen als auch die Gynäcologen von der Erreichung dieses Zieles in vielen Fällen noch sehr weit entfernt. Zunächst hat noch in dem einen Fall der Eine, in dem anderen Fall der Andere mehr Chancen es zu erreichen. Das sollte in dem einzelnen Falle gehörig abgewogen und erst danach gehandelt werden.

Haben wir im Vorstehenden die Frage wegen des Verhältnisses der Gynäcologie zu gewissen Neurosen ganz im Allgemeinen betrachtet, so möchte ich jetzt noch auf ein Paar specielle klinische Symptome zurückkommen, die mir auf dem Grenzgebiete zwischen den Domänen der Neuropathologie und der Gynäcologie zu liegen scheinen und bei denen mir die Klarlegung dieser Grenze besonders von practischer Bedeutung zu sein scheint. Es ist das 1. die sogenannte *Ovarialhyperästhesie* und 2. die *Dysmenorrhoe*.

Die *Ovarialhyperästhesie*, auf deren Beschreibung und Bedeutung für die Hysterie ich gleich noch näher zurückkommen werde, ist ein in der Neuropathologie neuerdings vollkommen anerkanntes, eigenthümliches Symptom der Hysterie. Die Gynäcologie hat dasselbe, so weit ich mich aus den neueren Handbüchern und aus mündlichen Mittheilungen gynäcologischer Collegen habe informiren können, vollkommen ignorirt. Es ist das ein sehr auffallendes Factum, weil es eben den Beweis dafür liefert, wie wenig die Gynäcologie Neigung hat, auch selbstständige Neurosen in den Organen, mit denen sie sich speciell beschäftigt, anzuerkennen. Sie hat im Gegentheil die Neigung, das Symptom des heftigen Schmerzes auf Druck in der Gegend des einen Ovariums, dessen Beobachtung in vielen Fällen von Hysterie ja auch ihren Jüngern nicht entgangen ist, mit einer supponirten Oophoritis, die aber objectiv nicht nachweisbar ist, in Zusammenhang zu bringen. Welche Bedeutung das für die Behandlung des Symptoms haben muss, lässt sich wohl denken.

Betrachten wir nun einmal die *Ovarialhyperästhesie* näher

und suchen wir die Natur derselben als reine Neurose und ihr Verhältniss zu anderen hysterischen Symptomen klar zu legen. — Der grosse klinische Meister Charcot ist es, der die Erscheinung der Ovarialhyperästhesie zuerst zu ihrer jetzt anerkannten Bedeutung gebracht hat. Vor ihm haben freilich schon Skey, Schützenberger, Pierry und Negrier und auch Romberg das Symptom wohl beobachtet, aber eingehend studirt ist es erst von Charcot. Er schildert dasselbe in folgender Weise: Bei einer gewissen Reihe von Hysterischen findet man im Hypogastrium, häufiger links, mitunter auch rechts oder auch beiderseits einen bestimmten Punkt, der auf Druck sehr empfindlich ist. Dieser Punkt wird gefunden, wenn man eine Horizontale von einer Spina anterior superior zur anderen zieht und auf diese eine Senkrechte fällt, welche der seitlichen Grenze des Epigastriums entspricht. Der Schneidepunkt dieser beiden Linien ist der Punkt. Charcot's vielfachen genauen anatomischen Untersuchungen, die besonders auch in Einsenkung langer Nadeln an diesem Punkte bestanden, zufolge, entspricht dieser Punkt genau der Lage des Ovariums. Andererseits beweist Charcot aber auch, dass nicht etwa über dem Ovarium in dieser Linie gelegene Theile, wie etwa die hyperästhetische Haut oder Muskulatur der Ort dieses Schmerzes sind, dadurch, dass in sehr häufigen Fällen gerade Haut und Muskulatur dabei vollständig anästhetisch sind.

Weiter berichtet nun Charcot, dass die Fortsetzung dieses Druckes regelmässig eine Art Aura, bestehend in verschiedenen exzentrischen Sensationen, hervorruft, die dann in Bewusstlosigkeit und einen completen epileptiformen Anfall von hysterischen Convulsionen übergeht. Endlich, was besonders interessant ist, giebt Charcot noch an, dass dieselben Personen, an denen dieses Phänomen nachweisbar ist, auch spontan genau eben solche Krampfanfälle haben können, und dass diese durch einen sehr energischen Druck auf denselben Punkt, d. h. eine Compression des Ovariums, zum augenblicklichen Schwinden gebracht werden können.

