

XVII.

Zur Symptomatologie der Epilepsia mitior.

Von

Dr. **A. Mercklin,**

II. Arzt der Irrenanstalt Rothenberg-Riga.

Es ist eine bekannte und von allen neueren Monographen der Epilepsie hervorgehobene Thatsache, dass die rudimentären Anfälle der genuinen Epilepsie, insbesondere die momentanen Bewusstseinspausen ohne deutlichen Krampf häufig auch von Aerzten in ihrer wahren Natur verkannt werden. Die Tragweite derartiger Irrthümer war für Griesinger der Ausgangspunkt des bekannten, im I. Bande dieses Archivs niedergelegten Aufsatzes, welchem das Verdienst zukommt, das Interesse für die epileptoiden Zustände dauernd geweckt zu haben. Von der ältesten Literatur ganz abgesehen, finden sich Beschreibungen der Epilepsia mitior schon bei Tissot, Portal, Esquirol, genaue Schilderungen in dem Werk von Delasiauve und in Herpin's Schriften, ebenso bei Romberg, Hasse, Trousseau, sowie in der Monographie von Russel Reynolds. Dass in den nach Griesinger's Aufsatz erschienenen neurologischen Compendien die nöthigen Hinweise auf die Epilepsia mitior sich finden, braucht kaum bemerkt zu werden. Ebenso ist sie in den Einzeldarstellungen von Nothnagel, Soltmann, Berger, Gowers unter Beibringung werthvoller Casuistik eingehend behandelt.

Diagnostische Irrthümer auf diesem Gebiet werden sich also jetzt nicht damit entschuldigen lassen, dass es sich um in der Literatur bisher wenig beachtete Erscheinungen handelt. Wenn auch jetzt noch Beobachter, welche der Kenntniss des Gegenstandes nicht fern stehen, zu temporären Schwanken in der Diagnose kommen können, liegt der Grund vielmehr in der Vielgestaltigkeit der als Epilepsia mitior

bezeichneten Krankheitsbilder, einem Umstande, der immer auf's Neue dazu auffordert, die von verschiedenen Autoren als differentialdiagnostische Normen aufgestellten Schemata auf ihre allgemeine Gültigkeit zu prüfen. Wenn auch beobachtete Ausnahmen zunächst nur die Regel bestätigen, so kann doch nur die Bekanntschaft mit den Abweichungen von den typischen Erscheinungsformen der Epilepsie die Möglichkeit weiterer Irrthümer in der Diagnose verringern. Aus diesem Grunde halte ich die Publication der nachfolgenden Krankheitsgeschichte, als eines geringen Beitrages zur Symptomatologie der in Rede stehenden Zustände für gerechtfertigt.

J. K., 13jähriger Gymnasialschüler, trat am 15. Juli 1884 in meine Behandlung. Der Vater des Patienten, Rechtsbeamter, erlitt 2 Jahr vor der Geburt dieses Sohnes einen schweren apoplectischen Insult. Hemiplegia dextra und aphasische Störungen haben sich nachher wieder verloren, doch ist in Bezug auf Intelligenz und Leistungsfähigkeit nicht ganz das frühere Niveau erreicht worden. Die Mutter des Patienten ist gestorben, eine Mutterschwester ist hochgradig nervös. Mehrere gesunde ältere und jüngere Geschwister. Patient war nie sehr kräftig, hat viel an Eczemen, Nasen- und Mittelohrcatarrh (rechts) gelitten. Krämpfe sind weder während der Dentition noch später beobachtet worden. Die psychische Entwicklung war gut, Patient erscheint intelligent, oft hat sein Wesen im Verhältniss zu seinem Alter etwas „Alt-kluges“. Kopfverletzungen sind nicht vorgekommen. Als im Sommer 1882 der Magnetiseur Robert seine Schaustellungen in Riga gab und viel von sich reden machte, musste Patient die Berichte darüber seiner Grossmutter aus der Zeitung vorlesen. Dies interessirte ihn so sehr, dass er die Berichte nachher noch mehrmals für sich las und Versuche machte, sich selbst durch Anstarren glänzender Gegenstände zu hypnotisiren. Diese häufig wiederholten Versuche gelangen nicht vollständig, doch fühlte Patient (welcher selbst seine Krankheitsgeschichte mit grosser Ausführlichkeit vorträgt), dass er durch die oft angestellten Versuche „nervös“ wurde. Er konnte nicht mehr das Spielen seiner jüngeren Geschwister im Nebenzimmer vertragen, es erschien ihm wie unerträglicher Lärm, er konnte am Abend nicht einschlafen, es war ihm unangenehm, wenn sein Körper berührt wurde. Später trat gegen seinen Willen anfallsweise das „Däsen“ auf: mehr weniger schnell vorübergehende Bewusstseinsumnebelung, eine Art Traumzustand, in welchem Patient meist nicht genau wusste, was um ihn her vorging. Dies „Däsen“ sei anfangs regelmässig dann eingetreten, wenn Patient längere Zeit auf glänzende Gegenstände hingesehen habe. So jedesmal wenn Patient beim Lampenlicht in ein seinen Brüdern gehöriges Mikroskop sah. Diese Angabe wird auch von anderer Seite bestätigt. In der Schule wurden diese Erscheinungen nicht als Krankheit angesehen und führten zu vielfachem Tadel wegen Zerstretheit. Umstände brachten es mit sich, dass Patient zu dieser Zeit nicht im Hause seiner Eltern wohnte. Erst als er 1883 dorthin zurückkehrte, wurden seine

