

## XXVIII.

Aus dem städtischen Krankenhaus Moabit. Abtheilung des  
Herrn Geheimraths Goldscheider.

### Ueber den sogenannten Hemispasmus glosso- labialis der Hysterischen<sup>1)</sup>).

Von

Dr. E. Sachs,

Assistenzarzt.

(Hierzu 4 Abbildungen.)

~~~~~

Es gilt heute als feststehende Thatsache, dass bei den hysterischen Hemiplegien das Gesicht meist nicht an der Lähmung Theil nimmt. Seitdem Charcot seine Meinung über den bis dahin als Facialislähmung aufgefassten Symptomencomplex dahin präcisirt hatte, dass es sich nicht um eine Lähmung, sondern um einen Spasmus der anderen Seite handele, ist gegen diese Auffassung kaum irgend ein Widerspruch erhoben worden. Es gelang Brissaud-Marie diese Auffassung durch genaue Analyse weiterer Fälle fester zu fundiren, so dass, nachdem auch König mehrere Fälle ebenso erklärt hatte, die Acten hierüber geschlossen schienen. Zwar musste schon Charcot das Vorkommen der hysterischen Facialislähmung zugeben, doch galten diese Fälle als seltene Ausnahmen. Ich möchte mir erlauben, an der Hand eines sehr typischen Falles zu zeigen, dass die Auffassung dieses Krankheitsbildes als Hemispasmus durchaus nicht über allen Zweifel erhaben ist; ich glaube vielmehr schwerwiegende Gründe dafür anführen zu können, dass wir es hierbei wirklich mit einer Lähmung zu thun haben, die allerdings in den meisten, sicher in den typischen Fällen sich von den organischen Lähmungen soweit entfernt, dass eine Differentialdiagnose nicht schwer sein dürfte.

---

1) Nach einem am 7. Mai 1906 in der Berliner Gesellschaft für Psych. und Nervenkrankheiten gehaltenen Vortrage.

Die Anamnese meines Patienten Majewski bietet manches Interessante. Er steht seit 17 Jahren dauernd unter ärztlicher Aufsicht und es existiren über ihn ausser den laufenden ärztlichen Berichten zwei Gutachten, in deren erstem vom März 1890 das Krankheitsbild mit allen Symptomen fast genau so geschildert wird, wie es sich noch heute darbietet.

Herr Majewski hatte am 10. September 1889 dadurch einen Unfall erlitten, dass ihn aus einer Höhe von etwa 3 Metern ein Rüstbaum rechts auf den Hinterkopf traf, so dass er mit einem Schrei zusammenbrach, und, aus einer langen Kopfwunde über dem rechten Scheitelbein blutend, bewusstlos liegen blieb. Nach einer Stunde erlangte er indess das Bewusstsein wieder. Zu Hause stellte sich starke Angst ein, weswegen er am nächsten Tag im Bett blieb. Schon am zweiten Tage nach der Verletzung stand er wieder auf. Seine Beschwerden bestanden jetzt nur in Knacken und Schmerzen im Genick. Erst ganz allmählig, während seines Aufenthaltes in der königl. chirurgischen Klinik stellten sich Parästhesien ein, die vom Kreuz ausgehend, in Arm und Beine ausstrahlten. Auch soll Incontinenz bestanden haben. In der sechsten bis siebenten Woche nach der Verletzung trat vom Scheitel bis zur Leiste rechts Gefühllosigkeit für alle Sinnesqualitäten auf. Es bestand doppelseitige concentrische Gesichtsfeldeinschränkung. Später — November 1889 — bei der Neuaufnahme in die chirurgische Klinik zeigte er eine unvollkommene rechtsseitige Lähmung, trug den Kopf schief nach links und streckte die Zunge schief nach links heraus. Da ein Bluterguss in die linken Gehirn- und Rückenmarkshäute vermuthet wurde, dessen specieller Sitz event. zu bestimmen wäre, wird er zum ersten Mal zur Begutachtung einem Nervenarzt überwiesen. In diesem ersten Gutachten ist erwähnt, dass M. aus gesunder Familie stammt, stets selbst gesund gewesen ist, und am Feldzug 70/71 Theil genommen hat. Er hatte eine eigenthümlich gezwungene Haltung, hielt den Kopf verdreht, so dass der Hinterkopf nach der linken Schulter sich neigte, während das Kinn nach rechts stand. Die Hals- und Nackenmuskulatur, besonders links, zeigte starke Contractur. Seitliche Drehung des Kopfes war kaum möglich, auch passiv nur unter starken Schmerzen in den Nackenwirbeln. Die Wirbelsäule war fast ganz steif. Harnträufeln wurde nicht bemerkt, trotz besonders darauf gerichteter Aufmerksamkeit. Potenz aufgehoben. Im Uebrigen war der somatische Befund genau so wie heute.

Besonders wegen der Vertheilung der Sensibilitätsstörung und der von der gewöhnlichen Facialislähmung in manchen Punkten abweichenden Gesichtslähmung kommt der Gutachter zu dem Urtheil, dass es

sich nicht um eine organische Erkrankung handele, sondern, dass trotz des Fehlens der psychischen Abnormitäten und Gemüthsverstimmungen eine traumatische Neurose von hysterischem Charakter vorliege.

Im nächsten Jahr kommt er, nachdem wegen Simulationsverdachtes unbemerkte Vigilation empfohlen war, wegen Verschlechterung in eine Nervenklinik. Hier (Juli 1891) wurde festgestellt, dass beide äusseren, inneren und der rechte untere Augenmuskel nicht mit normaler Kraft functionirten. Keine Pupillenstörung, aber ausser den schon erwähnten Symptomen Lähmung des linken weichen Gaumens.

