


XXVIII.

Ueber hysterische Schlafzustände, deren Beziehungen zur Hypnose und zur Grande hystérie.

Von

Dr. **L. Löwenfeld**

in München.



In dem weiten Rahmen der Hysterie bildet jener Symptomencomplex, den die neueren französischen Autoren als *Sommeil hystérique* — hysterischer Schlaf — schildern, unstreitig eine der interessantesten Erscheinungen. Die hier in Betracht kommenden Zustände wurden früher unter verschiedenen Titeln: als hysterische Lethargie, hysterisches Coma, hysterische Synkope, hysterische Apoplexie, last not least als hysterischer Scheintod beschrieben. Alle diese klinischen Formen haben sich jedoch im Lichte der neueren Forschung lediglich als Modificationen eines und desselben pathologischen Grundzustandes erwiesen, so dass deren Zusammenfassung unter einer einheitlichen Bezeichnung — hysterischer Schlaf — völlig gerechtfertigt erscheint. Würde die Berücksichtigung eines Krankheitszustandes in der Literatur einen Massstab für dessen grössere oder geringere Häufigkeit liefern, so müsste der hysterische Schlaf ein sehr seltenes Vorkommniss in Deutschland bilden. Unsere Literatur der letzten Decennien weist über diesen Gegenstand nur sehr spärliche Berichte auf. Meine eigenen Beobachtungen wie Mittheilungen, die ich von erfahrenen Collegen erhielt, sprechen jedoch dafür, dass wir für den vorliegenden Fall aus dem Stande unser Literatur keine Schlüsse ziehen dürfen.

Die ärztliche Bekanntschaft mit den in Frage stehenden Anfällen ist keineswegs neueren Datums. Schon Aretaeus und Galenus

führen unter den vom Uterus abhängigen Krankheitserscheinungen, den Symptomen der Suffocatio oder Praefocatio uteri*) oder Conversio vulvae Zustände von Sopor und Scheintod an**). Plinius bemerkt, dass das weibliche Geschlecht dem Scheintod am meisten ausgesetzt sei, und zwar in Folge der Conversio vulvae (foeminarum sexus huic malo maxime videtur oportunus: conversione vulvae, quae si corrigatur, spiritus restituitur***). Es fehlt bei den Alten auch nicht an Berichten über Fälle, in welchen scheinotdte weibliche Personen lediglich durch zufällige Intervention Dritter vor dem Begrabenwerden bewahrt wurden (Fälle von Heraklidis, Apollonius von Thiana†). Auch den mittelalterlichen Aerzten, die an den Anschauungen der Alten hinsichtlich der Suffocatio uteri unentwegt festhielten, konnte die Kenntniss der hysterischen Schlafzufälle nicht abhanden kommen. Zahlreicheren Berichten über unleugbar dem Gebiete des hysterischen Schlafes angehörige Vorkommnisse begegnen wir jedoch erst bei medicinischen und nichtmedicinischen Schriftstellern des 15., 16. und 17. Jahrhunderts.

Es lässt sich auch nicht verkennen, dass die traurigen Culturverhältnisse dieser Periode das Auftreten derartiger Krankheitszustände begünstigten. Der religiöse Fanatismus jener Zeit und die damit in Zusammenhang stehenden geistigen Verirrungen, insbesondere der Dämonen- und Hexenwahn, die Rohheit der Sitten und der Rechtspflege, missliche sociale Verhältnisse, alle diese Umstände trugen nicht nur wesentlich dazu bei, dass hysterische Affectionen da und dort eine epidemische Ausbreitung gewannen, sondern verliehen auch vielfach der Hysterie eine Gestaltung, welche das Vorkommen des hysterischen Schlafes in seinen verschiedenen Modificationen förderte.

*) Die Bezeichnung Suffocatio oder Praefocatio uteri wurde in verschiedenem Sinne gebraucht. Bald bezeichnete man hiermit nur eine einzelne hysterische Erscheinung, ein Constrictionsgefühl im Halse oder den Globus, bald das, was wir einen hysterischen Anfall heissen, bald den gesamten Symptomencomplex der Hysterie. V. Barth. de Moor, *Pathologiae cerebri delineatio practica*, Amsterdam 1704, S. 484.

**) V. Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hysterie*. Paris 1859, p. 414, 415; vergl. auch Petri Foresti, *Opera omnia*, Francofurti 1634, p. 666: *Varii enim sunt, inquit Galenus, praefocationis in mulieribus affectus: quarum quaedam sine voce, sine sensum et sublato venarum pulsu, jacent, mortuis simillimae.*

***) V. Forestus l. c. S. 667.

†) Philostratus, *vita Apollonii Thyanensis* IV. XLV. edit. Westermann, Parisiis 1849, p. 93.

Man kann keinem Zweifel in dieser Beziehung sich hingeben, wenn man sieht, dass in den meisten Berichten über die Epidemien von Hysterodämonopathie, von Chorea major, von ekstatisch-convulsiven Zuständen, in den Schilderungen der Fälle von Lykanthropie und in den Mittheilungen über manche Hexenprocesse sich Zufälle erwähnt finden, die offenbar dem Gebiete des hysterischen Schlafes angehören. Ich verzichte darauf, hiefür Beispiele anzuführen; es genügt, wenn ich auf Calmeil's*) treffliches Werk verweise, das in dieser Hinsicht eine wahre Fundgrube repräsentirt.

Die fraglichen Vorkommnisse trugen auch vielfach dazu bei, den herrschenden Wahnglauben zu stützen. Die Verwunderung und Abscheu erregenden Erzählungen von den Vorgängen bei dem sogenannten Hexensabbate, die wir bei vielen Schriftstellern der fraglichen Zeitperiode finden, sind zum grossen Theile auf die Hallucinationen hysterischer Personen während ihrer lethargischen Anfälle zurückzuführen**). Während man diese Hallucinationen in der Regel als Beweis für die Zauberkünste und Teufelsverehrung der Betreffenden ansah, genügte in manchen Fällen schon das Auftreten des lethargischen Zustandes allein, z. B. bei der Hexerei Angeklagten, die unter den Qualen der Tortur einschliefen, um die betreffenden Unglücklichen der Beziehung zum Teufel zu überführen.

Es kann uns bei Berücksichtigung der Culturverhältnisse jener Jahrhunderte nicht befremden, dass damals Laien Erscheinungen, die wir heutzutage als hysterische ansehen, und die als solche auch von den Aerzten des Alterthums bereits gedeutet wurden, auf dämonische Einflüsse bezogen. Seltsam muss es jedoch berühren, wenn wir sehen, dass erfahrene und gelehrte Aerzte wie Lepois***), Ambrois Paré†), Plater††) und selbst nach Willis†††) den Dämonenglauben vollkommer theilten. Eine Folge dieses Glaubens war, dass man auch ärztlicherseits die fraglichen Schlafanfälle vielfach durch übernatürliche Ein-

*) Calmeil, De la folie considéré sur le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire. Paris 1845. 2 Bände.

**) V. C. Calmeil Bd. I. p. 193, 220, 315 und an zahlreichen anderen Stellen; ferner Bourneville et Teinturier, Le Sabbat, Arch. de Neurologie, Vol. III. No. 7 und 8.

***) Lepois Nicolas, v. Calmeil Bd. I. p. 211.

†) Ambrois Paré, Les oeuvres, douziesme edition. Lyon 1664, p. 670 und folg.

††) Felicis Plateri Praxeos medicae tomi tres, Basileae 1656, liber I., p. 14, 28.

†††) V. Calmeil, I. Bd. S. 407.

wirkungen verursacht hielt. So bemerkt z. B. Felix Plater*) bei Besprechung der Species soporis: „Huc et daemoniacus sopor sagarum referri potest, in quo se per aërem ferri, suaviter victitare, choreas ducere, et cum daemone congregari, putant, et vigilantes in eodem errore permanent“. Zu welchen grausamen Folgerungen diese Anschauung auch Aerzte verleitete, erhellt aus der weiteren Bemerkung Platens**): „Daemoniacus sopor, si sagis, uti diximus illudat, cum causa praeternaturalis sit, non naturalibus remediis, sed precibus et vitae emendatione curabitur; quod si ea facere recusent, dignae quae igne adhibito purgentur“.

