

XIX.

Epilepsie und Geisteskrankheit.¹⁾

Von

Theodor Lapiński,

Abteilungschefarzt im St. Johannesspital in Warschau.

~~~~~

Den Stoff zu meiner Arbeit lieferte mir die entsprechende Literatur der letzten acht Jahre, sowie 86 selbstbehandelte und mir von Kollegin Suszczynska zur Verfügung gestellte 2 Fälle. Von 36 Epileptikern bemerkte ich bei 28 grössere Intensivität und Ungleichmässigkeit der Reflexbewegungen der Sehnen und der Haut, Asymmetrie der Muskelnerven des Gesichts, ungleiche Grösse der Pupillen, Schwächung des Gesichts und des Gehörs, fehlerhafte Sprachäusserungen, lebhafte Zuckungen der Augen und andere, eine Störung des zentralen Nervensystems andeutende Symptome. In 10 Fällen waren die epileptischen Anfälle unlängst eingetreten, waren selten und gewöhnlich von kurzer Dauer, auch kehrten die Kranken bald zu ihrer Tätigkeit zurück. Unter den anderen Epileptikern waren 15 in geringem Grade stumpfsinnig und besorgten im Hospital mehr oder weniger komplizierte Arbeiten; die übrigen endlich waren infolge hochgradigen Stumpfsinnes durchaus arbeitsunfähig. Die Epilepsie ist ein gewöhnlich fieberloses Leiden von langer Dauer, von welchem das zentrale Nervensystem betroffen wird; intermittente Epilepsieanfälle werden bald von, in Typus und Intensivität verschiedenen, Zuckungen mit stärkeren oder schwächeren Geistesstörungen, bald von Schwindel- und Ohnmachtsfällen, oder aber auch von Geistesstörungen ohne Zuckungen begleitet. Wie die meisten Autoren, neige auch ich zu der Ansicht, dass die Epilepsie sich auf Grund anatomischer Veränderungen im Gehirn entwickelt. Derartige Veränderungen treten oft infolge rückständiger oder fehlerhafter Entwicklung des Gehirns auf, öfters auch infolge von hochgradigen und langwierigen Erkrankungen des Schädels, der Hirnrinde und des Gehirns, die sich vor, während oder nach der Geburt einstellen. Es fehlt jedoch

---

1) Vortrag, gehalten in der Sitzung der Neurologisch-psychiatrischen Abteilung in Warschau.

nicht an Autoren, welche, so wie vor allem Binswanger, manche Fälle von Epilepsie für Nervenkrankheiten halten. Die Anfälle von Zuckungen entstehen, Binswanger's Ansicht nach, infolge vorübergehender, zum Ausgleich strebender, jäher Störungen im Gehirn, wohingegen die anatomisch-pathologischen Veränderungen sich erst im Laufe der Zeit infolge wiederholter Ernährungsbeschwerden der Hirnsubstanz einstellen. Die Entstehung der epileptischen Anfälle wird von verschiedenen Autoren in verschiedener Weise erklärt; in dem einen Punkte jedoch stimmen alle überein, dass während des Krampfanfalls im Gehirn Veränderungen vor sich gehen. Daher darf man sich nicht wundern, dass in einem derartigen Zustande die Pupillen nicht auf Lichteindrücke reagieren, dass die Reflexbewegungen der Sehnen und der Haut öfters ungleichmässig, verstärkt oder auch abgeschwächt erscheinen oder überhaupt gar nicht hervorrufbar sind. Während des Krampfanfalls reagieren die Kranken überhaupt gar nicht oder nur schwach auf äussere Anregungen; einer der von mir beobachteten Epileptiker antwortete bereits bei einem Anfall von Kopfweh mit Schwierigkeit oder reagierte überhaupt nicht auf die ihm gestellten Fragen; ein anderer war nach einem Anfall von geringen Zuckungen nicht imstande, sein Bett zu finden.

Nach Dämmerzuständen schwankten manche von den von mir beobachteten Epileptikern beim Gehen, sprachen langsam, indem sie bei manchen Lauten, Silben und Worten stockten, schrieben unleserlich, gleichviel, ob diese Zustände sofort nach dem Zuckungsanfall oder unabhängig davon eingetreten waren. Aufgetragene Handlungen führten sie unbeholfen und ungeschickt aus usw. Dergleichen Symptome sind ein schlagender Beweis, dass auch im Dämmerzustande Veränderungen im Gehirn vorsichgehen.

Bei Beobachtung der Aufnahmefähigkeit, der Gedächtnistätigkeit und der Assimilationsfähigkeit unmittelbar nach Krampfanfällen hörten 8 Epileptiker öfters meine Fragen gar nicht, während 4 andere schlechter als gewöhnlich hörten. Diese Beobachtungen finden in gewissem Grade ihre Bestätigung in den Experimenten Alberti's und Padovani's, welche bei den Epileptikern eine Verzögerung der Auslösung von Sinusreizungen wahrnahmen; andere hingegen bemerkten bei dergleichen Kranken Abstumpfung des Geruchs und des Geschmacks.

Während der Dauer des Dämmerzustandes antworteten die von mir beobachteten Epileptiker nicht gleich, sondern erst nach einiger Zeit, die Fragen mussten öfters wiederholt werden, ehe sie den entsprechenden Ausdruck oder auch den entsprechenden Satz fanden; die Epileptiker wiederholten gewöhnlich eine Reihe von Bewegungen mit den Händen, Füßen, dem Kopfe, dem Rumpfe, begannen Worte, Sätze, ohne sie zu

beendigen, sie orientierten sich schwer in Zeit-, Raum- und in den Verhältnissen der Umgebung.

