

(Aus der Universitätsklinik und Poliklinik für psychische und Nervenkrankheiten,
Göttingen [Direktor: Geheimrat Prof. Dr. E. Schultze].)

Über die körperliche Konstitution bei der genuine Epilepsie.

Von

Dr. med. **Hans Delbrück.**

(Eingegangen am 28. Mai 1926.)

Kretschmers genial aufgebaute Lehre vom Körperbau und Charakter ist allmählich aus dem aufgeregten Streit der Geister von für und wider herausgerückt und es ist eine gewisse Klärung der Frage eingetreten. Auf der letzten Versammlung der Südwestdeutschen Psychiater besonders ist die Auffassung der verschiedensten Kreise zur Sprache gekommen, und dabei hat sich zweierlei als allgemein anerkannt herausgestellt: gesichert ist der Zusammenhang des pyknischen Habitus mit dem zirkulären Irresein, und sicher ist, daß dieser Körperbau bei der Schizophrenie abnorm selten vertreten ist. Fast alle Nachuntersucher sind zu diesem Ergebnis gekommen, und so interessant die gegenteiligen Resultate *Kolles* in Jena sind, so steht doch dieser Autor mit seiner Auffassung ziemlich allein.

Dennoch ist die Lehre *Kretschmers* nicht ohne Widerspruch hingenommen. Ihm und seinen Anhängern wird der Vorwurf allzu großer Einseitigkeit gemacht. Es wird behauptet, daß die Beziehungen der Schizophrenie und des Schizoids zum athletisch-asthenischen-dysplastischen Körperbau nicht spezifisch sind, sondern daß auch manche Psychopathien und die Epilepsie die gleichen Beziehungen haben, oder gar, wie *Gruhle* meint, daß die genannten Körperbautypen nur die Normalbevölkerung darstellen, und es wird *Kretschmer* zum Vorwurf gemacht, daß es für ihn eigentlich nur Schizoide und Zyклоide gibt. Dieser Einwand wurde noch durch die Ausführungen der Tübinger Redner bei der Tagung bekräftigt, als *Mauz* die These aufstellte, daß viele Mischpsychosen aus einer Vermischung zyklolder und schizoider Komponenten hervorgehen und daß sich das auch im Körperbau ausdrückt, daß z. B. manisch-depressive Kranke, deren Krankheitsbild durch paranoische Züge atypisch erscheint, in ihrem Körperbau leptosome Stigmata zeigen, daß andererseits Schizophrenen mit periodischem Verlauf die Merkmale des pyknischen Habitus mit dem leptosomen vermischt zeigen. Man hat den Eindruck, als ob diese Konstitutionsforscher so ziemlich alle endogenen Psychosen durch derartige

„Mischungen“ erklären wollen. Denn wenn auch, wie *Kleist* sagt, „die Tübinger Redner immer theoretisch erklären, daß sie das Vorkommen andersartiger Erkrankungen außerhalb des zirkulären und schizophrenen Kreises anerkennen, so vermißt man doch immer wieder in ihren Arbeiten und Vorträgen die Berücksichtigung derselben.“ Dazu kommt, daß der Begriff des Schizoids, wie *Kretschmer* jetzt selbst zugibt, so allgemein gefaßt ist, daß er unbedingt der Aufteilung bedarf. Es wird jedem so gehen, der *Kretschmers* Buch liest, daß ihm, so glänzend auch im einzelnen die Krankheitsbilder geschildert sind, das Schizoide als das nicht Zyklode erscheint.

Es scheint deshalb um so auffälliger, daß *Kretschmer* nicht wenigstens eine *sic venia verbo* „endogene“ Erkrankung mit in den Bereich seiner Betrachtungen gerückt hat, das ist die genuine Epilepsie; und noch auffälliger ist es, daß bisher erst 3 Untersucher nach *Kretschmer*-schen Methoden Epileptiker systematisch untersucht haben. War es *Kretschmer* nicht möglich, von dem Krankheitsbilde der Epilepsie ausgehend, auch den Begriff des Epileptoid so genial zu erfassen, wie er es bei dem Manisch-Depressiven und Schizophrenen, mit dem Zyklod und Schizoid versucht hat? Würde nicht dadurch der Einwand der Einseitigkeit wenigstens zum Teil entkräftet worden sein, und läßt sich nicht vielleicht ein Teil des Schizoids mit der Epilepsie in Beziehung setzen?

Kretschmer hat sich mit diesem Einwand in der 2. Auflage von „Körperbau und Charakter“ auseinanderzusetzen versucht. Er schreibt, er habe die Epilepsie aus dem Spiel gelassen, weil unter den Epileptikern die durch Traumen oder Keimschädigungen bedingten Fälle eine ungleich größere Rolle spielten und sich dabei doch schlecht von der genuine Form trennen ließen. Außerdem habe er nicht den Eindruck, „daß die Epilepsie als krankhafter Repräsentant einer ähnlich umfangreichen und für die Normalpsychologie grundlegenden Persönlichkeitsgruppe eine annähernd so wichtige Rolle spielt wie die zirkulär-schizophrenen Formen“. Wahrscheinlich bilden nach seiner Meinung die epileptoiden Persönlichkeiten nur eine kleine Gruppe mit vorwiegend ausgesprochenen Defektmenschen.

Es soll hier zunächst auf den ersten Einwand eingegangen werden. Gewiß ist die Abgrenzung der genuine Epilepsie von der symptomatischen schwierig, und es ist sicher, daß bei Massenuntersuchungen von Epileptikern ungleichartiges Material verwertet wird. Aber wissen wir denn, ob es sich bei der Schizophrenie um eine Krankheitseinheit handelt? Ist es nicht sogar wahrscheinlich, daß das nicht der Fall ist? Wissen wir auch so genau, daß exogene Faktoren in manchen Fällen der schizophrenen Psychosen keine Rolle spielen? Manchem wird das Krankheitsbild der Epilepsie einheitlicher erscheinen als das der Schizo-