Die Gynäcologen haben diese von Charcot meisterhaft klar und überzeugend geschilderte Beobachtung vollkommen ignorirt oder allenfalls kopfschüttelnd hingenommen oder aber, wenn ihnen einmal ein Fall von auffallendem Druckschmerz in der besprochenen Körpergegend vorkam, ihn einfach mit der Annahme, dass es sich um eine Oophoritis handele, abgefertigt. Unter den Neuropathologen dagegen ist nach Charcot's Veröffentlichungen die Ovarialhyperästhesie wohl ein allgemein anerkanntes Symptom der Hysterie. Die Häufigkeit des Vorkommens desselben und die Vollständigkeit der

einzelnen von Charcot geschilderten Erscheinungen wird nur von dem Einen mehr, von dem Anderen weniger anerkannt. So hat sich namentlich Jolly in seiner Arbeit über Hysterie im Ziemssen'schen Handbuch etwas reservirt zu der Frage gestellt. Er hält das Symptom für ein nicht häufiges und stellt es in gleiche Linie mit Hyperästhesien an anderen Körperstellen und meint, dass auch von anderen Stellen aus solche Anfälle hervorzurufen seien. Ausserdem hat er auch die den Anfall unterdrückende Wirkung des sehr energischen Druckes nur in seltenen Fällen beobachtet. Uebrigens erklärt er jedenfalls die Erscheinung als eine reine Neurose und stellt entzündliche Zustände und überhaupt nachweisbare anatomische Veränderungen der Ovarien dabei in Abrede.

Meine eigenen Beobachtungen stimmen nicht mit denen Jolly's überein. Seitdem mir die Charcot'schen Arbeiten bekannt geworden sind und ich bei hysterischen Kranken immer auch auf diese Erscheinung untersuche, bin ich wohl zu der entschiedenen Ueberzeugung gekommen, dass die Ovarialhyperästhesie ein sehr häufiges Symptom bei der Hysterie ist, das aber nur selten von den Kranken selbst angegeben wird, weil es nicht immer mit spontaner Schmerhaftigkeit der Ovarialgegend verbunden ist. Man findet es eben nur, wenn man es sucht. Mir sind sowohl in der Hospital- als in der Privatpraxis eine ganze Reihe von Fällen vorgekommen, die in Bezug auf die grosse Druckschmerhaftigkeit ebenso wie in Bezug auf die Hervorrufung der grossen hysterischen Anfälle genau der Charcot'schen Beschreibung entsprechen, nur ist es mir nie gelungen, die von ihm beschriebene Aura verfolgen zu können.

Auch diejenige Beobachtung Charcot's, dass man durch sehr energische Compression der Ovarialgegend einen spontan entstandenen Krampfanfall zum Schwinden bringen kann, habe ich bei mehreren Kranken, die ich in meiner Abtheilung des Riga'schen Krankenhauses gelegentlich auch mehreren Collegen demonstriren konnte, bestätigt gefunden, freilich aber nicht bei allen, an denen sich andererseits der Anfall durch Druck auf die Ovarialgegend wohl hervorufen liess. Mit besonderer Sorgfalt habe ich darauf geachtet, ob derselbe Effect sowohl in Bezug auf die Hervorrufung des Anfalls als in Bezug auf die Unterdrückung desselben sich nicht auch von anderen Stellen aus hervorrufen liesse. Am ganzen Unterleibe habe ich das entschieden von keiner Stelle aus finden können, speciell nicht von der Herzgrube aus, aber auch nicht von der Ovarialgegend der anderen Seite liess sich der Effect erzielen, wenn nicht, was nach meiner Erfahrung ein seltener Fall ist, von Hause aus die Ovarialhyperästhesie eine doppel-

seitige war. In zwei Fällen aber, und zwar beide in der Privatpraxis, in denen subjectiv auch besonders über die Symptome der Spinalirritation geklagt wurde, ist es mir vorgekommen, dass durch Druck auf einen sehr empfindlichen Processus spinosus der Wirbelsäule ganz derselbe Anfall hervorgerufen werden konnte, wie durch den Druck auf die Ovarialgegend. Merkwürdig war es, dass in beiden diesen Fällen ganz gleichartig der Anfall sich in einer anderen Weise, nicht unter dem gewöhnlichen Bilde der von Charcot sogenannten Hystero-Epilepsie, zeigte. Beide Male glich der Anfall mehr einer Ohnmacht.

