

## XXXV.

Aus der Klinik für psychisch und Nervenkrankte in Bonn<sup>1)</sup>  
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Westphal).

### Ueber psychogene „Ischias-Rheumatismus“- und „Wirbelsäulenerkrankungen“<sup>2)</sup>.

Von

Stabsarzt d. Res. Dr. M. Raether,  
Oberarzt der Provinzial Heil- und Pflegeanstalt Bonn.

Für alle, die sich, dem Gebote der Zeit folgend, der Behandlung der Kriegsneurotiker gewidmet haben, dürften meine heutigen Ausführungen nichts Neues bringen. Aber auch die Nichtfachärzte wissen heute bereits aus den Erfahrungen des Krieges und den zahllosen Veröffentlichungen über die Kriegsneurosen, die Birnbaum<sup>3)</sup> in mehreren kritischen Sammelberichten zusammengestellt hat, dass der psychogenen Komponente eine weit grössere Bedeutung beigemessen werden muss als jemals früher für möglich gehalten wurde. Sieht man von den reinen Psychogenien ab, die von vornehmlich durch die charakteristische Eigenart ihrer Erscheinungen als psychogen imponieren, wie Zittern, Schütteltremor, Dysbasien und Abasien, Kontrakturen, hinkende Gangstörungen mit scheinbaren Beinverkürzungen, spastische und paretische Extremitätenlähmungen, Mutismen, Stimmlosigkeit, Taubheit, Herabsetzung des Sehvermögens, Singultus u. a., alles funktionelle Störungen d. h. ohne organischen Untergrund, so ist es heute ebenso allgemein bekannt, dass sich auf organischer Basis alter oder neuer Leiden funktionelle Störungen derart aufpropfen, dass das Gesamtbild mehr organisch als funktionell imponiert. Diesem Umstand ist es zuzuschreiben, dass derartige Kranke monate- wenn nicht jahrelang von einem Lazarett

---

1) Reservelazarett I, Abt. Nervenklinik.

2) Nach einem Vortrag mit Demonstrationen, gehalten in der „Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn“ am 5. März 1917.

3) Zeitschr. für die ges. Neur. u. Psych. Ref. u. Ergebni. Bd. 11. H. 5; Bd. 12. H. 1; Bd. 12. H. 4; Bd. 13. H. 6; Bd. 14. H. 3.

ins andere wandern und, falls eine Verwundung den organischen Untergrund bildet, mitunter Dauerpatienten von medikomechanischen, orthopädischen Abteilungen, Bädern usw. sind. Es mag manche dieser Mischformen z. Z. noch in Schien- und Stützapparaten, z. T. längst aus dem Heeresdienst mit unnötig hoher Rente entlassen, als Kriegsbeschädigter herumlaufen oder, mit Stöcken oder gar Krücken bewaffnet, in den bürgerlichen Beruf zurückgekehrt, infolge seiner Kriegsbeschädigung einen früher vollwertigen Beruf mit einer leichteren Arbeit vertauscht haben, eine Erfahrung, wie ich sie auf meiner „Sonderstation für Kriegsneurotiker“ jetzt sehr häufig machen kann. Deshalb finden die Rentenverfahren in vielen Korpsbezirken erst dann ihren Abschluss, wenn sie auch von neurologischer Seite begutachtet sind<sup>1)</sup>.

Neben den rein psychogenen und den akzentuellen Krankheitsbildern nehmen diejenigen Symptomkomplexe, die als „Ischias“, „Rheumatismus“ und „Wirbelsäulenerkrankung“ in Erscheinung treten, in dem Gebiet der Psychogenen eine ganz besondere Stelle ein. Sie sind in den allermeisten Fällen nur schwer von den „echten“ Erkrankungen dieser Art zu unterscheiden und verdanken ihre Entdeckung als psychogen in der Regel einem Zufall (Lazarettbesichtigung durch einen fachärztlichen Beirat, Generalmusterungskommission u. a.).

In der Literatur findet sich über diese psychogenen Krankheitsformen noch wenig. Liebermeister<sup>1)</sup> schreibt über seine Erfahrungen bei 24 Fällen „angeblicher Ischias“, dass diese Fälle außerordentlich grosse Schwierigkeiten machen können. In der überwiegenden Mehrzahl fehlten Atrophien auch nach monatelanger Dauer vollständig; auffallend sei es, dass die Zahl der Ischiasfälle auch im Hochsommer nicht abgenommen habe; das oft vorhandene starke Hinken sei geringer geworden, wenn die Patienten sich nicht beobachtet glaubten. Bei manchen Kranken hätten sich die ursprünglich richtig angegebenen Druckpunkte durch Suggestion bei der Prüfung an atypische Stellen verlagern lassen. Er hält es für wahrscheinlich, dass bei einem Teil der Fälle eine psychogene Komponente in der Richtung mitgewirkt habe, dass ursprünglich leichte und an sich vorübergehende Symptome subjektiv agraviert und fixiert wurden.

Er erachtet als das sicherste objektive Zeichen für das Bestehen einer echten Ischias das Fehlen des Achillessehnenreflexes auf der erkrankten Seite. Dem Vorhandensein des Lasègue'schen Ischiasphänomens legt er kein entscheidendes Gewicht bei, ebensowenig den

1) Liebermeister, Ueber die Behandlung von Kriegsneurosen. Samml. zwangl. Abhandl. Bd. 11. H. 7. S. 50.

Druckpunkten, deren Druckschmerzempfindlichkeit allenfalls dafür spräche, dass eine Ischias bestanden habe, aber nicht dafür, dass sie noch bestehe. In letzterem Sinne verwertet er auch das Vorhandensein von Atrophien am erkrankten Bein. Er empfiehlt, da häufig eine ganz sichere Diagnose nicht möglich ist, in der Therapie tastend vorzugehen, d. h. zunächst Behandlung des Kranken wie einen echten Ischiaskranken bei absoluter Bettruhe. Diese Behandlung dehnt er etwa 3 Wochen aus, und während dieser Zeit geschieht das „Sicheinfühlen in die Psyche“ des Kranken, um dann gegebenenfalls das Leiden bei der psychogenen Wurzel anzufassen. Er schliesst seine diesbezüglichen Ausführungen mit der Erfahrung, dass unter den Fällen von „Kriegs-ischias“ viele psychogene Fixierungen und Verlängerungen vorkommen, besonders unter den Heimatsoldaten. Er erzielte bei 22 seiner 24 Fälle Heilung mit Feld- oder Garnisondienstfähigkeit. — Der gleiche Autor berichtet auch von zwei Lumbago-Fällen, von denen der eine zehn Monate in den verschiedensten Lazaretten behandelt worden war; bei beiden konnte er durch kräftige Faradisierung der Lendengegend rasche Heilung erzielen. Er fasst diese Hyperalgesien, die lokal begrenzt sind und Neuralgien vortäuschen können, die Fälle von „rheumatischen Schmerzen“ ohne Rheumatismus, von Lumbago, von sogenanntem chronischem Muskelrheumatismus und chronischen Gelenkschmerzen ohne organische Veränderungen als „neuralgiforme funktionelle Störungen“ zusammen und berichtet von der absoluten Heilbarkeit dieser Fälle nach irgendeiner Suggestivmethode.

Ueber funktionelle Wirbelsäulenerkrankungen finden sich in der Literatur verschiedene Veröffentlichungen. Schanz<sup>1)</sup> hat „Reizzustände an der Wirbelsäule, die durch Ueberlastung der statischen Tragkraft der Wirbelsäule entstehen“ als „Insufficientia vertebrae“ bezeichnet. Die damit behafteten Patienten zeigen die eigenartige Unbeholfenheit aller grossen Körperbewegungen, die aus dem Bestreben entsteht, die schwer schmerzende Wirbelsäule nicht zu bewegen und die gegen Belastung empfindlichen Wirbelkörper vor Belastung zu schützen. Als ganz besonders charakteristisch und als ein objektives Symptom für schmerzhafte Erkrankungen der Wirbelkörper erachtet der Autor die krampfhaften Spannungen der langen Rückenmuskeln, die beiderseits der Dornfortsätze als Längswülste scharf vorspringen und sich für das Gefühl von normal kontrahierten Muskeln deutlich unterscheiden. An der Wirbelsäule findet sich ein starker Klopschmerz in der Dornfortsatzlinie von der Mitte der Brustwirbelsäule nach ab-

---

1) Münchener med. Wochenschr. 1916. Nr. 11. S. 392.

wärts. Die Lendenwirbelkörper sind stark druckempfindlich. Röntgenbefund normal. Entstanden waren diese Erkrankungen nach Verschüttung oder Sturz im Felde. Selbst einen Fall, der neben seiner Wirbelsäuleninsuffizienz Schütteltremor des Kopfes hat, diagnostiziert er eben aus den Schüttelbewegungen als Insuffizienz der obersten Wirbelsäulenabschnitte.

