

## XXI.

**Epileptische Irreseinsformen.**

Von

**Dr. P. Samt,**

erstem Assistenzarzt an der Irrenabtheilung der Königl. Charité.

Ich habe an anderer Stelle der klinischen Methode das Wort geredet und die Ueberzeugung ausgesprochen, dass die Fortschritte in der Psychiatrie nicht auf dem Secirtisch oder unter dem Microskop zu suchen seien, sondern in der klinischen Beobachtung. Diese soll uns ein nosologisches System der Geisteskrankheiten schaffen. Zu diesem Zwecke müssen klinisch gut characterisirte Gruppen formirt werden, welche identische Entwicklung, identische Symptomatologie und identischen Verlauf haben. Nur construiren man nicht aprioristisch, sondern ziehe das Facit aus genauen Beobachtungen. Wo Identität in dem Entwicklungsgange vor der Hand nicht zu entdecken ist, da schaffe man sie auch nicht künstlich. Wenn sodann einzelne klinische Gruppen immer die gleiche Aetiologie haben, so ist doch die generalisirende Eintheilung sämtlicher Geisteskrankheiten nach ätiologischem Princip voreilig und führt zu keinem Fortschritt. Was nützt es beispielsweise, von Morel'schem hereditären Irresein zu sprechen, wenn dies nicht klinisch scharf genug gezeichnet werden kann, dass es als besondere Gruppe deutlich von den übrigen Geisteskrankheiten sich abhebt und als solches leicht zu diagnosticiren ist, wie etwa eine reguläre Manie oder eine agitierte Melancholie oder irgend eine Form der Verrücktheit, sei es eine hypochondrische mit Transformation nach Morel, oder eine originäre nach Sander, oder eine hallucinatorisch-deprimirte, wie ich sie geschildert habe u. s. w.

Das Irresein der Epileptischen stellt in verschiedenen Formen eine solche klinisch gut characterisirte Gruppe dar.

Wie bekannt, hat zuerst Jules Falret in seiner ausgezeichneten Abhandlung: de l'état mental des épileptiques die specifische Natur des epileptischen Irreseins behauptet. Die folgenden Beobachtungen bestätigen die Falret'sche Auffassung. Aber sie geben auch neue Gesichtspunkte und erweitern die Kenntniss epileptischer Irreseinsformen.

## I.

### Das psychisch-epileptische Aequivalent.

#### Erster Fall.

Heredität. Characteranomalie. Ohne sichere epileptische Antecedentien Anfall von epileptischem Irresein. Das Irresein setzt sich zusammen aus einer mehrtägigen, zum Theil schweren Incubation, dem eigentlichen Paroxysmus mit mehrfachen Homicidversuchen, und einem kurzen postparoxysmalen Stadium. Nach wenigen Tagen volle Reconvalescenz. Unmittelbar nach dem Paroxysmus ist die Erinnerung für die Ereignisse des Paroxysmus vorhanden, später fehlt die Erinnerung vollständig.

Patient, Cand.-med., 21 Jahr alt, wurde den 26. October 1873 aufgenommen. Er war äusserlich ruhig, erschien aber ängstlich. Er suchte sich viel in Ecken zu isoliren, sprach wenig, sah oft misstrauisch um sich, als wenn er etwas Schlimmes erwartete, schien aber entschlossen, sich eventuell energisch zu wehren.

Bei der Abendvisite, etwa eine Stunde nach der Aufnahme, antwortete er exact auf Fragen. Er erzählte, dass er in der vergangenen Nacht auf mehrere Kameraden geschossen haben solle, er wisse aber nichts davon. In gereiztem Tone fuhr er sodann fort: Uebrigens gehöre er gar nicht hierher, er sei nicht krank, vor Allem aber wünsche er ein eigenes Zimmer. Als ihm auseinandergesetzt wurde, dass die Charité über Einzelzimmer nicht disponire, meinte er, dann könne er eben nicht hierbleiben. Eine Verbandtasche, die er mitgebracht hatte, wollte er nicht abliefern, dazu sei er nicht verpflichtet. Er liess sich aber zusprechen und leicht beruhigen, gab auch die Verbandtasche her.

Beim Abendessen trat er mit seinen Nachbarn, zwei Reconvalescenten, in Unterhaltung und spielte mit diesen hinterher über eine Stunde Scat.

Die Nacht zum 27. October verbrachte er schlaflos im Wachsaaal. Den anderen Morgen gab er selbst an, dass, so oft ein Mitkranker in der Nacht ein Wort sprach, etwas verlangte oder aufstand u. s. w., er sich sehr habe zusammen nehmen müssen, um nicht heftig zu werden. An diesem Morgen gab er bereits folgende ausführliche Anamnese:

Es besteht starke hereditäre Belastung. Mitters Vater war in hohem Alter geisteskrank, Mutter und Vater sind psychisch auffällig, der Vater

überdies nach einem apoplectischen Anfall epileptisch, eine Schwester ist in einer Irrenanstalt.

Im Alter von 6 zu 8 Jahren hatte er vielfach „Visionen“; er sah verschwommene Bilder vor dem Einschlafen und auch beim Erwachen. — Im 14. Jahre war er nach einem Falle vom Reck 8 Tage bettlägerig, „besinnungslos“. — Sehr oft hatte er ängstliche Träume, — er fällt in unendliche Tiefen, ist von grossen Gefahren umgeben — am Morgen nach solchen Träumen ist der Kopf etwas dumpf, aber nur kurze Zeit, gewöhnlich wird er beim Waschen schon wieder gut.

Patient lernte leicht, war begabt. Er liebte Geselligkeit, war aber überaus heftig. Als Student trank er ziemlich und er vertrug das Trinken gut.

Patient machte mit der Waffe den Feldzug mit. Der Helm verursachte ihm Schmerz in der linken Scheitelgegend, und dieser Schmerz kommt an derselben Stelle seither auch nach Erregungen. Im März 1871 wurde er auf einem Marsche ohnmächtig, ging aber schon nach etwa einer Viertelstunde der Truppe wieder nach; es war an dem Tage sehr warm gewesen und er hatte bereits 4 Meilen gemacht.

Seither, seit Ostern 1871, muss er oft die Lectüre unterbrechen, weil, wenn er lange gebückt dagesessen, das Blut nach dem Kopfe steige und es zu flimmern anfange. Er muss sich dann zurücklehnen oder im Zimmer auf und ab gehen, damit sich die Schwere und das Flimmern wieder verliere. Unmotivirt, anfallsartig, sind diese Erscheinungen niemals gekommen, immer nur nach lange eingenommener gebückter Haltung.

Gleichfalls seit dem Feldzuge hat er ab und zu rheumatoide Schmerzen, die im ganzen Körper herumziehen, bald Schulter, Hüfte u. s. w. befallen — aber sie sind nicht sehr erheblich.

Patient kam den 1. October 1873 von den Ferien zurück, missmuthig, weil er mit dem Vater gebrochen hatte. Der Vater hatte ihm wegen seiner vielen Schmissee — Patient ist Corpsstudent — eine Pauke gehalten, die Patient von seinem Standpunkte unberechtigt und beleidigend nennt. Als dann gar der Vater einen an Patienten adressirten Brief erbrochen hatte, welcher viele für den Patienten gravirende Unannehmlichkeiten enthielt, war es zu einer entscheidenden stürmischen Scene gekommen, in welcher sich Patient derartig mit seinem Vater überwarf, dass er sofort abreiste. — Ob von dieser Zeit ab bis zur Incubation des Anfalls eine, wenn auch nur leichte, gemüthliche Aenderung bestand, war nicht sicher zu ermitteln. Patient leugnete eine solche, auch seine Kameraden fanden ihn nicht verändert.

Ehe ich nunmehr den Anfall beschreibe, will ich noch kurz anderweitig erhobene anamnestische Angaben anführen, welche den Character des Patienten als einen sehr eigenthümlichen kennzeichnen.

Seine Stubenkameraden nennen ihn einen sehr exaltirten Menschen, aufschneiderisch und rauflustig, aber einen begabten Kopf. Bemerkenswerth ist eine Vorliebe für Waffen, mit denen er gern renommirte. Er besass 3 Pistolen, welche immer geladen waren, ein Matrosenmesser, Dolche und eine grosse Bleikugel.

Der Dirigent einer Augenklinik, in welcher Patient als Famulus fungirte, erzählte vom Patienten, dass er bei einem Diner in allem Ernste geäußert hätte, er sei daran, den Stein der Weisen zu finden. Als ihm hier auf der

Abtheilung diese Aeußerung vorgehalten wurde, gab er an, dass er im Winter zu 1873 zufällig in der Bibliothek 5 bis 6 Bände Zaubergeschichten aufgefunden hätte, welche er in der That mit vielem Vergnügen gelesen. In den Büchern fand er Rezepte für den Fund. Einmal, als er allein im Zimmer war, machte er sich den Scherz nach gegebenen Formeln „feierlich“ einen Geist zu beschwören, „der natürlich nicht kam.“ Er wollte über den Stein der Weisen eine Brochüre veröffentlichen, „denn es herrschen im Publicum verschiedene verkehrte Ansichten über dieses Thema“, fand aber keine Zeit; ernsthaft habe er nie daran gedacht, dass es einen Stein der Weisen gebe.

Die Schilderung des Anfalles von Irresein gebe ich gleich vollständig nach der Aussage des Patienten und seiner Stubenkameraden.

Die Incubationserscheinungen begannen deutlich am 23. October. Zwar hatte er schon den 20. October stark gefröstelt, so dass er mit seinen Kameraden wegen der Stubenheizung in Streit kam; er wünschte, dass schon geheizt würde, die Collegen hielten es alle noch nicht für nöthig. Ja schon 2 oder 3 Tage vor dem 20. October soll er etwas blass und elend ausgesehen haben, aber erst vom 23. October ab bestanden continuirliche Incubationserscheinungen. An diesem Tage fühlte er allgemeines Unbehagen, bald fror er, bald hatte er Hitze; er fürchtete, eine schwere interne Krankheit sei im Anzuge und mass daher sorgfältig seine Temperatur, welche aber normal war; das Assistiren bei Operationen fiel ihm schwer, die Hände waren zitterig und er konnte sich nur mit Mühe auf den Füßen halten.

Die Nacht zum 24. October schlief er schlecht, er wachte bei dem leisen Geräusch auf und soll sich gegen seine sonstige Gewohnheit viel im Bett herumgeworfen haben

Den 24. October war er so unwohl, dass er am Tage gar nicht in die Augenklinik ging. Erst am Abend ging er zum ophthalmoscopischen Cursus, ärgerte sich aber, dass er die Papille nicht so leicht fand als gewöhnlich.

Die Nacht zum 25. October schlief er nicht zu Haus. Er war so matt, dass er sehr früh, schon um 8 Uhr, in's Bett wollte. Zu Hause fürchtete er deshalb gefoppt zu werden, darum liess er sich auf der Corpskneipe, nachdem er ein Paar Glas Bier getrunken hatte, ein Zimmer geben und übernachtete daselbst. Ein Corpsbruder, der in demselben Zimmer schlief, sagte ihm den anderen Morgen, er hätte sehr unruhig geschlafen.

Am Morgen des 25. October hatte er bereits „ein Chaos von ungewohnten Gedanken und Gefühlen im Kopf“, jedoch fiel er seinen Kameraden, als er zwischen 11 und 12 Uhr nach Hause kam, nicht auf. Er unterhielt sich mit ihnen wie gewöhnlich und erzählte ihnen unter Anderem, dass er gestern Abend auf der Corpskneipe von einem durchreisenden Landsmanne gehört hätte, sein Vater sei gestorben. Nachmittags holte er, was er früher auch oft gethan hatte, seine Waffen vor und führte mit seinem Matrosenmesser gegen einen Freund, welcher gerade ein Faschinenmesser in der Hand hatte, im Scherz einen kleinen Kampf. Er schloss den Scheinkampf mit den Worten: „Siehst Du, jetzt könnte ich Dich todtschlagen.“ Kaum hatte er das Messer auf den Tisch gelegt, so griff er nach einer Pistole und sagte zu einem anderen Kameraden: „Jetzt werde ich Dich todtschiessen.“ Dieser erwiderte: „Lass doch den Unsinn sein“ und ging an's Fenster. Darauf wandte er sich zu wieder einem

anderen Kameraden K. und sagte: „Dann musst Du dran glauben“, und denselben Augenblick schoss er gegen den Ofen. Nach einiger Zeit ging er in ein anderes Zimmer, in welchem ein Kamerad gerade dabei war, seine Secirmesser zu schleifen. Er nahm ein Messer und sagte: „Ich werde wahnsinnig, ich werde Dir die Ohren abschneiden.“ Als derselbe sich den Unsinn verbat, legte er das Messer wieder hin und ging in sein Zimmer zurück. Hier machte er etwas Toilette und begab sich sodann zu seinem Onkel. Unterwegs erzählte er einem Bekannten im Vorbeigehen, dass er den K. todtgeschossen hätte, er sei wahnsinnig geworden. Bei seinem Onkel blieb er gegen 3 Stunden, scherzte mit einer jungen Cousine und gab sich alle Mühe, einen kleinen Hund, der ein Lieblingsstück des Hauses war, möglichst zu ärgern, was er sonst nicht that. Sein Benehmen fiel daselbst aber nicht auf. Gegen 8 Uhr ging er von dort direct in die Kneipe, ass zu Abend und trank ein Glas Bier. Beim Fortgehen machte er auf einen Stubenkameraden, der ihn an der Thür traf, den Eindruck eines Schwerbetrunkenen. Er ging von hier auf die Corpskneipe. Dort fiel es auf, dass er still eintrat und sich zunächst still verhielt, während er sonst gerade seines lauten und vielen Redens wegen gefürchtet war. Er wurde unter die Füchse placirt, raffte sich auch zusammen und unterhielt diese ganz gut. Um 11½ Uhr ging er nach Haus. Er hatte noch 3 Glas Bier getrunken.

Jetzt beginnt der Paroxysmus. Ich lasse seine Collegen reden.

A. Ich traf den Patienten gegen 12 Uhr auf dem Corridor des ersten Stocks. Er erzählte, dass er auf der Vandalenkneipe gewesen sei und wir gingen zusammen in unser Zimmer. Ich zündete die Lampe an. B., welcher auch mit uns wohnt, war bereits zu Bett und schien zu schlafen. Patient zog sich auffallend langsam aus. Dabei moquirte er sich laut über die Nase unseres Collegen B., was er übrigens auch früher oft gethan hatte. Er wurde zur Ruhe verwiesen und verhielt sich auch einige Augenblicke ruhig. Als er aber bis aufs Hemd ausgezogen war, sagte er zu mir: „Du, ich habe heute nach K. geschossen“, worauf ich erwiderte: „Das ist eine Lüge“. Er sofort: „Schluck die Lüge in Deinen Bauch.“ Jetzt stand er einige Augenblicke still. Dann fing er wieder an: „Ich werde mich einmal ein bischen todt-schiessen.“ Er ging in das Nebenzimmer, holte 2 Terzerole und sagte zu mir: „Eine für Dich, eine für mich.“ Sofort legte er an. Ich setzte aus dem Bett und lief zur Thür. Er verfolgte mich, mit der Waffe immer nach meinem Kopfe zielend, und kaum bin ich aus der Thür heraus, so schlägt eine Kugel in der Höhe meines Kopfes in die Thür, hart an der Thürkante.

B., welcher inzwischen erwacht war, fährt fort:

Bald nach dem Schuss brach Patient mit einem furchtbaren Schrei zusammen. Beide Terzerole liess er fallen. Aber er sprang bald wieder auf, ergriff das noch geladene Terzerol und schoss es in die Luft. Nach diesem Schuss brach er wieder zusammen. Dieser zweite Schuss war über das Bett eines Collegen weggegangen, der auf Urlaub war. Ich rief ihm jetzt zu: „Was hast Du gemacht?“ Hierauf erhob er sich rasch und unter dem Rufe: „Was, Du bist auch noch da, Du alte Kreatur?“ lief er ins Nebenzimmer und mit dem Matrosenmesser zurückkehrend stürzte er auf mich, packte mit der linken Hand mich an der Kehle, mit der rechten schwang er unter grinsendem Lachen, das selbst im unteren Stockwerke gehört wurde, das Messer

über mir. „B, Du musst sterben“, sagte er, „Hans und Fritz müssen auch sterben, ich habe meinen Vater ermordet, ich will nicht allein sterben.“ Ich wehrte mich eine geraume Zeit, so gut ich konnte. Endlich sagte ich: „Was machst Du, denk an Deine Eltern.“ Da liess er mich plötzlich los, warf das Messer fort und „kugelte ganz zusammengeballt“ in sein Bett. Ich nahm das Messer und lief in ein anderes Zimmer. Aber kaum war ich eingetreten, so hörte ich schon auf dem Corridor das grinsende Lachen des Patienten, und im nächsten Augenblicke stand er bei uns, nur mit dem Hemd bekleidet, ohne Waffe. Er rief: „Ich bin wahnsinnig, es können nur Leute wahnsinnig werden, die noch etwas Grips haben und jetzt bin ich's. Wo ist B. und — „der Andere“? (Er meinte A., konnte aber dessen Namen nicht finden.) Die müssen sterben.“ Einem Collegen, der sich ihm in den Weg stellte, rief er zu: „Mein Herr, ich kenne Sie nicht, gehn Sie weg oder ich stosse Sie nieder.“ Er ging nun auf A. zu, welcher in demselben Zimmer war, und suchte ihn zu packen, aber A. riss sich los und lief aus dem Zimmer. Ich hatte mich in ein Bett gelegt und blieb vom Patienten unbemerkt. Bald verliess auch Patient das Zimmer, das nun hinter ihm verschlossen wurde.

Nach wenigen Minuten klopft er an die Thür und, da diese nicht geöffnet wird, erscheint er bald in wieder einem anderen Zimmer, in welchem K. mit mehreren Collegen wohnt. K. berichtet:

Um 12 $\frac{1}{2}$  Uhr ungefähr erschien Patient auf unserer Stube, mit einem dreikantigen Dolch bewaffnet. Er sagte, dass er verrückt wäre, dass er schon auf A. und B. geschossen hätte und dass wir nun an die Reihe kämen. Der Dolch sei zwar kurz, aber doch lang genug für uns. A. und B. hätte er leider nicht getroffen, jetzt könne er aber sagen „Gott sei Dank.“ Nun ergriff er mich an der Kehle und fragte mich mit gezücktem Dolch, was ich wohl dazu meinte, dass ich sterben müsste. Es gelang mir, ihn von seinem Vorsatz abzubringen, jedoch konnte er nicht unterlassen, mich und einen Collegen mit dem Dolche wenigstens zu kitzeln. Er fuhr dann fort: „Mein Vater ist gestorben und ich bin die Ursach davon.“ Hierbei stürzte er zusammen. Wir wollten ihm aufhelfen, er bat uns aber, ihn nicht anzufassen, denn der Wuthanfall könnte dann noch stärker hervortreten und er könnte dann nicht dafür stehen, dass er nicht noch Jemanden tödte. Nachdem er sich selbst aufgerichtet hatte, haranguirte er noch zwei andere Collegen mit dem Dolch in gleicher Weise wie mich zuvor. Erst als College F. hinzukam, ein College, vor dem er immer Respect gezeigt hatte, seitdem er auf einer Mensur gründlich von ihm abgeführt war, warf er den Dolch fort, wiederholte noch einmal, dass er leider A. und B. nicht getroffen, jetzt aber „Gott sei Dank“ sage und dass er B. das Leben nur auf seine fussfälligen Bitten geschenkt hätte und entfernte sich.

Ein College, der ihm folgte, erzählt weiter:

Auf dem Corridor fasste er sich plötzlich an den Kopf und schlug der Länge nach auf den Boden. Ich richtete ihn mit ein Paar dazugekommenen Collegen auf und wir wollten ihn in sein Zimmer tragen. Da kehrte seine Wuth zurück. Er wollte sich mit aller Gewalt losreissen und schrie: „Man will mich morden, lässt mich los.“ Hierbei lachte er auf einmal grell auf und fragte dann: „Ha, wer lacht da?“ Wir redeten ihm gut zu und er beruhigte sich auch. Nun fasste er an den Kopf, sagte: „Ha, wo bin ich?“

und wankte vorwärts. Wir wollten wiederum ihm helfen, er aber wehrte uns ab, er glaubte, dass ihn einzelne der anwesenden Kameraden ermorden wollten. Plötzlich rannte er von uns fort und auf sein Zimmer los. Ich rief noch ein Paar Kameraden zu Hülfe. Als wir aber in sein Zimmer kamen, fanden wir ihn nicht mehr vor.

