

## IV.

**Epileptische Irreseinsformen.**

Von

**Dr. P. Samt,**

erstem Assistenzarzt an der Irrenabtheilung der Königl. Charité.

(Schluss.)

Während es für die Formen des einfachen und protrahirten (recidivirenden) Aequivalents einer längeren Auseinandersetzung bedurfte, um sie als epileptische Irreseinsformen darzuthun, wird das Irresein, welches in unmittelbarer Verbindung mit epileptischen Anfällen auftritt, meist im Anschluss an epileptische Krampfanfälle, allgemein als epileptisches bezeichnet. Jede Anstalt hat genügend Exemplare solcher Irreseinsfälle und die Casuistik dieser Fälle ist eine sehr reichhaltige. Es könnte daher überflüssig scheinen, von Neuem das postepileptische Irresein zu besprechen. Wenn ich es trotzdem unternehme, so geschieht es nicht in der Absicht, die Casuistik etwa um einige pikante pathologische Mordgeschichten zu vermehren oder einzelne Verbrechen als Handlungen unzurechnungsfähiger Epileptischer darzustellen und dergleichen, der Zweck ist vielmehr ein rein klinischer, es soll dargelegt werden, dass das postepileptische Irresein qua Irresein ein specifisches ist. Dieser Nachweis, welcher an der Hand von Beobachtungen geführt werden soll, wird die von Falret gegebene allgemeine Schilderung des epileptischen Irreseins, die ja hauptsächlich eine Schilderung postepileptischer Irreseinszustände ist, in ihren Hauptzügen bestätigen, er wird aber ferner eine Reihe von Erscheinungen ergeben, welche bisher als specifisch epileptische noch nicht beschrieben sind, selbst nicht in der sonst wahrhaft classischen Falret'schen Arbeit, Erscheinungen, auf welche ich besonderes Gewicht legen muss, weil sie mit zu den besten pathognomonisch-epi-

leptischen gehören. Erst nachdem ich diese Erscheinungen als epileptische kennen gelernt hatte, wurde es mir möglich, eine Gruppe von Fällen, welche bisher von keiner Seite als epileptische aufgefasst wurden, gleichfalls der Epilepsie zuzurechnen und ihnen somit die ihnen gebührende nosologische Stellung zu geben. Diese Fälle werden in der IV. Abtheilung besprochen werden.

Ich weiss sehr wohl, dass diese Art psychiatrischer Arbeit gegenwärtig, speciell in Deutschland, sehr wenig Anklang findet. Es ist sehr vielen Irrenärzten vollständig gleich, wie der und jener Geisteskranke klinisch am richtigsten aufzufassen ist. Nichts desto weniger bleibt das klinische Studium, das wiederhole ich immer von Neuem, das wichtigste in der Psychiatrie. Wer sich allerdings begnügt, jeden stammelnden Geisteskranken „paralytisch“, jeden aufgeregten „maniacalisch“ und jeden niedergeschlagenen „melancholisch“ zu nennen, wer sich mit den famosen Bezeichnungen „verwirrt, allgemein verrückt“ u. s. w. in sehr vielen Fällen schon vollständig zufrieden giebt, mit dem ist nichts zu wollen, für den ist die Psychiatrie ja fertig. Mit dem hat sich aber der wissenschaftliche Irrenarzt auch gar nicht weiter zu befassen, denn der steht auf ziemlich demselben Standpunkte, auf dem ein alter, guter Irrenwärter steht, denn das kann ein erfahrener Irrenwärter ebenso gut sagen wie er, dass ein stammelnder Geisteskranker paralytisch ist und er kann einen aufgeregten Geisteskranken ebenso gut „maniacalisch“ nennen wie er. Wer aber mit dieser Wärterclassification die Psychiatrie noch nicht erschöpft zu haben glaubt, wer über jeden Geisteskranken, der neu zur Beobachtung kommt, sich gern das möglichst richtigste klinische Urtheil schaffen will, wem es auf klinische Diagnose und Prognose ankommt und wer die Gesetzmässigkeit erkennen möchte, nach welcher die verschiedenen Gruppen der Geisteskrankheiten sich entwickeln und verlaufen, genug der Irrenarzt, welcher klinisch Psychiatrie treibt und welcher weiss, dass für eine sehr grosse Zahl von Geisteskranken gegenwärtig noch so gut wie gar kein klinisches Urtheil möglich ist, welcher weiss, dass das klinische Studium der Geisteskrankheiten ein ungeheuer schwieriges ist, etwas schwieriger als Glia zupfen und Schnitte färben, welcher weiss, wie unsäglich Mühe es kostet, aus der grossen Masse der klinisch noch unbekannten Geisteskranken einzelne gleichartige Fälle herauszuheben und sie zu einer klinischen Gruppe neu zu formiren — diese Irrenärzte werden verstehen, dass in der That etwas gewonnen ist, wenn einer bisher unbekannten Gruppe von Geisteskranken ihre richtige nosologische Stellung angewiesen wird.

## III.

**Das acute postepileptische Irresein.**

Mit diesem Namen bezeichne ich sämmtliche Irreseinszustände, welche in unmittelbarer Verbindung mit epileptischen Anfällen vorkommen und acut verlaufen. Da das Irresein in der Regel dem Paroxysmus folgt, so empfiehlt sich — a potiori — der Name des postepileptischen Irreseins. Dasselbe zeigt viele Varietäten, welche ich der Reihe nach aufführen werde. Das Falret'sche petit und grand mal intellectuell erschöpft durchaus nicht alle Formen. Eine ausführliche Casuistik ist nothwendig, weil sie den Schlüssel zum Verständniss der folgenden Gruppe abgiebt.

**Elfter Fall.**

Holtzheimer, 18 Jahr, wurde den 17. October 1874 aufgenommen. Er musste in den Wachsaal geführt werden, weil er so taumelig, so unsicher auf den Beinen war, dass er, ununterstützt, gefallen wäre. Beim Entkleiden, beim Baden, beim Zubettlegen hatte er kein Wort gesprochen, weder spontan noch auf Aufforderung. Während der ersten halben Stunde sass er viel aufrecht im Bett und versuchte von Zeit zu Zeit aus dem Bett zu klettern. Nähernten sich die Wärter, um ihn zurückzuhalten, so schlug und biss er um sich; dabei war er aber stets ganz stumm. Sodann legte er sich hin und blieb ruhig liegen.

Als ich ihn bei der Abendvisite, eine Stunde nach der Aufnahme, sah, lag er ruhig mit offenen, stieren Augen und reagierte ungemein träge auf Fragen — er musste aufgerüttelt und laut angeschrien werden, sonst antwortete er überhaupt nicht. Die wenigen Antworten, die er gab, erfolgten, trotzdem er sich sichtlich Mühe gab, meist verkehrt. So gab er sein Alter einmal auf 15, einmal auf 16 Jahre an. Als er nach seinem Geburtsjahr gefragt wurde, sagte er, nachdem die Frage mehrfach eindringlich wiederholt war, 1600. Den Personen der Umgebung gab er falsche Namen und er glaubte im Waisenhause zu sein. Wenige Male sprach er spontan unverständliche Wortcombinationen, in denen das Wort „Angst“ häufig vorkam. Nach Angst gefragt, sagte er: „Angst in meinem Leben nicht.“ Die Zunge wollte er auf wiederholte Aufforderung nicht zeigen und dem Oeffnen des Mundes setzte er starken Widerstand entgegen.

Puls und Temperatur, dies sei hier ein für alle Mal bemerkt, sind nicht abnorm, sobald sie nicht direct erwähnt werden.

Die Nacht zum 18. October schlief er durch — auf 2 Grm. Chloral.

Am Morgen des 18. October antwortete er auf gewöhnliche Fragen schon richtig, war aber noch stark benommen und er wusste nicht, wann und wie er hergekommen war und was am Abend vorher mit ihm vorgegangen wäre.

Am rechten Zungenrande zwei Bisswunden. \*)

Am 20. October verliess er das Bett, psychisch frei. — Nach einigen weiteren Tagen wurde er entlassen.

Anamnestic gab er an, dass er seit 2 Jahren epileptisch sei, dass der Anfall am Tage der Aufnahme sein 6. Anfall war und dass er nach allen früheren Anfällen immer sehr rasch zu sich gekommen war. Mutter's Schwester ist epileptisch.

Dieser Fall gehört zu den allergewöhnlichsten. Er zeigt einen einfachen postepileptischen Stupor, wie er den allermeisten epileptischen Krampfanfällen zu folgen pflegt, nur ist der Stupor in diesem Falle viel länger protrahirt als es Regel ist. Trotzdem wird eine kurze Analyse von Vortheil sein.

Der Stupor des Holtzheimer ist ein specifisch epileptischer. Am Abend der Aufnahme wusste ich nichts von der Anamnese und ich sah nicht die Bisswunden an der Zunge, dennoch konnte ich Epilepsie diagnosticiren.

Wird ein Melancholischer, der sich im Stupor befindet, in's Zimmer geführt, so taumelt er nicht in einer Weise, dass er umzufallen droht; er folgt entweder willig oder er widerstrebt energisch oder er lässt sich auch wohl fallen und am Boden hinziehen, aber er taumelt nicht. Wird ein Melancholischer im Stupor angesprochen und reagirt er, so reagirt er nicht in einer Weise, wie es unser Kranker thut; wenn er überhaupt antwortet, so giebt er richtig Name, Alter, Geburtsjahr u. s. w., niemals wird er das Geburtsjahr auf 1600 angeben und er weiss ganz gut sein Alter. Spricht ein Melancholischer im Stupor spontan von Angst, so malt sich die Angst schon deutlich in seinen Zügen, er wird ängstlich-dyspnoisch athmen und er wird das Wort „Angst“ in irgend einer Satzverbindung oder Interjection vorbringen, etwa: „Ich habe Angst“ oder „Ach Gott die Angt“, niemals aber wird das Wort „Angst“ in einem vollständig unverständlichen Convolut von Worten ausgesprochen, wie es bei unserem Kranken geschah. Spricht der Melancholische aber einmal spontan von Angst, so wird er auf die Frage „Sie haben Angst“ mit „Ja, Sehr“ u. dergl. antworten, er wird dabei vielleicht auf das Epigastrium zeigen, niemals wird er antworten

---

\*) Ich halte Bisswunden an Zunge und Lippen, von deren Entstehung der Kranke nichts weiss, für das einzige somatische Symptom, welches mit Sicherheit einen epileptischen Anfall anzeigt. Alle sonstigen somatischen Erscheinungen, wie purpuraähnliche Ecchymosen im Gesicht, subconjunctivale Ecchymosen, selbst unbewusste Dejection von Harn und Koth u. s. w. können trügen.

„Angst in meinem Leben nicht“, wie es unser Kranker gethan. Will der Melancholische im Stupor aus dem Bett setzen, und das wäre schon etwas Seltenes, so lässt er sich vom Wärter doch vielleicht noch zusprechen oder er ringt beständig mit dem Wärter, aber niemals wird er, so wie der Wärter sich dem Bett nähert, plötzlich um sich schlagen und zu beissen suchen u. dergl. mehr. Also eine Verwechslung des postepileptischen Stupors von Holtzheimer mit dem Stupor eines Melancholischen kann fast nie eintreten.

Eher wäre eine Verwechslung des postepileptischen Stupors mit dem symptomatischen Stupor organischer Hirnkrankheiten möglich,\*) besonders was die Art der sprachlichen Reaction betrifft. Ich habe z. B. mehrmals Kranke mit tuberculöser Meningitis taumelnd auf die Station kommen sehen; sie hatten einen stieren Blick und reagirten sehr schwer und, wenn sie reagirten, antworteten sie fast ganz wie Epileptische im Stupor, sie könnten nicht den Stand, Alter, Jahreszahl u. s. w. sagen, ja sie sprachen manchmal, was ja auch Epileptische im Stupor häufig thun, ganz wie Apathische; sie kletterten auch von Zeit zu Zeit aus dem Bett und machten selbst Miene um sich zu schlagen und zu beissen, wenn der Wärter sie zurückzuhalten suchte — aber die Verwechslung wird nur kurze Zeit dauern können, denn es finden sich eventuell Lungenerscheinungen oder es tritt Nackenstarre hinzu, Fieber, Gesichtsnervenlähmungen u. s. w., während unser Kranker am anderen Morgen fast klar erwachte — ohne Erinnerung für das, was am Abend zuvor mit ihm passirt war.

Characteristisch ist demnach für Holtzheimer der rasche Verlauf des Stupors, die eigenthümliche sprachliche Reaction, die intercurrenten gewaltsamen Handlungen, welche auf ängstlichem Hintergrunde erfolgen — gleichsam zur Abwehr schrecklichster Gefahr — und der nachträgliche Erinnerungsdefect, auch der taumelnde Gang.

Die Erscheinungen des Stupors sind also spezifische, welche allein eine Diagnose auf Epilepsie zulassen.

### Zwölfter Fall.

Schulze, 21 Jahr, wurde den 22. November 1873 aufgenommen. Es kostete grosse Mühe, ihn zu entkleiden, da er den heftigsten Widerstand leistete, um sich schlug und auch beissen wollte. Im Bett blieb er nur kurze Zeit still liegen, dann sprang er in den Saal, und es hatten mehrere kräftige

---

\*) Ich komme auf diesen Punkt an einer anderen Stelle zurück.

Wärter vollauf zu thun, ihn wieder ins Bett zurückzubringen — so ungeberdig wehrte er sich.

Inzwischen wurde ich gerufen. Die Wärter sagten, dass er bisher auf keine Frage geantwortet hätte. Spontan hatte er von Zeit zu Zeit „Hülfe“ gerufen, sonst aber hatte er kein Wort gesprochen. Auch mir antwortete er auf keine Frage. Ich liess ihn isoliren. Als ihm zu diesem Zwecke fester Rock und feste Schuhe angezogen werden sollten, gab es wieder einen langen, harten Kampf, er wehrte sich auf das hartnäckigste, aber ohne ein Wort zu sprechen.

In der Zelle verhielt er sich im Ganzen ruhig, manövrirte nur ein bisschen am Strohsack und an den Kleidern herum. Essen verweigerte er, er schlug es von sich.

Den 23. November bei der Morgen- und Abendvisite war er stumm, er reagierte auf keine Frage und sprach auch spontan den Tag über nie etwas. Er verweigerte noch Essen.

Den 24. November bei der Morgenvisite noch vollständig stumm. Bei der Abendvisite wurde er in tiefem Schlaf angetroffen.

Am 25. November Früh war er klar und hatte keine Erinnerung für die letzten Tage. Er kam in den gemeinschaftlichen Saal zurück.

Da seine Epilepsie schon alt war und die Anfälle sehr häufig kamen, überdies starke Demenz bestand, wurde er bald nach der städtischen Pflegeanstalt transferirt.

Auch dieser Stupor war als epileptischer zu diagnosticiren. Hier bestand während der ganzen dreitägigen Dauer sprachlich absolute Reactionslosigkeit, und die Paar Worte, die spontan geäussert wurden, deuteten auf Angst, und dazu kam noch ausserordentliche Heftigkeit und Widersetzlichkeit — sofortiges Umsichschlagen und Umsichbeissen. Ferner endete der Stupor rasch und hinterliess einen Erinnerungsdefect.

Es sind also fast ganz dieselben Erscheinungen wie im vorigen Falle: Fehlende sprachliche Reaction, Angst, gewaltsame Handlungen, rascher Verlauf des Stupors und Erinnerungsdefect. Die Angst wird hier etwas deutlicher geäussert und die sprachliche Reaction fehlt ganz, das sind die einzigen, ganz unwesentlichen Unterschiede.

### **Dreizehnter Fall.**

Vehowski, 23 Jahr, wurde den 21. September 1874 aufgenommen. Er blieb ruhig im Bett. Die Augen waren offen, stier. Oft faltete er die Hände wie zum Gebet und blickte stier zur Decke. Er sprach spontan kein Wort und auf Fragen antwortete er nur dann, wenn er aufgerüttelt und laut angeschrien wurde. Es kostete Mühe, Alter, Name, Stand herauszubringen, aber er gab diese Antworten richtig; auf weitere Fragen hörte er indess bald zu antworten auf.

An der Zunge war eine Bisswunde.

Die Nacht zum 22. September war er ruhig. Excremente gingen in's Bett.

Am 22. September war der Stupor noch tiefer. Heute antwortete er absolut nicht und er verweigerte auch Nahrung. Einmal im Laufe des Tages stand er aus dem Bett auf, ging mit gefalteten Händen auf einen Wärter zu und kniete vor ihm nieder — aber immer stumm.

Die Nacht zum 23. September schlief er.

Am 23. September war er klar. Die Erinnerung fehlte für die letzten Tage fast ganz.

Seine Epilepsie besteht seit 1866. Häufige Anfälle, Demenz. Anfall am Tage der Aufnahme. — Mutter epileptisch.

Patient wurde von Verwandten bald herausgenommen.

Wie in den vorigen Fällen besteht auch hier fast ganz stummer Stupor, der rasch günstig verläuft. Es fehlen gewaltsame Handlungen, und wir sehen somit, dass diese kein durchaus nothwendiges Attribut des epileptischen Irreseins sind. Dafür treten aber neue Erscheinungen auf, ich meine die Handlungen, welche auf religiöse Vorstellungen deuten: Patient kniet vor dem Wärter, wahrscheinlich, weil er ihn für Gott hält. — Ich komme auf diesen Punkt noch sehr häufig zurück, er ist wichtiger, als er auf den ersten Anblick scheint.

### Vierzehnter Fall.

Daubitz, 25 Jahr, wurde den 29. Juni 1874 aufgenommen. Bald nach der Aufnahme wollte er einige Male aus dem Bett setzen, aber er liess sich leicht zurücklegen, er opponirte nicht. Patient sprach nicht. Nur als er bei der Visite ordentlich aufgerüttelt und laut angeschrien wurde, äusserte er „Wir wollen nach Danzig fahren“ und bald darauf „Wir wollen lieber gleich in den Himmel fahren“. Sonst aber brachte er kein Wort heraus, nannte nicht Name, Stand u. s. w. und blieb den Tag über vollständig stumm.

Der Gesichtsausdruck hatte etwas eigenthümlich Starres, war aber nicht besonders ängstlich, sondern eher wie erstaunt und ab und zu lächelte er sogar vor sich hin. (Cf. Fall 24 und 38.)

Gegen Abend fing er an fortwährend in's Bett zu spucken. Den Wärter, der ihn aufmerksam machte, dass ein Spucknapf neben dem Bett stände, schlug er in's Gesicht.

Die Nacht war er isolirt.

Den 30. Juni blieb er ruhig im Bett — stumm. Einmal nannte er den Namen, sonst sprach er kein Wort.

Die folgende Nacht schlief er im gemeinschaftlichen Wachsaal.

Den 1. Juli wusste er bereits, dass er in einem Krankenhause sei und er antwortete auf gewöhnliche Fragen richtig, wenn auch noch sehr träge.

Aber noch den 2. Juli antwortete er auf die Frage, in welchem Monat wir seien „Ihr Vater ist in Potsdam.“ Die letzten beiden Tage hatte er auch noch viel, unmotivirt, gelacht.

Etwa vom 4. Juli ab wurde er ganz frei.

Die Krämpfe bestanden schon seit Jahren und er hatte schon einige Male nach den Anfällen mehrtägigen Stupor gehabt. Der letzte Anfall traf ihn unterwegs — er war als Schiffer auf der Reise von Stettin nach Berlin — aber er weiss nicht wo und wann, er weiss nicht, wie er nach Berlin gekommen ist und er weiss fast nichts von den ersten Tagen seines hiesigen Aufenthalts. Erst vom 2. Juli ab ist die Erinnerung wieder ziemlich gut.

Da die Anfälle immer lange pausirten, wurde er auf seinen Wunsch den 11. Juli entlassen.

Wir haben wiederum rasch verlaufenden Stupor mit Erinnerungsdefect und die sprachliche Reaction fehlt ganz. Nur ein einziges Mal äussert sich Daubitz, und wie charakteristisch ist diese einzige Aeusserung! Dass ein Melancholischer im Stupor oder ein Verrückter im Stupor, wenn er überhaupt antwortet, auf Fragen nach Name, Stand u. s. w. nicht mit „Wir wollen nach Danzig fahren“ und „Wir wollen lieber gleich in den Himmel fahren“ antworten wird, liegt auf der Hand. Es sind hauptsächlich zwei Kategorien von Kranken, welche die gleiche Aeusserung machen könnten, nämlich alcoholische Deliranten und Maniacalische. Ein Delirant könnte wohl die gleichen Worte sagen, er wird dann aber nicht stundenlang vorher und nachher im Stupor sein, sondern er wird eben deliriren. Auch ein Maniacus, der sich stumm stellt, könnte auf irgend welche Frage mit einer solchen Aeusserung losschiessen und dann wieder lange Zeit stumm bleiben — dann wird er aber wahrscheinlich ab und zu grimassiren oder sonstige maniacalische Witze machen, vor Allem aber wird er nicht auf den Wärter blind losschlagen, wenn dieser ihn auffordert, nicht in's Bett zu spucken. Der stumme Maniacus kann in solchem Falle mit gravitätischem Blick auf den Spucknapf sehen, er wird vielleicht mit dem Zeigefinger in die Spucke tauchen und sie betrachten, oder sie dem Wärter ins Gesicht zu schmieren suchen, oder er wird irgend welche andere Scherze treiben, er wird aber sicher nicht wild ohne jede Rücksicht auf den Wärter loshauen, wie um sich vor etwas Schrecklichem zu wehren.

Man sieht also, dass für die differentielle Diagnostik bei Geisteskrankheiten, ganz so wie sonst in der Medicin, nicht dieses oder jenes Einzelsymptom die Entscheidung liefert, sondern der Gesamthabitus und demnächst die Art der Entwicklung und des Verlaufs, wie ich dies bereits mehrfach hervorgehoben habe.



### Fünfzehnter Fall.

Cordes, 19 Jahr, wurde den 7. April 1874 spät Abends aufgenommen. Die Nacht war er schlaflos, aber meist ruhig und stumm. Nur ein Paar Mal stand er auf und zwar verlangte er einmal eine Bleifeder, ein ander Mal wollte er einen kleinen Bittern und das dritte Mal wollte er zu seinem Nachbar in's Bett kriechen, um einen kleinen Jungen zu machen.

Am 8. April lag er ruhig im Bett, vollständig stumm. Einmal am Morgen hatte er, nach seinem Namen gefragt, „Es ist heute der jüngste Tag“ geantwortet.

Den 9. April antwortete er schon auf gewöhnliche Fragen, aber er wollte keine Anamnese geben, er wollte heraus, er sei ganz gesund.

Den 10. April drängte er noch stark und drohte selbst einmal gegen einen Wärter, der ihn von der Thür wegwies, handgreiflich zu werden.

Die nächsten Tage beruhigte er sich allmählich und er wurde bald auf seinen Wunsch entlassen.

Am Tage der Aufnahme hatte er 2 Anfälle gehabt. Seine Epilepsie besteht seit Jahren. Von der ersten hiesigen Nacht und von dem ersten Tage wusste er nichts.

Die Paar Aeusserungen, welche Cordes machte, könnte gelegentlich vielleicht auch ein Maniacus machen, aber dann wird der Maniacus sehr wahrscheinlich noch eine grosse Masse ähnlicher Aeusserungen zum Besten geben und — der Maniacus zeigt eben nie einen solchen Stupor wie Cordes.

Es könnte jetzt noch spitzfindig und gesucht scheinen, wenn ich auch auf den Inhalt der wenigen Aeusserungen von Cordes und Daubitz Gewicht legen wollte. In der That halte ich die Phrasen „Es ist heute der jüngste Tag“ und „Wir wollen lieber gleich in den Himmel fahren“, welche Phrasen die einzigen Aeusserungen während eines ganzen Tages sind und welche als Replik auf Fragen nach Name und Stand erfolgen, wegen ihres vagen religiösen Anstrichs für bemerkenswerth. Weitere Beobachtungen werden darthun, wie wichtig solche vereinzelt vage religiöse Aeusserungen, die in schwerem Stupor erfolgen, für die Diagnose der psychischen Epilepsie sind.

### Sechszehnter Fall.

Hennig, 36 Jahr, wurde den 29. December 1873 aufgenommen. Er lag ganz ruhig im Bett, sprach spontan nichts und antwortete sehr träge — es waren nur einzelne Antworten herauszubringen und auch diese erfolgten meist verkehrt.

Wo sind Sie hier? — Manteuffelstrasse. Was ist heute für ein Tag? — Der Todestag von Lassalle. Welches Jahr schreiben wir? — 1700.

Die Nacht lag er ruhig und stumm und soll zum Theil geschlafen haben.

Am 30. December noch spontan stumm und noch gleich träge Reaction: Er ist noch „Manteuffelstrasse“, ein ander Mal ist er „auf dem Kirchhof“, er giebt als Jahreszahl 1871 an, als Monat zuerst October, verbessert sich aber bald und sagt richtig December, den Wochentag giebt er sofort richtig an und er weiss auch, dass er gestern wegen „Starrkrampf“ hergekommen ist — er will aber nie vorher die Krämpfe gehabt haben. Keine Bisswunde.

Noch den 30. December Abends reagirte er sehr träge und nannte mich „Lassalle.“

Die Nacht zum 31. December schlief er meist durch.

Am 31. December Früh klar. Er bleibt aber noch einige Tage leicht benommen, „Druck und ein bischen schwach im Kopf.“

Am 8. Januar 1874 wurde er entlassen.

Anamnese: Heredität negirt. Kein Potator.

Im Sommer 1871 ohne anzugebende Ursache erster epileptischer Anfall. Plötzlich befällt ihn Gliederzittern und kurz darauf stürzt er bewusstlos hin und krampft. Kein Zungenbiss. Er fängt noch denselben Tag wieder zu arbeiten an.

Im Sommer 1872 zweiter Anfall, wie der erste mit Gliederzittern beginnend. Er erholt sich noch rascher als nach dem ersten Anfall.

Am 28. December 1873 dritter Anfall. Patient hatte sich den Tag über noch vollkommen wohl gefühlt. Des Abends, beim Billardspiel, bekam er plötzlich eine Sensation im linken Testikel „als wenn Luft drin wäre, als wenn Luft vom Bauch nach dem Gemächt durchziehe.“ Er spielte zunächst noch weiter, noch gegen eine Stunde. Die Sensation wurde aber immer intensiver, so dass er um 9 Uhr nach Haus ging. Kaum war er in sein Zimmer getreten, so bekam er den Anfall. Er spürte noch, wie sich die Arme zusammenzogen und wie sich der Kopf nach rechts drehte.

Noch in derselben Nacht, zum 20. December, begannen Delirien und Unruhe, „er phantasirte und blieb nicht im Bett.“ Er kann nur einzelne Bruchstücke der Delirien erzählen:

Er sah einen grossen Baum, als wenn die ganze Welt ausgelost werden sollte, als sollte dieser Baum zu einem Gespenst werden, er selbst sollte Geist werden. Stimmen sagten, die Frau solle ein Loos ziehen, 15 sollte mit 78 multiplicirt oder dividirt werden, und diese Nummer sollte sie spielen, dann würde sie die ganze Welt gewinnen. Dann war es ihm, wie wenn er mit seiner Stube Hunderte von Fuss niederginge. Die Glieder wurden steif, wie todt, und es war, wie wenn er begraben würde. Bald aber kam wieder Leben über ihn. Ein Gespenst, wie der Mond, ging ihm voran, und so ging es herauf zum Himmel. Gott, wie ein feuriger Schatten, machte Platz für ihn. Alle seine Bekannten hatten schlechtere Stellung. Er war noch viel reicher als Lassalle. Er sah grossen Glanz und Alles gehörte ihm. Gott wollte mit ihm die Welt wieder umschaffen. Es war, als wenn er Gott gleich würde. Dann sollte die Welt wieder ausgelost werden. Eine Welle wurde in den Baum gelegt und gedreht. Jeder, den das Loos betraf, wurde gehängt. Es brach Revolution auf der ganzen Welt aus u. s. w. u. s. w. Zwischen- durch spürte er immer wieder die quälende Sensation im linken Hoden.

Am 29. December den Tag über machte er noch „tolle Zuchten.“ Wie

er aber des Nachmittags hierhergekommen, weiss er nicht. Er kann sich nur entsinnen, dass er hier von einem Wagen abgeladen wurde, und nun fehlt die Erinnerung bis zum 31. December Fröh fast ganz.

Schon der rasch verlaufende Stupor mit seiner eigenthümlichen sprachlichen Reaction — als Jahreszahl giebt der Kranke 1700, mich nennt er Lassalle, er leugnet frühere Krampfanfälle u. s. w. — genügen, den Fall als einen epileptischen zu kennzeichnen. Das Irresein dieses Falles hat aber nicht von Hause aus den Habitus des reinen Stupors, es beginnt mit Delirien und Erregung. Die Delirien sind wegen des märchenhaften Inhalts und der fabelhaften Incohärenz am besten mit Traumdelirien zu vergleichen, das ganze Irresein präsentirt sich also als Stupor mit intercurrenten traumartigen Delirien und Erregung. In den traumartigen Delirien spielen „Himmel“ und „Gott“ wieder eine grosse Rolle: Der Kranke tritt mit Gott in nahe Beziehung, Gott will mit ihm die Welt umschaffen und es ist ihm, als wenn er Gott gleich würde.

Paralytiker und alcoholische Deliranten können auch incohärent von Gott und Himmel deliriren und schwatzen, aber ihr Gesamtstatus macht eine Verwechslung mit dem Epileptiker unmöglich. Der Delirant wird nicht hinterher in Stupor fallen, wie es unser Kranker thut, und er delirirt von Gott und Himmel auch ganz anders als ein Epileptischer. Der Delirant pflegt in Gottes Gegenwart auch schauerliche Teufel mit Schwänzen zu sehen und er muss manchmal unter dem höhnischen Blick des weissbärtigen Herrgotts schrecklich in der Hölle braten. Der Delirant wird vom lieben Gott in der Regel schlecht behandelt, und der liebe Gott denkt nicht daran, mit einem Deliranten die Welt umzuschaffen. Wie anders ist das Verhältniss des Epileptischen zu Gott! Der Epileptische schwelgt in dem non plus ultra von Grössendelirium. Er bratet nicht mit den Schlechten in der Hölle, sowie er in den Himmel kommt, wird er gleich zu den „Guten“ geführt und weiter verkehrt Gott mit ihm wie mit Seinesgleichen. Er wird endlich selbst Gott und soll die Welt neu schaffen. Aehnlich schwelgen kann wohl der Paralytische, ihm aber ist die Dementia auf's Gesicht geschrieben, er wird elend stammeln u. dergl.

Der Kranke wurde den 2. Februar 1875 von Neuem mit postepileptischem Irresein aufgenommen, und zwar bestand fast stummer Stupor mit charakteristischer Stuporreaction (Er gab sein Alter falsch auf 20 Jahre, nannte als Jahreszahl 1870, wollte am Tage der Aufnahme schon 2 bis 3 Wochen hier sein, antwortete auf die Frage nach dem Wochentag „1700“ u. dergl.), ferner bestand Angst (Er schrie einmal: „Ich will nicht sterben, ich bin nicht der,

welcher sterben soll) und Neigung zu gewalthätigem Widerstreben, so dass die körperliche Untersuchung unmöglich war, und endlich bestand ein traumartiges Deliriren (Er machte mit dem Arm stereotype Manöver, durch welche er Jungen fabricirte und er sah den Heiland durch Löcher ziehen und wurde selbst Heiland u. dergl. mehr).

Am 5. Februar war er vollkommen klar, nur über Zeit noch nicht vollständig orientirt.

Die Frau gab anamnestisch an, dass er seit seiner Entlassung im Januar 1874 bis zum 28. Januar 1875 nervös und psychisch vollkommen frei gewesen war. In der Nacht vom 28. zum 29. Januar bekam er eine Serie von 8 bis 9 epileptischen Krampfanfällen. Darauf war er bis zum 1. Februar Abends still, benommen, sprach aber vernünftig und that nichts Verkehrtes. In der Nacht zum 2. Februar begann das Irresein und er wurde gleich dergartig gewalthätig, dass er sofort, gebunden, in die Anstalt gbracht wurde.

Das Irresein entwickelte sich also, wie ziemlich häufig, erst wenige Tage nach den epileptischen Krampfanfällen und es dauerte 3 Tage.

### Siebenzehnter Fall.

Sorge, 53 Jahr, wurde den 2. Februar 1874 aufgenommen. Patient liegt regungslos mit stierem Blick. Er spricht spontan nichts und reagirt auf keine Frage. Er verweigert Nahrung und lässt Excremente unter sich.

In der Nacht zum 3. Februar wurde er unruhig, er kletterte aus dem Bette und wollte fort, schimpft und schlägt auf Wärter, so dass er isolirt wird. In der Zelle schlägt er stundenlang gegen die Thür.

Am 3. Februar Früh bei der Visite ist er klar. Doch bleibt er noch tagelang wegen allerlei Sensationen bettlägerig, er spürt Schauer, Hitze, Stechen in den Sohlen u. dergl.

Erst vom 7. Februar ab ist er ganz frei.

Anamnestisch erzählt er, dass er seit etwa 10 Jahren epileptisch ist. Er ist Potator.

Wann er den letzten Anfall gehabt hat, weiss er nicht. Seine Wirthin meint, es sei in der Nacht zum 31. Januar gewesen.

Für den 31. Januar fehlt ihm die Erinnerung ganz. Nach Angabe der Wirthin war er früh, wie jeden anderen Tag, von Hause weggegangen, um mit Streichhölzern zu hausiren.

Vom 1. Februar weiss er, dass er früh in einen Barbierladen ging, um sich rasiren zu lassen, er weiss aber nicht, in welcher Strasse der Laden war. Als er bald darauf nach Hause kam, staunte die Wirthin, dass er sich einen Wilhelmsbart hatte zurechtstutzen lassen; ihm ist es jetzt so, als hätte er damals den Wahn gehabt, er gehöre zur Königlichen Familie.

In der Nacht zum 2. Februar sah er deutlich seine (todte) Mutter und er hörte, wie sie zu seinen Brüdern sagte: „Warum habt Ihr denn eine Profession gelernt? Er hat keine gelernt und ist doch viel klüger als Ihr.“

Für den 2. Februar fehlt die Erinnerung wieder ganz, er weiss auch nicht, wann und wie er hier ankam und dass er endlich nach der Zelle ge-

bracht wurde. Als er in der Zelle zu sich kam, glaubte er, er sei in Russland und als er bald darauf — am 3. Februar Früh gegen 6 Uhr — nach dem Wachsaal zurückgeführt wurde, sah er überall Blut und Stechen und Morden. Viele Wärter hantirten mit Maschinerien, um den Leuten das Blut abzulassen; unter seinem Bett war einer, der ihn mit Messern in's Kreuz stach . . .

Gegen 8 Uhr wurde er ziemlich plötzlich klar.

Aehnliche postepileptische Irreseinszustände hat Patient schon 5 mal gehabt. Auf Befragen giebt er an, dass er in einem solchen einmal auch im Himmel war und zu der Masse von Völkern, welche unten standen, herabschrie: „Ich Gott Friedrich Sorge, ich Gott Friedrich Sorge“.

Patient wurde den 23. Februar entlassen.

Das postepileptische Irresein dieses Falles ist auch ein Stupor mit intercurrenten Delirien und Erregung. In einem früheren postepileptischen Irresein ist auch Sorge im „Himmel“ gewesen und hat dort als „Gott“ residirt und im Beginn des jetzigen Irreseins lässt er sich einen Wilhelmsbart zurechtschneiden, weil er zur Königlichen Familie gehöre. Der Gesamtstatus aber ist Stupor. Die Paar Grössendelirien, welche den Stupor anscheinend einleiten, sind nur vereinzelte Reminiscenzen aus traumartiger Verworrenheit, ähnlich wie die ängstlich verworrenen Delirien,\*) welche den Stupor schliessen. Denn man darf sich durchaus nicht vorstellen, dass die Grössendelirien des Anfangs, der Stupor und die ängstlichen Delirien des Schlusses etwa 3 ganz differente Stadien bilden, sondern man muss sich denken, dass das Irresein zum grössten Theile unter der Schwelle des Bewusstseins sich abspielt, in der Region oder in dem Stadium des Unbewussten: Während der langen Dauer des Stupors steigen Vorstellungen gar nicht oder doch nur höchst spärlich und dunkel in's Bewusstsein, daher muss die Zeit des Stupors einen fast complete Erinnerungsdefect setzen. Zu Anfang und zu Ende des Stupors ist das Bewusstsein weniger getrübt, es bekommt noch zahlreiche und genügend intensive Vorstellungen, welche hinterher erinnert werden können.

Die Form des Irreseins ist also von Anfang bis zu Ende dieselbe, nur die Intensität der Bewusstseinsstörung ist eine differente und darum ist das Verhalten der Erinnerung ein differentes. Im Anfangs- und im Endstadium des Irreseins von Sorge ist die Bewusstseinsstörung am wenigsten intensiv, und dem entsprechend ist für den Anfang und für das Ende die Erinnerung noch am besten erhalten.

---

\*) Das Wort „Delirien“ gebrauche ich der Einfachheit halber hier oft collectiv für delirirte Vorstellungen, für illusorische Deutungen und für eigentliche Hallucinationen.

Bei den 2 folgenden Beobachtungen fällt die intercurrente Erregung in die Zeit vor der Aufnahme. Nach der Aufnahme besteht nur Stupor.

### **Achtzehnter Fall.**

Schwarz, 27 Jahr, wurde den 2. December 1873 aufgenommen. Er kam spät Abends als „Delirant.“ Bei der Aufnahme soll er sich sehr ängstlich verhalten haben, aber stumm gewesen sein. Die Nacht blieb er ruhig im Bett, schlief nicht.

Als ihn der Unterarzt am 3. December früh in der Vorvisite ansprach, reagierte er noch gar nicht.

Eine Stunde danach, während der Visite, wurde er ziemlich plötzlich klar und gab bald darauf folgende Anamnese:

Vater war epileptisch. Von frühester Jugend bekam Pat. ab und zu, wenn er sehr feine Gegenstände, z. B. eine Nadel fassen wollte, Steifigkeit in den Fingern der rechten Hand; die Finger streckten sich und blieben angeblich einige Minuten gestreckt stehen — er hatte dann gar keine Macht über sie. Während seiner Lehrzeit passierte es ihm 2 bis 3 mal, dass er umfiel und die Besinnung verlor, als er sich sehr heftig gegen den Ellbogen gestossen hatte. Sonst war er frei von nervösen Erscheinungen.

Im Winter 1870 zu 1871 war er häufig Erkältungen ausgesetzt, welche er ätiologisch für seine späteren Anfälle beschuldigt. Im Herbst 1871 heirathete er und gegen Weihnachten 1871 fiel er, angeblich nach einem leichten Aerger, ohne Aura bewusstlos um und soll hinterher um sich geschlagen und gebissen haben, was er fand, in den Mund gesteckt haben u. dergl. Krämpfe fehlten angeblich (?)

Von da ab bis heute haben ihn die Anfälle nicht verlassen. Sie rückten immer näher an einander und kamen schliesslich etwa alle 8 Tage. Auch die Dauer der Anfälle nahm zu, ebenso die Dauer der postepileptischen Prostration, welche zuletzt 2 bis 3 Stunden dauerte.

Am 1. December Abends hatte er den letzten Anfall. Noch am selben Abend wurde er unruhig und phantasirte. An der linken Hand trägt er eine Wunde, die vom Fenstereinschlagen herrührt. Die Unruhe legte sich aber bald und er schlief angeblich den grössten Theil der Nacht.

Am 2. December früh stand er auf und wollte zur Arbeit, bekam aber schon auf der Treppe Streit mit dem Hauswirth und er blieb den ganzen Tag, wie er selbst sagt, ganz irre.

Er erinnert sich schwer, wie er hierhergekommen und er weiss nicht, was die letzte Nacht um ihn herum passierte.

Den 3. December hatte er noch starken Stirnschmerz und er sah stark geröthet aus. Keine Zungennarbe. Tremor fehlte, wie denn überhaupt immer Tremor fehlt, sobald er nicht direct erwähnt wird.

Auf seinen Wunsch wurde er den 10. December entlassen. In der Anstalt hatte er keinen neuen Anfall.

Dieser Fall ist ein sehr gewöhnlicher. Ich führe ihn nur an, um zu zeigen, wie unter Umständen schon aus wenigen psychischen Zügen die Epilepsie zu diagnosticiren ist. Schwarz kam als „Delirant“ — daraus ist jedenfalls zu schliessen, dass er vor der Aufnahme unruhig war. Bei der Aufnahme selbst war er ängstlich, aber stumm. Die Nacht lag er ruhig und stumm. Früh antwortete er noch auf keine Frage. Dann wurde er ziemlich plötzlich klar. — Aus diesen wenigen Daten ist mit Gewissheit Epilepsie zu diagnosticiren. Ich sage Epilepsie und nicht postepileptisches Irresein, denn es könnte sich unter solchen Erscheinungen auch um einen psychisch-epileptischen Anfall handeln. Aber epileptisches Irresein, sei es nun ein psychisch-epileptischer Anfall oder postepileptisches Irresein, lassen solche Erscheinungen mit positiver Gewissheit diagnosticiren.

