

VIII.

Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik
(Prof. Hitzig) zu Halle a. S.

Beitrag zur Lehre von der Infectiosität der Neurosen.

Von

Dr. **Benno Herzog**,

Assistenzarzt.



Bekanntlich ist man schon seit Jahrzehnten geneigt an die Uebertragbarkeit psychischer Erkrankungen von einem Individuum auf ein zweites oder auf mehrere zu glauben und hat den Uebertragungsvorgang als „psychische Infection“, „psychische Contagion“, „inducirtes Irresein“, „communicirter Wahnsinn“, „Simultanwahnsinn“, „Folie à deux, à trois“ u. s. w. bezeichnet.

Dennoch ist, soviel Beispiele von psychischer Infection auch im Laufe der Jahre veröffentlicht worden sind, doch noch keine Einigung der Autoren über diese Frage erzielt worden. Ja, während man früher nur über den Infectionsmodus uneinig war, stehen sich die Autoren gerade der beiden neuesten*) Mittheilungen über diesen Gegenstand — Wollenberg**) und Werner*** — noch in ihren Ansichten über die Existenz einer psychischen Contagion schroff gegenüber, indem dieser sie überhaupt läugnet, jener aber geneigt ist ihr eine grosse Bedeutung beizulegen.

*) S. Nachtrag.

**) Ueber psychische Infection. Dieses Archiv Bd. XX. 1.

***) Ueber die sogenannte psychische Contagion. Zeitschr. f. Psych. 44.

Da mir die in Rede stehende Frage von ganz besonderem Interesse erschien, so glaubte ich zu einer nochmaligen Erörterung derselben berechtigt zu sein: zumal, da ich Gelegenheit hatte, zwei hierher gehörige Fälle in der Poliklinik resp. in der Privatpraxis des Herrn Geheimrath Hitzig zu beobachten. Für ihre Ueberlassung spreche ich meinem hochverehrten Chef an dieser Stelle meinen Dank aus.

Alle Autoren seit Nasse*) sind darin einig, dass Hauptbedingung für das Zustandekommen der psychischen Infection eine angeborene, ererbte oder erworbene Disposition des secundär Erkrankenden sei. Es wird sich daher im wesentlichen darum handeln, die unmittelbar „infectirend“ wirkenden Factoren hinsichtlich ihrer Dignität zu prüfen; also:

1. spielt die Psychose des primär Erkrankenden nur die Rolle eines gelegentlichen Anlasses wie z. B. starker Affecte (Schreck, Kummer etc.) und ist daher der Disposition alleinige Bedeutung zuschreiben, wie Werner will, oder: wirkt sie stärker und eigenartig, gewissermassen „specifisch“, so dass von einem psychischen „Contagium“ die Rede sein dürfte?

2. Falls wir eine specifische geistige Infection annehmen, — wie haben wir uns ihren Vorgang zu denken? Spielt dabei der secundär Erkrankende eine rein passive Rolle oder ist, wie besonders Finkelnburg**) will, sein Nachahmungstrieb von causaler Bedeutung? Und wie müssen wir uns dessen Einfluss erklären?

Doch vorher noch einige Worte über den Begriff der „Disposition“, der bei, wie gesagt, allseitiger Anerkennung doch ein verschiedener Werth beigemessen wird. Von diesen wird ihre Bedeutung nur gesucht in einer Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit, von jenen wird sie als eine den Organismus untergrabende und ihn zum Spielball psychischer Attaquen machende Erbschaft angesehen.

Freilich — wenn man bei Jung***) liest, dass die Psychosen von Eltern und Kindern in mehr als 50 pCt., die von Geschwistern in 75 pCt. der Fälle auch dann den gleichen Charakter tragen, wenn wegen zeitlicher oder räumlicher Entfernung an eine „Infection“

*) Zur Lehre von der sporadischen psychischen Ansteckung bei Blutsverwandten. Allg. Zeitschr. f. Psych. 28.

**) Ueber den Einfluss des Nachahmungstriebes auf die Verbreitung des sporadischen Irreseins. Allg. Zeitschr. f. Psych. 18.

***) Untersuchungen über die Erblichkeit von Seelenstörungen. Allgem. Zeitschr. für Psych. 21.

nicht zu denken ist, so wird man sich angesichts der Menge von derartigen, in der Literatur als Beispiele psychischer Contagion beschriebenen Fällen einer gewissen Skepsis nicht erwehren können. Mögen diese Zahlen immerhin etwas zu hoch gegriffen sein, es wird uns doch die grosse Bedeutung erblicher Belastung, ferner gemeinsamer Erziehung, ähnlicher Gedankenkreise, ähnlicher Gemüthslage u. s. w. daraus klar; wir werden nicht gleich an eine „Infection“ denken, wenn wir zusammenlebende Blutsverwandte zu gleicher Zeit oder hinter einander in ganz gleicher Weise erkranken sehen, sondern vielmehr nach anderen ätiologischen Momenten, heftigen Affekten, den gewöhnlichen physiologischen Lebensvorgängen (Menstruation, Klimacterium, Senium) suchen müssen.