Diese Beobachtung lässt mich aber doch nicht übereinstimmen mit der Jolly'schen Ansicht, dass die von Charcot beschriebenen Anfälle überhaupt auch von anderen Körperstellen auszulösen seien, die die gleiche Hyperästhesie zeigen. Ich möchte vielmehr nur zugeben, dass bei vorhandener Spinalirritation in einzelnen Fällen der Druck auf einen Wirbel analoge Erscheinungen hervorrufen kann, wie in anderen Fällen der Druck auf das Ovarium. Schon vordem ich mit der Erscheinung der Ovarialhyperästhesie bekannt war, waren mir derartige Fälle vorgekommen und später habe ich wieder einen gesehen, wo ohne das Vorhandensein irgend einer Ovarialhyperästhesie durch Druck auf einen Wirbel ein Krampfanfall ausgelöst werden konnte.

Wenn ich also die vollkommen ausgesprochene Charcot'sche Ovarialhyperästhesie für ein nicht so sehr seltenes Symptom der Hysterie halte, so möchte ich noch besonders darauf aufmerksam machen, dass meine Untersuchungen dieses Gegenstandes mich zu dem Schlusse geführt haben, dass Ovarialhyperästhesie in geringerem Grade, ich möchte sagen in incomplete Form, geradezu zu den häufigsten Erscheinungen der Hysterie gehört. Ich meine nämlich, dass sich mindestens bei der Hälfte aller Hysterischen bei Druck auf die von Charcot angegebene Stelle des Abdomens an einer oder der anderen Seite immer ein empfindlicher Schmerz zeigt. Ich möchte als charakteristisch für diese incomplete Ovarialhyperästhesie und zugleich als Beweis für ihre hysterisch, d. h. rein nervöse Genese die Art und Weise anführen, wie die Kranken dagegen reagiren. Drückt man eine etwa durch einen Entzündungsprocess schmerzhafte Stelle am Unterleibe, wie beispielsweise bei einer Oophoritis oder Perioophoritis, so wird die Kranke darauf in natürlicher Weise durch einen mehr oder weniger unterdrückten Schmerzenslaut, durch eine den Leib krümmende Bewegung und durch möglichstes Stillhalten der Beine, durch deren Bewegung der Unterleibsschmerz unfehlbar gesteigert werden muss, reagiren. Ganz anders ist es in diesen Fällen

von Ovarialhyperästhesie. Die Kranken reagiren auf den Schmerz — ich weiss mich nicht treffender auszudrücken — in hysterischer, barocker Weise, sie zappeln mit den Beinen, sie werfen sich auf die Seite, sie schreien, sprechen und lachen abwechselnd, aber immer in krampfhaft aufgeregter Weise. Es lässt sich das eben schwer beschreiben, wenn man es aber sieht, so fällt es Einem sofort auf.

Habe ich im Vorstehenden meine Beobachtungen über die Ovarialhyperästhesie mitgetheilt, so muss ich jetzt auch noch mit einigen Worten auf die Erklärung der Erscheinung als einer rein nervösen zurückkommen, denn das war ja gerade der Zweck dieser Arbeit. Dass es sich in Bezug auf das Organ, von dem die Erscheinungen ausgehen, wirklich um das Ovarium handelt, das hat meiner Meinung nach Charcot durch seine anatomischen Untersuchungen genügend bewiesen. Dass es sich dabei aber nicht um eine palpable Erkrankung des Organs, sondern nur um eine Neurose handelt, das kann ich leider auf positivem Wege nicht beweisen, d. h. mir stehen bei meinen Beobachtungen nicht die controlirenden gynäcologischen Untersuchungs-Ergebnisse zur Verfügung. Nur ein Mal hatte ich Gelegenheit, einen Gynäkologen um die Untersuchung einer Patientin bitten zu können, bei der die Erscheinungen der Ovarialhyperästhesie in hohem Grade ausgesprochen waren. Wiederholte Versuche des Collegen blieben aber erfolglos, weil die Empfindlichkeit der Kranken so gross war, dass, so wie der untersuchende Finger in der Vagina sich der Ovarialgegend näherte, oder gar die zur combinirten Untersuchung erforderliche andere Hand die Bauchwand in der Gegend der Ovarien berührte, immer ein Krampfanfall eintrat, der jede Fortsetzung der Untersuchung unmöglich machte.

