

Hysterische Hautgangränen.

Von
Kurt Albrecht.

(Aus der Psychiatrischen Klinik der Charité, Berlin.
[Direktor: Geh. Med.-Rat. Prof. Dr. Bonhoeffer].)

Mit 1 Textabbildung.

Eingegangen am 3. Oktober 1921.

Hautgangränen sind bei Hysterischen eine nicht allzu seltene Erscheinung. Dabei ist ihre Entstehung bis heute umstritten, die einen halten sie für artifiziell, die anderen für spontan, ohne daß es ihnen bisher gelungen wäre, hierfür eine allgemein anerkannte Erklärung zu geben.

Das klinische Krankheitsbild, das bei den artefiziellen und spontanen Hautgangränen beschrieben wird, ist vollkommen das gleiche. Es handelt sich immer um regellos auftretende entzündliche Hautaffektionen, die plötzlich, sozusagen über Nacht, da sind — tatsächlich fällt ihre Entstehung häufig in die Nachtzeit. Eine einleuchtende Ätiologie fehlt stets, oft werden von den Patienten mehr oder weniger lange, oft jahrelang zurückliegende Traumen ursächlich verantwortlich gemacht. Die Affektionen beginnen meist mit entzündlicher Rötung und können dann alle möglichen Stadien der Entzündung zeigen, Infiltration, Blasenbildung, Geschwürsbildung, Nekrose. In jedem Stadium können sie abheilen, können Wochen oder Monate bestehen und, wenn sie abheilen, an anderer Stelle wieder auftreten. Die häufigen Rezidive sollen für die neurotische Spontangangrän charakteristisch sein, andererseits sind sie es auch für die Selbstverletzungen und zwar in dem Maße, daß z. B. v. Crippa dieses Moment geradezu als pathognostisch für Artefakte ansieht. So zieht sich die Gesamtdauer der Affektionen oft über Jahre hin. Immer ist es auffallend, daß das Allgemeinbefinden dabei gut bleibt, und daß ein hinreichender Grund für das Auftreten dieser Affektionen und ihrer zahlreichen Nachschübe fehlt, so daß Vorgesichte, Aussehen und Verlauf der Krankheit die „innere Logik“ (Bauer) vermissen läßt, wodurch eine gewisse Einförmigkeit der Krankengeschichten bedingt ist. Besondere klinische Symptome, die eine Differentialdiagnose zwischen einer Spontangangrän und einem

Artefakt zuließen, gibt es nicht. Als sicheres Zeichen dafür, daß man eine artifizielle Verätzung ausschließen kann, ist von Kaposi angegeben worden, die primäre Verschorfung des Papillarkörpers und des Coriums, bevor die Epidermis verändert ist. „Man sieht also durch die unveränderte Epidermis oder durch den Bläscheninhalt hindurch die nekrotische Verschorfung“. Daß dieses Symptom durchaus nicht den Anspruch erheben kann, beweisend zu sein, geht schon daraus hervor, daß man durch subcutane Injektion irgendeiner differenten Substanz artifiziell Nekrosen erzeugen könnte, die allen obigen Anforderungen gerecht würden. So wird auch tatsächlich auf dieses Symptom nicht allzu viel Wert gelegt, vielmehr auch von seiten der Anhänger der Lehre von der Spontangangrän immer darauf hingewiesen, daß man sich vor Täuschungen hüten müsse durch allergenaueste und strengste Beobachtung des Patienten.

Sieht man nun die Literatur über Spontangangränen durch und versucht sich ein Urteil zu bilden, so fällt einem sofort der Umstand auf, daß diese Lehre jeder einheitlichen Auffassung entbehrt. Das Fehlen einer Ätiologie, die unseren heutigen pathologischen Anschauungen entspräche, hat zur Aufstellung verschiedener, teilweise sich widersprechender Theorien geführt, und verschieden wie die Theorien sind auch die Namen. Als Vater der hysterischen Spontangangränen gilt Kaposi, der schon 1874 den ersten Fall von atypischem Zoster veröffentlicht hatte, und 1889 ein neues Krankheitsbild als (atypischen) Zoster gangraenosus hystericus an 4 Fällen beschrieb; als Ursache nahm er „eine zeitweilige Erkrankung oder Labilität der spinalen und vielleicht auch der cerebralen vasomotorischen Zentren“ an. Doutrelepont beschrieb 1886 einen Fall von akuter multipler Hautgangrān, der 1889 an Tuberculosis pulmonalis starb. Bei der Sektion (Ribbert) fehlte am Nervensystem jeder pathologische Befund. Doutrelepont betrachtet seinen Fall „nach Kaposi als auf hysterischer Grundlage beruhende, vasomotorische oder trophoneurotische Störung“ und will ihr den Namen Zoster gangraenosus hystericus atypicus recidivus universalis geben. Die meisten späteren Autoren von Spontangangränen haben sich dieser Ansicht angeschlossen, daß irgendwelche neurotrophische Einflüsse zu den Gangränen geführt hätten. Da nun aber die Existenz trophischer Nerven oder Nervenfasern nur eine Hypothese ist, so erschien Kreibisch diese Ätiologie unzureichend, und er gab deswegen eine neue Erklärung für diese Hautgangrān als einer „sympathischen Reflexneurose, bedingt durch eine gesteigerte Erregbarkeit des dominierenden Vasodilatorenzentrums“. Er teilt dabei 7 Fälle mit, die er zum Zoster hystericus bzw. zum Pemphigus neuroticus rechnet, und von denen er 4 Fälle selbst beobachtet hat. Bei diesen hat Kaposi versucht, die Hautveränderungen, die vollkommen dem

oben beschriebenen Krankheitsbilde entsprechen, auch experimentell hervorzurufen und zwar durch elektrische Reize, Kelenisierung von Nervenstämmen, durch Reizung mit Brennesseln, Einreiben von Kochsalz und durch Suggestion, was ihm auch fast regelmäßig prompt gelang. Nach $\frac{1}{4}$ —24 Stunden traten Hautveränderungen verschiedener Intensität auf. Diese deutete er als angioneurotische Entzündungen, bedingt durch vasomotorische Vorgänge, die als Reflexe auf peripherie oder zentrale Reize entstehen; und zwar äußere sich der Reflex in einer Vasodilatatorenreizung. Wegen der oft sehr langen Dauer des Reflexablaufes wird die Bezeichnung „Spätreflex“ eingeführt, und da die Phänomene durchaus nicht immer an der gereizten Stelle auftreten, wird der Satz aufgestellt: „Die vasomotorischen Veränderungen zeigen eine relativ große Unabhängigkeit vom Ort der Reizung“. — Für ein ähnliches Krankheitsbild, bei dem es sich aber ausschließlich um dysmenorrhöische Frauen handelte, und bei dem die Symmetrie der Veränderungen auffallend war, wollten Matzenhauer und Polland die angioneurotische Entzündung nicht gelten lassen, wollten es überhaupt von den ganzen hysterisch-neurotischen Dermatosen abgespalten wissen und beschrieben es als eine besondere, bisher noch nicht beobachtete Krankheit mit selbständiger Ätiologie unter dem Namen Dermatitis symmetrica dysmennorrhoeica. Sie gehen dabei aus von einem Falle, den Kreibisch in seiner Monographie „Die angioneurotische Entzündung“ als Fall 4 beschreibt, und den Polland als damaliger Assistent Kreibischs genau beobachtet hatte. Es handelt sich hier um ein 15jähriges Mädchen, das am ganzen Körper seit etwa 1 Jahre an rundlichen oder streifenförmigen, entzündlich-nässenden Hautstellen von auffallender gesetzmäßiger Symmetrie litt; diese Hautaffektionen waren zusammen mit „Aufregungszuständen und Nervenkrisen“ aufgetreten nach einem geschlechtlichen Attentat, dem das Kind im 14. Lebensjahr zum Opfer gefallen war. Außerdem wird noch angegeben, daß die Patientin unregelmäßige und schwache Menstruationen hatte. Außer diesem Fall werden noch 4 Fälle angeführt, bei denen es sich auch um jüngere weibliche Individuen mit diesen eigenartigen symmetrisch auftretenden Hautgangrändern und Menstruationsstörungen handelte. Außer dieser strengen Symmetrie zeigen diese nichts besonderes, treten, wie die anderen, auch mit Vorliebe nachts auf, beginnen mit Rötung und gehen in eine nässende oder mit gelben Krusten bedeckte Fläche über, manche mit Blasenbildung und manche mit Ausgang in Nekrose. Nach Matzenhauer und Polland handelt es sich hier um eine idiopathische Erkrankung, und zwar eine „Allgemeinerkrankung, höchstwahrscheinlich bedingt durch toxische Stoffwechselprodukte infolge Funktionsausfalles des Follikelapparates der Keimdrüsen“. Von Kreibisch wurde dieses ganze Krankheitsbild nicht als selbständig anerkannt, vielmehr seinen

Angioneurosen zugerechnet, dagegen von Friedberg durch einen einschlägigen Fall bestätigt. Hier handelte es sich auch um eine dysmenorrhöische Frau, bei der besonders nachts angeblich unter Brennen Hautentzündungen auf Brust, Armen usw. auftraten („sonderbarerweise war der Rücken der Patientin von dieser Affektion stets verschont geblieben.“ Friedberg). Wenn diese Autoren also das ätiologische Moment dieser Affektionen in einer Hypofunktion der Ovarien sahen, so wollte Matthes vielmehr umgekehrt eine relative Hyperfunktion dafür verantwortlich machen, in dem er angab, daß die von ihm als asthenischer Infantilismus beschriebene Konstitution „den Stürmen der erwachenden Sexualität“ nicht standzuhalten vermöge: „Es komme dann, besonders zur Zeit der Menstruation, zu funktionellen Störungen in allen möglichen Organen, so auch der Haut“.

Für die Beurteilung aller dieser Theorien über die sogenannten „spontanen oder multiplen oder neurotischen oder hysterischen Gangränder“ überhaupt, wie des Herpes zoster gangraenosus hystericus Kaposi im besonderen, ist es sehr interessant zu wissen, wie Róna aus einem Anhänger der Spontangangränder zu ihrem Bekämpfer geworden ist. Noch 1900 in der Festschrift für Kaposi veröffentlichte er einen Fall von Herpes zoster gangraenosus hystericus Kaposi, den sowohl nach der Beschreibung als auch nach dem Bilde Kaposi selbst als seine Krankheitsform anerkannt hatte (schwere Hysterika, die seit 1 Jahr an immer wiederkehrenden Hautgangrändern litt). Róna hatte stets Verdacht auf Artefakt gehabt und deshalb der Patientin häufig nachgespürt, stets ohne Erfolg. In einer späteren Veröffentlichung 1905 berichtet Róna, daß die Patientin nach Hause entlassen sich noch öfters mit ihren Hautnekrosen vorgestellt habe. Plötzlich heilten nun diese Affektionen ohne jedes Zutun ab und traten nicht mehr auf, während sie vorher jeder Behandlung getrotzt hatten. Und das zu einer Zeit, als die Patientin, die vorher virgo intacta gewesen, eine puella publica geworden war und auf die Schönheit ihres Körpers bedacht sein mußte. — Außerdem konnte er noch 2 Fälle mitteilen, die dem Bilde des Herpes zoster gangraenosus hystericus Kaposi „aufs Haar“ ähnelten, bei denen es ihm gelungen war, den Artefakt durch Auffinden der Ätzmittel sicherzustellen, in einem 3. war es ihm gelungen, ihn wahrscheinlich zu machen. Diese Erfahrungen führten Róna zu dem Schluß, daß der Herpes zoster gangraenosus hystericus Kaposi sowohl, wie überhaupt die spontanen multiplen neurotischen Gangränder nichts anderes seien als artefizielle Läsionen.