Während man solchergestalt, und zwar auch ärztlicherseits, die fraglichen Zustände zum Theil überhaupt nicht als einfache Krankheitserscheinungen, sondern nur als Teufelswerk ansah, spielte auch bei der Deutung jener Fälle, deren natürlich-krankhafter Ursprung zugegeben wurde, die medicinische Phantasie jener Zeit eine erhebliche Rolle. Wie schon bei den Alten wurde der hysterische Schlaf als vom Uterus abhängig, als Symptom oder Form der Suffocatio uteri gedeutet. Von der Annahme ausgedehnter Wanderungen des Uterus kam man indess zurück. Forest***) und A. Paré†) gestehen diesem Organe nur mehr eine beschränkte Beweglichkeit zu; als Hauptursache der fraglichen Zufälle wurden die Vapores angesehen, die sich durch Zersetzung des im Uterus zurückgehaltenen Menstrualblutes und (weiblichen) Samens entwickeln und von diesem Theile aus in die verschiedenen Körperorgane gelangen sollten. Man glaubte deshalb auch insbesondere sexuell unbefriedigte weibliche Personen (üppig lebende Jungfrauen und Wittwen) diesen Zufällen ausgesetzt ††).

Während man hinsichtlich der Aetiologie sich solch abenteuerlichen Vorstellungen noch hingab, war die Kenntniss der wichtigen Erscheinungen des hysterischen Schlafes bereits weit gediehen, wie

*) Felix Plater l. c. p. 14.

**) l. c. p. 58.

***) V. Forestus l. c. p. 664.

†) A. Paré l. c. p. 626.

††) Forestus l. c. p. 671: „Accidit haec affectio omni quidem tempore, sed hyeme praecipue ac autumno, praecipue autem junioribus salacibus, ac sterilibus, maxime si tales per medicamenta fuerint“. Forest bestätigt auch die Behauptung Galen's, dass die von Zurückhaltung des Menstrualblutes herrührenden Erscheinungen weniger schlimm sind, als die durch Zurückhaltung des Samens bedingten. „Veniunt quidem ex illis dolores capitis, gravitates, vertigines et cetera, quae diximus. At apnoeae, convulsiones potius ex retento semine, ut syncope et subitae mortes“. (l. c. p. 667.)

wie aus den Darlegungen bei A. Paré und Forestus*) über die Suffocatio matricis ersichtlich ist. Forestus**) erörtert sogar die Differentialdiagnose dieser Affection gegenüber verschiedenen Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen, der Synkope, Apoplexie, Epilepsie, Katalepsie etc. Forestus und A. Paré verwiesen ferner schon zur Erklärung des hysterischen Scheintodes (i. e. der Fortdauer des Lebens bei anscheinend mangelnder Respiration) auf den Winterschlaf der Thiere***), und Paré warnt auch unter Hinweis auf das Missgeschick, das einem grossen Anatomen (Vesal) widerfuhr, vor übereilter Beerdigung und Section von Personen, die an der Suffocatio matricis gestorben scheinen†).

Bei den Schriftstellern des 18. Jahrhunderts sehen wir allmählig auf Grund besserer physiologischer Kenntnisse eine Auffassung der Hysterie sich anbahnen, welche sich unseren heutigen Anschauungen nähert, die Lehre von der Wanderung des Uterus und der Zersetzung der Säfte in demselben wird definitiv aufgegeben. Sydenham††) beschreibt in kurzen Zügen die hysterische Apoplexie, R. Whytt†††) die hysterische Ohnmacht. Tissot*†) schildert in seiner Abhandlung von den Nerven und ihren Krankheiten im Anschlusse an die Katalepsie als Anästhesie einen Zustand, der durch ein dem Anscheine nach totales Aufhören der äusseren und inneren Sinne sich charakterisirt, und der von der Katalepsie nur dadurch sich unterscheidet, dass hierbei die Glieder unfähig sind, in der ihnen ertheilten Stellung von selbst zu bleiben. Von einer Beziehung dieses Zustandes, wobei es sich offenbar um hysterischen Schlaf handelt, zur Hysterie ist

*) A. Paré l. c. p. 626, 627. Forestus l. c. p. 663 u. f.

**) Forestus l. c. p. 668, 669.

***). Die in Winterschlaf verfallenen Thiere sollen nach Forestus u. A. Meinung nur durch die Athmung, welche durch das Herz und die Arterien bethätigt wird, ihr Leben erhalten. „Pari autem ratione in uteri strangulatione fieri potest, ut toto corpore frige facto (id enim manifeste videtur) nulla prorsus ab ore prodeat spiratio, supersit autem ea, quae a corde et arteriis sit“ (Forestus l. c. p. 668). Vergl. auch A. Paré l. c. p. 627.

†) A. Paré l. c. p. 627.

††) Sydenham, Opera med. Genevae 1757. t. 1. p. 257.

†††) R. Whytt, Beobachtungen über die Natur, Ursachen und Heilung der Krankheiten, die man gemeinlich nervenhypochondrische und hysterische Zufälle nennet; nach der 2. engl. Auflage. Leipzig 1766, S. 174.

*†) Tissot, Abhandlung von den Nerven und ihren Krankheiten. Deutsch von Weber; Königsberg und Leipzig. 4. Bd. 1783. S. 79.

jedoch nichts erwähnt. Bemerkenswerth ist, dass im 18. Jahrhundert bereits die Berichte über Fälle von hysterischem Scheintod seltener werden, während die Mittheilungen über Fälle von lange dauernden Schlafzuständen sich mehren*).

In den ersten Decennien unseres Jahrhunderts stossen wir auf den befremdlichen Umstand, dass einzelne hervorragende Autoren noch auf eine strengere Trennung des hysterischen Schlafes von äusserlich ähnlichen Affectionen verzichten.

Abercrombie**) führt in dem Kapitel von der Schlafsucht neben comatösen Zuständen in Folge von fieberhaften Erkrankungen, apoplectischen Leiden etc. Beobachtungen von lange dauerndem hysterischen Schlafe und hysterischem Scheintod an. Josef Frank***) unterscheidet zwar eine symptomatische und eine idiopathische Schlafsucht und bemerkt, dass bei den ersterer zugehörigen Beobachtungen zumeist Fieber, Gehirnhautentzündungen, Schlagflüsse u. dergl. vorlagen. Indess auch die von diesem Autor aufgestellte idiopathische Schlafsucht umfasst neben zweifellose hysterischen Zuständen comatöse Zufälle sehr verschiedenen Ursprungs, wie daraus erhellt, dass Frank unter den Ursachen dieser Erkrankung neben Nachtwachen und Ermüdung, Schreck und Betrübniss u. A., Wein und Alkohol, Kohlendampf, Sonnenbrand, zurückgetretenes Podagra etc. anführt. Schindler†) und Beckers††) beschreiben ebenfalls eine idiopathische chronische Schlafsucht (*Carus idiopathicus*); auch bei dieser handelt es sich nicht ausschliesslich, aber doch vorwaltend um Hysterie. Neben den beiden eben genannten Autoren haben in der ersten Hälfte dieses Säculums Louyer-Villermay†††), Landouzy*†) und Pfendler**†) Manches zur Erweiterung unserer Kenntnisse hinsichtlich der Symptomatologie des hysterischen Schlafes beigetragen. Einen bedeuten-

*) V. Josef Frank, Handbuch der Nervenkrankheiten. Deutsch von Voigt, 1. Theil, Leipzig 1843. S. 350, 351.

**) Abercrombie, Ueber die Krankheiten des Gehirns und Rückenmarkes. Deutsch von de Blois. Bonn 1821. S. 189.

***) Josef Frank l. c. S. 353 u. f.

†) Schindler, Die idiopathische, chronische Schlafsucht. Hirschberg 1829.

††) Beckers, De caro idiopathico. Dissert. inaug. Berlin 1834.

†††) Louyer-Villermay, Traité des maladies nerveuses ou vapeurs et particulièrement de l'hystérie et de l'hypocondrie. 1816, t. 1.

*†) Traité complète de l'hystérie. 1846.

