

## XXXI.

Aus der II. medicin. Abtheilung des Neuen Allgemeinen  
Krankenhauses (Oberarzt Dr. Nonne).

### Ueber „Hystero-Epilepsie“<sup>1)</sup>.

Ein Beitrag zur Kenntniss der Uebergangsformen zwischen  
Hysterie und Epilepsie.

Von

Dr. Paul Steffens.

~~~~~

Das Studium der Hysterie erweist sich für den, der Gelegenheit hat, zahlreichere einschlägige Fälle zu beobachten, als eines der interessantesten Gebiete der inneren Medicin. Aber nicht allein interessant, sondern direct nothwendig ist die Kenntniss der hysterischen Erscheinungen für jeden Arzt, da wir nur durch diese Kenntniss vor schwerwiegenden Irrthümern in der Diagnose verschiedener Erkrankungen geschützt werden. So sind ja viele Fälle bekannt, in denen durch eine hysterische Hyperästhesie der Bauchdecken dem Chirurgen eine Perityphlitis, dem Gynäkologen eine Adnexerkrankung vorgetäuscht wurde. Auf diese Fälle hat in letzter Zeit besonders Lomer<sup>2)</sup> wieder in dankenswerther Weise aufmerksam gemacht. In einer früheren Arbeit<sup>3)</sup> aus der Ab-

---

1) Nachfolgende kleine Abhandlung wurde im Anschluss an die vorstehende Arbeit: „Ueber drei Fälle von Hysteria magna“ geschrieben, aber aus äusseren Gründen schon etwas früher in den „Mittheilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten“ Bd. II. Heft V. veröffentlicht. — Da jedoch für die Beurtheilung des hier publicirten Falles unsere früheren Beobachtungen, welche wir in der vorhergehenden Arbeit niedergelegt haben, ausschlaggebend waren, und da ferner die „Mittheilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten“ nur einem kleinen interessirten Leserkreise zugänglich werden, so möge dieser Aufsatz — mit Zustimmung der Redaction des „Archiv“ — hier noch einmal abgedruckt werden.

2) Lomer, Zur Beurtheilung des Schmerzes in der Gynäkologie. 1899.

3) Steffens, Ueber drei Fälle von Hysteria magna. Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie. Dieses Heft.

theilung des Herrn Dr. Nonne habe ich ferner einige Fälle mitgeteilt, in welchen zweifelloso Hysterie zur Verwechselung mit „Caries der Lendenwirbelsäule“ — „Tumor cerebri“ — „acuter periodischer Psychose“ führen konnte, und in dem einen Fall thatsächlich geführt hat. — Am häufigsten sind wir jedoch vor die Differentialdiagnose „Hysterie oder Epilepsie?“ gestellt, eine Frage, zu deren Beantwortung sämtliche bisher angegebenen differentialdiagnostischen Merkmale unzureichend sind. Seitdem im Besonderen festgestellt ist, dass das Vorhandensein oder Fehlen der „Pupillenstarre“ im Anfall, welche bis vor kurzem als ein untrügliches Merkmal zur Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie hingestellt wurde, kein ausschlaggebendes Moment mehr sein kann, haben wir das Recht, von einer „Hystero-Epilepsie“ zu sprechen. Von dieser Krankheit müssen wir dann drei Formen unterscheiden: Fälle von dem Charakter der sogenannten „reinen Hysterie“, Fälle der sogenannten „reinen Epilepsie“, und weiterhin — dazwischenliegend — Fälle, die in jeder Abstufung Charaktere beider Krankheitsformen darbieten, die in ihrer Gesamtheit eine ununterbrochene Brücke zwischen der extremen „reinen Hysterie“ und reinen „Epilepsie“ darstellen, und die sich nicht etwa so erklären lassen, dass man bei der betreffenden Patientin ein coordinirtes Bestehen von Hysterie und Epilepsie annehmen könnte.