Gegen die Angioneurosenlehre Kreibischs hat sich Török scharf gewandt, wobei er es aber ausdrücklich ablehnt, sich über den Zoster hystericus selbst zu äußern. Besonders unterzieht er die einzelnen Versuche an den Patienten einer scharfen Kritik. Bei der ersten Ver-

suchsperson ist ihm besonders auffallend, daß die Hautveränderungen bei den Experimenten häufig streifenförmig waren, was den Gedanken nahe lege, daß „die Kranke irgendeine reizende Substanz in gerader Linie über die Haut geführt bzw. die Haut in Streifenform mechanisch gereizt habe“. Indem Török auf mehrere Versuche Kreibischs im einzelnen eingeht, weist er ihm verschiedentlich nach, daß einerseits die Ergebnisse seiner Versuche nicht eindeutig sind, andererseits bei seinen Versuchsanordnungen Täuschungen nicht nur nicht ausgeschlossen, sondern wahrscheinlich sind. Mit gutem Recht glaubt er daher behaupten zu können, daß alle diese Hautveränderungen auf artefiziellem Wege erzeugt worden sind. — Kreibisch hat auf diese scharfe Kritik seiner Versuche und der Angioneurosenlehre 3 Wochen später geantwortet, ohne aber auf die einzelnen von Török angezweifelten Versuche einzugehen, so daß dadurch eine wesentliche Klärung der Streitfrage nicht erzielt worden ist.

Gegen die neue Krankheit *Dermatitis symmetrica dysmenorrhoeica symmetrica* hat sich 1916 Rasch gewandt und darauf hingewiesen, daß dieses Krankheitsbild schon lange bekannt ist, daß nämlich schon 1875 Erasmus Wilson diese Affektionen unter dem Namen *Neurotic excoriation* beschrieben hatte, und daß sogar die artefizielle Natur dieser Erkrankung etwas später von Living und Fox erkannt worden war. Gleichzeitig teilt er einen selbst beobachteten Fall mit, wo eine Frau auf ihrem Körper mit nicht weniger, als 130 streifenförmigen und, wie aus der Abbildung hervorgeht, streng symmetrischen Excoriationen bedeckt war. Nach ihrem eigenen späteren Geständnis hatte die Patientin dieselben hervorgebracht, „indem sie mit dem Daumen, der mit einer sehr dicken und harten Oberhaut versehen war, an der betreffenden Stelle fest hin- und herriebe“. — Soweit ich feststellen konnte, haben sich weder Matzenhauser noch Polland zu dieser Arbeit geäußert, wohl aber veröffentlicht Polland noch 1917 weitere Fälle „zur Klinik und Ätiologie der *Dermatitis dysmenorrhoeica symmetrica*.“ — Nicht nur gegen diese, sondern überhaupt gegen alle Theorien, die die Ursache der Gangränen in einer Dysfunktion der weiblichen Keimdrüse suchen, ist 1918 Bauer zu Felde gezogen, indem er als einen Fall sogenannter *Dermatitis dysmenorrhoeica symmetrica* die Krankheitsgeschichte eines Mannes, nämlich eines 19jährigen hysterischen Infanteristen, veröffentlichte, der in der Nacht plötzlich auf beiden Gesichtshälften vier symmetrische excorierte Hautstellen an der Stirn und den unteren Orbitalrändern bekam. Auf die Frage des Arztes, womit er sich das Gesicht verätzte hätte, behauptete er, in der Nacht einen Anfall gehabt zu haben, wobei er sich die Stellen wahrscheinlich mit den Fingern hervorgerufen habe. — „Nachdem nunmehr bewiesen ist,“ schließt Bauer, „daß auch Männer an dieser Dermatose leiden

können, muß natürlich die Theorie fallen, die die Ursache der Hautaffektionen in einer toxischen Substanz sieht, die ihre Entstehung einer Dysfunktion der Ovarien verdanke“.

So ist jede dieser verschiedenartigen Theorien über die Entstehung der Spontangangränen angegriffen worden; wenn man sich nun aber fragt, ob damit die Möglichkeit einer Spontanentstehung widerlegt sei, so muß man sich vor der Beantwortung über die Grenzen des überhaupt Beweismöglichen klar sein. Dadurch nämlich, daß von anderer Seite ähnliche Hautveränderungen als Artefakte entlarvt worden sind, daß Artefakte bei weitem die Mehrzahl bilden, und daß man in den Fällen von Spontangangrän eine Selbstbeschädigung wahrscheinlich macht, läßt sich niemals der klare Beweis liefern, daß nun alle ähnlichen Hautveränderungen artefiziell seien. So glaubt z. B. Cassirer, wohl der beste Kenner der vasomotorisch-trophischen Neurosen, der außerdem der multiplen neurotischen Hautgangrān einen weitgehenden Skeptizismus entgegenbringt, daß auch bei schärfster Kritik doch einige Fälle von nicht artefizieller Gangrān übrigbleiben.

Eine vermittelnde Stellung zwischen beiden Lagern nimmt Bettmann ein, der zwar die Häufigkeit der Selbstverletzungen zugibt, aber annimmt (1900), daß diese Selbstbeschädigung wenigstens in einem Teil der Fälle eine Haut von verminderter Widerstandsfähigkeit trafe; und zwar sollen Analgesie und trophische Störungen dabei eine Rolle spielen. — Diese Hypothese glaubt er durch experimentelle Untersuchungen bestätigt gefunden zu haben (1903), die er an einer Hysterika, die sich mit Lysol Hautnekrosen beigebracht hatte, und zur Kontrolle an einem Studenten vornahm. Die Versuche ergaben, daß bei der Patientin 15—20% Lysol, auf umschriebene Hautpartien aufgepinselt und nach wenigen Sekunden abgewaschen, in 12—36 Stunden zu Nekrosen, einmal zur Blasenbildung führten, während sie beim Gesunden nur höchstens geringfügige Rötungen hervorriefen. Diese Versuche wurden ausgeführt „unter allen Kautelen der klinischen Beobachtung, die es unmöglich erscheinen lassen, daß eine nachträgliche Einwirkung seitens der Patientin stattgefunden hätte“. — Auf Grund dieser Beobachtung hält es Bettmann für erwiesen, daß unter allen Umständen das Hineinspielen abnorm trophischer Beeinflussungen in Betracht gezogen werden müsse, und glaubt, daß man unter Berücksichtigung ähnlicher Fälle, wo Nekrosen durch Nadelstiche, Einreiben von Kochsalz usw. entstanden seien, schließlich dazu gelangen könne, „sogar Fälle offenkundiger Selbstbeschädigung als ‚Demi-Simulation‘ aufzufassen. Damit ist aber die scharfe Grenze der neurotischen Spontangangrān gegenüber verwischt; denn auch bei dieser bedarf es wohl eines äußeren Anstoßes, mag er noch so gering sein, um die Nekrose auszulösen“.

Diesen Folgerungen gegenüber scheint mir doch eine gewisse Zurückhaltung am Platze. Ist es doch ein gewaltiger Unterschied, ob ein Kranker, der beispielsweise an einer Syringomyelie leidet, infolge An- oder Hypästhesien nicht mehr die kleinen Schädlichkeiten des täglichen Lebens vermeiden kann und sich so durch dauernde zufällige kleinste Verletzungen eine „trophisch-neurotische“ Entzündung zuzieht, oder ob sich eine Hysterika mehr oder weniger starke Lysolösung in die Haut einreibt, um sich dadurch krank zu machen. — Es ist für diese Frage doch ganz belanglos, ob die Haut eines Menschen gegen eine beliebige Substanz mehr oder weniger empfindlich ist, diese Erkenntnis ist doch nicht neu, die Frage vielmehr die, ob wir es hier mit einer Erkrankung auf organischer Grundlage oder ob wir es mit Personen zu tun haben, die sich durch Selbstbeschädigungen krank machen wollen. — Zudem können die Versuche Bettmanns nicht als beweisend angesehen werden, weil die Versuchsanordnung in den verglichenen Fällen nicht dieselbe war, wie aus der Dissertation Lewontins hervorgeht, an dem die Versuche vorgenommen wurden. Denn die Versuche sind einmal ausgeführt an Personen verschiedenen Geschlechtes, die Haut der Frau ist gewöhnlich zarter, als die des Mannes, dann verschiedener Rasse, Lewontin ist russischer Jude, an verschiedenen Körperteilen, bei der Hysterika am Rücken, während sie bei Lewontin am Arm gemacht wurden. Dazu kommt, daß auch bei Lewontin sich nach 1 Stunde an der Stelle, wo mit 25 proz. Lysolösung geätzt worden war, eine geringe Rötung zeigte, die allerdings nicht bis zum Abend vorhielt, und er selbst angibt, daß auch bei der Patientin „bei schwächerer Konzentration“ (welcher?) „zuerst nur eine Rötung entstand, aus der erst nach 1—2 Tagen die Nekrose sich entwickelte“. Rechnet man hier noch hinzu, daß es nicht gänzlich auszuschließen ist, auch nicht bei genauester klinischer Beobachtung, daß die Patientin in den 1—2 Tagen durch Reiben oder dergleichen die Reaktion der schon entzündeten Partie verstärkt hat, so kann man aus dem ganzen Versuch nur noch den Schluß zulassen, daß die Haut der Patientin etwas zarter war, als die des russischen Juden.

Ich glaube, damit die hauptsächlichsten Theorien, die die Spontangränen auf organische Veränderungen zurückzuführen suchen, angeführt zu haben. Von einer ganz anderen Seite aus wollen die Versuche, durch Suggestion entzündliche Hautveränderungen herbeizuführen, das Problem packen. Und in der Tat müßte man bei unserer heutigen Auffassung der Hysterie, wo nach Reichardt die hysterische Reaktion alle diejenigen Symptome hervorbringen kann, welche durch die gesteigerte Suggestibilität einschließlich der Hypnose hervorgerufen werden können, wohl zugeben, daß, wenn es wirklich gelänge, durch Fremdsuggestion im Wachzustand oder in der Hypnose Hautveränderungen

hervorzurufen, auch endogene psychische Reize zu entsprechenden Veränderungen führen können. Auf diese Folgerungen haben besonders Heller und Schultz hingewiesen, von denen auch ein Fall hypnotisch erzeugter Blasenbildung veröffentlicht worden ist. In der neueren Literatur liegen nur wenige derartige Beobachtungen vor, und bei der entscheidenden Wichtigkeit dieses Punktes habe ich mich bemüht, sie möglichst vollzählig aufzuführen.

