

XXXV.

Postepileptisches Irresein.

Von

Wilhelm Sommer,

Assistenzarzt an der Provinzial-Irren-Anstalt Allenberg.



Wenn es berechtigt sein soll, von einem postepileptischen Irresein als von einer selbstständigen und in ihren Hauptsymptomen constanten Geistesstörung zu sprechen, so muss man natürlich vorher im Stande sein, eine genau begrenzte Schilderung von derselben zu entwerfen, welche die vorzugsweise zur Beobachtung gelangenden Krankheitsbilder zusammenfasst. Extreme oder gar fragliche Fälle sollten nicht zur Feststellung eines Krankheitsbegriffes verwendet werden, so interessant sie auch sonst sein mögen, und es dürfte daher wohl richtig sein, vorläufig unter jenem Namen nur diejenigen psychischen Störungen zu verstehen, die bei zweifellos epileptischen Individuen in nachweisbarem Zusammenhange mit der Epilepsie selbst stehen. Es werden dann freilich jene seltenen Fälle, in welchen ohne epileptische Antecedentien Anfälle psychischer Störung auftreten die sich mit den bei anerkannter Epilepsie vorkommenden klinisch mehr oder weniger genau decken, zur Zeit noch ausgeschlossen bleiben und erst nach genügender Kenntniss und Prüfung des von diesen abgeleiteten Schema's wird man vielleicht in Zukunft im Stande sein, auf Grund der Symptome auch jene Fälle als wirklich zur Epilepsie gehörig zu diagnostizieren und demgemäß zu behandeln. In den so zahlreichen Arbeiten über Epilepsie findet man aber meistens eine auffallend geringe Berücksichtigung der gewöhnlichen Folgeerscheinungen auf psychischem Gebiet, die mit der Häufigkeit des Vorkommens recht con-

trastirt, während andererseits die „psychischen Aequivalente“, die „psychische Epilepsie“ ohne entsprechende Antecedentien besonders in der neueren Zeit sich einer regeren Beachtung zu erfreuen gehabt haben.

Die Epilepsie tritt nun bekanntlich unter den verschiedensten Bildern auf, und auch in Bezug auf die Psychiatrie giebt es einen ausgezeichneten Reichthum der Symptome; ich will mich aber in dieser Arbeit darauf beschränken, die gewöhnlichen Folgen der Epilepsie auf den Geisteszustand der Kranken und zweitens die als Begleiterscheinungen eines Anfalls selbst zu betrachtenden Irreseinsformen zu schildern, oder mit andern Worten, für mich handelt es sich an dieser Stelle nur um den dauernden Zustand, um die Demenz im Intervall, und um diejenigen wieder vorübergehenden geistigen Störungen, die nur ein in abnormer Weise in den Vordergrund tretendes Element des allgemeinen epileptischen Paroxysmus darstellen; beides fasse ich nach ihrem causalen Verhältniss als postepileptisches Irresein zusammen, in ähnlicher Definition, wie sie schon früher Samt gegeben hat. Abgesehen von der Literatur, beziehe ich mich hauptsächlich auf eine nicht unbedeutende Zahl von Krankenbeobachtungen — etwa 150 —, die ich zum Theil selbst entworfen habe und die mir im Uebrigen von meinem verehrten Chef, Herrn Director Dr. Jensen in Allenberg freundlichst zur Verfügung gestellt sind.

Zum Begriff der Epilepsie gehört nun stets das anfallsweise Auftreten von gewissen Symptomen: die einzelnen Paroxysmen der Krankheit sind durch absolut oder meistens nur relativ freie Zwischenzeiten getrennt, aber wie auffallend auch immer der Anfall selbst variiert, auf den intervallären Zustand hat die Epilepsie leider fast immer denselben und zwar deletären Einfluss, ziemlich unabhängig davon, ob die Paroxysmen dem classischen Bilde entsprechen, oder in abnormer Weise verlaufen.

Es ist ja schon seit den ältesten Zeiten der medicinischen Beobachtung bekannt, dass nur selten die Geisteskräfte eines Epileptikers nach längerem Bestehen der Krankheit unversehrt geblieben sind, und mit Recht, gewöhnlich zeigt sich verhältnismässig bald eine allmälig zunehmende Demenz, die sich im weiteren Verlauf bis zum tiefsten Terminalblödsinn ausbilden kann, und als solcher freilich keine charakteristischen Symptome mehr besitzt, während im Beginn wohl oft eine Differentialdiagnose gegen den aus anderen Krankheiten sich entwickelnden Schwachsinn gestellt werden kann. Dass diese secundäre Geistesschwäche übrigens eine Folge der Krämpfe ist, geht daraus hervor, dass mit dem Aufhören derselben, was sich ja allerdings nur unter

sehr günstigen und demgemäß seltenen Umständen ereignet, auch eine langsame und oft nicht unbedeutende Aufhellung der Psyche eintreten kann. Im Uebrigen darf man hieraus nicht folgern, dass etwa die Schnelligkeit und Intensität in der Entwicklung des secundären Blödsinns mit der Zahl und Heftigkeit der epileptischen Krämpfe in geradem Verhältniss stünde. Denn bis jetzt sind im Gegentheil fast alle Beobachter darüber einig, dass gerade die scheinbar leichteren Attauen, die „momentanen Absences“, in höherem Grade einen verderblichen Einfluss auf die Intelligenz auszuüben im Stande sind, als die völlig ausgebildeten Anfälle mit ihrer erschreckenden Heftigkeit. Es liegen zwar genauere statistische Untersuchungen hierüber nicht in der entsprechenden Zahl vor, aber es existirt eigentlich auch kein besonderer Grund, diesem so einhellenigen, wenn auch etwas subjectiven Schlusse der Autoren zu misstrauen; doch ich werde weiter unten noch einmal darauf zurückkommen, will hier indess gleich erwähnen, dass die Allenberger Beobachtungen allerdings mit den bisherigen Angaben in Widerspruch stehen: Die Durchschnittsdauer der Epilepsie bis zum „deutlichen“ Ausbruch der Geisteskrankheit betrug bei ausgebildeten Anfällen für 29 Männer 8,5 und für 10 Frauen nur 3,6 Jahr, während sie bei „petit-mal“ für 12 Männer 10,12 und für 3 Frauen gar 11,3 Jahr betrug.

Die Entwicklung des postepileptischen Blödsinns nimmt im Uebriegen gewöhnlich einen fast stereotypen Verlauf. Anfangs zeigt sich nur im directen Anschluss an einen Krampfanfall eine unbedeutende Abstumpfung der Intelligenz und der Energie; allmälig aber nimmt diese Benommenheit an Dauer zu, bis sie sich endlich während des ganzen Intervalls nicht mehr verliert und gleichzeitig auch immer intensiver wird. Zerlegt man die Intelligenz in ihre einzelnen Factoren, um denjenigen zu bestimmen, der am frühesten Einbusse zu erleiden pflegt, so wird fast regelmässig zuerst die Perception erschwert scheinen. Alle Eindrücke, die von Aussen kommen, werden zwar durch die Sinnesorgane noch in normaler Weise dem Gehirn zugeführt, da ja die Leitung unversehrt ist, aber bei dem der Akme vorausgehenden und derselben auch nachfolgenden Erregungszustande der Hirnrinde sind relativ stärkere Reize nothwendig, als unter anderen Verhältnissen, um die entsprechende Empfindung auszulösen und dem „Gedächtniss“ einzuhüllen. Die während dieses Stadiums percipierte Empfindung resp. Vorstellung ist daher nur ein schwaches undeutliches Abbild des wirklich Geschehenen und wird in Folge dessen bei einer etwaigen Reproduction auch nur verschwommen und unklar wieder erscheinen, wenn der ganze Vorgang nicht überhaupt

zu gering gewesen ist, um dauernde Eindrücke zu hinterlassen. Bei der klinischen Beobachtung stellt sich dieser Defect der Auffassung gewöhnlich gleich als das Fehlen der Erinnerung an den Anfall selbst dar: der Kranke weiss bis zu einer gewissen Stunde alles, was mit ihm vorgegangen ist, von da aber existirt eine Lücke in seinem Gedächtniss, die er gewöhnlich selbst nicht einmal empfindet; er hat höchstens das Gefühl, dass ihm ein Unfall zugestossen sei, ohne über die Art und Dauer desselben sich aus eigener Erinnerung klar werden zu können. Bald aber tritt dann auch für jüngst erlebte Vorgänge eine gewisse Vergesslichkeit ein, besonders wenn es sich um die Zeit gleich nach dem Anfall handelt. Der Kranke hört zwar die betreffende Aufforderung irgend etwas zu thun, aber ehe er noch zur Ausführung des Befehls schreiten kann, hat er den Inhalt desselben vergessen und es bedarf einer oft mehrmaligen Wiederholung, bis der Eindruck endlich intensiv genug ist, um eine haftende Vorstellung hervorzurufen. Der Epileptiker vergisst also die ihm aufgetragene Arbeit, er hört wohl noch eine Frage, kann aber den Inhalt derselben nicht sofort wiederholen und seine Antworten sind dem zu Folge oft unzusammenhängend oder gar widersprechend; er muss dieselbe Stelle in einem Buche mehrmals lesen, um sie zu verstehen und missversteht sie doch noch oft genug. So wird weiter unten von einem Candidaten der Theologie berichtet werden, der zwar jetzt noch im Stande ist, griechische und hebräische Vocabeln im Lexicon nachzuschlagen, aber doch bei seiner Lectüre jedes, auch das am häufigsten wiederkehrende Wort von Neuem aufschlagen und der sich dasselbe sowohl im Text, wie im Wörterbuch durch ein Papier schnitzelchen bezeichnen muss, weil er es sonst während des Niederschreibens vergessen würde. Trotzdem er selbst die Mühseligkeit dieser Arbeit schwer empfindet, schiebt er sie nun mit Hülfe der bekannten Transformation auf die Schwierigkeit des Studiums, und hofft durch seinen bereits Jahrzehnte anhaltenden Fleiss doch noch sein Ziel, die Kenntniss jener Sprachen zur Absolvirung des Examens zu erreichen.

Eine ähnliche Schwerfälligkeit der Auffassung mit geringer Tiefe der endlich doch percipirten Vorstellungen findet sich ja natürlich auch bei der Entwicklung primärer oder secundärer Schwäche aus anderen Gründen, aber bei allen diesen Fällen dürften doch die Tage, Wochen und noch viel länger dauernden Perioden, in denen ein ziemlich klares Verständniss für alle Vorgänge noch vorhanden ist, fehlen, während beim Beginn des postepileptischen Blödsinns jene Abstumpfung sich eben nur auf die zeitliche Nachbarschaft der Krampfanfälle beschränkt. Aber auch später selbst, wenn die geistige Schwäche

schon eine dauernde geworden ist, wird es oft noch möglich sein, aus einzelnen Eigenthümlichkeiten mit ziemlicher Sicherheit Epilepsie als die Ursache jener zu erkennen. Es ist zwar keins dieser Symptome an und für sich pathognostisch, sondern findet sich auch gelegentlich bei mässigem Blödsinn aus anderen Gründen, aber der Umstand, dass sie gerade beim epileptischen Schwachsinn sich verhältnissmässig oft mit einander combiniren, wird in vielen Fällen die Diagnose ermöglichen, selbst wenn die Anamnese ganz unbekannt ist.

So ist gewöhnlich jene Schwerfälligkeit der Auffassung neuer Eindrücke schon recht bedeutend, während die Verwerthung der bereits früher oder jetzt erst nach längerer Anstrengung endlich doch noch einverleibten Vorstellungen schnell und richtig vor sich geht. So ist ein solcher Kranke zum Beispiel nicht mehr im Stande, irgend ein Musikstück vom Blatte zu spielen, wohl aber kann er früher Erlerntes tadellos, wenn auch nur der Form nach, „ohne Gefühl“ reproduciren. So giebt es Epileptiker, die vorzüglich Schach spielen und immerhin schwierige mathematische Aufgaben lösen, wie quadratische Gleichungen mit mehreren Unbekannten, die aber auch nicht eine Zeile, wenn sie ihnen vorgelesen wird, mehr begreifen: sie können eben nichts Neues mehr auffassen, wohl aber combiniren sie oft noch in auffallend sophistischer Weise die einmal fixirten Vorstellungen, um sich und Andere über den wohl schmerzlich empfundenen Verfall ihrer Geisteskräfte zu trösten. Aeusserst weitläufige Erörterungen über ganz abstruse Gegenstände bis in die kleinsten Details hinein halten sie für nothwendig, um den Beweis ihrer intellectuellen Integrität zu führen, obschon dieser gar nicht von ihnen verlangt worden ist, und gerade dies im Gefühl der eigenen Unsicherheit deutlich beabsichtigte aber leider oft missglückende Bestreben, formell richtig zu denken und zu handeln, ruft häufig eine gewisse pedantische, ja schablonenhafte Behandlung eines jeden Ereignisses hervor, die um so auffallender ist, je weniger sie der wirklichen Bedeutung desselben angemessen erscheint. Der normale Mensch hält es für selbstverständlich, dass der Verlust eines nahen Familiengliedes schmerzlich ist, der Epileptisch-Schwachsinnige aber glaubt dies noch besonders hervorheben oder motiviren zu müssen und schreibt daher: „der mir sehr peinliche Tod meines geliebten Männchens“. Recht oft tritt auch eine mechanische Höflichkeit und Liebenswürdigkeit auf demselben Wege in den Vordergrund: der Kranke will sich und den Anderen nichts vergeben und obschon er kaum noch eine Ahnung hat von dem, was man unter verwandschaftlichen Verhältnissen versteht, erkundigt er sich doch jedes Mal — allerdings vielleicht ein Dutzend

Mal in einer Stunde — nach dem Befinden der Angehörigen dessen, mit dem er zufällig Worte austauscht. Ihm selbst kommt dies stereotyp Wiederholen derselben Frage natürlich nicht zum vollen Bewusstsein, er pflegt wenigstens, wenn man seiner Erkundigung zuvor kommt und ihm spontan mittheilt, es ginge Allen gut, nach einigem Besinnen ganz erstaunt auszurufen: „Ah, Sie wissen aber auch Alles, Sie errathen sogar meine Gedanken“. Der Kranke erfüllt eben nur maschinenmässig die angelernten und wohlbewahrten Regeln des conventionellen Umgangs, der Grund, weshalb er fragt und der Inhalt der erbetenen Auskunft sind ihm ganz gleichgültig.

Im weiteren Verlaufe schwidet indess nicht nur die Erinnerung an die Ereignisse der Gegenwart, sondern auch an das früher Erlebte und Erlernte; doch fällt es auch hier wieder gerade bei Epileptikern relativ häufig auf, dass durch die Abnahme des Gedächtnisses nicht ein gleichmässig dichter Schleier über die ganze Vergangenheit gelegt wird, zum mindesten nicht von vorn herein: sondern einzelne für die Fernerstehenden oft ganz irrelevante Eindrücke bleiben noch lange bewahrt und werden dann bei der allgemeinen Verblassung der aufgesammelten Vorstellungsbilder allerdings um so häufiger und unerwarteter reproducirt. Da es natürlich sehr schwer, oft unmöglich ist, sich in genügender Weise über die Vorgeschichte eines Kranken zu orientiren, so kann der Beobachter häufig gar nicht ahnen, in welchem wichtigen Zusammenhange dies oder jenes scheinbar ganz unbedeutende Ereigniss zu der Lebensgeschichte der betreffenden Patienten stehen mag, aber es macht doch den Eindruck, als ob gerade solche Ideenassocationen, durch welche für den Unbetheiligten im höchsten Grade gleichgültig erscheinende Erinnerungen mit einer gewissen Constanz bei allen möglichen Gelegenheiten in den Vordergrund treten, bei Epileptikern viel häufiger zu beobachten wären, als bei anderen Geisteskranken.

Im weiteren Verlaufe machen sich aber Lücken auch in den früher geläufigen Vorstellungen und Begriffen bemerkbar, und lassen den Gedankengang des Patienten in eigenthümlicher Weise schwerfällig erscheinen; oft unterbrechen sie ihn ganz, wenn er aussichtslos in seiner Erinnerung umhersucht, aber nicht den befreienden Ausdruck zu finden im Stande ist, während ihm zahlreiche andere noch zu jeder Zeit zu Gebote stehen. Wenn ein aus anderen Ursachen Schwachsinniger ein solches Hinderniss überhaupt noch bemerkt, so macht er sich doch selten die Mühe, es zu umgehen, gewöhnlich setzt er einfach darüber hinweg, indem er nach kurzem Zaudern den fehlenden Begriff ruhig auslässt, oder ein ganz unpassendes Wort dafür ein-

schiebt, der Epileptiker aber, dem nicht gleich die einzelnen Vorstellungskreise in ihrer Totalität, sondern nur einzelne Segmente, wenn man dieses Bild gebrauchen darf, verloren gehen, empfindet gewöhnlich den Ausfall und sucht sich noch zu helfen. Er wendet dann mit grösserer oder geringerer Geschicklichkeit einen gleichwertigen oder wenigstens einen ähnlichen Begriff oder auch eine Umschreibung an, oder er bildet sich durch Zusammenschmelzen eines längeren definirenden Satzes ein neu erfundenes Wort, das oft nach den Regeln der Logik, wenn auch nicht nach denen des Sprachgebrauchs, richtig abgeleitet ist. Der Styl bekommt dadurch anfangs etwas Geziertes und Manierirtes; doch wiederholen sich die einzelnen Redewendungen in eigenthümlicher Weise, da die dem Kranken noch zu Gebote stehenden Ausdrucksformen bald erschöpft sind, bald aber wird er gradezu fremdartig und schwer verständlich, bis man endlich nur noch mit Mühe den wahren Sinn enträthseln kann. Die beliebten Umschreibungen für die verloren gegangenen Begriffe sind nämlich manchmal so gesucht und complicirt, dass man ihre Lösung wirklich als Räthselaufgabe betrachten könnte, und häufig genug halten auch die Fernerstehenden einen solchen Ausdruck schon für ganz sinnlos und unterschätzen danach die noch vorhandenen geistigen Kräfte des Patienten, während eine sorgfältige Ueberlegung noch oft zu einem Verständniss führen würde. Ganz besonders ist dies natürlich im schriftlichen Verkehr der Fall; bei mündlicher Unterhaltung lässt sich oft so gut wie gar nichts mehr herausbekommen, während auf dem schriftlichen Wege sowohl der Patient als auch der Gesunde sich gegenseitig leichter verstehen, da für Ueberlegung mehr Zeit gegeben ist. Ich werde im Folgenden daher noch öfters mir die Gelegenheit nehmen, auf schriftliche Aeusserungen der Kranken zurückzukommen. Hier will ich gleich als ein ziemlich charakteristisches Bild dieser Bemühungen, verloren gegangene Begriffe durch oft recht weitläufige und gesuchte Umschreibungen zu ersetzen, zwei Briefe eines Epileptikers beifügen, dessen genauere Krankengeschichte noch aus anderen Gründen weiter unten mitgetheilt werden wird. (pag. 589 No. 3.). Zwischen diesen beiden Schriftstücken liegt übrigens ein Zeitraum von vollen 10 Jahren!

Selten wird man Gelegenheit haben das Schablonenhafte in dem Wesen eines Epileptikers so lange ohne grosse Änderung beobachten zu können, wie in diesem Fall.

Brief No. 1.

Geliebter Vater!

Was für ein werther häuslicher Tag trifft wieder zum Erfreuen ein, zu welchem doch auch einige Zeilen von mir sich darüber äussern sollen. Dein Geburtstag wird uns geschenkt, zu dem ich Glück Beistand und Segen aus Gottes Hand, wie seine noch recht ofte Wiederkehr in künftiger Zeit wünsche. Der Lebensgang hat schon einen recht weiten Weg gemacht, für den sich der Dank nach oben richtet und an ihn fühlt sich dabei ein anderes im Herzen angeschlossen. Er bezieht sich auf väterliche (— der Vater war Arzt —) Wirksamkeit an dem Gratulanen. Wie viel hat sie ihn erfahren lassen an steter Beihilfe und Sorge gegen Hindernisse zur Erreichung eines lange erstrebten Ziels auf seiner irdischen Reise, die weiter nach diesmaliger schriftlicher Aussprache von der Zukunft bald Gelegenheit für mündliche Herzkondukt erwartet. Solche wird an Deinem Tage gewiss vom Schwesternchens eintreten, die aus der Ferne dann könnte bei Dir eingetroffen sein. Hoffentlich wirst Du in Wohlsein unsern Tag verleben, lieber Vater, da sorgsame Tochterpflege hierzu mitwirkt und die Witterung als Frühlingsanfang eintritt. Lebe dann recht wohl und behalte lieb Deinen treuen Sohn.

Brief No. 2 (von demselben Kranken 10 Jahre später geschrieben).

Geliebte Schwester!

Während des Winter's und und weiter folgenden Frühjahrs und Sommermonaten habe ich auf Deine Antwort ausgewartet. Sie traf nicht ein und darauf erhältst Du wieder Nachricht aus dem hiesigen Verleben. Die schöne Sommerzeit brachte zuerst nicht erfreuliches sondern hemmendes Ereigniss. Für den Körper und das Seelenleben war wieder die Bettdecke angewiesen und zu ihr hat mir doch der Aufenthalt bei einer Krankenanstalt viele Wohlthat eingewirkt. Vertrauen mit Bitte an den Ewigvater und an seine Heilsgegnossen ausgerichtet, fand Erhörung. Dem Herzen ist darauf Erfreung zugetheilt, welche Dir jetzt meine Feder abstatten will. Wie viele Jahre haben wir uns nicht gesehen und wesshalb geschah die Trennung? Zur Besserung des Krampfübels und für Liebe um Seelengut kam die stetige ruhige Stelle durch den hiesigen Vorstand bei mir an, der seiner Anstalt viele Kranke giebt. Zuerst genanntes Uebel wurde lauter als bisher es war erweckt, wesshalb die erfolgte Besserung um so mehr den Abweis davon erhoffen lässt. Wie ist es ferner Dir mit Deinem Familienverein in der besprochenen Zeit ergangen? Möchte doch gute Gesundheit gekommen sein, oder war es nicht der Fall, so wünsche ich es recht herzlich auf die Zukunft. Vielleicht wird uns ein Wiedersehen in der künftigen Sommerzeit geschenkt werden, dass wir einmal einen Seelenbecher (!) in unserer Gemeinschaft trinken, welcher Dir durch mich und mir durch Dich zum werthen Wohlgeschmack erdienen möge. Ueber die beiden andern Schwestern will ich Dir noch ein Paar Worte abgeben. Unser beharrt seit Beginn des Sommers auch zur Beantwortung meines

letzten Briefes. Vorher aber hat sie mich mit häufiger Kundschaft stets bedacht. Und unser ist dagegen innerhalb dieses ganzen Jahres in einer Antwort ausgeblieben, wobei mein Auftrag an Dich mit kommt, ihr baldige Abstattung davon aufzulegen. So hörst Du diesmal über meine Wanderstrasse, leb mir recht wohl; zum Schluss erhalte meinen Gruss an unsren lieben X. X. mit einem Wunsch für Wohlergehen in weiteren Lebenstagen und gedenke Deines treuen Bruders.