Infolge dieser Erwägungen und auf Grund zahlreicher eigener Fälle und der bisherigen Literatur habe ich versucht, in der erwähnten Arbeit den Nachweis zuführen, dass „das Wesen der Hysterie und der Epilepsie überhaupt nicht principiell untereinander verschieden ist, sondern dass dieselbe Krankheitsursache hier nur in verschiedener Form und in verschiedener Intensität und Nachhaltigkeit in die Erscheinung tritt.“

Dass ich in dem Gedankengange, der zu dieser Schlussfolgerung führte, keine neuen Pfade gegangen bin, sondern wohl nur einen Schritt weiter als andere Autoren, erhellt daraus, dass z. B. Binswanger<sup>1)</sup> in seiner neuesten Arbeit über Epilepsie schreibt: „Es besteht eine innige Verwandtschaft zwischen Epilepsie und Hysterie, welche sich auch bei den einfachen Krankheitsformen dadurch kundgibt, dass zu der epileptischen Neurose im Laufe der Zeit typische (meist interparoxysmelle), hysterische Elemente, oder umgekehrt zu der ausgeprägten Hysterie epileptische, paroxystische Attaquen später hinzukommen.“ Ferner: „Auf dem Boden der erblichen Degeneration kommen eigenthümliche Mischformen zu Stande, bei welchen vom Beginn des Leidens an epileptische und hysterische Krankheitserscheinungen neben- und durcheinander sowohl die paroxysmellen als auch die interparoxysmellen Zustände beherrschen, so dass man dann thatsächlich von einer „Hysteroepilepsie“ sprechen muss, und eine Trennung in zwei bestimmte Krankheitstypen nicht mehr durchführbar ist.“

Trotz dieser Ausführungen will Binswanger die differential-diagnostische Scheidung von Hysterie und Epilepsie aufrecht erhalten wissen, die er

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

allerdings selbst „nur bei den einfachen Formen“ in jedem Falle für möglich erklärt. — Diese Forderung scheint weniger aus wissenschaftlichen, als aus rein practischen Gründen gestellt zu sein; — aber wenn wir (wie es ja Binswanger selbst thut) eine „einfache“ und eine „degenerative“ Form der „Hysteroepilepsie“ unterscheiden, wenn wir die Frage nach der „hereditären Belastung“ in jedem Falle in Erwägung ziehen, so können wir doch wohl die Prognose (und auf diese kommt es ja practisch hauptsächlich an) in jedem einzelnen Fall zum mindesten mit derselben Sicherheit stellen, als es nach der bisherigen schematischen Scheidung zwischen Hysterie und Epilepsie überhaupt möglich war. Ja, ich glaube sogar, dass wir in Folge solcher Erwägungen öfter, und mit Recht, dazu kommen werden, nicht gleich jedem Patienten, der an Anfällen des sogenannten „petit mal“ (als der „reinen Epilepsie“ zugehörig) leidet, eine so düstere Prognose zu stellen, wie man das wohl bisher thun musste, — und dass wir andererseits auch nicht in den oft so verhängnissvollen Irrthum verfallen, jede Hysterie für eine harmlose Erkrankung anzusehen.

Wenn wir nun auf Grund der oben aufgestellten Hypothese ein coordinirtes Bestehen von „genuiner“ Epilepsie und Hysterie leugnen müssen, so können doch zweifellos Fälle vorkommen, in denen eine sogenannte „Jacksonsche“ Epilepsie mit Hysterie combinirt besteht. — Noch seltener als diese letzte Combination dürfte aber doch ein Fall sein, in dem bei einer Kranken mit schwerer Rindenläsion Anfälle auftreten, die theils den Charakter von „genuiner Epilepsie“, theils von „reiner Hysterie“ tragen.

Wir waren nun in der Lage, einen solchen Fall auf der Abtheilung des Herrn Dr. Nonne beobachten zu können, und möchte ich denselben wegen der verschiedenen interessanten Gesichtspunkte im Folgenden mittheilen.

### Krankengeschichte.

Magdalena R. 28 Jahre. Kindergärtnerin.