phrenie. Ja, es erscheint vielleicht das Problem genuin-symptomatisch nur deshalb so verwickelt, weil wir von der Epilepsie mehr wissen als von der Schizophrenie. Wer weiß, wann die Zeit kommt, wo wir eine genuine Schizophrenie von der symptomatischen zu unterscheiden lernen! Betrachtet man das Problem von dieser Seite, so ist die Einteilung der Epilepsie in die beiden Hauptgruppen der symptomatischen und genuine Epilepsie schon ein großer Fortschritt, mag es noch so große Schwierigkeiten machen, einen scharfen Trennungsstrich zwischen beiden zu ziehen. Gewiß hat *Redlich* recht, wenn er sagt, daß sich eine genuine Epilepsie, wie sie der allgemeinen Vorstellung entspricht, weder klinisch, noch ätiologisch, noch pathologisch-anatomisch abgrenzen läßt. Das liegt daran, daß bei jeder Epilepsie endogene und exogene, konstitutionelle und konditionelle Faktoren eine Rolle spielen. Das ist aber kein Grund, den Begriff der genuine Epilepsie fallen zu lassen. Sehen wir doch, daß diese Grenzen endogen-exogen sich bei vielen Krankheiten verwischen, teils, weil wir bei den exogenen Erkrankungen, etwa der Tuberkulose, die konstitutionellen Faktoren mehr berücksichtigen als früher, teils, weil wir bei den endogenen Erkrankungen besonders in der Psychiatrie exogene Faktoren als wirksam kennen gelernt haben. Man spricht heute doch allgemein von endogenen Erkrankungen doch nur in dem Sinne, daß man den endogenen Faktoren die Hauptrolle einräumt. Es ist also die genuine Epilepsie theoretisch als diejenige Form der Epilepsie zu bezeichnen, die aus überwiegend endogenen Ursachen entsteht. Ich bin hier einig mit *Krisch*, der in seiner Monographie: Epilepsie und manisch-depressives Irresein ziemlich ausführlich auf das Thema eingeht. Unzweckmäßig erscheint es mir aber, wenn er praktisch daraus die Folgerung zieht, daß er nur diejenigen Epilepsiefälle als genuin anerkennt, bei denen Erbllichkeit nachgewiesen ist. Dazu kennt man denn doch den Erbgang der Epilepsie zu wenig. Wir wissen, daß die meisten Epilepsiefälle sich recessiv vererben. Dazu kommt, daß wir gerade bei der Anamnese der Epileptiker sehr vorsichtig sein müssen. Häufig wird von den Angehörigen entschieden bestritten, daß in der Familie schon Krampfanfälle vorgekommen sind, nicht nur wissentlich, sondern auch deshalb, weil die Epilepsie so milde verlaufen sein kann, daß der Betreffende seine 2—3 Anfälle, die er in seinem Leben gehabt hat, entweder selbst nicht bemerkt oder wenigstens anderen nichts davon berichtet. Man würde ein ganz falsches Bild bekommen, wenn man *Krischs* Anschauungen beitreten wollte. Niemand wird ja auch eine Dystrophia musculorum progressiva nicht als solche anerkennen wollen, wenn die Erbllichkeit nicht nachweisbar ist. Es bleibt uns praktisch deshalb nichts übrig, als die negative Definition: zur genuine Epilepsie gehören alle die Fälle, bei denen weder die klinische Untersuchung noch die Anamnese

einen Anhaltspunkt für die wesentliche Mitwirkung exogener Faktoren ergibt. Daraus ergibt sich, daß selbstverständlich alle Fälle groborganischer Hirnschädigung, wie Schädelverletzungen, Epilepsie nach Encephalitis, bei Tumoren usw. ausscheiden. Auch Erkrankungen, bei denen eine Lues der Eltern nachweisbar ist, sind nicht mit zu berücksichtigen, weil hier Keimschädigungen oder eine Lues congenita im Spiel sein könnten.

Zweifelhaft ist dagegen die Einreihung der Fälle, bei denen in der Anamnese Alkoholismus der Eltern vermerkt ist, denn es besteht hier sowohl die Möglichkeit einer Keimschädigung, wie auch, daß die Trunksucht des Elternteils nur ein Zeichen einer epileptoiden Veranlagung gewesen ist. Nicht zur genuinen Epilepsie sind unserer Erachtens die Erkrankungen zu rechnen, bei denen die Krampfanfälle erst nach dem 30.—35. Lebensjahr auftreten, da bei den Spätepilepsien arteriosklerotische Erkrankungen, schleichende Tumoren usw. mit Sicherheit nicht auszuschließen sind. Schließlich haben solche Fälle noch auszuschneiden, bei denen es zweifelhaft ist, ob exogene Faktoren eine Rolle spielen, so z. B. die Erkrankungen, bei denen der erste Anfall nach einem Fall auf den Kopf oder nach einer schweren *Commotio cerebri* aufgetreten ist.

Eine derartige Materialauslese ist selbstverständlich nur ein Notbehelf, und eine genaue Abgrenzung ist nicht möglich. Das ergibt sich aus dem oben Gesagten zwangsmäßig. Die „konstitutionelle Krampfbereitschaft“ *Frishs* kann ja schließlich auch bei den Erkrankungen maßgebend sein, bei denen wir den exogenen Faktoren eine wichtige Rolle zusprechen. Derartige unvermeidliche Fehler müssen bei den Körperbauuntersuchungen natürlich mit in Kauf genommen werden.

In der hiesigen Klinik sind im letzten Jahr 75 Epileptiker nach den oben genannten Gruppen ausgesucht und konstitutionell untersucht. Davon waren 60 Männer und 15 Frauen. Die Diagnose Epilepsie wurde nach Möglichkeit nur nach der Beobachtung eines Anfalls, jedenfalls nur nach längerer klinischer Beobachtung gestellt. Poliklinische Fälle schieden prinzipiell aus; denn es ist überflüssig zu betonen, daß für uns die Grundlage und das Hauptsymptom der Epilepsie die Anfälle bilden, daß dagegen alle psychischen Äquivalente und Charakteranomalien allein nur als epileptoid zu bezeichnen sind. Zur Hälfte besteht das Material aus alten Anstaltskranken, das uns liebenswürdigerweise von der Heilanstalt Bethel und der Göttinger Heil- und Pflgeanstalt zur Verfügung gestellt wurden. Von den Patienten stammen die meisten aus Niedersachsen und Westfalen, einige aus dem Rheinland, Brandenburg und der Provinz Sachsen. Das Alter der Untersuchten schwankt zwischen 18—50 Jahren. Mit *Gründler* sind wir der Ansicht, daß eine Trennung des Materials in Patienten von über und unter 30 Jahren, wie es *Hofmann* vornimmt, nicht notwendig ist, denn auch wir glauben,

daß der Körperbautypus bei den Jugendlichen unter 30 Jahren doch schon deutlich genug in Erscheinung tritt.

Die Untersuchungen wurden möglichst genau nach dem *Kretschmerschen* Verfahren vorgenommen. Es wurden Schemata hergestellt, die den bekannten von *Kretschmer* aufgestellten nachgebildet waren, und es wurden die jeweils zutreffenden Körpermerkmale unterstrichen. Es ist dann eine Zusammenfassung des Körperstatus abgefaßt und die jeweils vorliegenden, besonders auffallenden, hervorstechenden Punkte wurden hervorgehoben und die Einreihung in einen Körperbautypus vorgenommen. Diese Typeneinteilung hält sich fast genau an *Kretschmer*, da unseres Erachtens nur so ein Vergleich bei verschiedenen Untersuchungen möglich ist. Es wurden unterschieden:

- Leptosome (mit der Untergruppe der Astheniker),
- Athleten (pastöse und muskulöse),
- Leptosom-Athleten,
- Pykniker,
- Dysplastiker.

Bei dieser Einteilung war die Einreihung der Fälle durchaus möglich.

Nur zur Kontrolle wurden anthropometrische Messungen nach *Martin* vorgenommen und die gewonnenen Zahlen mit denen *Kretschmers* verglichen. Diese Kontrollmessungen ergaben eine weitgehende Übereinstimmung mit den durch das optische Bild gewonnenen Resultaten, so daß ein leidlich objektives Ergebnis angenommen werden kann. Mit Recht sagt allerdings *Kahn*: „Auf dem Gebiet kann nicht ohne Subjektivität gearbeitet werden. Man muß sich nur darüber klar sein, wo die Subjektivität einsetzt.“ Die Messungen geben uns kein Bild von der Konfiguration des Knochenbaues, von der Festigkeit der Muskulatur, der Beschaffenheit der Haut und einer Fülle endokriner Merkmale. Wir haben uns deshalb bei unseren Untersuchungen den *Kahnschen* Ausspruch dauernd vor Augen gehalten. Denn es wird jedem so gehen, der im Laufe derartiger Körperbauuntersuchungen zu einem gewissen Ergebnis zu kommen glaubt, daß er in Gefahr ist, seinen Blick in dieser Richtung hin zu trüben. Man muß unseres Erachtens deshalb, wenn man sich bei solcher Einstellung ertappt hat, besonders vorsichtig sein, am besten, wie wir es getan haben, stets einen anderen Beobachter mit untersuchen lassen und im Zweifelsfalle gegen das gewünschte Ergebnis entscheiden. Es ist deshalb bei unserer Typeneinteilung absichtlich die Gruppe der Leptosom-Athleten noch aufgenommen worden, und es soll nicht unerwähnt bleiben, daß nach den Maßzahlen noch einige aus dieser Gruppe zu den Athleten gerechnet werden müßten.

