

II.

Ueber

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

Von

Dr. L. Löwenfeld

in München.

(Schluss.)



Verhalten der vegetativen Verrichtungen.

Die Respiration erwies sich in vier von meinen Beobachtungen während der Schlafattaquen im Allgemeinen ruhig und regelmässig, ohne Stertor, überhaupt ohne auffällige Anomalie. Bei Frl. St. ist dagegen die Zahl der Respirationen während der Anfälle in der Regel herabgesetzt, zwischen 10—13 schwankend, die Athmung dabei zumeist sehr oberflächlich, mitunter in solchem Masse, dass man beim Zusehen und Zufühlen Mühe hat, von einer Thoraxbewegung etwas wahrzunehmen. Nur in ganz vereinzelter Anfälle und vorübergehend beobachtete ich beschleunigte Athmung. Herabsetzung der respiratorischen Thätigkeit und zwar z. Th. selbst bis auf ein Minimum ist in den hier in Frage stehenden Zuständen schon von einer Anzahl älterer und neuerer Beobachter (Marestant, Pfendler, Beckers, Rosenthal, Holst u. A.) constatirt worden und hat namentlich in früherer Zeit bei der Mangelhaftigkeit der Untersuchungsmethoden öfters zur irrthümlichen Annahme des Todes mit Veranlassung gegeben. Indess wie sehr auch die Respiration verlangsamt oder abgeschwächt sein mag, so wird es doch in den hierher gehörigen Fällen nie dazu kommen, dass mit keinem der uns derzeit zur Verfügung stehenden Untersuchungsmittel hiervon längere Zeit hindurch nichts mehr nachweisbar ist. Eine genügend sorgfältige und andauernde Unter-

suchung wird daher heutzutage einen Irrthum, wie er Vesal zugeschrieben wird, wohl sicher vermeiden lassen*).

Was mir bei Beobachtung der respiratorischen Thätigkeit in den Anfällen bei Frl. St. besonders auffiel, war der Umstand, dass selbst bei Andauer der so mangelhaften Athmung durch viele Stunden hindurch und bei völlig unveränderter Herzaction sich nie ein Anzeichen von Kohlensäureanhäufung (Cyanose der Lippen etc.) einstellte. Aehnlich verhielt es sich wohl auch in anderen Beobachtungen mit verringerter Athmung, wenn auch über diesen Punkt keine speciellen Angaben vorliegen. Es lässt sich dies nur durch die Annahme erklären, auf welche auch andere, in späterer Stelle zu erwähnende Umstände hinweisen, dass in den fraglichen hysterischen Zuständen der Stoffwechsel herabgesetzt ist, der Körper daher ein bedeutend geringeres Sauerstoffbedürfniss hat und diesem entsprechend sich die Athmung regulirt**).

Der Puls war in meinen Fällen wie in der grossen Mehrzahl der in der Literatur mitgetheilten Beobachtungen regelmässig, bewegte sich im Allgemeinen zwischen 60—75 in der Minute und entsprach in seiner Beschaffenheit dem allgemeinen Ernährungszustande. Nur bei Frl. St. ging in einzelnen Anfällen die Frequenz erheblich herab, selbst bis zu 45, während der Puls zugleich sehr klein wurde. Briquet***) sah in einem Falle ein Sinken der Pulsfrequenz auf 40. Ganz besonders tritt die Abschwächung der Herzthätigkeit in zwei Gruppen von Anfällen in Erscheinung, die als hysterische Synkope und als hysterischer Scheintod beschrieben sind. Bei ersteren Anfällen tritt neben Gesichtsblassheit ein erhebliches Sinken, aber kein oder höchstens vorübergehendes Schwinden des Pulses ein, und der Zustand währt im ganzen nur eine Anzahl von Minuten, während es bei dem sogenannten hysterischen Scheintod (v. Rosenthal's Beobachtung) um länger dauernde hochgradige Herabsetzung der Herzaction sich handelt.

Die Temperatur fand sich bei Frl. St., bei welcher ich öftere Messungen veranlasste, nie unter 37,0, zumeist 37,1—37,4. Es sind

*) V. Rosenthal's Beobachtung. Rosenthal constatirte, wie erwähnt wurde, in seinem viel citirten Falle eine schwache Bewegung der seitlichen Thoraxwandungen.

**) Man sieht auch nie, dass sich die verringerte Athmung während des Anfalles selbst oder nach diesem durch grössere Tiefe oder Frequenz der Athemzüge ausgleicht.

*** Briquet l. c. p. 422.

indess von Anderen auch Temperatursteigerungen bis 38,2 beobachtet worden. Gilles de la Tourette*) glaubt, dass dieser Umstand mit dem Auftreten von Contracturen zusammenhänge; Charcot fand in den tonischen hysterischen Krampfanfällen (*l'attaque hystérique tonique*) Temperaturerhöhungen bis zu 38,5. Angesichts der in den Schlafanfällen sich geltend machenden Neigung zu Contracturen erachtet es daher Gilles für nicht befremdlich, dass diese Anfälle einen Einfluss auf die Körpertemperatur ähnlich den tonischen hysterischen Attaquen äussern. Die peripheren Theile, Hände, Füße, Nasenspitze waren bei Fr. St. im Anfalle zumeist kalt, die Nasenspitze und die Hände mitunter geradezu eisig.

Letzteres liess sich gelegentlich auch während der anfallsfreien Zeit constatiren. Bei dieser Patientin boten sich an den peripheren Theilen noch andere, sehr bemerkenswerthe Erscheinungen dar. Als ich die Patientin zum ersten Male untersuchte (März 1888), zeigten ihre Finger genau das Aussehen, wie man es nach Erfrierungen beobachtet; dieselben waren geschwollen, die Rücken derselben livid; auch die Nase hatte nach Aussage der Eltern nicht ihre normale Beschaffenheit; sie war in ihrem unteren Abschnitte ebenfalls angeschwollen und etwas livid. Diese Veränderungen hatten sich, wie mir die Eltern der Patientin mit Bestimmtheit versicherten, erst mit dem Wiederauftreten der Anfälle eingestellt, sie erhielten sich, so lange die Schlafanfälle andauerten, und verloren sich nach deren Cessiren vollständig. Mit dem Beginn der nächsten Anfallsreihe traten sie jedoch alsbald neuerdings auf; dabei machten sich dieses Mal in dem Verhalten der Finger einige Umstände bemerklich, die besondere Erwähnung verdienen. Während der Anfälle nahmen die Fingerrücken mit Einschluss des Nagelbettes in der ersten Zeit der Anfallsserie ein sehr dunkles, geradezu blauschwarzes Colorit an. Nach einiger Zeit zeigte sich, dass der Ringfinger der linken Hand während der Anfälle durch eine auffallend hellrothe Farbe sich von seinen cyanotischen Nachbarfingern unterschied, dabei jedoch wie diese geschwollen und kühl anzufühlen war. Noch später wurde constatirt, dass an einzelnen Fingern lediglich die Gelenkpartien cyanotisch, die übrigen Theile dagegen hellroth gefärbt waren, so dass an diesen Fingern schmalere cyanotische Ringe mit breiteren hellrothen abwechselten. Eine weitere später beobachtete Variation war, dass an einzelnen Fingern, insbesondere der linken Hand, sich die

*) Gilles de la Tourette. Arch. de Neurologie. Vol. XV. No. 44. p. 270.

Cyanose auf einzelne Phalangen (Ende- und Mittelfalanx) beschränkte. Dabei behielt der Ringfinger der linken Hand andauernd seine hellrothe Färbung bei.

Die Nase, die während dieser Anfallsreihe in ihrer unteren Partie wieder erheblich anschwell, zeigte im Anfalle abwechselnd ein sehr blasses oder etwas livides Colorit und fühlte sich dabei in der Regel geradezu eisig an. Nase sowohl wie Finger kehrten nach Ablauf dieser Anfallsreihe alsbald wieder hinsichtlich des Umfanges und Aussehens zum normalen Verhalten zurück. An den Zehen wurden Erscheinungen ähnlich denen an den Fingern nie beobachtet; dagegen traten an den Kuppen der beiden Grosszehen in der 2. Anfallsreihe an annähernd symmetrischen Stellen Hauthämmorrhagien von geringer Ausdehnung auf.

Die eben berührten Veränderungen an den Fingern und der Nase gehören zweifellos dem Gebiete der localen Asphyxie*) an. Derartige Störungen sind im Zusammenhang mit Schlafattaquen bisher nur in einem Falle und zwar von Armaingaud**) beobachtet worden. In A.'s Falle traten jedoch die Erscheinungen der localen Asphyxie unter ganz anderen Verhältnissen als bei unserer Patientin St. auf; sie stellten sich hier nicht während der Schlafattaquen selbst, sondern im Wechsel mit diesen anfallsweise neben anderen vasomotorischen Störungen (Congestion der Augen) ein. Bei unserer Patientin lagen überdies neben den transitorischen Erscheinungen während der lethargischen Anfälle noch andauernde Ernährungsstörungen (Anschwellung und Lividität) an den Fingern und der Nase vor***).

Die Ernährung machte bei vier von meinen fünf Patientinnen in Anbetracht der relativ kurzen Dauer der Anfälle keine wesentlichen Schwierigkeiten. Dagegen waren solche bei der Patientin St. in reichem Masse vorhanden. Das Haupthinderniss bildete unstreitig ein während der ganzen Anfallsperiode andauernder gänzlicher Appetitmangel (ebenso auch gänzlicher Durstmangel); bei dem Versuche,

*) Das Oedème bleu des hystériques der Franzosen, das in jüngster Zeit Charcot auch durch Suggestion während der Hypnose zu erzeugen vermochte, ist eine dem von mir Beobachteten verwandte Störung (V. Revue de l'hypnotisme, 1. Juni 1890, p. 353).

**) Armaingaud, Sur une névrose vasomotrice se rattachant à l'état hystérique etc. Paris 1876.

***) In der letzten bei Frä. St. von mir beobachteten Anfallsreihe, traten wiederum, jedoch nur anfänglich, Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Finger auf. Diese Erscheinungen verloren sich dieses Mal nach etwa vierwöchentlichem Bestehen.

festen Nahrung einzunehmen, stellten sich oft auch Schlundkrämpfe als Hindernisse ein; endlich wurde durch Verlängerung der Anfälle öfters die Zeit für die Mahlzeiten weggenommen.