Es scheint also, um auf den Ausgangspunkt dieser Betrachtung zurückzukommen, der postepileptische Schwachsinn durch einen langsam zunehmenden Verfall aller geistigen Kräfte mit bemerkenswerther Erhaltung einzelner durch Dressur oder besonders lebhafte Empfindung früher fest fixirter Vorstellungskreise und ausserdem auch durch das subjective Gefühl des psychischen Defects charakterisiert zu sein. Fast pathognostisch wird das klinische Bild aber durch das Hinzutreten auch des körperlichen Krankheitsgefühls und durch dessen Einwirkung auf den ganzen Zustand des Patienten. Es ist ja natürlich, dass ein Epileptiker in den anfänglich noch klaren Intervallen das Schmerzliche seiner Lage tief empfindet: überall tritt ihm die Krankheit hindernd in den Weg und wenn auch die Angehörigen noch so tactvoll und liebenswürdig sich gegen ihn benehmen, er merkt doch fast immer, dass sein Leiden nicht nur Mitleid, sondern auch Furcht hervorruft. Es entgeht ihm nicht, dass seine Anwesenheit der Umgebung meistens peinlicher ist, als die eines verhältnissmässig viel schwerer Erkrankten; er fühlt sich Allen zur Last und sich selbst nicht zur Freude. Alle Aussichten auf das Leben sind durch die traurige Krankheit gestört: er muss ja die Hoffnung auf Selbstständigkeit aufgeben, da er sich jederzeit von der eigenen Hülfflosigkeit überzeugen kann. Er hat weder Zeit noch Geld geschont, um sich von seinem Leiden zu befreien und muss endlich doch erkennen, dass alle Opfer nutzlos sind! Und hat ein Epileptiker alle diese Empfindungen selbst durchlebt, so darf er wohl einem gewissen Pessimismus verfallen. Ein anderer Patient ist viel zu lebhaft beschäftigt, die sich ihm aufdrängenden Wahnvorstellungen mit seiner Persönlichkeit zu verquicken, er hat keine Zeit die Einwirkungen seiner Krankheit, die er ja ausserdem fast nie als solche erkennt, auf seine Zukunft zu erwägen, für den Epileptiker aber wird die Erkenntniß seines Zustandes als eines pathologischen der Mittelpunkt seiner ganzen Existenz: traurige Eindrücke und Erfahrungen drängen sich ihm in unerwünschter Masse auf und erdrücken oft genug die spärlichen Augenblicke, die ihm eine frohere Anschauung zuführen könnten. Der Kranke

fühlt sich immer einsamer, auf sich und seine widrigen Gedanken angewiesen und darum wird er oft genug zum Misanthropen. „Alles erscheint ihm gleichgültig; die Phantasie verliert ihren Farbenreichthum, ihre Innigkeit und Wärme, und das Gemüth vertrocknet“. (Griesinger, Lehrbuch, p. 413.) Er verzweifelt an Allem und überlässt sich ohne weiteren Kampf dem „moralischen Tode, zu dem ihn seine Krankheit verurtheilt“, oder er endet gar durch eigene Hand ein Leben, das ihm und den Anderen nur zur Last ist. In vielen Fällen aber, und hier handelt es sich vorzugsweise um Individuen, die früher erfahren und intelligent genug waren, um über ihre Lage überhaupt ernstlich nachzudenken, in solchen Fällen, also bei Männern, die auf ihren Erwerb angewiesen sind, besonders häufig, darf es nicht Wunder nehmen, wenn die Kranken trotz aller Täuschungen den Kampf doch noch fortsetzen und bei der allmäßigen Trübung der eigenen Kritik von anderen meist transcendentalen Factoren Unterstützung erwarten. Er muss noch seine Genesung erhoffen, da sonst ja sein Schicksal zu schrecklich wäre, er hat einen gewissen Anspruch darauf, geheilt zu werden, und hält sich zuletzt für berechtigt, eventuell sogar durch ein Wunder des Himmels für sein unverschuldetes Leiden belohnt zu werden. Wenn er auch anfangs diese Gedanken nur als lebhafte Wünsche aufwirft, er wird sie doch bald mit besonderer Vorliebe verarbeiten, sie werden seinem Gehirn geläufiger werden als andere, und da neue Vorstellungen überhaupt nur noch in geringerer Menge assimiliert werden, die seltener reproduciren aber allmählig ablassen, erhalten jene mit der Zeit ein zweifelloses Uebergewicht und so bildet sich unter dem Schutze der wachsenden Demenz eine gewisse religiöse und überschwengliche Färbung seines ganzen Wesens aus, die er dann fast geflissentlich zur Schau trägt. Er besucht jeden Gottesdienst, er betet regelmässig Morgens wie Abends, was er sonst nie gethan hat; er spricht zu jedem von seiner Frömmigkeit und seinem Vertrauen auf göttliche Gnade, kurz es macht oft den Anschein, als wolle er den Himmel durch seine Bigotterie geradezu zwingen, ihm zu helfen. Aber auch den Menschen gegenüber sucht der Kranke seine Pflichten genau zu erfüllen: er thut dies indess ebenfalls in einer förmlichen und ganz äusserlichen Weise, ohne ein anderes Gefühl dabei zu empfinden, als dass er den Anderen sich gegenüber verbindet, und dass er daher gleichsam Anspruch auf Ersatz dieser guten Behandlung erheben kann. So trifft man sehr häufig Epileptiker, die mit besonderer Vorliebe, se lange sie noch nicht ganz verblödet sind, in ihrem Verbindlichkeitsdrange Schmeichelworte und Diminutiva in die Unterhaltung einzuflechten pflegen, zumal aber

wenn von bekannten Personen oder gar vom lieben Gott die Rede ist. Das ganze Benehmen solcher Epileptiker erhält dadurch eine sentimentale fast süßliche Färbung und diese in Verbindung mit der deutlich ausgeprägten Resignation ist ebenfalls oft ganz charakteristisch. Aber sie ist auch nur formell. Die scheinbare „Aufopferung und Nächstenliebe“ ist eben nichts als eine dünne Schale um den rauen Kern. Glaubt sich der Kranke nämlich einmal nicht genügend berücksichtigt, wird ihm irgend ein Einwurf gegen seine Wünsche erhoben, so spricht er entrüstet aus seinem in dieser Beziehung guten Gewissen von Vernachlässigung und Undank, und ergeht sich dann leicht in den heftigsten Ausdrücken gegen dieselben Personen, denen er bisher seine überschwengliche Lebenswürdigkeit zu Theil werden liess. Es ist eben nur der crasse aber auch nicht ganz unberechtigte Egoismus, den ein grosser Theil der Epileptiker im Beginne der Demenz unter der Maske der Frömmigkeit und der Nächstenliebe zu verbergen scheint; die Umgebung aber verurtheilt ihrerseits den im tiefen Gefühl der eigenen Impotenz überall Hülfe suchenden Kranken als henchlerisch, lieblos und ungerecht.

Im Uebrigen sind noch andere durch die obigen Ausführungen nicht erklärbare Charakteranomalien bei Epileptikern häufig. So wird es oft hervorgehoben, dass Kranke, die früher gutmütig und freundlich gewesen seien, nach dem Ausbruch der Epilepsie fast die entgegengesetzten Eigenschaften gezeigt haben sollen. Man sagt dann gewöhnlich, sie seien übelnehmisch, jähzornig, selbst bösartig geworden. Und in gewissem Sinne mit Recht. Aber diese sogenannte Charakteränderung, die man dem Kranken zum Vorwurf macht, ist doch ebenfalls nur die mittelbare Folge des abnehmenden Auffassungsvermögens, wie man sie in ganz analoger Weise, nur sehr viel einseitiger, bei solchen Individuen öfters beobachten kann, die den Gebrauch eines Sinnes und speciell z. B. den des Gehörs verloren haben. Auch diese pflegen jede Bemerkung, die sie nicht verstehen, zu einer ungerechtfertigten oder gar beleidigenden Aeusserung zu ergänzen und reagiren auch oft genug demgemäß; aber sie haben doch wenigstens noch die Controle der anderen Sinne und können danach ihre subjective Auffassung corrigen. Der Epileptiker ist hierzu aber bald nicht mehr im Stande: er erhält dauernd unklare Vorstellungen über die Vorgänge in seiner Umgebung, er missversteht daher vieles, wo er richtig zu vernehmen glaubt, und der dann meistens nicht ausbleibende Widerspruch erscheint ihm ungerecht. Bei der sonstigen Vorstellungssarmuth in seinem verödeten Gehirn prägt sich dann natürlich eine derartige widrige Erfahrung fester ein und ruft auch eine

entsprechende Reaction hervor. Da aber die Intensität derselben nicht in genügendem Masse durch die Ueberlegung geregelt werden kann, so bleiben natürlich Excesse in Wort und That nicht aus und der Epileptiker wird bald auch aus diesem Grunde im Verkehr mit anderen Menschen und vorzugsweise mit seinen Angehörigen einem gewissen Pessimismus verfallen, der dann der Umgebung um so auffallender erscheint, als der Kranke, wie schon oben angedeutet, dem Himmel gegenüber sich meistens in optimistischen Gefühlen ergeht.

Diese Gewohnheit, Alles falsch auszulegen und in rücksichtsloser Weise unangenehme Eindrücke zu beantworten, kurz diese erhöhte Reizbarkeit ist zu bekannt, um noch länger dabei zu verweilen; doch will ich hier noch hinzufügen, dass, soweit es sich aus den selten genau genug gegebenen Daten der Anamnese beurtheilen lässt, eine wirkliche Charakteränderung nur in etwa der Hälfte der verwendbaren Fälle verzeichnet ist. Denn von 38 Epileptikern, über die mir in dieser Hinsicht ausführlichere Daten vorliegen, waren es nur 17, die früher gutmütig, nach dem Ausbruch der Epilepsie aber für bösartig u. s. w. erklärt wurden, und von nur einem Kranken ist die entgegengesetzte Wandlung berichtet; 20 hingegen blieben in ihrem Charakter unverändert und zwar galten 11 hiervon für gutmütig und 9 für bösartig von jeher. Unter den 38 Kranken waren es daher im Ganzen 26 = 68 pCt., die dauernd, also auch in der intervallären Zeit eine erhöhte Reizbarkeit zeigten, während die anderen 32 pCt. eine solche gar nicht oder nur im unmittelbaren Zusammenhang mit epileptischen Anfällen erkennen liessen.

Das Charakteristische des epileptischen Schwachsinnns, das oft genügend ausgeprägt ist, wie ich glaube, um allein dadurch die Diagnose zu ermöglichen, liegt also in der eigenthümlichen Verschmelzung von Demenz, speciell Auffassungsdefect und Vergesslichkeit, von Krankheitsgefühl mit Hoffnung auf Genesung, von religiös-familiärem Formalismus und von Neigung zum Misstrauen und zum Jähzorn, und so lange bei einem Kranken diese Einzelsymptome nach einer andauernden Beobachtungszeit mit einer gewissen Constanz in den Vordergrund treten, so dürfte auch ohne Rücksicht auf epileptische Paroxysmen jene Diagnose als richtig anzusehen sein. Wenn aber im weiteren Verlauf die psychische Schwäche sich immer mehr ausbildet, wenn der Kranke bei dem Mangel neuer Eindrücke und bei der Verödung der alten immer theilnahmloser und blöder wird, dann werden allerdings die Unterschiede gegen den gewöhnlichen Terminalblödsinn geringer, aber trotzdem wird noch lange Zeit ein freilich zweck- und inhaltsloses Zusammenwerfen der oben erwähnten Vorstellungskreise

zu constatiren sein, bis zuletzt endlich jede geistige Thätigkeit erlischt und auch die Sprache durch fortschreitende Bulbäraffectionen zu einem unarticulirten Stammeln dahin schwindet.

Im Anschluss an das Angeführte, in dem ich natürlich nur die weniger allgemein bekannten Erscheinungen genauer skizzirt habe, will ich hier noch einige Briefe Epileptisch-Schwachsinniger reproduciren, in denen jene oben erwähnten Symptome recht deutlich hervortreten. Ich lasse zunächst zwei solche folgen, in denen jene rein formelle Herzlichkeit der Empfindung sich unter anderm auch durch eine ganz auffallende Vorliebe für Diminutiva und überschwengliche Liebesversicherungen ausspricht. Sie sind von einer schon sehr demerten Patientin geschrieben, die sich seit mehreren Jahren in stereotyper Wiederholung stets derselben Ausdrucksweise bedient und die auch dem Arzt gegenüber eine fast erdrückende Freundschaftlichkeit zu erkennen giebt. (Krankenverzeichniss No. 1386.)

Brief No. 3.

Mein innigst geliebtes Schwesternchen mit dem Namen Josephiehne!

Von aller Freude und Wonne durchdrungen ergreife ich das Schreibzeug um jetzt auch dasselbe zu ergreifen und einen Brief davon an meine geliebte und beste sowie auch rechte Schwester, so einen an Dich Josephiehnchen zu schreiben und Dich aus gantzem Herzen und aus gantzer Seele davon zu beschreiben und Dich zu bitten doch so gut zu sein und in diesem Frühjahrtage Dich zu beschreiben und dich dann auch zu bitten doch auch so gut zu sein und Dich dann an Sommersanfang sogleich bei uns zu haben, welches nämlich so in diesem Anstaltchen so doch auch zu bitten Du möchtest doch auch gleich so gut sein und geschwinde uns zu besuchen und das Fräulein Schulzchen sowie auch unsere liebste gütigste so wie auch netteste Fräuleinchen mit dem Vornamen Emielchen dieselbe so heisst und dass auch diejenige uns immer so gut und ordentlich sich stets beträgt Meinen herzlichsten und verbindlichsten Schöndank schreibe ich Dir auch für alle Deine Gaben wie auch für alle Deine Wohlthaten sage ich Dir meinen herzlichsten sowie auch meinen verbindlichsten Schöndank dafür; und ich bitte Dich so komme doch jetzt aber auch recht geschwinde bald zu uns damit Du Dich bei uns recht schön und gut uns so erblücken würst und wir es immer gut haben würden zu allen Zeiten, stets wolschmeckend und gut zu habendt. Amen! Amen! Ich grüsse Dich und küsse Dich aus Grund meines Herzens und meiner Seele und bleibe Deine Dier liebende Schwesternchen.

Aus Brief No. 4.

. . . . Nun aber muss ich doch bitten, Es ist am dreisigsten Tage in diesem Monate Julieus Dein nettestes und bestes Geburtstagchen worin Du auch so gut und nett auch leben würdest, ich gratulire Dich und wünsche Dir

dazu auch das beste Glück auf Erden zu bekommen sowie auch die beste Gesundheit hier auf Erden noch stets leben zu können. Mit aller Freude und Wonne durchdrungen ergreife ich dies Schreibzeug um auch Dich zu lieben und Dich zu küssen mit Dir und Deinen rechten Kinderchen und ich bleibe Deine Dich herzlich liebende Schwesterchen.

Der Verfasser des folgenden Briefes, der gleichfalls aus einigen ganz ähnlichen herausgegriffen ist, ist ein hereditär belasteter Mensch von 22 Jahren, der die Schule mit Erfolg besucht hat, aber im 15. Jahre zur Zeit der Pubertätsentwicklung an „petit-mal“ und bald darauf nach einem heftigen Schreck von ausgebildeten epileptischen Krämpfen heimgesucht wurde, die seitdem recht häufig wiederkehren. (Allenberger Krankenjournal No. 2658.)

Brief No. 5.

Liebe Mutter!

Jetzt schreibe ich einen Brief an Dich zu Hause. Komm zu Ostern hierher und bring Ostereier mit ordentlich und führ mich Schnupftabak kann der Vater zermahlen für mich. Die Schwester kann auch kommen mich zum Besu. Hier habe ich mein Land auch meine Wohnung auch meine Frau werde ich heirathen, der liebe Gott schickt mir auch die Gesundheit ganz ordentlich. Ich habe immer den lieben Gott in Gedanken gehabt gans ordentlich und jeden Ahend gebetet ganz munter. Komm man her und bring mir zu das ich habe gans gut hier zum Leben. Essen bekomme ich gut ich bin immer sat. Der Vater kommt zum Kirchhof, tot wird er absterben und am End kommt er mich zur Hilfe ganz gut. Mein Buch habe ich gut geschrieben das gefällt dem lieben Gott hat sich auch gefreucht darüber wie er durchlas hier habe ich keinem erzählt wie ich geschrieben habe. Komm zu mir zu Ostern mit die Schwester die kann auch kommen und Eier mitbringen. Der liebe Gott machte mich gans gut Gesundheit im Kopfe schickte mich schon rein gans gut zum Leben. Ich habe immer an lieben Gott gedacht gans ordentlich gut mich hülft gans ordentlich. Ich werde auch mein Land bekommen gans gut u.s.w.

Zum Schluss theile ich ein anscheinend fast unverständliches Fragment mit als Zeichen wie schnell und tief bei einem als wohl begabt geschilderten jungen Menschen die Intelligenz sinken kann, selbst wenn die Anfälle — seit dem 11. Jahr — nur selten einzutreten pflegen (etwa alle 6—14 Tage eine kleine Serie von 3—4 Anfällen). Dabei ist, wie ich übrigens nachträglich auch für die oben mitgetheilten Briefe hervorheben muss, die Handschrift als solche auffallend gut, in dem vorletzten fast kalligraphisch schön; es zeigt sich auch hierin die Fähigkeit der Epileptiker, früher Erlerntes noch längere

Zeit zu verwerthen, als andere Irre bei etwa gleichen Graden der Demenz es noch im Stande wären. (Allenberger Journal No. 2773.)

Brief No. 6. (Getreue Copie!)

.... untichkrichnicht mehr tikrakeit nichtmer unticheis Kardl Herman unt meinemutter ist auchnochgesont unt mein Vater ist auch noch gesont untmoskrichnachazugen morchn untichabauchzweischwösterche zuaus (d. h. und ich kriege nicht mehr die Krankheit nicht mehr und ich heisse Karl Hermann und meine Mutter ist auch noch gesund und mein Vater ist auch noch gesund und ich muss kriegen nach Haus zu gehen morgen und ich habe auch zwei Schwesteरchen zu Haus)

Ich habe bisher versucht, einige relativ häufig zu beobachtende Symptome des zunehmenden Schwachsins, wie er sich im Gefolge epileptischer Krämpfe entwickelt, zu beschreiben, und aus dem deutlichen Hervortreten mehrerer von diesen an und für sich nicht charakteristischen Einzelheiten bei ein und demselben Kranken die Diagnose, dass Epilepsie die Ursache jener Anomalien sei, unter Umständen zu ermöglichen. Uebrigens ist die wachsende Demenz mit ihren Eigenthümlichkeiten gewöhnlich nicht die einzige Störung auf psychischen Gebiet. Sehr oft verbinden sich bekanntlich mit den epileptischen Krämpfen, bald vorausgehend, bald nachfolgend, bald auch durch ein verhältnissmässig freies Intervall getrennt, Bewusstseins-schwankungen äusserst wechselnder Art. Ehe ich indess auf die Formen derselben genauer eingehe, möchte ich mir erlauben, vorher noch einen Augenblick bei dem epileptischen Anfall zu verweilen, da uns hier ja diejenigen Geistesstörungen allein interessiren, die mit einem Anfalle selbst in engster Verbindung stehen. Bekanntlich lassen sich die Symptome des Paroxysmus dahin zusammenfassen, dass sich plötzlich und gleichzeitig Störungen des Bewusstseins und der Empfindung, unwillkürliche Muskelbewegungen und abnorme Secretionsvorgänge im Körper der Patienten einstellen und eine gewisse Zeit anhalten. Man könnte nun, um die Einzelheiten des Anfalls übersichtlicher zu machen, den grossen epileptischen Paroxysmus in mehrere meist synchronisch einsetzende Partialanfälle zerlegen und dieselben getrennt betrachten. Dann würde es die verschiedenartige Ausbildung dieser „Elemente des Anfalls“ und ihre gegenseitige Combination sein, die die so wechselnden Bilder der Epilepsie bedingt. Die Intensität jener Partialanfälle schwankt nun aber bekanntlich innerhalb sehr weit gesteckter Grenzen, zwischen einer completen Lähmung und einer kaum bemerkbaren Beeinträchtigung der betreffen-

den Functionen, so zum Beispiel im psychischen Gebiete von der tiefsten Bewusstlosigkeit bis zu der kaum secundenlang dauernden „Absence“, analog auch in den übrigen Sphären. Es ist ferner zwar recht häufig, dass sich je gleich hohe Grade der einzeluen Functionsstörungen mit einander verbinden, aber es ist durchaus nicht nothwendig, es können vielmehr die Symptome der einen Gruppe sehr heftig ausgeprägt sein, während die der anderen kaum angedeutet sind, oft genug sich sogar wegen ihrer Geringfügigkeit ganz der Beobachtung entziehen. Es scheint dann, als hätten sie völlig gefehlt, als hätte man es mit einem isolirt dastehenden Partialanfall zu thun; die gewöhnliche Bezeichnung für diese Anomalie ist „Aequivalent“ eines ausgebildeten Anfalls (richtiger wohl Rudiment). Ein solches kann sich natürlich auf jedem der vier Elementargebiete des epileptischen Gesammtanfalls abspielen: so giebt es bekanntlich und zwar verhältnissmässig am häufigsten, kurz dauernde psychische Aequivalente, bei denen die secretorischen und motorischen Vorgänge so gut wie gar nicht angedeutet zu sein pflegen, während übrigens die der sensiblen Sphäre angehörenden in Gestalt von Illusionen und Hallucinationen aller Sinne fast constant eine recht wichtige Rolle dabei spielen können. Hierher gehören ferner die zahlreichen Fälle, die seit Griesinger meist unter der Bezeichnung „epileptoide Zustände“ veröffentlicht sind, wie beispielsweise epileptoide Neuralgien, epileptoide Schweiße, ja es wären theoretisch auch epileptoide Albuminurien und Glycosurien wohl denkbar, während Anfälle von bedeutend gesteigerter Salivation mit oder ohne Zusammenhang mit anderen „Partialanfällen“ bei alten Epileptikern gar nicht so selten zu sein scheinen.

Nicht so hochgradig sind gewöhnlich die Schwankungen der „Elemente“ des Anfalls in Bezug auf die Zeitdauer, innerhalb deren die Symptome eines jeden Gebietes verlaufen. In der überwiegenden Mehrheit setzen die einzelnen Störungen fast gleichzeitig ein: gewöhnlich zeigen sich sofort mit dem Bewusstseinsverluste Anästhesie (mit Aufhebung der meisten Reflexe) und die motorischen Vorgänge, nämlich zuerst die tetanische Starre und dann die klonischen Zuckungen, deutlich ausgeprägt. Auch der die Secretionsanomalien hervorrufende Reiz muss ziemlich synchronisch mit den übrigen Störungen gegen bestimmte vasomotorische oder trophische Centren in Wirksamkeit treten, wenigstens ist gewöhnlich schon vor dem Ende der Krämpfe selbst die unter dem Einfluss erregter Trigeminusfasern erfolgende Speichelabsonderung bedeutend vermehrt. Ist dann nach etwa 1 bis 2 Minuten Dauer die Akme des ganzen Anfalls erreicht, so nehmen

alle Symptome schnell an Intensität bis zum völligen Verschwinden ab: nur ein mehr oder weniger tiefer Schlaf vermittelt meistens den Uebergang in den intervallären Zustand des Patienten. Indessen gibt es doch in Bezug auf die Gleichseitigkeit des Beginns und des Abschlusses der Störungen innerhalb der einzelnen Factoren des Anfalls zahlreiche Ausnahmen. So ist es selbst bei sonst vollständig ausgebildeten Attaquen durchaus keine Seltenheit, ja man hat es sogar als das gewöhnliche Verhalten bezeichnet, dass z. B. die sensible Störung einige Secunden, selbst Minuten früher einzusetzen scheint, als die psychische und die motorische, während auf der anderen Seite dann die psychische fast immer alle übrigen an Dauer übertrifft: klinisch kommt auf diesem Wege der so häufige epileptische Paroxysmus mit sensibler Aura und nachfolgendem Sopor zu Stande.