### Neunzehnter Fall.

Müller, 45 Jahr, wurde den 2. December 1873 aufgenommen. Der Polizist, der ihn brachte, erzählte, er sei in der Nacht zum 1. December nackt auf der Strasse umherirrend aufgefunden worden.

Patient war äusserlich ruhig und gab auf Befragen ausführliche anamnestische Daten, welche, wie sich später herausstellte, zum grössten Theil richtig waren. Er wusste aber nicht, was für ein Wochentag es war und was für ein Datum, auch die Jahreszahl fand er nicht und endlich erinnerte er sich nicht, was die letzten Tage mit ihm vorgegangen war.

Am 4. December war er klar und gab folgende Anamnese:

Heredität negirt er. Im 25. Jahre, wenige Wochen nach seiner Hochzeit, bekam er den ersten epileptischen Krampfanfall. Bis dahin war er nervös und psychisch vollständig frei gewesen. Die Anfälle dauerten 2 Jahre und kamen durchschnittlich alle Paar Wochen.

Von dieser Zeit ab, also von seinem 27. Jahre, bis Mitte November 1873 war er frei von Anfällen und sonstigen nervösen Erscheinungen.

In den letzten 8 Jahren trank er sehr stark, in den letzten 2 Jahren manchen Tag über ein Quart.

Mitte November 1873 bekam er für ein Paar Tage starken Durchfall, er musste 20 bis 30 mal den Tag laufen und bald darauf bekam er wiederum Anfälle. Aber die Anfälle waren nicht „Krämpfe“ wie in den zwanziger Jahren, sondern „bewusstlose Zustände, in denen er zwecklos herumliief — denn, wenn der Anfall vorüber war, fand er sich gewöhnlich an Orten, von denen er nicht wusste, wie er hingekommen war.“ Die Anfälle dauerten eine viertel bis eine halbe Stunde und kamen manchen Tag mehrere Male. Gefallen ist er nie in einem solchen Anfall. In den Intervallen war er ganz klar.

Für die Zeit vom 24. November bis zum Tage nach der Einlieferung in die Charité fehlt meist die Erinnerung, er weiss auch nicht, dass er den ersten Abend nach der Aufnahme anamnestische Angaben machte u. s. w.

Patient wurde den 12. December auf seinen Wunsch entlassen. Anfälle waren nicht wieder aufgetreten. Er zeigte eine constante Pupillendifferenz, die linke war stechnadelkopfgross, die rechte etwa doppeltsoweit. Tremor bestand nicht.

Müller erzählte gleich bei der ersten Visite, dass er an epileptischen Anfällen leide und gab somit die Diagnose. Hätte er aber anamnestisch seine Epilepsie verschwiegen, hätte er auf eingehendes Befragen epileptische Anfälle rundweg negirt, was, wie Fachcollegen wissen werden, Epileptische während des postepileptischen Irreseins häufig thun, so würde dennoch allein aus dem psychischen Verhalten seine Epilepsie mit grosser Wahrscheinlichkeit zu erkennen gewesen sein. Das psychische Verhalten von Müller lässt nämlich noch deutlich gewisse Erscheinungen des epileptischen Stupors erkennen. Er ist zwar nicht reactionslos und antwortet auch nicht verkehrt, er giebt vielmehr anamnestische Data ausführlich und, wie sich später herausstellt, auch richtig, um so auffälliger ist es, dass er über Zeit vollständig desorientirt ist, so dass er nicht einmal die Jahreszahl kennt, nicht das Datum und den Wochentag angeben kann. Gerade dieser Contrast scheint mir charakteristisch, und nur deshalb theile ich den Fall mit, und ebenso charakteristisch ist die defecte Erinnerung für die letzten Tage. Wüssten wir nur diese zwei Data, so wäre, glaube ich, aus ihnen allein die Diagnose auf Epilepsie mit grosser Wahrscheinlichkeit zu stellen.

### Zwanzigster Fall.

Frühau, 22 Jahr, wurde den 7. December 1873 spät Abends aufgenommen. In der Nacht warf er sich viel im Bett herum und stöhnte viel, sprach aber kein Wort, auch nicht auf Fragen.

Am 8. December früh ein Krampfanfall.

Drei Stunden nach dem Anfall, während der Visite, sprachlos. Er stöhnt, wirft sich herum und sträubt sich gegen Untersuchung.

Am 9. und 10. December absolut stumm.

In der Nacht zum 11. December wieder ein Krampfanfall.

Am 11. December fängt er zu reagiren an, aber er antwortet nur auf einige Fragen: Ob er sprechen könne, „ja.“ — Wo er sei, „In der Brauerei.“

In der Nacht zum 12. December wurde er etwas unruhig, er kletterte oft aus dem Bett, liess sich aber immer leicht zurücklegen. Dasselbe that er auch in der Nacht zum 13. December.

Während der beiden Tage am 12. und 13. December war er meist ausser Bett, ruhig und er sprach von Zeit zu Zeit, aber im Ganzen nur selten. Was er aber sprach, spontan und auf Aufforderung, war ganz verworren und



deutete auch auf vielfache Delirien. Fast beständig war er in der Brauerei; einmal sah er den Meister auf dem Hofe, einmal hing Frau Meister auf dem Baum; er sah auch Soldaten, bunte Lichter und schwarze Männer, die ihm den Arm abschnitten — der abgeschnittene Arm lag dann auf der Bettdecke; einmal war er aus dem Bett gestiegen, um sich das Hosenbein zu holen . . . Mehrere Male war er sehr ängstlich, es brenne in der Brauerei, das sei aber nicht seine Schuld — er wollte noch nicht mit in den Himmel. Oft hörte er sich rufen u. dergl. mehr.

Vom 14. December ab klar.

Tremor bestand nicht. Am Morgen nach der Aufnahme, am 8. December, war Temperatur (im Rectum) 38,9 — Puls 96, am Abend 38,5 — 100. Vom 9. December ab Temperatur und Puls normal.

Anamnestisch gab er an, dass Mutter's Schwester geisteskrank sei und dass ein jüngerer Bruder von frühester Jugend an epileptischen Krämpfen leide. Er arbeitete vom 14. Jahre ab in einer Brauerei und trank viel Bier.

Vor 2 Jahren, gleichfalls im Monat December, bekam er den ersten Krampfanfall mit dreitägigem postepileptischen Stupor, „er war so dusig, wusste nichts von sich und konnte gar nichts reden.“

Von da ab war er bis vor etwa 6 Monate ganz frei. Da musste er eines Tages im Bett bleiben, weil er „zu dusig“ im Kopf war. (Nächtlicher Anfall?)

Dann wieder frei bis kurz vor der Aufnahme.

Die Erinnerung für den Anfang und für die ersten Tage hier fehlt fast ganz, doch weiss er, in welchem Bett er die ersten Tage gelegen hat. Der letzten verworrenen Tage erinnert er sich ziemlich gut, das seien lauter Phantasieen gewesen.

Patient wurde den 20. December entlassen.

Dieser Fall ist ein Stupor mit finaler illusorisch-hallucinatorischer Verworrenheit. Solche Fälle sind nicht selten. Käme ein solcher Fall erst in dem terminalen hallucinatorischen Stadium zur Beobachtung, so wäre die Diagnose auf Epilepsie wegen der Coexistenz des Stupors doch mit Leichtigkeit zu stellen. Characteristisch scheint mir ferner die ganz absurde Unsinnigkeit einzelner Aeusserungen — z. B. dass der Kranke aus dem Bett klettert „um sich das Hosenbein zu holen.“ Ein Maniacus könnte allenfalls eine ähnliche Aeusserung produciren, dann ist er aber nicht gleichzeitig im Stupor — ein Paralytischer, der auch wohl einer ähnlichen Aeusserung fähig ist, wird nicht gleichzeitig sehr lebhaft halluciniren u. s. w. Die Aeusserung scheint also characteristisch nur mit Rücksicht auf den Gesamtstatus, mit Rücksicht auf den Stupor.

### **Einundzwanzigster Fall.**

Wendt, 34 Jahr, wurde den 5. Januar 1874 aufgenommen. Patient bleibt im Bett und liegt meist stumm. Von Zeit zu Zeit schreit er aus Leibes-

kräften, so laut er nur kann, einzelne Worte, meist Namen oder kurze, abgerissene, ganz unverständliche Sätze: z. B. Napoleon, Grimme, Schlüsselbaken, Schlesisch Thor, das ist August, das ist Simson, ich habe weiter nichts als Hände... Eine andere Serie lautete: Gralmann, Brose, Napoleon, Friedrich Wilhelm... Im eisernen Bettstell steht der Name drin, im Schlüsselbaken steht der Name drin, der Maikäfer Ka — Ka — Karl — Raserei — Fick du sie, Fick du sie.... Zwischendurch lacht er auch viel.

Auf eindringliches, wiederholtes Fragen giebt er Name und Stand an, sonst antwortet er absolut nicht.

Dieses Verhalten, nur durch Chloralschlaf auf kurze Zeit unterbrochen, dauert unverändert bis zum Abend des 6. Januar. Ab und zu war noch ängstliche Dyspnoe hinzugegetreten und Weinen.

Den 7. Januar schlief er den grössten Theil des Tages durch. Am Abend antwortete er auf die Fragen:

Wo sind Sie? — „In der neuen Charité.“

Wer bin ich? — „Friedrich Wilhelm.“

Auf weitere Fragen erfolgte keine Reaction.

Im Laufe des 8. Januar wurde er klar. Die Erinnerung fehlte für die letzten Tage fast ganz — er weiss auch nicht, dass ich gestern Abend mit ihm gesprochen...

Am Abend des 7. Januar bestand starke Pupillendifferenz, die rechte kirschkerngross — die linke kleinerbsengross. Am Morgen des 7. Januar waren die Pupillen noch nicht different gewesen und, am Morgen des 8. Januar waren sie schon wieder gleich.

Seine Epilepsie besteht vom 20. Jahre ab. Anfälle kommen alle Paar Wochen. — Im Juni 1873 hatte er das erste Mal postepileptisches Irresein. Das jetzige ist das zweite. Am 2. und 3. Januar hatte er je einen Krampfanfall, am 4. Januar „lief er schon ohne Besinnung herum“, am 5. Januar, am Tage der Aufnahme, bekam er noch einen Anfall.

Heredität negirt der Patient. Aetiologisch beschuldigt er Bleidunst — Patient ist Zinngiesser — er hat aber sonstige Bleiintoxicationerscheinungen nie gehabt.

Auf seinen Wunsch wurde er den 19. Januar entlassen. Auf der Abtheilung kein neuer Anfall.

Das postepileptische Irresein von Wendt hat wieder einen anderen Habitus, es präsentirt sich als Stupor mit Verbigeration. Letztere tritt in der Regel paroxysmenartig auf und wird gewöhnlich durch praecordiale Sensationen eingeleitet. Das gleiche klinische Bild werden wir in Fällen treffen, die bisher als epileptische noch nicht aufgefasst sind, und es wird uns da für die Begründung der Diagnose von Werth sein.

Derselbe Kranke kam nach 2 Monaten von Neuem in die Anstalt mit einem neuen postepileptischen Irresein.

Er wurde den 9. März 1874 wiederaufgenommen und zwar kam er in heftiger Erregung auf die Abtheilung, mit auffallend stark geröthetem und

ängstlichem Gesicht, und er raisonnirte — wenn man ihn hier festhalten wolle, bliebe ihm nichts übrig als durchs Fenster zu springen.... Er liess sich gar nicht fixiren, rannte fast in einem fort im Saal herum und raisonnirte in einem fort.

Bei der Abendvisite ist das Verhalten ganz geändert. Er hat die heftigste ängstliche Dyspnoe und fleht mit weinender Stimme, ich möchte ihm doch nichts thun, ich möchte ihm doch etwas Wein geben.... Jetzt ist das Gesicht bleich.

Am 10. März Früh ist er klar.

Ich besitze leider nur diese wenigen Notizen über die zweite Aufnahme, welche ein ganz anderes Bild zeigt als die erste. Aber selbst die spärlichen Notizen verdienen Beachtung, weil sie gewissermassen in nuce neben einander zwei sehr häufige Erscheinungsweisen des postepileptischen Irreseins enthalten, welche in den folgenden Fällen geschildert werden — ich meine die postepileptischen Angstzustände einfacher Art oder mit raisonnirendem Delirium und grosser Erregung. Die letztere Kategorie ist das Falret'sche grand mal intellectuel.

### **Zweiundzwanzigster Fall.**

Knittel, 36 Jahr, wurde den 9. Juni 1874 aufgenommen. Er kam während der Visite taumelnd in den Wachsaal, mit dem Ausdruck heftiger Angst. „Ach Gott, wo bin ich denn hier. Ich weiss nicht, was ich hier soll. Was ist denn?“

Wofür halten Sie mich? — Zuerst keine Antwort, dann „Ja, ich weiss nicht.“

Was für ein Tag ist heute? — „Weiss nicht.“

Was für ein Monat? — „Juni.“

Welche Jahreszahl? — „2148.“

Wann sind Sie geboren? — „1838.“

Wie alt sind Sie? — Trotz mehrfach wiederholter Fragen keine Antwort.

Auf weitere Fragen erfolgt gleichfalls keine Antwort. Die Zunge ist furchtbar zerbissen.

Patient wurde zu Bett gebracht, aber er blieb nicht im Bett, sondern kletterte in einem fort, lief an die Thüren und riss beständig an ihnen herum, so dass er isolirt werden musste. Hierbei leistete er keinen Widerstand und war stumm.

Am 10. Juni war der Gang noch taumelig und Patient reagierte gar nicht, sprach auch spontan nichts. Da er immer von Neuem an den Thüren zu reissen anfang, wurde er auch am Tage isolirt.

In der Nacht zum 11. Juni war er in der Zelle sehr unruhig, er polterte fortwährend gegen die Thür.

Am 11. Juni wurde wieder versucht, ihn im Wachsaal zu halten, aber

er lief wieder an die Thür und schlug und biss um sich, als ihn die Wärter entfernen wollten — er musste wieder isolirt werden.

Bis zum 12. Juni früh war er meist isolirt und absolut stumm. Von da ab haranguirte er mich bei jeder Visite — er wolle heraus, er sei nicht krank, er hätte Frau und Kinder zu ernähren, das sei nicht die Charité, das sei hier etwas ganz anderes. Ueber Zeit war er orientirt.

Am 15. Juni liess das Drängen nach. Die letzten beiden Nächte hatte er ruhig im Wachaal geschlafen.

Am 16. Juni behauptete er noch in allem Ernst, er sei hier im Gefängniss.

Vom 18. Juni ab klar. — Den 22. Juni wurde er entlassen.

October 1873 hatte er den ersten Krampfanfall, nachdem er Wochen vorher viel in kaltem Wasser stehend gearbeitet hatte. Sonst weiss er keine Ursache. Heredität, Potus bestehen nicht. Vor 6 Wochen kam ein zweiter Anfall und am Tage vor der Aufnahme der dritte.

Knittel zeigt ausgesprochenen epileptischen Stupor. Bei der Aufnahme gab er als Jahreszahl 2148, am Tage nach der Aufnahme war er ganz stumm u. s. w. Er zeigt aber mit dem Stupor andauernd sehr heftige Angst. Die früheren Fälle mit einfachem Stupor hatten nur ab und zu Aeusserungen gethan, welche auf Angst schliessen liessen, in diesem Falle aber beherrscht die Angst so zu sagen die ganze Scene, sie bildet die frappanteste äussere Erscheinung, sie motivirt das Drängen, noch 8 Tage nach der Aufnahme äussert der Kranke in allem Ernst, er sei hier im Gefängniss u. s. w.

In den folgenden Fällen tritt der Stupor immer mehr zurück und statt dessen erheben sich aus ängstlichem Boden, durch Hallucinationen genährt, immer mehr und mehr concrete ängstliche Delirien.

### **Dreiundzwanzigster Fall.**

Fischer, 53 Jahr, wurde den 26. September 1874 aufgenommen. Er war furchtbar ängstlich und jammerte fast in einem fort. Auf Fragen antwortete er nur wenig, nannte seinen Namen, Stand, wollte aber hier in der „Werkstelle“ sein, nannte den Arzt „Meister“ und einen Wärter „Du Conrad.“

Er sollte Chloral bekommen, aber er stiess den Becher von sich, das sei Gift, und nun begann er über schlechte Behandlung zu raisonniren und war ganz unglücklich.

Auf Chloralklystiere schlief er die Nacht durch.

Am 27. September lag er ruhig. So wie ich ihn aber körperlich untersuchen wollte, begann er zu jammern, es thäte ihm ja Alles weh, mit ihm würde es wohl bald alle sein. — Er wusste, wo er war und benannte richtig seine Umgebung, nur über Zeit war er unorientirt — er wusste nicht, seit wann er hier war, wusste nicht den Tag und er wusste nichts über den letzten Anfall. Anamnestisches war gar nicht zu erhalten.

Bis zum 28. September verweigerte er fast jegliche Nahrung.

Am 29. September ist er äusserlich ruhig, aber er kann noch gar keine Auskunft geben. Heute freut er sich, dass er zu so „guten Leuten“ gekommen sei.

Die nächsten Tage war er ausser Bett und begann zu drängen, er sei ja kein böser Mensch, man solle ihn doch entlassen.

Noch am 10. October war er ganz ohne Einsicht — die Frau wolle ihn nur los sein, darum hätte sie ihn hergebracht, er wolle ja gar nicht mehr zu ihr ziehen..

Erst gegen den 15. October wurde er vollständig klar. Am 23. October wurde er entlassen. Von den ersten Tagen seines Hierseins wusste er wenig, von seinem Verhalten bei der Aufnahme wusste er gar nichts.

Anamnestisch erzählte die Tochter, dass die Mutter des Patienten starke Potatrix war und dass eine seiner Schwestern an „Krämpfen“ gestorben ist. Patient trank habituell Schnaps, aber nur mässig, er konnte nicht viel vertragen. Epileptisch ist er seit 8 Jahren. Die Anfälle kommen durchschnittlich alle 4 Wochen. Den letzten Anfall hatte er am Tage der Aufnahme. Nach einem postparoxysmellen Stupor von 2 Stunden begann er „ganz wirre zu reden und sich verkehrt zu benehmen“, so dass er bald hierhergebracht wurde.

Bei Fischer ist der Stupor noch ziemlich stark ausgesprochen, so dass sein Angstzustand bei der Aufnahme gerade wegen der Coexistenz des Stupors als epileptischer erkannt werden konnte. Ich brauche die Diagnose wohl nicht mehr detaillirt zu begründen, denn ein agitirt Melancholischer, welcher am ehesten noch in Betracht hätte kommen können, würde, wenn er überhaupt antwortet und Name und Stand angiebt, den Krankensaal sicher nicht für die „Werkstelle“ halten, er würde den Arzt nicht „Meister“ nennen und einen Wärter nicht mit „Du Conrad“ anreden, er würde über Zeit nicht so vollständig desorientirt sein, er würde etwas Anamnestisches zu erzählen wissen, er würde ein Motiv für seine Angst geben, wenn auch nur mit den Worten „Mir ist sehr ängstlich“, er würde nicht sofort über schlechte Behandlung zu raisonniren anfangen u. s. w. u. s. w.

Die Paar ängstlichen Delirien, welche Fischer äussert, man wolle ihm Gift geben, es sei mit ihm wohl alle, kommen nur gelegentlich und wie zufällig, sie beherrschen noch nicht fortdauernd das Bewusstsein, welches eben durch den starken Stupor noch stark getrübt ist.

Ganz anders nun verhalten sich die Delirien in den folgenden Fällen.

### **Vierundzwanzigster Fall.**

Heiderich, 51 Jahr, wurde den 25. Juni 1874 aufgenommen. Er war äusserlich ruhig und über Raum, Zeit und Umgebung gut orientirt. Er erzählte, dass er Tags vorher bewusstlos umgefallen sei. Keine Bisswunde.

Die nächsten Tage fiel das stille Wesen des Patienten auf — er sprach spontan fast gar nichts und er begann zu drängen, wollte fort.

In der Nacht zum 29. Juni wollte er zum Fenster hinaus.

Am 29. Juni sagte er mir während der Visite: „Lassen Sie mich doch noch den Sonntag leben, dann können Sie ja operiren.“ Die letzten Worte begleitete er mit der Pantomime des Halsabschneidens.

Am 30. Juni früh wollte er wieder durch's Fenster. Während der Visite nach dem Motiv gefragt, sagte er: „Jeder Wurm krümmt sich vorm Tode“ und fuhr dann fort: „Es wird doch keine Ruhe, bis es fertig ist. Das hätte ich mir nicht vorgestellt, dass ich jetzt schon sterben sollte.“

Woran merken Sie denn das? — „Da müsste man verrückt sein, wenn man das nicht sähe, der ganze Schwindel ist zu sehen.“

Spontan verhielt er sich fast durchweg stumm und Fragen, welche sich nicht auf seine Delirien bezogen, liess er meist unbeantwortet. Die Delirien waren fix, er war absolut nicht zu überzeugen. Sein Gesichtsausdruck war eigenthümlich starr, aber durchaus nicht besonders ängstlich, manchmal erzählte er sogar mit einem eigenthümlichen Lächeln, dass seine letzte Stunde geschlagen habe. (Cf. Fall 38.) Dabei war er äusserlich beständig ruhig, auch Nachts und, von den Delirien abgesehen, vollkommen gut orientirt.

Am 1. Juli äusserte er noch andeutungsweise die Delirien.

Am 2. Juli war er klar. Jetzt drängte er nicht mehr, sondern erklärte, warten zu wollen, bis es die Aerzte für gut hielten, ihn zu entlassen. Die Delirien waren wahrscheinlich unter hallucinatorischer Mitwirkung entstanden. „Als ich ein Paar Tage hier war, ging der Spass los, Alle miteinander hatten sich theiligt.“ Detaillirte Auskunft war aber nicht zu erlangen, denn es bestand etwas Demenz, welche, nach Angabe der Frau, zusammen mit körperlicher Schwäche von einem Typhus herrührte. Schon seit Jahren konnte er seine Arbeit als Zimmermann nicht mehr verrichten. Epileptisch ist er seit 2 Jahren. Der Anfall am Tage vor der Aufnahme war sein vierter. Oft klagte er in den letzten 2 Jahren über heftigen Kopfschmerz.

Erscheinungen einer etwa organischen Hirnkrankheit waren nicht vorhanden, auch der ophthalmoscopische Befund war negativ.

Patient wurde den 10. Juli entlassen.

In diesem Falle traten die Erscheinungen des Stupors schon so erheblich zurück, dass sich das Irresein im Wesentlichen als post-epileptisches partielles ängstliches Delirium präsentirt. — Das Irresein dieses Falles hat eine sehr bemerkenswerthe Analogie mit den protrahirten (recidivirenden) Aequivalenten von Osmers (Fall 7), denn beiden Fällen ist ein partielles, fixes, ängstliches Delirium — bei sonstiger relativer Lucidität — gemeinschaftlich, Beide fürchten für ihr Leben und Beide haben ganz wunderliche, ängstliche Vorstellungen, wie ich sie von einem gewöhnlichen Melancholischen noch nicht zu hören bekommen habe; Osmers glaubt, ich, der Arzt, will ihn am Kopf operiren und Heiderich spricht auch zu mir, als

zum Arzt, vom Operiren. Osmer und Heiderich haben aber auch differente Erscheinungen. Osmer verschweigt seine Delirien und zeigt eine enorme Gereiztheit, Heiderich erzählt sie und er erzählt sie manchmal mit lächelndem Gesicht. Nun, ich möchte glauben, dass der Contrast zwischen so schweren ängstlichen Delirien und lächelnder Physiognomie gleich characteristisch für Epilepsie sei wie die Verbindung von ängstlichen Delirien mit enormer Heftigkeit. Ein Melancholischer, der in beständiger Furcht lebt, dass es das Leben kostet, lacht nicht. Er wird entweder eine sehr lebhaft ängstliche Agitation zeigen, er wird vielleicht regungslos, wie erstarrt, dasitzen oder er wird noch eine Reihe anderweitiger melancholischer Delirien vorbringen u. s. w., aber sicher wird er nicht lachen. Nun betrachte man aber die Physiognomie mancher Epileptiker mit ängstlichen Delirien (cf. Fall 38). Der Gesichtsausdruck von Heiderich war keine Spur melancholisch deprimirt, er war bis auf einen leichten misstrauischen Zug meist gar nicht besonders auffällig, er erschien eher ganz natürlich, manchmal nur wie etwas erstaunt und perplex und einige Male eben lächelnd. Physiognomien sind schwer zu beschreiben und die Beschreibungen bleiben immer mangelhaft. Ich bitte aber die Fachcollegen, auf solche epileptischen Gesichter zu achten. Sie werden sehen, dass die lächelnden Physiognomien, welche erstaunlich mit den schweren ängstlichen Delirien contrastiren, etwas ganz Eigenthümliches, Specifisches haben.

Es sind aber Fälle wie Heiderich nicht häufig, ich habe nur noch einen einzigen ähnlichen gesehen, welcher einem petit mal Zustand gefolgt war. Dieser Fall war von einem Collegen, welcher zwei Jahre an einer Irrenanstalt gewesen war, als „partiell Verrückter“ der Anstalt zugeschickt. Als ich den Collegen nach Wochen traf und ihm sagte, der vermeintliche Verrückte sei ein Epileptiker im postepileptischen Irresein gewesen, welcher schon nach wenigen Tagen, vom Irresein genesen, entlassen werden konnte, lächelte der College ungläubig und sagte mit überlegenem Gesicht: „Glauben Sie nur, das war ein Verrückter comme il fant, der hatte die schönsten Verfolgungsideen.“ Man sieht also, dass solche Fälle postepileptischen Irreseins noch sehr wenig bekannt sind.

Tritt endlich der Stupor noch mehr zurück und nehmen statt dessen die ängstlichen Delirien, durch Hallucinationen genährt, an Umfang und Intensität beträchtlich zu, verliert sich somit die relative Lucidität und beginnen schliesslich die Kranken auf ihre Umgebung, welche sie als die Urheber der delirirten Nichtswürdigkeiten ansehen,

lebhaft zu raisonniren und in massloser Heftigkeit eventuell gewalthätig zu werden, so haben wir das Falret'sche grand mal intellectuel entwickelt, welches die folgenden beiden Fälle zeigen.

### **Fünfundzwanzigster Fall.**

Todt, 39 Jahr, wurde den 3. Januar 1874 aufgenommen. Er kam von der chirurgischen Abtheilung der Charité, wo er wegen eines Schlüsselbeinbruchs in Behandlung war. Er trug Bindezeug und war in heftigster ängstlicher Erregung. Kaum war er zu Bett gebracht, so fing er laut zu raisonniren an. „Er sehe schon, was hier los sei. Das wollten Aerzte und Wärter sein, nein, unredliche Leute seien es, die ihm was anthun wollten“ — und in diesem Genre raisonnirte er in einem fort.

Chloral nahm er nicht und selbst reines Wasser stiess er zurück, weil etwas hineingethan sei.

Da er beständig aus dem Bett zu klettern und fortzulaufen suchte und nach den Wärtern, die ihn zurückhalten wollten, schlug und stiess, wurde er isolirt.

In der Zelle verhielt er sich ruhig und lag meist still auf der Matratze. Nahrung wies er zurück.

Am 4. Januar früh packte er den Wärter, der ihm Kaffe brachte, sofort an der Gurgel. So wie ich während der Visite in die Zelle trat, schimpfte er los, „das seien ihm hier schöne Aerzte, hier sei es ja schlimmer als im Gefängniss, das Schlüsselbein sei ihm hier zerschlagen“....

Am 2. Januar während der Morgenvisite war er noch ganz ohne Einsicht, er wolle heraus, er hätte nichts verbrochen.. Bei der Abendvisite vollständig klar.

Ueber das Verhalten der Erinnerung fehlen die Angaben im Journal.

Seine Epilepsie besteht seit 15 Jahren. Heredität und Potus negirt er. Ob den Anfällen schon oft solche postepileptische Irreseinszustände gefolgt waren, wollte er nicht wissen.

Patient wurde bald nach der städtischen Verpflegungsanstalt verlegt.

### **Sechszwanzigster Fall.**

Sienack, 42 Jahr, wurde den 13. November 1874 aufgenommen. Es kostete Mühe, ihn zu entkleiden, denn er wollte nicht bleiben. Nachdem er aber zu Bett gebracht war, verhielt er sich die Nacht über ruhig, nur ab und zu sprach er mit einem delirirenden Nachbar.

Am Morgen des 14. November war er äusserlich ruhig und orientirt. Eine eingehende Unterhaltung fand indess nicht statt. Er hatte ziemlichen Tremor.

Gegen Mittag bekam er einen Krampfanfall mit Zungenbiss, von dem er sich aber rasch erholte.

Erst am 15. November Nachmittags wurde er unruhig. Zunächst begann er mit seinem Nachbar zu zanken, am Abend wollte er den Nachbar schlagen.

In der Nacht zum 16. November hallucinirte er ängstlich. Er sprach



viel von „Sectionen“, fragte den Wärter: „Haben Sie fertig geschlachtet“ und dergleichen. Gegen Morgen stand er auf und wollte im Saale sprengen, damit sich der schreckliche „Dunst und Gestank“ verliere. Als ihn der Wärter in's Bett zurückwies, fing er zu schimpfen an und drohte thätlich zu werden, so dass er isolirt werden musste. Dabei schimpfte er in einem fort, und es hatten mehrere Wärter vollauf zu thun, um ihn in die Zelle zu schaffen.

Am 16. November bei der Morgenvisite traf ich ihn in der Zelle in heftigster Angst und Gereiztheit. Er war leichenblass und sprach in einem fort von Todtschlag — die Wärter wollten sein Leben, das sei ja sonnenklar, sie kämen sogar mit Ruthen an das Zellenfenster gelaufen u. dergl. Er raisonnirte in einem fort, liess sich aber zwischendurch immer auf kurze Zeit fixiren. Bald wusste er, dass er in der Charité war und er erkannte mich als Arzt, bald sprach er vom Bureau, Arrest, er hätte das Haus in Flammen gesehen, die Zelle stände auf Drähten. — Als ich fortging, bat er mich, nur um Gotteswillen den Schlüssel abzuziehen, damit ihn die Wärter nicht überfallen könnten.

Bei der Abendvisite hatte die furchtbare Angst und unheimliche Heftigkeit schon stark nachgelassen und er sprach nicht mehr von Todtschlag, aber er schimpfte fort, er sei hier maltraitirt, er würde sich darüber beschweren. Der ganze Streit sei davon gekommen, dass er in's Bureau habe gehen wollen, um Papier zu holen. Die Zelle nannte er einmal Betzelle und dergl. Auffällig war eine sichtliche Behinderung in der Sprache: Er sprach sehr langsam und konnte einzelne Worte gar nicht finden, z. B. fand er das Wort „Charité“ einmal trotz langen Nachsinnens nicht. Den Tag über hatte er nicht essen wollen.

Die Nacht zum 17. November war er ruhig in der Zelle.

Am Morgen des 17. November wollte er zuerst vor Angst noch nicht aus der Zelle heraus, hielt sich dann aber ruhig in einem gemeinschaftlichen Saal.

Indess bestanden die Delirien weiter. Er erklärte seine Heftigkeit als ganz natürliche Folge der scheusslichen Behandlung, er sei kerngesund und niemals verwirrt gewesen. Im Laufe des Tages erzählte er von einem Kürassier und von einem Mädchen, die er gestern vor dem Zellenfenster gesehen hätte. Einmal sagte er, er wollte lieber bei der Landarmee bleiben und nicht Seesoldat werden, wie ich vorhin befohlen hätte...

Gegen Abend begann er wieder heftiger zu werden, so dass er von Neuem isolirt wurde. Die Wärter erzählten, er hätte gedroht, mit dem Messer zu stechen und hätte nach Stühlen gegriffen, um zu schlagen.

Bei der Abendvisite fand ich ihn ruhig in der Zelle. Aber sofort begann er zu raisonniren: Wie die Hyänen seien sie wieder auf ihn losgegangen, darauf schwöre er hundert Eide, den ganzen Nachmittag schon hätten sie ihn auf alle Weise gepisackt, so wie er sich nur umdrehte, hätten sie ihn quitschnass angespritzt (Hallucination). Die beiden Wärter erklärte er heute Abend für Postbeamte. Nahrung verweigerte er nicht mehr.

Vom 18. November früh war er dauernd, auch Nachts, im gemeinschaftlichen Saal. Aber bis zum 21. November gab er seine Delirien noch nicht als Unsinn zu, er wollte durchaus nicht geisteskrank gewesen sein, sondern suchte sein Verhalten immer noch zu motiviren. Zuerst hätte ihn seine Frau

gereizt, dann hier die Wärter und da sei er bei seinem heftigen Character so aufgeregt geworden.

Erst vom 23. November ab war er vollkommen klar. Die Erinnerung war lückenhaft.

Während der heftigen Erregung am 16. November hatte er einen Puls von 140. Am 17. November hatte er noch 110. Dann sank der Puls rasch auf 84.

Anamnestic gab er an, dass er erst seit dem Feldzuge epileptische Anfälle habe. Er ist Potator. Im Winter zu 1871 hatte er den ersten Anfall und seitdem noch 5 bis 6 mal. Das Irresein datirte von einem Anfall am 11. November.

Sein Character ist von jeher überaus heftig gewesen. Er ist, wie gesagt, habitueller Schnapstrinker, aber er trinkt nicht übermässig, er wird sehr rasch berauscht.

Die Frau bestätigt seine Angaben und fügt nur hinzu, dass er in den letzten Jahren stärker getrunken hat als früher.

Das Irresein von Todt und Sienack entspricht vollständig dem grand mal intellectuel, und Falret hat bereits meisterhaft ausinandergesetzt, dass dieses Irresein ein specifisch epileptisches sei. Aber die Falret'sche Auffassung dieses Irreseins als eine Species der Manie — er nennt es manie épileptique, manie avec fureur — kann ich nicht theilen. Ich finde diese Form des postepileptischen Irreseins nicht wesentlich verschieden von den früheren Formen. Man denke sich Heiderich (Fall 24) auf Grund seiner Angstdelirien, welche ja ganz denselben Inhalt haben wie die Delirien von Todt und Sienack und welche sich in gleicher Weise wie die Delirien von Todt und Sienack auf die nächste Umgebung beziehen, in heftiger Erregung, man lasse ihn auf Grund der Delirien auf seine Umgebung raisonniren und eventuell gewaltsam dreinschlagen, so haben wir die Erscheinungen des grand mal. Diese Form des postepileptischen Irreseins hat also ganz dieselben Grundcharactere wie die früheren Formen, es handelt sich in gleicher Weise um einen Angstzustand, dieser beherrscht auch hier vollkommen die Scene, auch hier treten Angstdelirien auf, ja es ist stellenweis sogar noch der Stupor angedeutet — kein Maniacus wird wie Sienack in der Rede stocken, weil er um gewöhnliche Worte verlegen ist — wir treffen also auch noch Andeutungen amnestischer Aphasie (im weitesten Sinne) wie in den reinen postepileptischen Stuporformen.

Nach meiner Auffassung stellt demnach das grand mal intellectuel nur eine der vielen Varietäten des postepileptischen Irreseins dar, denn es handelt sich bei ihm wie bei Heiderich (und wie auch bei Osmers Fall 7) im Wesentlichen um einen Angstzustand mit con-

creteren Angstdelirien,\*) und es unterscheidet sich diese Varietät von den früheren nur durch das mehr äusserliche Moment der räsonnirenden Erregung. Das grand mal intellectuel analysirt sich also als postepileptische Angst mit räsonnirendem Delirium und grosser Erregung.

Schliesslich will ich noch eine Varietät des postepileptischen Irreseins erwähnen, welche sich als postepileptische moriaartige Erregung bezeichnen lässt. Diese Varietät finde ich nirgends erwähnt, auch nicht bei Falret. Ich habe sie in 2 Fällen gesehen.

Der erste Fall wurde mir vom Unterarzt als „famose Manie“ angekündigt, und in der That traf ich den Kranken in einem Zustand, welcher äusserlich die frappanteste Aehnlichkeit mit einer Manie bot. Der Kranke zeigte exquisit das Bild einer maniacalischen Moria. Er sprach incohärent nach maniacalischer Manier und gesticulirte nach Art der Moria. Ich glaube, dass dieser Ausdruck den Zustand treffender schildert als die ausführlichste Beschreibung, denn er wird jedem Fachcollegen ein ganz concretes Krankheitsbild vor Augen stellen. Aber das Bild glich nicht in allen Stücken einer gewöhnlichen Manie. Nachdem ich den Kranken nur wenige Minuten beobachtet hatte und einzelne Details über sein Verhalten bis zur Visite erfuhr, konnte ich mit Sicherheit sagen, dass es sich um keine gewöhnliche Manie handle. Vor Allem auffällig war die enorme Gereiztheit und Heftigkeit. Der gewöhnliche Maniacus, welcher die Erscheinungen der Moria zeigt, gehört, sobald ihm sachverständig entgegengetreten wird, zu den harmlosesten und gutmüthigsten Geisteskranken. Unser Kranker dagegen sah misstrauisch aus, er war vor der Visite mehrere Male plötzlich auf Mitkranke losgegangen und hatte sie in allem Ernst gepackt und er sah auch jetzt noch so aus, als wenn er jeden Augenblick dreinschlagen wollte. — Der weitere Verlauf gab bald die Diagnose. Der Kranke bekam am Abend der Aufnahme 3 Grm. Chloral und schlief darauf den grössten Theil der Nacht. Als er gegen Morgen erwachte, war er äusserlich ruhig und bei der Morgenvisite zeigte er im Wesentlichen die Erscheinungen des einfachen postepileptischen Stupors. Er war über Zeit nicht orientirt, gab Monat und Tag falsch an, und es bestand für die letzten beiden Tage ein

---

\*) Delirium wiederum collectiv genommen für rein delirirte Vorstellungen, für Illusionen und Hallucinationen.

sehr erheblicher Erinnerungsdefect, besonders waren seine Angaben über den Anfang des Irreseins höchst mangelhaft und sich widersprechend. Obgleich er niemals in seinem Leben einen epileptischen Anfall gehabt haben wollte, konnte er auf Grund der Stuporerscheinungen nunmehr sicher als Epileptiker diagnosticirt werden. In wenigen Tagen schwand der Stupor und Patient gab dann zu, dass er seit über 20 Jahre, seit seinem 17. Jahre epileptisch sei. Zwei Tage vor der Aufnahme hatte er nach einem zweijährigen anfallsfreien Intervall auf der Strasse einen epileptischen Krampfanfall bekommen, dessen Aura er jetzt genau beschreiben konnte, und unmittelbar nach dem Anfall war er, dessen erinnert er sich noch, mit einem Schutzmann in Streit gerathen....

Der zweite Kranke dieser Kategorie zeigte bei seiner Aufnahme ein Verhalten, welches einem Circusclown alle Ehre gemacht hätte. Er war sehr agil, riss Witze, machte mit einer Münze allerlei Kunststücke, schlug Purzelbäume u. dergl. Er musste wegen seines lärmenden Wesens bald isolirt werden und er liess sich dies gutwillig gefallen. Neben der clownartigen Moria bestanden aber Stuporerscheinungen, welche am anderen Morgen, als äussere Ruhe eingetreten war, noch deutlicher hervortraten. Als Jahreszahl gab er „1867“, nach dem Monat gefragt, sagte er „Wir sind im 12. Monat“ (Es war März 1874), die Zeit des französischen Krieges gab er auch auf „1867“ u. s. w. Er wollte heute mehrfach die Stimme seiner Frau gehört haben, „welche auch gestern Abend beim Hurrahrufen zugegen gewesen war. Es war ein colossales Hurrah gewesen, weil so was noch gar nicht dagewesen war, so ein grosses Fest, die Auferstehung, er war in den Himmel gekommen u. s. w.“ — Am 4. Tage nach der Aufnahme war der Patient klar. Am 5. und 6. Tage bekam er je einen Krampfanfall. Von da ab war er frei, so dass er bald entlassen werden konnte. — Seine Epilepsie bestand seit 15 Jahren, seit seinem 21. Jahr. In den letzten Jahren waren die Anfälle immer nach längeren Pausen serienweis gekommen.

Die postepileptische moriaartige Erregung bildete in beiden Fällen also nur ein kurzes Stadium des postepileptischen Irreseins, und ihr folgte gewöhnlicher Stupor.

---

Hiermit glaube ich die häufigsten Formen des postepileptischen Irreseins erschöpft zu haben. Eine aparte Beschreibung verdient noch der folgende Fall, einmal wegen der Eigenartigkeit seines Deliriums,

ganz besonders aber, weil er evident die Thatsache des partiellen Erinnerungsdefectes demonstirt.