Die Umstände, die mich zu der festen Ueberzeugung der nervösen Natur dieser Schmerzen gebracht haben, sind folgende: Erstens die oben geschilderte Art und Weise der Reaction auf den künstlich hervorgerufenen Schmerz. Ich kann es nur wiederholen, dass sie allzusehr einen hysterischen Charakter hat, um an eine entzündliche Organerkrankung denken zu können. Zweitens spricht die, wenn auch nicht in jedem Falle zu machende Beobachtung, dass durch noch mehr gesteigerten Druck der Anfall coupirt werden kann, doch auch nur für die nervöse Natur der Erscheinung. Der dritte und für mich noch mehr beweisende Umstand endlich sind gewisse therapeutische Erfolge, die sich nur erklären lassen bei der Annahme einer nervösen Natur des Leidens. Ich bin zu den bezüglichen therapeutischen Versuchen angeregt worden durch einen Aufsatz von Neftel in diesem Archiv, Bd. X. p. 575 unter dem Titel: „Beiträge zur Kenntniss und

Behandlung der visceralen Neuralgien". Neftel bespricht zwar nicht die Ovarialhyperästhesie, sondern die Neuralgia recto-vesicalis und uterina. Er bezeichnet damit Zustände, die früher auch für palpable Organerkrankungen gehalten wurden und dem entsprechend auf die eingreifendste Weise, sogar durch Operationen behandelt wurden, aber immer durchaus erfolglos. Er erklärt diese Zustände nun für Neuralgien und zwar vorwiegend der Splanchnici und behandelt sie mit sehr günstigem Erfolge durch Galvanisation. Da nun die Nervi spermatici, die doch wohl als anatomische Träger dieser Affection der Ovarien anzusehen sind (Eulenburg behandelt die Ovarialhyperästhesie ausdrücklich unter dem Capitel „Neuralgia spermatica“), da ferner diese Nerven, sowie nach Luschka's Untersuchungen überhaupt die ganze Innervation der Ovarien dem sympathischen Nervensystem angehört, so lag der Gedanke um so näher die Erfahrungen von Neftel auch auf die Ovarialhyperästhesie zu übertragen. Ich habe leider über noch nicht viele Fälle zu verfügen, wo ich diesen Versuch gemacht habe, in allen aber, es sind 5 Fälle, war der Erfolg sichtlich, am auffallendsten gerade in den beiden Fällen, die verbunden waren mit der Spinalirritation. Ich applicirte bei ihnen die eine Electrode an den schmerzhaften Wirbel, die andere der Ovarialhyperästhesie entsprechend. Bei beiden ist es nicht nur nicht mehr möglich von den beiden Schmerzpunkten aus die oben beschriebenen ohnmachtartigen Anfälle hervorzurufen, sondern es ist auch die Schmerhaftigkeit auf Druck an beiden Stellen bis auf ein Minimum geschwunden. Die drei anderen Fälle stehen noch in Behandlung, sind aber jedenfalls schon wesentlich gebessert. Ein weiterer Fall war mir in Bezug auf die Aufklärung der wahren Natur einer vermeindlichen Oophoritis auf einem anderen Wege von Interesse. Es handelte sich um eine Patientin, die seit längerer Zeit unter der Diagnose Oophoritis behandelt worden war. Nicht um des Leidens willen, sondern wegen verschiedener allmälig hinzugetretener anderer Erscheinungen, die ich für hysterische hielt, kam sie in meine Behandlung. Ich fasste die grosse Schmerhaftigkeit der einen Ovarialgegend, die übrigens in diesem Falle keine Krämpfe auslöste, als Ovarialhyperästhesie und nicht als Oophoritis auf. Ich liess das Symptom übrigens bei der Behandlung ganz unberücksichtigt und wandte mich bei derselben nur den anderen, rein hysterischen Erscheinungen zu, namentlich auch mich dahin bemühend, die Aufmerksamkeit der Kranken ganz von dem Schmerz im Unterleibe abzulenken und ihr überhaupt die Zuversicht auf baldige Genesung einzuflössen. Die hysterischen Erscheinungen schwanden fast ganz; da erst machte ich