Bald erscheint er mit einem Rappier in wieder einem anderen Zimmer. Jetzt hat er einen Militärmantel über das Hemd geworfen. Ein Kamerad erzählt:

So wie Patient in's Zimmer trat, fragte ich, was er wollte. Er antwortete: „Dich ermorden“ und schlug nach mir, traf jedoch nicht mich, der ich im Bett war, sondern nur die Bettlade. Darauf warf er sich über mich und fasste meine Kehle. Erst nach langem Bitten liess er mich los. Jetzt sprach er vom Tode seines Vaters, an dem er die Schuld trage. Am 23. October Nachmittags 3 Uhr hätte er von Hause eine Depesche erhalten, welche die traurige Nachricht brachte, und seit dieser Zeit habe er gemerkt, dass in seinem Kopfe etwas caput gegangen sei, Morgen werde er wohl nach der Charité kommen. Nun ging er an ein anderes Bett, schwang sein Rappier und sagte auf den Kameraden im Bett zeigend, „Den muss ich morden“, verliess aber bald das Bett, kam zu mir wieder zurück, sagte, dass er noch F. morden müsse, weil er das Faschinenmesser gegen ihn blank gezogen und entfernte sich. Sein Aussehen war verstört, er sprach sehr laut und lachte dann und wann ganz grässlich auf.

Hier schliesst der Paroxysmus.

Den weiteren Verlauf der Erscheinungen schildert nunmehr ein Vorgesetzter, welcher inzwischen geholt war, wie folgt:

Ich war eben mit einigen Collegen auf den Corridor gekommen, als Patient an dem einen Ende des Corridors in höchst theatralischer Haltung erschien. In der Rechten schwang er ein Rappier. Bekleidet war er mit einem Hemd und einem Militärmantel, der aber nur über den rechten Arm gezogen und dann über die Schulter geworfen war. Mit theatralischem Heldenschritt kam er auf uns zu, schien übrigens nicht besonders erregt. Ich verlangte den Schläger. Er gab ihn gutwillig. Jetzt führten wir ihn zunächst auf sein Zimmer, damit er sich ankleidete, und dann folgte er mir auf meine Stube. Hier nahm er aufgefodert auf dem Sopha Platz, zündete sich eine Cigarre an, die ich ihm offerirte und unterhielt sich in ganz zweckmässiger Weise. Er wusste, dass er auf seine Stubenkameraden geschossen und andere Kameraden mit dem Dolche angegriffen hatte. Er erzählte, dass er schon seit längerer Zeit Mordgedanken hätte, es kribbelte ihn in den Fingern zum Stechen und Würgen. Er freute sich, dass Niemand verletzt war, sonst hätte er sich ja mit ewiger Schande bedeckt. Ganz verrückt, meinte er, könnte er doch nicht sein, weil er ja mit seinen Kameraden, deren Leben ganz in seine Hand gegeben war, Mitleid empfand, als diese ihn flehentlich baten, ihr Leben doch zu schonen. Er hatte nichts dagegen, dass er in Begleitung sofort nach dem Garnisonlazareth gebracht würde und er stieg bald ohne Weiteres mit mir und noch einem Collegen in eine Droschke. Als wir uns einer Brücke näherten, fragte er mich, was ich wohl dazu sagen würde, wenn er aus dem Wagen heraus über das Brückengeländer in die Spree spränge, er sei ein unglücklicher Mensch und würde jetzt wohl 20 Jahre

im Irrenhause sitzen. Um ihn auf andere Gedanken zu bringen, fingen wir von der Augenklinik zu sprechen an, in welcher er Famulus war. Er schimpfte auf den Chef der Klinik, sagte dann, er hätte sehr wahrscheinlich einen Cysticercus im Auge und bat uns schliesslich, seinen Augenspiegel nach der Klinik zu schaffen, da er zur Aushilfe dort immer gebraucht werde. Nun fiel ihm wieder der Tod des Vaters ein, den er jetzt wiederum von einem durchreisenden Freunde erfahren haben wollte. Mehrmals während der Fahrt zuckte er ängstlich zusammen. Einige Male zeigte er aus der Droschke heraus auf einen Mann, der ihm nachschliche, um ihn meuchlings zu morden. Bald sah er ihn, bald hörte er ihn nachschleichen. Am meisten hatte er seinen Kameraden F. und noch einen anderen Herrn, welche ihn auf Messuren abgeführt hatten, im Verdacht, dass sie ihn heimlich überfallen und morden wollten. Er liess sich aber leicht von solchen Vorstellungen abbringen. — Als wir ihn fragten, ob er auch schon früher von Jemandem sich verfolgt geglaubt hätte, antwortete er, er leide schon seit einem Jahre an Verfolgungswahn, daher habe er in den Auditorien sich immer in Ecken oder an die Wand gesetzt, um seinen Rücken gegen Ueberfälle zu sichern; die Waffen hätte er nur zu seiner Vertheidigung gesammelt. Bald aber gab er an, die Waffen von seinem Vater geerbt zu haben und bald darauf erzählte er wieder, die Pistolen seien von einem Kapitän gekauft und das Matrosenmesser hätte er einem Franzosen in Rouen bei einem Strassentumulte abgerungen, den Franzosen hätte er sofort damit erstochen. — Einige Male unterbrach er das Gespräch mit den Worten: „Jetzt zuckt es wieder in meinem Arm. Wenn ich jetzt eine Waffe hätte, würde ich Jeden angreifen, der mir in den Weg kommt. Ich könnte nicht anders, ich müsste es thun.“

Um 1½ Uhr kamen wir nach dem Garnisonlazareth. Wir warteten auf dem Corridor, bis ein Zimmer für ihn hergerichtet war. Auch hier fuhr er mehrmals zusammen und blickte scheu um sich. Er wollte Personen sehen, die ihn verfolgten, auch Tritte hören. Dem Arzte du jour erklärte er sofort, er ängstige sich vor Leuten, die ihm an's Leben wollten und er hätte grosse Lust und unwiderstehlichen Trieb, ihnen zuvorzukommen, um sich vor ihren Verfolgungen zu sichern.

Als er in seinem Zimmer zwei Lazarethgehülfen vorfand, machte er dem behandelnden Arzte Vorwürfe: Er hätte doch gehört, dass er an Verfolgungswahn leide, durch die Gegenwart der Wärter würde er nur noch mehr geängstigt, er sollte ihm lieber Blutegel setzen und Chloralhydrat geben. Dem einen Wärter besonders traute er anfangs nicht. Erst als er ihn lange überall betastet hatte, überzeugte er sich, dass er keine Mordinstrumente bei sich führe.

Ueber sein weiteres Verhalten während der Nacht berichtet der Patient selbst. Er hätte fast beständig eine unbestimmte Angst vor F. gehabt, einige Male glaubte er, F. wolle durchs Fenster in die Stube dringen. Wenn eine Thür geöffnet wurde oder eine Locomotive pfiiff, schreckte er furchtbar ängstlich zusammen. Mehrmals fuhr er auf, weil er unbestimmtes Rufen hörte. Einmal sah er sich in der Mitte einer grossen Volksmasse, die von allen Seiten auf ihn eindrang. Im Zimmer roch es unangenehm süsslich. An einer circumscribten Stelle unterhalb des Herzens und im ganzen Kopf hatte er sehr heftigen Schmerz und er fror entsetzlich.

Am Vormittag des 26. October war er wie betäubt, konnte die Augen kaum öffnen.

Am Nachmittag des 26. October wurde er, wie bereits erwähnt, in die Charité aufgenommen, noch wenig ängstlich und gereizt.

In der Nacht zum 27. October schlief er nicht, war noch gereizt.

Am Morgen des 27. October sah er noch wenig geröthet aus, benahm sich aber angemessen und lieferte klar einen Theil der obigen Anamnese.

Von dem Anfalle selbst wusste er Folgendes:

Schon für die Zeit vom 23. October bis zum 25. October ist die Erinnerung nicht ganz scharf vorhanden. Er erinnert sich der Ereignisse dieser Tage wohl noch summarisch, aber einzelne Details bleiben dunkel; andere können gar nicht erinnert werden. Besonders trifft dies für den 25. October zu. Was an diesem Tage geschah, weiss Patient weniger gut als was 8 oder 14 Tage vorher geschah.

Von dem eigentlichen Anfalle weiss Patient heute nichts. Er erinnert sich der Unterhaltung in der Corpskneipe und er weiss noch, wie er nach Haus ging, er weiss ferner, dass er dem Portier 2 Groschen Trinkgeld gab und dass er am schwarzen Brett nach etwa eingelaufenen Briefen nachsah. Wie er sodann die Treppe hinaufstieg, wurde er schrecklich ängstlich; er war so beklommen, dass er kaum athmen konnte und er kam nur mit Mühe die Treppe herauf. Ob ihn da besonders ängstliche Gedanken oder was für Gedanken sonst befielen, weiss Patient nicht. Jetzt erinnert er sich noch, in sein Zimmer eingetreten zu sein, weiss aber nicht mehr, ob er den gewohnten „Guten Abend“ gesagt oder ob ihm etwa der Gruss erwidert wurde, und endlich erinnert er sich noch, den Stiefelknecht vorgezogen zu haben.

Von Allem, was nun folgte, weiss Patient nichts. Er weiss nicht mehr, dass er sich über B.'s Nase moquirt und dass er zu A. gesagt hat, „Ich habe heute nach K. geschossen“, er weiss nichts von allen nun folgenden Homicidversuchen. Die nächste Erinnerung, die wieder aufsteigt, betrifft einen Kampf mit F., wohl der letzte im Paroxysmus.)\* Mit F. will er nämlich lange gerungen haben.

Als F. ihn endlich zurückwarf, lief er aus dem Zimmer und wollte nach dem oberen Stockwerk. Auf der Treppe trat er auf seinen Mantel und fiel. Bald darauf befand er sich in den Händen eines Vorgesetzten. In diesem Augenblicke will er eigentlich erst recht zu sich gekommen sein.

Die Erinnerung für die nun folgende Zeit, für seinen Aufenthalt im Zimmer des Vorgesetzten, für die Fahrt nach dem Garnisonlazareth und für die ersten Stunden im Lazareth ist gleichfalls noch mangelhaft und sie zeigt eine höchst merkwürdige Erscheinung. Patient wusste, wie bereits erwähnt, im Zimmer seines Vorgesetzten vom Hergange des Paroxysmus. Gegenwärtig will sich Patient keiner einzigen Aeusserung erinnern, die er im Zimmer des Vorgesetzten über den Hergang gemacht hat. Patient will gegenwärtig von dem Paroxysmus absolut nichts wissen. Was von dem Augenblicke an, wo

\*) Einzelne Details in der Krankengeschichte bleiben dunkel. Patient hatte lange die Anstalt verlassen, als ich die Aussagen seiner Stubenkameraden erfuhr. Es liessen sich daher die gegenseitigen Aussagen nicht mehr controliren.

er in sein Zimmer trat, bis zu dem Augenblick, wo er mit F. kämpfte, geschah, will er gegenwärtig absolut nicht wissen. Obwohl er weiss, dass er in dem Zimmer eines Vorgesetzten war, dass ihm eine Cigarre offerirt wurde, obwohl er sich einzelner Bemerkungen erinnert, welche seine Vorgesetzten unter einander wechselten, z. B. dass der eine, weil er in Uniform sei, ihn nach dem Garnisonlazareth begleiten sollte, will er, wie gesagt, seiner damaligen Aeusserungen über den Hergang des Paroxysmus sich nicht erinnern und von dem Paroxysmus selbst absolut nichts wissen.

Diese Angaben wiederholte er später in immer derselben Weise.

Ueber sein weiteres Verhalten in der Anstalt ist nur noch wenig zu sagen, denn Patient war eben schon Reconvalescent, als er in die Anstalt trat.

Am 27. October drängte er etwas, liess sich aber leicht zusprechen. An diesem Tage wollte er schon ganz gesund sein, er wollte gar keine abnormen nervösen Erscheinungen mehr haben.

In der Nacht zum 28. October schlief er mehrere Stunden.

Den 28. October gab er zu, dass er gestern doch noch stark benommen gewesen sei und dass er starken Druck im Kopfe gehabt hätte. Auf Rechnung dieser Benommenheit schob er es auch, dass einzelne seiner gestrigen anamnesticen Angaben nicht ganz correct und treu waren. Dagegen wollte er heute ganz frei von allen nervösen Erscheinungen sein.

Die Nacht zum 29. October schlief er fast ganz durch.

Den 29. October gab er wieder zu, dass er gestern auch noch etwas benommen war. — Von diesem Tage an fiel aber sein Benehmen in keiner Weise mehr auf. Er musste wegen äusserer Verhältnisse bis gegen Ende November in der Anstalt bleiben, sein Benehmen während der ganzen Zeit war andauernd angemessen. Er beschäftigte sich mit medicinischer Lectüre, unterhielt sich mit geeigneten Mitkranken, amüsirte sich mit Spiel u. s. w. und blieb frei von abnormen nervösen Erscheinungen. — Er wurde von seinen Stubenkameraden besucht und correspondirte auch viel mit ihnen, es fiel ihm aber nie ein, mündlich oder schriftlich auch nur mit einem Worte sie um Verzeihung zu bitten. Niemals sprach er mit ihnen über den Paroxysmus, dem sie doch leicht hätten zum Opfer fallen können.

Ich habe absichtlich gerade diesen Fall als den ersten genommen, weil er ein specifisch epileptisches Irresein ohne sichere epileptische Antecedentien zeigt. Das epileptische Irresein kann natürlich nur qua Irresein ein specifisches genannt werden. Es ist ebenso falsch, jedes Irresein, das ein Individuum befällt, welches einmal einen epileptischen Anfall irgend welcher Art gehabt hat, ein epileptisches zu nennen, wenn dieses Irresein die specifischen Erscheinungen des epileptischen nicht bietet, als es falsch ist, ein Irresein mit den specifischen Erscheinungen des epileptischen ein epileptisches nicht nennen zu wollen, wenn es ein Individuum befällt, das allgemein als epileptisch acceptirte Antecedentien nicht hat. So gut es Epileptische giebt, welche ihr Lebelang immer nur klassische Anfälle von

Krämpfen und Bewusstlosigkeit bekommen, ohne zu irgend einer Zeit irgend welche Irreseinszustände zu zeigen, ebenso gut giebt es Epileptische, welche einen Anfall von epileptischem Irresein bekommen, ohne dass sie vorher zu irgend einer Zeit irgend welche epileptische Krämpfe oder Bewusstseinsstörung gehabt hätten. Also nur die Form des Irreseins entscheidet einen Fall als epileptisches Irresein, nicht der Nachweis epileptischer Antecedentien. In manchen Fällen epileptischen Irreseins sind epileptische Antecedentien zu ermitteln, es giebt aber auch primäres epileptisches Irresein ohne epileptische Antecedentien.

In unserem Falle wird gewiss Niemand allein aus der Heredität, aus der Characteranomalie, aus der Ohnmacht nach einem langen Marsche, aus den Träumen oder aus dem Flimmern nach lange eingenommener gebückter Haltung Epilepsie diagnosticiren wollen. Die Anamnese hat irgendwie geartete epileptische Anfälle nicht ergeben, auch nicht Erscheinungen, die auf nächtliche Anfälle deuten, es fanden sich auch keine Zungennarben u. s. w. Trotzdem ist dieser Fall ein Typus epileptischen Irreseins.

Ich habe ihn psychisch-epileptisches Aequivalent genannt, um das Anfallsartige, den Paroxysmus zu kennzeichnen. In die Falret'schen Formen des petit oder grand mal intellectuel passt er nicht hinein, während er die von Falret gegebene allgemeine Schilderung des epileptischen Irreseins vortrefflich illustriert.

Die nächste Aetiologie des Falles bleibt ungewiss. Das angeblich psychische Motiv, die Nachricht vom Tode des Vaters, welche in dem Paroxysmus eine Hauptrolle spielt, hat meiner Meinung nach gar nicht gewirkt. Patient hat die Nachricht gar nicht erhalten, er hat den Tod seines Vaters delirirt. Der Beweis ist folgender: Zunächst ist es Factum, dass der Vater nicht gestorben war. Sodann machte er über die angebliche Nachricht widersprechende Angaben:\*) Einem Kameraden sagt er, er habe am 23. October Nachmittags eine Depesche erhalten, anderen erzählt er, am 24. October Abends habe ihm ein durchreisender Landsmann die Nachricht gebracht. Wenn nun die Depesche sicher delirirt ist, denn wer sollte, da der Vater lebte, von Hause die Depesche abgeschickt haben, so ist es, glaube ich, ebenso sicher, dass die Nachricht des Freundes delirirt ist. Sehr

---

\*) Ich habe schon einmal erwähnt, dass ich manche Widersprüche leider nicht aufhellen kann, weil Patient bereits entlassen war, als ich sie in der species facti erfuhr.

wahrscheinlich hat Patient sogar ein, wenn auch nur dunkles, Bewusstsein gehabt, dass der Tod des Vaters nichts anderes ist als sein eigenes Delirium. Musste es ihm sonst nicht auffallen, dass die Mutter, mit der er ja gut stand, ihn nicht direct benachrichtigte? Musste er nicht daran denken, der Bestattung des Vaters wo möglich beizuwohnen? Nichts von Alledem. Am Nachmittag des 25. October ist er 3 Stunden bei seinem Onkel zu Besuch, man denkt, hier wird er sofort sich erkundigen, aber hier wird gescherzt wie gewöhnlich, hier scheint er vom Tode des Vaters wieder gar nichts zu wissen.

Der Verlauf des Anfalles ist demnach, kurz resümiert, folgender:

Der Anfall leitet sich mit ganz vagen Incubationserscheinungen ein. Patient wird blass und elend, er fröstelt zeitweis. Nach einigen Tagen fühlt er sich andauernd unwohl, Mattigkeit, Unlust, Frieren, schlechter Schlaf befallen ihn. Er denkt an die Invasion einer acuten Krankheit und misst sorgfältig seine Temperatur. Ein Irrenarzt würde bei genauer Beobachtung und sorgfältigem Examen vielleicht jetzt schon die Invasion einer Geisteskrankheit merken, vielleicht schon am Blick und am Gesichtsausdruck, aber vielleicht bliebe auch er noch im Zweifel. Allmählig steigen Delirien, Zwangsvorstellungen auf. Am Morgen des 25. October hat er schon ein Chaos von ungewohnten Gedanken und Gefühlen im Kopf. Er delirirt den Tod des Vaters, er hat ihn verschuldet. Er spürt jetzt selbst, dass es im Kopf nicht richtig ist, mehrere Male sagt er selbst, ich werde wahnsinnig. Den Kameraden fällt er aber noch nicht besonders auf, ebenso plaudert er stundenlang mit einer Cousine, ohne aufzufallen. Die Invasion geht aber vorwärts. Abends schon nach einem Glase Bier sieht er wie schwerbetrunken aus. Er kommt still auf die Kneipe. Aber auch hier noch spricht er, ohne besonders aufzufallen. Jetzt beginnt der eigentliche Anfall, gleichsam mit einer psychischen Aura — auf der Treppe befällt ihn fürchterliche Angst.

Der Paroxysmus selbst ist schon genügend geschildert. Aeusserst gewaltsame Handlungen — Mordversuche — zusammen mit ängstlichen Delirien — immer wieder spricht er vom Tode des Vaters, er fürchtet, die Kameraden morden ihn — bilden die Hauptkennzeichen. Im Paroxysmus selbst zeigt er Bewusstsein seiner Krankheit, ich bin wahnsinnig, sagt er, und er spricht selbst von seinen Wuthanfällen.

Bald nach dem Paroxysmus erinnert er sich aller Ereignisse desselben und er unterhält sich angeblich ganz sachgemäss. Dann aber bricht volle Angst aus, durch Hallucinationen vielfach genährt. Auf der Fahrt schleichen ihm Kameraden nach, um ihn zu morden; im

Lazareth sieht er einige Male, wie F. durchs Fenster will; der Wärter, glaubt er, hat Mordinstrumente; er hört vages Rufen und sieht sich mitten in einem Volkshaufen, der von allen Seiten auf ihn eindringt.

Endlich folgt schwere Benommenheit, und nur allmählich verlassen ihn Angst und Gereiztheit. Jetzt in der Reconvalescenz fehlt die Erinnerung für den Paroxysmus.

Ein Irresein von solcher Entwicklung, solcher Symptomatologie und solchem Verlaufe ist ein epileptisches Irresein und nichts anderes.

Das Ensemble der Erscheinungen liefert die klinische Charakteristik. Das Irresein kommt ziemlich acut, es kommt ein Angstzustand mit wenigen fixen ängstlichen Delirien, dann kommt ein Paroxysmus mit verbrecherischen Handlungen, welche gewissermassen in den Delirien wurzeln, aber durch die Delirien doch nicht motivirt werden, vielmehr triebartig erfolgen und nun etwas sehr Characteristisches, es kommt ein postparoxysmales Angststadium, welches in ganz derselben Form einem gewöhnlichen epileptischen Krampfanfalle hätte folgen können — vage furchterliche Angst, Angst vor Mord, vielfache Hallucinationen, darunter das bei Epileptischen so häufige concentrische Anrücken umringender Volkshaufen, starke Gereiztheit — alles das bei relativ erhaltener Lucidität. Der Anfall klingt allmählich aus und zum Schluss zeigt sich ein Erinnerungsdefect, der unmittelbar nach dem Paroxysmus nicht vorhanden war.