Meine Erfahrungen auf diesem Gebiet weichen grundsätzlich von der Schanz'schen Ansicht, dass es sich bei diesem Krankheitsbild um schmerzhafte Erkrankungen der Wirbelkörper handelt, ab. Bei allen im Folgenden beschriebenen Fällen von Rückgratversteifung bzw. Insuffizienz fand ich die Schanz'schen „objektiven“ Symptome, und doch lehrte sowohl die mehrfache Röntgenuntersuchung, wie die schnelle Heilung nach der Kaufmann-Methode<sup>1)</sup>, dass diese Störungen rein funktionell waren, obwohl sie teils nach direktem Trauma, teils nach Verschüttung mit Hinfällen aufgetreten waren. Jedenfalls möchte auch ich mit Dinkler<sup>2)</sup> warnen, auf Grund des subjektiven und scheinbar objektiven Befunds Stützapparate und Gipsbetten in Anwendung zu bringen, sondern erst dann dazu übergehen, wenn sich, wie Nonne<sup>3)</sup> in einem Fall berichtet, bei mehrmaliger Röntgenuntersuchung eine somatische Unterlage für die bestehenden Symptome finden lässt. Im Gegensatz zu Rosenfeld<sup>4)</sup>, der die Prognose von „funktionellen Kontrakturen im Bereich der Extremitäten und Rückenmuskulatur“ ungünstig stellt, kann ich bei Anwendung der von mir modifizierten Kaufmann-Methode<sup>5)</sup> von einer durchaus guten Prognose sprechen. Ausser den nachstehend beschriebenen Fällen kann ich heute unter mehr als 300 Heilungen von funktionellen Störungen auf eine Reihe von geheilten psychogenen Kontrakturen zurückblicken, darunter Fälle, die nach Unfall entstanden, bis zu 10 Jahren alt waren<sup>6)</sup>. Bei einem derselben, um diesen Fall zur Illustrierung des oben Gesagten herauszugreifen, war von autoritativer chirurgischer Seite bereits die Tenotomie der Achillessehne gemacht worden und dadurch die (hysterische) Spitzfusskontraktur erst recht fixiert; trotzdem gelang es, den Mann nach Kaufmann in einer kurzen Sitzung zu heilen und die Heilung in einer längeren Turn-Nachbehandlung zu einer dauernden zu gestalten. —

1) Münchener med. Wochenschr. 1916. Nr. 22; Deutsche med. Wochenschr. 1917. Nr. 11; Arch. f. Psych. 1917. H. 2.

2) Arch. f. Psych. Bd. 57. H. 1.

3) Deutsche med. Wochenschr. 1917. Nr. 11. S. 350.

4) Arch. f. Psych. Bd. 57. H. 1.

5) Deutsche med. Wochenschr. 1917. Nr. 11; Arch. f. Psych. Bd. 57. H. 2.

6) Veröffentlichung erfolgt demnächst in der Deutschen med. Wochenschr.

Die jetzt folgenden Fälle von psychogenen „Ischias“-, „Rheumatismus“- und „Wirbelsäulenerkrankungen“ waren ohne Ausnahme alte Lazarettfälle oder bereits Kriegsrentenempfänger, mit hoher oder Vollrente entlassen. Bei letzteren galt es, vor und nach der Heilung auch noch gegen die Rentenbegehrungsvorstellungen anzugehen; bei ersteren hatten sich dieselben ebenfalls schon eingenistet, wenn auch noch mehr oder weniger latent. In 19 Fällen gelang die Wiederherstellung bis zur vollen Erwerbsfähigkeit, nur in einem Fall von  $2\frac{1}{2}$  Jahre alter funktioneller Rückgratverkrümmung (Fall 20) gelang mir die Heilung nur teilweise, immerhin so weit, dass die bisherige Vollrente auf 50pCt. herabzusetzen war, und der Mann vom Lazarett aus eine Stelle als Steinhauer annehmen konnte.

### I. Fälle von psychogener „Ischias“.

#### Psychogene „Ischias“.

Fall 1. K., 29 Jahre, Strassenbahner, Musketier.

Vorgeschichte: Vater habe viel an Gliederschmerzen gelitten. Pat. 1906 Typhus. — August 1914 eingezogen. Januar 1915 3 Wochen wegen Rückenschmerzen revierkrank. September 1915 im Felde an „Ischias“ erkrankt, blieb bis Ende Oktober in Lazarettbehandlung und kam Anfang 1916 wieder ins Feld. — Dezember 1916 auf Urlaub wieder an „Ischias“ erkrankt, kam in Lazarettbehandlung. Dort Aufnahme mit völlig gekrümmtem rechten Bein, Strecken wird als schmerhaft bezeichnet, bei Erheben des im Knie gestreckten Beines starke Spannung und Schmerzen. Aufrichten des Oberkörpers erfolgt mit der linken Seite, während die rechte zurückbleibt. Schmerzhafte Druckpunkte in der rechten Kreuzbeinseite, Hüfte, Knie und äusserem Knöchel. Krankheitsbezeichnung: „Ischias“ rechts und entsprechende Behandlung.

12. 1. 1917 Schmerzen angeblich unverändert, deshalb Eukain-Kochsalzlösung in die Umgebung des Nervus ischiadicus sowie an die schmerzhafte Kreuzbeinwurzel eingespritzt; Generalmusterungskommission hält mangels objektiven Befundes das Leiden für Hysterie, deshalb am 9. 2. 1917 Einweisung in meine Abteilung.

Befund: Tachykardie, Analgesie am ganzen Körper mit Einschluss der sichtbaren Schleimhäute, lebhafte Sehnenreflexe, erschöpfbarer Patellarklonus beiderseits, grobe Kraft in den Beinen herabgesetzt, aktive und passive Beweglichkeit der Beine eingeschränkt, bei Heben der Beine klagt Pat. über Schmerzen im Kreuz. Ischias-Phänomen negativ, die Nervenstämme des Ischiadikus nicht druckempfindlich, Gang mit stark nach vorn gebeugtem Oberkörper und leichter Flexion in den Kniegelenken, besonders rechts. Das rechte Bein wird dabei geschont, Händezittern, Muskelwogen im Quadrizeps, funktioneller Romberg, Hautschrift.

Am 15. 2. 1917 Heilung in einer  $\frac{1}{2}$  stündigen Sitzung nach Kaufmann.

3. 3. 1917 Entlassung als geheilt, voll erwerbsfähig, a. v. Beruf.

Fall 2. K., 40 Jahre, Vorarbeiter, Musketier.

Vorgeschichte: Vater Rheumatismus, eine Schwester leicht aufgereggt, er selbst als Kind zweimal Rheumatismus. — 1912 zum ersten Male Schmerzen in der linken Hüfte, habe damals sich nicht röhren können, sei zwei Monate arbeitsunfähig gewesen. — Juni 1916 wegen „Ischias“ mehrere Monate in Lazarettbehandlung, kam in verschiedene Lazarette, wo schliesslich im Dezember 1916 der Verdacht einer Hysterie ausgesprochen wurde. — Im Januar 1917 als d. u. wegen linksseitiger hochgradiger Ischias und Hysterie mit 100 pCt. Erwerbsbeschränkung entlassen. 5. 3. 1917 gemäss korpsärztlichen Prüfungsvermerks auf meine Abteilung einberufen.

Befund: Entartungszeichen<sup>1)</sup>, Zunge zittert, Bindegautreflex fehlt, Analgesie am ganzen Körper, lebhafte Reflexe, grobe Kraft im linken Bein nahezu aufgehoben, linkes Bein im Knie gebeugt, kann weder aktiv noch passiv gestreckt werden, bei Heben des linken Beines Schmerzäusserung in der Gegend des linken Sitzhöckers zur Kniekehle ausstrahlend, bei Beugung mit stärker gebeugtem Knie geringere Schmerzäusserung; Nervendruckpunkte am linken Bein, besonders in der Kniekehle, empfindlich, Gang hinkend, hüpfend.

6. 3. 1917 Heilung in einer  $\frac{1}{2}$  stündigen Sitzung nach Kaufmann. Entlassung nach 7 Wochen als geheilt, voll erwerbsfähig, doch weiterhin z. u.

Fall 3. G., 34 Jahre, Stadtassistent, Unteroffizier.