Diagnose: Entzündung der basalen Hirnhäute mit Betheiligung der dort liegenden Nerven, besonders rechts.

In den nächsten Jahren schwankte sein Charakterbild stets zwischen Simulationsverdacht und der Annahme einer Hysterie. Bald wurde seine 100proc. Rente erniedrigt, dann wieder erhöht, in buntem Wechsel. Ende 1901 kam er auf 4 Monate wegen Delirium tremens und Bedrohung nach Herzberge. Seitdem ist ihm auch ein Pfleger bestellt. August 1905 — kurz bevor ich ihn zur Begutachtung bekam — soll er mehrere Anfälle mit kurzem Bewusstseinsverlust gehabt haben, über die indess seine Frau die widersprechendsten Angaben macht. Ich habe ihn vier Wochen auf der Abtheilung des Herrn Geheimraths Goldscheider genau beobachtet, besonders auch mit Rücksicht darauf, ob nicht das ganze Krankheitsbild simulirt sei. Es hat sich indess gezeigt, dass von Simulation in diesem Fall ebenso wenig die Rede sein kann, wie in den anderen gleichen Fällen. M. hat sich im Krieg das Eiserne Kreuz geholt und war bis zum Unfall ein tüchtiger Arbeiter; und wenn sein Charakter sich auch in seiner langen Leidenszeit gerade nicht gebessert hat — er war 1901 bis 1904 wegen Delirium tremens und häufig wiederholter Zornausbrüche in Herzberge und hat sich ausserdem vor mehreren Jahren eine genitale Infection zugezogen, über deren späteren noch ausstehenden Einfluss auf das Nervensystem man natürlich nichts wissen kann, — so lässt doch die genaue Beobachtung und die Uebereinstimmung 1890 mit seinem jetzigen Zustande den Gedanken an eine Simulation auch nicht im entferntesten aufkommen.

Ich will mich bei der Demonstration nur auf die für uns wichtigen Symptome beschränken. Es besteht totale rechtsseitige Anästhesie für alle Gefühlsqualitäten, jedoch bleibt merkwürdiger Weise die Hand bis etwas über das Handgelenk frei und ebenso eine entsprechende Stelle an der unteren Extremität. Die Abgrenzung ist ringförmig. Das Gesicht ist halbseitig ebenfalls anästhetisch, ferner die rechte Zungenhälfte, während die Wangenschleimhaut rechts nur hypästhetisch ist.

Es ist beiderseits concentrische Gesichtsfeldeinschränkung für weiss

und für Farben nachweisbar, rechts stärker als links. Geruch und Geschmack, sowie das Gehör stehen an Schärfe rechts stark gegen links zurück.

Ferner besteht eine ausgedehnte Bewegungsstörung der rechten Körperhälfte; der Arm hängt schlaff herab, die Finger, die ja auch nicht anästhetisch sind, kann er gut bewegen.

Das rechte Bein wird nachgeschleppt, nicht im Kreise herumgeführt, — ein hysterisches Stigma, auf das Todd zuerst aufmerksam gemacht hat. M. versteht es vorzüglich, sein Bein durch eine kurze Drehung des Oberkörpers nach vorn zu werfen, sodass er ziemlich flott mit Hilfe eines Stockes gehen kann. Das Gesicht, worauf ich besonders hinweisen will, ist nicht völlig symmetrisch: Die rechte Nasolabialfalte ist deutlich weniger scharf ausgeprägt als die linke. Ausserdem scheint, wie besonders deutlich auf der Photographie (Fig. 1) ersicht-



Figur 1. Leichte Hebung des l. Theiles der Oberlippe.  
Senkung? des r. Theiles der Oberlippe.

lich, die linke Hälfte der Oberlippe etwas höher zu stehen. Zittern sieht man bei Ruhe in den Muskeln nicht, auch nicht bei gewöhnlichen Bewegungen. Erst bei stärkst intendirter Action tritt ein ganz leichtes Flimmern unter dem linken Auge und links vom Munde auf.

Ob die linke Hälfte der Oberlippe höher steht wie Brissaud-Marie in ihrem Falle meinen, oder die rechte tiefer, möchte ich vorerst nicht entscheiden.

Nennenswerthe Muskelatrophie oder elektrische Erregbarkeitsveränderungen bestehen nirgends. Alle Sehnenreflexe sind erhalten und

kaum verstärkt. Kein Babinski. Der rechte Bauchdeckenreflex ist deutlich schwächer als links, der Gelenksinn und die tiefe Sensibilität, sobald in dem anästhetischen Gebiet geprüft, aufgehoben. Der Cornealreflex rechts ist schwächer als links, wenn auch nicht völlig geschwunden.

Bei Bewegungsversuchen im Gesicht zeigt sich Folgendes: Beim Versuch, die Augen zu schliessen, bleibt das rechte eine Spur offen und lässt sich trotz Aufforderung, es fest zuzukneifen, viel leichter passiv öffnen als das linke (Fig. 2). Dabei functionirt der Stirnast des



Figur 2. Schwäche des r. M. orbicularis oculi. Beim Versuch die Augenlider passiv zu heben, giebt das r. Augenlid mehr nach.

Facialis tadellos (Fig. 3). Beim Versuch, die Backen aufzublähen, wird die linke Backe mit grosser Energie aufgeblasen, während die rechte völlig inactiv bleibt; sie wird aber auch nicht passiv gedehnt, wie bei peripheren Lähmungen. Der Patient „ne fume pas la pipe“, um mich eines Ausdrucks Charcots zu bedienen.