Anfälle bemerkt. und machten die Brüder des Patienten die Entdeckung, dass die Glieder des Patienten bei länger dauernden Anfällen in beliebig ihnen gegebener Stellung verharren. Schon zu dieser Zeit will Patient bemerkt haben, dass er willkürlich das „Däsen“ erzeugen konnte, wenn er seine Gedanken auf das Hypnotisiren und seinen krankhaften Zustand richtete.

In der Schule ging Patient jetzt schlechter vorwärts, weil die Anfälle häufiger vorkamen. Anfang 1884 wurde Patient einem erfahrenen Spezialisten für Nervenkrankheiten vorgestellt, welcher nach den Angaben des Patienten und seiner Angehörigen Anfälle von spontanem Hypnotismus, wie sie auch bei Hysterischen zur Beobachtung kommen, diagnosticirte. Unter Anderem war dabei die Aussage des Patienten bestimmend, dass ihm die Anfälle von „Däsen“ sehr angenehm wären, er dabei ein besonderes Wohlgefühl verspüre und er deshalb gern durch Concentration seiner Gedanken auf diesen Zustand das Däsen selbst herbeiführe. — Der Knabe wurde aus der Schule genommen, in ländliche Umgebung versetzt, brauchte täglich kalte Abreibungen. Seitdem ist es nicht besser geworden, die Anfälle kommen oft, mehrmals täglich, angeblich besonders leicht, wenn Patient durch körperliche oder geistige Beschäftigung ermüdet ist, oder wenn er lebhaft an seine Krankheit denkt. Auch wenn er ärztlich beobachtet oder examinirt werde, käme es sofort zu Anfällen. Am seltesten kämen die Anfälle, wenn er geistig abgelenkt, beschäftigt sei.

Patient will vor den Anfällen nie irgend welche auraartige Symptome an sich bemerkt haben. Das „Däsen“ komme plötzlich. Während des Anfalls kein Schwindelgefühl. Manchmal bemerke Patient während des Anfalls, was um ihn her vor sich gehe, könne die von Anderen gesprochenen Worte nachher angeben, zuweilen sei sein Bewusstsein ganz benebelt.

In der letzten Zeit sind die Anfälle an jedem Tage so frequent gewesen, dass sie nicht gezählt wurden. Der Onkel des Knaben, welcher den Patienten gegenwärtig bei sich im Hause hat und dessen Angaben als sehr zuverlässig erscheinen, bestätigt die Aussagen des Patienten und berichtet: Die Anfälle dauern meist nur wenige Secunden. Dauern sie länger, so erscheine Patient wie hypnotisirt, man könne seinen Gliedern beliebige Positionen geben, in welchen sie dann verharren. Patient erwache nach einiger Zeit, könne aber durch kräftiges Anblasen, resp. Rütteln sofort zum vollen Bewusstsein gebracht werden. Einige Male sind die Anfälle im Gehen und Laufen eingetreten, Patient sei dann, ohne zu fallen, langsam mechanisch weiter gegangen. In der Intelligenz sei Patient nicht zurückgegangen, er erscheine nervös angegriffen, zu ängstlicher Selbstbeobachtung geneigt.

Masturbation wird vom Patienten in Abrede gestellt, auch die Umgebung hat nichts darauf Hinweisendes bemerkt.