In seltenen Fällen aber kann die zeitliche Differenz in der Dauer der verschiedenen Störungen auf den Elementargebieten des Anfalls noch viel bedeutender sein, als in dem obigen Beispiel angeführt wurde; sie kann unter besonderen Verhältnissen innerhalb der psychischen Sphäre, die ja natürlich für unsere Betrachtung von besonderer Wichtigkeit ist, Tage und wahrscheinlich selbst Wochen betragen. Die mit epileptischen Krämpfen in zeitlichem Zusammenhang stehenden Geistestörungen wären hiernach entweder nur die sehr ausgedehnten psychischen Prodrome oder Nachläufer des im ausgebildeten Anfall totalen Bewusstseinsverlustes, oder sie wären die klinische Erscheinung eines rudimentären Anfalls, der sich hauptsächlich auf eins jener Partialgebiete beschränkte, und dort ein sogenanntes psychisches Aequivalent hervorriefe. Es darf natürlich nicht vergessen werden, dass diese Ansicht eben nur eine Hypothese ist, und dass es vorläufig noch unmöglich sein dürfte, ihre Richtigkeit nachzuweisen. Aber mit ihrer Hülfe kann man das Zustandekommen jener Anomalien gerade in pathologischer Hinsicht, wie ich glaube, ziemlich genügend erklären.

Nach der augenblicklichen Kenntniss von den mechanischen Vorgängen, die einen epileptischen Anfall bestimmen, steht es nämlich fest, dass von irgend einer Körperstelle des betreffenden Patienten continuirlich ein gewisser Reiz auf ein vasomotorisches Centrum ausgeübt wird, welches innerhalb des gesamten Centralnervensystems, mindestens innerhalb des ganzen Grosshirns Circulationsänderungen hervorzurufen im Stande ist, wobei es vorläufig dahin gestellt bleiben mag, ob angioparalytische oder angiospastische Erscheinungen die Folge sind. Jener Reiz muss sich aber je nach der Stärke des augen-

blicklichen Widerstandes verschieden lange Zeit summiren, ehe er das betreffende Centrum anfallsweise in eine gesteigerte Thätigkeit zu setzen vermag. Dies vasomotorische Krampfzentrum wird nun gewöhnlich in die Medulla oblongata verlegt, doch ist es wohl zweifellos, dass nicht unmittelbar von jener Stelle die einzelnen Symptome des Krampfanfalls ausgelöst werden, sondern dass von dort aus nur die Nerven der Hirngefässse beeinflusst werden, und dass erst die hierdurch bedingten also secundären Circulationsstörungen in den unter ihrer Herrschaft stehenden Gebieten jene Functionsanomalien erzeugen. Alle Theile des Gehirns werden durch eine Aenderung in der Menge und in der Schnelligkeit des circulirenden Blutes in ihrer Thätigkeit beeinflusst, und hauptsächlich also, da man ja in funktioneller Hinsicht von den reinen Leitungsbahnen abscheiden kann, die Hirnrinde, in der wir bekanntlich nach den neueren Forschungen über Localisation die Endorgane jeder animalen Thätigkeit zu suchen haben. Dass die psychischen Vorgänge im Allgemeinen in bestimmten Regionen der Rinde sich abspielen, wenn auch das Speciellere hierüber noch ganz unbekannt ist, dürfte wohl als bewiesen angenommen werden; dass aber daneben auch Organe zur Empfindung und Bewegung liegen, oder dass diese mindestens von gewissen Stellen der Rinde aus in Thätigkeit gesetzt werden können, ist doch jedenfalls sehr wahrscheinlich. Wenn man aus anderweitigen Erfahrungen gewohnt ist, jede geistige Störung auf pathologische Veränderungen gewisser Partien der Hirnrinde zurückzuführen, und wenn ferner die Möglichkeit vorliegt, auch für motorische und sensible Erscheinungen den Sitz der Störung in unmittelbarer Nähe von jenen zu finden, so wird doch die Annahme, dass dem wirklich so sei, um so berechtigter erscheinen, wenn die Symptome auf psychischem, sowie auf motorischen und sensiblen Gebieten ungefähr gleichzeitig und in enger causalser Verbindung aufzutreten pflegen. Wenn die geistigen Störungen bei der Epilepsie von abnormen Vorgängen in der Hirnrinde abhängen, wie mit Recht angenommen wird, und wenn dicht neben den psychisch functionirenden Partien sich solche befinden, die eine sensible und motorische Thätigkeit ausüben können, warum sollen gleichzeitige Symptome auf allen drei Gebieten nicht wirklich dieselbe Ursache haben und durch dieselbe Abnormität, durch Blutgehaltschwankungen in jenen Bezirken, hervorgerufen werden, und um so mehr, als es doch gewiss keine speciellen vasomotorischen Nerven giebt, die von dem Centrum in der Medulla aus gerade nur diejenigen Gefässse, welche die „psychischen“ Stellen der Hirnrinde ernähren, und nicht auch die anderen beherrschen? Alle Theile der Hirnrinde,

die an der Circulationsänderung betheiligt sind, functioniren für die Dauer derselben in entsprechender Weise: alle epileptischen Symptome lassen sich von ein und derselben Ursache, von Blutstromschwankungen in allen „Rindencentren“ ableiten. Aber, und das will ich besonders hervorheben, nicht nur für den Verlauf der classischen Epilepsie, sondern auch für die sogenannten Aequivalente und für die praē- und postparoxysmellen Störungen reicht diese Auffassung zur Erklärung aus. Man kann sich sehr wohl vorstellen, dass die Grenzen der Erregbarkeit in den einzelnen Rindenabschnitten nicht identisch sind, wahrscheinlich sogar temporär schwanken, je nach dem augenblicklichen Grade der zufälligen Functionsermüdung oder man setzt individuelle Verschiedenheiten in der verhältnissmässigen Elasticität der einzelnen Gefässverästelungen voraus, die ja an und für sich sehr häufig und bei den nachweisbaren Degenerationen der Hirngefässen bei alten Epileptikern fast als constant zu betrachten sind, und man kann sich unter diesen Voraussetzungen leicht denken, wie irgend ein Centrum oder richtiger, wie die Gefässen irgend eines Centrums bei dem gleichen Grade der Reizung durch die vasomotorischen Nerven früher oder später, intensiver oder schwächer, als andere reagiren und wie demgemäß entsprechende Functionsstörungen auf dem einen Gebiet denen der anderen vorauszugehen oder nachzufolgen, und sie dabei gleichzeitig auch noch an Intensität zu übertreffen scheinen. Aber auch bei geringeren Einwirkungen auf das vasomotorische Centrum, wenn der continuirliche Reiz sich beispielsweise noch nicht so lange summirt hat, um das Zustandekommen einer allgemeinen Blutdruckschwankung im Hirn zu erzwingen, können auf ähnlichem Wege in einem Centrum — hier natürlich wie überall im weitesten Sinne gemeint — schon Störungen eintreten, während die übrigen Gefässen noch nicht in functionell nachweisbare Mitleidenschaft gezogen sind. Ist nun zufällig gerade ein psychischen Functionen dienender Bezirk der Hirnrinde in diesem Zustande der leichteren Erregbarkeit anderen Partien gegenüber, so werden durch einen verhältnissmässig zu geringen Reiz nur psychische Störungen hervorgerufen, das „Aequivalent“ eines Anfalls, das also eigentlich trotz seiner klinischen Intensität nur das Rudiment eines ausgebildeten Anfalls darstellt. Häufiger ist es natürlich, dass bei längerer Einwirkung und Summation des dauernd arbeitenden Reizes die vasomotorische Beeinflussung sich auch auf die anderen Centren fortpflanzt und dass die einleitende Geistesstörung dann von einem allgemeinen Krampfanfall unterbrochen wird. In ähnlicher Weise kann man sich leicht die übrigen

Combinationen, von denen weiter unten die Rede sein wird, zu erklären versuchen.

Mit jener Theorie steht es übrigens auch nicht im Widerspruch, wenn gleich der erste epileptische Anfall im Leben bei einem speciell veranlagten Individuum sich allein oder doch vorzugsweise auf dem psychischen Gebiete abspielen sollte. Doch ist dies immerhin als sehr grosse Ausnahme zu betrachten, und um so mehr, als negative Angaben, z. B. für den Eintritt reiner Nachtanfälle, wenig Sicherheit bieten, und es daher zweifelhaft wird, ob in der That gar keine sonstigen Symptome dem Ausbruch der Geistesstörung vorausgegangen sind. Ich selbst will mich im Folgenden, wie schon gesagt, nur auf solche Krankengeschichten stützen, in denen zweifellos epileptische Krämpfe beobachtet sind, und deren geistige Störungen nachweisbar Theilerscheinungen eines abnormen „Anfalls“ darstellen. Es fallen daher alle isolirt stehenden Aequivalente und die psychische Epilepsie fort; auch betrachte ich als nicht hierhergehörig jene Psychosen mehr selbstständiger Natur, wie Melancholie, Verrücktheit oder gar wie allgemeine Paralyse, Formen, die sich ja allerdings manchmal mit Epilepsie combiniren können, deren Ausgangspunkt aber nicht die Epilepsie als solche bildet, die vielmehr erst ebenso wie diese selbst, die verschiedenartigen Folgen einer einzigen pathologischen Störung im Gehirn oder sonst (?) wo sind.

Es bleiben also die in genetischer und zeitlicher Beziehung zu ausgebildeten epileptischen Krämpfen stehenden und wieder vorübergehenden Geistesstörungen, wie sie Samt unter dem Namen postepileptisches Irresein vereinigt hat, und diese können nun bekanntlich unter den verschiedensten Formen auftreten; immer aber enthalten sie gewisse so constante Symptome, dass auch klinisch ihre Trennung von anderen Erregungs- und Depressionszuständen durchaus berechtigt erscheint.

Alle diese postepileptischen Geistesstörungen haben das Gemeinsame der Periodicität, d. h. bei dem betreffenden Individuum kehren psychische Anomalien von ähnlicher Form durch verschieden lange Intervalle von einander getrennt oft durch eine Reihe von Jahren hindurch wieder; sie entwickeln sich ferner fast jedesmal recht schnell bis zu ihrer Höhe, sind aber doch häufig von einer stereotypen Aura eingeleitet, und verschwinden dann später, wieder allmälig an Intensität abnehmend, oder auch ganz plötzlich abbrechend; in beiden Fällen wird der Uebergang in den intervallären Zustand oft durch einen tiefen Schlaf mit oder ohne vorhergegangenen Krampfanfall vermittelt. Die zeitliche Ausdehnung dieser transitorischen Psychosen

ist übrigens nur gering, sie dauern gewöhnlich nur Stunden oder Tage lang, wohl aber können sich ausnahmsweise auch Ausbrüche derselben häufen, so dass die einzelnen Recidive kaum oder gar nicht von einander geschieden sind: ein psychischer „Status epilepticus“ von selbst wochenlanger Dauer des Deliriums mit zahlreichen Exacerbationen und Remissionen und häufig mit intercurrenten Krampfanfällen. Die psychischen Symptome beruhen nun auf einer verschieden ausgebildeten Lähmung der gesammten geistigen Kräfte und werden sehr häufig durch subjective, aber kritiklose Erklärungsversuche der sensiblen Vor- und Nachläufer des epileptischen Anfalls, speciell also durch Illusionen und Hallucinationen in bedeutendem Masse beeinflusst. Fast immer erhalten sie ferner eine charakteristische Färbung durch die eigenthümliche Bevorzugung gewisser Ideenkreise, die auch in dem intervallären Zustande eine grosse Rolle zu spielen pflegen, nämlich durch ein Vorherrschen der auf Gott, Religion und die Krankheit selbst bezüglichen Vorstellungen. Ebenso bezeichnend ist nach dem Ablauf des Anfalls die Amnesie an denselben, indem gewöhnlich eine Erinnerung an den ganzen Vorgang nachher fehlt oder doch nur summarisch vorhanden ist; indess kann in Ausnahmefällen der Patient, wie schon Samt beobachtet hat (dieses Archiv, Bd. V. p. 406), anfangs, so lange der schwache Eindruck noch ganz frisch ist, eine ziemlich genaue Kenntniss von dem Geschehenen besitzen, die ihm aber bald nachher gänzlich verloren geht, oder aber einzelne Ereignisse bleiben in dem Gedächtniss, während andere, fast gleichzeitige, völlig ausfallen.

Zu diesen differentialdiagnostischen Symptomen kommt nun in den meisten Fällen noch der unmittelbare Zusammenhang mit epileptischen Krämpfen oder doch mit Andeutungen von solchen hinzu, um die bereits wahrscheinliche Diagnose zu einer zweifelosen zu machen. Sind aber in der nächsten Zeit vor oder nach der Psychose Krampfanfälle nicht zur Beobachtung gelangt, wie bei den sogenannten Aequivalenten, die übrigens dem ganzen Charakter nach nicht von den paroxysmellen Störungen verschieden sind, so muss auf die Anamnese zurückgegriffen werden, um eine entsprechende Sicherheit der Diagnose zu gewinnen.

Die Grundlage jeder postepileptischen Geistesstörung und gleichzeitig auch gewöhnlich der Beginn einer jeden ist nun eine einfache Umwölkung der Apperception und der Kritik, die allerdings in der Intensität sehr schwanken kann und wahrscheinlich nichts anderes, als den Anfang oder das Ende oder aber auch das Rudiment des tiefen Sopors auf der Höhe des Paroxysmus darstellt; die sich meistens

bald anschliessenden anderweitigen Störungen der geistigen Thätigkeit werdeu erst secundär durch falsche Auffassung und speciell durch die Interpretationsversuche der abnormen Sinnesempfindungen, die als die einleitenden resp. abschliessenden Begleiterscheinungen des während des Anfalls totalen Sensibilitätsverlustes — im weitesten Sinne des Wortes auch für Gesicht, Gehör etc. genommen — zu betrachten sind, hervorgerufen und können daher unter verschiedenen Formen in Erscheinung treten, die übrigens häufig der vorherrschenden Stimmung des betreffenden Individuum entsprechen. Ich will nun zunächst jene grundlegende Bewusstseinsstörung skizziren.

I. Der postepileptische Dämmerzustand.

Diese eigenthümliche Trübung des Bewusstseins, die in mässiger Intensität den Kranken Alles, was in seiner Umgebung vorgeht, nur unklar erkennen lässt, und die daher seine Stellung zu den anderen Personen gewöhnlich in sehr erheblicher Weise beeinträchtigt, während der Patient oft selbst das Pathologische seines Zustandes erkennt, ist äusserst häufig, ja bei inveterirter Epilepsie fast constant vor und nach dem Anfall, aber auch intercurrent, als mehr oder weniger ausgeprägte Andeutung eines Anfalls zu beobachten. Unter ihrer Herrschaft ist der Kranke gewöhnlich missmuthig, mürrisch und verdriesslich, er befindet sich entschieden in einer noch reizbareren Stimmung, als sie sonst schon im Intervall hervortritt, und er kann durch leichten Widerspruch oder gar durch Neckereien zu lebhaften Zornausbrüchen gereizt werden. Dabei klagt er häufig über vage Schmerzen im Kopf oder in den Extremitäten, deren Eigenthümlichkeiten er manchmal in ganz prägnanter Weise schildert, kurz er fühlt sich meistens ziemlich elend, als ob irgend ein Unglück, das er selbst aber nicht genauer definiren kann, ihm drohte: „er merkt es im Kopf, dass noch etwas Fremdes darin sei, es ist ihm nicht richtig zu Muthe“. Gleichzeitig aber befindet er sich in einem fast rauschartigen Zustande: alle möglichen Gedanken gehen durch seinen Kopf, ohne etwas anderes als eine gewisse Verworrnenheit in seinen Ideen hervorzurufen. Der Kranke ist allerdings gewöhnlich wohl im Stande, auf an ihn gerichtete Fragen entsprechend zu antworten, aber sobald er selbstständig eine irgendwie längere Vorstellungsreihe produciren soll, wird er incohärent, andere Ideen drängen sich unaufhaltsam ihm auf und unterbrechen oft den Gedankenfluss. Dann kommt noch hinzu, dass die gleichfalls getrübte Auffassungsfähigkeit des Kranken das Bild aller sich ihm darbietenden Objecte oft in auffallender Weise

modificirt: so ist es unter Anderm eine recht häufige Bemerkung des Patienten, es käme ihm alles, was er beobachtet oder vernimmt, so eigenthümlich vor, so anders als sonst; er erkennt zwar die Personen in seiner Umgebung, aber sie lachen ihn alle an oder sie strecken gar die Zunge heraus oder tragen z. B. kurze Hörner auf dem Kopf u. s. w. Der Kranke merkt zwar noch, dass diese Illusionen pathologisch sind, aber er wundert sich natürlich doch über ihr Auftreten, da alle Erklärungsversuche ihn im Stiche lassen und wird immer verwirrter in seinen Gedanken.

In anderen Fällen ist der Kranke mehr lebhaft und freudig erregt, so dass man fast an einen frischen maniatischen Anfall denken könnte: oft Mitten in der Nacht wacht er aus einem lebhaften Traume auf oder auch sonst wird er, ohne besondere Vorboten, in schnell zunehmender Weise unruhig: ein triebartiger Drang zwingt ihn bald zu den lebhaftesten Bewegungen. So tanzt und springt er wohl singend und jubelnd im Zimmer umher, oder er klettert auf Tische und Bänke, hält mit lauter Stimme unzusammenhängende Reden oder predigt gar mit salbungsvollem Tone, und gesticulirt dazu in schauspielerischer Weise gegen die Personen seiner Umgebung. Ein anderes Mal spaziert er ernsthaft im Zimmer umher, begeht aber allerlei unnütze oder ganz zwecklose Handlungen, er sucht sich der Kleider zu entledigen oder sammelt werthlose Gegenstände, als wären es kostbare Waaren, und versteckt sie an den unpassendsten Orten, oder er klatscht stundenlang in die Hände, zwickt sich in die Glieder oder klopft und kratzt unermüdlich an den Wänden, bis sein vager Blick auf irgend einen anderen Gegenstand fällt, den er nun in den Bereich seines Thätigkeitstriebes hineinzuziehen bemüht ist. In solchen Zuständen besteigt der Kranke wohl sein Pferd und reitet vielleicht im Gallop über die Gräber eines Kirchhofs, oder bemüht sich seine Freunde resp. Feinde „hoch zu Ross“ in ihrer Wohnung selbst aufzusuchen, wie es einer unserer Epileptiker öfters that, oder er klettert ein anderes Mal wohl auch auf Bäume und Dächer, ohne irgend einen anderen Zweck als den der Bewegung, und übersteht auf seinen schwindelnden Pfaden oft in ganz auffallender Weise Gefahren, in die er sich unbewusst hinein gegeben hat, und deren Entdeckung resp. Ueberwindung daher keine ihn besonders störende Reflexe hervorruft. Oder er wandert von innerem Drange getrieben in der Ferne zwecklos umher, unternimmt oft weite Reisen, ohne dass er in Folge seines sonderbaren Benehmens angehalten würde, begeht aber dann gewöhnlich bald unglaublich alberne und unüberlegte Streiche, oder er geräth gar in energischen Conflict mit den Straf-

und Polizeigesetzen. Obwohl auch hierbei die Bewusstseinsstörung gar nicht so hochgradig zu sein braucht, dass er nicht fast immer auf einfache Fragen logisch richtige Antworten ertheilen könnte, so ist er doch so wenig in der Lage, die etwaigen Folgen seiner Handlungen zu überlegen, dass er durch sein triebartiges Gebahren oft und zwar besonders häufig gegen Anstand und Sitte verstösst und in fast automatischer Weise, d. h. ohne sich überhaupt etwas oder gar etwas Schlechtes dabei zu denken, selbst Diebstähle und Gewaltthaten verübt. Wird dann endlich nach einer Dauer von Stunden oder Tagen dieser Dämmerungszustand wie gewöhnlich, durch einen Krampfanfall oder durch längeren Schlaf beendet, so erwacht nachher der Kranke meistens in dem grössten Erstaunen über die eigenthümliche Situation, in der er sich gerade befindet. Er hat gar keine Ahnung, was mit ihm vorgegangen, wie er dahin gekommen ist, und sein ungeheucheltes Erstaunen wird zur peinlichsten Ueberraschung, wenn er die gegen ihn erhobenen Anklagen hört. Er ist sich nicht der geringsten Schuld bewusst und soll doch dies oder jenes unglaubliche Verbrechen begangen haben, zu welchem sich ausserdem auch nicht das entfernteste Motiv auffinden lässt, welches gewöhnlich sogar durch den gänzlichen Mangel an Vorsichtsmassregeln, um einer etwaigen Entdeckung oder Bestrafung zu entgehen, in charakteristischer Weise ausgezeichnet ist. Und leider noch immer kommt es vor, dass dies fehlende Bewusstsein von der betreffenden That für eine Simulation und der Kranke also für ein Verbrecher gehalten wird, besonders wenn der Erinnerungsdefect nur ein theilweiser ist und andere fast gleichzeitige Ereignisse noch sofort nach dem Erwachen oder auch später noch dem Gedächtnisse einverleibt zu sein scheinen.

Doch auch weit kürzere und weniger der Aussenwelt so bemerkbare Dämmerungszustände kommen vor, besonders wenn man die dem Coma des ausgebildeten Anfalls unmittelbar vorhergehenden Bewusstseinsschwankungen auch hierher rechnet. Man kann viele dieser Zustände nicht als Prodrome, sondern geradezu als Aurasymptome auf psychischem oder auch psycho-sensoriellem Gebiete betrachten. So kommen in allerdings nicht gerade zahlreichen Fällen zeitliche Incongruenzen in der Functionsfähigkeit gleichwerthiger Abschnitte der rechten und linken Hemisphäre vor: die eine Hirnhälfte ist noch im Stande, schnell einen verhältnissmässig schwachen Eindruck von irgend einem Phänomen zu gewinnen, während die andere erst um ein geringes später denselben noch einmal erhält, indessen die beiden dadurch hervorgerufenen, dem Inhalt aber nach identischen Vorstellungen werden von der getrübten Kritik derart zerlegt, dass die zeit-

lich spätere als der Gegenwart angehörig, der ersten, die in der Vergangenheit entstanden zu sein schien, gegenüber gestellt wird. So hört ein solcher Kranker alle Worte, die man zu ihm redet, zweimal erklingen (cfr. auch Billod, Annal. medico-psychol. 1843, pag. 390) oder — eine nicht allzu seltene Beobachtung — der Kranke meint, die ganze Umgebung, in der er sich gerade befindet, komme ihm so merkwürdig bekannt vor, als habe er sich schon einmal in derselben Lage, in derselben Gesellschaft befunden; er hat die deutliche Empfindung, als wäre er im Stande gewesen, den Eintritt irgend eines Ereignisses, das er wirklich vor einem Augenblick zu beobachten Gelegenheit hatte, vorher vorauszusagen, weil er schon einmal, aber er weiss nicht, wann und wo, dieselbe Situation durchgelebt habe. Im Uebrigen verweise ich hierüber und besonders in Bezug auf die Erklärung dieses eigenthümlichen Phänomens auf die Arbeit von Jensen (Supplement zum Bd. XXX. der Allg. Zeitschr. f. Psych. p. 58 seq.) und auf die Zusammenstellung von Schüle (Handbuch d. Geisteskrankh. 1878, p. 85 seq.).