Vorgeschichte: Mutter nervös, als Kind gesund, gut gelernt, 1903 bis 1905 aktiv gedient. August 1914 eingezogen, Oktober 1914 an „Rheumatismus“ (Schmerzen im Kreuz und in den Knien) in Revierbehandlung. — 1915 wegen „Ischias“ in Revierbehandlung. — September 1916 von neuem erkrankt mit Schmerzen im Kreuz und in den Knieen, kam 15. 9. 1916 ins Lazarett. Äusserlich kein Befund, linkes Kniegelenk knirscht. Krankheitsbezeichnung „Muskelrheumatismus“ und entsprechende Behandlung. Keine Besserung, kein Befund, bei Betastung werden Kniegelenke wie Ischiadikus-Punkte als druckschmerhaft bezeichnet, doch wechselt dieser objektive Befund. — Oktober 1916 Ueberführung in ein Kriegslazarett. Diagnose: Muskelrheumatismus und entsprechende Behandlung. Gang nur in gebeugter Haltung, lange Rückenmuskulatur druckempfindlich. 18. 10. 1916 Lendenwirbel stark druckempfindlich, objektiv kein Befund. Ueberführung in ein Heimatlazarett. Auch hier gleiche Krankheitsbezeichnung und Behandlung. — 10. 12. 1916 Verlegung in ein Landesbad. Hier wird ein Schwund der Oberschenkelmuskulatur links gemessen, das linke Bein wird gekrümmmt gehalten, da angeblich das Strecken schmerhaft, die Austrittsstellen des Ischiadikus am Kreuzbein ebenfalls druckschmerhaft, links Ischias-Phänomen ausgesprochen, rechts angedeutet Krankheitsbezeichnung „Ischias beiderseits“, entsprechende Behandlung. 20. 12. 1916 Schlaf durch Schmerzen angeblich sehr gestört, Herzklopfen,

1) Unter „Entartungszeichen“ verstehe ich die bekannten körperlichen Merkmale wie: steiler Gaumen, verwachsene Augenbrauen, angewachsene Ohrläppchen, Prognathie usw.

Aspirin ausgesetzt. 9. 1. 1917 unveränderte Klagen, der Gang sehr mühsam, stark hinkend, auf Stock gestützt mit tief vornüber gebeugtem Oberkörper. Beim Aufrechtstehen wird das Gesäß nicht durchgedrückt und die Lendenwirbelsäule in Lordose gehalten, das linke Bein nur mit der Fussspitze aufgesetzt, im Knie gekrümmmt, Eukain-Kochsalzeinspritzung in der Umgebung des Nervus ischiadicus und in der Gegend der schmerzhaften Kreuzbeinwurzeln. 19. 1. 1917 Generalmusterungskommission erachtet die vorhandene Störung als Teilerscheinung von Hysterie und hält das Kaufmanns-Versfahren für angezeigt. — 1. 2. 1917. Die Entscheidung der Kommission hatte derart günstig gewirkt, dass der Pat., der sich bis dahin nur mühsam mit zwei Stöcken fortschleppte, nunmehr mit einem Stock gehen konnte, wenn auch links stark hinkend, und den Oberkörper gestreckter hielt. 8. 2. 1917 Verlegung auf meine Abteilung.

**Befund:** Entartungszeichen, Extremitätenenden kühl und feucht, besonders links, Tachykardie, totale Analgesie, linkes Bein in Flexionsstellung, beim Heben des gestreckten Beines Klagen über ziehende Schmerzen von der Kniekehle zum Kreuz. Beim Gehen wird das Knie gebeugt gehalten und nur mit der Fussspitze aufgetreten, Gang dadurch hinkend, leicht hüpfend, Lendenwirbelsäule lordotisch, Rückenmuskeln stark angespannt, Lendenwirbelgegend druckschmerhaft, Ischiadikuspunkte o. B. Flexionsstellung des Beins lässt sich weder aktiv noch passiv korrigieren, funktioneller Romberg, feinschlägiges Händezittern. 13. 2. 1917 Heilung in einer 1 stündigen Sitzung nach Kaufmann. Entlassung 8 Wochen später als geheilt, voll erwerbsfähig, a. v. Schreiber.

#### Psychogene „Ischias bzw. Coxitis“.

##### Fall 4. N., 25 Jahre, Landwirt, Armierungssoldat.

**Vorgeschiede:** Wurde am 28. 7. 1916 mit der truppenärztlichen Krankheitsbezeichnung „Ischias“ in ein Feldlazarett eingeliefert. Dort gab er an: Ein Bruder Krämpfe, sonst Familie gesund, er selber früher nie krank. Habe sich am 10. 3. 1916 wegen Schmerzen im Rücken und in den Beinen krank gemeldet und sei bislang im Revier behandelt worden. Der dortige Befund ergab Druckempfindlichkeit der Nervendruckpunkte in der Kniekehle, in der Oberschenkelmitte und dem Ausgang des Foramen ischiadicum, dabei gesteigerte Patellarreflexe. Er lag mit leichter Innenrotation und Abduktion des rechten Beins im Bett, passive Bewegungen verursachten angeblich heftige Schmerzen. In diesem Zustande am 2. 8. 1916 in das Kriegslazarett. Hier wurde die Krankheitsbezeichnung „Coxitis?“ gestellt. Die Röntgenaufnahme ergab einen kleinen entzündlichen Herd am unteren Pfannenrande des rechten Hüftgelenks.<sup>1)</sup> Es wurde Streckverband angelegt mit steigender Belastung. In diesem Streckverband hielt Pat. trotzdem sein Bein in unzweckmässiger fast gekreuzter Lage mit schief gelegtem Becken; in Narkose liess sich das

---

1) Diese Röntgenaufnahme lag mir vor, sodass ich sie von chirurgischer Seite nachprüfen lassen konnte; ein entzündlicher Herd konnte nicht festgestellt werden.

Hüftgelenk völlig frei nach allen Richtungen bewegen, der Streckverband wurde entfernt und ein Gipsverband angelegt. Bei Abnahme desselben am 30. 8. 1916 sofort wiederum die alte hochgradige Abdunktionsstellung. Die Beine standen in Abduktion und Flexion, die Füsse in Spitzfussstellung. In Narkose verschwanden alsbald die pathologischen Stellungen der Beine und der Verdacht auf „Hysterie oder besser gesagt Simulation“ im Krankenblatt vermerkt. Es wurde ein Gipsverband in Abduktion angelegt, an beiden Beinen danach eine zweitägige Temperatursteigerung. Am 28. 11. 1916 Abnahme des Verbandes und Beginn mit Massage und passiven Bewegungen der Gelenke. Er begann zu gehen, was ihm auf energisches Zureden auch gelang. Am 12. 1. 1917 stellte der beratende Neurologe die Diagnose „Hysterie“. Es erfolgte Verlegung in eine chirurgische Klinik. Hier wurde durch eingehende Untersuchung Hüftgelenkentzündung vollkommen ausgeschlossen und die Verlegung auf meine Abteilung verfügt.

Befund: Kleiner, schwächlicher Mann, Zyanose der Extremitätenden, Entartungszeichen, lebhafte Sehnenreflexe, hypalgetische Zonen, rechtes Bein hängt nach einwärts rotiert und flektiert herab, wird beim Gehen nicht gebraucht, beim Liegen liegt es mit dem gebeugten Knie über dem anderen. Passive Bewegungen in diesem Bein gut ausführbar, aktiv nicht; bei Beugung im rechten Hüftgelenk wird über Stiche geklagt. Tachykardie, Händetremor. 17. 1. 1917 Heilung in einer  $1\frac{1}{2}$  stündigen Sitzung nach Kaufmann. 14. 3. 1917 Entlassung als geheilt, voll erwerbsfähig, doch z. u.

## II. Fälle von psychogenem „Rheumatismus“.

### Psychogener Gelenkrheumatismus.

Fall 5. S., 46 Jahre, Handelsmann, Gefreiter.

Vorgeschichte: Keine Erblichkeit, in seinem Beruf viel getrunken, 1893—1895 aktiv gedient. Mai 1915 eingezogen, erkrankte kurz darauf an „Rheumatismus“ und lag seither mit der Krankheitsbezeichnung „Gelenkrheumatismus“ in Lazaretten. Wurde wiederholt begutachtet, einmal kommissarisch von einem Nervenarzt und Chirurgen. Auch dabei wurde „Hysterie und schwere Neurasthenie“ ausgeschlossen und die leichten Reiz- und Schwächeerscheinungen von Muskeln, Nerven und Gefäßen mit Alkoholismus erklärt, doch wurde auch ein organisches Gelenkleiden nunmehr ausgeschlossen und der Pat. als arbeitsverwendungsfähig erachtet. November 1916 auf einem Transport zur Front erkrankte er mit Schwäche in den Beinen, Zittern am ganzen Körper, Schmerzen in Knie und Fussgelenk und kam so am 23. 12. 1916 auf meine Abteilung.