Ist es aber ein epileptisches Irresein, so soll es bei seinem richtigen Namen genannt werden. Es wird gewiss Niemandem einfallen, etwas, was Pneumonie ist, Typhus zu nennen, und gleich verkehrt wäre es, das, was epileptisches Irresein ist, etwa Manie zu nennen, was — mir unbegreiflich — so vielfach geschieht. Das epileptische Irresein, speciell in dieser Form, hat auch nicht die Spur Aehnlichkeit mit der Manie, es bildet eine eigene specifische Art transitorischen Irreseins, es ist ein psychisches Aequivalent des epileptischen Anfalls.

In zweifelhaften Fällen muss der Gesamtverlauf entscheiden, nicht allein dieses oder jenes Stadium, dieses oder jenes Symptom. Keineswegs entscheidet allein die Art der Ausführung der Handlung, auf welche seit Morel mit Recht so grosses Gewicht gelegt wird. Auch sie ist nur ein Symptom, wenn auch ein sehr wichtiges, das sich gelegentlich auch bei einer anderen Geisteskrankheit findet, also nicht allein das specifische Kriterium abgeben kann. So wie in einem zweifelhaften Falle von exanthematischem oder Abdominaltyphus, von Abdominaltyphus oder Miliartuberculose u. s. w. nicht dieses oder jenes

Einzelsymptom in der Regel ausreicht, die differentielle Diagnose zu sichern, sondern hauptsächlich die Entwicklung und der Gesamtverlauf der Symptome die entscheidenden Kriterien abgiebt, ganz so muss in der Psychiatrie verfahren werden.

Besondere Erwähnung verdient das Verhalten der Erinnerung. Von einer Analyse aller Einzelsymptome nehme ich Abstand, sie würde zu viel Raum beanspruchen. Unmittelbar nach dem Paroxysmus ist die Erinnerung für die Einzelheiten des Paroxysmus vorhanden. Patient erzählt im Zimmer seines Vorgesetzten die Details der That. Dadurch wird bewiesen, dass Patient bei Bewusstsein war, als er die That vollführte, denn es liegt kein Grund zu der Annahme vor, dass auch unbewusste Handlungen später sollten erinnert werden können. Hinterher fehlt die Erinnerung für die That und es fehlt auch die Erinnerung für die Erzählung der That bald nach dem Paroxysmus. Der letztere Umstand zeigt die Thatsache des partiellen Erinnerungsdefectes. Während Patient sich erinnert, dass er in dem Zimmer eines Vorgesetzten war, dass ein anderer Vorgesetzter in Uniform war, dass er eine Cigarre rauchte u. s. w., will er sich der gleichzeitig von ihm im Zimmer des Vorgesetzten gegebenen Erzählung der That nicht erinnern. Zwar liegt die Vermuthung sehr nahe, dass Patient sich der Erzählung sehr wohl erinnern mag, dass ihm aber nach erfolgter Reconvalescenz das Geständniss unangenehm ist und dass er deshalb die Erinnerung leugnet. In diesem Falle kann ich die Vermuthung als völlig unberechtigt auch nicht zurückweisen. Aber weiter aufzuführende Fälle werden die Thatsache des partiellen Erinnerungsdefectes bis zur Evidenz beweisen. Uebrigens sind in der Litteratur bereits Fälle von epileptischem Irresein bekannt, bei welchen die Erinnerung bald nach der That vorhanden war, später aber fehlte und bei welchen an Dissimulation gar nicht zu denken war.

Dieses Verhalten der Erinnerung ist forensisch wichtig. Denn wer diese Zustände nicht kennt, wird natürlich geneigt sein, solche Aussagen eines Kranken einfach als lügenhafte zu deuten. Wird z. B. ein solcher Kranker unmittelbar nach einer verbrecherischen That verhaftet, was ja oft genug vorkommt, so kann es sich also ereignen, dass er die Details der That genau zu Protocoll giebt, dass er aber am anderen Morgen, wenn der Anfall vorüber ist, keine Erinnerung der That mehr hat und vor dem Untersuchungsrichter die That rundweg bestreitet. Giebt er gar noch die Erinnerung für einzelne Aussagen zu, die er gleichzeitig mit den Aussagen über die That gemacht hat, was liegt dann näher, als ihn für einen Lügner zu halten?

Sodann verdient noch eine andere Erscheinung besondere Beachtung. Es wird aufgefallen sein, dass ich von der Aussage, welche der Patient während der Fahrt nach dem Lazareth machte, dass er nämlich schon seit einem Jahre an Verfolgungswahn leide, gar keine Notiz bisher genommen habe, ebenso von der kurz zuvor abgegebenen Aeusserung, er hätte schon seit längerer Zeit Mordgedanken gehabt. Ich habe diese Angaben nicht berücksichtigt, weil sie sich als delirirt herausstellten. Es werden nämlich von Epileptischen, wie auch von anderen Geisteskranken, während des Irreseins zur Motivirung einzelner Delirien oder Handlungen oft förmliche Märchen erdichtet, welche dann manchmal mit grosser Glaubwürdigkeit vorgetragen werden. Ich werde weiter unten die Geschichte eines Epileptischen geben, welcher bei seiner Aufnahme unter vielen anderen Delirien auch erzählte, dass er Päderastie getrieben hätte. Dieser Kranke erzählte bei näherer Nachfrage die Details eines von ihm verübten Päderastieversuchs in so glaubwürdiger Weise, dass ich sicher heute noch im Zweifel gewesen wäre, ob der Päderastieversuch wirklich stattgefunden hatte oder nur delirirt war, hätte nicht nach erfolgter Reconvalescenz der Patient überzeugend den Versuch nur als delirirt dargethan. — Unser Patient erinnerte sich in der Reconvalescenz der betreffenden Aeusserungen, wusste aber nicht, wie er dazu gekommen war; er gab sie als delirirt an.\*)

### Zweiter Fall.

Heredität? Keine Characteranomalie. Im Jahre 1861 und 1865 je ein epileptischer Krampfanfall. Seit dem Jahre 1871, nach dem Feldzuge, mehrfache abnorme nervöse Erscheinungen, darunter momentane Absencen. Im September 1873 psychisch-epileptisches Aequivalent. Nach einer kurzen, leichten Incubation Paroxysmus mit scheusslichem Suicidversuch, hinterher ein mehrtägliches postparoxysmales Angststadium mit delirirender Deutung der Umgebung. Die Erinnerung, welche bald nach dem Paroxysmus vorhanden ist, fehlt in der Reconvalescenz.

Thieme, Metzger, 35 Jahr, wurde den 16. September 1873 aufgenommen. Ich sah ihn 5 Uhr Nachmittags, wenige Stunden nach der Aufnahme. Bis dahin war er ruhig gewesen, hatte spontan nichts gesprochen, auf Fragen aber sachgemäss geantwortet.

Patient war im Bett und bot einen scheusslichen Anblick. Das obere Drittel des Nasenrückens, die ganze Glabella, fast die ganze behaarte Kopf-

---

\*) Ueber das jetzige Verhalten des Patienten (Juli 1874) bin ich nicht genügend unterrichtet. Er ist bald nach seiner Entlassung wieder zur Universität gegangen und will im nächsten Semester sein Staatsexamen machen.

haut bis zur Protuberanz des Hinterhaupts und die oberen Enden beider Ohrmuscheln waren in einen Brandschorf verwandelt oder mit Brandblasen bedeckt. Fast gleich intensiv verbrannt war die Haut der Finger und zum Theil noch die Haut beider volae manus und der Volarseiten des Handgelenks.

Patient kam von der syphilitischen Abtheilung, woselbst er am 17. Juli mit hartem Schanker und Exanthenen aufgenommen war. Der Verlegungsschein gab an, dass Patient, welcher vorher psychisch nie aufgefallen war, am Morgen des 16. September in einem plötzlichen Anfall von Geistesstörung einen Selbstmordversuch gemacht hätte. Ein Wärter traf ihn in der Küche, wie er auf dem Feuerheerd seinen Kopf durch das Kochloch, auf welchem der Kaffeekessel eben gestanden hatte, in die Flammen steckte. Nur mit Mühe gelang es dem Wärter, den Patienten aus den Flammen zu reissen. Patient wehrte sich kräftig und schrie: „Lasst mich los, ich muss sterben.“ Auf den Hilferuf des Wärters kamen Mitkranke, welche den Patienten aus der Küche führten. Auf dem Corridor fing er wieder an: „Lasst mich los, ich muss sterben“; es kostete grosse Mühe, ihn zu halten. In's Zimmer geführt und zu Bett gebracht, versuchte er fortwährend aufzuspringen und schrie: „Ich muss sterben, ich muss sterben“; er war so unbändig, dass ihn mehrere Personen im Bett halten mussten. Endlich beruhigte er sich und sagte, „ein Geist hätte ihn gelockt.“

Ich liess mir nun vom Patienten die Details erzählen. In der That war er noch den Tag vorher, den 15. September, völlig frei gewesen. In der Nacht zum 16. September hatte er einen ungemein ängstlichen Traum — er war in der Hölle und fürchtete um sein Leben. Um 3 Uhr schreckte er aus dem Traume auf, ganz in Schweiss gebadet. Den Rest der Nacht schlief er nicht. Als er früh 5½ Uhr aufstand, will er wieder ganz gut gewesen sein und er beschäftigte sich, wie in der letzten Zeit gewöhnlich, in der Küche, holte Wasser, machte Feuer u. s. w. Gegen 6½ Uhr kam es über ihn. Plötzlich befahl ihn schreckliche Angst, er riss den Kaffeekessel vom Heerd und steckte Kopf und Hände in das Kochloch. Dieser Handlung will er sich noch ganz gut erinnern, ja er will sogar noch den Schmerz gespürt haben, während er den Kopf im Feuer hielt. Er will keinen Augenblick ohne Besinnung gewesen sein.

Patient, welcher angiebt, schon ganz klar zu sein, erscheint noch benommen. Er antwortet zögernd — manche Fragen müssen mehrmals wiederholt werden, ehe er reagirt. Im Uebrigen ist er über Raum und Zeit orientirt, benennt richtig seine Umgebung, beantwortet sachgemäss anamnestiche prä-morbide Fragen und weiss, dass er wegen Geisteskrankheit nach der Irrenstation verlegt ist. Mehrfach eindringlich wiederholte Fragen nach Epilepsie negirt er. Er leugnet zu irgend einer Zeit einen irgendwie gearteten epileptischen Anfall gehabt zu haben.

Die Nacht zum 17. September verhielt er sich ruhig, schlief aber nicht.

Am Morgen des 17. September erschien er klarer, gab jetzt zu, dass er gestern Abend noch benommen war und dass er wohl deshalb einzelne anamnestiche Fragen nicht correct hätte beantworten können. Heute erzählte er auf Befragen, dass er im Jahre 1865 einen epileptischen Krampfanfall hatte. Er erwachte in der Nacht und spürte, dass ihm übel wurde. Noch ehe er die Frau wecken konnte, verlor er die Besinnung. Am anderen

Morgen erzählte ihm die Frau, er hätte die Krämpfe gehabt, mit Schaum vor dem Mund, und hinterher hätte er noch über eine Stunde, laut schnarchend, ohne zu reagiren, dagelegen, bis er wieder einschlief. Den ganzen Tag fast nach dem Anfall war er schwer benommen, es ging ihm alles durcheinander. Als Ursache dieses Anfalls, welcher der einzige in seinem Leben gewesen sei, beschuldigte er einen heftigen Aerger, den er Tags zuvor mit der Schwiegermutter hatte.

Heute vervollständigte er die Anamnese. Ueber Heredität kann er nicht sichere Angaben machen. Er ist ein uneheliches Kind. Den Vater kannte er gar nicht und die Mutter verlor er auch aus den Augen, als er in die Lehre trat. Von seinen 5 Kindern starb eins sehr früh an Krämpfen, die übrigen sind gesund.

Sowohl vor als nach dem Anfall von 1865 will er von abnormen nervösen und psychischen Erscheinungen frei gewesen sein.

In den letzten Jahren, seit 1871 etwa, hatte er oft, durchschnittlich alle 4 Wochen, sehr ängstliche Träume. Am Morgen nach solchen Träumen fühlte er sich aber immer ganz frei.

Im Mai 1873 kam er nach Berlin, um sich eine Stelle zu suchen. Hier inficirte er sich gelegentlich und liess sich deshalb in die Charité aufnehmen. Natürlich ärgerte er sich über die Infection, fürchtete, dass die Frau es vielleicht erführe, aber es trat keine wesentliche gemüthliche Aenderung bei ihm ein. Auf der syphilitischen Abtheilung bekam er 19 subcutane Sublimat-injectionen, pro dosi 0,004 Grm.

Am 18. September erschien er ganz klar.

Patient blieb bis zur Heilung der Brandwunden auf der Irrenabtheilung. Erst Anfang Januar 1874 wurde er entlassen. Er wurde ein sehr fleissiger Arbeiter, wartete Kranke u. s. w. Sein Benehmen fiel in keiner Weise auf, er war ein ganz verständiger Mensch.

Gegen Ende October sprach ich mit ihm noch einmal über den Anfall und die Anamnese. — Schon Anfang October war er eines Tages spontan an mich herangekommen, um mir mitzuthellen, dass er vor dem Anfalle von 1865 schon im Jahre 1861 einen epileptischen Krampfanfall gehabt hatte. Er war mit noch ein Paar Metzgergesellen auf der Wanderschaft und ruhte gerade in einem Wäldchen nahe der Chaussée. Der Tag war nicht besonders warm, der Marsch nicht besonders anstrengend gewesen. Dort im Walde, erzählten ihm die Kameraden, wäre er plötzlich umgesunken und hätte die Krämpfe bekommen. Er erinnert sich nur, dass er hinterher Kopfschmerz und Uebelkeit hatte, von dem Anfall weiss er nichts. — Ueber den Anfall von 1865 machte er die gleichen Angaben wie bald nach der Aufnahme, dagegen wusste er jetzt nichts von einem Aerger mit der Schwiegermutter, den er damals ätiologisch beschuldigte.

Der anamnestische Nachtrag ergab einzelne neue Details. Nach dem Feldzuge 1870 zu 1871, den er als Landwehrmann mit der Waffe mitmachte, bekam er mehrfache, ihm bis dahin unbekannte, abnorme nervöse Erscheinungen.

Geträumt hatte er zwar von jeher und immer ängstlich, vom Sommer 1871 ab kamen die Träume aber häufiger und waren viel ängstlicher. Gewöhnlich

handelte es sich um Todtschlag. Sie kamen in Zwischenräumen von 3 bis 5 Wochen und dann immer in mehreren Nächten hintereinander. Die Träume waren ihm so peinlich, dass er schon beim Zubettgehen Angst bekam. Manchmal schrie er laut auf im Traume. Am Morgen nach solchen Träumen fühlte er sich aber immer ganz wohl, es war im Kopf nicht anders.

Gleichfalls seit dem Sommer 1871 bestand Kopfschmerz, besonders im Hinterhaupt. In der Regel entwickelte er sich allmählich und dauerte eine geraume Zeit; manchmal hielt er mehrere Tage an. Zeitweis war ihm dabei „so schwiemlig, dass er den directen Gang, den er einschlagen wollte, nicht einschlug.“ Er wollte z. B. in ein Haus gehen, ging aber in ein anderes; sofort merkte er aber, dass er falsch gegangen war und corrigirte sich. Nie wurde es schwarz vor den Augen, nie wankte er oder bekam er Furcht zu fallen. — Solcher Kopfschmerz kam alle Paar Tage, belästigte aber nicht besonders.

Endlich hatte er, gleichfalls seit dem Sommer 1871, „Rucke“. Alle zwei oder drei Tage, und dann gewöhnlich mehrere Male an einem Tage, bekam er Rucke, durch welche der ganze Körper um ein wenig — kaum sichtbar — „in die Höhe schnellte“ und beide Arme, viel stärker constant der rechte, etwas „gestreckt“ wurden. Dabei blieb er vollkommen klar und hatte keinerlei Sensation; er fühlte nur die „Bewegung“.

Ueber den Anfall erzählte er nachträglich Folgendes: Am 14. September wurde ihm nach der Sublimatinjection sehr übel. Zwar hatte er von Anfang an nach jeder Injection sich etwas übel gefühlt, was vielen anderen nach Sublimatinjectionen auch passirt, aber es war doch immer rasch vorübergegangen. Am 14. September war er den halben Tag nach der Injection caput, matt, ohne Appetit, hatte Neigung zum Brechen; und noch schlechter war es nach der Injection am 15. September, er war „ganz übel“ und musste sich für mehrere Stunden hinlegen.

In der Nacht zum 16. September träumte er, wie bereits erwähnt, sehr ängstlich, so ängstlich, wie nie zuvor. Er glaubte sich in der Hölle, das Zimmer, in dem er schlief, war die Hölle, die Kranken waren die bösen Menschen, die Aerzte waren die Teufel. Er schrie laut auf: „Ich muss sterben“, so dass die Schlafkameraden erwachten. Hinterher schlief er zwar wieder ein, war am Morgen aber so matt, dass er zunächst gar nicht aufstehen mochte. Die Angst hatte ihn seit dem Traume nicht verlassen. Nachdem er aber um 5½ Uhr aufgestanden war, arbeitete er wie jeden anderen Morgen, ging auf den Hof, holte Wasser und half dann in der Küche. Aber beständig quälte ihn vage Angst. Endlich um 6½ Uhr „kam es über ihn, er wusste nicht, was er machte“. Jetzt fehlt die Erinnerung für die That. Erst gegen 10 Uhr will er wieder zu sich gekommen sein. Was bis dahin passirte, weiss er nicht.

Den ganzen 16. und auch noch den 17. September war er stark ängstlich. Ganz klar wurde er erst etwa 8 Tage nach dem Anfall. Bis dahin hielt er den Wachsaaal, in dem er lag, für die Hölle, die Mitkranken waren böse Menschen, Wärter und Aerzte waren Teufel; zuerst glaubte er, dass er den 3. Tag sterben müsse, dann den 9. Tag u. s. w. — Er war also noch zu einer Zeit, in der er ärztlich gar nicht mehr auffiel, noch stark im Delirium. So oft er ärztlicherseits in dieser Zeit nach seiner Umgebung gefragt war, hatte er correcte, nicht delirirende Angaben gemacht.

Dieser Fall bedarf keines langen Commentars, er wird wohl allgemein als epileptisches Irresein diagnosticirt werden. Aber nicht seine epileptische Antecedentien characterisiren ihn als epileptisches Irresein, sondern die Form des Irreseins, dessen Entwicklung und Verlauf. Vor Allem ist wiederum characteristisch das post-paroxysmelle Angststadium, welches in dergleichen Weise einem gewöhnlichen epileptischen Krampfanfalle hätte folgen können. Die Art der Ausführung des Suicidiums ist gewiss von Bedeutung, aber sie allein giebt nicht das entscheidende Kriterium. Ich habe ein ganz ähnliches conamen bei einem Hypochonder gesehen. In einem Anfalle von abdomineller ascendirender Angst und Hitze rannte der Kranke mit dem Kopf gegen die Wand, dann ergriff er einen Stiefelknecht und schlug mit Macht anhaltend gegen den Schädel, bis der Knochen an mehreren Stellen frei lag. Aber mit dem conamen war auch der Anfall zu Ende.\*)

Das Irresein dieses Falles bildet ein frappantes Pendant zum vorigen Falle. Das Irresein kommt acut. Vielleicht ist der ängstliche Traum die einzige Incubationserscheinung, vielleicht aber deutet schon die vorherige, zweitägige, geschwächte Resistenz gegen Sublimat-injectionen auf die Invasion. Mit der Incubation kommt ein ängstliches Delirium, Furcht vor Tod in der Hölle. Dann kommt gleichsam mit einer psychischen Aura, mit fürchterlicher Angst, der Paroxysmus mit einer sehr gewaltsamen Handlung, welche gewissermassen im Delirium wurzelt, aber durch das Delirium doch nicht motivirt wird, sondern mehr triebartig erfolgt. Nach dem Paroxysmus dauert das ängstliche Delirium fort — Patient durchlebt jetzt wachend den Traum der Incubation: Der Wachsaal ist die Hölle, die Aerzte sind die Teufel — aber er ist doch bei relativer Lucidität, ja nach einigen Tagen ist die Lucidität so markirt, dass ich von ihr getäuscht werde, ich halte den Patienten für frei, er ist aber noch im Delirium. Der Anfall klingt allmählich aus und — ganz wie im vorigen Falle —

\*) Ich weiss wohl, dass viele Irrenärzte, gestützt auf die Meinung von Griesinger, solche Hypochonder auch noch der Epilepsie zurechnen, dass diese Hypochonder nach Griesinger Epileptiker sind mit sehr starken intervallären Symptomen und sehr leichten und unvollständigen Anfällen. Auch Morel zählt sie unter seine larvirte Epilepsie. Aber ich halte nach Westphal den Nachweis eines epileptoiden Anfalls im weitesten Sinne durchaus nicht für ausreichend, einen Fall als epileptischen aufzufassen, da solche epileptoide Anfälle bei Nerven- und Geisteskranken ungemein häufig sind. — Objectiv und voraussetzungslos werden solche Fälle besser Hypochonder mit epileptoiden Anfällen genannt.

in der Reconvalescenz zeigt sich ein Erinnerungsdefect für den Paroxysmus, welcher bald nach dem Paroxysmus nicht vorhanden war.