Von einer Einführung von Nahrung in den Mund während des Lethargus sah ich im Allgemeinen ab, da in erster Linie der Trismus schwer zu überwinden war und nach Besiegung desselben es wieder Schwierigkeiten machte, die Patientin zum Schlucken zu veranlassen. In anderen Fällen (z. B. bei Bourneville und Regnard Obs. XI) gelang es dagegen nach Ueberwindung des Trismus durch Einführung flüssiger Nahrung die Kranken genügend zu ernähren*). Indess hat man in der Mehrzahl der Fälle von lange dauerndem hysterischen Schlafe sich doch zur Einleitung künstlicher Ernährung durch die Schlundsonde (Gairdner, Semmelaigne) oder per Klysma (Gilles Fall in Thenelles) veranlasst gesehen. Ein Umstand, der schon von anderen Beobachtern hervorgehoben wurde (Charcot, Gilles), dass die Abmagerung bei den mit hysterischen Schlafattaquen Behafteten nicht im Verhältnisse zu der jedenfalls sehr mangelhaften Nahrungsaufnahme stehe, machte sich bei unserer Patientin St. entschieden geltend. Hier betrug die Körpergewichtsabnahme bei einer höchst geringfügigen Nahrungs- und Getränkezufuhr (letztere betrug 400 bis 500 Cbcm. pro Tag), in einem Zeitraume von ungefähr 4 Monaten nur 10 Pfd. (von 114 Pfd. auf 104 Pfd.); dabei bewahrte namentlich das Gesicht eine gewisse Völle. *Les hystériques brûlent peu, se dénutrionnent peu*, dieser Satz der französischen Beobachter trifft natürlich am meisten für jene Fälle zu, in welchen der lethargische Zustand über eine Anzahl von Wochen und Monaten sich erstreckt; hier würde die künstliche Ernährung zur Erhaltung des Lebens kaum genügen, wenn die Stoffwechselvorgänge in normaler Weise sich vollziehen würden. Auf die Verlangsamung des Stoffwechsels während des Lethargus weist auch der oben berührte Umstand, die mangelhafte oberflächliche Respiration hin. Diese ergänzt die Aehnlichkeit des ganzen Bildes der Schlafattaquen mit dem Winterschlaf gewisser Thiere, auf die schon von älteren Beobachtern, in neuerer Zeit namentlich von Charcot hingewiesen wurde. Die Retardation des Stoffumsatzes ergab sich auch aus dem Sinken der Harnstoffausscheidung, die sich in einem von Gilles beobachteten Falle während einer Schlafattaque nachweisen liess (4 Gr. Harnstoff während 24 Stun-

*) Auch bei Charcot's Patientin (Gaz. de hôp. 1888. p. 1370) wurde die Ernährung durch Milch, die man während des Anfalles schlucken liess, bewerkstelligt.

den). Dem entspricht auch das Ansteigen der Harnstoffausscheidung nach Beendigung des Anfalles (Regnard).

Ich fand bei Frl. St. den Harn bei häufig wiederholter Untersuchung während der Anfallsserien meist sehr reich an Uraten, dabei frei von Eiweiss und Zucker. Zu Anfang der diesmaligen Anfallsserie nahm ich Veranlassung, wiederholt ein Tagesquantum Urin durch die Herren Dr. Hobein und Dr. Bender einer genaueren Analyse unterziehen zu lassen. Das Ergebniss einer dieser Analysen war:

Urinmenge 590 Ccm. = 603 Gr.

Reaction schwach sauer.

Specifisches Gewicht : 1,0212.

Eiweiss.

Zucker.

Harnstoff 2,69 pCt.

Harnsäure 0,053 pCt.

Chlornatrium 0,82 pCt.

Phosphorsäure 0,19 pCt.

Die Harnstoffausscheidung ist auch hier unter der Norm (20 Gr. Minimum für Frauen nach Löbisch) obwohl nur ein Theil der Tageszeit im lethargischen Zustande verbracht wurde*).

Während der Schlafanfälle traten bei der Kranken häufig äusserst faulig riechende Ructus auf; ihre Hautausdünstung zeigte ferner zur Zeit grösserer Häufung der Anfälle einen entschieden unangenehmen, geradezu modrigen Geruch, der sich trotz reichlicher Lüftung sofort beim Betreten des Krankenzimmers bemerklich machte. Dieser Umstand ist deshalb besonders bemerkenswerth, weil man in einzelnen Fällen von Scheintod (v. Pfendler) einen leichten Fäulnissgeruch wahrzunehmen glaubte, was bisher wohl als Täuschung erachtet wurde.

Das Erwachen aus dem lethargischen Zustande soll sich nach Briquet**) zumeist in sehr einfacher Weise wie beim natürlichen Schlafe bewerkstelligen, während Gilles betont, dass die Kranken aus dem hysterischen Schlafe häufig durch einen Anfall heraustreten

*) Ebenso zeigt sich die Phosphorsäure- und Chlornatriumausscheidung gegen die Norm erheblich verringert; in dieser Hinsicht stimmt das Ergebniss der Analyse ganz mit den Ermittlungen von Gilles de la Tourette und Cathelineau (*La nutrition dans l'hystérie. Progrès méd.* 1889 und 1890) über das Verhalten der Phosphorsäure- und Chlornatriumausscheidung während hysterischer Anfälle überein.

**) Briquet l. c. p. 422.

und zwar zumeist einen Krampfanfall. Charcot fand auch, dass man durch Druck auf eine hysterogene Zone die Schlafattacke beenden kann, indem man einen grossen hysterischen Anfall producirt. Letzterer nimmt öfters die Form des Deliriums an. Meine Beobachtungen stimmen entschieden mehr mit den Angaben Briquet's als denen der neueren französischen Autoren überein. In keinem meiner Fälle bildete den Beschluss einer Schlafattacke ein ausgebreiteter Krampfanfall*).

Nur bei 2 meiner Patientinnen stellten sich, wie bereits erwähnt wurde, gegen Ende der Schlafattacke zuweilen Delirien ein, während welcher jedoch der lethargische Zustand im Uebrigen unverändert fortbestand. In der grossen Mehrzahl der Anfälle erfolgte das Erwachen genau wie beim natürlichen Schläfe, gleichgiltig ob dasselbe spontan eintrat oder durch äussere Einwirkungen herbeigeführt wurde. Die Patientin schlug die Augen auf und war entweder sogleich oder nach einem sehr kurzen Zwischenstadium des Halbbewusstseins wieder im vollen Besitze ihrer Sinne. Bei Frl. St. wurde dieses Erwachen sehr häufig durch ein- oder mehrmaliges Husteln eine Anzahl von Secunden vorher angekündigt. Ausser diesem Modus des Erwachens habe ich bei Frl. St. einen anderen beobachtet, der bisher, soweit ich die Literatur kenne, nicht constatirt wurde und der in mehrfacher Hinsicht von grossem Interesse ist. Hier schiebt sich zwischen den Lethargus und den Zustand völlig normalen Bewusstseins ein Stadium des Wachseins, in welchem die Intelligenz sozusagen noch schläft: ein Stadium vollständiger Demenz. Die Patientin erwacht unter Zusammenfahren — spontan oder auf äussere Einwirkung — schlägt die Augen auf, erhebt sich und antwortet auf Fragen. Die Sinnesthätigkeit ist in vollem Masse wiedergekehrt, doch zeigt schon der exquisit blöde Gesichtsausdruck, dass ihr psychischer Zustand nicht der normale ist. In der That zeigt sich, dass sie von Ereignissen aus jüngster oder früherer Vergangenheit absolut nichts weiss, dass sie ihre Umgebung nicht kennt, — sie weiss nicht, wer ich bin, unterscheidet ihren Bruder von ihrem Vater nicht, kennt ihre Schwestern nicht etc. Nach ihrem Befinden befragt äussert sie keinerlei Klage, während solche sonst nie fehlen, ja sie erscheint erstaunt, dass man überhaupt nach demselben fragt. Dargereichtes Getränk versucht sie über sich auszugiessen; das Glas, in welchem ihr Wein gebracht wird, schleudert sie nach dem Trinken in das Zimmer oder

*) Nur die Glottiskrämpfe führten zuweilen bei besonderer Intensität zum Erwachen der Kranken St., wie wir sahen.

versucht wenigstens dies zu thun. Bietet man ihr Speisen mit dem Löffel dar, so nimmt sie letzteren verkehrt in die Hand, schiebt sich auch öfters den Löffelstiel tief in den Schlund. Ihrem Liebeshündchen versucht sie die Augen auszupressen; sie reibt und bohrt auch viel an ihren eigenen Augen. Hals- und Taschentücher versucht sie gelegentlich zu zerreißen u. s. w. Dieses demente Verhalten ging, soweit meine Beobachtung reichte, nie successive in den Zustand völligen Erwachens über; dasselbe grenzte sich vielmehr sowie einerseits dem Lethargus, so andererseits auch dem vollen Wachsein gegenüber stets in schärfster Weise ab. Nach kürzerer oder längerer ($\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, 1 Stunde während) Dauer dieser Zwischenphase schloss die Patientin plötzlich neuerdings die Augen, um zumeist schon nach wenigen Secunden unter Zusammenfahren wieder zu erwachen und zwar dieses Mal mit völlig normalem Bewusstseinsstatus. Nach dem vollen Erwachen zeigte sich die Patientin immer völlig amnestisch für alle Vorgänge während des dementen Stadiums und zwar auch dann, wenn das Intervall zwischen letzterem und dem vollen Erwachen nur ein paar Secunden betrug. Von dem Genuße von Speisen und Getränken z. B., die sie wenige Augenblicke vorher zu sich genommen hatte, konnte sie sich daher nur durch Prüfung des im Munde zurückgebliebenen Geschmacks überzeugen. Ich bezeichne diese interessante Varietät des Erwachens als „stufenweises Erwachen“.

Hinsichtlich ihrer Dauer zeigen die einzelnen Schlafattaquen ganz ungeheure Differenzen. Die kürzesten Anfälle, welche ich selbst beobachtete, währten nur 10 Minuten, der längste Anfall 16 Stunden. Bei der Patientin Dr. Doldi's kamen Anfälle von 3 tägiger Dauer vor.