**†) Pfendler, Quelques observations pour servir à l'histoire de la léthargie. Paris 1833.

den Fortschritt brachte jedoch erst die Arbeit Briquet's*) über Hysterie. Briquet beschrieb unter den verschiedenen Anfallsformen der Hysterie *Attaques avec syncopes*, welche er von den gewöhnlichen Ohnmachtsanwandlungen chlorotischer und anämischer Hysterischer genau unterschied, ferner *Attaques de sommeil, de coma et de léthargie*; letztere fasste er lediglich als verschiedene Grade eines und desselben pathologischen Zustandes auf. In der That sind auch die Unterschiede zwischen den genannten Anfallsvarietäten nach Briquet's Beschreibung wenig prägnant. Die *Attaques de sommeil* repräsentiren offenbar die leichteste Anfallsform und nähern sich in ihrer Gestaltung am meisten dem natürlichen Schlafe. Die *Respiration* ist hierbei normal, der Puls gegen 60, die Glieder schlaff. In den *Attaques comateuses* ist die Athmung stertorös und die Betäubung so hochgradig, dass die stärksten Reize keine Empfindung hervorrufen. Dabei bestehen spastische Erscheinungen. Die *Attaques de léthargie* sind häufiger als die beiden vorhergehenden. Die Athmung ist hierbei ebenfalls ohne Stertor, die Glieder sind erschlafft, die Herzhätigkeit ist meist verlangsamt, die Empfindlichkeit für äussere Reize völlig aufgehoben, es ist dies die Anfallsform, die zum Scheintode sich gestalten kann. Bezüglich der Differentialdiagnose letzterer Anfallsform dem thatsächlichen Tode gegenüber bemerkt Briquet mit Recht, dass dieselbe bei dem gegenwärtigen Stande unserer Wissenschaft dem Arzte nur selten Schwierigkeiten bereiten kann. „Il est certain que les cas de mort apparente par fait de léthargie sont actuellement aussi rares qu'ils étaient communs autrefois“.

Ein neuer Abschnitt in der Lehre von den hysterischen Schlafzuständen beginnt mit den Untersuchungen Charcot's und seiner Schüler über die *grande hystérie*. Charcot wies bekanntlich nach, dass die typische *grande attaque hystérique* sich nur aus vier Stadien zusammensetzt — *Période épileptoïde*, *Période des contorsions et des grands mouvements*, *Période des attitudes passionelles*, *Période de délire* — und dass neben den typischen grossen Attaquen eine Anzahl von Anfallsvarianten vorkömmt, welche theils durch Zurücktreten oder gänzlichliches Ausfallen einzelner Phasen der typischen Anfälle, theils durch Hineinmischung von Elementen entstehen, welche den letzteren nicht angehören**). Als ein solches in die grossen Anfälle sich einflechtendes Element wurde von Charcot der hysterische

*) Briquet l. c.

**) V. Richer, *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie*. 2. Aufl. Paris 1885. p. 166.

Schlaf (léthargie) erkannt; es führte dies zur Aufstellung einer Variété de la grande attaque hystérique par immixtion des phénomènes léthargiques — Attaque de léthargie Richer*). Diese Variété umfasst indess auch Anfälle, in welchen das lethargische Element vorherrscht und die Erscheinungen des typischen grossen Anfalles nur mehr oder minder rudimentär vertreten sind. Die überaus wechselnden Combinationen lethargischer Zustände mit Erscheinungen der typischen grossen Anfälle, wie sie die klinische Beobachtung aufweist, führten wohl Charcot**) zu der Auffassung, dass der hysterische Schlaf überhaupt nur eine Modification des hysteroepileptischen Anfalles darstellt. Diese Anschauung findet sich auch in den Arbeiten von Bourneville***), von Pitres†) und Gilles de la Tourette††) vertreten. Debove†††) und Achard*†) andererseits beschäftigten sich in den letzten Jahren eingehend mit einer Form des hysterischen Schlafes, der Apoplexie hystérique und ihren Folgezuständen, und wollen dieser eine selbstständige Stellung in dem symptomatologischen Gebiete der Hysterie einräumen.

Von deutscher Seite ist den in Frage stehenden hysterischen Anfällen in den letzten Decennien, wie erwähnt wurde, keine erhebliche Aufmerksamkeit zugewendet worden. Rosenthal**†) berichtete im Jahre 1872 über einen interessanten Fall von hysterischem Scheintod, in welchem die Kranke von einem Landarzte bereits für todt erklärt worden war. R. fand hier keinen Radialpuls, auch keinen Herzstoss, dagegen ein schwaches, dumpfes Geräusch in der Herzgegend und eine schwache langsame Bewegung der seitlichen Thoraxwandungen, ferner normale Erregbarkeit der Muskeln und Nervenstämmen für den Inductionsstrom, also immerhin Zeichen, welche über die Fortdauer

*) Richer l. c. p. 253.

**) V. Charcot, Lezioni cliniche dell. anno scolastico 1883—84, sulle malattie dell. sistema nervoso. Milan. 1885; ferner Gaz. des hôpit. 1888, No. 148.

***) Bourneville et Regnard, Iconographie photographique de la Salpêtrière (1877—80).

†) Pitres, Des zones hystérogènes et hypnogènes; des attaques de sommeil. Bordeaux 1885.

††) Gilles de la Tourette, Des attaques de sommeil hystérique. Arch. de Neurologie Vol. XV. No. 43 und 44, 1888.

†††) Debove, De l'apoplexie hystérique. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux, 1886, p. 370 und a. a. O.

*†) Achard, De l'apoplexie hystérique. Thèse de Paris, 1887.

**†) Rosenthal, Wiener med. Jahrbücher 1872, Heft 4.

des Lebens keinen Zweifel lassen konnten. Mittheilungen über Fälle hysterischer Lethargie veröffentlichten ferner Eulenburg*) und Sahlmen**); wir werden auf die betreffende Arbeit Eulenburg's an späterer Stelle einzugehen haben. Holst***) beschreibt in einem Berichte über seine Heilanstalt hysterische Schlafanfälle als „hysterische Ohnmacht“, obwohl hierbei keine Veränderung der Herzthätigkeit vorlag. Holst, dem die Arbeiten der Franzosen über die grande hystérie offenbar entgangen sind, glaubt, es liege nahe, die fraglichen Zustände als zur Hypnose gehörig zu deuten; nur der Mangel der neuromusculären Uebererregbarkeit, die für die Hypnose charakteristisch sein soll, scheint ihn von einer Identificirung der beiden Zustände abzuhalten. Was die deutschen Hand- und Lehrbücher betrifft, so erwähnt Jolly in von Ziemssen's Handbuch†) als Varietät der krampfhaften Anfälle Hysterischer anfallsweise auftretende Zustände, die offenbar dem Gebiete des hysterischen Schlafes angehören, ohne dieselben mit einem besonderen Namen zu bezeichnen. In den Lehrbüchern von Seligmüller, Strümpell und Hirt ist dagegen die fragliche Anfallsform ganz unberücksichtigt geblieben.

In der neueren englischen und amerikanischen Literatur sind Veröffentlichungen über hysterischen Schlaf (trance, lethargy) ebenfalls keineswegs zahlreich. Hierher gehörige Beobachtungen wurden von Weir Mitchell††), Langdon Down†††), Gairdner*†), Keser**†) und E. Peck***†) mitgetheilt. Gowers, der dem Gegenstande in seinem Lehrbuche ein kleines gesondertes Kapitel widmet, hält die fraglichen Zustände für selten; er konnte dieselben nur in

*) Eulenburg, Ueber Galvanohypnotismus, hysterische Lethargie und Katalepsie. Wiener Klinik VI. Jahrgang, 3. Heft, März 1880, S. 93.

**) Sahlmen, Fall von Schlafsucht. Berliner klin. Wochenschr. 1881, No. 7 und 1883 No. 9.

***) Holst, Bericht über die Thätigkeit der Heilanstalt für Nervenkranken in Riga, 1886, S. 31 u. f.

†) Jolly l. c. 12. Bd. 2. Hälfte, 2. Aufl. 1877, S. 560.

††) Weir Mitchell citirt bei Gowers Diseases of the nervous system, Vol. II. p. 950, 1888.

†††) Langdon Down, Brit. med. Journal 13. Mai 1878; p. 827.

*†) Gairdner, Case of lethargic stupor or „trance“. Lancet, December 22, 1883 und Jan. 12. 1884.

**†) Keser, A case of prolonged sleep. Journal of mental science. July 1887, p. 267.

***†) E. Peck, New York med. Record, March. 10, 1888.

vier Fällen constatiren. Ueber Schlafanfälle bei einer ungarischen Hysteroepileptischen berichtete Laufenauer*) (Budapest).