So ist denn auch der Standpunkt Graf's*) begreiflich, welcher in all den Fällen von psychischer Beeinflussung unter Blutsverwandten der angeborenen und erworbenen Disposition den ungleich grössten Einfluss zuschreibt, der primären Erkrankung hier die Rolle einer gewöhnlichen „Gelegenheitsursache, die des letzten Tropfens, der das Gefäss überlaufen macht“, zuertheilt und nur bei nicht Blutsverwandten (z. B. Mann und Frau) oder Fremden die Möglichkeit einer psychischen Infection (im engeren Sinne) einräumt.

Ferner dürfen wir aber, nm die Bedeutung der Disposition recht zu würdigen, nicht ausser Acht lassen, dass auch bei nicht Blutsverwandten, bisher nicht Belasteten der Kummer, die Aufregung, die aufreibende Pflege der theuren Angehörigen allein zur Erwerbung einer Disposition führen können, auf deren Boden sich allmählich die Psychose entwickelt. So geht denn Werner noch einen Schritt weiter als Graf und läugnet überhaupt den ganzen Infectionsvorgang, indem er die Disposition als allein in Betracht kommend, die primäre Geistesstörung aber nur als Gelegenheitsursache auffasst und ihr — auch bei nicht Blutsverwandten — denselben Einfluss zuschreibt wie starken Affecten und dergl.

Demgegenüber hält Wollenberg an der älteren Ansicht fest, dass der „Uebertragung“ eine nicht unwesentliche Bedeutung zukomme und führt aus der Litteratur eine Menge Beispiele von „Infectionen“ unter Bluts- und anderen Verwandten an, denen er selbst einen ebensolchen von ihm beobachteten Fall hinzufügt.

Wir haben unseren Standpunkt schon angedeutet und wollen nicht wiederholen, welchen grossen Werth wir der ererbten und er-

*) Ueber den Einfluss Geisteskranker auf ihre Umgebung. Allg. Zeitschr. f. Psych. 43.

worbenen Disposition zuschreiben. Dennoch glauben wir aber, dass der Uebertragung doch oft ein stärkerer, „specifischer“ Einfluss zukomme, dem gegenüber irgend ein anderer, occasioneller Anlass nicht als gleichwerthig zu betrachten ist.

Freilich — im Einzelfall wird sich ihre Dignität trotz Erwägung aller oben betonter Momente meist nur mit einer gewissen, grösseren oder geringeren Wahrscheinlichkeit abschätzen lassen. Man wird die Belastung, die erworbene Disposition, insbesondere auch die frühere Widerstandsfähigkeit starken Affecten gegenüber erwägen müssen — und damit fallen dann schon eine Reihe von Beispielen, wo sehr starke Belastung, frühere (womöglich recidivirte) Geistesstörung, Potus, Lues etc. constatirt wird, fort. Aber auch Fälle von Blutsverwandten wird man mit ausserordentlicher Vorsicht behandeln müssen: diejenigen unter ihnen, in denen noch Belastung durch die Ascendenz statt hat, aber auch die, in denen dem Kummer, der anstrengenden Pflege etc. etc. eine irgend bedeutende Rolle zuertheilt werden muss, sie alle sind durch die angeführten Momente genügend erklärt, sodass man zu einem psychischen Contagium nicht seine Zuflucht zu nehmen braucht.

Wo dagegen die Belastung nicht stark — in der Ascendenz nicht vorhanden — ist, wo die sekundär Erkrankten sowohl körperlichen wie geistigen Strapazen früher einen grossen Widerstand entgegensetzten, wo von grosser Trauer und anderen Affekten nicht die Rede ist, wo im Gegentheil die Kranken — gewissermassen Egoisten — bei energischer Vertheidigung gegen die Geistesstörung ihr Unterliegen öfters unter Klagen prophezeiten — da, glaube ich, darf man von psychischer Infection reden.

Ganz reine Fälle wird man dann natürlich nur selten finden. Sie werden noch am häufigsten sein da, wo ein intimer Verkehr von disponirten Fremden, also Aerzten, Wärtern etc. mit den Geisteskranken statt hat.