Andere Male entwickeln sich in diesem Dämmerungszustande wirkliche Hallucinationen und Illusionen, die den Krampfanfall einleiten, also ebenfalls als Aura desselben zu betrachten sind. Ich möchte hier überhaupt einen Augenblick bei den präparoxysmellen Sinnestäuschungen und speciell bei der Häufigkeit, mit der sie zur Beobachtung gelangen, verweilen. Es ist ja bekannt, dass Hallucinationen oft in stereotyper Weise jedem Anfall vorausgehen und oft behalten sie für die ganze Dauer der Epilepsie scheinbar einen genetischen Zusammenhang mit dem Ereignisse, dessen plötzlicher Eintritt vielleicht vor vielen Jahren den ersten epileptischen Anfall hervorgerufen haben soll. Ich erinnere hier an den interessanten Fall, in welchem ein Kind vor Schreck über einen plötzlich aufspringenden Hund in epileptische Krämpfe verfiel und seit dem jedesmal vor dem Ausbruch eines neuen Anfalls einen schwarzen Hund gegen sich losstürmen sah. Man hat es nun versucht, solche stets wiederkehrende Hallucinationen als das Primäre und den epileptischen Anfall als Folge des durch jene hervorgerufenen Schreckens aufzufassen. Doch ist diese Ansicht wohl deshalb nicht berechtigt, weil auch ganz indifferente aber bis in die Details genau erkennbare Phantasmen, die entschieden keinen besonderen Schrecken oder gar ein Entsetzen erregen können, oft regelmässig den Anfällen vorausgehen können. So erschien einem unserer Epileptiker (Krankengeschichte No. 3) im Prodromalstadium sehr häufig, aber auch intercurrent ohne weitere Folgen, eine ihm sonst nicht aus der Erinnerung bekannte Landschaft

mit einem Berge und einer Windmühle auf demselben und blieb so einige Zeit ganz deutlich vor seinen Augen stehen: dies „geistige Bildersehen“, wie es der gut unterrichtete Kranke selbst nannte, verlor sich indess nach einer Reihe von Jahren allmälig, ohne dass etwa auch die Krämpfe ausgeblieben wären.

Möglicher Weise ist dies Verschwinden auch nur eine Folge des wachsenden Schwachsinns, indem unter dessen Herrschaft die Aurasymptome nicht mehr so energisch percipirt werden, dass nach dem Anfall noch eine Erinnerung an die Vorläufer vorhanden sein könnte. Es lassen sich durch diese Annahme die oft ausgesprochenen Behauptungen mancher Autoren, Aura sei überhaupt selten, wie z. B. Andral, Georget, Grisolle, Rostan und Brierre de Boismont thaten, jedenfalls dadurch erklären, dass alle diese Beobachter vorzugsweise am Bicêtre und in der Salpétrière gewirkt haben, wo sie fast nur veraltete Fälle zu sehen Gelegenheit hatten (Mospero, nach einem Referat in Virchow-Hirsch's Jahresbericht für 1858, III. p. 103). Es stimmt die hiermit präsumirte Häufigkeit der Aurasymptome im weiteren Sinne auch ganz gut mit den Allenberger Angaben überein: hier waren allerdings unter 137 Fällen 84 mal keine Angaben über etwaige Vorläufer eines Anfalls gemacht, zum mindesten waren sie nicht constant vor jedem Anfall; gelegnet aber wurden sie unter den verwendbaren 53 Fällen nur 7 mal, während auf dem motorischen Gebiet ihre Existenz 7 mal, auf dem sensiblen und sensoriellen 39 mal erwähnt ist, und zwar als fixe Neuralgien und Parästhesien 13 mal (3 + 10), als excessives Hungergefühl 1 mal und 18 mal als schreckhafte Hallucinationen und psychische Consequenzen; in den übrigen Fällen wurde nur über unbestimmte schmerzhafte oder angsterweckende Empfindungen geklagt, wie sie jedenfalls auch in erheblicher Zahl noch bei jenen als nicht verwendbar ausgeschiedenen 84 Patienten vorgekommen sein mögen. Die Maximal- und Minimalgrenze für den Procentsatz der Aurasymptome beträgt daher nach meiner Zusammenstellung 46 von 53 = 86 pCt. und 46 von 137 = 33 pCt. Ich persönlich möchte mich übrigens für den höheren Werth entscheiden, da bei fast allen genauer beobachteten Kranken Prodrome notirt sind, wenn auch diese Zahl natürlich nicht ohne weiteres auf alle Epileptiker übertragen werden darf, da sie ja nur von solchen Kranken abstrahirt ist, deren eclatante Geistesstörung ihre Aufnahme in eine Irrenanstalt nothwendig gemacht hatte.

Aehnlich ist das Zahlenverhältniss übrigens auch für die Häufigkeit derjenigen sensiblen und sensoriellen Störungen, die mit dem allmäligem Abklingen der Lähmung der betreffenden Sinnesorgane nach

der Beendigung eines classischen Anfalls noch längere Zeit anhalten und dem Kranken zu analogen Bemerkungen oder gar Klagen Anlass geben können, wie die präparoxysmellen Symptome. In den meisten Fällen sind jene sogar intensiver, gelangen wenigstens energischer in das Bewusstsein, sind aber an und für sich wechselnder und nicht so constant bei dem einzelnen Individuum. Doch giebt es zweifellos Fälle, in denen man es mit eben so charakteristischen Erscheinungen zu thun hat, wie bei der Aura. So habe ich hier einen Epileptiker beobachtet, der an seinem postparoxysmellen Dämmerungszustand regelmässig dieselben Symptome darbietet; schon vor 3 Jahren wird in einem ärztlichen Atteste von ihm angegeben, dass nach jedem Krampf stundenlang eine eigenthümliche Empfindung zurückbleibt, als sei der Kehlkopf gebrochen; der Kranke sucht dann betrübt den Arzt auf und bittet ihn, sich von der abnormalen Beweglichkeit des Knorpels zu überzeugen, und fragt mit den Zeichen tiefer Besorgniß, ob diese Verletzung seinem beabsichtigten Eintritt beim Militär hinderlich werden könne, sogleich aber fährt er dann fort zu demonstrieren, wie kräftig sein Thorax ausgebildet sei; er habe doch gewiss das richtige Mass im Brustumfang, ja über Nacht sei die Brust noch viel weiter geworden, Alles habe sich in seinem Körper ausgedehnt, er fühle selbst, wie das Rectum zu einem weiten Schlauch erweitert sei, und mit ganz unwesentlichen Modificationen, die auf der inzwischen sehr verstärkten Demenz beruhen, äussert er noch heute dieselben Klagen als charakteristische Zeichen eines vorausgegangenen Krampfanfalls. Wir werden noch weiter unten einige sehr prägnante Beispiele dieser postparoxysmellen Sensibilitätsstörungen finden (so unter Anderen das Gefühl von rapidem Wachsthum der Extremitäten, die Empfindung, als läge eine beträchtliche Luftschicht zwischen Haut und Muskulatur, das Gefühl von Wüstigkeit im Kopf, der wie ein Eimer so dick angeschwollen sei u. s. w.).

Oben ist schon angedeutet, dass die postepileptischen Dämmerungszustände sehr häufig durch abnorme Sinnesempfindungen und speciell durch die damit in ursächlichem Zusammenhang stehenden Illusionen und Hallucinationen in eigenthümlicher Weise beeinflusst werden. Die bei dem betreffenden Epileptiker gerade besonders ausgeprägte Grundstimmung des gesamten Charakters, seines Ich's bedingt eine entsprechende Interpretation der an ihn herantretenden Sinnesempfindungen. Je nachdem nun mehr das Krankheitsgefühl, das Misstrauen gegen die Umgebung, die Reizbarkeit und Neigung zum Jähzorn oder die Frömmigkeit und Bigotterie in den Vordergrund tritt, wird unter dem Schutze der Bewusstseinsschwankung durch jene

nach aussen projicirten Sinnestäuschungen eine specifische Färbung des Deliriums hervorgerufen und ich glaube daher, wie es bereits v. Krafft-Ebing gethan hat, die secundären Störungen hiernach in vier entsprechende Hauptgruppen unterbringen zu dürfen.

Die Trennung derselben von einander ist allerdings oft nur künstlich durchzuführen, da sie ja keine für sich bestehenden Krankheitsvariationen, sondern nur wandelbare Symptome einer und derselben psychischen Störung darstellen und bei längerer Dauer des Dämmerungszustandes, beim psychischen Status epilepticus in einander übergehen und in bunter Reihe abwechseln können. Eine thatsächliche Schilderung der postepileptischen Geistesstörung ist daher nur dann möglich, wenn diese Symptomengruppen skizzirt sind, denn die „landläufigen“ Bilder jener werden erst durch das gegenseitige Verschmelzen und Aneinanderreihen dieser hervorgerufen. Ich lasse daher zunächst die vier Hauptformen des hallucinatorischen Deliriums mit Hervorhebung der charakterisirenden Wahnvorstellungen folgen, und füge dann eine Anzahl von Krankenbeobachtungen bei, in deren Beschreibung sich diese in ihrer thatsächlichen Combination wiederfinden.

II. Postepileptisches hallucinatorisches Delirium mit depressiven Wahnvorstellungen.

Diese Form ist an und für sich nicht gerade häufig und kommt wohl nur als postparoxysmelle Störung zur Beobachtung. Hat der Kranke einen oder mehrere kurz nacheinander folgende Krampfanfälle erlitten, so verfällt er gewöhnlich in einen tiefen Schlaf, aus welchem er nach verschiedener Dauer desselben nur selten verhältnissmässig klar erwacht. Meistens ist noch längere Zeit nachher die Auffassung getrübt und verlangsamt, der Ideengang ist trotz der Verworrenheit schwerfällig und mühselig. Dabei klagt der Kranke über lebhaftes Unbehagen, oft wird heftiger Kopfschmerz speciell angeschuldigt, oft sind neben diesem noch vage Schmerzen in der Brust, in den Gliedern, vorzugsweise aber ganz in der Tiefe, in dem Knochen, die auffallend häufig als Sitz der schmerzhaften Empfindungen angegeben werden, vorhanden. Er fühlt sich so unendlich müde, körperlich und geistig wie zerschmettert, und befindet sich demgemäß oft in einer sehr gereizten, unzufriedenen, fast lebensüberdrüssigen Stimmung. Er hatte bisher noch immer, wenn auch nur leise für sich, gehofft, endlich wäre doch nun die schwere Krankheit gewichen, eine längere Pause, als sonst zwischen den Anfällen lag, hatte ihn sicherer ge-

macht: da holt die Epilepsie die scheinbar geschenkte Zeit wieder ein, die Anfälle häufen sich zu einer kleinen Serie und der Kranke fühlt es selbst oder vernimmt es doch wenigstens von seiner Umgebung, dass wieder das Leiden sich eingestellt und seine Erwartungen getäuscht hat. So bildet sich leicht im directen Anschluss an einen Paroxysmus die oben präsumirte lebensüberdrüssige Stimmung aus, die dem Kranken zur Zeit in Verbindung mit den unangenehmen Sensationen, den Nachläufern der Sensibilitätsstörungen im Anfall, das ganze Dasein verbittern kann und die durch das getrübte Bewusstsein nur noch vermehrt wird. Doch wird natürlich diese ja gewissermässen berechtigte Depression erst dann zu einer ausgebildeten Psychose, wenn die schmerzlichen Gefühle so die Ueberhand über die Intelligenz und die Willenskraft des Patienten, die beide ja auch schon gelitten haben, gewinnen, dass sie seine Aufmerksamkeit von allen übrigen Vorgängen abziehen und dass sie selbst zu wirklichen Wahnvorstellungen verarbeitet werden. Der Kranke sucht sich mit seinem tiefen Wehgefühl zu isoliren, er brütet still in der Einsamkeit über seine weltschmerzlichen Gedanken nach: da gestaltet sich das, was er empfindet, und was er befürchtet, vor seinem geistigen Auge zu handgreiflichen Wahrheiten. Er ist in der That der zum Sterben kranke Mensch, aber er hat es auch verdient, es kann und darf keine Rettung für ihn geben, er ist ja der auf ewig verdammte Sünder. Da transformirt sich ein leichtes Geräusch zu der ernsten Stimme, die ihm ewige Strafen verkündet, aber er lässt alles im tiefsten Schuld-bewusstsein über sich ergehen. Wie zerschmettert fügt er sich dem drohenden Spruch und ist zum Tode bereit. Stumm brütet er nun in seiner Ecke und erwartet das Grässliche. Auf keine Frage, die man an ihn richtet, giebt er eine Antwort; Speise und Trank weist er zurück, für ihn existirt nur sein selbstverschuldetes Loos. In immer wachsender Zahl drängen sich neue Wahnvorstellungen traurigen Inhalts ihm auf, und ehe er sie auch nur annähernd assimiliren kann, sind trotz der Schwerfälligkeit seiner Auffassung neue und ähnliche da: Illusionen und Hallucinationen vermehren noch seine Pein. Bald schaaren sich Menschenhaufen um ihn, die ihn zum Gerichte schleifen wollen, bald hört er die Vorbereitungen zu seiner grausamen Execution, oder er sieht wie lange Leichenzüge langsam vor seinem Auge vorüberziehen, er hört die Todtentgelcken und die Sterbelieder vom Kirchhof klingen, da nahen sich ihm die längst verstorbenen Eltern und winken: Komm zu mir und ende Deine Qual! und oft genug begreift er unter der Herrschaft dieser verhängnissvollen Sinnestäuschungen grausame Versuche des Selbstmordes, indem er mit Aufbietung

aller Kräfte sich aus seinem Stupor aufrafft, nur von dem Zwang beseelt, sein lästiges Leben zu enden. Ein derartiger melancholischer Anfall dauert glücklicher Weise meistens nur einige Stunden, doch kann er sich mit leichten Remissionen auch auf eine längere Dauer, selbst auf 3—5 Tagen erstrecken. Dann liegt der Kranke meist still im Bett und verharrt dort regungslos im tiefsten Schweigen, weist aber jede Annäherung an seine Person mit oft recht bedeutender Thatkraft ab; ist er aber ausnahmsweise in diesem Stupor einmal zum Reden zu bewegen, so stösst er in seinem tief benommenen Zustande wohl einzelne unzusammenhängende Worte aus, die sich fast stets auf seine Sinnestäuschungen oder auf die ihn beherrschenden Wahnvorstellungen melancholischen und religiösen Inhalts beziehen. (Samt, l. c. VI., p. 114seq.)

III. Das postepileptische hallucinatorische Delirium mit persecutorischen Wahnvorstellungen.

Es ist dies auf der Höhe der Aussbildung vielleicht die seltenste Form der im Gefolge des epileptischen Anfalls sich entwickelnden Geistesstörungen; häufiger stellt sie nur den Vorläufer einer anderen Gattung dar und ist in dieser geringen Intensität oft überhaupt nicht scharf von dem Initialstadium der anderen zu trennen, besonders leicht ist natürlich die Verwechslung mit der impulsiven Form, von 'der weiter unten ausführlicher die Rede sein wird.

Auch dieses persecutorische Delirium stellt sich gewöhnlich nur im mittelbaren Anschluss an kurz vorher gegangene Anfälle ein, so dass die Entwicklung derselben meistens der Art ist, dass der Kranke, wenn er aus dem den Krampf beschliessenden Sopor erwacht, sich wie immer noch längere Zeit in einem benommenen und theilnahmlosen Zustande befindet, der einige Stunden bis zu einem Tage anhalten kann und sich öfters zu einer tiefen fast somnolenten Schwäche jeder geistigen Thätigkeit ausbildet. Dann aber tritt eine scheinbare Aufhellung ein, der Kranke wird lebendiger, aber auch unruhiger, die bisher nicht recht zur Perception gelangten Nachläufer auf dem Gebiete der allgemeinen Sensibilität werden von der immer noch umdüsterten Intelligenz zwar unangenehm empfunden, aber nicht als einfache Krankheitssymptome, sondern als die Folgen objectiver Schädlichkeiten aufgefasst. Der Patient fühlt sich in peinlicher Weise beeinflusst und macht natürlich die Aussenwelt für seine Empfindungen verantwortlich, zunächst also diejenigen Personen, die dauernd in seiner Nähe sind, und die irgend ein Interesse daran haben könnten,

ihn zu schädigen. So sind es zumeist die nächsten Angehörigen, die Frau oder die Geschwister, die ihn krank machen wollen, die ihn schnell beerben oder die nach seinem Tode sonstige Vortheile und Freiheiten erwerben wollen. Sie geben ihm in allen Speisen Gift, sie „blasen ihn mit giftigen Dünsten an“, oder dingen gar Mörder, die ihn Nachts überfallen sollen, kurz es bildet sich in wenigen Stunden ein ganz ausführlicher Verfolgungswahn aus, der genau dieselben Eigenthümlichkeiten darbieten kann, wie sie sonst der hallucinatorischen und gleichzeitig fixirten Verrücktheit angehören. Sehr häufig zeigt sich indess auch in den Verfolgungswahnvorstellungen ein gewisses supernaturalistisches Gepräge, das ja für die Epileptiker an und für sich so charakteristisch ist. Die Menschen können ihm nämlich als solche nichts anhaben, wohl aber sind andere Wesen hierzu im Stande, wenn ihre Kräfte mehr oder weniger einen überirdischen Ursprung besitzen. Alte Weiber, Hexen und Zauberer haben im Namen der Verwandten ihre heimlichen Künste ausgeübt, sie haben ihm die schreckliche Krankheit auferlegt oder haben sogar von seinem Körper einfach Besitz genommen und residiren nun im „Magen, von dem aus sie die übrigen Organe zu beeinträchtigen suchen“, oder aber der Teufel ist es vollends, der in ihn gefahren ist: es entwickelt sich das bekannte Bild der Besessenheit; immer aber hofft er sich einst von diesen Verfolgern frei machen zu können und einst an ihnen die wohl verdiente Rache zu nehmen. Es wird natürlich nicht auffallen, wenn er nun mit allen Kräften den Ruchlosen, die an seinem Leiden Schuld sind, nachspürt: er durchsucht lärmend und drohend das ganze Haus, demolirt Thüren und Möbel, um ihrer habhaft zu werden; hat er Misstrauen gegen irgend eine Person gefasst, so bedrängt er sie oft auf das heftigste, oder verlangt unter den ärgsten Schimpfworten von der Umgebung ihre Auslieferung, und in welcher Weise er mit den unglücklichen Verschwörern verfahren würde, lässt sich aus seinem gewaltthätigen und rücksichtslosen Benehmen errathen: einer unserer Epileptiker suchte z. B. in diesem Zustande an den Kaiser zu telegraphiren, ob er ihm nicht die Erlaubniss zur sofortigen Hinrichtung der Verbrecherbande ertheilen wolle.

Es kann sich also im directen Anschluss an die postparoxysmelle Benommenheit ein ausgebildetes Verfolgungswahnsystem entwickeln, aber, und dies dürfte wohl auf anderer als epileptischer Basis unerhört sein, in ein bis zwei Tagen, und ausserdem schwinden die Wahnideen wieder gewöhnlich mit dem Eintritt eines längeren Schlafes, ohne dass sie eine Erinnerung oder gar bleibende fixirte Vorstellungen

zurücklassen. Eine bis höchstens zwei Wochen dürften auch für diese Form die weitesten Grenzen bilden.

IV. Postepileptisches hallucinatorisches Delirium mit ängstlichen und impulsiven Wahnvorstellungen.

Dies ist die eigentliche postepileptische Geistesstörung und daher schon seit langen Zeiten wohlbekannt oder richtiger berüchtigt. Sie kann sich jeden Augenblick vor oder nach einem Anfall, und auch als psychisches Rudiment eines solchen einstellen und in wenigen Minuten aus noch so unscheinbaren Anfängen bis zur erschreckendsten Heftigkeit ausbilden, wie sie denn auch häufig den Abschluss der vorigen Formen darstellt. Der gewöhnliche Verlauf aber ist folgender.

Der Kranke wird still, einsilbig und theilnahmlos gegen die Vorgänge in seiner Umgebung, er sucht die Einsamkeit auf oder wandert unruhig umher. Ein eigenthümliches Gefühl von Schwere im Kopf, von Mattigkeit in den Gliedern und Oppression auf der Brust vermehrt schnell die sich anfangs unmotivirt einstellende ängstliche Stimmung und concentrirt die ganze noch vorhandene Aufmerksamkeit des benommenen Patienten auf seinen Zustand, in welchem er ahnungsvoll irgend etwas Schreckliches voraus empfindet. Die geistige „Ueberlegung“ leidet im höchsten Grade unter dieser bleiernen Schwere; die Bewusstseinsstörung hindert den Kranken auch nur annähernd klar zu denken, was eigentlich in ihm und um ihn vorgeht, er erwartet jeden Augenblick in erregter Spannung den Beginn seiner dunkelen Befürchtungen und schrekt daher vor jedem Geräusch, vor jeder anderen an seine sich immer mehr umnebelnden Sinne herantretenden Regung der Aussenwelt zurück. Immer peinlicher wird der ganze Zustand, die Angst immer unerträglicher: häufig fühlt sich der Kranke so bekloppen, dass er zwangsmässig die Kleider öffnet und sich ihrer zu entledigen beeilt, oder um sich so schnell als möglich von ihrer quälenden Beengung zu befreien, sie kurzweg zerrteist. Im Zimmer zerschlägt er wohl Fenster oder Thüren, um frische Luft hineinzulassen, oder sich einen Ausweg aus den erstickenden Dünsten zu bahnen: er stürzt in's Freie, läuft oft meilenweit zwecklos umher durch Dick und Dünn, gerade aus durch Felder und Bäche, ohne die vielleicht dicht in der Nähe befindlichen Wege und Stege zu beachten, er muss fort, wie und wohin ist ihm gleichgültig. Ein solcher Epileptiker, der nun gewöhnlich halb nackt mit geröthetem Antlitz und rollenden Augen laut jammernd und brüllend herumrast, ist

unter allen Umständen der Umgebung gefährlich. Was ihm vor Augen kommt, wird falsch aufgefasst; ein Mitleidiger, der ihm vielleicht den rechten Weg zeigen will, erscheint ihm als neuer Quälgeist; jedes Hinderniss, das ihm aufstösst, erregt seine Wuth; blind schlägt er auf den leblosen Zaun, der den Weg ihm versperrt, wie auf den Mann, der den Unglücklichen vor einem verhängnissvollen Sturze bewahren will. Die erschreckendsten Mordthaten sind unter dem Einflusse dieser durch einen wenn auch noch so leichten Widerstand hervorgerufenen Wuthausbrüche verübt. Noch häufiger aber und auch ohne dass dem Kranken irgend wie entgegengetreten wäre, sind es Hallucinationen und Illusionen jeden Sinnes, die den berüchtigten *Furor epilepticus* erwecken. Diese Sinnestäuschungen müssen, soweit man es überhaupt beobachten kann, stets einen Furcht und Entsetzen bedingenden Charakter haben. Fast immer wirft sich bei ihrem Eintritte der Kranke wie zerschmettert auf den Boden, oder hält sich mit einem Aufschrei der höchsten Angst die Augen und Ohren zu, um sofort dann wieder aufzuspringen und in der lebhaftesten Wuth fortzustürzen, alles zertrümmernd, was ihm in den Weg kommt, bis er endlich durch eine befreiende aber gewöhnlich grauenvolle That den ihn zermalmenden Zwang abgeschüttelt hat und nun verhältnissmässig klar vor seinem Opfer steht, oder aber bis zuletzt der so furchtbar eingeleitete Krampfanfall oder ein betäubender Schlaf die Rasserei beendet.