Binswanger gibt in seinem Werke über Hysterie (S. 583) von 2 Fällen die Literatur an und spricht von ihnen als „neuere sichergestellte Erfahrungen über vasomotorische resp. exsudative Wirkungen hypnotischer Suggestionen“. (Jendrassik, Verein d. Ärzte in Budapest 1889; Mabille, Archive d. Neurologie 1886.) — Nach Török handelt es sich in dem Falle Mabilles um Hautveränderungen — eine Anschwellung der Haut in Form von Buchstaben —, die dem Dermographismus (Urticaria factitia) äußerst ähnlich sind, und die sich der Patient wahrscheinlich durch mechanische Reizung der Haut mittels seiner Fingernägel erzeugt hat; gegen den Fall Jendrassik macht derselbe Autor geltend, daß die auf der Haut in Form von Buchstaben aufgetretenen Blasen der Form nach gar nicht dem zum Suggestionsexperiment benutzten Wäschebuchstaben entspreche, und daß der Patient auch nicht gehörig überwacht worden sei.

v. Schrenck-Notzing veröffentlichte 1896 eine Reihe sehr interessanter und lehrreicher Versuche, die mehrere Ärzte und psychologisch interessierte Laien an einem gesunden Dienstmädchen vornahmen. Während der erste Versuch, Brandblasen auf die Haut zu suggerieren, unter einer Gazebinde und ohne näher angegebene Kontrolle prompt gelang, fiel der zweite unter einem komplizierten Papphülsenverbande und ständiger ärztlicher Beobachtung schon recht zweifelhaft aus — der Verband war verschoben, die Hautveränderungen saßen nicht an der suggerierten, sondern an einer weniger gut gegen äußere Einwirkungen gestützten Stelle — der dritte Suggestionsversuch endlich fiel unter einem Gipsverband und ständiger ärztlicher Kontrolle vollkommen negativ aus. — v. Schrenck-Notzing zeigte dann, daß auch die früheren Versuche von Liébeault, Bernheim, Moll, Forel und v. Krafft-Ebing einer schärferen Kritik zu viel Blößen zeigen, um überzeugend zu sein, und kommt zu dem Schluß, daß „die Behauptung sogenannter suggestiv erzeugter Vesiculation bis jetzt keineswegs mit wissenschaftlicher Gründlichkeit erwiesen ist.“ Gegen diese Auffassung macht Forel geltend, daß v. Schrenck-Notzing das schönste und beweiskräftigste Experiment übersehen habe, nämlich das Wetterstrands, dem es gelang, einem 19jährigen Epileptischen zwei Brandblasen auf die Haut zu suggerieren. v. Schrenck kann darauf hinweisen, daß dieses Experiment von Wetterstrand

selbst bisher nur beiläufig erwähnt worden war, daß aber auch die von Forel jetzt mitgeteilte Versicherung des Experimentators, „das Objekt wurde die ganze Zeit (8 Stunden) genau kontrolliert und überwacht“, nicht die genaue Beschreibung der Versuchsanordnung ersetzt, „welche allein den Maßstab über die Stichhaltigkeit des Experimentes bietet“.

1906 beschreibt Kreibisch zusammen mit Doswald zwei Experimente. Im ersten entsteht posthypnotisch bei einem gesunden Assistenten in 10 Minuten in Anwesenheit von 3 Ärzten unter ihren Augen eine linsengroße Blase. Bei dem zweiten war die Versuchsperson eine Wärterin, bei der sich beim Hauptversuch unter einem komplizierten Verbande eine kronengroße hyperämische Stelle zeigte. Von beiden Fällen wurden histologische Präparate gemacht und von Kreibisch auf dem 9. Dermatologischen Kongreß in Bern (1906) demonstriert, wo sie aber dem größten Skeptizismus begegnet sind. Auch Török glaubt, beiden Fällen mit einer gewissen Zurückhaltung entgegntreten zu müssen, weil frühere Versuche Kreibischs der Kritik eine große Angriffsfläche boten und die eine Versuchsperson, die Wärterin, ganz sicher nicht einwandfrei sei, da Török früher von ihr nachgewiesen habe, daß sie dabei den Experimentator durch selbst zugefügte Beschädigungen hinters Licht geführt hat.

Auf dem nächsten Kongreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft in Berlin teilten Kohnstamm und Pinner einen Fall mit, bei dem es gelungen war, durch Suggestion eine Blase unter einem mit Leukoplaststreifen befestigten Uhrschälchen zu erzeugen. — Török kann auch diesem Versuch nicht die geringste Beweiskraft zusprechen, da der Uhrglasverband schon 20 Stunden vor dem hypnotischen Auftrag angelegt worden war, so daß die Patientin während dieser Zeit reichlich Gelegenheit hatte, um ätzende Substanzen unter das Uhrglas zu bringen, zumal sie schon vor 3 Jahren von Kohnstamm zu ähnlichen Versuchen benutzt worden sei. Auch Forster ist nach mündlicher Besprechung mit Kohnstamm zu der Überzeugung gekommen, daß der Fall „nicht im geringsten überzeugend“ ist. „Die ganze Versuchsanordnung entspricht keineswegs den Anforderungen“.

Einer Patientin, die seit 3 Jahren an multipler neurotischer Hautgangrän litt, und bei der eine „Hypno-Therapie“ eingeleitet worden, suggerierte v. Szöllösy (1907) in der Hypnose eine Verbrennung der rechten Hand; am anderen Morgen hatte sich eine ziemlich tiefe, talergroße, unregelmäßig begrenzte Hautnekrose entwickelt. — Auch gegen diesen Versuch muß geltend gemacht werden, daß über die Art der Beobachtung nichts mitgeteilt wird, zumal der ganze Fall, ich meine hier auch die früher aufgetretenen Hautnekrosen, der artefiziellen Entstehung nicht unverdächtig ist; v. Szöllösy hat diesen Verdacht selbst gehabt, als auch im Krankenhaus diese Nekrosen aufgetreten waren:

Patientin wurde damals „sofort unter strenge Aufsicht gestellt und allstündiglich beobachtet“, aber über die Art der Aufsicht wird auch hier nichts mitgeteilt.

Heller und Schultz hatten 1908 einem 19jährigen Zimmergesellen bei einem Demonstrationsabend suggeriert, „eine auf den linken Handrücken gelegte Münze sei glühend, sie werde ihn verbrennen.“ Bei der nächsten nach 3 Wochen erfolgten Demonstration gab Patient spontan an, er hätte „seit einiger Zeit eine Blase auf dem linken Handrücken bemerkt, die sich jeden Morgen ohne Schmerzen entwickelte, und die er täglich mit einer Nadel öffne.“ Der Befund ergab einen oberflächlichen Epitheldefekt genau an der suggerierten Stelle. — Heller und Schultz nahmen eine Wiederholung des Experimentes vor und, um einen etwaigen Betrug ausschließen zu können, nahmen sie Patient dazu in die Klinik auf. Hier wurde ihm in der Hypnose ein Markstück auf den linken Handrücken gelegt mit der Suggestion einer Verbrennung, die zur Entstehung einer Blase führen würde. Dann wurde „um die Hand des Patienten ein trockener nach allen Seiten abschließender Watteverband angelegt und der Knoten der Binde versiegelt.“ Die Suggestion gelang, nach 6 Stunden wurde folgender Befund erhoben: „In der Mitte der oberen Hälfte des linken Handrückens, da, wo das Geldstück gelegen hatte, findet sich eine lebhaft gerötete, runde Efflorescenz von genau Markstückgröße. . . . Am unteren linken Quadranten ist die Epidermis zu einer flachen, harten, augenscheinlich wenig Flüssigkeit enthaltenden, unregelmäßig begrenzten Blase abgehoben. In Verbindung mit dieser Blase steht eine 2,5 cm lange und $1\frac{1}{2}$ cm breite ebenfalls ziemlich harte, blasige Abhebung der Epidermis, die über den dritten Metacarpus nach abwärts verläuft.“ — Abgesehen davon, daß auch in diesem Falle über die Beobachtung des Patienten nichts mitgeteilt wird, bedürfen hier noch 2 Punkte der Aufklärung: Erstens, wie kommt es nach der ersten Suggestion einer Verbrennung zu der überaus seltsamen und befremdenden Erscheinung einer Hautblase, die 3 Wochen lang jeden Morgen entsteht und des Abends wieder vergeht. Zweitens, wie konnte durch Suggestion einer Verbrennung durch eine auf die Hand gelegte Münze neben einem kreisrunden Entzündungsherd eine 2,5 cm lange und $1\frac{1}{2}$ cm breite blasige Abhebung der Epidermis entstehen? — Suchen wir zuerst die zweite Frage zu beantworten, so ist die Entstehung des entzündlichen Streifens durch Suggestion nicht zu verstehen, denn er ist ja gar nicht mitsuggeriert worden. Wohl aber macht das Bild durchaus den Eindruck, als ob es durch eine reizende Flüssigkeit entstanden ist, die die kreisrunde entzündliche Stelle hervorgerufen hat, wobei dann ein Teil der Flüssigkeit zungenförmig herabgelaufen ist. Ist doch von mehreren Seiten z. B. von Bauer darauf hingewiesen worden, daß „besonders distalwärts von einer größeren

Efflorescenz nach abwärts verlaufende Entzündungsbezirke, Blasen oder Ulcerationen, durch ihre Gestalt dem Beobachter den Gedanken an eine Entstehung durch herabfließende Flüssigkeit geradezu aufdrängen“. Diese Entstehung ist bei der Art des Schutzverbandes nicht unmöglich. Auch das Verhalten des Patienten widerspricht dieser Erklärung nicht, denn — und damit kommen wir zur Beantwortung der ersten Frage — das rätselhafte tägliche Entstehen und Vergehen der Blase ist ein pathologisch-anatomisches Wunder, eine Unmöglichkeit und nur durch einen lügnerischen Täuschungsversuch des Patienten zu erklären. — So können wir Heller und Schultz nicht zugeben, „daß die Möglichkeit einer nervösen Entstehung solcher Erscheinungen durch hypnotische Erzeugung erwiesen ist,“ durch diese Beobachtung wenigstens sicher nicht, und auch seine weitergehenden Folgerungen, daß sich danach „wohl manche Fälle von Ulcerationen und Gangränen bei Hysterischen durch Autosuggestion erklären“ ließen, müssen wir selbstverständlich ablehnen.