Die objective Untersuchung des Patienten ergab wenig Positives. Allgemeiner Ernährungszustand ein mittlerer, die Haut sehr zart, reiche Entwicklung von sichtbaren Venennetzen auf der Haut der Brust und namentlich der Unterschenkel. Gesichtsausdruck intelligent. Keine Veränderung der cutanen

Sensibilität, keine Motilitätsstörungen. Keine Narben an der Zunge. Brustwirbelsäule leicht druckempfindlich. Kein Iliacalschmerz nachweisbar. Die Untersuchung der Wirbelsäule, sowie schon leichtes Beklopfen des Schädels sind Patienten sehr unangenehm, erwecken unangenehme Sensationen*).

Augenbefund: Pupillen mittelweit, reagieren, ophthalmoskopischer Befund normal, alle Gefässe, auch die Venen etwas gracil. Papilla optic. beiderseits ganz normal. Hyperopie $+1$ D. oc. utr. Gehörorgane (Dr. Miram): Rechts Perception für Uhr und Flüstersprache = Null. Mittellaute Sprache auf einen Schritt. Stimmgabel und Uhr beim Aufsetzen auf die Knochen werden rechts gehört. Trommelfell leicht getrübt, Stellung und Reflex normal. Durch Sigle'schen Trichter keine Beweglichkeit nachweisbar. Nach Pollitzer keine Aenderung des Befundes, resp. der Hörfähigkeit. Links normaler Befund.

Während der ersten Untersuchung traten zwei Anfälle ein, welche den später zu beschreibenden vollständig gleich waren.

Um näher beobachtet zu werden, wurde Patient am 19. Juli 1884 in mein Haus aufgenommen. Während der zehntägigen Beobachtungszeit wurde Patient im Laufe des Tages von zuverlässigen Personen überwacht und ausserdem angewiesen, sobald ein Anfall gewesen sei, solches sofort zu melden. Er erhielt Morgens eine nasskalte Abreibung, nahm Nachmittags unter Aufsicht ein Flussbad und erhielt täglich 2 mal 2 Tropfen Solut. arsenical. Fowleri. Am Vormittag des 19. Juli hatte Patient eine ganze Reihe von Anfällen gehabt, trat um 1 Uhr bei mir ein und zeigte um 4 Uhr Nachmittags (ohne nachweisbare Veranlassung) folgenden Anfall: Patient steht gerade da, antwortet plötzlich falsch, dann sagt er noch einige Worte murmelnd, dann schweigt er, Augen und Gesicht werden starr, bei leichter Senkung der oberen Lider hört der Lidschlag auf, Patient antwortet nicht auf Fragen, in der Muskulatur der Arme ist ein gewisser Grad von kataleptischer Starre vorhanden. Dauer ca. 15 Sekunden, dann Lidschlag, leichte Bewegungen des Kopfes und der Arme, verlegener Gesichtsausdruck, nach noch einigen Sekunden sagt Patient: „Jetzt habe ich wieder gedäst“. Keine Veränderung der Gesichtsfarbe, kein Krampf zu bemerken. Nachher vollständiges Wohlbefinden. Bei einem ärztlichen Examen darnach zwei Anfälle, gegen Abend noch drei Anfälle in kurzen Intervallen.

20. Juli. Bis 1 Uhr Nachmittag kein Anfall. Zwischen 2 und 3 Uhr beim Lesen „gedäst“. Ein zweiter Anfall zwischen 4 und 5 Uhr, als Patient ärztlich examinirt wird. Patient bleibt in der Erzählung stecken, dann wie gestern, machte während des 4—5 Sekunden dauernden Anfalls mit der linken Hand traumhafte, unbestimmte Bewegungen. Beim „Erwachen“ (wie er es nennt) zuerst Bewegungen, dann Sprache. Bei Suggestivfragen erinnert sich Patient des von mir während des Anfalls Gesprochenen. Auf der Höhe der früheren Anfälle scheint die Perception vollständig gefehlt zu haben.

*) Versuche, den Patienten zu hypnotisiren, wurden absichtlich unterlassen.

Gleich nach Beendigung der Untersuchung noch ein Anfall, ein vierter gegen Abend gemeldet.

21. Juli. Bis zum Nachmittag kein Anfall. Patient fürchtet die ärztliche Untersuchung, weil dadurch seine Aufmerksamkeit ganz auf seine Krankheit gerichtet wird, wodurch es leicht zu einem Anfall komme. Bald nach Beginn der ärztlichen Untersuchung (mehrere auf sein Leiden bezügliche Fragen) tritt ein Anfall ein, dem bald ein zweiter folgt. Nach Abschluss des Examens noch zwei Anfälle.