eine neue Untersuchung der Ovarialgegend und war nicht wenig verwundert, dass die grosse Druckempfindlichkeit daselbst so gut wie ganz verschwunden war.

Diese Beobachtungen sind doch wohl geeignet, die Natur der in Rede stehenden Krankheitserscheinung als eine reine Neurose klar zu legen. Ich möchte also die Herren Gynäcologen bitten, solche Facta nicht vollständig zu ignoriren und wenn ihnen ein Fall von grosser Schmerhaftigkeit in der Gegend des einen Ovariums vor kommt, auch die Möglichkeit in Erwägung zu ziehen, dass es sich dabei vielleicht um eine Neurose handeln könnte, und nicht unbedingt das Vorhandensein einer Oophoritis anzunehmen. Dieses ist einer von denjenigen Fällen, in denen ich eine genauere Abgrenzung des Gebiets der Gynäcologie und der Neuropathologie wünsche.

Habe ich bei der Ovarialhyperästhesie ein Gebiet der Neuropathologie zu erörtern mich bemüht, das von den Gynäcologen bisher eigentlich noch gar nicht als selbstständig existirend anerkannt war, so ist das noch nicht einmal so vermesssen, wie das Vorhaben, das ich zum Schluss dieser Arbeit noch habe, nämlich, ganz direct in das bisher unbestritten anerkannte Lager der Gynäcologie einzudringen. Ich möchte die Dysmenorrhoe zum Theil auch als der Nervenpathologie angehörig in Anspruch nehmen.

Unter dem Ausdruck Dysmenorrhoe versteht man bekanntlich sehr heftige Schmerzanfälle in der Tiefe des Unterleibes während der Menstruation, und zwar im engeren und eigentlichen Sinne des Wortes nur dann, wenn an der Gebärmutter keine palpablen Ursachen zu diesen Schmerzanfällen nachzuweisen sind. So definirt wenigstens Gusserow die Dysmenorrhoe („Ueber Menstruation und Dysmenorrhoe“. Volkmann's Klin. Vorträge No. 81), indem er sagt: „In dem Ausdruck werden nur diejenigen Fälle begriffen, bei denen sich nicht ohne Weiteres die Ursache erkennen lässt“. An einer anderen Stelle heisst es ferner: „Der Ausdruck Dysmenorrhoe beweist, wie sehr wir mit unseren Kenntnissen noch an die Symptome und nicht an das Wesen der betreffenden Störung gebunden sind“.

Liegt nach dieser Charakteristik der Gedanke nicht sehr nahe, das besprochene Leiden direct als eine Neurose zu erklären? Gusserow zieht diesen Schluss aus seinen eigenen eben angeführten Aeußerungen über das Wesen der Affection freilich nicht. In den Handbüchern der Gynäcologie findet man merkwürdiger Weise nur bei den älteren Autoren eine Eintheilung der Dysmenorrhoe in eine nervöse und eine congestive.

Die neuesten Werke, wie namentlich das von Schröder in

Ziemssen's Sammelwerk, führen gleich, wie Gusserow, diese Rubrik nicht einmal an. Und wo diese Eintheilung auch noch eingehalten wird, da scheint es mir mehr nur zur Vollständigkeit zu dienen, ohne dass dabei der nervösen Form irgend eine practische Bedeutung beigemessen wird. Namentlich wird sie bei der Therapie des Leidens wieder ganz ausser Augen gelassen. Am eingehendsten entwickelt Scanzoni in seinem Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane das Vorhandensein einer nervösen Form der Dysmenorrhoe, doch aber sondert er wieder unter der Bezeichnung Hysteralgia eine Neuralgie des Uterus besonders ab von der Dysmenorrhoe und führt als deren Charakteristicum an, dass bei ihr die Schmerzen nicht ausschliesslich an die Zeit der Menstruation gebunden sind. Diese Form hält er für eine sehr seltene. Meiner Meinung nach sollte er sie lieber als Hyperästhesia uteri bezeichnen und den Namen der Neuralgie gerade seiner nervösen Form von Dysmenorrhoe lassen. Neftel nennt in der oben bereits angeführten Arbeit die Dysmenorrhoe geradezu uterine Neuralgie.