### Siebenundzwanzigster Fall.

Gutzzeit, 30 Jahr, wurde den 27. Juli 1873 aufgenommen. Als ich zur Abendvisite in den Saal trat, kam der Patient auf mich zu und sagte in strammster militärischer Haltung: „Herr Doctor, ich melde mich zur Haft“ und er erläuterte diese Aeußerung damit, dass er Arschficker sei und auf Befehl seiner Majestät hierhergeschickt wäre, um aufgeschnitten und untersucht zu werden.

Fast dieselben Worte hatte er zum Wärter bei der Aufnahme und zum Unterarzt in der Vorvisite gesprochen. Dabei erschien er in keiner Weise ängstlich, er lachte sogar, als er mir seine Geschichte vortrug.

Die Delirien abgerechnet schien er psychisch frei zu sein, doch wurde leider am Abend nicht eingehend genug mit ihm verhandelt.

Bis 10 Uhr Abends lag er ruhig im Bett. Dan fing er zu klettern an und zu plappern und er musste, da er auf 4 Grm. Chloral sich nicht beruhigte und da er gegen die Wärter, welche ihn immer ins Bett zurücklegen wollten, sich stark zur Wehre setzte, isolirt werden.

In der Zelle soll er bis gegen 12 Uhr gelärmt haben, von da ab aber ruhig auf der Matratze geblieben sein.

Den 28. Juli Früh wurde er in den Wachsaal zurückgenommen und er gab bei der Morgenvisite folgende Anamnese:

Der Vater ist starker Trinker. Sonstige Heredität negirt er.

Im December 1870 wurde er nach Frankreich nachgeschickt und dort bekam er, ohne anzugebende Veranlassung, noch während der Eisenbahnfahrt, den ersten epileptischen Krampfanfall — ohne Aura.

Bis dahin war er von jeglichen nervösen Erscheinungen vollständig frei gewesen.

Im Frühjahr 1871 hatte er den zweiten Anfall. Dieser wurde von mehrtägiger Aengstlichkeit, Unruhe und Benommenheit eingeleitet und begann mit einer epigastrischen ascendirenden Aura. Er spürte auch noch den Anfang der „Zuckungen.“

Der dritte Anfall im Herbst 1871 wurde wiederum durch mehrere Tage von denselben Erscheinungen eingeleitet. Jetzt bekam er aber auch concretere ängstliche Vorstellungen, es müsse ihm etwas passiren, er hätte etwas verbrochen. Dem Anfall selbst ging wiederum eine epigastrische Aura voran.

Der vierte Anfall kam October 1872 ohne Aura und der fünfte im Juni 1873. Als er des Mittags vom Bureau nach Hause ging, wurde ihm schwindlig, so dass er sich zu Bett legen musste. Am Abend kam ohne Aura der Anfall.

Nach den Anfällen folgte immer mehrstündiger Schlaf.

Mitte Juli begann der Zustand, in dem er sich noch befindet. Zunächst befahl ihn Mattigkeit, er fühlte sich so abgeschlagen wie nach schweren Anstrengungen, und bald wurden auch Appetit und Schlaf schlecht, so dass er

sich vom Dienst dispensiren lassen musste. Von Aengstlichkeit und Unruhe, welche den früheren Anfällen manchmal vorangegangen waren, spürte er diesmal nichts.

Vor etwa 8 Tagen bekam er die Vorstellung, er sei Arschficker und darum würde er verurtheilt werden.

Als ich ihm erklärte, ich glaube nicht, dass er päderastische Handlungen vorgenommen hätte, das seien sicher falsche Gedanken, die er im Laufe der Krankheit erst bekommen hätte, antwortete er, er sei kein eigentlicher Päderast mit beständigen sexuellen Neigungen für Knaben, er hätte bloß einmal arschgefickt und zwar 1867, als er noch Sergeant in Köln war. Da sei er eines Sonntags spät Abends betrunken nach Hause gekommen und hätte einen Recruten, den er Solo im Zimmer antraf, sofort gepackt, über den Tisch geworfen u. s. w. u. s. w.

Zusammen mit diesen Delirien kamen noch andere verkehrte Vorstellungen, meist mit gleicher sexueller Färbung. So erzählte er, seine Eltern und Geschwister seien in den letzten Tagen von Ostpreussen hierhergekommen, um gleichfalls abgeurtheilt zu werden, der Vater sei inzwischen an einer Geschlechtskrankheit gestorben, die er bald nach der Ankunft hier acquirirte, der Bruder in Potsdam sei auch geschlechtskrank und nahe dem Tode, das Gericht verhandle schon darüber, sein ganzes Geschlecht zu vernichten, er solle auf Befehl seiner Majestät aufgeschnitten werden, am Bauch und an den Genitalien....

Diese Delirien waren aber nicht absolut fix. Patient befand sich ihnen gegenüber in dem Dilemma, in welchem sich Geistesranke oft ihren Delirien gegenüber befinden. Auf der einen Seite gab er zu, dass es krankhafte Gedanken seien „laute Gedanken im Kopf“ — andererseits stand es aber wieder positiv fest, dass er verurtheilt sei... Vom 22. Juli ab wollte er in Haft sein, um hier endlich operirt zu werden.

In der letzten Nacht zu Hause war er schon sehr unruhig. Panoramaartig zogen Bilder, wie in Wolken gehüllt, vor ihm vorüber, Verwandte, Landschaften mit allerhand Personen und Thieren, unter denen auch Ratten und Mäuse nicht fehlten.\*) Er sah Schlachtenbilder, grosse Massen kämpften, Funken flogen, als wenn Pulver abgebrannt wurde.. Gleichzeitig hörte er viel durch die Wand sprechen, allerlei, über Soldatenverhältnisse, dann auch, dass er im Lazareth aufgeschnitten werden sollte....

Am 25. Juli will er einen Krampfanfall gehabt haben.

Die Anamnese gab er klar und zusammenhängend und er raisonnirte, als ich ihn mit seinen Delirien in die Enge trieb, mit vielem Geschick.

Von der zweistündigen Unruhe in der letzten Nacht will er so gut wie gar nichts wissen.

Etwa eine Stunde nach der Morgenvisite fiel er in Schlaf und schlief den ganzen Tag und die ganze folgende Nacht durch.

---

\*) Ich führe dies absichtlich an, weil es Aerzte giebt, die jeden Kranken, welcher einmal Ratten und Mäuse hallucinirt hat, sofort für einen Deliranten erklären. Dies ist nicht richtig. — Auch unser Kranker war kein Trinker.

Am 29. Juli bei der Morgenvisite war er vollkommen klar.

Ich wollte mit ihm die gestrige Anamnese noch einmal durchgehen, damit er eventuelle Irrthümer corrigire, er wusste aber nicht, dass er gestern eine lange Anamnese erzählt hatte. Es war ihm, als wenn er mich heute zum ersten Male sähe. Bei näherem Nachfragen stellte sich weiter heraus, dass die Erinnerung für die Erzählung der Anamnese nur partiell fehlte, der Erzählung seiner Delirien nämlich erinnerte er sich theilweise. So wusste er, dass er den Ausdruck „Arschficker“ gebraucht hatte und dass er davon gesprochen hatte, der Leib würde ihm aufgeschnitten... er erinnerte sich aber nicht, dass er gesagt hätte, er befände sich in Haft. Die Erinnerung für diese Data ist ihm dunkel wie eine Erinnerung für Traumerlebnisse. Was aber die Erzählung der praemorbiden\*) Anamnese betrifft, so erinnert er sich dieser absolut gar nicht. Er weiss nicht, dass er von seinen Dienstverhältnissen, von seiner Betheiligung am Feldzuge, von seinen Krampfanfällen u. s. w. erzählt hat, davon weiss er absolut nichts. Die Erinnerung, wie gesagt, existirt nur für einzelne Delirien.

Auch der Erzählung des in Cöln verübten Päderastieversuchs erinnerte er sich dunkel, aber er fragte erstaunt, wie es denn nur möglich sei, dass man bis ins Einzelne hinein etwas beschreibe, was doch ganz und gar erfunden sei. Und dass der Päderastieact nur delirirt war, bewies er überzeugend. Um diese Zeit hatte es in der Kaserne gar keine Rekruten gegeben, der Rekrut konnte nicht Solo im Zimmer sein, weil nach 9 Uhr die Säle gefüllt waren u. s. w.

Die gestrige Anamnese corrigirte er heute nur dahin, dass er vor der Aufnahme nicht einen, sondern mehrere Anfälle gehabt hatte. Von zwei Anfällen in den Nächten zum 23. und zum 24. Juli wusste er bestimmt, ein dritter in der Nacht zum 25. Juli war ihm wahrscheinlich. Vom 23. Juli ab war es ihm, als wenn ein eiserner Ring fest um den Kopf läge.

Patient wurde den 31. Juli entlassen. Das Verhalten der Erinnerung war im Ganzen dasselbe geblieben.

Gutzeit war mir vom Unterarzt als „Melancholie“ angemeldet und in der That hatte er melancholische Delirien geäussert. So wie ich aber in den Saal trat und den Kranken sofort stramm auf mich loskommen und in strammer Haltung — quasi militärisch — dicht vor mir Halt machen sah und so wie ich seine komische Meldung gehört hatte, dass er als Arschficker in Haft sei und von seiner Majestät zur Operation hierhergeschickt wäre, damit ihm der Leib aufgeschnitten und untersucht würde, welche Meldung er mit einem lächelnden Gesichte begleitet hatte, war es leicht zu sagen, dass es sich um keine gewöhnliche Melancholie handle. Denn so spricht und benimmt sich kein Melancholischer. Dem passiv Melancholischen muss man in der Regel seine Delirien gewissermassen extrahiren, und dieser hat, wenn

---

\*) Unter morbus das letzte Irresein verstanden.

er in die Anstalt kommt, die Lust zum Faxenmachen schon längst verloren. Er geht nicht militärisch stramm auf den Arzt los, wenn er auch eines delirirten Verbrechens wegen im Gefängniss zu sitzen glaubt, sondern er wartet in der Regel, bis ihn der Arzt anspricht und erzählt dann leise und träge, mit gesenktem Kopfe, aber nicht laut und mit lächelndem Gesicht. Wohl kann ein Melancholischer die gleichen Zwangsvorstellungen bekommen, dass er Päderast sei und dass er dafür zur Strafe in's Gefängniss geschleppt sei — niemals aber habe ich von einem Melancholischen so wunderliche Vorstellungen gehört, wie sie unser Kranker äusserte, dass ihm behufs ärztlicher Untersuchung der Leib und die Genitalien aufgeschnitten werden sollten und, wie er immer wiederholte, auf Befehl Seiner Majestät.

Der Gesamtstatus unseres Kranken bei der Aufnahme ähnelte also nicht einer gewöhnlichen Melancholie. Weit eher könnte ein alcoholischer Delirant vorübergehend ein gleiches Verhalten zeigen. Deliranten äussern oft, zum Theil auf Grund von Gehörshallucinationen, ganz wunderliche Selbstanklagen und sie marschiren auch manchmal auf den Arzt los und sprechen ihn als Hauptmann, Oberstwachmeister und dergleichen an, aber sie sind schon an ihrem pathognomonischen Tremor sofort als Deliranten zu erkennen, während Gutzeit keine Spur von Tremor zeigte.

Gutzeit liess die Diagnose nicht lange in dubio, denn er erzählte auf Befragen sofort, dass er vor wenigen Tagen einen Krampfanfall gehabt hätte. Ich glaube aber, dass in ähnlichen Fällen, selbst wenn der Kranke epileptische Anfälle negiren sollte, aus dem eigenthümlichen Gesamtstatus die Diagnose auf Epilepsie wird gestellt werden können. Ich habe sie in einem ähnlichen Falle, der weiter unten aufgeführt wird, gestellt, und die nachträgliche Anamnese erwies sie als richtig. Besonders hervorheben möchte ich neben den wunderlichen Vorstellungen einer eventuellen ärztlichen Operation, wie sie auch Osmers (Fall 7) und Heiderich (Fall 24) äusserten, die sonderbare Verflechtung der „Majestät“ mit den Delirien. Die Majestät hat, glaube ich, hier für den Kranken weniger die Bedeutung eines Grössen-deliriums, er fühlt sich nicht mit ihr verwandt und dergleichen, sondern der Kranke hält sein Verbrechen für ein so scheussliches, er schändet mit seinem Verbrechen quasi den ganzen Staat, die gesamte Armee und darum fühlt sich die „Majestät“ veranlasst, exemplarisch einen solchen Verbrecher strafen zu lassen. Wie erstaunlich contrastiren aber wiederum mit den schweren Angstdelirien die lächelnde Physiognomie des Patienten und seine militärischen Faxen!



Von dem weiteren Verlauf des Falles bedarf das Verhalten der Erinnerung noch besonderer Besprechung:

Am 28. Juli giebt der Kranke, während er sich noch im vollen Delirium befindet, auf Befragen eine klare, sehr ausführliche und, wie sich später herausstellt, auch fast vollkommen richtige Anamnese. Am 29. Juli, nach einem langen, tiefen Schlaf, ist das Irresein vorüber, der Kranke ist vollständig klar und giebt die Unsinnigkeit und Krankhaftigkeit seiner Delirien rundweg zu. Jetzt erinnert er sich von der gestrigen Erzählung nur dunkel der Erzählung der Delirien, von der gleichzeitigen Erzählung der Anamnese aber weiss er absolut nichts.

Dieses Verhalten der Erinnerung ist in einem gewissen Sinne diametral entgegengesetzt dem Verhalten, welches der Cand. med. (Fall 1) zeigte. In jenem Falle wusste der Kranke in der Reconvalescenz nichts von der Erzählung der That während des Paroxysmus, während er sich indifferenter, gleichzeitig mit der Erzählung der That erfolgter Aeusserungen ziemlich gut erinnerte. Die beiden Fälle stellen somit gewissermassen die beiden Hauptmöglichkeiten partieller Erinnerungsdefecte dar: Einmal werden die Delirien erinnert, und der Erinnerungsdefect betrifft die für die Delirien indifferenten Facta, das andere Mal werden gerade diese für das Delirium indifferenten Facta erinnert, und der Erinnerungsdefect betrifft gerade das Delirium, die Erzählung der im Delirium verübten That.

Für das letztere Verhalten, für Fall 1, lässt sich leicht eine plausible Erklärung finden. Während des Irreseins, während des Paroxysmus, ist die Bewusstseinsintensität eine so niedrige, dass die Reden und Handlungen des Paroxysmus allenfalls noch unmittelbar nach dem Aufhören des Paroxysmus erinnert werden können, in späterer Zeit aber nicht. Mit dem Uebergang des Paroxysmus in den postparoxysmellen Zustand steigt aber die Bewusstseinsintensität, daher können Reden und Handlungen, welche frisch in dem postparoxysmellen Zustand erlebt werden, hinterher gut erinnert werden.

Schwieriger ist die Erklärung für den partiellen Erinnerungsdefect von Gutzzeit. Sie lässt sich folgendermassen geben: Während des Irreseins steigen in das Bewusstsein ausschliesslich delirirte Vorstellungen, der Kranke ist unaufhörlich mit seinen Delirien beschäftigt, und diese erfüllen anhaltend vollkommen das Bewusstsein. Die Anamnese dagegen steigt während des Irreseins nicht in das Bewusstsein — der Kranke recapitulirt immer wieder und immer wieder seine Delirien, aber er recapitulirt nicht spontan seine für den Augenblick indifferente Vergangenheit. Erst als äussere Reize hinzukamen, als der Kranke

aufgefordert wurde, die Anamnese zu geben, producirte er sie, sobald der äussere Reiz aber aufhörte, sobald ich ihn nicht mehr nach Anamnese fragte, versank dieselbe wieder vollkommen für das Bewusstsein des Kranken, und nun wurde das Bewusstsein wieder voll von den Delirien eingenommen. Nun wird von zwei Vorstellungskomplexen *ceteris paribus* selbstverständlich derjenige am besten erinnert werden können, welcher die grösste Bewusstseinsintensität hatte. Es hatten aber die Delirien andauernd das Bewusstsein eingenommen, die Anamnese war nur gelegentlich flüchtig reproducirt, mithin werden — eine bestimmte Bewusstseinsintensität während des Irreseins vorausgesetzt, welche natürlich geringer ist als die normale — die Delirien noch erinnert werden können, die Anamnese aber nicht, d. h. also: Ist während des Irreseins die Bewusstseinsintensität bis zu einem gewissen Grade gesunken, so werden nur noch diejenigen Vorstellungen erinnert werden können, welche die stärkste Bewusstseinsintensität hatten.

Dass das Irresein in dem Falle Gutzeit kein rein postepileptisches ist, sondern schon einige Zeit vor den Krampfanfällen begann, also auch *praeparoxysmell* ist, halte ich für unwesentlich, es bleibt immerhin ein *acutes*, in Verbindung mit epileptischen Anfällen verlaufendes Irresein.

---

Das postepileptische Irresein in allen bisher aufgeführten Fällen betraf constitutionell Epileptische. Ich habe jetzt noch hinzuzufügen, dass es auch nach symptomatischen epileptischen Anfällen vorkommt, wenn auch nur äusserst selten.

Zweimal habe ich es nach urämischen Anfällen gesehen.

Das Irresein des ersten Falles zeigte die Form des Stupors mit *Verbigeration* und stark ausgesprochenen epigastrischen Sensationen\*)

---

\*) Ueber die postepileptischen epigastrischen Sensationen noch einige Bemerkungen. Manchmal präsentiren sie sich als epigastrische Angst oder als Angst und Schmerz, manchmal ausschliesslich als epigastrischer Schmerz. Letzterer ist diffus oder *circumscrip*t. In 2 Fällen habe ich ihn auf eine ganz *circumscripte*, etwa zweithalergrossé Stelle des linken Epigastriums, dicht unterhalb des Rippenbogens, beschränkt gefunden. Der Schmerz bestand spontan und auf Druck, und, da in beiden Fällen auch zeitweises Erbrechen vorhanden war, könnte derjenige, welcher solche Sensationen nicht kennt, vielleicht an *Ulcus ventriculi* erinnert werden. Aber das Auftreten der Schmerzen nach dem Anfall und ihr baldiges Verschwinden erweisen sie als

(Cf. Wendt Fall 21) und dauerte 3 bis 4 Tage. Dieser Kranke hatte schon seit Monaten an urämischen nervösen Erscheinungen gelitten. Er bekam oft Hemicranie und eigenthümliche „Krämpfe“, wie er sich ausdrückte. Die Hemicranie kam immer rechterseits, war sehr intensiv und dauerte 2 bis 3 Tage, und die „Krämpfe“ bestanden darin, dass anfallsweis — plötzlich — Finger und Hände steif und schmerzhaft wurden und wenige Augenblicke ganz unbeweglich blieben, Erscheinungen, wie sie Epileptische manchmal erzählen, welche ich aber bei Urämie noch nicht kannte. Der Fall ist aber insofern kein ganz reiner, als auch Heredität bestand — die Mutter des Kranken war geisteskrank gewesen — und starker Potus. Am Tage vor der Aufnahme hatten die epileptischen Krampfanfälle begonnen und sie dauerten am Tage der Aufnahme noch fort, der Kranke hatte wohl über 20 Anfälle hintereinander. Nach der Genesung vom Irresein wurde der Kranke auf eine innere Abtheilung der Charité verlegt und starb dort nach wenigen Monaten, ohne dass neue urämische Krampfanfälle aufgetreten wären. Die Section ergab Schrumpfnieren . . . .

Der zweite Kranke hatte zwei Anfälle postepileptischen Irreseins kurz nacheinander, immer im Anschluss an eine Reihe rasch aufeinander folgender urämischer Krampfanfälle. Der Kranke litt seit 3 Jahren an wahrscheinlich urämischen Ohnmachten. Vor 3 Jahren war er auf einer inneren Abtheilung der Charité monatelang an Nephritis behandelt und seit seinem damaligen Aufenthalt in der Charité bestanden die Ohnmachtsanfälle. Er kam den 17. Januar 1874 mit den Erscheinungen des einfachen postepileptischen Stupors auf die Krampfabtheilung. Der Stupor datirte seit dem 12. Januar, an welchem Tage er die erste Serie urämischer Krampfanfälle bekommen hatte. Der Stupor war noch dadurch besonders bemerkenswerth, dass er die ersten Tage

---

Sensationen. — Andere Male ist die circumscriphte, spontan und auf Druck schmerzhaft Stelle gerade in der Mitte des Epigastriums oder höher herauf gerade auf dem Sternum u. s. w.

In manchen Fällen gesellen sich zu den epigastrischen noch allerlei andere Sensationen. Einmal wurde uns sogar ein solcher Epileptischer mit zahlreichen und starken postepileptischen Sensationen als „Hypochonder“ in die Anstalt geschickt.

Viel häufiger noch als Epileptische haben derartige Sensationen, wie bekannt — die Hysterischen ganz abgerechnet — melancholische Kranke, besonders Frauen, aber auch Männer, und es gehört nicht zu den grössten Seltenheiten, dass die ausgesprochensten Melancholien selbst von sehr renommirten Aerzten lange Zeit als „Gastritis“ oder „Magenengeschwür“ behandelt werden.

nach der Aufnahme exquisite Aphasie zeigte. Vom 20. Januar ab wurde der Kranke absolut stumm. Er sprach spontan kein Wort, reagierte auf keine Frage, lag regungslos und machte keine gewünschte Bewegung, aber er ass, wenn ihm das Essen in den Mund gebracht wurde. Jetzt glich sein äusserer Habitus der Stupidität auf's Haar. Dieser Zustand dauerte bis zum 28. Januar. Von da ab begann er zu sprechen und gegen den 3. und 4. Februar wurde er klar. Das Irresein, im Wesentlichen also einfacher postepileptischer Stupor, hatte gegen 3 Wochen gedauert.

Schon den 8. Februar bekam er die zweite Serie urämischer Anfälle, 6 Anfälle rasch nacheinander. Darauf lag er einen Tag im Stupor, welcher wieder deutliche Aphasie zeigte, und dann begann er ganz nach Art des grand mal intellectuel auf Grund ängstlicher Hallucinationen und Delirien in einem fort auf seine Umgebung zu raisonnieren. Gewaltthätig wurde er nicht, dazu fehlte ihm die Kraft, denn er konnte kaum aus dem Bett steigen. Dieses zweite Irresein dauerte wiederum gegen 3 Wochen. Am 13. März wurde er, vom Irresein genesen, nach einer inneren Abtheilung der Charité verlegt und starb dort später in urämischen Krämpfen.

Was weiter die symptomatischen epileptischen Anfälle bei organischen Hirnkrankheiten betrifft, so habe ich in einem Falle von multipler heerdweiser Erweichung eines Hemisphärenmantels ein Irresein beobachtet, welches annähernd die Erscheinungen des grand mal intellectuel zeigte. Das Irresein hatte sich im Anschluss an eine Serie von epileptischen Krampfanfällen entwickelt, aber es dauerte durch das ganze Intervall mit stetig abnehmender Intensität bis zur nächsten Serie fort, wurde nach dieser Serie von Neuem verstärkt, dauerte dann wieder bis zur nächsten Serie und so fort bis zum exitus letalis. Dieser Fall zeigte aber nebenbei noch partielle Convulsionen und eigenthümliche halbseitige Lähmungserscheinungen, er zeigte Deviation des Kopfes, zeitweise Hemiopie u. s. w. Der Fall gehört also nicht hierher, sondern in die Kategorie der hauptsächlich unter einem psychischen Symptomencomplex, gleichsam unter dem Bilde einer Geisteskrankheit, verlaufenden organischen Hirnkrankheiten, welche Kategorie ich ein ander Mal eingehend zu besprechen denke. — Von diesem Falle abgesehen habe ich nur noch ein einziges Mal bei einem Hirntumor im Anschluss an eine Serie von epileptischen Krampfanfällen einen mehrtägigen Stupor mit zeitweisen religiösen Delirien gesehen. Auf die Einzelheiten des Falles will ich hier nicht weiter eingehen; nur

so viel sei erwähnt, dass vor und nach diesem Status epilepticus psychische Symptome, ebenso Lähmungserscheinungen fehlten. Nach einer circa ein Jahr dauernden Remission war in einem neuen Status epilepticus der exitus letalis eingetreten, und die Obduction zeigte einen Tumor des linken Stirnlappens. — Aber ehe nicht anderweitige Varietäten des postepileptischen Irreseins bei organischen Hirnkrankheiten beobachtet sind, bleibt es überhaupt noch zweifelhaft, ob dem Stupor nach einem solchen Status epilepticus die nosologische Bedeutung einer Irreseinsform zuzuschreiben ist. Ich will den Punkt nicht weiter discutiren, es fehlt eben noch an ausreichendem Material.

Noch zweifelhafter ist das Vorkommen postepileptischer Irreseinsformen nach den symptomatischen epileptischen Anfällen des Alcoholismus. Trotzdem die Berliner Säufer sehr häufig epileptische Anfälle haben, viel häufiger z. B. als die Pariser Säufer,\*) habe ich doch noch in keinem Falle von acutem Alcoholismus eine ausgesprochene postepileptische Irreseinsform angetroffen. In der Regel coincidiren die epileptischen Anfälle der Säufer mit Delirium tremens oder sie bilden für sich neben Tremor die Hupterscheinungen der acuten Alcoholintoxication. — Auszuschliessen sind die constitutionell epileptischen Säufer, wie man Sorge, Müller und Siennack (Fall 17, 19 und 26) nennen kann. Diese hatten postepileptisches Irresein. Für solche Fälle ist aber meist gar nicht zu entscheiden, ob nicht ihre Prädisposition viel mehr Schuld an der constitutionellen Epilepsie trägt als der Alcoholismus.

---

\*) Magnan und Bouchereau zählten für das Jahr 1870 auf 377 Deliranten 31 mal, für das Jahr 1871 auf 291 Deliranten 15 mal epileptische Anfälle. Mir liegt so eben die Delirantenliste für den Monat November 1874 vor. Es sind 31 Alcoholisten diesen Monat von der hiesigen Delirantenabtheilung entlassen worden. Von diesen hatten 7 epileptische Anfälle und zwar waren 4 mit Delirium tremens complicirt, bei 3 bildeten die epileptischen Anfälle neben Tremor die einzigen Erscheinungen der acuten Alcoholintoxication.

Noch höhere Zahlen für die epileptischen Anfälle der hiesigen Säufer führt Westphal an. (Cf. in diesem Archiv I. Bd. S. 205 den Sitzungsbericht der Berliner medicinisch-psychologischen Gesellschaft vom 26. Febr. 1867). Nach Westphal waren 30 Procent sämmtlicher aufgenommenen Säufer schon vor dem Delirium tremens epileptisch und von den nicht Epileptischen wurden noch 30 Procent epileptisch im Anfälle des Delirium tremens selbst.

Wenn sich die Angabe von Magnan bestätigt, dass von den Pariser Deliranten nur diejenigen epileptische Anfälle bekommen, welche Absinth trinken, dass also nicht der Alcohol, sondern der Absinth epileptogen wirke, so müssten in den Berliner Schnapssorten, da die Berliner Säufer keinen Absinth trinken, sondern Kümmel mit Rum, Luft mit Luft, Nordhäuser und dergleichen, viel intensiver wirkende epileptogene Substanzen enthalten sein als im Absinth.

Ehe ich die Gruppe der postepileptischen Irreseinsformen verlasse, will ich noch kurz einige Fälle erwähnen, welche ihrer religiösen Delirien wegen bemerkenswerth sind (Cf. besonders Fall 16 u. 17). Ich halte diese specifisch religiösen Delirien für eines der besten pathognomonischen Zeichen epileptischen Irreseins und wundere mich, dass bisher noch von keiner Seite auf sie aufmerksam gemacht ist.

Morel\*) hat zuerst auf die übertriebene Frömmelei, auf eine Art Ascese als auf einen hervorstechenden Zug des caractère épileptique hingewiesen, und neuerdings haben Howden\*\*) und Echeverria\*\*\*) die Morel'sche Beobachtung bestätigt.

Auch ich habe in Stephansfeld solche religiöse Märtyrergesichter gesehen, Epileptische, welche „frank und frei vom Herzen sprechen“, welche sich vor die Brust schlagen „So wahr ich bin, für Kaiser und König hab ich Herz zu reden, der liebe Gott ist mit mir“, Epileptische, welche die lammfrommsten Dulder spielen, welche hinknien und ihre engelreine Unschuld beschwören „Ja, ich bin manchmal etwas böß, aber ich pack selber nicht an, eine Pistole will ich an den Kopf haben, wenn ichs thue und ich lebe doch so gern“, welche, wenn sie im Unrecht sind, „gekreuzigt und verdammt“ sein wollen, Epileptische, denen der „liebe Jesus“ einmal im Traume erscheint und „Gott der Vater“ in einer Mauerzeichnung sich kundgiebt und welche auf die gemeinste Weise stehlen, schlagen und schimpfen — genug, die armen Epileptischen, wie sie wohl in jeder Anstalt zu treffen sind, welche das Gebetbuch in der Tasche, den lieben Gott auf der Zunge, aber den Ausbund von Canaillerie im ganzen Leibe tragen.†)

Von diesen habituellen Charactereigenthümlichkeiten gewisser Epileptischer, die manchmal so prägnant sind, dass ein Sachverständiger aus ihnen allein eine ziemlich sichere Diagnose auf Epilepsie stellen könnte, rede ich hier nicht, sondern ich meine religiöse Delirien, welche im Verlaufe des postepileptischen Irreseins auftreten.

Die folgenden 4 Fälle stammen aus Stephansfeld.

\*) Traité des maladies mentales 701.

\*\*) Journal of Mental Science. Januar 1873.

\*\*\*) American Journal of Insanity. Juli 1873.

†) Ich erinnere hierbei an manche hystero-epileptische Frauenzimmer, welche ich für den Hausgebrauch gewöhnlich als hystero-epileptische Canaillen zu bezeichnen pflege, Frauenzimmer, deren Nichtswürdigkeiten jede Anstalt zur Genüge erfahren haben wird.

### Achtundzwanzigster Fall.

Lallemand, 35 Jahr, wurde den 22. Mai 1872 in Stephansfeld aufgenommen. Seine Epilepsie bestand seit etwa 10 Jahren. Die Anfälle waren bis vor 2 Jahren nur äusserst selten gekommen, in dem letzten Jahre kamen sie durchschnittlich jeden Monat einmal. Die Anfälle waren immer nächtliche und wurden in der Regel schon den Tag vorher durch Ohrenklingen angezeigt. Patient ist habituelier Trinker.

Drei Monate vor der Aufnahme begann das Irresein. Es war zunächst rein postepileptisch und dauerte nur wenige Tage, später persistirte es mit immer abnehmender Intensität während des ganzen Intervalls.

Der Kranke hatte ziemlich gute Erinnerung für seine Delirien und erzählte Folgendes:

Zuerst bekam er die Vorstellung, dass er verdammt sei, ewig verdammt sei. Dann war es ihm, als wenn die Welt verschlossen wäre, als wäre die ganze Welt untergegangen, nur er allein war auf der Erde zurückgeblieben. Eines Tages aber hatte der Himmel ein wunderbar helles Aussehen und, so wie er auf die Strasse kam, wurde sein Name gerufen, alle Welt beugte sich vor ihm; die Kinder beteten ihn wie Christus an, die Leute machten die Fenster auf, ihn anzustaunen. Derartige Anbetungsszenen erlebte er sehr oft. Zu anderen Zeiten überwogen wieder die Selbstvorwürfe. So war er einmal zum Pfarrer gelaufen, weil er Zweifel bekam, ob er denn überhaupt getauft sei. In einer Nacht wird plötzlich an der Wand quasi ein Vorhang in die Höhe gezogen — er sieht oben die Jungfrau Maria, darunter Napoleon den ersten, und unter beiden laufen Heilige mit Lichtern hin und her — es ist wie lebendig. Gleichzeitig hört er einen Mordskandal, er glaubt, das Ende der Welt ist da, die Sterne seien auf die Erde gefallen. Vor Angst steht er auf und zündet ein Licht an, da sieht er zwei Lichte, von denen eines einen Glorienkranz trägt. Das ganze Zimmer duftet nach Rosen u. s. w. Um dieselbe Zeit kommen ihm die Leute auf der Strasse so gross vor, seine Bekannte kommen ihm in Riesengestalt entgegen. Einmal stellt sich ihm ein solcher Riese mitten in den Weg, rechts von ihm gähnt ein fürchterlicher Abgrund und links will er ihn nicht durchlassen, so dass der Kranke lieber umkehrt. \*) Zu anderen Zeiten war er so benommen, dass er nicht wusste, wohin. Kurz vor der Aufnahme hatte er sein Kind morden wollen, weil er es für ein vertauschtes hielt — er war im Hemd auf die Strasse gelaufen u. s. w.

Bei seiner Aufnahme zeigte er die Erscheinungen schweren Stupors. Die ersten Tage reagierte er fast gar nicht. Ab und zu machte er gefährliche Angriffe auf Mitkranke. Auch in der Anstalt hörte er noch manchmal, er sei Capitain, Kaiser u. dergl.

Gegen Mitte Juni wurde er klar. Vom Juli ab arbeitete er in der Schusterwerkstelle. Am 30. August hatte er am Tage einen epileptischen Krampfanfall ohne Aura. Ende September wurde er entlassen.

---

\*) Solche Situationen machen Homicidversuche im postepileptischen Irresein sehr begreiflich.

### Neunundzwanzigster Fall.

Karcher, 33 Jahr, wurde den 25. Mai 1872 aufgenommen. Seit dem 17. Jahre ist er epileptisch. Die Anfälle kamen in 14 tägigen bis 3monatlichen Pausen. In den letzten Jahren „kam das Blasen manchmal nicht bis zum Kopf.“ Der Kranke hat schon mehrfach postepileptisches Irresein gehabt.

Ueber den letzten Anfall vor der Aufnahme erzählte er aus eigener Erinnerung folgende Details:

In der Nacht zum 1. Mai hatte er einen epileptischen Anfall. Am 1. Mai fühlte er sich so matt, dass er die Arbeit einstellen musste. Die Nacht zum 2. Mai schlief er angeblich gut. So wie er den 2. Mai früh aufwachte, verlangte er von der Mutter ein Fusswasser, denn er spürt, dass es im Kopf schon wieder nicht richtig ist. Die Mutter ist augenblicklich verhindert, und so giebt es gleich Krakehl. Als endlich das Fusswasser ankommt, kehrt er das Fass um und setzt durch's Fenster. Er will nach dem Spital laufen, ändert aber seinen Plan und geht nach dem Rosenbad (in Strassburg). Unterwegs hört er „das ist ein Verrückter, denn er holt so grosse Schritte.“ Während er badet, hört er „der ist schon einmal dagewesen und hat ein Fusswasser genommen und er hat gesagt, er hätte seiner Mutter Unehre angethan.“ Nachdem er das Bad bezahlt hat, geht er auf einem Wege, den er ganz genau beschreiben kann, vor die Stadt an den Canal. So oft er an einem Militärposten vorbeikommt, denkt er „was ist das — nu, vor dem fürcht ich mich auch nicht, jetzt nu immer fort.“ Am Canal trifft er Bekannte, die ihn nach Hause führen. Aber kaum tritt er in sein Zimmer, so bricht neuer Streit aus, und er wird gegen Abend in's Spital geschafft. Auf seine Begleiter schimpft und schlägt er.

Gegen Abend bricht eine furchtbare Angst aus. Er sieht die Hölle und feurige Männer mit ganz merkwürdigen Uniformen. Mit Lanzen und Flinten rücken sie von allen Seiten gegen ihn vor, immer enger und enger. Dann ändert sich die Scene aber plötzlich. Er glaubt die andere Welt zu sehen, eine prachtvolle Gegend mit der Andeutung von Gottesgestalt. Jetzt wird ihm leicht. Er sagt „Jetzt ist es gut, jetzt hat mir Gott vergeben.“ Die Mutter und alle Verwandte kommen hinzu. Er sagt „Komm Mutter, gieb mir die Hand, ich habe mich vergangen“.... Bevor sich das Paradies öffnete, stand er auf der Brücke zum grünen Berg (Wirthshaus am Canal) und sah, wie weisse Schwalben über den Canal hin und her flogen — jetzt wird es gut, dachte er....

Der Kranke war zu meiner Zeit einer der gefährlichsten Epileptiker von Stephansfeld.

November 1872 war er in einem neuen postepileptischen Irresein wieder einmal im „Himmel.“ Mit Musik wurde er hingeführt. Alles war von Gold, so freundlich. Er wurde Kaiser.... Auch in diesem Anfall recapitulirte er wieder seine ganze Krankheitsgeschichte. Aus Freude, dass Gott und seine Mutter ihm verziehen hatten und dass die Krankheit nun vorüber war, riss er Kleider und Decken in Fetzen....



### Dreissigster Fall.

Scherer, 20 Jahr, wurde den 4. Juni 1872 aufgenommen. Von frühester Jugend bestehen petit mal Anfälle und seit 3 Jahren epileptische Krämpfe.

Seit einem Jahre kamen ihm „zwangsmässig“ religiöse Grübeleien über die Existenz Gottes, und er begann intensiv religiöse Lectüre zu treiben. Eine innere Stimme sagte ihm, dass sich etwas ganz Besonderes vorbereite, dass die Welt untergehen würde.

Die Erscheinungen des letzten postepileptischen Irreseins vor der Aufnahme erzählte der Kranke aus eigener Erinnerung wie folgt:

Am 27. Mai hatte er einen Krampfanfall auf der Strasse. Den Tag über und die Nacht zum 28. Mai passirte ihm noch nichts Bemerkenswerthes. Schon am 28. Mai kamen ihm allerlei Gedanken, der gute Engel und der böse Feind stritten in ihm über Gott — die Religion sei ja nur Erfindung. Sein Vater hatte Aehnlichkeit mit Napoleon und war auch der Antichrist. Dies dauerte den 29. und 30. Mai in ziemlich gleicher Weise fort. Manchmal war es ihm, wie wenn er als Napoleon im Corps législatif sässe, das Kaiserliche Schloss war ja zertrümmert, also konnte er Kaiser werden. Den 30. Mai Abends erwachte in ihm das zweite menschliche Wesen, denn der Mensch ist ja ein Doppelwesen. Er machte sich auf und lief in eine Klosterkirche, wo er stundenlang betete. Er sah auf dem Altar das hochheilige Sakrament in Schönheit sich vermehren. Als um 9 Uhr das Kloster geschlossen wurde, glaubte er, jetzt sei es Zeit in den Himmel zu kommen. Er lief über Felder und Wiesen und, wie er einmal in die Höhe schaute, sah er einen Stern und nun musste er dem Stern als dem Willen Gottes folgen. Nach einigen Stunden Laufens legte er sich hin, um zu ruhen. Er hatte schon einige Male ruhen wollen, aber er musste immer weiter, bis er mehr in Sicherheit war. Nun hörte er Donnerstrieche und Wagengeroll und es war ihm, als hätte Gott der Vater auf der Seite, wo er herkam, die ganze Welt zertrümmert, er als Gottes Sohn war aber in Sicherheit....

Den 31. Mai Abends kam er erst zu Hause wieder an. Bis dahin war er fast ununterbrochen umhergeirrt und hatte allerhand Wunderbarkeiten erlebt. Ich will jedoch mit Details nicht ermüden.

Die Nacht zum 1. Juli brachte er wieder in der Kirche zu. Dort stellte die grosse Thür Gott den Vater vor, mit der kleinen Thür war er gemeint, Gottes Sohn. Den anderen Morgen gab es am Altar einen Kampf mit dem Gendarme, in diesem Kampf war er Paris, der Gendarme Berlin u. s. w.

Seine letzten Erlebnisse am 2. Juni will ich mit seinen eigenen Worten geben (der Kranke ist Kellner seines Standes):

„Allerhand Gedanken gingen mir durch den Kopf. Es schien mir, als wäre der Pfarrer unseres Dorfes der Vorsteller Gott Vaters, als gäbe es keinen wahren Gott. Da lief ich jedoch zu ihm, als sollte ich bald des Vicars Stelle versehen als Gottes Sohn... Auf einmal lief ich wieder geschwind in die Kirche, als wäre dort der Himmel. Als ich in der Kirche war, lief ich wieder zurück nach Hause, so geschwind, dass mich Niemand fangen konnte, lief wieder zurück in die Kirche, als wäre ich wirklich im Streit, den Himmel zu erwerben. Auf dem Wege spürte ich allerhand Wohlgerüche, als wäre ich

schon nahe dem Himmel.... Mit offenem Messer lief ich so zum Pfarrer und, als ich Weibsleute sah, die mir gut zuredeten, sagte ich brüllend „Ich will nichts wissen von Weibsleuten, als wie wenn ich so durch das Paradies ging und mich aber in Acht wollte nehmen, nicht wie Adam durch die Weiber verführt zu werden und kam mir noch ein, als wäre der Himmel nur für Männer....“

Schliesslich wollte er mit dem Messer auf den Pfarrer los, Gott Vater hätte schon genug regiert, es sei Zeit, dass er, Gottes Sohn, herankomme.

