

Aus der Forschungsstelle für Gehirnpathologie und Psychopathologie und dem ehemaligen Nervenlazarett, Frankfurt am Main (Leiter: Professor Dr. K. KLEIST).

Klinisch-katamnestische Untersuchungen an epileptoiden Störungen.

Von
DIETRICH SEIGE.

Mit 1 Textabbildung.

(Eingegangen am 21. März 1955.)

Neben der an Symptomen reichen Krankheit Epilepsie kennen wir seltenere und symptomensärmere, bisweilen sogar monosymptomatische *epileptoide Erkrankungen und Zustände*. Dies sind die *episodischen Verstimmungszustände*, die *episodischen Dämmerzustände* (KLEIST), die *episodischen Schlafzustände* der Jugendlichen (KLEIST und KLEINE), die *Narkolepsie*, die *Pyknolepsie*, die *Migräne* und die epileptoiden *Psychopathie*. KLEIST faßte diese Krankheitsbilder zu dem „*Kreise der anfallsartigen Erkrankungen*“, in dessen Mittelpunkt die Epilepsie steht, zusammen.

Die epileptoiden Erkrankungen treten selbsttätig (*autogen*) auf, verlaufen in *Episoden* oder *Anfällen* und stellen heteronome Syndrome (Dämmer- und Schlafzustände) oder intermediäre Zustände (trieb- und dranghafte Verstimnungen) dar. Mitunter verlaufen diese Störungen in gegensätzlichen Doppelsyndromen, so daß auf einen erregten Dämmerzustand ein tiefer Schlaf folgt, oder ein Schlafzustand von einer triebhaften Erregung abgelöst wird. Nicht selten mischen sich *vegetative und vasomotorische Störungen*, *Schwachsinn* und *Linkshändigkeit* in das Krankheitsbild ein oder stehen erblich mit ihm in Verbindung.

Von 20 Patienten des von Herbst 1939—1942 der Universitäts-Nervenklinik zu Frankfurt am Main angeschlossenen Reserve-Lazarettes, bei denen eine epileptoiden Erkrankung diagnostiziert worden war, habe ich durch katamnestische Untersuchungen den Krankheitsverlauf nach der Lazarettentlassung verfolgt, um die damals gestellten Diagnosen zu überprüfen und um festzustellen, ob sich daraus neue Gesichtspunkte ergeben.

Allgemeine katamnestische Ergebnisse.

Da die Kranken in nahezu allen Teilen Deutschlands — einige auch im Ausland — beheimatet sind oder waren, konnten nur vier persönlich nachuntersucht werden. Durch diese Untersuchungen sowie durch persönliche und briefliche Auskünfte der Kranken, ihrer Angehörigen und

Hausärzte und vieler Behörden, durch eingesehene Krankenblätter und amtliche Akten (im besonderen von Gesundheitsämtern und Gerichten) ließ sich in allen Fällen der weitere Lebensweg und Krankheitsverlauf sicher feststellen.

Tabelle 1. *Ergebnis der Diagnosen-Nachprüfung.*

Erkrankung	Zahl der Kranken	Diagnosen	
		bestätigt	nicht bestätigt
Episodische Verstimmungen . . .	8	6	2
Dipsomanie	2	1	1
Episodische Dämmerzustände . . .	2	2	—
Episodische Schlafzustände . . .	5	4	1
Narkolepsie	3	3	—
	20	16 (80%)	4 (20%)

Eine Pyknolepsie kam nicht vor, da diese eine Erkrankung des Kindesalters ist.

I. Krankengeschichten, Katamnesen und frühere Arbeiten.

Aus dem untersuchten Krankengut wird für jedes Krankheitsbild ein Fall geschildert. Eine kurze Charakteristik der Erkrankung wird jeweils vorangestellt.

Episodische Verstimmungszustände.

Die episodischen Verstimmungszustände (eVZ) sind Veränderungen des seelischen Zustandes von zumeist sehr *kurzer Dauer*, die oft von *abnormen Drang- und Triebregungen* (z. B. Wander- und Trinktrieb, sexuellen Entgleisungen und Eigentumsdelikten triebhafter Natur) begleitet werden. Als „*episodisch*“ werden nach KLEIST kurzdauernde Erkrankungen (Abläufe von Minuten, wenigen Stunden oder Tagen, nur selten einiger Wochen) bezeichnet, die in nicht vorauszusehenden Zeitabständen auftreten, eventuell nur ein- oder zweimalige Störungen des Lebensverlaufes sind.

Episodische VZ mit vorherrschendem Trinktrieb habe ich unter dem alten Namen „*Dipsomanie*“ besonders zusammengefaßt.

Fall 1. Kis., K., 21 jähriger Schlosser.

Der Kranke wurde am 17. 10. 1939 von einem Kriegsgericht zur psychiatrischen Begutachtung in das Frankfurter Nervenlazarett eingewiesen, da gegen ihn ein Verfahren wegen *unerlaubter Entfernung* von der Truppe lief. — K., der aus einer *erheblich belasteten Familie* stammt (siehe Sippentafel!), kam nach sehr langer Geburt zur Welt und lernte verspätet laufen und schwer sprechen. Als Kind erkrankte er einmal an Mumps. In der Schule fiel ihm das Lernen (Rechnen!) sehr schwer. Er blieb zweimal sitzen. Der *jähzornige Vater* schlug ihn oft, bis es ein Arzt verbot. In der Schlosserlehre legte er die Gesellenprüfung nicht ab. Auch neigte er zum *Weglaufen* und blieb mitunter einen ganzen Tag der Arbeitsstätte fern. Im Arbeitsdienst lief er dreimal von der Einheit fort, zumeist nach Hause. Er solle jedesmal

vorher von Vorgesetzten Zurechtweisungen erhalten haben, war daraufhin sehr *aufgeregt* und dann sei es „*dranghaft*“ über ihn gekommen, daß er *fort müsse*. Er verspürte dabei „*zwar Heimweh*, hauptsächlich aber einen Druck als müsse es so sein“. Fast immer kehrte er allein zum Lager zurück. K. wurde damals in einem Krankenhaus als „*willensschwach und geistig zurückgeblieben*“ beurteilt. — Nach dem RAD arbeitete er in seiner früheren Firma und wurde am 28. 9. 1939 Soldat. — Nach einigen ruhigen Wochen *verließ* er nach ärgerlichen Erregungen Anfang Oktober 1939 *unerlaubt die Kaserne* („wieder den Drang zum Fortlaufen bekommen“). Nach

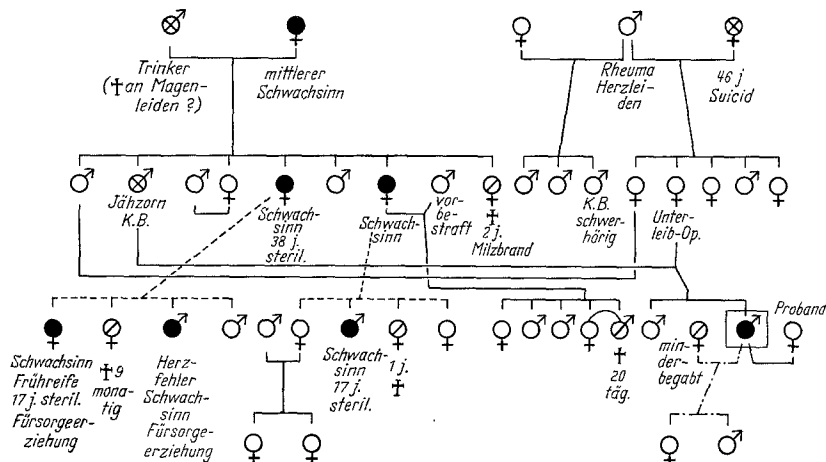


Abb. 1. Sippentafel Kis. — — — uneheliche Kinder (Väter unbekannt), — — — — — uneheliche Verbindung, K.B. = Kriegsbeschädigung, steril. = sterilisiert.

der Rückkehr erhielt er eine Arreststrafe und Ausgangssperre, lief aber 14 Tage später erneut weg, wurde vom Vater zurückgebracht und dann dem Kriegsgericht gemeldet.

Bei der Aufnahme sagte K., er sei von jeher schnell aufgeregt, nicht jähzornig, aber leicht ängstlich. Er bereute sein Verhalten.

Befund. 1,72 m/69 kg. Ausreichender EKZ. Puls 60—76/min (gelegentlich bis 88/min). Deutliches Lidflattern. Sehnenreflexe lebhaft gesteigert, leichtes Zittern der Hände. — Intelligenzprüfung: Fragen wurden zumeist befriedigend beantwortet zum Teil war Nachhilfe nötig. Unterschiedsfragen: nur mäßig gut. BINET-Bilder: mühsame aber ausreichende Erklärung. Lückentext: müh- und langsame richtige Ausfüllung. Rorschach: sehr starkes Perseverieren, geringe Produktivität. — Die eingesehenen *Schulzeugnisse* waren im Durchschnitt „genügend“. — Die Mutter sagte, daß er schon immer schwierig zu behandeln war. Bei dem letzten Weglaufen ging er zu Hause still in sein Zimmer und erzählte es erst am anderen Morgen den Eltern. — Im Lazarett war K. ruhig und meist geordnet, alberte nur an manchen Tagen fleghaft herum. Er versuchte nie wegzulaufen. Am 15. 12. 1939 wurde er „k. v.“ zur Truppe entlassen. Klinische Diagnose: *Triebhafte Psychopathie mit Weglaufen und Debilität (Poriomanie)*.