Das Irresein in beiden Fällen ist also das gleiche, sichere epileptische Antecedentien hat aber nur der eine Fall.

Zu notiren sind noch bei beiden Fällen die abnormen nervösen Erscheinungen der letzten Jahre vor dem Anfall; in beiden Fällen hatten sich diese Erscheinungen im Anschluss an den Feldzug entwickelt. Im ersten Falle ist es ascendirende Hitze mit Flimmern, welche nach lange eingenommener gebückter Haltung auftritt, im letzten Falle sind es mehrfache, bereits geschilderte, nervöse Symptome. Unter diesen Symptomen sind die sehr rasch vorübergehenden Bewusstlosigkeiten noch besonders hervorzuheben. Patient ist auf der Strasse und will in dieses Haus, entdeckt sich aber in dem Nebenhause u. s. w. Diese Absencen gehen manchmal so rasch vorüber, dass sich gar nicht mehr sagen lässt, ob es schon pathologische Erscheinungen sind, wirkliche Anfälle von petit mal, von Bewusstlosigkeit mit verkehrten Handlungen oder ob es noch normale Absencen sind, normales unbewusstes Handeln. Patient kommt z. B. aus dem Garten und geht die Treppe herauf, er hat nun den rechten Corridor zu nehmen, um in den Wachsaa! zu kommen, mit einem Male sieht er, dass er 2 oder 3 Schritte links gegangen ist oder — er trägt einen Eimer in die Küche, nach wenigen Augenblicken sieht er, dass er den Eimer nicht an die gewohnte Stelle gesetzt hat und er weiss nicht, dass er ihn verkehrt gesetzt hat u. s. w. — Objectiv wurden an dem Patienten auf der Abtheilung weder diese Zufälle, noch die „Rucke“ bemerkt.

Forensisch ist wie von dem ersten so auch von diesem Falle etwas zu lernen. Er giebt, abgesehen von dem Verhalten der Erinnerung, welches zum grossen Theil dasselbe ist wie in dem ersten Falle, und abgesehen von der stellenweisen Incorrectheit der ersten Angaben nach dem Anfall, welche aus der Krankengeschichte deutlich zu erkennen ist, noch besonders zu folgender Erwägung Veranlassung: Vorausgesetzt, ein solcher Kranker verübt im Paroxysmus eine verbrecherische That, er wird verhaftet und nach etwa zwei Tagen verhört. Jetzt leugnet er die That oder er giebt die That selbst zu, sagt aber, er wisse gar nicht, wie er dazu gekommen, ihn hätte plötzlich eine so merkwürdige Angst befallen und er sei förmlich dazu getrieben. Gleichzeitig äussert er im Verhör, er fürchte hier noch sein Leben zu verlieren, was unser Kranker zwar nicht gethan hat, aber doch hätte thun können, und auf weiteres Befragen nennt er den

Gerichtssaal eine Hölle und den Richter einen Teufel. Liegt dann nicht bei der sonst vollständig erscheinenden Lucidität des Inculpaten die Annahme sehr nahe, dass er diese Angaben ebenso wie die Angaben über die That plump simulire, um sich zu exculpiren?

Ueber Recidive solcher Aequivalente weiss ich nichts.

Von practischer Wichtigkeit ist die Kenntniss dieses Irreseins besonders für den practischen Arzt. Kennt er das psychisch-epileptische Aequivalent, so wird er es leicht diagnosticiren, er wird eine günstige Prognose stellen und er wird den Fall vor der Hand nicht nach der Anstalt dirigiren. Schickt er aber, wenn er den Verlauf nicht kennt, aus Furcht „die Tobsucht könnte von Neuem ausbrechen“ den Kranken sofort in die Anstalt und erfahren hinterher die Angehörigen, dass der Patient schon Reconvalescent war, als er in die Anstalt trat, so hat er sicher das Odium der ganzen Familie zu tragen.

Das psychisch-epileptische Aequivalent bildet eine specielle Form des psychisch-epileptischen Anfalls. Der psychisch-epileptische Anfall erscheint aber noch unter vielen anderen Formen. Ich will wenige Beispiele kurz anführen.

### Dritter Fall.

Maas, Maurer, 22 Jahr, wurde den 8. September 1873 Abends 9 Uhr aufgenommen. Er trat mit lautem Geschrei in den Wachsaaal. Beide Hände hielt er gekreuzt über der regio cordis, schrie und wimmerte, wie vom heftigsten Schmerz gequält. Sein Blick war ängstlich. Fragen beantwortete er nicht, nur den Namen gab er auf mehrfach wiederholte Fragen an und einmal antwortete er auf die Frage, ob er dort, wo er die Hände hielt, Schmerzen hätte, „ja, sehr.“ Es kostete grosse Mühe, ihn zu entkleiden. Im Bett hatte er meist die Decke über den Kopf gezogen und blickte von Zeit zu Zeit scheu auf. Paroxysmenweis begann er zu schreien und sich im Bett herumzuwälzen. Gegen 10 Uhr fing er zu plappern an, ganz incohärent, meist auch ganz indifferent, Mädchen spielten die Hauptrolle. Um 12 Uhr wurde er ruhig und schlief bald ein.

Am Morgen des 9. September war er klar und gab folgende Anamnese:

Am 5. September früh beim Erwachen bekam er heftigen Schmerz in der regio cordis an einer ganz circumscripiten, kaum zweithalergrossen Stelle. Der Schmerz dauerte etwa 4 Stunden, liess allmählich nach. Der Kopf war dabei frei.

Bis zum 5. September war er völlig gesund gewesen, vor Allem frei von abnormen nervösen und psychischen Erscheinungen. Die Nacht zum 5. September hatte er gut geschlafen.

Am 8. September Nachmittags 5 Uhr — bis dahin war er vom 5. September ab wieder ganz gut gewesen — bekam er an derselben Stelle der regio cordis den gleichen Schmerz. Er arbeitete noch bis 6 Uhr und ging dann nach Haus. Aber schon der Weg nach Hause wurde ihm furchtbar sauer. Er legte sich sofort ins Bett. Der Schmerz wurde aber immer heftiger und gegen 8 Uhr Abends verlor er ziemlich plötzlich die Besinnung; kurz zuvor war ihm etwas schwarz und flimmerig vor den Augen geworden.

Die Erinnerung fehlt für die Zeit von 8 bis 12 Uhr vollständig.

Er wusste nicht, warum, wann und wie er hierher gekommen, wer ihn zu Bett gebracht, wer mit ihm gesprochen, dass er einige Stunden geplappert u. s. w. Gegen 12 Uhr kam er zu sich, sah, dass er in einem Krankensaale war, schlief aber bald ein.

Patient blieb bis zum 15. September auf der Abtheilung, ohne auffällige Erscheinungen zu bieten.

Am Herzen war nichts.

Vaters Bruder ist geisteskrank.

#### Vierter Fall.

Tafel, Arbeiter, 23 Jahr, wurde den 1. September 1873 8 Uhr Abends aufgenommen. Er war äusserlich ruhig. Der Unterarzt fand ihn klar und gab ihm, da er über heftige „Kolik“ klagte, Opiumtropfen. Er blieb ruhig. Gegen 1 Uhr schlief er ein.

Am Morgen des 2. September erzählte er anamnestisch:

Den 1. September Nachmittags 3 Uhr bekam er plötzlich bei der Arbeit sehr heftigen Schmerz in der Nabelgegend. Nach circa 5 Minuten — ohne ascendirende Sensationen — wurde ihm schwarz vor den Augen und er verlor die Besinnung.

Die Erinnerung fehlt für die Zeit von 3 Uhr Nachmittags bis 1 Uhr Morgens vollständig.

Er weiss nicht, wann und wie er hergekommen u. s. w. und er weiss auch nicht, dass er gestern Abend mit dem Unterarzt gesprochen, dass er diesem über Kolik geklagt und dass er deshalb Opiumtropfen bekommen hat. Das Attest gab an, er sei bei der Arbeit in plötzliche Tobsucht verfallen, auch davon wusste er nichts. Kurz vor dem Einschlafen gegen 1 Uhr wurde er klar.

Einen ganz analogen Anfall hatte er im Sommer 1870. Plötzlich bekam er heftigen Schmerz in der Nabelgegend, ohne ascendirende Sensationen wurde ihm rasch schwarz vor den Augen und er verlor für mehrere Stunden die Besinnung; auch damals soll er anfangs über eine Stunde getobt haben.

Diese beiden Anfälle abgerechnet, war Patient von abnormen nervösen und psychischen Erscheinungen immer frei.

Ein Bruder ist epileptisch.

Patient wurde schon den 4. September auf seinen Wunsch entlassen.

**Fünfter Fall.**

Kolbe, Schneider, 28 Jahr, wurde den 28. August 1873 Nachmittags 5 Uhr aufgenommen. Er erschien den Wärtern wie ein Betrunkener. Bald nach seiner Ankunft erzählte er in der Badestube ziemlich zusammenhängend, ihm sei heute was Nettos passirt; er wollte, weil der Meister ohne Grund ein Stück Arbeit tadelte, die Entlassung verlangen, und dabei sei ihm der Zuschneider ganz ohne Grund grob gekommen, er hätte ihn zunächst per Hausknecht aus dem Laden werfen und dann per Schutzmann hierher transportiren lassen; er wollte sich den Zuschneider schon kaufen.

Etwa eine halbe Stunde nach der Aufnahme traf ich ihn im Bett, ohne Tremor, benommen und ängstlich. Er lag meist ganz ruhig, nur von Zeit zu Zeit, jedoch selten, sprang er auf, wollte aus dem Bett und schrie ängstlich: „Ich will zu den Meinigen.“ Warum er zu ihnen wollte, ob sie ihn riefen, ob er fürchte, dass ihnen etwas geschehe, explicirte er nicht. Er antwortete überhaupt auf fast keine Frage, nannte nicht den Namen, Alter u. s. w. Er war nicht zu bewegen, vorgehaltene Gegenstände zu benennen, meist fixirte er sie gar nicht trotz wiederholter Aufforderung. Einmal nannte er auf wiederholtes Fragen den Namen des Meisters.

Als gegen 6 Uhr Essen in den Saal gebracht wurde, verlangte er zu essen. Bald nach dem Abendessen fiel er in Schlaf und schlief fast die ganze Nacht durch, wachte nur selten auf.

Am Morgen des 29. August war er klar und gab folgende Anamnese:

Heredität negirt er. Seine abnormen nervösen Erscheinungen sind die Folge einer Schussverletzung. Den 6. August 1870 bekam er einen Schuss, welcher den Nasenrücken und das rechte os zygomaticum streifte. Er fiel um und lag 2 Stunden besinnungslos. Darauf war er 3 Wochen wegen der Wunde im Lazareth. Hier entwickelte sich Kopfschmerz. Derselbe zusammen mit Hitzegefühl war immer rechts, begann an der Schläfe und zog zur rechten Stirn herauf. Im Winter zu 1871 kam der Kopfschmerz nur selten, aber dann immer an der erwähnten Stelle. Im März 1871 wurde der Kopfschmerz stärker, und eines Tages wurde dem Patienten auf einem gar nicht anstrengenden Marsche plötzlich schwarz vor Augen und er fiel bewusstlos um. Ob er auch Krämpfe hatte, weiss er nicht. Seit dieser Zeit, seit März 1871, kam der Kopfschmerz sehr oft. Derselbe fängt schwach an, wird allmählich stärker und dauert manchmal mehrere Tage; manchmal war der Schmerz so stark, dass er einige Tage zu Bett liegen musste. Immer geht er von der rechten Schläfe zur rechten Stirn und ist oft mit Reissen, Stechen, Hitze verbunden, oft auch mit Schwindel und Schwarzwerden.

Patient heirathete vor einem Jahre. Das letzte halbe Jahr war er von Kopfschmerz ganz frei. Sein Character ist seit 1871 etwas heftiger geworden. Er ist kein Potator.

Gestern Morgen, den 28. August, war er ganz gut, die Nacht zu gestern hatte er ganz gut geschlafen. Er arbeitete in der Werkstelle wie jeden anderen Tag. Mittag zeigte er dem Meister ein Stück Arbeit, und als dieser es wegen einiger Flecke scharf tadelte, kündigte er. Bis 4 Uhr Nachmittags blieb er noch in der Werkstelle, um das Stück fertig zu machen. Um 4 Uhr

ging er — angeblich trotz des Tadels des Meisters und trotz der Kündigung gar nicht erregt — in den Laden, um das Stück Arbeit abzugeben und seinen Lohn zu verlangen. Er traf nicht den Principal, sondern nur den Zuschneider. Dieser soll ganz unmotivirt sofort zu ihm gesagt haben: „Scheeren Sie sich heraus“, und als er es nicht that, kam gleich der Hausknecht, schlug ihn und warf ihn auf den Hof. Er will immer noch ganz ruhig gewesen sein. Bald kam ein Schutzmann und führte ihn hierher.

Dass die Sachlage eine andere gewesen sein muss, dass er jedenfalls sehr erregt war, liegt auf der Hand, aber ich konnte anderweitige anamnestiche Data nicht erhalten. Der Anfang des Anfalles bleibt daher ungewiss.

Die Erinnerung fehlt für mehrere Stunden. Er weiss noch, dass ihn der Hausknecht auf den Hof warf und dass er dort einen Schutzmann sah, weiss aber nicht mehr, wie, mit wem und wann er hergekommen, er weiss nicht, dass ich bei der Visite gestern mit ihm gesprochen, er glaubt mich heut zum ersten Mal zu sehen, er weiss nicht, dass er zu Abend gegessen, dass er nach dem Abendessen in ein anderes Bett gelegt wurde u. s. w.

Auch davon, dass er dem Wärter bald nach seiner Ankunft den Hergang erzählte, weiss er so gut wie nichts, er erinnert sich der Erzählung nur ganz dunkel, wie im Traume.

Auf seinen Wunsch wurde er den 3. September entlassen.

Da der Verdacht einer organischen Hirnerkrankung aufstieg, wurde er auch ophthalmoscopirt, aber der Augenhintergrund zeigte nichts Besonderes. Auch bestehen keine abnorme motorische oder sensible Erscheinungen. Der Schädel war auf Anschlagen nirgends schmerzhaft. Druck auf die kleinen Narben am Nasenrücken und am rechten Jochbein erzeugten keinerlei Sensation.

### Sechster Fall.

Distelkam, Füsilier, 22 Jahr, wurde den 24. August 1873 aufgenommen. Das begleitende Attest, von den Oberstabsärzten Dr. Roland und Dr. Häring unterzeichnet, gab an, dass Patient schon vor einem Jahre wegen angeblicher Anfälle in Beobachtung war, dass er aber damals als Simulant erklärt wurde. Die gegenwärtige Beobachtung hätte aber Anfälle constatirt.

Das Attest schildert nun einzelne Anfälle wie folgt:

„Einmal, als der wachthabende Unterarzt Dr. Marcus zu einem Anfalle gerufen wurde, wandelte Distelkam lebhaft im Zimmer auf und ab, lächelte fortwährend mit zu Boden gesenkten Augen vor sich hin, zupfte mit den Fingern bald an seinem Rocke, bald betastete er im Vorübergehen die Schränke, Bänke und Bettstellen im Zimmer. Sein Gang war dabei etwas schwankend, wie überhaupt sein ganzes Wesen den Eindruck eines Ange-trunkenen machte. Er ignorirte die Anwesenheit des Dr. Marcus vollständig, trotzdem er ihn beim Hereintreten angeblickt hatte. Der Aufforderung des Dr. Marcus, zu ihm heranzutreten leistete er zwar sogleich Folge, blieb aber nicht still vor ihm stehen, sondern wiegte sich auf den Hüften und bewegte den Kopf hin und her, dabei fortwährend lächelnd. Auf die Frage: „Was ist Ihnen denn?“ antwortete er in jovialem Tone: „Was mir ist? Na, das müssen Sie doch wissen.“ Auf andere Fragen, z. B. „Thut Ihnen der

Kopf weh?<sup>4</sup> hatte er nur ein schmunzelndes Lächeln zur Antwort. Da gerade das Essen für die Kranken hereingebracht wurde, blickte er aufmerksam hin, ohne jedoch die stete Unruhe und das lächelnde Gesicht abzulegen. Auf die Frage, was es da gebe, erwiderte er: „Hem, Hem, Essen.“

Als Distelkam sich bald ruhig niederliess, um sein Essen zu verzehren, verliess Dr. Marcus das Krankenzimmer.

Etwa 10 Minuten darauf wurde er abermals gerufen, weil sich ein neuer Anfall eingestellt hatte. Dr. Marcus fand Distelkam vor seiner Schüssel am Tische auf einem Schemel sitzend. Die übrigen Kranken erzählten nun, er habe eben noch mit dem Löffel auf dem Tische herumgeschlagen, gelacht, und immer in sich hinein gemurmelt. Beim Eintritt des Dr. Marcus blieb er ruhig sitzen. Auf die an ihn in barschem Tone gerichtete Frage, ob er nicht wisse, dass er aufzustehen habe, wenn ein Vorgesetzter in's Zimmer trete, erhob er sich, stand eine Weile stramm, zupfte dann aber wieder an seinem Rocke. Der ihm in demselben Tone gegebene Befehl, sich nun sofort ruhig zu verhalten und sein albernes Gebahren zu lassen, widrigenfalls er streng bestraft werden würde, schien Erfolg zu haben, denn er antwortete hierauf correct, verhielt sich schweigend, lachte nicht mehr und stand stramm. Jetzt wollte er von Allem, was eben vorgegangen war, nichts wissen.<sup>4</sup>

Wurden ihm während des Anfalls Befehle gegeben, dann hatten diese natürlich keinen Erfolg. So hatte ihn Dr. Marcus während eines anderen Anfalls auf's heftigste angefahren, ihn ausgeschimpft, ihm Ohrfeigen angeboten und, als Alles nichts fruchtete, ihm ein Glas Wasser in's Gesicht gegossen. Als er ihn mit Schimpfworten tractirte, rief er: „Ja wohl, schimpfen, schimpfen, ja wohl.“ Als er ihm sagte: „Hinter die Ohren müsste man so einen Kerl schlagen“ erwiderte er: „Hinter die Ohren ist besser, wie vor die Ohren.“ Dies Alles geschah, indem er heftig gesticulirte, keinen Augenblick still stand und so gereizt aussah, dass sich Dr. Marcus jeden Augenblick auf einen Angriff des Distelkam gefasst machte. Um sich zu überzeugen, welchen Grad die Erregtheit desselben erreichen würde, griff Dr. Marcus nach einem zweiten Glase Wasser, um ihn abermals zu begiessen. Dies vermittelte er aber, indem er abwehrend nach Dr. Marcus schlug, so dass das Wasser zum grossen Theil sich über denselben ergoss. Dr. Marcus fuhr auf ihn los, fasste ihn beim Kragen und stiess ihn zur Thür hinaus. Er sträubte sich zwar, aber augenscheinlich nur gering, da ein Entfalten seiner Kräfte bei seinem muskulösen Körperbau sicherlich die Absicht des Dr. Marcus, ihn aus dem Zimmer zu bringen, illusorisch gemacht und höchst wahrscheinlich den entgegengesetzten Effect hervorgerufen hätte. Auf dem Flure liess ihn Dr. Marcus los, befahl ihm aber, ihm sofort nach unten zu folgen. Er gehorchte, folgte schwankend die Treppe herab und Dr. Marcus brachte ihn nun in ein Wärterzimmer, wo er ihn einem Wärter zur Ueberwachung gab. Als Dr. Marcus beim Herausgehen absichtlich mit erhobener Stimme ihm zuschrie: „Warten Sie, Sie haben sich an ihrem Vorgesetzten thätlich vergriffen, jetzt soll es ihnen schlecht gehen“ antwortete er, nachdem er sich kurz vorher auf einen Stuhl sichtlich erschöpft niedergelassen hatte, „Ich weiss ja von gar nichts.“ Dabei war sein Gesicht von einer Blässe, welche man fast nur bei hochgradiger Bleichsucht zu erblicken pflegt. — Als

Dr. Marcus ihn nach einigen Tagen über diesen Fall befragte, gab er an, sich von Allem nur zu erinnern, dass er sich zu seinem Erstaunen plötzlich in der Wärterstube befunden habe und dass ihm so gewesen sei, als sei er die Treppe hinabgegangen.“

Aehnliche Anfälle wurden auf der Abtheilung beobachtet. Sie gingen hier immer sehr rasch vorüber, dauerten meist nicht eine Minute, sehr selten wenig darüber.

Die Gesichtsfarbe änderte sich entweder gar nicht oder sie war anfangs wenig roth, zu Ende wenig blass.

Anamnestisch gab Patient an, dass er seit dem 19. Jahre diese Anfälle hätte. Den ersten Anfall merkte die Mutter, als er eines Tages vor dem Spiegel stand, um Toilette zu machen. Er band einen Hemdkragen statt um den Hals um den Kopf. Auf die verwunderte Frage der Mutter, was er denn thäte, band er den Kragen richtig um den Hals, wusste aber nicht, dass er ihn vorher um den Kopf zu binden versucht hatte. Ein anderes Mal bei Tisch zupfte er das Fleisch mit den Händen entzwei und sagte mit lächelnder Miene: „Was soll das eigentlich, das gehört nicht hierher.“ Bald darauf war er wieder bei sich, wusste aber nicht, was er so eben gemacht hatte.