Bei Erzählung irgend einer Begebenheit während des Dämmerzustandes waren manche der Epileptiker nicht sicher, ob dieselbe sich im Traum oder in Wirklichkeit zugetragen hätte. Der Patient T. z. B. schreibt einen Brief an seinen Kollegen in Petersburg und bittet um Entlassung aus dem Hospital, weil ihm geträumt hatte, sein Bekannter sei Minister geworden. In einem solchen Zustande erweckten bei den Epileptikern öfters geringfügige Begebenheiten, z. B. Veränderungen in der Aufstellung der Möbel, das Ausscheiden eines Kranken aus dem Hospital und ähnliches, verschiedenartigen Verdacht und dienten auch mitunter als Ausgangspunkt für allerlei Einbildungen. Hierbei traten auch mehr oder weniger häufig Halluzinationen und Täuschungen der Sinne, namentlich des Gesichts, auf. Im Dämmerzustande nahm ich gewöhnlich Trübsinn wahr; eigentliche Stockungen habe ich nicht wahrgenommen, da meine Epileptiker sogar bei Zuständen der tiefsten Schwermut, während sie bettlägerig waren, keine Nahrung zu sich nehmen wollten, weinten und über ihr Schicksal klagten, imstande waren, der geringfügigsten Ursachen halber zu schimpfen und mitunter Gewalttätigkeiten gegen ihre Umgebung auszuüben. Im Dämmerzustande hört der Epileptiker nicht, sieht schlecht, verdreht die Worte und bewegt sich unbeholfen, wogegen das mit Stockung behaftete Individuum zwar langsam, aber doch normal hört, sieht, redet und sich bewegt, oder auch mitunter gar nicht redet und bewegungslos daliegt; im ersten Falle haben wir es mit Beschwerden, im anderen mit Stockungen der geistigen Tätigkeiten zu tun. Es kann deshalb in diesem Falle nicht von dem Stadium von Melancholie die Rede sein, welches die manisch-depressive Psychose kennzeichnet, um so mehr, da ich keinen Epileptiker gesehen habe, welcher, gleichviel in welchem Zustande er sich befand, irgend ein Schuldbewusstsein in sich getragen hätte. In den Augen des Epileptikers hat gewöhnlich die ganze Welt Schuld, er selbst nie. Eine seltene Ausnahme bildet, meiner Meinung nach, der Kranke D., bei welchem sich im Dämmerzustande, unmittelbar nach einem epileptischen Anfall, grosse Gesprächigkeit und sogar eine gewisse Unstätigkeit im Aufmerken kundgab.

Trotz der scheinbar leichten Aussprache wiederholte D. in solchem Zustande oft dieselben Worte und Fragen, ohne sie zu beendigen, verdrehte Worte und Sätze, antwortete auch öfters garnicht auf vorgelegte Fragen. Trotz seiner Gesprächigkeit bemerkte ich kein eigentliches Ueberspringen von einem Gegenstand zum anderen. Es machte sich im Gegenteil Geistesarmut geltend; die Aeusserungen D.'s bewegten sich

grösstenteils im engen Kreise seiner eigenen wirklichen oder eingebildeten Erlebnisse. Im Dämmerzustande vollführen manche Epileptiker heftige und zwecklose Bewegungen im Zimmer, wälzen sich auf dem Fussboden, indem sie dabei sich selbst sowie ihre Umgebung Stösse versetzen und dabei unverständliche und unzusammenhängende Worte hervorstossen, während sie entweder garnicht oder schwach auf äussere Eindrücke reagieren. Die bei Epileptikern auftretenden Dämmerzustände unterscheiden sich von dem an Wahnsinn grenzenden Stadium der mit Schwermut verbundenen manischen Psychose durch mehr- oder mindergradige Unsicherheit in der Erkenntnis von Zeit und Raum, durch den Mangel eigentlicher Anregung zum Denken und zu Bewegungen, wobei sich die Neigung, von einem Thema zum anderen überzuspringen, und der Hang zu allerlei Tätigkeiten kundgeben. Meiner Ansicht nach sollte man derartige Zustände, angesichts des Fehlens einer raschen Aufeinanderfolge von Vorstellungen, sowie nach motorischer Erregung eher Gereiztheit als Angeregtheit nennen.

Das Ueberhören von Fragen, das längere oder kürzere Zögern mit den Antworten, der erschwerte sprachliche Ausdruck, die unbeholfene und anormale Art, gegebene Aufträge auszuführen und dergleichen beweisen, dass die Epileptiker im Dämmerzustande, der nach epileptischen Anfällen eintritt, vor allem einer Schwächung der Aufnahme- und der Assimilationsfähigkeit unterworfen sind. Daher kann es nicht Wunder nehmen, dass derartige Kranke sich nicht darauf besinnen, was sie im Dämmerzustande erlebt haben. Bei nach Abramowski's Methode angestellten Untersuchungen des vergessenen Widerstandes liessen die Epileptiker im Allgemeinen, und die im Dämmerzustand befangenen ganz speziell viel von dem, was sie gesehen hatten, aus, übertrugen viele Dinge von einer Vorstellung auf eine andere; besonders deutlich fielen diese Irrtümer bei der zweiten Untersuchung auf; das Ablenken der Aufmerksamkeit hatte auf das eigentliche Resultat wenig Einfluss.