Anamnese: Die Mutter und ein Bruder der Patientin sind an „Schwindsucht“ gestorben. Neuropathische Belastung ist nicht nachweisbar.

Patientin selbst war in ihrer Jugend augenscheinlich skrophulös, hat viel an „Drüsen“ und „Ohrenlaufen“ gelitten. Seit dem neunten Jahre ist sie taub auf dem rechten Ohr.

Vor vier Jahren trat eine „Otitis media suppurativa sinistra“ auf, welche Jahre hindurch bestand, und wegen welcher 1897 in einem auswärtigen Krankenhaus der Processus mastoideus links aufgemeisselt wurde. Seit dieser Operation bestanden Schwindel, Sehstörungen, Facialisparesie links. — Im Februar 1898 wurde dann ebendasselbe eine radicale Aufmeisselung gemacht, Sequester aus dem Felsenbein entfernt, die Dura mater eröffnet und mehrfache Functionen des Schläfenlappens vorgenommen. — Danach rasende Kopfschmerzen, die grosse Morphiumdosen erforderten.

Wegen der letzteren Beschwerden wurde Patientin im April 1898 in ein anderes hiesiges Krankenhaus aufgenommen. Bei der Aufnahme daselbst be-

standen (laut Krankengeschichte) keine cerebralen Symptome. Trotzdem soll von vornherein die Vermuthung eines Hirnabscesses bestanden haben. Erst allmählig trat Pulsverlangsamung auf. Stauungspapille war nie vorhanden. Weiterhin nervöse Störungen: Clonische Zuckungen, Sensibilitätsstörungen etc. — Diagnose: „Tumor cerebri; wahrscheinlich Abscess.“

Daraufhin wurde am 30. Juni 1898 die Trepanation vorgenommen. Am Tegmen tympani fand sich nichts Krankhaftes; keine Sequester. Mehrfache Punctionen des Schläfenlappens ergaben kein Resultat. In der hinteren Centralwindung wurde durch Incision eine mit ca. einem Esslöffel voll blutig seröser Flüssigkeit gefüllte Höhle, vermuthlich eine Cyste, eröffnet und entleert. Tamponade. Glatte Heilung. —

Sehr bald nach der Operation traten jedoch genau dieselben Beschwerden wieder auf wie vorher, und äusserte sich darüber der Onkel der Patientin folgendermaassen: „Die Operation hat ja nur den Zweck gehabt, dass sie (die Patientin) jetzt ein grosses Loch im Kopf hat.“

Patientin ging dann in eine Privatklinik, wo sie wegen der furchtbaren Kopfschmerzen angeblich vier Morphinumjectionen täglich (22 Wochen hindurch!) bekam. Mehrmals sollen dort auch „Ohnmachtsanfälle“ aufgetreten sein.

Aus jener Privatklinik wurde Patientin am 1. März 1899 hierher gebracht. — Sie klagt bei der Aufnahme hauptsächlich über Kopfschmerzen (besonders in der linken Seite des Kopfes — in der Gegend der Trepanationsstelle) und erweist sich als im höchsten Grade morphiumsüchtig. — Die objective Untersuchung bei der Aufnahme ergab:

Status: Patientin ist klein, gracil gebaut, ziemlich blass und mager. Ueber dem linkem Schläfenbein eine fast kreisförmige Narbe, die eine etwas vorspringende, handtellergrösse Fläche umschliesst (Stelle der früheren Trepanation). Die linke Gesichtshälfte ist durch Contractur der vom Facialis versorgten Muskeln schief gezogen. Die linke Ohrmuschel ist durch eine grosse Narbe hinter dem Ohr dislocirt.

Patientin ist völlig taub, liest jedoch gut vom Munde ab. Sie ist intelligent und von lebhaftem Wesen, klagt viel über alle möglichen Schmerzen und verlangt fortwährend Morphinum.

Innere Organe ohne Besonderes.

