

XXV.

Ein seltenerer Fall psychogener Kriegsschädigung.

Von

R. Wollenberg (Strassburg).

(Mit 4 Abbildungen.)

Der 37jährige Gefreite X. verletzte sich am 19. Dezember 1914, als er bei einem Alarm auf einer Bank hastig an das Fenster lief und dabei mit dem rechten Auge in einen Lampenhaken geriet, der, von ihm unbemerkt, von der Decke herabging. Der Haken drang etwa 1 cm nach aussen vom Limbus corneae ein. X. konnte sich nicht allein frei machen, sondern blieb eine Zeitlang „wie aufgehängt“ stehen, bis er durch Kameraden aus seiner peinlichen Lage befreit wurde. X. behauptet, dass der rechte Augapfel sofort nach unten gedreht gewesen sei, doch ist dies in den ersten ärztlichen Aufzeichnungen nicht gesagt. Er erhielt vom Bataillonsarzt zunächst einen Notverband und wurde dann 10 Tage lang in einem Reservelazarett behandelt. Hier wurde festgestellt, dass der rechte Musculus rectus externus am hinteren Ansatz mitsamt der Tenon'schen Kapsel herausgerissen war und dass sich auch über die Hornhaut im unteren Drittel ein horizontaler Riss zog. Die Beweglichkeit des Bulbus nach aussen war vollständig aufgehoben. Die Behandlung bestand in Abtragung des aus der Wunde herausragenden Muskelstumpfes und Einstreichen von Sublimatsalbe. Am 1. 1. 1915, also 12 Tage nach dem Unfall, wurde X. in ein Augenlazarett versetzt und dort etwa 4 Monate behandelt. Hier ist zuerst notiert, dass „das rechte Auge in Schiellage nach innen steht“. An der Stelle der Verletzung ragte noch ein etwa erbsengrosser Granulationspropf hervor. Es bestand „ziemlich heftiger Bindegauktatarrh“. Die Behandlung mit Prosargol und Borsäurelösung hatte ein Nachlassen der Sekretion zur Folge. Im Februar ist im Krankenblatt ausser der rechtsseitigen Abduzenslähmung „beiderseits Ptosis, Lähmung der beiden oberen Augenmuskeln, Lippenflattern mit Zittern der Gesichtsmuskulatur beim Zähnefletschen und beim Vorstrecken der Zunge“ notiert und eine „aufsteigende Bulbärparalyse“ (!) diagnostiziert. Es wurde eine örtliche elektrische Behandlung angewendet, über deren Einzelheiten

aus der Krankengeschichte nichts zu ersehen ist. Ausser der Bewegungsstörung des Bulbus ist erwähnt, dass, auch wenn die Augenlider in die Höhe gehoben sind, nur ein geringes Gesichtsfeld vorhanden sei, da die Augen in dauerndem Krampf nach unten innen stehen. Die Funktion nahm trotz Behandlung ab. X. vermochte die oberen Lider nur um einige Millimeter und die Augen etwa bis zur Mitte zu heben. Auch im Reservelazarett B., wo er einige Wochen war, wurde keine Besserung erzielt. Ein während dieser Zeit ausgestelltes augenärztliches Zeugnis erwähnt krampfhaft Richtung beider Bulbi nach unten innen, normales Verhalten beider Pupillen, Zittern der Lider; Sehschärfe rechts = $4/7,5$, links angeblich nur heller Schein. Die Behandlung bestand nur in Ruhe. — Es folgte die Versetzung in eine grössere Nervenheilanstalt mit reichlicher Arbeitsgelegenheit, in welcher X. sich vom 10. 7. 1915 bis 27. 7. 1916, also über ein Jahr aufhielt. Die Krankengeschichte sagt, dass X. seit der Verletzung schiele und die Augen nicht öffnen, auch den Kopf nicht gerade halten könne. Beim Versuch, den nach hinten und rechts geneigten Kopf gerade zu richten oder die Augen zu öffnen, gerieten beide Bulbi in stärkste Schielstellung nach innen. Dieses Verhalten blieb während der ganzen Zeit mit kleinen Schwankungen dasselbe, auch nachdem X. begonnen hatte, sich seinem Handwerk gemäss (Schreiner) zu beschäftigen, wobei er sich praktisch und brauchbar erwies. Bei der Entlassung wurde Gewöhnung durch die Arbeitsbehandlung, auch wohl eine gewisse Besserung angenommen und X. als a. v. dem Ersatztruppenteil überwiesen. Von hier kam er nach 4 Monaten in das von mir geleitete Lazarett auf die Abteilung des Kollegen Leva. Hier wurde noch festgestellt, dass X. aus gesunder Familie stammt und selbst bis zu seinem Unfall gesund, insbesondere nicht nervös gewesen ist. Er ist bei Kriegsbeginn eingezogen und hat mehrere Gefechte mitgemacht. Zurzeit klagt er über die Unfähigkeit, die Augäpfel in die Höhe zu bringen und über ein Schwächegefühl in der Stirn, das von dort zum Hinterkopf zieht; ferner über Schweißausbruch bei innerer Erregung und unregelmässigen Schlaf. Der persönliche Eindruck war von vornherein der eines verdrossenen, nicht gerade gutwilligen Menschen. Die Körperuntersuchung ergab neurologisch nichts Besonderes, insbesondere auch keine Sensibilitätsstörung. Sehr auffällig war die dauernde Haltung des Kopfes schief nach hinten rechts und das fast völlige Geschlossensein der Augen (Fig. 1), wodurch der Gesichtsausdruck etwas Ausdrucksloses und Schläfriges bekam. Bei passiver Hebung der oberen Lider, welche ohne Widerstand möglich war, zeigten sich die Pupillen extrem nach unten innen gerichtet (Fig. 2). Auch bei Augenschluss behielten die Bulbi diese Stellung, anstatt nach oben auszuweichen. Die Prüfung der Pupillen auf Lichtreaktion und bei Einstellung

war unter diesen Umständen sehr schwierig; es schien aber, dass die Lichtreaktion meist vorhanden war (vgl. aber den später mitgeteilten Befund der Augenklinik). Corneal- und Skleralreflex waren beiderseits nicht auszulösen, die Empfindlichkeit der Sklera aufgehoben, die der Cornea herabgesetzt. Die Muskulatur in der Umgebung der Augen war insofern beteiligt, als der Corrugator supercilii sich dauernd in Kontraktur befand (Fig. 3) und diese bei den Untersuchungen zunahm und auch im Bereich des



Fig. 1. Gewöhnliche Haltung mit nach rechts hinten geneigtem Kopf. Rechte Lidspalte deutlich weiter. (Aufnahme im Reservelazarett H.)

