

XXX.

Aus dem Neuen Allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf. II. medic. Abtheilung: Oberarzt Dr. Nonne.

Ueber drei Fälle von „Hysteria magna“.

Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie.

Von

Dr. Paul Steffens.

Während man früher bis zu Charcot's Zeiten sogar in den Kreisen der Aerzte, ebenso wie auch jetzt noch häufig in Laienkreisen, die „Hysterie“ nicht als eine Krankheit „sui generis“ aufzufassen gewohnt war, sondern sich unter einer „hysterischen“ Person eine im allgemeinen nervöse, in ihrem Wesen vielleicht besonders unberechenbare Frau oder Mädchen vorstellte, wissen wir jetzt, dass sich die Hysterie nicht allein — und nicht einmal in jedem Falle — nur in einer andauernden pathologischen Charakterveränderung kund giebt, sondern dass diese Krankheit die schwersten organischen Leiden vortäuschen kann.

Da solche schweren Fälle von Hysterie immerhin nicht sehr häufig sind, so möge es mir gestattet sein, im Folgenden drei Fälle von „Hysteria magna“ anzuführen, die ich hier im Eppendorfer Krankenhause auf der Abtheilung des Herrn Dr. Nonne beobachtete. Der erste dieser Fälle ist dadurch besonders interessant, dass in demselben die Diagnose zuerst auf „organische Erkrankung“ gestellt werden musste, und erst durch den weiteren Verlauf die richtige Diagnose „Hysterie“ ermöglicht wurde. Der zweite Fall zeichnet sich durch das für Hysterie durchaus nicht ganz gewöhnliche Symptom der „Pupillenstarre im Anfall“ aus; während sich der dritte Fall durch das paroxysmale, mit enormer Polydipsie und Polyurie verbundene Auftreten von anderen Fällen „grosser Hysterie“ unterscheidet.

Im Anschluss an diese drei Fälle und auf Grund der bis jetzt vorhandenen Literatur will ich dann auf die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie näher eingehen.

Zum Schluss möchte ich dann noch einen Fall von „idiopathischer Epilepsie“ schildern, der als „Status hemiepilepticus“ zu bezeichnen ist, da die einzelnen, schnell auf einander folgenden Anfälle den typischen Verlauf der sogenannten „Jackson'schen Epilepsie“ zeigten, während bei diesem Falle das Fehlen jeder organischen Veränderung am Gehirn und seinen Häuten durch die Autopsie festgestellt werden konnte.

Fall I.

Caries der Wirbelsäule — Spinalirritation — Tumor cerebri. —
— Hysterie? — — — Charcot'sche Stigmata. — Grosse Anfälle.
— Hysterische Charaktersveränderung. — Psychotherapie. —
Heilung.

Käthe H. 16 Jahre. Aufseherstochter.

Patientin wurde am 3. November 1898 in das hiesige Krankenhaus aufgenommen.

Anamnestisch gab sie an, ihr Vater sei „lungenkrank“ (litte an „Bluthusten“). Vom 1.—10. Jahre habe sie fortwährend an Durchfällen gelitten; im Alter von 12 Jahren habe sie „Wasser im Leib“ gehabt; ein Arzt hätte gesagt, sie habe „geschwollene Drüsen im Leib“. Ausserdem habe sie von Kindheit an öfter „geschwollene Lymphdrüsen am Hals“, von denen eine auf der linken Halsseite geschnitten sei. —

Seit einigen Jahren schon hat Patientin manchmal, besonders bei Anstrengungen, „Schmerzen an einem bestimmten Punkt der Wirbelsäule“. Diese Schmerzen haben seit fast einem Jahre ganz bedeutend zugenommen, so dass Patientin seit dem Frühjahr nicht mehr arbeiten kann. Seit dieser Zeit hat sie immer wochenlang hintereinander zu Bett liegen müssen. Dazwischen ist sie wieder aufgestanden und wurden dann die Schmerzen jedesmal schlimmer. — Bei ruhigem Sitzen empfindet Patientin die Schmerzen am wenigsten, hauptsächlich beim Bücken, ferner beim Aufrichten, und wenn Patientin sich auf die Seite beugt. —

Die Periode ist vor ca. 6 Wochen zum ersten Male aufgetreten. Im Ganzen bisher 2 mal, 6—8 Tage dauernd, schwach, ohne Beschwerden.

Der Vater der Patientin gab zur Anamnese nachträglich noch an: Patientin habe vor 7 Jahren mit einer Gartenschaufel einen Schlag auf den Kopf erhalten. Keine Bewusstlosigkeit oder sonstige Folgeerscheinungen. Patientin habe danach sofort wieder weiter gespielt.

Die Untersuchung bei der Aufnahme ergab: Patientin ist ein kleines, mageres, blasses Mädchen; in Bewegungen und beim Sprechen lebhaft. Am linken Unterkieferrand eine alte Schnittnarbe. — Ueber der rechten Lungen-

spitze etwas verlängertes Exspirium, sonst vollkommen normaler Lungenbefund. — Herz und Abdomen ohne Besonderes. — Pupillen reagiren prompt auf Licht und Accomodation. — Reflexe (Patellar-, Fusssohlen- und Bauchdecken-) normal. — Fussclonus rechts positiv!

Sensibilität für leichte Berührungen, Druck, warm und kalt sowie Schmerzempfindung überall normal und beiderseits gleich.

Bei Beklopfen der Wirbelsäule giebt Patientin im III. und IV. Lendenwirbel mässig starken Schmerz an, etwas weniger Schmerz auch beim Beklopfen des II. und V. Lendenwirbels. Die übrigen Wirbel sind schmerzfrei. — In denselben Wirbeln giebt Patientin constant Schmerz an beim Bücken, beim Wiederaufrichten, ferner geringe Empfindlichkeit daselbst bei Schlag auf den Kopf und Sprung auf die Absätze.

Motilität und rohe Kraft der Extremitäten vollkommen normal. —

Urin frei von Eiweis und Zucker. —

Temperatur normal. — Pedes plani.

Die electriche Untersuchung der Muskulatur des Rückens und der unteren Extremitäten ergibt vollkommen normalen Befund.

In Folge der Anamnese, welche sowohl tuberculöse Belastung wahrscheinlich machet, als auch Tuberculose der Hals- und Mesenterial-Lymphdrüsen, sowie tuberculöse Peritonitis in der Kindheit der Patientin vermuthen liess, wurde zunächst die Diagnose auf „Caries der Lendenwirbelsäule“ gestellt, andererseits aber auch wegen der verhältnissmässig geringen Schmerzen, die Patientin bei Schlag auf den Kopf und Sprung auf die Absätze hatte, sowie wegen des mangelnden Gibbus die Diagnose: „Spinalirritation“ offen gelassen.

Der objective Befund veränderte sich in den nächsten Wochen nur insofern, als der Lungenbefund vollständig normal wurde, und der Fussclonus rechts nicht mehr ausgelöst werden konnte. — Dagegen sind am 15. December 1898 die Patellarreflexe beiderseits sehr lebhaft, Fusssohlenreflexe beiderseits erloschen, Bauchdeckenreflexe beiderseits lebhaft.

Patientin klagt immer mehr über Schwäche in beiden Beinen, anhaltende Kopfschmerzen und Schwäche in der Rückenmuskulatur. Die Wirbelsäule ist bei Schlag auf den Kopf nicht mehr empfindlich. — Es bestehen häufig Durchfälle, abwechselnd mit normalem Stuhlgang und seit Anfang December häufig Abends Temperatursteigerungen (bis 38°) bei normaler Morgentemperatur.

Dieser Zustand dauert ziemlich unverändert bis Mitte Februar 99. Status vom 11. Februar 99: Patientin klagt über Schmerzen in beiden Fussgewölben und Fussgelenken beim Gehen (Pedes plani!), Gefühl von Schwere in den Oberschenkeln und Mattigkeit im Rücken. — Die Wirbelsäule ist bei directem Beklopfen in der Lendengegend noch empfindlich, bei Schlag auf den Kopf nicht empfindlich. — Lungenbefund und Herzbefund vollkommen normal. — Abdomen in letzter Zeit stärker aufgetrieben, nirgends Dämpfung (kein Ascites), nirgends druckempfindlich. Leber und Milz nicht vergrössert. Der

Durchfall hat in den letzten Tagen wieder aufgehört. Bei dem Durchfall hatte Patientin immer Schmerzen im Leib, die sie nicht bestimmt localisiren konnte. — Temperatur meist fieberhaft, oft „Typus inversus“. — Der Gang der Patientin ist unsicher, schwankend und giebt Patientin an, sie leide oft an Schwindelgefühl.

Nachdem dann wieder einige Tage die Temperatur auf normaler Höhe geblieben war und die Beschwerden etwas nachgelassen hatten, stieg am 18. 2. 99 plötzlich die Temperatur wieder auf 39,1⁰. Kein Schüttelfrost. Heftige Kopfschmerzen, Schmerzen im Genick und Rückenschmerzen. — Lungen- und Herzbefund normal. — Abdomen wie am 11. 2. — Hals und Rachen ohne Besonderes. — Ohrenbefund beiderseits normal. — Pupillen reagiren. — Augenspiegelbefund: Beiderseits Gefäße stark gefüllt und geschlängelt. Linke Pupille hyperämisch und etwas geschwollen (beginnende Stauung). — Sehnenreflexe an den oberen und unteren Extremitäten rechts lebhafter als links. Fussclonus rechts positiv.

Wegen der fast stetig andauernden Kopfschmerzen und des Schwindelgefühles, wegen des „cerebellaren Ganges“ und nicht zum mindesten wegen der beginnenden „Stauungspapille“ trat jetzt die Vermuthung eines „Tumor cerebri“ (Tuberkel?) in den Vordergrund.

Am 20. 2. 99: Status idem. Sehr heftige Kopf- und Rückenschmerzen. Stuhlgang angehalten. Fussclonus rechts heute negativ.

Vom 21. 2. ab Anfälle: Patientin krümmt sich im Bett zusammen, fährt in die Höhe, lässt sich kaum halten, schreit laut: „Wer quält mich so? — ich kann es nicht mehr aushalten“ etc. Dabei ist Patientin vollkommen bewusstlos. — Dauer des Anfalles circa 10 Minuten, danach noch längere Zeit heftige Kopfschmerzen. Die Pupillen reagieren im Anfall prompt auf Licht. Nach dem Anfall besteht vollkommene Amnesie über die Zeit des Anfalles.

Diese Anfälle wiederholen sich in ungefähr der gleichen Weise in den nächsten 8 Tagen 8–10 mal täglich.

Wegen des Verdachtes auf „Tumor cerebri“ wird am 27. Februar 99 die Lumbalpunktion gemacht: Es entleeren sich ohne Ueberdruck 15 ccm einer hellen, etwas blutig gefärbten Flüssigkeit, ohne Flocken.

Status am 1. März 99: Patientin ausserordentlich matt. Seit gestern Mittag kein Anfall. — Untere Extremitäten: rechtes Bein schwächer als linkes. Sehnenreflexe rechts erhöht. Typischer Achillesclonus rechts. — Obere Extremitäten: Sehnen- und Periostreflexe am rechten Arm lebhafter als links. Keine Parese. Keine Ataxie. — Rumpfmuskulatur ausserordentlich schwach (Patientin kann sich nicht allein im Bett aufrichten).

Vom 3. März ab wieder Anfälle in ähnlicher Form, wie oben geschildert, aber immer länger anhaltend. — Am 7. März werden zum ersten Male tonische Krämpfe des rechten Beines und beider Arme beobachtet. Dabei Bewusstlosigkeit und weite Pupillen. (Reaction der Pupillen auf Lichtein-

fall wurde nicht geprüft. — Conjunctivalreflexe fehlen beiderseits. Schlundreflexe beiderseits ganz minimal.

Eine Gesichtsfeldaufnahme in der anfallsfreien Zeit ergab für das rechte Auge eine ganz bedeutende concentrische Einengung für weiss. Für das linke Auge konnte wegen Uebermüdung der Patientin das Gesichtsfeld an demselben Tage nicht aufgenommen werden.

In den nächsten Tagen veränderte sich die Form der Anfälle insofern, als die Zahl der täglichen Anfälle immer mehr abnahm, die Dauer des einzelnen Anfalles jedoch immer mehr zunahm. Dabei trat immer deutlicher der Charakter der Hystero-Epilepsie hervor. Einen der Anfälle, wie sie sich in derselben Weise immer wiederholten, will ich in Folgendem schildern:

Im Beginn des Anfalles sitzt Patientin, welche durch einen Leibriemen an das Bett gefesselt ist, zusammengekauert da, birgt ihr Gesicht in den Händen und stöhnt laut. Darauf plötzlich springt sie unter lautem Lachen auf und sitzt nun mit strahlendem Auge, lebhaft erregten Gesichtszügen und enorm gesteigertem Bewegungsdrang im Bett. Sie nimmt gar keine Notiz von den an sie herantretenden und sie anredenden Personen. Unter fortwährendem silberhellem Lachen macht sie die ausgelassensten Dummheiten und Verkehrtheiten, wie ein übermüthiges Kind. Sie krallt alles an, was ihr irgend erreichbar ist, greift die Herantretenden am Hals, am Rock, kratzt und theilt Ohrfeigen aus, ganz gleich wohin. Sie beisst andere in die Hände, sich selbst in den Finger, das Haar, beisst in die Bettdecke, den Bettrand, die Matratze. Sie versucht mit ihrem Haarband, mit ihrem aufgelösten Haar sich selbst zu erdrosseln. Alles, was ihr irgend erreichbar ist, nimmt sie in die Hand und wirft es unter tollem Gelächter in den Saal, den Umstehenden an den Kopf. Plötzlich kniet sie wieder im Bett, stösst katzenartig zischende, schnalzende und fauchende Laute hervor, dabei jedesmal, soweit es der Riemen zulässt, mit krallenartig gespreizten Fingern und erhobenen Armen wie zum Sprunge ausholend. Dann plötzlich wirft sie sich der Länge nach hin auf das Bett. Tonische Krämpfe der Extremitäten. Ausgesprochener „Arc de cercle“. Dann schnellt sie wieder empor; in „Grussbewegungen“ schwenkt sie den Oberkörper und die gestreckten Arme, um dann wieder mit Lachen, Beissen und Schlagen dasselbe Bild zu wiederholen. Endlich wird sie ruhiger, schreit unabhängig in rasendem Tempo „Wasser, Wasser“ etc. Nach dem gereichten Becher greift sie gierig, schüttet ebenso gierig die Hälfte hinunter, die andere Hälfte den Umstehenden in das Gesicht, in das Bett. Plötzlich erkennt sie die Schwester; sich aufrichtend und derselben in das Gesicht starrend, schleudert sie plötzlich ihren Namen hervor. Bald erkennt sie auch ihre übrige Umgebung — und der Anfall, der im Ganzen $1\frac{1}{2}$ Stunden gedauert hat, ist vorüber.