Die Sinnestäuschungen, die hier in Frage kommen, gehören fast durchgängig dem Gefühl und Gesicht, schon seltener dem Gehörorgan an; in manchen Fällen scheinen sie indess auf alle Sinne sich gleichzeitig zu erstrecken. Sie haben ferner, wie schon gesagt, stets einen schrecklichen Inhalt und zwar suchen sie mit eigenthümlicher Vorliebe den Eindruck des Feuers hervorzurufen; der Kranke sieht plötzlich ein rothglühendes Meer vor sich, er fühlt, wie von allen Seiten die züngelnden Flammen sich seinem Körper nähern und hört das Brausen und Zischen des Sturms, der die Feuersbrunst zur höchsten Gluth ansfacht. Oder er sieht, wie die Wände des Zimmers, in dem er sich befindet, plötzlich einander sich nähern und ihn zu zerquetschen drohen, der Boden weicht unter seinen Füssen, ein tiefer Abgrund thut sich vor ihm auf und wohin er sich auch flüchtet in seiner namenlosen Angst, der feurige Abgrund gähnt vor seinen Augen. Schreckliche Gestalten, fast stets in rother oder schwarzer Farbe glotzen ihn ein anderes Mal aus allen Ecken drohend an, die Möbel im Zimmer verändern ihre Form, sie wachsen zu phantastischen Un-

geheuern aus und mit Schlangenköpfen suchen sie ihn zu packen; selbst sein eigenes Bild im Spiegel wird zu einer fürchterlich drohenden Fratze. Oder in Folge der leichten Transformation seiner im Intervall so häufig religiös gefärbten Stimmung fühlt er sich durch jene Hallucinationen plötzlich in die Hölle, vor das jüngste Gericht versetzt. Dort sieht der Unglückliche seine Angehörigen, seine Freunde im glühenden Ofen, hier fühlt er die teuflischen Schaaren, die auch ihn erfassen, und in den feurigen Abgrund werfen wollen, und das Wehklagen Aller wird durch den dröhnenden Ruf der Posaune über-tönt, die die endlosen Reihen der Todten zum jüngsten Gericht erweckt. „Hülfe! Hülfe! Rettet mich!“ ruft mit Aufbietung aller Kräfte der arme Kranke, machtlos prallt er von den Mauern der ihn umschliessenden Zelle zurück, dann stürzt er betäubt unter epileptischen Krämpfen zur Erde.

Obgleich die oben geschilderten Angst- und Wuthanfälle gewöhnlich nur kurze Zeit anhalten und dann einer tieferen fast soporösen Benommenheit Platz zu machen pflegen, so können sie sich doch in zahlreicher Wiederholung an einander anschliessen. Während der Remissionen fühlt der Kranke dann manchmal selbst, dass ein neuer Paroxysmus herannaht, er bittet wohl um Isolation, oder wie in den früheren Zeiten gar um die Zwangsjacke, um schweres Unglück zu vermeiden; andere Male aber sind es ganz momentane Explosionen, die sich ohne jedes Anzeichen auch aus einem scheinbar ganz leichten Dämmerungszustande heraus entladen können, und zwar ist ganz besonders für das Zustandekommen dieser impulsiven Wahnvorstellungen und zwangsmässigen Gewaltthaten jene acute Melancholie, der postepileptische Stupor, geeignet.

V. Postepileptisches hallucinatorisches Delirium mit expansiven Wahnvorstellungen.

Ich habe schon oben angedeutet, dass unter dem Einfluss der religiösen Stimmung, die häufig für den intervallären Zustand eines Epileptikers so charakteristisch ist, die abnormen Empfindungen leicht zu entsprechend gefärbten Hallucinationen und Delirien verarbeitet werden: unangenehm berührende Sinnestäuschungen transformiren sich in Vorstellungen, die dem Tode, der Hölle u. s. w. angehören, solche heiteren Inhalts, wenn man sich überhaupt so ausdrücken darf, erwecken das Gefühl im Himmel, beim lieben Gott zu sein, aber auch Wahnvorstellungen, die, wie schon Samt treffend hervorhob, einem im Glück schwelgenden Paralytiker nicht unangemessen wären. (Dieses

Archiv, Bd. VI., p. 120.) Während aber bei den letzteren auf Hallucinationen gegründete Grössenwahnvorstellungen entschieden etwas seltenes sind, besonders den Delirien gegenüber, die durch das gehobene Kraft- und Thätigkeitsgefühl — freilich auch eine Art Illusion — hervorgerufen werden, möchte ich hier bemerken, dass bei den Epileptikern jene Wahnvorstellungen wohl stets unter dem Einfluss von Sinnestäuschungen entstehen. In ähnlicher Weise, wie bei Haschisch-intoxication die allmälig an Intensität zunehmende allgemeine Anästhesie das Gefühl der Leichtigkeit, als berühre man die Erde nicht mehr, als schwämme man im unendlichen Luftmeer umher, hervorruft, ähnlich geht es dem Epileptiker. Im Gegensatz zu der namenlosen Angst, welche die Oppression, die schmerzhaften Parästhesien und das dumpfe Gefühl, dass sich im Körper des Patienten etwas Unheimliches vorbereitet, bedingen, fühlt er sich dann, wenn eine auch objectiv nachweisbare Unempfindlichkeit als Reaction auf die bisherige Hyperästhesie sich ausbildet, so auffallend frei, so ungebunden, wie noch nie in seinem früheren Leben: die Wände weichen in weite Fernen, Alles erscheint ihm grenzenlos, er schwingt sich wie auf Flügeln in die Lüfte und schwebt dem Himmel zu, den er zu seinem Empfange geöffnet sieht; er hört, wie der liebe Gott ihn zu sich ruft, ihn zum Erlöser der Menschheit macht oder ihm gar die Herrschaft über die Welt abtritt: er wird selbst Gott und schwelgt in den ewigen Freuden des Paradieses. Aber mitten in diesem Glückseligkeits-taumel tauchen doch noch Erinnerungen an seine menschlichen Schwächen und besonders — geradezu pathognostisch — an seine Krankheit auf. Fast constant ruft der Patient dann mitten in seinem Delirium mit fröhlichem glückstrahlenden Antlitz und laut erhobener Stimme aus: „Der liebe Gott hat mir geholfen, er hat mir versprochen, ich werde von jetzt an ganz gesund bleiben, ich weiss es bestimmt, dies ist es das letzte Mal gewesen, dass mich die Krankheit befiel. Jetzt bin ich ganz gesund.“ Daneben drängen sich noch andere Reminiscenzen zeitweilig auf, doch ist er nicht, wie andere Deliranten, der lebhaftesten Gedankenflucht unterworfen, sondern alle Vorstellungen, die in ihm lebendig werden, gehören, so wechselnd sie auch sonst sein mögen, doch nur einigen wenigen Complexen an: sie drehen sich fast stets um seine Person, um seine Vergangenheit und Zukunft, um seine Angehörigen und um seine Heimath; selbst wenn er im ganz besinnungslosen Zustande mit unzusammenhängenden Worten umherwirft, taumelt er zwischen den Begriffen Gott, König und Ich ziellos umher.

Die klinische Erscheinung dieses ekstatischen Zustandes ist so

charakteristisch für einen Epileptiker, wie kaum irgend ein anderes Symptom, und doch können die einzelnen Fälle dieses Deliriums sich wieder so verschieden gestalten, dass ich von einer genaueren und alle Möglichkeiten zusammenfassenden Beschreibung ganz absehen will. Ich lasse einfach zur Illustration des oben Gesagten eine kleine Zahl solcher wirklich beobachteter Anfälle folgen, und hoffe, dass deren Krankengeschichten einen besseren Ueberblick geben werden, als wenn ich aus ihnen ein doch stets subjectiv angehauchtes Bild componirte; im Uebrigen sind einzelne dieser Beobachtungen interessant genug, um ihre Veröffentlichung vor dem Vorwurf der zu grossen Ausführlichkeit auch nach anderen Richtungen hin zu bewahren.

Krankengeschichte No. 1. (Allenberger Journal No. 2668.)

Patient, bei der Aufnahme 26 Jahr alt, angeblich nicht hereditär belastet, litt seit der frühesten Jugend an sehr seltenen und nur kurze Zeit anhaltenden epileptiformen Anfällen. Es war ihm indess noch immer möglich, das Gymnasium zu besuchen und später Pharmaceut zu werden. Aber in seinem 25. Jahre werden die Anfälle ohne nachweisbare Ursache häufiger und intensiver; gleichzeitig trat auch eine Geistesstörung auf, unter deren Herrschaft er — nach einem ärztlichen Attest — aufgereggt und schlaflos war, unaufhörlich ganz verworrene Sachen redete und zwecklose Handlungen ausübte, mitunter jedoch mit ausgesprochen religiösen Wahnvorstellungen herauskam. Wegen des „allmälig zunehmenden Blödsinns mit intercurrenten Erregungszuständen“ wurde er dann im Alter von 26 Jahren der hiesigen Anstalt anvertraut.

Hier bot er das gewöhnliche Bild der schwachsinnigen Epileptiker. Neben einzelnen Krämpfen, die in unregelmässigen Intervallen etwa alle 4 bis 7 Tage sich einstellten, wurde ungefähr alle 4 Woche eine kleine Serie von durchschnittlich 5—10 Anfällen, die sich auf 2 bis 4 Tage vertheilen, beobachtet. Die Anfälle selbst waren von verschiedener Intensität: neben ziemlich ausgebildeten Krämpfen, denen gewöhnlich Aurasymptome vorausgingen, so dass Patient sich meistens vor Verletzungen schützen konnte, traten aber auch ganz rudimentäre Anfälle auf, einfache „Absences“, bei denen er nicht vom Stuhl zu fallen pflegte, sondern nach kurzer Pause in seiner Beschäftigung fortfahren konnte; ein bestimmter Turnus liess sich übrigens nicht zwischen ihnen nachweisen. Jetzt ist das psychische Verhalten in der intervalären Zeit das eines im mässigen Grade Schwachsinnigen; dazu kommt in charakteristischer Weise, dass der Patient durch das lebhafte Krankheitsgefühl leicht melancholisch verstimmt und doch voll kecker Zuversicht auf seine vollständige Genesung ist, da er sich durch sein unschuldiges Leiden und durch seine Frömmigkeit für berechtigt hält, zu seinen Gunsten selbst ein directes Einschreiten des Himmels zu erwarten. Nach den isolirten Anfällen ist nur eine mässige aber constante Erregung zu beobachten: „Ich habe Unglück

gehabt, wie mir erzählt worden ist, ich weiss selbst nichts davon, aber der liebe Gott wird mir doch helfen, ich fühle es in mir, es wird heute der letzte Anfall gewesen sein.“ Hiermit ist meist ein leichter Dämmerzustand verbunden, der indess oft schon nach $\frac{1}{2}$ stündiger Dauer verschwindet, sonst hält er den Rest des Tages an und macht den im Uebrigen harmlosen Kranken etwas empfindlich und eigensinnig. Die mit den gehäuften Anfällen zusammenhängenden Geistesstörungen sind (wie ich gerade im vorliegenden Falle hervorheben muss) im Allgemeinen so constant, dass öfters selbst die gebrauchten Redewendungen identisch sind. Ich greife daher einen im März d. J. beobachteten Anfall heraus, um ihn als Prototyp der übrigen zu beschreiben.

Am 24. März wurde Patient, nachdem er am 15. dess. Mon. den letzten isolirten Anfall gehabt hatte, zweimal, am 25. einmal und am 28. wieder zweimal von epileptischen Krämpfen mit verhältnissmässig grosser Intensität befallen. Psychisch war er in diesen Tagen verwirrter als sonst, beschäftigte sich nicht und lief in dem leichten Dämmerungszustande unruhig und gesticulirend im Corridor oder im Garten umher, aber erst am 27. Abends begannen die eigenthümlichen Hallucinationen und Delirien. Nachdem er die Nacht noch ziemlich ruhig verbracht hatte, kam er am anderen Morgen dem Arzte in ausgebildeter religiöser Exstase entgegen. „So eben hat mir Gott gesagt, ich sei Christus!“ Er giebt indess bald zu, diese Verheissung Gottes habe er nicht selbst gehört, sondern sie sei nur figurlich zu nehmen: er habe am Morgen durch überirdisches Eingreifen in seiner Bibel an zwei Stellen eingekniffte Seiten gefunden und aus den dadurch gekennzeichneten Versen jene Stimme abstrahirt. „Haben Sie denn in der Nacht gut geschlafen?“ Ja, ich habe gar nicht geschlafen. Ich habe mich körperlich ausgeruht, die ganze Nacht aber geistig beschäftigt: ich habe an meine Heimath gedacht, an meine himmlische Heimath im Himmelreich. Ja, Sie sind mein Retter! Sie haben mich auf Gottes Befehl gesund gemacht. Ich bin doch nur ein Medicament in der Hand Gottes (!). Meine Pathen waren alle krank und da habe ich sie als Arzenei gesund gemacht durch mein Gebet. (Patient war Apotheker!) Er erzählte dann spontan fortfahrend, er habe die Absicht, sein Curriculum vitae zu beschreiben und notierte sofort die zahlreichen Daten seines ziemlich bewegten Lebens in richtiger Reihenfolge seit der frühesten Jugend. Inzwischen aber nimmt plötzlich sein Gesicht den Ausdruck himmlischer Entzückung an: Seelenruhe und Zuversicht liegt auf seinem lächelnden Antlitz; dann geht er auf den Arzt zu, blickt ihn längere Zeit hindurch geheimnißvoll an, spricht aber kein Wort: er ist völlig benommen und hat augenscheinlich eine Vision. Etwa nach einer halben Stunde schickt er indess dem Arzte folgenden Brief zur Absendung: „Liebes Schwesternchen! Dafür dass ich genesen bin, kann ich Zeuge sein, und Du bist mein Zeuge, denn Du mein liebes Schwesternchen kannst mich besuchen und zwar sogleich. Officium feci (sed = mores). Dein Dich liebender Bruder. Lobe mit mir den Herren mit Seele dich und Leib. Komme her aber mit der Biebel unserer Mutter, sie ist beim Vater.“ Im Laufe des Tages hielt nun sein expansives Delirium an; er unterhielt sich zum Fenster hinaus mit dem lieben Gott, mit seiner verstorbenen Mutter und

betete öfters mit lauter Stimme; zeitweilig schrieb er auch an seinem Lebenslauf, der indess abgesehen von den richtig und geordnet angegebenen Daten nur unverständlich zusammen gewürfelte Worte enthielt. Mitten darin hat er unter anderm *ἐπιλαμβάνω* und *ἐπιλεψία*(sic!) durchflectirt Meinem König und Gott habe ich sowohl als Mensch wie als Pferd gedient . . . (Was soll das bedeuten?) . . . Der Drang kam mir, ich musste das so niederschreiben, es ist wahr. Ich weiss genau, Ich bin Christus, ich leide hier für die Welt, ja ich erlöse sie durch mein Leiden. Mein Vater wird in einer Nacht mit dem Kaiser sterben, denn seine Scheunen sind am Krönungstage abgebrannt. Ich habe dem Kaiser als Mensch und als Pferd gedient, denn ich bin unter und über ihm gewesen Die zweite Nacht war verhältnissmässig wieder sehr ruhig; Patient stand zwar öfters aus dem Bett auf und sprach leise für sich hin, doch kam es zu keiner erheblicheren Störung. Aber am nächsten Morgen erzählte er nun über die Erlebnisse der Nacht, es sei ihm mit einem Mal wieder so merkwürdig zu Muthe geworden, ihm sei so leicht geworden, er fühle sich auch jetzt noch so glücklich, so gesund, ja ihm wäre die Empfindung, als läge zwischen Haut und Muskulatur eine dicke Luftschicht, die ihn in die Höhe trüge. Es scheint eine fast totale Anästhesie der Körperoberfläche zu existiren, so weit es sich bei dem ganz verwirrten und lebhaft erregten Patienten beurtheilen lässt. Seine Delirien aber äussern sich in folgendem wörtlich abgedruckten Briefe (mit richtigem Datum und guter wenn auch etwas flüchtiger Handschrift). „Lieber Onkel! Von ganzem Herzen danke ich Dir für Dein tägliches Gebet, ich fühle es vollständig an meinem Körper. Es ist Gottes Wille, dass mit dem Tode des Kaisers die Welt nicht untergehe. Ich bin das Pferd des Kaisers. Was ich dem Director gesagt habe ist die Wahrheit gewesen: ich bin der Kunkel des Kaiser Wilhelm. Denn Kunkel ist der Entdecker des Phosphor und wenn ich als schwacher Mensch nicht irre, geht am 10. December die Welt unter und unser Kaiser richtet die Welt: Ich bin der Prophet Jesaias. Darauf kann ich schwören. Mit Gruss an Dich und alle, die meiner in Liebe gedenken. Dein Neffe. P. S. Ich bin ein elender sündiger Mensch in Gottes Augen“.

Dem Inhalte dieses Briefes entsprach, wie schon angedeutet, sein Delirium: er war aber trotz der beträchtlichen Bewusstseinsstörung und Incohärenz im Allgemeinen ruhig, stets harmlos, ass und trank, wenn er dazu aufgefordert wurde, sprach nur mit leiser Stimme und beantwortete plötzlich eingeworfene Fragen nach einzelnen Umständen seines Lebens gewöhnlich sofort und richtig, um dann wieder in den Ideenkreis seiner religiösen Wahnsvorstellungen zu verfallen. Im Ganzen hielt die Exstase $4\frac{1}{2}$ Tag an, während die Krämpfe 3 und 2 Tage vorher und am 2. Tage des Deliriums sich gezeigt hatten. Am Morgen des 5. Tages wachte er dann nach langem ruhigen Schlaf ziemlich klar auf, erinnerte sich von Allem nur daran, dass „er wieder einmal Unglück gehabt habe“ und bot darauf in kurzer Zeit das frühere Bild des intervallären Schwachsinns.

Bei demselben Kranken habe ich während der späteren Delirien auf Grund einer Angabe von Reinhard (dieses Archiv, Bd. X. p. 489)

versucht, gleichzeitig die Temperaturen in der Achselhöhle und hinter dem Ohrlüppchen in der Fossa mastoidea zu constatiren, doch sind bisher meine Messungen einerseits zu wenig genau wegen der schwierigen Technik, andererseits auch noch zu unbedeutend der Zahl nach, um ihre Reproduction an diesem Orte zu motiviren; ich neige mich aber der Ueberzeugung hin, dass allerdings mit dem Delirium die Differenz zwischen Achselhöhlen und Ohrtemperatur abnimmt, indem letztere relativ, vielleicht sogar absolut höher wird, als jene.

Krankengeschichte No. 2. (Allenberger Journal No. 1282.)

Patient stammt aus gesunder Familie, ist unter ärmlichen Verhältnissen aufgewachsen, soll als Kind begabt und fleissig gewesen sein und wurde nach erfolgreichem Unterricht eingeseignet. Schon im 14. Jahre bemerkten indess die Eltern ein mürrisches träges Wesen an ihm, dabei klagte er über heftige Kopfschmerzen, angeblich auch über Wurmbeschwerden, und dann stellten sich ohne besondere Gelegenheitsursache periodisch wiederkehrende epileptische Krämpfe ein. Bald gesellten sich Hallucinationen und Dämmerungszustände zu den Paroxysmen und schnell entwickelte sich postepileptischer Schwachsinn. Im 22. Jahre, also ungefähr 8 Jahre nach dem Ausbruch der Epilepsie, wurde Patient in Allenberg aufgenommen.

Gleich am ersten Tage hatte er zahlreiche Anfälle von Haut und petit-mal mit Aura in Gestalt von abnormen Sensationen und Gesichtsillusionen zu überstehen. Zwei Tage darauf, an denen keine Krämpfe eingetreten waren, befand er sich bei der Morgenvisite schon im lebhaften Delirium. „Mir ist immer so, als ob ich bei Gott wäre. (Spricht denn Gott zu Ihnen?) Ja, in der Nacht da sagte er mir schon: Na Fritzche, lieg doch man still . . . (Ist Ihnen da schlecht zu Muthe gewesen?) Mir ist immer sehr wohl. Ich denke immer, ich lebe nicht mehr. (Gott hat wohl mit Ihnen was Besonderes vor?) Ja, ich darf es aber nicht sagen. Vor 3 Tagen hat er es mir schon gesagt, aber ich muss nun noch die nächste Nacht abwarten.“ Am nächsten Morgen kam er dann auch von selbst zu dem Arzt und sagte ihm leise in's Ohr, der liebe Gott sei in den drei Nächten immer bei ihm gewesen und habe ihm versprochen, wenn er die drei Tage gehorche, so würde er ihn gesund machen. Hierauf trat eine Remission ein, in der Patient nur reizbar und etwas benommen war; drei Tage später wurde er aber wieder von Krämpfen heimgesucht, die sich zu einer Serie von sieben Anfällen häuften, worauf er in derselben Nacht nach den Aussagen des Wärters sehr verständig gebetet habe, Gott möge ihn gesund machen. Am Morgen war er dann wieder benommen und unruhig; so sagte er hintereinander ohne Pause wohl zwanzig Mal zum Arzt: „De lewe Gott reppt mi; ick soll dat Perd to Hus bringen. Dat Perd soll ick to Hus bringen, de lewe Gott reppt mi“.

Etwas 4 Wochen später ist in der Krankengeschichte aufgezeichnet: Patient achtet seit längerer Zeit sorgfältig auf die Vorgänge in seiner Umgebung,

geht den Wärtern gern zur Hand, ist abgesehen von ganz vereinzelten Zänke-reien stets freundlich und höflich, und spricht voll Zuversicht auf Gottes Hülfe die Hoffnung auf Wiederherstellung von seiner Krankheit aus. Trotz der durchschnittlich 60—80 Anfälle im Monat blieb er das ganze folgende Se-mester von jeder auffälligeren Geistesstörung frei, nur erzählte er häufig im Anschluss an Krämpfe, ihm sei jetzt so ganz anders zu Muthe, ihm sei so, als wenn er gar nicht mehr lebe, als wenn er im Himmel, bei Gott sei. Oefters auch bot er als unmittelbares Prodrom eines Auffalls die von Jensen als Doppelwahrnehmung beschriebene Bewusstseinsstörung dar. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXV., Suppl. p. 58.) So befand er sich beispielsweise an einem Tage, an dem er schon zweimal von Krämpfen heimgesucht war, in einem mässigen Dämmerungszustande und erzählte in seiner Benommenheit dem Arzte, er fühle sich so wunderlich; schon am ganzen Tage sei ihm so gewesen, als ob er das alles schon früher einmal erlebt hätte, als ob der Herr Doctor gerade so vor ihm gestanden, als ob er wüsste, was nun geschehen würde — und in demselben Moment wird er von einem neuen Krampfanfall überrascht. Eine intensivere psychische Störung zeigte sich erst nach einem halben Jahre wieder; er hatte in 50 aufeinanderfolgenden Tagen 112 Krampfanfälle überstanden, lag aber dann von Krämpfen verschont einige Tage mit geröthetem Gesicht und geschlossenen Augen regungslos im Bett wie eine Leiche da; er war nicht zur Nahrungsaufnahme zu bewegen, bekümmerte sich überhaupt in keiner Weise um die Vorgänge in seiner Umgebung, antwortete auf keine Frage und nur einmal, als die Aerzte zur Visite kamen, fuhr er plötzlich wild in die Höhe und wies ihnen heftig drohend die Thür; darauf nahm der Stupor an Tiefe beträchtlich ab, der Kranke wurde etwas lebhafter, gesprächig, und kam dann bald freiwillig allerdings nur andeutungsweise und geheimnissvoll mit den stereotypen religiösen Wahnvorstellungen heraus: „Gott habe ihn in verflossenen Tagen öfters sehr lieblich gerufen, er habe auch eine Erscheinung gehabt, und könne nun was Gutes hoffen. Gott werde ihn wohl in seinen Himmel aufnehmen und die Aerzte würden ihn daher morgen wohl nicht mehr sehen, denn es würde ein grosser Krieg entstehen, den er nicht mehr erleben solle. Gott habe ihm auch etwas Schönes zu trinken gegeben, wovon ihm noch der Mund brenne, er werde aber dadurch gesund werden“. In der folgenden Nacht schliel er anfangs ziemlich fest, stand aber später auf, weckte die anderen Kranken und forderte sie zum Beten auf: sie müssten sich bereit machen, da Gott ihn gerufen und sie noch heute mit ihm in den Himmel kommen könnten. Am nächsten Morgen befand er sich indess wieder im tiefsten Stupor, lag wie todt im Bett und war nicht zu der geringsten Aeusserung zu bewegen, doch fand sich in der Wand neben seinem Bett ein grosses Kreuz mit einigen unverständlichen Schriftzügen eingekratzt. Im Laufe des nächsten Tages allmäßige Aufklärung bis zu dem gewöhnlichen intervallären Zustande.