Wenn wir nun den Kranken S. in Augenschein nehmen, der, nachdem er jahrelang an Krampfanfällen gelitten hatte, sich jetzt seit mehreren Tagen, ohne vorhergehende Krämpfe im Dämmerzustande befindet, so fällt uns vor allem sein schwankender Gang auf; auf ihm vorgelegte Fragen antwortet S. nicht gleich, manchmal erwidert er gar nichts oder, statt zu reden, nur durch irgendwelche Bewegungen; eine vorgesagte Zahl war er nicht imstande zu wiederholen, fand sich nicht in sein Bett, wusste nicht Bescheid in Zeit, Raum und in seiner Umgebung. Eine ähnliche Schwächung geistiger Tätigkeit sehen wir bei dem Soldaten T., welcher während der Dauer der epileptischen Auslösung seinen Mantel über das Hemd geworfen und die Stiefel auf die blossen Füsse gezogen, die Kaserne verliess. Als er schlafend in einem Heuschaber gefunden wurde, antwortete er mit sichtlicher Unlust, sprach undeutlich und verwirrt,

ausserdem konstatierte man damals bei ihm Abstumpfung des Schmerzgefühls, sowie auch, dass seine Pupillen in geringerem Grade auf Lichteindrücke reagierten. Einige Tage später hatte derselbe Soldat im Hospital Schwierigkeiten, sich auszudrücken, verstand mitunter die ihm gestellten Fragen nicht, antwortete gewöhnlich erst nach einiger Zeit, orientierte sich schwach in seiner Umgebung und erinnerte sich vieler Umstände aus den letzten Tagen nicht, war endlich die ganze Zeit hindurch niedergeschlagen.

Nicht geringer waren die geistigen Störungen, die man bei P., einem Schüler der Blindenanstalt, beobachtete, der während eines Diktates, einige Stunden vor der Ermordung eines Mitschülers, statt seines Namens, etwas Unlesbares hingeschrieben hatte. Derselbe P. ging während der nächsten Lehrstunde, ohne um Erlaubnis zu fragen, aus der Klasse heraus; als er nach einigen Augenblicken zurückgekehrt war, wunderte er sich, als man ihn darüber zur Rechenschaft zog, und meinte, die Stunde wäre aus gewesen; an demselben Tage klagte er über Kopfweh und innere Unruhe. Unmittelbar nach Ausführung des Mordes lächelte P., sprach verwirrt; als man ihn fragte, was er getan habe, erwiderte er, er habe ihm „etwas versetzt“; am nächsten Tage erinnerte er sich, dass er Stunde gehabt und Cello gespielt habe; was er jedoch nachher getan hatte, darauf konnte er sich nicht besinnen. Krämpfe hatte er nie gehabt. Dieselben Lücken im Gedächtnisse, dieselben unmotivierten Handlungen sehen wir bei dem Kranken K., der im Dämmerzustande zweimal nackt oder in zerrissenem Anzuge an von seinem Wohnort entfernten Stellen angetroffen wurde.

Die angeführten Beispiele beweisen deutlich, dass in Dämmerzuständen grössere oder geringere Störungen im zentralen Nervensystem stattfinden, gleichviel, ob solche Zustände unmittelbar nach Krampfanfällen oder selbständig eingetreten waren, ob der betreffende Kranke vorher an Krämpfen gelitten hatte oder nicht. Beim Beobachten des Dämmerzustandes, welcher bei Fallsucht eintritt, sollte man daher vor allem daran denken, dass derartige Zustände ihre Entstehung Veränderungen im Gehirn verdanken. Die von mir beobachteten Trugvorstellungen, Halluzinationen und Einbildungen traten gewöhnlich sporadisch auf. Von einer Systematisierung der Trugvorstellungen konnte schon deshalb keine Rede sein, weil in derartigen Zuständen, wie ich schon weiter oben erklärt habe, die Geistestätigkeit erschwert ist. Wenn wir nun mit geringgradigem Stumpfsinn behaftete Epileptiker in Augenschein nehmen, d. h. solche Individuen, welche noch imstande sind, eine nicht komplizierte, von intensiver, langdauernder Geistesanstrengung bedingte Arbeit auszuführen, so sehen wir, dass derartige Kranke mehr oder weniger schlecht mit Zeit, Raum und mit ihrer Umgebung Bescheid wissen; nicht immer unterscheiden sie Einbildung und Wirklichkeit; sie sind sich nicht klar bewusst, warum sie im Hospital untergebracht sind; sie sind apathisch, besitzen keinerlei Initiative, denken

wenig und nur flüchtig an ihre Zukunft, besitzen dabei ein erhöhtes Selbstgefühl, sprechen gewöhnlich langsam, haben Schwierigkeiten im Ausdruck, beginnen Worte und Sätze, die sie nicht endigen.

Bei Fällen von hochgradigem Stumpfsinn, in denen der Epileptiker überhaupt arbeitsunfähig ist, unterscheidet sich sein gewöhnlicher Zustand nur quantitativ von dem Verhalten desselben Kranken im Dämmerzustande, der unmittelbar nach Krampfanfällen einzutreten pflegt. So versteht z. B. der Schüler J. im gewöhnlichen Zustande rascher, worum man ihn fragt, orientiert sich etwas leichter in Zeit, Raum und Umgebung, kann sich jedoch oft nicht besinnen, wie man irgend einen Gegenstand nennt; beim Schreiben lässt er Buchstaben und Silben aus, verdreht Worte usw.; wenn sich die geistigen Störungen legen, gibt auch die Verstärkung oder die Abschwächung der Reflexbewegungen der Sehnen und der Haut nach, und deren ungleiche Dauer wird ausgeglichen. Aus dem eben Gesagten erhellt, dass die in der Epilepsie auftretenden Zustände von Dämmerung und von Stumpfsinn eine mehr oder weniger abgeschwächte Orientationsfähigkeit hinsichtlich Zeit, Ort und Umgebung, Schwerfälligkeit der Sprache, der Bewegungen und der Handlungen miteinander gemein haben.