Während des Anfalles war es einmal möglich, die Pupillen zu prüfen: dieselben waren beide gleich, von mittlerer Weite und reagirten beiderseits prompt auf Licht.

Solche Anfälle treten also in genau der gleichen Art und Dauer 3—4 mal am Tage auf. Am 17. März wurde Patientin, die soeben erst einen Anfall

gehabt hatte, von Herrn Oberarzt Dr. Nonne aufgefordert, doch auch einmal in seiner Gegenwart einen Anfall zu bekommen — und gleich darauf trat auch wieder ein Anfall auf, der $1\frac{1}{4}$ Stunde dauerte. Gutes Zureden während des Anfalles war nicht im Stande, die Dauer desselben zu verkürzen, oder überhaupt den Charakter desselben (der Anfall glich wieder genau dem eben beschriebenen) zu verändern.

Der Augenspiegelbefund ergab am 20. März wieder: Beiderseits stark ausgedehnte Gefäße und etwas verschwommene Papillengrenzen; links ausgesprochener als rechts.

Nachdem nun die „hystero“-epileptische Natur der Anfälle sicher war, wurde Patientin am 26. März in eine Einzelzelle des Delirantenhauses verlegt. Nach kleinen rudimentären Anfällen daselbst in den ersten beiden Tagen blieben die Anfälle jetzt völlig aus; Patientin wurde wieder durchaus geordnet und bat vom dritten Tage an flehentlich um ihre Zurückverlegung in ihren früheren Pavillon. Diese wurde erst gewährt, nachdem Patientin 3 weitere Tage frei von Anfällen gewesen war.

Es gelang dann auch noch durch energisches Zureden, Patientin zum Gehen ohne Torkeln zu bringen; obgleich der Gang noch sehr vorsichtig und ängstlich war und Patientin mit den Händen immer nach einer Stütze suchte.

Am 11. April ergab die Untersuchung einen vollkommen normalen objectiven Befund, speciell: kein Fussclonus, keinerlei Sensibilitätsstörung, Rachenreflex und Conjunctivalreflex beiderseits vorhanden; Aufrichten im Bett ohne Hülfe möglich. — Nur die Wirbelsäule ist von der Mitte der Brustwirbelsäule abwärts etwas empfindlich beim Klopfen.

Am 30. April war der Augenspiegelbefund beiderseits völlig normal.

Die psychische Ueberempfindlichkeit der Patientin trat am 16. Mai in sehr ausgeprägter Weise zu Tage; Patientin hatte nicht gut essen wollen, und hatte deshalb die Schwester weniger mit ihr gesprochen. Patientin glaubte deshalb, die Schwester „sei ihr böse“ und sagte zu einer anderen Kranken, „sie wolle davonlaufen, sie wüsste eine Stelle, wo man über die Mauer klettern könne“. Dann lief sie aus dem Pavillon weg. — Erst nach 20 Minuten, nachdem man sie so lange vergeblich gesucht hatte, kehrte sie von selbst zurück.

Einige Tage nach diesem Vorfalle ergab die Untersuchung der Sensibilität eine vollkommene Analgesie beider Unterarme und Hände, beider Unterschenkel und Füße, der rechten Seite des Halses und des Kopfes, ferner einer etwa handbreiten Zone, welche genau die Mitte der Brust und des Abdomens — von der Höhe der II. Rippe bis zur Symphyse — einnahm. Die Sensibilität für leise Berührungen, warm und kalt war überall normal.

Die Gesichtsfeldaufnahme ergab beiderseits eine concentrische Einengung, die jedoch nicht so hochgradig war wie vor einigen Monaten.

Im Uebrigen vollkommen normaler Befund.

30. Mai: Patientin ist heute zum ersten Mal seit ihrer Anwesenheit hier ohne Rückenschmerzen.

Von nun an schreitet die Besserung der Patientin schnell vorwärts: Patientin lernt besser gehen, klagt wenig mehr über Kopf- und Rückenschmerzen, ist weniger labil in ihrer Stimmung, sondern jetzt fast stets freundlich und heiter.

Der Abgangsstatus am 12. Juli 99 ergibt: Patellarreflexe ziemlich lebhaft, beiderseits gleich. Fusssohlenreflexe fehlen beiderseits. Kein Clonus. Keine Spannungen bei passiven Bewegungen der Extremitäten. — Schädel bei Beklopfen nicht schmerzhaft. — Lendenwirbelsäule bei directem Beklopfen und bei Schlag auf den Kopf etwas empfindlich, nicht empfindlich bei Sprung auf die Hacken. — Motilität und rohe Kraft überall normal. — Sensibilitätsstörungen nicht nachweisbar. — Gang vollkommen normal. — Psychisch normal. — Augenspiegelbefund normal.

Patientin wird am 12. Juli 99 als „geheilt“ entlassen¹⁾.

Epikrise zu Fall I.

In diesem unserem ersten Falle fällt uns, wie schon oben erwähnt, zunächst der Wechsel in der gestellten Diagnose auf. Die erste Diagnose, „Caries der Lendenwirbelsäule“, war berechtigt durch die Anamnese, da angeblich von Seiten des Vaters hereditär tuberculöse Belastung („Bluthusten“) vorlag; da ferner die Angabe der Patientin, sie habe früher an „geschwollenen Lymphdrüsen am Hals“ gelitten, habe in der Kindheit immer an „Durchfällen“ gelitten und im Alter von 12 Jahren „Wasser im Leib“ gehabt, wobei von einem Arzt „geschwollene Drüsen im Leib“ constatirt seien, auf tuberculöse Processe schliessen liess. Als objectiver Befund kam dazu, dass anfänglich die rechte Lungenspitze

1) Nachtrag bei der Correctur: Am 6. November 99 (4 Monate nach der Entlassung) hatte ich Gelegenheit, die Patientin wieder zu untersuchen. Dieselbe hatte an Körpergewicht bedeutend zugenommen und zeigte ein blühendes Aussehen. Sie hatte zu Haus gar keine Beschwerden mehr gehabt, speciell keine Rückenschmerzen, keine Gehstörungen (sie konnte auch ohne Anstrengung längere Zeit gehen), keine Anfälle. — Der objective Befund ergab: Lungen und Herz normal. Abdomen nirgends druckempfindlich. Motilität und rohe Kraft der Extremitäten völlig normal. Keine Ataxie, kein Intentionstremor. Lagegefühl der Gelenke intact. — Sensibilität für leise Berührungen, warm und kalt, sowie Schmerzgefühl überall normal und beiderseits gleich. — Reflexe: Patellarreflex beiderseits lebhaft, kein Clonus. Fusssohlenreflex beiderseits sehr schwach. Achillessehnenreflex beiderseits lebhaft, kein Clonus. Bauchdeckenreflex beiderseits normal. Schlundreflex rechts aufgehoben, links normal. Conjunctivalreflex beiderseits herabgesetzt. — Pupillen rechts gleich links, normal weit, reagieren prompt auf Licht und Accommodation. — Augenspiegelbefund normal. — Gesichtsfeld beiderseits concentrisch eingeengt, aber nicht mehr so hochgradig wie früher.

etwas suspect war; ferner die Temperaturcurve, welche vielfach abendliche Temperatursteigerungen bei normaler Morgentemperatur, und häufig auch Temperatursteigerungen in dem sogenannten „Typus inversus“ zeigte (wobei durch genau controlirte Messungen der Tric der Hysterischen, Temperatursteigerungen durch reibende Bewegungen mit dem Thermometer etc. zu simuliren, ausgeschlossen war), und schliesslich die strikte Beschränkung des Schmerzes in der Wirbelsäule auf 2 bestimmte Wirbel — mit geringerer Empfindlichkeit der beiden benachbarten Wirbel —, welcher Schmerz ausser bei directem Beklopfen auch bei Schlag auf den Kopf und Sprung auf die Fersen auftrat.

Dass diesem letzten Symptom keine ausschlaggebende Bedeutung beigemessen wurde, erhellt aus dem Umstande, dass zugleich mit der Diagnose „Caries“ auch die Diagnose „Spinalirritation“ offen gelassen wurde, und zwar aus dem Grunde, als erstens ein deutlicher Gibbus fehlte, wie er bei der langen Dauer der angenommenen Wirbelerkrankung wohl schon hätte vorhanden sein können (obgleich allerdings wiederholt — speciell auch bei uns — Fälle beobachtet sind, in denen bei der Autopsie „Caries der Wirbelsäule“ festgestellt wurde, während keine Spur eines Gibbus vorhanden war); — ferner da die Schmerzhaftigkeit bei directem Beklopfen, bei Sprung auf die Fersen und Schlag auf den Kopf, bei Vorwärtsbeugen des Körpers und seitlichem Drehen desselben eine verhältnissmässig geringfügige war, — und schliesslich wegen des allgemein neuropathischen Eindruckes, den die Patientin schon bei der Aufnahme machte.

Bezüglich des wiederholten Auftretens fieberhafter Temperaturen bei unserer Patientin müssen wir es dahingestellt sein lassen, ob nicht doch irgendwo im Körper der Patientin ein durch die objective Untersuchung nicht nachweisbarer tuberculöser Herd besteht, oder ob wir es mit einem Fall von „hysterischem Fieber“ zu thun haben, dessen Vorkommen Sarbó¹⁾ in einer ausführlichen Arbeit beweist, in der er auch ausdrücklich bemerkt: „Anomalien, wie Temperaturdifferenz der Körperhälften, hohe Morgentemperatur gegenüber einer niedrigen Abendtemperatur etc. kommen vor.“ — Auf jeden Fall beruhte die Krankheit der Patientin in der Hauptsache auf functioneller Basis, wie es in dem weiteren Verlaufe derselben deutlich zu Tage trat. —

Auch die Diagnose „Tumor cerebri“ war eine wohl begründete; denn nicht nur die Symptome von heftigem Kopfschmerz, Schwindel-

1) Sarbó, „Ueber hysterisches Fieber“. — Aus der Königl. Universitätsklinik für Psychiatrie und Nervenkrankh. in Budapest. — Dieses Archiv. 1892. Bd. 23.

gefühl und Erbrechen, ferner der unsichere schwankende Gang, wie man ihn ja auch als „cerebellaren Gang“ bezeichnet, sprachen für diese Diagnose, sondern vor allem auch die bei der Augenspiegeluntersuchung constatirte „Neuritis optica“, welche ausser von uns auch von einem Augenspecialisten wiederholt zweifellos festgestellt und als „beginnende Stauung“ gedeutet wurde; — ferner der Umstand, dass auf der, der Neuritis optica contralateralen Seite mehrere Wochen hindurch „Fussclonus“ beobachtet werden konnte. — Die zur eventuellen Sicherung dieser Diagnose vorgenommene Spinalpunction ergab keinen Anhalt für eine Vermehrung des intracerebralen Druckes.

Die endgültige Diagnose „Hysterie“ konnte erst gestellt werden, als die „Anfälle“ eintraten, welche nach anfänglicher rudimentärer Form so typisch wurden, wie sie Charcot in seinen klinischen Schilderungen vorführt. Wir vermissen bei diesen Anfällen weder den „Arc de cercle“ noch die „Grussbewegungen“, wir vermissen nicht die scheinbar launenhafte — im Grunde jedoch cyklisch ablaufende — Abwechslung in den einzelnen Phasen; dagegen fehlt die Brutalität, die schonungslose Heftigkeit, wie sie meist den epileptischen Anfällen im Gegensatz zu den hysterischen eigen ist.

Eine Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie kam in diesem unserem Falle überhaupt nicht in Frage; nichts sprach für eine Epilepsie, während im Lauf der Beobachtung der Kranken eine Fülle von „hysterischen Stigmata“ constatirt wurden — woraus wir zugleich den Schluss ziehen können, dass man die von Charcot aufgestellte „Lehre von den hysterischen Stigmata“ nicht als so unbrauchbar verwerfen soll, wie es in neuerer Zeit von einer Anzahl von Autoren geschieht. — Von solchen Stigmata fanden wir bei unserer Patientin: das „Fehlen der Conjunctivalreflexe“, die „starke Herabsetzung der Schlundreflexe“, ferner eine hochgradige „concentrische Einengung des Gesichtsfeldes“ beiderseits. Ausserdem gehört hierher die „wechselnde Analgesie in symmetrischen Zonen des Körpers“ bei sonst vollkommen normaler Sensibilität für leichte Berührungen und Temperaturdifferenzen.

Was die oben angeführte „Neuritis optica“ betrifft, so dürfen wir dieselbe wohl als einen zufälligen Nebebefund bei dem etwas chlorotischen Mädchen ansehen; denn, wie Romberg¹⁾ nachgewiesen hat, sind „leichte Papillenveränderungen bei Chlorose keineswegs selten“. (Romberg fand unter 28 Fällen von Chlorose 19, die nicht das normale

1) Romberg, „Bemerkungen über Chlorose und ihre Behandlung“. — Berliner klin. Wochenschr. 1897. No. 26.