Meine eigenen hierher gehörigen Beobachtungen betreffen fünf Fälle. Unter dieser bescheidenen Zahl befindet sich jedoch ein Fall, der in Anbetracht der langen Dauer der Erkrankung, der ausserordentlichen Häufigkeit der Schlafanfälle und der sehr wechselnden Gestaltung der Einzelattaquen eine fast vereinzelt dastehende Gelegenheit zum Studium dieser Zustände darbot. Ich will hier zunächst einige kurze Notizen über die betreffenden Patientinnen folgen lassen.

I. Frau H., Mutter von 2 Kindern, zur Zeit des ersten Anfalles 23 Jahre alt; 5—6 Anfälle im Laufe von 2 Jahren, jeder derselben nach bestimmten Anlässen (Aufregungen) auftretend. Im Uebrigen während der Beobachtungsfrist keine hysterische Erscheinung. Patientin seit 5 Jahren verzogen und von mir nicht mehr gesehen.

II. Frau S. (beobachtet mit Herrn Hofrath Dr. Halm dahier), 27 Jahre alt, erblich schwer belastet, 4 Kinder, 1 Abortus; nach dem letzten Wochenbette (1888) erkrankt; melancholische Verstimmung, Schlaf- und leichtere Krampfanfälle mehr als 6 Monate fast täglich auftretend. Nunmehr seit 1½ Jahren bereits Psyche normal und kein weiterer Anfall.

III. Frau D. (beobachtet mit Herrn Dr. Fuchs in Augsburg), 25 Jahre alt, ohne erbliche Belastung, ein Kind. Vor 3 Jahren nach gemüthlicher Alteration Melancholie, kleine und grosse (hysteroepileptische) Krampf- und Schlafanfälle, die Erkrankung fast 1½ Jahre während, hierauf ca. 13 und 14 Monate frei. Seit Weihnachten 1888 neuerdings melancholische Verstimmung und Schlafanfälle, wahrscheinlich in Folge von Ueberanstrengung. Zur Zeit der 1. Untersuchung (April 1889) im 3. Schwangerschaftsmonate. Schwinden der Anfälle und der Verstimmung bereits im folgenden Monate. Seitdem Entbindung ohne Zwischenfall; andauerndes Wohlbefinden**).

IV. Frä. St. (überwiesen durch Herrn Hofrath Bezirksarzt Dr. Rosner in Tegernsee), derzeit 27 Jahre alt, ohne jede erbliche Belastung (seit 3 Jahren in Beobachtung). Mit einem Jahre Masern, in der Folge öftere Hornhautentzündungen. Im Alter von 10 Jahren Meningitis (Erkrankung mit Bewusstlosigkeit, Krämpfen etc.), seitdem Schlafattaquen in Verbindung mit anderen Erscheinungen der grande

*) S. Sitzungsbericht der Gesellschaft der Aerzte in Budapest vom 21. Juni 1884. Erlenmeyer's Centralbl. 1885, S. 34.

**) Inzwischen wiederum (September und October 1890) während mehrerer Wochen Verstimmung und Schlafanfälle (Zusatz während der Correctur).

hystérie alljährlich während einer Reihe von Monaten täglich, und zwar zumeist in Mehrzahl auftretend, die Zwischenzeit jedoch nicht völlig anfallsfrei. Nur einmal während eines längeren Zeitraumes (von 1885—1887) gänzlich Wegbleiben der Anfälle und fast vollkommenes Wohlbefinden. Von mir selbst drei Anfallsreihen (März bis Juni 1888, November 1888 bis April 1889, November 1889 bis Juli 1890) beobachtet, jede dieser Serien hunderte von Anfällen sehr verschiedener Gestaltung und Dauer umfassend*). Ein Bruder der Patientin nach einer Nierenentzündung längere Zeit mit ähnlichen Anfällen behaftet; bei zwei unverheiratheten Schwestern, nachdem dieselben längere Zeit Zeuginnen der Anfälle gewesen, auch Andeutungen solcher.

V. Frä. R., 22 Jahre alt, erblich belastet; erkrankt nach grossen Aufregungen und Anstrengungen; kleinere hysterische Krampfanfälle zum Theil mit folgenden Schlafzuständen ca. 6 Wochen hindurch auftretend; seit $1\frac{1}{2}$ Jahren kein weiterer Anfall.

Ausserdem besitze ich Mittheilungen über zwei Fälle, in welchen Schlafattaquen auftraten, die ich selbst jedoch nicht beobachtete.

VI. Frau St., 36 Jahre alt, litt vor ca. 12 Jahren nach Typhus an Verstimmung und Schlafanfällen von 24—36stündiger Dauer ca. 6 Wochen lang (behandelt durch Herrn Prof. Amann dahier); inzwischen verwittwet, auch manche sonstige traurige Erlebnisse; trotzdem kein weiterer Anfall.

VII. Frä. P. (behandelt durch Herrn Dr. Doldi dahier, von mir vorübergehend 1887 gesehen), 19 Jahre alt, erkrankte 1887 zunächst mit kleinen hysterischen Krampfanfällen, an welche sich später Schlafanfälle mit Krämpfen und beträchtlicher Salivation anschlossen. Diese setzten sich im Laufe des Jahres 1888 fort. Die längste Dauer des Einzelanfalles betrug 3 Tage. Seit 1889 kein weiterer Anfall.

Von einer eingehenden Mittheilung der einzelnen Krankengeschichten sehe ich ab, um sogleich zur Schilderung der Einzelheiten der hier in Frage stehenden Anfälle überzugehen. Ich werde mich hierbei in erster Linie auf meine eigenen Beobachtungen stützen, die zwar im Grossen und Ganzen die Wahrnehmungen früherer Autoren bestätigen, doch auch manches Abweichende bieten und in mehr-

*) Von Juli 1890 bis jetzt (Ende Januar 1891) keine neue Anfallsreihe; doeh treten bei der Patientin noch immer ab und zu kurzdauernde Schlafanfälle auf (Zusatz während der Correctur).

facher Hinsicht unsere Kenntnisse bezüglich des hysterischen Schlafes erweitern.

Es ist hier zunächst zu bemerken, dass schon der Modus des Anfallseintrittes sehr beachtenswerthe Unterschiede aufweist. Der Anfall kann

A. ganz plötzlich, ohne unmittelbaren Vorhergang irgend welcher anderer Krankheitserscheinungen sich einstellen. Die Kranke, die z. B. noch eben im Gespräche begriffen war, verstummt plötzlich und sinkt nach vorne über; sie sinkt zu Boden, während sie das Zimmer durchschreitet; sie schläft ein während der Mahlzeit, während des An- und Auskleidens, während einer Spazierfahrt u. s. w. Alle diese Vorkommnisse wurden in meinen Fällen beobachtet;

B. häufiger gehen dem Schlafanfälle unmittelbar andere Krankheitserscheinungen vorher. Nach den Berichten verschiedener französischer Autoren (Briquet, Richer, Gilles de la Tourette) sollen die betreffenden Attaquen zumeist durch Krämpfe, speciell die convulsivischen Erscheinungen, welche die zwei ersten Phasen der Grande attaque hysteroepileptique bilden, eingeleitet werden. Demgegenüber muss ich betonen, dass nur in einer von meinen vier Beobachtungen, in welchen Krämpfe vorhanden waren, solche dem Lethargus vorhergingen; in den übrigen war das Verhältniss ein anderes. Die Krämpfe, respective vollentwickelte hysteroepileptische Anfälle flochten sich in den Verlauf des Lethargus ein. Bei den von mir beobachteten Kranken treten in der Mehrzahl der Anfälle als Prodromalerscheinungen Kopfschmerz oder Gefühle von Schwere und Eingenommenheit des Kopfes, insbesondere aber eine gewisse Schlafneigung auf, die durch die fortwährende Tendenz der Lider, sich zu schliessen, auch äusserlich sich kenntlich macht. Diese Schlafneigung stellt sich in einem Falle nur wenige Minuten, im anderen bereits mehrere Stunden vor dem Anfallseintritte ein, wächst im letzteren Falle langsamer oder rascher an und kann von der Kranken bis zu einer gewissen Zeitgrenze durch Willensanstrengung bekämpft werden; die Kranke, die z. B. Vormittags um 11 Uhr einschläft, könnte oder würde bei Verzicht auf ihren inneren Widerstand schon um 10 Uhr und noch früher einschlafen.