Zu dem Ergebnis der Messungen sei im übrigen noch bemerkt, daß es bei den einzelnen Typen mit den von *Kretschmer* genannten Zahlen

fast genau übereinstimmt. Von kleinen Differenzen, z. B. der durchschnittlich um 1 cm größeren Schulterbreite bei den Athleten darf wohl abgesehen werden. Nur zweierlei war auffallend. Zunächst war das Gewicht absolut und relativ in unserem Material fast durchgängig 10—20 kg höher, als es *Kretschmer* für seine Typen angegeben hat. Da sich hier aber kein Unterschied zwischen den einzelnen Gruppen findet, so glauben wir, daß es sich vielleicht durch den jetzt allgemein besseren Ernährungszustand erklärt. Vielleicht mag auch die niedersächsische Rasse allgemein mehr zum Fettansatz neigen. Nicht so leicht zu erklären ist aber der Umstand, daß die Beinlänge in unserem Material, abgesehen von einigen Asthenikern, durchschnittlich 10 cm länger ist als bei den *Kretschmerschen* Typen. Da uns Kontrolluntersuchungen fehlen, kann nicht angegeben werden, ob es sich um eine Eigentümlichkeit der Epileptiker handelt, wie es *Hofmann* annimmt. *Hofmann* stellte nämlich auch bei 100% seiner Epileptiker eine überragende Unterlänge fest. Falsch scheint es uns aber jedenfalls, so weitgehende Schlüsse aus diesem Befunde zu ziehen, wie es *Hofmann* tut, der von einer „Anomalie in der korrelativen Bindung der Hypophyse“ spricht. Wenn *Hofmann* übrigens den Standpunkt vertritt, daß bis zum 30. Jahr die Unterlänge dominiert, so können unsere Befunde zur Stützung der oben genannten Ansicht nicht verwertet werden, da sich unser Material zum großen Teil aus Patienten im Alter von 20—30 Jahren zusammensetzt.

Es verteilen sich nun unsere Fälle auf die oben genannten Gruppen in folgender Weise:

a) Männer:	Leptosome	17 = 28,34%
	Athleten	24 = 40%
	Leptosom-Athleten	5 = 8,33%
	Pykniker	4 = 6,67%
	Dysplastiker	10 = 16,66%
b) Frauen:	Leptosome	4
	Athleten	5
	Leptosom-Athleten	—
	Pykniker	3
	Dysplastiker	3

Die Anzahl der weiblichen Patienten ist zu klein, um aus den Befunden sichere Schlüsse zu ziehen. Die nachfolgenden Betrachtungen beziehen sich deshalb, wenn nicht Besonderes erwähnt wird, nur auf die Ergebnisse der Untersuchungen des männlichen Materials. Es springt bei den Zahlen zunächst der geringe Prozentsatz der Pykniker in die Augen. Er ist fast so gering wie bei den *Kretschmerschen* Schizophrenen. Das ist ein Befund, den auch die beiden Voruntersucher *Hofmann* und *Gründler* erhoben haben. Allerdings beträgt bei *Gründler* der Prozentsatz immerhin $12\frac{1}{2}\%$ bzw. mit den von ihm besonders be-

nannten pyknischen Mischformen 15⁰/₀, bei seinem männlichen Material 6,38⁰/₀, bei den weiblichen Patienten 21,27⁰/₀. *Hofmann*, der scheinbar nur männliches Material untersucht hat, fand 15⁰/₀ Pykniker. Es scheint also der pyknische Habitus mit der zykliden Veranlagung verkuppelt zu sein, während er bei den Epileptikern und Schizophrenen nur in seltenen Fällen auftritt.

Den größten Prozentsatz unter unserem Material bilden die Athleten. Sie dominieren mit 40⁰/₀ ganz beträchtlich über die nächstgroße Gruppe der Leptosomen. Dieser Befund scheint uns außerordentlich wichtig zu sein, denn er beweist, daß *Gründlers* Anschauung, bei der Epilepsie fände sich dieselbe Verteilung der Körperbautypen wie bei der Schizophrenie, oder gar, die Epilepsie entstehe „vorwiegend auf der schizothymen Charakteranlage“, nicht haltbar ist. Denn bei den Schizoiden und Schizophrenen ist das Verhältnis von Athleten zu Leptosomen gerade umgekehrt. *Kretschmer* fand unter 170 Schizophrenen 81 Leptosomen und nur 31 Athleten. Selbst wenn man also *Gründlers* Zahl, die er bei den epileptischen Männern gefunden hat, zugrunde legen will, ergibt sich immer noch eine große Differenz gegenüber *Kretschmers* Ergebnissen. *Gründler* fand nämlich 21,27⁰/₀ Athleten und 29,78⁰/₀ „Astheniker“, wie er sie nennt. Es sind also die Athleten in seinem Material fast so zahlreich wie die Leptosomen, während sie bei *Kretschmers* Schizophrenen noch nicht die Hälfte betragen. Wenn *Gründler* das nicht berücksichtigt, so kommt das daher, daß er bei seinem weiblichen Material angeblich überhaupt keine athletischen Typen gefunden hat, und daß deshalb die Gesamtzahl der Athleten natürlich relativ geringer ist. Wir möchten aber annehmen, daß es sich hier um einen Untersuchungsfehler handelt. Bei den Frauen sind die Typen leider ja so verwaschen, daß auch bei den Nachuntersuchungen der *Kretschmers* Ergebnisse gerade bei dem weiblichen Material die größten Differenzen bestehen. Leider bringt *Gründler* keine Maße, so daß wir seine Zahlen nicht nachprüfen können. Es ist aber auffallend, daß er bei den Frauen 21,27⁰/₀ Pykniker findet, bei den Männern dagegen 6,38⁰/₀. Der Verdacht liegt sehr nahe, daß er die fetten Athleten seines weiblichen Materials mit Pyknikern verwechselt hat. In unserem kleinen weiblichen Material finden sich schon 5 Athleten.

Hofmanns Ergebnisse, der auch etwa 20⁰/₀ Athleten vermerkt, sind leider nicht eindeutig zu verwerten, da er unter seinen Fällen 22,5⁰/₀ in die üblichen Körperbautypen nicht einreihen zu können behauptet.

Hinsichtlich der Zahlen der Dysplastiker stimmen wir mit *Gründler* überein. Er fand 20⁰/₀ bei den Männern und 18,8⁰/₀ bei seinem weiblichen Material. Bei unserem männlichen Material fanden sich 16,66⁰/₀, also eine weitgehende Übereinstimmung. Dieser Körperbautypus scheint also bei der Schizophrenie und Epilepsie gleichmäßig vertreten

zu sein; denn *Kretschmer* vermerkt 18,99% Dysplastiker unter seinen Schizophrenen.