Aussehen der Papille zeigten. „Es war stets dasselbe Bild: Verwaschenheit der Papillengrenzen, oft Verfärbung und mehr oder weniger ausgebildete Schwellung der Papillen. Die Veränderungen fanden sich bei allen Graden von Chlorose in schweren und leichten Fällen.“)

Im besonderen Hinblick auf unsere nächsten beiden Fälle wollen wir hier auch das „lebhaftes Durstgefühl“ der Patientin während des Anfalles und die nachfolgende „vollkommene Amnesie“ über die ganze Zeit des Anfalles constatiren.

Unsere Patientin giebt uns auch ein gutes Beispiel für die „hysterische Charakterveränderung.“ Wir finden bei ihr kindisches, läppisches, ungezogenes Wesen und psychische Ueberempfindlichkeit in der Zeit der „hysterischen Aura“, abwechselnd mit vollkommen normalem psychischen Verhalten in der übrigen Zeit.

Die „Psychotherapie“, d. h. in diesem Falle die völlige Abschlussung der Patientin von ihren Angehörigen und theilweise durch die Einsperrung in eine Isolirzelle sogar von ihren Mitkranken, verbunden mit möglichst geringer Anwendung von medicamentösen Mitteln, hat hier prompten Erfolg gehabt, und könnte dieser Erfolg auch mit zur Sicherstellung der Diagnose „Hysterie“ herangezogen werden, wenn diese Sicherstellung nach dem Vorangegangenen überhaupt noch nöthig wäre.

Fall II.

Hysterie. — Transitorisches Irresein. — Selbstmordversuch. — Charcot'sche Stigmata. — Krampfanfälle. — Pupillenstarre im Anfall.

Johanna Fr. wurde — 17. Jahre alt — am 19. December 1896 im hiesigen Krankenhause aufgenommen.

Anamnestisch ist zu erwähnen, dass die Mutter der Patientin an „Schwindsucht“ starb. Der Vater der Patientin soll nach Aussage von Verwandten Potator gewesen sein. Eine Schwester der Mutter war „nervös“.

Patientin gab an, sie habe seit dem XII. Jahre — angeblich, nachdem ihr am Morgen ein Zahn ausgezogen war — in unregelmässigen Zwischenräumen Zuckungen in der rechten Körperhälfte gehabt. Die Zuckungen beginnen im rechten Arm oder Bein, bleiben bisweilen auf das zuerst befallene Glied beschränkt. Das Bewusstsein sei nicht immer geschwunden; immer nur in den Fällen, wo die Krämpfe im Bein begannen. Dauer der Anfälle $\frac{1}{2}$ —1 Minute; meist Morgens nach dem Erwachen, nur einmal auf der Strasse, wo Patientin umfiel und bewusstlos wurde. Nach dem Anfall heftige Kopfschmerzen.

Der Vormund der Patientin giebt ausserdem an, Patientin habe sehr häufig „Anfälle von Niedergeschlagenheit“ gehabt; in einem solchen sei sie — November 96 — in die Alster gesprungen. Patientin giebt darauf

an, sie habe den Sprung nicht vorbedacht gethan, und will keine Erinnerung daran gehabt haben.

Der Befund bei der Aufnahme ergab: Mittelkräftig gebautes, gut genährtes Mädchen. Frische Gesichtsfarbe. An den inneren Organen und am Nervensystem nichts Pathologisches nachweisbar.

Acht Tage nach ihrer Aufnahme bekam Patientin einen Anfall: Als Prodromalerscheinungen: Kopfschmerzen, Schwindel und leichte Zuckungen im rechten Bein. Sodann klonische Krämpfe, zuerst im rechten Bein, dann übergreifend auf das linke Bein, die oberen Extremitäten und das Gesicht. Pupillen im Anfall weit und starr. Schaum vor dem Mund. Keine Enuresis. Kein Zungenbiss. — Dauer des Anfalles $1\frac{1}{2}$ Minuten. — Nach dem Anfall Kopfschmerzen, Puls 108, leichte Zuckungen in den Unterarmmuskeln.

Am folgenden Tage wieder subjectiv völliges Wohlbefinden.

Am 14. Januar 97 wird bei der Aufnahme des Gesichtsfeldes eine hochgradige concentrische Gesichtsfeldeinengung für Weiss und Farben constatirt, die rechts noch stärker ist als links. — Sonst keine hysterischen Stigmata.

Die nächsten Wochen vergingen unter wechselndem Allgemeinbefinden der Patientin. Am 3. April 97 weinte Patientin viel; sie denkt „der Arzt hielte ihre Klagen für simulirt“, fragt die Schwester „ob die Carbolsäure im Abort schade“ und sagt „es wäre das beste für sie, zu sterben“. Am nächsten Tage war Patientin ängstlich, unruhig, aufgeregt; meinte, „sie sei zuschlecht für diese Welt, sie müsse sterben“. An diesem Tage wieder ein Anfall, wie der oben beschriebene.

In der darauf folgenden Zeit eine Anzahl von stärkeren Anfällen. Während dieser Periode war das Befinden der Patientin wechselnd: zeitweilig verwirrt, ängstlich; dann wieder unmotivirt heiter, freundlich. In einem Moment der Klarheit spricht sie sich aus über das letzte Depressionsstadium, ohne jedoch zuzugeben, dass ihre Selbstanklagen falsch waren. — In der folgenden Nacht sieht sie „den Tod“, hört, „dass ihre Tante gestorben sei“ — „sie sei nun allein auf der Welt“, „die Tante sei gestorben für ihre Schlechtigkeit“. —

Diese Verwirrheitszustände dauern gewöhnlich circa 6—8 Stunden an, und herrscht danach angeblich vollkommene Amnesie über die Zeit des Anfalles.

Der wechselnde Geisteszustand der Patientin spricht sich am deutlichsten in den Briefen aus, die aus dieser Zeit herrühren, und von denen ich einen kurzen Auszug hier einfügen will.

In einer Zeit schwerster Depression und geistigen Umnachtung ist folgender Brief geschrieben:

„Mein lieber Gustav!“

„Kurz vor meinem Tode muss ich Dir noch schreiben und bitte ich Dich, mich noch einmal zu besuchen und mich so lange zu prügeln, bis der Tod eintritt; denn Du hast es versprochen und Dein Wort musst Du halten“. — „Ich muss mit allen meinen Sünden für Dich sterben. Bete, bitte, für mich, dass ich recht bald sterbe. Amen.“

Kurz darauf schreibt sie an denselben Gustav: „Sterben werde ich hier doch im Krankenhaus, und dann geht es zur Hölle. Dort erhalte ich den Lohn für alle meine Schandthaten, denn ich werde schon immer verfolgt von dem Kerl, der mir sagt, ich komme auf die linke Seite in die Hölle“.

In verschiedenen Briefen an ihre Tante erzählt sie dieser von ihrem augenblicklichen Zustande. In einem Stadium der melancholischen Depression schreibt sie:

„Meine liebe liebe Tante!“

— „Wenn Du es fühlen könntest, wie unglücklich ich bin“. „O, wäre ich doch in früherer Zeit nicht so undankbar gewesen, hätte ich Euch doch nicht so viel Aerger und Kummer bereitet! Liebe Tante, Du glaubst es wohl nicht, aber es ist wahr, ich mag keinen Menschen mehr ansehen, meine Augen kaum noch aufthun, denn wo ich gehe und stehe, höre ich, wie sie mir zurufen: Du Sünder, Du magst noch lachen, und magst noch singen und lustig sein?“ — „Meine liebe Mama ist auch so oft bei mir, und manchmal steht auch Papa mit dabei. Viele andere sind auch oft bei mir; ich kann sie nicht erkennen und mag sie auch gar nicht ansehen“.

In der anfallsfreien Zeit schreibt Patientin sehr nette, vernünftige Briefe, und in einem solchen, ebenfalls an ihre Tante gerichteten, schreibt Patientin über ihren Zustand:

„Oft bin ich einige Tage ganz wohl und spreche ganz vernünftig, und dann mit einem Mal werde ich wieder furchtbar aufgeregt und unruhig und rede allerlei Unsinn, was ich aber nachher gar nicht mehr weiss“. — „Mitunter kommen mir noch die Gedanken, dass ich nichts weiter mehr werth bin als den Tod, aber in letzter Zeit habe ich vielfach die Ideen überwunden. Dieses kostet mir unendliche Mühe, und wenn ich mich auch noch so sehr bezwinge, immer gelingt es mir doch nicht“.

In den folgenden Monaten blieb der Status in gleicher Weise wechselnd. Oft musste Sondernahrung eingeleitet werden, da Patientin die Nahrungsaufnahme verweigerte.

Während wir sonst in dem Krankenjournal Angaben über Coincidenz der Erregungsanfälle mit den Menses nicht finden, und durch Befragen der Patientin ein derartiges Zusammentreffen — wenigstens in wiederholten Fällen — nicht nachzuweisen ist, finden wir unter dem 12. Juli 97 die Notiz: „Bei Eintritt der Menses, die spärlich waren, plötzlich Verfolgungsideen, starke Depression und grosse Unruhe“. Dieser Anfall ging nach ca. 20 Stunden vorüber. Keine Erinnerung daran. Patientin ist etwas deprimirt, sonst ganz vernünftig. Menses sistiren (gleichzeitig mit dem Abklingen des Anfalles).

Interessant ist ferner die Abhängigkeit der Secretion der Magenschleimhaut von den Alterationen des Nervensystems, die bei unserer Patientin festgestellt wurde: Kurz nach dem eben erwähnten heftigen Anfall klagte Patient über Schmerzen in der Magengegend, Uebelkeit und Erbrechen der kurz vorher genossenen Speisen. Die Untersuchung des Magensaftes am 16. Juli 1897 nach einem Probefrühstück ergab: „Keine freie Salzsäure“. — Nach 10 Tagen, während welcher Patientin psychisch vollkommen

normal gewesen war, wurde wiederum eine gleiche Magenuntersuchung vorgenommen, die folgendes Resultat ergab: Freie Salzsäure positiv ($= 0,27$ pCt.). Milchsäure negativ. Gesamttacidität $= 75$.

Während die Untersuchung auf Charcot'sche Stigmata bisher nur eine concentrische Gesichtsfeldeinengung beiderseits ergeben hatte, traten dieselben späterhin in einer seltenen Reichhaltigkeit auf.

Im October 97 ist die Stimmung der Patientin andauernd deprimirt. Patientin hallucinirt gelegentlich. Starke Beeinträchtigungsideen. Krampfanfälle selten und von kurzer Dauer. Patientin wird mehrfach dabei erwischt, wie sie sich Nadeln unter die Haut steckt, „um die schlechten Säfte herauszuziehen“. — Objectiv wird festgestellt: Totale Hemianaesthesia sinistra (incl. Schleimbäute) für alle Empfindungsqualitäten. Würgreflexe links fehlend, rechts vorhanden, ebenso Cornealreflex links fehlend. Mehrfach Mastodynie, ohne objectiven Befund.

November 1897: Patientin war wiederholt acut verwirrt: erkennt die Schwester nicht, will aus dem Bett, — nach Bergedorf, beisst und kratzt, als sie im Bett gehalten wird. — Abends wieder völlig klar, bricht in Weinen aus, als ihr das Verhalten am Morgen vorgehalten wird.

December 97: Stimmung launisch, unspringend, sehr leicht erregbar, übelnehmerisch. Gestern Nacht 5 Krampfanfälle. Beim letzten Anfall schlug die Schwester ihr mit dem nassen Tuch in das Gesicht: die Krämpfe hörten sofort auf und Patientin schrie: „Ich will es auch ganz gewiss nicht wieder thun“.

Objectiver Befund: Andauernde Hemianaesthesia sinistra. Gesichtsfeld „nicht“ eingeengt. Würgreflex fehlt links. Riechen und Schmecken beiderseits gut und gleich.

April 98: Patientin hat fast ausnahmslos 12—20 Anfälle täglich. Durch Bromgaben (bis $2 \times 3,0$ pro die) werden dieselben nur wenig beeinflusst in Zahl und Stärke. Die Anfälle sind in den letzten Monaten derart, dass sie in Form von halbseitigen (meist rechts) clonisch-tonischen Zuckungen auftreten, die im Bein beginnen, dann schnell die obere Extremität und schliesslich das Gesicht ergreifen. Der ganze Anfall dauert nur ca. 1 Minute. Das Bewusstsein ist dabei ganz erhalten oder nur wenig getrübt. Zuweilen leichte Cyanose dabei; niemals Enuresis oder Zungenbiss. Die Pupillen erweitern sich zuweilen; Starre wurde nicht beobachtet. — In den letzten Monaten keine Hemianästhesie oder sonstige sensible Störung; keine Rachenanästhesie. Sehnen- und Hautreflexe stets normal. — Auf motorischem Gebiet ist nur hervorzuheben eine leichte Schwäche der Extremitäten rechts. — Ophthalmoskopisch keine Anomalie.

Auf psychischem Gebiet wechselt noch depressive Stimmung mit expansiven Zuständen. — Erregungszustände, wie oben beschrieben, Hallucinationen, triebartige Handlungen sind in den letzten drei Monaten nicht beobachtet worden. — Keine Demenz.

Auf vegetativem Gebiet besteht eine Neigung zu Obstipation; Appetit leidlich; Schlaf meistens normal.

Mai 98. Nachts ein „schwerer Anfall“ mit Bewusstlosigkeit. Clonische Zuckungen in Armen und Beinen. Pupille reagirt nicht bei der Untersuchung mit Lampenlicht. Dauer des Anfalles 3—4 Minuten.

Juli 98. Schnell wechselnde Zonen der Sensibilitätsstörung auf der Haut. Am 5. Juli wird vollkommene Anästhesie auf der Vorder- und Rückseite beider Arme und beider Beine, sowie an Stirn und Hinterkopf, und oberhalb der rechten Mamma festgestellt. — Am folgenden Tage schon ist der Befund in folgender Weise verändert: Anästhesie beschränkt auf den linken Unterschenkel und Fuss und den ganzen linken Arm; ferner auf beide Schulterblätter und die Hinterseite des rechten Armes.