22. Juli. Kein Anfall, ärztliche Untersuchung vermieden.

23. Juli. Zwei Anfälle gemeldet. Patient nicht besonders examinirt.

24. Juli. Kein Anfall.

25. Juli. Nur ein Anfall, und zwar nachdem von mir ein Gespräch über die Krankheit eingeleitet worden war. Kaum merkliches Starrwerden mit Verlust der Sprache. Nach 4 Sekunden vorüber. Kann genau angeben, welche Bewegungen ich unterdessen ausgeführt habe.

26. und 27. Juli: je zwei Anfälle Nachmittag gemeldet. Am 28. Juli nach Hause entlassen.

Was das psychische Verhalten des Patienten während der Beobachtungszeit anlangt, so erwies er sich als ein intelligenter, oft altklug erscheinender Knabe. Eine besondere Gemüthsreizbarkeit war nicht zu bemerken. Auffallend war die detaillirte Beschäftigung mit dem eigenen Zustande, beständige genaue Selbstbeobachtung, Neigung beim ärztlichen Examen Alles an sich Beobachtete, das vielleicht von Belang sein könnte, hervorzuheben. Stimmung anfangs sehr gedrückt, hoffnungslos, Patient glaubt an einer unheilbaren Nervenkrankheit zu leiden. Bald stellte sich jedoch eine mehr hoffnungsvolle und heitere Stimmung ein, deren Zustandekommen ich psychischen Einflüssen zuschreiben geneigt war. (Nähe des Arztes, neue Umgebung, neue Ordination, Darstellung der Ungefährlichkeit des Zustandes.) Das gleichzeitig eintretende Seltnerwerden der Anfälle, glaubte ich um so mehr ebenfalls diesen psychischen Eindrücken zuschreiben zu müssen, als andererseits auch durch psychische Einflüsse (ärztliches Examen, Concentration der Gedanken auf den Anfall) der Eintritt derselben prompt experimentell erzeugt werden konnte. Der Schlaf des Patienten erschien normal, das Vorkommen von Anfällen während desselben liess sich nicht constatiren. Obgleich zu dieser Zeit der Beobachtung sich mir öfters die Annahme sehr nahe legte, dass es sich um rudimentäre epileptische Anfälle handle, neigte ich doch mehr dazu, die Ansicht des vor mir behandelnden Collegen zu bestätigen, dass Patient an eigenthümlichen Anfällen leide, welche den Anfällen von hysterischem Hypnotismus in mancher Beziehung nahestehend auf dem Boden einer theils hereditär begründeten, theils durch fortgesetzte hypnotische Experimente ausgelösten allgemeinen Nervosität entstanden waren.

Eine entschiedenere Diagnose ergab erst die weitere Beobachtung. Am 5. August 1884 erlitt Patient einen typischen, epileptischen Krampfanfall (Niederstürzen, allgemeine Convulsionen, Coma mit nachfolgender Amnesie). Hieran schlossen sich in den nächsten Tagen mit progressiver

Frequenz rudimentärer Anfälle, wie früher Bewusstseinstörung, resp. Pause von nursecundenlanger Dauer. Nur dass neben dem Vorwiegen des Symptoms der Bewusstseinsveränderung jetzt auch convulsivische Erscheinungen im Gesicht in einzelnen Anfällen nachweisbar waren. Meist handelte es sich um ein leichtes Beben der Nasenflügel oder um ein Zittern der Muskeln der Augen-gegend oder der Lippen. Bei der grossen Frequenz der Anfälle — am 22. August zählte ich während einer Beobachtung von 15 Minuten 8 — konnten die Details derselben genau verfolgt werden. Eine Gelegenheitsursache für den Eintritt liess sich jetzt nicht nachweisen. Während der Anfälle blieb die Athmung ruhig und der Puls zeigte nicht die geringste qualitative oder quantitative Veränderung. Das Gesicht nahm plötzlich einen gespannten Ausdruck an, die Augen wurden bei geringer Senkung der oberen Lider und bei mangelndem Lidschlage starr, die Bulbi standen parallel in die Ferne gerichtet fest; nur zweimal beobachtete ich unmittelbar mit dem Eintritt des Anfalls den Beginn gleichsinniger, langsamer Bewegungen der Bulbi von einer Seite zur anderen, Bewegungen, welche den von Sander (dieses Archiv IX., 133) und Wittkowski (dieses Archiv XI., 508) geschilderten „Soporbewegungen“ gleichkamen. Eigentliche zuckende Bewegungen der Augen, Deviation derselben und schneller oscillirende Bewegungen, Nystagmus, wurden nicht gesehen.