### Einunddreissigster Fall.

Haisslé, ein Epileptischer mit sehr häufigen Krampfanfällen, wanderte im postepileptischen Irresein auch oft zu Gott. Er wurde selbst Gott, bekehrte die Menschen, spielte den Erlöser u. s. w. Auch in den Intervallen quälten ihn beständig religiöse Grübeleien, und manchmal klagte er bitter über gotteslästerliche Zwangsvorstellungen, die ihn befielen. So kam ihm für St. Marie mère de Dieu eine Zeit lang immer die Vorstellung St. Marie morte de Dieu und ähnliches.

Derselbe Kranke gab an, dass jedesmal sein Anfall damit begann, „dass ihm Gedanken von Gott an den Kopf kamen.“

Die Fälle bedürfen keiner weitläufigen Erörterung.

Sehen wir von den habituellen religiösen Zwangsvorstellungen ab, welche Scherer und Haisslé zeigen, so erweisen sich die epileptisch religiösen Delirien als Symptome des epileptischen Stupors. Traumartige Incohärenz und Absurdität sind ihre Kennzeichen. In den bisherigen Fällen hatten sie gewöhnlich den Character von Grössendelirien und sie waren auch manchmal mit noch anderen Grössendelirien verbunden, ja man könnte sie als das non plus ultra von Grössendelirien erklären. Aber viel characteristischer ist das Gemisch mit ängstlichen Delirien — die epileptischen Götter und Erlöser sind mehr oder weniger in ipsa persona die verworfensten und verdammtesten Menschen — und vor Allem characteristisch sind die concomitirenden Erscheinungen des epileptischen Stupors: Traumartige hallucinatorische Verworrenheit, Gewaltthätigkeit u. s. w.

In anderen Fällen tragen die religiösen Delirien durchaus nicht den Character von Grössendelirien. Dann besteht aber immerhin zwischen dem Epileptiker und Gott eine ganz intime Beziehung, welches Verhältniss Fälle der folgenden Gruppe exquisit zeigen.

Die epileptisch-religiösen Delirien sind demnach characteristisch mit Rücksicht auf den Gesamtstatus, mit Rücksicht auf den Stupor.

## IV.

**Das chronisch protrahirte epileptische Irresein.****Zweunddreissigster Fall.**

Bade, 20 Jahr, wurde den 12. September 1874 spät Abends aufgenommen. Er war fälschlich zuerst auf die „innere“ Aufnahme der Charité gekommen, hatte aber, als er dort körperlich untersucht werden sollte, sich hartnäckig opponirt und rücksichtslos um sich geschlagen, so dass er sofort nach der neuen Charité verlegt wurde. Hier leistete er beim Entkleiden den heftigsten Widerstand und suchte um sich zu schlagen, sprach aber kein Wort. Im Bett verhielt er sich bis gegen Mitternacht ruhig; er lag stumm und starrte stier zur Decke. Dann sprang er plötzlich aus dem Bett und wollte den Nachbar beißen. Drei Wärter hatten Mühe, ihn wieder ins Bett zurückzulegen. Er kletterte aber immer wieder und immer wieder aus dem Bett und wurde daher isolirt. Auch dabei leistete er den heftigsten Widerstand, war aber vollkommen stumm. In der Zelle verhielt er sich ruhig, lag still auf dem Strohsack.

Den 13. September früh wurde er in den Wachsaa! zurückgeführt und in's Bett gelegt. Er lag stumm mit stierem Blick. Einige Male stand er auf, ging an andere Betten heran und kniete nieder — immer stumm.

Während dies bei der Visite an seinem Bett über ihn dictirt wird, liegt er ruhig und stumm. Sein Kopf ist geröthet, der Gesichtsausdruck ängstlich und benommen, die Hände hat er auf dem Epigastrium und er athmet rasch und oberflächlich.

Auf Fragen antwortet er sehr wenig. Die meisten Fragen, wenn sie auch noch so eindringlich gestellt werden, bleiben unbeantwortet. Er giebt richtig den Namen und das Alter und er nennt richtig den Ort, wo er zuletzt gearbeitet hat, als Jahreszahl giebt er aber „1872“ und auf die Frage, wann er krank geworden, erwidert er, er sei von Jugend auf so wie jetzt.

Wer bin ich? — „Mein Gott.“

Wer ist der? (Auf den Nachbar zeigend.) — „Auch mein Gott.“

Sie haben sich an Gott versündigt? — „Ja, ich habe mich an meinem Gott schwer versündigt.“

Auf weitere Fragen erfolgt keine Antwort. Epileptische Anfälle negirt er. Kein Zungenbiss.

Den Tag über blieb er ruhig und stumm im Bett. In der Nacht zum 14. September begann er laut zu jammern „Ach Gott, ach Gott“ in einem fort, sprach aber sonst kein Wort.

Den 14. September ist er absolut stumm, reagirt auch auf keine Frage. Gegen Abend fing er zu klettern an und, als ihn die Wärter ins Bett zurücklegen wollten, schlug und biss er um sich.

Die Nacht zum 15. September war er in der Zelle und jammerte in einem fort „ach Gotte doch, ach Gotte doch.“ So wie er den 15. September früh wieder in den Saal geführt wird, kniet er gleich vor dem Bett eines Kranken nieder.

Da sein gewaltthätiges Wesen sich häufig wiederholte und er zeitweise durch sein lautes Jammern sehr störte, wurde er die folgenden Tage fast durchweg isolirt gehalten. Der Zustand blieb immer derselbe. Er stand meist in der Zelle auf einem Fleck, mit stierem Blick und gefalteten Händen und jammerte, „ach Gotte doch, ach Gotte doch.“ Einmal wurde er in der Zelle getroffen, wie er sich die Haare ausraufte, ein ander Mal, wie er an seinem Penis mit Macht zog, als wollte er ihn abreißen. Einmal, als er in den Saal zum Essen geführt wurde, ging er an einen Kranken heran, umarmte und küsste ihn, dann ging er auf einen anderen Kranken los, welcher eine Semmel in der Hand hatte, nahm die Semmel und trug sie dem Kranken hin, den er eben umarmt hatte. — Nahrung verweigerte er nur selten und er hielt sich auch reinlich, wenn er ordentlich abgewartet wurde, wenn er auf's Closet geführt wurde u. s. w. Sollte er gebadet, frisch angezogen werden, so gab es immer einen schweren Kampf; es war z. B. nicht möglich, ihm feste Schuhe anzuziehen, so hartnäckig widerstrebte er. Auf Fragen antwortete er in der Regel gar nicht. So oft er aber Antworten gab, erfolgten dieselben ganz in dem gleichen Sinne wie am Tage der Aufnahme:

Wer bin ich? — „Gott.“

Wer ist der — jener (auf Wärter, Kranke zeigend) — „Auch Gott.“

Wo sind wir? — „Im Himmel“

Auf andere Fragen nach Alter, Name u dergl. antwortete er viel schwerer, meist gar nicht.

Vom 20. September ab konnte er dauernd unter den Anderen sein, auch Nachts. Jetzt ass er auch regelmässig und war nicht mehr gewaltthätig.

Ende October wurde der Kranke von seinem Vater aus der Anstalt genommen. Die Erscheinungen des Stupors hatten in den letzten Wochen unverändert fortbestanden: Den Tag über stand er oft stundenlang an einem Fleck, mit gesenktem Kopf, stark deprimirtem Gesichtsausdruck und leicht gekreuzten Armen und wimmerte ab und zu „Ach Gott, ach Gott“ leise vor sich hin. Auf Fragen nannte er Aerzte, Wärter, Mitkranke, wenn er überhaupt antwortete, immer „Gott“ oder „Engel“ — nur ein einziges Mal gab er richtig an, dass er in der Charité sei und wusste, dass ihn Aerzte, Wärter und Kranke umgeben. Auf alle anderen Fragen reagierte er gar nicht, selbst Name und Alter war nur sehr selten zu extrahiren. Es musste ihm beim An- und Ausziehen geholfen werden u. s. w.

Ueber den weiteren Verlauf der Geisteskrankheit habe ich nichts erfahren.

Wer meinen Erörterungen über das postepileptische Irresein gefolgt ist, würde bei Bade ebenso, wie ich es gethan habe, als ich den Kranken zum ersten Male sah, sofort die Diagnose auf epileptischen Stupor gestellt haben. Denn es fanden sich bei Bade viele Erscheinungen, welche als characteristisch für den epileptischen Stupor von mir aufgeführt sind. Zunächst war die sprachliche Reaction ganz die des epileptischen Stupors. Der Kranke verhielt sich fast durchweg stumm, und die wenigen Aeusserungen, die er spontan machte, waren ängstliche Interjectionen. Auf die gewöhnlichen Personalfragen reagierte

er meist gar nicht, nur ab und zu, wenn er ordentlich aufgerüttelt wurde, gab er Name und Alter — die Jahreszahl gab er falsch. Anamnestika waren gar nicht zu erhalten, einmal sagte er, die Krankheit bestände von der Geburt an und er negirte epileptische Antecedentien. Am leichtesten antwortete er, wenn sich die Fragen auf seine Delirien bezogen. So oft er überhaupt antwortete — und das war ja im Ganzen nur selten — war er, ein einziges Mal ausgenommen, im „Himmel“ und er nannte Aerzte, Wärter und Mitkranke „Gott.“ Diese religiösen Aeusserungen haben hier sicher nicht den Character von Grössendelirien, der Kranke tritt mit Gott wahrscheinlich nur seiner schrecklichen Sünden wegen in Beziehung. Wie dem aber auch sei, die Gott-Nomenclatur der Umgebung bei sonst fast vollständig negativer sprachlicher Reaction scheint mir specifisch. Ganz das gleiche Verhalten zeigen mehrere der folgenden Fälle. Aber ebenso characteristisch wie die sprachliche Reaction ist die sonstige psycho-motorische Reaction von Bade. Abgesehen von den Betattitüden, von dem häufigen Hinknien vor Kranken, welche Erscheinung eine natürliche motorische Reaction auf die religiösen Vorstellungen des Kranken darstellt, zeigt Bade ein rücksichtslos gewalthätiges Wesen. Auf der inneren Aufnahme schlägt er um sich, beim Entkleiden giebt es einen harten Kampf, dann steht er auf, um einen Kranken zu beissen und, will ihn der Wärter in's Bett zurückbringen, so schlägt und beisst er um sich und dabei ist er von einer Vehemenz, dass 3 bis 4 Wärter ihn kaum bewältigen können. Ferner erstreckt sich seine Gewaltthätigkeit auch auf seine eigene Person, er zerzt am Penis, als wollte er ihn abreissen u. dergl.

Ein solcher Symptomencomplex — fast vollständig sprachloser Stupor mit Gott-Nomenclatur der Umgebung und mit intercurrenter rücksichtsloser, blinder Gewaltthätigkeit — scheint mir so überaus pathognomonisch, dass ich nicht begreife, wie er bisher unbemerkt geblieben ist. Morel spricht zwar von einer *mélancholie religieuse des épileptiques*, er meint aber damit die habituellen bigotten Character-eigenthümlichkeiten mancher Epileptiker.

Kommt ein Kranker zur Aufnahme, welcher sich stumm verhält, mag er ängstlich scheinen oder nicht, kniet er vor dem Arzt oder einem Mitkranken und nennt ihn „Gott“ und schlägt und beisst er sodann gelegentlich rücksichtslos um sich, so können wir, glaube ich, aus diesen wenigen psychischen Zügen mit grosser Wahrscheinlichkeit Epilepsie diagnosticiren, epileptischen Stupor.

Da der epileptische Stupor meist ein postepileptischer ist, so wird

man zunächst an einen solchen denken müssen, und ich dachte daher auch bei Bade zunächst an einen solchen. Der weitere Verlauf des Stupors macht es mir aber sehr unwahrscheinlich, dass es sich um einen postepileptischen handelt. Freilich ist die Anamnese über die Entwicklung des Stupors nicht bekannt. Der Vater, welcher den Kranken abholte, wusste nur anzugeben, dass der Kranke im Frühjahr 1873 und 1874 je einen epileptischen Anfall hatte. (Er fiel früh bald nach dem Aufstehen bewusstlos zu Boden, bekam Schaum vor den Mund u. dergl., dagegen blieben die Angaben über Krampfbewegungen zweifelhaft). Dann hatte Bade, 5 Wochen vor seiner Aufnahme in die Charité, von Hause fortgemacht, um Arbeit in der Fremde zu suchen, damals noch vollkommen wohl, und seitdem hatte der Vater keine Nachricht über ihn gehabt. Es wäre also immerhin denkbar, dass Bade vor der Aufnahme einen epileptischen Anfall gehabt hätte. Ich glaube es aber nicht und glaube es deshalb nicht, weil ich noch niemals ein so lang protrahirtes postepileptisches Irresein gesehen habe. Bade war 7 Wochen auf der Abtheilung und ging unverändert ab -- das postepileptische Irresein und in specie die Stuporformen dauern in der Regel nicht so viel Tage als der Stupor bei Bade schon Wochen dauerte. Der postepileptische Stupor dauert durchschnittlich nur wenige Tage, schon Falret giebt 3 bis 4 Tage als Durchschnittsdauer an, und selbst die protrahirteste Form des postepileptischen Irreseins, das grand mal intellectuel, dauert nur höchst selten etwas über 14 Tage, kein einziges Mal habe ich es bis 3 Wochen andauern sehen. Darum scheint mir der Stupor des Bade kein postepileptischer, denn dieser ist eben durch den acuten, günstigen Verlauf characterisirt, ich halte ihn vielmehr für einen primären, welcher sich chronisch protrahirt -- und dass diese Auffassung eine berechnigte ist, werden die folgenden Fälle zeigen.

Besonders hervorheben will ich noch für diesen Fall die anamnestic angegebenen epileptischen Antecedentien. Auch der Vater des Kranken war in den zwanziger Jahren epileptisch gewesen.

### **Dreiunddreissigster Fall.**

Laurisch, 40 Jahr, wurde den 18. März 1874 aufgenommen. Er kam von der chirurgischen Abtheilung der Charité, woselbst er am 15. März aufgenommen war -- mit 3 Schnittwunden, die von einem conamen suicidii herrührten. Die eine verlief quer über dem Nabel und war nur oberflächlich, ebenso war die zweite, welche in der linken Ellbeuge sass, nur oberflächlich, dagegen hatte die dritte einen Theil des Schildknorpels frei-

gelegt und ein kleines Loch in die membrana thyreoidea gemacht. Ueber das Verhalten des Kranken vor dem conamen, zur Zeit des conamen und bald nach dem conamen war vor der Hand nichts zu erfahren. Auf der chirurgischen Abtheilung hatte er die ersten Tage fast ganz stumm dagelegen und auf Fragen nur selten geantwortet; in den letzten Tagen war er ab und zu laut geworden, hatte aus dem Bett zu klettern versucht und war eben deshalb auf die Irrenabtheilung verlegt.

Hier verhielt er sich bei seiner Ankunft vollständig stumm und er liess sich ohne Weiteres in ein Bett legen und lag eine Zeit lang ruhig und stumm mit stierem Blick. Einmal schrie er „Ich will sterben, ich will immer arbeiten, ich habe ein unermessliches Elend.“ Ab und zu lachte er auch. Wenige Stunden nach der Aufnahme sah ich ihn. Er antwortete nur auf wenige Fragen, nannte seinen Namen, gab sein Alter und seine Heimath. Auf alle übrige Fragen, mochten dieselben noch so eindringlich gestellt werden, erfolgte keine Antwort. Nur als ich ihn fragte, ob er Frau und Kinder hätte, fing er zu jammern an „Ja, eine Frau und 2 Kinder.“ und nach einer Pause, während welcher er stier zur Decke gesehen hatte, fuhr er fort „Die arme Frau, ich kann's nicht länger mit ansehen.“ Von nun ab lag er wieder vollkommen stumm. Auch bei der Abendvisite reagierte er auf keine Frage.

In der Nacht zum 19. März lag er meist ruhig und stumm. Ab und zu, doch im Ganzen sehr selten, sprach er laut einzelne, abrupte Sätze und er versuchte von Zeit zu Zeit, aber auch nur selten, aus dem Bett zu klettern. Excremente liess er in's Bett.

Am Morgen des 19. März, bei der Visite, sprach er mehreres. Zunächst gab er wie den Tag zuvor Name, Alter, letzten Wohnort, Stand.

Wie viel Kinder haben Sie? — „Eins — Zwei — Drei — Sechs — Hundert.“

Was haben Sie da am Halse? — „Eine Wunde.“

Wo haben Sie die her? — „Mir selbst mit einem Rasirmesser beigebracht.“

Warum haben Sie das gethan? — „Kann ich nicht sagen, ich bin verrückt, da müssen Andere in's Mittel treten.“

Nun wiederholte er oft die Worte „Ich bin verrückt, Laurisch ist verrückt.“ Dann trat eine Pause ein, während welcher er nicht antwortete — er sah stier zur Decke, blickte auch einige Male ängstlich um sich und sagte „Die ganze Welt wird untergehen mit Grundeis. Jetzt komme ich nun bald an die Erkenntniss.“

Was sehen Sie denn da oben an der Decke? — „Da muss was passirt sein, ich habe was gesehen.“

Was haben Sie gesehen. — „Ich habe Sie gesehen.“

Wer bin ich? — „Wer bin ich — wer sind Sie.“

Dann fuhr er fort „Was sind Sie denn eigentlich, Mensch oder Thier?“ — „Kommen Sie mit.“ — „Nicht so rasch.“ — (Immer nach einer grösseren Pause) „Das geht nicht so.“ — „Ich weiss nicht, was ich soll sagen zu.“ Endlich klatschte er in die Hände und sagte „Wer zuletzt lacht, lacht am besten.“

Wo sind Sie denn hier? — „Ich bin im Himmel.“ Jetzt wurde er wieder stumm und antwortete auf keine Frage mehr. — Einige Male machte

er eine Reihe sonderbarer Drehbewegungen mit dem Kopf und bald darauf schlug er mehrere Male rasch nach einander mit beiden Fäusten auf die Brust. Nahrung verweigerte er nicht.

So blieb der Zustand im Wesentlichen bis zum 25. März. Meist lag er stumm mit ängstlich-stierem Blick — dann schoss er plötzlich mit irgend einer abrupten Aeusserung heraus oder wollte plötzlich fort. Auf Fragen reagierte er meist gar nicht. So antwortete er am 20. März, während der Visite, überhaupt nur auf die folgenden beiden Fragen:

Wo sind Sie? — „Ich bin im Himmel, ich bin in dem Thal, wo die vielen Bäume stehen, an denen Stücke von mir hängen.“

Wer bin ich? — „Ich weiss nicht, ob Sie Mensch sind.“

Am 21. März sagte er spontan: „Da stürzt ja Alles über uns zusammen.“ — „Da ist eine Taube vorübergefliegen.“ — (Immer nach längerer Pause) „Der erlöst uns Alle.“ — „Sie werden sehen, was kommen wird.“ — „Eine Verwünschung.“ — „Haben Sie ein Paar Eimer Wasser getroffen?“ Auf Fragen reagierte er absolut nicht.

Am 22. März, während der Visite, sagte er spontan: „Das stürzt ein, rette Dich.“ — „Es ist Feuer in der Stube.“ — „Es tanzt da was herum am Fenster.“

Auf die Frage wer ich sei, antwortete er: „Der liebe Gott.“

Wo sind Sie? — „Im Himmel.“

Als ihm gesagt wurde, er sei hier im Krankenhause, erwiderte er: „Im Krankenhause arbeitet man gern, da steht man auf und arbeitet — ich will immer tüchtig fleissig sein, begnadigen Sie mich, ich will nicht mehr so schlechte hinschmeissen —“

Als ihm weiter gesagt wurde, er sei krank, verwirrt, erwiderte er: „Etwas krank ist das wohl, es wird aber wohl wieder gut werden — ich bin faul gewesen, ich werde mich sehr bessern.“

Am 23. März nannte er mich rasch nacheinander „Herr Oberarzt, Sie sind zum Nervenfühlen, nein, Sie sind der liebe Gott.“ Den Unterarzt nannte er „Herr Doctor“, einen Mitkranken hielt er für einen Bekannten, einen anderen nannte er „den Tod.“ — Auf weitere Fragen reagierte er fast gar nicht, Monat und Jahreszahl gab er richtig.

Am 24. März antwortete er nur auf die Frage: Wo sind Sie? — „Im Himmel“, gab sonst aber absolut keine Antwort.

Vom 25. März ab bestand vollkommen stummer Stupor. Er lag meist mit geschlossenen Augen, sprach spontan und auf Aufforderung kein Wort und blieb ruhig im Bett.

Am 28. März trat eine interne Complication hinzu. Am Abend des 28. März hatte er 39,2 — bis zu diesem Abend war er immer fieberfrei gewesen.

Am 29. März Früh und Abend	41,4 und 40,1	} Durchfälle. Milzschwellung nachzuweisen.
Am 30. März Früh und Abend	38,8 und 39,0	
Am 31. März Früh und Abend	38,4 und 38,8	
Am 1. April Früh in agone	41,5	

Der stumme Stupor hatte in den letzten Tagen unverändert fortgedauert.



Die Obduction ergab einen eben beginnenden Abdominaltyphus. \*) In cerebro war natürlich Nichts von Bedeutung.

Analysiren wir diesen Fall, so haben wir als Haupterscheinungen wiederum Stupor mit der charakteristischen sprachlichen Reaction. Der Kranke ist meist stumm — meist spricht er weder spontan noch auf Aufforderung — und, so oft er spricht, sind sachgemässe Antworten auf die gewöhnlichen Personal- und anamnestischen Fragen nur schwer oder gar nicht zu erhalten, während er dann vielfach ängstliche Delirien äussert und beinahe regelmässig mit „Himmel“ und „Gott“ antwortet. Neben der Angst und Gott-Nomenclatur zeigt sodann der Stupor in dem conamen suicidii die pathognomonische blinde Gewaltthätigkeit.

Es liess sich demnach lediglich aus der Symptomatologie die Diagnose auf epileptischen Stupor mit grosser Wahrscheinlichkeit stellen.

Die Anamnese, welche die Frau des Kranken nachträglich lieferte, machte die Wahrscheinlichkeit zur Gewissheit.

Heredität zweifelhaft. Ziemlich starker Potus. Mehrere Pneumonien.

August 1873 erster und einziger epileptischer Anfall. (Bewusstlosigkeit, Cyanose, Schaum — Krämpfe zweifelhaft).

Im Laufe des Winters 1873 zu 1874 äusserte er ab und zu, wenn er keine Arbeit hatte, er würde sich noch das Leben nehmen. Sein psychisches Verhalten soll aber sonst gegen früher gar nicht geändert gewesen sein.

Die Geisteskrankheit begann — nach 8 tägiger leichter Incubation — plötzlich am Morgen des 9. März mit dem conamen suicidii.

In den ersten Tagen des März klagte er sehr viel über Kopfschmerz und legte sich deshalb oft zu Bett. Sein Reden und Benehmen soll aber gegen früher absolut nicht geändert gewesen sein. Etwa vom 6. März ab hörten die Klagen über Kopfschmerz auf. In der Nacht zum 9. März schlief er gut.

Noch am Morgen des 9. März will ihn die Frau gar nicht verändert gefunden haben. Sie sah ihn 2 Stunden. Um 5 Uhr war er aufgestanden, gegen 7 Uhr ging er fort, wie die Frau glaubte, zur Arbeit. Er war aber kaum 5 Minuten fort, so wurde die Frau auf den Hof gerufen und fand ihn hinter einem Stall mit den 3 Wunden. Während des Conamen war er von Niemandem beobachtet.

Von dem Augenblick des Conamen bis zum 10. März war er absolut stumm. Am 10. März, als er nach Berlin geschafft wurde, sagte er der Frau unterwegs, es hätte ihn förmlich herausgezogen, es war, wie wenn

---

\*) Beiläufig bemerkenswerth ist der foudroyante Verlauf des Typhus. Die Temperatur zeigt nicht das charakteristische Ansteigen, und der exitus letalis tritt schon am 5. Tage ein.

Jemand an ihm vorbeigekommen wäre und ihn getrieben hätte, er solle das Messer nehmen.

Nunmehr ist der Fall klar. Urplötzlich, nach ganz leichten Incubationerscheinungen, beginnt das Irresein und zwar beginnt es mit dem Conamen. (Cf. Thieme Fall 2). Das Irresein verläuft aber nicht acut wie bei Thieme, es protrahirt sich chronisch, daher der Name des chronisch protrahirten Irreseins.

Bemerkenswerth ist, wie im vorigen Falle, das Vorhandensein epileptischer Antecedentien. Aber die epileptischen Anfälle sind nur vereinzelt. Bade hatte 2 Anfälle, Laurisch nur einen einzigen. Wäre den Kopfschmerzen, welche Anfang März die Incubation eröffneten, ein epileptischer Krampfanfall gefolgt, so kam es wahrscheinlich nicht zu einem psychischen Aequivalent.

Bade und Laurisch zeigen aber nur Bruchstücke des Verlaufs — die folgenden Fälle zeigen den ganzen Verlauf. Derselbe ist günstig oder ungünstig.

### Vierunddreissigster Fall.

Hopp, 24 Jahr, wurde den 5. September 1873 spät Abends aufgenommen. Er war äusserlich ruhig, fast absolut stumm und er sah ungemein ängstlich aus. Als seine Temperatur gemessen werden sollte, schrie er so laut als nur möglich „Man will mich morden, man will mich morden“ — in einem fort, und es half kein Zureden. Die Nacht zum 6. September blieb er sodann ruhig im Bett und soll geschlafen haben.

Am 6. September früh lag er ruhig und stumm. Gegen 8 Uhr bekam er plötzlich einen Paroxysmus heftigster Erregung. Im Nu war er aus dem Bett — am Fenster und er schrie aus Leibeskräften „Hilfe, Hilfe, man will mich morden.“ Er zitterte vor Angst am ganzen Leibe und er wurde rücksichtslos gewalthätig, als ihn die Wärter vom Fenster zu entfernen suchten. Er wurde isolirt. Gegen 10 Uhr traf ich ihn in der Zelle, äusserlich ruhig, aber halbnackt und im Gesicht mit Koth bemalt — auch die Zellenwände waren vollgeschmiert. Er blieb ruhig, während ich mit ihm sprach, antwortete aber fast gar nicht; nur das eine gab er auf Befragen an, dass er von dem Paroxysmus am Morgen wisse, er sei wie ein „wüthend Thier“ gewesen. Er liess sich ohne Weiteres baden, wurde dann wieder in den Wachsaal gebracht und lag ruhig und stumm bis gegen 12 Uhr. Jetzt begannen neue Paroxysmen. In heftigster Angst setzte er plötzlich aus dem Bett und schrie, so laut er nur konnte, ab und zu, doch im Ganzen sehr selten, einzelne Worte, welche er sodann regelmässig mehrere Male wiederholte; manchmal stiess er ganz unverständliche Silbencombinationen aus — meist aber war er stumm, und dabei war er von einer Gewalthätigkeit — er sprang den Wärtern an die Kehle, wollte beißen und schlagen — dass 6 bis 8 stramme Wärter ihre volle Kraft entwickeln mussten, um ihn zu

halten. Ich sah ihn bald nach Beginn des Paroxysmus im Bett. Eine Zeit lang lag er still, furchtbar ängstlich — dyspnoisch, dann begann er mit den Wärtern zu ringen und schrie „Jesus Christus, Jesus Christus, Günther, Günther, Ratui, Ratui, Ratui, in diesem Haus, in diesem Haus“... Zwischen- durch sang er Fragmente geistlicher Lieder, meist aber, wie gesagt, lag er stumm. Auf Fragen antwortete er absolut nicht, nur ein einziges Mal, als ich ihm mehrfach so eindringlich als möglich die Frage vorgelegt hatte, wer ich sei, antwortete er „Sie sind der Herr.“ Da auf Chloral per Clysma — denn Chloral schlucken wollte er nicht, er klemmte die Zähne und spuckte — keine Beruhigung eintrat, wurde er von Neuem isolirt. Er bekam zu diesem Zweck festen Rock und feste Schuhe, aber die Wärter hatten über eine Viertelstunde zu arbeiten, ehe sie ihn angekleidet hatten, so ganz ungeberdig wehrte er sich und immer wollte er beissen, die Kehle packen u. dergl.

In der Zelle verhielt er sich nun im Ganzen ruhig. Sowie aber bei der Abendvisite des 6. September die Zelle geöffnet werden sollte, sprang er an die Thür und griff sofort nach der Kehle — aber er war stumm und der Gesichtsausdruck war schrecklich ängstlich.

Am 7. September, bei der Morgenvisite, fand ich das Zellenfenster durch die Matratze verlegt und, als ich die Zelle öffnete, fand ich den Kranken ängstlich in eine Ecke gekauert. Nach dem Grund der Angst gefragt, sagte er, man wolle ihn morden. Auf andere Fragen, Personalialia u. dergl. erfolgte keine Antwort. Bei der Abendvisite stand er gleichfalls in einer Ecke und sprach auf Befragen dieselben Worte, man wolle ihn morden.

Den 8. September erschien die Angst geringer und er machte jetzt mehr einen schläferigen benommenen Eindruck — er nahm wieder regelmässige Nahrung, liess sich aufs Closet führen u. dergl.

Den 9. September früh erzählte er zwar noch spontan, dass man ihn morden wolle und er war nur mit Mühe in den Wachsaaal zurückzuführen, weil er dort „geschlachtet“ zu werden meinte — aber sein Gesichtsausdruck war viel freier und man konnte mit ihm in Unterhaltung treten. Bei der Abendvisite gab er auch Anamnastica:

Den 4. September hatte er noch in der Fabrik gearbeitet, aber schon den 3. September wäre es bei der Arbeit nicht zum Aushalten gewesen, weil ihn die Mitarbeiter insgesamt immerfort auslachten.

In der Nacht vom 4. zum 5. September war ein Geklapper im Hause, als wenn es spukte. Am Morgen des 5. September begann er „wie wüthig“ zu toben.

Ebenso gab er prämorbid Anamnastica:

Während der Schuljahre hatte er oft „Schwindelungen und dabei Steifigkeit in den Zehen und Fingern“ gehabt, er war aber nie in einem solchen Anfall gefallen. Im Jahre 1867 überkam ihn plötzlich, auf dem Felde beim Schafhüten, „so eine Art Schläfrigkeit“ und gleichzeitig „sah der ganze Himmel roth aus“ — und im Winter zu 1873 sank er in einer Nacht, während er bei einem Frachtwagen wachte, plötzlich „wie vor Müdigkeit“ auf die Erde, erhob sich aber rasch.

Näher expliciren konnte er auch nach erfolgter Reconvalescenz diese anamnesticen Data nicht, denn er erwies sich als originär sehr stark imbecill. Aber der Umstand, dass er diese beiden Momente aus den Jahren 1867 und

1873 als etwas ganz Besonderes in seiner Erinnerung hatte und dass er direct angab, es sei keine natürliche Schläfrigkeit oder Müdigkeit gewesen, welche beide Male, ganz unmotivirt, ihn befiel, macht es mehr als wahrscheinlich, dass es sich um petit mal Anfälle handelte.

Die Anamnese morbi bestätigten im Wesentlichen seine Wirthsleute. — Eine Schwester, die ihn oft besuchte, war nicht minder imbecill als er. Ueber sonstige Heredität war nichts Sicheres zu erfahren.

Die Hoffnung, dass die Krankheit rasch in Reconvalescenz übergehen würde, erfüllte sich nicht. Der Zustand protrahirte sich chronisch und zwar wurde er bald ziemlich stabil.

15. September. Gesenkter Kopf, niedergeschlagener Gesichtsausdruck, sehr träge Reaction. Spontan äussert er nicht mehr seine ängstliche Delirien, er ist aber leicht auf sie zu induciren — „wenn man ihn todtschlagen wolle, möge man es gleich thun.“ Er will noch nicht im gemeinschaftlichen Wachsaaie schlafen, wünscht Nachts isolirt zu sein. Drängt bei vielen Visiten.

1. October. Steht den Tag über dicht an der Thür beinahe regungslos. Im Garten wird er einige Male starr wie eine Bildsäule angetroffen. Manchmal, doch im Ganzen sehr selten, kniet er vor einem bestimmten Kranken. Reagirt sehr träge, auf die meisten Fragen gar nicht. Der Kranke, vor dem er kniet, ein zur Demenz tendirender lauter Maniacus, ist „Christus Haupt der Regierer“, die anderen Mitkranken sind die „Gott-Glieder.“ Er weiss, dass er in der Charité ist, dass ich Arzt bin — er sei aber nicht krank.

Warum sprechen Sie so wenig? — „Weil Sie Alles wissen. Was ich denk, das wissen Sie Alles, das sehe ich, das spüre ich so.“

Wie merken Sie das? — „Der sollte sagen Jesum, der wollte nicht, deshalb rufen Sie mich dann her.“

Was sind Sie denn eigentlich? — „Ich kann ja Keinen verrathen, auch nicht bereden.“

Spüren Sie auch etwas an Ihrem Körper? — „Ja, Sünden. Das ist Alles nachgekommen. Sie magnetisiren mich, machen mir Schmerzen.“

Sind Sie denn zur Strafe hier? — „Wahrscheinlich.“

Nachts schläft er im gemeinschaftlichen Saal. Er isst regelmässig und ist reinlich.

20. October. Steht den Tag über herum, Gesichtsausdruck derartig gereizt, dass jeden Augenblick eine Gewaltthatigkeit zu erwarten steht. Spontan spricht er kein Wort. Auf die meisten Fragen antwortet er nur mit „Ja“ und „Nein.“ Personalien, Anamnestica, Zeitangaben und dergleichen sind jetzt gar nicht zu erhalten. Es sind nur folgende Aeussierungen zu extrahiren: „Alle Kranke in seinem Saale sind allwissend, jeder hört seine Gedanken, das merkt er am Zug.“ Nachdem ich ihm mehrfach Fragen vorgelegt, sagt er gereizt: „Was wollen Sie denn von mir“, fängt aber bald zu lachen an und meint „Wollen Sie sich mit mir prügeln“ und bald darauf „Ziehen Sie es mir ab, ich spür's im Blut, sonst bekomme ich wieder die Krämpfe.“

15. November. Spontan stumm, sehr träge Reaction. Auf die Frage „Wie geht's“ kommt regelmässig die Antwort „Ich bin ganz gesund.“ Die Mitkranken kennen noch alle seine Gedanken, sind allwissend; einzelne von ihnen sind geisteskrank, aber der eine ist noch Gott-Hauptmann, und

anderen sind die Gott-Glieder und diese sind hier zur Pein. — Während ich dies über ihn dictire, wird er gereizt „Sie ziehen es mir ab — mein Leben.“

Was geht Ihnen denn durch den Kopf? — „Tod und Leben. Wenn Sie wollten, könnten Sie mich gesund machen.“

Warum will ich nicht? — „Sie sind wohl ein Jude.“

Warum werden die Leute, mit denen Sie im Saale zusammen sind, hiergehalten? — „Zur Regierung.“

Jetzt steht er vom Stuhle auf und zupft unruhig an seinen Kleidern herum. —

Was macht Sie so unruhig? — „Weil Sie vielleicht regieren. Es regiert einer den andern.“

Die Charité ist doch ein Krankenhaus? — „Die Charité ist kein Krankenhaus, ist Regierung.“

Nachdem er sich etwas beruhigt, erzählt er auf Befragen, er sähe täglich so viel alte Leute, Bekannte, so halb und halb, die sich immer verwandeln. Da wartet immer der eine auf den andern — der eine sagt dies, der andere das. Der eine hätte heute zu ihm gesagt, er solle einen Eimer Wasser holen (Aeusserung eines Wärters).... Zeitweis hat er Schwefelgeruch und Ziehen im Leib. — Auch „Schwindelungen“ will er haben, explicirt sich aber nicht.

Sie sind doch wohl krank? — „Ja, wahnsinnig, ja.“

Gegen Ende November fing er an sich zu beschäftigen und er wurde bald ein sehr fleissiger Arbeiter. Aber noch Mitte Januar 1874 sprach er spontan fast kein Wort und antwortete meist nur mit „Ja“ und „Nein.“ Von „Gott-Hauptmann“ u. dergl., sprach er nicht mehr, er nannte aber noch einzelne Personen seiner Umgebung falsch mit Namen früherer Bekannter. Sein Anzug war stellenweis noch ganz verkehrt — auf der Brust hatte er Papier, Schuhsohlen, viele Stricke „damit es fest ist“ (wahrscheinlich durch praecordiale Sensationen veranlasst).

Ende Januar begann er sich etwas zu unterhalten, er legte das stellenweis sonderbare Costüm ab, benahm sich immer natürlicher und wurde immer lebendiger.

Ende Februar konnte er als genesen betrachtet werden.

Ueber das Irresein war ex post nicht viel zu erfahren, da der Kranke, wie bereits erwähnt, stark schwachsinnig war. Er gab aber seine Delirien und verkehrten Handlungen als Unsinn zu, gestand verschämt, er hätte oft geglaubt, im Himmel zu sein und da wäre ihm der Gedanke gekommen, der eine Kranke sei Gott-Hauptmann... Er erzählte, dass er einen Wärter für einen Jäger, einen anderen für einen Schweintreiber gehalten hätte u. s. w. Auch einen „Krampf“ wollte er während des Irreseins gehabt haben „Ziehen in Armen und Beinen und so Schwindel.“

Gegen mich war er eine Zeit lang piquirt gewesen und wahrscheinlich deshalb, weil er, da er nicht besser wurde, annahm, ich hätte was gegen ihn, ich könnte ihn bessern, ich wollte nur nicht. Genau explicirte er sich aber auch darüber nicht.

Mitte April 1874 wurde er entlassen.

Hopp hat vielfach während seiner Schulzeit und später je einmal in dem Jahre 1867 und im Winter zu 1873 sehr wahrscheinlich petit mal Anfälle gehabt.

Im September 1873 beginnt das Irresein und, wie es scheint, acut, ohne Incubationserscheinungen. Zunächst sind es Illusionen oder Hallucinationen, welche eventuell in gleicher Weise eine partielle Verrücktheit einleiten könnten. Aber schon 2 Tage nach Beginn des Irreseins kommt der Kranke wegen eines Paroxysmus heftigster Erregung in die Anstalt.

Schon aus diesen Paar Daten sind diagnostische Schlüsse zu ziehen. Partiiell Verrückte und Melancholische erkranken in der Regel nicht acut, ohne jegliche Incubationserscheinungen. Ausnahmsweise kann allerdings auch bei ihnen der Anfang des Irreseins acut sein, dann kommen sie aber nicht 2 Tage nach Beginn des Irreseins in die Anstalt. In der Regel besteht die Krankheit bei partiiell Verrückten und Melancholischen zur Zeit der Aufnahme schon Wochen, Monate, bei partiiell Verrückten ziemlich oft sogar schon Jahre und — endlich zeigen Verrückte und Melancholische nicht derartige Paroxysmen wie Hopp.

Der weitere Verlauf, welcher in der Anstalt beobachtet wird, zeigt Anfangs Stupor mit ängstlichen Delirien. Bald kommen Paroxysmen, welche als Stupor mit Verbigeration, mit Angst und rücksichtsloser Gewaltthätigkeit zu bezeichnen sind (Cf. Wendt Fall 21). Nach einigen Tagen tritt äussere Ruhe ein. Fast scheint es jetzt, als wollte der Kranke in Reconvalescenz übergehen — er sieht freier aus, spricht etwas mehr, giebt richtige anamnestiche Data u. dergl. — aber die Angstdelirien dauern immer fort und der Stupor wird bald wieder tiefer.

Nun folgt durch mehrere Monate ein ziemlich stabiles Verhalten, welches sich kurz als Stupor bezeichnen lässt mit illusorisch-hallucinatorischer Verworrenheit, mit Angst und Gereiztheit und mit lang andauernder Gott-Nomenclatur der Umgebung. Während er auf Personalfragen nach Vorname, Alter, Geburtsjahr, Dauer seines hiesigen Aufenthalts u. s. w. oft gar nicht antwortet, nennt er ziemlich regelmässig auf eingehendes Befragen den einen Kranken „Gott-Hauptmann“, andere „Gott-Glieder“ und meint im „Himmel“ zu sein. — Nachträglich erzählt er von einem petit mal Anfall, den er während des Irreseins hatte.

Endlich beginnt die Besserung. Zuerst fast unmerklich, wird sie allmählich, aber langsam, immer mehr und mehr markirt und sie schreitet bis zu völliger Genesung vor.

Das Irresein hat circa 6 Monate gedauert.

Der Kranke bleibt noch anderthalb Monate in Beobachtung und die Genesung erweist sich als eine definitive.

Ich glaube, dass dieser Fall keines Wortes mehr zur weiteren Erörterung bedarf, denn er zeigt alle Kriterien des epileptischen Stupors. Letzterer ist wiederum ein primärer, kein postepileptischer, und er protrahirt sich chronisch.