Es besteht natürlich weder subjectiv Steifigkeitsgefühl, noch objectiv irgend ein Krampf auf der rechten Seite, der vielleicht dies Gedehtwerden verhindern könnte.

Zähnefletschen geschieht nur links. Beim Mundöffnen wird der Mund schief, indem er sich rechts nur soweit öffnet, als seine Musculatur durch die Oeffnung der linken Mundhälfte mitgezogen wird. Dabei

weicht der Unterkiefer deutlich nach links ab. Ebenso kann M. nur links lächeln und seine Nase rümpfen, doch tritt bei starkem Lachen etwas Mitbewegung der rechten Seite auf. Ein vorgehaltenes Licht



Figur 3. Gute Function des M. frontalis r. Dadurch wird beim Stirnrunzeln das r. Auge mehr geöffnet als das linke.

wird nur links ausgeblasen. Pfeifen ist unmöglich. Ueber Speichelfluss wird nicht geklagt. Das Gaumensegel steht beiderseits gleich hoch. Auch im Gesicht fehlt an den gelähmten Muskeln jede Spur von Atrophie, von Contractur, Spasmus oder elektrischer Erregbarkeitsveränderung.

Das Verhalten der Zunge ist ein besonders auffälliges. Die Zunge liegt im Munde fast gerade; vielleicht eine Spur nach links herüber. Bei längerem Offenhalten des Mundes bemerkt man ein leises Wühlen und Wogen der Zunge. Beim Versuche, sie herauszustrecken, wird sie erst etwas nach vorn und dann ohne jede Verkrümmung und ohne Zittern excessiv nach links gestreckt (Fig. 4). Elektrisirt man nun den rechten Genioglossus oder überhaupt die rechte Zungenhälfte faradisch oder galvanisch, ja, mit oder ohne Strom, und schliesslich, berührt man die Zungenspitze mit einem feinsten Haarpinsel streichend, so lässt sie sich mit Leichtigkeit nach rechts herüberleiten und bleibt auch eine Zeit lang so liegen. Spontan kann M. angeblich die Zunge nicht nach rechts führen, und selbst, nachdem ich ihm die Beweglichkeit am

Spiegel demonstrierte und ihn darauf hinwies, dass doch der dünne Pinsel unmöglich die Zunge nach rechts ziehen könne, beteuerte er, er wisse nicht, was mit seiner Zunge geschehe.

Halbseitige Atrophie, fibrilläre Zuckungen, Spasmen irgend welcher Art fehlen vollkommen.



Figur 4. R. Nasolabialfalte < links. Versuch die Zunge herauszustrecken. Sie weicht ohne Zittern nach links ab.

Ich glaube, aus diesem Befund: Hemiplegie mit Hemianästhesie, concentrische Gesichtsfeldeinschränkung u. s. w. ergibt sich mit Bestimmtheit, dass es sich um Hysterie, und zwar um das von Charcot sog. Krankheitsbild des Hemispasmus glossolabialis handelt.

Charcot selbst beschreibt in seinen „Leçons du mardi“ mehrere hierher gehörige Fälle, doch ist kein einziger so vollkommen ausgebildet wie mein Fall. Höchstens die Blanche D.<sup>1)</sup> kann hierbei in Betracht kommen, doch macht schon Charcot darauf aufmerksam, dass in diesem Fall die Zunge sich nicht normal verhalte, da sie überhaupt nicht vorgestreckt werden konnte. Den bisher klarsten Fall beschreiben Brissaud-Marie im Progrès médical Fall I.<sup>2)</sup> Ferner gehört hierher eine von Remak im Anschluss an den Vortrag von König vorgestellte Patientin<sup>3)</sup>, dann ein Fall Bischoffs<sup>4)</sup>. Besonders der Brissaud'sche

1) Seite 374. Bd. I der deutschen Uebertragung.

2) Progrès médical. 1887. I. p. 84.

3) Berl. klin. Wochenschr. 1892. 40. S. 997.

4) Wiener klin. Wochenschr. 1894. 18. S. 327.

Fall ähnelt dem meinen so genau, dass sich die Abbildungen, fast möchte ich sagen, nur durch das Fehlen des Vollbartes von den meinigen unterscheiden. Die Schlüsse, die ich ziehen werde, haben also nicht nur casuistisches Interesse, sondern scheinen mir Allgemeingültigkeit zu besitzen.

Es gehört zum Bilde der Hysterie, und man hat sich demgemäss schon längst daran gewöhnt, dass die einzelnen Störungen, z. B. die Sensibilitätsstörungen sich nicht mit den anatomischen Verhältnissen decken. Daher hat man Abstand davon genommen, diese Störungen im Gebiete der sensiblen Nerven nach den Nerven zu bezeichnen, die die betroffenen Gebiete innerviren.

Auf motorischem Gebiet, — bei den hysterischen Lähmungen und Contracturen —, ist man hierin nicht ganz consequent gewesen, und diese Inconsequenz hat nicht nur zu einer ungenauen Bezeichnung geführt, sondern hat meiner Meinung nach das Verständniss einiger hysterischer Lähmungsvorgänge verschleierte.

Schon Charcot hält für den Hemispasmus glossolabialis das Abweichen der Zunge nach der Seite der Spasmen für typisch, wozu doch, wie wohl als erster König<sup>1)</sup> und dann ausser Anderen besonders Minor<sup>2)</sup> hervorhebt, ein gekreuzter Spasmus gehört, ohne zu versuchen, diese merkwürdige Kreuzung verständlich zu machen.