Befund: Habitus des Potators, Tachykardie, Dermographie, Händetremor, gesteigerte Sehnenreflexe, analgetische Zonen, funktioneller Romberg rechtes Knie in leichter Beugestellung, kann passiv nicht gestreckt werden, ist druckschmerhaft, kein organischer Befund, Gang rechts stark hinkend.

30. 12. 1916 Heilung in einer  $\frac{3}{4}$  stündigen Sitzung nach Kaufmann. 6. 2. 1917 Entlassung als geheilt, voll erwerbsfähig, a. v. Munitionsfabrik.

**Fall 6.** R., 21 Jahre, Landwirt, Musketier.

**Vorgeschiechte:** Vater angeblich an „Gelenkrheumatismus“ gestorben. Er selbst habe schon als Kind öfters wegen Schmerzen in den Beinen schlecht gehen können. Juli 1916 eingezogen, September 1916 LazarettAufnahme wegen „Gelenkrheumatismus“. Vorher wiederholt wegen gleicher Beschwerden revierkrank. Befund: Hinken mit dem linken Bein, Versteifung im linken Knie und Klagen über Schmerzen im rechten Bein, objektiv nichts nachweisbar. Krankheitsbezeichnung „Gelenkrheumatismus“ und entsprechende Behandlung. — 8. 3. 1917 Ueberweisung auf meine Abteilung.

**Befund:** Einige Entartungszeichen, Zyanose der Extremitätenenden. Fehlen des Gaumen- und Rachenreflexes, Fehlen des Bindegewebs- und Hornhautreflexes, leichte Ptosis, Analgesie am ganzen Körper, Reflexe lebhaft, grobe Kraft in den Beinen stark herabgesetzt trotz gut entwickelter Muskulatur. Beim Heben des gestreckten Beins, besonders links, angeblich Schmerzen in der Hüfte, Gang links hinkend, wobei das Bein kreisförmig nach aussen bewegt und vorgebracht wird, Knie links dabei flektiert, Lidflattern bei Augen, Fussenschluss, Dermographie, häufiges Wechseln der Gesichtsfarbe, Händezittern, Tachykardie.

13. 7. 1917 Heilung in einer  $\frac{1}{2}$  stündigen Sitzung nach Kaufmann. Entlassung 4 Wochen später als geheilt, voll erwerbsfähig, a. v. Beruf.

**Psychogener „Muskelrheumatismus“.****Fall 7.** R., 35 Jahre, Strassenbahnschaffner, Wehrmann.

**Vorgeschiechte:** Am 4. 8. 1916 wegen „rheumatischer“ Schmerzen im Kreuz, linker Hüfte und linkem Bein ins Lazarett. Dort Schmerzäusserung bei Heben des linken Beins im Hüftgelenk, Lendenmuskulatur auch druckschmerhaft. 8. 8. 1916 Austrittsstelle des linken Ischiadikus aus dem Becken als schmerhaft bezeichnet. 19. 8. 1916 Schmerzen in beiden Fussgelenken, kein Befund. 22. 8. 1916 Schmerzen im linken Knie, negativer Befund. Behandlung diaphoretisch. Ueberführung in ein Heimatlazarett. Hier Muskulatur des ganzen Rückens und des linken Beins als stark druckempfindlich angegeben. Beinbewegungen im Liegen mühsam, bei komplizierteren Bewegungen treten Spasmen auf. Muskulatur gerät dabei in leichtes Zittern, Reflexe sind gesteigert, Gang mühsam unter angeblichen starken Schmerzen, einen Fuss vor den anderen schiebend und sich mit beiden Händen festhaltend. Krankheitsbezeichnung, bisher „Rheumatismus“, in „Hysterie“ abgeändert. In der Folgezeit trotz häufigen Elektrisierens mit zum Teil starken Strömen, Geh- und Pendelübungen der Beine, Bädern usw., keine Besserung des Gehens, deshalb am 5. 1. 1917 Verlegung auf meine Abteilung.

**Befund:** Entartungszeichen, Anästhesie, Herabsetzung der groben Kraft in den Beinen und Spasmen in diesen. Ischiadikus-Druckpunkte empfindlich, besonders links, Hautnachröteln, Händezittern, spastischer, schlürfender Gang, sehr mühsam und unsicher.

13. 12. 1916 Heilung in einer Sitzung nach Kaufmann von 20 Minuten Dauer, Entlassung 3 Wochen später als geheilt, voll erwerbsfähig, doch zeitig dienstunbrauchbar.

Psychogener „Rheumatismus“.

**Fall 8.** Sch., Landsturmann, 33 Jahre, Metzger.

Vorgeschichte: Vater litt angeblich sehr an Rheumatismus, starb an Arteriosklerose. Eine Schwester als Kind Veitstanz, sei immer noch nervös. Bruder des Vaters starb an Schlaganfall. Pat. selbst lernte erst mit 4 Jahren sprechen und laufen. Als Kind Chorea. Mit 14 Jahren zum ersten Male Gelenkrheumatismus, der sich seither mehrmals wiederholte, war deshalb fast immer in ärztlicher Behandlung. Lernte schwer, brachte es nur bis zur Sexta, die er zweimal durchmachte. Dann Metzger im elterlichen Geschäft. Wurde mit 20 Jahren Soldat, doch nach 10 Wochen wegen „Rheumatismus“ entlassen. November 1915 wieder eingezogen, kam bereits nach drei Tagen wegen „Rheumatismus“ ins Lazarett und wurde im Februar 1916 als d. u. entlassen. November 1916 wieder eingezogen, klagte sehr über Schmerzen und Steifigkeit im Rücken und in den Hüften. Wurde schliesslich am 23. 3. 1917 auf meine Abteilung verlegt.

Befund: Entartungszeichen; Bindegautreflex fehlt; Trigeminus druckempfindlich; Analgesie am ganzen Körper; lebhafte Sehnenreflexe; in den Oberschenkeln zeitweise Muskelwogen; grobe Kraft in den Beinen herabgesetzt. aktive Beweglichkeit eingeschränkt (r. und l.), die Oberschenkel können nicht vollständig adduziert werden; bei passiver Adduktion angeblich Schmerzen in den Hüftgelenken und in der Gegend des Sitzhöckers. Ischiasphänomen beiderseits positiv, doch ohne Pulsbeschleunigung und Pupillenerweiterung bei Ausführung derselben. Gelenke o. B. Muskulatur überall an den Beinen druckempfindlich. Auch bei Abduktion starke Schmerzäusserung; bei Stauchung des rechten Beines Schmerzäusserung in der Hüfte. Gang spastisch breitspurig, dabei Anspannung fast sämtlicher Muskelgruppen des Körpers und Heben der Schultern, wodurch der Gang etwas Groteskes erhält. Zeitweise Tiks im rechten Arm und Kopf, bei Liegen leichtes Zittern in den Beinen (rechts und links). Letztere Erscheinungen erst seit kurzem.

Am 26. 3. 1917 Heilung in einer  $\frac{1}{2}$  stündigen Sitzung nach Kaufmann. Entlassung am 17. 4. 1917 als geheilt, vollerwerbsfähig, a. v. Kriegsindustrie.

**Fall 9.** K., 33 Jahre, Fabrikarbeiter, Landsturmrekrut.

Vorgeschichte: Vater sei viel leidend gewesen, habe mit „Hexenschuss“ zu tun gehabt, sei meist an zwei Stöcken gegangen. Mutter nervös, ein Bruder könne schlecht gehen. Er selbst nie krank, gut gelernt, 1905—1907 aktiv gedient. — 1908 vier Monate an „Rheumatismus“ krank gelegen, sei rechts ganz gelähmt gewesen, habe gefüttert werden müssen.—August 1914 eingezogen, Februar 1915 durch Granatsplitter am Hinterkopf und Rücken verletzt, März 1915 wieder ins Feld; April 1915 ins Lazarett wegen „Rheumatismus“, bis August 1915 im Heimatlazarett, dann zum Ersatzbataillon und später einem Landsturmbataillon, tat nur Wachdienst. — Juli 1916 wieder an „Rheumatismus“ erkrankt, kam nach längerer Lazarettbehandlung wieder zur Truppe. — Seit Dezember 1916 an rheumatischen Schmerzen im Kreuz und rechten Oberschenkel bettlägerig. Die Gegend des Kreuzbeins sowie des

rechten Sitzknochens druckschmerhaft, Bewegungen in der Lendenwirbelsäule nur in beschränktem Masse ausführbar. Das rechte Bein, an dem objektiv nichts nachweisbar ist, kann frei bewegt werden; 19. 1. 1917 von der Generalmusterungskommission für das Kaufmann-Verfahren als geeignet erachtet.  
— 8. 2. 1917 Aufnahme auf meine Abteilung.