In den beiden nächsten Monaten 113 resp. 103 Krampfanfälle, sowohl am Tage wie in der Nacht, dabei aber stets ruhig und fleissig im Garten be-schäftigt. Dann aber ohne dass eine besondere Aenderung im Turnus der

Krämpfe eingetreten wäre, verfiel er nach einem Anfall unvermuthet von Neuem in einen mässigen Stupor. Er blieb wieder im Bett und antwortete auf alle Fragen, die man an ihn richtete, mit geheimnissvollem Ausdruck: „Meine Zeit ist um, Gott ist wieder bei mir gewesen!“ In den nächsten Stunden war eine zunehmende Erregung nicht mehr zu erkennen und bald zeigte sich wieder das expansive Delirium. Er lief freudig erregt mit glückstrahlendem Antlitz und lebhaft gesticulirend im Corridor umher; lächelnd ging er dem Arzte entgegen und sagte: Lieber Herr Doctor, gestern kam mir plötzlich das Hälschen (!) heraus und da war mir so, als ob der Teufel darin sässe. Auch jetzt ist mir noch so ganz besonders zu Muthe. Ich denke das wird wohl etwas zu bedeuten haben. Den 25. d. M. werde ich wohl ganz gesund sein und am 9. künftigen Monats werde ich entlassen werden können, denn in der ganzen letzten Nacht war es mir so, als ob mich der liebe Gott tränkte. Er kommt ja alle Stunden zu mir, wenn ich allein bin und tröstet mich: er wird mich entweder in den Himmel nehmen oder gänzlich wieder herstellen. Nach einer Dauer von kaum zwei Tagen erwachte Patient dann verhältnissmässig klar aus einem längeren ruhigen Schlummer, der den Anfall beendet hatte. In ähnlicher Weise ging es nun Jahre lang fort; die Krämpfe traten in äusserst verschiedener Zahl auf, nahmen im Allgemeinen jedoch an Intensität und Häufigkeit ab, so dass in den letzten Jahren gewöhnlich auf den Monat nur noch 16—20 Anfälle kamen, die ausserdem grössten Theils dem „petit mal“ angehörten: er verlor das Bewusstsein, zeigte eine Verzerrung der Gesichtszüge, machte meist einseitige krampfhaften Bewegungen mit Arm und Bein, ging im Kreise umher, setzte sich dann auf die Erde und fing an die Kleider auszuziehen; erst nach ungefähr 5 Minuten kehrte ein gewisses Verständniß für die Vorgänge in der Aussenwelt zurück, bis er dann nach verschieden langer Zeit ohne Erinnerung an die Einzelheiten aus diesem Dämmerungszustande erwachte; nur ganz unerwartet und selten schloss sich wieder ein expansives Delirium mit den religiösen Wahnideen der dem Anfall folgenden Bewusstseinsstörung an.

Krankengeschichte No. 3. (Allenberger Journal No. 1389.)

Patient, bei der Aufnahme 38 Jahr alt, stammt von angeblich nicht prädisponirten Eltern ab, doch war die Mutter in hohem Grade hysterisch; der Vater war übrigens Arzt und daher im Stande, zuverlässige anamnestische Mittheilungen zu machen. Der Kranke war von Jugend auf körperlich schwach, hat sich aber später doch ziemlich gut entwickelt und als recht gut beanlagt gezeigt; er erhielt wenigstens auf der Schule wie später auf der Universität die besten Zeugnisse und soll in jeder Beziehung ein ehrenwerther Charakter gewesen sein. Nach beendetem Studium der Theologie wurde er Hauslehrer, musste aber bald darauf seiner Krankheit wegen diese Stelle aufgeben, versuchte sich dann noch vergebens im subalternen Dienst bei der Justiz und lebte später bis zur Aufnahme in die Anstalt, ohne amtliche Thätigkeit, mit seinen theologischen Studien beschäftigt, im elterlichen Hause. Sein Charak-

ter war früher stets gutmütig und heiter gewesen, mit dem 18. Jahre aber — dem Ausbruch der entwickelten Epilepsie — wurde er ernst, verschlossen und zeigte sich besonders misstrauisch und wenig anhänglich an seine Familie.

Im zweiten Lebensjahre erlitt er angeblich nach Weingenuss einen eklampischen Anfall, der eine länger dauernde geistige Verwirrtheit hinterlassen haben soll (!); im vierten Jahre wiederholten sich ähnliche Anfälle nach einer Indigestion. Seit dem 11. Jahre aber stellten sich nun in langen Intervallen eigenthümliche Hallucinationen ein, die der Patient selbst als „Bildersehen vor seinem geistigen Auge“ bezeichnete: gewöhnlich handelte es sich dabei um das plötzliche Erscheinen einer Landschaft mit einem Berge und einer Windmühle auf demselben, die indess keiner ihm bekannten Gegend angehörten; dies Phänomen dauerte einige Secunden und verschwand dann ohne sonstige Folgen zu hinterlassen. Später aber schlossen sich häufig epileptische Krämpfe in verschiedener Intensität direct an dies „Bildersehen“ an und zwar zeigte sich der erste ausgebildete Anfall ohne bekannte Gelegenheitsursache im 18. Jahre. Er wiederholte sich dann etwa alle 6—8 Monate, später viel häufiger und erst in den letzten Jahren vor der Aufnahme wieder seltener, 3 bis 5 mal im Monat. Zwischendurch kamen aber ebenfalls seit jener Zeit fast täglich Schwindelanfälle ohne Prodrome, in denen Patient sich plötzlich von rechts nach links im Kreise umherdrehte, dann dunkelrot im Gesicht wurde und zu taumeln anfing; nach einigen Secunden aber wurde er dann leichenblass und schnell, wenn auch nur theilweise, kehrte das Bewusstsein zurück. Doch schloss sich an diese Anfälle fast stets ein mässiger Dämmerungszustand an, während dessen der Kranke leicht benommen allerlei thörichte Handlungen beging, sich auszukleiden versuchte, die Betten zerschnitt etc. und ganz verwirrtes Zeug sprach. Von diesen Anfällen unabhängig, aber oft als Folge des „haut mal“ traten noch zeitweilig tonische Contracturen einzelner Extremitätenmuskeln und vorzugsweise auch der Respirationsmuskeln mit gleichzeitiger Dyspnoe und heftigen Schmerzen ein.

Abgesehen von der allmälig zunehmenden Demenz zeigte sich nun eine hochgradige Störung erst im 36. Jahre, also im 18. Jahre seit dem Ausbruch der zweifellos epileptischen Krämpfe. Er verfiel damals nach heftigen Anfällen in eine tiefe Benommenheit und dann in eine religiöse Exaltation, die gerade drei Tage anhielt. Nur mit dem Hemde bekleidet warf der Kranke sich auf die Erde, betete laut oder schrie fast unaufhörlich indem er die Worte: „Gott ist der Vater!“ und „Das ist der wahre Glaube“ einige hundertmal hintereinander ausstiess. Darauf lärmte er den ganzen Tag und die folgende Nacht, verweigerte die Annahme von Speise und Trank und war nur mit der grössten Mühe im Bett zu erhalten; bald aber verfiel er dann wieder in tiefen Stupor, aus dem er, wie schon gesagt, nach dreitägiger Dauer zwar verhältnissmässig klar erwachte, aber doch eine vage Erinnerung an das Vor gefallene besass, da er behauptete, eine „Inspiration“ gehabt zu haben. Erst nach zwei Jahren trat eine ähnliche Störung ein, die aber von zweifellosen Sinnestäuschungen begleitet war und fast acht Tage anhielt: in den Delirien

spielte das göttliche Geheimniss des Paradieses und der Liebe eine selbst den Angehörigen auffallende Rolle. Drei Monate später erfolgte dann die Aufnahme in Allenberg, im Juli 1868.

„Die Haltung des etwas schwächlichen, hageren Patienten ist gebückt, der Kopf wird nach vorn geneigt, die Nase steht schief im Gesicht und ihre Spitze ist ausserdem noch nach links hinübergebogen. Der für gewöhnlich etwas stupide Gesichtsausdruck nimmt beim Sprechen ein selbstgefälliges Lächeln an, die Rede wird von häufigem kurzem Kopfnicken, einem unmotivirten Oeffnen und Schliessen des Mundes mit kurzem Räuspern und andauerndem Reiben der Hände gegen einander begleitet. Der Gedankengang ist durch Bevorzugung abstracter Redewendungen umständlich und geziert. In seinem ganzen Wesen spricht sich etwas Selbstgefälliges und Pedantisches aus.“ (Noch jetzt — also 12 Jahr später als diese Schilderung entworfen, stimmt sie übrigens in jeder Hinsicht.)

Ueber sein früheres Leben machte er im Allgemeinen richtige Mittheilungen, nur liess er überall eine dünkelhafte Selbstüberschätzung seiner wissenschaftlichen Bestrebungen hervortreten; so sprach er mit Vorliebe von seinen theologischen Studien, die er auch hier zur Erreichung irgend eines dunkelen Ziels noch fortsetzen wolle, während in der Wirklichkeit die Intelligenz schon so gelitten hatte, dass er z. B. bei seiner Lectüre Vocabeln, die jeder Quarstaner kennt, im Lexicon aufschlagen muss und sie täglich, so oft sie ihm entgegentreten, von Neuem bucht. Ueber sein Leiden spricht er sich in folgender Weise aus: „meine Krankheit ist etwas ganz eigenthümliches; gewöhnlich findet Bewusstlosigkeit dabei statt und das ist dann etwas ganz Wunderbares und Unerklärliches“. Schon nach 8 Tagen brach der erste psychische Anfall ein, und ich will denselben nach einer aus jener Zeit noch stammenden Beschreibung hier genauer skizziren.

Am 10. Juli wurde er zweimal, am 11. und 12. je einmal von ausgebildeten epileptischen Krämpfen befallen. Am letzten Tage hatte er Morgens noch am Gottesdienste Theil genommen und wollte von der Predigt sehr erbaut gewesen sein, konnte den Inhalt aber nur sehr unvollständig angeben und suchte daher im Gefühl der eigenen Schwäche den bezüglichen Fragen auszuweichen. Am Abend aber war sein Wesen gänzlich verändert: er erwiederte den Gruss der Aerzte sehr kühl, schien mit Allem unzufrieden, fühlte sich von Jedem in seinen Befugnissen beeinträchtigt und brachte im ärgerlichen heftigen Tone allerlei anzügliche Bemerkungen vor, ob die Aerzte in einer solchen Anstalt sich nicht schämen müssten, ob hier überhaupt wirkliche Arzte fungirten; sie schädigten ja die Kranken durch das schlechte Essen und die rohe Behandlung, anstatt sie gesund zu machen etc. In der Nacht hielt er dann öfters längere Schimpfreden über die Nichtswürdigkeiten, denen er augesetzt sei, und schlief fast gar nicht. Am nächsten Morgen — am 13. Juli — blieb er im Bett liegen, ganz versunken und theilnahmlos. Als aber der Arzt zur Visite kam, richtete er sich plötzlich aus seiner Apathie auf, ballte mit hochgeröthetem Kopfe die Fäuste gegen denselben und hielt mit zunehmender Heftigkeit und wührend um sich spuckend eine Schimpfpredigt,

wobei er indess bald auf das wahre Christenthum, das nur er besitze, hinwies und seine Kenntnisse, wie seine Beredsamkeit und die Gnade Gottes, die er so reichlich erfahre, rühmend hervorhob. Ja, brach er dann plötzlich aus, schaut nur hinauf in jene Zimmerecke, und staunt das Wunder an, mit dem mir Gott auch jetzt noch seine Hülfe zusagt. Bewundert nur jene herrliche Krone von lauterem Golde, die mir gebührt. Darauf sank er ermattet in's Bett zurück und verfiel bald in einen ganz unbesinnlichen Zustand, in dem er regungslos und stumm fast drei Tage verblieb. Als er dann aus dem beendigenden Schlafe erwachte, zeigte er eine gewisse aber undeutliche Erinnerung an den Paroxysmus; wenigstens entschuldigte er sich bei seiner Umgebung: Nein, so etwas ist mir noch gar nicht vorgekommen; eine so starre Bewusstlosigkeit hat sich bei mir noch nie gezeigt.

Am 17. d. M. lag er schon wieder im Bett. Er war leicht benommen, Kopf und Gesicht waren intensiv gerötet; dabei klagte er über grosse Mattigkeit, über fortwährende Krämpfe in den Füßen, den Händen, in der Brust und über Dyspnoe, er schwitzte sehr stark und befand sich in äusserst deprimirter Stimmung. „So stark habe ich es noch nie gehabt! Das Leben wird von mir genommen“. Intercurrent traten nun mehrmals klonische Krämpfe der Respirationsmuskeln mit an Schnelligkeit und Kürze zunehmenden Respirationsbewegungen ein, welche zuweilen mit einem tetanischen Krampf der Rücken und Nackenmuskulatur endigten, wobei dann der Kopf nach hinten gezogen, der Oberkörper bogenförmig gekrümmmt wurde und die Atmung ganz pausirte. Ausserdem waren noch die Füsse sowie die Finger bald der linken, bald der rechten Hand bis auf plötzlich eintretende momentane Remissionen krampfartig flectirt. Diese Häufung von motorischen aber rudimentären Anfällen mit lebhaftem Schmerz- und Angstgefühl erstreckte sich diesmal, wie auch später gewöhnlich, auf etwa zwei Tage. Bromkali und prolongirte warme Bäder schienen übrigens am meisten Nutzen zu bringen.

Im Allgemeinen hat sich nun in seinem gesammten Zustande während seines hiesigen Aufenthaltes, bis jetzt also in fast 13 Jahren wenig geändert: er bietet noch genau dasselbe Wesen dar, wie es zu jener Zeit geschildert ist, selbst die Demenz hat nicht in allzu bedeutendem Masse zugenommen. Von ausgebildeten epileptischen Anfällen wird er nach wie vor ungefähr 5 mal im Monat heimgesucht, als Aura erscheint noch jetzt manchmal, nicht mehr wie früher fast constant, das oben erwähnte Bildersehen, („Ja auch hiermit ist eine Art Bewusstlosigkeit verbunden. Es drängt sich dabei eine Bildvorstellung in den Vordergrund“) und als Folge sind noch sehr häufig die schmerzhaften Crampi der Respirations- und Extremitätenmuskulatur zu beobachten. Ebenfalls recht häufig blieben die rudimentären Anfälle, das petit-mal. Er hält dann mitten im Gespräch oder in der Beschäftigung inne, steht langsam auf, sieht starr und blass aus, dreht sich, vorzugsweise am Kopf, krampfartig von rechts nach links; hebt dann das eine Bein, setzt es wieder, bürstet mit der Hand an dem Rocke umher, zieht die Halsbinde zurecht, nimmt das Taschentuch heraus und steckt es wieder ein. Dabei ist er völlig unempfindlich, reagirt auf keine Frage und athmet sehr mühsam und röchelnd;

dann setzt er sich wieder, um unbeweglich und dyspnoeisch auf seinem Platze zu bleiben; allmälig wird er wieder röther und erholt sich langsam aus seiner Benommenheit. Das ganze Phänomen hält einige Minuten an und trotz der immer noch längere Zeit nachweisbaren Bewusstseinstrübung giebt er dann doch auf Fragen entsprechende Antworten, hat aber von dem ganzen Anfall, wie auch von dem Thema des vorigen Gespräches keine Erinnerung.

Während nun auf dem psychischen Gebiet leichte Dämmerungszustände von etwa 12—24 Stunden Dauer sich fast jedem ausgebildeten Anfall, den Patient erleidet, anschliessen, sind die postparoxysmellen expansiven Delirien äusserst selten. Drei Jahre nach dem ersten oben geschilderten, erschien erst die zweite Extase, und seitdem wiederholen sie sich in unregelmässigen Intervallen, aber durchschnittlich kaum einmal im Jahr. Sie künden sich regelmässig durch zwei oder drei intensive Krampfanfälle an, nach denen der Patient zuerst tief benommen und reactionslos einige Stunden im Bett bleibt; dann aber tritt im Gegentheil eine erhöhte Reizbarkeit auf, d. h. er empfindet bei der abnehmenden Bewusstseinstrübung dann deutlicher die peinigenden motorischen und sensiblen Nachläufer des Anfalls und geräth in einen oft nicht unbedeutenden Erregungszustand: er schimpft auf seine Umgebung und ist speciell mit den Aerzten unzufrieden, denen er ihre Machtlosigkeit den Krämpfen gegenüber vorwirft. Er äussert dann den energischen Wunsch, nach Hause entlassen zu werden, indem er regelmässig fast mit stereotypen Worten erklärt, er hätte eben erst in Erfahrung gebracht, dass er sich in einer Irrenanstalt befindet und da gehöre er nun und nimmer mehr hin; er wolle sofort nach Hause und wenn ihm auch durch seine epileptischen Anfälle die Stellung eines Predigers verschlossen sei, so wolle er doch als Missionär weit fort gehen: Nachdem diese Unzufriedenheit mit grosser Neigung zu Zank und Jähzorn, wobei er aber auch seinen wahren Glauben und seine tiefen Kenntnisse in der Theologie salbungsvoll hervorhebt, etwa einen Tag angehalten, bricht meistens plötzlich in der Nacht das religiös-expansive Delirium aus. Er springt dann unerwartet unter lebhaften Hallucinationen aus dem Bett, zerreist sich das Hemd und den Wärtern, auf die er mit kräftigen Sätzen einstürmt, die Kleider, dann läuft er unruhig und gesticulirend im Zimmer umher und singt und schreit oft stundenlang. Plötzlich aber wird er still, schaut starr an die Decke und bleibt einige Zeit regungslos stehen, um dann wieder sein unstätes Wandern fortzusetzen. Er preist nun Gott mit lauter Stimme und versichert eine herrliche Inspiration gehabt zu haben: er sah den Himmel geöffnet und Gott auf dem goldenen Throne sitzend: Christus habe ihm dann eine Krone gezeigt und ihn zum Prediger berufen, ja ihn zum Reformator dieser Welt bestimmt, und nun fängt er im salbungsvollen Tone an zu predigen, bis er ermattet nachlässt und zu Boden sinkt. Gleichzeitig aber äussert er dann abnorme Sensationen vorzugswise in der Haut der Extremitäten und schliesst daraus gewachsen zu sein: es sei doch ganz merkwürdig, wie er fühle grösser geworden zu sein, ja er wachse noch immer weiter, bis er mit den Händen die Decke des Zimmers, zuletzt den Himmel selbst erreichen könne. Jeder auch noch so leichte Widerspruch löst dann häufig gewalthätige Handlungen aus,

wie er auch ohne jeden Grund öfters in diesem Zustande aggressiv gegen seine Umgebung wird. Auf der Höhe dieses Deliriums verweigert er natürlich die Annahme von Speise und Trank, läuft ruhelos umher und macht fast den Eindruck eines Frischtobsüchtigen, wenn nicht alle seine Delirien innerhalb der religiösen Vorstellungen verliefen. Mit zahlreichen, mehrere Stunden lang anhaltenden Remissionen, in denen der Kranke unter langsamer Abnahme der Erregung in einen fast soporösen Zustand verfällt, endet diese postepileptische Geistesstörung nach einer Dauer von höchstens 8 Tagen durch einen langen ruhigen Schlaf, aus dem er dann mit einer unklaren Erinnerung an den Anfall erwacht.

Im Uebrigen sitzt er Tag für Tag in den freien Zeiten an seinem Tisch und beschäftigt sich eifrigst mit seinen Studien, deren Zweck das noch immer zu bestehende zweite theologische Examen ist. Die griechische, die lateinische und deutsche und falls er gerade im alten Testament arbeitet, auch die hebräische Bibel liegen aufgeschlagen vor ihm, daneben einige Lexica und nach Schüler-Art eingerichtete Vocabelhefte. In jeder Bibel bezeichnet ein Stückchen zusammengefaltetes Papier die Stelle, den Vers, bei dem er sich gerade befindet; in den Lexicis und in den Präparationsheften ein ähnliches Stück das Wort, das er zuletzt aufgeschlagen hat. In jedem der Bücher rückt er dann mit pedantischer Sorgfalt die Papierschnitzelchen von Wort zu Wort weiter, notirt alle unbekannten Vocabeln — es sind übrigens fast sämmtliche Worte des Textes — und arbeitet so Jahre lang. Besonders das Hebräische und das Griechische — „eine Sprache, deren sich nämlich die alten Griechen bereits bedient hätten“ — machen ihm besondere Schwierigkeiten. Dabei ist sein Gedächtniss hochgradig defect, das Auffassungsvermögen sehr gering, die Ideenassociation langsam und fehlerhaft, seine Ausdrucksweise schwerfällig umständlich und wie sein ganzes Wesen in höchstem Grade pedantisch. Vergleiche auch die beiden Briefe No. 1 und 2 (p. 556).

Krankengeschichte No. 4. (Allenberger Journal No. 2023.)