Eine Aenderung der Pupillenweite fand nicht statt, die mittelweiten Pupillen erschienen jedoch, soweit dies bei der kurzen Dauer der Anfälle constatirt werden konnte, reactionslos. Nicht unerwähnt will ich lassen, dass auch bei den kürzesten Anfällen die Augen glanzlos wurden, eine Erscheinung, die wohl auf eine besondere Beschaffenheit der die Augäpfel überziehenden Flüssigkeit durch Veränderung der Secretion veranlasst, zurückgeführt werden muss (cfr. Sander, loc. cit. p. 136).

Eine dem Anfall vorangehende Aura konnte auch jetzt nicht festgestellt werden. Nur ein paar Mal will Patient vor dem Anfall einen plötzlichen Harn-drang verspürt haben. Einmal hat Patient während eines Anfalls seine Kleider genässt. Ein paar Mal erröthete er deutlich unmittelbar nach dem Anfall. Die von Herpin (Des accès incomplets d'épilepsie p. 150) und Griesinger (l. c. p. 324) als besonders charakteristisch hervorgehobenen Kau- und Schluckbewegungen konnte ich nur bei zweien von einer grossen Reihe von Anfällen beobachten.

Der Grad der Bewusstseinsveränderung während des Anfalls war ein verschiedener. Für die grösste Zahl der Anfälle handelte es sich um vollkommene Bewusstseinspause. Patient reagirte auf keinerlei äussere Eindrücke, wusste nachher absolut nicht, was um ihn her vor sich gegangen war. Mit dem Ausruf: „ach, jetzt war es wieder“, oder „ach, jetzt habe ich wieder gedäst“, fuhr er sich mit der Hand an die Stirn und nahm Bewegungen und Gespräch wieder auf. In anderen Anfällen schien nur der Einfluss des Willens auf die Muskulatur aufgehoben und das deutliche Sehen gestört, während Patient nachher Alles wiederholen konnte, was leise während des Anfalls zu ihm gesprochen war. Patient selbst hat den Eindruck, dass er während dieser An-

fälle „nicht ohne Gedanken sei, aber träume“; stets bewegten sich dann die Gedanken um seine Krankheit und darum, dass er gerade ärztlich beobachtet werde (man vergl. hierzu die Angaben des Patienten von Nothnagel, Epilepsie in v. Ziemssen's Handb. p. 247).

In einer Reihe von Anfällen (vermuthlich waren es solche der zweiten Art) gelang es durch Rütteln oder Anrufen des Patienten den Anfall zu unterbrechen. Patient erschien dann aber noch für einige Secunden wie unbesinnlich und war nicht so klar, als wenn der Anfall spontan sein Ende erreichte. Die Dauer der Anfälle schwankte zwischen 4 und 30 Secunden. Die Anfälle traten auch im Liegen ein. Während der Intervalle erschien Patient vollkommen frei und hatte keinerlei Sensationen. Am 23. August nahmen die immerhin noch frequenten Anfälle am Zahl ab, am 24. August wurde Patient perimetrisch untersucht (Dr. Zwingmann), doch ergab sich keine Einengung des Gesichtsfeldes für Weiss. „Bestimmung durch immer häufigere Anfälle von Unbesinnlichkeit gestört und beschleunigt“. Das seit dem 5. August verordnete Bromkalium (5,0 pro die) veränderte den Zustand in keiner Weise, unter dem Fortbestande stündlich mehrfacher Anfälle von petit mal wurde Patient zu Anfang September in das Krankenpensionat eines auf dem Lande wohnenden Collegen übergeführt. Hier traten in den ersten Tagen nach der Ankunft die Anfälle fast vollständig zurück (Bromkalium war ausgesetzt, keine Ordination), um erst gegen Ende des Monats ihre frühere Frequenz zu erreichen. Als Patient eine neue Ordination (Jodkali, weshalb?) erhielt, zu welcher er grosses Zutrauen zeigte, liess die Frequenz der Anfälle mit auffallender Schnelligkeit nach.

Am 2. November 1884 hat Patient den zweiten grossen Krampfanfall erlitten, drei Wochen später der dritten, seitdem noch mehre. Tägliche Anfälle (4—20) von petit mal bestehen fort. Patient soll jetzt im Allgemeinen stumpfer erscheinen und zu keiner Beschäftigung fähig sein.