In der Literatur sind jedoch Fälle verzeichnet, in welchen der Schlafzustand selbst über Wochen, Monate und Jahre ohne Unterbrechung durch volle Wiederkehr des Bewusstseins sich erstreckte. Briquet beobachtete Anfälle von der Dauer von 4, 5, 6 und 8 Tagen bei verschiedenen Kranken, Charcot bei einer und derselben Patientin (der berühmten Eudoxie) Anfälle von 40 Tagen und 2 Monaten. Die Kranke Gairdner's verharrte 23 Wochen, ein Patient, dessen Josef Frank erwähnt und den dieser Autor in Wien selbst*) sah, 18 Monate im Lethargus. Die Kranke in Thenelles, über welche Gilles berichtet, befand sich im Juli 1887 bereits über 4 Jahre im

*) In der betreffenden Beobachtung handelte es sich unzweifelhaft um Lethargus.

Schlafzustande. Der Patient Semelaigne's*) verbrachte von acht Jahren 4 Jahre und 7½ Monate im Lethargus. Indess ist zu berücksichtigen, dass in der Mehrzahl jener Fälle, in welchen sich die Schlafattaquen über grosse Zeiträume erstreckten, es sich nicht um einen continuirlich andauernden lethargischen Zustand handelte, sondern der Lethargus in kürzeren oder längeren Zwischenräumen durch andere hysterische Erscheinungen, insbesondere Krampfanfälle unterbrochen wurde, nach deren Schwinden derselbe wieder sich fortsetzte. Dies zeigte sich auch bei den allerdings zeitlich nicht so imposanten Schlafattaquen unserer Patientin St. Mir ist es auch sehr wahrscheinlich, dass bei über Wochen und Monate sich ausdehnenden Anfällen hysterischen Schlafes dieser zeitweilig durch Perioden natürlichen Schlafes unterbrochen wird; hierauf weisen wenigstens die Beobachtungen Gairdner's und Semelaigne's hin. Bei der Patientin Gairdner's wurde constatirt, dass dieselbe Nachts schnarchte, was bei Tage nie der Fall war, auch bei dem Kranken Semelaigne's war die Respiration während der Nacht langsamer, tiefer und geräuschvoller als bei Tage.

Wie die Dauer, so zeigt auch die Häufigkeit der Schlafattaquen enorme Unterschiede. Briquet erwähnt, dass 3 seiner Kranken nur je einen Anfall, 4 je 3 oder 4 solcher hatten. Auch bei einer meiner Patientinnen konnte ich während eines Zeitraumes von zwei Jahren, während dessen ich die Patientin zu beobachten Gelegenheit hatte, nur 5 Anfälle constatiren, die jedes Mal durch besondere Anlässe provocirt und von einander durch grössere Zwischenräume getrennt waren.

Bei unserer Patientin Fr. St. traten dagegen seit Beginn ihres Leidens sicher schon verschiedene Tausende von Anfällen, seit Beginn der letzten (derzeit Juli 1890 noch nicht abgeschlossenen) Anfallsserie allein schon annähernd tausend Einzelattaquen auf; es wurden hier während eines Zeitraumes von 12 Stunden einmal 9 deutlich gesonderte Anfälle gezählt, und in den schlimmsten Zeiten kam es trotz der relativ kurzen Dauer der Einzelattaquen in Folge der Häufung derselben doch dazu, dass die Patientin den grössten Theil der Tageszeit im Lethargus zubrachte und in den wachen Intervallen kaum genügend Gelegenheit gegeben war, ihr die nöthige Nahrung beizubringen. Auch bei zwei weiteren von den oben erwähnten Kranken (Frau S. und Frau D.) traten längere Zeit hindurch täglich Anfälle

*) Semelaigne's Fall wurde in einer Broschüre veröffentlicht, über welche in Gaz. des hôpit. No. 111, 1885 ein Referat enthalten ist.

auf. Sehr beachtenswerth ist die in einzelnen älteren Beobachtungen*) schon constatirte Neigung der lethargischen Zufälle, zu genau bestimmten Tageszeiten sich einzustellen, eine Tendenz, die bei Frl. St. am ausgeprägtesten ist, aber auch bei den beiden anderen Kranken (Frau S. und Frau D.) deutlich hervortrat.

Was die unmittelbaren Folgen der Anfälle betrifft, so muss ich vor Allem bemerken, dass der hysterische Schlaf, auch wenn derselbe ein völlig ruhiger, krampfloser ist, nie jenen stärkenden, erfrischenden Einfluss auf das Nervensystem ausübt, der dem natürlichen Schlafe zukommt. Die Kranken meiner Beobachtung klagten nach den Anfällen in der Regel über irgend welche Kopfbeschwerden (Schwere, Eingenommenheit des Kopfes, Kopfschmerz, Schwindelanwandlungen, Doppeltsehen), allgemeine Mattigkeit, Zerschlagenheit u. dergl. Es sind jedoch auch viel schwerere Störungen, Hemiplegie mit Hemi-anästhesie, Paraplegie, Mutismus etc. im Gefolge von lethargischen Zufällen beobachtet worden, und es sind besonders Anfälle mit hemiplegischen Folgeerscheinungen, die von Debove, Achard u. A. als hysterische Apoplexie beschrieben wurden.

Debove und Achard scheinen, wie bereits angedeutet wurde, geneigt, dieser Form des hysterischen Schlafes eine Sonderstellung einzuräumen, indem sie die Schlafattaquen zu einem apoplectischen Insult erheben. Da indess der hysterische Schlaf keine Aehnlichkeit mit dem echten apoplectischen Coma bei Hirnblutung, Hirnerweichung, Hirngeschwülsten etc. hat, so erscheint es mir sehr gerechtfertigt, wenn Charcot**) gegen Debove bemerkt, dass man es vermeiden sollte, die ohnedies überladene Nomenclatur der hysterischen Erscheinungen nach Belieben zu compliciren.

Wenn wir den Ursachen des hysterischen Schlafes näher treten wollen, müssen wir zunächst die Basis in Betracht ziehen, auf welcher sich derselbe entwickelt. Das Auftreten der Schlafattaquen lässt eine bestimmte Beschaffenheit des Nervensystems voraussetzen, welche ich als lethargische Disposition bezeichnen will. Diese Disposition kann man nicht kurzweg mit dem der Hysterie eigenthümlichen Verhalten der Nervenapparate identificiren, auch wenn man die Zugehörigkeit der Schlafattaquen zum symptomatischen Gebiete der Hysterie ohne Einschränkung zugiebt, da diese Zufälle doch nur bei einem relativ kleinen Procentsatze Hysterischer beobachtet

*) V. Beckers l. c. S. 3.

**) Charcot, Gaz. des hôpit. No. 148, 1888.

werden. Es muss sich hierbei um eine specielle Modification des hysterischen Nervenzustandes handeln. Halten wir uns zunächst an die vorliegenden Thatsachen, so sehen wir, dass die einzelnen Fälle hinsichtlich der Entwicklung der lethargischen Disposition ausserordentliche Schwankungen zeigen. Unsere Beobachtungen, Frau H. und Frl. St., stellen in dieser Beziehung zwei Extreme dar: Im einen Falle, wie wir sehen, nur vereinzelte Anfälle in grösseren Zwischenräumen und nur im Gefolge bestimmter Schädlichkeiten auftretend, im anderen Jahr um Jahr ohne irgendwelche nachweisbare Veranlassung über eine Anzahl von Monaten sich erstreckende Anfallsreihen bei keineswegs ganz freier Zwischenzeit. Das regelmässige Auftreten der Attaquen zu bestimmten Tagesstunden in einzelnen Fällen, dessen wir bereits gedachten, weist aber auch darauf hin, dass hier die Intensität der lethargischen Disposition je nach der Tageszeit variirt. Bei mässiger Entwicklung giebt sie sich oft in Gefühlen von Trägheit, Abspannung und Unlust zur gewohnten Thätigkeit kund; bei stärkerem Anwachsen macht sie sich vielfach wenigstens als ausgeprägte Schlafneigung fühlbar. So wurden bei unserer Patientin St. z. B. die Vormittags sich einstellenden Schlafattaquen in den bisher von mir beobachteten Anfallsreihen regelmässig durch eine bereits Stunden vorher auftretende und stetig zunehmende Schlafneigung angekündigt. Die Patientin bekämpfte gewöhnlich diese Schlafneigung, bis sie von derselben überwältigt wurde. Dabei musste sie alle Umstände, die den Eintritt des natürlichen Schlafes begünstigen, sorgfältig meiden, wenn sie nicht einen verfrühten Eintritt des Lethargus herbeiführen wollte. Ich durfte daher die Kranke nur veranlassen, sich zu Bette zu begeben, um den Anfall, der sich gewöhnlich um 11 Uhr Vormittags einstellte, nach Belieben bereits um 10 Uhr, 9 $\frac{1}{2}$, selbst 9 Uhr eintreten zu lassen.

Hier haben wir also ein täglich innerhalb gewisser Stunden wiederkehrendes, stetiges Anschwellen der lethargischen Disposition bis zu jener Höhe, die zur Auslösung des Schlafanfalles führt. Die Schlafneigung kann übrigens auch abortiv sozusagen verlaufen, i. e. als Aequivalent eines Anfalles auftreten. Bei Frl. St. stellt sich gewöhnlich nach dem Aufhören der täglichen Attaquen noch während einer Anzahl von Tagen um die Anfallszeit eine deutliche Schlafneigung ein, die zunächst nur mühsam bekämpft werden kann, allmählig aber abnimmt, um sich schliesslich ganz zu verlieren. Endlich ist zu berücksichtigen, dass eine erhebliche lethargische Disposition bestehen kann, ohne zu täglichen Anfällen zu führen. Bei einer Patientin Weir Mitchell's genügte ein Gespräch über ein unangenehmes

Thema, um einen Anfall zu provociren; ähnlich verhielt es sich bei unserer Patientin St. in den letzten Jahren während ihrer besten Perioden; bei den geringfügigsten Anlässen kam es zu Schlafattaquen. Ja die Patientin konnte selbst bei grösster Müdigkeit unter Tags es nicht wagen, mit geschlossenen Augen sich auf einem Sopha zurückzulehnen, weil sie befürchten musste, statt in normalen Schlaf in einen kurzdauernden Lethargus zu verfallen, der ihr Befinden in keineswegs günstiger Weise beeinflusst.