C. In zweien meiner Fälle schloss sich der lethargische Zustand häufig an den natürlichen Schlaf an oder schaltete sich in denselben ein. Die Möglichkeit des Ueberganges vom normalen in den hysterischen Schlaf und umgekehrt besteht indess nach meinen Beobachtungen im Allgemeinen nur für die leichtesten Grade des Lethargus, die sich, wie wir sehen werden, ohnedies dem normalen Schläfe sehr

nähern*). Auch findet ein solcher Uebergang nur während der Nacht- und Morgenstunden statt. Der hysterische Schlaf kann aber noch unter anderen Umständen an die Stelle des normalen treten, indem sich derselbe z. B. des Abends nach dem Zubettgehen einstellt.

Das Verhalten in dem Momente des Einschlafens konnte ich speciell bei der Kranken St. sehr häufig beobachten, da bei dieser die Schlafanfälle zum grossen Theile zu bestimmten Tagesstunden sich einstellen. Gewöhnlich zeigt sich hier im Momente des Einschlafens keine auffällige Veränderung der Gesichtsfarbe. Nur wenn die Patientin sich sehr anstrengt, gegen die immer mächtiger werdende Schlafneigung noch anzukämpfen, sieht man das Gesicht kurze Zeit vor dem Anfallseintritte etwas erblassen. Was die Veränderung des Bewusstseins anbelangt, so ist der Uebergang vom Wachen in den lethargischen Zustand in der Regel in einem Augenblicke vollzogen, ein allmäliges Einschlafen, wie es andere Beobachter erwähnen, konnte ich nie wahrnehmen.

Den Eindruck, den eine derart Eingeschlafene bei Lagerung im Bette oder auf einem Sofa macht, ist in Bezug auf Gesichtsausdruck und Haltung gewöhnlich der einer ruhig und fest schlafenden Person. Das Gesicht zeigt zumeist dasselbe Colorit wie in der anfallsfreien Zeit. Gilles de la Tourette**) bemerkt, dass sich das Gesicht mit der Andauer des Schlafes mehr und mehr entfärbe. Es mag dies für jene lange andauernden, über eine Mehrzahl von Tagen oder Wochen sich erstreckenden Attaquen zutreffen, bei welchen die Ernährung immer mehr oder minder erheblich leidet. Ich selbst konnte Derartiges nie beobachten; eine auffällige Gesichtsblassse sah ich nur an Tagen, an welchen Befinden und Aussehen überhaupt sehr schlecht waren. Andererseits fand ich in den Anfällen jener Patientin, die im Uebrigen keine Erscheinungen von Hysterie darbot, das Gesicht in der Regel lebhaft geröthet***). Auch bei im Allgemeinen normalem Colorit des Gesichtes sieht man, wie dies auch Gilles†) erwähnt, dasselbe sich öfters mit einer flüchtigen tiefen Röthe überziehen.

*) Die Beobachtungen Gairdner's und Semelaigne's (*Gazette des hôp.* No. 111, 1885), auf die wir an späteren Stellen noch zu sprechen kommen, scheinen in dieser Hinsicht Ausnahmen zu bilden.

**) Gilles de la Tourette. *Arch. de Neurologie.* Vol. XV. No. 44. p. 267. 1888.

***) Auch Holst fand in den von ihm beobachteten Anfällen das Gesicht gewöhnlich nicht auffallend blass, zuweilen sogar recht roth.

†) Gilles de la Tourette l. c. p. 267.

Wiederholt sich dies mehrfach in kurzen Zwischenräumen, so kann man im Allgemeinen auf alsbaldiges Auftreten stärkerer Krampferscheinungen oder äquivalenter Symptome rechnen. Mitunter zeigen nur die Ohren eine tiefere Röthung; dieses Symptom hat annähernd die gleiche Bedeutung wie die flüchtige Röthung des Gesichtes.

Motorische Sphäre.

Im Verhalten der Muskulatur zeigen sich nicht bloss bei den einzelnen Kranken, sondern bei den Anfällen einer und derselben Patientin, selbst in verschiedenen Phasen eines einzelnen Anfalles höchst beachtenswerthe Unterschiede. Zumeist ist zu Beginn der Schlaf-attaque, soweit die Muskulatur der Extremitäten und des Rumpfes in Betracht kommt, eine allgemeine Erschlaffung vorhanden. Der erhobene Arm fällt schlaff, kraftlos herab. Bei Kranken, die im Gehen vom Anfalle überrascht werden, findet jedoch, wenigstens soweit meine Beobachtung reicht, nicht das jähe Zusammenstürzen wie bei Epileptikern statt; es handelt sich mehr um ein Zusammensinken.

Der fragliche Zustand musculärer Resolution dauerte in vier von meinen fünf Beobachtungen während der grösseren Mehrzahl der Anfälle an. Von demselben bis zur vollständigen Starre des Körpers finden sich alle möglichen Uebergänge und zwar — was ich speciell betonen muss — nicht selten selbst in einem und demselben Anfalle.

Wie schon von Gilles constatirt wurde, fanden sich auch in meinen Fällen selbst bei anscheinend allgemeiner Muskeler Schlaffung doch immer gewisse Muskeln contrahirt, und zwar waren dies constant die Kaumuskeln. Die Kiefer zeigten sich in der Regel fest gegen einander gepresst. Relativ selten machen sich schon gleich zu Beginn des Anfalles Muskelcontracturen (z. B. Steifigkeit der Arme, Starre der Halsmuskeln) bemerklich*). In ihrer Intensität weisen die Contracturen die verschiedensten Abstufungen auf, von einem der Gummielasticität zu vergleichenden Widerstande bis zur völligen, selbst mit grossem Kraftaufwande nicht zu überwindenden Starre. Zuweilen zeigt sich aber auch der gleiche Widerstand bei der Biegung der gestreckten Gliedmasse wie bei der Rückführung der gebeugten in die Streckstellung. Bezüglich dieser Contracturen ist ein Umstand sehr

*) Dieses Verhalten ist mitunter von gemüthlichen Erregungen, die dem Anfalle vorhergehen, abhängig.

bemerkenswerth, der meines Wissens noch von keiner Seite in gebührender Weise hervorgehoben wurde. Dieselben verhindern, wenn wir etwa von den höchsten Graden derselben absehen, im Allgemeinen active Bewegungen der betreffenden Theile keineswegs. Die Kranken nehmen nicht bloss von Zeit zu Zeit Lageveränderungen mit den steif sich anführenden Gliedmassen vor. Bei schmerzhaften Einwirkungen werden mit denselben auch Abwehrbewegungen, die man allerdings in die Kategorie der reflectorischen zählen kann, unter gewissen Umständen aber auch, wie wir später des Genaueren sehen werden, complicirtere, zweifellos nicht reflectorische Acte ausgeführt, nach deren Beendigung die frühere Steifigkeit der agirenden Extremität sofort wieder zu constatiren ist. Bei auf einzelne Muskelgruppen beschränkter Contractur zeigt der Schlafzustand zumeist im Uebrigen keine Aenderung. Selbst bei allgemeiner Körperstarre kann der Lethargus in ungestörter Weise fort-dauern. Bei unserer Kranken St. erweisen sich jedoch ausgebreitetere erhebliche Muskelcontracturen zumeist als Vorläufer (resp. initiale Symptome) einer mehr minder vollständigen grossen hysteroepileptischen Attaque, nach deren Ablauf dann wieder zunächst ausgebreitetere Muskelstarre sich geltend macht, die allmählig abnehmend wieder allgemeiner Erschlaffung Platz macht. Bleiben ausgebreitetere Contracturen nach Beendigung der grossen Attaquen noch längere Zeit bestehen, so erfolgt gewöhnlich eine zweite, eventuell auch dritte, vierte etc. Auflage des Anfalles, bevor der Lethargus wieder in ruhiger Weise seinen Fortgang nimmt.