Einen epileptischen Krampfanfall hatte er bisher nie gehabt. Dagegen hatte er schon längere Zeit vor seinen Anfällen andere abnorme nervöse Erscheinungen bekommen. Im 17. Jahre bekam er „Wadenkrämpfe.“ Der Schmerz zog von der Wade bis etwa zur Mitte des Oberschenkels. Der Kopf war dabei frei. Die Krämpfe kamen manchmal täglich. Im Lauf der Zeit nahm der Schmerz allmähig an Heftigkeit zu und wurde schliesslich zeitweis so heftig, dass Patient laut schrie und sich die Haare ausraufte. Der „Krampf“ dauerte immer nur wenige Minuten. — Etwa ein halbes Jahr vor Beginn der Anfälle bekam er heftigen allgemeinen Kopfschmerz, anfallsweis, manchmal so heftig, dass er nicht weiter arbeiten konnte. — Mit dem Eintritt der psychisch-epileptischen Anfälle verlor sich der „Krampf“ und der Kopfschmerz.

Patient machte auf der Abtheilung im September 1873 einen ganz leichten Abdominaltyphus durch. Während des Typhus fehlten die Anfälle. Mitte October bekam er den ersten epileptischen Krampfanfall, den er, wie erwähnt, vorher nie gehabt hatte und nach wenigen Tagen einen zweiten. Die psychisch-epileptischen Anfälle bestanden fort.

Er wurde bald nach der städtischen Irrenanstalt transferirt.

Vaters Mutter starb geisteskrank. Drei jüngere Geschwister sind im ersten Lebensjahre an „Krämpfen“ gestorben. Zwei ältere Geschwister sollen nervös und psychisch frei sein.

Diese 4 Fälle bedürfen keiner weitläufigen Erörterung. Maas und Tafel zeigen psychisch-epileptische Anfälle ohne anderweitige epileptische Antecedentien. Die Form der beiden Anfälle ist eine sehr seltene. Häufiger schon ist die Form, welche Kolbe zeigt, und allgemein bekannt sind die Anfälle von Distelkam, welche als petit mal gewöhnlich aufgeführt werden.

Die Paar Fälle sollen die Vielgestaltigkeit des psychisch-epileptischen Anfalls in keiner Weise erschöpfend darthun, sie sind vielmehr nur zu dem Zweck gewählt, einmal zu zeigen, dass es ausser dem psychisch-epileptischen Aequivalent auch noch andere psychisch-epileptische Anfälle giebt — ohne epileptische Antecedentien, sodann den Uebergang von dem psychisch-epileptischen Aequivalent zu den gewöhnlichen psychisch-epileptischen petit mal-Anfällen darzulegen. Jeder wird zugeben, dass zwischen dem psychisch-epileptischen Aequivalent und den psychisch-epileptischen Anfällen von Maas oder Distelkam eine grössere Aehnlichkeit besteht als zwischen einem gewöhnlichen epileptischen Krampfanfalle und den Anfällen von Maas oder Distelkam. Werden nun Anfälle wie die von Maas und Distelkam ohne Weiteres der Epilepsie zugerechnet, auch ohne dass anderweitige epileptische Antecedentien nachzuweisen sind, warum soll dann nicht auch das psychisch-epileptische Aequivalent ohne Weiteres der Epilepsie zugerechnet werden?

Maas, Tafel und Distelkam, zum Theil auch Kolbe, wussten nach den Anfällen nicht, was sie während der Anfälle gesprochen oder gethan hatten. Sind sie wirklich bewusstlos gewesen, wie sie allgemein genannt werden und wie sie selbst unser Strafgesetz nennt, d. h. sind sie wirklich ohne Bewusstsein gewesen, haben sie unbewusst gesprochen und gehandelt oder waren sie während der Anfälle bei Bewusstsein, konnten sie nur hinterher das, was sie während der Anfälle gesprochen und gethan hatten, nicht erinnern?

Ich habe an anderer Stelle den theoretischen Nachweis geführt, dass unbewusste Reden und Handlungen mechanisch begreiflich sind. Von dem Standpunkte der mechanischen Begreiflichkeit, also vom naturwissenschaftlichen Standpunkte, würde sich darum die erste Annahme empfehlen, welche sogenannte bewusstlose Epileptische wirklich als bewusstlos — ohne Bewusstsein — annimmt. Erwäge ich aber, dass Epileptische, wie z. B. die Beiden mit dem psychisch-epileptischen Aequivalent die Erinnerung, welche sie unmittelbar nach dem Paroxysmus hatten, erst später verloren, dass sie also trotz des späteren totalen Erinnerungsdefectes unzweifelhaft bei Bewusstsein während der Anfälle waren, erwäge ich ferner die Thatsache des partiellen Erinnerungsdefectes\*) zusammen mit der Thatsache der partiellen dunkeln Erinnerung,\*\*) so muss ich die zweite Annahme, jedenfalls für eine

\*) Cf. ersten Fall und später besonders Fall Gutzeit.

\*\*) Cf. Fall Kolbe.

Reihe von Fällen, gutheissen. Dann wäre der bisher allgemein acceptirte Begriff der Bewusstlosigkeit mindestens sehr einzuschränken, denn viele der sogenannten bewusstlosen Epileptiker sprächen und handelten gar nicht bewusstlos, unbewusst, sondern sie wären bei Bewusstsein, und für den nachträglichen Erinnerungsdefect hätte man dann anzunehmen, dass die Reden und Handlungen während der Anfälle nicht scharf genug in der Hirnmaterie sich abbilden, nicht genügend scharfe Schemen zeichnen, um später als Erinnerungsbilder wieder ins Bewusstsein steigen zu können.

Alle bisher aufgeführten Fälle betrafen Männer und auch die Fälle der folgenden Abschnitte sind ausschliesslich männliche. Meiner Meinung nach muss das epileptische Irresein der Frauen ebenso gesondert von dem epileptischen Irresein der Männer abgehandelt werden, als dies von den Krampfanfällen der Frauen und Männer geschehen muss. Gleichwie die grosse Mehrzahl der Krampfanfälle der Frauen von den Krampfanfällen der Männer in vielen Punkten sich unterscheidet, so dass sie eben als hysterio-epileptische mit Recht fast allgemein von den einfach epileptischen abgesondert werden, ebenso muss das hysterio-epileptische Irresein der Frauen dem epileptischen Irresein der Männer gegenübergestellt werden. Es giebt ein psychisch-hysterio-epileptisches Aequivalent der Frauen, wie es ein psychisch-epileptisches Aequivalent der Männer giebt. Das hysterio-epileptische Aequivalent setzt sich meist auch aus den 3 Stadien der Incubation, des Paroxysmus und des postparoxysmellen Zustandes zusammen, aber die einzelnen Stadien differiren doch beträchtlich von den entsprechenden Stadien des Aequivalents der Männer. Vor Allem ausgezeichnet ist das hysterio-epileptische Aequivalent durch die Häufigkeit seiner Recidive, durch die Frequenz der Anfälle bei entweder reinen oder, was besonders nach längerer Dauer häufiger ist, mehr oder weniger unreinen Intervallen. Es hat entweder anderweitige hysterio-epileptische Antecedentien, speciell Krampfanfälle oder, was mir häufiger scheint, es hat sie nicht.

Auf genauere Details mag ich hier nicht eingehen, ich beschränke mich zunächst auf Männer.

---

## II.

**Das protrahirte psychisch-epileptische Aequivalent.****Siebenter Fall.**

Heredität negirt. Keine epileptische Antecedentien. Heftiger Character. — Juni 1873 beginnen abnorme nervöse Erscheinungen mit Characteränderung. — Der 1. Anfall von Irresein kommt August 1873 und dauert circa 2 Monate — Darauf psychisch, aber nicht nervös freies Intervall bis zum 7. Februar 1874. — Der nun folgende 2. Anfall von Irresein dauert circa 14 Tage. Jetzt auch nervös fast ganz freies Intervall bis Anfang Mai. — Der 3. Anfall dauert circa 14 Tage und zeigt eine eintägige psychisch ganz freie Remission. Das folgende Intervall, nicht ganz rein, dauert bis Anfang Juli. — Der 4. Anfall dauert 7 bis 8 Wochen und zeigt eine 8 tägige psychisch freie Remission. — Das Irresein zeigt in jedem Anfall specifische Erscheinungen epileptischen Irreseins.

Osmers, Garde-Grenadier, 24 Jahr, wurde den 25. Februar 1874 aufgenommen. Das begleitende Attest enthielt folgende Angaben:

Patient ist November 1872 in den Dienst getreten. Während seiner Dienstzeit führte er sich schlecht und wurde zweimal bestraft. Von seinen Kameraden wird er als ein theilnahmloser, verschlossener Mensch geschildert.

Am 27. Juli 1873 erhielt Osmers wegen achtungswidrigen Betragens von einem Unteroffizier eine Ohrfeige, über welche er sich vorschriftsmässig beschwerte. Da seine Beschwerde aber nicht weiter gegeben wurde, begab er sich in unvorschriftsmässigem Anzuge zum Feldwebel und interpellirte denselben in respectwidriger Weise. Vom Feldwebel auf seine Stube zurückgekehrt war er sehr aufgereggt und fing mit seinen Kameraden Streit an, der erst durch den hinzugekommenen Feldwebel geschlichtet wurde. Als hierbei der Feldwebel ihm befahl, ruhig zu sein, antwortete er: „Das kann ich“, und als der Feldwebel ihm hierauf erwiderte: „Wenn Sie nicht sofort ruhig sind, lasse ich Sie arretiren“, sagte Osmers: „Das thun Sie nur, das ist mir ganz egal und wenn ich auch auf Festung komme.“ In Folge dieser Vorgänge wurde gegen Osmers kriegsgerichtlich eingeschritten und derselbe am 18. und 22. August verhört.

Bei diesen Verhören benahm sich Patient in einer Weise, dass er allgemein den Eindruck eines Geisteskranken machte. Er wurde deshalb am 24. August nach dem Garnisonlazareth gebracht.

Dort zeigte sich sein Leiden als „eine Art Melancholie.“ Er lag fast den ganzen Tag theilnahmlos in seinem Bett, gab auf Fragen in der ersten Zeit gar keine, später sehr kurze, jedoch richtige Antworten und klagte dabei stets über einen dumpfen, im Hinterhaupt beginnenden und nach der Stirn hin ausstrahlenden Kopfschmerz, welchen er schilderte, als sei ihm ein Draht durch den Kopf gezogen.

Der Zustand besserte sich und er wurde den 18. October geheilt entlassen.

Schon den 20. October meldete er sich wieder krank und kam nach mehrtägiger Revierbehandlung abermals in's Lazareth. Hier klagte er über Kopfschmerz, bot aber sonst keine krankhafte Erscheinungen, namentlich keine geistige Störung.

Er wurde den 7. November wieder entlassen, kehrte aber schon den 9. November der gleichen Klage wegen in das Lazareth zurück.

Jetzt blieb er bis zum 7. Februar, an welchem Tage er wiederum, da er in den letzten Wochen gar keine krankhafte Erscheinungen mehr gezeigt hatte, geheilt entlassen wurde. Indess gerieth er bald nach seiner Rückkehr in die Kaserne, als ihm das Seitengewehr verweigert wurde, in eine derartige Wuth, dass er alles zerschlagen wollte und durch 5 Soldaten kaum gebändigt werden konnte. Er musste noch denselben Tag, den 7. Februar, in das Lazareth wieder zurücktransportirt werden.

Anfangs war er im Lazareth noch sehr aufgereggt, dann aber zeigte er wieder einen absolut theilnahmlosen Zustand, aus welchem er nur schwer aufzurütteln war. Auf Fragen antwortete er fast gar nicht und lag den ganzen Tag, ohne sich zu regen, in seinem Bett.

Bei der Aufnahme in die Charité am 25. Februar erschien der Patient ganz frei. Auch bei eingehender Unterhaltung verrieth er nichts Auffälliges. Er machte den Eindruck eines vollen Reconvalescenten. Anamnestisch gab er Folgendes an:

Heredität negirt er. Seinen Character beschreibt er als sehr leicht erregbar und ausserordentlich heftig; einmal aufgereggt ist er seiner selbst nicht mächtig. Intellectuel ist er gut entwickelt.

Prämorbid nervöse Antecedentien (Krämpfe, Schwindel, Kopfschmerz u. s. w.) negirt er:

November 1872 trat er, wie erwähnt, in den Dienst.

Ende Mai 1873 beginnen abnorme nervöse Erscheinungen. Er bekam anfallsweis Kopfschmerzen, die fast immer vom Hinterhaupt nach der Stirn zogen, dazu auch einige Male Erbrechen, manchmal wurde ihm auch etwas schwarz vor Augen, manchmal drehten sich die Gegenstände.

Die Kopfschmerzen bestanden nun den Juni und Juli fort. Sie kamen wöchentlich ein bis zwei mal und dauerten jedesmal einige Stunden. Sie waren aber nie so intensiv, dass er nicht hätte Dienst thun können, nur vom Schwimmen liess er sich einige Male wegen des Schwindels dispensiren.

Unmittelbar nach dem Beginn dieser Erscheinungen wurde er zum ersten Male wegen Urlaubüberschreitens mit drei Tagen bestraft — bisher von November 1872 bis Juni 1873 war er nicht bestraft — und schon nach zehn Tagen zum zweiten Male, wieder mit drei Tagen, weil er auf der Strasse von einem Kompagniewagen, welcher Kartoffeln führte, mit Kartoffeln geworfen hatte.

Patient selbst will mit dem Beginn der nervösen Erscheinungen keine psychische Aenderung an sich bemerkt haben.

Ueber die weiteren Vorgänge, welche das Attest erwähnt, will Patient nur Folgendes wissen:

Er weiss, dass er am 27. Juli eine Ohrfeige bekam, weil er beim Dienst nicht „die Knochen zusammennahm“ und er weiss, dass er sich beim Korporalschaftsführer deshalb beschwerte. Dagegen weiss er nicht mehr genau, wo und durch wen er erfuhr, dass die Beschwerde nicht weiter gegeben war; er glaubt, dass es bei einer Schiessübung in Tegel geschah und es ist ihm so, als wäre er nach der Uebung, so wie er von Tegel zurückkam,

zum Korporalschaftsführer gegangen. Dass er aber beim Feldwebel war, dass er hinterher mit seinen Kameraden in Streit kam und gegen den Feldwebel schliesslich die im Attest angeführten Worte brauchte, davon will er nichts wissen.

In der ersten Hälfte des August machte Patient noch die Bataillonsübungen mit, aber er weiss nicht genau, wann sie begannen, wie lange sie dauerten; er weiss zuerst auch nicht, wo sie stattfanden, hinterher, nachdem er sich lange besonnen, sagt er: „Jetzt erinnere ich mich etwas, wir sind ja am Görlitzer Bahnhof, bei Rummelsburg vorbeigekommen.“

Am 18. und 22. August wird er kriegsgerichtlich verhört, er will aber nur von einem Male wissen. \*) Er erinnert sich, dass ihn ein Unteroffizier und ein Gefreiter in der Kaserne holten, an welchem Tage weiss er jedoch nicht, er erinnert sich ferner, den Unteroffizier und den Gefreiten während des ganzen Verhörs im Verhörzimmer gesehen zu haben, er will aber zuerst nicht wissen, wer das Verhör leitete, er kann sich zuerst nicht erinnern, ob auch ein Offizier dagewesen, später sagt er: „Ja, es war ja ein Lieutenant von den Jägern.“ Was dagegen verhandelt wurde, will er nicht wissen, absolut nicht. Ebenso weiss er nicht, wer ihn von dort wegführte, wo er hingeführt wurde, wann er nach dem Lazareth kam u. s. w.

Im Lazareth war er das erste Mal bis zum 18. October, also fast 2 Monate, ihm ist es aber, als wäre er nur etwa 14 Tage dagewesen, wenigstens hat er nur für die letzten 14 Tage seines Lazarethaufenthalts Erinnerung. Etwa 14 Tage vor seiner Entlassung erkannte er in einem bettlägerigen Kranken einen Kameraden von seinem Regiment. Was vor diesem Augenblick im Lazareth geschah, erinnert er nicht, alles, was nachher geschah, weiss er gut.

Was von nun ab bis zum 7. Februar 1874 geschah, weiss er ganz gut.

Als er am 18. October entlassen wurde, bestanden noch Kopfschmerzen, und nur wegen der Kopfschmerzen liess er sich immer wieder in's Lazareth aufnehmen. Sie kamen jeden Tag, manchmal mehrere Male den Tag; sie waren oft mit Erbrechen, fast regelmässig mit Drehschwindel verbunden und dauerten immer ein bis anderthalb Stunden. Die letzten Wochen vor der Entlassung am 7. Februar will er von Kopfschmerzen frei gewesen sein.

Für die Zeit vom 7. Februar ab besteht wieder ein Erinnerungsdefect. Er weiss, dass er bei seiner Rückkehr in die Kaserne sich beim Korporalschaftsführer und Feldwebel meldete, dass er vom Capitaind'armes seine Sachen, vom Fourier Menage und Brod erhielt, er weiss aber nicht mehr, ob er das Seitengewehr verlangte und er weiss nicht, dass er so tobte, dass er von 5 Kameraden gehalten werden musste, er weiss ferner nicht, dass er wieder ins Lazareth kam u. u. w. — Die Erinnerung fehlt aber nur für wenige Tage. Er war vom 7. bis 25. im Lazareth, ihm ist es so, als sei er etwa 10 oder 14 Tage dagewesen.

Die letzten Tage im Lazareth will er schon ganz frei gewesen sein, auch von Kopfschmerzen, ganz wie am Tage seiner Aufnahme in die Charité.

\*) Die anamnesticischen Fragen werden selbstverständlich immer sehr eindringlich gestellt und zur Controlle der Angaben wird die Anamnese bei solchen Kranken immer mehrfach erhoben, zu verschiedenen Zeiten.

Patient blieb nun über 2 Monate frei. Er unterhielt sich vernünftig und war sehr fleissig. Er fiel in keiner Weise auf. Nur die Heftigkeit seines Characters konnte er auch jetzt nicht verleugnen; so schlug er einen allerdings sehr unangenehmen Maniacus, der ihn mehrmals geschimpft hatte, einmal hinter die Ohren. — Anfälle von Kopfschmerz hatte er in dem ganzen Intervall angeblich nur zwei mal.

Anfang Mai bekam er einen neuen Anfall. Schon die letzten Tage im April war es aufgefallen, dass er nicht mehr so gut arbeitete und stiller wurde. Am 1. Mai bestand kein Zweifel mehr, dass ein neuer Anfall im Anzuge sei. An diesem Tage arbeitete er gar nicht mehr, hielt sich isolirt und sprach spontan fast kein Wort. Auf Fragen antwortete er kurz, aber meist exact. Sein Gesichtsausdruck war ängstlich, gereizt. Trotzdem er allgemcin auffiel, wollte er selbst keine Aenderung an sich empfinden, er gab an, ganz gesund zu sein.

Am Morgen des 2. Mai blieb er im Bett. Bei der Morgensite wurde er mit der Decke über dem Kopf angetroffen. Auf Aufforderung wollte er weder die Decke abnehmen, noch aufstehen und sich in den Wachsaaal legen. \*) Versuchte man die Decke abzuziehen, so stiess er mit dem Arm und sagte gereizt: „Lassen Sie mich sein.“ Sonst sprach er spontan kein Wort und antwortete auch auf keine Frage. — Nachmittag, kurz vor der Visite, stand er spontan auf, zog sich an und ging in das Badezimmer. Die Wärter waren angewiesen worden, ihn so lange als nur irgend möglich gewähren zu lassen, um einen Eclat möglichst zu vermeiden. Bei der Visite (5 Uhr) wurde er noch im Badezimmer angetroffen, in einer Ecke auf einem Stuhle sitzend, Rücken gegen die Wand. Er sprach kein Wort und war durch Zureden nicht zu bewegen, das Zimmer zu verlassen. Näherte ich mich ihm, um ihn zu fassen, so wehrte er mit dem Arme ab. Der Gesichtsausdruck war sehr bedenklich geworden. — Gegen 7½ Uhr ging er wieder spontan aus der Badestube in den Schlafsaal zurück und legte sich zu Bett. Nach dem Wachsaaal wollte er nicht. — Den Tag über hatte er Nahrung absolut verweigert.

Die Nacht zum 3. Mai verlief ohne Zwischenfall.

Am 3. Mai war das Verhalten noch unverändert. Er lag mit dem Kopf unter der Decke, antwortete nicht, verweigerte Nahrung. Am Abend des 3. Mai trank er schon eine Flasche Bier, die ihm offerirt war, wollte aber sonst nichts geniessen.

Am 4. Mai stand er auf und fing mit den Wärtern etwas zu sprechen an. Von mir wollte er noch nichts wissen, ich allein sei Schuld, dass er noch nicht entlassen wäre. — Zu Mittag ass er ordentlich und von da ab regelmässig.