### **Fünfunddreissigster Fall.**

Schmutzler, Kanonier, 23 Jahr, wurde am Abend des 21. October 1873 aufgenommen, an Händen und Füssen gebunden. Das begleitende ärztliche Attest sagte aus, dass er am Nachmittag des 20. October wegen plötzlich eingetretener Tobsucht in das Garnisonlazareth gekommen war. Dort antwortete er auf die Frage, was ihm fehle, er sei behext und fing bald derartig zu toben an, dass 6 Mann erforderlich waren, ihn zu halten. Seine Tobsucht äusserte sich „durch jede ihm ausführbare Feindseligkeit gegen die Umgebung, durch stundenlanges Schreien desselben Wortes und Umsichschlagen mit den Gliedmassen.“

Ich sah den Kranken bald nach der Aufnahme. Er lag ruhig im Bett mit furchtbar ängstlichem Gesichtsausdruck. Er schwieg, bis er angesprochen wurde, und antwortete auf Fragen sehr träge, aber er gab Name, Alter und erzählte richtig seine militaria personalia. Dagegen wusste er nicht, wo er war, er behauptete fest, in Halle zu sein und nannte mich Pastor X. Anamnestisch war nicht viel zu eruiren: Den 19. October will er noch ganz gut gewesen sein. In der Nacht zum 20. October begann die Krankheit „Erst rasselte es unter dem Bett, dann roch es faul.“ Weitere Explicationen waren nicht zu erhalten. Die wenigen Antworten, die er gegeben hatte, waren nur mit Mühe extrahirt worden. Epileptische Antecedentien negirte er. Keine Bisswunde.

Er wurde, da eine Wiederkehr der eventuell sehr gefährlichen Paroxysmen in Aussicht war, isolirt. Hierbei zeigte er sich entsetzlich ängstlich, trotzdem mit aller Schonung gegen ihn verfahren wurde, trotzdem ihm beständig zugesprochen wurde u. dergl. Er glaubte, es sollte ihm in der Zelle etwas geschehen und er war von dem Wärter, der zuletzt aus der Zelle herausging, nur mit Mühe loszumachen, so fest hatte er sich ängstlich an ihn geklammert.

Die Nacht zum 22. October soll er ruhig auf der Matratze gelegen haben. Gegen Morgen klopfte er an die Thür, um zu Stuhl zu gehen.

Den 22. October früh stiess er den Kaffee zurück und verlangte Selterwasser. Gegen 10 Uhr liess ich ihn in den Wachsaal führen. Er kam fidel mit Singen und Pfeifen in den Saal, ging direct auf mich los und blieb militärisch stramm dicht vor mir stehen. Aber die Fidelität war nur erheuchelt, denn das Auge sah gleich ängstlich aus wie den Abend zuvor. Ueberdies bestand starke Gesichtsröthung, besonders im Mittelgesicht und an den Ohren. (Pupillen, Puls und Temperatur, das sei hier nochmals betont, zeigen nichts

Abnormes, wenn sie nicht besonders erwähnt werden.) Während ich Puls, Herz u. s. w. untersuchte, erzählte er spontan, dass, als er 5 Jahr alt war, eine Frau sein Blut vergiftet hätte. Behufs genauerer Untersuchung fordere ich ihn auf, sich ins Bett zu legen, und er thut dies, indem er sich rücklings über die Fusslehne des Bettes unter dem Rufe „Es lebe der Kaiser“ in's Bett schleudert.

Wo sind wir hier? — „In Halle.“

Wer bin ich? — „Der Prediger aus Erfurt.“

Was sind Sie? — „Der Kaiser — Geben Sie mir die Hand, es lebe der König.“

Wann sind Sie hergekommen? — „Das weiss ich nicht.“

Ist es ein Tag oder ein Jahr? — „Ein Tag.“

Heute muss er sich lange besinnen, ehe er Alter, Jahreszahl, Monat u. s. w. angiebt. Er weiss, dass er die Nacht allein in einer Zelle war und er will dort oft schwarze Männer am Fenster gesehen haben (Wärter, die ihn controlirten?), dagegen erinnert er sich nicht, dass er mich gestern Abend schon einmal gesehen. Den Kaffee hätte er heute Morgen nicht genommen, weil sein Blut zu Schanden sei. Als ihm jetzt Essen gegeben wird, steigert sich seine Angst; er klemmt die Zähne, nimmt die Decke vor den Mund und ist erst dann zum Essen zu bewegen, nachdem ihm ein Kranker, den er für seinen Bruder hält, aus demselben Becher vorgetrunken hat. Die meisten Personen seiner Umgebung belegt er mit falschen Namen, einen Mitkranken hält er für den Scharfrichter von X. Auf die Frage, ob derselbe ihn etwa tödten solle, wird er ungemein ängstlich und sagt „Ich habe ja nichts verbrochen.“ Er wiederholt heute noch einmal, dass er den 19. October sich noch wohl befunden habe, ist aber auch heute zu detaillirterer Auskunft nicht zu bringen. Schliesslich antwortet er „Ich kann nicht reden“ und, indem er beständig ängstlich nach dem vermeintlichen Scharfrichter sieht, ruft er „Es lebe der König, es lebe der König.“ — Patient wurde weiter isolirt gehalten. — Er hielt sich den Tag über im Ganzen ruhig in der Zelle, verweigerte das Mittagessen. Als ihm des Nachmittags Kaffee in die Zelle gebracht wurde, war er splitternacht „die Kleider röchen faul, darum hätte er sie ausgezogen.“ Plötzlich setzte er aus der Zelle auf den Corridor und fing an auf Wärter, welche er vor der Zelle traf, blind dreinzuschlagen — ohne dabei ein Wort zu sprechen. Nach langem Kampfe wurde er in die Zelle zurückgebracht und dabei biss er einem Kranken, welcher mitgeholfen hatte, intensiv in den Finger. Bei der Abendvisite spuckte er in einem fort auf das Zellenfenster und rief beständig in der Spucke. Jetzt war er vollständig stumm, er reagierte auf keine Frage. Nur ab und zu schrie er „Die bösen Geister, die bösen Geister.“ Er bekam festen Rock und feste Schuhe und er trank Milch, nachdem ihm der vermeintliche Bruder vorgetrunken hatte — dabei immer stumm. Die Nacht blieb er ruhig auf der Matratze liegen.

Den 23. October früh verweigerte er wieder den Kaffee und sagte dem Wärter „Ich will den Doctor sprechen, mir ist furchtbar schlecht.“ Um 11 Uhr sehe ich ihn in der Zelle. Er nennt mich richtig „Herr Doctor“, sonst sind aber sachgemässe Antworten fast gar nicht zu erhalten. Gegen einzelne Wärter und Kranke zeigt er unmotivirte Aversion „Heraus mit dem



Hund, das ist der Hund“ (auf einen Kranken zeigend) und auch mir spuckt er, während ich mit ihm spreche, einmal plötzlich nach dem Gesicht. Er isst und trinkt, nachdem ihm vorgegessen, und lässt sich auch auf Zureden nach dem Closet führen. Auf dem Wege dahin sieht er in der furchtbarsten Angst nach rechts und links um sich, guckt hinter eine Thür, ob dort nicht Jemand versteckt wäre. Während er auf dem Closet sitzt, spricht er indifferent-gemüthlich „Sie haben eine schöne Kette, das sind schöne Stiefel“... Aufgefordert nach der Zelle zurückzugehen sagt er „Ich will den Zug ordnen — zuerst der Doctor, dann mein Bruder, dann meine Landsleute“ u. s. w. In der Zelle wird er sogleich wieder ängstlich, der Schwarze (ein Wärter) wäre dagewesen und hätte etwas hingelegt, und er erzählt wieder von der Frau, die ihn behext habe. Er lässt sich aber zureden, legt sich hin, lässt sogar im Rectum Temperatur messen. Heute war der Puls sehr unregelmässig, bald folgten 5 bis 6 frequente Schläge, so dass etwa 120 auf die Minute gekommen wären, bald wieder hatte er nur 20 in der Quart. Durchschnittlich waren es gegen 90. — Bei der Abendvisite fand ich ihn lang ausgestreckt auf dem Boden liegen, stumm, regungslos, gehobene Extremitäten fallen schlaff herab. Nahrung verweigert er, er klemmt die Zähne. Puls 66. Auf die Frage „Sind Sie todt?“ antwortet er einmal „Ja.“

Den 24. October früh sitzt er in einer Ecke — auf der Matratze würde er unruhig, er sei in der Zelle, weil er etwas verbochen, es sei nicht richtig, dass der Carl ihn aufgefordert hätte, Geld mitzumausen. Vor dem vermeintlichen Bruder weicht er heute zuerst scheu zurück, sagt aber bald wieder „mein Julius.“ Mich will er heute wieder zum ersten Male sehen. Er erkundigt sich, wo er wäre, glaubt aber den Antworten nicht. Beim Essen sieht er furchtbar wild um sich, so dass ich ihn frage „Wir sind wohl alle Menschenfresser hier?“ — „Ja, antwortet er in allem Ernst, weshalb war denn der Schärfrichter im Zimmer?“ Im Ganzen spricht er auch heute sehr wenig, er antwortet träge und bringt spontan nur von Zeit zu Zeit abrupte Aeusserungen heraus, wie: „Ich möchte einmal spazieren gehen. Ich möchte nur wissen, wer der war, den ich früher für meinen Landsmann gehalten habe“... Das Gesicht hat andauernd ein stark congestionirtes Aussehen. Mittelweite ziemlich gut reagirende Pupillen. — Bei der Abendvisite nennt er mich „Herr Doctor“ und fragt, wie lange es noch dauern soll, dass er in der Zelle bliebe, er hätte doch nichts verbochen. Mitten im besten Essen hört er auf und verlangt „Elsterknochen“ und nimmt nun keinen Bissen mehr.

Am 25. October früh verweigert er wieder Kaffee. „Ich will haben, was ich bestellt habe, ich will Elsterknochen, wenn ich die nicht krieg, dann will ich nichts.“ Bei der Visite zeigt er wieder die heftigste Angst, er steht an der Wand, Rücken dicht gegen die Wand, und rührt sich nicht vom Fleck. Keine sachgemässe Antwort. „Der liebe Gott ist bei mir — ich will von Euch nichts wissen“ werden abrupt ausgestossen. Nahrung verweigert er „Der liebe Gott wird mich nicht verhungern lassen.“ „Ich will Elsterknochen“ schreit er einmal mit brüllender Stimme und drohender Geberde und fängt dann in die Hände zu klatschen und zu singen an „Macht mir keine Wippchen vor, Wippchen vor — macht mir keine Wippchen vor, Wippchen vor.“ Hier wird die Visite abgebrochen, denn seine Angst nimmt sichtlich zu

und es steht zu erwarten, dass er jeden Augenblick attackirt. — Des Abends bei der Visite wird er ruhig auf der Matratze liegend angetroffen und sagt wieder „Herr Doctor, wie lange soll ich noch hier bleiben, ich habe ja nichts verbrochen.“ Er glaubt nicht, dass er in Berlin ist „Nu lassen Sie mich einmal die Umgegend ansehen“ — es wird ihm der Lehrter Bahnhof gezeigt etc. — aber er bleibt dabei, er sei nicht in Berlin. Er verweigert wieder Nahrung und verlangt wieder, aber gemüthlich, Elsterknochen.

Den 26. October bei der Frühvisite steht er, wie den Morgen zuvor, ängstlich an der Wand und verweigert Nahrung „Ihr wollt mich umbringen. Im Becher ist Gift. Gott wird mich erlösen. Dies ist ein Todtengräber“ (auf einen Wärter zeigend). Er rührt sich vor Angst nicht vom Fleck. Auch des Abends wird er ängstlich an der Wand getroffen und verweigert noch Nahrung. „Ich will Morgen zu meiner Compagnie zurück, weshalb soll ich hier allein sitzen, ich habe ja nichts verbrochen.“

Den 27. October früh liegt er ruhig auf der Matratze und er will auch heute nichts essen. „Gestern habt Ihr mir schlecht Zeug gegeben, es war verfault, von todtten Menschen. In der Zelle riecht es schlecht, Ihr habt Grünsapn hingethan.“ Er will nach einer anderen Zelle, besinnt sich aber unterwegs und verlangt ängstlich nach der alten Zelle zurück. Bald darauf nimmt er reichlich Milch und Brod und er isst auch ordentlich zu Mittag, nachdem ihm ein Wärter vorgegessen hat. — Abends wieder sehr ängstlich. „Ich will sterben, Alles im Körper ist zu Schanden, ich habe den Krebs im Leibe.“ Isst nichts. Mich nennt er jetzt „mein Erlöser.“

Den 28. October liegt er ruhig, macht aber, als ich ihm ein Bad proponire, ohne Weiteres eine Attaque auf mich. Kurze Zeit darauf singt er laut „Ich bin ein preussischer Artillerist.“ Verweigert wieder Mittag- und Abendessen.

Den 29. October soll er die Zelle wechseln, muss aber in die neue Zelle geschleppt werden. Auf die Aufforderung seine Kleider zu wechseln, sagt er „Ich will in den Kleidern sterben, die ich an habe.“ Dann verlangt er einmal „Ungarwein“, spricht aber sonst kein Wort.

Den 30. October lässt er sich, wenn auch mit einiger Mühe, baden und frisch anziehen. Isst regelmässig. Verhält sich dabei ziemlich stumm. Puls zeitweis um 50 herum.

Den 31. October früh verweigert er wieder Nahrung, ist complet stumm und sieht aggressiv aus.

Nun beginnt die Besserung.

Den 1. November sieht er viel milder aus und wird versuchsweise in den Wachsaal genommen.

Die Nacht zum 2. November liegt er ruhig im Wachsaal, schläft aber nicht.

Den 2. November viel freier; weiss, dass er wegen Krankheit in der neuen Charité sei, nennt aber noch einen Kranken „mein Julius“, glaubt noch, dass er verhext ist, dass sein Leib zu Schanden ist, will sich ein Panaritium nicht incidiren lassen „Machen Sie mich lieber gleich todt, schneiden lassen ich mich nicht.“ Puls 78. Noch immer ängstliches, congestionirtes Aussehen.

Die nächsten Tage immer klarer. Den 3. November klagt er über starken Kopfschmerz, der über die rechte Stirn zur Nasenwurzel zieht, äussert aber

nichts Delirirendes mehr. Den 4. und 5. November hat er noch hypogastrische Sensationen „es zittert so ängstlich im Unterleib.“

Vom 6. November ab angeblich vollständig frei von Angst, Sensationen, Kopfschmerz. Guter Schlaf. Er fängt sich zu beschäftigen an und unterhält sich vernünftig. Nur ein leicht congestionirtes Aussehen besteht weiter, dasselbe soll aber habituell sein.

An einem der nächsten Tage gab er folgende Anamnese:

Mutter's Vater und sämtliche Geschwister der Mutter sind ausgesprochen imbecill, die Mutter hat überdies noch „Anfälle.“ (Sie legt sich auf's Sopha und schlägt mit den Gliedern). Der Vater ist gesund. Die Geschwister des Patienten (4), ältere wie jüngere, sollen gesund sein, auch nervös vollkommen frei.

Während der Schulzeit hatte er oft Bisse in der Zunge, das weiss er genau, die Zunge schmerzte und blutete, aber er weiss nichts von Anfällen und es ist ihm auch nicht erzählt, dass er um die Zeit Anfälle gehabt hätte. In der Schule lernte er sehr schwer.

Im 15. Jahre nach einem Schreck 2 mal Schlafwandeln. (Er geht nackt auf den Hof, in den Stall... und weiss den anderen Morgen nichts davon).

Etwa von dieser Zeit bis zum 18. Jahre war er „falsch, innerlich ärgerlich — er hatte Hitze und Stechen in allen Gliedern, es überlief ihn immer so und da war er immer so wüthend, so falsch.“ Von irgend welchen Anfällen in diesen Jahren weiss er nichts, auch Zungenbisse hatte er um diese Zeit nicht.

Vom 18. Jahre ab war er wieder „kaltblütig.“

Im 19. Jahre hatte er sehr häufig, beinahe täglich, starke allgemeine Kopfschmerzen, aber sie störten ihn nicht in der Arbeit.

Von da ab nervös frei. Ein geröthetes Gesicht hat er habituell.

Herbst 1871 wird er Soldat. Gute Führung.

Den 1. October 1873 wird er nach Berlin commandirt, auf den Tegeler Schiessplatz.

Die Entwicklung des Irreseins ist jetzt absolut nicht zu ermitteln. Er weiss jetzt auch nichts von dem, was er bei seiner Aufnahme anamnestisch erzählte, dass das Irresein plötzlich in der Nacht vom 19. zum 20. October aufgetreten sei, dass er den 19. October, welcher auf einen Sonntag fiel, des Nachmittags noch von Tegel nach Berlin gekommen war, sich die Siegestsäule angesehen hatte u. dergl. Die Erinnerung für die ganze Zeit seines Berliner Aufenthalts vom 1. October ab ist höchst mangelhaft. Er weiss, dass er in den Tegeler Baracken casernirt war, dass er dort geschossen hat, er weiss aber nicht, wie oft er in Tegel Löhnung bekommen hat, er weiss nicht, wie oft er Berlin von Tegel aus besucht hat, ob er überhaupt in Berlin drinnen gewesen u. s. w.

Ueber seinen Aufenthalt im Garnisonlazareth weiss er nichts und von dem, was hier mit ihm vorgegangen ist, weiss er nur den allerkleinsten Theil. Er weiss, dass er in einer Zelle war, dass er einen festen Rock getragen hat, dass er einen Kranken in den Finger gebissen hat, er weiss, dass er einen anderen Kranken falschlich für seinen Bruder gehalten hat u. dergl. Dagegen behauptet er, regelmässig gegessen zu haben und er erinnert sich weder der

„Elsterknochen“, noch des „schlechten Geruchs“ u. s. w. Er nennt seinen Zustand „Verrücktheit“ und freut sich, dass er nun gesund geworden ist. Aber er ist nicht davon abzubringen, dass seine Krankheit aus Hexerei entstanden sei. Eine alte Frau hätte ihn verunreinigt, er müsse verhext sein. denn alle seine Geschwister seien gesund, er allein wäre so unglücklich. Als er noch in die Schule ging, traf er einmal beim Wasserholen zwei Frauen am Brunnen, von denen die eine sagte, die andere sei eine Hexe und er solle nicht von dem Wasser trinken. Er trank aber trotz der Vermahnung, und darauf sagte die Frau „Du wirst unglücklich werden.“ Und so oft er in späteren Jahren Wasser am Brunnen holte, traf er immer eine alte Frau, welche sagte „Das wird auch nichts Gutes.“

Nach den letzten Angaben der Anamnese wurde es sehr zweifelhaft, ob Patient wirklich psychisch frei war, denn diese Angaben schienen doch etwas mehr als imbecille Deutung indifferenter Erlebnisse.

Bis zum 14. November, also circa 8 Tage, dauert das Intervall.

Dann beginnt der zweite Anfall. Am Abend des 14. November schien er wieder ängstlich und antwortete sehr träge, auf viele Fragen gar nicht. Den 15. November wurde er noch stiller. In der Nacht zum 16. November kam er an das Bett eines Krankenwärters heran und sagte „Siehst Du, nu bist Du krank, weil Du mir die Bibel weggenommen hast.“ Am 16. November sah er wieder stark congestionirt und gereizt aus. Im Laufe des Tages drohte er, ganz unmotivirt, mehreren Mitkranken. Als er bei der Abendvisite des 16. November isolirt werden sollte, widersetzte er sich heftig trotz allen Zuredens und machte auf einen Wärter eine Attaque.

Den 17. November lag er auf der Matratze — absolut stumm, verweigerte Nahrung.

Den 18. November ass er wieder, verhielt sich aber noch absolut stumm.

Die nächsten Tage sprach er wieder etwas, aber ungemein träge — auf die meisten Fragen antwortete er gar nicht. Auf die Frage, wo er sei, antwortete er einmal „In Halle“, ein anderes Mal „ich bin im Himmel“ und mich nannte er „mein Erlöser.“ Immer sehr ängstliches, gereiztes Aussehen.

Den 21. November schreit er während der Visite einzelne Worte „Warmes Wasser, warmes Wasser.“ Als ihm ein Clysmia offerirt wird, schreit er „Klystier, Klystier....“ Einmal schreit er „Ihr sollt mir den Sack abschneiden, ich habe schlechten Samen.“

Den 22. November packte er den Strohsack aus und sang „O Tannebaum“... reagierte aber auf keine Frage und sah noch ungemein ängstlich aus.

Am 23. und 24. November absolut stumm — aber der Gesichtsausdruck ist milder. Er isst jetzt immer regelmässig.

Den 25. November wird er versuchsweise aus der Zelle genommen und in den Garten geführt — und die Besserung schreitet nun weiter vor, aber die Aengstlichkeit und Gereiztheit, die träge Reaction, die Neigung zur Personenverwechslung u. s. w. verlieren sich nur allmählich.

Etwa vom 5. December ab ist er so weit frei, dass er äusserlich absolut nicht auffällt. Er arbeitet wieder fleissig, unterhält sich vernünftig u. s. w.

Der dritte Anfall beginnt den 24. December und schliesst den

6. Januar (1874). Wiederum entwickelt sich Angst und Stupor. Jetzt weint er auch viel. Spontan spricht er jetzt gar nichts und er reagiert auch meist gar nicht. Mich nennt er „mein Erlöser“, den Unterarzt nennt er einmal „Teufelsschreiber“, die Zelle ist eine „Teufelsküche.“ Einige Tage ist er absolut stumm. Seine Angst sucht er häufig bei den Visiten durch erkünsteltes Lächeln zu maskieren. Er isst regelmässig. — Dieser Anfall zeigte den 2. Januar eine ziemlich starke Remission.

Das Intervall, welches folgt, ist wiederum frei bis auf seine imbecille, delirierende ätiologische Deutung der Krankheit: Die Leute zu Hause hätten oft gesagt, er würde in späteren Jahren eine schlimme Krankheit kriegen, eine Kartenlegerin hätte ihm gesagt, es würde ihm wie dem Meiselwitzer Pächter gehen, der Krebs würde ihn fressen — und das scheine jetzt doch so einzutreffen.

Den 22. Januar beginnt der vierte Anfall und aus diesem Anfall kommt er nicht mehr heraus. Die Erscheinungen sind im Wesentlichen dieselben wie in den früheren Anfällen: Fast stummer Stupor, ängstliches und congestionirtes Gesicht, häufiges Weinen, Gereiztheit. Letztere ist aber nicht sehr intensiv, so dass von Isolirung zunächst Abstand genommen werden kann. Der Zustand zeigt Remissionen und Exacerbationen. Während der Remissionen arbeitet der Kranke manchmal ein wenig, die Exacerbation fällt regelmässig mit stärkerer Gesichtsröthung zusammen. Die vereinzeltten Aeusserungen, die er hie und da macht, zeigen seine Delirien. „Ich möchte lieber den Tod als alle Teufel — Jetzt hat mich der Teufel.“ Einen Wärter nennt er „den lieben Gott“ und mich „mein Erlöser.“ Meist ist er complet stumm.

Mitte Februar wird er lebendiger und er stellt mich bei einigen Visiten: Er wolle heraus aus der Charité, ich hätte ihm zuerst gesagt, ich sei sein Erlöser und jetzt wollte ich es nicht sein, ich hätte ihm gesagt, der Wärter X. sei der liebe Gott, er wolle heraus. Dabei sieht er gereizt aus, als wenn er sofort dreinschlagen wollte.

Im Laufe des März keine Aenderung. Fast immer stumm, ängstlich, bald mehr, bald weniger gereizt. Einmal kommt er auf mich los „Geben Sie mir meine Uhr, dann bin ich erlöst“ — ein andermal sagt er „Am Sonntag sterbe ich für Sie und das Vaterland mit der Schärfe des Schwertes. — Schneiden Sie mir den Kopf ab. — Wissen Sie, ich habe an Gott geschrieben.“ Zweimal in diesem Monat machte er Attaquen auf mich, das eine Mal kam er brüllend auf mich los „Heut ist Montag, da müssen Sie mich erlösen.“ — Die letzten Tage des März musste er wieder isolirt werden und jetzt antwortete er auf fast keine Frage sachgemäss; auf die meisten Fragen lautete die Antwort „Sie wissen ja.“ Spontan sprach er nur äusserst selten „Sie wissen ja, vom Steinfuhrmann mittenentzwei. — Machen Sie es endlich fertig. — Hauen Sie mir den Kopf ab. — Sie haben doch gesagt: Kreuzige mich.“

Im April verhielt er sich fast absolut stumm. „Ich versteh Sie nicht“ und „Sie wissen ja“ waren die einzigen Worte, die er manchmal antwortete. Dabei beständig ängstliches und stark gereiztes Aussehen. Häufig unruhiges Umherlaufen.

Gegen Mitte April wird er geradezu unheimlich und den 22. April macht er auf den Unterarzt eine wilde Attaque. Er springt

plötzlich unter lautem Gebrüll, mit den Füssen den Boden stampfend, vom Stuhle auf und, am ganzen Leibe zitternd, thut er einen Schritt zurück, wie um einen Anlauf zu nehmen und will nun mit aller Macht losstürzen. Die Wärter, die ihn fassen, lässt er unbehelligt und er versucht immer von Neuem den Unterarzt zu fassen. Während dieser Scene ist er vollständig stumm.

Von nun ab muss er etwa 14 Tage, bis zum 6. Mai, dauernd isolirt gehalten werden. So wie die Zellenthür geöffnet wird, stürzt er zum Angriff los. Soll er z. B. gebadet werden, so sind 6 stramme Wärter nöthig. Beim Transport nach dem Badezimmer zittert er am ganzen Leibe, er sucht sich von den Wärtern loszureissen und auf mich loszugehen und er schnaubt vor Wuth. Dabei ist er complet stumm und er verweigert meist jegliche Nahrung. Einmal, als ihm Brod gereicht wurde, zerkrümelte er es und sagte „Christus hat doch gesagt, dass aus den Steinen Brod werden soll.“ Ein ander Mal wirft er mir seine Strümpfe vor die Füsse und brüllt „Da sind Deine Kleider.“ Auf die Frage, wer ich bin „Kenne Dich nicht, rede doch nicht so hochdeutsch“ und zum Schluss tractirt er mich mit „Bluthund — ich habe die Bande zerissen.“

Im Mai und Juni bleibt er fast complet stumm und er ist andauernd ängstlich und zeitweis so gereizt, dass Isolirung in Aussicht genommen wird. Isst regelmässig. Absolut unthätig. Nachts onanirt er wahrscheinlich oft und Urin geht oft in's Bett.

Im Juli und August antwortete er ab und zu, aber doch nur sehr selten, und immer barsch und nicht sachgemäss. Einige Male sprach er mich verächtlich per „er“ an. „Das muss doch enden — entweder er lässt mich schlagen oder ich schlage ihn.“ Meist aber verhielt er sich vollkommen stumm und beständig sah er so gereizt aus, als wollte er losschlagen.

Im September vorübergehend wieder Exacerbation. Heftigste Angst und Nahrungsverweigerung. Nur Weissbier nimmt er und auch das nur aus der Kruke, nicht aus einem Becher, und regelmässig trinkt er, ohne abzusetzen, die Kruke in einem Zuge aus, wahrscheinlich aus Angst, dass, wenn er absetzt, etwas Schädliches schnell hineingethan werden könnte. — Er duldet nicht, dass ihn irgend wer berührt. Wird er z. B. zum Closet geführt, so muss ihm der Wärter vorausgehen und er sieht ängstlich hin und her und schleicht immer an der Wand entlang, Rücken gegen die Wand. Ab und zu verkehrte Handlungen: Entkleidet sich, zerreisst, drückt Scheiben ein, wirft Charpie durchs Fenster...

In den nächsten Monaten bei Fortdauer des ängstlichen, gereizten Aussehens immer mehr dementes Verhalten. Komme ich zur Visite, so tritt er stumm an mich heran, drückt mir ein Stückchen Holz u. dergl. in die Hand und marschirt dann militärisch stramm auf seinen Platz zurück. Lasse ich z. B. paralytische Geisteskranke versuchsweise gehen oder schwere Worte articuliren, so marschirt er mit, spricht die Worte mit u. dergl. Meist sitzt er, beinahe regungslos, still an einem Fleck und spricht weder spontan noch auf Aufforderung ein Wort.

Im Laufe des Januar 1875 wurde er als unheilbar nach der städtischen Anstalt transferirt. Kurz zuvor äusserte er bei eingehender Unterhaltung auch Grössendelirien, er sei Christus, Papst und Kaiser, als

Christ könne er doch Papst werden, „Hier beim Teufel kann man ja bloss Kaiser werden und da will ich mich selbst zum Papst machen.“ Seine Personalien gab er noch ziemlich richtig und er war über Raum, Zeit und Umgebung ziemlich gut orientirt, nur nannte er mich noch immer „mein Er-löser.“ Auf die Frage, weshalb er nach der Charité gekommen, antwortete er „verrückt“, wo die Krankheit angefangen „auf dem Schiessplatz.“ — In der Regel sitzt er den ganzen Tag regungslos auf der Bank und spricht kein Wort. Das Gesicht ist noch immer geröthet und ängstlich und er sieht noch immer unheimlich zum Dreinschlagen aus. Pupillen sind mittelweit, gleich, reagiren ziemlich. Mittlere Pulsfrequenz.

#### Abschrift zweier Briefe:

I. October 1874. Ich will Dir einen Brief schreiben, um Dich zu be-nachrichtigen, wie es geht. Mir geht es ganz gut und hoffentlich wird es Dir auch so gehn. Du wirst auch noch gesund sein wie ich. Es war schon gut war alles gut war es gut ganz gut und geht vielleicht alles gut schon besser sein es geht ganz gut es geht schon besser jetzt geht es jetzt gut wie es geht.

II. December 1874. Viele Grüsse an meinen Bruder Valentin. Ueb immer Treu und Redlichkeit bis an Dein kühles Grab... (und nun geht es ganz richtig weiter im Text — endlich kommt) Ich liebe in Zufriedenheit mit Gott für König und Vaterland Renu Regus Meiselwitz Spora Allsen Klein Nissma Brussen Gross Nissma Brisdorf Zeitz Altenburg.

Schon aus den wenigen Daten des Attestes, welches Schmutz-ler mitbrachte, konnten bestimmte diagnostische Schlüsse gezogen werden. War es richtig, dass das Irresein ziemlich plötzlich begann und dass es sogleich überaus heftige Tobsuchtsparoxysmen zeigte, so war natürlich Manie, partielle Verrücktheit u. dergl. sofort auszu-schliessen. Zwei Möglichkeiten lagen hauptsächlich vor. Entweder war es ein epileptisches Irresein — ein postepileptisches oder ein Aequivalent — oder es war ein Fall derjenigen Form des acuten Irre-seins, welche ich andeutungsweise an anderer Stelle erwähnt habe,\*) eine Form acuten Irreseins, welche selbst noch besonderer Beschrei-bung bedarf. — Die weitere Beobachtung in der Anstalt entschied bald für die erste Möglichkeit.

Sehen wir von der frappant specifischen Symptomatologie des Irreseins noch vollständig ab, so verräth sich das Irresein allein durch seinen anfänglichen Verlauf schon als ein epileptisches. Es verläuft zunächst in Anfällen, welche 2 bis 3 Wochen dauern und sehr rasch, nach 1 bis etwas über 2 Wochen, recidiviren. Nun ist aber gerade ein solcher Verlauf des Irreseins in kurzdauernden und

---

\*) Die naturwissenschaftliche Methode in der Psychiatrie. Seite 40.

rasch recidivirenden Anfällen ein Kriterium des epileptischen Irreseins. Ziemlich gleichgültig ist hierbei, ob die Intervalle völlig frei sind oder nicht. (Cf. Osmer's Fall 7.)

Die ersten 3 Anfälle von Schmutzler können, wie die Anfälle von Osmer's, als protrahierte recidivierende Aequivalente betrachtet werden. Weil aber das 4. Aequivalent sich chronisch protrahiert, ganz wie die Aequivalente von Bade, Laurisch und Hopp, habe ich den Fall Schmutzler dieser Gruppe angereiht.

Der Fall zeigt einen ungünstigen Ausgang, das Irresein endet in Demenz.

Die Symptomatologie brauche ich wohl nicht mehr detailliert zu schildern, denn sie zeigt im Wesentlichen die uns nunmehr wohl bekannten Erscheinungen epileptischen Stupors: Träge oder negative sprachliche Reaction, die furchtbarste Angst mit congruenten Delirien und die überaus pathognomonische Gewaltthätigkeit, welche sich in wiederholten wilden Attaquen manifestirt. Selbst in der terminalen Demenz markiren sich noch charakteristisch Angst und Gereiztheit, und wir erfahren zum Schluss, dass neben den ängstlichen Delirien auch Grössendelirien vorhanden sind, ein Gemisch, auf welches ich wiederholt aufmerksam gemacht habe.

Immer von Neuem wird der Satz bestätigt, dass das Irresein qua Irresein als epileptisches zu erkennen ist.

Nicht zur Stütze der Diagnose, sondern nur zur Vervollständigung des Krankheitsfalles sei endlich auf die wahrscheinlich epileptischen Antecedentien von Schmutzler hingewiesen.

### **Sechsendreissigster Fall.**

Gwósdz, 22 Jahr, Musketier, wurde den 24. Februar 1874 aufgenommen. Ich traf ihn bei der Abendvisite im Bett, in zusammengekauertem Haltung. Die Beine hatte er an den Rumpf gezogen und die Arme über der Brust gekreuzt und er sprach in einem fort (auf Polnisch) „Jesus Maria Joseph erbarmt euch mein — Jesus Maria Joseph erbarmt euch mein.“ Auf Fragen reagierte er absolut nicht und er machte keine gewünschte Bewegung, zeigte z. B. nicht die Zunge, öffnete nicht die Augen, die er immer geschlossen hielt u. dergl. Passiven Bewegungen setzte er sehr energischen Widerstand entgegen und er verweigerte Nahrung. Der Gesichtsausdruck war nicht besonders auffällig.

Die Nacht über behielt er die zusammengekauerte Lage bei und wiederholte die ganze Nacht durch in einem fort „Jesus Maria“....

Den 25. Februar früh im Bade hörte er mit dem Beten auf, verlangte zu trinken und erzählte nun den Wärtern auf Befragen seine Militaria, angeblich



ganz zusammenhängend, doch glaubte er, noch im Spandauer Garnisonlazareth zu sein. — Diese äussere Ruhe dauerte gegen 5 Stunden. — Als ich ihn bei der Morgenvisite sah, verhielt er sich wieder ganz so wie den Abend zuvor, er lag wieder zusammengekauert mit geschlossenen Augen und wiederholte wieder in einem fort „Jesus Maria“.... Auf Fragen, Aufforderungen reagierte er wieder absolut gar nicht und er setzte passiven Bewegungen wiederum sehr energischen Widerstand entgegen. — Bei der Abendvisite war er äusserlich ruhig und er antwortete: Er hätte Angst, er glaube in der Hölle zu sein, bei den Teufeln. Nach dem gegenwärtigen Aufenthalt gefragt, sagte er einmal „Charité“, ein ander Mal „Kaisers Schloss.“ Prinz Friedrich Carl wäre im Garnisonlazareth gewesen, um ihn zu controliren. Er hätte so ungeheuer viele Sünden, dass die Acten darüber sicher nicht alle in dies Zimmer gingen. Seine Religion sollte ihm genommen werden, dass liesse er aber nicht zu... Er gab dabei ganz gute prämorbidie Anamnestica und er wollte in früheren Jahren „Krämpfe“ gehabt haben. Schliesslich gab er auch zu, dass er geisteskrank sei. Bald nach der Visite begann er wieder „Jesus Maria“ in einem fort, stundenlang.

Am 26. Februar früh erzählte er den Wärtern, er sei ein grosser Sünder, er hätte gestohlen — eine Nähnadel, Zwirn und einige Fusslappen. Bei der Morgenvisite startete er gegen die Decke und war absolut stumm. Bei der Abendvisite sprach er: Er hätte Feuer an der Decke gesehen. Mich nannte er „Herr Doctor“, den Unterarzt nannte er „Gott.“

Den 27. Februar verhielt er sich äusserlich angemessen, sprach aber noch wie früher „der Unterarzt wäre einer von der Dreieinigkeit, er wisse nur nicht welcher.“

Den 28. Februar sprach er schon im Ganzen vernünftig, war vollkommen orientirt, gab zu, dass er geisteskrank gewesen sei, nur wollte er doch noch mehr Sünden haben als jeder Andere.

Den 1. März klar, gar nicht auffällig.

Die Temperatur war am Abend der Aufnahme 38,7, am anderen Morgen 38,5, von da ab normal. Pulsfrequenz hielt sich immer um 70 herum.

Auch den 2. März fiel er gar nicht auf, er sprach vernünftig, begann in der Wirthschaft zu helfen u. s. w. und an diesem Tage lieferte er folgende Anamnese:

Vater trinkt stark. Sonstige Heredität negirt. 1868 bekam er ein Trauma auf den Kopf. (Es fiel ihm in einer Kohlengrube, in der er arbeitete, ein colossales Kohlenstück auf den Kopf). Er sank bewusstlos um, stand aber bald wieder auf und ging allein an einen über 100 Schritt entfernten Wagen, welcher ihn dann nach Haus brachte. 3 Monate vergingen, ehe die Wunden vernarbten. (Er trägt am rechten Stirn- und Scheitelbein 2 sehr grosse Narben, die mit dem Knochen verwachsen sind, und der Knochen in der Umgebung der Narbe zeigt allerlei kleine Unebenheiten. Detaillirtere Beschreibung der Narben scheint mir überflüssig). Während dieser 3 Monate war er immer vollkommen klar und er hatte weder intensiven Kopfschmerz, noch Krampfanfälle, noch Lähmungen; nur das rechte Bein soll wenige Male nach langem Sitzen etwas schwach geworden sein, bis zum Knie herauf wie abgestorben — hatte er aber wieder einige Schritte gemacht, so verlor sich die Schwere. Nach vollständiger Heilung der Wunden begann er wieder zu

arbeiten und er arbeitete ca. 4 Wochen, ganz regelmässig wie früher, er fühlte sich wieder vollkommen wohl. Da fiel eines Tages in seiner Nähe wieder ein Stück Kohle herunter und er erschrak sehr heftig. Unmittelbar nach dem Schreck verspürte er Müdigkeit in den Beinen und Flimmern vor den Augen, aber er arbeitete weiter. 2 oder 3 Tage nach diesem Schreck bekam er den ersten epileptischen Krampfanfall. Von dem Augenblick des Schrecks bis zum Eintritt des epileptischen Anfalls war er nicht mehr ganz wohl — er arbeitete zwar, aber er war matt, schwindlig und hatte Flimmern.

Der Anfall war ein classischer epileptischer Anfall mit Krämpfen, Zungenbiss u. s. w. Aura fehlte. Patient bekam den Anfall, als er eines Morgens zur Arbeit ging, unterwegs, er erholte sich aber rasch und arbeitete noch denselben Tag. Nach dem Anfall fühlte sich Patient wieder vollkommen wohl. Nach 2 bis 3 Wochen kam ein zweiter epileptischer Anfall. Es wurde ihm bei der Arbeit schwarz vor Augen und flimmerig, so dass er zu arbeiten aufhörte und per Wagen nach Hause fahren wollte. So wie er aber an den Wagen herankam, stürzte er bewusstlos nieder; Krämpfe fehlten diesmal angeblich. Endlich kam noch in demselben Winter, 1868 zu 1869, ein dritter epileptischer Anfall. Er wurde plötzlich wie schläferig und sank um. Dieser dritte Anfall ging sehr rasch vorüber und verlief gleichfalls ohne Krämpfe.

Seit dieser Zeit ist er von grossen Anfällen frei geblieben, dagegen hatte er vielfach kleine Anfälle. Dieselben kamen spontan oder nach Aerger: Es wurde ihm schwarz und flimmerig vor den Augen und an den Unterschenkeln kalt. Manchmal gingen die Anfälle sehr rasch vorüber, andere Male dauerten sie angeblich über 10 Minuten. Solche Anfälle hat er seit 1869 wohl 20 bis 30 mal gehabt. Der letzte kleine Anfall kam Anfang December 1873 nach einem Aerger „Etwas Müdigkeit in den Beinen, etwas Schwindel, Benommenheit und ein einmaliges ruckartiges Zusammenzucken, wie wenn er umfallen müsste.“

Niemals Auraempfindungen oder irgend welche andere Sensationen in der Narbe.

Am ersten Weihnachtsfeiertag 1873 fiel er im Rausch und schlug sich etwas die linke Stirn auf, die Hautwunden heilten aber rasch und hatten keine nervösen Erscheinungen im Gefolge. Patient war ziemlich resistent gegen Alcoholica, trank aber im Ganzen nur sehr mässig.

Die Geisteskrankheit beginnt den 12. Januar 1874. Einige Nächte vorher schon schlechter Schlaf, aber keine Angstgefühle, keine ängstliche Träume u. dergl. Am 12. Januar fällt ihm das Lachen der Kameraden im Laboratorium auf (cf. Hopp Fall 34); er glaubt, dass sie sich über ihn moquieren, weil er den Abend vorher getanzt hätte und doch nicht tanzen könne — er sei ein Simpel, weil er sich Geld gespart hätte.

