

Referent: Prof. Dr. Hoche.

**Meinen Eltern**

**in Dankbarkeit gewidmet.**

„Die hysterische Veränderung besteht darin, dass die gesetzmässigen Wechselbeziehungen zwischen der psychischen und der materiellen Reihe gestört sind, und zwar in doppelter Richtung: auf der einen Seite fallen für bestimmte Reihen materieller Rindenerregungen die psychischen Parallel-Prozesse aus oder werden nur unvollständig durch jene geweckt, auf der anderen Seite entspricht einer materiellen Rindenerregung ein Uebermass psychischer Leistung, das die verschiedenartigsten Rückwirkungen auf die gesamten Innervationsvorgänge, die in der Rinde entstehen oder von ihr beherrscht werden, hervorruft.“

Dies ist die Definition, die Binswanger von der Hysterie gibt, und die ich deshalb für besonders glücklich halte, weil sie von jedem Versuch einer Erklärung der Tatsachen durch psychische oder nervöse Momente absolut absieht. In den Rahmen dieser Definition lassen sich alle hysterischen Erscheinungen einreihen, sowohl die sensiblen und sensorischen, wie die motorischen. Ob es sich bei der hysterischen Amaurose um eine Störung der ersten oder der zweiten Art handelt, ergibt sich wohl erstens daraus, dass von den 49 Fällen, die Kron anführt, nur zwei einen pathologischen



selben Jahres machten sich die ersten Krankheitsercheinungen bemerkbar: die Beine schwellen an und wiesen violette Flecken auf; ferner zeigten sich Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, Herzklopfen, Flimmern vor den Augen etc. Nach kurzer Zeit traten auch partielle Starrkrämpfe auf, die aber sehr bald in Anfälle übergingen, bei denen Pat. das Bewusstsein verlor und vollständig steif und starr wurde, wobei der Rücken derartig gekrümmt war, dass sie nur auf dem Hinterhaupt und den Fersen auflag, während sie im übrigen wie ein gespannter Bogen dalag. Schliesslich war sie noch an Armen und Beinen gelähmt. Dieser Zustand dauerte 7 Monate an, hörte allmählich auf und liess nur eine vollkommene Anaesthetie zurück, indem Pat. nur fühlte, wenn sie sich verbrannte oder mit sehr kalten Gegenständen in Berührung kam, sonst aber keinerlei Berührungs- oder Schmerzempfindungen hatte.

Nach 2 Jahren erkrankte Pat. in ganz derselben Weise, und jetzt kam nur noch hinzu, dass sie eines Morgens, als sie erwachte, fragte, ob es nicht bald hell werden müsse. Sie war über Nacht erblindet und hatte auch nicht den allergeringsten Lichtschein. Sie wurde dann nach einem Jahr nach Strassburg gebracht, und kam dort in die Behandlung des Herrn Professor Höchle, dessen Aufzeichnungen von damals ich hier folgen lasse. Herr Prof. Höchle sah die Pat. zum ersten Male am 13. X. 98. Damals gab Pat. an, vor 3 Jahren 6 Wochen lang Anfälle gehabt zu haben, im Herbst 97 sei Muskelstarre und plötzliche Erblindung eingetreten.

Bis zum Herbst 98 waren die Lähmungserscheinungen bis auf den noch heute bestehenden Rest geschwunden, dagegen war Pat. noch vollständig blind. Sie wurde von Herrn Professor Stilling mit folgendem Augenbefund an Herrn Professor Höchle überwiesen: Hochgradige Kurzsichtigkeit, chorioiditische Veränderungen, zentrale Hornhauttrübungen und absolute Amaurose beiderseits.

Befund: Pupillen reagieren sehr gut und ausgiebig, linksseitige Hemianalgesie, rechts Hypalgesie; motorische Schwäche beider Beine, langsamer Gang; Reflexe durchweg normal. Pat. ist sehr sensibel und in ihrem ganzen Wesen sehr labil. Es wird sofort eine faradische Suggestionstherapie eingeleitet, indem schwache faradische Ströme durch die beiden Schläfen geleitet werden mit folgendem Erfolge:

13. X. 98 Beginn der Behandlung.

18. X. Patient differenziert in dem reinen Schwarz, das sie bisher dauernd empfunden, einzelne graue Flecken, jedoch ohne irgend welche Projektion. Zugleich ist nächtliches Zahnweh, das sie sehr quälte, sowie die Analgesie geschwunden. Das rechte Bein, das zeitweilig in Kotrakturstellung stand, ist wieder gerade, auch nimmt Pat. jetzt wieder Nahrung zu sich, was ihr zeitweilig wegen der tetanoiden Krämpfe nicht möglich war.

5. XI. Spontane Angabe zunehmender Aufhellung des Gesichtsfeldes.

20. XII. Lichtschein von Sonne und elektrischer Lampe wird richtig projiziert.

22. XII. Pat. bestimmt die Lage der Fenster im Zimmer.

5. I. 99. Pat. zählt die Scheiben der Fenster.

Nun schreitet die Besserung in dieser Weise langsam fort, bis sich Pat., als sie am

23. III. aus der Behandlung scheidet, wenigstens im Raum orientieren kann, wenn sie auch keinerlei Handarbeit leistet oder schreibt oder liest.