Recht unglücklich und anfechtbar erscheint uns die Abgrenzung der körperbaulich uncharakteristischen Gruppe *Hofmanns*, die sich durch schwaches Muskelrelief, Pigmentarmut und Schlaffheit der Haut, schwach oder gar nicht pigmentierte Linea alba und dürrtartige Terminalbehaarung auszeichnen soll. Das sind Merkmale, die teils für den leptosom-asthenischen Habitus charakteristisch sind, teils für den dysplastischen, teils aber auch bei allen Gruppen gefunden werden. Unter der Pigmentarmut der Linea alba läßt sich schwer etwas vorstellen, da eine besondere Pigmentation derselben bei Männern unseres Erachtens überhaupt nicht vorkommt. Die feminine, also geradlinig oder konkav abgegrenzte Genitalbehaarung ist in der Tat bei Epileptikern, darin stimmen wir ebenfalls mit *Gründler* überein, außerordentlich häufig. *Gründler* fand sie in 31,9%, wir in 50% der Fälle. Am häufigsten fanden wir sie, in 99%, bei den Dysplastikern, in 50% zeigten sie sich bei den Athleten, in 25% bei den Leptosomen, und 1 Pykniker hatte das Merkmal ebenfalls. Ob man hierauf ein besonderes Gewicht legen kann, wagen wir nicht zu entscheiden. Vergleichende Zahlen stehen uns nicht zur Verfügung,

Bei den Athleten unterscheidet *Kretschmer* 2 Typen, den gut gewachsenen, breitschulterigen, muskulösen, mit stark hervortretendem Muskelrelief und den plump, massiv, pastös gebauten, bei dem die diffuse Fettentwicklung die an sich kräftige Muskulatur überdeckt, die Schulterbreite nicht ausgesprochen über die Beckenbreite dominiert. Bei den Schizophrenen erwähnt *Kretschmer* die zweite Gruppe nur als eine seltene Variante. Bei den Epileptikern findet sich diese aber in unserem Material bei der Hälfte der Fälle, doch neigen auch viele der ersten Gruppe zu einer größeren Fettansammlung und Verdeckung des Muskelreliefs. Daß auch andere Merkmale, die zu dem dysplastischen Typus hinüberführen, wie eine feminine Genitalbehaarung, Hodenatrophie, eunuchoiden Einschläge mit Überlänge der Extremitäten bei den Athleten häufig vorkommen, hat ebenfalls *Kretschmer* schon erwähnt, und wir fanden diese Angabe bestätigt. Ausgesprochen akromegaloide Züge zeigte nur ein Athlet.

Unter den Dysplastikern fand sich dreimal endokrin bedingte Fettsucht, wie sie *Kretschmer* als polyglanduläre Fettsucht geschildert hat; ein kleiner Körperbau mit unförmiger Dicke, sowohl am Stamm wie Extremitäten. Nur die kleinen zierlichen Hände und Füße fallen auf. Die Haut ist myxödematös dick, alle Konturen sind verwischt. Dazu findet sich dann häufig Hodenhypoplasie und eine nicht palpable Schilddrüse. Auffallend war ein Fall, zu dem auch unser weibliches Material ein Pendant liefert, wo neben geringer Fettsucht und dys-

genitalen Störungen, wie Hodenatrophie, fast fehlender Terminalbehaarung, eine ausgesprochene Struma mit allen Zeichen eines Basedows besteht (Tachykardie, übermäßige Schweißsekretion, große glänzende Augen, angedeutetes Graefesches Symptom). Außerdem ist der Chvostek stark positiv und es besteht auch elektrisch eine Tetanie-reaktion. Der Fall zeigt, wie einseitig es wäre, für die Entstehung der Epilepsie den Hypothyreoidismus verantwortlich zu machen.

4 Fälle zeigten eunuchoiden Züge mit Überlänge der Extremitäten, vermehrter Beckenschweifung, fehlender Terminalbehaarung und Hodenhypoplasie. Nur einmal fand sich ausgesprochener Turmschädel mit borstigen Augenbrauen und Bartwuchs, derbem, hohem Unterkiefer. Auch hier zeigten sich andere dysplastische Merkmale, wie vermehrte Beckenschweifung und feminine Genitalbehaarung. Ein Dysplastiker zeigte hochgradigen Zwergwuchs. Der 21jährige Patient war nur 145 cm groß, hatte ein auffallend breites Becken mit vermehrter Hüftschweifung, mit merkwürdig gut entwickelter Oberschenkelmuskulatur, gegen die die kümmerlich entwickelte Unterschenkelmuskulatur außerordentlich abstach.

Unter den Leptosomen fiel die Seltenheit ausgesprochener Astheniker auf. Selbst wenn man die muskulös breitschultrigen Individuen abzieht, die wir als leptosom-athletisch besonders abgegrenzt haben, so fanden sich doch unter den Leptosomen nur 5, die die flache Brust, die schmal aufgeschossene Figur, die blasse, schlaffe, blutlose Haut, die schlanken, knochendünnen Arme und Beine, den fettarmen Bauch zeigten, wie es uns bei den Schizophrenen doch so geläufig ist. Die meisten waren sehnige, muskulöse Gestalten, wenn auch schlank gebaut. Aber selbst bei den echten Asthenikern zeigten sich athletoide Anklänge. Wir fanden bei 3 dieser Patienten eine auffallende Differenz in der Entwicklung der oberen und unteren Körperhälfte. Die Schultern waren relativ breit und ausladend, die Schultermuskulatur kräftig herausgearbeitet, das Becken dagegen schmal, die Beine lang und dünn. Schon die Brust machte den Eindruck, als ob sie sich nach unten zu trichterförmig verengte. Diese relative Breitschultrigkeit ist überhaupt ein fast durchgängiges Merkmal unter allen Leptosomen unseres Materials, so daß die durchschnittliche Schulterbreite nicht 35,5 cm, wie sie *Kretschmer* angibt, sondern 37 cm beträgt. Abgesehen von diesem athletischen Einschlag fanden sich bei den Leptosomen manche dysplastische Merkmale. Von der erwähnten femininen Genitalbehaarung abgesehen, zeigten 3 Patienten Hodenhypoplasie und vermehrte Hüftschweifung.