Concentrische Gesichtsfeldeinengung beiderseits, aber nicht so hochgradig, wie in der ersten Zeit nach der Aufnahme.

Stimmung wieder mehr deprimirt: Patientin macht den Versuch, sich mit der Scheere die linke Art. radialis zu öffnen. Erfolg: kleine Hautschnitte.

Oktober 98: Patientin ist in letzter Zeit wieder heiterer gestimmt. Täglich ca. 5—9 „Anfälle“, die stets nur $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Minute dauern. Der Anfall beginnt jedesmal mit einer clonischen Zuckung im rechten Arm, dann im rechten Bein. Patientin sinkt theilweise bewusstlos hinten über, wobei sie sich an irgend einem Gegenstand zu halten sucht. Nach der anfänglichen Zuckung tritt eine tonische Starre der rechten Extremitäten ein, die jedoch nach wenigen Sekunden wieder aufhört, um dann ebenso lange einer schlaffen Lähmung des rechten Armes und des rechten Beines Platz zu machen. Die Pupillen sind dabei nicht erweitert und reagiren auf Licht, der Cornealreflex ist erhalten.

In den letzten Tagen hat Patientin wieder eine durchgehende Hemianästhesie und Hemianalgesie links. Gefühllosigkeit der linken Conjunctiva und der Nasenschleimhaut links. Fehlender Rachenreflex links.

November 89. Die Prüfung der Pupillen in einem Anfall — mit concentrirtem Licht — ergibt: Beide Pupillen stark erweitert, reagiren nicht auf concentrirtes Licht. Cornealreflexe im Anfall erhalten. — Unmittelbar nach dem Anfall (Dauer 2—3 Minuten) ist die Pupille wieder in jeder Beziehung normal. 4 Tage später gelang es, die Reaction der Pupillen auf concentrirtes Licht in einem Anfall wiederholt zu prüfen: Es bestand wiederum vollkommene Starre beider Pupillen, die dabei stark erweitert waren.

Ophthalmoskopischer Befund beiderseits normal. — Niemals Pulsanomalien beobachtet. Niemals bei den Anfällen Zungenbiss oder Enuresis.

Die Untersuchung ergibt keinen Anhalt für das Bestehen eines organischen Leidens (Motilität, Sensibilität, Reflexe, ophthalmoskopischer Befund). Dauernd sind die rechtsseitigen Extremitäten etwas schwächer als links.

Patientin wird — nach ca. 2jährigem Aufenthalt — am 22. November 98 auf Wunsch der Verwandten als „gebessert“ entlassen.

Epikrise zu Fall II.

Während im ersten Falle die Hysterie hauptsächlich in den „grossen Anfällen“ in die Erscheinung trat, und auf psychischem Gebiete nur geringfügige Veränderungen constatirt werden konnten, treten die letzteren bei Johanna Fr. in den Vordergrund. —

Wir finden bei dieser Patientin ausser einer schnell wechselnden (launischen, verwirrten, ängstlichen, heiteren, freundlichen) Stimmung vor allem auch transitorische Verwirrtheitszustände schwereren Grades, in denen Hallucinationen und Versündigungsideen das Bild beherrschen. Die oben wiedergegebenen Briefe der Patientin geben besser als lange Beschreibungen einen Einblick in den Seelenzustand der Kranken.

Einen Beweis, dass die Absicht, sterben zu wollen, nicht immer nur solche kindischen Selbstmordversuche erzeugen kann, wie sie unsere Patientin hier im Krankenhause vornahm, als sie sich mit einer Scheere die „Pulsader“ öffnen wollte, aber es bei einem Hautschnittechen bewenden liess, giebt doch eben dieselbe Patientin dadurch, dass sie früher ernstlich versuchte, durch einen Sprung in die Alster sich das Leben zu nehmen. Einem solchen wiederholten, mit voller Absicht und anscheinend vollem Bewusstsein ausgeführten Suicidversuch werden wir auch in unserem dritten Falle wieder begegnen.

Wenn wir oben sahen, wie zahlreiche die von Charcot angegebenen „hysterischen Stigmata“ sich bei der Patientin Käthe H. fanden, so werden wir auch bei Johanna Fr. nicht lange nach solchen in der Krankengeschichte zu suchen brauchen. Wir finden hier Hemi-anästhesie und Hemianalgesie, einseitige Aufhebung des Rachenreflexes, des Conjunctivalreflexes und des Kitzelreflexes der Nasenschleimhaut, abwechselnd mit zonenweiser symmetrischer Anästhesie und mit vollkommen normaler Sensibilität; sowie concentrische Gesichtsfeldeinengung und Mastodynie.

Die eigentlichen Krampfanfälle unterscheiden sich von denen in unserem ersten Falle durch ihre verhältnissmässig grosse Regelmässigkeit, indem dieselben theils einseitig anfangen, um dann progressiv die contralateralen Extremitäten zu ergreifen, theils, wie in der ganzen letzten Hälfte des Aufenthalts der Patientin hier im Krankenhaus, überhaupt einseitig bleiben. — Wenn es uns nun auch fast als selbstverständlich erscheint, dass bei diesen Anfällen Enuresis und Zungenbisse fehlten, dass auch meist das Bewusstsein dabei erhalten blieb, so müssen wir hier doch nachdrücklich feststellen, dass in einer Anzahl von diesen Anfällen die Pupillen

erweitert und bei der Prüfung mit concentrirtem Licht vollkommen starr waren.

In den Fällen nun, wo diese Pupillenstarre im Anfall bestand, war auch Bewusstlosigkeit und nachfolgende Amnesie über die Zeit des Anfalles zu constatiren.

Wenn uns eingewendet werden sollte, dass es sich in diesen einzelnen Anfällen mit Bewusstseinsverlust und Pupillenstarre um „echte epileptische Anfälle“ gehandelt haben könnte, so möchte ich dagegen anführen, dass diese Anfälle den anderen zweifellos hysterischen — nur abgesehen von eben der Pupillenstarre und dem Bewusstseinsverlust — so genau gleichen wie ein Ei dem anderen, und dass auch bei diesen Anfällen niemals ein Zungenbiss oder Enuresis beobachtet wurden.

Um den hysterischen Charakter der übrigen Anfälle festzustellen, genügt wohl der Hinweis auf die vorhin erwähnten hysterischen „Stigmata“, sowie die Thatsache, dass mehrmals ein solcher Anfall durch Schlagen mit einem nassen Tuch oder durch Uebergiessung mit kaltem Wasser augenblicklich coupirt wurden, was bei einem echten epileptischen Anfall bekanntlich nicht hätte eintreten können.

Was die in der Krankengeschichte erwähnte Secretionsanomalie der Magenschleimhaut betrifft (binnen 10 Tagen wechselt bei unserer Patientin Anacidität für freie Salzsäure mit Hyperacidität), so bietet unser Fall einen weiteren Beleg für das immerhin seltene Vorkommen einer Secretionsneurose der Magenschleimhaut bei Hysterie. .

Was den Erfolg der Therapie anbetrifft, so war dieselbe in diesem unseren zweiten Falle vollkommen machtlos; trotz des ca. 2jährigen Aufenthaltes im Krankenhaus konnte Patientin nur als „gebessert“ resp. „zur Zeit geheilt“ entlassen werden.

Fall III.

Paroxysmale Hysterie — auftretend unter dem Bilde einer hallucinatorischen Verwirrtheit mit maniakalischer Erregung. — Polydipsie und Polyurie.

Mary B., 24 Jahre alt, Arbeiterin.

Grossmutter der Patientin ist im Irrenhause gestorben. Eltern und Geschwister psychisch normal. Keine Nervenkrankheiten in der Familie.

Im Alter von 14 Jahren (1889) hatte Patientin „Krämpfe“ mit Bewusstseinsverlust, welche 14 Wochen lang täglich auftreten. — Dann wieder ganz gesund bis 1893. Damals hatte Patientin 6 Wochen lang ständige Unruhe und Angstgefühl, so dass sie oft in der Nacht aufstand, sich ankleidete und spazieren ging. Von den anderen Mädchen, mit denen zusammen sie plätten lernte, verleumdet, dass sie sich Nachts herumtriebe, wurde ihr die Stellung

gekündigt. Zu ihrer Mutter wollte sie nun nicht zurück, da sie sich einbildete, es seien dort „viele Männer“. Patientin nahm deshalb, in der Absicht, sich das Leben zu nehmen, eine „ordentliche Portion“ Kleesalz. Da sie danach einen „schlechten Geschmack im Munde“ verspürte, ging sie in die Küche und trank eine Tasse Milch, ohne zu wissen, dass sie damit ein Gegenmittel nahm, „denn sonst hätte sie es nicht gethan“. Danach musste Patientin stark erbrechen, und es war Blut in dem Erbrochenen. Ein Arzt wurde gerufen, der Patientin hierher in's Krankenhaus schickte. Sie wurde am 15. September 93 aufgenommen, und, da sie den Selbstmordversuch vollkommen verschwieg, wegen „Ulcus ventriculi (Blutbrechen)“ und „Stomatitis“ behandelt.

Am Ende der Behandlung, am 9. October 93 bekam Patientin plötzlich einen „Anfall von acuter Verrücktheit“. Patientin, die sich den ganzen Tag über gut befunden hat, erwacht plötzlich Nachts, geht aus dem Bette, sieht grosses Feuer, Constabler etc. etc., macht viel Lärm, weshalb sie in's Einzelzimmer gelegt wird. Auch dort will sie fortwährend aus dem Bett, da das Haus brenne. Patientin nimmt nichts zu sich, behauptet, alle ihre angebotenen Speisen und Getränke seien Salz und Salzwasser. Ihre Umgebung kennt Patientin nicht. — Am folgenden Morgen war Patientin ca. 2 Stunden lang psychisch normal, wunderte sich, dass sie im Einzelzimmer war etc., und erzählte, dass sie früher ähnliche Zustände gehabt hätte. Bald fängt sie aber wieder an zu toben, sieht wieder das ganze Zimmer brennen, will aus dem Bett, schreit fortwährend nach dem Constabler etc. — Dabei kein besonderer Befund von Seiten des Herzens, der Lungen, der Abdominalorgane, kein Fieber. — Patientin wurde am 10. October 93 in die hiesige Irrenanstalt Friedrichsberg verlegt, wo sie 6 Monate blieb.

Bald nach ihrer Entlassung aus Friedrichsberg, am 17. Mai 94, machte Patientin zum zweiten Male einen ernsthaften Selbstmordversuch, indem sie sich in einen der Alstercanäle stürzte. Sofort aus dem Wasser gezogen, verweigert sie die Angabe von Namen und Wohnung und sagt nur immer, sie wolle sterben. Patientin wurde nach Friedrichsberg gebracht, woselbst sie wieder 4 Monate blieb.

Später leugnet sie die bewusste Absicht, sich dieses Mal haben das Leben nehmen zu wollen, sondern giebt an, sie wisse nicht, wie sie in das Wasser gekommen sei.

Im folgenden Jahre, in der Nacht vom 12.—13. Mai 95 wurde Patientin am Landungssteg der Alsterdampfboote in heftigen Krämpfen liegend aufgefunden. Sie wurde wiederum nach Friedrichsberg gebracht, von dort aber am 19. Mai schon wieder entlassen.

Ungefähr 2 Jahre später, am 30. April 97, nachdem sie bei kaltem Wetter in leichter Bluse zur Arbeit gegangen war, merkte sie beim Abendessen, dass sie auf der rechten Mundseite nichts schmeckte. Als sie am nächsten Morgen aufweckte, war sie auf der rechten Gesichtshälfte gelähmt. — In der darauf folgenden Zeit fühlte sie sich bis auf leichte Kopfschmerzen ganz wohl. Die Lähmung der rechten Gesichtshälfte blieb bestehen.

Am 2. October 97 ging Patientin früh, wie gewöhnlich, zur Arbeit, ohne

dass sie selber sich irgendwie schlecht gefühlt, oder dass man etwas besonderes an ihr beobachtet hätte. Um 10 Uhr Morgens stürzt sie plötzlich bei der Arbeit (Schnüre-Aufwickeln) bewusstlos unter allgemeinen Krämpfen zusammen und wurde in diesem Zustande hierher in das Krankenhaus gebracht.

Hieselbst kamen Krämpfe nicht zur Beobachtung. Der Aufnahmebefund war folgender: Hochgradig erregtes Mädchen in mässigem allgemeinem Ernährungszustande, singt, lacht, redet viel und laut, ist leicht desorientirt, hat ersichtlich massenhaft Gehörshallucinationen. Stimmung im Allgemeinen recht heiter. Patientin macht indessen keinen Versuch, das Bett zu verlassen, thut auf Aufforderung alles, was von ihr verlangt wird, klagt über Kopfschmerzen und intensiven Durst. — Facialis rechts deutlich paretisch (Gesicht und Stirn). Geringer Strabismus divergens. Pupillen beide gleich weit, reagiren prompt auf Lichteinfall und Accommodation. Bewegungen der Bulbi allerseits frei. Hypoglossus intact. Hemiparesis sinistra der oberen und unteren Extremität. Hemianästhesie der ganzen linken Körperhälfte, einschliesslich der Mundschleimhaut für Berührung, Druck, Schmerz und Temperatur. Ferner halbseitige (links) Aufhebung der Bewegungsempfindungen und des Lagegefühls der Glieder. Würgereflex, Kitzelreflex der Nasenschleimhaut und des äusseren Gehörganges links stark herabgesetzt, ebenso links der Cornealreflex. Patellar- und Plantarreflex links etwas herabgesetzt. Bauchdeckenreflex beiderseits fehlend. — Innere Organe ohne pathologischen Befund. Nirgends Narben oder Drüsenschwellungen. — Polydipsie und Polyurie.