Katamnese. Das damalige Kriegsgerichtsverfahren wurde durch einen Freispruch (nach § 51 StGB) beendet und K. kurz darauf aus der Wehrmacht entlassen. Er arbeitete dann wieder als Schlosser. — 1940 wollte er heiraten, er erhielt aber wegen eines bedingten Ehehindernisses (Psychopathie) nicht die Erlaubnis dazu. Die Braut war damals schon gravid (Gesundheitsamt-Akte). — In seinem Berufe war er nach Angabe des Arbeitgebers (nach Gerichtsakten) nicht sehr arbeitswillig, ging

öfter *nicht zur Arbeit* und tat nur das gern, was ihm zusagte. Im Dezember 1943 wurde er wegen *Arbeitsvertragsbruches* angezeigt und fristlos entlassen. Vor Gericht fand er keine rechten Gründe für sein Verhalten, ein Zerwürfnis mit seiner Braut spielte wohl eine Rolle. Nach 2 aus gleichem Anlasse vorangegangenen Geldstrafen wurde K. am 31. 3. 1944 zu 2 Monaten Gefängnis verurteilt. — Am 16. 10. 1944 wurde er „bedingt k. v.“ nachgemustert und zum 29. 11. 1944 erneut eingezogen. Er rückte aber nicht ein, sondern mußte am 30. 12. 1944 zur Kaserne gebracht werden. Aus Angst vor einer Bestrafung *lief* er am nächsten Tage *fort*. Von der Polizei zurückgebracht wurde er mit 7 Wochen Arrest bestraft und dem Kriegsgericht gemeldet, das ihn zur Beurteilung auf Zurechnungsfähigkeit in das Marburger Nervenlazarett (22. 2. 1945) einwies. Nach Ks. Worten *verließ* er aus Angst vor einer Strafe kurz darauf *das Lazarett*, begab sich nach Hause, bis er von einer Heeresstreife verhaftet wurde. Er *riß* aber erneut *aus* und verbarg sich bis zum Einmarsch der amerikanischen Truppen. — K. war nach dem Kriege auf verschiedenen *Arbeitsplätzen* zwar sehr anständig, *verließ sie* aber aus unerklärlichen Gründen immer wieder (Akte des Fürsorgeamtes). — Seit 1948 lebt K. mit einer Witwe zusammen, die er 1950 heiratete. Seine uneheliche 12jährige Tochter, die bei Ks. Mutter lebt, hat sich gesund entwickelt. Ks. Vater starb 1949. K. ist zur Zeit arbeitslos und lebt von der Unterstützung. Gesundheitlich fühlt er sich nicht wohl, suchte mehrfach Ärzte wegen Magen- und Herzbeschwerden auf und gab an, daß er zweimal „zusammengebrochen“ sei. In den letzten Jahren habe er mehrmals ein „starkes Zittern“ am ganzen Körper gehabt, werde dabei bewußtlos, hätte blaue Lippen und deutliches Herzklopfen. Vorher wäre es ihm stets trüb vor den Augen, danach brauche er 2—3 Std, bis er wieder voll wach sei. Etwa alle Woche ist er für 1—2 Std, selten einen ganzen Tag lang, „*krachsüchtig*“ *verstimmt* (nach seiner Frau). Ihm selbst sind diese Erregungen unverständlich und er schämt sich danach über sein Verhalten. Durch seine Erregbarkeit hatte er schon oft Schwierigkeiten mit Behörden. — K., der jetzt sein Weglaufen von der Truppe mit politischen Gründen motivierte, wollte eine Rente haben, da sein Leiden erst im Kriege begonnen habe. Er vermochte nicht einzusehen, daß er sich mit seinem häufigen Fortlaufen nur noch mehr Schwierigkeiten bereitet hatte und sagte lediglich „ich habe eben weglaufen müssen“. Ks. *Debität* ist deutlich. Bei der Nachuntersuchung antwortete er nur zögernd und erst auf mehrere Fragen. Zumeist saß er mit abgewandtem Gesicht in einem gespanntem Zustand.

Im Krankheitsbild dieses Patienten traten seit dem 18. Lebensjahre häufig *autogen* (nur selten psychogen) *Verstimmungszustände* hervor, in denen er fast immer von Arbeitsstellen und Truppeneinheiten *weglief*, meist ohne dafür Gründe angeben zu können. Die VZ waren oft durch *Ängstlichkeit* und *Heimweh*, später auch durch eine stärkere *Reizbarkeit* gekennzeichnet. Es handelt sich bei dem *debilen* Kranken um eine *Porionomanie*. Später sind auch *synkopale Zustände* aufgetreten. Ein Geburtstrauma ist möglich (sehr lange Geburt!), die *erbliche Belastung mit Schwachsinn, Jähzorn, Selbstmord und Trunksucht* steht aber im Vordergrund. Die frühere Diagnose von eVZ bei Debität kann hier bestätigt werden.

Von den weiteren 7 Kranken erwies sich katamnestisch ein Fall als traumatische Epilepsie, ein anderer als ein Übergangsfall zu den episodischen Dämmerzuständen und zur Dipsomanie; er wird daher bei den episodischen Dämmerzuständen besprochen.

Die VZ von 5 bestätigten Fällen traten zumeist *autogen* auf, hielten für 1—2 Tage an und wiederholten sich in unregelmäßigen Abständen. In einem weiteren Fall lag nur ein einziger Verstimmungszustand mit leichter Umdämmerung (Dauer 1 Std) vor, in dem der Patient einen Selbstmordversuch unternahm.

Alkoholintolerant waren 4 Kranke. Die VZ trugen oft eine *ängstliche* Färbung, 3 Kranke hatten *Suicidideen*, darunter einer mit Suicidversuch, eine *Unruhe* mit gelegentlicher *Weglaufftendenz* hatten 3 Kranke, einer davon bietet das Bild einer Poromanie. *Migränöse Züge* trugen die VZ eines anderen Patienten. Der debile Kis. bot als einziger eine *epileptoide Belastung*, der Vater war jähzornig. In dieser durch häufigen *Schwachsinn* (bei 6 Angehörigen) gekennzeichneten Familie beging eine Großmutter Selbstmord, ein Großvater war Trinker.

Neben einer fast immer vorhandenen *vegetativen Labilität* fanden sich *Kopfschmerzen* (4 Fälle), Schwindelgefühle (2), Hyperhidrosis und Dermographismus (2), Akrocyanose (2) und Kreislaufbeschwerden (2) als vegetativ-nervöse Zeichen.

Eine psychopathische Veranlagung mit Neigung zur Zurückhaltung (Autismus) trat uns in einem Falle entgegen. Ein anderer Kranker beging in einem VZ unter Alkoholeinfluß einen *Unsauberkeitsexzeß*. Züge einer *epileptoiden Psychopathie* zeigten prämorbid 2 Kranke vor allem durch *Stimmungs labilität* und eine *starke Reizbarkeit*. *Straffällig* durch ihr Verhalten in den eVZ wurden 3 Patienten, und zwar 2 durch unerlaubtes Weglaufen, der Dritte durch den Unsauberkeitsexzeß und einen kleineren Diebstahl.

Das Krankheitsbild episodischer Verstimmungen der Psychopathen wurde früher oft als „*impulsives Irresein*“ bezeichnet. So beschrieb schon 1910 M. SEIGE die Krankengeschichten von 7 Knaben, deren dysphorische VZ in 4 Fällen mit *Wandertrieb* gekoppelt waren und seelisch sich oft in einer unbestimmbaren Angst äußerten. Es fanden sich Enuresis, Stimmungs labilität und Dysplasie in je 1 Falle. Darunter waren 2 Brüder, deren Vater ebenfalls als Jugendlicher in VZ oft weglief und später Migräneanfälle bekam.

KLEIST stellte die eVZ als ein selbständiges Krankheitsbild heraus. Als *pathophysiologische Grundlage* nahm er eine *konstitutionelle Anomalität* in dem Bereiche des *Hypophysen-Zwischenhirn-Systems* (HZS) an, auch fanden sich oft *endokrine Funktionsstörungen*. Des weiteren wurden von KLEIST, GERUM, DRIEST und GROSCH beobachtet: *Linkshändigkeit*, *Schwachsinn*, *Enuresis*, *impulsive Regungen und Handlungen* — diese Symptome auch familiär — ferner *Koppelungen mit Dämmerzuständen* (KLEIST und DRIEST, auch 3 eigene Fälle!), *mit Schlafzuständen* (GROSCH, ein eigener Fall) und in einem eigenen Falle mit *Narkolepsie*. In den Sippen fanden sich außerdem noch Epilepsie (GROSCH), Bigotterie, Pedanterie, Stottern, Reizbarkeit, *häufig Kopfschmerzen*, Trunksucht und Pavor nocturnus (GERUM).

Oftmals zeigen episodisch *verstimmte Wegläufer* nur eine Unruhe. Es handelt sich dabei um einen *dranghaften Zustand*, wie er nach THIELE und BOSTROEM typisch ist für das dysphorische Weglaufen der Epileptoiden. Zu der „*primär gänzlich amorphen ziel- und richtungslosen Entladungstendenz*“ (THIELE) kann aber triebbedingt ein *Richtungsmoment* (z. B. starkes Heimweh) *hinzutreten*.

Wenn man vor 40—50 Jahren mehr Fälle von Poriomanen beschrieb, so muß dabei berücksichtigt werden, daß das Wandern damals eine bedeutend größere gesellschaftliche Bedeutung (z. B. das Gesellenwandern) besaß. Dadurch kamen auch die verstimmten Psychopathen leichter „auf die Straße“ und fanden sich später schwerer in ihre frühere Existenz zurück. In den beiden Weltkriegen beobachtete man wenige Wegläufer mit eVZ. KLEIST und WISSMANN diagnostizierten nur 2 Fälle unter 54 seelisch kranken Wegläufern des 1. Weltkrieges.

Dipsomanie.

Dieses Krankheitsbild äußert sich in eVZ, die von einem sehr starken *Trinktrieb* beherrscht werden. Der *dipsomane Anfall* beginnt mit einer lebhaften inneren Unruhe und einem triebhaften Verlangen nach alkoholischen Getränken, denen rasch eine *Bewußtseinsveränderung* folgt. Vereinzelte Rückerinnerungen an das Anfallgeschehen bleiben zumeist erhalten. Die *Alkoholtoleranz* ist im Anfall *erhöht* (BONHOEFFER). Das Ende ist gleich dem Beginn abrupt, so daß die Kranken geradezu aus dem Zustand „erwachen“ und sich ihr Verhalten nicht erklären können. — Von den untersuchten 2 Fällen führe ich einen an.

Fall 2. Ker., W., 43 jähriger Wehrmachtsberufsbeamter.

K. wurde zur Begutachtung auf Zurechnungsfähigkeit eingewiesen, da gegen ihn ein kriegsgerichtliches Verfahren wegen *unerlaubter Entfernung* von der Truppe lief. — Geisteskrankheiten kamen in seiner Familie nicht vor. Er machte eine gesunde Entwicklung durch. In der Schule blieb er einmal sitzen, ging nach der Obertertia ab, wurde Kaufmann und war in diesem Berufe bis 1940 in verschiedenen Stellungen tätig. — Im 1. Weltkrieg erlitt er als Soldat eine Schußverletzung des li. Mittelfußes, der eine Osteomyelitis folgte und mehrere Operationen bedingte (30%ige Kriegsbeschädigung anerkannt). Eine 1921 geschlossene Ehe wurde wegen progressiver Paralyse der Frau wieder geschieden. Er selbst sei nie geschlechtskrank gewesen. — 1938 erlitt er durch Unfall eine Gehirnerschütterung und konnte danach 5 Wochen lang nicht arbeiten. Noch 1941 verspürte er in Nabennähe mitunter Kopfschmerzen.