Man kann dem zufolge den Dämmerzustand als ein vorübergehendes Stadium von Stumpfsinn ansehen. Begreiflicherweise ist es in weit vorgerückten Fällen oft schwer festzustellen, ob wir Dämmerung oder den gewöhnlichen Zustand des Kranken vor uns haben.

Dem Allen nach können von Epilepsie herbeigeführte Geistesstörungen sich ebensowohl durch Krampf- oder Ohnmachtsanfälle mit höher- oder mindergradiger Bewusstlosigkeit äussern, als auch durch Krampfparoxysmen oder auch ganz selbständig erscheinende Dämmerzustände, oder endlich durch Stumpfsinn verschiedenen Grades. In allen derartigen Störungen ist, wie ich hervorgehoben habe, vor allem die Fähigkeit zur Aufnahme von Eindrücken und zum Assimilieren herabgesetzt; jegliche Trugvorstellungen, Halluzinationen und Einbildungen bilden hier nur ein nebensächliches Symptom und können daher nicht zur Erkenntnis der Krankheit führen.

Ein Kennzeichen der Geistesstörungen bei Epilepsie ist, ausser vorübergehender oder stetiger Stumpfheit, auch die Neigung zum Sichwiederholen. Die Anzeichen von Geisteskrankheit erscheinen rasch und verschwinden ebenso wieder und dauern gewöhnlich höchstens 2 bis 3 Wochen, die Fälle natürlich ausgeschlossen, in denen wir stetigen Stumpfsinn vor uns haben. Von der Tatsache ausgehend, dass die Fallsucht aus den verschiedenartigsten Ursachen und auf dem Untergrunde verschiedener Veränderungen im Gehirn entsteht, kann man von

epileptischen Psychosen nur vom klinischen, niemals vom nosologischen Standpunkt aus sprechen. Ich möchte einige Worte über den sogenannten epileptischen Charakter sagen. Unter 36 von mir beobachteten Epileptikern hatten nur 14 augenscheinliche Neigung zu Zank und Schlägereien, Intriguen und zu unheimlichem Wesen gegen ihre Umgebung, auch diese jedoch meist nur dann, wenn sie unbeschäftigt waren. Daher kommen natürlich in rationell geführten Anstalten, in denen eine entsprechende Absonderung der Kranken mit Anwendung von Arbeitstätigkeit als Grundsatz des Heilverfahrens eingeführt ist, wenig Misslichkeiten zwischen den Kranken vor; dies bezieht sich in gleichem Masse auf alle Geisteskranke, und nicht speziell auf Epileptiker.

Ich bin daher der Meinung, dass der sogenannte epileptische Charakter vielfach von äusseren Bedingungen abhängt und deshalb nicht eigentlich der Fallsucht eigentümlich ist; seine Bezeichnung ist darum unrichtig gewählt. Es entsteht nun die Frage, zu welcher Art von Psychose der Fall H. zu rechnen ist, in welchem die Krampfanfälle zum erstenmal erst 8 Jahre nach Eintritt der Psychose mit Verknennung von Zeit-, Raum- und den Verhältnissen der Umgebung, sowie mit Trugvorstellungen und mit auf Religion bezüglichen, meist optischen Sinnestäuschungen, mit erhöhtem Selbstbewusstsein und systematisch miteinander verflochtenen Wahnbildungen aufgetreten waren. Die geschwächte Orientierung in Zeit, Raum und Umgebung, sowie der gleiche Inhalt der Trugvorstellungen und Sinnestäuschungen während der Dauer beider Rückfälle von Psychose und in der nach Krampfanfällen eintretenden Dämmerung berechtigen einigermassen zu der Voraussetzung, dass zwischen diesem und jenem Leiden eine Verwandtschaft existiert.

In Hinsicht darauf, dass bei Geistesstörungen epileptischen Ursprungs der Kranke vor allem mit Schwerfälligkeit in der Aufnahme und im Assimilieren von Eindrücken behaftet ist — eine Eigentümlichkeit, welche jeglichen Aufbau eines Systems ausschliesst —, muss man also voraussetzen, dass die von H. zur Zeit seiner geistigen Erkrankung geäusserten Lebensanschauungen bereits vor der Psychose bestanden haben.

Ganz von selbst entsteht nun die Frage, in welcher Beziehung wohl die Fälle von sogenannter moralischer Entartung zur Epilepsie stehen. Viele solcher Individuen, von den von mir angeführten Fällen alle 15, sind den verschiedensten Schmerz- und Schwindelanfällen, Ohnmachten und Krämpfen unterworfen, in der Nacht geben sie, ohne sich dessen bewusst zu sein, ihren Urin ab, es zeigen sich Sprach-, Gesichts- und Gehörstörungen, die Kranken werden ohne Ursache von Angst, Niedergeschlagenheit oder Gereiztheit mit Zornausbrüchen befallen, und beinahe

alle haben eine hohe Meinung von sich selbst. Angesichts einer so bedeutenden Reihe von gleichen Kennzeichen müssen wir die Fallsucht und die sogenannte moralische Verkommenheit für verwandte Leiden ansehen, um so mehr, da wir in beiden Krankheiten Alkoholbelastung vorfinden; so stammten beispielsweise 60 pCt. meiner an sogenannter moralischer Entartung leidender Kranken von der Trunksucht ergebenden Eltern ab und genossen selbst im Uebermasse Spirituosen; einen ebenso grossen Prozentsatz von Trinkern fand ich unter den Epileptikern meiner Abteilung vor. Andererseits darf man nicht vergessen, dass ein grosser Teil der sogenannten moralisch Entarteten sich in steter Kollision mit Gericht und Polizei sowie mit der menschlichen Gesellschaft befindet, und man deshalb ihr Betragen in der Anstalt nicht als massgebend betrachten kann, weil viele von ihnen allerhand Symptome simulieren, alle jedoch lügen.