Am folgenden Tage (3. October 97) ist der Status psychisch und somatisch vollkommen unverändert. Patientin hat in 24 Stunden 6 Liter getrunken.

Am 4. October ist Patientin morgens völlig klar, „frei im Kopf“, hat Krankheitseinsicht, hat zwar noch Gehörshallucinationen, aber weniger, und weiss, dass dieselben auf Sinnestäuschung beruhen. Klagt ausschliesslich über starken Durst. — Am Abend desselben Tages wieder leicht maniakalisch erregt. — Am folgenden Tage nach ruhiger Nacht ist Patientin wieder vollkommen klar, ohne Hallucinationen. Die linksseitige Hemianästhesie und Hemialgesie ist vollkommen verschwunden; Lagegefühl der Gelenke vollkommen normal. Auch die Sensibilität der Schleimhäute links wieder vollkommen normal. Normaler Würgereflex etc.

Mit dem Aufhören des Anfalles ist auch die Menge der genossenen Flüssigkeit sowie die Urinmenge auf $2\frac{1}{2}$ Liter gesunken, und ein Blick auf die genau geführte Curve der Menge der genossenen Flüssigkeit und der Urinausscheidung belehrt uns, dass genau wie bei diesem Anfall so auch bei allen späteren Anfällen die Getränk- und Urincurve steigt oder fällt, je nach dem Stande des psychischen Verhaltens der Patientin. Die tägliche Menge der getrunkenen und der durch den Urin ausgeschiedenen Flüssigkeit schwankt danach zwischen 1—8 Liter.

Während des Aufenthaltes der Patientin im Krankenhaus vom 2. October

97 bis 29. Januar 98 traten die Anfälle 8 mal auf; jedesmal mit einer Dauer von 2—7 Tagen.

Die Form der Anfälle war immer ungefähr die gleiche: Am Tage vor Ausbruch des Anfalles traten gewissermassen als „Aura“ Kopf- oder Magenschmerzen auf. Der Anfall setzte gewöhnlich am Morgen ganz plötzlich ein: Patientin richtet sich im Bett auf, zieht sich ganz an das Kopfende desselben zurück, wo sie meist in kauender Stellung verbleibt. Leuchtende Augen und lebhaft gespannte Gesichtszüge. Patientin spricht und singt laut, reagiert nicht auf Anrufen. Massenhafte Gesicht- und Gehörshallucinationen. Ein anderes Mal ist Patientin offenbar von Angstvorstellungen beherrscht; „es soll mir mit kleinen Messern der Kopf abgeschnitten werden“ — „ich habe es ganz gewiss nicht gethan“ — „warum wollen sie denn die Polizei holen“ etc. etc.

Während des Anfalles erkennt die Patientin ihre Umgebung nicht; es besteht vollkommene, durchgehend halbseitige Analgesie links, während rechts Schmerzreize durch Druck, Kneifen etc. mit lebhaften Abwehrbewegungen beantwortet wurden. Die Pupillen sind von normaler Weite und reagieren stets prompt auf Lichteinfall.

Mitten während des Singens, zwischen den ängstlichen Ausrufen ergreift Patientin plötzlich ein in ihrer Nähe stehendes Trinkgefäss und schüttet hastig ca. $\frac{1}{2}$ Liter Flüssigkeit hinunter.

Mit dem Abklingen des Anfalles wird Patientin ruhiger. Der Durst lässt nach. Die maniakalische Erregung dauert gewöhnlich noch kurze Zeit in geringerem Maasse an, bis Patientin dann wieder ganz klar ist und sich wundert, dass sie sich vielleicht in einem anderen Krankenzimmer befindet.

Es besteht eine vollkommene Amnesie über die Zeit des ganzen Anfalles. Mit dem Wiedereintritt des vollen Bewusstseins ist gewöhnlich auch die Hemianalgesie vollständig verschwunden und der Würgreflex links wieder normal.

Die Aufnahme des Gesichtsfeldes für weiss (in der anfallsfreien Zeit) ergab vollkommen normalen Befund.

Nachdem Patientin 5 Wochen keinen Anfall mehr gehabt hatte und psychisch sowohl wie somatisch keinerlei Abnormität mehr bestanden, wurde sie am 29. Januar 98 als „geheilt“ entlassen.

Nach ihrer Entlassung hat Patientin wieder ca. $\frac{1}{2}$ Jahr als Packerin in einer Fabrik gearbeitet, dann war sie 3 Wochen zu Haus bei ihrer Mutter, da sie immer Kopfschmerzen gehabt, schlecht geschlafen und an Appetitlosigkeit gelitten habe. Ebenso habe sie auch wieder viel geweint.

Patientin wird deshalb am 19. Juli 98 wieder hierher ins Krankenhaus gebracht.

Die Untersuchung bei der Aufnahme ergab ausser einer auffälligen Heiterkeit der Patientin psychisch und somatisch vollkommen normale Verhältnisse.

In den nächsten Tagen trat der durch die steigende Getränk und Urinmenge sowie durch die Herabsetzung des Würgreflexes (links) schon vorher annoncierte Anfall in typischer Weise wieder auf, und verlief genau wie die

früher beobachteten Anfälle. — Nach raschem Abklingen desselben wieder vollständig normaler Befund ohne psychische Anomalien.

Der Anfall wiederholte sich während dieses Aufenthaltes der Patientin im Krankenhause noch dreimal, und wurde Patientin am 17. October 98 als „gebessert“ entlassen.

Danach war Patientin über $\frac{1}{2}$ Jahr wieder vollkommen normal und arbeitsfähig, bis am 7. April 99 nach prodromalen Kopfschmerzen plötzlich auf der Strasse wieder ein Anfall ausbrach. Patientin wurde Abends in den Anlagen vor dem Krankenhause aufgefunden und hierhergebracht. —

Während im Allgemeinen bei dieser letzten Anwesenheit der Patientin, die vom 7. April bis 21. Juni 99 dauerte, das Bild der hysterischen Paroxysmen, die mit vollkommen normalem Befunde in der anfallfreien Zeit wechselten, genau das gleiche war, wie oben geschildert, wurde doch diesmal (noch mehr als früher) eine so auffallende Uebereinstimmung zwischen der Curve des psychischen Verhaltens der Patientin und der Curve der Getränkmenge und Urinausscheidung beobachtet, dass ich dieselben durch folgende Tabelle wiedergeben möchte. Diese Zusammenstellung wird uns zugleich ein übersichtliches Bild des ganzen Krankheitsverlaufes geben.

Datum.	Getränk. ccm	Urin. ccm	Bemerkungen.
10. 4.	5100	5500	Anfall: Hallucinationen. Hemianästhesie links. Rachenreflex links fehlt.
11.—17. 4.	3000 — 3400	2500 — 3600	Submanisches Stadium: Rachenreflex links fehlt andauernd. Normale Sensibilität.
18. 4.	4000	4000	Kopfschmerz. Gesichtsfeld für weiss und blau normal. Rachenreflex links fehlt. — Normale Sensibilität.
19. 4.	9300	7400	Anfall: Hemianalgesie links. — Hallucinationen. Kopfschmerz. — Pupillen reagiren prompt auf Licht.
20. 4.	7800	8000	Vorm.: Anfall zu Ende: Keine Kopfschmerzen. Schlundreflex normal. Sensibilität und Schmerzempfindung normal.
21. 4.	3000	3300	Vollkommen normaler Befund.
22. 4.	3100	4200	Vollkommen normaler Befund.
23. 4.	2100	1800	Vollkommen normaler Befund.
24. 4.	3800	4100	Kopfschmerzen. Rachenreflex links fehlt.
25. 4.	5400	5100	Anfall: Rachenreflex links fehlt. — Hallucinationen etc. Hemianästhesie links.
26. 4.	10500(!)	8600	Anfall fortdauernd. Hemianästhesie links. Lachen und Singen.
27. 4.	4600	5000	Anfall zu Ende: Vollkommene Amnesie über die Zeit des Anfalles. Schlundreflexe normal. Sensibilität normal.
28. 4.	1900	1800	Vollkommen normaler Befund.
— 2. 5.	— 2400	— 2400	

Datum.	Getränk. ccm	Urin. ccm	Bemerkungen.
3. 5.	2400	3100	Kopfschmerzen. Rachenreflex links fehlt.
4. 5.	7100	6500	Anfall: Hemianalgesie etc.
5. 5.	8000	8800	Anfall fortdauernd. (Singen.) Hemianalgesie.
6. 5.	4100	3900	Anfall zu Ende. Rachenreflex links normal. Normale Sensibilität.
7. 5.	3500	3800	Vollkommen normaler Befund.
8.—17. 5.	3000	2400	Vollkommen normaler Befund.
	— 1900	— 1900	
18. 5.	4300	4400	Kopfschmerzen. Zwangslachen und -Weinen. Hemianästhesie links. Rachenreflex links fehlt. Kältegefühl links. Pupillen reagiren prompt.
19. 5.	5500	5600	Anfall (wie oben).
20. 5.	7900	8700	Vorm.: Singen. Hemialgesie links andauernd. Nachm.: Ende des Anfalles. Danach sofort normale Sensibilität etc.
21. 5.	4200	5800	Vollkommen normaler Befund.
22. 5.	1600	1400	Vollkommen normaler Befund.
— 2. 6.	— 2100	— 2400	
3.—8. 6.	3000	3000	Submanisches Stadium: Hemianästhesie links. Rachen- und Conjunctivalreflexe links feh- len. Aengstlich erregter Zustand.
	— 3900	— 3900	
9. 6.	8200	7500	Anfall: Hemianästhesie andauernd. Pupillen reagiren. Hallucinationen etc.
10. 6.	5500	6300	Vorm.: Anfall dauert fort. Singen etc. Nachm.: Anfall zu Ende. Danach sofort normaler Befund.
11. 6.	1600	1200	Vollkommen normaler Befund. Gesichtsfeld
— 21. 6.	— 2200	— 2200	normal. Keine hysterogenen Zonen. Sen- sibilität und Reflexe normal.

Patientin wurde, nachdem sie 11 Tage nach dem letzten Anfall subjectiv und objectiv, psychisch und somatisch vollkommen normalen Befund geboten hatte, auf ihren eigenen dringenden Wunsch am 21. Juni 99 als „gebessert“ entlassen.

Epikrise zu Fall III.

Die Krankengeschichte dieser Patientin scheint uns im ersten Augenblicke ein ganz anderes Bild zu geben als die beiden ersten. Wenn wir — ohne Kenntniss des übrigen Untersuchungsbefundes — einen der bei dieser Kranken auftretenden Anfälle zu Gesicht bekommen, so haben wir zunächst den Eindruck einer einfachen (nicht hysterischen) Psychose; so sehr herrschen Hallucinationen und Verfolgungsideen darin vor. Erst eine genauere Untersuchung belehrt uns, dass wir es mit einer „Hysterischen“ zu thun haben, und ein näheres Eingehen auf die Krankengeschichte zeigt uns doch manche Aehnlichkeit mit unseren beiden ersten Fällen.

Wenn wir oben gesehen haben, dass Johanna Fr. in ihrer psychischen Alteration dazu kam, einen ernsthafteren Selbstmordversuch durch einen Sprung in die Alster zu machen, so begegnen wir ausser einem ganz gleichen Wasserabenteuer (wobei noch besonders bemerkenswerth ist, dass die Patientin noch, nachdem sie aus dem Wasser herausgezogen war, die Angabe von Namen und Wohnung verweigerte, und ihre fortgesetzte Absicht, „sterben zu wollen“, kund gab) auch noch einem mit voller Ueberlegung ausgeführten Selbstvergiftungsversuch durch Kleesalz, dessen Gelingen nur durch einen Zufall verhindert wurde.

Ferner finden wir bei Mary B. die „hysterische Aura“ in Form einer maniakalischen Erregtheit, wobei Patientin nach unmotivirtem Lachen ebenso unmotivirt plötzlich zum Weinen kommt, während sie in der übrigen anfallfreien Zeit ein absolut vernünftiges Mädchen ist, in dessen Charakter keinerlei pathologische Züge aufzufinden sind.

Den Beweis, dass es sich hier um eine „paroxysmale Hysterie“ und nicht vielleicht um ein „periodisches Irresein“ oder um „epileptische Aequivalente“ handelt, erhalten wir wiederum durch den Nachweis von „hysterischen Stigmata“. Als solche finden wir während des Anfalles: Hemiparesis sinistra, Hemianästhesie und Hemi-analgesia sinistra, halbseitige Aufhebung der Bewegungsempfindung und des Lagegefühles der Glieder, Kältegefühl links, einseitige starke Herabsetzung des Corneal- und Würgreflexes sowie des Kitzelreflexes der Nasenschleimhaut, einseitige Herabsetzung des Patellar- und Plantarreflexes.

Besonders bemerkenswerth ist noch, dass alle diese Symptome sofort nach dem Aufhören des Anfalles wieder verschwunden sind und einem vollkommen normalen Befunde Platz gemacht haben; nur das Fehlen des Rachenreflexes war einmal mehrere Tage ausserhalb des Anfalles — aber in einem Stadium der „maniakalischen Erregtheit“ zu constatiren.

Wie bei Käthe H. und (theilweise) bei Johanna Fr., so finden wir auch bei Mary B. nach dem Anfall vollkommene Amnesie über alles, was sich in dieser Zeit zugetragen hat.

Von den „hysterischen Stigmata“ vermissen wir hier die „concentrische Gesichtsfeldeinschränkung“; ja wir konnten sogar an einem Tage — wenige Stunden vor Ausbruch eines Anfalles — constatiren, dass das Gesichtsfeld für „blau“ nicht nur nicht eingeschränkt war (dasselbe soll ja nach Charcot charakteristischerweise in Fällen von Hysterie noch kleiner sein als das Gesichtsfeld für „roth“), sondern

dass es sogar dem normalen Gesichtsfeld für „weiss“ vollständig gleich war.