Die seelische Belastung durch die Ehescheidung brachte K. (nach eigener Angabe) zuerst zum häufigeren Trinken. Später habe er aus geschäftlichen Gründen zeitweilig oft trinken müssen. Mitunter habe er aber gar keinen Alkohol nötig gehabt. In der Folgezeit machte er, ein Jahr ausgenommen, etwa alle Viertel- bis Halbjahre „*alkoholische Rundreisen*“ von meist *mehrtägiger Dauer*. Nur „durch zufällige Gelegenheiten“ sei er „hineingetrudelt“. An eine dranghafte Empfindung konnte er sich nicht erinnern. Bei diesen *Trinktouren* randalierte er nie, schlief zwischendurch am Tische sitzend ein und trank nach Erwachen weiter. Zumeist war er in Gesellschaft. Oft dauerten diese Zustände 1—2 Tage, am folgenden Morgen war er wieder voll

arbeitsfähig. In den Intervallen hatte er kein Verlangen nach Alkohol und trank sehr selten und dann wenig. Mit seinem Verdienst kam er gut aus. Früher habe er sehr viel geraucht, habe sich dies aber dann sehr rasch fast ganz abgewöhnt. — Im September 1936 heiratete K. zum 2. Male. — Im April 1940 wurde er eingezogen. Am 30. 12. 1940 betrank er sich nach einem Ärger mit Vorgesetzten erheblich, beschädigte dabei Inventar und erschien betrunken zum Dienst. Er wurde mit 4 Tagen Stubenarrest bestraft. Sonst war er (nach Personalakten) ein guter Kamerad und gewissenhafter Beamter. Auf Grund seiner Trinkereien wurde er verzögert zum Wehrmachtsbeamten ernannt.

Seit Anfang März 1941 hatte er oft *Kopfschmerzen*, schlief schlechter und fühlte sich „nervös“. Am 23. 3. fuhr er „auf gut Glück“ von seinem Standort (Hanau) nach Frankfurt am Main, um dort — ohne vorherige Verabredung — einen Bekannten in einem bestimmten Lokal zu suchen, was jedoch erfolglos war. Der „nervöse Zustand“ wäre an diesem Tage nicht stärker als sonst gewesen. In Ffm. suchte er nacheinander 3 Lokale auf, trank mehrere Biere und Schnäpse, las Zeitungen, aß aber nichts. Von da an wußte er nichts mehr. Er vermutete später, weiter in Gaststätten getrunken zu haben. Nur einzelne *Erinnerungsreste* blieben erhalten. So konnte er sich noch erinnern, daß er von 2 Uniformierten aus einer Hotelhalle zur Bahnhofswache mitgenommen wurde. Am Mittag des 26. 3. (nach 2½ Tagen) kam er plötzlich wieder zu sich, als seine Frau an der Theke eines Lokales neben ihm stand. Sofort fühlte er sich völlig nüchtern, fuhr mit ihr zurück und erschien nach einem langen, tiefen Schlaf am nächsten Morgen frisch und kräftig zum Dienst und arbeitete ordentlich wie zuvor. Von seinem Vorgesetzten wurde ein Strafverfahren wegen unerlaubter Entfernung gegen ihn beantragt. K. bat selbst um Bestrafung.

Befund. Mittelgroß, guter EZ; auf li. Schädelseite über Stirn- und Scheitelbein 14,5 cm lange, reizlose Narbe; intern o. B. — Wa.R. negativ. — Li. Fuß durch teilweise Resektion des 4. Metatarsale verschmälert (orthopädisches Schuhwerk!). — Neurologisch: geringes Zittern der Lider und der Zunge, ASR li. stark abgeschwächt, li. Fußbeweglichkeit eingeschränkt, geringe Druckschmerzhaftigkeit des re. Schienbeines und des Nerv. tibialis re. in der Kniekehle. — Leichter Dermographismus, sonst o. B. — Psychisch: besonnen, voll orientiert, gute Intelligenz, Gedächtnis allgemein gut erhalten.

Im Lazarett war K. unauffällig, ruhig geordnet, Stimmung jedoch zumeist gedrückt. Er war in Sorge um sein Strafverfahren, dabei einsichtig. Abgesetzte krankhafte Verstimmungen wurden nicht beobachtet. Er bezeichnete sich als einen schon immer *stillen* und *ernsten Menschen*. Seine Frau bestätigte es und sagte, daß sich K. während der Trinkereien und danach stets ordentlich benahm. — Auf Grund des psychiatrischen Gutachtens wurde K. am 24. 5. 1941 vom Kriegsgericht (Anerkennung des § 51 StGB) freigesprochen. Klinische Diagnose: *Dipsomanie*.

Katamnese. K. teilte 1951 mit, daß er später keine Behandlung wegen seines Leidens mehr nötig gehabt habe. Er führte den damaligen Zustand auf die „Folge starken Alkoholgusses“ zurück. — Weitere Nachforschungen über K. waren erfolglos.

Ker. ist ein *echter Dipsomaner*. Dafür sprechen *prodromal* häufige *Kopfschmerzen* und der *gestörte Schlaf*, im Anfall das *stille Trinken* und das mitunter scheinbar besonnene Verhalten, der lange Nachschlaf und die *veränderte Bewußtseinslage* im Ausnahmezustand, sowie die häufige Wiederholung des gleichen Zustandsbildes. Das „auf gut Glück“-Wegfahren läßt auf eine *initiale dysphorische Verstimmung* schließen, die sehr oft den Kranken garnicht bewußt wird und sich in dem triebhaften Ver-

langen nach Alkohol äußert. „Die massive Verstimmung soll durch ein massiv wirkendes toxisches Mittel beeinflusst werden“ (POHLISCH).

Durch die katamnestische Untersuchung wurde bei einem zweiten Fall von Dipsomanie eine *Epilepsie* festgestellt (generalisierte Krampfanfälle, Dämmerzustände, erhöhte Reizbarkeit), die der Pat. im Lazarett verschwiegen hatte. Die dipsomanen Anfälle begannen im Alter von 30, die epileptischen mit 36 Jahren. Der Kranke starb nach dem Krieg in einem Gefangenenlager.

PAPPENHEIM konnte 1912 die Selbständigkeit dieser Erkrankung gegenüber der Epilepsie zeigen. Er sah unter 31 Fällen nur zweimal eine Epilepsie, GERUM in 17 Dipsomanie-Familien nur dreimal. Oft fanden sich jedoch in den Sippen von Dipsomanen epileptoide Symptome und Syndrome. RYBAKOW und GERUM bewiesen die *selbständige Vererbung* dieses Leidens. Häufiger als bei anderen epileptoiden Erkrankungen finden sich unter Dipsomanen Cyclothymie. Bei DOBNIGG u. v. ECONOMOS Fällen entstammten je ein Drittel cyclothymen, epileptoiden und psychopathischen Familien. Bei GERUM überwogen dagegen diejenigen, die keinen cyclothymen Einschlag aufwiesen. Auffällig ist die *überwiegende Bindung* der Dipsomanie an das männliche Geschlecht. Bei PAPPENHEIM war die Relation männlicher Pat. zu weiblichen 30 zu 1, bei GERUM 16 zu 1.

Episodische Dämmerzustände.

Es sind dies kurze autogene Psychosen (von der Dauer weniger Stunden oder Tage, seltener darüber hinaus) mit wechselnd starker *Bewußtseins-trübung*. Sie beginnen oft mit einer *lebhaften Erregung*, auch Schlaflosigkeit, enden aber zumeist langsamer als sie beginnen. Häufig schließt sich ein langer und tiefer Schlaf an. In der Umdämmerung neigen die Kranken zu *impulsiven Taten*, *seelisch* zeigen sie manchmal eine *ängstliche Ratlosigkeit*. Durch *Verkennungen* kann es zu *Tätlichkeiten* kommen, ferner sieht man *sexuelle Delikte* und andere *abnorme Triebregungen*. Bei leichter Bewußtseinsveränderung können mitunter noch erlernte Handlungen (z. B. Führen von Kraftfahrzeugen) ausgeführt werden. Intervallär lassen sich bei diesen Kranken oft *epileptoide Wesenszüge* finden.

Von 3 Fällen mit episodischen Dämmerzuständen (eDZ) berichte ich eine Krankengeschichte.

Fall 3. Hen., H., 36jähriger Gärtner.

Der Kranke befand sich zur Behandlung mehrerer Brüche, die er sich in einem DZ zugezogen hatte, in der Chirurgischen Klinik und wurde von dort überwiesen. — Erbliche Belastungen mit Geisteskrankheiten liegen nicht vor. H. kam durch eine *Zangengeburt* zur Welt, war mittelmäßiger Schüler, blieb einmal sitzen, war aber schon immer ein Sonderling, sehr empfindsam und las viel. Er erlernte den Gärtnerberuf. — Neben Kinderkrankheiten machte er 1918 (14jährig) eine starke Grippe durch, die sich hauptsächlich in einem Stirnhöhlenkatarrh, starken Kopfschmerzen und großer Schläfrigkeit zeigte (Temperaturen bis 38,6°). — Später war H. mitunter *leicht reizbar* und *jähzornig*, aber nicht nachtragend und ließ sich leicht lenken. Manchmal schlief er nachts nicht ein. Als 17—18jähriger hatte er einen *Ohnmachtszustand* (keine Vorboten!). Weiter litt er häufiger unter „*Kreislaufstörungen*“ mit allgemeiner Mattigkeit, Müdigkeit und Schwindelgefühl.

Als Arbeiter am Westwall erlitt er *plötzlich* eine *Bewußtseinsstörung*, zog sich halb aus, verstreute Geld und Kleidung um sich und lief davon, bis er in einem Drahtverhau hängen blieb. Er kam wieder zu sich, wurde zurückgebracht und

sagte, er habe in diesem Zustand nicht sprechen können und eine drohende *Frauenstimme* gehört. Amnesie bestand für die Dauer dieses *Dämmerzustandes*.

Am 2. 9. 1940 wurde H. eingezogen. Da sich bald wieder Kreislaufbeschwerden einstellten, bat er im Revier um das ihm gewohnte Sympatol, erhielt aber ein anderes Medikament. Er konnte danach nicht schlafen. Einige Tage später räumte er sinnlos einen Kleiderspind aus, verstreute alles, bemerkte den Dienstbeginn nicht, lief auf ein Bangerüst und stürzte herunter. Auch in diesem 2. *DZ* setzte die Sprache aus, und er hörte eine Frauenstimme, die er später auf seine Vorliebe für Tonfilme bezog. Diese Stimme spräche seine Gedanken aus, sehr selten sei auch noch eine Männerstimme dabei. In diesem Zustande sah er noch den Sanitätswagen heranfahren und hörte Zurufe. Bei dem Sturz zog er sich einen Mittelfußbruch re. und eine Kompressionsfraktur des 3. Lendenwirbels zu. Eine Rückenmarksschädigung lag nicht vor. — Die Brüche heilten unter chirurgischer Behandlung, die während der psychiatrischen Beobachtung fortgesetzt wurde.

Bei der *Aufnahme in das Nervenlazarett* am 28. 9. 1940 fühlte er sich im allgemeinen wohl, war zufrieden, las viel und zeigte stets einen großen Rededrang sowie etwas unmilitärisches Verhalten. Einige Wochen später klagte er für einige Tage morgens nach dem Aufwachen über eine leichte Benommenheit und über rasche Ermüdbarkeit. In dieser Zeit habe er wieder eine Stimme gehört, die seine Gedanken aussprach, zumeist, wenn er allein war. Es sei dies wie ein „*Gedankenlautwerden*“. Im Lazarett wurde kein *DZ* beobachtet.