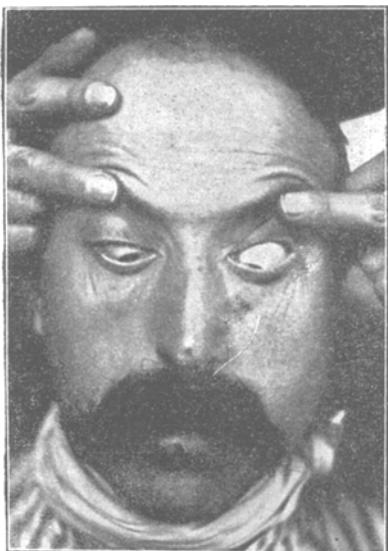


Fig. 2. Beide Bulbi in hochgradigster Konvergenz nach unten innen gerichtet, auch hier links mehr als rechts. (Eigene Aufnahme.)

Orbicularis oft kleine Zuckungen bemerkt wurden, alles dieses links mehr wie rechts. Dagegen erwies sich der Frontalis dauernd unbeteiligt. Während unbefangener Unterhaltung öffneten sich zeitweise die Lider und zeigten sich die Bulbi gerade eingestellt. Sobald X. aber den Auftrag erhielt, geradeaus zu schauen, trat die alte Schielstellung und Senkung des Augenlides wieder ein. Bei verschiedenen Untersuchungen, die in der Augenklinik durch Professor Hertel persönlich vorgenommen wurden, ergab sich folgendes:

2. 2. 1917: Für gewöhnlich steht der Mann mit etwas gehobenem und nach rückwärts und rechts gebogenem Kopf. Beide Lider hängen herab, das linke mehr als das rechte. Die rechte Lidspalte ist so weit, dass die Pupille frei ist. Bei der

linken befindet sich der untere Lidrand am oberen Pupillenrand. Die Augen stehen in mässiger Konvergenzstellung, die Pupillen reagieren, die rechte besser als die linke, der Augenhintergrund ist normal. Das Sehvermögen auf beiden Augen ohne Glas = $5/8$, Gläser verschaffen keine Besserung. Die Lider zeigen Längsfalten der Haut, lassen sich passiv leicht nach oben schieben. Bei Aufforderung, die Lider zu heben, dreht der Mann den Kopf nach unten, die Augen gehen in stärkere Konvergenz und sind anfangs so weit nach unten und innen gerichtet, dass die Pupillen nur in ihrem oberen Teil frei bleiben; der untere Teil ist unter die Ränder der

Unterlider verschwunden. Gleich darauf schiessen die Augen in noch stärkere Konvergenz — es treten nystagmische Zuckungen auf — und heben sich etwas, so dass die Pupillen unter den Unterlidern hervorkommen, sie sind dabei ganz eng und geben keine Reaktion mehr; gleichzeitig gehen die Oberlider auf, die Lidspalte wird rechts etwa 1,25, links 1 cm hoch geöffnet, es erscheint unter dem Oberlid beiderseits ein Streifen Sklera. Dabei ist meistens keine Frontaliskontraktion vorhanden. Der Mann kann diese Hebung der Lider willkürlich wieder beseitigen, wie er sich ausdrückt, kann er die Lider „schlaff herabhängen“ lassen. Die Stellung der Augen, das Verhalten der Pupillen ist dann wieder wie vorher. Bei gerader Haltung des Kopfes hat der Mann im unteren Teil des Blickfeldes Doppelbilder, und zwar

Fig. 3. Beim Versuch, ohne Änderung der Kopfhaltung die Lider zu heben und nach vorn zu sehen, tritt stärkere Kontraktur des Corrugator und Fältelung der Oberlider, besonders des linken, auf.
(Eigene Aufnahme.)

gleichnamige mit Distanzzunahme von der Mitte nach beiden Seiten hin — im Einklang damit steht, dass er die Augen nach den Seiten hin nicht bewegen kann. Eine Höhendifferenz der Doppelbilder konnte nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden. Im oberen Teil des Blickfeldes wollte er auch nach passiver Hebung der Lider überhaupt nichts sehen können. Durch die Schiefhaltung und leichte Hebung des Kopfes bringt er die Doppelbilder zum Verschwinden. — Es scheint sich doch im wesentlichen um spastische Erscheinungen, vor allem der inneren geraden Augenmuskeln zu handeln; das Herabhängen der Lider kann als wirkliche Lähmung wohl kaum aufgefasst werden, der Mann kann ja die Lider heben, und zwar ohne Frontaliskontraktion. Dass die Lider nicht ganz geöffnet werden, liegt wohl daran,



dass auch bei diesen Hebeungsversuchen die Augen immer noch in konvergierter und nach unten gerichteter Stellung bleiben.