Motilität: Rechte obere und rechte untere Extremität in toto etwas schwächer als links; ohne dass eigentliche Paresen bestehen. Beim Greifen, besonders nach kleinen Gegenständen (Nadel etc.), ist eine Unsicherheit bemerkbar, welche die Mitte hält zwischen Intentionstremor und Ataxie; bei anderen Bewegungen jedoch, bei welchen Patientin an den Gebrauch ihrer rechten oberen Extremität nicht denkt (wie An- und Auskleiden, Kämmen etc.) fehlt dieser Tremor.

Augenmuskeln intact. Kein Nystagmus.

Sprechen und Kauen nur soweit behindert, wie der Mundfacialis in Betracht kommt.

Schlucken intact.

Contractur der vom linken Facialis versorgten Muskeln.

Electrische Untersuchung des Facialisgebietes ergibt: Links hochgradige Herabsetzung der galvanischen und faradischen Erregbarkeit. Galvanisch keine qualitative Veränderung.

Sensibilität: Starke Schmerzempfindung bei Beklopfen der linken Schädelhälfte, besonders des Processus mastoideus links, und in der Umgebung der Trepanationsnarbe.

Vom Scheitel bis zu den Fussspitzen durchgehend halbseitige Hypalgesie und Hypästhesie rechts. Warm und kalt wird ebenfalls rechts weniger sicher unterschieden als links.

Reflexe: Die Sehnenreflexe sind beiderseits an den oberen und unteren Extremitäten lebhaft; rechts nicht nennenswerth lebhafter als links. Kein Achillesclonus, kein Patellarcclonus. Keine Spannungen bei passiven Bewegungen. — Hautreflexe normal.

Rachenreflex beiderseits herabgesetzt.

Conjunctivalreflex rechts schwächer als links.

Empfindlichkeit der Nasenschleimhaut beiderseits gering.

Pupillen erweitert, beiderseits gleich, reagiren auf concentrirtes Licht wenig prompt, wie „widerwillig“.

Ophthalmoskopisch beiderseits normaler Befund.

Gesichtsfeldaufnahme ergibt beiderseits eine hochgradige concentrische Einengung für weiss.

Riechen beiderseits aufgehoben.

Schmecken beiderseits aufgehoben. Es besteht doppelseitige vollkommene Anästhesie der Zunge.

Hören: Patientin ist beiderseits taub (siehe oben!).

Otoskopischer Befund: Links ist das ganze Mittelohr operativ entfernt; der Gehörgang endigt blind. Vom Trommelfell nichts mehr zu entdecken. Kein Ausfluss aus dem Ohr. — Rechts endigt der Gehörgang gleichfalls blind (vgl. Anamnese!)

15. April 1899: Nachdem in den ersten Wochen des Krankenhausaufenthaltes der Patientin das Morphinum nach und nach entzogen war, änderte sich auch der Charakter derselben. — Während Patientin durch ihre vielfachen unbegründeten Klagen anfangs fast unendlich war, ist dieselbe jetzt freundlich, willig bei der Arbeit, und es beschränken sich die Klagen auf Schmerzen in der linken Seite des Kopfes. — Nur hin und wieder zeigt sich noch eine leicht gereizte („hysterische“) Gemüthsstimmung — Objectiver Befund unverändert.

10. Mai 1899: Aus der alten Trepanationsnarbe sind durch aufgebrochene Fisteln mehrere kleine Knochensequester entfernt; die Wunden sind wieder geheilt. Patientin hat jetzt weniger über Kopfschmerzen zu klagen und war in der letzten Zeit ganz vernünftig — Objectiv findet sich jetzt:

Rachenreflexe fehlen beiderseits.

Plantarreflexe beiderseits gleich, normal.

Patellarreflex rechts herabgesetzt.

Sensibilität: Hypalgesie am Rumpf, von der Höhe des Proc. xiphoideus abwärts; ferner am ganzen rechten Arm und der Schultermuskulatur rechts, sowie am ganzen rechten Bein.