Bei der Besprechung von Veröffentlichungen ist nun bisher oft gegen die Beweiskraft der einzelnen Fälle der Einwand erhoben worden, die Kontrolle sei nicht scharf genug gewesen, um einen Betrug ausschließen zu können. Wie scharf aber tatsächlich die klinische Beobachtung sein muß, um sich vor Täuschungen zu schützen, zeigt ein aus der Dermatologischen Klinik in Bonn von Philipp in seiner Dissertation mitgeteilter Fall. Dieser ist besonders lehrreich deswegen, weil die ersten Versuche, Hautveränderungen durch Suggestion zu erzeugen, scheinbar positiv ausfielen, so lange die Kontrolle eben nicht ganz genau war, bis dann erst bei schärfster Kontrolle der Beweis der artefiziellen Entstehung der suggerierten Hautveränderung erbracht werden konnte. Es handelt sich um eine 16jährige Fabrikarbeiterin, die schon mehrere Male wegen hysterischer Hautgangränen behandelt worden war. Es wurde ihr suggeriert, daß unter Anwendung faradischen oder galvanischen Stromes sich bei ihr Blasen entwickeln würden. Unter „festem“ Pflasterverband und unter einem sofort angelegten Stärkeverband gelangen die Suggestionsversuche zweimal prompt, trotzdem die Patientin, während der kurzen Zeiten, in denen sie ohne Verband war, stets unter Aufsicht gewesen ist. — Und sogar unter einem gefensterten Gipsverband, der vor dem Suggestionsversuch angelegt und dessen Fenster nach der Suggestion mit einem Uhrglas verschlossen, versiegelt und mit Stärkebinden geschützt worden war, war die Haut am nächsten Morgen diffus gerötet und die Epidermis begann sich abzuheben. Die Patientin war tagsüber unter ärztlicher Aufsicht gewesen, außerdem alle Stunden Kontrolle der behandelten Stellen. Nachts war sie sich allein überlassen. — Des Rätsels Lösung zeigte sich nach Abhebung des Gipsverbandsfensters: es „macht sich ein intensiver Essigsäuregeruch vernehmbar.

Die Filzpolsterung ist an dieser Stelle durchfeuchtet mit einer auf Lackmus stark sauer reagierenden Flüssigkeit.“ Am nächsten Morgen ist aus der Stelle eine bohnengroße Blase entstanden und in der Tasche der Patientin ein mit Eisessig getränkter Wattebausch gefunden worden; Patientin leugnet trotzdem, sich die Wunden zugefügt zu haben.

Da also bis jetzt Versuche, durch Suggestion entzündliche Hautveränderungen hervorzurufen, nicht geglückt sind, besteht auch heute noch v. Schrenck-Notzings oben wiedergegebenes Urteil zu Recht. Der einzige anscheinend positive Versuch Kreibischs an seinem Assistenten kann daran nichts ändern, so lange nicht auch von anderer Seite einwandfreie positive Resultate vorliegen. Deswegen muß auch die Hypothese, autosuggestive Vorgänge könnten die Ursache von Spontangangrändern sein, als sehr unwahrscheinlich bezeichnet werden.

Die ganze Lehre von der hysterisch-neurotischen Spontangangrändern verliert nun aber noch mehr an Wahrscheinlichkeit durch die Erfahrungen des Krieges. Denn hier trat dasselbe Krankheitsbild, das wir in Friedenszeiten fast ausschließlich bei weiblichen Individuen kennen gelernt haben, in gehäuftem Maße bei Männern auf, und von ärztlicher Seite zögerte man nicht mit der Diagnose Artefakt. Die hierüber vorliegenden Arbeiten, ich erwähne die von v. Crippa, Bauer, Touton ziehen bei ihren Fällen die Differentialdiagnose gegen die hysterisch-neurotische Spontangangränder kaum in Betracht. Bauer schreibt: „Die Geschichte des Pemphigus hystericus verzeichnet außer manchen richtigen Beobachtungen ganz zweifellos eine Menge von Opfern ihrer Patienten. Ebenso verhält es sich mit der erst kürzlich (1911) unter dem Namen Dermatitis symmetrica dysmenorrhoeica beschriebenen Dermatose“. Und nach Touton unterliegt es keinem Zweifel, daß sich hierbei die bedeutendsten Autoren haben täuschen lassen. — Wie zahlreich die artefiziellen Hautverletzungen besonders gegen Ende des Krieges wurden, geht daraus hervor, daß im Jahre 1917 ein Erlass des Kriegsministeriums auf die starke Verbreitung von artefiziellen Hautkrankheiten und die Simulation von Hautleiden hinweisen mußte (Touton). v. Crippa, der an einem k. u. k. Reserve-spital tätig war, gibt eine Verordnung an, „daß bei Hauterkrankungen, welche den Verdacht erwecken, künstlich hervorgerufen zu sein, dem Patienten über die erkrankten Stellen ein fester Verband angelegt werde, Gips- oder Blaubinden, damit er nicht in die Lage kommen könne, seine kranken Hautstellen zu reizen und ihre Abheilung zu verhindern.“

Zusammenfassend dürfen wir unser Urteil über die hysterische Hautgangränder wohl mit Recht dahin abgeben, daß es sich dabei fast immer um Artefakte handelt.

Ist unsere Auffassung aber richtig, so muß sie sich auch in das Krankheitsbild der Hysterie restlos einfügen, dies ist gewissermaßen der Prüfstein für ihre Richtigkeit. — Bei der Annahme neuro-trophischer Spontangangränen bestand immer die Schwierigkeit, diese Erscheinungen in dem Symptomenkomplex der Hysterie einzugliedern. So sehen wir, daß Charcot und seine Schule die bei ihren Patienten häufig beobachteten Hautnekrosen als vasomotorische Diathese auffaßten. Babinski lehnt eine auf dem Boden der Hysterie entstehende vasomotorische Störung vollkommen ab. Auch Lewandowsky nimmt an, „daß diese trophischen Störungen der Hysterie nicht zugerechnet werden dürfen.“ Wenn also schon bei der älteren Auffassung der Hysterie, als einer einheitlichen Krankheit, die Notwendigkeit bestand, von der Hysterie die Spontangangränen abzutrennen, so ist für sie bei der modernen Auffassung, die die Hysterie „als eine abnorme Reaktionsweise des Individuums“ (Gaupp) ansieht, überhaupt kein Platz mehr. Der Ausweg, die Hautgangränen durch eine neuro-pathische Konstitution zu erklären, die neben der psychopathischen besteht, ist unbefriedigend; würde er doch auch nicht erklären, warum gerade diese Art der Neuropathie fast nur bei Hysterischen vorkommt. Daß dies aber der Fall ist, zeigt u. a. eine Statistik Geyers (1907), in der von 95 seit Kaposi veröffentlichten Fällen spontaner und artefizieller Gangränen nur 14 Fälle als psychisch gesund, die übrigen unter der Diagnose Hysterie oder wenigstens mit zweifellos hysterischen Symptomen aufgeführt werden. Bei 15 Fällen fehlt überhaupt jede Angabe über das psychische Verhalten. — Für die Auffassung der Hautgangränen als Artefakte spricht aber, daß Selbstbeschädigungen bei Hysterie eine gar nicht so seltene Erscheinung sind und sie durchaus zu der heutigen Auffassung der Hysterie stimmen. So spricht Kraepelin geradezu von einem „Selbstbeschädigungstrieb bei der Hysterie, bei der die natürlichen Regungen durch den Wunsch unterdrückt werden, die Krankheit als Waffe im Daseinskampf möglichst auszunutzen.“

Die Motive für Selbstverletzungen sind demnach dieselben wie für jede andere hysterische Reaktion. Bei den Selbstbeschädigungen im Kriege ist das ganz klar, auch für die meisten Fälle der Friedenszeit, wo man gewöhnlich Arbeitsscheu als Ursache annehmen kann. Wo aber dafür keine Anhaltspunkte vorhanden sind, so besonders in wohlhabenden Kreisen, müssen wir eben in Betracht ziehen, daß es sich bei den Personen, die sich Selbstverletzungen beibringen, fast immer um psychopathische, häufig um debile Individuen handelt, deren verworrenen Gedankengängen schwer auf die Spur zu kommen ist. „Je erheblicher die abnorme Veranlagung, desto belangloser kann die auslösende Ursache sein, und so kann der Anschein erweckt werden, als

ob manche hysterische Erscheinungen wie bei anderen Krankheiten ganz von selbst auftreten, weil eben die auslösende Ursache, ohne die es keine Reaktion gibt, unbemerkt bleibt.“ (Gaupp.) Als Motiv mehr sekundärer Natur kommt dann noch die Sucht vieler Hysterischer hinzu, durch ihre Krankheit eine Rolle zu spielen. — Strümpell hat in solchem Falle, wo er Arbeitsscheu nicht annehmen zu können glaubte, die Selbstverletzungen durch „eine Art Zwangshandlungen“ zu erklären versucht, bei der die bewußte Einsicht in die Handlungsweise fehle. Andere haben sich dieser Ansicht angeschlossen, so Schimmelbusch, der nicht glaubt, daß die Patienten sich ihrer Selbstverletzungen vollkommen bewußt sind, sondern annimmt, daß „derartige hysterische Selbstbeschädigungen zu den impulsiven Akten gehören, Zwangshandlungen sind und oft nur mangelhaft im Gedächtnis bleiben“. Wenn nun tatsächlich auch manchmal Patienten, nachdem sie der Selbstverletzung überführt worden waren, angegeben haben, sie hätten unter einem unerklärlichen Zwange so handeln müssen, so können derartige Äußerungen natürlich nicht als Beweisgründe angesehen werden. Besonders spricht aber gegen die Annahme von Zwangshandlungen der Verlauf der Krankheit: denn die Selbstbeschädigungen würden nicht plötzlich nach der Entlarvung aufhören, wie es gewöhnlich der Fall ist, da doch der innere Zwang auch nach der Entlarvung weiter bestehen müßte. Wo aber doch einmal die Selbstbeschädigungen nicht aufhören, liegt der Grund, wenn wir von den wiederholten Selbstverletzungen im Kriege absehen, für die ja bei der Durchsichtigkeit ihrer Motive Zwangshandlungen sicher nicht in Frage kommen, der Grund darin, daß die Überführung des Patienten nicht eindeutig gelungen war. So beschreibt Riecke einen Fall eines 20jährigen Mädchens, das, nachdem seine zahlreichen artefiziellen Hautnekrosen des Gesichtes zur Abheilung gebracht worden waren, „nach verhältnismäßig kurzer Frist wieder wie in früherer Zeit ein Gesicht voller roter Flecke und Krusten gehabt habe“, so daß die Eltern das Leiden für unheilbar hielten. Hier hatte sich aber die Patientin tatsächlich niemals der Selbstbeschädigung für überführt gehalten, wie aus der Krankengeschichte hervorgeht: Als die Affektionen ohne jede weitere Behandlung nur unter einem festen Verbande in 2—3 Wochen vollständig abgeheilt waren, und so für den ärztlichen Beobachter die artefizielle Entstehung unzweifelhaft geworden war, wurde ihr bei der Entlassung auf den Kopf zugesagt, sie hätte sich die Hautläsionen selbst beigebracht; das wurde von ihr aber nur „bedingt“ zugestanden. — Wenn also die Patientin schon im Krankenhause sich nicht für überführt gehalten hatte, so brauchte sie dies ihren gutgläubigen Eltern gegenüber um so weniger, als sie bei ihnen ihren Zweck, durch Hervorbringung von Hautnekrosen krank zu erscheinen, auch jetzt noch vollkommen erreichte. — Zu den Zwangshandlungen in enger

Beziehung stehen die Selbstverletzungen aus erotischen Motiven, und es wäre wunderbar, wenn diese Motive nicht auch als Ursache der artefiziellen hysterischen Hautgangränder angeführt worden wären, wo die Hysterie seit altersher mit dem Geschlechtsleben des Individuums verquickt worden ist. Aber diese Motive können wir durch eine kurze Überlegung bei unseren Fällen ausschließen. Denn diese Personen befriedigen ihre Triebe naturgemäß ganz im Geheimen und kommen mit ihren Wunden nicht zum Arzt oder, wenn sie doch den Arzt aufsuchen, dann tun sie es nicht, um ihm eine rätselhafte Hautkrankheit vorzuführen, sondern weil sie unter ihren krankhaften Trieben leiden und davon befreit sein wollen. Dann werden sie aber von vornherein ein offenes Bekenntnis ablegen und nicht, wie unsere Kranken den Arzt über die Entstehung ihrer Hautaffektionen möglichst zu täuschen suchen.