Bischoff vermisst in seinem Fall vollkommen jeglichen Spasmus. Er erklärt das Ganze für halbseitige Facialislähmung links, das Abweichen der Zunge nach rechts vielleicht für Lähmung des gegenüber liegenden rechten Genioglossus, ohne sich jedoch sicher zu entscheiden, ob Krampf der einen oder Lähmung der anderen Seite vorliege. Ich glaube, dass diese Unterscheidung garnicht gemacht werden darf und werde später noch darauf zurückkommen.

Brissaud-Marie erwähnen das Luftausblasen auf der Gegenseite, das mangelnde Gedehtwerden der angeblich gelähmten Wange. Sie erklären das Ganze im Sinne Charcot's als Hemispasmus der Gegenseite, ohne an der absoluten Unbeweglichkeit der Wange Anstoss zu nehmen.

Der schon erwähnte Fall von Remak gleicht, was das Gesicht betrifft, genau meinem Fall, bis auf den Punkt, dass bei mir die Zunge gerade und glatter hervorgestreckt wird. Leider unterliess er es, zu versuchen, ob nicht die Zunge, die auch bei seiner Patientin noch nach Unterbrechung des faradischen Stromes in der Mittellinie blieb,

1) Neurol. Centralbl. 1892.

2) Festschrift f. Leyden. 1902.



vielleicht wie in meinem Fall auch durch leises Pinselstreichen oder gar durch Elektrisieren der anderen Seite sich dirigiren liess. Vielleicht ist gerade dies letzte Symptom von differentialdiagnostischem Interesse, ich möchte deshalb besonders darauf hinweisen.

Auch Remak ging auf einen Erklärungsversuch für dies von der gewöhnlichen Hypoglossuslähmung abweichende Phänomen nicht ein.

Binswanger, Bernhardt, Oppenheim u. s. w. folgen in ihrer Beschreibung des Hemispasmus glossolabialis ganz der allgemein gebräuchlichen Auffassung.

Ich möchte nun kurz formuliren, worauf ich hinaus will. Wo liegt der Unterschied zwischen einer hysterischen und einer simulirten Lähmung? Beide sind psychogen und wenn nach der Definition Ziehen's die hysterischen Lähmungen als Folge latent bleibender Lähmungsvorstellungen entstehen, so liegt der einzige Unterschied zwischen den hysterischen und den simulirten Lähmungen darin, dass beim Simulanten die Lähmungsvorstellung, die sich dieser ja zum Zustandekommen der Lähmung auch bilden muss, nicht latent bleibt. In ihren Symptomen unterscheiden sich jedoch hysterische und simulirte Lähmungen überhaupt nicht. Der Unterschied von einer organischen Lähmung hingegen ist dadurch bedingt, dass diese stets an anatomisch zusammenliegende Centren gebunden ist. Dasselbe gilt für die Spasmen. Daraus folgt das Abweichen der hysterischen oder psychogenen Lähmungen von den organischen, centralen oder peripheren.

Wenn mein Patient, unbekannt mit den anatomischen Thatsachen, wie er ja ist, eine rechtsseitige Gesichts- und Zungenlähmung simuliren wollte, so könnte er es garnicht anders anstellen. Es ist eben alles das gelähmt, was nach Laienansicht zur Function der rechten Gesichtshälfte gehört. Daher die Schwäche im rechten Orbicularis oculi, daher die seichte rechte Nasolabialfalte, daher die geringere Weite des rechten Mundwinkels beim Versuch, den Mund maximal zu öffnen, was trotz Charcot bei einseitigem Lippenkrampf links nie zu Stande kommen könnte. Wohl kann in der Ruhe die Differenz sowohl durch Hypotonie der einen, wie durch Hypertonie der anderen Seite bewirkt werden, nie aber in der Bewegung, da ja die Lippenmuskeln rechts und links Synergisten sind, nicht Antagonisten. — Daher rührt aber auch die Unfähigkeit, das Licht auf der rechten Seite auszublase, da diese Seite ja unthätig ist — und auch das mangelhafte Gedehtwerden der rechten Seite beim Aufblähen, da der Patient als Laie ja irrthümlicher Weise voraussetzt, dass auch dies Backenaufblähen eine Muskelthätigkeit sei, welche auf der gelähmten rechten Seite nicht, wohl aber auf der ge-

sunden linken erfolgen dürfe. Dieselbe Erklärung findet auch das Abweichen der Zunge nach links, das allen Regeln zum Trotz sich hier so auffällig häufig findet. Der Kranke kann ja das complicirte Verhalten der Zungenmusculatur nicht kennen, wonach die gelähmte Zunge nach der Seite der Lähmung abweicht. Für ihn ist natürlich die Zungenbewegung nach rechts und nach links eine active Thätigkeit der rechts oder links liegenden Muskeln.

Ebenso weicht der Unterkiefer natürlich nach links ab, da bei der angeblichen Lähmung der rechten Seite die linke (im Bewusstsein des Kranken) das Uebergewicht hat.

Das erklärt das Abweichen, glaube ich, einfacher als die Annahme eines gekreuzten Spasmus. Es handelt sich also sicher um eine Lähmung, deren Besonderheiten dadurch bedingt sind, dass die einzelnen Symptome psychisch entstehen, um eine Unthätigkeit, eine Anergie der rechts und nach rechts thätigen Muskeln; nicht um Lähmung (oder Spasmus) im gewöhnlichen Sinne, sondern um abgeschwächte (oder verstärkte) Reproduktion der im Bewusstsein bestehenden Erinnerungsbilder.