Patient, 20 Jahr alt, hereditär belastet, hat sich körperlich wie geistig gut entwickelt und mit Erfolg das Gymnasium besucht. Im 15. Jahre traten indess ohne besondere Veranlassung häufige Anfälle von „petit mal“ ein, die sich fast unverändert bis zuletzt erhalten haben und den Kranken etwa 5 bis 6 mal am Tage befiehlten. Sie hatten meist die Form eines leichten Schwindels mit Uebelwerden, momentären Verlust des Bewusstseins und geringen Zuckungen in der Gesichtsmuskulatur; kurze Zeit nach ihrem Ausbruchstellten sich auch ausgebildete epileptische Krämpfe ein, in unregelmässigen Intervallen, aber doch wöchentlich einige Mal. Bald begann nun in den Pausen die psychische Sphäre zu leiden, das Gedächtniss nahm so schnell ab, dass er schon im 17. Jahr, also kaum 2 Jahre nach dem Ausbruch der Epilepsie, aus der Schule genommen werden musste. Das Vermögen, einen neuen Gedanken aufzunehmen, war schon gänzlich geschwunden, als Patient noch die früher erworbenen Vorstellungen recht gut zu verwenden wusste: „Am wenigsten

war Patient fähig, etwas zu lesen oder Zusammenhängendes zu schreiben; er konnte kaum noch eine Zeile begreifen, als er zum Beispiel noch recht gut Schach spielte und in der Mathematik noch Tüchtiges leistete". Sein ganzes Wesen wurde eigenthümlich formell, schablonenhaft. Jeden Gegenstand erörterte er spitzfindig bis in die Details, und die ewige Wiederholung weitläufiger Auseinandersetzungen über das unbedeutendste Thema machte den Eindruck des Zwangsmässigen. Dazu kamen oft noch salbungsvolle religiöse Sermone, häufiges Beten, überschwengliche Ausdrucksweise, ungemein geziert und artig oder im schwungvollen Kanzelton. Mit dem weiterschreitenden Verfall der Intelligenz traten dann eigenthümliche Wahnvorstellungen auf, indem Patient in dem fast jedem ausgebildeten Anfall folgenden Dämmerungszustande behauptete, er sei Christus, müsse die Welt erlösen, alle Menschen sollten sich unter seiner Belehrung bessern und bekehren etc. Seit einem Jahr, also im vierten nach dem Ausbruch der Epilepsie, traten zuerst nach einzelnen besonders heftigen Krämpfen längere Zeit dauernde Anfälle von tobsüchtiger Erregung mit peinlichen Hallucinationen ein: er wurde schlaflos, lag apathisch im Bett mit starren unbeweglichen Augen und reagirte auf keine Frage, dann sprang er plötzlich auf, lief ohne Zweck und Ruhe rastlos umher, suchte Sand und Schmutz zusammen und explodirte aus diesem tief benommenen Zustande, in welchem kein Wort aus ihm heraus zu bekommen war, von Zeit zu Zeit ohne jegliche äussere Veranlassung zu ziemlich heftigen Wuthausbrüchen: er schrie dann stundenlang mit lautester Stimme zusammenhanglose Worte, zerriß seine Kleider, war unreinlich, schlug rücksichtslos auf alle Personen in der Umgebung los und zertrümmerte, was ihm bei dem planlosen Umherlaufen in den Weg kam. Nach verschieden langer Dauer dieses Zustandes, der mit bedeutenderen Remissionen bis zu acht Tagen anhielt, verfiel der Kranke darauf in einen tiefen Schlaf, aus dem er sich dann bis zu dem gewöhnlichen Bilde des intervallären Schwachsins aufhellte.

Im weiteren Verlauf des Leidens wurden die heftigen epileptischen Anfälle seltener und demgemäß auch die postparoxysmellen impulsiven Delirien; dagegen stellten sich nun im Anschluss an mehrere schnell aufeinanderfolgende leichte Anfälle häufig religiöse Delirien mit dem Ausdruck der höchsten Glückseligkeit ein, doch wurden die Wahnvorstellungen so wenig zur Construction neuer verarbeitet, dass sie auffallendes stereotypes Gepräge erhielten und sich bei jedem Ausbruch in bekannter Weise wiederholten. Eine solche Extase sollte dem Patienten verhängnissvoll werden. In seinem Dämmerungszustande gelangte er eines Tages unbemerkt auf den Bodenraum, stieg durch ein Fenster auf das Dach eines zwei Stock hohen Risaliten und predigte von dort mit glückstrahlendem Antlitz und lebhafter Gesticulation in seiner religiösen Verzückung: „Ich bin Christus, ich werde die Welt erlösen! Ich habe die Macht vom lieben Gott erhalten, Wunder zu thun; mir ist jetzt so leicht, ich habe Flügel bekommen“ und ehe noch Jemand ihm zu Hilfe kommen konnte, stürzte er sich auf den Hof herab. Er erlitt neben unbedeutenden Hautverletzungen Luxationen beider Fussgelenke, eine Fractur des rechten Radius und des dritten Lendenwirbels mit Erschütterung des Rückenmarks,

und obschon Patient in der Folge ziemlich unruhig war, besonders die Gipsverbände nicht duldeten, und von allerdings nur seltenen Krampfanfällen heimgesucht wurde, heilten die gesammten Verletzungen doch verhältnissmässig schnell; es blieb nur eine Paraplegie der unteren Extremitäten und Sphincterenparalyse. Die dauernde Nothwendigkeit der Katheterisation rief indess später eine Cystitis hervor, die sich dann auch nicht mehr verlieren sollte, trotzdem Patient noch über $1\frac{1}{2}$ Jahr lebte. Er war zuletzt völlig verblödet, nur nach den seltenen Krampfanfällen zeigte er sich öfters noch etwas erregt: er richtete sich im Bett auf, gesticulirte lebhaft mit den Händen, beschmierte sich wohl auch mit Koth und Urin und stiess dabei anhaltend brüllend unarticolirte Laute aus, nach wenigen Stunden aber verfiel er wieder in den tiefsten Blödsinn; endlich starb er an den Folgen der chronischen Cystitis, an einer jauchigen Pyelitis und interstitiellen Nephritis.

Krankengeschichte No. 5. (Allenberger Journal No. 222.)

Ich lasse hier noch einen entschieden ganz unparteiischen Bericht eines Collegen über ein postparoxysmales Delirium folgen, den derselbe vor fast 30 Jahren natürlich ohne etwas von einem directen Zusammenhang religiöser Wahnvorstellungen mit der Epilepsie zu ahnen, mit dem Aufnahmegesuch der betreffenden Kranken der Anstalt eingeschickt hat.

Patientin, 16 Jahre alt, seit dem 12. Jahre aus Schreck über einen aufspringenden Hund epileptisch. Im 16. Jahre schon zum dritten Mal ein postparoxysmeller Dämmerungszustand von etwa 4 Tagen Dauer.

..... Am 16. dieses Monats fand ich die Patientin vor der Thür sitzend und sehr eifrig mit ihren religiösen Illusionen beschäftigt. Meinem Wunsche, mir in die Stube zu folgen, kam sie ohne Zögern nach, griff aber sogleich zum Gesangbuch und schlug mir darin ein Lied auf. Alsdann betete sie knieend wieder zu Gott längere Zeit, sprang nachher auf und sagte, sie wolle doch nicht zu Tanze gehen, auch keine Musik hören, um nicht etwa die Gnade Gottes zu verlieren. Mit einem Male aber rief sie dann plötzlich aus: „nun wird es kommen. Ja, ja, nun wird es kommen. (Was wird denn kommen?) Ein grosses Thier, ein grosser langer Wurm, so dick wie mein Arm, nein, so dick wie mein Bein“. Sie wollte nun nicht zugeben, dass ich in der Nähe bliebe, angeblich weil sie befürchtete, es würde ihr etwas sehr Ekelhaftes aus dem Munde kommen. Doch stellte sich jetzt kein Anfall, wie ich erwartet hatte, ein, und die Kranke setzte sich gleich wieder und beschäftigte sich weiter mit ihren religiösen Demonstrationen. Am nächsten Morgen fand ich sie dann beim Spinnen und als sie mich sah, kam sie mir auch freundlich entgegen und bedankte sich für den ihr geleisteten Beistand. Die Mutter indess versicherte mir nachher, dass sie auch jetzt noch öfters Abweichungen vom normalen Verhalten besonders in religiöser Beziehung darthue: so habe sie behauptet, die Mutter sei eigentlich die heilige Jungfrau Maria, die Kranke der Herr Jesus selbst; auf der einen Seite von ihr stehe ein Engel, auf der anderen der liebe Gott und auf dem Altar in der Kirche der schwarze

Herr Jesus. So habe sie die Nacht durch delirirt und als man ihr gedroht habe, sie in einen Stall zu sperren, wenn sie nicht ruhiger würde (!), habe sie geantwortet: ja, bringt mich man in den Stall, unser Herr Jesus Christus hat auch in der Krippe gelegen; und wegen dieser Blasphemie zur Rede gestellt, habe sie dann erwiedert: nun ich rede ja man zu mein trautestes himmlisches Vaterchen. Dann sei sie plötzlich aufgesprungen mit den Worten: Nun bin ich gesund! Nun bin ich gesund! Unser Herr Jesus hat mir den Paradiesgarten gezeigt etc.

Schon aus diesen wenigen Beispielen, die ich aus zahlreichen anderen wegen der interessanten Nebenumstände herausgesucht habe, ist es wohl ersichtlich, dass das expansive Delirium ein ganz charakteristischer Symptomcomplex ist. Der Kranke hat fast stets ein bis zwei Tage vorher eine gewisse Zahl von epileptischen Krampfanfällen überstanden, mindestens ist die Möglichkeit von unbemerkt vorübergegangenen rudimentären oder nächtlichen Attaquen niemals ausgeschlossen. Nach Beendigung der Krämpfe bleibt der Kranke dann gewöhnlich einige Zeit, mehrere Stunden bis zu zwei Tagen in einem relativ freien Zustande, der sich nur durch höhere Reizbarkeit und Benommenheit mit unangenehmen Empfindungen von dem gewöhnlichen postparoxysmellen Dämmerungszustande unterscheidet, seltener stellen sich depressive oder gar impulsive Wahnvorstellungen in gröserer Intensität ein. Ohne erneuerten Krampf bricht dann meistens in der Nacht und ziemlich plötzlich das eigentliche Delirium auf Grund von Illusionen und Hallucinationen aus. Es beschränkt sich im Wesentlichen auf einzelne, wenige und ganz bestimmte Vorstellungskreise vom lieben Gott, vom Himmel und vom Paradiese, vom Vaterchen und vom Mutterchen, wie von der Krankheit des Patienten selbst. Im Uebrigen ist dieser, seiner Bewusstseinsstörung entsprechend, zwar auch noch im Bereich anderer Vorstellungskreise ziemlich verwirrt, aber doch nicht derartig der Ideenflucht unterworfen, dass er nicht im Stande wäre, auf gewisse concrete Fragen entsprechende Antworten zu geben; auch isst und trinkt der Kranke meistens ganz gut, wenn er daran erinnert wird, und selbst der Schlaf ist gewöhnlich nicht in hohem Masse gestört. Er spricht Nachts zwar öfters stundenlang mit dem lieben Gott oder betet in scheinbar „recht verständiger Weise“, aber er bleibt doch dabei meistenthils im Bett und schläft, abgesehen von jenen Unterbrechungen, ganz fest. So dauert dies expansive Delirium in der Regel etwa drei Tage, nur selten hält es länger an, aber dann stets mit deutlichen Remissionen

und Exacerbationen, die ihrerseits häufig mit intercurrenten Krampfanfällen in Verbindung stehen. Das Delirium geht endlich fast ausnahmslos durch einen längeren und tieferen Schlaf in Aufklärung über, soweit natürlich der intervalläre Zustand eine solche gestattet. Nachher hat der Kranke immer nur eine summarische Erinnerung an den Vorgang, er weiss es zwar und sagt es auch gewöhnlich unaufgefordert, dass er krank gewesen sei, aber die Einzelheiten selbst, der allgemeine Inhalt der geäusserten Wahnvorstellungen sind ihm nicht im Gedächtniss geblieben. Auch der weitere Verlauf ist für diese Form eigenthümlich, denn während die anderen postepileptischen Geistesstörungen gewöhnlich wiederkehren, sobald die Voraussetzungen, z. B. gehäufte Krämpfe gegeben sind, zeigt sich das expansive Delirium erst nach durchaus unregelmässiger Dauer der Pause einmal wieder, ja es können viele Monate und Jahre mit häufigen Krampfparoxysmen ergehen, ehe mal wieder eine Exstase zu beobachten ist.

Im Obigen wurde nun versucht, die Bewusstseinsstörung, die im ursächlichen Zusammenhänge mit dem während des Krampfanfalles totalen Bewusstseinsverluste steht, genauer zu schildern und aus ihr die übrigen Formen der klinisch so verschiedenen postepileptischen Geistesstörungen dadurch abzuleiten, dass man annahm, es träten zu dem allen gemeinsamen „Dämmerzustande“ nur noch spezifische Hallucinationen und Delirien hinzu. Auf diese Weise wurden vier neue Symptomkomplexe entworfen, doch gelangen diese, wie jetzt bemerk't werden muss, immerhin nur selten isolirt zur Beobachtung. Meistens gestaltet sich das klinische Bild der postepileptischen Geistesstörung in Wirklichkeit der Art, dass innerhalb eines, wie stets, die Grundlage bildenden Dämmerungszustandes mit oft nicht unbedeutenden Schwankungen in der Tiefe desselben, dann, wenn es überhaupt noch zu weiteren Störungen kommt, eins jener specifischen Delirien in Erscheinung tritt, aber nach unbestimbarer Dauer oft ganz unerwartet einem anderen Platz macht, so dass die ganze Störung während ihres Verlaufs bald von dieser, bald von jener Form ein Stück darzustellen scheint, oder aber es können, besonders bei inveterirter Epilepsie, jene oben scharf getrennten Symptomkomplexe noch enger mit einander verschmelzen; es bildet sich dann ein unklares Delirium, aus dem zeitweilig melancholische persecutorische oder impulsive Wahnvorstellungen auf Grund von entsprechenden Hallucinationen in lebhaftem Wechsel ausbrechen. In diesen Fällen kann der Dämmerungszustand Tage und Wochen, ausnahmsweise noch

länger, wie beim sogenannten psychischen Status epilepticus zu beobachten sein, während jene mehr intercurrent aufblitzenden Explosionen gewöhnlich nur Minuten, höchstens Stunden lang anhalten und oft ebenso rapid, wie sie sich entwickelt haben, wieder verschwinden. Allein das expansive Delirium macht, wie schon bemerkt, von diesem Verhalten eine Ausnahme, da es gewöhnlich selbstständig bleibt und nur sehr selten einmal mit anderen Formen in engere Verbindung tritt.

Nachdem soweit der Inhalt der postepileptischen Delirien geschildert ist, bleibt noch übrig das zeitliche Auftreten derselben zu betrachten. Da es sich aber für uns ja nur um diejenigen psychischen Störungen handelt, die in einem directen Zusammenhang mit einem epileptischen Anfall stehen, so hat man natürlich neben dem Paroxysmus, neben der absoluten Bewusstlosigkeit im „normalen Anfall“, hauptsächlich mit zwei Möglichkeiten der zeitlichen Verbindung zu rechnen: einmal können die geistigen Störungen der completen Attaque vorausgehen oder sie folgen ihr nach; im dritten Fall zeigen sie sich sowohl vor- als nachher und viertens ist es nach den früheren Auseinandersetzungen noch denkbar, dass der epileptische Anfall ein rudimentärer bleibt, dass die motorischen Symptome ganz oder doch fast ganz fehlen, während die psychischen die gesamte Aufmerksamkeit auf sich ziehen: es kommen dann bekanntlich die sogenannten Aequivalente zur Beobachtung, und endlich muss noch berücksichtigt werden, das paroxysmelle und äquivalente Störungen mit einander in bunter Reihe abwechseln können. Ueber die relative Häufigkeit dieser verschiedenen Eventualitäten giebt die folgende kleine Tabelle einen annähernden Aufschluss.

Gewöhnlich stellten sich ein	M.	Fr.	Sa.
Praeparoxysmelle Störungen..... bei	2	3	5
Postparoxysmelle Störungen..... "	27	7	34
Prae- und postparoxysmelle Störungen..... "	11	2	13
Aequivalente allein..... "	1	1	2
Aequivalente und paroxysmelle Störungen..... "	7	2	9

In klinischer Hinsicht ist die Trennung dieser Formen übrigens völlig irrelevant, der Verlauf ist immer derselbe, ob die Störung nun vor oder nach dem Krampfanfall eintritt; auch die Aequivalente bieten als solche keine besonderen Eigenthümlichkeiten, sondern sie passen ganz genau in den Rahmen der eigentlichen Dämmerzustände hinein, na-

türlich abgesehen davon, dass ein ausgebildeter Krampfanfall nicht beobachtet werden kann.

Wohl aber möchte ich hier noch hervorheben, dass die postepileptischen Geistesstörungen fast stets bei demselben Individuum in constanter Weise sich abspielen, d. h. wenn bei einem Patienten einmal zum Beispiel ein präparoxysmeller Dämmerungszustand oder Delirium eingetreten ist, so ist es die Regel, dass ein solcher auch für die Zukunft gewöhnlich den Anfällen vorausgeht, fast nie wird es vorkommen, dass die nächste psychische Attaque rein postparoxysmell auftritt; wohl aber kann sich im weiteren Verlauf der Krankheit zu einem vorausgehenden Delirium noch ein nachfolgendes hinzugesellen, und umgekehrt; ganz besonders oft natürlich bei gehäuften Krämpfen, wo die zeitlichen Grenzen ja ganz undeutlich werden müssen. Bei den Aequivalenten ist eine derartige Trennung überhaupt nicht durchzuführen, da hier ja nicht zu entscheiden ist, in welchem Moment der rudimentäre Anfall sich auf der Höhe befindet.

Im Uebrigen ist es als das normale Verhalten anzusehen, dass die ersten Krampfanfälle, die den betreffenden Patienten überhaupt heimsuchen, sich ohne weitere Störungen abwickeln; erst nach Jahren gewöhnlich treten mit dem Wachsen des Schwachsinns zu der leichten Benommenheit vor oder nach dem Anfall ausgeprägte Dämmerzustände hinzu. Sind diese aber erst einmal zum Vorschein gekommen, so stellen sie sich auch in der Folge häufiger wieder ein, oft mit jedem Krampfanfall, öfters allerdings nur dann, wenn die Krämpfe einige Zeit ausgesetzt haben und sich nun gleichsam mit vermehrter Heftigkeit bemühen, die verlorene Zeit wieder einzuholen: in diesem Falle kommt es dann fast regelmässig zur Ausbildung besonders intensiver Störungen; ganz ausnahmsweise kann gleich die erste epileptische Attaque im Leben von hochgradigen Anomalien der Psyche begleitet sein. So kamen in unserer Anstalt mehrere Fälle zur Beobachtung, in denen eine anscheinende Tobsucht bei bis dahin ganz gesunden Personen nach einer Dauer von 8—14 Tagen plötzlich durch gehäufte epileptische Krämpfe coupirt wurde, bis bald darauf analog verlaufende „Recidive“ sich einstellten; einmal konnte, wie ich nebenbei bemerken will, eine Frau von 26 Jahren, die ebenfalls unter den Erscheinungen einer frischen Tobsucht mit ausgesprochen religiösem Delirium aufgenommen werde, und deren Recidive ebenso wie der erste Anfall, nach einer Dauer bis zu 2 Monaten stets durch einen einzigen Krampf beendet wurden, doch noch als anscheinend völlig geheilt entlassen werden. Im Uebrigen ist bekanntlich ein so günstiger Ausgang eine leider recht seltene Ausnahme: eine seit Jahren

constatirte Heilung ist mir nur noch von einer anderen Patientin bekannt geworden, von einer Kranken, welche 1850 wegen epileptischer Geistesstörung aufgenommen werden musste und deren seit der Kindheit bestehende Krämpfe sich mit der Menopause ganz verloren, so dass sie nach einem 23jährigen Aufenthalte in der Irrenanstalt mit einem geringen Grade von Schwachsinn 1873 entlassen werden konnte und seitdem völlig von der Epilepsie befreit geblieben ist. Von 7 weiteren Kranken, die die Anstalt als anscheinend genesen verliessen, haben fünf keine späteren Nachrichten von sich gegeben, die beiden andern aber sind wieder erkrankt.

Der gewöhnliche Verlauf ist bekannt: die Krämpfe verlieren mit den Jahren an Häufigkeit; die prä- und postparoxysmellen Dämmerzustände werden immer länger dauernd, bis oft kaum mehr ein Intervall zu beobachten ist, auch verlieren sie dabei an Intensität des Deliriums und werden einförmiger. Zuletzt verbringt der Kranke seine Existenz in mehr oder weniger ausgebildeter blödsinniger Apathie, die in ihrer trostlosen Oede immer seltener von einem schnell auflackernden Erregungszustande unterbrochen wird. Die durchschnittliche Dauer des Aufenthaltes in der Anstalt bis zum Tode betrug, wie wir weiter unten genauer sehen werden, bei 91 verstorbenen Epileptikern kaum 7 Jahre.

Ich lasse jetzt zum Schluss noch die Mittheilung der numerischen Resultate folgen, die sich in Bezug auf einige interessante Fragen aus den Allenberger Beobachtungen ergeben haben. Diese erstrecken sich nun im Ganzen auf 150 Epileptiker, doch sind natürlich nicht über alle Kranke gleich ausführliche Angaben zu erlangen gewesen, da besonders die anamnestischen Ereignisse oft in nicht genügender Weise berücksichtigt sind, und man ist daher zur Beurtheilung mancher Verhältnisse auf eine weit geringere Zahl von Beobachtungen angewiesen. Es wird schon hierdurch die Sicherheit der statistischen Resultate herabgesetzt, noch mehr aber durch die Subjectivität mancher Voraussetzungen, unter denen man die Erscheinung einzelner Symptome betrachtet. Wie verschieden werden zum Beispiel die Grenzen zwischen häufigem und seltenem Auftreten von Krämpfen gezogen, wie trennt man leichte und schwere Anfälle, wo beginnt eine wirkliche Geistesstörung, das sind alles Fragen die selbst von einem Sachverständigen nur nach seinem subjectiven Gutdünken beantwortet werden können; wie wird ein Laie verfahren, der gerade auf diesem Gebiet anamnestische Mittheilungen geben soll? Es können daher die folgenden Zahlen und besonders zum Vergleich mit

anderen Angaben der Autoren, nur mit Vorsicht benutzt werden und ich bitte sie nur unter diesem Vorbehalt zu betrachten.

I. Geschlecht und Heredität.

Unter den 150 Epileptikern (incl. 29 epileptischer Idioten), deren Krankengeschichten die Grundlage dieser Arbeit bilden, befinden sich 91 Männer und 59 Frauen. (60,7 : 39,3 pCt.) Doch ist die wirkliche Zahl aller seit der Eröffnung der Allenberger Anstalt aufgenommenen Epileptiker eine wesentlich andere, da über einige ältere Fälle nur ganz unzureichende Notizen vorliegen, und da diese in Folge dessen von mir gar nicht benutzt worden sind. Und zwar gab es unter den ersten 2294 Geisteskranken, die überhaupt zum ersten Mal in Allenberg aufgenommen sind — bis zu jener Zeit reicht eine früher vom Director Dr. Jensen ausgearbeitete und zum Theil veröffentlichte Statistik — im Ganzen 144 Epileptiker, gleich 6,27 pCt. aller ersten Aufnahmen, ein Verhältniss, das auch mit den übrigen Angaben übereinstimmt: so betrug beispielsweise die Zahl der in die 118 preussischen Irrenanstalten im Laufe des Jahres 1875 aufgenommenen Geisteskranken 5973 (3458 M. + 2515 W.) und hiervon waren 360 epileptisch = 6,1 pCt. (6,2 : 5,6 pCt.), wie in: Preussische Statistik, Heft XLIII, p. 123 mitgetheilt ist. Jene 144 Epileptiker vertheilen sich aber auf 80 Männer und 64 Frauen, d. h. auf 55,5 und 44,5 pCt., während diese 360 aus 217 Männern und 143 Weibern bestehen, also im Procentsatz von 60,2 zu 39,8 pCt. Hiernach ist es wohl zweifellos, dass mehr epileptische Männer in Irrenanstalten aufgenommen werden, als Weiber; wahrscheinlich wird aber hieraus noch zu schliessen sein, dass erstere überhaupt leichter der postepileptischen Geistesstörung verfallen als letztere, da gerade die Kranken dieser Art sich gewöhnlich bald in der Familienverpflegung unmöglich machen und daher in annähernd gleichem Verhältniss für beide Geschlechter einer Anstalt übergeben werden dürften. Jene Annahme ist wohl um so berechtigter, als nach den übereinstimmenden Schätzungen der Beobachter einfache Epilepsie bei Frauen häufiger vorkommt als bei Männern; haben diese aber trotzdem ein Uebergewicht in den Anstalten, so müssen eben secundäre Störungen des Geistes bei ihnen häufiger die Epilepsie begleiten, als bei den Frauen.