12. 3. 1917. In der von ihm selbst gewählten Kopfstellung hatte er auf beiden Augen ohne Glas eine Sehleistung von $5/8$, Farben wurden in den kleinsten Objekten prompt erkannt. Das Gesichtsfeld war nach geringem Heben der Lider für Hand und Finger vollständig normal. Eine Perimeteruntersuchung war unmöglich, da der Mann nicht einmal die Fixationsmarke sehen konnte und behauptete, es sei überhaupt alles verschwommen. Auffallend war des weiteren folgendes: Der Mann wurde auf ein Ruhebett gelegt, um dadurch bis zu einem gewissen Grade wenigstens die Zwangsstellung seiner Augen nach unten ausschliessen zu können. Bei der ersten Prüfung des Gesichtsfeldes in dieser Lage gab er auch jetzt wieder für Finger vollkommen freies Gesichtsfeld an. Bei der Prüfung des Gesichtsfeldes mit farbigen Objekten wollte er aber Farben auch mit grossen 2 cm-Quadratmarken nicht erkennen. Er stand dann auf, nahm seine nach hinten gebeugte Kopfhaltung ein, erkannte wieder die Farben in kleinsten Objekten. Er wurde dann angewiesen, sich wieder hinzulegen. Jetzt behauptete der Mann wieder, die Farben nicht erkennen zu können. Als ihm bedeutet wurde, dass das unmöglich wäre, behauptete er plötzlich, es würde ihm übel, zog Grimassen und verweigerte weitere Aussagen. Bei diesen Grimassen fiel auf, dass die Augen aus der vorher dauernd festgehaltenen Konvergenzstellung ganz gut geradeaus gestellt wurden und auch nach oben sich bewegten, die Lider waren frei geöffnet. Ophthalmoskopisch waren die Augen beiderseits nur sehr schwer zu untersuchen, weil bei jeder Aufforderung, irgendeine Blickrichtung anzunehmen, die bekannte Konvergenzstellung mit Drehung nach unten eintrat. Trotzdem gelang es, die Pupillen bei steiler Hineinleuchtung und leichtem Aufwärtsdrücken der Augen durch den Finger, der unter die Lider geschoben wurde, zu sehen. Es konnten krankhafte Veränderungen nicht festgestellt werden.

Die Behandlung bestand in Wachsuggestion, Uebungen (Augenbewegungen nach oben unter Geraderichtung des Kopfes) und vorsichtiger Anwendung der Elektrizität, hatte aber keinen Erfolg. Auch ein Versuch der Hypnose misslang. X. war bei alledem missmutig, überempfindlich und oft direkt widerstrebend. Mit Rücksicht darauf, dass die ständige Berührung mit seinen Verwandten und Freunden, die in einem Vorort Strassburgs wohnen, entschieden ungünstig auf den Gemütszustand des Kranken wirkten, wurde schliesslich von allen Heilversuchen Abstand genommen und seine Versetzung in ein weiter rückwärts gelegenes Behandlungslazarett beantragt. Die Mitteilung davon versetzte ihn in lebhafte Erregung. Er sagte, dass er in kein Lazarett mehr gehe, sondern lieber ins Feld wolle. Hierbei fiel wiederum auf, dass die Augen symmetrisch in Mittelstellung standen, die Lider erhoben und beide Pupillen deutlich sichtbar waren. Nach kurzer Zeit trat dann wieder die frühere krankhafte Haltung ein. In dem Lazarett zu Hornberg, in welches X. überführt wurde, gelang es, wie mir Herr Kollege Kehrer unter gütiger Uebersendung von

Photographien mitteilte, schon nach 3 Tagen durch eine Suggestivbehandlung (Exerzierübungen und Streichen mit der „faradischen Hand“ usw.), Ptosis und Konvergenzkrampf zu beseitigen (Fig. 4).

Das Wesentliche dieses Falles ist, dass bei einem bis dahin völlig gesunden und rüstigen Manne nach einem aufregenden und schmerzhaften Unfall neben der umsehriebenen Verletzung des betroffenen Auges ein Konvergenzkrampf und ptosisartiger Verschluss beider Augen eintritt, bei deutlicher Abhängigkeit von seelischen Einflüssen allen Heilungsversuchen länger als 3 Jahre trotzt, schliesslich aber einer glücklich gewählten Suggestion überraschend schnell weicht. Dass es sich hier um psychogene Störungen handelt, die zu den Folgen der materiellen Schädigung des rechten Auges hinzutreten, auf sie gewissermassen aufgepropft sind, wird von vornherein nicht zweifelhaft sein. Der Wirkungsbereich beider Schädlichkeiten liess sich hier besonders deutlich abgrenzen, nachdem es gelungen war, diejenigen psychogenen Natur auszuschalten. Es zeigte sich dann, dass alle Bewegungen in den verschiedensten Richtungen, auch nach rechts oben und unten, gelangen, reine Abduktion des rechten Bulbus über die Mittellinie hinweg aber nicht möglich war. Dem entsprechen auch die bei früheren Untersuchungen und später festgestellten gleichnamigen Doppelbilder. Die letzte der beigegebenen Photographien (4), auf welcher unser Kranker mit leicht nach

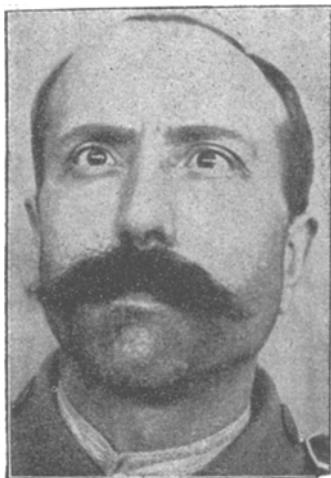


Fig. 4. Aufnahme im Reservelazarett H. nach erfolgter Heilung. Bei dem leicht nach rechts gewendeten Blick ist der rechtsseitige Abducensausfall erkennbar.

rechts gewendetem Blick zu sehen ist, zeigt deutlich den durch Abducensausfall bedingten Grad pathologischer Konvergenz. Auf jenen ist auch der Umstand zurückzuführen, dass die Lidspalte des verletzten Auges dauernd etwas weiter war als die linke (Fig. 1 und 2). Denn es ist bekannt, dass nach Tenotomie eines geraden Augenmuskels oder nach einer Lähmung namentlich des Rectus externus der Augapfel etwas mehr nach vorn an die Lider gedrängt und so die Lidspalte ein wenig erweitert wird¹).