Befund. Asthenisch, gracil, schwach entwickelte Muskulatur, blasse Hautfarbe, Turmschädel, Scherengebiss, kleine am Mundboden angewachsene Zunge, gering deformierte Ohren. 1,67 m/60 kg. Intern o. B. — An den Zehen geringe trophische Störungen. — Neurologisch: vorübergehend li. unklare Pyramidenzeichen. — Psychisch: gute Orientierung, starker Rededrang, Abschweifen in Einzelheiten. Intelligenz: Rechnen sehr langsam und mangelhaft, sonst richtige Antworten.

H. wurde am 5. 1. 1941 als „g. v. H.“ mit Empfehlung eines Erholungsurlaubes und der Diagnose *Episodische Dämmerzustände* zur Ersatztruppe gesandt, WDB. abgelehnt.

Katamnese. Im gleichen Jahr wurde H. aus der Wehrmacht entlassen. Er arbeitete als Gärtner und Hilfsarbeiter. Im Jahr 1943 trat nach dem Genuß einiger Gläser Bier der 3. *DZ* auf. Er zog sich dabei auf der Straße aus, warf die Oberkleidung um sich, verschenkte Zigaretten, kam aber bald wieder zu sich. Mit Hilfe anderer zog er sich an und ging allein nach Hause. Erinnerungsreste an das Geschehen im Zustande blieben erhalten. Der Hausarzt schrieb ihn für einige Wochen krank.

Bei einer Konsultation dieses Arztes trat der 4. *DZ* am 17. 5. 1947 ein, das Krankheitsbild war dem vorangegangenen sehr ähnlich. H. wurde sogleich in die *Frankfurter Nervenklinik* eingeliefert.

Bei der Aufnahme war er sehr *erregt*, zeigte starken *Rededrang*, *Ideenflucht* und *Gedankenlautwerden*, nachts konnte er nicht schlafen. Abgesehen von Kreislaufbeschwerden hatte er keine Klagen.

Befund (Veränderungen bzw. Ergänzungen zum Befund von 1940). Kyphoskoliose der BWS mit Thoraxdeformation. An den Oberschenkeln Striae circulares. Testes gering entwickelt. Fußdeformation re. (nach Bruch), beiderseits Plattfuß. RR 105/65, Puls 72/min. — Neurologisch: Schwäche beider Lidheber, Lidspalten eng. Leichter Strabismus divergens, kann nicht konvergieren. Beiderseits geringer Fingerspreiztremor, leichter Intentionstremor bei FNV. BDR beiderseits schwach, PSR und ASR re. Spur lebhafter als li. (ASR re. leicht mehrschlägig). BABINSKI re. fraglich, GORDON und OFFENHEIM re. positiv. Beim Gang fehlende Mitbewegung der Arme. — Das Encephalogramm zeigte ein mittelständiges,

symmetrisch erweitertes Ventrikelsystem mit plumper *Erweiterung des 3. Ventrikels*. Die periphere Luft war beiderseits zum Teil grobfleckig verteilt. — Augenärztlich fand sich ein kurzsichtiger Astigmatismus, die re. Papille war etwas prominent, jedoch scharf begrenzt.

In der Klinik verhielt sich H. wie 1940. Er sprach diesmal von einer „*fixen Idee*“, die er habe, und zwar vermutete er überall Leute mit Holzbeinen. Er ließ sich zwar von der Falschheit der Idee überzeugen, kehrte aber immer wieder darauf zurück. *Frauen gegenüber* sei er — trotz Lust — *sehr schüchtern*, homosexuelle Neigungen habe er nicht. Die „Holzbein-Idee“ und eine Vorliebe für Frauen in langen Hosen gingen auf tief haftende Kindheitserinnerungen zurück. In jenen Jahren sah er oft einen beinamputierten Nachbarn, die Turnlehrerin der Schulzeit trug lange Hosen. Beide Erlebnisse hätten ihn damals sexuell angeregt. H. wurde mit geringen Barbiturica-Dosen, Atropin und Sympatol behandelt und am 30. 7. 1947 nach Hause entlassen (Diagnose wie 1940). Bei einer Nachkur (19. 8. bis 16. 9. 1947) klagte er mitunter über Kopfschmerzen und Kreislaufbeschwerden, blieb sonst aber unauffällig.

Bei späteren Versuchen, wieder als Gärtner zu arbeiten, konnte er den verlangten Anforderungen nicht nachkommen, wurde entlassen und blieb dann arbeitslos. Die Kreislaufbeschwerden führten ihn mehrfach zu seinem Hausarzt. Im Wartezimmer und bei der Untersuchung war H. stets sehr *redselig, erregbar und ungeschickt*.

Ende Juli wurde er wieder schlaflos und unruhig. Als er am 1. 8. 1949 in der AOK die Unterstützung abholen wollte, redete er dort „dummes Zeug“ (nach dem Polizeibericht), versuchte sich auszuziehen und die Kleider zu verschenken. Er konnte kaum beruhigt werden. Als er zum Vertrauensarzt kommen sollte, lief er in erregtem Zustand zum nahen Main und sprang hinein (H. war Nichtschwimmer). Er konnte durch einen Rettungsschwimmer noch lebend ans Ufer gezogen werden, auf dem Transport in das Krankenhaus starb er jedoch.

Mit Abständen von 2—4 Jahren traten bei Hen. seit dem 34. Lebensjahr *5 sichere eDZ* verschiedener Länge (1938 u. 1943: 2 Std, 1940: 3 Wochen, 1947: 4—5 Tage, 1949: nach etwa 1 Std Ende durch Ertrinken) doch sehr ähnlichem Verhalten auf. Nach einem häufig mehrtägigen, durch *Unruhe und Schlaflosigkeit* gekennzeichneten, *Vorstadium* trat *jäh* eine *Umdämmerung* ein, die je nach ihrer Dauer rasch oder langsamer abklang. Unter der Bewußtseinsveränderung traten eine *gehobene Stimmung* und eine Unruhe zutage, im letzten DZ kamen dagegen ängstliche Affekte vor. Die Entkleidungen waren nicht exhibitionistischer Art. Die häufig gehörte Frauenstimme stellte nur ein, vielleicht durch unbefriedigte sexuelle Wünsche in dieser Richtung gefärbtes, Lautwerden eigener Gedanken dar. Seltener traten bei H. etwa *eintägige VZ* mit Unruhe und Rededrang auf. Pathogenetisch ist angesichts der zahlreichen Deformitäten, die H. als einen *Dysplastiker* kennzeichnen, der neurologischen Störungen und der Ventrikelerweiterung — an die Auswirkung eines Geburtstrauma zu denken. Ebenso mußte die Frage offenbleiben, ob die 1918 überstandene Grippe eine Encephalitis war, typische neurologische Resterscheinungen waren nicht nachweisbar.

Im 2. Falle handelt es sich um einen *einmaligen DZ*, der nach 3 Wochen durch 4 mittels Cardiazol ausgelöste Anfälle abklang, bei einem debilen epileptoiden

Psychopathen. Der Zustand war durch eine deutlich *gehobene Stimmungslage*, gewisse *Ängstlichkeit* und *Bewegungsunruhe* sowie *Perseveration* gekennzeichnet. Psychogene Momente (Kriegsgerichtsverfahren wegen *unerlaubter Entfernung*) und eine vom Vater (phasische Psychosen!) ererbte cycloide Komponente wirkten verstärkend und prägend mit. Etwa ein- bis zweimal monatlich leidet dieser Kranke an *VZ* mit seelischer Überempfindlichkeit, mangelnder Arbeitslust, *erhöhter Reizbarkeit*, seltener auch mit erhöhter Schlafneigung. Die Grundpersönlichkeit ist durch *erhöhtes Selbstbewußtsein* und ein recht eigenwilliges Verhalten, das ihm in Verbindung mit seiner *Explosivität* etliche Strafen eintrug, ausgezeichnet.

Einen *Übergangsfall von eDZ, eVZ und Dipsomanie* stellt der 3. Kranke dieser Gruppe dar. Außer einem einmaligen atypischen eDZ fanden sich hier seit der Jugend eine *Reizbarkeit und Brutalität*, später häufig leichte seelische Ausnahmezustände mit *unverständlichen Impulshandlungen, Ängstlichkeit und Heimweh*, die zum Teil psychogen (reaktiv) waren, fast immer aber im Anschluß an *starke Trinkereien* vorkamen.

Die *Dauer der DZ* war mit Längen von 2 Std bis zu 3 Wochen auch im Einzelfalle *unterschiedlich*, worauf KLEIST schon hingewiesen hat. Das *Ende* der DZ stand in einer gewissen zeitlichen Abhängigkeit von der Gesamtdauer der jeweiligen kurzen Psychose, und zwar klangen kurze DZ rasch, längere *verzögert* ab. Dies ergänzt die KLEISTSchen Angaben. Die *Rück Erinnerung* an Ereignisse im DZ war bei allen Kranken sehr *gering* und nur lückenhaft. Stets waren eine *Unruhe*, die mitunter zum *Weglaufen* führte, gelegentlich *Angstgefühle* vorhanden. *Epileptoide Merkmale* waren *häufige VZ* (3 Kranke), dipsomanieartige Zustände (1) und *epileptoide Psychopathie* (2).

Ein Kranker war *schwachsinig*. In der Sippe eines anderen, selbst nur wenig begabten, Patienten fanden sich Idiotie mit Erregungszuständen (1), Debilität (2), Minderbegabung (2) und Trunksucht. *Vasomotorische Störungen* kamen vor als jugendlicher Hochdruck (1), Kreislauf labilität mit Schwindelgefühl (1), Hyperhidrosis (2) und Dermographismus (1).

1921 stellte KLEIST die eDZ als eine selbständige Krankheitsform heraus und nahm bei ihr eine *abnorme Beschaffenheit der das Bewußtsein regulierenden Zentralstellen* an. Er beschrieb 1926 5 *Spielarten*: 1. *Einfache und triebhafte DZ*, 2. *halluzinatorische DZ*, 3. *beziehungssüchtig-ratlose DZ*, 4. *expansive DZ* und 5. *psychomotorische DZ*. — Die von mir mitgeteilten 3 Fälle gehören der einfachen, triebhaften Form an.