Was nun die Verursachung der Veränderungen des Nervensystems betrifft, auf welchen die lethargische Disposition beruht, so ist, abgesehen von den Momenten, welche als Ursachen der Hysterie bekannt sind, bisher nichts eruirt worden. Die Umstände, welche speciell die Weiterentwicklung des hysterischen Nervenzustandes zur lethargischen Disposition bedingen, sind noch ganz in Dunkel gehüllt. Die Anfälle verschonen mit Ausnahme der frühesten Jugend kein Alter und kein Geschlecht, suchen jedoch entschieden vorwiegend jüngere weibliche Personen heim. Da es sich hierbei zum Theil um Jungfrauen und Wittwen handelt, kamen ältere Autoren, wie wir oben sahen, auf den Glauben, dass sexuelle Nichtbefriedigung zu diesen Zufällen besonders disponire. Die neueren Beobachtungen, auch meine eigenen Erfahrungen leihen dieser Annahme nicht die mindeste Stütze. Von den 7 Fällen, die ich oben anführte, betrafen 4 jüngere Frauen, 3 unverheirathete weibliche Personen. Erbliche Belastung bestand in 2 Fällen. Als Ursache der lethargischen Disposition ist bei einer Kranken Meningitis, bei einer anderen Typhus abdominalis festgestellt; in einem 3. Falle (bei Frau S.) schloss sich die Erkrankung an das Wochenbett an. In zwei Beobachtungen waren als ätiologische Momente Aufregungen und Ueberanstrengungen wirksam. Ein Zusammenhang der Anfälle mit Sexualleiden war in keinem Falle nachweisbar; ich konnte auch einen Einfluss der Menses auf dieselben nicht mit Sicherheit feststellen. Bemerkenswerth ist der Umstand, dass bei der Frau D. (Beobachtung III.) der Eintritt der Schwangerschaft keine Einwirkung auf die lethargische Disposition äusserte. Als Gelegenheitsursachen der Anfälle, soweit solche sich überhaupt geltend machten, figuriren in meinen Beobachtungen vor Allem gemüthliche Erregungen, in zweiter Linie körperliche und geistige Anstrengungen.

Auch Briquet hebt die grosse Bedeutung von Gemüthsbewegungen als Ursachen des hysterischen Schlafes hervor.

Die Prognose der Anfälle ist quoad vitam, wie aus meinen Beobachtungen ebenfalls hervorgeht, im Allgemeinen eine gute. Selbst

in den Fällen sogenannten Scheintodes war der Ausgang in der Regel ein günstiger. In der Literatur findet sich aus neuerer Zeit nur ein Fall mitgetheilt, in welchem eine geistesgestörte Kranke einer Attaque der syncopalen Form erlag (Martinenq*).

Indess können auch Anfälle ohne Synkope Gefahren involviren. Die Störung der Ernährung, welche durch Häufung der Attaquen oder lange Andauer derselben bedingt wird, kann, wie bei unserer Kranken Frl. St. sich zeigte, zu hochgradiger Entkräftung führen. Bei Anfällen, die mit Krämpfen einhergehen, kann durch Auftreten von Stimmritzenkrampf eine directe Lebensgefährdung entstehen. Wenigstens trat bei Frl. St., wie wir sahen, dieser Krampf zeitweilig in einer Intensität und Hartnäckigkeit auf, dass man bei dem erschöpften Zustande der Patientin das Schlimmste befürchten musste.

Die Prognose quoad valetudinem completam ist natürlich von dem Gesamtverhalten des Nervensystems abhängig. Merkwürdig ist jedenfalls die ausserordentliche Hartnäckigkeit, mit welcher sich die lethargische Disposition in einzelnen Fällen durch viele Jahre hindurch erhält, wofür eine Beobachtung Charcot's**) (die berühmte Eudoxie X...) und unsere Patientin Frl. St. Beispiele bilden. Hiermit contrastirt das vollständige Verschwinden der lethargischen Disposition nach wochenlanger Wiederkehr der Anfälle bei Frau St. (Beobachtung VI.), die nunmehr bereits 12 Jahre trotz mancher recht widriger Schicksale mit ihrem Gefolge von Aufregungen (Erkrankung des Mannes an progressiver Paralyse, Verwittung etc.) von Schlafattaquen und sonstigen hysterischen Zufällen verschont blieb.

Ich muss hier einer Complication gedenken, die in drei von den oben angeführten Fällen vorhanden war. Bei Frau S., Frau D. und Frau St. bestand Gemüthsverstimmung, und zwar handelte es sich bei den beiden ersteren Patientinnen um ausgeprägte Melancholie, die für die Kranken sowohl als deren Umgebung von grösserer Bedeutung war, als die ausserdem vorhandenen Schlaf- und Krampfattaquen. In beiden Fällen war die gleiche Gruppe melancholischer Wahnvorstellungen (Selbstanklagen) vorhanden. Die Kranken glaubten ihre häuslichen Geschäfte lediglich aus Trägheit zu vernachlässigen und hielten sich deshalb für verworfen und nicht mehr werth zu leben. Bei der einen der beiden Frauen, die erblich schwer belastet ist (Frau S., deren Mutter seit Jahren irrsinnig), mangelte längere

*) Martinenq, Cas d'apoplexie hystérique avec autopsie. Annal. méd. psychol. Mars 1887. p. 254.

**) Charcot, Gaz. des hôp. 1888. I. c.

Zeit jede Krankheitseinsicht. Die Kranke verblieb jeder Einrede gegenüber bei ihrer Behauptung, dass sie nicht krank, sondern lediglich faul und verworfen sei und es deshalb von ärztlicher Seite für sie keine Hülfe gebe. Bei Frau D. war zwar ein gewisses Krankheitsbewusstsein vorhanden; die krankhafte Natur ihrer Selbstbeschuldigungen gab die Patientin jedoch nur zum Theil zu; sie glaubte, dass denselben eine gewisse thatsächliche Begründung nicht mangle, obwohl bei ihr ebenso wenig als bei Frau S. von einer eigentlichen Vernachlässigung der Hauswirthschaft die Rede sein konnte.

In beiden Fällen bestanden Selbstmordgedanken; bei Frau S. kam es sogar zu einem erfolglosen Conamen suicidii. Bei dieser Patientin trat die melancholische Verstimmung mit der Besserung der übrigen Krankheitserscheinungen zurück und hiermit stellte sich auch entsprechende Krankheitseinsicht ein. Bei Frau D. zeigte sich beim Eintritte der Besserung, dass die Verstimmung namentlich nach Schlaf- und Krampfanfällen nachliess; nach einiger Zeit stellte sich dieselbe nur mehr anfallsweise für Stunden ein, so dass der Anschein eines Alternirens zwischen lethargisch-convulsivischen und Verstimmungsanfällen entstand.

Das Auftreten der gleichen melancholischen Wahnvorstellungen bei beiden in Frage stehenden Kranken ist jedenfalls kein Zufall. Die vorhandene lethargische Disposition äusserte sich bei denselben offenbar in einem Gefühle der Erschlaffung und Energielosigkeit, das im Vereine mit den Anfällen eine Einschränkung der gewohnten Thätigkeit bedingte. Der krankhafte Ursprung dieses Gefühles entging beiden. Bei Frau St. trug hierzu jedenfalls der Umstand bei, dass dieselbe ihre Schlafattaquen in der Regel des Morgens im Anschlusse an den natürlichen Schlaf hatte und von der Existenz dieser Anfälle keine Kenntniss erhielt; sie glaubte nur, dass sie ungewöhnlich lange schlafe, was sie als weiteren Beweis ihrer vermeintlichen Trägheit ansah.

Wenn wir nunmehr den Versuch machen wollen, uns eine Vorstellung von den centralen Vorgängen zu bilden, die den lethargischen Zustand bedingen, so begegnen wir einer erheblichen Schwierigkeit in dem Umstande, dass die Gestaltung der einzelnen Anfälle grosse Verschiedenheit aufweist, wie wir sahen. Wir können, da wir die Geduld des Lesers nicht allzusehr in Anspruch nehmen wollen, uns hier nur mit den fundamentalen Thatsachen beschäftigen und müssen daher auch ganz darauf verzichten, die Erscheinungen der ausgebil-

deten hysteroepileptischen Anfälle, soweit sich dieselben in den Verlauf des hysterischen Schlafes einschieben, in den Kreis unserer Betrachtungen zu ziehen. Von neueren Autoren hat die pathologische Physiologie des lethargischen Zustandes nur Gowers*) mit wenigen Worten berührt. Er bemerkt, dass der „trance“ nicht durch Annahme einer Gehirnanämie sich erklären lasse. Die Erscheinungen weisen vielmehr darauf hin, dass eine Hemmung der Thätigkeit der den höheren psychischen Functionen dienenden Nervenzellen vorliegt und dieser krankhafte Zustand sich auf die untergeordneten Centren in wechselndem Grade ausbreitet.

Berücksichtigen wir die im Vorstehenden angeführten Thatsachen, den meist plötzlichen Uebergang vom Wachen in den lethargischen Zustand, das Verhalten der Sinnesthätigkeit und der willkürlichen Bewegung während desselben, das von mir constatirte stufenweise Erwachen, so bedarf es keiner langen Darlegung, dass wir es mit einem Ausfall, beziehungsweise einer hochgradigen Herabsetzung der Thätigkeit eines grossen Theiles der Rindenelemente zu thun haben. Wollen wir dieses Verhalten als einen Zustand der Hemmung bezeichnen, um einen physiologischen Terminus zu gebrauchen, so steht dem nichts entgegen. Nur dürfen wir hierin nicht mehr als eine andere Formulirung des Thatsächlichen, keine Erklärung desselben erblicken.

Wodurch die hier in Frage stehende Veränderung in dem functionellen Verhalten der corticalen Elemente zu Stande kommt, hierüber ermangeln wir noch jeder Aufklärung. Dass eine Anämie resp. ein Gefässkrampf primär im Spiele ist, hierfür liegt kein Anhaltspunkt vor.