Sehr interessant ist ferner in unserem Falle die Beobachtung der Polydipsie und Polyurie, und der Zusammenhang dieser Erscheinungen mit dem paroxysmalen Auftreten der Hysterie. — Bei der Durchsicht der Krankengeschichten fällt es uns sofort auf, dass während der ganzen Dauer des Aufenthaltes der Patientin im Krankenhaus die Polydipsie und Polyurie stärker oder geringer ist, je nach der grösseren oder geringeren psychischen Erregtheit der Patientin. Ein Blick auf die genau geführte Getränk- und Urincurve zeigt deutlich, an welchen Tagen die Patientin psychisch vollkommen normal war, an welchen Tagen eine leichte maniakalische Erregtheit sich bemerkbar machte, und deutlich ersehen wir aus ihr die Tage des maniakalischen Paroxysmus.

Steigerung des Durstgefühles kommt häufig bei Hysterischen vor; aber selten wohl in solchem Maasse, wie wir es hier beobachten können. — Ueber die Frage, was in solchen Fällen das primäre sei, die Polydipsie oder die Polyurie, hat sich Buttersack¹⁾ des längeren ausgelassen, und führt derselbe für „primäre Polydipsie“ als Merkmal an, dass der Polydiphtiker „schwitzt“, dass also die Urinmenge beim Polydiphtiker geringer sei als beim (primären) Polyuriker. Für die „primäre Polyurie“ soll die geringe oder fehlende Perspiration durch die Haut charakteristisch sein. — Wenn wir uns nun unseren Fall hierauf hin genau ansehen, so müssen wir zunächst constatiren, dass unsere Patientin nicht schwitzte, sondern im Gegentheil stets eine trockene Haut hatte. Trotzdem glaube ich, dass es sich bei Mary B. sicher um eine „primäre Polydipsie“ handelt, denn nicht nur geben die Patientin selbst und deren erfahrene Pflegerin übereinstimmend und glaubwürdig an, dass sich zuerst immer der Durst bemerkbar machte, und dann erst (nach Befriedigung des Durstgefühles) die Urinmenge anstieg, sondern wir erkennen dieses Verhältniss objectiv ganz deutlich aus unserer Tabelle. Diese zeigt uns, dass an den Tagen, wo ein „Anfall“ auftritt, z. B. am 19. April, 25.—26. April, 4. Mai und 9. Juni, die Getränkmenge ganz enorm wächst und zugleich an diesen Tagen ganz bedeutend grösser ist als die Urinmenge. Da Patientin nun nicht schwitzt, so fällt in den nächsten Tagen die Getränkmenge unter die Urinmenge, bis der Körper die in Folge des grossen Durstes zugeführten Flüssigkeitsquantitäten wieder abgegeben hat. Sodann bleibt eine Zeit lang die Flüssigkeitsaufnahme und -Ausscheidung ungefähr auf gleicher

1) Dieses Archiv Bd. XVII. S. 631 ff.

Höhe, bis in Begleitung eines neuen Anfalles zuerst die Menge des Getränkes wieder enorm ansteigt und damit das Spiel von Neuem beginnt.

Was die Prognose in unseren 3 Fällen betrifft, so haben wir hier, wie bei allen Fällen von Hysterie, wesentlich darauf Rücksicht zu nehmen, ob eine hereditäre Belastung vorhanden ist oder nicht. In dem ersten Falle, bei Käthe H., bei der eine neuropathische Belastung nicht vorliegt, ist die Prognose bedeutend günstiger als in unserem zweiten und dritten Fall. Dafür spricht auch der Erfolg unserer Therapie; da Käthe H. sowohl hier im Krankenhaus zuletzt 3½ Monate ohne Anfälle war, als auch bis jetzt zu Haus vollkommen normal geblieben ist. Im zweiten und dritten Fall ist die Prognose ernster zu stellen; denn in der Anamnese von Johanna Fr. finden wir die Angabe von Verwandten, dass der Vater „Potator“ gewesen sei, und auch bei Mary B. ist eine Belastung anzunehmen, da die Grossmutter der Patientin „im Irrenhause gestorben“ sein soll. — Der Erfolg unserer Therapie war hier demgemäss auch ein negativer, und ich glaube, dass Mary B. bald wieder mit einem gleichen Anfall bei uns im Krankenhaus erscheinen wird.

Fall IV.

Status hemiepilepticus (Jackson) — ohne pathologischen Hirnbefund.

C. F. R. Pr., 44 Jahre alt, Kürschner, wird am 30. März 99. Abends in das Krankenhaus aufgenommen. Anamnese ist nicht zu erheben.

Status am 31. März Morgens: Patient ist unklar, leicht delirierend. Schwammig gedunsener allgemeiner Habitus. Subicterus der Haut und Conjunctiven. Pulsus minimus, frequens, regularis. Respiratio costo-abdominalis, regularis.

Lungen: Hochstand der unteren Grenzen vorn und seitlich. Relative Dämpfung über beiden Unterlappen, links mehr als rechts. In dem gedämpften Bezirk abgeschwächtes Athmen mit spärlichen crepitirenden Geräuschen. — Sputum fehlt. — Probepunction: L. h. u.: eine volle Spritze haemorrhag. Flüssigkeit. R. h. u. negativ.

Herz: Dämpfung normal. Töne sehr leise, rein. Herzaction regelmässig.

Abdomen in den seitlichen Theilen überhängend; im Epigastrium angedeutet „Caput medusae“. Freier Ascites nachweisbar. Hernia inguinalis externa dextra reponibilis und hernia umbilicalis. — Leber stark vergrössert, derb, sehr druckschmerzhaft. Unterer Leberrand handbreit unter dem Rippenbogen (in Nabelhöhe) palpabel. — Milz nicht vergrössert.

Genitalien o. B.

Urin enthält Eiweis. Mikroskopisch keine Formelemente.

Nervensystem: Keine meningitischen Symptome. — Starke Abmagerung der Oberschenkelmuskulatur; im Missverhältniss hierzu die Unterschenkelmuskulatur. Starke Druckempfindlichkeit der Oberschenkelmuskulatur, ferner der nervi crurales; in geringerem Grade auch der nervi tibiales und peronei, aber nicht der nervi ischiadici. — Leichte Hypertonie sämtlicher Extremitätenmuskeln. Paraparesis levis der Beine. — Sonst nirgends weiter motorische Reiz- oder Lähmungserscheinungen. — Motorische Hirnnerven intact. — Schwäche der Rumpfmuskulatur beim Aufrichten und Sitzen. — Plantarhyperästhesie. — Bauchdecken- und Cremaster-Reflexe lebhaft, rechts gleich links. — Achillesreflexe positiv, rechts gleich links. Patellarreflexe gesteigert, rechts gleich links; Patellarklonus beiderseits angedeutet. — Sehnen- und Periostreflexe der oberen Extremitäten positiv, rechts gleich links. — Pupillen mittelweit, rechts gleich links, reagiren prompt auf Licht und Accomodation. — Sphincteren continent.

1. April. Debilitas cordis crescens. Sonst status idem.

Mittags: 2 kurze epileptische Anfälle. — Um 3 Uhr 30 Min. ein dritter Anfall, der mit Kopf- und Augenwendung nach links beginnt, successive die linke Körperhälfte ergreift und auf diese beschränkt bleibt. Von der rechten Körperhälfte agiren nur der Musc. frontalis und orbicularis oculi. Während des Anfalles ist der Kopf tonisch nach links gedreht, während die Bulbi dabei clonische Zuckungen nach aussen und links machen. Die Pupillen sind während des Anfalles ziemlich eng, rechts gleich links, starr auf concentrirtes Licht. — Während des Anfalles sind die rechtsseitigen Extremitäten völlig schlaff, die Haut- und Sehnenreflexe an derselben erhalten. Das Bewusstsein ist vollkommen erloschen.

Im weiteren Verlauf des Anfalles, der ohne Intervalle bis zum Exitus um 11 Uhr 30 Min. Abends continuirlich anhält, nehmen die Bulbi vorübergehend tonische Zwangsstellung nach rechts ein. Die Clonismen erlöschen in den letzten beiden Stunden fast ganz im linken Bein, vermindern sich wesentlich an Intensität im linken Facialis, während die linke obere Extremität mit unveränderter Kraft weiter zuckt. Am Anfall sind die Rumpfmuskeln nur gering und vorübergehend theilhaft (sichtbare Clonismen in den Bauchdecken), ebenso die Kiefer-, Schlund- und Kehlkopfmuskeln.

Exitus letalis Abends 11 Uhr 30 Min.

Die Temperatur hielt sich am 31. März und 1. April in der Höhe zwischen 38,3 und 39,6°.

Sectionsbefund: Gehirn und Hirnhäute makroskopisch vollkommen normal.

In 1proc. Osmiumsäure gezupfte Partien aus dem Stamm des Nerv. cruralis (rechts), 1 Muskelast und 2 Hautäste (Aussen- und Innenseite des Oberschenkels) vom rechten Nerv. cruralis ergeben einen durchaus normalen Befund.

Aus dem übrigen Sectionsbefunde will ich nur das Wichtigste hervorheben: In der Bauchhöhle 1 Liter hämorrhagische Flüssigkeit. Massenhafte Eruption miliarer Tuberkel auf dem parietalen Blatt der Serosa und dem Netz,

ferner auf dem parietalen Blatt des Pericard; etwas weniger auch auf der Pleura visceralis und parietalis. In der linken Pleurahöhle ca. 300 g hämorrhagische Flüssigkeit. Herz klein, schlaff, sonst o. B. In der rechten Lungenspitze ein kleiner schiefrig narbiger Herd; sonst normaler Lungenbefund. Milz gross, weich, zahlreiche miliare Tuberkel auf der Capsel. Leber etwas gross, icterisch, typische Granulierung der Oberfläche, sehr derb und beim Schneiden knirschend. Makroskopisch sichtbare Vermehrung des Bindegewebes. Auch auf dem Schnitt exquisite Körnung des Parenchyms. — Aorta im ganzen Verlauf auffallend eng, zeigt geringe atheromatöse Wandveränderung. — Sonstige Organe o. B.

Epikrise zu Fall IV.

In diesem Falle handelt es sich, wie wir gesehen haben, um eine idiopathische Epilepsie, wobei im Anfall die Krämpfe nach echt Jackson'schem Typus nacheinander die linke Seite des Gesichtes und die linksseitigen Extremitäten ergriffen und auf diese beschränkt blieben — mit Ausnahme des Stirn-Augen-Facialis rechts, welcher, wie bei den meisten Jackson'schen Insulten, mitzuckte. — Da bei dem dritten Anfall die Krämpfe ununterbrochen 8 Stunden lang andauerten, haben wir hier einen „Status hemiepilepticus“ vor uns. — Während des Anfalles bestand vollkommene Bewusstlosigkeit; die Pupillen waren ziemlich eng; rechts gleich links, starr auf concentrirtes Licht.

Es ist dies binnen verhältnismässig kurzer Zeit der zweite derartige Fall, der hier im Eppendorfer Krankenhause beobachtet wurde. — Der erste Fall, welchen Dr. Luce¹⁾ mitgeteilt hat, betraf einen 26jährigen Architekten, bei welchem — auf Grund einiger vorhergegangener Fälle, die genau das gleiche Krankheitsbild boten und auf Grund der weiter unten angeführten anamnestischen Daten — die Diagnose auf „subdurale Blutung“ gestellt war. Dieser Patient kam zur Operation (Trepanation) und fand sich hierbei, dass das Gehirn und die Häute vollkommen intact waren, ein Befund, der später durch die Autopsia post mortem bestätigt wurde. Als Ursache für die Epilepsie wurde in diesem citirten Falle angenommen, dass „durch den nachgewiesenen chronischen Alkoholismus und die Syphilis bei dem Patienten die epileptische Disposition hervorgerufen“ sei, und dass dann „in den verschiedenen schweren rechtsseitigen Schädeltraumen (Säbelhieb, Stoss mit dem Kopf gegen eine Holzpaneelierung, Fall vom Sofa auf den Boden) die Ursache für die eklektische Betheiligung der linken Körperhälfte am Krampfanfall“ zu erblicken sei — (durch welche

1) Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde. Bd. XIV. 1899.

Traumen aber die Gehirnssubstanz oder die Meningen materiell nicht im geringsten alterirt waren!)

Auch in unserem Falle können wir auf Grund des Befundes bei der Aufnahme und auf Grund des Sectionsbefundes annehmen, dass chronischer Alkoholismus vorgelegen hat; dagegen ergibt sich absolut kein Anhaltspunkt für ein vorangegangenes Trauma.

Während wir nun in der Literatur Fälle von „echter Jacksonscher Epilepsie“ finden, „in welchen¹⁾ bei Häufung der Krampfanfälle sich ein Status epileptiformis entwickeln kann, der völlig dem Status epilepticus der idiopathischen Epilepsie gleicht und wie dieser zum letalen Ausgange führen kann“ — findet sich bei einer Durchsicht der verbreitetsten Lehr- und Handbücher einzig und allein in Binswanger's²⁾ Darstellung der „Epilepsie“ eine Andeutung über das Vorkommen eines „Status epilepticus“ bei der idiopathischen Epilepsie. Binswanger schreibt: „Wohl einzig dastehend ist die Beobachtung L'egrand du Saulles von 21000 epileptischen Anfällen innerhalb 26 Tagen bei einem 17jährigen Mädchen (ohne Temperaturerhöhung). Die convulsivischen Attaquen bestanden seit dem 13. Jahre und betrafen oft nur die rechte Seite (Hystero-Epilepsie?)“ — Weiterhin schreibt Binswanger: „Bemerkenswerth ist, dass auch beim Status epilepticus bei andauerndem Bewusstseinsverlust und hoher Fieberbewegung (gegenüber den „fragmentarischen Anfällen“) vollentwickelte tonisch-clonische Anfälle mit halbseitigen Krämpfen oder localisirten clonischen Zuckungen abwechseln können.“

Ein weiterer Fall von Status epilepticus nach dem Typus der Hemiepilepsie (Jackson) — ohne jeden pathologischen Hirnbefund — ist unseres Wissens (ausser dem Falle von Luce) noch nicht veröffentlicht, und dürfte unser Fall IV. deshalb allgemeinere Beachtung verdienen.