Endlich ist aber noch die Frage kurz zu erörtern, warum in unsrern Fällen gerade Hautgangränder und nicht irgendwelche gewöhnlicheren Symptome wie Lähmungen, Zittern, Krämpfe oder dgl. hervorgebracht werden. Hier haben wir uns daran zu erinnern, daß in den Krankengeschichten, auch in denen von „Spontangangrändern“ immer wieder der Umstand hervorgehoben wird, daß vor kürzerer oder längerer Zeit eine zufällige Verletzung bestanden hatte. Während bei den Spontangangrändern diese oft ganz geringfügigen Traumen verschiedentlich als Ursache der neurotischen Störungen angesprochen worden sind, finden sie bei unserer Auffassung ihre Erklärung in der natürlichen und einfachsten Weise darin, daß sie die Gelegenheitsursache darstellen, warum die betreffenden Individuen gerade dieses Symptom ausbilden, daß sie nämlich versuchen, die frühere Krankheit zu kopieren. Zu dieser Erklärungsweise sind wir um so mehr berechtigt, als auch für die Entstehung der anderen hysterischen Symptome vorhandene Zufälligkeiten, wie eine besondere Geschicklichkeit oder vasomotorische Erregbarkeit zur Erklärung herangezogen werden. Und noch ein anderer Umstand wird die Selbstverletzung unsern Patienten als besonders geeignet erscheinen lassen, nämlich der, daß ihre Umgebung, also Laien, anderen hysterischen Symptomen gegenüber leicht der Verdacht einer Verstellung kommt, sie eigentlich diesen Verdacht nie ganz los werden, während ihnen jede Wunde und nun erst diese immer wieder neu auftretenden Wunden als schwere Krankheit gewaltig imponieren und ihr gegenüber der Gedanke an Simulation überhaupt nicht aufkommt.

Für den Arzt erhebt sich natürlich die Frage, ob es sich denn bei den Hautgangrändern und überhaupt bei den Selbstverletzungen noch um Hysterie, und nicht einfach um Simulation handelt. Diese Frage läßt sich aber nicht beantworten, ohne auf das ganze Hysterieproblem etwas näher einzugehen. Denn bei der modernen Hysterieauffassung,

die die Willensrichtung in der Krankheitsdarstellung als das Wesentliche betont (Bonhoeffer, Gaupp, Kohnstamm u. a.) gibt es eine scharfe Grenze zwischen Hysterie und Simulation überhaupt nicht. Wie weit das geht, zeigen die neuen Definitionen der hysterischen Reaktion. Nach Forster besteht ihr Wesen darin, „daß das betreffende Individuum körperliche Erscheinungen produziert, die von der Umgebung als Leiden resp. Krankheit aufgefaßt werden sollen und ihm dadurch erwünschte Vorteile oder, was dasselbe ist, das Fortbleiben unerwünschter Geschehnisse erwirken sollen.“ Diese Definition, ebenso wie die Reichardts, daß eine Reaktion nur dann „hysterisch“ genannt werden darf, „wenn eine bestimmte Willensrichtung, Wunschrückrichtung, ein Zweck usw. die eigentliche Ursache der seelischen Reaktion ist“, treffen tatsächlich sowohl die Hysterie, wie die Simulation. Kretschmer geht sogar so weit, einen Unterschied zwischen Simulation und Hysterie überhaupt zu leugnen. „Mit dem Ausdruck Hysterie bezeichnen wir die gesetzmäßig wiederkehrenden Entstehungstypen und Entwicklungsformen der Krankheitsvortäuschung“. Zu dieser Auffassung kommt Kretschmer durch seine Lehre von den Gesetzen der willkürlichen Reflexverstärkung. Er sieht in der Entwicklung der hysterischen Reaktionen, die er am Beispiel des Schütteltremors zeigt, drei Stadien, deren erstes ein durch bestimmte starke Einwirkungen entstandenes Affektentladungssymptom ist, und nennt dieses den „akuten Affektreflex“. Von ihm werden Schlecht- und Gutwillige in gleichem Maße ergriffen, er ist also vom Willen unabhängig. Sein „akuter Affektreflex“ entspricht demnach etwa dem Schreckemotionskomplex Bonhoeffers. Erst in einem späteren Stadium kommt der Wille des Patienten hinzu, der allmählich unterschwellig werdende Affektreflex wird durch Zuleiten schwacher Willensimpulse verstärkt. Dies ist die Phase der „willkürlichen Reflexverstärkung“, und dieses Stadium wieder geht über in das der „chronischen Reflexeinschleifung“, wo der Reflex vom Willen unabhängig wird. In diesem Stadium forme nun das Gedächtnis den schon vorher unsicheren Tatbestand der Krankheitsentstehung nach der günstigen Richtung um, und es kommt bei den Patienten, entsprechend den Gesetzen der „katathymen Urteilsfälschung“ zu einer „Objektivierung“. Alle diese Vorgänge seien aber an sich überhaupt nichts Krankhaftes und „das“ spezifisch Hysterische fehle ihnen gänzlich, also, so folgert Kretschmer etwas gewaltsam, „ist Hysterie Vortäuschung schlechthin“. — Diese an sich geistvolle Zerlegung der hysterischen Reaktion hat zwei Schwächen. Die erste besteht darin, daß die grundlegende Erkenntnis der Friedenszeit, die Willensrichtung sei das Wesentliche des Hysterischen, hier stark zurücktritt gegenüber einer Überschätzung der Schreckneurose. Wenn auch Bonhoeffer und Kraepelin von der Hysterie die Schreck-

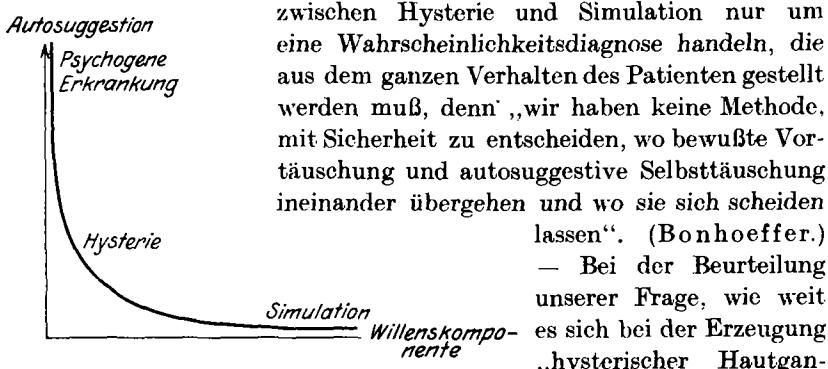
neurose trennen und die Hysterie erst dann beginnen lassen, wenn durch unterbewußte Wünsche eine Fixierung der Schreckwirkung eintritt, so weist demgegenüber Gaupp darauf hin, daß „die schreckneurotischen Bilder . . . sich auch bei anderen Formen der Hysterie fanden“, ohne jeden „akuten Affektschock“. Daß der Affektschock nebensächlich ist, das zeigen vor allem auch Bonhoeffers Beobachtungen von der Seltenheit kriegsneurotischer Störungen bei den kriegsgefangenen Franzosen. Sogar bei den frisch aus dem Trommelfeuer gekommenen Kriegsgefangenen fanden sich Zustände des Schlotterns, der Astasie, Aphonie und Stummheit nicht, was, wie Bonhoeffer selbst sagt, seinen Erwartungen zunächst widersprach. Denn „hier wären eigentlich die schreckemotionellen Erscheinungen noch in ihrer ersten Ausprägung zu erwarten gewesen.“ Den Ausfall hält Bonhoeffer für die Wirkung psychischer Hemmungen, die in der Gefangennahme liegen. Liegt es nicht vielleicht doch näher, die Ursache darin zu suchen, daß bei den Kriegsgefangenen die Hauptkomponente, der Wille zur Krankheit fehlt, daß im Gegenteil, wie Gaupp sagt, sogar ein positiver Wille zur Gesundheit vorliegt, und daß demgegenüber der Schreckemotionskomplex vollkommen verschwindet. — Zweitens erscheint mir die Auffassung, daß die „Objektivierung“ und damit die bona fides des Patienten erst so spät, im letzten Stadium, auftreten soll, sehr zweifelhaft. Träfe diese Ansicht zu, so müßte man tatsächlich Hysterie und Simulation gleichsetzen, wie es Kretschmer tut. Dies ist aber unmöglich, wie zwei kurze Beispiele sofort zeigen werden: Man kann die Frage offen lassen, ob es sich um Hysterie oder Simulation handelt, wenn ein Soldat, in dessen Nähe eine Granate platzt, einen Schütteltremor bekommt, aber keinem Menschen wird es einfallen, von Hysterie zu sprechen in dem Falle eines mir bekannten Offiziers, der in der Kriegsgefangenschaft Blindheit vortäuscht, mit dem Zweck, ausgetauscht zu werden. In beiden Fällen haben wir Krankheitsdarstellungen, die von Wunschvorstellungen ausgehen, aber doch besteht ein krasser Unterschied. Und der liegt darin, daß der die Blindheit simulierende Offizier sich bewußt bleibt, daß er gesund ist und eine Krankheit nur vortäuscht, während bei dem Soldaten zu dem Wunsche, der Gefahr zu entrinnen, noch etwas anderes hinzukommt: nämlich von Anfang an bestehende, ängstlich übertriebene Vorstellungen von der Granatwirkung. Wenn dann schließlich tatsächlich eine Granate in seiner Nähe einschlägt, so ist, trotzdem er dabei vollkommen unversehrt bleibt, die Vorstellung, etwas Derartiges nicht überleben zu können, so übermächtig, daß er dieser gewaltigen Autosuggestion kaum zu widerstehen vermag. Da er ihr aber auch gar nicht widerstehen will, seine Willensbestrebungen ihn vielmehr gerade dazu drängen, in der Krankheit Schutz zu suchen, kommt es zur hysterischen Reaktion. — Wenn aber Kretschmer als