Persönlich kenne ich 2 Vorfälle von simulierten Krampfanfällen. Mit ähnlichem Material hatte Bratz zu tun. Daran sollte man sich beim Lesen seiner „Affekt-epileptischen Anfälle bei Neuropathen und Psychopathen“ erinnern.

Auch habe ich Krampfanfälle, Schwindel und Ohnmachten usw. bei mit frühzeitigem Stumpfsinn und mit maniakalisch-depressiver Psychose behafteten Individuen beobachtet, habe dagegen in solchen Fällen keine Dämmerzustände gefunden. Die Diagnose stösst auf unbesiegbare Hindernisse, wenn derartige Anfälle sporadisch auftreten, oder wenn sie lange vor dem Erscheinen der Symptome der eigentlichen Geisteskrankheit sich periodisch zeigen. Unter derartigen Kranken beobachtete ich 6 mit frühzeitigem Stumpfsinn und 2 mit maniakalisch-depressiver Psychose behaftete. Bei einem der Fälle von frühzeitigem Stumpfsinn fiel die Bosheit des Kranken auf, seine Neigung, zu beißen, anderen zuzusehen usw. Die Art der Krankheit ist leichter festzustellen, wenn die Krampfanfälle, Ohnmachten usw. unmittelbar vor oder während der Dauer der Psychose eintreten. Bei 3 Kranken stellte ich maniakalisch-depressive Psychose fest, und zwar auf Grund des Umstandes, dass hier auffallendere Schwierigkeiten in der Aufnahme- und Assimilationsfähigkeit fehlten, die Kranken ideo-motorische Anregung zeigten und ihre Aufmerksamkeit leicht von einem Gegenstand zum anderen herübergleitete. Demselben Grundsatz nach erkannte ich dasselbe Leiden in 2 anderen Fällen, wo Krampfanfälle, Kopfweh, Zustände von Niedergeschlagenheit und Angeregtheit in verschiedenen Zeitabschnitten vor dem Eintritte in das Hospital erwiesen waren. Drei Kranke dieser Kategorie waren in hohem Grade unleidlich, beklagten sich fortwährend über die Dienstboten, machten allerlei Dinge anderen zum Trotz und hatten häufige



Ausbrüche von Jähzorn. Ich vermute, dass sich dies zufällig so gefügt hatte, denn nicht alle derartigen Kranken verhielten sich in dieser Weise, und am unleidlichsten waren die, welche müssig gingen. Fälle dieser Art, sowie auch der weiter oben angeführte beweisen, dass ein ähnlicher Typus, ausser bei Fallsucht, auch bei anderen Leiden angetroffen wird.

Auch in Fällen, wo Krampfanfälle und Ohnmachten kurz vor oder während der Geisteskrankheit und in Begleitung von frühzeitigem Stumpfsinn eintraten, ist es nicht leicht, die Art der Psychose festzustellen. So hatte der Kranke P. vor einem Jahre das erste Mal einen Anfall von Krampf; einen zweiten Anfall hatte er unmittelbar vor dem Eintritte in das St. Johannes-Hospital. Am nächsten Tage antwortete P. im Laufe einer und derselben Untersuchung, während sich bei ihm auffällige Verfolgungsideen kundgaben, auf vorgelegte Fragen sofort oder nach einer kurzen Pause, und zwar auf russisch, obwohl die Fragen in polnischer Sprache gestellt waren; er sprach rasch oder langsam, löste ziemlich verwickelte Fragen, reagierte aber auch mitunter gar nicht auf dieselben. Angesichts des so ungleichmässigen Verhaltens P.'s im Verlauf einer knappen Stunde ist epileptische Dämmerung ausgeschlossen, da in einem derartigen Zustande eine höher- oder mindergradige Aufnahme- und Assimilationsfähigkeit existiert und nicht von Komplexen abhängig ist. Auch hat man bei Epileptikern keine der Abnormitäten beobachtet, die bei P. aufgetreten waren und die so charakteristisch den frühzeitigen Stumpfsinn kennzeichnen.