Man verbindet mit dem Begriffe der Hemmung zumeist die Vorstellung eines von aussen kommenden Einflusses, der dieselbe bewirkt. Im vorliegenden Falle liegt, soweit es sich nicht um artificiell**) herbeigeführten Lethargus handelt, kein Beweis vor, dass die zu supponirende Veränderung in dem Verhalten der corticalen Elemente durch eine von aussen, i. e. anderen Nervenapparaten ausgehende Einwirkung zu Stande kommt. Die uns bekannten Thatsachen gestatten nur die Annahme, dass die fraglichen Nervelemente in Folge einer ihnen eigenthümlichen abnormen Constitution unter gewissen Bedingungen in einen Zustand aufgehobener oder verminderter Erregbarkeit gerathen. Mit einer ähnlichen Modification in dem functionellen Verhalten der Grosshirnrinde haben wir es beim Eintritte des natür-

*) Gowers l. c. p. 952.

**) V. hierüber später S. 59.

lichen Schlafes zu thun. Die Verwandtschaft der centralen Bedingungen des letzteren mit denen des lethargischen Zustandes bekundet sich zur Genüge in der äusseren Gestaltung der Anfälle, in der Einleitung des Lethargus durch Schlafneigung, dem Vicariiren letzterer für den lethargischen Anfall, dem Auftreten des hysterischen an Stelle des normalen Schlafes nach stärkerer Ermüdung u. A. Nur ist beim Lethargus die Erregbarkeitsveränderung jedenfalls eine bedeutendere und ausgedehntere als im normalen Schlafe. Ein weiterer gewichtiger Unterschied liegt darin, dass, während im normalen Schlafe die ermüdeten Nervelemente sich vollständig wieder erholen und auf den normalen Erregbarkeitszustand allmählig zurückkehren, im Lethargus eine derartige Reparation nicht zu Stande kommt. Das spontane Erwachen aus dem lethargischen Zustande setzt allerdings ein Wiederaanwachsen der Erregbarkeit der corticalen Elemente voraus, aber hierbei handelt es sich um keine Rückkehr zur Norm; nach dem Lethargus verbleibt zunächst immer ein höherer Grad von Erschöpfung. Ueberdies beschränkt sich der Zustand der Hemmung im Lethargus, nach dem Verhalten der Reflexe zu schliessen, keineswegs auf die Grosshirnrinde. Er erstreckt sich mehr oder minder auf die infracorticalen (bulbären und spinalen) Centren, wie auch Gowers annimmt.

Fragen wir uns, in welchem Masse die verschiedenen corticalen Gebiete an dem Zustande der Hemmung theilhaftig sind, so ergibt sich bei Berücksichtigung der vorliegenden Erfahrungen, dass die Theilnahme der sensorischen Centren, die auch die Centren des Vorstellens sind, in den einzelnen Fällen resp. Anfällen eine sehr wechselnde ist; ein Theil dieser Centren kann sogar im Zustande gesteigerter Erregbarkeit sich befinden. Die willkürliche Bewegung ist dagegen immer in hohem Masse gehemmt, wenn nicht vollständig unterdrückt. Doch dürfen wir die Hemmung der Willkürbewegung keineswegs immer auf eine Erregbarkeitsherabsetzung oder Aufhebung im Gebiete der corticalen Bewegungscentren selbst zurückführen. Die Hemmung der fraglichen Bewegungen beruht jedenfalls zum grossen Theile auf einem Ausfall der Empfindungs- und Vorstellungsreize, welche als Bewegungsantriebe fungiren; oder auf einer Hemmung der Uebertragung dieser Erregungen auf die motorischen Centren. Diese selbst befinden sich, wie die spastischen Erscheinungen zeigen, sehr oft anhaltend in einem Zustande der Erregung.

Ein Umstand, den ich schliesslich noch berühren will, ist die merkwürdige, über Wochen und Monate sich erstreckende Verlängerung des lethargischen Zustandes in einzelnen Fällen. Die Annahme,

dass diese protrahierte Andauer durch den Zustand der Nervencentren beim Eintritte des Anfalles unmittelbar bedingt ist, scheint mir sehr wenig für sich zu haben. Viel wahrscheinlicher ist es, dass der Lethargus Folgezustände setzt, welche verlängernd auf denselben einwirken. Man kann sich z. B. denken, dass die Blutzufuhr zu den im Zustande functioneller Hemmung befindlichen Rindencentren sich allmählig reducirt und dergestalt eine Anämie der betreffenden Centren sich entwickelt, welche im Vereine mit der sinkenden Allgemeinernährung den Zustand der Hemmung nun forterhält. Oder aber die Veränderung des Stoffwechsels im Anfalle führt zur Bildung toxisch wirkender Stoffe (Ptomaine, Substanzen ähnlich den hypothetischen ponogenen Stoffen Peyer's), welche die Verlängerung des Lethargus bewirken oder wenigstens fördern. Es ist vorerst nicht möglich, diese Fragen zu entscheiden; genauere Stoffwechseluntersuchungen in Fällen längerdauernden hysterischen Schlafes können erst Licht in dieses Gebiet bringen.

Ueber die Beziehungen des hysterischen Schlafes zur Hypnose.

Der von Charcot und seinen Schülern beschriebene grosse Hypnotismus*) umfasst bekanntlich drei Zustände: Katalepsie, Lethargie und Somnambulismus, die sich durch bestimmte Merkmale von einander unterscheiden sollen. Uns interessirt hier nur die hypnotische Lethargie Charcot's wegen ihrer Aehnlichkeit mit dem hysterischen Lethargus. Der *état léthargique des grand hypnotisme* Charcot's charakterisirt sich durch folgende Umstände: Die Augen sind ganz oder halbgeschlossen, die Lider in schwingender, zitternder Bewegung, die Muskeln vollständig erschlafft. Die Athmung ist nicht ganz regelmässig, der Schlaf aber trotzdem ruhig. Es besteht vollständige Unempfindlichkeit der Haut und der Schleimhäute nebst Ausfall der Thätigkeit der höheren Sinne, vollständiger Hirntorpor, daher auch Unempfänglichkeit für Suggestionen — *les phénomènes psychiques sont presque nuls*, Richer**) —. Die als neuromusculäre Uebererregbarkeit bekannte und von Charcot eingehend beschriebene Erscheinung ist in ausgeprägter Weise vorhanden, während dieselbe in der hysterischen Lethargie gewöhnlich fehlt. Eingeleitet wird die

*) V. Richer l. c. p. 505.

**) Richer l. c. p. 667.

hypnotische Lethargie zumeist durch gewisse epileptoide Erscheinungen: Leichte Starre der Glieder, Schluckbewegungen von einem Geräusche begleitet, pfeifende Respiration, etwas Schaum vor dem Munde. Soweit die Angaben Charcot's und seiner Schule*) über den fraglichen Zustand, der primär durch Fixation eines in gewisser Entfernung befindlichen Objectes oder Druck auf die Augäpfel, im Anschluss an die Katalepsie durch einfachen Schluss der Lider, im Gefolge des Somnambulismus durch Druck auf die Augen sich erzeugen lassen soll (Richer). In der Beurtheilung der von Charcot als *grand hypnotisme* beschriebenen Zustände gehen jedoch die Autoren weit auseinander. Eine vollständige Bestätigung der Charcot'schen Angaben von Seite eines ausserhalb der Salpêtrière thätigen Beobachters liegt nicht vor. Die deutschen Aerzte, welche Gelegenheit hatten, die von Charcot zu seinen Studien benützten Hysterischen zu sehen, gewannen überwiegend den Eindruck, dass es sich um präparirte Individuen handle und die von denselben dargebotenen hypnotischen Phänomene Producte einer gewissen Dressur oder auch zum Theil des Nachahmungstriebes der betreffenden leicht zu beeinflussenden Personen darstellen.

Die Nancyer Schule**) führt alle von Charcot beschriebenen hypnotischen Phänomene einfach auf Suggestion zurück. Was speciell die hypnotische Lethargie betrifft, so hält sich Moll auf Grund seiner Wahrnehmungen in der Salpêtrière für berechtigt, die für diesen Zustand von Charcot angenommene Bewusstlosigkeit sehr zu bezweifeln. Die Schnelligkeit, mit der die Lethargischen, wenn Charcot nur ihre Augenlider berührt, in Katalepsie verfallen, hat bei diesem Beobachter die Vermuthung erweckt, „dass diese scheinbar bewussten Personen mit grösster Aufmerksamkeit den Moment erwarten, wo sie in Katalepsie kommen sollen“***). In der That sprechen gar manche Umstände gegen die angenommene Bewusstlosigkeit. Richer†)

*) Richer l. c. p. 661, 667, 782 und Gilles de la Tourette, Der Hypnotismus. Deutsche Uebersetzung, Hamburg 1889. S. 93.

**) V. Bernheim, De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique, 2. edit. Paris 1888, p. 127 und 259 und Forel, Der Hypnotismus, seine Bedeutung und seine Handhabung, Stuttgart 1889, S. 12.

***) Moll, Der Hypnotismus, 2. Aufl. 1890, S. 131. Auch Forel (der Hypnotismus S. 12) bemerkt, dass die angeblich Lethargischen Charcot's zweifellos alles hören und psychisch verwerthen, was in ihrer Gegenwart gesagt und gethan wird.

†) Richer l. c. p. 660.

erwähnt, dass er à force d'insistance eine Lethargische dahin brachte, dass sie sich erhob und einige Schritte machte. Brémaud*) zeigte, dass man sich mit einer Lethargischen verständigen kann, wenn man derselben ein Hörröhr in den äusseren Gehörgang oder an die Hohlhand bringt. Sie versteht alsdann das zu ihr Gesprochene, ist aber unfähig zu sprechen. Die von Tamburini und Sepilli**) untersuchte Kranke bekundete im Zustande der Lethargie eine ausgesprochene Hyperästhesie des Gehörsinnes. Sie beantwortete oftmals vorgelegte Fragen, zählte auf Aufforderung etc. Blanc-Fontenille***), der seine Untersuchungen auf der Klinik von Pitres in Bordeaux vornahm, fand, dass die Kranken im lethargischen Zustande zwar völlige Muskeler schlaffung und Unfähigkeit zu willkürlicher Bewegung, aber weder neuromuskuläre Uebererregbarkeit, noch totale Anästhesie zeigen. Obwohl dieselben selbst auf unangenehme Sinnesreize in keiner Weise reagiren, fehlt ihnen die Empfindung keineswegs, und sie wissen sich auch der Eindrücke, die während der Lethargie auf sie einwirken, nach dem Erwachen genau zu erinnern. Diese Zustände von Lethargie können bei geeigneten Hysterischen durch Reizung gewisser Hautpartien („lethargogener Zonen“) hervorgerufen, durch Reizung anderer Hautstellen („lethargolytischer Zonen“) wieder aufgehoben werden. Die Aufhebung wird durch einen sich einschiebenden hypnotischen Zustand vermittelt.

