

## IX.

# Beitrag zum Kapitel „Epilepsie und Psychose“.

Von

**Dr. Eugen Weber**

in Berlin-Norderney.



Den bei Epileptischen auftretenden geistigen Störungen wird, wie ein Blick in die einschlägige Literatur beweist, sowohl aus wissenschaftlichen wie aus practischen Gründen, ein grosses Interesse entgegengebracht. Besonders in Bezug auf die Prognose der Geistesstörung muss die Entscheidung der Frage, ob die Psychose eine echt epileptische, oder ob sie von der Epilepsie zu trennen und als ein selbstständiges Krankheitsbild anzusehen ist, von Wichtigkeit sein. Zu dieser nicht immer ganz leichten Frage bin ich in der Lage, einen sehr bemerkenswerthen Fall beizusteuern, der auch auf die ursächlichen Momente zur Entstehung von Absencen etwas mehr Licht zu werfen geeignet erscheint.

Frau W., 68 Jahre alt, Offizierswittve und bekannte Schriftstellerin, stammt aus gesunder Familie. Sie lebte in glücklicher Ehe, gebar 4 gesunde Kinder und hatte bis zu ihrem 47. Lebensjahre keine schweren Krankheiten zu überstehen. In diesem Jahre, zur Zeit der eben begonnenen Menopause wird sie zum ersten Male von einem epileptischen Anfall überrascht und bewusstlos im Zimmer aufgefunden.

Seitdem leidet sie an Epilepsie. Die Anfälle kommen monatlich 1—2 Mal und hinterlassen fast keine Verwirrung. Patientin fühlt sich in der Zwischenzeit sehr wohl, empfindet keine Einbusse ihrer geistigen Fähigkeiten, pflegt ihren kranken Mann, erzieht ihre Kinder und schriftstellert fleissig und mit grossem Erfolge.

Im Laufe der Jahre bildet sich *Epilepsia nocturna* heraus; die Anfälle sind typisch, gehen mit heftigen Convulsionen, Bettnässen und Zungenbiss einher, dann folgt tiefer Schlaf. Anfälle von *petit mal* gelangen nicht zur Beobachtung.

Vom Jahre 1893 ab stürmen auf die 61 Jährige mehrfache und starke

Gemüthsbewegungen ein. Der tragische Verlust einer Tochter, der im Jahre 1894 erfolgte Tod des sehr geliebten Mannes, sowie eine ununterbrochene Reihe weiterer Aufregungen in der Familie blieben nicht ohne Einfluss auf die bis dahin ungeschädigten geistigen Kräfte der Patientin. Sie bemerkte seit Anfang 1895 eine zuerst geringe, dann immer stärker werdende Abnahme ihrer Arbeitskraft und eine Veränderung ihres gesamten seelischen Verhaltens. Sie zwang sich zur Arbeit, war aber bald erschöpft, wurde verdriesslich, kleinlich, unentschlossen. Ihre Gedanken verengten sich und beschäftigten sich nur noch mit den sie stets von Neuem aufregenden Familiengeschichten; sie vermochte keinen Entschluss mehr zu fassen aus Furcht, nicht das Richtige zu thun, bereute das Geschehene und gerieth in eine depressive Stimmung und in einen Zustand völliger Willenslosigkeit und Unentschlossenheit hinein.

In dieser Zeit traten zum ersten Male bis dahin ungekannte Schwindelanfälle auf, die sich als echte epileptische Anfälle von petit-mal präsentirten, zuerst selten kamen, dann immer häufiger wurden und schliesslich 4—8 Mal täglich auftraten.