Ich stehe also nicht an, die meisten der von Graf angegebenen Beispiele (1, 3, 4, 5) als Fälle psychischer Infection zu erklären, ja ich möchte sogar noch einige Fälle von Erkrankung unter Blutsverwandten hierhergerechnet wissen (z. B. Finkelnburg 1, 2, 4; Nasse 12)

Wir erwähnten oben schon kurz den gewöhnlichen Infectionsmodus: Einmal, und zwar, wie gesagt, in den meisten Fällen wird dem secundär Erkrankenden die Stimmungsanomalie aufgedrängt, auf Grund deren sich dann ähnliche (oder unähnliche) Wahnideen und Sinnestäuschungen ausbilden.

Wir haben aber noch eine Art zu erwähnen, wie sie — vielleicht bei schwereren — Erkrankungen und in ausgedehntem Masse bei den Neurosen (der Chorea, Epilepsie, Hysterie) zur Beobachtung kommt. Hier spielt sich die Infection durch Uebertragung der — wie wir annehmen müssen — zur „Auslösung“ der Erscheinungen besonders geeigneten Symptome ab: der Wahnideen und Hallucinationen einer-, der Krämpfe etc. andererseits. Wir können uns den Vorgang am besten so denken, dass das dem in seiner Individualität schon geschwächten Gehirn unaufhörlich, oft ganz ausschliesslich zuströmende Vorstellungsmaterial zuerst den Gedankenkreis einengt und ganz erfüllt, dann aber auch derartig verwirrt, dass der letzte Rest von Kritik schwindet.

Allerdings hat man in der Deutung dieser, zum Theil ganz acut auftretenden „Infectionen“ mit grösster Vorsicht zu Werke zu gehen. Die Disposition ist von noch grösserer Dignität als bei der ersten Gruppe; Schreck und andere Affecte spielen eine wenn möglich noch bedeutendere Rolle; allein wenn wir in den zahlreichen Berichten über die Ansteckung der Hysterie oder aber in denen über religiöse Epidemien, Tanzwuth, Besessenheit lesen, wie die zahlreichen sozusagen aufs sorgfältigste disponirten Individuen lange Jahre ihr gewöhnliches, mit den gewöhnlichen Sorgen und Affecten einhergehendes Leben führten, bis sie endlich in dieselben Krämpfe, dieselbe Raserei verfielen, welche sie eben gesehen, bereitwillig religiöse und andere Wahnideen in sich aufnahmen, welche sie eben gehört hatten, so werden wir zu der Annahme eines weiteren, die Hemmung aufhebenden und die Reaction „auslösenden“ Agens gedrängt.

Als dieses Agens — und damit kommen wir auf den letzten Punkt unserer Besprechung — nehmen nun die meisten Autoren, gleichviel wie sie sich zu unserer eigentlichen Frage stellen, die „Nachahmung“ an.

Wie aber? Ist dies auch ein neues Agens oder ist die Nachahmung nicht schon Theilerscheinung der Disposition oder der Krankheit selbst?

Ist eine Hysterica, die beim Anblick eines Weinenden in Schluchzen ausbricht, die mit Frohen in der Freude nicht Maass hält, die bei der Beschreibung von Schmerzen, beim Anschauen von Krämpfen dieselben Erscheinungen bekommt, nicht schon krank, weil sie nachahmt?

Es handelt sich hier um einen Reflexvorgang. Wir nennen die Hysterie einen Zustand reizbarer Schwäche, wir nehmen an, dass die Reflex-hemmenden, von der Rinde zu den subcorticalen Centren ver-

laufenden Fasern in ihrer Leitungsfähigkeit beeinträchtigt, die letztgenannten Centren sowie die zu ihnen und von ihnen führenden Nervenfasern in abnormer Weise reizbar sind. Der Zustand ist nicht ohne Analogien. Dasselbe Experiment, welches wir oft in der Hypnose (also unter Ausschluss oder Abschwächung des Bewusstseins) ausführen, indem wir durch eine Suggestion z. B. Krämpfe in bestimmten umschriebenen Gebieten hervorrufen, dasselbe können wir oft mit einer Hysterica anstellen, wenn wir sie nur mit einer anderen, die die genannten Krankheitserrscheinungen hat, zusammenlegen. Und wie es sich dort um einen künstlich erzeugten, vorübergehenden Alterationszustand des Nervensystems handelt, so hier um einen dauernden. Und wie dort trotz aller Mannigfaltigkeit der Symptome doch ein gewisses System sich herauszubilden beginnt, ebenso zeigt sich auch hier zu allen Zeiten, unter den verschiedensten Verhältnissen (auch da, wo von Nachahmung nicht die Rede war) eine Gesetzmässigkeit in den Störungen der Motilität (Krämpfe, Lähmungen, Contracturen, etc.), Sensibilität (An- und Hyperaesthesia): der Art, dass auf psychische Reize stets gewisse, wohl begrenzte, mit Vorliebe ergriffene Bahnen reagieren. Wiederholen sich nun die Reize, so geht der Vorgang immer leichter — in oft befahrenen Geleisen fährt's sich besser — und immer häufiger von statten und man nennt ihn Nachahmung. — Haben wir nun in diesem habituell gewordenen Reflexvorgang*) ein besonderes Agens? Mit nichten; es liegt nach dem Gesagten auf der Hand, dass wir ihn als Symptom der reizbaren Schwäche und somit nur in soweit als Ursache der Erkrankung bezeichnen dürfen, wie er Theilerscheinung ist der sog. Disposition.