Ueberblicken wir den Fall noch einmal, so sehen wir bei einem hereditär belasteten Knaben im Anschluss an vielfach wiederholte Versuche, sich selbst in den Zustand der Hypnose zu versetzen, eigenenthümliche nervöse Zufälle treten, welche hauptsächlich als schnell vorübergehende Bewusstseinstrübung, resp. Aufhebung charakterisirt durch mehr als Jahresfrist das wesentlichste Krankheitssymptom bilden. Da sie durch bestimmte Einflüsse besonders leicht hervorgerufen werden können und da auch in den Intervallen ein gewisser Grad allgemeiner Nervosität vorhanden ist, erhält die Diagnose anfangs eine falsche Richtung, bis das Hinzutreten von krampfhaften Erscheinungen an der Muskulatur des Kopfes und das Auftreten einzelner grosser, wohl charakterisirter Krampfanfälle die Diagnose: Epilepsie sichert.

Es scheint mir am ungezwungensten zu sein, wenn man auch jene oben genau beschriebenen Zustände als rudimentäre epileptische

Insulte auffasst; die Annahme, dass diese Zufälle als ganz eigenartige, selbstständige, dem Ausbruch von wahrer Epilepsie bei dem Patienten vorangingen und als spätere Complicationen bestehen blieben, muss namentlich im Hinblick auf die Thatsache bedenklich erscheinen, dass von ihnen bis zu den schweren epileptischen Anfällen verschiedene Uebergangsformen beobachtet wurden. Wenn Patient anfangs während der Anfälle kataleptiforme Symptome zeigte (ich sah dieselben nicht deutlich ausgesprochen) und dies besonders damals dazu führte, Anfälle von spontanem Hypnotismus anzunehmen, so muss daran erinnert werden, dass kataleptiforme Zustände sich als epileptisches oder postepileptisches Symptom einstellen zu können*). Von den Einzelheiten des Krankheitsfalls verdienen zwei Punkte besondere Aufmerksamkeit. Einmal die Aetiologie.

Dass im Verein mit der hereditären Prädisposition die hartnäckig fortgesetzten Versuche des Patienten sich durch Anstarren glänzender Gegenstände zu hypnotisiren als accidentelle Ursache das Auftreten des petit mal veranlassten, kann natürlich nicht mit zwingender Beweiskraft gesagt werden. Jedoch stammen die Angaben des Patienten, dass er diese Versuche als eine direct auf seinen Gesundheitszustand wirkende Schädlichkeit empfand (anfangs allgemeine nervöse Erscheinungen, später die Anfälle) aus einer Zeit, in der seine Intelligenz durchaus ungestört war, vielmehr ein für das jugendliche Alter hochgestelltes Niveau darbot. Dass aber hypnotische Versuche (bei häufiger Wiederholung besonders) von schädlicher Wirkung auf das Nervensystem der Versuchspersonen sein können, ist eine mehrfach constatirte Thatsache. Belege hierfür finden sich u. A. bei Bäumler, l. c. p. 63 ff. — Drosdow, dieses Archiv XIII. p. 258. (Die Berechtigung, den dort geschilderten Krankheitsfall und die zwei vorhergehenden als eine neue Krankheitsform, Morbus hypnoticus zusammenzufassen, scheint mir nicht genügend begründet.) — Heidenhain, Der sog. thier. Magnetismus. 3. Aufl. 1880. p. 22. 43. — Finkelnburg, Verhandl. d. Congr. f. innere Medicin, 1882 p. 141 ff. — Wiebe, Am Ausgange seiner therapeut. Anwendung des Hypnotismus. Berl. klin. Wochenschr. 1884. No. 3. — Herrn Collegen Dr. Holst in Riga verdanke ich endlich die mündliche Mittheilung, dass er mehrfach jugendliche Personen männlichen Geschlechts in Behandlung hatte, deren verschiedenartige nervöse Beschwerden in un-

*) Ein Beispiel hierfür bei Bäumler, Der sogenannte animalische Magnetismus. 1881. p. 59. Vergl. auch Mendel, Dtsch. medic. Wochenschr. 1880. p. 267.

mittelbarem Anschluss an wiederholte, an ihnen ausgeübte hypnotisierende Einwirkungen aufgetreten waren.

Hiernach kann wenigstens mit Wahrscheinlichkeit behauptet werden, dass die hypnotischen Experimente, welche unser hereditär zu Nervenkrankheiten prädisponirter Patient an sich anstellte, die Entstehung von Epilepsie begünstigten.