Als ich versuchte, in den obigen ersten 3 Fällen nachzuweisen, dass es sich um „Hysterie“ handele, nicht um „Epilepsie“ oder um „epileptische Aequivalente“, war ich genöthigt, mich der „allgemein üblichen“ Unterscheidungsmerkmale zu bedienen. — Auf diese Merkmale, welche man bisher zur Differentialdiagnose zwischen

1) Citirt nach „Luce“ l. c. S. 457.

2) Binswanger: „Die Epilepsie“ in a) Realencyklopaedie von Eulenburg. (S. 429.) b) Specielle Pathologie und Therapie von Nothnagel. 1899. XII. I. 1. S. 348. (Enthält nur das erste Citat.)

Hysterie und Epilepsie heranzog, will ich nun im Folgenden näher eingehen und deren differential-diagnostischen Werth resp. Unwerth auf Grund unserer Fälle und der vorhandenen Literatur näher beleuchten.

Als die „wichtigsten nnterscheidenden Merkmale zwischen hysterischen und epileptischen Anfällen“ führt Strümpell¹⁾ in einer tabellarischen Uebersicht folgende an:

Epileptische Krämpfe.	Hysterische Krämpfe.
1. Plötzliches Hinfallen zu Boden; dabei oft äussere Körperverletzungen.	1. Langsames Zusammensinken; keine äusseren Verletzungen.
2. Plötzliches Erblassen des Gesichts.	2. Kein auffallendes Erblassen des Gesichts.
3. Pupillen weit, reactionslos.	3. Pupillen behalten ihre Reaction.
4. Krämpfe nach Art der Rinden-epilepsie in Form stossweiser Zuckungen. Oft Bissverletzungen der Zunge.	4. Krämpfe bestehen in ausfahren- den Bewegungen, Schlagen mit Armen und Beinen, Herumwälzen des Körpers und dgl. Respi- rationskrämpfe. Kein Zungenbiss.
5. Oft einmaliger anfänglicher Schrei, dann totale Bewusst- losigkeit.	5. Hysterische Bewusstseinsstörun- gen, aber keine völlige Bewusst- losigkeit; krampfhaftes anhalten- des Schreien, Lachen, Weinen u. dgl. Sprechen im Anfall, Affectbewegungen, Delirien und dergleichen
6. Dauer des Krampfanfalles selten länger als wenige Minuten. Da- nach tiefer Schlaf.	6. Krampfanfall kann $\frac{1}{2}$ —1 Stunde und länger dauern. Häufig plötz- liches Erwachen.
7. Suggestion und hypnotische Pro- ceduren ohne jeden Einfluss.	7. Die Anfälle können leicht durch hypnotische oder sonstige sug- gestive Proceduren jederzeit künstlich hervorgerufen oder gehemmt werden (Druck auf bestimmte Körperstellen und dergl.)

1) Strümpell, Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie. XI. Auflage. 1897. Bd. III.

8. Sonstige hysterische Symptome fehlen. 8. Gleichzeitig sonstige hysterische Symptome, oft nach den Anfällen zurückbleibend (hysterische Hemianästhesien, Lähmungen, Contracturen u. a.).

Der wichtigste von diesen Punkten ist das Verhalten der Pupillen im Anfall, welches noch bis in die neueste Zeit hinein in unseren sämtlichen Lehrbüchern als das einzige und ausschlaggebende untrügliche Merkmal zur Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie hingestellt wurde.

Die Erkenntniss, dass nicht nur im epileptischen, sondern auch im hysterischen Anfall häufig Pupillenstarre vorkommt, hat sich erst in den letzten Jahren Bahn gebrochen, und wird dieses Factum auch in der soeben erschienenen Arbeit von Binswanger¹⁾ gewürdigt, welcher schreibt: „Es galt bis in die neueste Zeit hinein als ein Dogma, dass im hysterischen Anfall die Pupillarreaction nicht aufgehoben ist. Wenn wir die neueren Erfahrungen berücksichtigen, durch welche das Fehlen der Pupillarreaction auch bei ausgeprägten hysterischen Anfällen bestätigt wird, so wird auch dieses differentiell-diagnostische Merkmal hinfällig. Wir haben in unserer Klinik während der letzten Jahre ebenfalls mehrmals beobachtet, dass die Pupillarreaction in Anfällen fehlte, welche hinsichtlich der Krampfbewegungen („arc de cercle“, rhythmische Bauchbewegungen u. s. w.) durchaus als hysterische angesprochen werden mussten“.

Als erster hat Karplus im December 1896 im Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien²⁾ die damals Aufsehen erregende Mittheilung gemacht, dass Pupillenstarre auch im hysterischen Anfall vorkäme. — In einer neueren ausführlichen Arbeit³⁾ darüber beweist dann derselbe Autor auf Grund von 18 Krankengeschichten, „dass jede Diagnosestellung auf Epilepsie, die sich im Wesentlichen darauf stützt, dass im Anfall Reactionslosigkeit der Pupille beobachtet wurde, unberechtigt ist.“

Die ersten Angaben von Karplus wurden durch Westphal⁴⁾ bestätigt, welcher, ausser 2 Fällen von Hysterie, in denen (ausserhalb der Anfälle) stark verengte und reactionslose Pupillen beobachtet wurden,

1) Binswanger, „Die Epilepsie“ in: Specielle Pathologie und Therapie von Nothnagel. 1899. Bd. XII. I. 1.

2) Siehe Wiener klin. Wochenschr. 1896. No. 52.

3) Karplus, Ueber Pupillenstarre im hysterischen Anfall etc. Jahrbuch für Psychiatrie und Neurologie. 1898. XVII. 1—2.

4) A. Westphal, Ueber Pupillenerscheinungen bei Hysterie. Berl. klin. Wochenschr. 1897. No. 47.

einen dritten Fall beschrieb, in welchem er (bei einer ebenfalls typischen Hysterica) die Pupillenstarre in einer grossen Zahl von Anfällen beobachtet: „Die Prüfung der Lichtreaction der Pupillen ergab nun das auffallende Resultat, dass die Pupillen in der bei weitem überwiegenden Zahl der Beobachtungen erweitert und lichtstarr sind. Auch bei intensiver focaler Beleuchtung ist keine Verengung der Pupillen nachweisbar.“ — Ausserdem beschreibt Westphal einen vierten Fall, in dem es „einige Male gelang, während der ganzen Dauer eines Anfalles minutenlang Lichtstarre, die erst bei Nachlass der Bewegungen verschwand, mit Sicherheit festzustellen.“ — In einer Anmerkung berichtet er dann noch von einem weiteren Fall, in dem „während zweifellos hysterischer Anfälle, auf der Höhe derselben, starre weite Pupillen“ beobachtet wurden.

Diesen von Karplus, Westphal und Binswanger beobachteten Fällen schliesst sich unser Fall III. an, in welchem wir ebenfalls in einem hysterischen Anfall erweiterte und lichtstarre Pupillen mit Sicherheit nachwiesen.

Die Beobachtung von lichtstarrten Pupillen bei Hysterischen ausserhalb eines Anfalles ist ebenfalls in jüngster Zeit wiederholt veröffentlicht worden.

Vereinzelte hierher gehörige Fälle, die schon vor längerer Zeit sich in der französischen Literatur verstreut fanden, sind durch Gilles de la Tourette¹⁾ zusammengestellt.

In Deutschland haben zuerst 1896 Nonne und Beselin²⁾ in einer grösseren Arbeit — im Anschluss an die Beobachtungen von Röder³⁾ und Donath⁴⁾ — die Aufmerksamkeit auf Anomalien der Reflexerregbarkeit der Pupillen bei Hysterischen gelenkt. — Wir ersehen aus dieser Arbeit, dass von Mendel, Mauthner, Dusmani, Röder und Donath je ein Fall beobachtet wurde, in dem bei einer hysterischen Person (ausserhalb der Anfälle) die Pupillen zeitweise erweitert und lichtstarr waren. Diesen fügen Nonne und Beselin 2 eigene Fälle hinzu. In dem ersten bestand eine „andauernde einseitige Pupillenerweiterung“. „Bei gewöhnlicher Beleuchtung ist die linke

1) Gilles de la Tourette, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Seconde Partie, 1. Paris 1895.

2) Nonne und Beselin, Ueber Contractur- und Lähmungszustände der exterioren und interioren Augenmuskeln bei Hysterie. — Festschrift des ärztlichen Vereins zu Hamburg zur Feier seines 80jähr. Jubiläums. 1896.

3) Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1891. S. 361 ff.

4) Deutsche Zeitschr. f. Nervenhe. Bd. II. S. 217 ff.

Pupille 6 mm, die rechte 4 mm weit. Im Dunkeln erweitert sich die rechte beträchtlich und verengert sich lebhaft bei Lichteinfall, während die linke unverändert bleibt. Nur wenn mit Sammellinse Lampenlicht direct in die linke Pupille geleitet wird, ist schwache Verengung zu erkennen.“ — Während nun allerdings in diesem Falle die Pupille als nicht vollkommen lichtstarr beschrieben wird, finden wir in dem zweiten Falle von Nonne und Beselin „die Pupillen erweitert, gleich weit (6 mm). Keine Verengung durch Licht oder bei Accommodation oder bei Aufforderung zu convergiren.“ — Dazu kommen dann noch die beiden oben erwähnten Fälle von Westphal, in denen (ausserhalb der Anfälle) die Pupillen „stark verengt und reactionslos“ waren, wie ein Fall von Claude, den wir in der Schrift von Kunn¹⁾ citirt finden: „Claude beobachtete eine 29jährige Hysterica mit Hemiparesen und Hemianästhesie, welche die rechte Körperhälfte betrafen. Die Pupille auf der Seite der Lähmung war lichtstarr und reagirte nur schwach auf Accomodation, ihre Weite war normal. Die linke Pupille war völlig starr und maximal erweitert.“

Ueber einen weiteren hierher gehörigen Fall berichtete vor kurzem Weil²⁾. Es handelte sich bei der betreffenden Patientin um eine plötzlich unter leichtem Schwindelgefühl eingetretene Herabsetzung des Sehvermögens und der Lichtempfindlichkeit auf dem rechten Auge. Die Untersuchung ergab eine concentrische Einengung des Gesichtsfeldes rechts für weiss und Farben; Hemianästhesie des Gesichtes zusammen mit einseitiger Abschwächung des Conjunctival-, Corneal- und Pharyngealreflexes. Die rechte Pupille nahezu maximal weit und starr auf Lichteinfall und Convergenz. Diese Reactionslosigkeit war auch bei Belichtung mit concentrirtem Licht und bei Betrachtung mit Vergrösserungsglas vorhanden. Im Uebrigen völliger Mangel eines jeglichen Syptoms, das für eine organische Störung des Nervensystems zu verwenden gewesen wäre. — Heilung nach mehrwöchentlicher (hauptsächlich psychischer) Behandlung.

Bekannter als die Thatsache, dass die Pupillenstarre im hysterischen Anfall nicht selten vorkommt, ist die Beobachtung, dass im epileptischen Anfall normale Pupillenreaction vorhanden ist.

1) Kunn, Ueber Augenmuskelerkrankungen bei Hysterie. Wiener klinische Rundschau. 1897. No. 22 ff.

2) Weil, Ueber hysterische Pupillenveränderungen. Die ophthalmologische Klinik. 1899. No. 16.

Schon in dem Lehrbuch von Knies¹⁾ aus dem Jahre 1893 finden wir folgende Stelle: „Das Verhalten der Pupillen während des epileptischen Anfalles ist so verschieden und sogar im gleichen Anfall wechselnd, dass darüber keine Regeln gegeben werden können. Die Lichtreaction derselben kann vorhanden sein und fehlen.“

Karplus²⁾ hat ebenfalls eine Anzahl von Beobachtungen gemacht, wo im epileptischen Anfall prompte Pupillenreaction constatirt wurde.

Binswanger³⁾ schreibt: „Man begegnet unzweifelhaft epileptischen Anfällen, bei welchen die Aufhebung der Lichtreaction nicht gleichmässig während der ganzen Dauer des Anfalles vorhanden ist“.

Was nun die übrigen der von Strümpell angeführten differentialdiagnostischen Merkmale betrifft, so finden wir bezüglich des ersten derselben (s. o.!) eine etwas vorsichtigere Fassung bei Kräpelin⁴⁾, welcher schreibt: „Beim hysterischen Anfall ist das Bewusstsein nicht so tief getrübt, wie beim epileptischen; es kommt daher auch fast nie zu dem plötzlichen rücksichtslosen Hinstürzen, zu ernsthaften Verletzungen und zum Zungenbiss.“

Wir selbst beobachteten hier im Krankenhaus wiederholt bei zweifellosen Hystericae ein plötzliches „In-sich-zusammen-fallen“ mit momentaner Bewusstseinstörung; dabei allerdings nur in einem von diesen Fällen wiederholte Verletzung des Nasenbeins durch Aufschlagen auf einen Stuhl oder den Fussboden; Zungenbisse kamen hier nicht zur Beobachtung. – Dass aber auch Zungenbisse, Bisse in die Lippen oder in die Wangenschleimhaut in hysterischen Anfällen vorkommen, finden wir schon bei Charcot erwähnt.

Was das von Strümpell als zweiter Punkt angeführte Erblassen betrifft, so äussert sich darüber Karplus in seiner oben erwähnten Abhandlung folgendermassen: „Anfälle von Angst, Blässe, Hallucinationen und Pupillenstarre sind unserer Meinung nach nicht etwa charakteristisch für Hysterie, aber sie sind es auch nicht für Epilepsie.“

Eine Widerlegung des vierten Strümpell'schen Punktes bietet unser Fall II. (Johanna Fr.), bei welcher Patientin, wie wir oben

1) Knies, Die Beziehungen des Sehorgans und seiner Erkrankungen u. s. w. 1893.