Eine *selbständige Vererbung* dieser Erkrankung konnten LEONHARD, KLEIST u. DRIEST nachweisen. Über die ausnahmsweise längere Dauer eines DZ berichteten KLEIST u. DRIEST. Die ungewöhnliche Länge des einen DZ im Falle STILLGERS (28 Wochen, daneben auch kurze Verläufe) läßt an der Diagnose Zweifel aufkommen. Von den 5 Fällen GRÄSERS sind wohl nur der 2. und 3. sicher als eDZ zu deuten. GRÄSER beobachtete *Koppelungen der DZ mit Migräne, Narkolepsie, VZ und paroxysmaler Lähmung*. MOLLWEIDE sah bei einer Kranken im Verein mit eDZ eine erhebliche *Zwischenhirninsuffizienz* mit mehreren vegetativen Regulations-

störungen. *Periodische DZ* fand STADLER bei 2 Kranken (einer mit klarem 4 Wochen-Rhythmus. KLEIST, DRIEST, LEONHARD u. a. beobachteten in solchen Episodiker-Sippen auch ein häufiges Vorkommen anderer epileptoider Symptome. Eine *Koppelung von DZ mit Schlafzuständen* sah GROSCH bei einem Kranken, der *akromegale Züge* und eine Schilddrüsenvergrößerung hatte. Über *forensische* Fälle berichteten MÖLLER, BERNHARD u. TIETZE. Ihre Kranken verübten in den Ausnahmezuständen *sexuelle Vergehen* und *Gewalttaten*. Sehr häufig kamen bei den erwähnten Fällen auch andere epileptoider Symptome, besonders eVZ, Unruhe und Jähzorn vor.

Vorwiegend auf Grund von *elektroencephalographischen Untersuchungen* haben besonders amerikanische Forscher (GIBBS u. a.) von der gewöhnlichen Epilepsie eine „psychomotorische“ Sonderform abgetrennt, deren Hauptsyndrome „*Dämmerattacken*“ (nach MEYER-MICKELEIT) mit häufigen Automatismen bei Temporalappenherden sind. Wenn diese Dämmerattacken auch manche gemeinsame Symptome mit den eDZ besitzen, so unterscheiden sie sich doch von diesen durch die Kürze und ihre *epileptische Natur* (über 60% der Kranken mit *temporaler Epilepsie* haben auch große Krampfanfälle! GIBBS u. GIBBS, MEYER-MICKELEIT). Da meines Wissens bisher noch keine EEG-Befunde von eDZ veröffentlicht wurden, ist immerhin an die *Möglichkeit von Grenzfällen und Übergängen* zwischen beiden Krankheitsbildern zu denken.

Episodische Schlafzustände.

Sie sind besonders durch eine *starke Schlafsucht über einen Zeitraum von 2—4 Wochen* gekennzeichnet. Der Schlaf gleicht dabei dem Nachtschlaf Gesunder. So bleiben die Kranken erweckbar, schlafen aber nach Ende des Weckreizes sogleich wieder ein. Das Erkrankungsalter ist die *Nachpubertätszeit*, seltener reichen die episodischen Schlafzustände (eSZ) in das 3. Lebensjahrzehnt hinein. Zumeist treten sie wiederholt auf. Oft bestehen daneben auch *innersekretorische* und vegetative Störungen, so daß an eine enge Verbindung der eSZ mit den genannten Funktionsänderungen im Sinne einer beiden zugrunde liegenden *konstitutionellen Anomalie im HZS* zu denken ist. Weiterhin finden sich *Koppelungen mit epileptoiden Erkrankungen* und Symptomen anderer Art. Auf das Symptom einer *krankhaften Eßlust* bei diesen Patienten wies LEVIN hin. (Daher wird dieses Krankheitsbild im amerikanischen Schrifttum oft als „KLEINE-LEVIN-Syndrom“ bezeichnet.)

Fall 4. Pöp., J., 21 jähriger Friseur.

Häufige Schlafzustände im Dienst veranlaßten am 5. 5. 1940 die Lazarett-einweisung. — Der Vater des Pat. war „sehr nervös“ und neigte zu *Jähzorn*. P. soll schon als Kleinkind kränklich und weinerlich gewesen sein und „Gehirnkrämpfe“ gehabt haben. Später erkrankte er einmal an Scharlach. Seit der Kindheit stottert er leicht, war damals sehr *stimmungsstabil*, teils zornig, teils traurig. Nach normalem Schulbesuch erlernte er den Friseurberuf und sei durchaus froh gewesen. Nach der bestandenen Gesellenprüfung hatte er einen „Nervenzusammenbruch“. Im Alter von 16—17 Jahren wuchsen seine Füße stark. Etwa seit dem gleichen Zeitpunkt traten alle 2—3 Monate für 8—14 Tage *anfallsartige Zustände von Schläppheit*,

großer Schläfrigkeit und häufigem grundlosen Weinen auf. Er lag an diesen Tagen meist zu Bett und konnte nicht arbeiten. — Im 19. Jahr wurde die „Nervosität“ stärker, er erregte sich leicht und neigte gelegentlich zu Schlaflosigkeit, Weinanfällen und *ängstlichen Vorstellungen* (keine Suicidideen). Beim Militär verschlimmerten sich die Schlafsuchtzustände, P. fühlte sich ständig müde und schwach. Nach körperlichen Anstrengungen war er schwindlig, bei Witterungswechsel litt er unter Kopfschmerzen.

Befund. Schlank, ausreichender EZ; intern o. B. — 1,68 m/76,9 kg. — Neurologisch: kloßige Sprache, PSR lebhaft, sonst o. B. — Röntgen: Schädel normal konfiguriert, jedoch vermehrte Impressiones digitatae. — Psychisch: *ängstliche, nervöse Persönlichkeit mit hypochondrischen Vorstellungen*, keine wesentlichen depressiven Affekte. Orientierung gut.

Im Lazarett bestand bei P. keine tiefere Verstimmung, er empfand nur eine gewisse „innere Angst“ und ein Druckgefühl in der Brust. Er vermochte nicht aufzustehen und zu arbeiten. Mit den zumeist bei stärkeren seelischen und körperlichen Belastungen auftretenden Schwäche- und Schlafzuständen sei es in letzter Zeit besser geworden. 1939 hatte er nur 2 Episoden. Er ist im allgemeinen unauffällig, geordnet, kontaktfähig und von gleichmäßiger Stimmung. Ende Mai war er plötzlich sehr labil, weinte grundlos, ließ sich aber rasch wieder beruhigen. Im Lazarett wurden keine SZ beobachtet, der Nachtschlaf war gut. Am 22. 5. 1940 konnte er unter lebhaftem Schluchzen und Weinen kaum gehen. Klinische Diagnose: *Episodische Schlafzustände bei einem Neuropathen.*

Katamnese. Es folgte ein kurzer Erholungsaufenthalt in einem anderen Lazarett. Ende 1940 wurde P. aus der Wehrmacht entlassen und arbeitete als Kraftfahrer in Frankfurt. Am 9. 6. 1941 lieferte man ihn wegen „Anfällen“ in die *Nervenklinik* ein.

Bei der Klinikaufnahme gab er an, seine jetzige Tätigkeit strenge ihn sehr an. An diesem Tage hätte der von ihm gefahrene Traktor „so viel Lärm“ gemacht, daß er zusammengebrochen sei und Weinkrämpfe bekommen habe.

Befund. Neurologisch: BDR fehlen beiderseits; PSR und ASR beiderseits schwach +. — Psychisch: keine Veränderung gegenüber 1940. — Die SZ waren nach der Lazarettbehandlung *nicht wieder aufgetreten*. Während der 3tägigen klinischen Beobachtung war P. ruhig.

Nach einer kurzen Kur nahm P. wieder seine Arbeit auf und heiratete im gleichen Jahr. Gegen Kriegsende wurde er erneut eingezogen und geriet 1945 in Gefangenschaft. Bis 1945 soll P. (nach Aussage der Schwester), abgesehen von gelegentlichen *Jähzornreaktionen*, ruhig gewesen sein. Im Herbst 1947 erlitt er im Gefangenenlager einen schweren Erschöpfungszustand „mit Lähmungen und zeitweiser Bewußtlosigkeit“ (Pöp.), von dem er sich aber nach der kurz darauf folgenden Entlassung in die Heimat sehr rasch erholte. Er arbeitet seitdem in München. Innerfamiliäre Zwistigkeiten verleiten ihn mitunter zu starken Erregungen.

Bei Pöp. liegt eine *Verbindung von eSZ mit Psychopathie* vor. Zwischen dem 16. und dem 21. Lebensjahr traten (zugleich beginnend mit leichtem *akromegalen Wachstum*) alle 2—3 Monate 8—14 Tage anhaltende Zustände von abnormer Schläfrigkeit und Depression auf. *Unter den schärferen Anforderungen des Militärdienstes verwandelten sich die eSZ in eine beständige, leicht erhöhte Einschlafneigung.* Im Lazarett wurden auch *depressive Verstimmungen* ohne Schlafsucht beobachtet. Solche depressiven „Zusammenbrüche“ kamen auch später nach Überanstrengung noch vor.

Von den 5 wegen eSZ im Lazarett behandelten Patienten erwies sich katamnestisch einer als posttraumatischer Narkoleptiker. Er wird im

folgenden Kapitel besprochen. 2 Fälle lassen an *Grenzfälle zur Narkolepsie* denken, da ihre SZ noch wenig verändert fortbestehen, zum Teil auch mehr das Bild einer *chronischen Schlafsucht* zeigen. Im 5. Falle lag eine *einmalige längere Episode sehr starken Schlafbedürfnisses* im Alter von 19—20 Jahren über einen Zeitraum von 7—8 Wochen vor. Solche *protrahierten und teilweise fraktionierten Verläufe* (lange Episoden mit leichteren Symptomen, in die kurze Verschärfungen des Krankheitsbildes eingestreut sind) sind auch bei anderen epileptoiden Erkrankungen bekannt. Die Noxe besaß hier wohl nicht die Durchschlagskraft, um das volle Krankheitsbild herbeizuführen. Nach einer fieberhaften Enteritis konnte man bei einem dieser Kranken einen *symptomatischen Schlaf-Dämmerzustand* beobachten. Eine *subdepressive Psychopathie* fand sich bei einem erblich mit Depressionen belasteten Kranken. In einem anderen Falle lag *Alkoholintoleranz*, Neigung zu *episodisch triebhaftem Nicotinmißbrauch* und zu *entägigen VZ* alle Monate vor. Die Mutter dieses Patienten leidet seit dem Ende des 6. Jahrzehntes an kurzen, wohl präsklerotisch ausgelösten, deliranten Zuständen.

Die erste zusammenfassende Arbeit über eSZ veröffentlichte KLEINE (1924). KLEIST hatte schon 1921 auf dieses selbständige Krankheitsbild hingewiesen.

KLEINE beobachtete auch eine *periodische Wiederkehr* von SZ mit Pausen von 6 Wochen bis zu 1 Jahr. Im SZ fand er stets lebhafte Reflexe, *Vagotonie* und *vasomotorische Veränderungen* (Dermographismus, Pulsverlangsamung, Schwindelgefühle), am Ende bei 3 Kranken *sexuelle Übererregbarkeit*. Die SZ klangen langsam mit einem Zwischenstadium von Dösigkeit und Schwerfälligkeit ab. KLEIST und KLEINE sahen in einer *pluriglandulären Störung* (Störungen besonders der *Hypophyse*, Schilddrüse und Keimdrüsen) *verbunden mit einer minderwertigen Anlage von Stammhirnzentren die Ursache dieses Leidens*. Die sexuelle Übererregbarkeit im ausklingenden SZ erklärte KLEINE mit einem Umschlag der innersekretorischen Drüsentätigkeit von der Hypo- zur Hyperfunktion.