Ein zweiter Umstand in dieser Krankheitsgeschichte, welcher von Interesse ist, liegt in der Thatsache, dass der Eintritt der einzelnen Anfälle von petit mal in einer gewissen Periode des Krankheitsverlaufs auf gewisse psychische Einwirkungen zurückgeführt werden, resp. durch dieselben Einwirkungen willkürlich erzeugt werden konnte. An sich ist diese Beobachtung nicht neu, verdient aber hervorgehoben zu werden, um die Berechtigung der Verwerthbarkeit dieser Erscheinung für die Differentialdiagnose von Krampfanfällen einer Besprechung zu unterziehen. So häufig die Beobachtung gemacht worden ist, dass der erste Anfall des epileptischen Patienten sich unmittelbar an eine starke psychische Einwirkung anschliesst, so wenig umfangreich sind bis jetzt — soweit ich die Literatur übersehen kann — die Veröffentlichungen über das Zustandekommen der weiteren einzelnen Anfälle unter dem directen Einfluss bestimmter psychischer Erregungen. Für den Beginn der Krankheit unseres Patienten wurde angegeben, dass die Anfälle schnell eingetreten seien, wenn Patient glänzende Gegenstände fixirte (cfr. oben).

Zwei analoge Beobachtungen finden sich bei Gowers*) in dem Abschnitt: *Excitans of attacks*. Auch wird man an das von Tissot beobachtete Kind erinnert, welches immer seine Anfälle bekam, wenn es etwas Rothes sah. — Im späteren Verlauf der Krankheit konnte diese Entstehungsweise der Anfälle nicht mehr beobachtet werden. Ernstliche Versuche, die Anfälle durch Fixirenlassen von glänzenden Gegenständen hervorzurufen, habe ich, während der Patient in meiner Beobachtung stand, aus mehrfachen Rücksichten nicht angestellt. Jedoch konnte auch sonst nicht bemerkt werden, dass das längere Ansehen von glänzenden Gegenständen Anfälle producirte. Patient hat zu dieser Zeit der Krankheit oft in blendendem Sonnenschein glänzende Gegenstände angesehen, ohne dass der Eintritt von Anfällen beobachtet wurde. Hingegen bestand zu dieser Zeit der Krankheit noch deutlich ausgesprochen eine Erscheinung, deren Bestehen schon für die erste Zeit der Krankheit der Patient als ihm selbst sehr auf-

*) Epilepsy, London 1881. p. 90.

fällig angab. Wurden die Gedanken des Patienten intensiv auf seine Krankheit und das Auftreten von Anfällen concentrirt, so trat mit Sicherheit jedesmal ein Anfall ein. (Dass nebenbei auch ohne diese Veranlassung Anfälle eintraten, ist oben berichtet.) Von diesem Vorgang habe ich mich, als Patient ambulant und als er in meinem Hause beobachtet wurde, mehrfach überzeugen können. In der späteren Zeit hat sich die Möglichkeit, die Anfälle willkürlich zu produciren, verloren.

Bei der Durchmusterung der Literatur über Epilepsie, soweit sie mir zu Gebote steht, finde ich, dass Aehnliches schon von älteren Beobachtern constatirt worden ist. So findet sich bei Delasiauve*) eine Reihe von Beispielen über den wiederholten Eintritt epileptischer Anfälle nach denselben psychischen Eindrücken bei ein und demselben Patienten. Genauere Angaben über die Form der Anfälle, über die Dauer des in Rede stehenden Verhältnisses und über eine etwaige Benutzung desselben zu ärztlichen Versuchen fehlen. Von den dort citirten Beispielen seien folgende erwähnt: Bei X. war die Krankheit durch Furcht entstanden; der Gedanke an diese Furcht ruft Anfälle hervor (van Swieten). — T., 14 Jahre alt, ist von Kindheit her mit schreckenerregenden Erzählungen angefüllt; der Gedanke an solche Schreckbilder kann schon heftige Krisen hervorrufen (Maison neuve). — Weitere hierher gehörige Beispiele habe ich erst in der neueren Literatur wieder auffinden können. Der von Emminghaus**) beschriebene „Fall von epilepsieartigen Convulsionen durch Experiment erzeugbar bei einem anämischen Kinde“ kann hier nicht angeführt werden, da es sich um die Einwirkung körperlicher Anstrengung handelte, wobei sich der psychische Eindruck wohl nur nebensächlich geltend machte. Auch ist dieser Fall zu kurze Zeit beobachtet worden, um mit Sicherheit sagen zu können, dass Epilepsie vorlag. — Hierher gehörig und in mancher Beziehung mit dem unserigen verwandt erscheint der von Westphal***) publicirte Fall Ehlert („Eigenthümliche mit Einschlafen verbundene Anfälle“), welche man, obgleich typische epileptische Krampfanfälle nicht eintraten, namentlich mit Hinblick auf die späteren Beobachtungen von Fischer, Mendel, Siemens der Epilepsie wird zurechnen dürfen.