Klonische Krämpfe von verschiedener Ausbreitung in den Verlauf des lethargischen Anfalles eingestreut fanden sich in vier von den fünf Beobachtungen. Am häufigsten handelt es sich um Zuckungen der Lider und der Halsmuskeln; von diesen fanden sich aber alle möglichen Uebergänge bis zu allgemeinen epileptiformen Convulsionen. Bei der Kranken St. figuriren zu gewissen Zeiten, d. h. so lange Anfälle der grande hystérie in den Verlauf der Schlafattaquen sich einschalten, Zuckungen der Lider und Halsmuskeln, meist in Verbindung mit Starre der Extremitäten, seltener isolirt als Vorläufer der grossen Anfälle und zeigen sich auch nach Ablauf derselben noch längere oder kürzere Zeit. In den übrigen Fällen waren die Convulsionen zumeist von geringerer Ausbreitung und kürzerer Dauer; nur bei Frau D. zeigte sich öfters ein Uebergang von leichteren und beschränkteren zu ausgebreiteteren und heftigeren Zuckungen.

Aus dem vorstehend Mitgetheilten ist ersichtlich, dass die Unterscheidung gewisser Anfallsformen je nach dem

Vorhandensein oder Mangel spastischer Erscheinungen, wie sie von Briquet und auch von Richer vertreten wird, sich nicht aufrecht erhalten lässt. Nicht bloss die einzelnen Anfälle einer und derselben Kranken, sondern auch die einzelnen Phasen desselben Anfalles können, wie wir bereits bemerkt haben, hinsichtlich des Verhaltens der Muskulatur die grössten Verschiedenheiten darbieten. Wir können auch künstlich, i. e. durch arzneiliche Einwirkungen (Injectionen von Morphinum, Hyoscin, Antipyrin) die spastischen Elemente des Anfalles mehr oder minder vollständig ausschalten, ohne im Uebrigen an dem lethargischen Zustande etwas zu ändern. Bezüglich gewisser Krampfvarietäten muss ich mir hier noch einige Bemerkungen gestatten. Allgemeine Körperstarre während des Lethargus kann, wie der bereits erwähnte Fall von Bonamaison lehrt, ohne Behinderung der Athmung bestehen. Dieser Zustand kann aber andererseits auch mit völliger Sistirung der Respiration selbst bis zur Dauer einer Minute und darüber einhergehen, wie bei unserer Kranken St. verschiedenfach beobachtet wurde. Hierbei fehlt es nicht an weiteren beängstigenden Erscheinungen. Das Gesicht zeigt zunehmende Blässe, der Puls wird frequenter, klein und kleiner. Diese Pulsveränderung wird nach Wiederkehr der Athmung nicht immer sofort rückgängig; ich habe sogar nach Aufhebung der Apnoe noch weitere Verschlechterung des Pulses beobachtet. Zu ähnlichen Folgeerscheinungen kam es bei Fr. St. auch beim Glottiskrampfe, der während gewisser Zeiten (so insbesondere im Verlaufe der letzten Anfallsserie) in einer Frequenz und Hartnäckigkeit während der lethargischen Anfälle sich einstellte, dass er geradezu das Feld beherrschte. Der Luftabschluss war auch hierbei keineswegs selten für die Dauer einer Minute und darüber ein vollständiger. Das Gesicht der Kranken, die sich mit geschlossenen Augen im Bette aufsetzte und den Kopf gegen die Wand lehnte, erreichte geradezu ein Leichencolorit, während der Puls immer kleiner und beschleunigter wurde*).

*) Es ist wohl selbstverständlich, dass ich diesen Krämpfen gegenüber nicht bloss die Rolle des Zuschauers spielte. Es wurden vielmehr nach einander die verschiedensten Mittel versucht (starke Riechreize — englisches Riechsalz, Salmiak —, äussere Reize [Senfspirituseinreibung etc.]) Aetherzerstäubung, Chloroform- und Bromäthyleinathmung u. s. w. Alle diese Mittel erwiesen sich bei intensivem Krampfe, namentlich bei völligem Luftabschlusse als erfolglos, resp. unanwendbar. Augenblickliche Lösung des Krampfes bewirkte nur die Berührung der Kehlkopfhaut mit dem faradischen Pinsel bei sehr beträchtlicher Stromstärke. Von der Anwendung dieses Mittels musste jedoch alstald abgesehen werden, weil dasselbe die Kranke jedes Mal in grosse

Es ist begreiflich, dass man dieser Situation gegenüber mit einer gewissen ängstlichen Spannung auf den ersten inspiratorischen Zischlaut, der die Beendigung des Krampfes wartete, entgegensah. In vereinzelten Anfällen der jüngsten Zeit kam es vor, dass die Patientin bei sehr intensiven Glottiskrämpfen aus dem Anfalle erwachte und diese Krämpfe während des wachen Zustandes sich fortsetzten. Im Allgemeinen führten aber die Glottiskrämpfe keineswegs zu einer Unterbrechung des Anfalles.

In zwei Fällen wurden kataleptische, resp. kataleptiforme Erscheinungen beobachtet; dieselben bildeten jedoch mehr exceptionelle Vorkommnisse. Bei Frau S. constatirte Herr Hofrath Dr. Halm mehrere Male im Anfalle, dass die Glieder die ihnen gegebene Stellung beibehielten; bei der Patientin D. in Augsburg kam es vor, dass sie beim Einschlafen völlig in der Stellung verharrete, in der sie sich augenblicklich befand, z. B. auf dem Stuhle sitzend die Tasse mit Milch, die sie eben zum Munde führen wollte, in der Hand und in der Nähe des Mundes behielt. Es geht sonach auch aus meinen Beobachtungen hervor, dass eine strengere Sonderung der lethargischen von den kataleptischen Anfällen nicht durchführbar ist, dass beide auf demselben Boden sich entwickeln können*).

Was die Augen anbelangt, so fand ich dieselben in der Regel geschlossen, und zwar vorwaltend, aber durchaus nicht immer festgeschlossen. Wurden die Lider geöffnet, so zeigten sich die Augen geradeaus gerichtet und die Pupillen von mittlerer Weite, zum Theil träge reagirend; nach längerem oder kürzerem Zurückdrängen der Lider entwich der Augapfel nach oben und aussen oder innen unter das Lid.

Ein Umstand, den ich besonders noch hervorheben möchte, ist, dass in meinen Beobachtungen in den Anfällen eine unwillkürliche Urin- oder Stuhlentleerung nie statthatte, die Kranken also nie sich verunreinigten, auch dann nicht, wenn Abführmittel genommen worden waren.

Erregung versetzte; sie wurde in meiner Gegenwart einmal in dem Momente, in welchem das Summen des Inductionsapparates begann, förmlich zum Bette herausgeschleudert. Es erübrigte daher nur in der Folge, diese Krämpfe durch Injectionen von Morphinum und Hyoscin zu beseitigen, respective einzuschränken.

*) Richer, citirt als *Léthargie compliquée de phénomènes cataleptiformes* Beobachtungen von Parrot, Sauvages, Puel u. A. l. c. p. 269.

Sinnesthätigkeit und Psyche.

Das Verhalten der Sinnesthätigkeit, genauer gesagt, das Verhalten gegenüber einwirkenden Sinnesreizen bildet den Kern des ganzen Symptomencomplexes der Schlafanfalle; denn darauf stützt sich bei den leichteren und uncomplicirten Anfällen von Lethargus die Unterscheidung dem natürlichen Schlafe gegenüber in erster Linie. Es lassen sich auch je nach der Reaction, welche äussere Reize hervorrufen, verschiedene Grade der Tiefe des lethargischen Zustandes unterscheiden. Ich nehme drei Grade an.

a) Leichte lethargische Anfälle. Bei diesen erweisen sich die meisten Reize, welche bei normal Schlafenden Erwachen herbeiführen, Anrufen, Rütteln, Kneipen der Haut wirkungslos, sofern dieselben vorübergehend angewandt werden. Längere Zeit hindurch fortgesetzte Einwirkung leichter oder mittelstarker Reize, lautes Anrufen mit dem Namen, Bürsten der Hand, Rütteln des Armes, Geruchseindrücke etc. führen dagegen Erwachen herbei. Dieser Erfolg ist aber keineswegs ganz stricte von der Intensität oder Andauer des angewandten Reizes abhängig. Es kommt vor, dass Bespritzen des Gesichtes mit etwas kaltem Wasser sofort den Lethargus unterbricht, während stärkere Hautreize, starkes Rütteln etc. keine derartige Wirkung hervorrufen.

b) Mittelschwere Fälle von Lethargus. Schwächere Reize erweisen sich hier selbst bei langdauernder Einwirkung in der Regel ganz wirkungslos, stärkere erzeugen zunächst nur eine gewisse, wahrscheinlich unbewusste Reaction (automatische oder reflectorische Bewegungen) und erst bei länger fortgesetzter Einwirkung Erwachen. Von gleichem Erfolge erweist sich hier Druck auf hyperästhetische Körperpartien (Ovarialgegend, Wirbelsäule z. B.). Mitunter ist nur durch Einwirkung auf diese Erwachen zu erzielen.

c) Schwere Anfälle. Bei diesen ist Erwachen durch keine Art von Reiz, wo immer derselbe applicirt werden mag, auch nicht durch fortgesetzte Einwirkung auf hyperästhetische Stellen herbeizuführen; es lassen sich höchstens gewisse anscheinend reflectorische Reactionen auslösen.