Die enge Verbindung der eSZ mit *innersekretorischen Funktionsveränderungen* wurde durch spätere Beobachtungen von STADLER und GROSCH bestätigt. Sie fanden hier *akromegales Wachstum*, *Hyperthyreose*, mangelhafte Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale, Nykturie, positive Prolan-A-Reaktion, ferner *vegetative und nervöse Übererregbarkeit*, gesteigerte Erotik, Hyperhidrosis und Dermographismus, sowie fast immer eine deutliche *Vagotonie*. *Koppelungen von eSZ mit episodisch auftretenden, zum Teil sich abwechselnden, DZ oder VZ* sahen STADLER, GROSCH und GOLDFLAM. (Vgl. meine Beobachtungen dieser Art.) Für eine innersekretorische Störung spricht auch GROSCHS Kranke, bei der seit 20 Jahren eine Amenorrhoe vorlag und die eSZ erst mit 41 Jahren begannen. In Verbindung mit der weiblichen Periode sahen eSZ LHERMITTE, HECAEN u. BINEAU.

Die *männlichen Kranken überwogen* an Zahl weit die weiblichen. Angesichts eines 4wöchigen Rhythmus von eSZ mit folgender sexueller Übererregbarkeit bei einem 17jährigen sprach KLEIST von einem

„menstruierenden Jüngling“, da man an einen beim Manne im allgemeinen unterschwelligen Brunstcyclus denken kann.

An der die eSZ auslösenden *primären Schwäche im HZS* ist wohl nicht zu zweifeln. Zu ihr tritt noch eine starke *Belastung durch das Wachstum*, weiß man doch, daß ein erhöhtes Wachstum (auch im Säuglingsalter) stets mit einem erhöhten Schlafbedürfnis einhergeht.

Narkolepsie.

Dieses Krankheitsbild äußert sich in häufigen, sehr kurzen, nur etwa 15 sec bis zu wenigen Minuten dauernden *Schlafanfällen*, die jäh beginnen und enden. Der *narkoleptische Schlaf gleicht dem normalen*, die Kranken erreichen aber in sehr kurzer Zeit größere Schlafstiefen, bleiben jedoch erweckbar. Ihr *Nachtschlaf* ist oft *unruhig* und mit lebhaften Träumen verbunden, viele Kranke schlafen nachts nur in kurzen, sich wiederholenden Spannen von 20—30 min. Mitunter kommt es morgens zu einem *dissoziierten Erwachen*, d. h. die Patienten sind geistig wach, vermögen aber ihre Gliedmaßen nicht zu bewegen, die gewissermaßen noch „schlafen“. Daneben tritt bei sehr vielen Narkoleptikern ein *affektiver Tonusverlust* (REDLICH) der willkürlichen Muskulatur (auch Kataplexie genannt) ein, in dem sie häufig auf den Boden stürzen. Die kataplektischen Zustände dauern nur wenige Sekunden, das Sensorium ist hierbei nicht gestört.

Neben genuinen Formen sind auch postencephalitische und post-traumatische bei der Narkolepsie bekannt. Die genuine Erkrankung beginnt etwa zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr.

Fall 5. Hei., G., 26-jähriger Kraftfahrer.

Häufige Schlafanfälle im Dienst veranlaßten die truppenärztliche Einweisung am 2. 4. 1940.

Die Mutter leidet seit langem an *periodischen Kopfschmerzen* mit gelegentlichem Erbrechen. Etwa seit ihrem 42. Lebensjahr *knickt sie beim Gehen* in größeren Zeitabständen *plötzlich in den Knien ein und fällt hin*. Bei ihrer Mutter treten seit dem 64. Lebensjahr zum Teil *mit Krämpfen verbundene Anfälle von Bewußtseinsverlust* ein. Nie wurde bei beiden ein *DZ* oder ein *Urinverlust* in den geschilderten Anfällen beobachtet. Der Bruder des Pat. ist gesund.

H. entwickelte sich normal, hatte als Kind Masern, Keuchhusten und Scharlach, lernte gut und wurde nach einer kaufmännischen Lehre Kraftfahrer. Seit der Schulzeit leidet er *häufig unter Kopfschmerzen* (ohne Begleitsymptome) 5—6mal jährlich *für einen Tag*.

Seit dieser Zeit traten häufig auch *Schlafanfälle* auf, anfangs nur 1—2mal am Tage (einige Sekunden bis zu 1 min Dauer). Der Schlafzwang konnte ihn auch im Stehen überfallen, er vermochte sich aber stets noch rechtzeitig hinzusetzen. Die Anfälle nahmen beim Militär an Häufigkeit zu. Da er wieder als Fahrer eingesetzt wurde, fuhr er am liebsten allein und ungern PKW. Bei Schlafanfällen im Fahren lenkte er das Fahrzeug an die rechte Seite und setzte die Fahrt erst hinterher fort. So blieb H. bisher ohne Unfall.

Befund. Sehr kräftig, 1,64 m/72 kg. Gebiß defekt. Intern und neurologisch o. B.
— Psychisch: geordnet, klar und ruhig.

Im Lazarett klagte er oft über Müdigkeit und leichte Kopfschmerzen. Der anfangs *schlechte Nachtschlaf* besserte sich bald und gut. Es konnten bei ihm *narkoleptische Zustände und affektiver Tonusverlust* beim Lachen beobachtet werden. Er wurde am 12. 4. 1940 „a. v. H.“ beurteilt zur Ersatztruppe gesandt. Klinische Diagnose: *Narkolepsie (Schlafzustände und affektiver Tonusverlust)*.

Katamnese. H. kam später wieder ins Feld. Bei längeren Märschen schlief er weitermarschierend oft ein und merkte es erst beim Anstoßen an Kameraden. Die Schlafanfälle und „Lachanfänge“ bestanden unverändert fort. Die noch 1940 häufigen Kopfschmerzen hörten auf. Zu Kriegsende geriet er in Gefangenschaft, in der er eine Dysenterie durchmachte. 1945 kehrte er mit Kreislaufbeschwerden und Dystrophie heim. Sein Leiden änderte sich auch später nicht, so daß *narkoleptische und kataplektische Anfälle noch jetzt* auftreten. Er kommt mit verhältnismäßig wenig Schlaf aus, wenn er sich 3—4mal am Tage für 10 bis 20 min hinlegen kann. Er sinkt dann rasch in einen sehr tiefen Schlaf. H.: „*Mein Körper ist anscheinend wie eine Batterie, die öfter aufgeladen werden muß.*“ Bei Nachtarbeit wird er nicht müde, schläft aber in längeren Pausen für 1 Std. Vor einer Nachtschicht oder einem abendlichen Ausgehen schläft er zumeist nochmal 1 Std. Eine Pervitin-Tablette hält ihn für 4 Std, 100 g Kaffeebohnen für 6 Std sicher wach.

Bei Hei. liegt eine voll ausgeprägte *Narkolepsie mit beiden Anfallstypen* vor. *Erblich* ist er mit *Migräne und Kataplexie* belastet. Er hatte selbst über 10 Jahre lang leichte *Migränезustände*. Die Krankheit der Großmutter wurde wohl von einer durch arteriosklerotische Veränderungen ausgelösten epileptoiden Konstitution bedingt. Dank einer gewissen „*Schlaf-Ökonomie*“ vermag der Kranke weiterhin voll zu arbeiten. Es ist bei diesem Krankheitsbild denkbar, daß die im Verlauf der Erkrankung durch die Anfälle immer wieder gestörte *Schlaf-Wach-Regulation* nun so labil geworden ist, daß die narkoleptischen Zustände ihren anfallsartigen Charakter etwas verloren und diese Ordnungsfunktion *absolute Selbständigkeit* gewann, so daß sie gleich einer „Batterie“ (vgl. die gute Selbstbeobachtung des Kranken) frei für eine „Aufladung“ sorgt.

2 weitere Kranke hatten sowohl narkoleptische wie kataplektische Anfälle, ein posttraumatischer Narkoleptiker zeigte nur Schlafanfälle. Die Anfallssymptome glichen den bei Hei. geschilderten. Die *Häufigkeit* der Ausnahmezustände war auch beim einzelnen Patienten *unterschiedlich*. Zu Beginn der Erkrankung traten nur wenige Anfälle auf, später nahmen sie an Zahl je Tag zu. Regelmäßig *bedingte der Militärdienst eine Verschlimmerung* der Erkrankung, ebenso wirkten auch *stärkere seelische und körperliche Belastungen*. Der Nachtschlaf war häufig gestört. Einer *regelmäßigen Arbeit* konnten die Kranken *nur durch eine Ausregulierung ihres Schlafbedürfnisses* (eingelegte Schlafpausen) und Einnahme wachhaltender Mittel (Pervitin, Coffein) nachgehen.

Bei einem Patienten ging dem Erkrankungsbeginn ein schwerer Scharlach mit wenigen Wochen Abstand voraus, so daß an eine parainfektöse Encephalitis zu denken ist. Bei einem anderen Kranken fanden sich etliche vegetative Störungen, und zwar *Libidosenkung, plötzliche*

starke Gewichtsveränderungen, Akrocyanose, Schwindelgefühle, häufige Kopfschmerzen, ferner Alkoholintoleranz und mitunter kurze VZ. Ein Fall war sicher traumatisch.

Ein Tonusverlust folgte auf die verschiedensten Affekte (heitere, ärgerliche u. a.), spontan trat er nur bei einem Patienten zu Beginn der Erkrankung auf. Er erstreckte sich zumeist über die gesamte willkürliche Muskulatur. Die Sprache war fast stets gestört oder gar aufgehoben, das Bewußtsein blieb erhalten. Das Anfallsgeschehen bahnte sich allmählich an, indem diese Zustände am Beginn des Leidens noch nicht bei jeder affektiven Anregung auftraten.

Ein Kranker dieser Gruppe neigte in kurzen Episoden zu starkem, triebhaften Rauchen. Durch Schlafanfälle während der Führung von Fahrzeugen verunglückte ein Anderer mehrfach, zum Teil schwer (Schädelbruch mit folgender leichter traumatischer Wesensveränderung).

Während REDLICH als Ursache der Narkolepsie eine konstitutionelle Anomalie im Stammhirn annahm und sie als eine selbständige Krankheit herausstellte, sah WILSON in diesem Leiden nur einen Symptomenkomplex, der durch verschiedene Noxen herbeigeführt werden könne. Nach ihm ist nicht ein Herd die alleinige Ursache, sondern Rinde und Stamm sind im Sinne des PAWLOWSCHEN Ultraparadox-Effektes gleichermaßen beteiligt.