Wir sehen also, dass die Ansichten von Nasse und Finkelnburg, deren jener der Nachahmung, dieser der Disposition einen hervorragenden Werth beigelegt wissen wollte, nur scheinbar so sehr von einander abweichen und leicht eine Einigung erzielen liessen.

Denn was hier an dem Beispiel der Hysterie ausgeführt ist, gilt,

*) Erst bei der Durchsicht dieser Zeilen kam mir durch die Güte meines verehrten Chefs eine Schrift von Anton: *Hypnotische Heilmethode und mitgetheilte Neurosen*, Wien 1888, in die Hände. A. hält den Ablauf der Nachahmung auch für unbewusst und nennt ihn ganz vortrefflich: „Nachahmungsreflex“; über seine Krankengeschichte, die einen sehr guten Beleg für das folgende Raisonement bieten, habe ich in einem Referat in No. 13 der Berliner klin. Wochenschr. 1889 berichtet.

natürlich *mutatis mutandis*, auch für die Psychosen im engeren Sinne:

In der Nachahmung des noch in den Bereich des Normalen gehörenden, mehr zum Gehorchen geborenen „plus suggestible homme“ Bernheim's, in der des halt- und kritiklosen Menschen, der die Grosshirnrinde anderer für sich denken lässt, wie in der des ganz willenlosen Schwachsinnigen erkennt der kundige Arzt hier eine kaum angedeutete, dort eine hervortretende „Disposition“, die — ebenso wie bei Kindern, jenen Virtuosen der Nachahmung — nur deshalb so selten zu Infectionen führt, weil ihre grössere Indolenz und Gemüthsstumpfheit schützend wirkt.

Die „Nachahmung“ ist aber nicht allein Theilerscheinung der krankhaften Disposition, sondern, wie ja die Uebergänge von psychischer Veranlagung zur Krankheit fliessende sind, auch Symptom einer schon ausgesprochenen Störung. Auch diese Fälle, also solche, in denen die gleichzeitig entstandene Erkrankung mehrerer Individuen erst in der Folge durch „Nachahmung“ einen gleichartigen Charakter annahm, hat man hierhergerechnet (und als Folie *simultanee*) Marandow de Montyel, Simultanwahnsinn, Knittel bezeichnet).

Ich halte diese Fälle, im Gegensatz zu Wollenberg, für sehr häufig, ja ich möchte auch vielleicht den von diesem Autor beschriebenen Fall*) hierher rechnen. — Nur halte ich aber die ganze Gruppe nicht für Beispiele psychischer Infection, weil ich die Uebertragung einzelner Wahnideen und Sinnestäuschungen bei schon Kranken als etwas ganz nebensächliches, für den Infectionsvorgang doch garnicht in Betracht kommendes Moment ansehe.

Es ist das ja ein ausserordentlich häufiges Vorkommniss; jeder Irrenarzt weiss, wie die Verschlechterung einer Hysterica im ganzen Krankensaal Recidive herbeiführt, wie ein einziger Erregter genügt, um eine ganze Abtheilung auf die Beine zu bringen.

In klassischer Weise ahmen die Wollenberg'schen Kranken einander nach und bringen es durch Uebung geradezu zu einer Virtuosität; wahrscheinlich, wie ich glaube, wegen ihrer hochgradigen Demenz.

Aber die Gleichartigkeit ist nicht charakteristisch für die In-

*) So weit man aus einem Bericht urtheilen darf, scheint mir der angeblich in Folge von Infection durch seine Töchter erkrankte Mann schon lange vorher der Paranoia dringend verdächtig gewesen zu sein (politische Umtriebe, Grössenideen, zurückgezogenes Leben, Processsucht).

fection. Ebenso wie unter Blutsverwandten, ohne dass die Möglichkeit einer Beeinflussung vorhanden ist, die gleiche psychische Störung entstehen kann und oft entsteht, ebenso spricht eine andersartige Krankheitsform des zweiten Erkrankenden durchaus nicht gegen die Infection — ebenso wenig wie die eines Kindes mit Varicellen gegen Uebertragung von einer Variola.

