

### XIII.

## Ueber die „Formes frustes“ des Hemispasmus glosso-labialis.

Von

Medizinalassessor Dr. **W. Koenig**,

Oberarzt an der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dahldorf.

Die folgenden Ausführungen möchte ich als eine Art Ergänzung betrachtet wissen zu meiner vor einigen Jahren erschienenen Arbeit: „Ueber funktionelle Störungen im Bereiche des Facialis und Hypoglossus speciell bei funktionellen Hemiplegien“<sup>1)</sup>.

Ich wies damals darauf hin, dass der Hemispasmus glosso-labialis nicht immer in typischer Weise vorzukommen braucht, sondern dass es auch Formes frustes giebt, eine Beobachtung, die bald darauf von J. Babinski<sup>2)</sup> bestätigt wurde.

Im Laufe der letzten Jahre habe ich nun meine Aufmerksamkeit diesem Gegenstande weiter geschenkt und gefunden:

1. Dass die Formes frustes nicht selten sind.
2. Dass sie unter einander sehr variiren.
3. Dass häufig beide Gesichtshälften alterirt sind.
4. Dass sich gelegentlich auch der motorische Trigeminus beteiligen kann.
5. Dass diese Formes frustes, oder wenigstens ähnliche Erscheinungen sich auch bei nicht hysterischen Personen finden.

Zunächst mögen die Krankengeschichten folgen, und zwar in erster Linie die Fälle, bei denen die Diagnose Hysterie über allen Zweifel erhaben war.

---

1) Neurol. Centralbl. 1893. No. 11, 12, 13.

2) Extrait des Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris. 1892. Séances du 28. Octobre et du 4. Novembre.

## Gruppe A.

### Fall I.

Clara G. (1192), 18jährige Arbeiterstochter. Hysterie. Hemianaesthesia dextra<sup>1</sup> mixta. Leichte Asymmetrie des Gesichtsskeletts. In der Ruhe eine Innervationsdifferenz im Gesichte nicht bemerkbar. Beim Öffnen des Mundes wird der Unterkiefer etwas nach links verschoben.

Spontanbewegungen der Zunge in der Mundhöhle. Zunge wird mühsam vorgestreckt und deviirt bald etwas nach rechts, bald nach links, Bewegungen derselben nach allen Richtungen frei. Beim Öffnen des Mundes tritt manchmal in der rechten Unterlippe ein leichtes Zucken auf. Beim Sprechen zeigt sich keine auffallende Bevorzugung einer Gesichtshälfte. Lässt man hingegen Patientin einzelne Vocale oder Consonanten recht deutlich und scharf aussprechen, so wird die Unterlippe genau in der horizontalen nach rechts verschoben.

Sowie Patientin beim Sprechen in Erregung gerath, tritt eine sehr erhebliche Mehrinnervation im ganzen linken Mundfacialis auf. Zu bemerken ist noch, dass Patientin früher, wie aus dem mir seiner Zeit von Herrn Collegen Gudden freundlichst zur Verfügung gestellten Charitéjournal hervorgeht, öfters einen sehr ausgesprochenen typischen Spasmus des linken Mundfacialis gehabt hat.

Als später in Folge von Magnetbehandlung Transfert eintrat, zeigte sich beim Sprechen eine ausgesprochene Mehrinnervation des rechten Mundfacialis.

### Fall II.

Luise B. (1092), 29jährige Schauspielerin. Hysterie. Allgemeine Hyperästhesie; zeitweilig „hysterisches Oedem“. Patientin zeigt, wenn sie beim Sprechen erregt wird, aber nur dann, einen deutlichen Spasmus im linken Mundfacialis. Zunge weicht nicht ab; auch sind alle übrigen Mundbewegungen normal. Hervorzuheben ist, dass Patientin, als sie noch in der Charité war, einen ausgesprochenen Spasmus im linken Facialis hatte, der Tage lang anhielt. Später wurde dies auch bei uns beobachtet; das Gesicht war in extremer Weise verzogen, während die Zunge nicht abwich.

### Fall III.

Caroline M., 35jähriges Dienstmädchen. Hystero-Paranoia.

Rechtsseitige hysterische Extremitätenlähmung mit Tremor, der beim Versuch zu gehen und zu stehen, oft so stark wird, dass Patientin gehalten werden muss, um nicht hinzufallen. Points douloureux. Keine C. G. F. E., keine Sensibilitätsstörungen. Im Gebiete des Facialis in der Ruhe nichts; öffnet Patientin den Mund und hält ihn einige Secunden auf, was ihr übrigens sehr schwer wird, so wird der Unterkiefer einige Male hin und her verschoben, manchmal aber nur nach rechts hin; länger wie einige Secunden vermag Patientin den Mund überhaupt nicht aufzuhalten. Die Zunge weicht zuweilen

etwas nach rechts ab, oft kommt sie aber gerade heraus, der Mund selbst verzieht sich nicht.

#### Fall IV.

J., 31jährige Frau. Imbecillitas, Hysterie. Dem. paral. incip. (?).

Seit dem 18. Jahre hysterische Anfälle; vor 3 Jahren im Puerperium hallucinatorisch erkrankt, macht jetzt einen dementen Eindruck; Sprachstörung beim Aussprechen von Paradigmen zweifelhaft. Pupillen reagiren. Auch jetzt noch typische hysterische Anfälle. Keine weiteren hysterischen Stigmata. Facialis zeigt in der Ruhe nichts; auch beim Sprechen und Lachen kein deutlicher Unterschied zwischen rechts und links. Beim Mundöffnen vielleicht eine leichte Differenz indem sich die rechte Nasolabialfalte etwas vertieft. Die Zunge macht in der Mundhöhle ganz leichte Spontanbewegungen und deviirt beim Ausstrecken ausnahmslos in excessiver Weise nach rechts, ist aber nach allen Richtungen frei beweglich.

#### Fall V.

Emma Kl. (1611), 33jähriges Dienstmädchen. Acute hallucinatorische Verwirrtheit, Hysterie.

Patientin wurde unter der Diagnose Verwirrtheit bei uns aufgenommen, sie war damals ziemlich unzugänglich, und es war nur eine ganz oberflächliche Untersuchung möglich. Es fiel aber bereits damals auch in der Ruhestellung des Mundes ein ganz leichtes Zucken im linken Mund- und Augenfacialis auf. Beim Sprechen wurde der linke Mundfacialis stärker innervirt; dabei wurde der Unterkiefer deutlich mit nach links verschoben. Beim Zahnefletschen wurde links etwas stärker innervirt als rechts; das Verschieben des Mundes geschah nach beiden Seiten gleich ausgiebig. Beim Mundöffnen wurde die Unterlippe sehr deutlich nach rechts unten und aussen verzogen. Die Zunge wlich etwas nach rechts ab, war aber frei beweglich.