So zeigt unser Material keineswegs eine Übereinstimmung der Befunde mit den Untersuchungsergebnissen bei Schizophrenen; nicht nur, daß zahlenmäßig der athletische Körperbau über den leptosomen

überwiegt, sondern es finden sich auch bei den Leptosomen so zahlreiche dysplastisch-athletische Einschlüge, daß das Durchschnittsbild des Epileptikers dem schizophrenen fast entgegengesetzt erscheint. Am deutlichsten zeigt sich das in der Gesichtsbildung. Das Gesicht ist ja nach *Kretschmer* die Visitenkarte der Gesamtkonstitution. Das trifft für den Epileptiker ganz besonders zu. Wem ist es nicht schon in der poliklinischen Sprechstunde so gegangen, daß er den Patienten ins Gesicht sagt: „Sie kommen wegen Ihrer Anfälle!“ Ich habe mich bei solchen Antriebsdiagnosen nur in 20% getäuscht. Gewiß spielen auch hier exogene Momente eine Rolle. So ist das Gesicht oft infolge häufiger Anfälle gedunsen. Es zeigen sich manchmal Blutungen in der Conjunctiva. Oft fällt uns der blöde, stumpfe, brutale Gesichtsausdruck des verblödeten Epileptikers auf. Aber meist spielt das keine Rolle, denn gerade die poliklinische Sprechstunde suchen häufig die Patienten auf, die ihren ersten Anfall gehabt haben. Es sind also im hohen Maße konstitutionelle Momente, die hier wirksam sind. Die Gesichtsbildung des Epileptikers zeigt nämlich das grobderb-undifferenzierte der Gesamtkonstitution besonders auffallend. Hier bestehen dysplastische Merkmale meist neben den athletischen, ganz unabhängig vom übrigen Körperbautypus. So fanden wir einen derbknochigen Gesichtsschädel 43mal; die Bezeichnung mittel erhielten 9 Fälle, zartknochig 8. Eine besonders starke Entwicklung der Jochbeine ist vermerkt 39mal, mittlere 15mal, und nur 6mal eine schwache. Nicht ganz so häufig springt der Jochbogen stark hervor, da er durch die fette, derbe Haut leicht verdeckt wird. Die Entwicklung des Unterkiefers ist dementsprechend auch derbknochig, häufig breit. Die Nase ist in der Hälfte der Fälle klein, breit und stumpf. Häufig bekommt das Gesicht durch den kräftig konturierten Mund mit vollen, aufgeworfenen Lippen etwas besonders Brutales. Dem dysplastischen Einschlag entspricht es, daß das Profil selten scharf und gut entwickelt ist. 28mal fanden wir ein gerade abfallendes Profil, 25mal ein schwach gebogenes und nur 7mal ein echtes Winkelprofil. Der Frontalumfang des Gesichts zeigt entweder die steile Eiform des Athleten oder die breite Schildform, häufig aber auch eine ganz uncharakteristische Rundung. Das Mittelgesicht ist bei manchen Athleten auffallend hoch, sonst aber häufig hypoplastisch niedrig. Auch in unserem kleinen weiblichen Material war gerade die Gesichtsbildung charakteristisch; denn in einem weiblichen Gesicht verlangt man allgemein mehr weichere Züge. Nur einmal fanden wir ein zartknochiges Gesicht, bei den anderen 14 ist das Gesichtsskelett sehr derbknochig und besonders die Entwicklung der Jochbogen auffallend stark.

Es ist oben schon vermerkt, daß auch die Haut des Epileptikers meist dick, derb und fett ist, manchmal myxödematös. Der Teint ist

unrein. Bei 20 Fällen fanden wir Acne, nicht nur etwa bei den Athleten, bei denen auch *Kretschmer* die Acne häufig angibt, sondern auch 7 mal bei den Leptosomen. Daß es sich hier nicht um eine Bromacne handelt, braucht wohl nicht hervorgehoben zu werden.

Alles in allem kann man also sagen: Der Epileptiker ist derb, grob und massig gebaut. Alles Feine, Zarte und Weiche ist seinem Körperbau fremd, und er unterscheidet sich von der weichen, runden Form des pyknischen Habitus ebenso stark wie von der aristokratisch feinen, eckigen Gestalt so vieler Schizophrener.

Mit diesem Ergebnis, das zu den Anschauungen *Gründlers* im Gegensatz steht, stehen wir nicht allein. Zwar lassen sich die Befunde von *Weißfelds* und *Michel-Weeber* nicht für unsere Anschauung verwerten, da die von beiden untersuchten Fälle zu wenig zahlreich sind, wenn auch *Weißfelds* der Ansicht ist, daß der leptosome und weich-athletische Habitus bei den Epileptikern vorherrscht. *Zielinski* soll nach *v. Rohden* *Gründlers* Ergebnisse bestätigen. Dagegen bemerkt *Kretschmer* selbst in der Monographie über die Veranlagung seelischer Störungen, daß bei seinem Untersuchungsmaterial in 30 Fällen besonders die dysplastische Genitalgruppe und die muskulösen Athleten vorherrschen, „während Astheniker, die nicht zugleich hypoplastisch sind, selten zu sein scheinen“. Wenn *Kretschmer* sich auch bisher in dieser Frage nicht weiter geäußert hat, so scheinen doch seine weiteren Forschungen dasselbe Ergebnis gehabt zu haben, denn in dem von ihm herausgegebenen Psychobiogramm betont er ebenfalls den Zusammenhang der Epilepsie mit dem pastös athletischen und dysplastischen Körperbau.

Schon früher sind ja auch die Athleten unter den Epileptikern aufgefallen. *Kraepelin* schreibt von dem Stiernacken der Epileptiker; *Kleist* erwähnt, daß bei Epileptikern ein eigenartig massiver Körperbau neben anderen Dysplasien nicht selten sei, und die gehäuften Degenerationszeichen bei Epileptikern sind ja in früheren Jahren vielleicht gar zu sehr betont worden. *Ganter*, der die besonders zahlreichen Degenerationszeichen bei Epileptikern und Schwachsinnigen festgestellt hat, hat auch gefunden, daß die Schädeldecke, die durchschnittlich 5 mm betragen soll, bei den Epileptikern stärker ausgebildet ist und häufig aus reiner *Compacta* besteht. Auf die Degenerationszeichen ist bei uns kein besonderer Wert gelegt. Auffallend war häufig ein besonders steiler Gaumen und Bildungsfehler des Ohres und der Zähne. Ein Dysplastischer zeigte Syndaktylie. Auffallend selten zeigen sich ausgesprochene Asymmetrien des Schädels. Nicht bestätigen können wir *Kehrsers* Angabe, daß die Epileptiker häufig braunäugig sein und eine dunkle Pigmentierung der Haut zeigen sollen. Wir fanden nur 14mal Braunäugigkeit und nur 7mal starke Pigmentierung der

Haut. *Kehrs* Befunde sind wohl als Rassenerscheinung zu deuten und die Braunäugigkeit und dunkle Pigmentierung mag in der Breslauer Gegend besonders häufig sein. In funktioneller Hinsicht sei noch bemerkt, daß Linkshändigkeit 9mal bestand, Stottern 4mal. In der Familienanamnese fand sich Epilepsie der Eltern 6mal, also in 10% der Fälle. Geschwisterepilepsie wurde 6mal festgestellt, Anfälle in den Seitenlinien 4mal, Linkshändigkeit in der Familie wurde nur von 3 Patienten angegeben, so daß wir *Steiners* Befunde nicht bestätigen können, der bei rechtshändigen Epileptikern fast durchgängig Linkshändigkeit in der Familie fand. 5mal fand sich die Angabe, daß die Mutter an Migräne gelitten habe.

Die Linkshändigkeit fand sich bei allen Körperbautypen ungefähr gleichmäßig verteilt. Unter den 4 Stotterern waren 3 Dysplastiker. Bemerkenswert ist vielleicht auch, daß über Epilepsie in der Familie nur von den Athleten und Dysplastikern berichtet wurde, während bei den Leptosomen nur in einem Fall Erblichkeit nachweisbar war.

Ebenso ist es vielleicht von Bedeutung, daß bei den 10 Dysplastikern 5mal Trunksucht der Eltern oder Großeltern vermerkt ist, bei den Athleten nur 3mal und bei den Leptosomen gar nicht.