Nachdem wir so gesehen haben, dass die „Nachahmung“ das eine Mal als Theilerscheinung der Disposition, das andere Mal als Symptom schon bestehender Krankheit aufzufassen ist, werden wir zur Erklärung der oben genannten Vorgänge eines besonderen psychischen Infectionsvorganges nicht entrathen können. Wir müssen annehmen, dass er mit der Nachahmung nichts zu thun hat, dass sich das secundär erkrankende Individuum dabei ebenfalls ganz passiv verhält, wir werden ihn wohl am ehesten — um ein Fremdwort durch das andere zu ersetzen und statt mit zwei unbekannten Grössen mit einer zu rechnen — mit dem Suggestionsvorgang vergleichen dürfen.

Zum Schluss möchte ich mir die Mittheilung zweier Fälle von übertragener und gleichartiger Neurosen bei Gatten erlauben, die bei aller Aehnlichkeit doch nicht gleichwerthig sind, in denen es sich ein Mal um eine „Infection“, das andere Mal um eine Pseudoinfection handelt. Es sind zwei exquisite Fälle von Hysterie, selten insofern, als es sich hier nicht wie gewöhnlich um Uebertragung motorischer, sondern psychischer Symptome handelt.

F. O., Dorfschullehrer, 30 Jahre alt, poliklinisch aufgenommen den 28. Juli 1888 wegen periodisch auftretender Kreuzschmerzen.

Anamnese: Vater Hämorrhoidarius und mässiger Hypochonder, sonst in der Ascendenz keinerlei zu nervösen Störungen prädisponirende Momente.

Patient selbst war bis auf einige Infectionskrankheiten des Kindesalters von körperlichen Leiden stets verschont worden. Er hatte eine sorgfältige Erziehung, eine gute Schulbildung genossen und schliesslich mit dem Reifezeugniss für die Prima ein Lehrerseminar bezogen. Nachdem er mit Leichtigkeit die Examina gemacht, wurde er Dorfschullehrer. Als solcher hat er nun seit einigen Jahren den Unterricht von über 100 Kindern und scheint sich demselben mit grösster Gewissenhaftigkeit hingegen zu haben. Daneben ist er Turnlehrer, Organist, Dirigent eines Gesangsvereins und hat so eine recht angestrengte Thätigkeit entwickelt.

Er scheint einen soliden Lebenswandel geführt und in keiner Weise excedirt zu haben.

Seit 4 Jahren mit einer Frau, von der weiter unten die Rede sein wird, in glücklicher, bisher mit einem Kinde gesegneter Ehe lebend begann unser Patient vor ca. 3 Jahren an Verschleimung und Appetitmangel zu leiden.

Während er nun anfänglich nicht darauf achtete, wurde er doch nach einem Jahre durch die grössere Intensität der Beschwerden und ganz besonders durch ihr periodisches Auftreten aufmerksam gemacht, denn wunderbarer Weise fielen diese Anfälle genau oder ungefähr mit der Menstruation seiner Frau zusammen. Alle 4 Wochen waren sie beide „unwohl“, was, wie er treuberzig versicherte, schon zu mannigfachen Scherzen in der Familie Anlass gegeben. Der Verlauf seiner Anfälle war folgender: Schon 4—5 Tage vor dem eigentlichen Beginn fühlte sich Patient abgeschlagen, matt, deprimiert, dann kamen ziehende Schmerzen in der Kreuzbeingegend, die von der „Wirbelsäule nach dem Steissbein“ ausstrahlten, die eigentliche Scene wurde eröffnet durch völligen Appetitmangel neben grossem Durst. Als bald folgten heftige Leibes-schmerzen und schliesslich Durchfälle, denen nach der Ansicht des behandelnden Arztes mehrmals Blut beigemischt war. Sie erfolgten 5—6 Mal am Tage, waren sehr copiös, zuerst noch mit etwas Scybala durchsetzt, später ganz flüssig. Diese Erscheinungen dauerten einen, meistens aber zwei Tage, dann fand sich Appetit, Patient fing an vorsichtig zu essen, war anfänglich noch matt und niedergeschlagen, dann aber für 4 Wochen gesund.