Dies Verhalten des Facialis und Hypoglossus erweckte in mir den Verdacht, dass es sich um Hysterie handeln könnte; indessen war eine genauere Untersuchung erst nach etwa sechs Monaten möglich, als Patientin ruhiger und geordneter geworden war; sie gab an, Stimmen gehört zu haben und nicht haben sprechen zu können, warum, wusste sie nicht. Die Sprache machte jetzt einen schwerfälligen Eindruck, als wenn Patientin etwas im Munde hätte; einige Monate später wurde die Natur dieser Sprachstörung klar, als plötzlich ein exquisites nicht zu verkennendes *bégaiement hystérique* auftrat. Patientin gab jetzt nochmals an, dass sie sich bewusst sei, früher eine Zeit lang gar nicht haben sprechen zu können, und dass die Sprache seitdem sich zwar wieder eingestellt habe, aber öfters so „*stockend*“ sei. Sie gab ferner an, dass sie besser sprechen könne, nachdem sie eine Weile gelesen habe. Die nunmehr vorgenommene genauere Untersuchung ergab einen zweifellos hysterischen Status, nämlich eine Anzahl schmerzhafter Druckpunkte, rechtsseitige Hemihypalgesie; ferner liess sich Patientin in einen leichten Grad von Hypnose

versetzen. Die Gesichtsfelduntersuchung ergab kein brauchbares Resultat, da Patientin nicht im Stande war, zu fixiren.

### Fall VI.

Z. (925), 51jährige Frau. Acute posttraumatische Psychoneurose.

Patientin, die früher stets gesund war, wurde nach einem Trauma capitis geisteskrank und kam in ganz verwirrtem Zustande zur Anstalt. Von einer körperlichen Untersuchung musste längere Zeit Abstand genommen werden; es liess sich nur feststellen, dass die Reaction auf Nadelstiche links nicht so stark war als rechts. Patientin erholte sich nach einigen Monaten geistig sehr erheblich, und es wurde jetzt somatisch Folgendes festgestellt: Hemianaesthesia sinistra, Steigerung der Sehnenphänomene links; Bulbusdruck links empfindlich; Ovarie rechts. Gesichtsfeld normal.

In der Ruhe und beim Sprechen gleichmässige Innervation beider Facialis. Beim Oeffnen des Mundes tritt bald in der linken, bald in der rechten Hälfte der Unterlippe ein leichtes Zucken auf, das aber nicht constant ist. Zunge liegt ziemlich grade und ruhig in der Mundhöhle und ist etwas dorsalwärts gewölbt. Beim Vorstrecken weicht sie deutlich nach rechts ab und zwar macht sie dabei einen leichten Bogen mit der Convexität nach links; sie ist aber nach allen Richtungen frei beweglich. Wird die Zunge vorgestreckt, so tritt regelmässig im ganzen linken Mundwinkel ein deutliches fibrilläres Zucken auf, das bei einfach geöffnetem Munde nicht beobachtet wird.

### Fall VII.

Johauna H., 14jähriges Mädchen. Epilepsie und Hysterie.

Neben epileptischen Anfällen exquisit hysterische. Starker hysterischer Tremor der rechten Hand bei Intentionsbewegungen und deutliche Ataxie, Erscheinungen, die später vollkommen verschwinden. Ab und zu leichtes Zucken in der linken Nasolabialfalte schon in der Ruhe. Beim Sprechen und Lächeln, sowie beim Zukneifen der Augen wird der linke Mundfacialis stärker innervirt. Beim Oeffnen des Mundes wird der Unterkiefer kräftig nach rechts verzogen. Patientin vermag ihn zwar willkürlich nach links zu bringen, aber nicht so weit, wie er nach rechts verschoben wird; nach einigen Secunden geht der Unterkiefer wieder in seine alte Lage nach rechts zurück. Hält Patientin den Mund eine Weile auf, so tritt in der linken Unterlippe ein leichter Spasmus auf, durch welchen dieselbe nach links verzogen wird; die Zunge liegt etwas nach links um ihre Längsachse gedreht, macht spontan Bewegungen; beim Vorstrecken deviirt sie meist nicht. (Ab und zu wich sie nach rechts ab, und es wurde dann die Oberlippe leicht nach aussen oben verzogen.) Beim Zahnefletschen wird zuerst gleichmässig innervirt; nach einer Weile lässt aber die Innervation rechts nach und die linke Nasolabialfalte vertieft sich. (Später verschwanden auch die Erscheinungen im Facialisgebiet ganz.)

Tabellarische Uebersicht der in den Fällen der Gruppe A.  
constatirten Symptome.

Fall 1. a) Spontanbewegungen der Zunge in der Mundhöhle.

b) Zunge wird mühsam hervorgestreckt, deviirt bald nach rechts, bald nach links. Bewegungen sonst frei.

c) Spasmus des M. pteryg. dexter beim Mundöffnen.

d) Beim Öffnen des Mundes in der rechten Hälfte der Unterlippe manchmal ein leichtes Zucken.

e) Beim scharfartigulirten Sprechen horizontale Verschiebung der Unterlippe nach rechts.

f) In der Erregung beim Sprechen erhebliche Mehrinnervation des linken Mundfacialis.

g) Nach Transfert stärkere Innervation des rechten Mundfacialis.

Fall 2. a) Zuweilen Tage langes Anhalten eines starken Hemispasmus facialis (Zunge frei).

b) Für gewöhnlich tritt stärkere einseitige Facialisinnervation nur bei erregtem Sprechen auf.

Fall 3. a) Unmöglichkeit, den Mund sehr weit zu öffnen, oder ihn lange aufzuhalten.

b) Verschieben des Unterkiefers bald nach rechts, bald nach links (manchmal nur nach rechts) bei geöffnetem Mund.

c) Inconstantes Deviiren der Zunge nach rechts.

Fall 4. a) Beim Mundöffnen zweifelhafte Vertiefung der rechten Nasolabialfalte.

b) Spontanbewegungen der Zunge in der Mundhöhle.

c) Excessives, constantes Deviiren der Zunge nach rechts.