Warum sollen die uterinen Nerven nicht auch unter Umständen, namentlich bei nervös beanlagten Frauen, neuralgisch afficit sein können? Ist es nicht leicht erklärlich, dass der physiologische Zustand eines stärkeren Blutandrangens zur Gebärmutter, verbunden mit der eigenthümlich gesteigerten Erregbarkeit des ganzen Nervensystems zu dieser Zeit, wohl geeignet wäre, einen solchen neuralgischen Paroxysmus hervorzurufen, der nach Ablauf dieses Zustandes wieder schwindet und die Neuralgie latent bleiben lässt bis zur nächsten Gelegenheitsursache. Uebrigens führt Neftel auch einen Fall aus seiner Beobachtung an, in welchem regelmässig in der Mitte zwischen zwei Perioden ganz dieselben schmerhaften Empfindungen wie bei der Dysmenorrhoe zu Stande kommen.

In einer anderen Beziehung wird freilich ziemlich allgemein von den Gynäcologen eine directe Mitwirkung des Nervensystems bei dem Zustandekommen der Dysmenorrhoe in Anspruch genommen. Es ist das bei einem Theile der Fälle von Verengerung des Cervicalcanals als supponirte Ursache der Dysmenorrhoe. Diese Verengerung soll unter Umständen eine spastische sein können. Das ist auch gewiss richtig, nur scheinen mir die Gynäcologen mit wenig Ausnahmen, zu denen namentlich Scanzoni gehört, das Verhältniss nicht richtig aufzufasssen. Nicht um einen selbstständigen Spasmus handelt es sich dabei, sondern die spastische Zusammenziehung ist nur der Ausdruck eines Reflexkrampfes, bedingt durch die gesteigerte Erregbarkeit der sensiblen Uterusnerven.

Bei dieser letzteren Auffassung drängt sich Einem noch ein anderer Gedanke auf, der nämlich, dass die durch eine Sonden-Untersuchung nachgewiesene spastische Verengerung des Cervicalcanals eben nur eine Folge der Sonden-Untersuchung sei, d. h. ein durch den Reiz der Sonde hervorgerufener Reflexkrampf. Damit fiele denn die mechanische Erklärung der Dysmenorrhoe als Folge des spastischen Verschlusses und die sogenannte spastische Form wäre eben doch wieder eine neuralgische. Wenn ein amerikanischer Gynäcologe Duncan (Centralbl. f. Gynäcolog. 1879 No. 9) eine spastische Dysmenorrhoe beschreibt, als deren Ursache er eine bedeutende Empfindlichkeit der Uterus-Schleimhaut, namentlich am Os internum, annimmt und dabei sehr gute Erfolge von der Einführung allmälig immer dickerer Bougies gesehen hat, so scheint mir seine Behandlungsmethode entschieden im Widerspruch zu stehen zu der von ihm angenommenen Genese des Leidens.

Unter Umständen scheinen die dysmenorrhoeischen Schmerzen auch ihren Sitz gar nicht in der Gebärmutter zu haben, sondern in einem Ovarium. Es scheint sich in den Fällen eben wieder um den Zustand zu handeln, den wir oben als Ovarialhyperästhesie beschrieben haben, nur mit der Eigenthümlichkeit, dass immer der Zustand der Menstruation den Reiz zu den Schmerzanfällen abgibt, die sonst nur durch äusseren Druck erregt werden können. Gusserow theilt auch die Dysmennorrhoe ein in eine uterine und eine ovarielle, freilich nicht in dem Sinne, dass sie sich einmal abspielt in dem Nervensystem der Gebärmutter und das andere Mal in dem der Ovarien, sondern nur in Bezug auf den ursächlichen Zusammenhang, indem er meint, das eine Mal sei die Ovulation, das andere Mal die Excretion des Blutes die Ursache der dysmenorrhoeischen Schmerzen. Sollte man nicht aber vielmehr in dem von mir angegebenen Sinne sprechen können von einer uterinen und einer ovariellen Dysmenorrhoe?