Gesichtsfeldaufnahme ergibt beiderseits wieder eine concentrische Einengung für weiss.

Sonstiger Befund unverändert.

25. Mai: Heute findet sich vollkommene Analgesie und Hypästhesie am rechten Bein — mit Ausnahme des Fusses —, am ganzen rechten Arm, am ganzen Rumpf — mit Ausnahme der Schultermuskulatur links —, und am Kopf von einer Linie, die zirkelförmig durch die Augenbrauen gelegt wird, abwärts. — Die Grenzen dieser analgetischen Zonen zeigen die bekannten Linien der „Amputationsschnitte.“

9. Juni: Abends 6 1/2 Uhr plötzlich ein epileptischer (?) Anfall: Bewusstlosigkeit, tonische und clonische Krämpfe sämtlicher Extremitätenmuskeln. Dabei Enuresis. Kein Zungenbiss. Dauer des Anfalles 10 Minuten.

Die Pupillenreaction wurde im Anfall nicht beobachtet. — Gleichzeitig Eruption einer „Urticaria“.

22. August. Seit dem 8. Juni ist kein „Anfall“ mehr aufgetreten. Patientin fühlt sich subjectiv, bis auf geringe Kopfschmerzen auf der linken Seite des Schädels (Stelle der früheren Trepanation), ganz wohl, klagt nur in den letzten Tagen über „schlechtes Sehen“. — Die Temperatur war während des ganzen Aufenthaltes der Patientin im Krankenhaus normal.

Psychisch und intellectuell normal.

Sensibilität: Vollkommene Analgesie bei Kneifen der Haut und Nadelstichen: an beiden Armen, Brust, Bauch, Rücken und Hals; — jedoch besteht diese Analgesie nicht bei der Prüfung mit dem faradischen Pinsel. — Sensibilität an den Extremitäten und am Kopf normal.

Motilität und grobe Kraft der Extremitäten normal und beiderseits gleich.

Keine Spannungen bei passiven Bewegungen der Extremitäten. Keine Erhöhung der Sehnenreflexe.

Riechen und Schmecken normal.

Ophthalmoskopisch beiderseits normaler Befund.

Gesichtsfeldaufnahme ergibt beiderseits eine hochgradige concentrische Einengung des Gesichtsfeldes für weiss; — viel hochgradiger als bei der Aufnahme.

Patientin wird auf den Wunsch der Verwandten am 22. August als „gebessert“ entlassen.

Bald nach ihrer Entlassung bekam Patientin zu Haus einen Anfall von „Bewusstlosigkeit und Krämpfen“, so dass sie schon am 5. September 1899 das Krankenhaus wieder aufsuchte.

Bei der Aufnahme war der Befund im Allgemeinen derselbe, wie bei der letzten Entlassung. Speciell wurde festgestellt: Durchgehend halbseitige Hypalgesie rechts. Gesichtsfeld beiderseits für weiss concentrisch stark eingeengt. Schlundreflexe fehlen beiderseits. Conjunctivalreflex links herabgesetzt, rechts normal.

Am 9. September ein Anfall folgender Art: Plötzliche Bewusstlosigkeit; clonische Zuckungen in beiden Armen; tonische Starre beider Beine; Verdrehen der Augen nach innen; Pupillen reagiren prompt auf Lichteinfall; kein Zungenbiss; keine Enuresis; plötzliches Erwachen ohne nachfolgenden Dämmerzustand.

Derselbe Anfall wiederholte sich in genau derselben Weise am 14., 17., 19. und 28. September sowie am 14. October. — Einmal (am 28. September) wurde der Anfall durch Frottiren des Gesichts mit einem nassen Tuch sofort unterbrochen.