Darnach ist sie nicht mehr in ärztlicher Behandlung gewesen. Sie gibt über ihr Verhalten seit damals an, dass sie mit ihrer Schwester in Ruhe zu Hause gelebt hat; die Ländereien sind bis auf ein paar Rebhalden verpachtet, die von der Schwester der Pat., die ebenfalls nicht verheiratet ist, besorgt werden. Pat. beschäftigte sich so gut wie gar nicht. Ihr Augenlicht hat sich soweit gebessert, dass sie etwas sticken kann und auch schreiben, nicht dagegen lesen. Doch muss auch besonders das Schreiben sehr eingeschränkt werden, weil sie sehr leicht einen Krampf bekommt. Die allgemeinen Krampfanfälle sind nur sehr selten aufgetreten und seit einem Jahre überhaupt nicht mehr. Dagegen hat Pat. immer unregelmässigen Stuhlgang und zeitweilig Retentio urinae, so dass sie ein oder auch zwei Tage katheterisiert werden musste. In den Monaten November bis Januar und bei grosser Hitze verschlimmert sich der Zustand regelmässig, in der übrigen Zeit des Jahres aber fühlt sich Pat. leidlich wohl.

Die Untersuchung am 7. VI. 05 ergab folgenden Befund:

Pat. ist eine mittelgrosse Person mit ziemlich kräftigem Knochenbau, die Muskulatur ist schlaff, das Fettpolster sehr gering entwickelt. Pat. geht etwas unsicher langsam umher. Das Gesicht ist blass, etwas gebräunt, der Ausdruck müde und leidend. Links besteht eine leichte Ptosis, ferner geringer Strabismus convergens beiderseits.

Der Puls ist aequalis, regularis, seine Frequenz 100. Die Arterie ist etwas geschlängelt, mässig gespannt, die Beschaffenheit der Pulswelle ist ziemlich voll, aber weich.

Die Respiration ist gleichmässig und ausgiebig, Frequenz 20.

Sonst fällt an der Pat. eine grosse Erregtheit und eine etwas stotternde Sprache auf, die aber wohl darauf zurückzuführen ist, dass sich Pat. im allgemeinen der französischen Sprache oder höchstens des elsässischen Dialekts bedient, so dass ihr die Verständigung im Schriftdeutsch wohl gewisse Schwierigkeiten macht. Zwischenbemerkungen, die Pat. in französischer Sprache an ihre Schwester richtet, werden auch viel weniger stotternd herausgebracht.

Die Untersuchung der inneren Organe ergibt nichts pathologisches. Die Herzdämpfung befindet sich innerhalb der normalen Grenzen, die Töne sind rein; die Pulsbeschleunigung ist wohl auf die Erregtheit bei der Untersuchung zurückzuführen. Ebensowenig gibt die Untersuchung der Lungen irgend welche Abweichung von den normalen Verhältnissen.

Das Abdomen ist weich und ausser an den Ovarialpunkten nirgends schmerzhaft. Leber und Milz sind nicht vergrössert. Stuhlgang ist unregelmässig.

Nervensstatus. Das Sensorium ist frei, Pat. ist vollständig orientiert. Kopfschmerzen bestehen dauernd, jedoch mit wechselndem Sitz; oftmals hat Pat. über Schwindel zu klagen. Der Schlaf ist schlecht, Pat. träumt schwer, sodass sie häufig ihre Müdigkeit überwindet und einmal wegen eines schlechten Traumes erwacht, sich fürchtet, wieder einzuschlafen. Am ganzen Körper ist ein feinschlägiger Tremor bemerkbar, der sich bei Bewegungen steigert und dann rechts bedeutend stärker ist als links. Während der Anfallszeit deliriert und halluziniert Pat., in der übrigen Zeit aber ist sie psychisch, bis auf eine sehr grosse Erregtheit und leichte Erregbarkeit sowie leichten Stimmungswechsel, normal, wobei ich natürlich die Veränderungen der Psyche, welche den hysterischen Zustand herbeiführen, ausser Acht lasse.

Die Motilität zeigt wenig Besonderheiten. Der linke Arm wird leicht adduziert gehalten. Im rechten Thenar tritt häufig, besonders beim Schreiben, ein tonischer Krampf ein; im Bett leidet Pat. sehr häufig unter Zuckungen, die aber mehr als „Nervenzuckungen“ bezeichnet werden. Die Bewegungen, aktive wie passive, sind ohne Schwierigkeiten nach allen Richtungen in allen Gelenken möglich, nur in den Schultergelenken infolge bestehender Omarthritis — man fühlt und hört deutliche Krepitationen — in der Richtung nach oben beschränkt. Auffallend ist die Schwäche der rechten

Seite. Während links der Händedruck ziemlich kräftig ist, kann sich die Pat. mit der rechten Hand nicht so fest an den ausgestreckten Fingern der ihr dargereichten Hand halten, dass man im Stande wäre, auf diese Weise die Hand der Pat. in die Höhe zu ziehen, ihre Finger gleiten immer ab. Nicht ganz so gross, wohl aber deutlich ist auch der Unterschied in dem Widerstande, den die Beine gegen passive Bewegungen auf Wunsch geben. Sonst sind passive Bewegungen ohne Schwierigkeiten nach allen Richtungen hin möglich.