Am 5. Mai unterhielt er sich mit den Wärtern fast wie gewöhnlich und fing auch wieder an, sich zu beschäftigen. Mir gegenüber war er noch stark gereizt, er hätte mit mir gar nichts, ich ginge ihn gar nichts an, ich allein sei Schuld, ich hätte ihn ja längst entlassen können.

Am 6. Mai wurde er auch gegen mich freundlich. Jetzt gab er den Anfall zu und erzählte Folgendes:

\*) Patient hatte bisher in einem von der Wache nicht controlirten Saale geschlafen.

Den 27. und 28. April hatte er des Nachmittags etwa 2 Stunden lang Kopfschmerzen vom Hinterhaupt zur Stirn, angeblich ohne Schwindel, ohne psychische Aenderung. Die Tage darauf war er wieder ganz frei.

Vom 1. Mai ab starke Angst. Er müsse heraus, sonst passire ihm hier etwas. Aus reiner Niederträchtigkeit hielte ich ihn zurück. Im Essen sei vielleicht etwas Schädliches.

Die letzte Nacht, die Nacht zum 6. Mai, schlief er wieder etwas. Heute ist er angeblich ganz frei. Und in der That fiel er den 6. Mai nicht weiter auf; es schien, als wäre der Anfall vorüber.

Aber schon den 7. Mai war er wieder stiller, sprach auch mit den Wärtern wenig und arbeitete wenig. Er wollte keine Veränderung empfinden.

Am 8. Mai wünschte er — ohne rechtes Motiv — nach einem anderen Saale verlegt zu werden, was auch geschah. Bei der Abendvisite antwortete er auf keine Frage.

Den 9. Mai blieb er wieder im Bett, Decke über Kopf, sprach kein Wort. Gegen einen Wärter, der ihn am Morgen aus dem Bette zu nehmen versucht hatte, war er thätlich geworden. — Abends stand er spontan auf, zog sich an und nahm ein Butterbrod und Bier. — Bis dahin hatte er seit dem 8. Mai früh wieder nichts genossen.

Am 10. Mai stand er wieder früh auf, sprach mit den Wärtern und arbeitete fleissig. Mir verweigerte er noch Auskunft, er lief, nachdem er mir einige Antworten gegeben hatte, plötzlich, ohne Motiv, von mir fort.

Den 11. und 12. Mai wurde sein Benehmen immer natürlicher. Vom 13. Mai ab erschien er ganz frei.

An einem der nächsten Tage — am 19. Mai — liess ich ihn über den Anfall berichten.

Er war in schrecklicher Angst gewesen, es war ihm sicher, dass man sein Leben wollte. So wie er nur die Decke abnehme, glaubte er, würde es gegen ihn losgehen. Mit dem Essen sollte er vergiftet werden. Und ich war der einzige Attentäter. Aber lieber wollte er sich selbst das Leben nehmen, als sich vergiften lassen. Für den Fall, dass er angegriffen würde, wollte er sich schnell an der Thür hängen. — Am 2. Mai war er vor der Abendvisite in die Badestube gegangen, weil er glaubte, bei dieser Visite ginge es los. In der Badestube hatte er einen Besen sich zurechtgestellt, mit dem er eventuell dreinhauen wollte. Hätte man versucht, ihn mit Gewalt aus der Badestube zu führen, er hätte sich auf Tod und Leben gewehrt. — Und er traute sich eine Riesenkraft zu. Mit der ganzen Welt hätte er es aufnehmen können, die Wärter brauchte er nur anzublicken, so wären sie vor Furcht auf die Knie gefallen. — Die ganze Zeit hindurch schlief er schlecht und er hatte vielfach Sensationen, epigastrische und cerebrale. Letztere beschreibt er wieder, es sei gewesen, als wenn ein Draht durch den Kopf ginge und draussen an der Stirn würde dran gerissen. — Hallucinationen leugnet er. Auch die Umgebung verkannte er nicht, nur gab er ihr stellenweis delirirte Motive: Ich wollte ihn durchaus vergiften, der Wärter, der ihn aus dem Bett holen wollte, schien ihm ein Mörder zu sein u. s. w.

Am 6. Mai war er angeblich ganz frei gewesen.

Somatisch war während des Anfalls nichts Besonderes an dem Patienten aufgefallen, auch die Gesichtsfarbe war nicht geändert.

Der Anfall hatte gegen 14 Tage gedauert.

Das Intervall bis zum nächsten Anfall beträgt etwa 8 Wochen, aber das Intervall war nicht ganz rein. So erklärte er eines Tages, ohne dass sonst etwas in seinem Wesen auffiel, in allem Ernste, ich achte Soldaten nicht so viel, wie andere Kranke, Soldaten würden hier viel schlechter behandelt als Civilkranke, und an dieser Behauptung hielt er einige Tage fest. Er that die Aeußerung, nachdem ich wenige Tage zuvor einen Streit, in welchen er mit einem Mitkranken gerathen war, nicht zu seinen Gunsten entschieden hatte. Beide hatten ziemlich gleich Recht und Unrecht gehabt. Da aber der andere Kranke um diese Zeit gereizter und uneinsichtiger war als Osmers, wurde Osmers Unrecht gegeben, aber selbstverständlich wurde ihm hinterher sofort gesagt, dass es nur zur Beruhigung des anderen Kranken so geschehen sei. Uebrigens war er früher oft von demselben Kranken bei mir verklagt, aber er hatte nicht darauf reagirt, weil er richtig die Klage sofort als krankhaft erkannte.

Ein ander Mal beschwerte sich ein anderer Kranker, Osmers hätte ihm mit Ohrfeigen gedroht. Ich stellte Osmers zu Rede, aber er sah sein Unrecht nicht ein, erklärte vielmehr frech in meiner Gegenwart, wenn sich der andere Kranke nur irgend etwas ihm gegenüber zu Schulden kommen liesse, so würde er ihn schlagen.

Sodann klagten die Wärter über seine Heftigkeit. Er brause bei der geringsten Veranlassung auf. Sie mussten sich viel gefallen lassen, ihm immer Recht geben, sonst, meinten sie, würde es bald zu ernstem Streite kommen.

Wurde er hinterher wieder frei — und das war er ja meist während des ganzen Intervalls — so erzählte er, er hätte jetzt öfter Kopfschmerzen, und wenn er die Kopfschmerzen bekäme, dann würde er auch verstimmt und gereizt; er bedauerte lebhaft, dass er in solchen Augenblicken zu unpassenden Reden und Handlungen sich fortreissen liesse.

Der neue Anfall, der zweite in der Anstalt, kam in der ersten Woche des Juli. Patient wurde wieder stiller und arbeitete weniger. Am 10. Juli war er wieder allgemein auffällig. Aber der Anfall verlief zunächst ganz milde. Patient war ausser Bett, hielt sich isolirt und zeigte einen sehr deprimirten und gereizten Gesichtsausdruck. Spontan sprach er fast gar nicht, auf Befragen leugnete er Kopfschmerzen, Angst, Sensationen und Delirien. Er sei nicht krank, sei ganz gut. — Einmal, am 16. Juli, verlangte er stürmisch seine Entlassung, liess sich aber zusprechen. — Er schlief schlecht und ass wenig. —

Am 18. Juli fing er wieder etwas zu arbeiten an.

Am 19. Juli stand er mit den Anderen früh 5 Uhr auf, während er sonst bis 8 und länger im Bett geblieben war. Der Gesichtsausdruck war freier. Er unterhielt sich gut mit den Wärtern. Dagegen gab er den Anfall noch nicht zu, wollte immer ganz gut gewesen sein.

Am 20. Juli früh erwartete er mich auf dem Corridor, kam spontan an mich heran und sagte, heute sei er erst ganz gut geworden. Er erzählte mir Folgendes:

Eingeleitet wurde der Anfall mit Kopfschmerz und Schwindel. Der

Kopfschmerz kam täglich mehrere Male, dauerte eine halbe bis mehrere Stunden und war regelmässig mit Drehschwindel verbunden, die ganze Charité drehte sich wie ein Carroussel, bald rechts, bald links herum. — Diese Sensationen wollte er aber nicht während des Anfalls erzählen, er leugnete sie constant, weil er fest überzeugt war, dass, so wie er sie mittheilte, ich den Kopf ihm öffnen würde, um nachzusehen, was drin los sei. Der Gedanke, dass ich ihn operiren wolle, verliess ihn nicht. Am Nachmittag des 10. Juli, an dem er stürmisch seine Entlassung begehrte, glaubte er bestimmt, es ginge mit der Operation los — ich hatte ihn, als ich durch den Saal ging, so sonderbar angesehen. Anfangs dachte ich daran, ihm Morphiuminjectionen zu machen und sprach davon in seiner Gegenwart, nahm aber Abstand, weil ich fürchtete, sein Misstrauen gegen mich zu steigern. In der That gab er jetzt an, er hätte die Injection nicht mehr geduldet, denn er glaubte, man wolle ihn damit zur Operation betäuben. — Für den Fall, dass die Operation in Angriff genommen werden sollte, war er entschlossen, durch das Fenster auszurücken. Corrective Vorstellungen, dass man durch's Fenster nicht durchkommen könne und dass, wenn man auch durchkommt, dabei sich doch Hals und Bein brechen muss, waren ihm gar nicht gekommen. — Mehrere Male glaubte er, der Kaffee sei vergiftet; es roch in der Stube so eigenthümlich, wenn er gebracht wurde und er schmeckte auch so sonderbar. Quasi als Gegengift hatte er einmal Gilka verlangt und getrunken. — Während der ganzen Zeit quälte ihn epigastrische Angst und Oppression. Hallucinationen leugnet er auch diesmal. — Am meisten fürchtete er die Aerzte, speciell mich, niemals angeblich Wärter oder Mitkranke.

Vom 20. bis 28. Juli remittirte der Anfall. Während dieser Tage fiel Patient psychisch nicht auf. Nur Kopfschmerzen kamen ab und zu.

Vom 28. Juli trat wieder eine Exacerbation ein und jetzt nahm der Anfall einen bedenklichen Character an. Am Abend des 28. Juli drohte er dem Kranken, mit dem er früher schon in Streit gewesen war, ganz unmotivirt mit Ohrfeigen.

Am 29. Juli früh lag er angekleidet auf dem Bett, stand keine Rede. Ich hätte ihm gar nichts zu sagen, ich könnte ja thun, was ich nicht lassen wollte. — Den grössten Theil des Tages blieb er auf dem Bett. — Einen Kranken, welcher seinem Feinde behülflich war, schrie er an, er solle das lassen, er würde ihn todtschlagen, wenn er nicht sofort wegginge.

Die Nacht zum 30. Juli war er ruhig.

Den 30. Juli lag er wiederum angekleidet auf dem Bett, sprach spontan nicht, antwortete auf keine Frage. — Nahrung verweigerte er diesmal nicht. — Am Nachmittag des 30. Juli kam er, als im Nebenzimmer zwei Kranke einen ganz unbedeutenden Streit hatten, herbei, packte den einen Kranken (einen dementen Paralytiker) an der Gurgel und wollte ihn würgen. Den Wärtern, die dazwischen kamen, sagte er Grobheiten und Drohungen; mich würde er auch rausschmeissen, wenn ich zur Visite käme; er würde einen todtschlagen.

Die Nacht zum 31. Juli war wieder ruhig.

Den 31. Juli in Kleidern auf dem Bett, liest. Auf die Frage „Wie gehts?“ antwortete er „Sehn Sie ja“, sonst giebt er gar keine Antwort.

Am 1. August gleichfalls — „Sehn Sie ja“, sonst keine Antwort.

Den 2. August kommt er schon in den gemeinschaftlichen Saal, fängt etwas zu arbeiten an.

Den 3. August sieht er viel besser aus, sagt wie verschämt, es ginge gut, giebt aber noch nicht den Anfall zu.

Nun folgt wiederum eine mehrtägige, psychisch jedoch nicht ganz freie, Remission und dann wieder eine längere Exacerbation, über die ich aber, da ich verweist war, keine genaue Notizen besitze.

In der letzten Woche des August schliesst erst der Anfall.

Die Delirien, wie er nachträglich angiebt, waren immer dieselben — er soll gemordet, vergiftet werden u. s. w.

In dem jetzigen Intervall verhielt sich Patient wie etwa in dem ersten Intervall von October 1873 bis Februar 1874. Er hat ab und zu Kopfschmerzen, manchmal fühlt er sich matt und in den Gelenken abgeschlagen, so dass er auch Tags viel herumliegt, oft wird er ohne Grund verstimmt und gereizt. Auch der Schlaf ist manchmal schlecht, er isst manche Tage schlecht und ist zeitweis hartnäckig verstopft. —

Meist arbeitet er indess fleissig, unterhält sich vernünftig, liest, schreibt ganz verständige Briefe u. s. w.

Ich habe als ersten Fall der neuen Gruppe absichtlich wieder einen solchen genommen, der von epileptischen Antecedentien frei ist.

Bis Mai 1873 weiss Osmers überhaupt nichts von abnormen nervösen Erscheinungen. Auffällig ist nur sein heftiges Wesen, aber es hat ihn bisher doch noch in keinen ernsten Conflict gebracht, auch als Soldat ist er bisher nicht bestraft.

Jetzt beginnt, ohne zu ermittelnde ätiologische Motive, die Krankheit. Zuerst sind es die allgemeinen vagen nervösen Erscheinungen von Kopfschmerz, Schwindel u. s. w. Bald nach dem Auftreten dieser Erscheinungen zeigt sich eine Characteränderung, Patient wird nun zweimal bestraft.

Trifft ihn noch die Verantwortung für seine Handlungen? Ist er für die Aenderung seines Characters verantwortlich? Wie weit ist aber überhaupt Jemand für seinen Character verantwortlich zu machen? — Diese Fragen lassen sich en passant nicht abfertigen. Besonders mögen die Männer des aut — aut, welche nur verantwortliche Verbrecher und unverantwortliche Geisteskranke kennen, solche Fälle reiflich überlegen und ehrlich urtheilen.

Weiter wird Patient im Dienst schlapp und nachlässig, so dass sich ein Unteroffizier an ihm vergreift. Als er sodann erfährt, dass seine Beschwerde nicht weiter gegeben ist, verlässt ihn die Besinnung. — Ich wenigstens, ich zweifle nicht an der Richtigkeit seiner Angaben, ich zweifle nicht, dass er sich weder des Besuchs beim Feldwebel,

noch des Streitens mit seinen Kameraden, noch seines respectwidrigen Benehmens gegen den Feldwebel erinnert. Er hat gar keinen Grund zu lügen, denn er weiss, dass ihn keine Strafe trifft.

Solche Erinnerungsdefecte sind gerade für Epileptische characteristisch. Es brauchen nicht immer ausgesprochene „Anfälle“ zu sein, es kann eine natürliche, nur pathologisch gesteigerte Erregung direct in einen Zustand sogenannter Bewusstlosigkeit mit consecutivem Erinnerungsdefect übergehen.

Wie sich Patient nun weiter bis zum kriegsgerichtlichen Verhör benimmt, darüber liegen Angaben nicht vor. Er bleibt noch im Dienst, macht selbst noch die Bataillonsübungen mit, aber seine Erinnerung für diese Zeit fehlt fast ganz, nur mit Mühe gelingt es ihm, sich einzelner Facta aus dieser Zeit zu erinnern. Von dem einen Verhör weiss er gar nichts, von dem zweiten so gut wie nichts. — Wir machen daher, glaube ich, keinen grossen Fehler, wenn wir den ersten Anfall von Irresein von Anfang August bis Anfang October rechnen. — Sein Zustand wird als Stupor geschildert. Ob er die gleichen Delirien dabei hatte, wie in den späteren hiesigen Anfällen, bleibt dahingestellt. — Von den 5 bis 6 ersten Wochen seines Lazarethaufenthaltes weiss er gar nichts.

Nun folgt ein fast viermonatliches psychisch freies Intervall, in dem er aber fast fortdauernd über nervöse Erscheinungen zu klagen hat.

Am 7. Februar, nachdem er Wochen lang auch von den nervösen Erscheinungen frei gewesen, beginnt plötzlich bei seiner Rückkehr in die Kaserne der zweite Anfall. Anfangs heftige Erregung, später Stupor. Ueber die Delirien erfahren wir wiederum nichts, denn es fehlt auch für den zweiten Anfall die Erinnerung fast ganz. — Dieser zweite Anfall endet nach etwa 14 Tagen.

Bei seiner Aufnahme in die Charité ist er psychisch und nervös frei, und das Intervall, fast vollständig frei, dauert bis Anfang Mai.

Der nun folgende dritte Anfall, der erste, welcher in der Charité beobachtet wird, verläuft äusserlich unter dem Bilde tiefer Depression mit Nahrungsverweigerung und so heftiger Gereiztheit, dass jeden Augenblick ein Wuthausbruch erwartet wird. Der Anfall zeigt etwa in der Mitte seines Verlaufs eine eintägige psychisch freie Remission. Während der Dauer des Anfalls werden Sensationen, Hallucinationen und Delirien spontan nicht geäussert und auch auf Befragen immer negirt. So wie der Anfall aber vorüber ist, giebt Patient Auskunft. Er schildert den Anfall als einen Angstzustand, in welchem ihn constant die Vorstellung beherrscht, dass es auf sein Leben abgesehen sei —

darum verweigert er Nahrung, darum verbirgt er seinen Körper unter der Decke, darum droht er jeden Augenblick aggressiv zu werden u. s. w. Zusammen mit den ängstlichen Vorstellungen zeigt er aber auch eine Andeutung von Grössendelirien — er überschätzt seine Kraft, er ist so stark, dass er die Wärter nur anzublicken braucht, so liegen sie vor Furcht auf den Knien.

Diese Erscheinung, das Gemisch ängstlicher Delirien mit Grössendelirien, wird uns in anderen Fällen epileptischen Irreseins noch viel frappanter entgegentreten, ja es ist so frappant, dass schon auf wenige Aeusserungen hin manchmal eine Diagnose gestellt werden kann. — Auch Falret hat diese Erscheinung beobachtet, aber er erwähnt sie nur ganz flüchtig.

Hallucinationen leugnet der Patient für den Anfall, dagegen bestehen epigastrische und cerebrale Sensationen.

Das Intervall zwischen dem dritten und vierten Anfall dauert circa 2 Monate, ist aber nicht ganz rein.

Der vierte Anfall zeigt fast genau dasselbe Verhalten wie der dritte. Der Anfall wird wiederum von Sensationen, epigastrischen und cerebralen, eingeleitet, wieder kommt tiefe Depression mit starker Geiztheit — Patient wird einige Male aggressiv, er droht selbst mit Todtschlag und gewiss könnte er, gereizt, höchst gefährlich werden — es sind ganz dieselben Delirien, wieder ist es auf sein Leben abgesehen, ich will ihn vergiften, ich will ihn am Kopf operiren, der Wärter, der ihn anfasst, sieht wie ein Mörder aus u. s. w., wieder denkt er für den Fall, dass der delirirte Angriff in Scene gehen sollte, an eine verzweifelte Abwehr — er will durchs Fenster — wiederum verschweigt er während des Anfalls Sensationen und Delirien, und wie der vorige Anfall so zeigt auch dieser eine psychisch freie Remission, welche diesmal 8 Tage dauert.

Es liesse sich darüber streiten, ob ein solches psychisch freies Zwischenstadium nicht eher als Intermission aufzufassen wäre, so dass also der letzte Anfall in zwei zerfiele, andere wären vielleicht geneigt, was ich als Anfall und Intervall gesondert habe, auch nur als Exacerbation und Remission gelten zu lassen. — Schon der Uebersichtlichkeit wegen würde es sich jedenfalls empfehlen, ein lang dauerndes psychisch freies Zwischenstadium Intervall zu nennen, auch wenn es nervös nicht ganz frei ist, ein kurz dauerndes aber Remission, selbst wenn es nervös ganz frei sein sollte. Aber auch sachlich halte ich diese Eintheilung für die richtigste, einmal, weil die folgenden analogen Fälle ganz deutlich Anfälle und Intervalle zeigen, und zweitens,

weil auch andere epileptische Irreseinsfälle, die weiter unten beschrieben werden, solche psychisch freie Remissionen erkennen lassen. Vielleicht sind gerade diese Remissionen — wenn man will, *lucida intervalla* — für epileptisches Irresein besonders charakteristisch; ich wenigstens, ich habe sie bisher nur bei epileptischen Irren angetroffen, bei keinem anderen männlichen Geisteskranken. — Sollten indess bei Osmers in Folge der raschen Recidive die Intervalle nach einiger Zeit immer unrein bleiben, wie dies beim einfachen hystero-epileptischen Aequivalent manchmal der Fall ist, so wäre es dann allerdings besser und richtiger, statt von Anfällen und Intervallen von Exacerbationen und Remissionen zu reden. Für den Anfang der Krankheit aber halte ich die Auffassung des Irreseins in Anfällen, besonders wegen der Analogie mit den folgenden Fällen, für die richtigste.

Was aber kennzeichnet die psychischen Anfälle von Osmers als epileptisches Irresein?