Auf Grund derselben Erfahrungen habe ich in 4 anderen mir bekannten Fällen, in denen Anfälle von Ohnmachten (1) oder Krampf (3) sporadisch am Anfang und während einer Geisteskrankheit auftraten, Stumpfsinn konstatiert. Spezielle Aufmerksamkeit verdient folgender Fall:

Bei dem Kranken K. erschienen Krampfanfälle das erste Mal vor 8 Jahren, unmittelbar vor der Psychose, und sind bis jetzt dauernd geblieben. Während des zweijährigen Aufenthalts in meiner Abteilung hat K. mehr als 100 Anfälle durchgemacht. Die Anfälle äusserten sich theils durch Niederkauern oder Zubodenfallen, wobei die Pupillen wie vorher auf Lichteindrücke reagierten, und die Reflexbewegungen im Knie sich gesenkt hatten, theils durch Ohnmachten, Zittern und Zuckungen einzelner Glieder oder auch des ganzen Körpers; vor dem Anfalle schrie K. manchmal grell auf, manchmal dagegen übergab er sich vor oder nach dem Anfalle. Früher, als er noch zu Hause war, hatte er sich mitunter während solcher Anfälle die Zunge verletzt oder unbewusst Wasser gelassen; im Hospital wiederholten sich die Anfälle zeitweise täglich oder mehrmals an einem Tage, oft aber vergingen Wochen ohne Anfall. Nach dem Anfalle erinnerte sich K. gewöhnlich nicht, was vor einem Augenblick vorgegangen war, verhielt sich jedoch, als ob nichts geschehen wäre. Eine im

Vergleich mit seinem gewöhnlichen Zustand auffallende Verminderung der Aufnahme- und Assimilationsfähigkeit habe ich sogar unmittelbar nach dem Anfälle bei K. nicht beobachtet; manchmal zeigte sich in derartigem Zustande der Hang zum Negieren. K. antwortete nicht auf vorgelegte Fragen, obwohl aus seinem Verhalten geschlossen werden konnte, dass er wusste, worum es sich handelte; manchmal vermied er geradezu zu antworten, lachte ohne Ursache, machte Sprünge auf einem Bein oder wälzte sich auf dem Fussboden, auf dem Bette herum, oft gebrauchte er in seiner Rede Diminutiva oder selbst-erfundene Ausdrücke, stets jedoch sprach aus seinen Reden die Ueberzeugung seiner eigenen Grösse. Ein ähnliches Verhalten wurde bei K. in verschiedenen Zeitabständen vor und nach dem Anfälle beobachtet.

Auf Grund im Vergleich mit dem gewöhnlichen Zustande auffallender, unmittelbar nach dem Krampfanfall eingetretener Geistesstörungen, sowie auf Grund des Vorhandenseins stetiger Trugvorstellungen, die nach dem Anfall nicht intensiver wurden, auf Grund endlich von K.'s wunderlichem Verhalten konstatierte ich frühzeitigen Stumpfsinn, Bleuler's Behauptungen zuwider, der derartige Fälle zur Epilepsie rechnet, da er überzeugt ist, dass bei frühzeitigem Stumpfsinn Krampfanfälle, Ohnmachten sporadisch und hauptsächlich im Anfangsstadium der Krankheit auftreten.

Die in Fällen von frühzeitigem Stumpfsinn und von maniakal-depressiver Psychose beobachteten Krampfanfälle und Ohnmachten hatten keinerlei besonders charakteristische Merkmale; diese Anfälle waren bald stärker, bald schwächer, kürzer oder länger, beschränkten sich bald auf einen Körperteil, bald umfassten sie den ganzen Körper. Manche der Kranken kehrten alsbald nach dem Anfall wieder zur Besinnung zurück; andere schliefen einige Zeit lang; bei keinem jedoch bemerkte ich, wie ich übrigens auch weiter oben schon bemerkt habe, Dämmerzufälle. Nach dem Anfall war sich keiner von ihnen bewusst, was während des Anfalls mit ihm vorgegangen war. Es entsteht nun die Frage, haben wir es in solchen Fällen mit einer Verbindung der Psychose mit Fallsucht zu tun, oder ruft eine und dieselbe Ursache die Fallsuchtsanfälle und die Symptome von Geisteskrankheit hervor? In Fällen von frühzeitigem Stumpfsinn, welcher, aller Wahrscheinlichkeit nach, auf organischen Veränderungen im Gehirn basiert, können die Krampfanfälle und Ohnmachten von denselben Veränderungen herrühren, wie die Symptome von geistiger Erkrankung. Demnach bilden die Anfälle eines der Symptome frühzeitigen Stumpfsinnes. In Fällen von maniakal-depressiver Psychose mit Ohnmachtsanfällen vor oder während der Dauer der Geisteskrankheit ist es wohl möglich, dass ein und dieselbe Ursache, wenn sie intensiv und von kurzer Dauer ist, Ohnmachten hervorruft; hält dagegen ihre Wirkung länger an, so zeigen sich Anzeichen

von Geisteskrankheit. Diese Voraussetzung findet gewissermassen ihre Bestätigung in der Ansicht vieler Autoren, welcher gemäss die Ohnmachtsanfälle ebenso wie die Perioden der maniakal-depressiven Psychose von Störungen der motorischen Gefässe herrühren.

Von einer Verbindung der Fallsucht mit maniakalisch-depressiver Psychose kann, meiner Ansicht nach, nicht die Rede sein, da die ideomotorische, mit unsteter Aufmerksamkeit verbundene Regsamkeit des Wahnsinnigen und das stockende Nachdenken (Nachdenken mit Hindernissen, wenn ich so sagen darf) des Epileptikers einander gegenseitig ausschliessen. Wahrscheinlich wirkt ein und dieselbe Ursache auch in folgendem Falle:

Bei K. hätte die Diagnose, auf Grund des Vorhandenseins einer ganzen Reihe der verschiedensten Komplexe und der Ohnmachtsanfälle, welche sich gewöhnlich infolge einer grösseren Aufregung einstellten und nach Einnahme von Oel und Auflegung eines Umschlages usw. nachliessen, auf Hysterie lauten sollen, um so mehr, da die Kranke stets weiss, was mit ihr während der Dauer des Anfalls vorging. Unmittelbar nach einer solchen Ohnmacht befragt, wusste K. Bescheid in Zeit, Raum und Umgebung, antwortete rasch und drückte sich richtig aus; kurz, sie zeigte damals keinerlei Störung der Aufnahme- und Assimilationsfähigkeit. Einige Tage später fiel K. während eines Anfalls vom Bette auf den Fussboden, verletzte sich die Schläfe, antwortete eine Zeit lang nicht auf vorgelegte Fragen, strich mit der Hand über die Bettdecke; an einem andern Tage biss sie sich während eines Anfalls in die Zunge. Die beiden letzten Anfälle muss man der Epilepsie zuzählen.