Aus all diesen anamnестischen Daten sollen aber keine gewagten Schlüsse gezogen werden, da die Anamnese in vielen Fällen nur von den zum Teil dementen Kranken selbst erhoben ist, also unmöglich zuverlässig sein kann.

Inwieweit kann nun überhaupt aus unseren Untersuchungsergebnissen ein Schluß auf eine Affinität des athletisch-dysplastischen Körperbautypus zur Epilepsie gezogen werden? Abgesehen von den Untersuchungsfehlern, die den subjektiven Untersuchungsmethoden anhaften, und nach *Kolle* so hochgradig sind, daß verwertbare Resultate überhaupt nicht erzielt werden können, wird von den Gegnern der *Kretschmerschen* Lehre immer auf die fehlende Kontrolluntersuchung an Normalen hingewiesen. Das Verlangen nach derartigen Untersuchungen hat zunächst *Gruhle* gestellt, und in letzter Zeit hat *Kolle* sich noch einmal in demselben Sinne geäußert. Diese Forderung scheint aber für jeden, der weiß, was *Kretschmer* mit seinen Untersuchungen bezweckt, unverständlich, denn die Frage gesund — krank kann auf diesem Gebiet überhaupt nicht in Betracht gezogen werden. Wenn solche Untersuchungen vorgenommen werden, so muß zugleich eine charakterologische Einteilung des untersuchten Materiales stattfinden. So wurden in der hiesigen Klinik¹⁾ bei vergleichenden Untersuchungen mit Encephalitikern festgestellt, daß sich unter 100 körperlich Gesunden 33 Leptosomen, 34 Athleten, 24 Pykniker und 2 Dysplastiker fanden. Für die psychiatrische Konstitutionsforschung hätte ein solches Ergebnis na-

¹⁾ *Stern* und *Grote*.

türlich nur dann Wert, wenn zugleich festgestellt würde, wie viel Schizothyme und Zyklothyme und vielleicht Epileptothyme sich unter diesem Material fanden, worauf bei den Untersuchungen gar nicht geachtet wurde, da ganz andere Fragen zur Diskussion standen.

Daß aber eine derartige Einteilung möglich ist, zeigt der Fragebogenversuch von *Van der Horst* und *Kübler*. Gerade das ist doch der schöpferische Gedanke *Kretschmers*, daß er aus den endogenen Psychosen und ihrer Affinität zu besonderen Körperbautypen auf gleiche Beziehungen in der Normalpsychologie schließt. „Erst wenn wir die genannten Gesichtspunkte ins Normalpsychologische hinein unermüdlich weiterverfolgen, wird das Konstitutionsproblem in der ganzen Weite seines Horizontes sich uns aufrollen.“

Gibt es nun solche Beziehungen bei der Epilepsie oder nicht? *Kretschmer* verneint die Frage, wie wir es oben schon erwähnt haben. Es kann nicht unsere Aufgabe sein, auf das Problem genauer einzugehen, da es die Grenzen unseres Themas bei weitem überschreiten würde. Nur sind vielleicht einige Anregungen als Arbeitshypothese erlaubt.

Wer hätte vor *Kretschmer* einen gemeinsamen charakterologischen Zug in allen Schizophrenen gefunden? Wer hätte die stumpfen Kationen, die reizbaren Paranoiker und die läppischen Hebephrenen unter einem Gesichtspunkt zusammengefaßt? Erst *Kretschmer*, fußend auf *Bleuler*, hat es versucht, vielleicht in zu weitgehendem Maße, aber überraschend mit intuitivem Blick! „Die schizoiden Temperamente liegen zwischen den Polen reizbar und stumpf, so wie die Zykloiden zwischen heiter und traurig“, und „die Schlüssel zu dem schizoiden Temperament hat der, der klar erfaßt hat, daß die meisten Schizoiden nicht entweder überempfindlich oder kühl sind, sondern daß sie überempfindlich und kühl sind“. Dieser Schlüssel zum Verständnis des Epileptoiden fehlt uns noch! Deshalb ist es uns auch bisher nicht möglich gewesen, ähnliche Züge in der Normalpsychologie aufzusuchen und etwa den Begriff des Epileptothymen aufzustellen. Fehlt nun aber dieser gemeinsame Grundzug in der Tat, wie *Krisch* behauptet? Fast muß es so scheinen, wenn man die Definitionen des epileptischen Charakters liest, die bisher gegeben sind. So schreibt *Aschaffenburg* von der Euphorie, der Verlogenheit, dem Egoismus, der Heuchelei, der Neigung zum Hetzen, der Reizbarkeit und Rücksichtslosigkeit der Epileptiker, auch von der verbissenen Stumpfheit und der kleinlichen Zähigkeit in dem Verfolgen eigener Wünsche. *Römer* hebt die deutliche Neigung zur eingehenden Vervollständigung, die egozentrischen Reaktionsformen, die gefühlvollen Beziehungen ebenso hervor wie die Euphorie, den Jähzorn, die Gewalttätigkeiten, die häufige sexuelle Übererregbarkeit und die periodische Trunksucht. *Binswanger* spricht

von der unmotivierten Schwankung der Stimmung, von der düster pessimistischen Weltanschauung und dem mißtrauischen Verhalten oder der kindisch-fröhlichen, harmlosen Auffassung aller Vorgänge und der brutalen Zornmütigkeit. *Bleuler* legt Wert auf die verlängerte Schwankungsdauer der Affekte und darauf, daß Unwichtiges genau so betont wird wie Wichtiges. Bei all diesen Schilderungen des epileptischen Charakters vermißt man einen einheitlichen Gesichtspunkt. Es werden die verschiedensten Punkte wahllos nebeneinander aufgezählt, ohne daß daraus ein plastisches Bild des epileptischen Charakters entstünde. Die Angaben über Rücksichtslosigkeit und Egoismus werden genau so betont wie die harmlose Auffassung aller Vorgänge, die Religiosität ebenso wie die Zornmütigkeit, und dazu muß bemerkt werden, daß die meisten Epileptiker von all diesen Eigenarten nichts zeigen, wie *Krisch* das schon an seinem Material gezeigt hat.

Kann man nun aber nicht versuchen, den Grund zu alldiesenscheinbar oft entgegengesetzt gerichteten Charakterzügen zu finden? Wie lautet die Formel, die dem „gereizt und stumpf“ des Schizoiden entspricht:

Gebunden und getrieben!

Der Epileptiker ist mit seiner ganzen Persönlichkeit gleichsam in der Hand einer Gewalt, die außerhalb seiner selbst zu stehen scheint; die ihn stets leicht verträumt erscheinen läßt, auch außerhalb seiner Dämmerzustände, und die dann plötzlich eine Explosion herbeiführt, die alles Maß überschreitet, die ihn zu Spiel, zu Trunk und anderen Leidenschaften treibt und zu seinen Fuguezuständen, die einerseits seinen Gesichtskreis beschränkt, so daß das ganze Interesse um die eigene Person kreist, die dann aber plötzlich den Blick erhellte, so daß er im tiefsten Glücksgefühl Gott und den Himmel erschaut.