An den Hirnnerven ist nichts pathologisches nachweisbar. Die rechte Lidspalte ist um eine Kleinigkeit weiter als die linke. Alle Bewegungen der mimischen Muskulatur aber, ebenso wie die Zungenbewegungen, werden ohne Schwierigkeiten ausgeführt. Eine Ausnahme machen nur die Bewegungen der Bulbi, die nur in beschränktem Masse möglich sind und bei grösseren Exkursionen Schmerzen im Inneren der Augenhöhle hervorrufen. Uebrigens stehen die Bulbi nicht ruhig, sondern machen grosse Hin- und Herbewegungen, die man aber nicht mehr als Nystagmus bezeichnen kann. Beim Fixieren des Fingers stehen die Bulbi kurze Zeit hindurch ruhig, bald aber treten dann wieder diese groben Bewegungen und zwar in verstärktem Masse auf.

Sonst ist irgend eine Anomalie der motorischen Sphäre nicht nachweisbar. Der Gang ist langsam und macht den Eindruck, als seien die Beine zu schwach, um den Körper zu tragen. Jedoch ist sicher ein grosser

Teil der Schuld, sowohl an dem Gang, wie an der ungeschickten Art und Weise, Gegenstände zu ergreifen, ihrer hochgradigen Kurzsichtigkeit zuzuschreiben. Auch den leichten Tremor beim Ergreifen von Gegenständen schreibe ich der durch ihre Unsicherheit hervorgerufenen ängstlichen Erregtheit zu. Die komplizierten usuellen Bewegungen werden gut ausgeführt, keine Ataxie, kein Rombergsches Phänomen. Pat. schreibt recht gut.

Ausgesprochene Störungen dagegen weist das Empfindungsvermögen auf. Die subjektiven Angaben beziehen sich auf Taubheit in den Fingerspitzen und Fusssohlen, Kribbeln in Beinen und Händen, schliesslich in im ganzen Körper herumziehenden Schmerzen. Die objektive Untersuchung ergibt eine Hypesthesie und Analgesie. Feine Berührungen werden gar nicht empfunden, Nadelstiche werden richtig als Stiche mit einer Spitze bezeichnet und lokalisiert, dagegen rufen tiefgehende Stiche keinerlei Schmerzreaktion hervor, sondern die gleiche Empfindung wie ganz oberflächliche. An sonstigen Sensibilitätsstörungen ist nur noch die doppelseitige Ovarie zu erwähnen. Sensorische Störungen bietet ausser einem zeitweiligen Ohrensausen nur noch der Augenbefund. Pat. zeigt auf beiden Augen zentrale Maculae corneae, die rechts über die ganze Pupille ausgedehnt, links etwas kleiner sind. Pat. zeigt eine Myopie von 18 D. und hochgradigen Astigmatismus. Der Augenhintergrund weist eine Neuroretinitis mit vereinzelt macularen chorjoiditischen Herden auf. Ausserdem natürlich ein mächtiges Staphyloma posticum. Das Ge-

sichtsfeld zeigt eine sehr starke konzentrische Einengung, wie sie bei fast allen hysterischen Augenaffektionen die Regel ist. Die Sehschärfe nach bester Korrektion lässt das Zählen von Fingern in etwa 1 m Entfernung zu. Während der Untersuchung bekam Pat. einen etwa 5 Minuten dauernden tetanoiden Anfall ohne Bewusstseinsverlust. Die Reflexe der Pupillen sowohl, wie auch sämtliche Haut- und Muskelreflexe, sind vollständig normal.

Ich füge hier gleich den zweiten Fall an.

R. G. 21 Jahre alt. Der Vater der Pat., der einer sehr nervösen Familie angehörte und selbst starker Neurastheniker war, starb an einer Pneumonie, die sich an einen schweren apoplektischen Insult anschloss; die Mutter lebt und ist ebenfalls sehr nervös. Im Anschluss an ihren ersten Partus bekam sie einen maniakalischen Anfall, wegen dessen sie in einer Anstalt interniert werden musste. Auch heute noch ist sie sehr leicht erregt und dem plötzlichen Stimmungswechsel sehr unterworfen; schliesslich macht sich ihre Ideenflucht und Logorrhoe in jeder Unterhaltung recht unangenehm bemerkbar. Ein Bruder der Mutter war wegen Paranoia auch vor Jahren interniert. Zwei Brüder und eine Schwester der Pat. sind vollständig normal, nur neigt die Schwester zu einer gewissen theatralischen Art und Weise sich zu geben. Betreffs der Familie des Vaters möchte ich noch erwähnen, dass Geliński in seiner Dissertation über Zwangsvorstellungen einige Mitglieder dieser Familie zum Ausgangspunkt seiner

Erörterungen macht. Pat. selbst ist von jeher hysterisch; schon als ganz kleines Kind war sie auffallend eigensinnig und später wurde sie derart jähzornig, dass sie im Stande war, ihrem Bruder, der ihr ein Spielzeug weggenommen hatte, ein Messer, mit dem sie gerade ass, nachzuwerfen. In der Schule kam sie nicht vorwärts, sondern gehörte dauernd zu den schlechtesten Schülerinnen. Körperliche Krankheiten hat sie keine besonderen durchzumachen gehabt.