Diese rein psychische Erklärung der Genese der hysterischen Gesichtslähmung erklärt auch die überaus häufige gleichzeitige Betheiligung der Zungen- und Lippenmuskeln, während die Augenmuskeln offenbar ein Functionsgebiet für sich darstellen und nur äusserst selten zusammen mit der Zungenlähmung afficirt sind. Die Zunge bildet eben mit den sie umgebenden Backen- und Lippenmuskeln ein Ganzes: den Mund; sie sind daher meist auch zusammen erkrankt, und auch das häufig erwähnte Vorkommen der Spasmen im Gebiet der Pterygoidei, die dem Trigeminus angehören, hat nichts besonders Auffälliges mehr.

Es müsste sich übrigens natürlich in meinem Fall auch hier um einen Spasmus des rechten, also auf der hemiplegischen Seite liegenden Pterygoideus handeln.

Das Freibleiben des Auges ist durchaus nicht in Parallele zu setzen zu dem Freibleiben des oberen Facialis bei centralen Lähmungen. Das Auge ist ein Functionsgebiet für sich. Interessant ist hierbei noch das Freibleiben der Stirn bei Betheiligung des Augenschliessers. Stirn und Auge sind eben zwei von einander unabhängige Functionsgebiete.

Eine hysterische Lähmung, — und all dies gilt auch für die Contractur, — gleicht nur dann der betreffenden organischen, wenn auch die gewollte resp. simulirte Lähmung bei einem nicht sachkundigen Patienten das dem organischen Bilde genau gleichende Krankheitsbild hervorbringen würde, und trotz aller möglichen Varietäten der hysterischen Gesichtslähmung

müsste eine Facialislähmung bei einem Hysterischen, die in allem dem Bilde einer organischen entspricht, den Verdacht einer Complication erwecken, wie solche Fälle von Oppenheim mehrfach geschildert worden sind. Eine Ausnahme werden wir höchstens vielleicht dann finden, wenn, was bei der heutigen Popularisirung der Wissenschaft nicht unmöglich ist, der z. B. von traumatischer Hysterie Betroffene mit den Eigenthümlichkeiten der Kreuzung der Bahnen und mit den Besonderheiten der Hypoglossus- und Facialislähmung völlig vertraut ist. Dann könnte es vielleicht auch einmal bei rechtswirkendem Kopftrauma zu einer linksseitigen Hemiplegie resp. Hemianergie kommen, während sonst bekanntlich stets die Erkrankung auf der Seite des Traumas sitzt.

Wie ein organisch bedingter Hemispasmus glossolabialis aussieht, das zeigt der von Minor genau mitgetheilte Fall. Da wich eben die Zunge nach der Gegenseite ab.

Was veranlasst mich denn nun aber, von dem von Charcot geschaffenen Krankheitsbilde des Hemispasmus glossolabialis abzugeben?

Von Charcot selbst stammen die Worte: „Man muss die Dinge so sehen, wie sie sind, nicht wie sie sein sollten nach irgend einer Theorie, die wir im Kopfe haben. Stellen wir zuerst die Thatsachen fest, wie sie sind, die Theorie wird dann schon nachkommen.“ Die Thatsachen sprechen aber dafür, dass neben einer vielleicht auch bestehenden leichten Tonuserhöhung in den Gesichtsmuskeln eine das Krankheitsbild beherrschende Gesichtsmuskelschwäche, wie in meinem Fall auch in den anderen Fällen, die in der Literatur beschrieben sind, besteht. Es stimmt eben nicht alles an dem Hemispasmus glossolabialis, und besonders die Annahme, dass keine oder nur eine geringe Parese dabei sei, scheint mir gänzlich unhaltbar.

Stets wird hervorgehoben, dass man zuerst an eine Facialislähmung gedacht habe, — stark können die Spasmen also nicht gewesen sein, da man sie erst suchen musste!

Nicht aus allen Beschreibungen geht mit Sicherheit hervor, wie die der angeblich spastischen Seite nicht entsprechende Gesichtshälfte sich beim Backenaufblasen verhält. Wenn es erwähnt ist, so liegen die Verhältnisse stets wie in meinem Fall. Charcot weist darauf hin, dass der Patient auf der anscheinend gelähmten Seite nicht die Pfeife raucht. Andere betonen dasselbe, bemerken ausserdem ausdrücklich, dass die Backe beim Aufblasen vollkommen unbeweglich bleibt, als sei dies ein Verhalten, das dem normalen entspricht. Dem gegenüber möchte ich behaupten, dass hier ein Zustand von, *sit venia verbo*, „activer Unthätigkeit“ vorliegt. Was ich damit sagen will, ist wohl

klar: Um das Bild der Unthätigkeit der rechten Gesichtshälfte, wie sich's der Laie vorstellt, reproduciren zu können, müssen nicht nur einige Muskeln ausgeschaltet, sondern zugleich der Tonus anderer auf derselben Seite liegender erhöht werden. Nichts hindert die normal innervirte Backe der andrängenden Luft auszuweichen, während, wie man sich an meinem Patienten überzeugen kann, trotz aller Willensanstrengungen keine Pausbacken fertig gebracht werden, auch wenn die Luft am Entweichen gehindert wird. Die Backe gehört eben der gelähmten Seite an und alle hierher gehörigen Muskeln befinden sich in einem Innervationszustande, der eine Gesichtslähmung, wie sie sich in der Vorstellung des Laien darstellt, verursacht. Diesen Zustand möchte ich Anergie nennen. Warum sollte ein Mann mit linksseitigem Facialis-spasmus rechts seine Nase nicht rümpfen oder seine Zähne nicht fletschen können? Es handelt sich hier doch nicht um Antagonisten, deren Contraction die andere Seite in der Function behindert. Ja, weiter noch, man kann willkürlich jeden Spasmus nachmachen, man kann seinen Arm so stark beugen, dass der Biceps zu zittern beginnt, und ein Mensch mit linksseitigem Lippenspasmus müsste im Stande sein, falls seine rechte Seite nicht paretisch ist, diese Seite ebenso krampfhaft zu contrahiren wie links. Und wenn dies nicht möglich ist, wie in all unseren Fällen, so handelt es sich eben um eine Lähmung oder um eine Anergie. Von einem oft erwähnten Pseudospasmus kann hier gewiss nicht die Rede sein. Eine geringe Parese wird auch von Charcot's Schülern, wie z. B. Brissaud, zögernd und mit einem Fragezeichen versehen<sup>1)</sup>, zugegeben; ich aber wiederhole, dass die Bewegungsunfähigkeit das Essentielle ist, während der Krampf der anderen Seite mir für den Zustand des Patienten und deshalb auch für die Auffassung des Krankheitsbildes von geringerer Bedeutung erscheint.