Auf diese Polarität im Wesen des Epileptikers ist bisher zu wenig geachtet, und man legte zu viel Wert auf die eine Seite des Epileptoiden, auf die Reizbarkeit, Zornmütigkeit, Gewalttätigkeit. Aber gerade die Gebundenheit ist viel häufiger das Vorherrschende. Die meisten Epileptiker stehen in einem leichten Nebel; sie fassen wohl alles auf, der Verkehr mit der Umwelt erscheint ungestört, und doch hat ihr ganzes Reden und Handeln etwas Weltfernes. Sie versenken sich dabei nicht etwa autistisch in sich selbst, sie schließen sich nicht ab wie der Schizoide, der, wie *Kretschmer* sagt, eine Glaswand zwischen sich und der Umwelt errichtet, sondern sie suchen den Anschluß, sie strecken die Hand danach aus, aber es fehlt ihnen der freie Blick. Dazu kommt dann häufig die Verlangsamung des Gedankenablaufes, das Kleben am Thema, der enge Gesichtskreis, alles das gehört zusammen und findet sich angedeutet bei den meisten Patienten, und es führt ein fließender Übergang von ihnen zu dem bekannten Bild, das uns der verblödete Epileptiker bietet.

Aus dieser Gebundenheit heraus kommt es dann plötzlich zu jenen Entladungen und Verstimmungen, die uns wegen ihrer Unberechenbarkeit den Epileptiker so unheimlich erscheinen lassen. Plötzlich ist der so stumpf dahinvegetierende, gutmütige Patient gereizt, kein Mensch weiß, warum, und doch ist das kein autistisch unverständliches „Einschnappen“, sondern eine Verstimmung, zu der der Epileptiker gleichsam gegen seinen Willen geführt wird. „Ich weiß selbst nicht, wie das kommt“, sagt er dann selbst häufig hinterher.

Neulich war ein Epileptiker hier zur Begutachtung. Er war ein gutmütiger, höflicher, unauffälliger Patient. Eines Tages wird von ihm verlangt, er solle seinen Lebenslauf schreiben, und er erklärt sich sofort dazu bereit. Als er am Nachmittag danach gefragt wird, rötet sich sein Gesicht und er bittet mit mühsam unterdrückter Erregung, man möchte davon absehen. Als darauf bestanden wird, begimmt er maßlos zu schimpfen, beherrscht sich dann wieder mühsam und geht aus dem Zimmer. Am nächsten Tag überreicht er unaufgefordert den Lebenslauf.

Ein anderer wurde uns mit dem Verdacht auf progressive Paralyse eingeliefert. Es ist ein massiger, fatter Athlet, Kesselschmied; er hat zu Hause plötzlich Gewalttätigkeiten verübt, war wiederholt wegen Körperverletzung bestraft und litt an periodischer Trunksucht. In jungen Jahren hat er 3—4 epileptische Anfälle gehabt, seitdem nicht mehr. Hier in der Klinik zeigte er eine unendliche Gutmütigkeit, ist dabei zu kleinen Scherzen aufgelegt, immer hilfsbereit; nur ab und zu zeigt er seine groben, muskulösen Arme und rät jedem, sich mit ihm nicht einzulassen; aber er meint es nicht so, er denkt gar nicht daran, mit jemandem Streit anzufangen.

Ein Student der Theologie, leptosom, mit derbknochigem Gesichtsschädel, vielen Acnepusteln, kommt in die Klinik. Er will wissen, ob er an Epilepsie leide; ein Onkel von ihm hat Anfälle gehabt. „Es wird wohl Epilepsie gewesen sein.“ Neulich ist ihm selbst plötzlich der Gedanke gekommen: „Jetzt hast du auch, was der Onkel hatte.“ Er ging im Zimmer auf und ab, war dann plötzlich verwirrt und er kann sich an den Zustand nicht mehr recht erinnern, so ganz „klar ist er auch jetzt noch nicht im Kopf“. Er berichtet von diesem Zustand seiner Verwirrtheit immer wieder, breit und umständlich. Es wird ihm geraten, sich in die Klinik aufnehmen zu lassen. Er mag nicht, es ist ihm, als ob er frische Luft brauche. Schließlich, nach seinem dauernden *ceterum censeo*, daß er nicht bleiben möchte, läßt er sich bereden. Am nächsten Morgen geht er noch zur Verwaltung, bittet, ihn in die 2. Klasse aufzunehmen. Nach 5 Minuten ist er fort. Der blaue Himmel hat ihn fortgezogen!

Gerade der letzte Patient hat in seinem äußeren Handeln vielleicht etwas Ähnlichkeit mit manchen Katatonen, und doch, welch himmelweiter Unterschied! Man kann sich durchaus in ihn einfühlen, nichts entspringt aus einer Dissonanz der Persönlichkeit, aus einem Gespaltensein, sondern er kämpft gegen ein Muß, dem er schließlich unterliegt.

Der Epileptiker hat häufig selbst das Gefühl, in der Gewalt eines Schicksals zu sein. So schreibt *Dostojewski* einmal: „Ich bin jetzt noch immer etwas krank, und es scheint mir, daß mit mir bald, sehr bald etwas Entscheidendes geschehe, daß ich mich dem kritischen Punkte meines ganzen Lebens nähere, daß ich gleichsam reif geworden bin und daß mir vielleicht etwas Stilles und Heiteres, vielleicht auch Drohendes, jedenfalls aber etwas Unabwendbares bevorsteht!“

Aus diesem Gefühl entspringt bei den großen Charakteren eine tiefe Religiosität, bei den kleinen ein höflich bigottes Wesen oder auch, da sie das Etwas, das sie in der Hand hat, dauernd in der Umgegend suchen, ein ewig nörgelndes, streitsüchtiges Verhalten. Auch schreibt *Krisch* mit Recht, daß der Epileptiker den Grund zu seinen depressiven Verstimmungen nie bei sich, sondern immer bei anderen sucht, und er erwähnt dies zur Differentialdiagnose gegenüber dem manisch-depressiven Irresein. Die Religiosität des Epileptikers ist grundverschieden von den romantischen Träumereien oder der kalten Verstandesreligion des Schizoiden, ebenso aber auch von der Opportunitätsreligion des Zykllothymen: „Gibt es einen Gott, dann ist es gut, gibt es keinen, so schadet es auch nicht, wenn ich gebetet habe.“ Der Epileptiker hat vor allem das Gefühl der „schlechthinnigen Abhängigkeit von Gott“, wie *Schleiermacher* die Religion definiert. So ist es in hohem Maße symbolisch, wenn die Epilepsie der *Morbus sacer* heißt, und es ist verständlich, daß Mohammed und Paulus als Epileptiker bezeichnet werden, mögen sie es nun gewesen sein oder nicht; von ihnen ging eine Glut und ein Feuer heiliger Begeisterung aus, das ihr ganzes Wesen erfüllte und vorwärtstrieb, und man braucht nur neben sie Calvin zu stellen und die Kluft, die zwischen beiden Formen der Religiosität klafft, zeigt sich unüberbrückbar.