Im Oktober 1901 verfiel sie plötzlich in einen somnolenten Zustand, als ihr in einer Gesellschaft jemand, der noch nie in seinem Leben hypnotisiert hatte, im Spass befahl einzuschlafen. Der betreffende Herr, der über die unerwartete und unbeabsichtigte Wirkung seines Scherzes sehr erschrocken war, rief ihr zu, sie solle aufwachen. Pat. schreckte auf, war sehr erregt, beruhigte sich aber anscheinend wieder. Noch in derselben Nacht aber brach eine Psychose aus. Pat. fuhr aus dem Schläfe empor, schrie ängstlich und behauptete, es stünde ein Mann an ihrem Bett, der ihr mit tiefer, hohler Grabesstimme zurief, sie solle einschlafen. Dieser Zustand dauerte etwa 8 Tage an. Bei dem geringsten Geräusch fuhr Pat. zusammen und bekam bei jeder Gelegenheit, wo ihr etwas nicht zu Dank geschah, Weinkrämpfe. Allmählich klang die Psychose ab, Pat. wurde ruhiger und zu ihrer Zerstreuung erlernte sie das Wäschezuschneiden. Da starb im März 1902 ihr Vater, wodurch der Zustand der Pat. sich wieder ganz bedeutend verschlimmerte. Sie verfiel zunächst in einen

lethargischen Zustand, aus dem sie am Tage der Beerdigung in einen äusserst exaltierten überging. Bald jedoch beruhigte sie sich wieder und nahm ihre Beschäftigung wieder auf. Seit dem ersten Anfall hatte Pat. über Blutungen aus dem Munde zu klagen, die mit Würgebewegung in Verbindung gebracht wurden. Da auch eine zirkumskripte Schmerzhaftigkeit unter dem Processus xiphoideus bestand, wurde die Affektion von meinem Vater für ein Ulcus ventriculi gehalten und als solches behandelt. Bald jedoch suchte Pat. einen andern Arzt auf, der angeblich eine Spitzenaffektion diagnostiziert haben soll. Im September 1902 verschlimmerte sich der Zustand der Pat. ohne äussere Ursache und es traten nach einander folgende Störungen auf: Zunächst klagte Pat. darüber, dass ihre Zungenspitze nach oben umgerollt sei, und sie infolgedessen nicht verständlich sprechen könne; wenn man jedoch etwas, was sie einem gern sagen wollte, durchaus nicht verstand, so sprach sie zwar in der durch die falsche Zungenstellung bedingten eigentümlichen Art und Weise, aber doch so deutlich, dass man ohne Schwierigkeiten verstehen konnte. Bald darauf stellte sich ein starker Strabismus convergens beiderseits ein; dann bekam sie Zuckungen und eine hochgradig gesteigerte Schmerzhaftigkeit im ganzen Körper, sowie Paraesthesien in den Fusssohlen. Als sich dann plötzlich eine vollständige Amaurose beiderseits hinzugesellte, und der Zustand sich gar nicht besserte, wurde sie in das städtische Krankenhaus Friedrichshain aufgenommen. Den damals dort

aufgenommenen Status lasse ich hier folgen: Zeichen von Epilepsie, sowie echte hysterische Krampfanfälle sind bei der Pat. niemals beobachtet worden. Periode unbekannt.

Status praesens: Pat. ist ein mittelgrosses, 18 Jahre altes Mädchen von grazilem Knochenbau und gering entwickelter Muskulatur, während das Fettpolster hinreichend ist.

Das Gesicht ist von gesunder Farbe.

Sensorium: Weinerliches, äusserst schreckhaftes Wesen. Pat. bekommt bei jeder Berührung Zuckungen des ganzen Körpers.

Die Haut ist von normaler Beschaffenheit, keine Exantheme, keine Narben, keine Oedeme oder Drüsenanschwellungen.

Reflexe: Sämtliche Reflexe sind hochgradig gesteigert, Pupillen reagieren prompt.

Urticaria factitiva stark, Tremor nicht stark, Lid-schwirren sehr ausgesprochen.

Rachenorgane unempfindlich, sonst ohne Besonderheiten.

Puls auffallend klein, nicht regelmässig. Temperatur 36,7; Respiration normal.

Thorax symmetrisch.

Lungen in normalen Grenzen, nirgends pathologische Dämpfung, überall reines vesikuläres Atmen.

Herz: Dämpfung: unterer Rand der IV. Rippe, linker Sternastrand, Spitzenstoss im V. Intercostalraum, unterhalb der V. Rippe.