Ueber den Menstruationsverlauf bei seiner Frau gab Patient folgendes an: „Die Periode meiner Frau geht seit unserer Verheirathung unter intensiven Beschwerden vor sich. Schon 2—3 Tage vorher fühlt sie ein Ziehen in den Oberschenkeln und der Beckengegend, Schmerzen im Steissbein, genau so, wie ich sie habe. Dann tritt ebenso wie bei mir Benommenheit, Mattigkeit der Gehirnfunktionen ein und Appetitlosigkeit oder Appetit auf gewisse Speisen. Durchfälle oder blutige Stuhlgänge hat sie nicht, dafür aber sind die Menstrualblutungen sehr bedeutend, halten oft 7—8 Tage an. Häufig hat sie ausserhalb der Regel bei geringster Erkältung oder beim Essen, das ihr nicht bekommt, einen Magenkrampf, der Stunden andauert und ihr grässliche Schmerzen verursacht“.

Status praesens: Mittelgrosser, kräftiger, gut genährter, etwas blass aussehender Mann. Keine Zeichen der Degeneration. Kopf und Wirbelsäule auf Beklopfen empfindlich.

Augenbewegungen frei. Links Leucoma adhaerens. Myopie. Rechts Astigmatismus; S. beiderseits $< \frac{20}{20}$, Gesichtsfeld, Augenhintergrund normal. Gehör-, Geruch-, Geschmacksinn normal. Keine Störung im Facialis-, Hypoglossus-, Trigeminalggebiet. Keine Motilitäts-, keine Sensibilitätsstörungen irgend welcher Art.

Reflexe erhöht: an den oberen Extremitäten Triceps-, unten Achillessehnen- und sehr starke Patellarreflexe. Keine Periostreflexe; kein Dorsalclo-nus. Hautreflexe normal.

An den inneren Organen nichts Auffallendes, Urin frei von Zucker und Eiweiss. Keine Hämorrhoidalknoten.

Der Magen war nicht druckempfindlich; bei Aufblähung durch CO₂ erschien die grosse Curvatur zwei Finger breit oberhalb des Nabels. Körpergewicht 57 $\frac{1}{2}$ Kilo.

Für die gleich von vornherein naheliegende Annahme einer nervösen Erkrankung sprach demnach:

1. das Vorhandensein einer (durch übermässige geistige Thätigkeit erworbene) Disposition;
2. das periodische Auftreten der Erkrankung;
3. das negative Ergebniss der bisherigen Untersuchung. Hier fehlte — bei dem Hervortreten der Verdauungsstörungen während der Anfälle — nur noch eine Untersuchung des Chemismus der Verdauung. Und diese ergab nun ein derartiges Resultat, dass
4. allein das Verhalten des Magensaftes die obige Annahme hätte stützen können.

Es stellte sich nämlich Folgendes heraus: Es wurden zwei Anfälle beobachtet, und zwar vom 1. bis 4. August und vom 3. bis 6. September (der letztere hatte schon am 1. September begonnen). Sie verliefen so wie sie Patient geschildert hatte, begannen mit Kreuzschmerzen, „Ziehen“ nach dem After, Kollern in den „Eingeweiden“, Appetitlosigkeit, Widerwillen gegen Speisen, saurem Aufstossen, dann folgten mehrere dünne, gelbliche, am folgenden Tage etwas eingedicktere, chokoladenfarbene Entleerungen, am letzten Tage des Anfalls war nur noch Mattigkeit bei geringem Nahrungsbedürfniss vorhanden. Blut war in den Stuhlgängen nicht nachzuweisen.

Sowohl während dieser Anfälle als auch mehrere Male in den freien Intervallen erhielt Patient nach vorangegangener Auswaschung des Magens in der Mittagszeit die Riegel'sche Probemahlzeit und wurde nach 4, andere Male nach 5 Stunden ausgehebert. Nun zeigte sich, während in der Zwischenzeit ein normaler Verdauungschemismus mit Neigung zur Hyperacidität (bis 0,3 p. M.) gefunden wurde, während der Anfälle ein ganz regelloser Wechsel von starker Hyperacidität einerseits und völliger Anacidität oder hochgradiger HCl-Verminde rung bei Vorhandensein organischer Säuren andererseits. Ebenso schwankte der Pepsingehalt und, wie natürlich, auch die Verdauungsfähigkeit des Magensaftes*).

Um kurz zu sein; gebe ich in der nebenstehenden Tabelle nur das Resultat von fünf Tagen aus dem zweiten Anfall, wobei ich bemerke, dass die Acidität durch Titration des Filtrates mit $\frac{1}{10}$ Normalkalilauge festgestellt und auf HCl berechnet wurde. Am 3. und

*) Einen ähnlichen Fall von wechselvollem Verhalten des Verdauungschemismus — den einzigen, den ich in der Literatur gefunden habe — hat Schellhaas im Deutschen Archiv für klinische Medicin im Jahre 1885 beschrieben.