Wie wir sehen, schwanken die Angaben über die Erscheinungen der hypnotischen Lethargie Charcot's sowie über deren Verursachung sehr erheblich; dagegen sind die neueren Beobachter, die sich mit dem Hypnotismus eingehend beschäftigten, einhellig der Ansicht, dass die gewöhnliche Hypnose im Sinne der Nancyer Schule mit der hysterischen Lethargie (dem hysterischen Schläfe) nichts zu thun hat, und dass beide Zustände strenge zu sondern sind, obwohl bei Hypnotisierungsversuchen das Eintreten der hysterischen Lethargie an Stelle der Hypnose öfters beobachtet wurde†). Schon Eulenburg, dessen Aufsatz über Galvanohypnotismus, hysterische Lethargie und Katalepsie den Veröffentlichungen der Nancyer Schule eine Anzahl von Jahren vorherging, hielt es für wünschenswerth, „der so imponirenden

*) Brémaud citirt bei Richer p. 661.

**) Tamburini und Sepilli, Anleitung zur experimentellen Untersuchung des Hypnotismus. Deutsch von Fränkel. 2. Heft 1885, S. 14.

***) Blanc-Fontenille, Journal de Médecine de Bordeaux 1886, referirt Neurol. Centralbl. 1886, S. 490.

†) V. Moll l. c. S. 27 und 133.

äusseren Aehnlichkeit gegenüber auch die vielleicht nur feine und scharfe, aber doch unzweifelhaft vorhandene Grenzlinie in's Auge zu fassen, welche das Gebiet des artificiell erzeugten Hypnotismus der Gesunden von den schweren pathologischen Symptomencomplexen der ausgebildeten Hysterolethargie und der Katalepsie trennt.“ Bei den Anfällen, die Eulenburg bei an lethargischen Zufällen leidenden Hysterischen durch prolongirte Galvanisation des Kopfes herbeiführte, (Galvanohypnotismus), und die nach der Meinung dieses Autors einerseits mit den lethargischen Attaquen der betreffenden Patientinnen, andererseits mit dem Symptomenbilde der gewöhnlichen Hypnose grosse Aehnlichkeit darboten, scheint es mir jedoch, wie Moll, nur um lethargische Zustände sich gehandelt zu haben, die an Hypnose erinnern.

Meine eigenen Erfahrungen über die Beziehungen des hysterischen Schlafes zur Hypnose betreffen ausschliesslich die Kranke St., welche bei der langen Dauer ihres Krankheitszustandes und der hartnäckigen Renitenz namentlich einzelner Erscheinungen zu einem therapeutischen Versuche mit der Hypnose geradezu aufforderte. Meine Bemühungen, die Patientin vom wachen Zustande in die Hypnose überzuführen, schlugen jedoch sämmtlich fehl. Diese Versuche wurden zu einer Zeit angestellt, als die täglichen Anfälle bei der Patientin bereits mehrere Monate sistirt hatten, die lethargische Disposition sich also bedeutend verringert hatte. Dennoch führten die diversen hypnosigenen Proceduren, die ich anwandte, sofern sie überhaupt einen Erfolg hatten, nur Lethargus herbei. Die einfache Suggestion, ebenso die Suggestion in Verbindung mit der Fixation waren ganz erfolglos. Als ich jedoch der Patientin, nachdem eine Anzahl von Minuten vergebens Schlaf suggerirt worden war, die Augen schloss, fiel sie augenblicklich in Lethargus. Um zu ermitteln, ob das Schliessen der Augen oder der Druck auf die Augäpfel dieses Resultat herbeiführte, forderte ich beim nächsten Versuche die Patientin auf, die Augen selbst zu schliessen. Dies erwies sich trotz gleichzeitiger Suggestion wirkungslos, während Druck auf die Augäpfel wieder sofort die Kranke in den lethargischen Zustand versetzte. Dieser Umstand ist deshalb bemerkenswerth, weil unter den Einwirkungen, die nach Charcot das lethargische Stadium der grand hypnose primär herbeiführen sollen, auch der Druck auf die Augäpfel figurirt*). Gehörsreize und mes-

*) Bekannt ist ausserdem, dass Laségue durch Druck auf die Augäpfel bei Hysterischen einen als „Catalepsie partielle et passagère“ bezeichneten Zustand herbeizuführen vermochte.

merische Striche zeigten sich bei unserer Kranken zu jener Zeit ebenfalls wirkungslos. Nachdem ich zu der Ueberzeugung gelangt war, dass bei der Patientin die Ueberführung des wachen Zustandes in die Hypnose nicht zu bewerkstelligen sei, mir aber die Erzielung einer Hypnose in therapeutischem Interesse doch sehr wünschenswerth erschien, legte ich mir zu Beginn der letzten Anfallsreihe die Frage vor, ob eine Umwandlung des lethargischen Zustandes in Hypnose nicht möglich sei. Die bisherigen Erfahrungen gaben hierüber keinen Aufschluss. Es war zwar, wie wir schon bemerkten, einer Anzahl von Hypnotisuren begegnet, dass sie bei hysterischen gelegentlich statt der Hypnose hysterische Schlafattaquen herbeiführten, allein das wurde als ein unangenehmer Zufall betrachtet, an dessen weitere Ausnützung Niemand dachte. So konnte nur der Versuch entscheiden.

Als hypnosigenes Mittel liessen sich nur mesmerische Striche anwenden, da unter den obwaltenden Verhältnissen von einer Verbal-suggestion des Schlafes keine Rede sein konnte, Fixation unanwendbar war und die Benutzung von Gehörsreizen aussichtslos erschien. Der Erfolg lehrte, dass unter gewissen Bedingungen eine Ueberführung der hysterischen Lethargie in einen echten hypnotischen Zustand möglich ist.

Um über diese Thatsache keinen Zweifel zu belassen, namentlich aber dem Einwande zu begegnen, dass die hysterische Lethargie an sich schon mitunter eine gewisse Aehnlichkeit mit der Hypnose aufweist, und es sich somit nur um eine hypnoseähnliche Modification des lethargischen Zustandes, aber keine wirkliche Hypnose handelte, müssen wir auf den Zustand, welchen die Patientin in ihren lethargischen Anfällen gewöhnlich darbot, und die Veränderung, welche derselbe unter der Einwirkung mesmerischer Striche in einem Theile der Anfälle erfuhr, näher eingehen.

Das Verhalten der Patientin in den einzelnen Anfällen und Anfallsphasen war verschieden, sofern die Tiefe des Lethargus, die Intensität der spastischen Erscheinungen etc. schwankten. Die Kranke verhielt sich nie völlig regungslos; sie führte von Zeit zu Zeit spontan, mitunter auch, wie wir sahen, auf äussere Einwirkungen hin Bewegungen aus. In einer Beziehung verhielt sie sich jedoch in den Hunderten von Anfällen, die ich bei ihr beobachtete, völlig gleich. Eine Möglichkeit, mit ihr mündlich zu verkehren, sie durch Worte zu irgend welchen Handlungen zu bestimmen, war bei ihr während des lethargischen Zustandes niemals vorhanden. Auf Anreden, Befehle, Fragen in gewöhnlichem Tone gesprochen, erfolgte nie die leiseste

Reaction. Lautes öfteres Ausrufen mit dem Namen führte, wenn es überhaupt irgend eine Wirkung erzielte, nur Erwachen herbei. War jedoch der Zustand der Hypnose eingetreten, so war die Möglichkeit eines mündlichen Verkehrs mit ihr gegeben wie bei irgend einer anderen Hypnotisirten. Sie führte jede verlangte Bewegung aus, beantwortete Fragen, erwachte auf Befehl und erwies sich, was wohl ein Hauptargument bildet, für Suggestionen zugänglich, die posthypnotisch realisirt wurden. Nur sprach sie in der Regel nicht; ihre Antworten erteilte sie durch Gesten und Zeichen, allerdings in gar nicht misszuverstehender Weise, und wenn man in sie drang zu sprechen, so kam es nur zu gewissen Lippenbewegungen, die von wenig deutlichen Lauten begleitet waren. Ich vermied es aus äusseren Gründen, die Kranke in dieser Beziehung viel zu belästigen. Hochgradige Erschwerung des Sprechens habe ich indess auch bei anderen Hypnotisirten beobachtet, und Moll hat offenbar das Gleiche gesehen*). Die Ueberführung der Lethargie in Hypnose gelang, wie bereits angedeutet wurde, nicht in allen Fällen. Bei stärkerem Hervortreten der spastischen Symptome, namentlich beträchtlicher Starre der Glieder erwiesen sich die mesmerischen Striche wenig oder gar nicht wirksam; man konnte aber dann durch eine Morphinumjection, welche die spastischen Zustände beseitigte oder wenigstens bedeutend verringerte, noch die Einleitung der Hypnose ermöglichen. Dem Eintritte der Hypnose ging in allen Fällen als *Conditio sine qua non* eine Erscheinung vorher: die vollständige Erschlaffung der Glieder; wo dieses Phänomen nicht zu erzielen war, blieben die Erscheinungen der Hypnose aus, oder es war höchstens ein Mittelzustand zu erzielen, eine gewisse Suggestibilität, die sich jedoch sofort wieder verlor, sobald man mit dem Streichen aussetzte. War dagegen vollständige Hypnose vorhanden, so verblieb dieser Zustand auch noch einige Zeit nach dem Aussetzen der Striche, und nur allmählig machte die Hypnose dem Lethargus wieder Platz, sofern man der Kranken nicht das Erwachen suggerirte. Dabei zeigte sich, dass die Patientin die Zeit, welche sie im lethargischen Zustande vor Einleitung der Hypnose verbracht hatte, ziemlich genau zu taxiren

*) Moll l. c. 2. Aufl. S. 54 bemerkt: „In einzelnen Fällen (von Hypnose) ist übrigens die Passivität des Individuums so gross, dass die Idee einer Bewegung überhaupt sich nicht festsetzt Fragen werden nicht beantwortet, oder nur ganz leichte Bewegungen mit den Lippen zeigen an, dass sie gehört wurden“. Moll unterscheidet je nach dem Verhalten des Individuums in Bezug auf Bewegungen einen activen und einen passiven Charakter der Hypnose.

wusste. Sie bestimmte danach die Zeit, die sie noch zu schlafen wünschte. Meine Erwartungen bezüglich der therapeutischen Resultate der Hypnose erfüllten sich im Grossen und Ganzen nicht, wie ich gestehen muss. Es zeigte sich, dass eine Reihe untergeordneter und transitorischer Symptome (Kopfeingenommenheit nach dem Erwachen aus dem Lethargus, Appetitlosigkeit, zeitweiliges Erbrechen, hysterischer Husten) auf suggestivem Wege sich beseitigen oder wenigstens einschränken liessen; gegen das Hauptübel, die Schlafattaquen, erwies sich die Suggestion schon aus dem Grunde machtlos, weil die Patientin den auf Hinausschieben oder Ausbleiben der Anfälle hinizielenden Suggestionen consequent Widerstand leistete. Dieser Widerstand war offenbar in dem Umstande begründet, dass für die Patientin die Hinausschiebung oder Unterdrückung der Anfälle nur eine Verlängerung des ihr höchst peinlichen Kampfes gegen die den Anfällen vorhergehende Schlafneigung bedeutete; dieser wollte sich die Patientin nicht aussetzen, zumal sie ohnehin schon nach Kräften der fast immer mehr oder minder vorhandenen Schlafneigung Widerstand leistete.