Die Nacht zum 13. Januar schläft er gut.

Am 13. Januar stärkeres Lachen im Laboratorium, er hätte gestohlen — Nähnadeln, Fusslappen, ein Messer.

Das Gleiche, nur stärker, wiederholt sich am 14. Januar — er hätte ein Mädel gebraucht.

Den 15. Januar geht er nicht mehr in den Dienst „der Aerger über das ewige Lachen war zu gross.“

Den 16. Januar bleibt er im Bett. Jetzt wird er ängstlich. Die Stube wird bald hell, bald dunkel gemacht, als wenn Streichhölzer angesteckt würden; es stinkt auch so intensiv nach Schwefel.

Den 17. Januar bleibt er auch noch den Tag über im Bett. Zu Abend steht er auf und geht ein Paar Glas Bier trinken.

In der Nacht zum 18. Januar stinkt es wieder so merkwürdig im Zimmer und es wird wieder bald hell, bald dunkel. In dieser Nacht hört er zum ersten Male deutliche Stimmen „Der lebt noch — der schläft noch nicht.“

Am 18. Januar kommt er in's Lazareth.

Ueber sein Verhalten im Lazareth sagt das Attest folgendes aus:

Bei seiner Aufnahme antwortete er auf gewöhnliche anamnestische Fragen mit Absingen choralartiger Melodien oder durch Pfeifen, glaubte von Teufeln umgeben zu sein, sprang ängstlich aus dem Bett u. s. w.

Vom 24. Januar bis zum 20. Februar Remission. Patient erscheint bis auf ein etwas stilles Wesen vollkommen frei, er äussert auch auf Befragen nicht mehr Delirien, arbeitet u. dergl.

Am 21. Februar kommt nach einem mehrstündigen Stupor, in welchem er gar nicht reagiert, plötzlich grosse Unruhe. Er zerreisst sein Hemd und will sich die Fetzen nicht fortnehmen lassen, weil er sonst sterben müsse, und bald beginnt er auf Polnisch sein ewiges „Jesus Maria“ ... er schlägt auch einige Male um sich.

Den 24. Februar kommt er hier an. Als er aus Spandau abfährt, hört er „Nach Kaisers Schloss.“ Hier hört er, dass er „General“ ist, dass er mit „Gott“ zusammen ist und er hatte Gedanken, als wenn er in Himmel und Hölle wäre.

Die Erinnerung für die kranke Zeit ist ziemlich gut erhalten.

Die zweite Remission, welche den 1. März hier eintrat, dauerte 2 Tage.

Den 3. März ist er wieder stiller und äussert auf Befragen, er sei ein grosser Sünder und müsse Strafe haben, er sei nie geisteskrank gewesen, er habe zwar wie ein Verrückter gesprochen und sich benommen, er sei aber nicht verrückt gewesen, das sei auch eine grosse Sünde.

Die nächsten Tage und Wochen bald mehr, bald weniger versunken. Er plappert sein „Jesus Maria“ in einem fort, bekreuzt sich, kniet stundenlang und antwortet meist gar nicht. Bald fällt er vor dem Unterarzt auf die Kniee und betet zu ihm mit gefalteten Händen, einmal kommt er auf mich los „Ich danke Dir, Meister, dass Du mich bestraft hast“ u. dergl.

Gegen Ende des Monats März wird er noch verkehrter. Er liegt stundenlang in Kreuzform auf der Erde und sagt in einem fort auf Polnisch „Gott, nimm mich aus der Charité zum Vater.“ Er zerkratzt sich und wäscht sich zeitweis mit Urin, onaniert auch ab und zu. Nahrung nimmt er regelmässig. Zweimal, als eingehend mit ihm gesprochen wurde, äusserte er die alten Vorstellungen, er sei ein schrecklicher Sünder und er gab seiner ganzen Umgebung einen Grössencharacter — den einen Kranken nannte er „Gott“, einen anderen „Kaiser“, die übrigen waren „Minister“,

ich selbst war einmal „Minister“, ein anderes Mal „Oberstwachmeister“, der Unterarzt war „Doctor und Premierlieutenant“ und so fort.

In der ersten Hälfte des April ist er meist absolut stumm und, wird er angesprochen, so thut er, als könnte er überhaupt nicht sprechen, und er bringt oft unter allerlei sonderbaren Grimassen nur „te — te“ und dergleichen hervor.

Gegen Ende April fängt er fleissig zu arbeiten an und raucht dazu mit grossem Appetit die Pfeife, aber er ist andauernd stumm.

Anfang Mai stellt er die Arbeit wieder ein. Jetzt geht das Bekreuzigen wieder los, er liegt auf dem Boden herum, läuft im Garten beständig in einem Kreise umher und pantomimt sehr viel in unverständlicher Weise. Auch Nahrung verweigert er durch mehrere Tage. Einzelne Tage spricht er wieder in einem fort polnische Sätze „Herr, segne mir den Kaffee, den ich getrunken habe“ u. dergl. — auf Fragen aber reagirt er absolut nicht. Ein einziges Mal im ganzen Monat Mai antwortete er auf Fragen und — er war der alte Sünder, hatte den Teufel im Leibe, und seine ganze Umgebung bestand jetzt aus lauter Heiligen.

Die Monate Juni, Juli und August trat keine wesentliche Aenderung ein. Er war entweder stumm oder plapperte einzelne polnische Sätze. — Auf Fragen antwortete er nur höchst selten und, wenn er es that, immer in der früheren Weise. Mich sprach er eine Zeit lang regelmässig als „Heiliger Engel, Gott Vater, Doctor“ an, und die Mitkranken waren alle „Heilige.“ Dabei ging das Beten und Knien fast in einem fort. Einmal gab er, nach dem Motiv des Betens gefragt, die Antwort „Weil ich gestohlen habe“ und auf weiteres Fragen sagte er „Ich habe dem König, was ist jetzt Kaiser Wilhelm, Stiefelschmiere gestohlen, Streichhölzer und Fusslappen, auch dem König Friedrich Wilhelm, was ist gestorben, habe ich Holz und Kohlen gestohlen.“ Ab und zu kamen ganz verkehrte Handlungen: Er drehte z. B. den Gashahn auf, zerriss einen Bettüberzug, weil der Teufel drin sei u. dergl. Einmal äusserte er, man wolle ihn selbst zum Christus machen, ein ander Mal, er würde deutscher Kaiser werden und mit Vieren fahren. Zwischendurch arbeitete er wieder ein Paar Tage fleissig und benahm sich angemessen — aber stumm.

Im September wurde er sehr fleissig, er arbeitete den ganzen Tag, äusserte aber, angesprochen, die alten verkehrten Vorstellungen und jetzt zeigte er sich sehr redselig.

Den 15. September bekam er bei der Arbeit einen epileptischen Krampfanfall. Schon den Tag vorher war er einmal so zusammengefahren, dass ihm die Bürste aus der Hand fiel. Der Anfall war ein classischer epileptischer mit Krämpfen, Zungenbiss u. s. w. Er begann mit kleinen zuckenden Stössen, welche der Patient noch spürte, und war ein sehr schwerer, der Kranke brauchte mehrere Tage, ehe er sich wieder vollkommen erholt hatte.

Das psychische Verhalten war nach dem Anfall absolut nicht geändert. Ich war „Hergott“, ein Kranker war „Engel Gabriel“, ein anderer Kranker „Judas“, wieder ein anderer „Deutscher Kaiser“ u. s. w. Auch seine melancholischen Delirien waren dieselben.

Ende October hatte er mehrere kleine Anfälle: Plötzliche Rucke mit etwas Anderssein im Kopf. Die Anfälle waren aber im Nu vorüber und er brauchte nicht erst die Arbeit zu unterbrechen.

Im November kam wieder eine Verschlechterung. Er hörte zu arbeiten auf, stellte für mehrere Tage wieder das Essen ein, sass stundenlang auf einem Fleck und liess den Kopf hängen und sprach jetzt alle Welt mit „Lieber“ an, „Lieber Herr Oberarzt — lieber Wärter“ u. s. w. und er nannte seine Umgebung immer weiter „Kaiser, Heilige, Prinzen“....

Von Weihnachten ab dauernde Besserung, die jetzt schon durch Monate anhält, aber nicht zu völliger Genesung vorschreitet. Der Kranke drängt nicht, er schläft ausgezeichnet, unterhält sich vernünftig, er ist ein vortrefflicher Arbeiter — genug, es läuft schon seit Monaten gar keine Klage über ihn ein. Er ist auch in keiner Weise psychisch geschwächt, er hat ein gutes Gedächtniss und ein gutes Urtheil und er ist auch durchaus nicht heftig — aber bei eingehender Unterhaltung zeigt er sich noch immer von seinen melancholischen Delirien nicht frei. Er erzählt noch immer mit einem Armensündergesicht, er hätte sich schlecht geführt, er hätte einem Kameraden Nähnadel und Zwirn gestohlen, einem anderen Fusslappen, es sei doch sehr Unrecht gewesen, dass er über die Garnison Spandau früher immer so geschimpft hätte — und es kommt ihm auch jetzt noch zeitweis, wenn auch nur äusserst selten, die Vorstellung, der eine Mitkranke sei Prinz Friedrich Carl, ein anderer der Kaiser u. s. w. Aeusserlich, wie gesagt, macht er den Eindruck eines vollen Reconvalescenten und spontan hat er schon seit Monaten kein Wort über seine Delirien verloren. — Sollte er selbst die letzten Reste seiner Delirien, die er jetzt noch hat, nicht verlieren, so wird er doch, vorausgesetzt dass der Status quo (Februar 1874) andauert, draussen ein ganz brauchbarer Mensch sein.

Ob sich die letzten Reste seiner Delirien noch ganz verlieren oder ob vielleicht von Neuem eine Verschlimmerung auftritt, ist nicht vorauszusagen.

Die melancholischen Delirien erkennt er als Delirien nicht an, die zeitweis illusorische Grössendeutung erkennt er als krankhafte an.

Epileptische Anfälle, kleine oder grosse, sind in den letzten Monaten nicht dagewesen.

Die Geschichte dieses Falles ist also kurz folgende:

Gwósdz ist durch die Trunksucht seines Vaters hereditär vielleicht schon etwas disponirt, aber diese Disposition, wenn sie überhaupt besteht, ist so zu sagen doch nur eine latente, denn sie verräth sich zunächst durch keine abnorme nervöse Erscheinung. In seinem 16. Jahre trifft ihn ein schweres Trauma auf den Kopf, und etwa 4 Monate nach dem Trauma wirkt weiter auf ihn ein intensiver Schreck. Unmittelbar nach diesem Schreck beginnen abnorme nervöse Erscheinungen, gewissermassen Incubationserscheinungen seiner Epilepsie, denn wenige Tage nach dem Schreck bekommt er einen epileptischen Krampfanfall und nach wenigen Wochen kommt ein zweiter und bald noch ein dritter grosser epileptischer Anfall. In den nächsten Jahren

ist er von grossen Anfällen frei, dafür hat er ab und zu kleine epileptische Anfälle. Mit 20 Jahren wird er Soldat und er führt sich während des Dienstes gut. Die kleinen epileptischen Anfälle dauern weiter fort.

Ohne ein besonderes neues Motiv wird er im 22. Jahre geisteskrank. Das Irresein leitet sich nicht erst lange ein, es beginnt ziemlich acut und remittirt schon nach kaum 2 wöchentlicher Dauer. Die Remission ist eine so tiefe, dass sie beinahe einer Intermission gleicht. Nach 4 wöchentliches Dauer der Remission beginnt das Irresein von Neuem, um aber von Neuem schon nach 5 tägiger Dauer zu remittiren. Inzwischen ist der Kranke in die Anstalt gekommen, und es ist selbst für den sachkundigen Irrenarzt schwer, die Remission von einer vollkommenen Intermission zu unterscheiden. Aber die Remission dauert nur 2 Tage, und jetzt beginnt ein chronisch protrahirtes Irresein, das mit leichten Remissionen und Exacerbationen beinahe drei Viertel Jahr andauert. Mitten im Verlaufe dieses Irreseins bekommt der Kranke einen neuen grossen epileptischen Anfall und bald danach mehrere kleine Anfälle, aber die Anfälle üben auf das Irresein absolut keinen Einfluss. Endlich tritt eine Besserung ein, die jetzt schon durch Monate anhält, aber nicht zu völliger Genesung vorschreitet. Der Kranke macht äusserlich den Eindruck voller Reconvalescenz, es ist keine psychische Schwäche erkennbar, aber Reste der Delirien bestehen noch fort. Mit dem Status quo könnte der Kranke draussen ganz gut existiren.

Das Irresein von Gwósdz zeigt nur wenige specifisch-epileptische Charactere. Trotzdem es ein unzweifelhaft epileptisches Individuum betrifft, sind Entwicklung, Symptomatologie und Verlauf doch viel weniger characteristisch wie z. B. bei Osmers, Rhinow (Fall 7 und 10), welche keine Spur epileptischer Antecedentien zeigen.

Hauptsächlich sind es zwei Punkte, die mir in diesem Falle bemerkenswerth scheinen, einmal die Art der Entwicklung des Irreseins und dann das eigenthümliche Gemisch ängstlicher Delirien mit Grössen-delirien. Das Irresein zeigt in der ersten Zeit einen Verlauf, welcher eine entschiedene Analogie hat mit dem uns jetzt wohl bekannten Verlauf in rasch verlaufenden und rasch recidivirenden Anfällen. Das Irresein dauert zunächst 13 Tage, dann kommt eine tiefe Remission von 4 Wochen — jetzt kommt wieder Irresein von 5 tägiger Dauer und eine Remission von 2 tägiger Dauer, und nun erst wird das Irresein ein chronisch protrahirtes. Der Verlauf hat demnach entschiedene Aehnlichkeit mit dem Verlauf des vorigen Falles, welcher gleichfalls

mit kurzdauernden, rasch recidivirenden Aequivalenten begann, dann aber im vierten Anfall sich chronisch protrahirte und in Demenz endete. Zweitens, wie gesagt, ist es das oft besprochene Gemisch von melancholischen Delirien mit Grössendelirien, welches hier exquisit vorhanden ist. Der Kranke klagt sich als einen Dieb und schweren Sünder an, aber gleichzeitig kommt ihm die Vorstellung, er würde General werden, er sieht Friedrich Carl im Lazareth, er hört, als er von Spandau abfährt „nach Kaisers Schloss“, und hier in der Charité wähnt er sich beständig von Gott und seinen Engeln umringt, vom Kaiser und seinen Prinzen und Ministern u. s. w. und einige Male äusserte er sogar, er würde selbst noch Kaiser und Christus werden.

Im folgenden Falle habe ich hauptsächlich mit Rücksicht auf ein solches Gemisch melancholischer Delirien mit Grössendelirien und mit Rücksicht auf den exquisit remittirenden Verlauf die Diagnose auf Epilepsie gestellt, und die nachträglich nach dem Tode des Kranken erhobene Anamnese bestätigte die Diagnose.

### **Siebenunddreissigster Fall.**

Hoffmann, 50 Jahr, wurde den 9. August 1873 aufgenommen. Ich traf ihn in heftigster ängstlicher Dyspnoe und, kaum hatte ich ihn angesprochen, so debütierte er mit seinen Delirien: Er hätte gestohlen, ja er hätte ganz gewiss gestohlen, er und seine ganze Familie hätte gestohlen. Auf die Frage, was er denn gestohlen, wusste er nicht mehr als „Pflaumen, Hafer“ vorzubringen. „Für 40,000 Thaler Pflaumen habe ich gestohlen.“ Unten auf dem Hofe wären die Schutzleute, ihn zu holen. Vor wenigen Augenblicken sei sein Bruder hiergewesen und der hätte gesagt, Seine Majestät der Kaiser habe bestimmt, dass er bestraft werden sollte. — Auf prämorbid anamnestiche Fragen reagierte er sehr träge und die Antworten widersprachen sich. Ebenso machte er über die Entwicklung seiner Geisteskrankheit durchaus sich widersprechende Angaben. — Epileptische Antecedentien negirte er. — Am linken Arm trug er Spuren eines frischen Selbstmordversuchs.

Dieses ängstliche Verhalten, bald mehr bald weniger stark, dauerte bis zum Nachmittag des 11. August. Stellenweis sprach und benahm er sich ähnlich wie ein alcoholischer Delirant — er höre seinen Wirth im Nebenzimmer, unten auf dem Hofe ständen Frau und Kinder, dann verliess er das Bett, wollte an's Fenster, in's Nebenzimmer — er hatte aber keine Spur von Tremor.

Am Nachmittag des 11. August war er von Delirien frei. Der Gesichtsausdruck war natürlich geworden und er nannte seine früheren Delirien unsinnige Gedanken. — Leider wurde versäumt, in der Remission die Anamnese von ihm zu erheben. — Die Remission dauerte aber nicht lange.

Den 12. August bei der Morgenvisite war er wieder in stärkster ängstlicher Dyspnoe, der Angstschweiss stand ihm auf der Stirn und, noch ehe ich einige Fragen an ihn gerichtet hatte, brachte er wieder seine Delirien vor: Ja er hätte gestohlen. Alle Leute wären in der Nacht dagewesen, er habe sie ja selbst gesehen, und alle sagten, dass er gestohlen hätte; sie hätten ihn auch mit Stricken binden wollen. Seine Majestät der Kaiser und alle hätten gesagt, er sei schuldig. Sein Schwiegersohn solle auch nach der Charité kommen und auf Latten liegen, denn der hätte auch gestohlen. Aha, jetzt höre er auch Brennecke's Bierwagen auf dem Hof, nun komme auch der Wirth, ja er sei schuldig. Zu Mittag verweigerte er Nahrung, weil er vor Seiner Majestät dem Kaiser schwören müsse.

Den 13. August Mittags wurde er von seinen Delirien wieder vollständig frei und nun zeigte er ca. 5 Stunden ein ganz anderes Verhalten. Er war heiter, lachte viel, sagte dem und jenem Mitkranken „nun bin ich gesund“ und er hatte das erste Wort im Saal. — Bei der Visite rief er mir entgegen „jetzt bin ich gesund“ und er mischte sich ungehörig in die Unterhaltung, die ich mit anderen Kranken führte.

Den 14. August früh liegt er wieder mit ängstlichem Gesicht im Bett und reagirt fast gar nicht. Nur seine ängstliche Delirien sind leicht zu extrahiren, und spontan setzt er hinzu, Seine Majestät der Kaiser sei hier gewesen, er hätte ihn an der Stimme erkannt.

Den 16. August Nachmittags durch mehrere Stunden wieder ein ähnliches Verhalten wie am 13. August Nachmittags.

Am 17. August früh empfängt er mich bei der Visite mit den Worten „Jetzt ist der Befehl vom Kaiser da, von Gottes Gnaden“, es koste nicht nur sein Leben, alle seine Verwandte müssten sterben, er hätte heute wieder frisch Geld gestohlen u. dergl.

Die nächsten Tage trat keine wesentliche Aenderung ein.

Den 22. August machte er einen Selbstmordversuch, indem er sich in der Badewanne brühte (die näheren Details des Conamens sind wohl gleichgültig) und den 23. August früh starb er an den Folgen der Verbrühung.

Leider ist die Krankengeschichte nur wenig detaillirt. Ich hatte aber damals die Männer- und Frauenabtheilung und konnte dem einzelnen Kranken nur wenig Zeit schenken.

Hoffmann erinnerte mich bei seiner Aufnahme sofort an Gutzeit (Fall 27), den ich kurz zuvor gesehen hatte. Hier wie dort frappirte die eigenthümliche Verflechtung der „Majestät“ mit den melancholischen Delirien, und — wie bei Gutzeit — ähnelte das Verhalten Hoffmann's stellenweis viel mehr dem Verhalten eines Delirium tremens Kranken als dem eines einfach Melancholischen; nur fehlte eben Beiden der für das Delirium tremens so überaus pathognomonische Tremor. Daher wurde, trotzdem der Kranke epileptische Antecedentien negirte, die Diagnose auf epileptisches Irresein gestellt. Natürlich war die Diagnose vor der Hand nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose. Als dann bei weiterer Beobachtung in der Anstalt das



Irresein einen deutlich remittirenden\*) Character annahm, wurde die Diagnose noch um etwas wahrscheinlicher. Hatte ich aber anfangs mit Rücksicht auf Fall Gutzeit das Irresein Hoffmann's gleichfalls für ein postepileptisches gehalten, so musste ich später mit Rücksicht auf den remittirenden und protrahirten Verlauf diese Annahme aufgeben und das Irresein für ein Aequivalent ansprechen, denn in keinem Falle postepileptischen Irreseins hatte ich einen deutlich remittirenden Verlauf beobachtet und die eventuell selbst nur 14 tägige Dauer (vom Tage der Aufnahme an gerechnet) überstieg schon weit die Durchschnittsdauer des postepileptischen Irreseins; denn dass es sich hier nicht um die protrahirteste Form des postepileptischen Irreseins handelte, um das grand mal intellectuel, oder, wie ich sage, das postepileptische Irresein mit räsonnirendem Delirium, das lag auf der Hand.

Hören wir jetzt die Anamnese, welche die Frau nachträglich lieferte.

Heredität zweifelhaft. Auch über Descendenz keine Angaben.

Während der Soldatenjahre hatte er einige Male „Nervenzufälle.“ Die Frau erinnert sich, dass er davon erzählt hat, aber sie erinnert sich nicht der Details.

Bis zu Ostern 1871 von abnormen nervösen Erscheinungen vollkommen frei. Intelligenter Mensch. Gutmüthiges Wesen. Kein Trinker.

Ostern 1871 kamen epileptische Anfälle und zwar kamen sie in der ersten Zeit coup sur coup, angeblich nur durch Pausen von 15 bis 20 Minuten geschieden, dann kamen sie täglich mehrere Male, dann alle Paar Tage und im letzten Jahre etwa alle 14 Tage bis 3 Wochen. Die Anfälle begannen mit einer Aura, welche von der linken Sohle langsam zum Kopfe zog und wobei das linke Bein ganz steif wurde, und so wie dann die Aura an den Kopf kam, wurde er bewusstlos, hatte aber angeblich niemals Krämpfe — schliesslich folgte mehrstündiger Sopor.

Im Laufe der letzten Jahre war er etwas vergesslich geworden.

Ende Mai 1873 letzter epileptischer Anfall.

Anfang der Geistesstörung Ende Juni 1873. Den 28. Juni erzählte er in einer Gesellschaft eine ganz aus der Luft gegriffene Geschichte, Fräulein X., die Tochter des Hauswirths, würde einen Förster heirathen, aber sie würde sicher nicht lange mit ihm zusammenleben. — Bis dahin war er der Familie psychisch nicht aufgefallen und er fiel ihr auch tagelang nachher noch nicht auf. Endlich fing er an, sich verkehrt bei der Arbeit zu benehmen, trennte z. B. unnütz auf, was er eben genäht hatte, schnitt die Stücke bald zu klein, bald zu gross zu und kam dann bald auch mit seinen

---

\*) Statt der melancholischen Remissionen kamen manchmal leichte maniacalische Exaltationen — nach Analogie des circulären Typus.

melancholischen Delirien — aber von Anfang an spielte auch der deutsche Kaiser eine Hauptrolle im Delirium — Patient nannte sich schuldig, weil er vom deutschen Kaiser eine Cigarre geraucht hätte u. dergl.

Das Irresein zeigte exquisite Remissionen, förmliche lucida intervalla. Er sah dann frei aus, sprach vernünftig und arbeitete gut. Diese Intervalle kamen unregelmässig, bald jeden Tag, bald nur alle Paar Tage, bald des Vormittags, bald des Nachmittags und sie dauerten verschieden lang, aber immer nur wenige Stunden.

Wegen eines Selbstmordversuches war er in die Anstalt gekommen.

Die Anamnese ergab demnach epileptische Anfälle, welche, anfangs in enormer Frequenz, über 2 Jahre andauerten. So wie die Anfälle aussetzten, begann das Irresein. Das Intervall zwischen dem letzten epileptischen Anfall und dem Anfang des Irreseins war nur um 1 bis 2 Wochen länger als die durchschnittlichen Intervalle zwischen den letzten Anfällen.

Bemerkenswerth in diesem Fall ist der exquisit remittirende Verlauf, die von Anfang an vorhandene Verflechtung des „Kaisers“ mit den melancholischen Delirien und die stellenweise Analogie mit dem psychischen Verhalten gewöhnlicher Alcoholideliranten, wie dies auch im postepileptischen Irresein ab und zu beobachtet wird. (Cf. besonders Fall 27.)

Ähnliche Fälle sind in der Literatur mehrfach bekannt und für sie mag der Name vicariirende psychische Epilepsie oder transformirte Epilepsie reservirt werden.

### **Achtunddreissigster Fall.**

Rebentisch, 34 Jahr, wurde den 15. October 1873 spät Abends aufgenommen. Er war äusserlich ruhig und fast absolut stumm. Die Nacht zum 16. October sass er aufrecht im Bett — stumm.

Den 16. October früh bis zur Visite blieb er aufrecht im Bett sitzen — stumm. Nahm Frühstück. — Bei der Visite treffe ich ihn mit einem eigenthümlichen Gesichtsausdruck, der sich schwer beschreiben lässt. Er scheint erstaunt, als wenn um ihn herum die wunderbarsten Dinge passirten, und er blickt starr, wie perplex, aber es ist wenig oder gar nichts Aengstliches in der Physiognomie, er lächelt sogar ab und zu — bei oberflächlicher Betrachtung würde der Gesichtsausdruck vielleicht gar nicht besonders auffallen. — Auf Fragen reagirt er ungemein träge, es muss jede Frage mehrfach wiederholt werden, und auch dann bleibt meist die Antwort aus. Er sagt seinen Namen, sein Alter richtig, aber auf die Frage, in welchem Jahre er geboren sei, antwortet er „Anno 2.“ Er weiss, dass er in der neuen Charité ist, leugnet aber jegliche Delirien. — Den Anfang seiner Krankheit giebt er bald auf ein Paar Tage an, bald auf ein Paar Wochen und einmal sagt er „von

Anfang der Welt bin ich krank.“ — Epileptische Antecedentien negirt er. — Kein Tremor.

Der Zustand ist ein stabiler.

Den 18. October spreche ich wieder eingehend mit ihm, aber er reagirt träge und es ist nicht viel herauszubringen. Den Anfang der Krankheit giebt er auch heute bald auf Tage, bald auf Wochen und Monate an. Er hätte sich nach einem Zank mit seiner Frau betrunken und im Trunk dann die Frau geschlagen, darum hätte sie ihn hierherbringen lassen. Ein ander Mal antwortet er auf die Frage, warum er hierhergekommen sei, die Frau hätte gesagt, er sei verrückt, er hätte sie todschlagen wollen. — Heute nach epileptischen Antecedentien gefragt, erzählte er, dass er als Kind einmal während des Essens plötzlich bewusstlos umgefallen sei. Weiter nach Schwindelanfällen gefragt sagt er „Die habe ich oft gehabt, wegen Schwiemligkeit im Kopf habe ich zu arbeiten aufgehört.“ — Auch den ersten Tag hier in der Charité sei ihm sehr schwiemlig im Kopf gewesen und es sei ihm immer so gewesen, als wenn er kämpfen müsste. Auf die Frage — mit wem kämpfen — antwortet er „mit dem König“ und er treut sich sichtlich über diese witzige Antwort. Er versucht auch witzige Silbenstechereien, hat aber wenig Geschick. Auf die Frage, ob er nicht lieber aufstehen wolle, er sei ja körperlich ganz gesund, antwortet er „ich möchte lieber im Bett bleiben, geben Sie mir lieber Cigarren.“ Kurz darauf steht er aus dem Bett auf und bleibt still am Bett stehen. Auf die Frage, was das zu bedeuten habe, sagt er „Ich suche meine Hosen, ich will spazieren gehen.“

Der Schlaf fehlt fast ganz und ist nur durch grosse Chloraldosen vorübergehend zu erreichen.

Den 20. October äussert er sich schon etwas mehr und, wie sich später herausstellt, auch richtig, aber die Antworten erfolgen noch ungemein träge und er kann noch nicht zusammenhängend erzählen — was er vorbringt, sind gleichsam nur Stücke, die ich für das Verständniss erst combiniren muss. Vor 8 Wochen hätte es angefangen, vorher schon hätte er es in den Kopf bekommen. Er musste weglaufen von Berlin, er lief und lief und konnte gar nicht nach Königsberg (in der Mark) kommen. Unterwegs musste er vor Angst „ach Gott, ach Gott“ schreien. In Königsberg wurde er arretirt und, wie er dort in der Zelle sass, hatte er die ganze Nacht durch mit Leichen zu thun und es war ihm immer, wie wenn er Unrecht gethan hätte. — Auch die ersten Tage in der Charité sei er sehr ängstlich gewesen, wie wenn er immer mit Leuten zu thun hätte, die was von ihm wollten. Er spürt, dass der Kopf immer freier wird, aber er spürt auch, dass er noch schwach ist, dass die Gedanken noch nicht zusammen sind.

In den nächsten Tagen änderte sich der Zustand nur wenig. Er sass den ganzen Tag müssig und isolirt da, sprach, wenn er nicht angeredet wurde, kein Wort, blieb im Garten manchmal eine Viertelstunde und mehr auf einem Fleck stehen, griff manchmal zur Bibel.

Anfang November begann er zu arbeiten und sich mit Mitkranken vernünftig zu unterhalten, aber auch jetzt noch wurde er im Garten manchmal starr auf einem Fleck stehend angetroffen und er sagte selbst „es wäre noch nicht raus aus dem Kopf.“

Die Besserung schreitet aber immer mehr vor. Um Mitte November fällt

nur noch sein Drängen auf. Ende November ist er vollkommen genesen. Mitte Februar 1874 wird er entlassen und, ich habe ihn im Sommer 1874 gesehen, er hält sich gut.

Ich glaube, dass Jeder, der die Krankengeschichten bisher ordentlich verfolgt hat, bei Reben-tisch sofort epileptischen Stupor diagnosticirt haben würde. Nur war bei der Aufnahme nicht zu entscheiden, ob es ein postepileptischer Stupor sei (cf. besonders Daubitz und Cordes, Fall 14 und 15) oder ein Aequivalent (cf. besonders Michaelis, Fall 9). Bei der weiteren Beobachtung sprach die lange Dauer des Stupors für ein Aequivalent. Der Gesichtsausdruck von Reben-tisch bei der Aufnahme hatte frappante Aehnlichkeit mit dem von Michaelis, Daubitz und Heiderich (Fall 24).

Die Anamnese lautet folgendermassen:

Mutter's Schwestertochter hat epileptische Krämpfe. Sonstige Heredität negirt.

In seinem 9. oder 10. Jahre hatte er, ohne anzugebende Veranlassung, einen Anfall von Bewusstlosigkeit (Cf. Krankengeschichte). Seither aber war er von jeglichen abnormen nervösen Erscheinungen, in specie von Anfällen, vollkommen frei.

Seit dem Feldzuge 1870/71 trinkt er habituell ziemlich stark und er wird uneinig mit der Frau und prügelt sie oft.

Pfingsten 1873 beginnen abnorme nervöse Erscheinungen. Er bekommt Schmerzen im Hinterkopf, die nach dem Scheitel ziehen, bald mehr bald weniger stark, aber fast andauernd. Gleichzeitig wird er zu Schwindel geneigt; so wie er sich bückt, wird er schwindlig. Der Kopfschmerz nahm im Juni und Juli an Stärke immer noch zu und er wird jetzt auch „wuschig.“ Von Anfang August ist es ihm immer so „wie wenn er mit Leuten was vorhätte.“

Den 24. August verlässt er Berlin, er hält es vor Angst hier nicht mehr aus. Nun irrt er 3 Wochen lang herum, und für diese Zeit ist seine Erinnerung sehr mangelhaft. Nur Fragmente seiner wirklichen und delirirten Erlebnisse kann er geben. „Mit schweren Gedanken bin ich gegangen, ich würde die Cholera in's Land bringen. — In einer Nacht war helles Licht, es war mir wieder so, wie wenn ich todt gemacht werden sollte. — In einer anderen Nacht kam's mir ein, wie wenn sie mich vergiften wollten, von oben wurde mir was in die Augen geschmissen, in den Füßen war es, wie wenn Würmer drin wären, Ich stand auf und ging auf die Strasse, aber immer waren Leute da, die sagten „den wollen wir fassen, den wollen wir todt machen.“ — In wieder einer anderen Nacht läuft er mit einem Knüttel auf einer Haide umher und schlägt in einem fort um sich, weil er von allen Seiten umringt zu sein glaubt. Den Tag darauf kam er nach Königsberg und warf sich dort mitten auf dem Marktplatz vor Angst auf die Erde und blieb stumm liegen. Auf die Wache geführt hört er fortwährend seinen Schwager und seine Schwägerin sagen „Der Kerl muss dran glauben.“ In

der Zelle bleibt er die ganze Nacht an der Thür stehen, denn es ist ihm immer so, wie wenn der Schwager ihn mit einem Beil todtzuschlagen wollte. — Wieder ein andermal liegt er auf dem Felde, da ist es ihm, wie wenn Vögel und Thiere im Himmel zusammenkommen, um über ihn Gericht abzuhalten, wie wenn er etwas begangen hätte und sterben müsste.....

Gegen Mitte September kommt er in Berlin wieder an, angeblich vollkommen gut. Er fängt hier wieder zu arbeiten an und arbeitet über 14 Tage. — Auch nach Angabe der Frau war er diese Zeit psychisch vollkommen frei.

Den 5. October Abends kommt es wieder plötzlich an ihn mit einer Sensation in der Stirn, und in der Nacht zum 6. October ist er wieder im vollen Delirium. Die nächsten Tage will er auf die Frau mit einem Messer losgehen, schlägt mit einem Beile nach Bekannten, die ihn fassen wollen, sagt „da drinnen in der Mauer sitzen Deine Kerls, die wollen mich ermorden, ich muss Hilfe schreien“... Den 15. October kommt er in die Anstalt.

Das Irresein von Rebentisch leitet sich langsam ein, durch Monate, und zwar sind die einleitenden Erscheinungen Kopfschmerz, Benommenheit und Neigung zu Schwindel. Aetiologisch wirken Heredität und Potus. Sichere epileptische Antecedentien fehlen.

Das Irresein zeigt zwei durch ein mehr als 2 wöchentliches freies Intervall getrennte Perioden. Die erste Periode dauert ca. 3 Wochen und diese entwickelt sich allmählich. Die zweite beginnt plötzlich und protrahirt sich ca. 2 Monate. Die Erscheinungen des Irreseins sind im Wesentlichen die des Falret'schen petit mal intellectuel. Der Kranke machte bei der Aufnahme sofort den Eindruck des epileptischen Stupors.

Ich habe den Fall Rebentisch dieser Gruppe angereiht und nicht der 2. Gruppe der recidivirenden protrahirten Aequivalente, weil wir von Recidiven bei ihm noch nichts wissen.

Es folgt jetzt der letzte Fall dieser Gruppe.

### **Neununddreissigster Fall.**

Schulz, 43 Jahr, wurde den 21. October 1874 aufgenommen. Er gab nach der Aufnahme folgende Anamnese:

Heredität und Potus negirt. Vier gesunde Kinder.

Vollkommen frei von abnormen nervösen Erscheinungen, in specie von Anfällen irgend welcher Art. Psychisch auffällig?

Seine Geisteskrankheit datirt von August 1872. Sie begann plötzlich, ohne jegliche Prodrome. Eines Morgens erwachte er mit starker epigastrischer Angst und „Schwiemel“ im Kopf. Den Tag vorher hatte er gearbeitet wie gewöhnlich und auch die Nacht noch gut geschlafen. Er versuchte noch, an diesem Morgen zu arbeiten, hielt es aber kaum eine

halbe Stunde aus, dann musste er fort. Es war ihm so, wie wenn er getrieben würde, wie wenn hinter ihm gesprochen und commandirt würde. Er blieb den ganzen Tag und die ganze Nacht in einem Laufen. Am anderen Morgen fand er sich in einem Walde. Da hörte er die Stimmen seiner Verwandten „Hab Ruh — Mein Sohn, siehst Du, ich habe meinen Sohn hier auf Erden, dem geht es besser als Dir.“ Eine Stimme sagte „Du gehst nach Berlin“, eine andere „Du bleibst hier“ u. dergl. — Im Grunde war er immer stark ängstlich, musste immer an die lieben Seinigen denken. Wurde die Angst zu stark, dann fing er laut zu fluchen an; auch dazu wurde er erst commandirt, „Das lass dir nicht gefallen, Du hast Keinem Unrecht gethan.“ Sonst aber war er stumm und er konnte angeblich gar nicht sprechen. — Manchmal gingen ihm aber auch grosse Dinge durch den Kopf — von Krieg und Religion, das waren Preussen und das Franzosen und er sah einen dunklen Schein von Massen, die förmlich in Schlachten standen. — Einmal, nachdem er wieder meilenweit gelaufen war, kam er an einen See. Auf dem Wege dahin traf er einen Kerl, der auf ihn anlegte, um nach ihm zu schiessen, das Gewehr ging aber nicht los. Dort am See bekam er eine „weite Vorstellung.“ Er hörte „Besehe Dir die Welt, dann weisst Du Bescheid — es sind so viele auf Gottes Erdboden — die Armen müssen Noth leiden — nun guck in die Erde — geh zur Kirche“...

Nachdem Patient 2 bis 3 Wochen umhergeirrt war, kam er in die Anstalt zu Neustadt-Eberswalde. Hier dauerten dieselben Erscheinungen zunächst fort — es wurde ihm noch jede Kleinigkeit commandirt, den Arm so oder so zu halten, an dieser oder jener Stelle zu stehen, den Besen so oder so zu nehmen u. s. w. Einmal glaubte er auch, im „Himmel“ zu sein — er sah eine grosse Versammlung mit Gott und den Engeln. Er kam auf die Seite der „Guten.“ Seine Mutter sagte „Das ist mein Sohn — wir wollen ihn doch lieber hier behalten.“ — Nein, sagte eine andere Stimme „er hat noch kleine Kinder.“

Nach ca. 3 wöchentlichem Aufenthalt in der Anstalt sistirte der Zustand, so dass die ganze Dauer 5 bis 6 Wochen beträgt. — Der Zustand war nicht immer continuirlich der gleiche gewesen, bald war der Kranke gelassen bald mehr hitzig, bald mehr bald weniger verworren, und während der ganzen Zeit bestanden epigastrische Sensationen und Sensationen in den Ohren (Sausen u. dergl.)

Die delirirten Erlebnisse waren so massenhafte, dass er nur einen Theil erzählen kann, und von diesem Theile sind hier nur einzelne Fragmente notirt.

Anfang Februar 1875 — also nach etwa 3 bis 4 Monaten — kommt ein neuer Anfall. — Das Intervall war aber kein reines. Es bestand während desselben starke Depression mit melancholischen Delirien. Er hatte Heimweh, machte sich Sorge um seine Familie, meinte, er hätte dies und jenes nicht recht gemacht und hatte keine Neigung sich zu beschäftigen. — Während dieser Remission war er von Neustadt in seine Heimath transportirt.

Der zweite Anfall begann angeblich wieder ganz plötzlich • und verlief unter ganz denselben Erscheinungen wie der erste. Er musste wieder von Hause weg, wurde commandirt....

Auch dieser Anfall dauerte 5 bis 6 Wochen. Die ganze Zeit war er wieder herumgeirrt. Nach 6 Wochen kam er erst wieder zu Hause an.

Nun folgte eine zweite Remission, ganz ähnlich der ersten. Das Herz bleibt ihm schwer, Sorgen verlassen ihn nicht und er arbeitet nicht. Diese zweite Remission dauert wieder 3 bis 4 Monate, bis gegen Ende Juni 1873.

Jetzt wird er fast ganz normal. Er fängt zu arbeiten an, unterhält sich vernünftig und fällt angeblich gar nicht auf. Kleine psychische Abnormalitäten bestehen indess auch jetzt noch weiter. Er ist manchmal hitziger als er früher war und er wird ab und zu noch von ängstlichen Vorstellungen und Selbstvorwürfen befallen, er kann sich solche Gedanken aber immer leicht aus dem Kopf schlagen.

September 1874 kommt ein dritter Anfall. Dieser entwickelt sich allmählich und fängt angeblich „schwerer“ an als die beiden früheren. Doch ist genauere Auskunft über Details dieses Anfalls nicht zu erlangen.

Die anamnestischen Data wurden nur mit grosser Mühe erhalten, denn Patient antwortete sehr träge.