Man sollte also dem Anschein nach meinen, dass wir es hier mit einer Verbindung von Hysterie mit Epilepsie zu tun haben. Vergegenwärtigen wir uns jedoch den Mangel an kritischem Denken bei der Kranken und die Leichtigkeit, mit der sie von Heiterkeit zu Trübsinn und umgekehrt übergeht, ziehen wir endlich ihre inhaltsarmen poetischen Erzeugnisse in Betracht, so können wir mit grosser Wahrscheinlichkeit bei K. Verminderung der Geisteskräfte infolge von fehlerhaftem Gehirnbau konstatieren, und sind vermutlich auch die Ohnmachten derselben Ursache entsprungen. Derartige Fälle sind demnach eher der Epilepsie verwandt als der Hysterie.

Anfälle von Krämpfen, Ohnmachten und Dämmerung für sich allein genügen nicht, um einen eventuell vorliegenden Fall der Fallsucht zuzurechnen, da derartige Erscheinungen bei den verschiedensten Erkrankungen eintreten. Auch sollte man berücksichtigen, dass das weitere Publikum die Worte: Krämpfe, Zuckungen in der verschiedenartigsten Bedeutung gebraucht; man muss daher bei der Untersuchung die Aussagen einer genauen Prüfung unterwerfen und in jedem speziellen Falle feststellen, welcherlei Anfälle bei einem oder dem anderen Individuum

stattgefunden haben. Besondere Beachtung verdienen die Krampfanfälle bei Alkoholikern. Ich denke hierbei natürlich an die sogenannte Alkohol-epilepsie, welche verschwindet, wenn der Alkohol entfernt wird. Gewöhnlich gehören diese Individuen zu den Nachkommen von Trinkern, und haben schon deshalb von Kindheit auf die Prädisposition zu Krämpfen, Trotz der grossen Uebereinstimmung im Verhalten eines Epileptikers und eines Trinkers, die beide im Dämmerzustande verharren, bestehen dennoch, besonders zu Beginn des Anfalls, zwischen beiden prinzipielle Unterschiede. Bei 3 Alkoholikern im Dämmerzustande und bei einem mit Korsakow'scher Psychose behafteten habe ich in Erfahrung gebracht, dass derartige Kranke, bei grösserer oder geringerer Desorientation, schnell auf ihnen gestellte Fragen antworteten, dass sie Leichtigkeit in der Aussprache hatten, viel sprachen, oft phantasierten; ihre Rede war frei von jenen Unterbrechungen, von jenem Syllabisieren, kurz von den Symptomen, welche so charakteristisch die im Dämmerzustande befangenen Epileptiker kennzeichnen; die von mir beobachteten Momente stimmen mit den Beobachtungen Rohde's überein, welcher ebenfalls bei den Alkoholikern Leichtigkeit der Aussprache und Bewegung festgestellt hat. Dieselbe Hast der Sprache und Bewegung, dieselbe Vielredigkeit habe ich im Dämmerzustande nach Anfällen in 2 Fällen von Atheromatose der Hirngefässe beobachtet. Ich spreche hier natürlich nicht von epileptischen Trinkern, wie man sie ziemlich häufig anfindet; wenn Stumpfsinn bei derartigen Individuen im Zustande der Alkoholvergiftung vorkommt, dann unterscheidet er sich im Prinzip nicht von dem Stumpfsinn der Epileptiker im gewöhnlichen Zustande. Die Epileptiker D., W. z. B. sprachen ohne Beihilfe von Alkohol vielleicht mehr, als im Zustande der Dämmerung, wobei man sogar eine gewisse Unstetigkeit des Aufmerkens bemerkte; doch antworteten sie, wenn sie befragt wurden, nicht sofort, wiederholten die Worte der Frage, verdrehten die Ausdrücke; trotz der scheinbaren Vielrederei war das, was sie sagten, inhaltsarm und voll von Widersprüchen. Angesichts eines so verschiedenartigen Verhaltens von Epileptikern und Alkoholikern nach Krampfanfällen identifizieren doch wohl manche Autoren allzu leichtfertig beide Krankheiten, da die Verschiedenartigkeit der klinischen Symptome doch wahrscheinlich von abweichenden anatomo-pathologischen Veränderungen bedingt werden. Dieselbe Vielrederei und Leichtigkeit der Bewegungen habe ich in verschiedenen Zeitabständen nach Krampfanfällen in 9 unlängst eingetretenen oder doch nicht allzu vorgerückten Fällen von Gehirnsyphilis, bzw. fortschreitender Lähmung beobachtet. Abweichend von dem Verhalten der Epileptiker antworten solche Kranke rasch und ziemlich fliessend auf ihnen vorgelegte Fragen;

sie waren rührig, tätig und sprachen allerhand Wünsche aus. Die Erkenntnis der Krankheit bestätigte das Verhalten der Pupillen, die schwach auf Lichtindrücke reagierten und von ungleicher Grösse waren; ausserdem war die Wassermann'sche Reaktion der Gehirn- und Rückenmarksflüssigkeit positiv, wogegen die Quantität von Eiweiss und von Zellen in der Flüssigkeit nicht vergrössert war. In Fällen von Vergiftung mit Kohlensäure, Atropin und Blei sprachen die von mir im Dämmerzustande mit vorhergehender Amnesie und Desorientation beobachteten Kranken viel, ziemlich fliessend; ich habe nicht bemerkt, dass sie gestockt oder gestottert hätten. Dieselbe Amnesie mit Desorientation in Zeit und Raum beobachtete ich bei Fällen von Urämie.