Fall 5. a) Zucken im linken Mund- und Augenfacialis in der Ruhestellung der Gesichtsmuskeln.

b) Beim Sprechen stärkere Innervation des linken Mundfacialis.

c) Spasmus des Pterygoïd. dextr. Beim Mundöffnen deutliches Verziehen der rechten Unterlippe nach aussen unten.

e) Geringes, aber constantes Deviiren der Zunge nach rechts.

Fall 6. a) Beim Öffnen des Mundes nicht constantes leichtes Zucken bald in der linken, bald in der rechten Hälfte der Unterlippe.

b) Starkes Deviiren der Zunge nach rechts.

c) Regelmässig eintretendes fibrilläres Zucken im linken Mundwinkel beim Vorstrecken der Zunge.

Fall 7. a) Ab und zu leichtes Zucken der l. Nasolabialfalte in der Ruhe.

b) Beim Sprechen, Lächeln und kräftigem Augenzudrücken stärkere Innervation des linken Facialis.

c) Krampf des M. pteryg. sin. beim Mundöffnen.

d) Verziehen der linken Unterlippe bei längere Zeit hindurch offen gehaltenem Munde.

e) Spontanbewegungen der Zunge in der Mundhöhle.

- f) Inconstantes Deviiren der Zunge nach rechts.
- g) Zuweilen Verziehen der linken Oberlippe nach aussen oben beim Vorstrecken der Zunge.
- h) Beim Zähnefletschen zuerst gleichmässige Innervation, dann Ueberwiegen des linken Facialis.

Ehe wir auf die in diesen sieben Fällen sicherer Hysterie beobachteten Spasmen genauer eingehen, werden wir gut thun, uns das Bild des classischen Hemispasmus glosso-labialis, wie es Brissaud und Marie gezeichnet haben, nochmals zu vergegenwärtigen. Die von den beiden Forschern angeführten Criterien sind folgende:

1. Die eine Hälfte der Unter- oder Oberlippe ist nach der Seite des Spasmus verzogen und zeigt fibrilläre Zuckungen.
2. Die Zunge weicht in der Mundhöhle mit der Spitze nach der Seite der Contractur ab und führt allerhand bizarre Bewegungen aus.
3. Es gelingt den Patienten oft nicht, die Zunge vorzustrecken, weil sie sich nach oben rollt; wird sie aber vorgestreckt, so deviirt sie in excessiver Weise nach der Seite des Spasmus.
4. Beim Aufblasen der Backen entweicht die Luft nicht auf der scheinbar gelähmten Seite, sondern auf der des Spasmus.
5. Die Deviation der Zunge ist zuweilen noch vorhanden, wenn die Hemiparese bereits zurückgegangen ist.

Diese fünf Symptome bilden den „Brissaud-Marie'schen Symptomencomplex“, wie ich ihn genannt habe.

Streng genommen handelt es sich bei dieser classischen Form allerdings um einen Hemispasmus, aber um einen gekreuzten: Facialis und gegenüberliegender Hypoglossus; es ist dies, wie mir scheint, bis jetzt nicht besonders betont worden.

---

Sehen wir nun zu, wie sich die Spasmen auf die drei Nerven Facialis, Hypoglossus und Trigeminus vertheilen:

- a) Alle drei Nerven fanden sich betheiligt in Fall 5 und 7.
- b) Facialis und Hypoglossus allein in Fall 6.
- c) Facialis allein in Fall 2.
- d) Hypoglossus allein in Fall 4 (Betheiligung des Facialis war zweifelhaft).
- e) Trigeminus und Hypoglossus in Fall 3.

Wenn wir nun zur Betrachtung der Frage übergehen, in welcher Weise die Betheiligung der einzelnen Nerven zum Ausdruck kommt, so stellt sich Folgendes heraus<sup>1)</sup>:

---

1) Es soll hier nur eine allgemeine Uebersicht gegeben werden, ohne die

### 1. Gebiet des Facialis.

- a) Die Beteiligung kann eine doppelseitige sein, wie in den Fällen 1, 5, 6.
- b) Von einzelnen Varianten des Spasmus wurden beobachtet: Zucken schon während der Ruhe im Mund- und Augenfacialis, beziehungsweise im Mundfacialis allein (einseitig).
- c) Beim Oeffnen des Mundes leichtes Zucken in einer Hälfte oder in beiden Hälften der Unterlippe bzw. Verziehen der Unterlippe nach aussen.
- d) Horizontales Verschieben der Unterlippe nach einer Seite.
- e) Stärkere Innervation des einen Mundfacialis beim gewöhnlichen Sprechen, bzw. erst in der Erregung, oder auch beim Lächeln, festerem Schliessen der Augenlider.
- f) Verziehen der einen Hälfte der Unterlippe, nachdem der Mund längere Zeit hindurch von der Patientin aufgehalten wurde.
- g) Fibrilläres Zucken in einem Mundwinkel beim Vorstrecken der Zunge, bzw. Verziehen der einen Hälfte der Oberlippe dabei.
- h) Längere Zeit anhaltende starke spastische Innervation des einen Mundfacialis.
- i) Beim Zähnefletschen anfangs gleichmässige Innervation beider Faciales, dann Ueberwiegen des einen.

### 2. Gebiet des Hypoglossus.

- a) Spontanbewegungen der Zunge in der Mundhöhle nach allen Richtungen hin.
- b) Mühsames Vorstrecken der Zunge.
- c) Constantes mehr oder weniger ausgesprochenes Deviiren der Zunge bald nach der Seite des Facialiskrampfes, bald nach der entgegengesetzten Seite.
- d) Inconstantes Deviiren der Zunge.
  - α) Zunge deviirt bald nach rechts, bald nach links.
  - β) Zunge wird bald gerade vorgestreckt, bald deviirt sie, aber dann stets nach derselben Seite.

---

Mit Rücksicht auf die unter b bzw. c beschriebenen Erscheinungen könnte man also auch von einer doppelseitigen Beteiligung des Hypoglossus sprechen.

---

Absicht, besonders darauf einzugehen, in wie viel Fällen diese oder jene Variation der verschiedenen Spasmen beobachtet wurde, da die Feststellung dieses Verhältnisses nur von sehr untergeordneter Bedeutung sein dürfte.

### 3. Gebiet des motorischen Trigeminus.

Auch dieser Nerv kann doppelseitig ergriffen sein; im Fall 3 z. B. konnte Patientin den Mund zunächst nur wenig öffnen und ihn nur mit Mühe einige Secunden lang aufhalten<sup>1)</sup> (Spasmus in den Mm. temporal., masseter. und pterygoid. int.); dabei wurde der Unterkiefer fortwährend von einer Seite zur anderen geschoben.