Dieses differente Verhalten ist, wie ich wieder betonen muss, nicht bloss in verschiedenen Anfällen desselben Kranken, sondern oft in einem und demselben Anfall je nach der Phase desselben zu beobachten. Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass wenn der Anfall seinem spontanen

Ende sich nähert, Reaction und auch Erwachen durch äussere Reize leichter zu erzielen ist, die Tiefe des Lethargus also allmählig abnimmt. Mit dieser Thatsache hängt es offenbar zusammen, dass in den kurz dauernden Anfällen die Tiefe des lethargischen Zustandes im Allgemeinen keine so erhebliche ist, als in den über eine grössere Anzahl von Stunden oder Tagen sich erstreckenden.

Im Wachen vorhandene hyperästhetische Zonen behalten, wie aus dem vorstehend Angeführten bereits hervorgeht, diese ihre Eigenschaft auch im lethargischen Zustande. Bei Fräulein St. fanden sich solche hyperästhetische Stellen an der Wirbelsäule und in der Ovarialgegend; die letzteren verschwanden alsbald, während die betreffenden Zonen an der Wirbelsäule noch heute (trotz aller denkbaren therapeutischen Eingriffe) sich geltend machen. Bei einer anderen Kranken, Frau D., war nur transitorisch an der Lendenwirbelsäule eine derartige Stelle nachweisbar. Druck auf die hyperästhetischen Gebiete soll nach französischen Beobachtern (Charcot, Pitres) hysteroepileptische Anfälle auslösen, weshalb man diese Stellen auch als hysterogene bezeichnet hat. Ich konnte durch Druck auf die fraglichen Partien nie Krämpfe produciren, wohl aber, wie erwähnt, Bewegungen, die man als reflectorisch betrachten kann, zum Theil auch Unterbrechung des lethargischen Zustandes. Mitunter finden sich Stellen, welche sich nicht für Druck, wohl aber für Temperaturreize überempfindlich erweisen. Der Vater der Patientin St. machte gelegentlich die Wahrnehmung, dass das Auflegen seiner Hand, die sich sehr kühl erwies, auf die Gegend der linken Brust, trotz Bedeckung derselben mit Hemd und Nachtjacke, Erwachen resp. Auffahren und Augenaufschlagen seitens der Patientin zur Folge hatte. Ich konnte die gleiche Wirkung zwar nicht durch meine (wärmere) Hand, aber durch Berührung der Brust mit einem in kaltes Wasser getauchten Tuche erzielen.

Intensiver Druck auf die gleiche Stelle und sonstige Hautreize in dieser Gegend hatten dagegen keinen Erfolg.

Wir haben im Vorstehenden eine Reihe von Umständen kennen gelernt, durch welche der hysterische Schlaf sich sowohl vom wachen Zustande als vom normalen Schlafe unterscheidet. Wir dürfen hieraus jedoch keine zu weit gehenden Schlüsse bezüglich des Verhaltens der psychischen Sphäre während des Lethargus ziehen. Es ist zwar naheliegend, dass aus dem Nichtreagiren resp. Nichterwachen auf die verschiedenartigsten und selbst entschieden schmerzhaft Reizeinwir-

kungen ein Zustand der Bewusstlosigkeit, also Mangel jeder bewussten Empfindung und überhaupt psychischen Thätigkeit gefolgert wird. Dieser Schluss wäre indess für den vorliegenden Fall jedenfalls ein zu weit gehender. Von mehreren Autoren (Pfendler, Rosenthal) sind Beobachtungen mitgetheilt, in welchen selbst bei absoluter Reactionslosigkeit, im Zustande des Scheintodes, das Gehör erhalten blieb und die Kranken das von ihrer Umgebung Gesprochene vollkommen verstanden und im Gedächtnisse behielten. Fälle von Erhaltenbleiben des Gehörs während des Lethargus werden des Weiteren von Briquet, Keser*) und Pitres berichtet. Die Kranken der beiden letzten Autoren erwiesen sich deshalb auch für gewisse Suggestionen zugänglich. In dem in jüngster Zeit von Bonamaison**) mitgetheilten Falle war trotz Mangels jeglicher Reaction das Gefühl während der Schlafattaquen völlig erhalten, das Gehör und der Geruchssinn sogar verschärft. Die Constatirung dieser Thatsachen ist natürlich nur durch den Umstand ermöglicht, dass von den Vorgängen während des Lethargus dem Kranken eine Erinnerung verbleibt. In dieser Hinsicht verhalten sich jedoch die einzelnen Fälle ausserordentlich verschieden. Das Gedächtniss für die Anfallsereignisse kann vollständig erhalten sein; so verhielt es sich z. B. in dem erwähnten Fall von Bonamaison. Es kann theilweise erhalten sein in der Art, dass die Kranken nur eine dunkle, etwas verworrene Erinnerung an die Vorkommnisse während des Anfalles haben, oder dass die Erinnerung sich auf die Vorgänge während einer gewissen Periode des Anfalles beschränkt. Letzteres ist namentlich bei sehr lange dauernden Anfällen mehrfach beobachtet worden. Andererseits kann aber auch, und das scheint mir für die Mehrzahl der Fälle zuzutreffen, jegliche Erinnerung an die Erlebnisse während des Schlafanfalles nach dem Erwachen fehlen. Diese vollständige Amnesie bestand mit einer untergeordneten Ausnahme in allen von mir beobachteten Fällen. Sie bestand sogar für die Einwirkungen, welche Erwachen herbeiführten, und zwar auch dann, wenn der betreffende Reiz lebhaftere Reaction hervorrief und das Erwachen in kürzester Frist nach dessen Anwendung erfolgte. Die Kranken wussten es daher auch nicht zu unterscheiden, ob das Erwachen bei ihnen spontan eingetreten oder

*) Keser, A case of prolonged sleep. Journal of mental science. Juli 1888, p. 267.

**) Bonamaison, Un cas remarquable d'hypnose spontanée, grande hystérie et grand hypnotisme. Revue de l'hypnotisme. 1. Februar 1890, p. 234.

künstlich herbeigeführt worden war. Am auffälligsten trat diese Amnesie für erweckende Reize zu Tage, als ich der Patientin St. unter Beihülfe meines Freundes Dr. Cornet im Lethargus eine Reihe von tiefgehenden *points de feu* am Nacken und in der Gegend der unteren Dorsal- und Lendenwirbel applicirte. Die Patientin machte während der Anbringung der Points sehr störende Bewegungen mit dem Rumpfe, wie sie bei ihr auch im tiefsten Lethargus bei Druck auf die betreffenden Partien sich einstellten, und erwachte wiederholt nach der Anbringung einer Anzahl von Points. Trotzdem erklärte sie auf Befragen, von der Einwirkung des Thermocauters nicht das Geringste empfunden zu haben, woran bei der Wahrheitsliebe der Patientin nicht im Geringsten zu zweifeln ist.

Es erhebt sich nunmehr die Frage, ob wir es in den Fällen, in welchen für keinen Vorgang während des Schlafanfalles nachträglich eine Erinnerung besteht, die Anfälle so hin einfach eine Lücke in der geistigen Existenz der Kranken bilden, mit einem Mangel jeder bewussten psychischen Thätigkeit während des Lethargus zu thun haben. Diese Frage muss ich dahin beantworten, dass sich zwar ein bestimmtes Urtheil über den psychischen Zustand während aller dieser Anfälle nicht abgeben lässt, dass aber immerhin zahlreiche von mir beobachtete Umstände für eine gewisse psychische Thätigkeit auch während dieser Anfälle sprechen.