Datum.	Nach 5 Stunden werden ausgehebert	Congo	Eisen-chlorid-carbol	Methyl-violet	Acidität pCt.
3. 9.	Dickflüssiger Speisebrei, mit Bodensatz und Brod ohne Fleischreste	intensiv blau	entfärbt	blau gefärbt	0,48
4. 9.	Unverdautes Fleisch, aber auch Brodreste	unverändert	gelblich trübe	unverändert	0,42
5. 9.	wie am 3. 9.		wie am 3. 9.		0,40
6. 9.	wie am 4. 10.		wie am 4. 9.		0,16
7. 9.	Kein Inhalt.	—	—	—	—

5. zeigte sich also, wie aus der Tabelle ersichtlich, eine Hyperacidität, die nur auf HCl zu beziehen war, am 4. und 6. völliges Fehlen der Salzsäure bei Vorhandensein von — theilweise sehr grossen Mengen — organischen Säuren; die Verdauungsfähigkeit des Magensaftes auf Eiweissstückchen war an den beiden erstgenannten Tagen eine gute, an den letzteren auch nach Neutralisation und Zusatz von 0,2proc. HCl-Lösung aufgehoben.

Die der Aufnahme der Probemahlzeiten vorausgehenden Magenausspülungen bildeten auch — neben morgendlichen kalten Waschungen, Faradisation der Bauchdecken und einer leicht verdaulichen, kräftigen Diät — die ganze Therapie. Ihr Erfolg war ein recht befriedigender.

Patient fühlte sich bald nach dem ersten Anfall so kräftig wie nie zuvor und wenn auch der zweite mit seinen Verdauungsstörungen wieder eine Verschlechterung herbeiführte, so behauptete er doch, dass noch kein Insult so milde verlaufen wäre. So konnte er denn schon am 7. October mit einer Gewichtszunahme von 3 Kgr., bei frischem Aussehen entlassen werden und erfreut sich seitdem trotz der Wiederaufnahme seiner anstrengenden Thätigkeit einer guten Gesundheit. Nach seiner letzten brieflichen Mittheilung hat er „Hämorrhoidalanfälle“ (so nennt er sie, wie wir gesehen haben, ohne Grund) „nur einmal heftig gehabt und nur einen Tag. Ich habe dabei gegessen, getrunken“ (heisst es weiter) „mit weniger Appetit, es bekam aber —“.

Am 24. September stellte sich eine Frau M. in Begleitung ihres Gemahls mit Klagen über rechtsseitigen Kopfschmerz vor. Sie hätte zwar, so erzählte sie, fast beständig ein Gefühl von Druck und Benommenheit im Kopf,

zeitweise sei auch stechender Schmerz vorhanden, dann aber träte in unbestimmten Zwischenräumen ein ausserordentlich heftiger Schmerz in der linken Kopfhälfte auf, der sich bald über Stirn und Hinterhaupt ausdehne.

Ueber die Aetiologie schien sich die Dame nicht gerne auslassen zu wollen. Herr Dr. Alt, der das Krankenexamen anstellte, und dem ich für Mittheilung des Beobachteten zu Dank verpflichtet bin, constatirte zunächst Kinderlosigkeit des Ehepaares und wandte sich nach einigen Fragen, die keinen befriedigenden Aufschluss gegeben hatten, an den Gemahl mit der Frage, ob er denn ganz gesund sei. „Nein“, war die Antwort, „ich habe genau dieselbe Geschichte wie meine Frau“. Nun wurden sie gesprächiger und man konnte so folgende Anamnese erheben:

Das Ehepaar ist, wie erwähnt, kinderlos, gut situiert. Herr M. ist 40, seine Frau 29 Jahre alt. Sie sind beide in keiner Weise hereditär belastet, der Mann war bei solider Lebensweise bisher stets gesund, die Frau in der Jugend „nervös“.