Im Uebrigen ist die Beteiligung des Trigeminus eine einseitige und beschränkt sich auf die Mm. pterygoid., und zwar sieht man eine seitliche Verschiebung des Unterkiefers nach der Seite des Facialiskrampfes oder nach der entgegengesetzten Seite. (Im ersten Falle also gekreuzter Trigeminus.)

Ueberblicken wir nun die Symptomcomplexe der vorangehenden sieben Fälle, so ist zunächst zu constatiren, dass in keinem Falle sich der „Brissaud-Marie'sche Symptomcomplex“ vollständig fand. Es fällt sodann auf, dass kein Fall dem anderen ganz gleicht; ferner, dass an dem Spasmus nicht nur Facialis und Hypoglossus, sondern auch der motorische Trigeminus sich betheiligt, eine Thatsache, auf welche mir bislang nicht hingewiesen worden zu sein scheint. — Dass leichte Verschiebungen des Unterkiefers beim Mundöffnen auch innerhalb physiologischer Breite vorkommen mögen, soll keineswegs bestritten werden; dass diesem Phänomen indessen unter Umständen die Bedeutung eines pathologischen Spasmus beizulegen ist, kann wohl keinen Augenblick zweifelhaft sein, wenn wir z. B. Fall 7 uns vergegenwärtigen. Veranlasste man Patientin, ihren Unterkiefer im Sinne des nicht spastisch innervirten Pterygoideus zu verschieben, so brachte sie dies zwar fertig, vermochte aber nicht, den Unterkiefer in dieser Stellung zu fixiren, sondern nach einigen Secunden verschob sich dieser, und zwar nicht nur bis nach der Mitte, sondern in extremer Weise nach der anderen Seite, in welcher Stellung er verblieb. Auch die doppelseitige Beteiligung des Quintus, welche zum Ausdruck kommt, einerseits in dem Hin- und Herschieben des Unterkiefers bei geöffnetem Munde bald nach der einen, bald nach der anderen Seite, andererseits in der Schwierigkeit den Mund überhaupt zu öffnen, bzw. in der Unmöglichkeit ihn längere Zeit hindurch aufzuhalten, ist sicherlich, wenn dieses Verhalten einigermassen ausgeprägt ist, als ein spastischer Zustand von pathologischer Bedeutung anzusehen.

1) Dass man dieses Symptom ausserordentlich häufig bei nervösen Individuen findet, habe ich bereits früher hervorgehoben (W. Koenig, Ueber Gesichtsfeldermüdung etc. Leipzig 1893. S. 26. Anm.).

Es ist weiterhin hervorzuheben, dass nur in einem Falle (3) auch in der Ruhestellung constant eine Abnormität sich zeigte, nämlich ein leichtes Zucken im Mund- und Augenfacialis. In den beiden Fällen 1 und 2 liess sich nachweisen, dass die vorhandenen spastischen Erscheinungen als Ueberreste eines früher bestandenen oder zeitweilig noch auftretenden stärkeren Spasmus angesehen werden konnten. Von grossem Interesse ist das Verhalten des Spasmus beim Transfert in Fall 1.

Endlich ist noch darauf hinzuweisen, dass sich unter den sieben Fällen hemiplegische Erscheinungen hysterischer Natur 4 Mal fanden, monoplegische 1 Mal.

Solche spastischen Erscheinungen, wie die eben beschriebenen, habe ich nun auch in einer ganzen Reihe anderer Fälle beobachtet, die sonst keine hysterischen Symptome zeigten, und es würde demgemäß die Frage zu beantworten sein: Sind die Formes frustes so typisch für Hysterie, wie es z. B. die C. G. F. E. ist, so dass man also dieses Symptom, auch wenn es isolirt auftritt, als ein hysterisches ansehen darf, oder wie ist es sonst aufzufassen?

Die Anzahl der weiter beobachteten nicht als Hysterie diagnosticirten Fälle betrug 14; der Diagnose nach vertheilen sie sich wie folgt:

### Gruppe B.

- a) Epilepsie: 3 Fälle.
- b) Alcoholismus chronicus: 2 Fälle.
- c) Einfache Seelenstörung: 5 Fälle.
- g) Imbecillitas: 2 Fälle.
- e) Idiotie: 2 Fälle.

#### a) Epilepsie.

#### Fall VIII.

Friedrich M. (372). Epilepsia posttraumatica.

In der Ruhe normales Verhalten des Gesichts. Beim Oeffnen des Mundes wird die Unterlippe leicht nach rechts unten und aussen verzogen, ausserdem tritt ein leichtes Zucken daselbst ein. Spontanbewegungen der Zunge innerhalb der Mundhöhle. Beim Vorstrecken weicht dieselbe in extremer Weise nach rechts ab; nach links kann Patient die Zunge nur mangelhaft bringen; er versucht sie mit der Hand nach links zu schieben, dabei weicht aber die Spitze der Zunge, selbst wenn Patient sie bis nach dem linken Mundwinkel verschoben hat, deutlich nach rechts ab. Beim Zähnefletschen, sowie beim Mundverschieben zeigen sich keine Innervationsstörungen. Beim Lächeln wird links früher innervirt als rechts.

**Fall IX.**

Luise B. (1488), 30jähriger Mädchen. Epilepsie.

Gleichmässige Facialisinnervation in der Ruhe.

Beim Sprechen wird die Unterlippe in nicht immer gleich kurzen Intervallen sehr energisch in horizontaler Richtung nach rechts verzogen. Beim Aussprechen einzelner Vocale tritt dies Phänomen nicht deutlich hervor, beim Aussprechen von Consonanten fast nur bei s, x, y, z, hier aber sehr deutlich.

Lässt man Patientin z. B. das Wort „was“ aussprechen, so wird die Unterlippe erst bei Aussprache des Schlussconsonanten verzogen. Beim Oeffnen des Mundes leichte Spontanbewegungen in der Unterlippe, Zunge und des Zäpfchens. Zunge kommt grade, zitternd heraus, dabei treten in der ganzen Mundmuskulatur, bald hier, bald da, Spontanbewegungen auf.

**Fall X.**

Sch., 40jährige Frau. Epilepsie.