Am 18. October folgender Anfall: Schrei; Schaum vor dem Mund; Bewusstlosigkeit; Zuckungen in beiden Armen und beiden Beinen (2 Minuten); danach völlige Schläffheit der Extremitäten. Pupillen reagiren zuerst nicht auf Licht; später — noch im Anfall — erfolgt prompte Reaction. Frottiren mit nassem Tuch ohne Erfolg. Nach dem Anfall Dämmerzustand ( $\frac{1}{2}$  Stunde). Kein Zungenbiss. Keine Enuresis.

Beim Abklingen des Anfalls und gleich nachher: Völlige Analgesie am ganzen Körper. Rachenreflexe fehlen beiderseits. Conjunctivalreflex links herabgesetzt.

Ophthalmoskopisch normaler Befund.

Am 22. October: Anfall von Schwindel; Cyanose des Gesichtes; Kälte der Hände; Zucken der linken Mundhälfte. Keine Bewusstlosigkeit. Keine Enuresis.

Anfall am 26. October: Bewusstlosigkeit; Zuckungen in Armen und Beinen. Pupillen reagiren prompt auf Licht. Kein Zungenbiss. Keine Enuresis.

Am 28. October: Einfache Ohnmacht, ohne jede weitere Erscheinungen; aber zum ersten Male mit Pulsbeschleunigung (120).

29. October: Anfall wie am 26. October.

4. November: Anfall: Bewusstlosigkeit, Cyanose, clonische Krämpfe sämtlicher Extremitäten. (15 Minuten.) Kein Schrei. Kein Zungenbiss. Keine Enuresis. — Nach Aufhören der Krämpfe noch drei Minuten Bewusstlosigkeit. Pupillen reagiren nicht auf Licht.

4. November: Abends „grosser hysterischer Anfall“: Bewusstlosigkeit; Schläffheit aller Extremitäten, zeitweise unterbrochen von allgemeinem Tremor. — Augen nach rechts oben coordinirt. — Pupillen beide gleich weit, reagiren prompt auf Lichteinfall. — Schaum vor dem Mund; starker Trismus mit Zähneknirschen. — Krampf des Muskulus orbicularis oculi. — Keine Respirations- oder Pulsanomalien. — Keine vasomotorischen Erscheinungen. — Uebergiessen mit kaltem Wasser ohne Erfolg. — Dauer dieses Zustandes 20 Minuten. — Danach „grandes attitudes“: Aufreissen und Rollen der Augen; Erheben der Vorderarme; Oeffnen der Hand; Fäuste ballen; militärischer Gruss; Stellung wie zur Beschwörung; Winken in die Ferne; Verzerren des Gesichts. — Dauer dieser Periode ca. 15 Minuten. — Sodann clonisches Schütteln der Beine; Reiben des einen Beines am andern; langsames Anziehen der Beine an den Leib und Festhalten daselbst. — Dabei gesteigerte Patellarreflexe. Fussclonus angedeutet. Fusssohlenreflexe beiderseits negativ. Conjunctival- und Schlund-

reflexe beiderseits negativ. — Völlige Analgesie am ganzen Körper. — Dauer des ganzen Anfalls mehr als eine Stunde.

9. November. Kleiner Anfall wie am 3. November.

19. November. Seit dem 9. November keine Anfälle mehr. Patientin ist psychisch vollkommen normal. Es besteht noch halbseitige Hypalgesie und concentrische Gesichtsfeldeinengung.

Patientin wird versuchsweise wieder nach Hause entlassen.

### E p i k r i s e.

Die Krankengeschichte unserer Patientin bietet uns ein wunderbares kaleidoskopartiges Bild, in dem die einzelnen Steinchen entnommen sind den Krankheitsbildern der „Hysterie“ der „genuinen“ — und der „Jackson'schen Epilepsie“. Wir vermissen darin auch nicht die Bilder des sogenannten „petit mal“ und solche von rein „nervösen“ Störungen. — Unsere Patientin illustriert in einem Bilde das, was wir oben gesagt haben, dass nämlich zwischen der „reinen Epilepsie“ und der „reinen Hysterie“ Fälle vorkommen, die in jeder Abstufung Charaktere beider Krankheitsformen darbieten.