Urin ohne Albumen und Saccharum, von normaler Menge.

Stuhl angeblich etwas angehalten.

Sputum: O. Es wird mehrmals seröser Speichel (nicht schaumig, mit leicht sanguinolenter Beimischung) aus dem Munde entleert, einmal bei der Visite.

Abdomen nicht aufgetrieben, überall, besonders aber in der Ovarialgegend beiderseits, sehr druckempfindlich, Leber und Milz nicht vergrössert.

Nervenstatus: Grosse Schreckhaftigkeit bei Berührung, choreatische Zuckungen besonders bei Beobachtung. Die Zungenspitze steht beständig nach oben und ist einwärts gerollt; es besteht Kieferklemme, die sich jedoch beim Essen löst. Sprache undeutlich und lispelnd. Konvergierender Strabismus beiderseits. Pat. will nichts sehen, doch geht aus manchen Vorgängen hervor, dass die Amaurose nicht beständig ist.

Pupillen reagieren beiderseits deutlich, Urin und Stuhlentleerung normal, Appetit gut, keine Lähmungserscheinungen, keine Fazialisdifferenz, die Austrittsstellen der Gehirnnerven sind druckempfindlich. Augenspiegelung durch die Anomalie der Stellung und die Aengstlichkeit unmöglich.

Pat. ist äusserst exaltiert und sensibel, hat eine ausserordentlich lebhafte und leicht erregbare Phantasie, die durch häufige Lektüre von schauerlichen und auch sinnlichen Ereignissen noch genährt wurde.

Urin frei.

29. X. Heftige Schmerzen im linken Arm; schon bei leisesten Berührungen der verschiedensten Teile desselben sehr starke Reaktion, die aber noch sehr verstärkt, bei abgelenkter Aufmerksamkeit der Pat. gar nicht empfunden werden. Einreibungen, faradischer Pinsel.

10. XI. Befund völlig unverändert; die Anomalie der Zungenstellung, die die Sprache der Pat. fast unverständlich macht, hindert dieselbe am Essen gar nicht, wozu sie auch trotz heftigster Magenschmerzen imstande ist.

12. XI. Durch Anwendung von Gewaltsmitteln (Heister, Zungenzange) spontan normale Zungenstellung; keine Sprachstörung mehr.

20. XI. Andauernd heftige Magenbeschwerden; auch „Magenblutungen“, die aber, wie wiederholte genaue Beobachtungen zeigten, durch Saugen am Zahnfleisch künstlich hervorgerufen wurden. Untersuchung des Mageninhaltes ergibt völlig normale Verhältnisse.

24. XI. Pat. klagt über Husten. Ueber beiden Lungen vereinzelte bronchitische Geräusche. Brustumschlag; Liquor ammonii anis.

1. XII. Unter elektrischer und Suggestionsbehandlung geringe Besserung des Sehvermögens.

9. XII. Pat. erkennt deutlich Personen auf grössere Entfernungen; liest fliessend Zeitungsdruck; steht auf.

14. XI. Sehvermögen fast völlig normal, beeinträchtigt vielleicht durch den noch bestehenden Strabismus.

Bis auf angebliche Schwäche der ganzen linken Körperhälfte völliges Wohlbefinden.

17. XII. Pat. wird als „gebessert auf Wunsch“ entlassen.

Soweit die Beobachtung im Krankenhaus.

Nach ihrer Entlassung fuhr Pat. auf einige Zeit zu ihrer Schwester aufs Land, um sich zu erholen. Bald jedoch musste sie wieder nach Hause fahren, da sie in dem Dorfe ihre Schwester in derartige Klatschereien verwickelt hatte, dass die Schwester auf ihre weitere Anwesenheit verzichtete. Nachdem sie wieder zu Hause war, trat sie wieder in ein Geschäft ein. Sie hielt sich dort etwa ein Jahr lang ganz gut, dann jedoch machte sie wieder eine grosse Klatscherei, durch welche ihre Entlassung herbeigeführt wurde. Sie blieb nun kurze Zeit zu Hause, um dann wieder eine Stellung anzunehmen, in der sie bis jetzt blieb. Während dieser ganzen Zeit lief Pat. von einem Augenarzt zum anderen, liess sich immer wieder eine andere Brille verschreiben, ohne dass dadurch ihr Sehvermögen bedeutend verbessert worden wäre. Ihre Sehschärfe beträgt  $1/2$  mit Brille. Einer der Herren erklärte den Verwandten auf Befragen, dass sich die Sehkraft nicht bessern würde, da die ganze Affektion nur nervös sei, und ein organisches Augenleiden, das behandelt werden könne, nicht vorliege.

3. VI. 1905. Pat. begibt sich anlässlich der Einzugsfeierlichkeiten der Kronprinzessin nach Berlin. Nach ca. 2 stündigem Stehen fällt sie plötzlich ohnmächtig

um; sie wird in die nächste Unfallstation gebracht, wo sie bald wieder zu sich kommt, aber vollständig blind ist.