Ich glaube also, dass man entschieden einen Theil der bisher unter dem Namen Dysmenorrhoe zusammengefassten Fälle als reine Neuralgie entweder des Uterus oder der Ovarien auffassen muss, und dass dieser Anschauung auch eine grössere practische Bedeutung beizumessen ist, als es namentlich unter den neueren Gynäcologen der Fall ist. Als negativer Beweis dafür dient mir das Factum, das die Gynäcologen mir gewiss widerspruchslos zugeben werden, dass die Behandlung der eigentlichen Dysmenorrhoe zu ihren undankbarsten Aufgaben gehört. Das könnte nicht der Fall sein, wenn es sich nicht in vielen Fällen um eine reine Neurose handeln würde, sondern wenn wirklich die angeborene Enge des Cervicalcanals u. s. w. die

Ursache des Leidens wäre. Es müssten dann die therapeutischen Erfolge der Gynäcolgen viel glänzender sein, denn in der Erfüllung ihrer directen Aufgaben bei der localen Therapie der Gebärmutter leistet die heutige Gynäcologie unzweifelhaft sehr viel.

Den positiven Gegenbeweis, d. h. dass eine direct auf das Nervensystem gerichtete Behandlung grössere Erfolge aufzuweisen hat, bin ich leider noch nicht im Stande zu leisten. Zunächst habe ich noch nicht genügendes Beobachtungsmaterial dazu gehabt, weil eben Frauen, die an Dysmenorrhoe leiden, naturgemäß nur die Hülfe der Gynäcologen aufsuchen. Einen Fall habe ich aber doch in Behandlung gehabt, und zwar einen, bei welchem verschiedene gynäcologische Kuren ganz wirkungslos gewesen waren. Ich habe in dem Falle die von Neftel angegebene Methode der Galvanisation angewandt und dabei beobachtet, dass nach vierwöchentlicher Fortsetzung der Kur die beiden nächsten Male der Periode sehr viel günstiger, wenn auch nicht ganz ohne Schmerzen verliefen. Die Patientin brauchte sich das eine Mal sogar nicht hinzulegen, während sie sonst seit Jahren immer 2—3 Tage liegen musste. Ausserdem habe ich in den Fällen von Ovarialhyperästhesie, die ich Gelegenheit hatte galvanisch zu behandeln, beobachtet, dass die ausser der Druckempfindlichkeit der Ovarien vorhandenen dysmenorrhöischen Beschwerden nach der Besserung des mich in erster Reihe interessirenden Symptomes auch wesentlich besser wurden. Vielleicht handelte es sich in solchen Fällen um ovariale Dysmenorrhoe. Leider hatte ich versäumt zu constatiren, ob die Schmerzanfälle während der Menstruation vorwiegend in den Ovarien sassen und den Uterus frei liessen.

Ich bin mir dessen wohl bswusst, dass das von mir beigebrachte Material noch lange nicht genügt, die Frage zur Entscheidung zu bringen. Es handelt sich bei mir zunächst wohl noch um eine Hypothese, die ich aber namentlich den Herren Gynäcologen zur Prüfung und Beurtheilung vorlegen möchte. Ich kann dabei aber nicht unterlassen zum Schluss noch ausdrücklich hervorzuheben, dass ich weit davon entfernt bin, alle Dysmenorrhœen ohne Ausnahme in der Weise als reine Neurosen kennzeichnen zu wollen. Ich weiss im Gegentheil sehr wohl, dass in vielen Fällen die günstigen Erfolge der localen gynäcologischen Behandlung das Gegentheil bewiesen haben. Für einen Theil der Dysmenorrhœe, ob den grösseren oder kleineren, kann ich nicht entscheiden, nur möchte ich meiner Annahme Geltung verschaffen und dieser Theil müsste dann den Neuropathologen zur Behandlung überlassen werden.