Während eines mehrmonatlichen Aufenthaltes in der Hertz'schen Privatanstalt zu Bonn am Ende des Jahres 1896 erreichte die Krankheit ihren Höhepunkt und charakterisirte sich durch stark melancholische Verstimmung, geringes Sprach- und Verkehrsbedürfniss, völligen Verlust des Selbstvertrauens, häufiges Stöhnen und Seufzen. Die wenigen Worte wiederholten immer dieselben Beschuldigungen und Vorwürfe gegen ihre Kinder, wechselten aber auch mit Selbstanklagen ab. Immer kleiner gestaltete sich der Gedankenkreis und bewegte sich nur noch um ihre eigene Person und ihre Kinder: dieselben hätten ihr Geld genommen und sich von ihr losgesagt, sie selbst sei verloren, man solle sie laufen lassen. Zwischendurch kamen Stunden, besonders Nachts, wo Patientin von grosser Angst und Unruhe hin- und hergetrieben wurde, keinen Schlaf fand und immer von denselben Gedanken gequält wurde. Von irgend welcher Arbeit ist keine Rede, nur hier und da wird ein kurzer Brief voller Klagen und Vorwürfe verfasst. Das Aussehen der Patientin ist schlecht, der Puls matt, 56 Schläge.

Nach einigen Monaten ändert sich das Krankheitsbild etwas und gewinnt an hypochondrischen Zügen. Patientin klagt über allerlei körperliche Beschwerden, besonders über starkes Jucken am ganzen Körper und über Trockenheit der Schleimhäute, glaubt ihre Haare zu verlieren, nichts mehr essen zu können, bald zu viel, bald zu wenig Verdauung zu haben. Dabei stehen die Herzensangst und die Schlaflosigkeit, sowie die melancholischen Gedanken noch immer im Vordergrund des Krankheitsbildes. In dieser Phase der Krankheit treten die Schwindelanfälle am häufigsten auf und werden von der Kranken als etwas äusserst Schädliches und Störendes empfunden.

Die Absencen vollziehen sich folgendermaassen: Patientin verliert plötzlich in der Unterhaltung die Sprache, wird ganz blass im Gesicht und steif in der Haltung, dreht langsam den Kopf und die Augen nach rechts, sieht starr nach einen Punkthin, macht Schmeckbewegungen mit Zunge und Lippen, wobei sie unarticulirte Laute wie Ta ta ta ta hervorstösst, und macht mit den Fingern der rechten

Hand mechanische Streck- und Spreizbewegungen. Das Bewusstsein ist völlig erloschen, die Pupillen sind starr. Nach 30 Secunden ist der Schwindelanfall vorbei und ein tiefer Seufzer beschliesst die Scene. Das Gesicht röthet sich wieder, die Haltung kehrt zur Norm zurück und die Sprache findet sich wieder ein. Patientin ist 2—3 Minuten darauf leicht benommen und muss erst ihre Gedanken wieder sammeln; sie weiss, dass sie einen Anfall gehabt hat und sagt gewöhnlich: „Ach Gott, schon wieder so ein Anfall, diese Absencen sind schlimmer wie die Krämpfe, früher kannte ich sie nicht.“ Einige Male verlief der Anfall ganz kurz und folgendermaassen: Patientin glitt in Gegenwart des Arztes langsam vom Stuhl zur Erde oder knickte beim Gehen in den Knien ein und hielt sich am Arme fest, ohne dass das Bewusstsein schwand.

In dieser Zeit traten die nächtlichen Krämpfe nur selten auf, innerhalb 6 Monate 1 Mal. Ende des Jahres 1897 war die Depression noch immer deutlich, die Lust zur Arbeit war noch nicht gekommen; die hypochondrischen Vorstellungen jedoch waren zum grössten Theil gewichen, wogegen die Missstimmung gegen die Kinder, welche den Haushalt der kranken Mutter aufgelöst und dieselbe fremden Leuten zur Pflege übergeben hatten, bestehen blieb. In diese Zeit fiel auch die Entmündigung der Kranken.