Befund: Entartungszeichen, Analgesie am ganzen Körper mit Einschluss der sichtbaren Schleimhäute, grobe Kraft in den Armen und im rechten Bein herabgesetzt, Gelenke o. B., aktive und passive Bewegungen sind ohne Schmerzen möglich, bei Heben der gestreckten Beine Schmerzäusserung in der Lendenwirbelgegend; Gang mit nach vorn gebeugtem Oberkörper, breitspurig, tritt rechts mit der Aussenseite des Fusses zuerst auf, kein Stauchungsschmerz, Lidflattern, leichtes Kopfzittern bei Augen, Fusschluss, beim Bücken nach vorn ebenfalls Schmerzäusserung in der Lendenwirbelgegend, Hautschrift.

15. 2. 1917 Heilung in einer  $\frac{1}{2}$  stündigen Sitzung nach Kaufmann.  
3. 3. 1917 Entlassung als geheilt, voll erwerbsfähig, a. v. Munition.

#### Psychogener „Gelenk- und Muskelrheumatismus“.

Fall 10. P., 33 Jahre, Fabrikarbeiter, Wehrmann.

Vorgeschichte: Vater tot durch Unfall, er selbst nie krank, 1903 bis 1905 aktiv gedient, August 1914 eingezogen, war bis August 1916 im Felde. Meldete sich dann krank wegen Schmerzen im linken Bein und im Rücken, die sich allmählich entwickelt hatten, bis er schliesslich nicht mehr gehen konnte, kam ins Lazarett, wo die Schmerzen sich auch auf die Kniegelenke erstreckten. Krankheitsbezeichnung „Gelenk- und Muskelrheumatismus“ und entsprechende Behandlung, trotz negativen objektiven Befundes. 11. 9. 1916 Klagen über Steifigkeit und Schmerzen im Kreuz beim Aufrichten, die Muskulatur der Lendenwirbelsäule ist druckempfindlich, die Gelenke sind frei, doch Schmerzen in beiden Kniekehlen geäussert. Weiterhin diaphoretische Behandlung ohne wesentliche Besserung. 5. 10. 1916 Klagen unvermindert, Aufrichten und Drehbewegungen des Rumpfes werden steif ausgeführt und als schmerhaft bezeichnet, desgleichen Bewegungen im linken Knie. — 24. 10. 1916 Heimatlazarett. Hier Druckempfindlichkeit der Lendenwirbelsäule und Muskulatur, des linken Kniegelenks, des linken Ischiadikus festgestellt. Krankheitsbezeichnung: „Rheumatismus“ und entsprechende Behandlung. — 15. 11. 1916 keine wesentliche Besserung, Gang schwerfällig mit Stock, hinkend. Muskulatur des linken Beins mässig atrophisch. — 11. 12. 1916 Klagen unverändert, Bewegungen in der Wirbelsäule angeblich sehr schmerhaft. — 2. 1. 1917 Klagen und negativer Befund unverändert. 9. 1. 1917 Einweisung auf meine Abteilung.

Befund: Entartungszeichen, Bindegauftreflex fehlt, bei Konvergenz leichtes Augenzittern, unreine Herztöne, ausgedehnte analgetische Zonen, grobe Kraft der ausgebildeten Muskulatur nicht entsprechend, besonders im linken Bein stark herabgesetzt; die passive Beweglichkeit im Hüft- und Kniegelenk nicht eingeschränkt, die aktive mehr, besonders links. Ischiasphänomen negativ, aus horizontaler Lage Aufrichten nicht möglich, wegen starker Schmerzen im Rücken, die Kreuzbeinregion leicht druckempfindlich; Gang stark hinkend,

das linke Bein wird nachgezogen, funktioneller Romberg und Lidflattern bei Augen-Fussenschluss, keine Atrophien.

15. 1. 1917 in einer  $\frac{1}{4}$  stündigen Sitzung nach Kaufmann geheilt.

10. 2. 1917 Entlassung als geheilt, voll erwerbsfähig, a. v. Munition.

#### Psychogener „Gelenkrheumatismus“.

Fall 11. Sch., 26 Jahre, Maurer, Reservist.

Vorgeschichte: Keine Erblichkeit, nie krank, gut gelernt, 1910—1911 aktiv gedient, wurde 1911 nach 15 Monaten Dienstzeit als d. u. mit Rente wegen „Gelenkrheumatismus“ entlassen. Februar 1915 wieder eingezogen, März 1915 ins Feld, September 1915 erkrankte er an „Gelenkrheumatismus“, kam nach einmonatiger Lazarettbehandlung zum Ersatz-Truppenteil, wo er von neuem am gleichen Leiden erkrankte und wieder in Lazarettbehandlung kam. Ende Juli 1916 wieder ins Feld, Anfang November nach Fliegerangriff zeitweise Zittern in den Beinen und Zucken am ganzen Körper.—Dezember 1916 erneute Lazaretaufnahme, wo man den Ischiadikus als schmerhaft befand, Druck auf das Kniegelenk ebenfalls. Objektiv kein Befund. — 18. 12. 1916 Schmerzen in Schulter, rechtem Hüftgelenk und Kniegelenk. Es bestand leichte Beugestellung in der linken Hüfte und linkem Knie, Muskulatur des rechten Oberschenkels tonisch, passive Bewegungen sämtlich schmerhaft.

Krankheitsbezeichnung: „Polyarthritis rheumatica“ und entsprechende Behandlung. — 22. 12. 1916 systolisches Geräusch an der Herzspitze und Mitralis, Schmerzangabe unverändert, die „koxitischen“ Erscheinungen vermindert. Wurde in ein anderes Lazarett verlegt. Hier der gleiche Befund, ohne objektive Symptome. Diagnose „Gelenkrheumatismus und Hüftgelenkentzündung rechts“, entsprechende Behandlung. In der Folgezeit Schmerzen in der rechten Hüfte zunehmend, Bewegungen aktiv und passiv kaum möglich. Das rechte Bein liegt in typischer Schonungsstellung für Hüftgelenkentzündung Atophan-Behandlung und Methylenblau. — 16. 1. 1917 geringe Besserung, zunehmende Klagen über Herzbeschwerden und Schmerzen in der Nierengegend und dergleichen. Ueberführung 18. 2. 1917 in ein Heimatlazarett. Hier seitens der Gelenke kein objektiver Befund, jedoch zeitweise Temperatursteigerungen, bei der Untersuchung „nervöses Zucken“ am Körper; Diagnose wiederum „Gelenkrheumatismus“ und Behandlung entsprechend. 7. 3. 1917 meiner Abteilung überwiesen.

Befund: Entartungszeichen, Herztonen etwas klappend ohne Geräusch, starkes Hautnachröteln, Händezittern beim Gehen und Stehen, Tremor der Beine, grobe Kraft im rechten Arm und beiden Beinen stark herabgesetzt, Gang spastisch-ataktisch, breitbeinig, mäßige Tachykardie.

12. 3. 1917 Heilung in einer  $\frac{3}{4}$  stündigen Sitzung nach Kaufmann.

6 Wochen später Entlassung als geheilt, voll erwerbsfähig, a. v. Beruf.

#### Psychogener „Muskelrheumatismus“.

Fall 12. S., 30 Jahre, Landwirt, Ersatzreservist.

Vorgeschichte: Mutter Magenkrämpfe, nervös. Als Kind mehrmals Lungenentzündung. August 1914 eingezogen, März 1915 ins Feld, machte allen

Dienst ohne Beschwerden mit. Januar 1916 ziehende und reissende Schmerzen in den Gliedern, die sich nach 5 Tagen wieder verloren. Juni 1916 erneutes Auftreten dieser Schmerzen, diesmal auch im Rücken; er sei mit den Beinen nicht mehr weiter gekommen. 27. 6. 1916 ins Lazarett. Kein Gelenkbefund. Die Oberschenkelmuskulatur wird überall als sehr druckschmerhaft angegeben, aktive Beweglichkeit der Beine beschränkt. Krankheitsbezeichnung: „Muskelrheumathismus“. Diaphoretische Behandlung. Zeitweise Aussetzen des Salizyls, da Pat. angeblich Ohrensausen hatte. Bekam in dieser Zeit eine mehrtägige fieberhafte Bronchitis. An den Gelenken weiterhin kein krankhafter Befund. Beschwerden unverändert. 25. 8. 1916 Schmerzempfindlichkeit am rechten Bein erscheint gesteigert. Das linke Bein wird beim Gehen weder im Knie, noch im Fussgelenk gestreckt, der Patient schnappt mit dem linken Fuss in Spitzfussstellung nach vorne. 17. 9. 1916 konvulsive Zuckungen der Brust- und Halsmuskeln, Romberg positiv, spastischer Gang. Diagnose „Hysterie“. Brom, elektrische Behandlung. Keine wesentliche Besserung. 18. 11. 1916 auf meine Abteilung verlegt.