Nach dem, was ich früher auseinandergesetzt habe, kann es nur die Form des Irreseins sein nach Entwicklung, Verlauf und Symptomatologie. — Schon die Entwicklung scheint mir in einem gewissen Sinne specifisch. Andere Geisteskrankheiten, die sogenannten reinen Psychosen, pflegen sich nicht mit so intensiven, anfallsweis kommenden Kopfschmerzen und Schwindel einzuleiten. Nur die Paralyse kann auch so beginnen, aber hier folgen ja gleich andere Erscheinungen. In unserem Falle bilden Kopfschmerzen und Schwindel ein wichtiges, integrierendes Symptom in dem Krankheitsbilde. Sie persistiren auch während der Anfälle, sie sind immer wieder die neu einleitenden Erscheinungen neuer Anfälle und sie drücken selbst noch dem Intervall durch ihr zeitweiliges Erscheinen ein eigenthümliches Gepräge auf.

Wichtiger aber als diese Erscheinung und schon viel specifischer für die epileptische Natur ist der Verlauf in rasch aufeinander folgenden, relativ kurz dauernden Anfällen. Keine bekannte Form des gewöhnlichen Irreseins zeigt einen solchen Verlauf. Nur die Manie recidivirt häufig, aber sie recidivirt nicht so rasch und die Recidive verlaufen nicht [so rasch. Dann hat unser Irresein auch nicht die entfernteste Analogie mit einem maniacalischen Irresein.

Wüssten wir noch nichts von dem Inhalte des Irreseins, von seiner Symptomatologie, wüssten wir nur, dass die einleitenden Erscheinungen anfallsweise kommende intensive Kopfschmerzen und Schwindel waren, dass sodann Irreseinsanfälle auftraten, welche rasch verliefen, sich aber rasch wiederholten, dass in den Intervallen Kopfschmerzen und Schwindel

oft wiedererschienen, wüssten wir ferner, dass die Erinnerung für einen Anfall fast ganz defect, für einen anderen nur bruchstückweis und dunkel erhalten ist, so wäre daraus allein schon, selbst ohne Kenntniss des klinischen Bildes, die epileptische Natur des Irreseins in hohem Grade wahrscheinlich. — Bei der Aufnahme des Kranken wussten wir nur diese Data und wir diagnosticirten epileptisches Irresein als in hohem Grade wahrscheinlich. Ja wir konnten, obgleich in der Krankengeschichte, welche das begleitende Attest enthielt, von dem Irresein nur der äussere Habitus geschildert war und ohne dass der Kranke selbst uns anamnestisch über das Irresein etwas auszusagen vermochte, weil ihm eben die Erinnerung fehlte, wir konnten das klinische Bild als ein epileptisches uns construiren, wir konnten bestimmte Delirien und Handlungsweisen voraussagen, noch ehe wir einen Anfall selbst gesehen hatten, und der Anfall, welcher sodann eintrat, zeigte, dass wir uns nicht erheblich geirrt hatten.

Machten nun die Entwicklung und der Verlauf des Irreseins allein schon die epileptische Natur sehr wahrscheinlich, so giebt vollends die Symptomatologie den schlagendsten Beweis. Sie zeigt das specifisch epileptische Bild, in welchem heftigste Angst mit dem fixen ängstlichen Delirium der schrecklichsten Lebensgefahr und dazu die Neigung zu den gefährlichsten Handlungen — bei sonst relativ gut erhaltener Lucidität — die Hauptkennzeichen bilden. Die Anfälle von Osners gehen fast noch ganz in dem Falret'schen Bilde des petit mal intellectuel auf.

Da das Irresein in Anfällen kommt, habe ich den Namen des Aequivalents beibehalten, da aber die Anfälle nicht in einem Paroxysmus gipfeln, sondern protrahirt verlaufen, nenne ich sie protrahirte Aequivalente. Zum Unterschiede von dem psychisch-epileptischen Aequivalent der ersten Kategorie, welches isolirt dastand, ist das protrahirte durch die Häufigkeit der Recidive ausgezeichnet.

### Achter Fall.

Heredität negirt. Beginn der abnormen nervösen Erscheinungen 1866 nach einem Typhus. Schwindelanfälle. — Von 1867 in ein- bis zweijährigen Intervallen 5 Anfälle von Irresein, der erste von ein Monat, der folgende von je vier Monat Dauer. — Jeder Anfall zeigt specifische Erscheinungen des epileptischen Irreseins. In den meisten Intervallen Fortdauer der Schwindelanfälle.

Reimer, Commis, 29 Jahr, wurde den 6. December 1873 aufgenommen. Er kam aus der Stadtvoigtei, in welcher er seit dem 22. November detinirt war, weil er ein Stück eiserne Kette im Thiergarten abgerissen hatte. Das begleitende Attest sagte aus, dass er kurz nach der Einlieferung in die Stadt-

voigtei still und theilnahmlos war, bald aber etwas mittheilsamer wurde und die Ursache seiner Verhaftung erzählte. Die incriminirte Handlung will er vollzogen haben, nachdem er mehrere Nächte schlaflos und umherirrend zugebracht hatte. Auch in der Stadtvoigtei schlief er keine Nacht, lief viel in der Zelle umher und sprach oft laut vor sich hin, meist verwirrt. So erzählte er von einem Hauptmann, der getödtet werden solle, er wollte an den Wänden Schatten sehen, nach denen er schlug und ähnliches mehr.

Wenige Stunden nach der Aufnahme sprach ich den Patienten. Er war äusserlich ruhig und bis auf einen eigenthümlich starren Blick nicht auffällig. Er zeigte sich vollkommen orientirt über Zeit, Raum, Umgebung, Zweck seiner Ueberführung in die Anstalt und er gab sofort eine sehr vollständige Anamnese, ganz prompt und exact. \*) Sensationen, Hallucinationen und Delirien leugnete er auf Befragen.

Die nächsten Tage fiel an dem Patienten ein etwas stilles Wesen auf. Er hielt sich meist für sich, beschäftigte sich aber mit Lectüre, half auch etwas in der Wirthschaft und antwortete, so oft er angesprochen wurde, ganz exact. Delirien und Hallucinationen leugnete er constant, hin und wieder gab er Schläfenschmerz an. — Die Wärter wussten über sein Verhalten, auch während der Nacht, nichts Auffälliges zu melden.

Etwa von Weihnachten ab trat eine Aenderung ein. Er wurde zeitweis ganz ohne Grund heftig, stand z. B. vom Stuhle auf, ergriff den Stuhl und schlug ihn auf die Erde oder er fasste den Fensterflügel und warf ihn mit Macht gegen das Fensterkreuz. Stellte ihn ein Wärter hierüber zu Rede, so drohte er thätlich zu werden, ja einmal war er nahe daran, auf einen Wärter loszubauen. — Auch andere Verkehrtheiten zeigten sich jetzt. Oft lachte er ohne Grund lange vor sich hin, oft sprach er zum Fenster heraus. Fragte ich ihn nach dem Motiv seines Benehmens, fragte ich nach Hallucinationen und Delirien, so antwortete er gereizt, stellenweis sogar grob — negirend. Nur das war herauszubringen, dass derartige Unruhen gewöhnlich an solchen Tagen kamen, an welchen er sich seit dem frühen Morgen „unwohl“ fühlte. — Dabei half er aber fleissig in der Wirthschaft und trieb viel Lectüre. Mit Mitkranken verkehrte er gar nicht, er hielt sich immer isolirt.

Im Laufe des Januar nahm die Heftigkeit noch immer zu und sie erreichte in der ersten Woche des Februar eine bedrohliche Höhe. Die Reizbarkeit war nunmehr continuirlich eine sehr hohe, sie zeigte nur Remissionen und Exacerbationen. — Auch für diese Zeit leugnete er Hallucinationen und Delirien, aber er verrieth sich jetzt durch einzelne Aeusserungen. So traf ich ihn den 13. Januar auf dem Corridor, gegen einen Pfeiler gelehnt und das Gesicht gegen die Decke gekehrt. Ich rief ihn an und fragte nach dem Motiv. „Was ich da gemacht habe“, antwortete er gereizt, „soll ich denn immer stramm stehen wie ein Unteroffizier, ich glaube nicht an Hexen und Gespenstergeschichten.“ — Gegen Ende Januar wurde er unnahbar. Es sah aus, als wenn er jeden Augenblick dreinschlagen wollte. Mehrmals am Tage fuhr er plötzlich auf, schimpfte, rannte im Zimmer umher, warf Stühle um, schmiss Noten und Bücher zum Fenster hinaus. Oft drohte er mit Todtschlagen: „Hier werden Kranke geschlagen, aber ehe mich ein Wärter schlägt,

\*) Ich will die Anamnese erst nach dem Status mittheilen.

schlage ich 5 Wärter todt — ich weiss alles, ich höre und sehe Alles, was in dem verfluchten Haus passirt.“

Während der anfallsweisen Unruhen war das Gesicht meist auffallend roth, andere Male aber auch sehr blass.

Die Nächte verliefen ruhig. Er schlief in einem gemeinschaftlichen Schlafsaal.

Mit dem 8. Februar begann — plötzlich fast — die Besserung. Er wurde anhaltend ruhig, gab zu, dass er in der letzten Zeit sehr erregt gewesen war und er freute sich, dass er sich nun bessere. Das Benehmen wurde immer angemessener, der Gesichtsausdruck immer natürlicher.

Etwa vom 15. Februar ab fiel in seinem Benehmen nichts mehr auf. Jetzt unterhielt er sich auch gern und verkehrte viel mit Wärtern und geeigneten Mitkranken. Abnorme Reizbarkeit wurde jetzt nicht mehr beobachtet. Dagegen bestanden Sensationen noch bis gegen Ende Februar fort. Er klagte oft noch über Schlagen in beiden Schläfen, das besonders früh nach dem Aufstehen manchmal stundenlang andauerte, und er spürte beim Bücken noch immer Hitze zu Kopf steigen; es war ihm dann so, als wenn der Kopf grösser würde.

Ascendirende Hitzegefühle, gab er an, hätten auch die früheren Aufregungen beständig begleitet. Sie kamen vom Epigastrium und waren mit einem Gefühl von Prickeln verbunden, das sich über den ganzen Körper verbreitete, am stärksten über Nacken und Rücken. Schwarz vor Augen, Schwindel empfand er nie, auch nicht während des Anfalls.

Hallucinationen und Delirien für den Anfall leugnete er auch jetzt noch constant, auch noch den ganzen Monat März.

So oft er darauf hin angesprochen wurde, und das geschah die Woche wohl mehrere Male, zuckte er die Achseln, er wisse nichts, sonst möchte er ja erzählen. Erst Anfang April kam er eines Tages, als ich allein war, an mich heran und sagte, er suche schon seit einigen Tagen die Gelegenheit, mich allein zu sprechen, er wolle nun endlich von seiner Krankheit erzählen.

Es ist dies Negiren eine für Reconvalescenten sehr auffällige Erscheinung. Seit Mitte Februar fiel er psychisch in keiner Weise mehr auf, Ende Februar schwanden auch die Sensationen, trotzdem negirte er anhaltend. Ja er war auch jetzt noch karg mit seiner Auskunft, er hätte am liebsten auch jetzt noch ganz geschwiegen, aber es war ihm inzwischen so oft gesagt worden, dass ein Geisteskranker nicht eher als voller Reconvalescent gelte, bis er den Unsinn, den er während der Krankheit im Kopfe gehabt hat, offen erzählt, dass er sich endlich nolens-volens entschloss.

Bei seiner Aufnahme hier, glaubte er, er sei im Abgeordnetenhouse, die Kranken in den Betten wären lauter Abgeordnete. Als er dann nach dem Saale der Ruhigen verlegt wurde, glaubte er erst recht im Abgeordnetenhouse zu sein, der eine Kranke war der Kaiser, ein anderer war Reichensperger, ein dritter Lasker u. s. w. — Die Personenverwechslung bestand aber nicht continuirlich, zeitweis wusste er, dass er in einer Irrenanstalt sei, dass Kranke ihn umgeben. Die delirirten Personen waren auch nicht immer dieselben; hatte er z. B. ein Drama gelesen, dann stellte der oder jener Kranke diese oder jene Person des Stückes vor; Aerzte und Wärter will er immer als solche erkannt haben. Auch bestanden viele Gehörshallucinationen; was

er aber hörte, war meist so verworren, dass er kaum den Inhalt verstand, manchmal hörte er es mehr in Gedanken, als in wirklichen Stimmen. Besonders wenn er gelesen hatte, und mit Vorliebe las er Dramen, gingen ihm hinterher die gelesenen Reden durch den Kopf und wurden stellenweis laut von aussen wiederholt. — Dann hatte er beständig fast ängstliche Vorstellungen. Es war ihm sicher, dass hier Menschen todtgeschlagen wurden, ab und zu hörte er lautes Geschrei und er fürchtete oft, dass die Reihe auch bald an ihn komme.

Alle diese Aeusserungen gab er indess nur bruchstückweis, über Vieles stand er auch jetzt nicht Rede, er wollte nicht alles behalten haben.

Patient war also auch zu einer Zeit, in welcher er äusserlich fast gar nicht auffiel, voll von Delirien gewesen, nur hatte er sie nicht verrathen. Niemals, selbst in den Zeiten seiner heftigsten Erregung, konnte eine solche Verworrenheit vermuthet werden, wie sie factisch bestand.

Patient blieb noch bis zum Juni in der Anstalt. Er ist bis heute (September) ganz so wie in den letzten Monaten in der Anstalt in keiner Weise auffällig gewesen.

Ist allein aus der Symptomatologie des Irreseins, so weit es in der Anstalt beobachtet wurde, eine Diagnose zu machen? — Eine Wahrscheinlichkeits-Diagnose gewiss. Denn wir haben wiederum specifisch ängstliche Vorstellungen, wir haben starke Gereiztheit und die Neigung zu gefährlichen Handlungen, und wir haben das, ich möchte sagen, pathognomische Gemisch von ängstlichen Delirien mit Grössendelirien, eine Erscheinung, deren diagnostische Bedeutung erst nach Mittheilung sämtlicher Fälle nach Gebühr wird gewürdigt werden können — auf der einen Seite fürchtet er für sein Leben und droht mit Todtschlag, auf der anderen sieht er den Kaiser und berühmte Abgeordnete und wenn er es auch nicht eingesteht, er spielt in dem Kreise der von ihm delirirten Grössen gewiss nicht die unbedeutendste Rolle. Und dabei besteht äusserlich in der ersten Zeit vollständige Ruhe, ja er macht äusserlich zuerst den Eindruck fast vollständiger Lucidität — er giebt eine vortreffliche, ganz klare, exacte Anamnese, er zeigt Einsicht für die eben vergangene kranke Zeit — nur sein reservirtes Wesen ist auffällig. Die Unruhen, welche sodann folgen, kommen paroxysmenweis und sie sind mit ascendirenden Sensationen begleitet und mit Wechsel der Gesichtsfarbe. Delirien und Hallucinationen leugnet er während des Anfalls; sie sind auch nicht andauernd, bald ist er gut orientirt, bald nicht und zum Schluss schwinden sie fast plötzlich — der 6. und 7. Februar waren noch Tage heftiger Erregung, am 8. Februar ist er wie umgewandelt. Endlich bestehen nach dem Aufhören der Delirien Sensationen noch einige Zeit fort.

Ich behaupte nicht, dass jede Einzelercheinung ein differentiell-

diagnostisches Kriterium abgiebt, nur die Totalität der Erscheinungen halte ich für characteristisch.

Wer aber solche Fälle nicht gesehen oder nicht eingehend verfolgt hat, dem mag die epileptische Natur eines solchen Irreseins noch nicht für genügend erwiesen gelten. Vielleicht schwinden schon seine Bedenken, wenn er nunmehr das Verhalten des Kranken zur Zeit der incriminirten That erfährt.

Liest man allerdings das Protocoll in den Untersuchungsacten, so erscheint der Kranke als ein gewöhnlicher Dieb. Danach gab er im ersten Verhör zu, dass er die Kette, deren Preis auf wenige Silbergroschen abgeschätzt ist, mit Gewalt abgerissen hätte und zwar in der Absicht, sie zu verkaufen, um sich für das Geld Lebensmittel zu schaffen, denn er besäße augenblicklich keinen Pfennig, um Arbeit hätte er sich bemüht, aber keine bekommen. — Bei der Arretirung fand man ferner bei ihm den abgebrochenen Hals einer Flasche. — Auffällig bliebe auch nach dem Protocoll der Diebstahl eines so werthlosen Gegenstandes und das ganz unnütze Stück Flaschenhals. —

Hören wir jetzt, was der Kranke von dem Vorfall aussagt.

An dem Tage der That, am 22. November, ist er seit 6 Uhr früh auf den Beinen und er irrt den ganzen Tag zwecklos in der Stadt umher, bis er Nachmittags gegen 3 Uhr auf einer Bank im Thiergarten in „Halbschlummer“ fällt. Wo er überall den Tag gewesen, kann er nicht angeben. Die Erinnerung fehlt für die meisten Stunden. Er weiss nur, dass er gegen 8 Uhr Morgens am Görlitzer Bahnhof Kaffee trank, er erinnert sich dunkel, dass er auf dem Dönhofsplatz war und es ist ihm so, als wenn er auch irgendwo etwas zu Mittag gegessen, aber er weiss es nicht bestimmt. Dann weiss er auch nicht, auf welchem Wege er in den Thiergarten kam; die Bank, auf der er lag, glaubt er, war in der Nähe des Brandenburger Thors, aber er erinnert sich nicht, ob er etwa die Linden herunterging, das Brandenburger Thor passirte u. s. w. Nachdem er eine Zeit lang auf der Bank gelegen, ging er im Thiergarten planlos weiter. Für das, was jetzt folgt, ist die Erinnerung vorhanden. Als er bei einem Wärterhäuschen vorbeikam, sah er ein Stück Kette an einem Pfeiler hängen. Im Vorbeigehen fasste er die Kette und riss daran. Der Ring, an dem die Kette befestigt war, fiel aus und er hatte nun die Kette in der Hand. In diesem Augenblick öffnete sich die Thür des Häuschens und ein Schutzmann erschien. Er wollte schnell die Kette in die Tasche bringen, aber der Schutzmann fasste ihn sofort. Ohne Widerstreben liess er sich nach dem Polizeirevier führen, dort wurde ein Protocoll aufgenommen und er sodann nach dem Molkenmarkt befördert. — Dass er im Protocoll ausgesagt, er wollte die Kette verkaufen, will er sich nicht erinnern.

Ich glaube, dass jeder Irrenarzt, der sich mit Epilepsie etwas eingehend beschäftigt hat, aus der Schilderung eines so verlebten Tages, vorausgesetzt dass er sie für wahr hält, für nicht simulirt, in Reimer

sofort den Epileptiker erkennen wird. Man braucht keine Anamnese, man braucht nichts von dem folgenden Irresein zu wissen — solche Tage erleben nur Epileptische.

Wer noch zweifeln sollte, den wird die nun folgende Anamnese belehren.

Heredität negirt er. Die abnormen nervösen Erscheinungen begannen 1866. Bis dahin war er nervös und psychisch vollständig frei. 1863 bis 1866 war er auf der Unteroffizierschule in Potsdam, nie wird dort über ihn geklagt. — 1866 im Juni erkrankte er in Dresden an Typhus, welcher bis zur vollen Reconvalescenz gegen 6 Wochen dauerte. Bald nach dem Typhus stellten sich Schwindelanfälle ein. Plötzlich wurde ihm schwarz vor Augen, die Gedanken gingen fort und er musste sich setzten, um nicht zu fallen. Die Anfälle gingen immer sehr rasch vorüber und kamen durchschnittlich alle 14 Tage — wenn es sehr warm war, kamen sie häufiger. Niemals fiel er in einem Anfall, nie hatte er Krämpfe. Nach manchen Anfällen kam Nasenbluten. — Nach dem Typhus wurde auch sein Character heftig und auch das Gedächtniss soll nicht ganz so gut sein wie zuvor, doch ist objectiv Gedächtnisschwäche nicht zu merken.

Im Winter zu 1869 war Patient bei der Compagnie in Cöln. Die Anfälle sistirten.

Im Sommer 1867 bekam er den ersten Anfall von Irresein. Er schildert ihn als einen Zustand von Angst, Unruhe und Schlaflosigkeit mit sehr heftigem Kopfschmerz und zeitweiligem Nasenbluten. Zeitweis waren auch die Gedanken verworren und unsinnig und ab und zu beging er verkehrte Handlungen. Details will er aber nicht geben.

Die Siegburger Acten — Patient war später einmal in Siegburg — enthalten einige Details über den damaligen Zustand, welcher etwa 4 Wochen dauerte und im Lazareth behandelt wurde. Eines Tages, bis zu welchem er psychisch gar nicht aufgefallen war, lief er aus dem Quartier gegen 10 Uhr fort, übte allein Laufschrift auf freiem Felde, machte Griffe mit dem Gewehr, schrie Hurrah u. s. w. Dann verschwand er und wurde erst gegen 1 Uhr aufgefunden. Als er vor den Arzt geführt wurde, sprach er ganz vernünftig und erzählte, dass er seit einigen Tagen sich unwohl fühle, oft Blutandrang nach Brust und Kopf spüre. Das war Anfang Juni. Mitte Juni wurde er, weil er über nichts mehr klagte, entlassen, musste aber, kaum entlassen, von Neuem aufgenommen werden. Jetzt schrieb er an eine barmherzige Schwester einen Liebesbrief, eine andere Schwester hielt er für einen verkleideten Mann, für einen alten Bekannten, mit dem er zusammen in die Unteroffizierschule eingetreten war, und ging mit einem Messer auf sie los. Manchmal war er ausgelassen lustig, andere Male führte er Schimpfreden und beständig war er so gereizt, dass er bei der geringsten Veranlassung aggressiv zu werden drohte. — Gegen Ende Juli 1869 wurde er geheilt zur Compagnie entlassen.