3. VIII. In diesem Zustand befindet sich Pat. noch heute. Die Augenspiegelung ergibt einen vollständig normalen Augenhintergrund. Zu der Amaurose hat sich eine vollständige Hemiplegie der linken Seite hinzugesellt. Die Sensibilitätsstörungen entsprechen denen des ersten Anfalles, sind aber nicht so ausgesprochen.

3. VIII. Als ich heute die Pat. wieder sah, war sie im Besitze der Sehschärfe, die sie vor dem Anfall hatte, doch zeigte das linke Auge nur ungefähr die Hälfte der Sehschärfe des rechten. Das binokulare Sehen wird hierdurch gar nicht beeinflusst, Pat. sieht mit beiden Augen genau ebenso, wie mit dem rechten allein. Die Hemiplegie besteht zwar noch, doch ist Pat. schon im Stande, mit einem Stocke etwas zu gehen. Die Heilung der Amaurose vollzog sich diesmal langsam, gleichmässig fortschreitend, innerhalb 14 Tagen, ebenso geht auch seit etwa 14 Tagen die Lähmung ganz allmählich zurück.

So viel über die beiden Fälle.

Für die Beurteilung dieser Zustände wollen wir uns das Material statistisch zusammenstellen, da es mir nicht darauf ankommt, den augenblicklichen Stand der Psychopathologie der Hysterie klarzustellen, sondern ich mich lediglich auf die Tatsachen beschränken will. Vorher jedoch noch einige Worte über diese beiden Fälle. Dass es sich hier um hysterische Personen han-

delt, unterliegt keinem Zweifel; dürfen wir nun aber auch die Amaurose als hysterisches Phänomen auffassen? Wilbrand und Sängler zitieren 12 Fälle von teils totaler, teils partieller Erblindung, in denen die Pupillarreflexe vollständig erhalten waren. In neun Fällen bot der Augenhintergrund nicht die geringste Abweichung von der Norm, für die übrigen drei Fälle fehlt die Angabe des Befundes. Die Autopsie ergab in jedem Falle ausgedehnte Erweichungsherde im Hinterlappen. Diese Fälle unterscheiden sich ja schon dadurch von den hier mitgeteilten und den von Kron zitierten 49 Fällen, dass die Amaurose konstant geblieben ist, während sie hier nur kürzere oder längere Zeit ange dauert hat, und der Pat. manchmal sogar darnach seine volle Sehschärfe wiedererlangte. Gowers teilt allerdings einen Fall von plötzlich eingetretener Amaurose, die er als hysterisch bezeichnet, mit, bei dem eine Restitution des Sehvermögens nicht eingetreten war. Die Diagnose der hysterischen Amaurose stützt sich hier im wesentlichen auf die Aetiologie des Anfalles. Es handelt sich um eine Frau, die von Kind auf vor dem Gewitter sehr grosse Angst hat und auf freiem Felde von einem solchen überrascht wird. Ein Blitz fährt in geringer Entfernung vor ihr nieder, ohne dass Pat. jedoch getroffen worden wäre. Nach Jahren ergab der Augenhintergrund eine Atrophie des Opticus. Nun könnte man ja hier die Opticusatrophie als Inaktivitätsatrophie bezeichnen wollen, doch erstens ist eine solche überhaupt noch nicht festgestellt, und zweitens möchte

ich annehmen, dass es eine solche überhaupt nicht geben kann, da doch der Nerv leitungsfähig bleibt, wie die Pupillenreaktion beweist, wenn auch das Bild nicht zur Perception gelangt. Ich möchte also in diesem Falle lieber annehmen, dass es sich um eine anatomische Erkrankung des Gehirns oder des Opticus handelt, die zunächst unmerkliche Störungen machte. Durch den grossen Schreck, den die Pat. bekam, wurde die gestörte Funktionsfähigkeit des Nerven zur Funktionsunfähigkeit herabgesetzt. Diese Herabsetzung der Leistungsfähigkeit des Nerven oder vielleicht auch der lichtleitenden Bahnen im Gehirn muss als hysterischer Vorgang nach der vorausgeschickten Definition unbedingt aufgefasst werden. Wir hätten es also hier mit einer Kombination von Hysterie mit einer organischen Erkrankung zu tun. Dass eine solche Kombination sehr leicht möglich ist, leuchtet ohne weiteres ein; dass sie aber auch in einem gewissen Kausalitätsverhältnis zu einander stehen können, beweist die Beobachtung Jollys, dass nach hysterischen Anfällen zeitweilige Veränderungen des Opticus wahrzunehmen sind und zwar im Sinne einer bläulich verfärbten Stauungspapille. Dass eine derartige Stauungspapille eine Amblyopie bewirken muss, ist selbstverständlich, und so würde nach unsern obigen Ausführungen diese Beobachtung eine sehr gute Erklärung für das verhältnismässig häufige Vorkommen der hysterischen Amaurose geben. Wie vorsichtig man aber mit der Diagnose der hysterischen Funktionsstörungen überhaupt sein muss, soll folgendes