Das Verhalten des Patienten in der Anstalt war bis jetzt (Mitte Februar 1875) ein ziemlich stabiles. Er ist fast immer für sich, sitzt isolirt oder geht allein auf dem Corridor herum, er spricht spontan niemals ein Wort und ist complet müssig. Der Gesichtsausdruck ist deprimirt und hat gleichzeitig etwas entschieden Unheimliches. Wird er angesprochen, so antwortet er kurz, es ginge gut, er denke an seine Kinder u. dergl. und auf weitere, eingehende Fragen antwortet er unwillig „wie kann ich das wissen — lassen Sie mich sein.“ — Einige Male war für mehrere Tage der Gesichtsausdruck noch unheimlicher geworden, er weinte viel und lag mit dem Kopf oft auf dem Tisch herum. Als ich ihn einmal während einer solchen Exacerbation ansprach und nach dem Motiv fragte, reagierte er ungemein gereizt, ich solle ihn in Ruhe lassen, ich könne ihn doch nicht gesund machen, ich könne ihm die Krankheit doch nicht nehmen, und er sah aus, als wenn er loschlagen wollte. Anfang Januar versuchte ich einmal eingehend mit ihm zu sprechen, aber er war kurz angebunden „Das kann ich nicht erklären, wie mir das manchmal ankommt. Ja, wie einer nur mit der Soble auftritt, verstehe ich's schon, das ist mir zuwider und ich muss sehr an mir halten.“ Auf die Frage, wann er hierhergekommen sei, antwortete er „Das kann ich gar nicht sagen, ich war so wirr, ich wusste gar nicht, ob ich auf der Erde war.“

Die bei der Aufnahme erhobenen anamnestischen Data lassen sich nicht kontrolliren, weil er nicht wieder darauf eingehen will.

Das weitere Verhalten bleibt abzuwarten.

Die epileptische Natur dieses Falles Schulz kann angezweifelt werden. Ich will aber nicht lange discutiren, sondern nur kurz die Gründe anführen, welche mir für die epileptische Auffassung zu sprechen scheinen. Zunächst treffen wir die Entwicklung und den Verlauf des Irreseins so, wie wir sie oft beim epileptischen Irresein gesehen haben. Das Irresein beginnt plötzlich und schon nach 5 bis 6 Wochen endet der erste Anfall. Nach einer Remission von 3 bis 4 Monaten kommt ein zweiter Anfall, welcher gleichfalls plötzlich beginnt und nach

wiederum 5 bis 6 Wochen endet, und nun folgt wieder eine Remission von 3 bis 4 Monaten. Jetzt tritt für etwa fünf Vierteljahr eine beinahe volle Intermission ein. Dann aber beginnt ein neuer, dritter Anfall, welcher sich chronisch protrahirt, denn er dauert noch jetzt nach 6 Monaten fort. — Das Irresein verläuft also anfangs in kurzdauernden, rasch recidivirenden Anfällen. — Was dann die Symptomatologie betrifft, so ist das psychische Verhalten in den Remissionen von dem Verhalten bei einer gewöhnlichen Melancholie allerdings schwer zu unterscheiden, wogegen das Irresein der ersten beiden Anfälle entschieden Erscheinungen des epileptischen Irreseins erkennen lässt. Denn wir haben hauptsächlich — Stupor, Angst und unheimliche Geiztheit, und es kommen in der illusorisch-hallucinatorischen Verworrenheit zeitweis auch Ankiänge von Grössendelirien, ja der Kranke war auch einmal im „Himmel“ und er antwortet auf die Frage, ob er dort unter die Guten oder unter die Schlechten rangirt sei, sofort verständnissinnig „unter die Guten“, ganz so wie viele Kranke mit post-epileptischem Stupor.

Ich rechne demnach den Fall unter die epileptischen Irreseinsfälle mit Rücksicht auf den anfänglichen Verlauf in kurzdauernden, rasch recidivirenden Anfällen und mit Rücksicht auf die Symptomatologie der Anfälle.

Ich will beiläufig auch an dieser Stelle wiederum auf die Wichtigkeit der Anamnesen aufmerksam machen. Die Arbeit ist freilich in solchen Fällen keine leichte, die Anamnese dauerte bei der trägen Reaction des Kranken einige Stunden — aber was hätte ich ohne genaue Anamnese von dem Falle gewusst?

---

## V.

### **Das circuläre epileptische Irresein.**

Ich habe nur einen Fall der Art gesehen, aber einen exquisiten. Derselbe stellt bis jetzt ein Unicum dar, ich kenne wenigstens in der Literatur keinen ähnlichen.

#### **Vierzigster Fall.**

Cotta, 37 Jahr, wurde den 5. October 1873 aufgenommen.

Anamnese: Vaters Schwester starb geisteskrank. Der Vater war ein Sonderling, und auch die Mutter hatte in den letzten 4 Jahren vor ihrem Tode „mit der Welt gebrochen.“ — Keine Geschwister.



Patient stotterte bis zum 15. Jahre.

In dem 22. Jahre (1858) begannen abnorme nervöse Erscheinungen. Er hatte von nun an sehr häufig unangenehme Sensationen in der regio epigastrica.

Im 24. und 25. Jahre hatte er ca. 1 Jahr lang nach dem Mittagessen ziemlich häufig „Schwindelanfälle“, wie er sich ausdrückt. Es befiel ihn plötzlich eine ganz merkwürdige Schwäche, dazu kam ein Gefühl von schmerzhaftem Druck im Epigastrium, grosse Uebelkeit und Blässe, „so dass sich die Leute wunderten, wie er aussah.“ Oft musste er während dieser Zustände, welche 1 bis 2 Stunden dauerten, sich hinlegen.

In einem solchen „Schwindelanfall“ bekam er 1861 (noch in seinem 25. Jahre) ein Trauma auf den Kopf. Er fiel vom Reck und schlug sich in der rechten Schläfengegend eine Wunde. Unmittelbar nach dem Fall war er bewusstlos, und es dauerte mehrere Stunden, bis er zu sich kam. Von dieser Zeit ab hatte er oft Druck und Sausen in der rechten Schläfengegend „aber im Innern“ und er wurde reizbarer.

Mit 27 Jahren (1863) heirathete er. Vier angeblich vollkommen gesunde Kinder. Viel Streit mit der Frau.

Im 29. Jahre (1865) begann die Incubation der Geistesstörung. Er wurde ängstlich und unruhig, so dass er Mühe hatte, bei der Arbeit auf dem Schemel zu bleiben. Es war ihm, als wenn er immer laufen müsste.

Im 30. Jahre nahm die Angst so überhand, dass er freiwillig nach der städtischen Irrenanstalt ging. Es war ihm immer so, als wenn er etwas Furchtbares verbrochen hätte und als wenn er sich umbringen müsste. 3 Monate quälten ihn unaufhörlich diese Gedanken. Dann fing er wieder zu arbeiten an. Die Gedanken kamen wohl noch zeitweis, aber er beherrschte sie. Nach weiteren 3 Monaten wurde er fast ganz frei. — Er war aber jetzt nicht mehr psychisch derselbe, der er vor seinem 29. Jahre gewesen war „es war eine merkwürdige Schwermuth zurückgeblieben.“

Circa 2½ Jahre blieb er nun relativ frei.

Im 33. Jahre (1869) begann das Irresein von Neuem und zwar wurde es durch (sehr wahrscheinlich) epileptische Anfälle eingeleitet. Es zog plötzlich vom Rückgrat nach dem Hinterkopf, dann wurde ihm schwarz vor Augen und er knickte fast bewusstlos zusammen — er erhob sich zwar bald, blieb aber betäubt und es war ihm, wie wenn er etwas suchen müsste, er hatte „eine merkwürdige Neigung“ zum Herumtasten, er musste „zwangsweise“ herumtasten. — Die Anfälle dauerten mehrere Minuten und wiederholten sich innerhalb 2 Incubationsmonate etwa 18 mal. — Er arbeitete noch diese Zeit, es war ihm aber beständig so unausstehlich zu Muth.

Da begannen in einer Nacht — ohne besondere Prodrome — Stimmen. Plötzlich hörte er in einiger Entfernung „rechts“ eine laute Mannsstimme, welche ihn per „Du“ ansprach, „Du sollst Dir um jeden Preis das Leben nehmen, Du wirst sonst etwas Schreckliches begehen“ u. s. w. Es war ihm, als sollte er seinen eigenen Kindern etwas anthun. Dies Halluciniiren dauerte etwa eine halbe Stunde in einem fort. Gleichzeitig sah er hässliche Gestalten, schwarze Männer, die Miene machten, auf ihn loszugehen. — Die Angst stieg und stieg, die Stimmen, glaubte er, gingen von einer bösen Macht aus, um ihn zu verfolgen, und er machte mit einem Messer einen

kleinen Selbstmordversuch. Endlich trieb ihn die Angst von Hause fort und er lief dieselbe Nacht noch meilenweit bis in die Nähe von Frankfurt a./O. Oft hörte er unterwegs „Du musst sterben“ immer „rechts und halb nach hinten.“ Wenn er sich umsah, gewahrte er massenhaft Nebelgestalten — Hier in der Nähe von Frankfurt blieb er 14 Tage bei einem Vetter und beruhigte sich etwas. So wie er nach Berlin in seine Familie zurückkam, nahm die Unruhe wieder stark zu. Wenn er seine Kinder sah, war es ihm, als wenn er sie umbringen sollte, und er lief in einer Nacht, von Angst getrieben, wieder von Hause fort. In Charlottenburg hörte er auf einer Brücke „links“ eine gute Stimme, welche vom Himmel kam „Du sollst und musst es thun, Du wirst erlöst werden von allen Deinen Leiden“ und im Nu sprang er in den Canal. Das Wasser war aber kalt, er rettete sich durch Schwimmen und ging wieder in die städtische Anstalt.

Ich will nicht zu weitläufig werden. Von dieser Zeit ab bis heute ist Patient keinen Tag frei gewesen. Es bestanden entweder „Schwermuthsperioden“ oder „lebendige Zeiten.“

Gegen Ostern 1870 begann die erste maniacalische Periode. Der Uebergang aus der Melancholie vollzog sich allmählich, es dauerte über einen Monat. Die melancholischen Vorstellungen schwanden, er wurde lebendig und heiter, er war gewandt und alles gelang ihm. In Gesellschaft hatte er das erste Wort, liess sich ungern unterbrechen und wurde ärgerlich, wenn ihm opponirt wurde. Am Widerwärtigsten in dieser Zeit waren ihm die Irrenärzte, welche ihn krank nannten. — Er entläuft schliesslich aus der Anstalt, stiehlt einen Wagen und fährt aufs Gerathewohl in die Welt. Bald giebt er sich für einen Matrosen, bald für einen reichen Mann aus, er hat allerlei Projecte u. s. w. u. s. w.

Gegen Herbst 1870 beginnt wiederum Melancholie. Der Uebergang aus der Manie in die Melancholie vollzieht sich schneller als der aus der Melancholie in die Manie. Zuerst sieht er die Verkehrtheiten seiner maniacalischen Handlungen ein, dann bekommt er epigastrische Beklemmung und wie Blei fällt's ihm in die Glieder. Er fühlt sich unsicher, wenn er unter Menschen kommt, und möchte sich am liebsten verkriechen. Endlich kommt wieder die Angst um die Kinder, es kommen Hallucinationen u. s. w. So wie die Melancholie „schwer“ geworden ist, kommt er wieder in die Anstalt. Zu Anfang der Melancholie und auch schon gegen das Ende der Manie arbeitet er noch draussen.

Im Sommer 1871 folgt die zweite maniacalische Periode, welche gleichfalls circa ein halbes Jahr dauert.

Es folgt das dritte melancholische und gegen Ostern 1872 das dritte maniacalische Stadium. Diesmal wird der Uebergang der Melancholie in die Manie durch 2 epileptische Anfälle vermittelt. Er erwacht Nachts mit Angst und wird so böse und wild, als wenn er etwas Böses thun müsse, stürzt aber sofort bewusstlos nieder. In einem dieser Anfälle biss er sich auf die Zunge. Die Umwandlung erfolgte diesmal sehr rasch in etwa 8 Tagen.

Im August 1872 beginnt das vierte melancholische Stadium, welches bei der Aufnahme im October 1873 noch fortbesteht.

Patient war schon monatelang vor der Aufnahme auf die Irrenabtheilung

auf einer „inneren“ Abtheilung der Charité gewesen. — Er sieht bei der Aufnahme sehr deprimirt aus und sagt, es sei ihm wie einem Delinquenten zu Muthe. Er erzählt aber durchaus nicht ungern und gebraucht mit Vorliebe schwülstige, stellenweis sehr schwer verständliche Phrasen. Zum Beispiel sagte er, als er den Uebergang der „Schwermuthsperiode“ in die „lebendige Zeit“ schilderte „Es ist dann, wie wenn Gott ein Wunder gethan hätte, dann kann ich mich meiner Kinder im natürlichen Sinne freuen“.... und wenn umgekehrt der Manie die Melancholie folgt „überkommt mich tiefes Seufzen und ich habe so entfernte Augenblicke, als wenn mein ganzer geistiger Zustand so überirdisch überginge, ganz gebannt, und es drängt sich in mir das Bewusstsein auf, dass mir Alles und Jedes zur Unmöglichkeit gemacht wird und endlich ist es mir so, als wenn unsichtbare Furien mich ergreifen sollten.“

Das Depressionsstadium dauert in der Anstalt bald mehr bald weniger stark bis gegen November 1873. Ab und zu, doch im Ganzen sehr selten, kommen einzelne Gehörshallucinationen „Cotta, kommen Sie — Du sollst Dich sicher halten, es werden noch Wunder und Zeichen durch Dich geschehen, Du sollst machen, dass Du herauskommst, das wird Dir doch nichts nützen, Du wirst noch etwas Schrecklicheres begehen als voriges Jahr — Deine Frau treibt Hurenkram“ u. dergl. — Die Stimmen kommen immer von rechts. (Es besteht beiderseits geringe nervöse Schwerhörigkeit, stärker rechts.)

Der Uebergang in die vierte maniacalische Periode erfolgt ziemlich rasch. Anfang November fängt er an, über den und jenen arroganten Mitkranken sich zu beschweren, und Mitte November beschweren sich schon Mitkranke und Wärter über ihn. Gegen Ende November bekommt er einen nächtlichen (sehr wahrscheinlich) epileptischen Anfall, und nun steigt die Erregung sehr rasch. Allmählich entwickelt sich ein nur schwer zu unterbrechender Redefluss, es kommen ihm allerlei angenehme Gedanken — Lieder und Declamationen, an die er gar nicht mehr dachte, steigen wieder auf, er pfeift und singt und glaubt, dass weibliche Kranke in ihn verliebt sind u. s. w. — Mitte December wird er schon stark störend. So wie er früh aus dem Bett kommt, geht das Singen los, er drängt jetzt beständig auf Urlaub, aber er benimmt sich im Ganzen doch noch ziemlich angemessen. — Bald aber fängt er über Alles zu räsonniren an und sucht Wärter und Aerzte auf alle Weise zu chicaniren. . . er hetzt Kranke gegen sie u. s. w. Endlich beginnt er auch zu stehlen, nimmt z. B. einem Wärter eine goldene Nadel, spielt aber natürlich den Unschuldigen und legt sich, zurechtgewiesen, auf's Schimpfen. — Anfang Januar kommt ein zweiter nächtlicher epileptischer Anfall. Er wird, wie das vorige Mal, bewusstlos am Bett liegend angetroffen und, in's Bett zurückgebracht, zupft er am Hemd und an der Bettdecke, wie man es in petit mal Anfällen häufig sieht. Jetzt steigt die Erregung noch mehr. Er beschuldigt Wärter fälschlich des Diebstahls und wird, wenn ihm die Beschuldigungen als Lügen nachgewiesen werden, ungemein heftig. Er muss in den Tobsaal verlegt werden und, da er auch hier fortwährend hetzt, in der gemeinsten Weise schimpft und schliesslich gegen Wärter und Aerzte aggressiv zu werden droht, wird er isolirt. In der Zelle ist er von einer schrecklichen Wuth. Er schimpft auf mich in der allergeringsten Weise und würde, wenn man ihn nicht hielte, sofort auf mich losgehen. Manchmal spricht er jetzt ganz incoherent — so reihte er einmal

einzelne Brocken Lateinisch und Französisch und Polnisch an einander und dergleichen. Er bricht in einer Nacht eine Gitterstange der Zelle durch, kappt den Ofen ab und wird früh im Ofen drinsitzend angetroffen, sich seiner Heldenthat rühmend. — Schliesslich beruhigt er sich ein wenig, so dass er wieder im gemeinschaftlichen Saale sein kann.

Mitte Februar 1874 wird er nach der städtischen Anstalt transferirt.

December 1874 kommt er wieder in tiefer Melancholie auf die Abtheilung. Das melancholische Stadium besteht seit Pfingsten. Seit September war er wieder auf einer inneren Abtheilung der Charité. — Er steht den ganzen Tag herum, spricht spontan kein Wort, hat wieder so viel sorgenvolle Gedanken um seine Kinder und er hallucinirt so hässliche Sachen, dass er sie gar nicht erzählen will...

Er wird noch im December nach der städtischen Anstalt transferirt.

Während der melancholischen Stadien hat er vollkommenes Krankheitsbewusstsein, während der maniacalischen Perioden will er von Krankheit meist nichts wissen.

Die Geschichte des Falles ist also kurz folgende:

Cotta ist hereditär disponirt. Mit 22 Jahren bekommt er abnorme epigastrische Sensationen. Im 24. und 25. Jahre hat er eigenthümliche präcordiale Anfälle. Im 29. Jahre beginnt melancholische Unruhe, welche nach etwa einjähriger Dauer so stark exacerbirt, dass Patient freiwillig auf einige Monate in die Anstalt geht. Die Exacerbation lässt bald nach, und nach im Ganzen anderthalbjähriger Dauer ist die melancholische Unruhe geschwunden. Jetzt folgt eine 2½ jährige Intermission oder richtiger Remission, denn es besteht jetzt immer eine Spur melancholischer Depression, welche vor dem 29. Jahre nicht bestanden hatte.

Im 33. Jahre fängt das eigentlich circuläre Irresein an, welches bis heute, bis zum 38. Jahre, ununterbrochen — ohne Intervalle — andauert. Eingeleitet wird es in 2monatlicher Incubation mit einer grossen Reihe von Anfällen, welche sehr wahrscheinlich epileptischen Characters sind. Dann folgt eine Melancholie, welche den Cyclus eröffnet, und nun wechseln in jähem Uebergang kürzere maniacalische mit längeren melancholischen Perioden. Der Uebergang aus der dritten Melancholie in die dritte maniacalische Periode wird durch zwei rasch auf einander folgende nächtliche epileptische Anfälle vermittelt, und im Beginn der vierten maniacalischen Periode treten gleichfalls zwei nächtliche (sehr wahrscheinlich) epileptische Anfälle auf, welche aber durch mehr als einen Monat von einander getrennt sind. Gegenwärtig befindet sich der Kranke in der fünften melancholischen Periode.

Fragt man, inwiefern das Irresein dieses epileptischen Falles qua

Irresein von dem einfach (nicht epileptischen) circulären Irresein sich unterscheidet, so lassen sich positive differentielle Kriterien schwer anführen. Hierfür ist ein grösseres Material erforderlich. Vielleicht ist die Intensität sowohl der melancholischen wie der maniacalischen Stadien für die epileptische Natur zu verwerthen.

Nach Falret,\*) Baillarger\*\*) und Ludwig Meyer\*\*\*) sind melancholische wie maniacalische Anfälle des circulären Irreseins in der Regel nur sehr wenig intensiv, so dass Falret glauben konnte, Delirien und Hallucinationen fehlten gänzlich im circulären Irresein — in unserem Falle dagegen sind beide Stadien sehr intensiv entwickelt, die Melancholie ist stellenweis eine *errabunda* mit deutlichen Delirien und Hallucinationen, und die Manie zeigt nicht nur eine ungewöhnliche Heftigkeit des Patienten, sie producirt sogar stellenweis ein ganz incohärentes, aus einzelnen Brocken fremder Sprachen componirtes Geplapper. Allein — die Intensität für sich giebt kein genügendes differentielles Kriterium. Ich erinnere mich aus Stephansfeld zweier weiblicher Fälle, bei welchen die Melancholie stellenweis bis zu reactionslosem Stupor anstieg, und die Manie gleichfalls mit ganz incohärentem Geplapper einherging. Trotzdem unterschieden sich diese Fälle sehr wesentlich von unserem Falle. In dem einen jener Fälle überwog zeitlich um vieles die Manie, mit welcher übrigens auch das Irresein begonnen hatte, so dass man den Fall vielleicht besser als eine chronische Manie auffasst mit nur vereinzelt, ganz kurzdauernden, intercurrenten melancholischen Perioden — und auch der zweite Fall zeigte wieder Besonderheiten. Es ist hier aber nicht der Ort, auf diese Details näher einzugehen. Genug, die differentielle Diagnose zwischen der Symptomatologie des epileptischen circulären und des einfachen circulären Irreseins ist noch zu machen.

Mehr beiläufig will ich erwähnen, dass sich in unserem Falle während der maniacalischen Periode eine Zunahme des Körpergewichts, wie sie Stiff†) und L. Meyer für die Manien circulärer Geisteskranker beschrieben haben, nicht vorfand. Während der vierten melancholischen Periode (Anfang October 1873) wog der Kranke 60700 Grm., während der maniacalischen Periode (Ende December 1873) 60400 bis 60100 Grm.

Im Uebrigen spricht unser Fall für die Auffassung von L. Meyer

---

\*) Falret, De la folie circulaire (Maladies mentales).

\*\*) Baillarger, De la folie à double forme.

\*\*\*) L. Meyer, Circuläre Geisteskrankheit. Dieses Archiv IV. 139 ff.

†) Stiff, B. Ueber das Verhalten des Körpergewichts bei Geisteskranken. Inaugural-Dissertation. Marburg, 1872.

und gegen Falret und Baillarger, welche das circuläre Irresein mit der Manie beginnen lassen. Unser Fall zeigt, ganz so wie es Meyer beschreibt, eine Initialmelancholie, welche sich durch ihre lange Dauer vor den späteren Melancholien auszeichnet. Ihr folgt ein 2½-jähriges Intervall, und dann erst beginnt der eigentliche Cyclus. Ich habe daher die Initialmelancholie im 29. und 30. Jahre apart gerechnet.

Was endlich die zum Theil sicheren, zum Theil sehr wahrscheinlichen epileptischen Anfälle betrifft, welche das Irresein gleichsam einleiteten und in einzelnen Uebergangsperioden zwischen Melancholie und Manie auftreten, so habe ich einmal bei einer hiesigen weiblichen (nicht epileptischen) circulären Geisteskranken etwas, wenn auch nur entfernt Aehnliches, gesehen. Ich will die Geschichte dieses Falles, welcher vielfach Lehrreiches bietet, hier nicht detaillirt geben, sondern nur kurz anführen, dass, wie gewöhnlich in der circulären Geisteskrankheit, Melancholie und Manie sehr wenig intensiv waren. Eine Initialmelancholie (Meyer) von ca. 1-jähriger Dauer hatte im 25. Jahre das Irresein eingeleitet, und ihr war zunächst eine angeblich complete 2½-jährige Intermission gefolgt. Dann erst begann mit einer neuen Melancholie der ziemlich unregelmässige Cyclus. — Diese Kranke nun bekam am Schluss jeder Melancholie 6 bis 10 freilich nur ganz leichte, nur wenige Secunden dauernde Schwindelanfälle (Schwarz und flimmerig vor Augen — Furcht zu fallen und manchmal auch momentane Bewusstlosigkeit).

Aber es ist doch schliesslich ein Unterschied zwischen einem momentanen Schwindelanfall und den stellenweis wenigstens ganz sicheren, mit Zungenbiss verbundenen epileptischen Anfällen von Cotta, so dass einmal mit Rücksicht auf die grosse Reihe von Anfällen, welche das eigentlich circuläre Irresein einleiteten und dann mit Rücksicht auf die stellenweis ausgesprochen epileptischen Anfälle einzelner Uebergangsperioden — ganz abgesehen von der Symptomatologie — der Fall Cotta als ein epileptisch circulärer den gewöhnlichen circulären gegenübergestellt zu werden verdient.

---

Recapituliren wir nunmehr in Kurzem die gewonnenen Resultate, soweit sie einen allgemeinen nosologischen Werth haben.

Das epileptische Irresein characterisirt sich als epileptisches hauptsächlich durch seine Symptomatologie und durch die Art der Entwicklung und des Verlaufs,

während epileptische Antecedentien für den Nachweis der epileptischen Natur eines Falles weder absolut notwendig sind, noch für sich die epileptische Natur eines Falles beweisen können. Wir haben einmal Fälle gesehen (Cf. Fall 1, 7, 10 und andere), welche epileptisches Irresein zeigten, ohne dass irgendwelche epileptische oder epileptoide Antecedentien nachgewiesen werden konnten, und auf der anderen Seite hat zuerst Westphal\*) epileptische und epileptoide Antecedentien für die aller- verschiedensten Irreseinsformen behauptet, und es hat jeder Irrenarzt sehr häufig Gelegenheit, sich von der Richtigkeit dieser Behauptung zu überzeugen. Ich habe weiter z. B. periodische Manien (2 mal) mit einem Anfall von Bewusstlosigkeit debütiren sehen, und zwar war es das eine Mal der 1. Anfall, das andere Mal das 3. Recidiv, ich habe bei Hypochondern epileptoide Anfälle vielfach gesehen u. s. w.,\*\*) so dass das epileptische oder epileptoide Antecedens an sich daher ein ganz unbrauchbares Kriterium wird. — Und was heisst schliesslich epileptoides Antecedens? Ist denn der Begriff „epileptoid“ überhaupt scharf zu präcisiren? Ist es nicht stellenweis absolut unmöglich zu entscheiden, ob ein Schwindelanfall oder eine rasch vorübergehende Ohnmacht oder selbst ein Anfall länger dauernder Bewusstlosigkeit als epileptischer Anfall zu deuten ist oder nicht?\*\*\*) Ja, existirt endlich nicht noch ein himmelweiter Unterschied zwischen einem neuropathischen Individuum, das in seinem ganzen Leben 2 bis 3 epileptische Krampfanfälle hat und einem schweren morbus sacer?

Wir sind also für die Diagnose des epileptischen Irreseins hauptsächlich auf das Irresein selbst angewiesen; ich sage hauptsächlich, denn wenn z. B. wie im Falle 37 das Irresein unmittelbar nach mehrjährigen epileptischen Anfällen auftritt, so wäre es verkehrt, diese sichere epileptische Vergangenheit nicht mit in Rechnung zu ziehen.

Von den Erscheinungen des epileptischen Irreseins betrachten wir zunächst die Symptomatologie.

Wir nannten als hauptsächlich pathognomonische Symptome:

\*) Westphal, Dieses Archiv. III. 157.

\*\*) Hier ist auch an die epileptischen Anfälle zu erinnern, welche manchmal, wenn auch überaus selten, der Paralysis progressiva, oft jahrelang, vorausgehen. — Cf. auch die Angaben von Billoid in den Sitzungsberichten der Pariser medicinisch-psychologischen Gesellschaft (December 1872).

\*\*\*) Meiner Meinung nach sind derartige zweifelhafte Anfälle nur dann als epileptische Anfälle anzusprechen, wenn sie ausgesprochen epileptische Individuen betreffen.

Erstens Stupor mit characteristischer sprachlicher Reaction in verschiedenen Intensitätsgraden. — Zweitens rücksichtslose extremste Gewaltthätigkeit. — Drittens schwere ängstliche Delirien. — Viertens verschiedenartiger Erinnerungsdefect. Dann kam das Gemisch ängstlicher Delirien mit Grössendelirien und die eigenthümlich religiösen Delirien und im engen Anschluss hieran „Gott-Nomenclatur“ und Verflechtung der „Majestät“ mit den Delirien. — Hierzu gesellten sich die verschiedensten Grade der Verworrenheit, von theilweiser Lucidität auf der einen Seite bis zur traumähulichen Absurdität und Incohärenz und bis zur delirium-tremensartigen illusorisch-hallucinatorischen Verworrenheit auf der anderen Seite. — Schliesslich fanden wir noch das räsonnirende Delirium und eine maniacalische Moriaform.

Diejenigen Irrenärzte, welche der klinischen Methode oppositionell gestimmt sind, werden fragen: Was ist nun gewonnen? Was ist denn jetzt eigentlich pathognomonisch oder specifisch? Ist es der reactionslose Stupor oder das räsonnirende Delirium? Und finden wir nicht alle als pathognomonisch aufgeführte Symptome wie extremste Gewaltthätigkeit, Gott-Nomenclatur, Erinnerungsdefect u. s. w. in den allerverschiedensten Irreseinsformen? — Auf diese Fragen wäre folgende Antwort zu geben. — Nehmen wir zur Vergleichung ein Krankheitsbild aus der internen Pathologie, z. B. das der tuberculösen Meningitis, gewiss ein klinisch wohl characterisirtes Krankheitsbild, und nennen wir die Symptome, so sind es: In der psychischen Sphäre unzählige Uebergänge vom sprachlosen Stupor bis zur delirium-tremensartigen Erregung, dann kommt Nackenstarre, Paralyse der Gesichtsnerven, hohe Temperatur, die manchmal mit niederer Pulsfrequenz contrastirt, phthisischer Lungenbefund u. s. w. u. s. w. Welches dieser Symptome ist nun pathognomonisch? Ist es der Stupor oder die delirantenartige Erregung? Ist es die Nackenstarre? — Sie kann in manchen Fällen von Meningitis fehlen und kommt auch wiederum bei anderen Hirnkrankheiten vor, bei Typhus u. s. w. Ist es die Paralyse der Gesichtsnerven? — Sie fehlt oft bei der Meningitis und kann auch bei anderen Basalaffectionen, bei syphilitischen oder anderen Basaltumoren u. s. w. vorkommen. Ist es das Fieber? — Dasselbe ist sehr unregelmässig bei der Meningitis, ja es kann auch ganz fehlen und findet sich in zahllosen anderen Krankheiten. Ist es der phthisische Lungenbefund? — Er kann bei der tuberculösen Meningitis fehlen und er kann wiederum eine zufällige Complication einer anderen Hirnkrankheit bilden u. s. w. u. s. w. Die Meningitis hat also kein absolut pathognomonisches Symptom und doch wird sie in der Mehrzahl der



Fälle diagnosticirt und, wer viele Fälle gesehen und studirt hat, wird sie unter Umständen — ganz abgesehen von jeglicher Anamnese — so zu sagen auf Anhieb diagnosticiren. Die Diagnose stützt sich eben nicht auf irgend ein Einzelsymptom, sondern auf die Combination aller Symptome, auf den Gesamtstatus. Was nun für die Diagnose der Meningitis gilt oder für die Diagnose irgend eines anderen internen Krankheitsbildes, gilt genau in derselben Weise für die Diagnostik der Geisteskrankheiten, also auch für die Diagnose der epileptischen Geisteskrankheit. Auch diese hat kein absolut pathognomonisches Symptom, denn jedes ihrer sogenannten pathognomonischen Symptome kann in dem einen und in dem anderen Falle fehlen und kann wiederum auch bei irgend einer anderen Geisteskrankheit einmal vorkommen. Trotzdem wird in der Mehrzahl der Fälle aus dem Gesamtstatus, aus der Art der Combination der Symptome eine Diagnose gestellt werden können und sie wird auch hier manchmal von dem, der viele Fälle gesehen und studirt hat, ebenso leicht, gleichsam auf Anhieb, gestellt werden können. Mögen die Irrenärzte, welche gegen die klinische Methode indifferent sind, nur erst klinisch zu arbeiten anfangen, dann werden sie sich vom Werthe des klinischen Studiums schon überzeugen. Einzelne Fälle werden natürlich übrig bleiben, die ebenso wenig werden diagnosticirt werden können, wie einzelne Fälle von Meningitis und, da uns über diese Fälle auch die Section nicht belehren kann, werden sie als zweifelhaft-epileptische Geistesranke oder als epileptoide Geistesranke zu führen sein. Solche Fälle bilden aber nur eine kleine Quote. In der grossen Mehrzahl der Fälle wird eine sichere Diagnose zu stellen sein. Denn schliesslich entscheidet ja nicht allein die Symptomatologie, sondern auch die Art der Entwicklung und des Verlaufs.

Nach der Art der Entwicklung und des Verlaufs scheidet sich das epileptische Irresein in zwei Hauptgruppen, in **das postepileptische Irresein** und in **die psychisch-epileptischen Aequivalente** (letztere im weitesten Sinne gefasst). Der Symptomatologie nach sind sich beide Gruppen sehr ähnlich. Ja, wir haben gesehen, dass vielfach, rein symptomatologisch, postepileptisches Irresein und Aequivalent gar nicht zu unterscheiden waren.

**Das postepileptische Irresein**, welches die häufigste Form des epileptischen Irreseins ist, zeigt viele Varietäten. Wir trafen den einfachen postepileptischen Stupor, den

postepileptischen Stupor mit Verbigeration, das postepileptische räsonnirende Delirium, die postepileptische moriaartige Erregung u. s. w., und es giebt endlich Mischformen. So habe ich noch ganz vor Kurzem einen Fall gesehen, welcher moriaartige Erregung bei exquisit räsonnirendem Delirium zeigte, und welcher auch mit Rücksicht auf die lange Dauer dem räsonnirenden Delirium ähnelte. Ja, vielleicht ist das postepileptische räsonnirende Delirium selbst, das Falret'sche grand mal intellectuel, in vielen Fällen nur eine Mischform und zwar eine Mischform mit Delirium tremens. Ich habe letzthin Fälle gesehen, welche für diese Ansicht zu sprechen scheinen. Besonders frappirte mich ein Kranker, welcher Selbst nicht epileptisch war, welcher aber einen schwer epileptischen Bruder hatte. Dieser Kranke war habitueller Säufer und bekam ein Delirium mit leichtem Tremor, mit zeitweisen Thierhallucinationen, welches aber sonst vollständig dem so überaus typischen postepileptischen räsonnirenden Delirium glich. Dann wäre also das postepileptische räsonnirende Delirium in vielen Fällen vielleicht nur ein epileptisch modificirtes Delirium tremens. (Cf. auch Sienack Fall 26).

Das postepileptische Irresein folgt in der Regel den grossen epileptischen Anfällen (Krampfanfällen), nur ganz ausnahmsweise den kleinen epileptischen Anfällen. In der Regel hat die Epilepsie schon Jahre bestanden, aber es kommt auch — viel seltener — bei ziemlich frischer Epilepsie vor. Endlich folgt es häufig und mit Vorliebe serienartig auftretenden Krampfanfällen, besonders wenn die Epilepsie lange Zeit cessirt hat (Falret), man trifft es aber auch nach vereinzeltten Anfällen. Es beginnt nicht immer unmittelbar nach den grossen Anfällen, manchmal vergehen sogar 2 bis 3 Tage bis zum Ausbruch, und dies ist besonders nach den Serien von Krampfanfällen der Fall.

Hier sei noch folgender Fall kurz eingeschaltet, welcher gleichsam ein Musterfall für die Stuporformen ist. Sukowitzki wird in seinem 35. Jahre während des letzten Feldzuges, wahrscheinlich unter Mitwirkung von starkem Potus, epileptisch. Heredität negirt. Die Anfälle, immer grosse Krampfanfälle, kommen durchschnittlich alle 2 bis 3 Wochen und zwar immer am Abend oder in der Nacht oder am Morgen, niemals am Tage während der Arbeit.

Am 14. Februar 1875 bekommt er eine kleine Serie von Anfällen, 6 oder 8 hintereinander. Am 15. Februar starker Kopfschmerz, Abgeschlagenheit, Arbeitsunfähigkeit, welche Erscheinungen auch noch den 16. und 17. Februar anhalten. Dabei ist er aber klar. In der

Nacht zum 18. Februar beginnt acut das Irresein. (Das ganze Zimmer ist vollgestopft mit bewaffneten Männern, die von allen Seiten auf ihn eindringen, und er wird auf Grund der Angst enorm gewaltthätig). Den 18. Februar früh kommt er in die Anstalt. Schon nach den zwei ersten Visiten konnte epileptisches Irresein diagnosticirt werden, obgleich der Kranke epileptische Antecedentien negirte und Zungenbisse fehlten, denn das Irresein präsentirte sich als fast stummer Stupor mit characteristischer sprachlicher Reaction, mit ängstlichen Delirien und Grössendelirien, mit Neigung zu Gewaltthätigkeit und mit stellenweiser delirium-tremensartiger illusorisch-hallucinatorischer Verworrenheit. Der Gesichtsausdruck bei der Aufnahme erinnerte an Fall 38, 14 und 24. Das Irresein dauerte bis zum 21. Februar früh, da fiel der Kranke in Schlaf und schlief mit nur kleinen Unterbrechungen über 24 Stunden in einem fort. — Das Irresein kommt also nach einer kleinen Serie von Anfällen, es beginnt erst 3 Tage nach den Anfällen und dauert im Ganzen 3 Tage. Die Erinnerung für die Zeit des Irreseins war ziemlich gut erhalten.\*) Das letzte Intervall vor der Anfallsserie hatte diesmal nicht länger gedauert als viele der früheren Intervalle.

Das postepileptische Irresein giebt fast ausnahmslos eine günstige Prognose, und zwar beträgt die durchschnittliche Dauer nur wenige Tage. Am schnellsten verlaufen die Stuporformen. Am längsten, bis zu 2 Wochen und wenig darüber, höchstens bis nahe an 3 Wochen, dauert das räsonnirende Delirium.\*\*)

---

\*) Da Patient habituell, wenn auch nicht übertrieben, trank, so wäre das stellenweis dem Delirium tremens analoge Verhalten vielleicht mit auf Rechnung des Alcoholismus zu setzen. Wir haben aber das gleiche Verhalten in anderen Fällen gesehen, wo von Alcoholismus keine Rede war.

\*\*) Von relativ sehr langer Dauer war der zweite urämische Fall und besonders seine erste Stuporform, welche 3 Wochen dauerte, während Fall 28, welcher sich durch Monate hinzog, nicht ein vereinzelt postepileptisches Irresein darstellte, sondern eine Summation mehrerer unmittelbar auf einander folgender.

Augenblicklich (August 1875) befindet sich wiederum Hennig (Fall 16) auf der Abtheilung und das diesmalige, dritte, postepileptische Irresein, symptomatologisch den beiden früheren im Wesentlichen ähnlich, dauerte bis nahe an 3 Wochen. — In der Nacht zum 2. August bekam Patient, welcher bis dahin seit seiner zweiten Entlassung von Anfällen wieder vollständig frei gewesen war, eine kleine Serie von 4 epileptischen Anfällen. Den 3. August blieb er, weil er etwas benommen war, noch im Bett. Den 4. bis 7. August arbeitete er aber wieder und war angeblich (auch nach Aussage der Frau)

Wird uns also von irgend einem concreten Irreseinsfall berichtet, dass er postepileptisch entstanden sei, oder deuten in einem concreten Fall frische Zungenbisse auf die postepileptische Entstehung, so können wir fast absolut sicher günstig prognosticiren und wir können auch ziemlich bestimmt die Dauer voraussagen. Aber auch nur dann dürfen wir sicher prognosticiren, wenn die postepileptische Entstehung wirklich sicher ist. Der Stupor mag noch so sehr den Eindruck des postepileptischen machen, sobald wir nicht positiv sicher die postepileptische Entstehung wissen, müssen wir mit unserem Urtheil zurückhalten, denn der Stupor kann ein Aequivalent sein und sich chronisch protrahiren. (Cf. Bade Fall 32.)

Aber jede Regel hat Ausnahmen, und ich habe einen Fall postepileptischen Irreseins letal enden sehen. Der terminale Symptomencomplex war ein so seltener, dass ich den Fall kurz mittheilen will. — Der Kranke bekam in seinem 29. Jahre den ersten epileptischen Anfall und die Krampfanfälle folgten sich 2 Jahre lang in Intervallen von 6 bis 8 Wochen. Da trat in der Nacht zum 9. Januar 1875 nach einem etwas längeren Intervall von ca. 10 Wochen eine Serie von Anfällen auf, etwa 10 bis 12. Im Laufe des 9. Januar kam noch ein Anfall. Am 10. und 11. Januar war er angeblich klar und soll ganz vernünftig gesprochen haben. Am 12. Januar früh versuchte er zur Arbeit zu gehen, musste aber, weil er sich sehr matt fühlte, bald aufhören. — Am Nachmittag des 12. Januar begann das Irresein, und in der Nacht zum 13. Januar wurde er so extrem gewalththätig, dass er gebunden werden musste. Am 13. Januar früh kam er, an Armen und Füßen gebunden, auf die Abtheilung. Das Binden war ihm so gründlich besorgt worden, dass am linken Arm alle 3 Nervenstämme — Medianus, Ulnaris und Radialis — gelähmt waren. Bei der Aufnahme bestand stummer Stupor. Beim Umkleiden im Badezimmer hatte er auf das gewalththätigste widerstrebt, aber ohne

gar nicht auffällig. Erst am Abend des 7. August begann das Irresein und den 26. August erst wurde Patient klar.