Ueber hereditäre Belastung lagen nur bei 124 Epileptikern Notizen vor und zwar wurde bei diesen eine neuropsychopathische Anlage bei 38 = 30,6 pCt. bejaht und bei 86 = 69,4 pCt. verneint.

II. Alter und Ursache beim Ausbruch der Epilepsie.

Die auf diese Fragen Bezug habenden Resultate habe ich in den folgen Tabellen kurz nebeneinander gestellt. Doch blieben nach Ausscheidung der 29 Idioten und weiterer 21 zu ungenau charakterisirte Kranken gerade nur 100 Fälle zur Verwerthung.

	Unbe-kannte Ursache.		Schreck		Ge-müths-begeg-nung.		Trauma		Orga-nische Krank-heit.		Potato-rium.		Menses und Puer-per.	Summa		Sa.
Alter	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
0—1	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	5
1—2	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3
2—3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
3—4	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
4—5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
5—6	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	1	3
6—7	1	2	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	2	3	5
7—8	1	1	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	1	4	5
8—9	1	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	2	4
9—10	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	1	—	—	1	2	3
10—11	3	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	4
11—12	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1
12—13	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
13—14	2	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	5
14—15	4	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	5	2	7
15—16	4	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	5	3	8
16—17	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	5
17—18	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
18—19	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3
19—20	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	4
20—30	4	—	1	2	1	—	—	—	—	1	1	3	4	10	7	17
31—40	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	2	1	5	1	6
41—50	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	1	2	3
51—60	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	2
60—70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Summa	44	11	4	10	4	1	3	3	6	2	6	6	67	33	100	

In der folgenden Tabelle habe ich in gleicher Anordnung das Alter und die Ursachen beim Ausbruch der Epilepsie allein für die 35 hereditär belasteten Epileptiker zusammengestellt.

	Unbe-kannte Ursache.		Schreck		Ge-müths-begeg-nung.		Trauma		Orga-nische Krank-heit.		Potato-rium.		Menses und Puer-per.		Summa		Sa.
Alter.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	
0—1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1
1—2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
2—3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3—4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4—5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5—6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1
6—7	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1
7—8	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	3	3	3
8—9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9—10	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1
10—11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11—12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12—13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13—14	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3
14—15	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
15—16	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	3
16—17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17—18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18—19	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
19—20	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
20—30	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	3	—	—	1	5	2	7
31—40	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	2
41—50	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
51—60	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1
?	1	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	3	4
Summa	13	4	1	3	2	1	1	2	1	1	4	—	2	22	13	35	

Ich stelle nun zum leichteren Vergleiche noch die Endzahlen sowohl für alle 100, als auch für die 31 hereditär belasteten Epileptiker (nach Abzug der 4 Fälle, in denen das Alter beim Ausbruch der Epilepsie nicht bekannt war), und die entsprechenden Angaben über 24 Idioten, die gleichzeitig epileptisch waren, nebeneinander.

(Die hierher gehörige Tabelle siehe nebenseitig.)

Es geht aus diesen Tabellen hervor, dass die für die weitere Entwicklung des Individuums so wichtigen Lebensabschnitte, die Perioden der Dentition und der Pubertät, bei den Idioten nur einen unbedeutenden Einfluss auf die Entstehung der Epilepsie ausüben. Die grosse Mehrheit aller Idioten, die überhaupt epileptisch wurde,

Alter.	100 Epilept.		31 heredit. Epilept.		24 epil. Idioten.				100 Epil.		31 hered. Epilept.		24 epil. Idiot.		
Jahr	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Perioden:	Jahr	pCt.	pCt.			pCt.	pCt.	
0—10	32	32	8	25,8	19	79,2	I. Dentition	0—3	10	6,5	33,3				
10—20	40	40	12	38,8	4	16,6		3—6	5	3,3	29,1				
21—30	17	17	7	22,5	1	4,2	II. Dentition	6—9	14	12,9	12,5				
31—40	6	6	2	6,4	—	—		9—13	10	3,3	8,3				
41—50	3	3	1	3,2	—	—	Pubertät	13—17	25	25,8	12,5				
51—60	2	2	1	3,2	—	—		17—20	8	12,9	0				
60—70	—	—	—	—	—	—		21—70	28	35,3	4,2				
Sa.	100	100	31	99,9	24	100						Sa.	100	100,0	99,9

wurde es bereits im ersten Jahrzehnt und zwar in fast stetig mit den Jahren abnehmender Häufigkeit, während bei den übrigen Epileptikern ein zweifelloser Zusammenhang des Ausbruchs der Krankheit mit bestimmten Entwickelungsstufen existirt. Worauf derselbe beruhen mag, lässt sich zur Zeit natürlich noch nicht angeben, doch dürfte wohl anzunehmen sein, dass während jener Epochen in der Entwicklung, die wahrscheinlich mit einer relativ besseren Ernährung des Körpers gegenüber der des Gehirns zu anderen Zeiten einhergehen, die Widerstandsfähigkeit des gesamten Nervensystems herabgesetzt ist, und dass nun die etwa hinzutretenden, gewöhnlich aber nicht genauer bekannt gewordenen Gelegenheitsursachen, wie Schreck, Gemüthsbewegungen etc., ein leichteres Spiel haben, das vasomotorische Centrum unter ihre energische Herrschaft zu bringen. Indess ist noch hervorzuheben, dass von den 31 hereditär belasteten Individuen fast die Hälfte (48,2 pCt.) und von allen Epileptikern durchschnittlich doch noch 36 pCt. erst nach dem 17. Lebensjahr erkrankt sind.

Für die 55 pCt. ist keine nähere Gelegenheitsursache zu ermitteln gewesen, von den Hereditariern allein, für 48,5 pCt.; die angegebenen Ursachen selbst vertheilen sich aber wie folgt:

	Durchschnittlich:		Hereditarier allein:	
	pCt. der sämmtlichen 100 Epil.	pCt. der 45 mit Angaben.	pCt. der sämmtlichen 35 Heredit.	pCt. der 18 mit Angabe der Ursache.
Schreck	14,0	31,1	11,4	22,2
Gemüthsbewegung ...	5,0	11,2	8,6	16,7
Trauma	6,0	13,3	8,6	16,7
Organ. Krankheit ...	8,0	17,8	5,7	11,1
Potatorium	6,0	13,3	11,4	22,2
Puerperium und Menstruation	6,0	13,3	5,7	11,1
	45,0	100,0	51,4	100,0

Auffallend ist hiernach die Häufigkeit, mit der Schreck und Gemüthsbewegungen den Anlass zum Ausbruch der Epilepsie gegeben haben: Beide zusammen bilden durchschnittlich 42,3 pCt., bei den Hereditariern 38,9 pCt. aller notirten Gelegenheitsursachen, und für das weibliche Geschlecht allein berechnet, gar 50 pCt. resp. 44,5 pCt.

III. Frequenz der Geistesstörungen und Dauer der Epilepsie bis zu ihrem Ausbruch und bis zum Tode.

Es ist bis jetzt noch nicht möglich, auf die in der obigen Ueberschrift enthaltenen Fragen sichere Antworten zu geben, und ich muss mich daher auf Schätzungen beschränken, die jedenfalls nur einen subjectiven Werth haben, je nach den persönlichen Anforderungen, die man an die Ausdehnung der Definition: Schwachsinn, leichte oder schwere Anfälle etc. stellt; die Hauptschwierigkeit liegt aber darin, dass die Gesamtzahl der Epileptiker eines bestimmten Landes leider noch niemals festgestellt werden konnte, und dass man in Folge dessen nur auf annähernde Schätzungen angewiesen ist, die noch dazu auf den wenig zahlreichen Ermittelungen in verhältnissmässig zu kleinen Bezirken basiren. Daher ist auch der Procentsatz, bei wie vielen der Epileptiker sich überhaupt Geisteschwäche ausbildet, zur Zeit noch so gut wie unbekannt. Denn etwa die Zahl der Aufnahmen in die Irren- und Siechenanstalten ist hierzu kaum zu verwerten, da ja meistens nicht die Demenz, sondern der psychische Erregungszustand die Verpflegung in einer Anstalt nothwendig macht, und da nur ein gewisser Theil selbst der verblödeten Kranken in einen solchen verfällt. Die Uebrigen werden eben zu Hause oder in

gewöhnlichen Hospitälern verpflegt, so gut es geht. Trotzdem wird sich ein Minimalsatz, wie viel Epileptiker mindestens psychische Defekte darbieten, annähernd entwickeln lassen.

Abgesehen von den älteren Autoritäten, die wie z. B. Esquirol bei etwa 80 pCt. Geistesstörung mit Demenz annehmen, und auch den Rest als verdächtig betrachten, hat Russel Reynolds (Epilepsie, deutsch v. Beigel, Erlangen 1865) eine sorgfältige Statistik zu entwerfen gesucht. Er giebt zunächst an, dass Epilepsie nur selten in Londoner Polikliniken zur Behandlung kommt, nur 0,38 pCt. der Kranken leiden an dieser Krankheit (l. c. p. 122). Um so häufiger ist sie ihm natürlich als Specialisten zur Beobachtung gekommen; genauere Angaben hat er aber doch nur über 62 Fälle aus seiner Privatpraxis gesammelt. Den intervallären psychischen Zustand — von den Erregungszuständen etc. müssen wir ganz absehen, da diese ja nur vorübergehend als Transformationen der paroxysmellen Bewusstseinslähmung auftreten und sich daher gleich beim ersten epileptischen Anfall zeigen können — hat er nun nach der Grösse des Defects in vier Rubriken untergebracht. Die Individuen der ersten Classe zeigten „keinerlei Veränderung ihrer geistigen Capacität, wie sie vor dem Ausbruch der Epilepsie vorhanden war, und sie besassen ihrer Lebensstellung und ihrer Erziehung gemäss das volle durchschnittliche Mass der geistigen Kraft und Ausbildung“. Der zweiten Classe entspricht eine Abschwächung des Gedächtnisses für die Ereignisse der Gegenwart, bei der dritten tritt noch erschwerende Auf-fassung neuer Ideen hinzu, während die vierte diejenigen Fälle umfasst, welche die Merkmale der zweiten und dritten Classe, aber in einem höheren Grade und ausserdem mehr oder minder Verwirrung der Ideen darbieten“. Nach dieser Eintheilung, die übrigens die höheren Grade des Schwachsinn gar nicht berücksichtigt, und wie es scheint, nur solche Individuen betrifft, die ohne zu grosse Störung noch in der Familie leben konnten (Privatpraxis!) hat er folgende Tabelle entworfen.

Classe	Männer.	Weiber.	Summa.	pCt.
I.	16	8	24	38,7
II.	10	10	20	32,25
III.	4	5	9	14,51
IV.	4	5	9	14,51
Summa	34	28	62	100,0

Hiernach sind also im besten Falle von den Epileptikern, die noch ausserhalb einer Anstalt in ihren gewohnten Verhältnissen zu leben im Stande sind, nur 38,7 pCt. ganz intact; wahrscheinlich wird aber von diesen noch ein grösserer Theil im Laufe der Zeit der Demenz verfallen. Die höheren Grade des postepileptischen Blödsinns, die Reynolds nicht einmal berücksichtigt hat, sind übrigens häufig mit derartigen Erregungszuständen combinirt, dass ihre Unterbringung in eine Verpflegungsanstalt zu wünschen ist, und ich glaube daher annehmen zu können, dass von ihnen mindestens derselbe Procentsatz thatsächlich in einer Irrenanstalt untergebracht ist, wie von anderen Geisteskranken, bei der sogenannten Gemeingefährlichkeit der Epileptiker wahrscheinlich sogar ein bedeutend höherer. Für das Königreich Preussen würden dies also mindestens 25 pCt. sein. Da nun 1875 in den 118 Anstalten für Geisteskranke 1047 Epileptiker verpflegt wurden, so lebten ausserhalb noch ungefähr drei Mal so viel = 3150 hochgradig demente und aufgeregte Epileptiker. Da nun andererseits nach einer ungefähren Schätzung, wie sie Sponholz in der Allg. Zeitschr. f. Psych. XXVIII. p. 575 erwähnt, in Deutschland etwa 100000 Epileptiker, also in Preussen ungefähr 60000 sich finden, so wären hiernach zum wenigsten 4200 (1047 und 3150) gleich 6,7 pCt. aller lebenden Epileptiker hochgradig dement und aufgereggt, und mit Benutzung der Russel Reynolds'schen Procentsätze würden höchstens 21600 = 38,7 pCt. der überhaupt noch in der Familie verpflegbaren 55800 Epileptiker zur Zeit geistig intact sein. Man könnte hiernach als ein ungefähres Verhältniss annehmen, dass von 100 lebenden Epileptikern 36 geistig normal, 57 schwachsinnig und 7 blödsinnig und aufgereggt sind; wahrscheinlich ist indess ein zu hoher Procentsatz als geistig intact aufgeführt: Voisin z. B. fand, wie ich hier beiläufig noch mittheilen will, im Bicêtre unter 210 Epileptikern nur 26, d. h. 12,3 pCt. und unter 148 aus seiner Privatpraxis gar nur 10, d. h. 6,7 pCt. geistig normal. (Annal. médico-psychol. 1878, Januarheft, p. 25.)

Ueber die Vertheilung der epileptischen Geisteskranken auf die einzelnen Berufsklassen der ostpreussischen Bevölkerung giebt die folgende Tabelle Aufschluss, die übrigens nur einen Auszug aus der schon oben erwähnten und alle Geisteskrankheiten betreffenden Statistik darstellt, welche bereits früher, im Jahresbericht über Allenberg für 1878 vom Director Dr. Jensen veröffentlicht ist. Sie enthält die hierher bezüglichen Angaben über die sämmtlichen 2294 Ostpreussen, die bis zum 1. April 1879 zum ersten Mal in die Allenberger Irrenanstalt aufgenommen worden sind, und zwar trennt sie bei den ein-

zelnen Berufsclassen noch die selbstständigen Individuen in denselben von denen, die nur als Angehörige jener mit zu ihnen gerechnet werden müssen.

Es wurden also aufgenommen:

	Beruf.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	All. Irre,	All. Epileptiker.	pCt. der Epilept. von den Irren.	
	Selbstständige Irre.	Selbstständige Irre.		Unselbstständige Irre.		Selbstständige Epileptiker.		Unselbstständige Epileptiker.		pCt. der selbstständig. Epil. von den selbstständ. Irren.		pCt. der unselbstständig. Epil. von d. unselbstständ. Irren.		Alle Irre,		Alle Epileptiker.	
a.	Landwirthschaft, Viehzucht	265	9	91	238	19	—	9	10	7,17	—	9,8	4,2	620	40	6,4	
b.	Jägerei, Fischerei	8	—	3	6	—	—	1	1	—	—	33,3	16,6	—	—	—	
c.	Baugewerbe	49	—	2	19	2	—	2	—	4,0	—	100,0	—	480	22	4,6	
d.	Industrie	243	32	19	116	10	—	4	4	4,1	—	21,0	3,4	—	—	—	
e.	Handel	123	1	5	57	2	—	—	2	3,4	—	—	3,5	264	9	3,4	
f.	Verkehr	36	—	4	38	—	—	1	4	—	—	25,0	10,5	—	—	—	
g.	Handarbeiter, Ge- sinde	77	156	18	82	7	10	2	5	9,1	6,4	11,1	6,1	333	24	7,2	
h.	Armee, Flotte....	38	—	3	18	—	—	3	1	—	—	100,0	5,5	59	4	6,7	
i.	Polizei, Gensd'ar- merie	6	—	—	11	—	—	—	1	—	—	—	9,1	334	15	4,5	
k.	Anderer Beruf ...	161	22	16	118	4	—	5	5	2,5	—	31,2	4,2	—	—	—	
l.	Ohne Beruf	78	100	5	21	9	19	—	2	11,5	19,0	—	9,5	204	30	14,7	
m.	Summa	1084	320	166	724	53	29	27	35	4,7	9,06	16,2	4,8	2294	144	6,27	

Um diese Zahlen noch übersichtlicher zu machen stelle ich sie in der folgenden Tabelle zusammen mit den Ergebnissen der Volks-

Cfr. vorige Ta- belle.	Dem Beruf nach gehörten also an: der	Am 1. De- cember 1871.	2294	144	pCt. der Bevöl- kerung	pCt. der Irren.	pCt. der Epil.
a. + b.	Landwirthschaft, Jagd etc..	686172	620	40	37,6	27,4	27,7
e. + d.	Handwerk, Industrie	282677	480	22	15,5	20,9	15,27
e. + f.	Handel, Verkehr.....	90256	264	9	4,95	11,5	6,2
g.	Tagelöhner, Gesinde	582487	333	24	31,9	14,5	16,6
h.	Armee, Flotte.....	13865	59	4	0,76	2,1	2,7
i. + k.	Anderer Beruf	54987	334	15	3,01	14,5	10,4
l.	Beruflos, Unbekannt.....	112490	204	30	6,1	8,8	20,8
	Summa	1822934	2294	144	99,8	99,7	99,7

zählung (1. December 1871), in welcher Weise sich nämlich die Einwohner der Provinz Ostpreussen auf die einzelnen Berufszweige verteilen, und bitte hiernach den Procentsatz zu vergleichen, in welchem jeder Beruf seinen Theil zu der Gesammtsumme der Irren und speciell der Epileptiker liefert.

Ich habe schon oben erwähnt, dass es fast unmöglich ist, sichere Angaben über die Zeit zwischen dem Ausbruch der Epilepsie und dem der secundären Geistesschwäche in genügender Zahl zu erhalten; die aus den anamnestischen Mittheilungen entnommene Dauer der Krankheit bis zum „Deutlichwerden“ des Schwachsinsns habe ich mit dem Vorbehalt der höchstens annähernden Richtigkeit in der folgenden Tabelle für 54 Fälle zusammengestellt; in den übrigen Krankengeschichten waren die Notizen leider zu ungenau, um die Wahl einer bestimmten Zahlenangabe zu rechtfertigen.

Zahl.	Form des epileptischen Anfalls.	Jahre bis zum Ausbruch des Schwachsinsns.												
		0—1 Jahr.	1—2	2—3	3—5	6—10	11—15	16—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	Sa.
29	M.	4	1	3	4	7	5	3	1	—	1	—	—	29
10	W. W.) nur mit „petit mal“	1	1	3	3	2	—	—	—	—	—	—	—	10 39
12	M. M.) auch mit „petit mal“ (haut mal gewöhnlich sehr selten)	2	3	1	—	3	—	1	1	—	—	—	1	12 15
3	W. W.) Durchschnittlich.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	3
41	M. W.)	6	4	4	4	10	5	4	2	—	1	—	1	41 54
13		3	1	3	3	2	—	—	—	—	1	—	—	13
		9	5	7	7	12	5	4	2	—	2	—	1	54

Berechnet man aber nun aus diesen Zeitangaben die durchschnittliche Dauer der Epilepsie vom Beginn der Krankheit bis zum zweifellosen Ausbruch des postepileptischen Schwachsinsns, so kommt man zu Resultaten, die, wie schon eben erwähnt, mit den bekannten Schlüssen der Autoren in Widerspruch stehen. Denn während die Dauer des Leidens bei 78 Epileptikern ohne Rücksicht auf die Intensität der Anfälle im Durchschnitt 9,3 Jahr beträgt, beschränkt sie sich bei Kranken mit schweren Attaquen auf eine geringere Zahl, nämlich bei 29 Männern auf 8,5 Jahr und bei 10 Frauen gar auf 3,6 Jahr; dagegen bei „petit mal“ und bei Combination von „petit

mal“ mit „haut mal“ beträgt sie bei 12 Männern durchschnittlich 10,12 Jahr und bei 3 Frauen 11,3 Jahr. Hiernach scheint es also, als ob die Demenz mit der Heftigkeit der Krämpfe im geraden Verhältniss wüchse, während im Allgemeinen bisher das Gegentheil angenommen wurde; eine Erklärung dieser Differenz anzugeben, bin ich indess nicht im Stande, wenn sie nicht etwa in der zu subjectiven Beurtheilung dessen, was man unter Schwachsinn versteht, begründet ist. Wollte man übrigens die strikte Richtigkeit der angeführten Zahlen vertheidigen, so brauchte man nur einen genetischen Zusammenhang zwischen der Demenz und den zahlreichen Gehirnerschütterung zu präsumiren, da Kopfverletzungen mit ihren Folgen doch die heftigen Anfälle entschieden häufiger begleiten, als die Schwindelattaquen, in denen der Patient nur selten oder gar nicht zu Boden stürzt: eine Berechtigung zu dieser Hypothese würde sich vielleicht nachweisen lassen, wenn man eine grössere Zahl von Epileptikern mit haut mal auf die Dauer der Prodromalsymptome untersuchen könnte, ob nämlich ein Unterschied in der Schnelligkeit, mit der sich der Schwachsinn ausbildet, bei den Patienten mit kurzer Aura zu constatiren wäre gegenüber denen, die Zeit haben, um sich vor dem Hinstürzen zu schützen: mein Material reicht hierzu nicht aus. Doch scheint die folgende Tabelle ebenfalls dafür zu sprechen: sie trennt die Dauer der Epilepsie bis zum Ausbruch der secundären Schwäche bei Patienten mit seltenen, und bei solchen mit häufigen Anfällen; 23 Kranke der ersten Kategorie wurden erst nach 11,4 Jahren, 20 der zweiten schon nach 3,8 Jahren dement.

Patienten mit	Ausbruch der Psychose nach Jahren											Sa.	
	0	1—2	2—3	3—5	6—10	11—15	16—20	21—25	26—30	31—35	36—40		
seltenen Anfällen	3	2	2	1	5	5	1	1	—	2	—	1	23
häufigen Anfällen	6	1	5	2	5	—	1	—	—	—	—	—	20
Alle zusammen...	9	3	7	3	10	5	2	1	—	2	—	1	43

Die durchschnittliche Dauer der Epilepsie bis zum zweifellosen Ausbruch der Demenz beträgt nun bei allen Epileptikern ohne Unterschied 9,3 Jahr, bis zur Aufnahme in die Irrenanstalt aber 14,3 Jahr, wie aus der kleinen folgenden Tabelle hervorgeht; die die Endzahlen

über das Alter der Allenberger Patienten in den Hauptepochen ihres Lebens zusammenstellt.

Durchschnittliches Alter bei	Zahl der Epilept.	Jahr.
dem Ausbruch der Epilepsie	124	14,6
dem Ausbruch der Psychose	78	23,9
der Aufnahme in Allenberg	150	28,9
dem Tode	91	35,4

Der Tod erfolgte übrigens auch nach unserer Beobachtung verhältnismässig sehr häufig im Anschluss an gehäufte Krampfanfälle, also durch Oedem oder Extravasat im Gehirn und seinen Häuten; sonst waren es vorzugsweise Lungenentzündungen mit schleichendem Verlauf, die das trostlose Leben der verblödeten Epileptiker beendeten.