beweisen. Charcot führt einen Fall von Paraplegie an, der mit abwechselnder Besserung und Verschlimmerung einherlief. Als Pat. im Zustande einer relativen Besserung an einer akuten interkurrenten Erkrankung starb, stellte sich bei der Sektion als Nebenbefund heraus, dass er an einer Seitenstrangsklerose gelitten hatte. In unserem ersten Falle nun ist ja allerdings das Auge von so schweren Schädigungen getroffen, dass ja auch zentrale Veränderungen im Gebiete der Sehstrahlung durchaus denkbar erscheinen. Trotzdem aber müssen wir wohl den amaurotischen Zustand als hysterisch bezeichnen, indem wir nach der am Anfang unserer Betrachtung wiedergegebenen Definition Binswangers annehmen, dass eben dem veränderten Zustand des Nerven nicht die Amblyopie, die beim sonst gesunden Menschen die Folge einer solchen dauernden Reizung sein würde, entspricht, sondern die vollständige Amaurose, indem der affizierte Nerv die Fähigkeit, die empfangenen Reize zur Perception zu bringen, verliert, wobei ich unter „Nerv“ hier die gesamte zentrale Sehleitung verstehen möchte.

Man muss also auch in dem Falle von hysterischer Funktionsstörung sprechen, wo zwar eine anatomische Veränderung der befallenen Organe besteht, die Höhe der Funktionsstörung aber nicht im Verhältnis zu der Schädigung steht. Allerdings möchte ich folgende Einschränkung machen. Es ist bekannt, dass luetische Verdickungen der Gefässwandungen oder Auflagerungen auf die Meningen, wenn solche in der Gegend des

Chiasma sich etablieren, zu einer vollständigen Amaurose führen können, die nach einer antiluetischen Kur, welche die Verdickungen zum Schwinden bringt, ebenfalls zurückgeht. Ferner müssen wir natürlich alle diejenigen Fälle von der Diagnose der hysterischen Amaurose ausschliessen, bei welchen nach Vergiftungen, aufreibenden Krankheiten oder grossen Blutverlusten sich eine Erblindung zunächst ohne ophthalmoskopischen Befund einstellt, bei denen sich aber nach Jahren eine Atrophie des Opticus oder Ischaemia Retinae entwickelt.

Ich gehe jetzt zu den statistischen Angaben über Kron unterscheidet 3 Formen des einmaligen amaurotischen Anfalles, nämlich

1. transitorische Form (bis zu einigen Tagen Dauer),
2. kurzdauernde Form (2—6 Wochen),
3. langdauernde Form (4 Monate bis zu 10 Jahren).

Die wiederholten Fälle scheidet er in

1. intermittierende (regelmässig wiederkehrende),
2. rezidivierende (in unbestimmten Intervallen wiederkehrende).

Einmal trat die Amaurose auf in 32 Fällen, wiederholt in 13 Fällen. Angaben fehlen in 4 Fällen.

Die drei Formen des einmaligen Anfalles sind gleich häufig, nämlich 11, 11, 10 und daher meiner Ansicht nach zu Unrecht unterschieden.

Der wiederholte Anfall trat in der ersten Form 4mal, in der zweiten Form 9mal auf.

Bei der Untersuchung über das Geschlecht kommt er zu dem Resultat, dass das männliche Geschlecht

an den leichten Formen mit einer relativ hohen Ziffer 3:8 gegenüber dem weiblichen beteiligt ist (das Verhältnis überhaupt ist nach Briquet 1:20), und dass das männliche Geschlecht immer mehr zurücktritt, je schwerer die Form wird, so dass unter den 13 Fällen des wiederholten Anfalles nur ein Mann ist.

Ueber das Verhältnis der Doppel- zur Einseitigkeit finden wir, dass bei der transitorischen Form zwei einseitige neun doppelseitigen Fällen gegenüberstehen, während bei den übrigen Formen des einmaligen Anfalles das Verhältnis 1:1 besteht. Unter den 13 Amaurosen mit wiederholten Anfällen finden sich acht einseitige und drei doppelseitige mit Anfällen von kurzer Dauer und zwei doppelseitige mit langdauernden Anfällen.

Nach dem Alter verteilen sich die Fälle folgendermassen:

Alter	—10	—20	—30	—40	—50	—60
Hysterie	8%	50%	28%	10%	3%	1%
Amaurose	0%	46%	35%	13%	4%	1%

Die Zahlen für die Entstehung der Hysterie überhaupt, die Zahlen der zweiten Reihe, sind den von Gowers zitierten Angaben von Briquet und Landouzy entnommen, die Zahlen der dritten Reihe bezeichnen das Auftreten des ersten amaurotischen Anfalles und sind nach den Angaben bei Kron berechnet. Diese Tabelle zeigt also, dass sich das Eintreten der hysterischen Amaurose mit dem der Hysterie im allgemeinen deckt.

Betreffs der Aetiologie sind die Angaben so unvollständig, dass man zu einem auch nur einigermaßen befriedigenden Resultat nicht gelangen kann.