In der Ruhelage normales Verhalten des Facialis. Beim Oeffnen des Mundes tritt ein deutliches leichtes fibrilläres Zucken in der linken Hälfte der Unterlippe ein, welches sich zuweilen auch auf die rechte erstreckt; in der linken Hälfte ist es aber stärker; man sieht deutlich, wie der rothe Saum der Lippe, der für gewöhnlich nur die Hälfte der Zähne bedeckt, durch die Zuckungen bis an den oberen Rand der Zähne gehoben wird; zuweilen verzieht sich auch der linke Mundwinkel nach aussen; in der Zunge bestehen dabei Spontanbewegungen. Beim Vorstrecken der Zunge, die deutlich und constant nach rechts abweicht, geräth zuweilen die ganze Mundmuskulatur in Zittern. Ueber die sonstige Beweglichkeit der Zunge kann man zu keinem sicheren Urtheil gelangen, weil Patientin sich zu ungeschickt anstellt.

Beim Zähnefletschen keine deutliche Differenz. Hingegen innervirt Patientin beim Sprechen sehr oft links stärker; diese Differenz wird sehr auffallend, sowie Patientin zu lächeln anfängt.

b) **A l c o h o l i s m u s.****Fall XI.**

B. N. geb. G. (371), 34jährige Frau. Alcoholismus chronicus.

In der Ruhestellung nichts Abnormes; beim Oeffnen des Mundes wird die Unterlippe leicht nach links verzogen, zittert leicht. Zunge verhält sich ruhig. Beim Zähnefletschen wird ziemlich gleichmässig innervirt. Verziehen des Mundes nach beiden Seiten geht gleichmässig gut. Zunge wird grade, etwas zitternd vorgestreckt.

**Fall XII.**

Cl. H., 42jährige Frau. Dementia alcoholica.

In der Ruhestellung normales Verhalten. Beim Mundöffnen leichte Vertiefung der linken Nasolabialfalte, allgemeines fibrilläres Zittern der Mundmus-

kulatur; dieses verstkt sich beim Vorstrecken der Zunge, welche meist schief nach rechts herauskommt, manchmal auch grade; sie ist frei beweglich nach allen Seiten.

c) Einfache Seelenstörung.

**Fall XIII.**

Pauline K. (1663), 43jrige Puella. Paranoia chronica.

Schiefstand des Mundes von rechts unten nach links oben in Folge von congenitaler Asymmetrie des Gesichts.

In der Ruhestellung des Gesichts zuweilen leichtes Zucken in der linken Oberlippe. Beim Sprechen, namentlich wenn Patientin in Folge von Erregung rasch spricht, wird die Unterlippe in ausgesprochener Weise nach rechts in horizontaler Richtung verzogen, und zwar am stksten beim Aussprechen der Consonanten s, x, y, z, schwächer bei b und p. Beim Oeffnen des Mundes starkes fibrilläres Zucken in der linken Unterlippe. Die Zunge verhält sich dabei ruhig; sie wird auch gerade vorgestreckt. Andere Mundbewegungen lassen sich nicht untersuchen, da Patientin sich strbt.

**Fall XIV.**

Christine L. (90), 32jriges Dienstmädchen. Par. halluc.

In der Ruhestellung ist die linke Nasolabialfalte vielleicht etwas stärker ausgesprochen als die rechte; hingegen erscheint die Unterlippe zur Oberlippe deutlich nach links verschoben. Ab und zu bemerkst man ein ganz leichtes Zucken in der linken Nasolabialfalte; doch ist dasselbe keineswegs constant. Beim Sprechen wird links auffallend stärker innervirt als rechts. Beim Lächeln ist dies nicht immer der Fall. Beim Oeffnen des Mundes verschiebt sich die Unterlippe kräftig nach rechts; Patientin hat offenbar Mühe, den Mund längere Zeit offen zu halten. Das oben erwähnte Zucken in der linken Nasolabialfalte tritt bei geöffnetem Munde regelmig auf. Veranlasst man die Patientin, den Mund gewaltsam ad maximum zu ffnen, so treten in der ganzen Unterlippe leichte Zuckungen auf, und zwar wird die Lippe von unten nach oben verzogen, bald auf der rechten, bald auf der linken Seite. Die Zunge liegt in der Mundhle gerade und ruhig. Beim Vorstrecken weicht sie deutlich nach rechts ab, ist aber frei beweglich nach allen Richtungen; außerdem geht der Unterkiefer regelmig mit kräftigem Ruck nach rechts. Beim Zahnfletschen wird der linke Mundwinkel regelmig und deutlich nach unten aussen verzogen. Bei seitlichen Verschiebungen des Mundes nichts Abnormes.

**Fall XV.**

Emilie L. (2661), 58jrige Frau. Paranoia chron.

Rechtsseitige peripherische Facialisparese aller drei Aeste, die seit zwei Jahren besteht; Stirnast am stksten betheiligt. Keine EaR., nur einfache Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit; auch der Orbicularis oris ist betheiligt. Geschmack rechts vorne normal; Gaumensegel nicht paretisch. Die

rechte (paretische) Nasolabialfalte ist eher tiefer als die linke. Die Zunge weicht auch bei Anwendung des Hitzig'schen Handgriffes stark nach rechts ab. —

Es war in diesem Falle zunächst die Vertiefung der rechten Nasolabialfalte auffällig; doch glaubte ich anfänglich, es handele sich um einen secundären spastischen Zustand bei einer peripherischen Facialislähmung, musste aber meine Meinung ändern, als ich die auffällige Deviation der Zunge bemerkte, die keine bloss scheinbare war, sondern ebenso deutlich erkennbar blieb, wenn man die beiden Mundwinkel mit den Fingern in seitlicher Richtung auseinanderzog. Ich nahm nun eine Complication einer peripherischen Facialislähmung mit einem Hemispasmus glosso-labialis an. Dass die Diagnose eine richtige war, beweist der Umstand, dass nach einigen Monaten die spastischen Symptome verschwunden waren: die rechte Nasolabialfalte war flacher wie die linke, und die Zunge wurde gerade herausgestreckt.

Es handelte sich also um einen intercurrenten Hemispasmus glosso-labialis, der zufälligerweise zu einer alten Facialisparese hinzugetreten war und das eben beschriebene eigenthümliche Bild hervorgerufen hatte.

### Fall XVI.

B. geb. K. (7819), 33jährige Arbeiterfrau. Puerperalpsychose.

Bereits in der Ruhe Tendenz der linken Oberlippe sich nach aussen zu verzischen. Beim Oeffnen des Mundes, namentlich wenn er längere Zeit hindurch offen gehalten wird, verschiebt sich die linke Oberlippe etwas nach oben aussen. Die Zunge weicht beim Vorstrecken excessiv stark nach rechts ab und Patientin hat Mühe, sie über die Mittellinie nach links zu bringen, kann sie aber mit Leichtigkeit und ziemlicher Kraft noch weiter nach rechts bewegen, als sie durch den Spasmus gebracht wird.