Befund: Blässe der Haut und sichtbaren Schleimhäute. Entartungszeichen; Trigeminuspunkte druckempfindlich. Zunge zittert. Diastolisches Geräusch an der Aortenklappe. Tachykardie. Händezittern. Beine können in Rückenlage nur bis etwa 45 Grad gehoben werden. Große Kraft an den Armen herabgesetzt. Kniee können weder aktiv noch passiv gebeugt und gestreckt werden. Lebhafte Sehnenreflexe. Sensibilität ohne gröbere Störungen. Funktioneller Romberg. Gehstörung, bei der nur der rechte Fuss vorgebracht, das linke Knie ruckweise eingeknickt und dann nach vorn gezogen wird. Alle Bewegungen sind unbeholfen.

Am 20. 11. 1916 Heilung in einer einstündigen Sitzung nach Kaufmann.

Nachbehandlung 3 Wochen.

Entlassen als geheilt, vollerwerbsfähig, a. v. Beruf.

### III. Wirbelsäulenerkrankungen (Verkrümmung, Versteifung, Insuffizienz).

#### Psychogene Wirbelsäulenverkrümmung.

Fall 13. D., 29 Jahre, Reisender, Reservist.

Vorgesichte: Keine Erblichkeit, gut gelernt, 1908—1910 aktiv gedient. 1912 zum ersten Male „Rheumatismus“ nach Erkältung, seither jedes Jahr einen Anfall dieser Schmerzen. August 1914 eingezogen, Februar 1915 meldete er sich wegen „Rheumatismus“ krank, kam ins Lazarett. Befund: Kniegelenk und Bewegung darin schmerhaft, desgleichen die Gegend der Hüftgelenke und Kreuzbeinregion. Krankheitsbezeichnung „Rheumatismus“ und entsprechende Behandlung. Im weiteren Verlauf ziehende Schmerzen in Knie- und Fussgelenken, objektiv kein Befund. Kam im März 15 in ein Heimatlazarett, konnte sich nur mühsam an zwei Stöcken fortbewegen. April 1915 Klagen über Kopfschmerzen vom Nacken aufsteigend gegen die Schläfen ausstrahlend, an Gelenken nach wie vor kein Befund. Im Juni 1915 mit der

Diagnose „Gelenkrheumatismus“ in ein Landesbad verlegt. Auch hier objektiv nichts nachgewiesen, im Krankenblatt Verdacht auf Uebertreibung ausgesprochen, weiterhin Diagnose „Rheumatismus“ und entsprechende Behandlung. — September 1915 Entlassung als garnisondienstfähig. Klagen unvermindert. Beim Ersatztruppenteil machte er keinerlei Dienst mit. — August 1916 von neuem Lazarettaufnahme, Haltung sehr gebeugt, kann weder aktiv noch passiv den Rücken strecken. Rheumatische Veränderungen nicht nachweisbar. Es wurde jetzt die Diagnose „Hysterie“ gestellt und Pat. im September 1916 in eine Nervenstation verlegt. Medikomechanische Behandlung und starke faradische Ströme scheiterten an dem passiven Widerstand des Pat. Wurde im Oktober 1916 als zeitig dienstunbrauchbar, in Befund und Klagen unverändert, entlassen. Seine Erwerbsbeschränkung in Anbetracht der Uebertreibung auf 40 pCt. bemessen. Im Rentenversfahren wurde nunmehr seine Behandlung nach Kaufmann verfügt und Pat. am 15. 3. 1917 mir zugewiesen.

Befund: Entartungszeichen, Fehlen des Gaumen- und Rachenreflexes, vermehrter Lidschlag, Analgesie am ganzen Körper, lebhafte Reflexe, Oberkörper wird beim Gehen und Liegen in der Lendenwirbelsäule nach vorn gebeugt gehalten, Streckungen weder aktiv noch passiv möglich, bei Korrektionsversuchen starke Schmerzäusserungen, Hautschrift, Händezittern, beim Sitzen Beintremor, Schreckhaftigkeit.

Am 19. 3. 1917 Heilung in einer  $\frac{3}{4}$  stündigen Sitzung von seinen funktionellen Störungen.

Entlassung 6 Wochen als geheilt, voll erwerbsfähig, a. v. Schreiber.

#### Psychogene Wirbelsäuleninsuffizienz.

##### Fall 14. M., 35 Jahre, Landwirt, Musketier.

Vorgeschichte: Keine Erblichkeit, April 1915 eingezogen. September 1916 im Stollen verschüttet und angeblich Einklemmung des Rückens zwischen Balken, seither stark nach vornüber geneigter Oberkörper beim Gehen. Kam gleich in Lazarettbehandlung. Befund: in der Gegend des 8.—10. Brustwirbels eine markstückgrosse blaugrün versährte Stelle, auf Druck sehr empfindlich. Bewegung in der Wirbelsäule unbehindert. Im Gesicht einige Quetschungen. Kam im Oktober in ein Heimatlazarett. Hier Befund: Wirbelsäule vom 8. Brustwirbel bis zur Mitte des Kreuzbeins auf Druck stark empfindlich, ebenso die hinteren unteren Partien des Brustkorbes und die Lendengegend beiderseits; objektiv nichts nachweisbar. Krankheitsbezeichnung: „Kontusion der Brustwirbelsäule“. — 25. 10. 1916 noch immer Klagen über Schmerzen im Rücken und stark nach vornüber gebeugte Körperhaltung. Wurde in diesem Zustande in ein anderes Lazarett verlegt. Auch hier fortgesetzt die gleichen Klagen, objektiv keinerlei organische Veränderungen nachweisbar, ebenso wenig Sensibilitäts- bzw. Reflexstörungen. Krankheitsbezeichnung: „Kreuzlähmung“. Dezember 1916 Gang mühsam auf 2 Stöcken, Klagen über Schmerzen im Kreuz und Schmerzen in den Kniegelenken, die in den Bewegungen behindert erschienen. Verlegung 21. 12. 1916 auf eine Nervenabteilung. Auch hier unveränderter Befund, keine Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen nachweisbar. 17. 1. 1917 als dienst-

unbrauchbar erklärt wegen „Rückenmarkserschütterung durch Verschüttung (wahrscheinlich Blutung in der Rückenmarksubstanz und dadurch die vorhandene Rücken- und Kreuzlähmung bewirkt)“. Erwerbsbeschränkung 100 p.Ct. Am 20. 3. 1917 gemäss korpsärzlichen Prüfungsvermerks Einweisung auf meine Abteilung.

**Befund:** Blasse Haut und Schleimhäute, Entartungszeichen, Gaumen- und Rachenreflex fehlt, leichter Einstellungs-Nystagmus, Gehör auf der rechten Seite herabgesetzt, ebenso das Sehvermögen rechts, Analgesie am ganzen Körper, grobe Kraft in den Beinen, besonders links herabgesetzt, bei Flektieren der Hüften starke Schmerzäusserung, aktive Beweglichkeit stark eingeschränkt, Gang mit gebeugtem Oberkörper, das linke Bein im Knie flektiert, das rechte Bein wird steif gehalten, die Hüfte beim Gehen vorgeschnitten, Händezittern, mässige Tachykardie.

Am 26. 3. 1917 Heilung in einer  $\frac{1}{2}$  stündigen Sitzung nach der Kaufmann-Methode von seinen funktionellen Störungen.

Entlassung nach 7 Wochen als geheilt, voll erwerbsfähig, a. v. Beruf.