Ueber den Verlauf finden wir folgende Angaben: 38 Fälle sind wieder hergestellt worden, in den übrigen Fällen fehlt 4 mal die Angabe des endgiltigen Resultats, in 2 Fällen handelt es sich um nicht völlige Heilung und 6 mal blieb die Heilung ganz aus.

Zum Schluss spricht Kron noch über die Unterscheidung der hysterischen Amaurose von der simulierten und teilt dabei mit, dass sich hysterisch amaurotische auch den feinsten ophthalmiatischen Prüfungsmethoden gegenüber, wie z. B. beim Stereoskop, genau wie wirklich erblindete Personen verhalten; er nennt diese Unterscheidung dann besonders schwierig, wenn die Amaurose das einzige Symptom der Hysterie ist. Ich möchte annehmen, dass diese Erfahrung sich dadurch erklären lässt, dass in diesen Fällen die Unmöglichkeit, das zu Grunde liegende organische Leiden zu diagnostizieren, zu einer falschen Diagnose führt, die sich wie in den oben zitierten 12 Fällen von Wilbrand und Sängner vielleicht bei der Sektion als solche erkennen liesse.

Ueber die Therapie lässt sich gar nichts sagen, sie ist eben durchaus suggestiv. Dass auch Fälle durch Chinin oder andere Medikamente geheilt wurden, beweist für das Wesen der Hysterie eben so wenig, wie für oder gegen die Möglichkeit, dass alle diese Mittel suggestiv wirken, denn wie Czellitzer sehr richtig

sagt, beweist gerade die Mannigfaltigkeit der Mittel, dass eben keines durch seine pharmaco-dynamische Wirkung, sondern durch die Suggestion Einfluss auf die Krankheit gewinnt. Dass die suggestive Wirkung bei der Therapie im Vordergrunde steht, beweist ja am allerbesten der Umstand, dass viele Fälle durch eine rein suggestiv wirkende Behandlung, wie Hypnose und Anwendung der verschiedensten Einwirkungen der Elektrizität, eine Heilung erzielte. Aus diesen Betrachtungen ergeben sich also folgende Schlusssätze:

I. Von einer hysterischen Amaurose dürfen wir nur dann sprechen, wenn die Diagnose der Hysterie noch durch andere hysterische Symptome gesichert ist, oder die Autopsie einen negativen Befund ergibt. Wenigstens gilt das für die unheilbaren Fälle, doch möchte ich die letztere Bedingung auch auf jene vorübergehenden Fälle angewiesen sehen, wo die Amaurose das einzige Symptom der Hysterie ist.

II. Eine besondere Stellung der hysterischen Amaurose in der Reihe der funktionellen Störungen ist nicht anzuerkennen; infolgedessen gilt auch für die Prognose und Therapie derselben genau das Gleiche, wie für jedes andere hysterische Symptom.

Bemerken möchte ich noch, dass in der Litteratur noch eine grosse Anzahl anderer Fälle als der von Kron citierten finden, deren ich leider noch nicht habhaft werden konnte. Es wird die Aufgabe einer spä-

teren Arbeit sein, diese Fälle zu sammeln und eine vollständige Statistik aufzustellen, die, soweit ich jetzt übersehen kann, im Vergleich mit der hier citierten recht interessante Resultate zeitigen dürfte.

## Literatur.

1. Binswanger, Prof. Dr. Otto. Die Hysterie. Spezielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von Prof. Dr. Nothnagel Bd. XII. Wien 1904. p. 15.
2. Kron, Dr. H. Ueber hysterische Blindheit. Mendel, Neurologisches Centralblatt 1902 p. 584, 649. (Sitzung der Berl. Ges. für Psych. u. Nervenkrkht. vom 9. XII. 1901.)
3. Chrzeltzer, Dr. A. Ein Fall von hysterischer Blindheit, durch hypnotische Suggestion geheilt. (Berl. ophthal. Ges. 26. VI. 1902.) Therapeuth. Monatshefte 1903. p. 403.
4. Briquet, Traité clin. et thérap. de l'hystérie 1895 p. 294.
5. Mabillo; Perte intermittente de la vision bilatérale chez une hystéro-épileptique. Arch. de neurol. 1898 Mai.
6. Sänger, Ueber hysterische Augenmuskelstörungen. Neurol. Centrbl. 1898 p. 525.
7. Breuer und Freud. Studien über Hysterie. Leipzig und Wien 1895.
8. Breuer und Freud. Ueber den psychischen Zustand hysterisch. Phaenomene. Neurolog. Centralbl., 1893. p. 4. 43.
9. Cruchet, Hystérie juvénile chez une fillette de douze ans. Archives de neurologie 1901 No. 69.
10. Jolly, Hysterie und Hypochondrie. Ziemssens Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie 1877. XII, 2; p. 532.
11. Gowers, Nervenkrankheiten. Deutsch von Grube. 1892. II.
12. Charcot, Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière. Paris 1880.
13. Richer, Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie. Paris 1881.

Ausserdem die Lehrbücher der inneren Medizin und Nervenkrankheiten, sowie die einschlägigen Kapitel der grossen Handbücher und Sammelwerke.