### Fall XVII.

Laise B. (3303), 41jähriges Dienstmädchen. Paranoia chron.

In der Ruhe manchmal leichtes ruckartiges Verschieben der linken Oberlippe. Zunge weicht nach rechts ab, geht aber bald unter Zittern nach der Mitte und zurück in die Mundhöhle, sehr starkes Zucken im linken Mundwinkel dabei; beim Sprechen und Lächeln wird links etwas stärker innervirt.

d) Imbecillität.

### Fall XVIII.

Sch. geb. N., 39jährige Frau. Imbecillität.

In der Ruhe nichts Abnormes im Facialisgebiet. Beim Oeffnen des Mundes wird der rechte Mundwinkel nach aussen, und der Unterkiefer nach rechts verschoben. Zunge deviirt nach rechts.

### Fall XIX.

Marie M. (2524), 32jähriges Dienstmädchen. Imbecillität.

Schon in der Ruhestellung erhebliche Vertiefung der linken Nasolabialfalte im Vergleich zur rechten; beim Sprechen und Lächeln wird links etwas stärker innervirt. Beim Oeffnen des Mundes wird die Unterlippe deutlich nach links unten verzogen. Die vorgestreckte Zunge weicht nach links ab, ist jedoch frei beweglich. Beim Zähnefletschen ist es auffällig, dass der rechte Facialis gar nicht innervirt wird.

e) Idiotie.

### Fall XX.

Arthur D. (500), 10jähriger Knabe. Idiotie.

In der Ruhestellung normales Verhalten des Facialis. Beim Sprechen wird die Unterlippe nach rechts in horizontaler Richtung verzogen, selten beobachtet man dies in beiden Lippen zugleich. Beim Aussprechen einzelner Vocale e, i, a sieht man dasselbe, manchmal wird die Unterlippe auch nach unten aussen gezogen. Das Verhalten bei dem Aussprechen einzelner Consonanten ist kein constantes. Bei geöffnetem Munde leichte Spontanbewegungen der Zunge; diese deviirt beim Vorstrecken nicht, es treten aber gleichmässig in der ganzen Mundmuskulatur leichte Zuckungen auf. Beim Zähneknirschen ist die Innervationsintensität anfangs auf beiden Seiten gleichmässig, links lässt sie aber früher nach, auch wird der Mund alsdann öfters nach rechts verzogen. Seitliche Verschiebungen des Mundes bringt Patient überhaupt nicht fertig.

### Fall XXI.

Margarethe Sto. (348), 7jähriges Mädchen. Idiotie.

Die ganze linke Gesichtshälfte ist etwas kleiner als die rechte. Der Zwischenkiefer springt stark vor. In der Ruhelage steht der Mund ziemlich grade, auch die Nasolabialfalten sind ziemlich gleich stark ausgeprägt. Sowie aber Patientin den Mund öffnet, wird die Unterlippe nach rechts unten verzogen; besonders deutlich wird dies bei forcirtem Oeffnen. Die Zunge liegt dabei grade und ruhig in der Mundhöhle, und weicht beim Vorstrecken nicht ab; kann aber in dieser Stellung nicht lange fixirt werden, wird bald in die Mundhöhle zurückgezogen. Beim Zukneifen der Augen werden beide Nasolabialfalten gleichmässig stark vertieft, auch beim Zähnefletschen, Lachen, Sprechen zeigt sich kein deutlicher Unterschied, wohl aber wird beim Weinen der rechte Mundwinkel stark nach aussen verzogen.

Tabellarische Uebersicht der in den Fällen der Gruppe B.  
beobachteten Symptome.

Fall 8. a) Beim Oeffnen des Mundes wird die Unterlippe leicht nach rechts unten und aussen verzogen; außerdem leichtes Zucken daselbst.  
b) Spontanbewegungen der Zunge innerhalb der Mundhöhle.

- c) Extremes Abweichen der vorgestreckten Zunge nach rechts.
- d) Schwierigkeit, die Zunge nach links zu bringen.
- e) Beim Lächeln wird links früher innervirt.

Fall 9. a) Beim Sprechen Verziehen der Unterlippe in horizontaler Richtung nach rechts.

- b) Bei geöffnetem Munde leichte Spontanbewegungen in der Unterlippe.
- c) Spontanbewegungen der Zunge in der Mundhöhle und des Zäpfchens.
- d) Bei vorgestreckter Zunge Spontanbewegungen in der ganzen Mundmuskulatur, bald hier, bald da.

Fall 10. a) Beim Mundöffnen fibrilläres Zucken in der linken Unterlippe, zuweilen auf die rechte übergehend.

- b) Zuweilen auch Verziehen des linken Mundwinkels nach aussen.
- c) Spontanbewegungen der Zunge.
- d) Deviiren der Zunge nach rechts.
- e) Beim Vorstrecken der Zunge zuweilen Zittern der ganzen Mundmuskulatur.

- f) Beim Sprechen und Lächeln oft links stärkere Innervation als rechts.

Fall 11. Bei geöffnetem Munde Verziehen der Unterlippe nach links unter Zittern.

Fall 12. a) Bei geöffnetem Munde Vertiefung der linken Nasolabialfalte und Zittern der ganzen Mundmuskulatur.

- b) Zunge deviert meist und dann nach rechts.

Fall 13. a) In der Ruhestellung zuweilen leichtes Zucken in der linken Oberlippe.

b) Beim Sprechen (besonders in der Erregung) Verziehen der Unterlippe in horizontaler Richtung nach rechts.

c) Beim Oeffnen des Mundes starkes fibrilläres Zucken in der linken Unterlippe.

Fall 14. a) In der Ruhestellung: linke Nasolabialfalte tiefer als rechte und Unterlippe nach links verzogen; ab und zu leichtes Zucken in der linken Nasolabialfalte.

- b) Beim Sprechen links stärkere Innervation als rechts.

c) Beim Oeffnen des Mundes sowie beim Vorstrecken der Zunge Verschiebung des Unterkiefers nach rechts.

- d) Schwierigkeit, den Mund längere Zeit aufzuhalten.

e) Beim forcirten Oeffnen des Mundes Zuckungen in der ganzen Unterlippe bald rechts, bald links.