#### Psychogene Wirbelsäulenversteifung.

**Fall 15.** B., 34 Jahre, Metzger, Wehrmann.

**Vorgeschiechte:** Mutter geisteskrank, Grossvater Schlaganfall, er selbst nie ernstlich krank, guter Schüler, 1901—1903 aktiv gedient, kein Potus u. dgl. Bei Mobilmachung eingezogen. 28. 9. 1916 angeblich beim Bau einer Reservestellung durch herabfallende Balken im Rücken gequetscht. Bei Lazarettaufnahme kein pathologischer Befund. Die Fortsätze der Lendenwirbelsäule wurden als druckempfindlich bezeichnet. Nach etwa einem Monat wurden starke Schmerzen bei Druck auf die Kreuzbein- und Leistengegend links geäußert und erforderte die Bewegung des linken Beins grössere Anstrengung als rechts. Objektiv nichts Krankhaftes. Pat. bewegte sich mit Krücken fort, lernte dann am Stocke gehen, hielt sich dabei im Kreuz sehr steif. Wurde dann mehrere Wochen beurlaubt und kam schliesslich im Januar 1917 von neuem ins Lazarett mit vermehrten Klagen: Schmerzen in der Lendengegend beim Bücken und Drehen, beim Gehen Schmerzen bis in den Hinterkopf. Wurde deshalb zur Anfertigung eines Stützapparates, welcher die Wirbelsäule durch Stützen in der Achselhöhle entlasten sollte, auf eine orthopädische Abteilung verlegt. Hier wurde der Gang als typisch für Luxation des letzten Lendenwirbels (Spondylolisthesis) bezeichnet, aus der Röntgenaufnahme eine Verschiebung des Dornfortsatzes des letzten Lendenwirbels nach oben und des Wirbelkörpers nach vorne, herausgelesen und deshalb ein Korsett mit Armstützen in Arbeit genommen.

Da Pat. bei der Untersuchung mitunter Zittern in den Beinen zeigte, wurde er mir zur neurologischen Untersuchung zugeschickt, wo Störungen und Beschwerden als funktionell erkannt werden konnten. Daraufhin am 28. 2. 1917 Verlegung zwecks Anwendung der Kaufmann-Methode auf meine Abteilung.

**Befund:** Entartungszeichen, Bindegewebe-Reflex fehlt, Gaumen-Rachenreflex desgl. Zunge weicht nach rechts ab, starke Tachykardie, Pulsation im Epigastrium, analgetische Zonen, grobe Kraft in den Beinen herabgesetzt. Gang

mit krampfhaft steifgehaltener Wirbelsäule, besonders in der Halsgegend (leichte Lordose). Bücken unmöglich. Seitwärts- und Drehbewegungen des Körpers ebenfalls stark beschränkt. Die Dornfortsätze der unteren Lendenwirbel stark druckempfindlich, Ovarie beiderseits, starke Dermographie, Fingertremor.

Am 2.3.1917 Heilung von den funktionellen Störungen in einer  $\frac{1}{2}$  stündigen Sitzung.

Entlassung 4 Wochen später als geheilt, voll erwerbsfähig, a. v. Kriegs-industrie.

#### Psychogene Wirbelsäuleninsuffizienz.

**Fall 16.** B., 35 Jahre, Maurer, Armierungssoldat. Sturz beim Stollenbau in einen Brunnen am 16. 9. 1916; Quetschung im Rücken. Abtransportiert per Lazarettzug; 19. 9. 1916 Lazarettaufnahme.

Klagte über starke Schmerzen im Rücken, konnte nur auf dem Bauche liegen. Der Befund ergab nur eine leichte Schwellung und Verfärbung in der Kreuzbeinregion. Bei Beinbewegungen angeblich Schmerzen. 30. 9. 1916. Besserung. Pat. kann wieder auf beiden Seiten und teilweise in Rückenlage liegen und kurze Zeit im Sessel aufsitzen. 8. 10. 1916 Gehversuch mit zwei Stöcken. 28. 10. 1916 kein weiterer Fortschritt, kann die Beine beim Gehen nur in ganz geringem Masse vom Erdboden erheben. Bei stärkerem Anheben klagt er über Rückenschmerzen. 16. 11. 1916 Röntgenbild ergibt keine Wirbelveränderung. 17. 11. 1916 Aufnahme in ein Heimatlazarett; kommt mit Krücken. 30. 11. 1916 beim Gehen mit zwei Stöcken deutliche Zuckungen in den Armen, die Füsse werden geschleift und die Hüften nachgeschoben. 17. 1. 1917 Verlegung auf meine Abteilung.

Befund: Fehlen von Gaumen-, Rachen und Bindegauftreflex, Tachykardie, Analgesie am ganzen Körper, Beinreflexe lebhaft, Armreflexe schwach, grobe Kraft in beiden Beinen aufgehoben, im rechten Arm stark herabgesetzt. Aktiv können die Beine kaum gehoben werden, bei passiver Beugung in beiden Hüftgelenken starke Schmerzäusserung. Mässige Pulsbeschleunigung, forcierter Atmung. Gang schleifend, Hüft- und Kniegelenke werden dabei nicht gebraucht. Die Beine werden vorwärts geschoben unter Rotationsbewegungen in der Lendenwirbelsäule. Druckschmerz in der Gegend des 3. Lendenwirbels. Ticartige Zuckungen im Oberkörper, den Oberarmen, zeitweise auch im linken Bein. Dermographie, Händezittern.

25. 1. 1917 Heilung nach der Kaufmann-Methode in einer  $\frac{1}{2}$  stündigen Sitzung. Nachbehandlung 3 Wochen durch Turn- und Beschäftigungstherapie.

Entlassen als geheilt, voll erwerbsfähig, a. v. Beruf.

#### Fall 17. N., 34 Jahre, Kutscher, Kanonier.

Vorgesichte: Fall in einen 7 m tiefen Stollen, infolge Luftdrucks bei Granatexplosion. Danach Schmerzen im Rücken und der rechten Hüftgegend. LazarettAufnahme: Haltung vornübergebeugt untersichtlicher Schonung der Wirbelsäule. Bei Betasten derselben Druckempfindlichkeit vom 8. Brustwirbel an nach unten zunehmend, in der Gegend des ersten Lendenwirbels am stärksten; auch die rechte Darmbeinschaufel wird als druckschmerhaft ange-

geben, Stauchung der Wirbelsäule von oben wird als schmerhaft bezeichnet. Röntgenaufnahme der unteren Brust- und Lendenwirbelsäule zeigt Fraktur der beiden Querfortsätze des ersten Lendenwirbels<sup>1)</sup>.

In der Folgezeit Temperatursteigerungen, Schwindelgefühl, Pulsbeschleunigung, Kopfschmerzen, Lumbalpunktion mit Liquor-Abnahme brachte vorübergehende Besserung. Beim Aufstehen (29. 12. 1916) ist der Gang schwankend und wird äusserst heftige Kopfticke und Schwindelgefühl geklagt. 12. 10. 1916 Verlegung auf meine Abteilung.

Befund: Entartungszeichen, Hypalgesie, grobe Kraft in den Beinen herabgesetzt, erhöhte mechanische Muskelerregbarkeit. Romberg (deutlich funktionell), Fingertremor, Gang sehr unsicher, schwankend, einer zerebellaren Ataxie gleichend.

Am 16. 1. 1917 in einer  $\frac{1}{2}$  stündigen Sitzung nach der Kaufmann-Methode von seinen funktionellen Störungen geheilt.

Entlassung nach 6 Wochen als geheilt, voll erwerbsfähig, a. v. Munitionsfabrik.

#### Fall 18. K., 21 Jahre, Installateur, Musketier.

Vorgeschichte: Bruder des Vaters nach Unfall geisteskrank. Selbst nie krank, gut gelernt, starker Zigarettenraucher. Seit September 1914 Soldat, Februar 1915 durch Bajonettstich am rechten Fuss verwundet, 9 Wochen behandelt, wieder zur Truppe. 31. 5. 1915 verschüttet, danach längere Zeit bewusstlos. Bei seinem Erwachen heftige Schmerzen im Rücken und im rechten Bein. Kam in Lazarettbehandlung, lag mehrere Wochen zu Bett, konnte beim Aufstehen im Juni 1915 den Oberkörper nicht mehr aufrecht halten. Kam deshalb in eine orthopädische Abteilung, wo ein Gipsbett und ein Stützkorsett angefertigt wurde. Dezember 1915 als d. u. zum Truppenteil entlassen und dort beurlaubt. Im September 1916 erneute Rückenschmerzen, kam deshalb wieder ins Lazarett mit stark gebeugter Oberkörperhaltung. Fremdtätiges Aufrichten war ausführbar, selbsttätig nur mit Zuhilfenahme der Arme. Die ganze Lendenwirbelsäule und die Kreuzbeinregion auf Druck und Beklopfen angeblich sehr schmerhaft.

15. 1. 1917 durch die Generalmusterungskommission als geeignet für die Kaufmann-Methode erachtet. 22. 1. 1917 Aufnahme auf meine Abteilung.

Befund: Entartungszeichen, analgetische Zonen, lebhafte Reflexe, Haltung: Oberkörper stark vornüber gebeugt, Streckung unter Schmerzäusserung möglich, doch fällt er, sich selbst überlassen, gleich wieder in die alte Stellung zurück. Wirbelsäule stark druckempfindlich, besonders in der Gegend der Lendenwirbel. Bei Stauchung lebhafte Schmerzäusserung. (Hat ein Jahr lang ein Korsett getragen und nachts im Gipsbett geschlafen.) Starke Dermographie.