Beweis für die Richtigkeit seiner Auffassung von dem späten Eintritt der „Objektivierung“ die klinische Beobachtung anführt, daß der Schütteltremor in seinem ersten Stadium des „akuten Affektreflexes“ therapeutisch schwer angreifbar ist, im zweiten aber, wo die „Objektivierung“ noch fehlt, mit den einfachsten pädagogischen Maßnahmen beseitigt werden kann, weil dem Patienten hier seine Mitschuld an dem Tremor (durch willkürliche Reflexverstärkung) leicht bewußt gemacht werden kann, so liegt der Grund m. E. nicht darin, daß jetzt erst der Wille auftritt, eine „Objektivierung“ aber noch fehlt; der Zusammenhang ist vielmehr der, daß der Wille zur Krankheit bei dem Patienten immer vorhanden ist, er aber der Therapie um so leichter zugänglich ist, je geringer die Autosuggestion ist. Diese ist anfangs übermächtig, nimmt dann mit zunehmender Beruhigung ab, — jetzt tritt ein latentes Schuldbewußtsein auf, — um dann, wenn die Therapie aus irgendwelchen Gründen versagt, wieder überhand zu nehmen, so daß jetzt die hysterische Reaktion manchmal auch durch schärfste Suggestionsmaßnahmen nicht beseitigt werden kann. — Bei dem Hysteriker haben wir also, im Gegensatz zum Simulanten, gleich zum Beginn seiner Symptome starke Autosuggestionen, krank sein zu müssen. Daß Kretschmer aber auch selbst bei der Gleichstellung von Hysterie und Simulation das Gezwungene und Unrichtige fühlt, scheint mir aus einem Zusatz hervorzugehen, daß „echte“ Vortäuschung — eine kleine, atypische Spielart der Hysterie“ sei. Gewiß, worin unterscheidet sich aber nun diese kleine Spielart von der Hauptart! — Ich glaube, mit dieser Auffassung des Unterschiedes von Hysterie und Simulation im wesentlichen mit Forster übereinzustimmen. Nach ihm liegt der Unterschied in der Gemütsverfassung. Der Hysterische fühlt sich den Anforderungen des Lebens nicht gewachsen und sucht darum Schutz in der Krankheit, aber dieses Gefühl ist ein „subjektiv ehrliches“, „die Mittel, die angewendet werden, sind zwar bewußt übertrieben, erscheinen aber dem Patienten erlaubt“. Während bei der echten Simulation „völlig normale Patienten, aus einem ganz speziellen Grunde nach bewußter Überlegung und nach vorgefaßtem genauen Plane zu einem bestimmten Zeitpunkte beginnen, eine Krankheit vorzutäuschen.“

Die hysterische Reaktion besteht also in dem Produzieren von Krankheitssymptomen, wobei sich mit der Autosuggestion, krank zu sein, oder unter gewissen Umständen krank werden zu müssen, der Wunsch verbindet, sich durch Krankheit gewissen Anforderungen des Lebens zu entziehen. Sie setzt sich also aus zwei Komponenten zusammen, aus der Willensrichtung und der Autosuggestion. Fehlt die Willenskomponente bei vorhandener Autosuggestion, so kommt es nur zur Ausbildung schnell vorübergehender Symptomenkomplexe, bei Schreckwirkungen z. B. zu schreckneurotischen Zuständen, wir haben

dann das Bild der reinen psychogenen Erkrankung; fehlt dagegen die andere Komponente, die Autosuggestion, so haben wir das Bild der „einfachen“ Simulation, das Kretschmer als unwirklich ablehnt. Wenn es noch nötig wäre, sich die Verhältnisse durch graphische Darstellung klar zu machen, so könnte man das leicht unter dem Bilde eines Koordinatensystems, bei dem die Ordinate die Autosuggestion und die Abszisse die Willenskomponente darstellt. Die fließenden Übergänge von Simulation über Hysterie zu den rein psychogenen Erkrankungen würden dann unter dem Bilde einer Hyperbel erscheinen, deren Asymptoten die Koordinatenachsen sind.

Begrifflich ist damit die hysterische Reaktion gut von der Simulation einerseits und den psychogenen Erscheinungen andererseits geschieden. Praktisch kann es sich aber bei der Differentialdiagnose



zwischen Hysterie und Simulation nur um eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose handeln, die aus dem ganzen Verhalten des Patienten gestellt werden muß, denn „wir haben keine Methode, mit Sicherheit zu entscheiden, wo bewußte Vortäuschung und autosuggestive Selbstdäuschung ineinander übergehen und wo sie sich scheiden lassen“. (Bonhoeffer.)

— Bei der Beurteilung unserer Frage, wie weit es sich bei der Erzeugung „hysterischer Hautgangränen“ um Hysterie handelt, kommt uns aber noch ein Umstand zu gute, der bei den übrigen hysterischen Reaktionen fehlt, der nämlich, daß das Individuum zur Hervorbringung und Unterhaltung der Wunden zweckvolle Handlungen vornehmen muß, die die Autosuggestion einer wirklich vorhandenen Krankheit auszuschließen scheinen. Daß diese Autosuggestion trotz der zweckmäßigen Handlungen bestehen bleibe, wäre nur bei hochgradiger Urteilsschwäche möglich, wie sie manchmal bei debilen Individuen vorkommt. Und nur in solchen Fällen dürfen wir von den Selbstbeschädigungen als von echten hysterischen Reaktionen sprechen.

Zum Schluß will ich noch im folgenden einen bisher unveröffentlichten Fall von Selbstbeschädigung aus der psychiatrischen Klinik der Charité wiedergeben.

Es handelt sich um das 20jährige Hausmädchen Gerda D., die vom 31. III. 1919 bis zum 16. IV. 1919 im Kreiskrankenhaus Lichterfelde wegen eines Herpes des linken unteren Augenlides behandelt worden war. Nachdem in wenigen Tagen der Herpes abgeheilt war, gab P. an, im linken Unterarm seit einem halben Jahre eine Nadel stecken zu haben, worauf diese dann operativ entfernt wurde. Schon am 16. VI. 1919 mußte Pat. neuerlich ins Krankenhaus aufgenommen

werden. Damals wurde folgender Befund erhoben: Um das linke Auge ein herpesähnlicher, leicht nässender Ausschlag in etwa Handtellergröße auf Ober- und Unterlid verteilt. Zwischen Auge und Nasenwurzel eine ca. 2 cm lange, $\frac{3}{4}$ cm breite vertiefte, mit Schorf bedeckte Stelle. Die Haut ist dort zerstört, anscheinend verätzt. Am unteren Orbitalrand, das innere Drittel freilassend, ebenfalls eine vertiefte mit Schorf bedeckte Stelle. Die Haut ist dort ebenfalls zerstört. Die ganze Umgebung des Auges mit eitrigem borkigem Belag bedeckt. Starke Infiltration, beide Lider stark ödematos geschwollen, so daß der Bulbus ganz verschwindet.

Verlauf.

8. VII. Die Entzündung ist abgeklungen.
28. VII. Am linken Daumen Rötung und Schwellung, die sich auf den Ulnarrand fortsetzt. Erysipel.
4. VIII. Rückfall des Erysipels.
11. IX. Der Prozeß am Unterarm schreitet proximalwärts weiter fort.
7. X. Die nekrotische Haut löst sich in großen Stücken ab, darunter frische Granulationen.
20. X. Die ausgedehnten Wundflächen zeigen gute Heilungstendenz.
27. X. Es hat sich eine neue diffuse Hautnekrose an der linken Mamma gebildet.
4. XI. Auch am linken Knie besteht seit 2 Tagen eine neue Hautnekrose.
24. XI. Guter Heilungsverlauf. An der linken Halsseite hat sich eine neue Hautnekrose gebildet.
26. XI. Anhaltend hohes Fieber. Von den Wunden am linken Bein ausgehend, hat sich ein Erysipel gebildet.
3. XII. An der Außenseite des linken Sprunggelenkes Phlegmone. Incision.
9. XII. Temperatur klingt langsam ab.
11. XII. Links oberhalb und seitlich des Nabels neue Hautnekrose.
25. XII. An der Streckseite des linken Oberschenkels handtellergroße Hautnekrose.
31. XII. An der Vorderseite des linken Oberarms eine ca. fünfmarkstückgroße neue Hautnekrose, die in der Mitte inselförmig mehrere gesunde Hautstellen zeigt.
4. I. 1920. Ständig fieberfrei. Trotzdem hat sich wieder eine neue Hautnekrose gebildet und zwar in Nabelhöhe und hinterer Axillarlinie, gleichfalls wieder handtellergroß.
6. I. Von einer alten Narbe der ersten Hautnekrose an der Stirn ausgehend hat sich zum ersten Mal auch rechts über die Mittellinie hinaus eine ca. fünfpfennigstückgroße neue Hautnekrose gebildet.
10. I. Geheimrat Bier legt Stauungsbinde am rechten Oberarm an. Nach 7 Minuten Abnahme derselben. Es tritt zunächst keine reaktive Hyperämie auf. Nach einigen Minuten langsame Rotfärbung der Haut, die aber besonders am Oberarm anämische Inseln zeigt. Das Bild erinnert an das anfängliche Aussehen der Hautnekrose.
25. I. In der Gegend des linken Schlüsselbeines hat sich eine neue Hautnekrose gebildet.
26. I. Neuer Herd an der linken Gesichtsseite.
29. I. Auch am Rücken in Höhe der fluktuierenden Rippen bildet sich eine klein-handtellergroße Hautnekrose.
5. II. Am linken Oberarm eine neue Hautnekrose von über Hühnereigröße.
15. II. Ein neuer größerer Herd entsteht unter ständigen Fieberbewegungen am linken Oberschenkel.

18. II. An der linken Wange hat sich eine markstückgroße Hautnekrose gebildet.

21. II. An der linken Brust wiederum ein neuer nekrotischer Herd.

7. III. An der Außenseite des linken Unterschenkels entsteht eine 6×8 cm große Hautnekrose.

10. III. Lumbalpunktion. Bald darauf Auftreten von Krampfanfällen, die aber nicht einwandfrei lokalisiert sind. Pat. scheint benommen zu sein.

11. III. Aus einer Bemerkung, die Pat. am nächsten Tage zu Angehörigen macht, ergibt sich, daß sie die Unterhaltung des Arztes mit der Schwester vollkommen gehört und verstanden hat, also nicht benommen war. Es taucht der Verdacht auf, daß es sich um Hysterie handelt, zumal, da das ganze Gebaren jetzt daran erinnert und auch in der Literatur ein Herpes zoster gangrinosus hystericus atypicus beschrieben ist. Die Hautnekrose am linken Unterschenkel ist jetzt 8×9 cm groß.