Patient Ehlert, 36 Jahre alt, hereditär belastet, angeblich in Folge eines Aergers zuerst von einem Anfall (Verlust der Sprache

*) Die Epilepsie. Deutsch von Theile. 1855. p. 87.

**) Jahrb. f. Kinderheilk. 1871. p. 392.

***) Dieses Archiv Bd. VII. p. 631.

und Zittern) befallen, erlitt in der Folge bei der geringsten geistigen Erregung ähnliche Zufälle. Ein Theil der später in der Charité beobachteten Anfälle von Einschlafen trat (wie Patient bemerkt und von anderer Seite bestätigt wird) fast mit Sicherheit an einem bestimmten Ort und in einer gewissen Situation ein, so wenn Patient von Zeit zu Zeit aus dem Zimmer des Oberwärters Papier und andere Gegenstände zu holen hatte. — Dass in mehreren Fällen von Epilepsie plötzliche Geräusche regelmässig Anfälle von petit mal hervorriefen (berichtet Gowers*). Bäumler**) führt an, dass hypnotische Prozeduren, also wesentlich psychische Einwirkungen das Eintreten von Anfällen hervorrufen können.

Es mag der Umstand, dass in manchen Fällen von Epilepsie die einzelnen Anfälle zu einer gewissen Zeit des Krankheitsverlaufes jedesmal nach bestimmten psychischen Reizen eintreten, als ein sehr nebensächliches Symptom angesehen werden, schon des seltenen Vorkommens wegen. Es verdient indessen diese Erscheinung mehr Beachtung, weil sie in Fällen, deren Zugehörigkeit zur Epilepsie von dem Beobachter noch nicht nachgewiesen ist, zu diagnostischen Irrthümern führen kann. Die Diagnose kann — wie dies auch unser Fall bewies — zu einer gewissen Zeit sich mit Unrecht zur Annahme hysterisch-nervöser Anfälle neigen, weil der Nachweis bestimmter, den Anfall jedesmal provocirender psychischer Ursachen der allgemeinen Anschauung nach zu Gunsten des hysterischen Charakters der Anfälle spricht. Auch Gowers, dessen Anschauungen aus einer gewaltigen Erfahrung hervorgehen, stellt diesen Umstand an die Spitze seiner differential-diagnostischen Tabelle (l. c. p. 229), wenn auch an anderer Stelle eine Einschränkung erfolgt (p. 90). So sehr die Berechtigung jener allgemeinen Anschauung für die Majorität der Fälle erhärtet ist, wird man doch gerade in differential-diagnostischer Hinsicht mit den möglichen Ausnahmen vertraut sein müssen und wird der wiederholte Nachweis derartiger Ausnahmen davor warnen, aus dem Charakter des einzelnen Anfalls einen sicheren Rückschluss auf die Natur des Leidens machen zu wollen. (In sehr präciser Weise spricht sich hierüber Jolly, *Hysterie in Ziemssen's Handbuch* p. 582 aus.) Dass dieselben psychischen Momente jedesmal den Anfall auslösen, spricht weder gegen eine epileptische, noch für eine hysterische Basis desselben. Erst der Ueberblick über eine gewisse Zeit des Verlaufs, event. der Nachweis von Anfällen völliger Bewusstseinspause

*) l. c. p. 90.

**) l. c. p. 60.

(deren Bestehen durch Constatiren bestimmter Symptome strict zu beweisen ist) sichert die Diagnose resp. gestattet es, Epilepsie anzunehmen.

Symptomatologisch wäre es nicht unwichtig festzustellen, welche Fälle von Epilepsie sich durch Anwesenheit des von uns hervorgehobenen Symptoms auszeichnen, ob dasselbe, wie es scheint, nur vorübergehend im Beginn der Krankheit bei den sogenannten milderer Formen der Anfälle, — oder auch bei dem classischen haut mal und in längerer Dauer zur Beobachtung kommt.

Von irgend welchen Erklärungsversuchen für den Mechanismus des in Rede stehenden Vorgangs glaube ich absehen zu müssen.

Riga, im Januar 1885.