Am 25. 1. 1917 Heilung in einer  $\frac{3}{4}$  stündigen Sitzung nach Kaufmann. In der Nachbehandlung vorübergehend Incontinentia urinae.

15. 3. 1917 Entlassung als geheilt, voll erwerbsfähig, a. v. Beruf.

---

1) Eine spätere Röntgenaufnahme ergab keine Veränderungen.

### Psychogene Wirbelsäulenversteifung.

Fall 19. J., 21 Jahre, Kupferschmied, Gefreiter.

Vorgeschichte: Keine Erblichkeit, als Kind Typhus und Scharlach, guter Schüler. August 1914 eingezogen, September ins Feld, Dezember 1914 bis März 1915 wegen „Reumatismus“ im Lazarett. Entlassen. August 1915 wieder eingezogen, Dezember 1915 ins Feld, 28. 4. 1916 verschüttet und leichte Hautverletzung in der Gegend der unteren Brustwirbelsäule. — Bis August 1916 im Lazarett, im Dezember 1916 wieder ins Feld, 20. 12. 1916 wiederum verschüttet, hiernach bewusstlos, Erbrechen, konnte nach dem Erwachen nicht mehr laufen, Urin- und Stuhlverhaltung. Nach Lazaretaufnahme objektiv keinerlei Befund, Arme und Beine können nur unter Schmerzen gehoben werden, konnte sich nur mit Hüfte etwas aufrichten, Wirbelsäule in den unteren Partien stark druckempfindlich, in der Gegend der unteren Brustwirbel geringe Schwellung. 31. 12. 1916 Klagen unverändert, Bewegungsfreiheit etwas besser, kann sich selbst zur Seite drehen, Aufrichten nur mit Hilfe und unter starken Schmerzen möglich, klagt über Schmerzen in der Nierengegend, Druckempfindlichkeit daselbst bei leisester Berührung. 14. 1. 1917 nach Röntgenbild keinerlei pathologischer Befund an der Wirbelsäule, doch scheint die linke 11. Rippe im Bereich des hinteren Winkels infrakturiert. 16. 1. 1917 Heimatlazarett. In der Gegend des 3. Lendenwirbels leichte Ausbiegung nach hinten mit starker Druckschmerhaftigkeit, Umgebung geschwollen, Bewegungen schmerhaft, im Röntgenbild nichts Pathologisches, subjektiver Befund auch in der Folgezeit unverändert. — 16. 2. 1917 sehr unruhiger Schlaf, morgens stark benommen. Temperatur bis 40°, Klagen über stärkere Schmerzen im Rücken, objektiv nichts, ebensowenig mit Röntgenbild. — 20. 2. 1917 wiederholte sich der gleiche Vorgang, Temperatur diesmal etwas geringer. 27. 2. 1917 hysterischer Anfall. — 6. 3. 1917 wiederum hysterischer Anfall, weniger stürmisch. 9. 3. 1917 Verlegung auf meine Abteilung mit der Krankheitsbezeichnung „funktionelle Lähmung“.

Befund: Entartungszeichen, Tachykardie, Gang ohne Unterstützung nicht möglich, stark spastisch mit steifen Knien und kleinen Schritten, wobei die Hüfte jedesmal vorgeschoben wird, der Rücken wird völlig steif in leichter Lordose gehalten, Aufrichten bezw. Hinsetzen unmöglich, Beine können weder im Hüft- noch im Kniegelenkt aktiv gebeugt werden, bei Spasmen, beim Hinlegen und Aufstehen aus dem Bett schiebt Pat. den ganzen Körper steif wie ein Brett vor, Händezittern, Hautschrift, Zyanose der Extremitätenenden, starke Spinalirritation.

16. 3. 1917 Heilung in einer  $\frac{1}{2}$  stündigen Sitzung nach Kaufmann.  
Entlassung 4 Wochen später als geheilt, voll erwerbfähig, a. v. Beruf.

### Psychogene Wirbelsäulenverkrümmung.

Fall 20. H., 33 Jahre, Tischler, Wehrmann.

Vorgeschichte: Vater nervös, ein Bruder des Vaters geisteskrank, er selbst mit 26 Jahren „Ischias“. 1903—1905 aktiv gedient. August 1914 einge-

zogen, kam gleichen Monats bereits in Lazarett wegen Kreuzschmerzen, die sich seither zunehmend verschlimmerten. Die Krankheitsbezeichnung während der verschiedenen Lazarettbehandlungen lautet abwechselnd „Ischias“, „chron. Ischias“, „Deformierende Gelenkentzündung der Wirbelsäule mit Versteifung derselben.“ Erst Ende 1915 nach völliger Verkrümmung der Wirbelsäule wurde die Diagnose „Hysterie“ gestellt und Ende 1916 seine Behandlung nach der Kaufmann-Methode für nötig erachtet. Inzwischen war der Patient als d. u. mit 100% entlassen worden.

Einweisung am 19. 2. 1917 auf meine Abteilung.

Befund: Schwächlich gebauter, dürtig genährter Mann, blasse Haut und Schleimhautfarbe, Entartungszeichen, Fehlen des Bindegewebs-, Gaumen- und Rachenreflexes, Analgesie am ganzen Körper, grobe Kraft in den Armen stark herabgesetzt, in den Beinen nahezu aufgehoben, passiv sind die Gelenke beweglich, Oberkörper wird fast kreisförmig gekrümmmt, nach vornüber gebeugt gehalten und die Knie leicht flektiert. Gang an 2 Stöcken, die Füsse werden nur vorwärts geschoben, nicht gehoben, Körperhaltung dabei nicht korrigiert, Hautschrift. Im Röntgenbild nichts Somatisches. 22. 2. 1917 Behandlung in einer 1½ stündigen Sitzung nach Kaufmann. Danach wesentliche Besserung. Pat. geht gestreckter und wird zu Turnübungen herangezogen. 16. 3. 1917 zweite (ausnahmweise) Behandlung nach Kaufmann. Auch hierbei jedesmal, wie beim ersten Mal, die Krümmung der Wirbelsäule während der Heilsitzung zu beseitigen, doch hernach wieder in geringem Grade auftretend.

Entlassung nach 2 Monaten als erheblich gebessert, doch noch 50% erwerbsbeschränkt, weiterhin z. u. Trat vom Lazarett aus eine Stelle als Steinhauer (seinen Beruf wechselnd) an.

Zum Schluss möchte ich noch einige Worte über die weitere militärische Verwendbarkeit der geheilten Patienten dieser Art sagen. Ich halte es für gewagt, diese Leute wieder zum Dienst zu schicken und sei es auch nur zum Garnisonsdienst in der Heimat. Fast bei allen findet sich (selbst bei jungen Individuen) in der Anamnese die Angabe, dass sie über zeitweise „rheumatische Schmerzen“, die schon im Frieden aufgetreten seien, zu klagen hatten; so schlimm, wie während des Krieges, sei das Leiden jedoch nie aufgetreten. Diese Angaben fand ich auch bei solchen Leuten, die aus der Garnison nie herausgekommen waren. Warum soll man da nun das mühsam erzielte Heilresultat im Interesse einer sicher nur kurzdauernden Garnison- oder gar Felddienstfähigkeit aufs Spiel setzen und sich nicht mit dem Erfolg begnügen, dass die Leute je nach Schwere ihres geschwundenen Leidens als a. v. Beruf oder z. u. in ihren Beruf entlassen werden und so dem allgemeinen Arbeitsmarkt wieder Kräfte zugeführt werden, die dort vollwertig sind, als Soldaten jedoch nur in beschränktem Masse ausgewertet werden können, wenn sie nicht sofort rückfällig werden sollen. Wie

die anderen Hysteriker, die von Zitter- und Lähmungserscheinungen nach irgend einer Suggestivmethode befreit, bei Wiedereinreihung in die fechtende Truppe, und sei es nur im Besatzungsheer, bestimmt rückfällig werden, werden auch die anderen psychogenen Störungen, wie ich sie vorstehend beschrieben habe, stets auf der Grundlage ihrer hysterischen Konstitution, die auch durch die beste Suggestivmethode nicht geheilt werden kann, rezidivieren, solange die positiven und negativen Begierungsvorstellungen, wie sie der Krieg mit sich bringt, nicht gegenstandslos geworden sind.

Die Kenntnis, dass Leiden, wie die vorbeschriebenen, auf psychogener Basis vorkommen, ist endlich von grösster Wichtigkeit zur Vermeidung unnötig langer, die Leiden nur fixierender Lazarettbehandlung, zur Ersparung teurer Stützapparate und Badekuren.

---