2) l. c.

3) l. c.

4) Kräpelin, Lehrbuch der Psychiatrie. V. Auflage. 1896. S. 745.

in der Krankengeschichte gesehen haben, die Anfälle längere Zeit hindurch in Form von rein halbseitigen, clonisch-tonischen Zuckungen auftraten, die im Bein begannen, um dann schnell die obere Extremität und schliesslich das Gesicht zu ergreifen.

Totale Bewusstlosigkeit während des Anfalls und nachfolgende vollkommene Amnesie über die Zeit desselben (welches letztere Symptom zwar nicht von Strümpell, aber u. a. auch von Kräpelin als charakteristisch für epileptische Anfälle aufgeführt wird) finden wir in unseren sämtlichen 3 ersten Fällen.

Auch Charcot¹⁾ berichtet über mehrere Fälle, bei denen er vollkommenen Bewusstseinsverlust in einem sicher hysterischen Anfall beobachtete. — Von dem einen Patientin, einem 13jährigen Knaben, schreibt er: „Ich suchte einen hysterogenen Punkt und fand ihn auch in der linken Leiste; als ich daselbst comprimirte, hörten die Krämpfe auf, obwohl das Bewusstsein während des Anfalles nicht wiederkehrte.“

Was den VI. Punkt von Strümpell betrifft, so haben wir im hiesigen Krankenhaus sowohl zahlreiche hysterische Anfälle von ganz kurzer Zeitdauer gesehen, als auch sehr oft epileptische Krämpfe beobachtet, die viel länger als wenige Minuten dauerten. Die extremste zeitliche Ausdehnung eines einzigen Krampfanfalles ist wohl in dem „Status hemiepilepticus“ bei unserem Fall IV. beobachtet, in welchem die Krämpfe 8 Stunden (!) lang — bis zum Exitus letalis — ohne Intervalle continuirlich andauerten.

Wenn Strümpell schreibt: „Die (hysterischen) Anfälle können leicht durch hypnotische oder sonstige suggestive Prozeduren jederzeit künstlich hervorgerufen oder gehemmt werden“, so finden wir in unserer Käthe H. ebensowohl einen Beweis für die Richtigkeit des ersten Theiles dieses Satzes, als auch eine Widerlegung des zweiten Theiles. Wie wir oben sahen, konnte bei dieser Patientin einmal durch psychische Beeinflussung ein „grosser Anfall“ ausgelöst werden; aber nachdem derselbe einmal begonnen, war (ebenso wie bei allen den übrigen Anfällen dieser Patientin) eine Unterbrechung der Krämpfe auf keine Weise möglich.

Voll einverstanden sind wir nach unseren Beobachtungen mit dem letzten von Strümpell angeführten Punkt; denn um einen Anfall als „hysterischen“ hinzustellen, brauchen wir eben auch sonstige Zeichen von Hysterie. Haben wir keine solchen „hysterischen Stigmata“

1) Charcot, Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie. Uebersetzt von Dr. S. Freud. Wien 1886.

ausserhalb der Anfälle, oder auch im Anfall selbst — wie in unserem Fall III. —, so ist es uns in vielen Fällen unmöglich, überhaupt differentialdiagnostisch eine Entscheidung treffen zu können.

Wenn wir uns nun noch nach anderen Merkmalen umsehen, die man gewöhnlich für die Differentialdiagnose in Betracht zieht, so haben wir den „unwillkürlichen Urinabgang“. — Aehnlich wie von der Pupillenstarre, wurde behauptet, dass ein Anfall, in dem „Enuresis“ stattfindet, nur ein „epileptischer“ sein könne. — Dem gegenüber führt Karplus in seiner mehrfach erwähnten Arbeit (in Fall V.) einen Patienten an, bei dem unwillkürlicher Urinabgang in einem typisch hysterischen Anfalle beobachtet wurde (zugleich mit Pupillenstarre im Anfall und Hallucinationen), und erzählt zugleich von einem anderen hysterischen Mädchen, das seit Jahren in seiner Behandlung sei und bei welchem ebenfalls Enuresis in einem hysterischen Anfall beobachtet war.

Wenn wir also sehen, wie die Symptome, die wir gewöhnlich zur Differentialdiagnose zwischen hysterischen und epileptischen Anfällen heranziehen, verwischt werden, so dass es oft nur von zufälligen Nebenumständen, ja von dem „Gefühl“ des Beobachters abhängen kann, ob er einen Anfall als hysterischen oder epileptischen bezeichnen will, so werden wir uns nicht wundern, wenn sogar in Lehrbüchern dasselbe Krankheitsbild von dem einen Autor als zur „Hysterie“, von dem anderen als zur „Epilepsie“ gehörig angesehen wird. — Beispielsweise rechnet Binswanger (l. c.) zu den „kleinen Paroxysmen der Epilepsie“, dem „petit mal intellectuell“, das „anfallsweise Einschlafen“, wobei der Patient in dem anscheinenden Schlafe hört, wenn man ihn anredet, da er auf eine an ihn gerichtete Frage nickt, und auch nachher alles weiss, was während dieser Zeit gesprochen wurde“. — Im Gegensatz dazu zählt Kräpelin (l. c.) die „Schlafanfälle“, die er fast mit denselben Worten beschreibt, wie Binswanger, zu den „hysterischen Dämmerzuständen“.

Ebenso verschieden nun, wie die Erklärung der einzelnen Anfälle als der Epilepsie oder Hysterie zugehörig, sind die Ansichten über die Prognose in diesen Krankheitsgruppen. Während man fast allgemein gewohnt ist, Patienten, die selbst nur kleine und seltene Anfälle des „petit mal“ — als einer Form der „echten Epilepsie“ — aufzuweisen haben, eine düstere Prognose zu stellen, und im Gegensatz dazu den „Hysterischen“ — unter der Voraussetzung günstiger äusserer Heilungsbedingungen — eine vollkommene Heilung mit

Sicherheit in Aussicht stellt, findet man andererseits Autoren, die diesen beiderseits extremen Standpunkt nicht theilen.

So schreibt Kräpelin bei Besprechung der Prognose der Hysterie resp. Epilepsie: „Es giebt einzelne „Epileptiker“, welche dauernd sogar ganz hervorragende geistige Leistungen aufzuweisen haben“. — Ferner: „Die dauernde Entartung der Epileptiker ist in den einzelnen Fällen ausserordentlich verschieden ausgebildet. Häufig nur leise angedeutet, oder nur bei besonderen Gelegenheiten erkennbar, beherrscht sie in anderen Fällen das Krankheitsbild vollständig“. — An anderer Stelle sagt Kräpelin: „Es giebt schwere Formen der Hysterie mit hochgradigen hypochondrischen Beschwerden, welche sich dem ärztlichen Eingreifen auf die Dauer nahezu ganz unzugänglich erweisen und eine Art fortschreitenden Verlaufes zeigen, mit stetiger oder schubweiser Verschlechterung des gesammten Krankheitsbildes. Sie bilden die Uebergänge zum Entartungsirresein im engeren Sinne“.

Suchen wir nun nach einem Ausweg aus diesem Labyrinth von Anschauungen, so erscheint uns als der einzig mögliche Leitfaden die Untersuchung des Wesens der beiden uns interessirenden Krankheitsgruppen.

Während man früher die verschiedensten Theile des Gehirns und Rückenmarkes (besonders das „Ammonshorn“ und die „Medulla oblongata“, das „Krampfcentrum im Pons“ u. a.) als den Ort bezeichnete, durch dessen Reizung epileptische Convulsionen ausgelöst werden sollten, ist „diese Ansicht¹⁾ doch gegenwärtig von den meisten Pathologen verlassen, da klinische und experimentelle Thatsachen immer mehr und mehr darauf hinweisen, dass der Ausgangspunkt der epileptischen Krämpfe in der Grosshirnrinde zu suchen sei“.

Bezüglich der Hysterie scheint eine solche verhältnissmässig grosse Einstimmigkeit noch nicht erreicht zu sein. — Ein Theil der Autoren fasst die Hysterie als eine „reine Psychose“ auf, und hält die functionellen Störungen bei Hysterie, wie vor allen Dingen die hysterischen Mono- und Hemiplegien auf motorischem und sensiblem Gebiete, die Astasie-Abasie, den Mutismus etc. als durch „Autosuggestion“ bedingt²⁾.

1) Siehe Strümpell. l. c. S. 528.

2) Böttiger, Sitzung des ärztlichen Vereins in Hamburg am 27. April 1897. — Siehe Referat in der Deutschen med. Wochenschr. 1897. No. 21.

Dagegen sagt Karplus als Vertreter einer scheinbar entgegengesetzten Anschauung: „Der hysterische Anfall ist kein rein psychischer Vorgang“. „Durch die psychischen Vorgänge wird nur ein präformirter Mechanismus ausgelöst, der an und für sich mit psychischen Vorgängen nichts zu thun hat“.

Eine gewissermaassen vermittelnde Stellung nimmt Strümpell ein, der das Wesen der Hysterie folgendermassen zu erklären versucht: „Wir fassen die Hysterie als eine Erkrankung auf, welche sich ausschliesslich auf die mit den psychischen Vorgängen unmittelbar verknüpfte Gehirnthätigkeit bezieht; also, wenn man will, als eine „Psychose“; — aber in dem erweiterten Sinne des Wortes, dass sich die Störung nicht nur auf den normalen Ablauf der psychischen Vorgänge selbst bezieht, sondern vorzugsweise auf die Verknüpfung derselben mit den rein körperlichen Innervationsvorgängen. Wir nennen daher jede Krankheitserscheinung „hysterisch“, welche auf einer Störung der normalen Beziehungen zwischen den Vorgängen unseres Bewusstseins und unserer Körperlichkeit beruht“.

Nach jeder der angeführten Theorien müssen wir nun nothwendig eine Mitbetheiligung der Grosshirnrinde zur Erklärung der hysterischen Erscheinungen annehmen. — Denn wollten wir auch die Hysterie als eine reine Psychose auffassen, so müssen wir die Grosshirnrinde entweder als Entstehungsort des „Irreseins“ selbst ansehen, wie Kräpelin (l. c.), welcher sagt: „Das Irresein beruht höchstwahrscheinlich auf ausgebreiteten Störungen in der Hirnrinde“ — oder aber wir müssen zum mindesten die Grosshirnrinde als eine Zwischenstation betrachten, auf welcher der von anderer Seite empfangene psychische Impuls in die „körperlichen Innervationsvorgänge“ übergeführt wird.

Dass eine Funktionsstörung der Hirnrinde als Ursache für die verschiedenen bei der Hysterie auftretenden körperlichen Störungen zu betrachten ist, darüber stimmen wohl jetzt die meisten Autoren überein.

Wie Karplus (l. c.) die Pupillenstarre als ein „corticales Phänomen“ hinstellt, so führten schon zwei Jahre früher (1896) Nonne und Beselin (l. c.) denselben Gedanken weiter aus, indem sie sagen: „Wir sehen in der That nicht ein, wie man eine andere Localisation für diese Lähmung der Pupillen bei Hysterie construiren kann, als die Rinde des Gehirns; darüber, dass die motorischen und sensiblen Lähmungen, die Gesichtsfeldeinengung, die Amaurose und Taubheit, sowie die anderen „hysterischen Störungen“ der Hysterie durch einen

Ausfall der jeweiligen specifischen Rindenfunction bedingt sind, herrscht aus oft angeführten Gründen keine Meinungsverschiedenheit mehr“.

Wenn wir also nach unseren Anführungen annehmen müssen, dass die Hysterie ebenso wie die Epilepsie durch eine Erkrankung der Hirnrinde bedingt ist, deren pathologisch-anatomische Grundlage wir durch unsere jetzigen technischen Hilfsmittel noch nicht feststellen können, so kommen wir ungezwungen auf den Gedanken, dass das Wesen der Hysterie und der Epilepsie überhaupt nicht principiell unter einander verschieden ist, sondern dass dieselbe Krankheitsursache hier nur in verschiedener Form und in verschiedener Intensität und Nachhaltigkeit in die Erscheinung tritt.

Auf Grund dieser Hypothese finden wir eine leichte Erklärung sowohl für die Unzuverlässigkeit der „differentialdiagnostischen“ Symptome zwischen Hysterie und Epilepsie, als auch dafür, dass die Hysterie und Epilepsie nicht nur in ihren Extremen — auf der einen Seite die „Schlafanfalle“ und sonstige Erscheinungsformen des sogenannten „petit mal“, auf der anderen Seite die schwersten psychischen Störungen — sich berühren, sondern dass sie auch in den einzelnen Anfällen insofern in einander übergehen, als man häufig in demselben Anfall Charaktere erkennen kann, die theils — nach der gewöhnlichen Auffassung — der „reinen Hysterie“, theils der „reinen Epilepsie“ zugehörig erscheinen.

Wir sind uns wohl bewusst, dass man gegen diese Hypothese, welche der bisherigen schulmässigen Auffassung von dem Wesen der Hysterie und Epilepsie in vielem widerspricht, mancherlei Einwendungen erheben wird; aber wir sind der Ueberzeugung, dass uns das Verständniss für die proteusartigen Erscheinungen dieser beiden Krankheitsbilder dadurch bedeutend näher gerückt wird, wenn wir das beiden Gemeinsame gebührend würdigen, als wenn wir uns nur bemühen, jede Erscheinung in das differentialdiagnostische Schema unterzubringen.

Zum Schluss möchte ich es nicht unterlassen, auch an dieser Stelle meinem früheren Chef, Herrn Dr. Nonne für die freundliche Ueberlassung des Materials zu dieser Arbeit, sowie für seine liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung derselben meinen besten Dank auszusprechen.