Die Patientin M. reagierte anfänglich nach einer Reihe von Krampfbewegungen nicht auf ihr gestellte Fragen; nur heftige Bewegungen erweckten sie auf einen Augenblick aus diesem schlafähnlichen Zustande. Als sie einige Tage darauf befragt wurde, antwortete sie langsam, verdrehte Laute und Worte; ihre Handschrift war zitternd, in den Worten fehlten Buchstaben und Silben; sie vermochte sich der Bezeichnung vieler Dinge nicht zu besinnen.

Aus dem eben Angeführten ist ersichtlich, dass die Dämmerung bei Epilepsie von den Dämmerzuständen, die von mir bei verschiedenen Vergiftungen, bei Atheromatose der Gehirnarterien und parasyphilitischen Erkrankungen beobachtet wurden, besonders dadurch abweicht, dass bei ihr die Aufnahme und die Assimilation von Eindrücken erschwert ist; die Denkkraft stösst sodann auf Hindernisse, ohne ihre Kontinuität zu verlieren: infolgedessen spricht der Epileptiker im Dämmerzustand mit Schwierigkeit, bewegt sich unbeholfen und ungeschickt, handelt den Anforderungen des gesunden Menschenverstandes zuwider usw. Man könnte mit Recht einwenden, dass Geistesstörungen am heftigsten unmittelbar nach einem Krampfanfall, nach Ohnmachten oder Schwindelanfällen auftreten, und dass alle Kranken sich in einem derartigen Zustande vermutlich mehr oder weniger in gleicher Weise verhalten. In demselben Masse jedoch, wie die Geisteskräfte wieder erwachen, verdeutlichen sich die Unterschiede immer auffallender und fällt es leichter, die Krankheit in ihrer Sonderheit zu erkennen.

Ich möchte der sogenannten Dipsomanie einige Worte widmen. Bei manchen Epileptikern tritt periodisch eine unbezwingbare Sucht nach dem Genuisse von Spirituosen auf. Nicht minder häufig tritt eine solche Alkoholsucht bei sogenannten moralisch Verkommenen, Hysterikern, zu Beginn und während der Dauer verschiedenartiger Psychosen u.s.w. auf; diese Neigung weist also kein spezifisches Kennzeichen für Fallsucht auf, die, beiläufig gesagt, sehr häufig mit Trunksucht Hand in Hand geht.

In Fällen von krankhaftem Begehrt nach geistigen Getränken ist es oft unmöglich zu entscheiden, ob die Zustände von Trübsinn, welche scheinbar zum Trunke führten, infolge von Trunksucht, Geisteskrankheit entstanden sind oder ob sie nur infolge von übermässigem Trinken an Intensität gewonnen haben. Doch müssen wir stets auf die Tatsache Rücksicht nehmen, dass es einem Menschen, der jahrelang an den Genuss von Spirituosen gewöhnt war, schwer fällt, sich derselben zu entwöhnen. Auch dürfen wir nicht vergessen, dass Alkoholiker zu den erblich Belasteten gehören und dass sich dieselben häufig der verschiedensten Ausflüchte und Lügen bedienen, um, allem zum Trotz, ihren Hang zum Alkohol zu entschuldigen.

Der Mangel an genauen Anknüpfungspunkten aus dem Bereiche der Aetiologie, Pathogenese und aus der pathologischen Anatomie vieler Geisteskrankheiten im allgemeinen, und der Fallsucht, des frühzeitigen Stumpfsinns und der maniakalisch-depressiven Psychose im besonderen, ist ein zwingender Grund, verschiedenen Psychosen ausschliesslich auf klinischer Basis nachzuforschen. Daher stammt eine ganze Reihe von Lücken und Ungenauigkeiten in vorliegender Arbeit. In Erwägung der Ausdehnung und Kompliziertheit des behandelten Gegenstandes sehe ich diese Arbeit als einen einstweiligen Bericht an, der bis auf weiteres von seinem Gegenstande Kunde geben soll. Vieles bleibt noch zu beobachten und zu erforschen.

Zum Schluss möchte ich den geehrten Herren Kollegen noch einige wichtige Folgerungen vergegenwärtigen.

1. In Krampfanfällen, Ohnmachten und dergleichen soll genau festgestellt werden, welcher Art die Anfälle waren.

2. Die Anfälle von Krampf, Ohnmachten und dergleichen ereignen sich bei den verschiedenartigsten Erkrankungen, können also für die Diagnose nicht massgebend sein.

3. Geistesstörungen bei Epilepsie werden vor allem von der Fähigkeit des Gehirns zur Aufnahme und Assimilation von Eindrücken gekennzeichnet und finden ihren Ausdruck in Gestalt von a) Krampf- oder Ohnmachtsanfällen, b) Dämmerzuständen und c) Stumpfsinn verschiedenen Grades.

4. Die Dipsomanie ist kein besonderes Kennzeichen der Fallsucht.

---