Es könnte allerdings wohl Jemand einwenden, dass es sich hier um eine „Hystrero-Epilepsie mit getrennten Anfällen“ (Charcot) handle; d. h. um ein Nebeneinander-Bestehen von Hysterie und „genuiner“ Epilepsie; andererseits könnte Jemand auf die bestehende anatomische Läsion der Hirnrinde hinweisen und daraus die epileptischen Erscheinungen ableiten wollen. In diesem letzteren Falle könnte man annehmen, dass die früher in der hinteren Centralwindung nach Trepanation gefundene und entleerte Cyste sich jetzt nach und nach wieder gefüllt, und nun durch Druck auf die Rindensubstanz epileptische Convulsionen ausgelöst hätte.

Diese Erklärung passt aber nicht zu der Thatsache, dass wir bei unserer Patientin niemals Anfälle von rein „Jackson'schem Charakter“ beobachten konnten; d. h. niemals waren die Zuckungen auf die rechtsseitigen Extremitäten beschränkt; oder waren derartige, dass sie zuerst rechts aufgetreten wären und nach und nach erst die contralateralen Extremitäten ergriffen hätten. Auch ist ja bei den „reinen Jackson'schen Anfällen“ immer zunächst das Bewusstsein erhalten, während bei unserer Patientin stets das Bewusstsein geschwunden war. Dazu kommt noch, dass bei den häufig ausgeführten ophthalmoskopischen Untersuchungen niemals eine Stauungspapille constatirt werden konnte. Letzterem Symptome können wir allerdings eine ausschlaggebende Bedeutung nicht beimessen, da nach unseren Beobachtungen auf der Abtheilung des Herrn Dr. Nonne, wie auch von anderer Seite, grosse Hirntumoren sich entwickeln können, ohne dass eine Stauungspapille auftritt.

Aus den angeführten Gründen glaube ich nicht, dass wir es hier mit einer „Jackson'schen Epilepsie“, resp. einem coordinirten Bestehen von Jackson'schen Epilepsie“ und „Hysterie“ zu thun haben; — aber ich möchte auch ebenso die Behauptung zurückweisen, dass es sich hier um eine „genuine Epilepsie“ neben „Hysterie“ handelt.



Gestützt auf unsere früheren Beobachtungen nehmen wir an, dass wir es hier mit einem einheitlichen Krankheitsbild zu thun haben, mit einer „Hystero-Epilepsie“; oder einer Form der „grande Hysterie“, welche durch die frühere Bezeichnung „Hystero-Epilepsie mit gemischten Anfällen“ vortrefflich charakterisirt wird.

Gehen wir zunächst auf den Charakter der einzelnen „Anfälle“ etwas näher ein, so musste bei dem einzigen Anfall, welcher während des ersten Aufenthaltes der Patientin im Krankenhaus auftrat, zunächst die Entscheidung offen gelassen werden, ob derselbe als „epileptischer“ oder als „hysterischer“ (nach der bisher üblichen Auffassung dieser Begriffe) zu erklären sei. — Für „Epilepsie“ sprach in dem Falle nur das Auftreten der Enuresis; während das Fehlen sonstiger „epileptischer“ Charaktere, sowie das Vorhandensein typischer „hysterischer Stigmata“ für den hysterischen Ursprung sprachen.

Wie der Anfall verlief, den Patientin nach ihrer ersten Entlassung zu Haus bekam, lässt sich nicht feststellen; — dagegen sind die kleineren Anfälle in der ersten Zeit nach ihrer zweiten Aufnahme zweifellos als „hysterische“ aufzufassen. Dafür sprach, dass die Pupillen im Anfall stets prompt auf Lichteinfall reagirten, ferner das Fehlen von Enuresis und Zungenbiss, sowie der Umstand, dass der Anfall mehrmals durch Frottiren mit einem nassen Tuch oder Uebergiessen von kaltem Wasser coupirt werden konnte.