20. III. Ausgedehnte Zellgewebsentzündung am linken Fußrücken und der Außenseite des linken Unterschenkels. Alle anderen offenen Stellen zeigen langsam Heilungstendenz.

10. IV. Alle offenen Stellen sind geschlossen.

20. IV. Es sind bisher keine neuen Stellen aufgebrochen, die alten Stellen vernarben gut. Großes Narbenkeloid am linken Handrücken.

3. V. Geheilt entlassen.

Auf eingehende Vorstellung und Fragen nach der Entstehungsursache der Wunden gibt P. zu, daß die Stellen, wenn die erste Rötung aufgetreten sei, stark gejuckt haben und daß sie deshalb oft stark gekratzt habe. Man hat den Eindruck, daß auch diese Angaben nicht ganz der Wahrheit entsprechen. Pat. ist bei derartigen Fragen arg beschämt, und direkte Fragen, wie sie denn die Prozesse hervorgerufen habe, werden von ihr nicht mit Entrüstung abgelehnt.

Nach den Angaben der Patientin mußte sie 14 Tage nach ihrer Entlassung die chirurgische Poliklinik der Charité aufsuchen, weil ihr linkes Fußgelenk immer dicker wurde. Von dort wurde sie der Nervenpoliklinik überwiesen und dann am 25. V. in die Hautklinik aufgenommen. Hier ergab sich folgender Befund:

Junges, zeitweise etwas mürrisch und unstet blickendes Mädchen in gutem Ernährungszustand und mit mittelkräftig entwickelter Muskulatur. Haut: Befallen ist die Haut der linken Körperhälfte, und zwar ist die Trennung genau die Mittellinie. Auf der Stirn, der linken Wange, der linken Halsseite, der linken Brust und Bauchseite, der vorderen Fläche des linken Armes, der linken Gesichtshälfte, der Außenseite des linken Beines, finden sich teilweise in eigenartiger Regelmäßigkeit angeordnet Residuen von Hautveränderungen, die die Form von Keloiden zeigen. An den eben genannten Körperstellen finden sich also z. T. Narben, z. T. Keloide mit den so charakteristischen wulstartigen, derben, blaßroten, gegabelten Ausstrahlungen, deren Oberfläche z. T. glatt, z. T. höckerig ist. Umgeben sind diese Keloide, teilweise von bis kinderhandgroßen Narben, die z. T. weißlich, z. T. bräunlich-weißlich ausschehen. Teilweise sind die Gebiete indolent, teilweise aber auch — jedoch schwanken hierin die Angaben, schmerhaft.

Auffällig ist die fast regelmäßige Anordnung, besonders an den Extremitäten, und ferner die Tatsache, daß die Hautveränderungen sich nur an den Stellen der linken Körperhälfte befinden, die der Hand mit Leichtigkeit zugänglich sind. Frei ist nur der Rücken.

Verlauf:

8. VI. Keine Änderung am Befund, auch trotzdem am rechten Oberarm ein Schröffkropf und am linken Unterarm ein starker Jodanstrich vorgenommen war.

14. VI. Gestern bei Rückkehr von der chirurgischen Klinik wurde bei der Pat. eine frische Hautveränderung am linken Unterarm festgestellt. Und zwar hat sie folgenden Befund: Am linken Unterarm, an der Innenseite, etwa im unteren Drittel, findet sich ein etwa kleinkinderhandgroßer weißlicher Fleck, in dessen Bezirk sich die Haut weich anfühlt. Die Oberfläche ist unverändert; an einigen Stellen aber schuppt die Haut etwas und erscheint trocken. An der Peripherie der weißen Stelle besteht ein schmälerer und ein breiterer Saum entzündlich geröteter Haut. Die Grenzen der Stelle sind unregelmäßig und zackig, teilweise sieht man in der Umgebung punkt- bis hirsekorngroße weiße Flecken mit rötlichem Saum (gleich als ob es sich um Spritzflecken handelt). Die ganze Affektion sieht aus, als wenn eine frische Verätzung mit Karbolsäure oder dergl. vorliegt. Pat. war während des Aufenthaltes in der chirurgischen Poliklinik zeitweise sich selbst überlassen. — Schutzverband.

16. VI. Probeexcision eines ellipsenförmigen Stückes der Hautveränderung am linken Unterarm (halb vernarbte, halb veränderte Haut). Mikroskopisch nichts Besonderes, nur stellenweise Nekrose der Haut. Chemische Untersuchung nicht möglich. Eine unauffällige Untersuchung der Effekten der Pat. ergab nichts.

17. VI. Die weißlich veränderte Hautstelle hat einen mehr bräunlich-weißen Farbenton angenommen und beginnt sich von der Peripherie her abzulösen. Salbenverband.

18. VI. Die Stelle am linken Unterarm reinigt sich. Die veränderte Haut löst sich in Gestalt eines schrumpfenden gelblich-weißen Schorfes langsam von der Unterlage ab.

25. VI. In der Nacht auf heute Entstehung einer neuen Hautveränderung auf dem bisher freien Rücken und zwar dicht unterhalb des Schulterblattes an einer Stelle, die man einigermaßen bequem mit der rechten Hand bzw. durch Scheuern des Rückens an einer Stuhllehne erreichen kann. Die Beschaffenheit entspricht genau in jeder Beziehung der unter dem 14. VI. geschilderten Veränderung. Eine strichförmige (durch herabgelaufene Flüssigkeit) Hautveränderung ist nicht feststellbar. Schutzverband. Ein Grund ist nicht feststellbar.

28. VI. Untersuchung in der Nervenklinik mit dem am 25. VI. entstandenen Herd. Mit größter Wahrscheinlichkeit Artefakte. Vorschlag: Verlegung der Pat. Tag und Nacht genau beobachten zu können.

29. VI. Kurz nach der Rückkehr aus der Nervenklinik entstehen 2 weitere Herde; einer oberhalb des linken Kniees, und einer vorne auf der linken Brust. Beide gleichen in allem den beiden bisher aufgetretenen Herden, nur sind sie etwas kleiner. Die Figuren sind z. T. winklig, z. T. geometrischen Figuren ähnlich. Die Stelle am linken Unterarm hat sich gereinigt. Schutzverband auf die übrigen Stellen.

2. VII. Pat. erhält einen Zinkleimverband am linken Unterschenkel.

5. VIII. Verlegung in die Nervenklinik.

Befund der Nervenklinik.

Der körperliche Befund ergibt außer den Hautveränderungen nichts Pathologisches. Ebensowenig der Befund des Zentralnervensystems. Die Intelligenzprüfung ergibt ein geringes Schulwissen und mäßige Urteilskraft. Merkfähigkeit normal.

Über ihre Hautaffektionen gab Pat. auf wiederholtes Befragen zu, daß sie sich die Verletzungen selbst beigebracht habe, und daß hier keine neuen Haut-

schädigungen mehr auftreten werden. Sie habe es getan, weil sie sterben wollte. Sie sei selbst darauf gekommen, als sie das zweite Mal im Krankenhaus Lichterfelde wegen Gesichtsrose war. Bleibt dabei, daß die Gesichtsrose beide Male ganz von selbst gekommen sei. Als Grund für ihre Selbstverletzungen gibt sie die häuslichen Verhältnisse an. Sie sei von ihrer Stiefmutter ebenso wie ihrer Geschwister immer schlecht behandelt worden. Sie habe sich immer wieder neue Verletzungen beigebracht, weil sie glaubte, sie könne doch noch daran sterben. Wie sie sich die Verletzungen beigebracht habe, darüber will sie keine Auskunft geben, sie habe Angst, es werde ihren Eltern gesagt. Gibt dann an, mit einer Flüssigkeit, diese will sie sich eingespritzt haben. Gibt keine weitere Auskunft darüber. Äußert, das werde sie nicht mehr machen. Sie würde nun etwas anderes finden.

Aus den Angaben, die die Kranke über ihre Vorgeschichte macht, ist zu erwähnen, daß sie die achtklassige Gemeindeschule besucht habe, bis in die 2. Klasse gekommen und einmal sitzen geblieben sei. Kam 1915 aus der Schule und war dann bis Weihnachten 1917 zu Hause und führte die Wirtschaft. Mit dem Haushalt führen ging es nicht gut. Gekocht habe sie nicht, bloß Staub gewischt. Die Stiefmutter regte sich leicht auf und Pat. redete einmal ein Wort dagegen. Pat. war zweimal von Hause weggelaufen, einmal 1908 während der Schulzeit mit der Schwester zusammen, einmal 1917. 1908 war sie mit der 2 Jahre älteren Schwester (8 und 10 Jahre alt) von Hause weggelaufen, weil sie von der Stiefmutter sehr geschlagen worden waren. Nahmen das Geld, das sie zu Hause hatten, um Einkäufe zu machen, fuhren nach Stettin zu den Großeltern und blieben dort 8 Tage. Als die Mutter schrieb, daß sie wiederkommen sollten, fuhren beide wieder nach Hause. Von 1913—1915 war sie dann in einer Erziehungsanstalt in Ballenstedt, die Stiefmutter hatte sie dorthin gebracht, weswegen, will Pat. nicht angeben. In Ballenstedt ging es besser, als zu Hause. Nach Hause zurückgekehrt, lief Pat. dann 1917 oder 1918 einen Tages zu der älteren Schwester. Die Mutter gab zuviel Veranlassung zu Streitigkeiten, die beiden älteren Schwestern waren schon fort vom Hause und holten deshalb auch Pat. weg. Sie ist dann nicht wieder nach Hause zurückgegangen.

Aus den Angaben der Stiefmutter ist anzuführen, daß Pat. dreimal in einer Erziehungsanstalt war, erstens mit 6 Jahren in Ballenstedt, zweitens mit 12 Jahren in der Gossnerschen Mission, drittens mit 17 Jahren in Frankfurt a. O.; hier hat sie sich dann eine Nadel in die Hand gestoßen, um in das Krankenhaus zu kommen, mochte nicht gern arbeiten, sah nach, wie sie in das Krankenhaus käme; war dann in Stellung bei einem Divisionspfarrer, hier wieder eine Nadel in die Hand gesteckt. — Habe in ihren Dienststellungen und in Ballenstedt verschiedenes gestohlen. In der letzten Stelle 20 Mk. aus der Brieftasche und 9 Pfund Zucker. Als kleines Kind habe es dem Vater einmal einen Anzug genommen und versetzt. In der Schule sei sie sehr schlecht gewesen. — Die Mutter schreibt unter dem 1. XI. 1920 an den behandelnden Arzt folgendes: „Meine Tochter Gerda bekannte mir heute, daß sie sich ihre furchtbaren Narben tatsächlich selbst beigebracht hat und zwar auf folgende Weise: „Im Lichterfelder Krankenhaus entwendete sie aus dem Dienstzimmer eine Morphinspritze, dann verschaffte sie sich Salzsäure und spritzte diese immer nach und nach am Körper weitergehend unter die Haut.“

Aus dem Verlauf.