Von dem eigentlichen postepileptischen Irresein zu trennen sind die dem Krampfanfall unmittelbar folgenden und in der Regel sehr rasch vorübergehenden Zustände von — oft sehr heftiger — Erregung (*accès de fureur passagère* nach Falret). Sie dauern meist nur wenige Minuten bis zu einer Viertelstunde, selten bis zu einer Stunde und darüber und characterisiren sich im Wesentlichen meist auch als Stupor mit Angst und extremster Gewalththätigkeit und mit (stellenweis exquisit religiöser) Verbigeration. Manchmal besteht in diesen Zuständen die ausgesprochenste Aphasie. Hinterher ergiebt sich Erinnerungsdefect.

dabei ein Wort zu sprechen. Während der Visite sah er meist starr zur Decke und antwortete absolut nicht. Temperatur 38,5, Puls 114, an der Radialis kaum zu fühlen. 42 oberflächliche Respirationen. Pupillen über kirschkerngross, sehr träge. Schlucken ziemlich gut. — Am Abend des 13. Januar sprach er schon einige Worte. Temperatur 38,6, Puls 100, etwas kräftiger. Auch die Pupillen etwas enger und mobiler. — Gleich nach der Abendvisite begann er im Bett sich fortwährend herumzuwälzen und trieb dies mehrere Stunden lang und, wenn ihn die Wärter wieder ordentlich hinlegen wollten, suchte er kräftig um sich zu schlagen, war aber stumm. — Am Morgen des 14. Januar war Temperatur 36,5, Puls 70, kräftig. Er reagierte noch ungemein träge und fragte einmal ängstlich „Was hab ich denn begangen.“ — Am 15. Januar war er klar und blieb es auch den 16. und 17. Januar. Jetzt konnte er erst ordentlich körperlich untersucht werden, und es wurde eine Mitralstenose constatirt. Sonst war nichts Abnormes nachzuweisen. Harn frei von Eiweiss. — So wie er am 15. Januar klar geworden war, hatte sich Singultus eingestellt und bald gesellte sich hartnäckiges Erbrechen hinzu, so dass er fast nichts bei sich behielt; gleichzeitig klagte er stark über allerlei schmerzhaftes Sensationen im Hypogastrium. Die nächsten Tage wurde der Singultus immer stärker und er jammerte laut über die hypogastrischen Sensationen. Am 18. Januar war er von Neuem etwas benommen. Das Erbrechen hatte nachgelassen, aber der Singultus dauerte ununterbrochen fort. — In der Nacht zum 19. Januar wurden die Tormina hypogastrica enorm heftig und es trat Tenesmus hinzu; er verlangte in einem fort nach dem Stechbecken, entleerte aber nichts. — Früh am 19. Januar war er stark collabirt, in furchtbarer Angst, gab fast gar keine Auskunft und er spuckte in einem fort „weil er das Dreck drin hätte.“ — Am Nachmittag des 19. Januar starb er.

Die Section ergab ausser der ziemlich hochgradigen Mitralstenose fast absolut nichts; es fand sich nur etwas Oedem der Lunge und etwas Gastritis und — sehr auffällig war eine sehr starke trübe Schwellung der Leber und Nieren, also, wie man hier in Berlin sagt, eine intensive parenchymatöse Hepatitis und Nephritis, ganz so wie bei Typhus, Septicaemie u. s. w., obwohl der Kranke vom 14. Januar früh andauernd complet fieberlos gewesen war. — Der terminale Symptomencomplex war also vorzüglich ein nervöser und er schloss sich eng an das postepileptische Irresein an. So wie der Kranke am 15. Januar klar geworden war, hatte Singultus und bald darauf Erbrechen begonnen. Erst am 18. Januar trat

wieder Benommenheit auf, und die letzten Symptome des Tenesmus und des Spuckens waren wahrscheinlich wiederum die Folge von Delirien, denn der Tenesmus hatte sich nach Application eines Chloralkalystiers entwickelt und das Spucken folgte unmittelbar, nachdem der Kranke eine Dosis Opiumtropfen genommen hatte.\*) — Ob und wie der letale Ausgang etwa durch den Herzfehler mitbeeinflusst wurde, lässt sich, glaube ich, gar nicht sagen.

Diese einzige Ausnahme ändert aber nichts an der Regel, dass das postepileptische Irresein eine günstige Prognose giebt.

Die zweite Gruppe des epileptischen Irreseins, **die Gruppe der psychisch-epileptischen Aequivalente**, zeigt gleichfalls mehrere Varietäten. Als solche sind aufzuführen: Erstens die psychisch-epileptischen Anfälle (im engeren Sinne). Mit diesem Namen möchte ich Fälle wie Distelkam (Fall 6) und ähnliche bezeichnen. Meiner Meinung nach bilden die Anfälle, welche bisher gewöhnlich als petit mal Anfälle cursirten, zwei scharf geschiedene Kategorien, nämlich kleine epileptische Anfälle (Schwindelanfälle, Absencen u. s. w.) und eben diese kleinen psy-

---

\*) Beiläufig sei hier noch des sehr bemerkenswerthen Verhaltens der Sensibilität des linken Arms erwähnt. Wie bereits angegeben, waren in Folge des Bindens alle 3 Nervenstämme gelähmt. Die Lähmung war motorisch eine vollkommene. In den Fingergelenken und im Handgelenk bestand absolute Bewegungsunfähigkeit und im Ellbogengelenk bestand nur noch geringe Streckfähigkeit — das Trauma hatte also unterhalb des Abgangs der Tricepsäste des Radialis gewirkt. — Die Sensibilität dagegen, welche zuerst am 13. Januar Abends, also etwa 24 Stunden nach Einwirkung des Traumas, untersucht werden konnte, zeigte sich in allen 3 Nervengebieten erhalten. Sie war zwar herabgesetzt, so dass Berührungen und Stiche nicht so prompt percipirt und localisirt wurden wie am rechten Arm, aber es wurden doch Berührungen und Stiche in allen 3 Nervengebieten ziemlich gleichmässig gefühlt und auch noch ziemlich gut localisirt. Erst im Laufe des 15. Januar wurde die Sensibilität deutlich schlechter, und vom Abend des 16. Januar ab bestand absolute Anästhesie, von den Fingerspitzen bis herauf etwa zur Grenze des unteren und mittleren Drittels des Oberarms. — Die Sensibilität hatte also von Hause aus nicht in gleicher Weise gelitten wie die Motilität und, da in unserem Falle von einem Vicariiren des einen Nervenstammes für den anderen nicht die Rede sein kann, da eben alle 3 Stämme getroffen waren, so folgt daraus, dass der sensible Nerv im Allgemeinen gegen Traumen resistenter ist als der motorische Nerv, ein Satz, den ich zuerst von Griesinger habe aussprechen hören. — Ferner verdient die Thatsache Bemerkung, dass sich die Anästhesie allmählich entwickelt und erst 4 Tage nach Einwirkung des Trauma's eine vollkommene ist.

chisch-epileptischen Anfälle. Dann folgt zweitens das einfache psychisch-epileptische Aequivalent (Fall 1 und 2), von dem es aber noch zweifelhaft ist, ob es nicht auch recidiviren könne. Drittens kommen die protrahirten oder besser die recidivirenden psychisch-epileptischen Aequivalente. Diese zeigen selbst wiederum Varietäten. Denn es giebt kurzdauernde und sehr rasch recidivirende Aequivalente (Fall 7 und der bald zu erwähnende Fall Hubatsch), es giebt aber auch sehr selten recidivirende Aequivalente von längerer Dauer. — So habe ich vor Kurzem noch einen Kranken gesehen, welcher im 15. Jahre den 1. Anfall von 3 Monat Dauer hatte, im 31. Jahre den 2. Anfall von 4 Monat Dauer und im 34. Jahre den 3. Anfall. \*) — Schliesslich giebt es auch relativ rasch recidivirende, welche lange dauern (Fall 8), und sehr selten recidivirende, welche sehr rasch verlaufen (Fall 10). Endlich kam viertens das chronisch protrahirte epileptische Irresein. Letzteres schloss sich entweder an einfache Aequivalente an (Fall 33) oder häufiger an recidivirende Aequivalente (Fall 35, 38 und 39) oder es begann (wie in den Fällen 34, 36 und 37) gleichsam als primäres, war aber dann auch durch den anfänglich exquisit remittirenden Verlauf ausgezeichnet. — Bei manchen Fällen wird es ziemlich willkürlich sein, das gebe ich gern zu, sie in diese oder in jene Kategorie zu stellen, im Allgemeinen aber wird man sich mit meiner Auffassung und Nomenclatur gewiss sehr leicht verständigen können. Zum Beispiel wäre Schmutzler (Fall 35) ein Fall, welcher mit drei rasch recidivirenden Aequivalenten begann und im vierten Aequivalent sich chronisch protrahirte — Laurisch (Fall 33) wäre ein Fall, welcher mit einem einfachen Aequivalent begann, sich aber sofort chronisch protrahirte — Osmers (Fall 7) wäre ein Fall von relativ kurzdauernden und sehr rasch recidivirenden Aequivalenten u. s. w.

Damit man mir nur nicht theoretisches Schematisiren vorwerfe, will ich selbst noch einen Fall hier aufführen, welcher unzweifelhaft epileptisches Irresein zeigt, welcher aber eben so gut unter die „psychisch-epileptischen Anfälle“ gestellt werden könnte wie unter die „rasch recidivirenden Aequivalente.“ Der Fall ist erst vor Kurzem der Abtheilung zugegangen und ist ein ganz typisches Exemplar.

\*) Der Ausgang dieses 3. Anfalls, welcher die Erscheinungen des epileptischen Stupors zeigte und zwar anfangs die Erscheinungen des Stupors mit Verbigeration und präcordialer Sensation (Cf. besonders Fall 21 und 34), ist mir unbekannt, denn der Kranke wurde schon nach wenigen Wochen, gebessert, aus der Anstalt genommen. — Von epileptischen Antecedentien hatte er nur einen Anfall von Bewusstlosigkeit in früher Kindheit gehabt.

Der Kranke, Hubatsch, ist 20 Jahr alt, originär psychisch etwas abnorm, von nervösen Antecedentien, in specie von Anfällen vollkommen frei. Sein Vater hatte vom 13. Jahre bis zu seinen Militärjahren grosse epileptische Anfälle. — Occasionell wirkte grobe Misshandlung durch einen Unteroffizier. — Im Laufe des letzten December (1874) entwickelte sich starker Kopfschmerz und leichte Benommenheit, Patient that aber noch regelmässig seinen Dienst. Den 30. December 1874 erster Anfall von eintägiger Dauer. Im Attest wird dieser Anfall als Tobsuchtsanfall bezeichnet. Dem Kranken fehlt die Erinnerung für den Anfall vollständig. Von Kameraden ist ihm nachträglich Folgendes erzählt: Er soll zunächst mit seinem Speisnapf auf den Corridor gelaufen sein und denselben zerschlagen haben. Danach ging er an sein Spind, zog sich bis auf's Hemd aus und schnallte sich sein Faschinenmesser um und in diesem Costüm wollte er fort. Den Feldwebel sprach er per „Du“ an und den Sergeanten nannte er „mein Bruder.“ Er wurde nach dem Garnisonlazareth gebracht. Auch dort schlug er noch um sich, biss den wachhabenden Arzt in den Finger, verlangte sein Zündnadelgewehr und Patronen, um erst seine Feinde und dann sich zu erschiessen . . . Den 5. Januar 1875 wurde er aus dem Lazareth entlassen und er that wieder Dienst. — Am 14. Januar kommt der zweite Anfall und dauert bis zum 17. Januar. Der Anfall wird wieder von mehrtägigem Kopfschmerz und von Benommenheit eingeleitet. Den 14. Januar Vormittags thut er noch Dienst. Am Abend des 14. Januar wird er von einem Gendarmen, welcher ihn auf einer Bahnstation bei Berlin oben auf dem Dach eines Güterwagens vorgefunden hatte, dem Garnisonlazareth eingeliefert. Die Zeitungen erzählten, dass er von einem Viaduct auf einen gerade durchfahrenden Güterzug herabgesprungen war. Der Kranke weiss aber weder, wie er aus der Caserne fortgegangen ist, noch weiss er, wie er an diesen Viaduct gekommen, er weiss nichts vom Sprung und der Fahrt, nichts von seiner Einlieferung in das Garnisonlazareth und seinem dortigen Verhalten. Es besteht absoluter Erinnerungsdefect für die Zeit vom Mittag des 14. Januar bis etwa zum Mittag des 17. Januar. — Den 20. Januar kommt er auf die Abtheilung. Fast andauernd besteht mehr oder weniger starker Kopfschmerz und congestionirtes Aussehen, schlechter Schlaf und ab und zu auch leichte Benommenheit. Aber er giebt eine sehr gute Anamnese, unterhält sich vernünftig, treibt Lectüre, hilft in der Wirthschaft u. s. w. und er ist — zunächst wenigstens — ein ganz harmloser, gutmüthiger Mensch. — Am 29. Januar dritter



Anfall von 5 Stunden Dauer mit absolutem Erinnerungsdefect. Er war um 5 Uhr früh aufgestanden und hatte bis gegen 8 Uhr in der Wirthschaft geholfen, ohne den Wärtern aufzufallen. Um 8 Uhr begann der Anfall. Wie er nachträglich angab, hatte er die Nacht zum 29. Januar ganz gut geschlafen, erwachte aber den 29. Januar früh mit ungewöhnlich heftigem Kopfschmerz. Um 8 Uhr wurde ihm plötzlich „schwindlig im Kopf und so ganz anders“, und von diesem Augenblick fehlt die Erinnerung. Die Wärter erzählten, er sei auf den Corridor gegangen und sei dort unruhig auf und ab gelaufen. Ab und zu schimpfte er „die verfluchte Bande lässt mich nicht heraus“ und er stiess jeden Kranken, der ihm in den Weg kam, auf die Seite. Die Wärter nahmen ihn darauf nach dem Saal. Auch hier lief er fortwährend um die Betten herum, ohne zu sprechen. Dann zog er sich die Schuhe aus und riss die Sohlen herunter. Einmal sagte er „Wenn ich das Ding hätte, würde ich mir ein Ende machen.“ Dann stellte er sich ängstlich in eine Ecke und blieb etwa eine halbe Stunde still stehen. Hier traf ihn der Unterarzt, welcher ihn ansprach; aber mit lauter, gereizter Stimme erwiderte der Kranke „Lassen Sie mich in Ruhe“ und lief fort. Weiter sagte er jetzt „Da sind ja die Leute, die wollen mich hängen.“ Er wurde nun prophylactisch isolirt und folgte gutwillig, ohne ein Wort zu sprechen. Gegen 10 Uhr besuchte ich ihn in der Zelle. Er lag auf der Matratze und, so wie ich ihn ansprach, begann er zu räsonniren, es sei schmähhch kalt in der Zelle, er hätte schmähhchen Hunger, ein preussischer Soldat brauche sich das nicht gefallen zu lassen, er würde dies melden, wenn sein Vater das wüsste, würde er sich beim König beschweren... Er nannte mich constant „Herr Unteroffizier“ und behauptete fest, in der Kaserne zu sein. Als ihm ein fremder College, der die Visite mitmachte, den Puls fühlen wollte, sagte er „Sie sind wohl auch einer von den Heimtückischen, die mich stechen wollen“ und er fuhr fort, man wolle ihn hängen und stechen, er hätte ja eben gesehen, dass man ihn umbringen wolle. Dabei gab er richtig sein Alter, seine Heimath, die Jahreszahl, aber als Monat gab er „Februar“ und er nannte alle Personen seiner Umgebung mit falschen Namen. Ein Butterbrod, das ihm angeboten wurde, ass er mit grossem Appetit und sprach dazu „Nu, der Hauptmann wird sich wundern, wo ich bleibe.“ Zum Schluss kam er wieder darauf, dass man ihn umbringen wolle, aber eher würde er sich selbst das Leben nehmen. — Puls und Pupillen waren gegen das Intervall nicht geändert. — Gegen 1 Uhr kam er zu sich. — Am 3. Februar vierter Anfall von halbstündiger Dauer mit absolutem

Erinnerungsdefect. Er stand meist am Fenster und piff sich eins oder er rief „Hier, Herr Lieutenant — Hier, Herr Hauptmann — Drei Schritt vor — Was steht der Kerl da im Dreck — Nu seht mal einer, da ist ja ein Fünfunddreissiger ohne Gewehrriemen. (Er machte seinen Gurt los und warf ihn zum Fenster herunter, indem er sagte): Du, Kamerad, da hast Du 'nen Riemen“.... Er gab nachträglich wieder an, dass mehrere Stunden vor dem Anfall der Kopfschmerz an Heftigkeit stark zugenommen hatte und dass ihm plötzlich „schwarz vor Augen“ geworden sei. Auch nach dem Anfall bestand für mehrere Stunden noch sehr starker Kopfschmerz mit Benommenheit.

Am 6. Februar fünfter Anfall von circa. fünfstündiger Dauer, gleichfalls mit absolutem Erinnerungsdefect und am 14. Februar sechster Anfall von circa zehnstündiger Dauer. Er lief unruhig auf dem Corridor hin und her und, als sich der Wärter ihm näherte, um ihm einen Besen, den er in der Hand hatte, fortzunehmen, schlug er wild mit dem Besen um sich, so dass es äusserst gefährlich war, ihn zu fassen, und es kostete grosse Mühe, ihn zu isoliren. Auf dem Wege zur Zelle brüllte er in einem fort und besonders schimpfte er auf einen Wärter, der ihn in einem früheren Anfälle etwas scharf angefasst hatte „Das ist der Kerl, der mir an's Leben will, aber ich werde ihm schon das Messer in den Leib stossen“... Er benannte wieder Personen falsch u. s. w. — Nach einem 8tägigen, aber unreinen, Intervall\*) siebenter Anfall von zweistündiger Dauer in unmittelbarem Anschluss an einen Aerger. So wie ich in die Zelle trete, räsonnirt er auf mich los, ich sei ein ganz hundsgemeiner Kerl, das hätte er nicht geglaubt, dass ich ihm den Wechsel nicht bezahlen würde... Endlich hatte der Kranke vor wenigen Tagen den achten Anfall, wiederum in unmittelbarem Anschluss an einen ganz leichten Aerger. Dieser Anfall dauerte vom Abend des 3. bis zum Mittag des 5. März und stellte eigentlich eine kleine Serie dar, aus drei deutlich durch mehrstündige Intervalle von einander isolirten Anfällen. Die Anfälle leiten sich immer durch starken Kopfschmerz ein und, wenn dieser einige Zeit gedauert hat, tritt plötzlich, gewöhnlich mit einer Sensation im Kopf, die „Bewusstlosigkeit“ auf. Ebenso folgt dem Anfall regel-

---

\*) Während des Intervall's wusste er nicht, dass ihm der Wärter etwas gethan hatte. Er hatte also während des Anfalls ein Factum eines früheren Anfalles erinnert. — Weiterhin zeigte der Kranke noch andere Besonderheiten im Verhalten der Erinnerung, es würde aber eine eingehende Erläuterung zu weit führen.

mässig sehr intensiver Kopfschmerz (Stirn-Scheitelschmerz) und Benommenheit und es folgt regelmässig absoluter Erinnerungsdefect. — In den Intervallen ist jetzt der Kranke ein ganz anderer Mensch wie früher. Er ist mürrisch, gereizt und heftig und erinnert sehr lebhaft an das Verhalten von Osmer's (Fall 7). — Fast beständig hat der Kranke ein congestionirtes Aussehen.

Ich brauche den Fall wohl mit keinem Wort mehr zu erläutern, denn er zeigt kurzdauernde, rasch recidivirende Aequivalente oder psychisch-epileptische Anfälle mit absolutem Erinnerungsdefect. Die Symptomatologie zeigt ängstliche Delirien, extremste Gewaltthätigkeit u. s. w. u. s. w.

Sehen wir uns jetzt die psychisch-epileptischen Aequivalente auf epileptische Antecedentien an, so ergibt sich Folgendes: Von den Fällen 1 und 2, 7 bis 10 und 32 bis 39 sind von epileptischen und epileptoiden Antecedentien vollkommen frei 4 Fälle (Fall 1, 7, 10 und 39), und zu ihnen kommt als 5. Fall der eben mitgetheilte Fall Hubatsch, also ein Drittel aller Fälle ist von epileptischen Antecedentien vollkommen frei.

Ferner hat Fall 38 nur einen Anfall von Bewusstlosigkeit in früher Kindheit gehabt, Fall 8 hat nur zweifelhafte epileptische Schwindelanfälle als Antecedentien gehabt, Fall 34 hat auch nur wenig ausgesprochene epileptische Anfälle gehabt, und endlich zeigen auch die übrigen Fälle mit sicheren epileptischen Antecedentien nur ganz vereinzelte Anfälle. So haben Fall 2, 9 und 32 jeder nur 2 Krampfanfälle vorher gehabt, Fall 33 hat nur einen Krampfanfall gehabt u. s. w. Häufige epileptische Anfälle als Antecedentien hat nur ein Fall gehabt (Fall 37) und gerade dieser Fall zeigt symptomatologisch nur wenig charakteristisches epileptisches Irresein. — Demnach lässt sich behaupten, dass für die Gruppe der psychisch-epileptischen Aequivalente (im weitesten Sinne\*) epileptische Antecedentien in der Regel entweder vollkommen fehlen oder doch nur ganz vereinzelt vorhanden sind und zwar scheinen sie häufiger für die einfachen und recidivirenden Aequivalente zu fehlen als für das chronisch protrahirte epileptische Irresein.

In Bezug auf das Alter zur Zeit der Erkrankung lässt sich Folgendes behaupten: Die psychisch-epileptischen Aequivalente entwickeln sich in der Regel in den ersten zwanziger

---

\*) Also eigentliche Aequivalente und protrahirtes epileptisches Irresein.

Jahren oder noch früher, bei Weitem seltener in den späteren Jahren.

Unter den 15 Fällen fanden sich 4 Soldaten (Fall 7, 35 und 36 und Fall Hubatsch). Die Zahlen sind aber zu klein, als dass sie irgend welchen Schluss gestatten.

Was endlich die Prognose der psychisch-epileptischen Aequivalente betrifft, so endeten die einfachen Aequivalente (Fall 1 und 2) günstig. Ebenso endeten günstig die recidivirenden Aequivalente \*) (Fall 7 bis 10, denn auch Osmer's Fall 7 ist seit September 1874 von Anfällen frei\*\*). Recidiviren die Anfälle freilich so rasch wie bei Reimer (Fall 8), so hat der Kranke mit dem günstigen Ausgang des Aequivalents allerdings noch nicht Alles gewonnen. — Und schliesslich verlief auch das chronisch protrahirte Irresein durchaus nicht ungünstig. Denn scheiden wir von den 8 Fällen protrahirten Irreseins die 3 Fälle mit unbekanntem Ausgang des Irreseins aus (Fall 33 starb an Typhus, Fall 37 durch Selbstmord und Fall 32 wurde früh aus der Anstalt genommen), so endeten von den nun übrigen 5 Fällen 2 mit completer Genesung (Fall 38 nach 3 Monaten und Fall 34 nach 6 Monaten), ein dritter Fall (36) zeigte nach 9 Monaten so erhebliche Besserung, dass er draussen wieder existiren könnte,\*\*\*) bei dem vierten Fall (39) ist der Ausgang noch unbekannt, und einzig der Fall 35 zeigt den Ausgang in Demenz. Danach wäre die Prognose der Aequivalente im Ganzen gewiss nicht ungünstig, aber die Zahlen sind noch zu klein.

Wegen der Kleinheit der Zahlen ist auch über die Frequenz des epileptischen Irreseins noch nichts Sicheres auszusagen. Es wäre sowohl die Proportion des postepileptischen Irreseins zur Epilepsie als auch die doppelte Proportion der psychisch-epileptischen Aequivalente zur Epilepsie und zum Irresein im Allgemeinen zu bestimmen. Nur so viel ist sicher, dass das postepileptische Irresein häufig ist, während die Aequivalente selten sind.

---

\*) Auch die häufig recidivirenden hysterio-epileptischen Aequivalente enden sehr oft günstig.

\*\*) Der Kranke ist aber von einer enormen Heftigkeit geblieben. Bei der geringsten Veranlassung wird er oft thätlich und manchmal in ganz roher Weise. Er ist trotzdem versuchsweise Ende Februar 1875 entlassen. — Auch Fall Hubatsch ist nunmehr (Anfang September 1875) ca. 4 Monate von Anfällen frei und sieht seiner baldigen Entlassung entgegen.

\*\*\*) Gwósdz ist seitdem, Ende Februar, entlassen.

Der zweiten Gruppe der Aequivalente wären als Anhang noch die zweifelhaften psychisch-epileptischen Aequivalente anzureihen, und zwar wären auch diese Fälle in eigentliche Aequivalente und in protrahirtes Irresein zu sondern. Diese Fälle sind aber noch eingehend zu studiren. Ich bin gegenwärtig noch nicht im Stande, sie klinisch scharf zu präcisiren. Sie sind, glaube ich, nicht sehr zahlreich.

Folgender Fall z. B. wäre als epileptoides einfaches melancholisches Aequivalent zu bezeichnen: Ein jüngerer Bruder des Kranken war gleichfalls transitorisch (ca. 14 Tage) geisteskrank gewesen. — Seit dem 25. Jahre bestehen nervöse Asthmaanfälle, welche von einem halben Tag bis zu 3 und 4 Tagen dauern und welche zu manchen Zeiten alle Paar Tage kamen, einige Male aber auch Intervalle von 1 bis 2 Jahren liessen. Die Angstsensation während der Anfälle ist nicht epigastrisch oder cerebral, sondern sie ist hauptsächlich auf beide Infraclaviculargegenden localisirt. — Das Irresein beginnt acut (im 37. Jahre) nach mehrmonatlicher Incubation mit Kopfschmerz und leichter Benommenheit. (Sensation, als wenn der Schädel zwischen einer Presse wäre und allmählich immer stärker zusammengepresst würde). Wenige Tage vor Beginn des Irreseins starke Zunahme der Kopfschmerzen und Benommenheit. — Die Erscheinungen des Irreseins sind Stupor mit melancholischen Delirien und mit illusorisch-hallucinatorischer Verworrenheit. (Er ist ein schwerer Verbrecher und soll von der Polizei geholt und hingerichtet werden. In einer Nacht ist grosse Revolution in seinem Hause, es wird spektakelt und demolirt. Während die Revolution spielte, sah er an der Wand einen Kasten wie eine Uhr und an dem Kasten hing ein Zettel und er musste über diesen Kasten beständig nachdenken, denn er schien die Ursache, weshalb er hingerichtet werden sollte...). — Das Irresein dauert 5 Tage und hinterlässt eine nur dunkle und stellenweis ganz defecte Erinnerung. — Am 4. Tage des Irreseins wird der Kranke aufgenommen und er zeigt bei der Aufnahme das Phänomen der Erinnerungstäuschung (Sander). Er behauptet vor Monaten schon einmal als Kranker auf der Abtheilung gewesen zu sein, er will die Zimmer auf Schritt und Tritt kennen, er will auch einzelne Personen seiner Umgebung damals schon hier gesehen haben u. dergl.

Einen ganz anderen Habitus hat folgender Fall, welcher als epileptoides rasch recidivirendes maniacalisches Aequivalent bezeichnet werden könnte: Der Kranke (50 Jahr) glich bei der Aufnahme (November 1874) dem ersten Kranken mit postepileptischer

moriaartiger Erregung auf's Haar. Er gesticulirte in einem fort nach Art der Moria, plapperte incohärent nach echt maniacalischer Manier und war von enormer Gereiztheit. Nach wenigen Tagen war er ruhig und klar und gab folgende Anamnese: Mutter und ein Bruder waren geisteskrank. — Im 20. Jahre erster Anfall von Manie von ca. 14 tägiger Dauer. — Nach einem Intervall von 12 bis 13 Jahren kommt der zweite Anfall von Manie von gleichfalls ca. 14 tägiger Dauer. — Nach einem weiteren Intervall von ein Paar Jahren kommt der dritte und bald darauf folgt der vierte Anfall und schliesslich häufen sich die Anfälle derartig, dass 3 bis 4 Anfälle in einem Jahre kommen. — In den letzten zehn Jahren wurden sie wieder etwas seltener, aber es kommt doch noch durchschnittlich jedes Jahr ein Anfall. — Der Kranke konnte seine Anfälle nicht mehr genau zählen, er hatte in den letzten 17 Jahren (vom 33. bis zum 50. Jahr) praeter propter 25 bis 30 Anfälle gehabt. Die allerletzten Anfälle waren im November 1871, August 1872 und November 1874. — Die Anfälle dauerten durchschnittlich 2 bis 3 Wochen und zeigten angeblich immer den gleichen Symptomencomplex wie zur Zeit der letzten Aufnahme. Sie entwickeln sich meist allmählich und beginnen regelmässig mit Verstimmung und Gereiztheit und mit „Anfällen von Katzenjammer“, wie sich der Kranke ausdrückt. Er bekommt ein Gefühl von Trockenheit im Halse und er möchte spucken, kann aber nicht, dann fängt es sich im Leibe zu drehen an, und er bekommt Würgebewegungen oder bricht auch wohl; gleichzeitig hat er eine Sensation im Hinterkopf, wie wenn ein Stück Eis drin läge. — Solche Anfälle von „Katzenjammer“ kommen auch oft in den Intervallen, besonders nach Aerger. — Das Irresein dieses Falles glich also der postepileptischen moriaartigen Erregung, war aber kein postepileptisches. Die postepileptische moriaartige Erregung unterschied sich von der gewöhnlichen maniacalischen Moria, wie früher auseinandergesetzt ist, vor Allem durch ihre Neigung zur Gewaltthätigkeit und sie unterscheidet sich ferner, wie ich hier hinzusetzen will, hinsichtlich der Sprache. Während die gewöhnliche maniacalische Moria sich meist stumm verhält, denn Maniacalische, welche andauernd gesticuliren, reden dabei in der Regel sehr wenig, ja manchmal vergehen Wochen, ohne dass man einen Satz von ihnen herausbekommt, zeigt die postepileptische moriaartige Erregung und auch unser jetziger Fall neben dem andauernden Gesticuliren auch andauerndes echt maniacalisches Plappern. — Symptomatologisch glich unser Fall also mehr einer Form des postepileptischen Irreseins als einer gewöhnlichen Manie, und erwägen wir dann noch

weiter die enorme Frequenz und die sehr kurze, nur 2 bis 3 wöchentliche, Dauer der Anfälle, eine für periodische Manien jedenfalls höchst ungewöhnliche Verlaufsweise, so, denke ich, ist die Auffassung dieser Manien als epileptoider Aequivalente durchaus nicht ungerechtfertigt. \*)

Noch weniger weiss ich vor der Hand von dem protrahirten epileptoiden Irresein. Ich habe nur 2 Fälle gesehen, welche vorübergehend vollkommen dem epileptischen Stupor glichen. In dem einen Falle glaubte ich bei der Aufnahme einen postepileptischen Stupor vor mir zu haben — so ähnelten sich die Erscheinungen — und der andere zeigte durch mehrere Monate bei sprachlich fast reactionslosem Stupor beständige Neigung zu Gewaltthätigkeit und das Gemisch ängstlicher Delirien mit Grössendelirien (er sollte um sein Leben kommen und auf der anderen Seite wurde er „Papst“ und „Gott“ genannt). Der erste Fall endete in Demenz, der zweite, ein originär stark abnormer Mensch, dessen Schwester unheilbar geisteskrank ist, genas nach circa 9 Monaten. Beide Fälle waren von epileptischen und epileptoiden Antecedentien frei. Die Zeit der Erkrankung fiel in die zweite Hälfte der zwanziger Jahre. — Es fehlte aber in beiden Fällen der anfänglich remittirende Verlauf, den ich für überaus charakteristisch halte. Denn während die Geisteskrankheiten nicht epileptischer Natur, die ja die ungeheure Majorität bilden, anfängliche tiefe \*\*) Remissionen, welche von completen Intermissionen manchmal absolut nicht zu unterscheiden sind, nur ganz ausnahmsweise zeigen — solche tiefe 6 bis 7 tägige Remissionen, welche sich von Intermissionen absolut nicht unterscheiden liessen, habe ich bei männlichen Geisteskranken vor Kurzem überhaupt zum ersten Male gesehen und zwar bei einer Manie eines jugendlichen Individuums — zeigt die verschwindend kleine Quote des protrahirten epileptischen Irreseins unter 8 Fällen 5 mal einen ausgesprochen remittirenden Anfang.

Wie gesagt, die zweifelhaften Fälle bedürfen noch eines eingehenderen Studiums, und das Studium der Uebergangs- und Mischformen ist nicht minder wichtig als das Studium der reinen und typischen Formen. Ich erinnere an die klinisch gut charac-

---

\*) Vielleicht sind auch die „Anfälle von Katzenjammer“, noch zu verwerthen. Wer die zahllosen Varietäten der kleinen epileptischen Anfälle kennt, wird jedenfalls daran denken müssen, dass die „Anfälle von Katzenjammer“ auch solche kleine epileptische Anfälle sein können.

\*\*) Von leichteren, so zu sagen oberflächlichen anfänglichen Remissionen rede ich hier nicht.

terisirte Gruppe der „partiellen Verrücktheit“, welche eben so sicher typische Formen zeigt wie Uebergangs- und Mischformen.

Um alle Eventualitäten zu erwägen, wäre endlich noch zu erinnern, dass notorisch Epileptische auch an den gewöhnlichen Irreseinsformen der Melancholie oder Manie u. s. w. vielleicht erkranken könnten. Ich habe bisher positive derartige Fälle nicht gesehen.

Neben den beiden Hauptgruppen des postepileptischen Irreseins und der psychisch-epileptischen Aequivalente erwähnte ich weiter das circuläre epileptische Irresein und ich will zur Vervollständigung der psychischen Epilepsie an dieser Stelle auch noch die Epilepsie mit Demenz und die habituellen epileptischen Character-eigenthümlichkeiten nennen. — Unter Demenz verstehe ich definitive psychische Defecte, nicht jene, wenn auch seltenen, Fälle tiefster Benommenheit, welche eine Demenz vortäuschen können, welche aber wieder verschwinden können. — Der „*caractère épileptique*“ ist von Falret und Morel beschrieben, und auch ich habe im Anschluss an die religiösen Delirien des postepileptischen Irreseins einige Characterzüge flüchtig zu zeichnen gesucht. Ich glaube, dass ein eingehendes Studium auch hier noch weitere Details ergeben wird. So fiel mir in Stephansfeld bei einer Reihe Epileptiker eine Eigenthümlichkeit auf, die ich als „epileptische Familienlobreden“ bezeichnen möchte. Fragte ich nämlich diese Kranke nach ihrer Familie, so hiess es immer, der Vater wäre der bravste Mann im ganzen Dorf gewesen, die Mutter stamme ja aus der anerkannt besten Familie und ihre Kinder wären die reinen Engel, sie wären unvergleichlich schön und klug und brav u. s. w.

Von transformirter Epilepsie soll nur in solchen Fällen gesprochen werden, bei welchen, wie im Fall 37, epileptische Anfälle und Irresein vicariirend auftreten. Dagegen habe ich die von Morel herrührende Bezeichnung der „larvirten Epilepsie“ absichtlich vermieden, weil ich sie für keine glückliche halte. Denn entweder sind die eventuellen Fälle sicher oder zweifelhaft psychisch-epileptische. Sind sie „sicher“, so soll man sie eben psychisch-epileptische nennen, sind sie aber „zweifelhaft“, so kann man sie eben nur zweifelhafte, allenfalls epileptoide nennen, aber man darf zweifelhaften Fällen keine sichere (nur larvirte) Epilepsie supponiren. Die psychische Epilepsie ist ebenso offenbar wie die Krampfepilepsie, und so wenig man bei der Krampfepilepsie von einer larvirten psychischen



Epilepsie spricht, ebenso wenig kann man bei der psychischen Epilepsie von einer larvirten Krampfepilepsie reden.

Dies wären die Resultate. Es sei noch einmal erwähnt, dass alle Beobachtungen männliche Kranke betrafen. Das epileptische (hystero-epileptische) Irresein der Frauen bedarf eines *aparten Studiums*, aber ich glaube, dass es sich bequemer dem epileptischen Irresein der Männer wird anreihen lassen.

Die Epilepsie zerfiele demnach in folgende Kategorien:

1. Zweifelhaft-epileptische (epileptoide) Anfälle.
  2. Grosse epileptische Anfälle.
  3. Kleine epileptische Anfälle.
  4. Kleine psychisch-epileptische Anfälle. } *petit mal.*
  5. Postepileptisches Irresein mit seinen zahlreichen Varietäten.
  6. Einfache psychisch-epileptische Aequivalente.
  7. Recidivirende psychisch-epileptische Aequivalente.
  8. Protrahirtes epileptisches Irresein.
    - a) Primäres.
    - b) Nach einfachen und recidivirenden Aequivalenten.
  9. Zweifelhaft-epileptisches (epileptoides) Irresein.
  10. Circuläres epileptisches Irresein.
  11. Epilepsie mit Demenz.
  12. Habituelle epileptische Charactereigenthümlichkeiten.
- 

Es wird aufgefallen sein, dass ich der Therapie mit keinem Worte Erwähnung gethan habe. Dies geschah nicht etwa deshalb, weil ich therapeutische Versuche überhaupt nicht unternommen hätte — ich habe moderne und antiquirte Antiepileptica angewandt, vom Bromkali und Amylnitrit bis herab zum Haarseil, ja, ich habe therapeutische Versuche unternommen, die Manchem sogar recht verwegen scheinen mögen; so habe ich z. B. bei den rasch recidivirenden Aequivalenten, besonders bei Frauen, subcutane Strychninjectionen angewandt, in der Idee, die psychische Epilepsie vielleicht in eine Krampfepilepsie umwandeln zu können, denn es befinden sich Kranke mit vereinzelt Krampfanfällen durchschnittlich entschieden viel besser als Kranke mit häufig recidivirenden Aequivalenten — aber, je mehr

ich Epileptische sehe, nicht nur psychisch-Epileptische, sondern auch gewöhnliche epileptische Krampfkranke, und es vergeht auf der Krampf-Abtheilung kaum eine Woche, ohne dass ich immer neue Epileptische zu sehen bekomme, und je mehr ich von dem unendlich variablen Verlaufe der Epilepsie mich überzeuge, um so mehr scheinen mir auch nur annähernd sichere therapeutische Schlüsse höchst problematisch. Ehe wir nicht im Stande sind, bei jedem Epileptischen, der neu in Beobachtung tritt, den spontanen Verlauf mit einiger Sicherheit voraussagen zu können, so lange, glaube ich, werden bindende therapeutische Schlüsse überhaupt nicht zu ziehen sein. Sollen wir darum die Hände in den Schooss legen? — Gewiss nicht. Wir werden in jedem neuen Falle mit dem zur Zeit renommiertesten Mittel, gegenwärtig also mit Bromkali, beginnen (ich rede hier nur von constitutionellen Fällen) und, wenn uns das erste Mittel im Stich lässt, werden wir ein zweites wählen, dann ein drittes und ein viertes, und wenn wir unter Hundert Fällen auch nur einige wenige Male einen anscheinenden Erfolg erzielen, wird ein freudiges Gefühl, dass wir mit unserer Therapie doch vielleicht etwas genützt haben können, gewiss sehr berechtigt sein, aber man hüte sich, dieses freudige Gefühl als eine therapeutische Wahrheit auszugeben.

Was die so zu sagen psychische Therapie, was die Anstaltbehandlung der epileptischen Geisteskranken betrifft, so lassen sich allgemeine Regeln nicht geben. Die Behandlung der mehr oder weniger gewalthätigen Kranken ist stellenweis eine ungeheuer schwierige — so sehr man z. B. in manchen Fällen mit prophylactischer Isolirung nützt, so sehr kann man wiederum in anderen Fällen mit ihr schaden. Die psychische Therapie ist eben eine exquisit individuelle und, wollte ich mich rühmen, mit Kranken wie Osmers, Reimer und ähnlichen ohne auch nur einmalige Isolirung fertig geworden zu sein, so würde jeder Irrenarzt dieses nach schwerer, sorgenvoller Arbeit errungene Gefühl der Befriedigung sehr wohl begreifen.

Zu allerletzt möchte ich mir gegenüber den Nicht-Fachcollegen und denjenigen unter den Irrenärzten, welche klinische Psychiatrie nicht treiben, nur noch die Bemerkung erlauben, dass der klinisch-psychiatrische Stoff ungeheuer schwer zu bewältigen ist, und dass daher durch Exactheit blendende Schlüsse, wie sie manche anatomische oder physiologische Arbeiten liefern, von der klinischen Psychiatrie überhaupt nicht verlangt werden dürfen, während ich die Fachcollegen, welche Interesse für klinische Psychiatrie haben, er-

suchen möchte, meine Angaben baldigst zu controliren und sie eventuell zu vervollständigen und zu berichtigen.

---

Meinen verehrten Chefs, dem Herrn Professor Westphal und dem Herrn Director Pelman, fühle ich mich für die gütige Ueberlassung des Materials zu Dank verpflichtet.

---