1) Vgl. hierzu die Ausführungen bei Wilbrand und Sänger, Neurologie des Auges. 1900. Bd. I. S. 19.

Hiernach können wir bei den weiteren Ausführungen von der organischen Komponente unseres Falles absehen. Dieser erscheint alsdann noch in folgenden Beziehungen bemerkenswert: Zunächst stellt er einen Typus dar, der unter den Kriegsneurosen recht selten zu sein scheint. Sodann gibt er Veranlassung zu einigen Erörterungen grundsätzlicher Art bezüglich der Hysterie im allgemeinen, der hysterischen Ptosis und der Unfallneurosen im besonderen.

Dass Motilitätsstörungen der Augenmuskeln bei der Hysterie vorkommen, ist uns aus der Friedenserfahrung bekannt. Ich verweise in dieser Hinsicht auf die Arbeit von Nonne und Beselin¹⁾ und die zusammenhängenden Darstellungen des Gegenstandes bei Wilbrand und Sänger²⁾ und Binswanger³⁾. Hinsichtlich der hysterischen Augenmuskellähmungen drückt sich letzterer recht skeptisch aus, indem er nach Aufzählung einer Reihe von Beobachtungen den Schluss zieht, „dass entweder eine Schädigung der assoziierten Seitwärtsbewegungen oder eine motorische Insuffizienz bestimmter, mit psychischen Vorgängen in engem Zusammenhange stehender Muskelbewegungen oder endlich eine für die Hysterie eigenartige Kombination paretischer und spastischer Bewegungsstörungen vorliegt“. In gleichem Sinne äussert sich Oppenheim, welcher das Vorkommen von Lähmungen eines einzelnen Augenmuskels bei der Hysterie direkt verneint. Weniger schwierig als die Beantwortung dieser Frage, welche übrigens bei der Befragung der hysterischen Ptosis nochmals gestreift werden wird, ist die hinsichtlich des Vorkommens von Krampfzuständen der Augenmuskeln. Eine genaue Darstellung der Beobachtungen von spastischem, hysterischem Schielen findet sich in den Arbeiten von Borel⁴⁾ aus den Jahren 1886 und 1887. Schweigger hat 3 Fälle von Hysterie mitgeteilt, welche Beweglichkeitsbeschränkungen der Externi mit Kontrakturen der Interni darboten. Bei Fuchs finden sich gleichfalls mehrere Fälle, bei denen nach jedem Fixationsversuche extreme Konvergenzstellung mit Pupillenverengerung und Akkommodationsanspannungen eintraten. Schmidt-Rimpler⁵⁾ erwähnt als gelegentliche Beobachtung bei Hysterischen das plötz-

1) Nonne und Beselin, Ueber Kontraktur- und Lähmungszustände des exterioren und inferioren Augenmuskels bei Hysterie. Festschrift des ärztlichen Vereins Hamburg. 1896.

2) Wilbrand und Sänger, l. e.

3) Binswanger Die Hysterie. Nothnagel. 1904. S. 372 ff. und 624 ff.

4) Borel, Archiv. d'Ophthalmol. und Annal. d'Oculistique. — Schweigger, Klinische Untersuchungen über das Schielen. 1881. — Fuchs, Lehrbuch der Augenkrankheiten. 1894. Sämtlich nach Binswanger zitiert.

5) Schmidt-Rimpler, Die Erkrankungen des Auges usw. Nothnagel. 1898. S. 256 ff.

liche Auftreten eines in seinem Grade schwankenden spastischen Strabismus convergens beim Augenspiegeln oder bei anderen Manipulationen, wie Oeffnen der Lider, Ektropionieren usw. Hierher gehört auch A. Westphal's¹⁾ später nochmals zu erwähnende Beobachtung eines jungen Mädchens, welches, nach einem Schreck erkrankt, einen ausgesprochenen Strabismus convergens mit spastischen lichtstarren Pupillen darbot. In einer anderen Gruppe von Fällen fand sich in verschiedenen Augenmuskeln Krampf und Lähmung nebeneinander: so in einer Beobachtung von Oppenheim²⁾ dauernde Konvergenzstellung der Bulbi neben einer unvollkommenen, nicht spastischen Ptosis, ähnlich in dem später noch zu besprechenden Hitzig'schen Falle, während in einem Falle von Wilbrand und Sänger neben einer schlaffen Ptosis wechselnde Spasmen der Bulbusmuskeln bestanden. Mit dem Spasmus anderer Muskeln verbindet sich nicht selten ein Akkommodationskrampf, meist als Teilerscheinung einer hysterischen Amblyopie, die sich aus einem gewissen Grade von konzentrischer Einengung des Gesichtsfeldes, einer mehr oder weniger ausgesprochenen Abschwächung der Lichtempfindungen und einem völligen oder partiellen Verlust des Farbensinns zusammensetzt (Pitres).

Wenn alle diese Störungen auch vorzugsweise bei Hysterie vorkommen, so muss diese Zugehörigkeit doch in jedem Falle erwiesen werden. Wie wir auch im einzelnen das Wesen der Hysterie auffassen, ob wir noch eine Krankheit dieses Namens oder nur eine hysterische Reaktion anerkennen, wir müssen doch immer vom Psychischen ausgehen und dürfen von hysterischen Störungen erst dann sprechen, wenn wir die Quelle der somatischen Symptome ins Psychische zurückverfolgt haben. Die neurologische Kriegsliteratur hat uns hier neben einer Reihe neuer Fassungen alter Wahrheiten auch einige neue Erkenntnisse gebracht. Den schwer zu fassenden Begriff des Hysterischen bestimmt neuerdings Strümpell³⁾ so, dass darunter „diejenigen klinischen Erscheinungen einer abnorm gesteigerten oder abnorm veränderten Nervenfunktion“ zu verstehen seien, „bei denen diese Erscheinungen auf eine Störung der normal geregelten Beziehungen zwischen den Vorgängen des Bewusstseins und den organischen Funktionen beruhen.“ In Anlehnung an die alte Moebius'sche Begriffsbestimmung sagt L. Mann⁴⁾: „Hysterisch sind diejenigen körperlichen Krankheitserscheinungen, welche durch psy-

1) A. Westphal, Ueber Pupillenerscheinungen bei Hysterie. Berliner klin. Wochenschr. 1897. 47.