Über epileptoiden Störungen bei dieser Krankheit berichteten ASCHENBRENNER, DUUS, SCHUMACHER, NEMLICHER, LUBARSKAJA und WASSERMANN. Sie sahen VZ, Dipsomanie, Jähzorn, häufige Kopfschmerzen, Migräne, DZ sowie paroxysmale Lähmungen. Familiäre Narkolepsie (nach WILDER 6%) fanden DUUS, ASCHENBRENNER, SCHUMACHER, THIELE u. BERNHARDT u. a. Weitere Beobachtungen ergaben, daß sich die Erkrankung auch nur in einem Anfallstyp äußern kann. Man kann daraus folgern, daß es sich bei diesem Krankheitsbild um ein komplexes Gebilde handelt, das demzufolge auch in Narkoleptikersippen in Einzelanfallstypen auftreten kann (vgl. die Mutter des Pat. Hei.). Spontane Anfälle von Tonusverlust (ohne affektive Erregung) sahen u. a. WILSON und R. HESS, affektiv ausgelöste Schlafanfälle WESTPHAL und kataplektische Anfälle bei unterdrücktem Schlafanfall REDLICH. Nimmt man noch die „Wachanfälle“ ROSENTHALS (ein „verzögertes psychomotorisches Erwachen“) hinzu, so erkennt man, daß in der Gesamterkrankung Narkolepsie sich unterschiedliche Anfälle einstellen können, denen Störungen in den benachbarten Zentralstellen für die Schlaf-Wach-Regulation und für die Steuerung des Muskeltonus zugrunde liegen.

Bei der Auslösung kataplektischer Anfälle überwogen die heiteren Affekte. Diese Kranken sind jedoch keine gemütsmäßig leicht beweglichen (emotiven) Menschen, sondern reaktivlabile, d. h. rasch und stark auf affektive Reize reagierende Persönlichkeiten (nach STRAUSS). Auch beim Gesunden tritt (nach PASKIND in 96%) beim Lachen ein Absinken des Muskeltonus ein. Schließlich wurden die beiden sich zunächst isoliert gegenüberstehenden Phänomene Schlafanfall und affektiver Tonusverlust durch die Untersuchungen von BLAKE, GERARD und KLEITMANN in enge innere Beziehungen gesetzt. Sie fanden, daß auch beim normalen Schlaf ein Nachlassen des Muskeltonus der eigentlichen Bewußtseinsveränderung kurz vorangeht.

Sicher liegt der Narkolepsie eine konstitutionelle Anomalie im Hirnstamm, wahrscheinlich im ganzen HZS zugrunde. Dafür sprechen auch die hier häufigen innersekretorischen Störungen. Die Brücke zu den

epileptoiden Erkrankungen schlagen die Koppelungen der Narkolepsie mit diesen Syndromen und Krankheitsbildern.

II. Allgemeine Fragen.

Körperbau. Es überwogen die Fälle mit *athletischen* Merkmalen (11 Kranke). Leptosome Merkmale hatten 6 Kranke, pyknische ebenfalls 6 (nur bei Mischtypen) und dysplastische 2. Die athletischen Körperbautypen bildeten auch bei WISSFELDS epileptoiden Psychopathen die Hauptgruppe.

Tabelle 2. *Körperbauliche Verhältnisse.*

Erkrankung	Athletisch	Athletisch-pyknisch	Leptosom	Leptosom-dysplastisch
Episodische Verstimmungen	3	1	2	—
Dipsomanie	—	1	—	—
Episodische Dämmerzustände	—	1	1	1
Episodische Schlafzustände	1	1	1	1
Narkolepsie	1	2	—	—
Unter 17 Kranken waren	5	6	4	2

Erblichkeit. LEONHARD, KLEIST u. DRIEST wiesen die Vererbung von eDZ, GERUM und SEIGE von eVZ, DUUS u. a. von Narkolepsie sowie RYBAKOW von Dipsomanie und GERUM von eSZ nach. Ich konnte *aus meinem Krankengut einen Fall gleichartiger Vererbung von Narkolepsie* anschließen (Fall 5). Ferner fand ich eine *erbliche Belastung mit epileptoiden Störungen in 3 Fällen* (Jähzorn, Migräne und Absenzen). Idiotie mit Erregungszuständen, bzw. Schwachsinn lag in 2 Sippen, Trunksucht in 2, ferner phasische Psychosen und Selbstmord in je 2 Sippen vor. *Innersekretorische* und andere *vegetative Störungen* fanden sich bei 11 Kranken als Hypothyreose, vergrößerte Schilddrüse, orthostatische Kreislaufdystonie, juveniler Hochdruck, Akrocyanose, Dermographismus, Hyperhidrosis, Schwindelgefühl, *allgemeine vegetative Labilität* sowie Libidosenkung. Über *Kopfschmerzen* verschiedener Stärke und Häufigkeit klagten 8 Kranke. Deutliche *Alkoholintoleranz* lag in 8 Fällen vor. *Ein gemeinsames Auftreten zweier epileptoider Erkrankungen fand sich achtmal*, und zwar eDZ und VZ (3), VZ und eSZ (1), VZ und Narkolepsie (1), VZ und Migräne (1), Migräne und Narkolepsie (1), DZ und Dipsomanie (1), sowie in einem weiteren Falle Dipsomanie und Epilepsie. Linkshändig war nur ein Kranker. Seelisch zeigten *prämorbid* 5 Kranke *epileptoide Züge*, von denen 2 auch reaktiv labil waren, je ein Kranker hatte subdepressive, hypomanische bzw. autistische Merkmale. 2 Kranke waren *schwachsinnig*.

Bei 3 Kranken beobachtete ich eine, meines Wissens bisher noch nicht beschriebene, *triebhaft Abnormität*. Es neigten je ein Fall von eDZ, eSZ und Narkolepsie, die sonst wenig oder gar nicht rauchten, episodisch für

1—2 Tage autogen zu einem sehr starken Rauchen (bis zu 40 Zigaretten am Tag). Meines Erachtens handelt es sich bei diesem *episodischen Nicotinmißbrauch* um eine *neuzeitliche Abwandlung der Dipsomanie*. Eine zugrundeliegende dysphorische Verstimmung konnte nicht immer sicher herausgefunden werden, ist aber anzunehmen.

Elektrencephalographische Befunde lagen aus der Lazarettzeit nur von 2 Narkoleptikern und einem Psychopathen mit VZ vor (Auswertung durch R. JUNG).

Die EEG-Forschung konnte die klinische Erkenntnis bestätigen, daß *der narkoleptische Schlaf dem gesunden Nachtschlaf gleicht*.

Bei den beiden selbst beobachteten Narkoleptikern wurde in den Schlafanfällen das Stadium des leichteren bzw. des mittleren Schlafes erreicht, jedoch in kürzerer Zeit als es im normalen Schlaf geschieht. Nach Aufwachen fand sich ein längeres Wach-EEG ohne Ermüdungserscheinungen. Intervallär lag eine leichte Allgemeinveränderung mit präzentralem Übergang in intermediäre Delta-Wellen vor.

Das Wach-EEG eines Kranken, der in einem narkoleptischen Anfall einen schweren Schädelbruch mit vermutlicher Hirnbeteiligung erlitten hatte, wick stärker ab und ist als Unfallfolge anzusehen.

In kataplektischen Zuständen wurde bei diesen Kranken kein EEG abgeleitet.

Die EEG-Untersuchungen epileptoider Psychopathen ergaben sehr häufig eine Dysrhythmie und Verlangsamung der hirnelektrischen Tätigkeit. Ein in diesem Sinne abnormes EEG sahen JASPER, SOLOMON und BRADLEY bei 83%, WISSFELD bei 93% (davon 87% mit Dysrhythmie und 43% mit Hirnwellenverlangsamung). HÖNCKE, STRÖMGREN und ZAHLE fanden bei 4 epileptoiden Psychopathen stets Dysrhythmie und steile Frequenzen, bei 3 davon eine Verlangsamung.

Die Beziehungen der genannten Erscheinungen zum epileptisch-epileptoiden Formenkreis sind noch unklar. Es ist aber zu betonen, daß auch ein gelegentlich bei Epileptoiden vorkommendes epilepsieähnliches EEG noch kein sicherer Beweis für das Vorliegen einer Epilepsie ist.

Das EEG eines Psychopathen mit eVZ und autistischen Merkmalen aus dem eigenen Krankengut ergab einen gering wechselnden Alpha-Rhythmus mit häufigem Übergang in 14—20/sec Beta-Wellen.

Bei episodisch verstimmten Psychopathen sahen HÖNCKE u. Mitarb. *keine EEG-Unterschiede zwischen verstimmten Zeiten und Intervallen*. EEG-Befunde von eDZ und eSZ sind weder aus dem eigenen Krankengut noch aus der Literatur anzufügen.

Therapie. Da den anfallsartigen Erkrankungen konstitutionelle Hirnanomalien zugrunde liegen, kann die *Behandlung nur ihre Symptome beeinflussen*. Dies gelingt am ehesten bei den mit Schlafanfällen und -zuständen einhergehenden Erkrankungen, und zwar mit wachhaltenden Mitteln (besonders durch die „Weckamine“ Pervitin usw., JANTZ), die teilweise auf das vegetative Nervensystem unmittelbar wirken.

Eine Behandlung von eVZ hat nur bei starken Erregungen mit beruhigenden Mitteln Wert. Schwere DZ kann man bei längerer Dauer mit einer Schocktherapie durchbrechen.

Rechtliche und soziale Fragen. Aus dem bearbeiteten Krankengut wurden 7 Fälle straf- und disziplinarrechtlich (Bestrafungen und eingeleitete Gerichtsverfahren zusammengefaßt), teils beim Militär, teils im Zivilleben belangt. In den Ausnahme-

zuständen wurden 6 Kranke straffällig, davon 4 nur in ihnen, 2 in kranken und gesunden Zeiten, ein Fall nur intervallär. 6 Patienten verstießen gegen Militärbestimmungen, 2 gegen bürgerliche Gesetze.

Tabelle 3. *Strafanlässe.*

Zahl der Fälle	Erkrankung	Vergehen im				
		Ausnahmezustand		Intervall		
		Unerlaubte Entfernung	Ausschreitungen	Widersetzlichkeiten	Diebstahl	Beleidigung
3	Episodische Verstimmungen . .	2	1	—	1	—
1	Dipsomanie . . .	1	1	—	—	—
2	Episodische Dämmerzustände	2	—	2	—	1
1	Episodische Schlafzustände .	—	—	1	1	—
7		5	2	3	2	1

Die *unerlaubte Entfernung* erwies sich als ein triebhaftes Weglaufen. Die *Ausschreitungen*, *Widersetzlichkeiten* (z. B. Nichtausführung eines Befehles) und die Beleidigung gehen auf *epileptoide Wesenszüge* wie starke Reizbarkeit und impulsive Regungen zurück. Diese Kranken lassen sich nur schwer in ein festes Gefüge einordnen.