15. VIII. Nachtbericht: „Pat. versuchte, sich in der 10. Stunde mit einer Mitella zu erwürgen, wurde auf Anordnung des Arztes auf die unruhige Station verlegt.“

17. VIII. Hier bis jetzt täglich mehrfach zur Schau getragene Vorbereitungen zu Suicidversuchen; band sich mehrfach nachts ein Stück Leinwand um den

Hals, hat aber, solange sie unbeobachtet war, nichts ernsthaftes unternommen. -- Im Dauerbad Anstalten, als wolle sie sich ertränken. Am Tage kindisch-weinerlich, widerstreitend abweisend.

26. VIII. Trifft immer wieder Anstalten zu Suicidversuchen.

1. IX. Wird von der Stiefmutter nach Hause geholt.

Schon nach wenigen Tagen, am 19. IX., wurde Pat. in die Charité eingeliefert, weil sie einen Selbstmordversuch gemacht hatte, indem sie sich aus der im 3. Stockwerk gelegenen Wohnung ihrer Eltern auf die Straße gestürzt habe. Nähere Nachforschungen ergaben, daß sich Pat. nach einem häuslichen Streit vom Balkon der elterlichen Wohnung auf die darunterliegenden herabgelassen hatte. Und vom untersten aus durch einen nicht allzu tiefen Sprung im Vorgarten gelandet war, wobei sie sich eine kleine Verletzung an der rechten Ferse zugezogen hatte.

Während ihres neuen Aufenthaltes in der psychiatrischen Klinik der Charité vom 19. IX. 1920 bis 19. IV. 1921 war Pat. meist laut und störend, vorübergehend aber ruhig, und half dann einige Tage lang bei den häuslichen Arbeiten. Dann wieder unruhig, schimpft, schlägt sich mit den Patienten, wirft Tisch und Stühle um, lärmst und treibt Unfug. Geht ihr etwas wider den Strich, so wird sie wütend und schimpft überlaut. -- Hier kamen auch zweimal wieder Selbstverletzungen vor.

Am 31. XII. verschluckt sie eine Stecknadel, mit der sie am Abend vorher dauernd im Munde spielte. Diese, ebenso wie eine Sicherheitsnadel, wird oberhalb des Kehlkopfdeckels entfernt. Am 16. III. ist wieder eine flächenartige Rötung am linken Unterschenkel aufgetreten, darin Kratzeffekte. Am 19. IV. wird Pat. nach Buch überführt. (In einer Demonstration der Pat. durch Geheimrat Bonhoeffer führt B. aus, daß eine Besserung nur zu erwarten ist, von einem 1—2-jährigen Aufenthalt in geschlossener Anstalt, wo die Pat. zu regelmäßiger Arbeit angehalten wird, da sie sonst gutmütig ist.)

Fassen wir den Fall kurz zusammen, so ist bemerkenswert, daß Pat. mehrere Male von Hause fortließ und von Jugend auf zu Eigentumsvergehen neigte. Die Intelligenzprüfung ergibt eine recht mäßig entwickelte Intelligenz mit geringer Urteilsfähigkeit. Diese schwache, hältlose Persönlichkeit war außerdem ungünstigen äußeren Verhältnissen ausgesetzt, vermag sich aber durch eigene Kraft nicht von ihnen zu befreien, sondern sucht sich ihnen dadurch zu entziehen, daß sie sich durch Selbstbeschädigungen ins Krankenhaus bringt. Auf diesen Gedanken ist sie nach ihren eigenen Angaben durch frühere Hauterkrankungen gekommen. Ihre Selbstbeschädigungen setzt sie auch noch fort, nachdem der Charakter der Erkrankung im Lichterfelder Krankenhaus als artefiziell erkannt worden war. Damals gab sie aber nur an, daß sie sich, wenn die ersten Rötungen aufgetreten waren, wegen des Juckreizes gekratzt habe, während sie die direkte Behauptung, die Prozesse selbst hervorgerufen zu haben, immer noch zurückweist, wenn auch nicht mit Entrüstung. Ein Geständnis legt sie erst ab, als in der Haut-

klinik der Charité ihre neuen Hauterkrankungen auch sofort als Artefakte festgestellt wurden, und damit sistierten dann die Hautnekrosen. Die Selbstbeschädigungen haben eben für sie jetzt keinen Zweck mehr, sie sucht etwas anderes und macht seit der Zeit mehrmals ostentativ theatralische Selbstmordversuche, ohne daß es jemals zu einem ernstlichen Unternehmen gekommen ist. — Aber die Selbstverletzungen sistierten bei der Patientin doch nicht vollständig, sondern bei ihrem zweiten Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik der Charité wird sie noch zweimal rückfällig. Und es muß nun gefragt werden, ob hier nicht doch Zwangshandlungen mitsprechen. Da aber diese nachträglichen Selbstbeschädigungen im Verlauf eines halben Jahres ganz vereinzelt blieben, während sie früher, manchmal täglich auftraten, so liegt es doch näher anzunehmen, daß die Pat. nur versuchen wollte, mit diesen neuen Affektionen wieder einmal die Aufmerksamkeit der Ärzte auf sich zu lenken. Auch in ihrem sonstigen Verhalten zeigt Pat. ja eine deutlich theatralische Note und sucht sich andauernd interessant zu machen.

Da bei unserer Patientin die Autosuggestion einer Krankheit trotz ihrer geringen Urteilsfähigkeit kaum sehr stark gewesen sein kann, möchte ich diesen Fall als Simulation mit hysterischem Einschlag auffassen.

Literatur.

Bauer, Ein Fall von sogenannter Dermatitis symmetrica dyomenorrhoeica beim Manne. *Dermatol. Zeitschr.* **26**. 1918. — Bauer, Absichtlich erzeugte Hauterkrankungen. *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis* **124**. — Bettmann, Über die Hautaffektionen bei Hysterischen und den atypischen Zoster. *Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk.* **18**. 1900. — Bettmann, Hysterische Selbstbeschädigung unter dem Bilde der multiplen neurotischen Hautgangrän. *Münch. med. Wochenschr.* 1903. — Bettmann, Zur Frage der reflektorisch erzeugten Hauterkrankungen. *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis* 1907. *Festschr. f. Neisser*. — Bonhoeffer, Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. **68**. 1911. — Bonhoeffer, Zur psychogenen Entwicklung und Hemmung kriegsneurotischer Störungen. *Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol.* **40**. 1916. — Bonhoeffer, Granatfeuerwirkung und Kriegshysterie. *Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol.* **42**. 1917. — Bonhoeffer, Neurol. *Zentralbl.* **35**. 1916. — Cassirer, Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. Berlin 1911. — v. Crippa, Ein Beitrag zum Kapitel: Dermatologische Kriegserfahrungen. *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis* **123**. 1916. — Doutrele pont, Über einen Fall von akuter multipler Hautgangrän. *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis* 1886. — Doutrele pont, Akute multiple Hautgangrän. *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis* **22**. — Forel, Über suggestive Hauterscheinungen. *Zeitschr. f. Hypnot.* **7**. 1898. — Forster, Hysterische Reaktion und Simulation. *Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol.* **42**. 1917. — Friedberg, *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis* **114**. — Gaupp, Über den Begriff der Hysterie. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.* **5**. 1911. — Gaupp, Hysterie und Kriegsdienst. *Münch. med. Wochenschr.* 1915. — Gaupp, Neurosen nach Kriegsverletzungen. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.* **34**. 1916. — Geyer, Beitrag zur Lehre von den Hauterkrankungen bei Neurosen. *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis* **84**. 1907. — Heller u. Schultz, Über einen Fall von hypnotisch

erzeugter Blasenbildung. Münch. med. Wochenschr. 1909. — Kaposi, Wien. med. Wochenschr. 1874; Arch. f. Dermatol. u. Syphilis 1889. — Kohnstamm, Zum Wesen der Hysterie. Ther. d. Gegenwart **52**. 1911. — Kohnstamm u. Pinner, Blasenbildung durch hypnotische Suggestion. Verhandl. d. dtsh. dermat. Gesellsch. **10**. 1908. — Kraepelin, Der Hysteriebegriff. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **18**. 1913. — Kreibisch, Die angioneurotische Entzündung. Wien 1905. — Kreibisch, Wien. klin. Wochenschr. 1907. — Kreibisch u. Doswald, Zur Frage der posthypnotischen Hautphänomene. Monatshefte f. prakt. Dermatol. **43**. 1906. — Kretschmer, Die Gesetze der willkürlichen Reflexverstärkung in ihrer Bedeutung für das Hysterie- und Simulationsproblem. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **41**. 1918. — Lewandowsky, Hysterie. Berlin 1914. — Lewoutin, Über arteficielle Hautgangränder. Inaug.-Diss. Berlin 1904. — Matthes, Dermatitis dysmenorrhoeica symmetrica. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis **114**. — Matzenhauer u. Polland, Dermatitis symmetrica dysmenorrhoeica. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis **111**. — Philipp, Einige Fälle von sogenannter hysterischer Gangränder. Inaug.-Diss. Bonn 1915. — Polland, Zur Klinik und Ätiologie der Dermatitis dysmenorrhoeica symmetrica. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis **124**. — Rasch, Ein Fall von sogenannter hysterischer Dermatose. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis **121**. 1916. — Reichardt, Der jetzige Stand der Lehre von der Hysterie. Dtsch. med. Wochenschr. **41**, Nr. 3. 1921. — Riecke, Über arteficielle Cutisnekrose. Dermatol. Zeitschr. **26**. 1918. — Róna, Über Herpes zoster gangraenosus hystericus Kaposi. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. Festschr. f. Kaposi 1900. — Róna, Zur Ätiologie der sogenannten hysterischen Gangränder auf Grund von 5 Fällen. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis **15**. — Schimmelebusch, Fall von Selbstbeschädigung bei einer Hysterischen. Berl. klin. Wochenschr. 1892. — v. Schrenck-Notzing, Ein experimenteller u. kritischer Beitrag zur Frage der suggestiven Hervorrufung circumscripter vasomotorischer Veränderungen der Haut. Zeitschr. f. Hypnot. **4**. 1896. — v. Schrenck-Notzing, Zur Frage der suggestiven Hauterscheinungen. Zeitschr. f. Hypnot. **7**. 1898. — Strümpell, Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **2**. 1892. — v. Szollösy, Ein Fall multipler neurotischer Hautgangränder in ihrer Beziehung zur Hypnose. Münch. med. Wochenschr. 1907. — Török, Die Angioneurosenlehre und die hämatogene Hautentzündung. Wien. klin. Wochenschr. 1906. — Török, Bemerkungen zur Streitfrage über die Entstehung der Entzündung bei der Dermatitis symmetrica dysmenorrhoeica. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis **116**. — Török, Die Lehre von der angioneurotischen und hämatogenen Hautentzündung. Dermatol. Zeitschr. **17**. 1910.