2) Nach Binswanger zitiert.

3) Strümpell, Ueber Wesen und Entstehung der hysterischen Krankheitserscheinungen. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk. 1916. Bd. 55.

4) L. Mann (Breslau), Die traumatischen Neurosen, ihre klinischen Formen usw. bei Kriegsverletzungen. Berliner klin. Wochenschr. 1916. 37 u. 38.

chische Vorgänge (Affekte und Vorstellungen) bedingt sind“ und weiter: „Es ist also die Hysterie ein bestimmter Seelenzustand, welcher zur Festhaltung und Ausbildung der Folgen psychischer Wirkungen disponiert.“ Auf welchen besonderen Eigenschaften dieser Zustand beruht, bleibt freilich eine offene Frage. Bonhöffer¹⁾ ist der Ansicht, dass dabei von vornherein halb- oder unbewusste Wünsche massgebend sind, während Gaupp²⁾, Lewandowsky, ich selbst und andere in weiterer Fassung des Begriffs auch im Schreck einen „hysterisierenden Faktor“ und in den hysterischen Erscheinungen „nach Art und Dauer ungewöhnliche Wirkungen des Affekts auf die Körperlichkeit oder die Bewusstseinsklarheit“ erkennen (Gaupp). Neu ist unter anderem die zum Teil erst durch unsere Kriegserfahrungen gesicherte Erkenntnis, dass auch der erblich nicht Belastete und bisher Gesunde bei genügender Erheblichkeit des auslösenden Moments „hysteriefähig“ ist, dass für die Gestaltung der hysterischen Einzelerscheinungen vielfach gewisse urwüchsige Abwehr- und Schutzvorrichtungen in Anspruch genommen werden, und ferner, dass bestimmte Ausdrucksformen der Hysterie sich mit ermüdender Einförmigkeit wiederholen³⁾.

Mit Bezug auf das Sehorgan hat neuerdings Oloff Kriegserfahrungen mitgeteilt, welche zeigen sollen, dass es auch hier keiner besonderen Veranlagung bedarf, sondern dass lediglich unter der Wucht katastrophaler Ereignisse infolge starker seelischer Erschöpfung und Erschütterung eine monosymptomatische Augenhysterie auftreten kann. Von seinen Fällen betrifft der erste einen bisher gesunden, aber erblich schwer belasteten Soldaten, der im Anschluss an eine nahe Granatexplosion lediglich mit Augensymptomen, wie Akkommodationskrampf, Herabsetzung des Sehvermögens, Konvergenzkrampf, Liderzittern, krampfartiges Zucken der Bulbi bei Fixationsversuchen, Hypästhesie der Conjunctiva und Cornea, erkrankte und durch Suggestion geheilt wurde. In dem anderen Falle handelte es sich um einen gesunden Marineunteroffizier ohne erbliche Belastung, der plötzlich an einem Akkommodationskrampf erkrankte und bei der Untersuchung Einwärtschielen des rechten Auges und Hypästhesie der Conjunctiva und Cornea auf beiden Seiten zeigte; hier war keine weitere Ursache festzustellen als anstrengender Dienst am Geschütz bei schwerem Wetter und in seekrankem Zustande. Auf dem Heidelberger ophthalmologischen Kongress⁴⁾ erwähnte ferner Bielschowsky den von Löhlein beschriebenen Fall einer durch schweren Nervenchok hervorgerufenen psychogenen Lähmung aller assoziierten Augen-

1) Nach L. Mann, I. c.

2) Gaupp, Kriegsneurosen. Münchener Ref. 1916.

3) Vgl. auch Nonne, Neurosen nach Kriegsverletzungen. Münchener Ref. 1916.

4) Verhandlungen des ophthalmologischen Kongresses. Heidelberg 1916.

bewegungen, als deren Ursache lediglich eine psychische Hemmung bei Aufbringung der entsprechenden Impulse nachgewiesen werden konnte. Als Symptom einer traumatischen Neurose ohne Kopfverletzung sah auch Bielschowskij selbst einen Fall von Akkommodations- und Konvergenzkrampf. Bei derselben Gelegenheit erwähnte Elschnig, dass er recht oft unter den funktionellen Augenmuskelstörungen Konvergenzkrämpfe gesehen habe, von denen es mitunter nicht zu unterscheiden gewesen sei, ob sie hysterisch oder simuliert wären. Die „Sprengung der Hemmungen“ durch energisches Faradisieren heilte beide Formen.

Mit Rücksicht auf die Spärlichkeit der vorhandenen Literatur muss man Oloff darin beistimmen, dass auf das Auge beschränkte psychogene Kriegsschädigungen selten sind. Dies erklärt sich wohl daraus, dass es bei diesen Erkrankungen immer noch eines determinierenden Momentes bedarf, welches der Entladung eines Affekts die Richtung weist, dass aber derartige Momente beim Auge weniger in Frage kommen, als an anderen Körperstellen, weil Kriegsverletzungen des Auges meist grössere Zerstörungen schaffen, eine blosse Ueberanstrengung oder ein einfacher Bindehautkatarrh u. dgl. aber im allgemeinen nicht ausreicht. Immerhin scheinen die spärlichen Kriegserfahrungen zu bestätigen, was auch die Friedensbeobachtung wahrscheinlich macht, dass der Konvergenzkrampf eine verhältnismässig häufige Form der hysterischen Reaktion des Sehorgans ist. Wenn es richtig ist, dass die Hysterie für die Symptomenbildung gern stammesgeschichtlich alte Mechanismen benutzt, so wäre also auch hier an einen solchen zu denken.