Nachdem diese letzteren Anfälle in ungefähr Monatsfrist sich sechsmal wiederholt hatten, trat am 18. October ein grösserer Anfall von anscheinend epileptischem Charakter auf. — Für „Epilepsie“ sprachen hier der Beginn des Anfalles mit einem Schrei, die Unmöglichkeit, den Anfall durch Frottiren mit einem nassen Tuch zu unterbrechen, und der nach dem Anfall während einer halben Stunde andauernde Dämmerzustand.

Dass alle diese Charaktere aber differential-diagnostisch nicht ausschlaggebend sind, haben wir an anderer Stelle (l. c.) nachgewiesen. — Das Verhalten der Pupillen, welche zuerst starr waren, um dann (noch im Anfall) wieder auf Licht zu reagiren, lässt sich ebenfalls nicht mit Sicherheit für die Differentialdiagnose zwischen „Hysterie“ und „Epilepsie“ verwerthen; ebensowenig wie das Fehlen von Enuresis und Zungenbiss.

Damit auch die Erscheinungen des als „petit mal“ bezeichneten Zustandes nicht fehlen, finden wir unter dem 22. October einen Anfall von Schwindel und Cyanose, ohne Bewusstlosigkeit etc.

Eine weitere Modification: Einfache Ohnmacht ohne jede weitere Erscheinungen, aber mit Pulsbeschleunigung, sehen wir am 28. October.

Ein Anfall, wie die oben geschilderten kleinen Anfälle von Bewusstlosigkeit und Krämpfen, — ohne Zungenbiss, ohne Enuresis — aber diesmal mit Pupillenstarre, trat am 3. November auf.

Endlich am 4. November ein „grosser hysterischer Anfall“, der an klassischer Schönheit kaum etwas zu wünschen übrig lässt.

Wollen wir dann zum Schluss noch einmal einen Blick auf das Gesamtbild unseres Falles werfen, so wird es wohl Niemandem mehr zweifelhaft sein, dass wir es hier mit einer „typischen Hysterica“ zu thun haben. — Als

„hysterische Stigmata“ finden wir die wechselnde Analgesie und Hypästhesie, theilweise am ganzen Körper, theils halbseitig oder in symmetrischen Zonen. Ferner das wechselnde Verhalten und die Ungleichheit der Conjunctival- und Schlundreflexe, sowie des Geschmack- und Geruchvermögens. Ferner die andauernde concentrische Gesichtsfeldeinengung bei normalem Augenspiegelbefund; und endlich die „hysterische Charakterveränderung“, die sich zeitweise durch kindisches, läppisches Wesen kund giebt, während zu anderen Zeiten wieder ein völlig normaler Charakter erscheint.

Für die „Hysterie“ ist nicht zum mindesten auch der „grosse Anfall“ charakteristisch, der den Höhepunkt in dem Krankheitsverlauf unserer Patientin bildet. — Wenn wir nun in diesem — im Uebrigen vollkommen typisch verlaufenden — Anfall Schaum vor dem Munde, Trismus mit Zähneknirschen und die Erfolglosigkeit einer Application von kaltem Wasser finden, so wundern wir uns darüber um so weniger, als wir früher schon (l. c.) die Haltlosigkeit der für die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie als charakteristisch angegebenen Merkmale beweisen konnten.

Da, wie wir gesehen, die grob anatomischen Veränderungen der Hirnrinde bei unserer Patientin durch die früher constatirte Cyste und den Eingriff der Trepanation nicht mit Wahrscheinlichkeit als die Ursache der Krämpfe hinzustellen sind, so tragen wir kein Bedenken, bei unserer Patientin gegenwärtig das Bestehen nur einer einheitlichen Erkrankung anzunehmen, einer „Hystero-Epilepsie“, als einer Krankheit, die theils unter dem Bilde der „reinen Epilepsie“ oder der „reinen Hysterie“, theils, wie bei unserer Patientin, in jeder beliebigen Combination der Charaktere dieser beiden extremen Krankheitsbilder zu Tage treten kann.

---