Angesichts eines eigenen Falles, der krankheitsbedingt mehrere, zum Teil schwere, *Verkehrsunfälle* herbeiführte, weise ich darauf hin, daß *Narkoleptiker* vom Arbeiten an gefährlichen Maschinen und *vom Führen von Fahrzeugen und Flugzeugen fernzuhalten sind*. In ihren krankhaften Zuständen können sie sich selbst wie auch andere schwer gefährden. Daher sollte man Kranken, die so einen Unfall bedingt haben, den Führerschein entziehen. Beruflich sollte man Narkoleptikern Stellungen geben, die ihnen eine *längere Arbeitspause* gestatten, um schlafen zu können.

Zusammenfassung.

1. Es wurden nach 12—14 Jahren katamnestische Erhebungen bei 20 Kranken vorgenommen, die vom Herbst 1939—1942 im Reserve-Lazarett der Frankfurter Universitäts-Nervenklinik unter der Diagnose epileptoider Erkrankungen behandelt worden waren.

2. Die Katamnesen bestätigten bei 16 Kranken die damals gestellte Diagnose.

Nicht bestätigt wurde sie bei einem als Dipsomanie aufgefaßten Patienten, der sich als Epileptiker und bei einem Mann mit Verstimmungszuständen, der sich als Hirntraumatiker herausstellte. Ein Mann mit anscheinend episodischen Schlafzuständen wurde als posttraumatischer Narkoleptiker erkannt. In einem Falle gingen die Verstimmungszustände in einen Dämmerzustand mit dipsomanen Zügen über.

Es ergaben sich demnach 6 Fälle episodischer Verstimmungen, 1 Fall von Dipsomanie, 3 Fälle episodischer Dämmerzustände, 4 episodischer Schlafzustände und 3 von Narkolepsie.

3. Die älteren Anschauungen über diese Erkrankungen konnten im wesentlichen bestätigt werden. Bei den episodischen Verstimmungen wurde auf die oft drangartige Einleitung triebhafter Regungen hingewiesen. Die episodischen Dämmerzustände klangen nicht immer rasch ab, bei langen Dämmerzuständen war auch die Beendigung verzögert. Bei 2 Kranken mit episodischen Schlafzuständen entwickelte sich später eine chronische Schlafneigung.

4. Prämorbid zeigten 5 Kranke epileptoide Züge, 2 davon waren auch reaktiv labil. Je ein Kranker hatte subdepressive, hypomanische bzw. autistische Merkmale. Schwachsinn lag in 2 Fällen vor. Koppelungen verschiedener epileptoider Erkrankungen traten achtmal auf. Über häufige Kopfschmerzen klagten 8 Kranke, alkoholintolerant waren ebenfalls 8.

5. Bei je einem Falle von episodischen Dämmerzuständen, Schlafzuständen und Narkolepsie wurde ein episodischer Nicotinmißbrauch, der als eine epileptoide triebhafte Regung aufgefaßt wird, beobachtet.

6. Innersekretorische und vegetative Störungen hatten 11 Kranke.

7. Von den 17 epileptoiden Kranken hatten athletische Merkmale 11, pyknische und leptosome je 6, dysplastische 2.

8. Es wurde ein Fall gleichartiger Vererbung von Narkolepsie beschrieben. Erbliche Belastung mit epileptoiden Störungen fand sich bei 3 Fällen. Idiotie mit Erregungszuständen bzw. Schwachsinn lag in 2 Sippen, phasische Psychosen und Selbstmord in je 2 Sippen vor.

9. 7 Kranke wurden straf- und disziplinarrechtlich belangt, davon 6 wegen Vergehen in Ausnahmezuständen, einer nur in der erkrankungsfreien Zeit. Die Anlässe waren unerlaubte Entfernung (5), Ausschreitungen (2), Widersetzlichkeiten (3), Diebstahl (2) und Beleidigung (1).

Literatur.

- ASCHENBRENNER: Zur Diagnose der Narkolepsiefrage. Münch. med. Wschr. 1944, 462. — BERNHARD, H.: Über Exhibitionismus, Beitrag zur Symptomatologie der episodischen Dämmerzustände. Z. gerichtl. Med. 7, 24 (1926). — BLAKE, H., R. W. GERARD and N. KLEITMANN: Factors influencing brain potentials during sleep. J. of Neurophysiol. 2, 48 (1939). — BONHOEFFER, R.: Alkoholtoleranzveränderung im dipsomanen Anfall. Z. Neur. 127, 483 (1930). — BOSTROEM, A.: Störungen des Wollens. In BUMKES Handbuch der Geisteskrankh., Bd. II, S. 1. Berlin 1928. — DOBNIGG, u. C. v. ECONOMO: Die hereditäre Belastung der Dipsomanen. Allg. Z. f. Psychiatr. 76, 383 (1920—1921). — DUUS, P.: Über familiäre Narkolepsie usw. Allg. Z. Psychiatr. 110, 171 (1939). — GERUM, K.: Beitrag zur Frage der Erbbiologie der genuinen Epilepsie, der epileptoiden Erkrankungen usw. Z. Neur. 115, 319 (1928). — Über die erblichen Beziehungen epileptoider Erkrankungen zur Epilepsie. Zbl. Neur. 75, 717 (1935). — GIBBS, F. A., and E. L. GIBBS: Atlas of Electroencephalography, 2. Aufl. Cambridge (USA) 1950—1952. — GOLDFLAM, S.: Zur Frage der

genuinen Narkolepsie u. ähnlicher Zustände. Dtsch. Z. Nervenheilk. **82**, 20 (1924). — GRÄSER, C.: Episodische Dämmerzustände. Inaug.-Diss., Berlin 1940. — GROSCH, H.: Period. u. episod. Schlafzustände usw. Allg. Z. Psychiatr. **122**, 113 (1943). — HESS, R.: Elektroencephalograph. Beobachtungen bei kataplektischem Anfall. Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. **183**, 132 (1949). — HÖNCKE, P., E. STRÖMGREN u. V. ZAHLE: Elektroencephalographische Untersuchungen an Psychopathen. Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. **183**, 55 (1949). — JANTZ, H.: Medikamentöse u. physikalische Therapie. In: Handbuch d. inn. Med., 4. Aufl., Bd. 5/I. Berlin 1953. — JASPER, H. H., P. SOLOMON and C. BRADLEY: Electroencephalographic analyses of behavior problem children. Amer. J. Psychiatr. **95**, 641 (1938). — JUNG, R.: Neurophysiolog. Untersuchungsmethoden. In: Handbuch d. inn. Med., 4. Aufl., Bd. 5/I. Berlin 1953. — KLEINE, W.: Periodische Schlafsucht. Mschr. Psychiatr. **57**, 285 (1924). — KLEIST, K.: Autochthone Degenerationspsychosen. Z. Neur. **69**, 1 (1921). — Episodische Dämmerzustände. Zbl. Neur. **33**, 83 (1923). — Episodische Dämmerzustände. Leipzig 1926. — Weitere Beobachtungen über episod. Dämmerzustände. Zbl. Neur. **42**, 614 (1926). — Gehirnpathologie. Leipzig 1934. — Fortschritte der Psychiatrie. Frankfurt a. M. 1947. — KLEIST, K., u. W. DRIEST: Die Katatonie usw. I. Teil. Allg. Z. Psychiatr. **157**, 479 (1937). — KLEIST, K., u. D. WISSMANN: Zur Psychopathologie der unerlaubten Entfernung usw. Allg. Z. Psychiatr. **76**, 30 (1920). — LEONHARD, K.: Episodische Dämmerzustände (KLEIST) mit gleichartiger Vererbung. Mschr. Psychiatr. **81**, 226 (1931). — Zur Frage der episodischen Dämmerzustände. Z. Neur. **154**, 242 (1936). — LHERMITTE, J., HECAGEN et BINEAU: Un nouveau cas d'hypersomnie prolongée rythmée par les règles. Revue neur. **75**, 299 (1943). — MEYER-MICKELEIT, R.: Die Dämmerattacken usw. Nervenarzt **24**, 331 (1953). — MÖLLER, S.: Sittlichkeitsdelikte im epilept. Dämmerzustand. Vjschr. gerichtl. Med. **44**, 284 (1912). — MOLLWEIDE, H.: Neue somatische Ergebnisse bei einer Kranken mit episodischen Dämmerzuständen. Nervenarzt **19**, 49 (1948). — NEMLICH, L. J., T. E. LUBARSKAJA u. M. E. WASSERMANN: Die konstitutionelle Form der Narkolepsie. Vrac. delo **17**, 261 (1934). Ref. Zbl. Neur. **75**, 184 (1935). — PAPPENHEIM, M.: Über Dipsomanie. Z. Neur. **11**, 333 (1912). — PASKIND, H. A.: Influence of laughter on muscle tone. Proc. Soc. Exper. Biol. a. Med. **29**, 93 (1931). — PLOOG, D.: Physiologie u. Pathologie des Schlafes. Fortschr. Neur. **21**, 16 (1953). — POHLISCH, K.: Die erbliche Fallsucht. Allgem. u. klin. Teil. In: GÜTT'S Handbuch der Erbkrankheiten. Leipzig 1940. — REDLICH, E.: Zur Narkolepsiefrage. Mschr. Psychiatr. **37**, 85 (1915). Weitere Lit. von REDLICH bei WILDER. — RYBAKOW, TH.: Alkoholismus u. Erbllichkeit. Mschr. Psychiatr. **20**, 221 (1906). — SEIGE, M.: Wandertrieb bei psychopathischen Kindern. Z. f. Erforsch. u. Behandlung d. jugendl. Schwachsinn. **4**, 221 (1910). — SPECKMANN, K.: Beitrag zur Differentialdiagnose u. Erbbegutachtung der episod. Dämmerzustände (KLEIST). Allg. Z. Psychiatr. **110**, 69 (1939). — STADLER, H.: Zur Frage der Beziehungen zwischen period. u. episod. Dämmer- u. Schlafzuständen usw. Mschr. Psychiatr. **98**, 317 (1938). — STRAUSS, H.: Zur Kasuistik u. Auffassung der Narkolepsie. Mschr. Psychiatr. **61**, 265 (1927). — THIELE, R.: Zum Begriff u. zur Pathologie der Drangerscheinungen. Psychiatrie usw. **5**, 51 (1953). — THIELE, R., u. H. BERNHARDT: Beiträge zur Kenntnis der Narkolepsie. Berlin 1933. — TIETZE: Über die forensische Bedeutung der Dämmerzustände. Allg. Z. Psychiatr. **94**, 182 (1931). — WILDER, J.: Narkolepsie. In: BUMKE-FOERSTERS Handbuch d. Neur., Bd. 17. Berlin 1935. — WILSON, S. A. K.: The narcolepsies. Brain **51**, 63 (1928). — WISSELD, E.: Epilepsieverdächtige EEG-Befunde bei Psychopathen. Nervenarzt **25**, 30 (1954).

Dr. D. SEIGE, Frankfurt a. M.,
Forschungsstelle für Gehirnpathologie und Psychopathologie.