Die pathologisch erleichterte Uebertragung psychischer, affektiver oder intellektueller Vorgänge auf körperliche Funktionen zeigte sich auch in unserem Falle deutlich in dem Einfluss, welchen psychische Erregungen und selbst schon die Richtung der Aufmerksamkeit auf die Spasmen ausübten. In der Krankengeschichte ist erwähnt, dass diese mehrfach vollkommen verschwanden, wenn der Kranke geistig intensiv in Anspruch genommen war, dass sie aber sofort wiederkehrten, wenn er unbeschäftigt war, und noch heftiger wurden, wenn er sie willkürlich zu beeinflussen versuchte. Auf das Verhalten der Pupillen ist leider nicht immer genügend geachtet worden, was sich zum Teil aus der Schwierigkeit der Untersuchung erklärt. Immerhin ist bei der augenärztlichen Untersuchung vom 2. 2. notiert, dass bei einem energischen Versuch des Kranken, die Lider zu öffnen, eine starke Verengerung und Reaktionslosigkeit der Pupillen eintrat. Dieses Verhalten erinnert an den von A. Westphal beobachteten Fall, in welchem bei ausgesprochener Absicht, die Lichtreaktion der weiten Pupillen zu untersuchen, diese sich sofort ad maximum zusammenzogen und sich nicht sobald wieder erweiterten. Westphal schliesst aus diesem eigenartlichen Ver-

halten, besonders aus dem plötzlichen Wechsel von Kontraktur und Erweiterung, dass hier ein Lähmungszustand nicht vorgelegen haben kann.

Bei der nunmehr zu erörternden Frage, ob in unserem Falle eine echte Ptosis bestanden hat, folge ich im wesentlichen der Darstellung, welche Wilbrand und Sänger in ihrem grundlegenden Werk gegeben haben. Entsprechend der geltenden Anschauung, dass es im Bereich der Kopfnerven keine echten hysterischen Lähmungen gebe, hat man früher auch von einer echten Ptosis bei der Hysterie nichts wissen wollen. Zuerst hat Parinaud im Jahre 1877 eine Ptosis pseudoparalytique beschrieben. Dann beschäftigte sich Charcot mit dieser Frage und betonte besonders, dass diese scheinbare Lähmung des Oberlides in Wirklichkeit eine Kontraktur sei. Auch die Schüler Charcot's vertraten zunächst die Meinung, dass die hysterische Ptosis stets durch einen Spasmus des Orbicularis, niemals durch eine Lähmung des Levator zustande käme. Weiterhin musste man dann zugeben, dass auch eine schlaffe Ptosis auf hysterischer Grundlage vorkommt, wenn sie hier auch viel seltener ist als die spastische Form. So unterscheidet man jetzt bei der Hysterie eine pseudoparalytische oder spastische und eine schlaffe Form der Ptosis. Bei der ersteren, der Ptosis spastica, handelt es sich um einen tonischen Krampf der palpebralen Portion des Orbicularis und zwar besonders seines epitarsalen Teiles. Sie ist meist einseitig und bevorzugt jugendliche Individuen von neuropathischer Veranlagung. Auch Traumen spielen bei ihr eine grosse Rolle. Sie verbindet sich gewöhnlich mit anderen hysterischen Krankheitszeichen, von denen am Auge Amblyopie, Amaurose und Krämpfe der Bulbusmuskeln in Betracht kommen. Die Heilung gelingt meist leicht auf suggestivem Wege, doch treten oft Rezidive ein. Die schlaffe Ptosis tritt in der Mehrzahl der Fälle doppelseitig auf und ist äusserlich nicht von der Ptosis bei organischen Läsionen zu unterscheiden. Auch hier sind meist noch andere hysterische Symptome vorhanden. Bemerkenswert ist das gelegentliche Nebeneinandervorkommen von Spasmus der Bulbusmuskeln und des Sphincter pupillae, und schlaffem Herabhängen des Levator, wie es in den Fällen von Hitzig, Oppenheim und anderen gefunden wurde. Die Unterscheidung zwischen spastischer und schlaffer hysterischer Ptosis kann sehr schwierig, unter Umständen selbst unmöglich sein. Man hat sich deshalb bemüht, brauchbare Unterscheidungsmerkmale zu finden. Als solche gelten bei der spastischen Ptosis das Tieferstehen und die geringere Krümmung der Augenbraue, das Vorhandensein von Fältelung des oberen Lides und ein gewisser Widerstand bei passiver Hebung des oberen Lides. Hiervon ist aber das erste Zeichen, der Tiefstand der Augenbraue, nach den Untersuchungen von Wilbrand und Sänger, nicht als ein wesentliches Symptom des spastischen Ptosis zu betrachten, weil es durch ein mechanisches Moment, nämlich die relative