October 1868 begann der zweite Anfall und dauerte bis gegen Februar 1869. Die ersten Monate wurde Patient wieder im Lazareth behandelt. Als er Januar 1869 nach Siegburg kam, war der eigentliche Anfall vorüber, nur geringe Unruhe und Heftigkeit bestand noch für kurze Zeit. — In den Sieg-

burger Acten figurirt dieser zweite Anfall als „Tobsucht“. Er trug im Lazareth über 14 Tage die Zwangsjacke, er insultirte Wärter, spuckte ihnen in's Gesicht, er zerriss Wäsche, zertrümmerte eine Uhr, demolirte einen Ofen u. s. w. Eines Abends wurde er vermisst, nach vielem Suchen fand man ihn in einem Zimmer in einer Ecke versteckt, er folgte ängstlich, ohne ein Wort zu reden. Einige Tage darauf sagte er, man halte ihn hier zurück, um ihn heimlich um's Leben zu bringen. — Ein Mal fand man auf seiner Brust das Bild der Prinzessin von X. u. s. w.

Nach einem dritten Anfall von Januar bis Juni 1870, den er wieder im Lazareth absolvirte, wurde Patient vom Militär als dienstuntauglich entlassen. Er ging nach seiner Heimath in Ostpreussen, arbeitete einige Zeit als Schreiber auf dem Landrathsamt und trat dann als Commis in ein kleines Geschäft.

Hier kam Juni bis October 1872 ein vierter Anfall, wegen dessen er gleichfalls in ein Lazareth übergeführt werden musste. — Details über die letzten Anfälle verweigert Patient. Er nennt sie Aufregungen, Unruhen mit Kopfschmerzen und ascendirenden Sensationen, will aber nichts von seinen Delirien und Hallucinationen erzählen, obgleich er diese zugiebt. Auch von den Angaben der Siegburger Acten will er nur einen Theil in Erinnerung haben. Indess sind die Aussagen des Patienten in dieser Hinsicht nicht zuverlässig.

In den Intervallen der Anfälle von Irresein kamen ab und zu Schwindelanfälle und zwischen dem dritten und vierten Intervall traten zu den gewöhnlichen Schwindelanfällen einige Male noch zwei- bis dreiwöchentliche Perioden ganz leichter Unruhe und vager Angst hinzu, aber ohne jegliche Delirien — er blieb während dieser Zeiten im Geschäft, konnte sich ordentlich unterhalten, fiel gar nicht auf.

Der fünfte Anfall, der zum Theil in der Charité beobachtet wurde, begann Ende October 1873. In dem Intervall vom vierten zum fünften Aequivalent war Patient von Schwindelanfällen und von Anfällen von Unruhe angeglich ganz frei. Der Anfall begann mit starkem Schläfenschmerz, mit Unruhe und Schlaflosigkeit. Bald gefiel ihm auch die alte Stelle nicht mehr, er gab sie auf, um sich in der Fremde eine bessere zu schaffen. In Königsberg vergisst er seinen Reisekoffer im Wartezimmer, in Bromberg verkauft er — ganz unmotivirt, denn er hat noch Geld — seine Uhr. Eines Tages in Bromberg fällt er auf der Strasse plötzlich besinnungslos zu Boden. Den 1. November kommt er hier in Berlin an, den 4. November wird er arretirt, weil er gegen einen Portier im Rathhause thätlich geworden war — er wollte partout einen Corridor passiren, welchen der Portier für einen verbotenen Gang erklärte, dabei war es zu Streit und schliesslich zu Schlägerei gekommen. Wegen dieses Vorfalles wurde er 14 Tage eingesperrt. Als er am 17. November aus dem Arrest entlassen wurde, will er wieder ziemlich klar gewesen sein. Den 18. November sah er sich nach einer Stelle um, fand aber keine. Vom 19. November ab wurde er wieder unruhiger, benommener. Vom 22. November kennen wir bereits die Anamnese.

Jetzt wird Niemand an der Epilepsie des Reimer zweifeln.

Vergleichen wir Reimer mit Osmer's, so gehen bei Beiden dem ersten Irreseinsanfall abnorme nervöse Erscheinungen mit Character-

änderung voraus, bei Reimer sind es petit mal Anfälle, bei Osmer's sind es anfallsweis kommende Kopfschmerzen mit Schwindel, die, isolirt betrachtet, als sichere epileptische Erscheinungen nicht anzusprechen sind, in dem individuellen Falle aber doch wohl als eine Varietät der petit mal Zustände aufgefasst werden müssen. Wir treffen auch bei anderen Epileptischen anfallsweis kommende Sensationen, die nicht den Habitus ausgesprochener petit mal Anfälle tragen. Beide Kranke haben nie einen epileptischen Krampfanfall gehabt. Das Irresein Beider lässt leicht bei der noch so grossen Verschiedenheit in den Einzelheiten gewisse gemeinsame Grundcharacterere erkennen: Bei Beiden finden wir die specifisch ängstlichen Delirien mit der Neigung zu gewaltsamen Handlungen, bei Beiden das eigenthümliche Gemisch ängstlicher Delirien mit Grössendelirien, bei Osmer's freilich nur andeutungsweise, viel ausgesprochener bei Reimer, Beide äussern während des Irreseins fast nie ihre Delirien, Beide machen zeitweis äusserlich den Eindruck fast vollständiger Lucidität, bei Beiden zeigt das Irresein Remissionen, ganz deutlich bei Osmer's, andeutungsweise auch bei Reimer — letzterer war etwa in der Mitte des ersten Anfalls geheilt aus dem Lazareth entlassen — bei Beiden dauern die specifischen Sensationen während der Anfälle fort, sie leiten frische Exacerbationen ein und sie drücken selbst noch dem Intervall ein charakteristisches Gepräge auf.

Nur erwarte man nicht eine vollständige Copie des einen Falles durch den anderen. So verschieden das Geistesleben zweier selbst möglichst gleichartiger Naturen, die sich selbst noch unter relativ gleichen Bedingungen entwickelt haben mögen, in unendlichen Variationen des Vorstellens, Empfindens und Wollens sich gestaltet, so ungeheuer verschieden sind auch individuelle Differenzen in gleichartigen Krankheitsfällen ausgeprägt. Und das gerade macht die Psychiatrie zu einer so schwierigen Disciplin. Ja manchen Irrenärzten scheint die Schwierigkeit eine unüberwindliche, sie halten die Erkenntniss des Gleichartigen und Typischen unter den individuell so unendlichen Differenzen für unmöglich. Dann gäbe es aber gar keine klinische Psychiatrie — und in der That wird ja die klinische Seite der Psychiatrie, besonders leider bei uns in Deutschland, ganz unverantwortlich vernachlässigt. Aber es herrscht eine Gesetzmässigkeit auch für die Geisteskrankheiten und man wird sie finden, wenn man sie nur überall ernst und eifrig suchen wird.

Characteristisch ist ferner für Osmer's und Reimer der Verlauf in relativ rasch recidivirenden Anfällen. Periodische Manien, das will

ich noch einmal betonen, recidiviren sehr selten so rasch, die Intervalle dauern bei ihnen meist mehrere Jahre. Ausnahmsweise kommt einmal auch bei ihnen ein annähernd so rasches Recidiviren vor. So habe ich in Stephansfeld einen 47jährigen periodischen Maniacus, welcher mit 23 Jahren den ersten Anfall bekommen hatte, in seinem 8. Recidiv gesehen. Aber solche Fälle sind sehr selten, und dann ist die differentielle Diagnose zwischen Manie und protrahirtem Aequivalent keine schwierige. Ich halte darum den rasch recidivirenden Verlauf für ein pathognomisches Zeichen des protrahirten psychisch-epileptischen Aequivalents.\*)

Hören wir von einem Irreseiu, welches in rasch aufeinander folgenden Anfällen auftritt, so haben wir Grund — selbst ohne Kenntniss der Anamnese und der Symptomatologie des Irreseins — an ein epileptisches zu denken, hören wir weiter, dass das Irresein kein maniacalisches ist, so wird es schon sehr wahrscheinlich, dass es ein epileptisches ist, hören wir endlich, dass die Anfälle relativ rasch verlaufen, in Wochen oder in ein bis zwei Monaten, so können wir eine fast absolut gewisse Diagnose stellen.\*\*) Denn es ist Regel, dass die Anfälle rasch verlaufen, so protrahirte Anfälle wie die von Reimer bilden schon eine Ausnahme.

Doch ist das rasche Recidiviren kein nothwendiges Desiderat. Die folgenden Fälle zeigen grössere Intervalle bei relativ rasch verlaufenden Anfällen.

### Neunter Fall.

Heredität negirt. Vom Jahre 1860 an abnorme nervöse Erscheinungen. 1862 zwei epileptische Krampfanfälle. In den Jahren 1863, 66 und 74 Anfälle von Irresein von je 3 Monat Dauer. Das Irresein hat die Form des Falret'schen petit mal intellectuel.

Michaelis, 29 Jahr, Arbeiter, wurde den 27. März 1874 aufgenommen. Er kam von einer inneren Abtheilung der Charité als „Delirant“. Ich traf

\*) Dass das einfache hystero-epileptische Aequivalent gleichfalls durch rasches und vielfaches Recidiviren ausgezeichnet ist, wurde oben bereits erwähnt.

\*\*) Jede Regel hat Ausnahmen und die psychiatrischen Regeln nicht minder. Ich habe selbst in Stephansfeld bei einem hereditär stark belasteten, originär etwas schwachsinnigen, aber nicht epileptischen Geisteskranken eigenthümliche melancholische Anfälle gesehen, welche rasch verliefen und relativ rasch (in ein halb bis zwei Jahren) recidivirten. Das Irresein erinnerte nicht an epileptisches Irresein. — Solche Fälle sind aber ganz ausserordentlich selten, sie bilden selbst bei stark Hereditären nur ganz vereinzelte Ausnahmen.

ihn äusserlich ruhig, ohne Tremor. Sein Gesichtsausdruck war benommen, der Blick oft misstrauisch. Er sass aufrecht im Bett und lachte ab und zu vor sich hin. Spontan hatte er seit der Aufnahme kein Wort gesprochen. Auf Fragen reagierte er sehr träge, selbst auf die einfachsten Fragen nach Name, Stand, letzter Wohnung, Datum u. s. w. war nur schwer Antwort zu erhalten — die Fragen mussten mehrmals eindringlich wiederholt werden und er musste ordentlich aufgerüttelt werden, sonst antwortete er nicht. Auf anamnestiche Fragen antwortete er so gut wie gar nicht, er wollte wegen einer Brustkrankheit hergekommen sein. — Da er ganz den Eindruck eines Stupors nach epileptischen Anfällen machte, wurde er auf Anfälle examiniert, aber er gab keine präcise Antwort. Ebenso wollte er über seine Heiterkeit sich nicht expliciren. Als ich aber nach ängstlichen Delirien fragte, antwortete er ziemlich rasch bejahend. In der alten Charité wäre es nicht mit rechten Dingen zugegangen, der Kerl neben ihm im Bett, der hatte es besonders auf ihn abgesehen, auch die anderen schlichen so tückisch um sein Bett herum, es hätte gewiss was gegeben, wenn er noch länger dageblieben wäre.

Hier wollte er von Angst ganz frei sein und er leugnete jegliche Delirien, Hallucinationen und Sensationen.

Dieser Zustand hielt mehrere Tage unverändert an.

Am 1. April stand er auf und fing sich etwas zu beschäftigen an, aber die träge Reaction dauerte bis gegen Ende der ersten Woche des April.

Vom 13. April ab fiel er nicht mehr auf. Den 20. April wurde er entlassen.

Er gab folgende Anamnese:

Patient ist originär mässig schwachsinnig, darum bleiben die anamnestiche Angaben mangelhaft.

Heredität negirt er. Im 8. Jahre machte er einen achtwöchentlichen Typhus durch. Im Jahre 1860, in seinem 15. Jahre etwa, bekam er Hinterkopfschmerzen, welche 1861 nach einem Schreck — nach einem Fall in's Wasser — stärker und häufiger wurden. Sie kamen jetzt alle 2 bis 4 Wochen und hielten regelmässig fast einen ganzen Tag an, waren aber nie mit Schwindel, Schwarzwerden, Mattigkeit u. s. w. verbunden.

Etwa ein Jahr nach dem Schreck — im Mai 1862 — bekam er, ohne anzugebendes Motiv, einen epileptischen Krampfanfall: Er stand am See und blickte auf's Wasser; plötzlich war es ihm, als wenn das Wasser über seinen Kopf wegging, er fiel bewusstlos und krampfte.

Den Tag darauf hatte er einen zweiten epileptischen Krampfanfall, ohne Aura.

Im August 1863 kam der erste Anfall von Irresein und dauerte etwa 2½ Monat. Auskunft über das Irresein ist freilich qua Null. Der Meister schickte ihn wegen „Tiefsinn“ nach Hause. Während des Irreseins hatte er häufig anfallsweis Hitzegefühle in der Stirn mit Unruhe.

Ein zweiter Anfall begann gegen Weihnachten 1866 und dauerte gegen 3 Monate.

Der dritte, letzte Anfall datirt seit Januar 1874. Auch über diesen Anfall sind die Angaben qua Null. Er wurde still, es kam in den Kopf, so

schwielig, so durcheinander, so ängstlich und auch immer so lächerlich im Kopf, so Raserei, er konnte sich nicht vertragen. — Auch hier noch glaubte er, die Leute wollten ihn schlagen, auf ihn eindringen, der Teufel wäre unter dem Bett u. s. w. — Sehr oft hatte er während des letzten Anfalls „Neigung zum Schlaf“ — „Ohnmachtsinken“, aber ohne dass er fiel, dass schwarz wurde.

Einen epileptischen Krampfanfall hat er seit 1862 nicht wieder gehabt. In den Intervallen der Anfälle hat er, aber nur selten, mässigen Hinterkopf- und Stirnschmerz ohne Schwindel, Schwarzsein.

Trotz der Dürftigkeit der Anamnese und des Status ist der Fall klar. Das Irresein ist ein specifisch epileptisches. Beim ersten Anblick machte der Kranke den Eindruck des epileptischen Stupors, nur war hier der Stupor nicht Krampfanfällen gefolgt, sondern er bildete einen Theil des Aequivalents.

Wiederum verläuft das protrahirte Aequivalent in relativ rasch verlaufenden, oft recidivirenden Anfällen.

Eigenthümlich für diesen Fall sind seine epileptische Antecedentien.

### Zehnter Fall.

Heredität. Im 20. und 27. Jahre Anfälle von Irresein von je 2 Wochen Dauer. Das Irresein hat die Form des Falret'schen petit mal intellectuel. Keine epileptische Antecedentien. Keine epileptische Erscheinungen im Intervall.

Rhinow, Knecht, 27 Jahr, wurde den 1. Mai 1874 aufgenommen. Nach den Angaben des begleitenden Attestes hatte Patient schon vor 7 Jahren einen Anfall von Irresein gehabt, einen „Tobsuchtsanfall“ von circa 14 tägiger Dauer.

In der ganzen Zwischenzeit bis zum jetzigen Anfall war er vollkommen frei.

Der jetzige zweite Anfall begann vor etwa 2 Wochen. Patient wurde reizbar und streitsüchtig. Zeitweis war er zerstreut, wie geistesabwesend. Eines Morgens wurde er vermisst, man fand ihn in einem Winkel hinter der Scheune versteckt „schlafend“. Als er geweckt wurde, begann er ausserordentlich heftig zu werden; der geringste Widerspruch, ja selbst nur die Gegenwart solcher Personen, mit denen er früher ab und zu einmal eine Controverse gehabt hatte, führte zu heftigen Zornausbrüchen. In den nächsten Tagen wurde die Gereiztheit noch stärker, es kam zu förmlichen Wuthanfällen. — Erst in den letzten Tagen war (unter Chloralgebrauch) allmählich etwas Beruhigung eingetreten.

Bei der Aufnahme war der eigentliche Anfall vorüber. Patient war Convalescent. Die geringe Aengstlichkeit und Benommenheit, die noch bestand, verlor sich in einigen Tagen. Patient wurde den 18. Mai entlassen. Er gab folgende Anamnese:

Vater starb geisteskrank durch Selbstmord, Mutter ist epileptisch.

Bis zum 20. Jahre, bis zum ersten Anfall, war er von abnormen nervösen und psychischen Erscheinungen vollständig frei. Auch intellectuell ist er ordentlich entwickelt.

Der damalige Anfall begann mit einem petit mal Zustand. Plötzlich, während er auf der Wiese arbeitete, wurde ihm schwarz vor Augen und schwindlig, er musste die Arbeit aufgeben und nach Hause gehen. Wie er auf den Hof kam, fiel ihm die Sense aus der Hand und er stürzte bewusstlos zusammen, hatte aber, wie ihm gesagt wurde, keine Krämpfe. Als er zu sich kam, soll er stark getobt haben. Für den 14 tägigen Anfall fehlt die Erinnerung fast ganz.

Von da ab bis zum jetzigen Anfall — also 7 Jahre — war er psychisch und nervös wieder vollständig frei. Er war inzwischen Soldat, machte den Feldzug mit u. s. w.

Der jetzige Anfall datirt seit Mitte April. Eines Tages wurde ihm, auch ziemlich plötzlich, „so unwohl“ bei der Arbeit — ihm wurde nicht schwarz oder schwindlig, nur „unwohl“ — und er wurde so schlapp, dass er nicht weiter arbeiten konnte. Diese Schlaptheit hielt mehrere Tage an. Als er am 20. April wieder zu arbeiten anfangen wollte, kam er sofort mit seinem Dienstherrn in Zank. Am Abend des 21. April schlug er auf seinen Bruder ganz blind mit einem Stock los. Er arbeitete aber weiter bis zum 25. April. In der Nacht zum 26. April hielt er es vor Angst und Unruhe in dem Stall nicht aus; wie er aber hinter die Scheune kam, weiss er nicht recht, denn, wenn er nicht irrt, ist er vom Stall direct auf's Feld gelaufen. Als er am Morgen des 26. April geweckt wurde, wollte er wieder an die Arbeit, aber bald kam es an ihn: Er lief wild auf dem Hof herum, plauderte quatsch, schlug um sich und soll endlich in ein Wasser gefallen sein — er weiss nichts aus Erinnerung, es ist ihm so erzählt. Kaum war er darauf in's Bett gebracht, so soll er von Neuem „besinnungslos getobt“ haben. . . . Die Erinnerung fehlt für mehrere Tage fast ganz.

Auch dieser Fall ist klar. Schon nach den Angaben des Attestes konnte die Diagnose auf petit mal intellectuel mit Sicherheit gestellt werden. Zweifelhaft blieb vor der Hand, ob das petit mal ein Aequivalent war oder ein Folgezustand eines epileptischen Anfalls. Die spätere Anamnese konnte diese Frage auch nicht sicher entscheiden. Es bildet daher dieser Fall einen natürlichen Uebergang zur folgenden Gruppe.

Die protrahirten Aequivalente wurden bisher meist fälschlich bald als Melancholien, bald als Manien geführt, sie sind klinisch aber als nichts anderes aufzufassen denn als protrahirte epileptische Aequivalente.

Ueber die Prognose soll am Schluss der ganzen Arbeit im Zusammenhang gesprochen werden.

Die gewöhnlichen Irrenanstalten geben selten Gelegenheit, die Aequivalente zu beobachten. Das einfache psychisch-epileptische

Aequivalent verläuft so rasch, dass, ehe die Formalitäten der Aufnahmebedingungen erfüllt sind, meist volle Reconvalescenz eingetreten ist. Die practischen Aerzte müssen sich daher an das Studium der Fälle machen, vor Allem sind über die Recidivfähigkeit des einfachen Aequivalents Erfahrungen zu sammeln. Aber auch das protrahirte Aequivalent findet sich nur selten in Anstalten. In Stephansfeld habe ich in fast anderthalb Jahren unter einem durchschnittlichen Bestand von 800 Kranken keinen einzigen Fall zu sehen bekommen. Aber dass die Fälle keine Raritäten sind, zeigt die hiesige Aufnahme.

Zum Schluss will ich noch besonders hervorheben, dass alle aufgeführte Fälle sowohl des einfachen wie des protrahirten Aequivalents Epileptische betrafen, welche entweder nur wenige, ganz vereinzelte Krampfanfälle hatten oder, was häufiger war, solche Epileptische, welche niemals einen epileptischen Krampfanfall gehabt hatten.

(Fortsetzung folgt.)

---