Das Leiden des ersteren datirt seit $3\frac{1}{2}$, bei letzterer trat es vor circa 3 Jahren auf: angeblich in Folge aufreibender Pflege am Krankenbette ihrer Schwiegermutter. Das Pärchen gönnte sich alle erdenkliche Pflege, der Mann gab sein Geschäft auf, seine Gemahlin gebrauchte Kaltwassercuren und setzte den ganzen anti-anämischen Heilapparat in Bewegung — alles vergeblich. Sie schilderte ihre Schmerzparoxysmen etwa folgendermassen (wobei sie stets in der Mehrheit sprach): Ein zeitliches und örtliches Zusammenfallen ihrer Schmerzen hätten sie erst seit dem vor zwei Jahren in einer Geistesstörung (wahrscheinlich Dementia paralytica) erfolgten Tode des Schwagers bemerkt — „denn da haben wir gedacht, es könne uns auch so gehen“. Seitdem hätten sie ihre Paroxysmen stets zusammen, stets an der gleichen Stelle des Kopfes, stets in Folge gleicher Schädlichkeiten. Bald sitze es im Auge, meist auf der linken Kopfhälfte, aber auch in der Stirn und im Hinterhaupt; der Schmerz trete ein nach Anstrengungen, z. B. weiten Spaziergängen, Affecten, Erkältungen, gewissen anderen, ganz indifferenten Einflüssen — „wenn wir in unseren Spion (Fensterspiegel) sehen, kriegen wir sicher Kopfschmerzen“ — sei heftiger zur Zeit ihrer Periode als ausserhalb derselben. Er dauere meist mehrere Stunden und sei oft von überwältigender Heftigkeit, so, als ob der Kopf zusammengedrückt würde. — Die Frau concedirte schliesslich für sich Globus, Schwächegefühl in den Beinen, Parästhesien in den Füßen, ziehende Schmerzen im Unterleib (letztere nur zur Zeit der Periode).

Objectiv wurde bei beiden leichte Empfindlichkeit beim Beklopfen des Schädels, Steigerung der Reflexe, bei der Frau eine etwas geschwächte Herzthätigkeit und eine Spur Eiweiss im Urin (die sich übrigens verlor) nachgewiesen.

Die Behandlung bestand in Galvanisation durch das Halsmark und Darreichung von Antifebrin und Antipyryn ana 0.25. Es wurde dabei angeordnet, dass die Patienten je ein Pulver sogleich nehmen sollten, wenn sie das Herannahen eines Anfalles bemerkten; derselbe würde dann — so suggerirte man ihnen — nicht seine frühere Intensität erreichen, sondern bald ver-

schwinden, und zwar plötzlich beim Manne, mit allmähligem Zurückweichen des Schmerzes bei der Frau.

Der Erfolg war ein eclatanter. Die Frau erzählte nach einigen Tagen (immer noch im Plural), sie hätten das Herannahen eines Anfalls gemerkt, sofort ein Pulver genommen, und dann wäre es ihnen gleich besser und leichter im Kopfe geworden, kurz, es wäre bis in's Detail alles so gekommen, wie man ihnen gesagt habe. — Im weiteren Verlauf wurden die Paroxysmen auch erheblich seltener und gelangten nur während der Periode der Frau zu einer erwähnenswerthen Stärke.

Ende November erschien das dankbare Paar und gab an, dass es schon seit Wochen keine Anfälle gehabt hätte, nur am letzten Tage sei in Folge eines zu anhaltenden Spazierganges (natürlich bei beiden) einer im Anzuge gewesen, aber nach Einnahme des Medicaments sofort coupirt worden.

Wir sehen also zwei scheinbar ausserordentlich ähnliche Fälle von psychischer Infection vor uns. Während sich aber in dem ersten die Hysterie des Mannes auf dem Boden einer durch die abnorme Arbeitslast erworbenen Disposition entwickelt, der Art, dass das Leiden der Frau krankmachend und zugleich formgebend wirkt: haben wir es im zweiten Beispiel mit einem unabhängig von einander vor $3\frac{1}{2}$ resp. 3 Jahren erkrankenden Ehepaare zu thun, das sich erst nach eines nahen Angehörigen Tode gegenseitig „infectirt“ und nun dieselben Symptome darbietet. Dort spielt der Infectionsvorgang für die Entstehung der Neurose eine wesentliche Rolle, hier ist er etwas ganz nebensächliches, ein Symptom der ausgebrochenen Hysterie. Das Pärchen war schon hysterisch oder wurde es wenigstens durch den Tod des Bruders, es wurde nicht krank, weil es nachahmte, sondern es ahmte nach, weil es krank war.

Nachtrag.

Kurz nach dem Abschluss meiner Arbeit erschien in der Zeitschrift für Psych. 45 eine Abhandlung von Joerges „das inducirte Irresein“, die keine eingehendere Berücksichtigung mehr finden konnte. Ich freue mich jedoch, constatiren zu können, dass der Verfasser in vielen Beziehungen so z. B. in Betreff des Infectionsmodus von ähnlichen Gesichtspunkten ausgegangen ist wie ich.