Länge der Haut, des Oberlides bedingt ist. In unserem Falle waren auch die beiden anderen Merkmale nicht absolut entscheidend, da zwar deutliche Fältelung des oberen Lides besonders links bestand, ein deutlicher Widerstand beim Heben der Lider aber nicht nachgewiesen werden konnte. Der naheliegende, durch Nonne und Beselin seinerzeit schon gezogene, von Hitzig bekämpfte Schluss, dass das Vorhandensein von Spasmen an anderen Muskeln des Orbitalgebietes — in unserem Falle der Interni und des Corrugator supercilii — auch den spastischen Charakter der Ptosis beweise, ist nach dem Gesagten nicht allgemein gültig. In unserem Falle ist nun noch von besonderer Bedeutung die von Professor Hertel gemachte Feststellung, dass X. bei energetischer Anstrengung die oberen Lider heben konnte, während die Bulbi in ihrer Konvergenzstellung verharrten, dass er aber diese Hebung der Lider auch willkürlich wieder beseitigen, sie, wie er sich ausdrückte, „schlaff herabhängen“ lassen konnte. Dieses Verhalten legt die Annahme nahe, dass für unseren Fall die Ansicht von Schmidt-Rimpler und Kunn zutrifft, nach welcher es sich bei der schlaffen hysterischen Ptosis nicht um eine eigentliche Lähmung, sondern um ein einfaches, oft willkürliches Erschlaffen des Levator palpebralis handelt. Nach den Erfahrungen des erstgenannten Autors wird diese Ptosisform auch sonst öfter, meist einseitig, beobachtet, wenn die Augen längere Zeit an Entzündungen gelitten haben, so besonders nach Trachom und phlyctänulärer Erkrankung. „Das Auge wird kleiner durch Herabsinken des oberen Lides, von Spasmus ist alsdann nichts mehr zu bemerken, auch nicht am unteren Lide; die Patienten geben sich sogar oft deutliche Mühe, das Auge durch Heben des oberen Lides mittels Kontraktion des Frontalis zu öffnen. Auch hier handelt es sich nicht um eine wirkliche Lähmung, sondern um eine Verringerung der Muskelkraft infolge längerer Untätigkeit oder um den Verlust eines ausreichenden Innervationsimpulses. Gerade bei dem Levator und Orbicularis sieht man nach dieser Richtung hin auch physiologisch erhebliche Unterschiede.“ Ich selbst habe unter 40 Lazarettskranken, die daraufhin untersucht wurden, bei zweien die Fähigkeit gefunden, bei stark nach innen unten rotierten Bulbi das obere Lid nach Belieben zu heben und zu senken.

Unsere Beobachtung zeigt in mancher Hinsicht eine bemerkenswerte Ähnlichkeit mit dem mehrfach erwähnten Hitzig'schen¹⁾ Falle, der mir auch noch persönlich von meiner Assistentenzeit her bekannt ist. Es handelte sich dabei um einen Arbeiter gleichen Alters wie unser Kranker, der aber im Gegensatz zu diesem wohl von Hause aus etwas debil war und jedenfalls früher reichlich Alkohol genossen, auch schon mehrfach vorübergehende

1) E. Hitzig, Ueber einen durch Strabismus und andere Augensymptome ausgezeichneten Fall von Hysterie. Berliner klin. Wochenschr. 1897. 7.

Konjunktivkatarrhe angeblich mit Doppelzehen gehabt hätte. Nach einer mit starkem Blutverlust verbundenen Verletzung eines Beines, die aber ohne Zwischenfall glatt heilte, verfiel er der schädlichen Suggestion seiner Frau, welche ihm sagte: „Jede Wunde muss doch eitern, wenn das nicht eitert, dann kannst du noch lange warten, dann kriegst du es noch in die Knochen anderswohin.“ Er blieb daraufhin untätig im Bett und bekam nach einer Woche eine Bindegautenzündung, bei der er die Augen nicht mehr öffnen konnte, wenn die Lider auch nicht ganz heruntergefallen waren. Eine allzu energische örtliche Behandlung half nichts, es wurde sogar schlimmer, da erst Doppelzehen und nach einigen Wochen vollkommene Ptosis und Schielstellung der Augen nach unten innen auftrat. Nach einem teils aus Nahrungssorgen teils wohl aus krankhafter Depression unternommenen Selbstmordversuch kam er in die Hallesche Klinik. Hier wurde beiderseits vollkommene Ptosis mit den charakteristischen Eigenschaften der schlaffen Form festgestellt und außerdem ein starker Konvergenzkrampf. Diese Krankheitserscheinungen zeigten weiterhin ebenso wie die am sonstigen Körper auftretenden Störungen der Sensibilität, des Seh- und Hörvermögens, einen auffälligen Wechsel und deutliche Abhängigkeit von der Stimmung und dem sonstigen Befinden des Patienten. Er war nicht hypnotisierbar, aber für Wachsuggestion äußerst zugänglich, und wurde nach einigen Rückfällen geheilt entlassen.

Die in diesem Falle besonders klare Entstehungsweise der hysterischen Symptome legt Hitzig so dar, dass bei dem nervös geschwächten Manne die törichte Aeusserung seiner Frau, „dass er es noch anderswohin bekommen würde“, vorbereitend wirkte, indem sie einen ängstlichen Erwartungsafekt auslöste. Da er schon früher an Augenentzündungen gelitten hatte, war seine Aufmerksamkeit auch jetzt auf die Augen gerichtet, und es traten dann auch hier Krankheitserscheinungen auf, die psychisch bedingt waren. Die eingeschlagene örtliche Behandlungsmethode diente nur dazu, den Kranken in seiner Ueberzeugung zu bestärken, dass er sich durch seine Verletzung ein Augenleiden zugezogen habe. — Wenn hier ein solcher Erfolg eintrat, ohne dass eine eigentliche Gemütserschütterung vorausgegangen war, so mag dies darauf beruhen, dass der Kranke durch seine besondere seelische Verfassung von vornherein zu derartigen Konzeptionen besonders geneigt war. In unserem Falle, wo es sich um einen gesunden und widerstandsfähigen Mann handelte, bedurfte es einer viel stärkeren Einwirkung, um ähnliche Gesundheitsschädigungen hervorzurufen. Eine solche war in dem Unfall gegeben, der sicherlich nicht nur mit Schmerzen, sondern auch mit starker Aufregung verbunden war. Determinierend wirkte hier in mehr allgemeiner Weise die Verletzung des rechten Auges nebst darauffolgender Konjunktivitis und örtlicher Behandlung, im besonderen sicherlich auch der Umstand, dass

im Augenblick der Durchreissung des Externus die antagonistischen Interni plötzlich das Uebergewicht bekamen. Darüber hinaus wird man aber dem letztgenannten Umstände einen Einfluss auf die Gestaltung des Krankheitsbildes nicht einräumen dürfen, welches, wie auch der Erfolg gezeigt hat, ein rein psychogenes war.