Zur Illustrirung des vorstehend Angeführten will ich meine Notizen von 2 Tagen anführen.

15. December 1889, Vormittags 11 $\frac{3}{4}$. Die Patientin liegt zu Bette; mässige Steifigkeit der Arme und Beine, Anruten mit dem Namen, Rütteln an den Armen, Befehl die Augen zu öffnen etc., alles völlig erfolglos.

Nach mehrfachem Streichen des Gesichts und der Stirne zunächst Schwinden der Steifigkeit der Glieder. Der erhobene Arm fällt herab wie eine träge Masse. Die Patientin öffnet und schliesst auf Befehl die Augen, zeigt die Zunge, giebt mir ihre Hand und führt andere verlangte Bewegungen mit den Armen aus. Sie antwortet auf die Frage, ob sie weiter schlafen wolle, durch Nicken und giebt ebenso auf die weiteren Fragen, wie lange sie noch schlafen will (1, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{4}$ Stunde) zu verstehen, dass sie nur $\frac{1}{4}$ Stunde schlafen will. Es wird ihr suggerirt, dass sie alsbald erwachen, nach dem Erwachen ganz freien Kopf haben, Mittags mit gutem Appetit speisen und nicht vor 5 Uhr Abends einschlafen werde. Da die Patientin nicht spricht, wird sie aufgefordert, die Stunde des nachmittägigen Einschlafens durch Klopfen mit dem Finger zu bezeichnen. Sie führt 4 Schläge aus und ist selbst durch wiederholte dringliche Aufforderung nicht zu bestimmen, die Zahl 5 zu markiren. Sie lehnt also die Suggestion, bis 5 Uhr wachzubleiben, entschieden ab. Nach etwa 10 Minuten erwacht die Patientin auf Befehl. Sie erklärt den Zustand ihres Kopfes für ganz befriedigend (während sonst in der Regel hef-

tige Eingenommenheit, Schwindel etc. vorhanden ist); von den Vorgängen während der Hypnose weiss sie nichts; sie glaubt wie gewöhnlich spontan erwacht zu sein und isst Mittags ganz gegen ihre Gewohnheit reichlich, doch schläft sie Nachmittags bereits um $\frac{1}{2}$ 4 Uhr ein.

16. December, Vormittags 11 $\frac{1}{2}$. Die Patientin zeigt heute mässige Steifigkeit der Arme, daneben hartnäckigen Stimmritzen- und Halsmuskelerkrampf (letzterer zeitweilig nachlassend, dann immer wiederkehrend). Auf Anrufen, Befehl die Zunge zu zeigen, die Augen zu öffnen etc., wie immer keinerlei Reaction. Das Streichen bewirkt heute selbst nach längerer Anwendung keine vollständige Erschlaffung der Arme und keine Beseitigung des Stimmritzenkrampfes. Die Patientin schlägt auf Befehl zwar die Augen auf, versucht den Mund zu öffnen, nimmt sogar einmal einen Schluck Wein. Dabei dauert jedoch der Krampf am Halse und zum Theil die Steifigkeit der Arme an; sobald man mit dem Streichen aussetzt, werden die Contractionen sogar heftiger. Es ist also ein gewisser Rapport vorhanden, der Einfluss der mesmerischen Striche jedoch ein sehr unvollkommener; die verbalen Suggestionen erweisen sich in Bezug auf die Krämpfererscheinungen ganz erfolglos. Da sich dieses Verhalten nicht ändert, erhält die Patientin eine Injection von 0,01 Morph. mur., worauf der Stimmritzen- und Halsmuskelerkrampf cessirt, auch die Arme weniger Steifigkeit zeigen. Jetzt gelingt die Ueberführung in volle Hypnose unschwer und rasch. Die Patientin öffnet und schliesst die Augen auf Verlangen, trinkt ein Glas Wein, allerdings mit etwas Sträuben und erwacht alsbald auf Befehl. Vorher war ihr freier Kopf, guter Appetit für Mittag und Wachbleiben bis 5 Uhr Nachmittag suggerirt worden.

Nach dem Aufwachen erklärt die Patientin den Zustand ihres Kopfes wieder für ganz annehmbar, sie isst auch mehr als gewöhnlich zu Mittag, schläft jedoch bereits um 1 $\frac{1}{2}$ Uhr Nachmittags ein.

Die Thatsache, dass der hysterische Schlaf in Hypnose sich verwandeln lässt, und die Art und Weise dieser Ueberführung sind meines Erachtens nicht ohne Bedeutung für die Lehre von der Einleitung der Hypnose. Nach den Anschauungen der Schule von Nancy und deren Anhängern liegt bei der Erzeugung der Hypnose Alles in der Suggestion.

Welches Verfahren als hypnosigenes angewandt wird (Sinnesreize, Schlafeinreden etc.), es wirkt immer nur in so fern, als dasselbe bei der zu hypnotisirenden Person die Verstellung des Schlafes oder der Hypnose hervorruft. Moll erklärt: „Ich kenne keinen sicher ver-

bürgten Fall, wo ein Sinnesreiz die Hypnose herbeigeführt hätte, lediglich durch eine physiologische Wirkung.“ Dieser Fall ist aber hier gegeben. Der Kranken gegenüber wurde vor Beginn der Versuche von der Absicht, sie während des Lethargus zu hypnotisiren, nie gesprochen. Sie war für alle Vorgänge, sowohl während des Lethargus als während der Hypnose vollkommen amnestisch und weiss demzufolge, da ihr auch nachträglich nichts hierauf Bezügliches mitgetheilt wurde, noch heutzutage von ihrer Hypnotisirung während des lethargischen Zustandes ganz und gar nichts. Dass die mesmerischen Striche bei ihr vor Eintritt der Hypnose überhaupt irgend eine Verstellung anregten, ist mehr als fraglich. Die Vorstellung des Schlafes aber, wenn eine solche überhaupt bei der Kranken erregt worden wäre, konnte nach allen Antecedentien bei ihr nur eine Verstärkung des lethargischen Zustandes zur Folge haben*). Dass bei der Ueberführung in die Hypnose lediglich die physiologische Wirkung tactiler Reize (schwacher Hautreize) zur Geltung kam, hierfür haben wir andererseits unabweisbare Belege. Bubnoff und Heidenhain**) fanden bei morphinisirten Hunden, dass schwache Hautreize die Erregbarkeit der nicht gereizten motorischen Centren steigern, andererseits aber auch bei gewissen Hirnzuständen tonische Erregungen der motorischen Centren aufheben. Wie wir sahen, war die nächste Wirkung der mesmerischen Striche, wenn es überhaupt zur Ueberführung in Hypnose kam, in der Regel die Aufhebung der Gliederstarre, also die Beseitigung gewisser tonischer Erregungen motorischer Hirncentren. Mit dieser Hemmungswirkung ging offenbar eine Steigerung der Erregbarkeit der vom lethargischen Stupor ergriffenen Rindenelemente Hand in Hand, welche erst die Herbeiführung des hypnotischen Zustandes durch weitere mesmerische Striche ermöglichte.

*) Die Patientin durfte, wie schon bemerkt wurde, ausserhalb der Anfallszeit nur für einige Momente die Augen schliessen und sich auf dem Sopha zurücklehnen, um in Lethargie zu verfallen. Selbst die unbewusst (posthypnotisch) wirksame Vorstellung des Schlafes führte bei ihr Lethargus herbei, wie folgende Beobachtung zeigt. Ich suggerirte der Kranken einmal, da dieselbe den grössten Theil der Nacht theils schlaflos, theils von hysterischem Husten und Stimmritzenkrampf gequält zubrachte, dass sie die folgende Nacht in ruhigem Schlafe, ungestört durch Husten etc. zubringen werde. Sie wurde während der betreffenden Nacht allerdings vom Husten etc. verschont, verblieb jedoch während derselben ohne Unterbrechung im lethargischen Zustande. Die Suggestion des ruhigen ungestörten Schlafes hatte nur Lethargus zur Folge.

**) Bubnoff und Heidenhain, Pflüger's Archiv, 26. Bd. S. 137 u. f.

Für den vorliegenden Fall dürfte sonach nicht zu zweifeln sein, dass die Hypnose ohne Beihilfe irgend welcher Suggestionen lediglich durch die physiologische Wirkung schwacher Hautreize zu Stande kam. Indess haben wir es hier mit einem exceptionellen Falle zu thun und dürfen desshalb die bei demselben gemachten Erfahrungen nicht ohne Weiteres verallgemeinern. Allein nachdem auch die Verwandlung des natürlichen Schlafes in Hypnose durch mesmerische Striche (eigene Beobachtung) und andere Sinnesreize (Berger) möglich ist, so gewinnt wenigstens für mich die Annahme sehr an Wahrscheinlichkeit, dass bei gewisser Beschaffenheit des Nervensystems Sinnesreize ohne Beihilfe der Suggestion den hypnotischen Zustand herbeizuführen vermögen.

Ueber die Beziehungen des hysterischen Schlafes zur Grande hystérie.