Auch die Anästhesie auf der Seite der Unthätigkeit deutet darauf hin, dass auf dieser Seite der krankhafte Process in erster Linie zu suchen ist, und auf dieses psychische Moment sollte man nicht so wenig Werth legen.

Die Unfähigkeit zu pfeifen ist natürlich auch nur eine Folge der rechtsseitigen Inactivität und steht in derselben Reihe wie das Lichtausblasen, das in so krassem Gegensatze zu allen organischen Lähmungen steht, dass es differential-diagnostisch Verwendung findet. Dies findet seine Erklärung wie alles Vorige einfach in der Inactivität der rechten Seite, deren Lippen sich nicht einmal zum Lichtausblasen öffnen können. Man versuche nur einmal die Anergie (nicht die Lähmung!)

1) l. c.

der einen Gesichtshälfte zu imitiren und dann zu pfeifen, oder das Licht auszublasen und man wird von der Richtigkeit meiner Ausführungen überzeugt sein. Das Abweichen des Unterkiefers nach links habe ich schon oben als Folge des Ausfalls der nach rechts und daher des Ueberwiegens der nach links thätigen Muskulatur erklärt. Ausdrücklich hervorheben will ich, dass in manchen Fällen von hysterischer Hemiplegie neben der Anergie der einen Gesichtseite zugleich eine mässige spasmenartige Hyperergie der anderen besteht. Ja, es giebt sicher auch Fälle von isolirtem reinen Gesichtsspasmus ohne Lähmung; aber auch in diesen Fällen entspricht das Verhalten der Contractur meist nicht der anatomischen Wirkungsweise, denn sonst müsste ja, entsprechend dem Falle von Minor bei z. B. linksseitigem Facialis- und Hypoglossusspasmus, soweit die Zunge mit gerader Achse vorgestreckt wird, d. h. soweit der Genioglossus theilhaftig ist, eben in Folge der Genioglossuswirkung die Zunge nach der nicht spastischen Seite abweichen. Andere Fälle, z. B. die von Charcot geschilderten Patienten Fromond und Lelög sind anatomisch nicht ganz leicht zu verstehen. Nimmt man dagegen meine Deutung an, so handelt es sich einfach um einen Spasmus nach links, gleichgültig, welche Muskeln dabei theilhaftig sind. Ob in diesen beiden Fällen die rechte Backe beim Aufblasen normal functionirte oder nicht, d. h. ob zugleich neben der linksseitigen Hemihyperergia eine rechtsseitige Hemianergia faciei bestand, geht aus Charcot's Vorlesungen nicht hervor.

Mit dem Zungenspasmus steht es eben genau so wie mit dem Gesichtsspasmus. Auch hier nöthigen mich Gründe anatomischer Art von der Charcot'schen Erklärung abzugehen. Fast alle Autoren heben als Regel hervor, dass die Zunge nach der Seite der Contractur abweicht. Dass dies nur eine Folge des contralateralen Genioglossus sein könnte, wird, wie erwähnt, von einigen betont, ohne dass von einem einzigen versucht wird, dies doch recht auffällige Phänomen zu erklären.

Nun könnte es sich immerhin noch um einen Zungenkrampf auf der Seite handeln, auf der ich selbst eine hysterische Lähmung des Gesichtes nachgewiesen habe, und dass Reiz- und Lähmungserscheinungen auf derselben Seite vorkommen können, ist ja bekannt.

Indess, das ist doch ein sonderbarer Krampf, der jederzeit sofort spontan gelöst werden kann; denn die Zunge kann jederzeit mit Leichtigkeit in den Mund zurückgeführt werden.

Dass schon der Versuch, ein Glied zu bewegen, in diesem einen Krampf auslösen kann, ist ja von der Myotonie her bekannt, doch ist hierbei die Dauer des Krampfes unabhängig vom Willen. Von einem clonischen Intentionskrampf aber kann trotz des bisweilen beschrie-

benen Wühlens und Wogens keine Rede sein, da hierbei jeder motorische Effect fehlt. Ein clonischer Genioglossuskampf müsste doch wohl dem idiopathischen clonischen Genioglossuskampf ähneln, der mehrere Mal in der Literatur beschrieben ist und in rhythmischem Hin- und Herstrecken der Zunge bis vor die Zähne besteht. Das Flimmern hat aber diesen motorischen Effect nicht. Dieser Intentionskrampf stände also in der ganzen Nervenpathologie ohne Analogie da.