Was die Frage der Simulation betrifft, so können manche Züge an solche denken lassen. Es ist möglich, dass eine Konvergenzstellung, wie sie bei X. bestand, willkürlich hervorgerufen wird. Es gelingt aber nicht, sie längere Zeit festzuhalten. Wenn man dies versucht, so empfindet man bald ein schwer zu beschreibendes Gefühl von Unbehagen und Schwindel. Auch die unangenehmen Empfindungen, über welche X. klagte, entsprechen den Angaben, welche Kranke mit solchen Störungen auch sonst machen. Der mehrfach beobachtete Wechsel der krankhaften Erscheinungen unter dem Einfluss psychischer Vorgänge hat nichts mit Simulation zu tun. Allerdings muss zugegeben werden, dass bei der Entstehung des Leidens das ideagene Moment stark mitgewirkt haben kann, zum mindesten in der Art, dass X. die ursprünglich unbewusst erworbene Anomalie weiterhin bewusst geduldet und nicht genügend bekämpft hat. Ich nehme hier Bezug auf die Mitteilung eines Kollegen, welcher während seiner militärischen Dienstzeit beobachtete, wie sich eine Wespe auf die Nasenspitze eines seiner Kameraden niederliess. Jede Abwehrbewegung musste unterbleiben, da die Truppe mit präsentiertem Gewehr das Abschreiten der Front durch die Vorgesetzten erwartete. Einigen in der Nähe stehenden Mannschaften fiel das starke Schielen des Soldaten auf, dessen Gesichtsausdruck auch die Angst vor dem drohenden Wespenstich verriet. Deswegen in der Folge geneckt, brachte er es wiederholt fertig, seine Bulbi in einer Art und Weise einzustellen, die einen hochgradigen Strabismus convergens vortäuschte. Es lässt sich wohl nicht leugnen, dass auch in einem Falle wie dem unsrigen krankhafte Gewöhnung bis zu einem gewissen Grade mitspielen kann.

Auch die rasche Heilung beweist keine Simulation. Wir wissen aus zahlreichen Erfahrungen an Kriegsneurotikern, dass es für die Heilung wesentlich auf das ankommt, was Elschnig in der oben erwähnten Auseinandersetzung als „Sprengung von Hemmungen“ bezeichnet. Dass dabei vielfach auch bewusstes Widerstreben überwunden werden muss, ist bekannt. Dies beweist aber wohl eine Ausnutzung der bestehenden Störungen durch den Kranken, nicht aber die Simulation des Zustandes. Worauf die inneren Widerstände und Motive, welche der Heilung oft entgegenstehen, in letzter Linie beruhen, lässt sich oft schwer entscheiden. Sicherlich spielen dabei aber schädliche Fremdsuggestionen eine wichtige Rolle, denen das einzelne Individuum in Zeiten seelischer Spannung besonders zugänglich ist. In dieser Hinsicht stehen uns schon aus der Friedenspraxis zahlreiche Er-

fahrungen zu Gebote. Hierher gehört der mehrfach erwähnte Hitzig'sche Fall, in dem die törichte Aeusserung der Ehefrau das Leiden hervorrief. Ich erinnere mich an eine Beobachtung, in welcher die erstaunte Frage eines Apothekers an einen Unfallneurotiker, ob er „bei einer so starken Medizin“ arbeiten könnte, eine Verschlechterung des Zustandes und Arbeitseinstellung hervorrief. Noch grösser wird der Schaden sein, wenn schädliche Suggestionen vom Arzt ausgehen, was viel öfter der Fall ist als man glaubt, aber den Betreffenden oft nicht zum Bewusstsein kommt. Eine ohne tatsächliche Grundlage leichthin diagnostizierte „mässige Herzschwäche“, „eine Andeutung von Lungenspitzenkatarrh“ und ähnliches üben oft auf Jahre hinaus einen ungünstigen Einfluss, der unter Umständen überhaupt nicht wieder aufzuheben ist. Von der nachhaltigen Wirksamkeit solcher Suggestionen haben wir uns auch bei den Kriegsneurotikern oft überzeugen können, z. B. wenn die Leute erklärten, dass schon ihr Hausarzt ihre Nerven nur als „feine seidene Fäden“ bezeichnet hätte. Oder wenn sie gar eine fertige falsche Diagnose im Sinne einer nicht vorhandenen organischen Erkrankung mitbrachten. Hierher gehört auch der von Gaupp erwähnte, an hysterischer Dysbasie leidende Kranke, dem von seinem Arzt die Aufrichtung seines Rumpfes aus der Beugekontraktur eindringlich verboten worden war, weil dadurch sein sofortiger Tod herbeigeführt werden könnte. Auch in unserem Falle hatten Fremdsuggestionen grossen Schaden angerichtet. So vor allem die seinerzeit von einem der behandelnden Aerzte diagnostizierte Pseudobulbärparalyse, die dem Kranken zwar nicht in ihrer eigentlichen Bedeutung, aber doch im Sinne einer schwereren Erkrankung zum Bewusstsein gekommen sein muss. Ausserdem war er von irgendeiner Seite gegen die Hypnose eingenommen worden und erklärte uns infolgedessen, dass er sich dazu unter keinen Umständen bereit finden lasse, weil er wisse, dass man dadurch ein anderer Mensch werde. Endlich aber wirkten hier noch Einflüsse besonderer Art mit, welche in den besonderen Verhältnissen des Grenzlandes begründet sind. Um diesen schwer zu berechnenden Faktor nach Möglichkeit abzuschwächen, haben wir es uns zur Pflicht gemacht, in solchen Fällen kurzerhand von weiteren Heilversuchen abzusehen und die Versetzung in eine geeigneter Umgebung herbeizuführen. Ich glaube, dass der rasche Heilerfolg in unserem Falle durch diese Massregel zum mindesten vorbereitet worden ist.