Wer ist je von so tiefen religiösem Leben erfüllt gewesen wie Dostojewski? Nun sagt zwar *Kretschmer*, man wisse nicht, inwieweit die Epilepsie das Genie Dostojewskis nur gehindert habe und wieviel davon ein beherrschender Bestandteil seines Charakters sei. Faßt man aber das Epileptoide auf, wie wir es geschildert haben, so scheint dieser Einwurf unberechtigt. Das Zuhause sein in den tiefsten Niederungen der Seele und zugleich doch in Höhen, die kaum ein anderer erreicht, das ist epileptoid. Dostojewski, der edelste Mensch, war erfüllt von sexuellen Leidenschaften, vom Hang zum Spiel und bestahl seine eigene Frau um ihr letztes Geld! Und doch, wer wollte behaupten, Dostojewski sei keine geschlossene Persönlichkeit? Wo ist etwas Gespaltenes in seinem Wesen, wo etwas autistisch Unverständliches? Es sind dämonische Züge in ihm, die uns abstoßen und anziehen, weil wir sie im Untergrunde der eigenen Seele alle fühlen!

So muß man bei Untersuchungen von „normalen Menschen“ vorsichtig sein! Nicht jeder stumpf und dumpf, gutmütig vor sich hindämmernde Mensch ist schizoid oder schizothym. Er kann auch ein gebundener Epileptothym sein. Nicht jede Brutalität entspringt der seelenlosen schizothymen Psyche, sie kann auch ein Zeichen einer explosiven epileptoiden Seele sein. Die Reizbaren müssen daraufhin untersucht werden, ob sie zu den „einschnappenden“ paranoischen Naturen gehören oder ob es sich nicht um epileptoide Verstimmungen handelt.

Die Pedanten können verschrobene Schizothyme, aber auch hafende Epileptothyme sein, und schließlich braucht nicht jeder, in dem, beim ersten Anblick uns unverständlich nebeneinander, die verschiedensten Eigenschaften ruhen, ein gespannter Schizoider zu sein.

Mit diesen Anregungen kommen wir zum Schluß unserer Arbeit, die keine abgeschlossenen Untersuchungsergebnisse, keine fest umrissenen Theorien bringen soll, sondern nur einen Weg zeigen, der hinausführen soll aus der Alternative zyklotym — schizotym, und die *Kretschmers* Lehre vom Vorwurf der Einseitigkeit befreien soll. Zahlreiche Nachuntersuchungen müssen erst zeigen, ob unseren Befunden eine biologische Affinität des dysplastisch-athletischen Körperbaues zu dem Epileptoid zugrunde liegt, was wir alle früher schon vermutet haben und was *Gründler* bestreitet, und es muß der Blick auch auf die Athleten und Dysplastiker unter den „Normalmenschen“ gerichtet werden: liegen hier epileptothyme Eigenschaften zugrunde oder nicht? Und schließlich sind alle symptomatischen Epilepsien daraufhin zu untersuchen, ob sich auch bei ihnen charakterologisch und hinsichtlich ihrer körperlichen Konstitution die gleichen Verhältnisse zeigen. So ist die vorliegende Arbeit mehr wie manche andere notwendigerweise ein Torso, aber sie hat ihren Zweck erfüllt, wenn sie den Beginn weiterer Forschungen darstellt.

Literaturverzeichnis.

- Aschaffenburg*: Über die Stimmungsschwankungen der Epileptiker. Halle 1906.
 — *Bauer*: Über konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten. Berlin: Julius Springer 1924. — Bericht über die 48. Jahresversammlung der Südwestdeutschen Psychiater in Tübingen am 23. u. 24. X. 1925: Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **42**, H. 11. — *Binswanger*: Die Epilepsie. Wien: Holder 1913.
 — *Binswanger*: Die Pathogenese und Prognose der Epilepsie. Münch. med. Wochenschr. Jg. 69, Nr. 39, S. 395/99 und Nr. 40, S. 1432—1435. 1922. — *Bleuler*: Lehrbuch der Psychiatrie, 4. Aufl. Berlin: Julius Springer 1922. — *Bollen*: Pathogenese und Therapie der genuine Epilepsie. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **32**, H. 2. 1913. — *Bollen*: Erklärung der Erscheinungen bei Epileptikern. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **53**, 56/95. — *Bumke*: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. München: J. F. Bergmann 1924. — *Corberi*: L'erediteria nell'epilessia. Ref.: Neurol. Zentralbl. **41**, 242. — *Ganter*: Über Degenerationszeichen bei Gesunden, Geisteskranken, Epileptikern und Idioten. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie **70**, 206. 1913. — *Ganter*: Über die Dicke und das Gewicht des Schädeldachs bei Epileptikern und Schwachsinnigen. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **67**, H. 1, S. 13/19. 1922. — *Gründler*: Über Konstitutionsuntersuchungen an Epileptikern. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **40**, 216. 1925. — *Hermann*: Epileptische Anfälle mit typisch vollständig gleichartiger Symptomatologie bei Zwillingen. Med. Klinik 1919, Nr. 41. — *Hoffmann*: Vererbung und Seelenleben. Berlin: Julius Springer 1922. — *Hofmann*: Zur Frage des epileptischen Konstitutionstypus. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **94**, 309. — *Jellinek*: Kraniographischer Beitrag zur Frage über die Schädelasymmetrie bei Epileptikern. Ref. Neurol. Zentralbl. **37**, 388. 1918. — *Kehrer* und *Kretschmer*:

Die Veranlagung zu seelischen Störungen. Berlin: Julius Springer 1924. — *Kleist*: Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psych.-gerichtl. Med. **82**, H. 1. — *Kolle*: Psychiatrische Körperbauforschung. Klin. Wochenschr. Jg. 5, Nr. 19. 1926. — *Kraepelin*: Psychiatrie. — *Kraepelin*: Zur Epilepsiefrage. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **52**, 177. — *Kretschmer*: Körperbau und Charakter. 4. Aufl. Berlin: Julius Springer 1924. — *Krisch*: Die psychischen Erscheinungen bei Eunuchoiden. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **45**. — *Krisch*: Epilepsie und manisch-depressives Irresein. Karger 1922. — *Martin*: Anthropometrie. Berlin: Julius Springer 1925. — *Michel* und *Weeber*: Körperbau und Charakter. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **71**, H. 2. 1924. — *Oberholzer*: Erbgang und Regeneration in einer Epileptikerfamilie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **16**. 1913. — *Redlich*: Referat über Epilepsie. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **45**. 1912. — *Redlich*: Bemerkungen zur Ätiologie der Epilepsie mit besonderer Berücksichtigung der Frage einer Kriegsepilepsie. Wien. med. Wochenschr. 1918, Nr. 17. — *Redlich*: Epilepsie und andere Anfallskrankheiten. Wien. med. Wochenschr. 1919, Nr. 13. — *Reichardt*: Der gegenwärtige Stand der Epilepsieforschung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **89**, 321. — *Römer*: Beitrag zur Lehre von der epileptischen Verstimmung. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **26**, Erg.-H., S. 237. — *Rüdin*: Der gegenwärtige Stand der Epilepsieforschung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **89**. 1924. — *Snell*: Die Belastungsverhältnisse bei der genuine Epilepsie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **70**. 1921. — *Steiner* und *Heilig*: Zur Kenntnis der Entstehungsbedingungen der genuine Epilepsie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **9**. 1912. — *Steiner* und *Heilig*: Über die Beziehungen der Epilepsie zur Linkshändigkeit. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **30**. 1911. — *Stern* und *Grote*: Bemerkungen über die Konstitutionsfrage bei der epidemischen Encephalitis. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **75**, H. 2/3. — *Weissenfelds*: Beiträge zum Problem Körperbau und Charakter. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **96**, 207. 1925. — *Zielinski*: Anatomische Grundlagen der Epilepsie. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **28**, 556. 1922.