- f) Deviiren der Zunge nach rechts.

g) Beim Zähnefletschen Verziehen des linken Mundwinkels nach unten aussen.

- Fall 15. a) In der Ruhe rechte Nasolabialfalte tiefer als linke.

- b) Zunge deviert nach rechts.

Fall 16. a) In der Ruhe Tendenz der linken Oberlippe, sich nach aussen zu verziehen.

- b) Bei geöffnetem Munde Verschieben der l. Oberlippe nach aussen oben.

c) Excessives Deviiren der Zunge nach rechts.

d) Schwierigkeit, die Zunge über die Mittellinie nach links zu bringen.

Fall 17. a) In der Ruhe manchmal ruckartiges Verschieben der linken Oberlippe.

b) Deviiren der Zunge nach rechts.

c) Zunge geht bald spontan in die Mundhöhle zurück.

d) Starkes Zucken im linken Mundwinkel beim Vorstrecken der Zunge.

e) Beim Sprechen und Lächeln wird links stärker innervirt.

Fall 18. a) Beim Oeffnen des Mundes:

α) Verschieben des rechten Mundwinkels nach aussen,

β) des Unterkiefers nach rechts.

b) Deviiren der Zunge nach rechts.

Fall 19. a) In der Ruhe Vertiefung der linken Nasolabialfalte.

b) Beim Sprechen und Lächeln wird links stärker innervirt.

c) Beim Mundöffnen Verziehen der Unterlippe nach links unten.

d) Deviiren der Zunge nach links.

Fall 20. a) Verziehen der Unterlippe beim Sprechen in horizontaler Richtung nach rechts (manchmal auch beider Lippen).

b) Spontanbewegungen der Zunge.

c) Bei vorgestreckter Zunge leichte Zuckungen in der ganzen Mundmuskulatur.

d) Beim Zähnefletschen nach und nach eintretende Vertiefung der rechten Nasolabialfalte und Verziehen des Mundes nach rechts.

Fall 21. a) Beim Mundöffnen Verziehen der Unterlippe nach rechts unten.

b) Die gerade vorgestreckte Zunge kann nicht lange in dieser Stellung fixirt gehalten werden.

c) Beim Weinen Verziehen des rechten Mundwinkels nach aussen.

Die Vertheilung der Spasmen auf die drei Nerven gestaltet sich wie folgt:

a) Alle drei Nerven fanden sich betheiligt 2 Mal (Fälle 14, 18);

b) Facialis und Hypoglossus allein 10 Mal (Fälle 8, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 19, 20, 21);

c) Facialis allein 2 Mal (Fälle 11, 17);

d) Hypoglossus allein 0 Mal;

e) Trigeminus und Hypoglossus 0 Mal.

Ehe wir zu einem weiteren Vergleichen der Symptome der beiden Gruppen gehen, lassen wir wie bei Gruppe A. zunächst eine kurze Zusammenstellung der in den Gebieten der drei Nerven zur Beobachtung gelangten Symptome folgen.

#### 1. Gebiet des Facialis.

a) Vertiefung der einen Nasolabialfalte entweder schon in der Ruhe oder bei Mundbewegungen.

- b) Zucken in der Nasolabialfalte schon in der Ruhe oder bei Bewegungen.
- c) Verschieben der Unterlippe nach aussen in der Ruhe oder erst bei Bewegungen.
- d) Verschieben der Unterlippe in horizontaler Richtung.
- e) Spontanbewegungen in der ganzen Mundmuskulatur.
- f) Verschieben der Oberlippe nach oben aussen.
- g) Beim Zähnefletschen erst nach einiger Zeit auftretende Vertiefung einer Nasolabialfalte, bezw. Verschieben des einen Mundwinkels.

### 2. Gebiet des Hypoglossus.

- a) Spontanbewegungen der Zunge in der Mundhöhle.
- b) Deviiren der Zunge nach einer oder der anderen Seite.
- c) Schwierigkeit, die Zunge nach der entgegengesetzten Seite zu bringen.
- d) Schwierigkeit, die grade ausgestreckte oder deviirende Zunge längere Zeit in dieser Stellung zu halten.

### 3. Gebiet des Trigeminus.

- a) Beim Mundöffnen Verschieben des Unterkiefers nach der einen oder anderen Seite.
- b) Schwierigkeit, den Mund längere Zeit offen zu halten.

Bei einem Vergleich der Symptomatologie der Gruppe A. mit der der Gruppe B. stellt sich Folgendes heraus:

1. Dass auch in der Gruppe B. kein Fall den „Brissaud-Marie-schen Symptomencomplex“ vollständig zeigt, und ebenso wenig ein Fall dem anderen vollständig gleicht.
2. Dass sich auch hier der motorische Trigeminus zuweilen betheiligt.
3. Dass sich meistens in der Ruhestellung eine Abnormität nicht bemerkbar macht.

Von den bei der Gruppe A. beobachteten Combinationen spastischer Symptome fehlen hier nur die auf S. 386 unter d und e angeführten Combinationen, während von den einzelnen Symptomen sich alle in Gruppe A. beobachteten auch in B. vorfinden; dass derartige kleine Differenzen, wie die eben angeführten, von geringem Belange sind und an sich keinen Grund abgeben, die in A. und B. beobachteten Symptomencomplexe als principiell verschieden von einander aufzufassen, ist wohl einleuchtend; symptomatologisch handelt es sich jedenfalls in

beiden Gruppen um dieselbe Erscheinung. Hieraus folgt natürlich noch nicht, dass die Aetioologie immer dieselbe sein müsse, d. h. dass die Formes frustes stets der Ausdruck einer vorhandenen, eventuell im übrigen latenten Hysterie sein müssen. — Fest steht zunächst, dass die classische Form des Hemispasmus ein exquisit hysterisches Symptom ist, meines Wissens wenigstens ist noch kein Fall publizirt worden, aus dem die Hinfälligkeit dieser Annahme hervorgehen könnte.

Ferner scheint es mir unzweifelhaft zu sein, dass auch die Formes frustes — gleichgültig in welcher Variante sie auftreten —, in einer grösseren Anzahl von Fällen gleichfalls sicher als hysterisches Symptom angesprochen werden dürfen. Zunächst gehören hierher die Fälle zweifeloser Hysterie, wo wir gelegentlich sahen, dass die Formes frustes als Residuum eines früher vorhandenen ausgesprocheneren Krampfes angesehen werden konnten, in einem Falle beobachteten wir sogar Transfert des Spasmus, also ein exquisit hysterisches Verhalten.