Betrachtet man die Kranken im Zustande des Lethargus, so ist ihr Verhalten im Allgemeinen durchaus nicht das einer völlig bewussten Person (z. B. wie im apoplektischen oder urämischen Coma). Man sieht häufig, dass dieselben ähnlich wie im natürlichen Schlafe gewisse Lageveränderungen vornehmen, vom Rücken sich auf die Seite legen oder Bewegungen mit den Armen und dem Kopfe ausführen. Man darf wohl annehmen, dass diese Bewegungen wie im natürlichen Schlafe durch gewisse dunkel percipirte Lage- oder Organgefühle veranlasst sind.

Verschiedene andere Umstände weisen auf das Auftreten wenigstens halb bewusster Schmerzempfindungen während des Lethargus hin. Man sah zu Zeiten, in welchen die Kranke St. viel an Kopfschmerz litt, dass sie während des Lethargus mit der Hand nach dem Kopfe griff und dabei Jammerlaute von sich gab; in manchen Anfällen stellte sich sogar ein eigenartiger, offenbar furchtbarer Kopfschmerz ein, der mit Anschwellung der Stirnadern und stärkerer Gesichtsröthe einherging und der Kranken die entsetzlichsten Schmerzlaute abpresste, Schreie, die man in der ganzen Umgegend vernahm.

Dabei kam es zeitweilig auch zum völligen Erwachen aus dem Lethargus und Fortdauer des Schmerzes im wachen Zustande. Man beobachtete ferner, dass die Kranke an Tagen, an welchen sie über den Rücken viel klagte, im lethargischen Zustande die Hand an die empfindlichste Partie der Wirbelsäule presste, andere Male, dass sie bei stärker hervortretenden Magenbeschwerden während des Anfalles die Finger anhaltend in die Magengegend einbohrte; ich sah ferner häufig, dass sie bei besonders starker Contractur des Sternocleidomastoid. mit den Fingern an dem ihr offenbar lästigen Muskelstrange zerzte. In deutlicher Weise sprechen indess für ein bewusstes Empfinden nachstehende Beobachtungen. Der Kranken St. wurde mit Rücksicht auf die Aeusserungen von Kopfschmerz im Lethargus häufig ein Eisbeutel auf den Kopf applicirt. Um zu prüfen, wie die Patientin auf Entfernung des Eisbeutels reagire, verschob ich denselben eines Tages gegen das Kopfkissen, so dass der Kopf nicht mehr hiervon bedeckt war. Nach etwa einer Minute ergriff die Kranke, deren Arme sich sehr sehr steif anfühlten, den Eisbeutel und arrangirte denselben derart, dass er genau wie vorher lag, dass speciell die linke Schläfengegend i. e. der Hauptsitz des Kopfschmerzes im wachen Zustande, gut bedeckt war. Dies wiederholte sich, so oft ich den Eisbeutel auch entfernte, was an diesem und anderen Tagen mehrfach geschah. Unmittelbar nach diesem Vorgange zeigte sich der betreffende Arm so steif wie zuvor. An manchen Tagen bekundete die Kranke eine auffällige Neigung zum Frieren; schlug man an solchen Tagen während des lethargischen Zustandes ihr die Woldecke zurück, die sie zum Zudecken benützte, so dass die Arme und der Oberkörper von derselben nicht mehr bedeckt waren, so fasste sie nach einiger Zeit die Decke und hüllte ihren Oberkörper und die Arme damit nenerdings ein.

Man beobachtet ferner zuweilen, dass die Kranken während des Lethargus bei geschlossenen Augen und ohne ihre Lagerung zu verändern, vorübergehend halluciniren, resp. Worte äussern, die darauf hinweisen: „Diese sind's, diese sind saftiger, warum soll ich sie nicht essen“ (Orangen). Oder die Kranken schlagen die Augen auf, erheben sich etwas im Bette und starren nach einer bestimmten Richtung, dabei vereinzelte Worte, zum Theil anscheinend Antworten auf hallucinatorische Bemerkungen sprechend (Ja, ja, nein, dies nicht, muss ich fort?), um dann die Augen zu schliessen und ruhig weiter zu schlummern.

Bei zweien meiner Kranken kamen öfters langdauernde Delirien, wie sie auch von anderen Autoren beobachtet wurden, namentlich

gegen Ende der Schlafanfälle vor. Die Patientin St. führte Gespräche mit nicht anwesenden Personen (zumeist ihren Geschwistern), in welchen sie sich ganz vernünftig und ihren Neigungen entsprechend über Dinge, mit welchen sie sich im Wachen beschäftigte, äusserte. Sie klagte z. B. über die Nöthigung zum Essen, die man ihr gegenüber anwenden musste, über ihren Abscheu vor Klystieren etc. Bei der Kranken D. (in Augsburg) waren die Delirien entweder ausgesprochen melancholischen oder heiteren Charakters. Sie sah ihren Sarg, die Vorbereitung für ihre Beerdigung, äusserte Sterbegedanken, andere Male waren es heitere Bilder, mit denen sie sich lachend und scherzend beschäftigte. In beiden Fällen erwiesen sich die Kranken während dieser traumartigen Zustände unempfindlich für von der Umgebung kommende Eindrücke; es war nicht möglich von denselben auf Fragen Antwort zu erhalten oder durch eingeworfene Bemerkungen ihren Gedankengang irgendwie zu beeinflussen*).

Die Patientin D. konnte sich ihrer Phantasieerlebnisse nach dem Erwachen wenigstens theilweise erinnern, während bei Fräulein St. stets vollständige Amnesie für dieselben wie überhaupt alle Vorgänge während des Lethargus vorhanden war. Man könnte daran denken, dass der Mangel der Erinnerung für die Anfallszeit mit einer gewissen Tiefe des Lethargus in Zusammenhang steht. Dies ist jedoch nach den vorliegenden Erfahrungen sicher nicht der Fall. Bei unserer Patientin St. zeigt sich die Amnesie nach allen Anfällen, den leichtesten wie den schwersten. Andererseits ist aber, wie schon bemerkt wurde, in Fällen von Scheintod die Erinnerung wenigstens für einen Theil der Anfallszeit erhalten geblieben.

In Bezug auf die fragliche Amnesie möchte ich hier noch einige Thatsachen nicht unerwähnt lassen. Es kam bei der Kranken St. oft vor, dass sie aus ihren lethargischen Zuständen spontan oder auf äussere Einwirkungen für kurze Zeit erwachte, um dann neuerdings einzuschlafen. Währte das wache Intervall nur 10—15 Minuten, so erwies sich die Erinnerung an dasselbe später als eine sehr unklare,

*) In höchst charakteristischer Weise zeigte sich dieses Verhalten gelegentlich bei der Kranken St. Sie erhielt einmal Besuch von einer Ordensschwester, die sie früher längere Zeit gepflegt hatte. Während der Unterhaltung mit dieser schlief sie ein und setzte nun im Lethargus das angeknüpfte Gespräch fort, aber lediglich in hallucinatorischer Weise; von den thatsächlichen Bemerkungen der neben ihr am Bette sitzenden Schwester nahm sie nicht die geringste Notiz.

mangelhafte. War der Zeitraum des Wachseins noch kürzer (fünf Minuten und weniger), so verblieb von demselben überhaupt nichts im Gedächtnisse, auch wenn das Bewusstsein während des betreffenden Intervalles klar war und die Kranke bald darauf für längere Zeit erwachte. Diese Vorkommnisse haben ihre Analoga im normalen Schläfe. Kurze Unterbrechungen desselben hinterlassen, wenn dieselben nicht durch besonders auffällige Umstände bedingt sind, vielfach keine Erinnerung.

Von Reflexen fand ich im tiefen Lethargus die von der Cornea und der Nasenschleimhaut auszulösenden sowie den Kitzelreflex fehlend. Stiche an der Fusssohle erzeugten nur Beugebewegungen einzelner Zehen, kein Zurückziehen des Fusses. Die Sehenphänomene zeigten sich unverändert; von neuromusculärer Uebererregbarkeit konnte ich nie etwas constatiren.

(Schluss im nächsten Bande.)