Ausserdem möchte ich als besonders wichtig noch einmal darauf hinweisen, dass wir im Stande sind, sobald ein Muskel normal functionirt, diesen stets in krampfhaftes Contraction zu versetzen; handelt es sich, wie in unserem Fall, um die Wirkung von Antagonisten, so wird natürlich die normale Thätigkeit der nicht erkrankten Muskulatur durch die Stärke der Spasmen der anderen Seite modificirt. Immerhin müsste, da, falls überhaupt ein Krampf vorliegt, dieser nur schwach sein kann, mein Patient im Stande sein, die Zunge wenigstens vorübergehend gerade nach vorn zu strecken, wenn nicht eben der Functionsausfall dieser Zungenhälfte dies verhinderte. Diese Bemerkungen beziehen sich natürlich nur auf den unter der Herrschaft des Willens einseitig innervirbaren Genioglossus, um den es sich allein handelt, und der die Zunge in gerader Linie nach der Seite zieht, ohne stärkere Verkrümmung. Ein Krampf der sogenannten Binnenmuskulatur der Zunge, den Charcot einmal bei progressiver Paralyse und bei seinen Patienten Lelög und Fromond schildert, ist natürlich niemals willkürlich durch die andere Zungenhälfte ausgleichbar, da wir nicht im Stande sind, willkürlich die Zunge in irgend wie stärkerem Bogen nach einer Seite zu führen.

Somit hätten wir also die Wahl: auf der einen Seite eine ganz sichere hysterische Muskelschwäche resp. Anergie, andererseits eine in der Nervenpathologie ohne Analogie dastehende Krampfform. Wofür wir uns da zu entscheiden haben, kann wohl nicht zweifelhaft sein. Aehnliches gilt für die Mm. pterygoidei. Auch hier müsste ein normal functionirender Pterygoideus dem offenbar nur sehr schwach hyperinnervirten Pterygoideus der anderen Seite die Wage, wenigstens vorübergehend, halten können — wenn nicht eben ein Functionsausfall vorläge!

Ich möchte hier noch einmal daran erinnern, dass wir alle Versuche, anatomische Ordnung in die hysterischen Phänomene zu bringen, aufgeben müssen, da das Bewusstsein des Erkrankten nicht mit der Anatomie zu rechnen versteht.

Bei der Zunge und dem Unterkiefer tritt gerade im Gegensatz zu den Gesichtsmuskeln der vielseitige Antagonismus der einzelnen Muskeln sehr deutlich hervor, und es ist daher nicht verwunderlich, dass wir

zur Erreichung irgend einer excessiven Bewegung, oder um den Ausfall einer Bewegung voll und ganz zu bewirken, Hyperergien und Hyperergien der Antagonisten gemeinsam vorkommen sehen. *L'hystérie pousse toujours à l'extrême*, wie Charcot sagt.

Betrachten wir das ganze Bild noch einmal mit Charcot als Spasmus, dann würde es sich um einen Spasmus des rechten Genioglossus, um einen Spasmus des rechten Pterygoideus und um einen Spasmus der linksseitigen Facialis Muskeln handeln, wobei der Ausfall der verschiedenen Functionen der rechten Seite, auf die ich hingewiesen habe, doch noch unerklärt bliebe. Statt dessen glaube ich, dass es sich einfach um eine Unthätigkeit der rechts und nach rechts wirkenden Muskeln handelt, auf welcher Seite sie auch liegen und welchem Nervengebiete sie auch angehören. Zugleich besteht oft genug eine stärkere Activität der Antagonisten. Beide Seiten wirken eben zusammen zum Hervorbringen einer bestimmten Bewegung, theils durch Anergie (Unthätigkeit), theils durch intensive Action (Hyperergie). Um nun nichts zu präjudiciren kann man bei der Zunge diesen Vorgang vielleicht am besten als halbseitige Thätigkeit der Zunge, als *Hemiergia linguae* bezeichnen, einen Begriff, den ich gleich noch ganz kurz erläutern werde.

Am Beginn meiner Ausführungen wies ich darauf hin, dass man auf dem Gebiete der hysterischen Motilitätsstörungen nicht consequent das Functionelle der Störungen in der Terminologie zum Ausdruck gebracht habe. Ebenso wenig, wie es eine hysterische Radialis- oder Peroneuslähmung giebt, sondern nur eine Lähmung von Hand und Fuss, ebenso wenig giebt es eine hysterische Facialislähmung, und wie niemand eine hysterische Fingercontractur als Contractur des Ulnaris bezeichnen wird, so sollte auch der Ausdruck Facialis- oder Hypoglossus-spasmus durch Gesichts- und Zungenspasmus ersetzt werden; denn wenn auch im Gegensatz zum N. radialis der N. facialis der einzige Gesichtsnerv ist, so ist doch gerade durch unsere Darlegungen klar geworden, dass bei den hysterischen Störungen nicht einmal alle auch nur vom unteren Facialis versorgten Muskeln in gleichem Sinne erkrankt sind — befinden sich doch trotz der Lähmung einiger Muskeln andere sogar in einem Zustande von erhöhtem Tonus! Der Unterschied zwischen hysterischen und organischen Störungen ist eben nicht nur auf sensiblen, sondern, wie mein Fall deutlich zeigt, auch auf motorischem Gebiete oft sehr gross. An den Extremitäten ist dies deshalb meist von geringerer Deutlichkeit, weil eben hier die psychogenen und die organisch bedingten Störungen das gleiche Symptomenbild ergeben, wenn auch das Freibleiben von Hand und Fuss, wie bei meinem Patienten nicht bei organischen Erkrankungen vorkommen dürfte.