Schwieriger ist die Beurtheilung schon in Fällen, wo ausser dem Spasmus keine weiteren hysterischen Symptome vorhanden sind. Wenn es nun auch feststeht, dass die Hysterie monosymptomatisch auftreten kann, so werden wir doch selbst in Fällen von Epilepsie und Alcoholismus, welche ja bekanntlich sich häufig mit Hysterie compliciren und in denen es daher besonders nahe liegt, solche Spasmen als Ausdruck einer complicirenden Hysterie anzusehen, gut thun, vorsichtig zu sein. Denn abgesehen von noch innerhalb physiologischer Breite vorkommenden geringen Innervationsdifferenzen in beiden Gesichtshälften, ist es nicht ausgeschlossen, dass auch ausgesprochenere Innervationsstörungen congenitaler Natur sein können, besonders wird bei Imbecillen und Idioten an eine derartige Möglichkeit zu denken sein<sup>1)</sup>.

Dass es sich in allen diesen Fällen — gleichgültig, ob Hysterie oder eine andere Ursache den Spasmen zu Grunde liegt — um „functionelle“ Störungen handelt, ist wohl mehr als wahrscheinlich.

Im Anschluss hieran möchte ich doch noch aufmerksam machen, dass ich in einzelnen Fällen von organischer Gehirnerkrankung hemispastische Zustände beobachtet habe, die Aehnlichkeit mit den beschriebenen functionellen Störungen hatten, und von denen es mir nicht ausgeschlossen scheint, dass sie, wenn sie auch im Gefolge der organischen Erkrankung aufgetreten sein mögen, die Bedeutung einer functionellen Complication haben könnten.

---

1) J. Turner, Asymmetrical conditions met with in the faces of the insane etc. The Journal of mental science, 1892.

**Fall XXII.**

Georg D. (561), 17jähriger Knabe. Hemiplegia infantilis sin. mit Hemichorea und Hemiathetose der rechten Extremitäten.

Beim Sprechen wird auf der gelähmten Seite stärker innervirt; außerdem wird aber die Unterlippe für sich in fast ganz horizontaler Richtung nach links verzogen.

Dass der paretische *Facialis* bei cerebralen Kinderlähmungen häufiger stärker innervirt wird in Folge secundärer spastischer Innervation ist eine bekannte und nicht seltene Erscheinung. Von Interesse ist aber dieses gleichzeitige Verziehen der Unterlippe nach der entgegengesetzten Seite, und zwar deshalb, weil wir dieser Art des Spasmus in unserer Casuistik sowohl bei den Fällen typischer Hysterie wie auch bei anderen öfters begegnet sind (Fälle 1, 9, 13, 20); auch in diesem Falle organischer Gehirnerkrankung könnte dieses Symptom eine von den functionellen Begleiterscheinungen sein, die öfters bei an organischen Gehirn- und Rückenmarkerkrankungen Leidenden angetroffen werden.

**Fall XXIII.**

Elsbeth H. (341). Hemiplegia infantilis dextra.

Beim Sprechen, Lachen und Zähnefletschen wird links stärker innervirt, beim Mundöffnen hingegen wird die Unterlippe isolirt nach rechts unten und aussen verzogen.

Auch hier seien wir, wie beim Mundöffnen auf der paretischen Seite, auf der, umgekehrt wie im vorigen Falle, bei allen Bewegungen schwächer innervirt wird, wie auf der anderen Seite, bei einer bestimmten Bewegung die Unterlippe für sich allein nach rechts unten verzogen wird. Ob man nun diesen Spasmus auf der paretischen Seite als isolirt dastehenden secundären Spasmus in einem paretischen Muskel auffassen soll, oder ob auch dieser als functionelle Begleiterscheinung anzusehen ist, möchte ich dahingestellt sein lassen; es sind mir keine Beobachtungen bekannt, denen zu Folge in dem paretischen *Facialis* die secundäre spastische Innervation in so circumscripter Weise auftreten kann.

Die voranstehenden Beobachtungen scheinen mir zu folgenden Schlussfolgerungen zu berechtigen:

1. Die Formes frustes des Hemispasmus glosso-labialis sind als sogenannte „functionelle“ Störungen anzusehen, und müssen, so weit sie nicht noch innerhalb der Grenzen geringer physiologischer Innervationsdifferenzen fallen, als Ausdruck einer ge-

- störten Innervation betrachtet werden, welche auch congenitaler Natur sein kann.
2. Die nicht congenitalen hierher gehörigen Innervationsstörungen verdanken wahrscheinlich verschiedenen Ursachen ihre Entstehung.
  3. Eine der Hauptursachen ist die Hysterie; in diesen Fällen treten die Formes frustes theils als solche von vorne herein auf, theils begegnen wir ihnen als Rest eines früher vorhanden gewesenen ausgesprochenen Hemispasmus. Bei Eintritt von Transfert kann auch der Hemispasmus auf die andere Seite übergehen.
  4. In Fällen, wo es sich nicht um klare Hysterie handelt, wird man gut thun, die Formes frustes zunächst als ein durch einen nervösen Zustand hervorgerufenes Localsymptom anzusehen, wenn sie sich auch in diesen Fällen äusserlich nicht von den sicher hysterischen unterscheiden. Jedenfalls wird ihr Auftreten, namentlich in Fällen von Epilepsie und Alkoholismus unter allen Umständen uns Veranlassung geben müssen, nach weiteren hysterischen Stigmata zu suchen, bezw. anamnestisch festzustellen, ob früher andere Symptome von Hysterie, namentlich Anfälle beobachtet worden sind (confer. Fall 5).
  5. Einzelne Varianten der Formes frustes beobachtet man auch bei durch organische Gehirnerkrankungen bedingten Lähmungszuständen, wobei es dahingestellt bleiben mag, ob es sich hier um functionell bedingte Complicationen handelt, oder um sekundäre Spasmen paretischer Muskeln.
  6. Die Formes frustes können nicht nur den Facialis und Hypoglossus, sondern auch den motorischen Trigeminus in Mitleidenschaft ziehen, und zwar können von allen drei Nerven gelegentlich der eine oder der andere doppelseitig betheiligt sein, so dass man also unter Umständen von „dispastischen Formen“ reden könnte.
  7. Charakteristisch endlich für die Formes frustes ist die ausserordentliche Verschiedenheit ihrer Erscheinungsweise und der Umstand, dass sie in der Ruhestellung des Gesichts relativ selten sich bemerkbar machen.
-