Im Vorstehenden sind mehrfach die grossen hystero-epileptischen Attaquen berührt worden, die sich bei der Kranken, Frä. St., in den Verlauf des Lethargus einschalteten. Da in Deutschland in den letzten Jahren häufig, ja geradezu vorwaltend als „hystero-epileptisch“ Anfälle beschrieben wurden, die von den für die grande hystérie von Charcot unterschiedenen Phasen nichts erkennen lassen, halte ich es nicht für überflüssig, hier über die Gestaltung der fraglichen Attaquen einiges Nähere zu berichten.

Dieselben zeigten, wenn auch die Details in den einzelnen Anfällen sowohl als in den verschiedenen Anfallsreihen vielfach variierten, doch in gewichtigen Beziehungen — in ihren Grundzügen — entschiedene Uebereinstimmung. Deutlich unterscheidbar waren in denselben die ersten 3 von Charcot für die grande attaque hystérique beschriebenen Phasen: die période épileptoïde, période des grands mouvements et des contorsions, période des attitudes passionnelles. Eine période de délire schloss sich jedoch nach meiner Wahrnehmung an diese 3 Phasen nie unmittelbar an. Sofern überhaupt Delirien auftraten, waren dieselben in der Regel von dem grossen Anfalle durch eine längere lethargische Periode getrennt. Es ist hier jedoch zu berücksichtigen, dass nach Charcot die 3 ersten Phasen den eigent-

lichen Anfall bilden und die période de délire nur einen Appendix desselben darstellt*).

Was die Aufeinanderfolge der einzelnen Anfallsphasen anbelangt, so debütierte der Anfall allerdings sehr häufig, aber durchaus nicht regelmässig mit der epileptoiden Periode. An diese schloss sich zu-
meist zunächst die Periode der attitudes passionelles und erst an diese die der grands mouvements et contorsions. Nicht selten war die epileptoid Phase nur rudimentär vorhanden und begann die eigentliche Attaque mit den attitudes passionelles. Die Kranke setzte sich z. B. nach Vorhergang einer kurzen Beugecontractur der Arme im Bette auf, rückte langsam gegen die (vorsichtshalber gepolsterte) Wand, um dann mit einem Male sich zu erheben und nun im Bette aufrecht stehend bald mit dem Ausdrücke der Neugier oder Verwunderung im Gesichte, bald mit lächelnder, bald mit finsterer Miene einige Zeit nach einer bestimmten Richtung hinzublicken, dabei gelegentlich vereinzelte Worte äussernd, entsprechend dem jeweiligen Inhalte ihrer Hallucinationen. Genauere Beobachtung der Details der längeren Attaquen zeigte ferner, dass dieselben nie sich einfach aus den erwähnten drei Phasen zusammensetzten, sondern immer mehrfache, oft vielfache Wiederholungen dieser Phasen umfassten; ähnliche Anfallsgestaltung ist von den französischen Beobachtern constatirt**).

Nachstehende Skizze einer der grösseren Attaquen dürfte nicht ganz des Interesses entbehren:

Die Kranke, welche wegen des bevorstehenden Anfalles sich zu Bette begeben hat, sinkt im Bette zurück und schläft ein. Ruhiges Verhalten circa $\frac{1}{2}$ Stunde andauernd; allmähiges Steiferwerden der Arme, vereinzelte Zuckungen der Halsmuskeln. Heftiger Schüttelkrampf der Arme und Beine von kurzer Dauer. Kehlkopfkrampf, langsam beginnend, der inspiratorische Ton immer höher und höher, dann plötzlich abbrechend (période epileptoides). Langsames Hinrücken

*) V. Richer l. c. p. 137: „Les trois périodes, qui constituent à proprement parler l'attaque, ont ensemble une durée moyenne d'un quart d'heure à une demi-heure. La quatrième période, qui est plutôt une sorte de prolongation de l'attaque que l'attaque elle-même, a une durée fort difficile à préciser“.

**) V. Richer p. 137: „Dans les séries les attaques se succèdent de deux façons: 1. Elles s'imbriquent, c'est à dire qu'une attaque n'est pas finie qu'une autre recommence aussitôt“.

gegen die Wand, plötzliches Aufstehen im Bette, Hinstarren gegen den Hintergrund des Zimmers mit gespannten, allmählig sich verfinsternden Zügen (*période des attitudes passion.*). Umdrehung, Loslösen des sehr langen Haarzopfes, Hin- und Herschlenkern desselben, wie spielend, dann blitzschnelles Herumschlingen desselben um den Hals, Zusammenschnüren des Halses, Niederstürzen in das Bett mit einem halberstickten Wuthschrei, Vergraben des Kopfes in die Kissen (sehr mühsame Befreiung des Halses von der Umschnürung durch den Zopf); höchst gewaltsamer Versuch sich aus dem Bette zu schleudern mit etwas gewölbtem Oberkörper, den stark zurückgebeugten Kopf voran, sichelförmige Verkrümmung des Körpers (*Modification des arc de cercle*). Greifen, Zusammendrehen von Haarbüscheln, Versuche, sich solche auszureissen, Versuche, die Lidhaare sich auszureissen. Beim Festhalten der Hände energisches Bemühen, sich loszuringen, Beißen nach den Händen der haltenden Personen, Beißen in die eigenen Hände, Schlagen des Kopfes gegen die Wand. Versuch, sich gegen das Fenster zu stürzen (*période des grands mouvements et des contorsions*).

Erneuter Stimmritzenkrampf, nach dessen Beendigung plötzliches Sichzurückschleudern in die Kissen, Wiederaufsitzen, abermaliges Aufstehen im Bette u. s. w.

Wenn man den Tumult dieser Anfälle oft miterlebt hat, so begreift man, dass dieselben auf nervös veranlagte Personen einen nachhaltigen Eindruck zu äussern vermögen, der sich unter Umständen bis zur Reproduction der Anfälle vertiefen kann. Die Geschwister der Patientin St. erwiesen sich auch, wie wir sahen, diesem Eindrucke gegenüber nicht genügend widerstandsfähig. Die Patientin selbst hatte aber für ihre Anfälle kein Vorbild, und ebenso verhielt es sich in den übrigen von mir beobachteten Fällen von Hysteroepilepsie, welche die von Charcot beschriebenen Perioden mehr oder minder deutlich unterscheiden liessen. Man hat nach der Veröffentlichung der Charcot'schen Untersuchungen über die Grande hystérie in Deutschland sowohl als anderweitig die Vermuthung geäußert, dass die Attaquen der Grande hystérie so, wie sie Charcot beschrieb, eine specifisch französische Eigenthümlichkeit, wenn nicht gar ein Erzeugniss der Salpêtrière darstellen, und Charcot*) selbst sah sich veran-

*) Charcot, Leçons du Mardi à la Salpêtrière 1887—88. p. 178.

lasst, gegen derartige Annahmen sich zu verwalten. Soweit die Gestaltung der grossen Hysterie in Deutschland in Betracht kommt, hat jedoch Strümpell*) bereits betont, dass dieselbe ganz, wie sie uns Charcot kennen lehrte, in Deutschland keine Seltenheit bildet. Unsere Beobachtungen bestätigen diesen Satz vollständig. Sie zeigen nicht nur, dass in den Grundzügen die vollentwickelten hysteroepileptischen Anfälle in Frankreich und Deutschland sich gleichen, sondern sie erbringen auch den bisher noch ausständigen Nachweis, dass der hysterische Schlaf bei uns ebenso mit den fraglichen Anfällen zusammenhängt, wie dies in Frankreich constatirt wurde. Trotz dieses unbestreitbaren Zusammenhanges können wir uns jedoch schliesslich einer Prüfung der Frage nicht entschlagen, ob denn die Auffassung der französischen Beobachter, dass der hysterische Schlaf lediglich eine Modification des hysteroepileptischen Anfalles bildet, für alle Fälle zu Recht besteht, zumal diese Anschauung noch nicht zu allgemeiner Anerkennung gelangt ist.

Für diejenigen Schlafattaquen, in deren Verlauf sich mehr oder minder deutlich Erscheinungen des typischen hysteroepileptischen Anfalles einflechten, dürfte man die französische Ansicht wohl ohne Weiteres als zutreffend erachten. Es kommen jedoch unzweifelhaft Schlafattaquen vor — ich habe selbst solche in grösserer Anzahl beobachtet — welche keine Andeutung von den Symptomen des typischen hysteroepileptischen Anfalles zeigen, und wenn wir sehen, dass solche Anfälle längere Zeit hindurch auftreten, ohne dass sich sonstige Symptome der Hysteroepilepsie, ja von Hysterie überhaupt einstellen, wie dies z. B. bei Frau H. (Beobachtung I.) der Fall war, so erscheint die Frage jedenfalls sehr berechtigt, ob auch diese reinen lethargischen Zustände als modificirte hysteroepileptische Anfälle aufgefasst werden sollen. Um bezüglich dieses Punktes zu einiger Klarheit zu gelangen, müssen wir die verschiedenen Variationen der hysteroepileptischen Attaquen und die Combinationen dieser mit den lethargischen Zuständen, welche die klinische Beobachtung aufweist, in Betracht ziehen.

Es ergibt sich dann Folgendes:

Die reinen lethargischen Zustände mit Schlafheit der Gliedmassen einerseits und jene Schlafattaquen, welche vollständige Anfälle der Grande hystérie in sich schliessen, andererseits bilden die Endpunkte einer continuirlichen Reihe von Anfallsvarianten, innerhalb welcher

*) Strümpell, Neurologisches Centralblatt 1887, 15. Oct. S. 488.

die Symptome der Grande attaque in allen möglichen Abstufungen, von der leichtesten Andeutung der epileptoiden Phase anfangend bis zur vollen Entwicklung der vier Charcot'schen Perioden vertreten sind. Diese Fülle von Anfallsmodificationen kann sich sogar in einem und demselben Falle präsentiren; bei unserer Patientin Frl. St. lag dieselbe vor. Man muss dieser Thatsache gegenüber wohl zugeben, dass die reinen lethargischen Zustände Aeusserungen desselben pathologischen Grundzustandes wie die complicirten Schlafattaquen bilden, ähnlich wie die verschiedenen Formen des Petit Mal und des psychisch-epileptischen Aequivalents Erscheinungsweisen derselben Neurose sind, welche den typischen epileptischen Anfällen zu Grunde liegt.