Dass der Angriffspunkt der Hysterie nicht im Gebiete des peripheren Neurons liegt, ist ja allgemein angenommen, aber im ersten Neuron der corticomusculären Bahn, in den Pyramidenzellen, werden noch häufig die materiellen Veränderungen, soweit sie überhaupt angenommen werden, gesucht. Es ist der Vergleich mit einer „Reflexepilepsie“ gemacht worden.

Dass Lähmungen auf motorischem und sensiblem Gebiete auf diese Weise entstehen können, wird man ruhig zugeben dürfen, doch fehlt bei dieser Hypothese die Hauptsache: Wie erklärt sich der speciell hysterische Charakter, der sich zumeist in der der naiven Regionseinteilung folgenden Abgrenzung äussert, wie er bei den Sensibilitätsstörungen alltäglich ist, bei Motilitätsstörungen zwar seltener, aber z. B. im Bilde der Gesichtslähmung und beim hysterischen Bauchtanz sich deutlich genug zeigt?

Um diese Schwierigkeit zu überwinden, muss man den Angriffspunkt der Hysterie in einem den sensiblen und motorischen Rindencentren übergeordneten Gebiete suchen. Oppenheim sagt in seiner Arbeit: „Thatsächliches und Hypothetisches über das Wesen der Hysterie“<sup>1)</sup>: „dort, wo der Wille auf die motorische Sphäre übergeht, muss ein Leitungshinderniss sitzen“.

Die Fälle von Gesichts- und Zungenlähmung, glaube ich, sind gar nicht anders zu erklären, denn wie schon einmal betont, es sind nicht einmal alle vom unteren Facialis versorgten Muskeln unthätig.

Es handelt sich also offenbar nicht um eine Läsion anatomisch zusammenliegender Rindencentren — die stets ein der organischen Lähmung gleichendes Bild ergeben müsste —, sondern um einen Erregungsausfall ganz getrennt liegender Pyramidenzellen, deren functionelle Unthätigkeit eben das Bild der Lähmung ergibt, wie es im Bewusstsein des Laien entsteht und wofür ich das Wort „Anergie“ gebraucht habe.

Diese Erklärung führt uns auch zum Verständniss der so oft gleichzeitig bestehenden „Hyperergie“ der anderen Gesichts- und Zungenhälfte. Im Bewusstsein des Laien wird natürlich die Schwäche der einen durch Hyperergie der anderen Seite viel deutlicher zum Ausdruck kommen.

Ich glaube, die Bezeichnung Anergie, Hyperergie etc. eignet sich ganz gut zur Bezeichnung der hysterischen im Gegensatz zu den organischen Motilitätsstörungen, da in ihnen das Functionelle besser zum Ausdruck kommt. Wir hätten dann von einer Anergia resp. einer Hypergia brachialis, einer Hemianergia faciei etc. zu sprechen.

An- und Hyperergie einer Seite bezeichnen hierbei nicht Unthätig-

1) Deutsche med. Wochenschr. 1890. 23. Juni.



keit oder verstärkte Thätigkeit der auf dieser Seite liegenden Muskeln, sondern es ist darunter der Ausfall oder die übermässige Thätigkeit der Muskelgruppen zu verstehen, die bei der Zunge z. B. nach der erkrankten Seite wirken, oder ganz allgemein, deren Action das vom Laienbewusstsein geforderte Bild der Lähmung oder des Krampfes ergibt.

Das Bild der hysterischen Gesichtsmuskelerkrankung ist, so selten es ist, auch so vielgestaltig. Bald überwiegt die Anergie der einen Seite, wie in Brissaud's erstem Fall und bei meinem Patienten, bald die Hyperergie der anderen, wie in Charcot's Fall des Patienten Lelog, ja, es mag Fälle geben, in denen es unmöglich ist zu unterscheiden, ob die Anergie oder die Hyperergie das Wichtigere ist. Für solche Fälle würde es sich empfehlen, das Wort *Hemiergia faciei* zu gebrauchen, wenn man sich nur bewusst bleibt, dass hierbei Anergie der einen und Hyperergie der anderen Seite zusammentrifft.

Zusammenfassend glaube ich behaupten zu können, dass bei der Auffassung des bisher Hemispasmus glossolabialis genannten Symptomencomplexes, als durch die psychische Entstehung in bestimmter Weise modificirte Form der Gesichtslähmung, die anatomischen Unstimmigkeiten nicht nur gut verständlich, sondern sogar erforderlich werden; das Bestehen einer Lähmung aber wurde bewiesen durch das Verhalten der Lippe beim Zähnefleetschen, der Nase beim Naserümpfen und vor allem durch die absolute Unbeweglichkeit der Backe beim Backenaufblähen.

Der Irrthum, dies Krankheitsbild bisher als Hemispasmus und nicht als Lähmung aufzufassen, ist dadurch bedingt, dass in der Betrachtung der Hysterie der Gesichtspunkt des Functionellen nicht consequent genug durchgeführt wurde.

---

Ich möchte nicht verfehlen, Herrn Geheimrath Goldscheider auch an dieser Stelle für das allzeit bewiesene Interesse und für die lebenswürdige Durchsicht meiner Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

---