Eine auffällige Besserung des Zustandes trat im Frühjahr 1898 ein und zwar gleichzeitig mit dem Nachlassen der Absencen, welche immer seltener wurden und im Sommer 1898 ganz wegblieben. Auch die grossen Attaquen blieben selten. Die Stimmung der Patientin wurde wieder heiter, die Gedanken wurden freier und lebendiger, die Lust zur Arbeit stellte sich allmählig wieder ein, während die quälende Unentschlossenheit wich. Die Angstempfindungen, sowie das Heer der körperlichen Beschwerden verschwanden eine nach der andern, nur Pruritus vulvae blieb noch lange Zeit bestehen. Nach einigen weiteren Wochen war von der Melancholie keine Spur mehr übrig.

Seit dem Sommer 1898 bis heute, Januar 1901, ist der Gesundheitszustand der Frau W. derselbe und von jedem Rückfall verschont geblieben; kein Anfall von petit mal ist seitdem beobachtet worden.

Die schriftstellerischen Arbeiten sind seit dem Sommer 1898 wieder aufgenommen und nehmen den gleichen Fortgang wie vor der Zeit der Erkrankung; die Lücken im Gedächtniss haben sich alle wieder ausgeglichen, geistige Defecte sind nicht nachweisbar, in der Unterhaltung sowohl wie in der schriftlichen Ausdrucksweise imponirt die jetzt 68jährige Frau W. durch die Schärfe der Logik wie durch den Reichthum ihrer Gedanken und ihres Wortschatzes. Die Gemüthsstimmung ist anhaltend gleichmässig heiter und wird nur beeinträchtigt durch das Missverhältniss zu ihren Kindern, welche die Mutter auf der Höhe der Krankheit hatten entmündigen lassen.

Das körperliche Befinden von Frau W. ist in Anbetracht des hohen Alters ein gutes und zufriedenstellendes. Die inneren Organe functioniren gut, das Herz arbeitet regelmässig, die Herztöne sind rein, der zweite Ton ist accentuirt. Der Puls ist mässig kräftig und beträgt 68 in der Minute, das Arterienrohr weich und elastisch, zeigt keine Verhärtung an den palpablen Stellen.

Urin ist frei von fremden Bestandtheilen. Die Haut- und Sehnenreflexe sind in normaler Stärke vorhanden. An den Hirnnerven findet sich nichts Abnormes, Gehör und Sehkraft sind gut. Die P. R. erfolgt prompt, A. B. sind frei. VII. und XII. ebenfalls.

Fassen wir obige Krankengeschichte noch einmal kurz zusammen, so handelt es sich hier um eine gesunde Frau, die in ihrem 47. Lebensjahre zum Beginn der Menopause ihren ersten epileptischen Krampfanfall bekommt. Die Anfälle treten dann in der Folgezeit ziemlich selten und schliesslich nur Nachts auf, machen Pausen von mehr als einem halben Jahr und schädigen das geistige Verhalten der Kranken in keiner nennenswerthen Weise. Nach 14 Jahre langem Bestehen der Anfälle erkrankt Patientin in Folge grosser Gemüthsaufreregungen an einer subacuten Melancholie, die mit leichten Wahnideen und Präcordialangst einhergeht und die Dauer von ca. 3 Jahren umfasst. Wir erfahren, dass mit dem Beginn der Psychose zum ersten Male Absencen auftreten, die mit der Entwicklung der Melancholie zunehmen und mit dem Ausgang der Psychose in Genesung verschwinden, dass also die seelische Erkrankung der Patientin für die ganze Dauer derselben von Absencen begleitet ist. Frau W. ist seit mehr wie  $2\frac{1}{2}$  Jahren von ihrer Melancholie geheilt und hat seitdem auch noch keinen Schwindelanfall wieder gehabt, während Krampfanfälle in und nach dieser Zeit noch mehrmals Nachts zur Beobachtung gelangten, seit  $1\frac{1}{2}$  Jahren aber ebenfalls fehlen.

Diese beiden Momente, das Auftreten einer Psychose bei einer Epileptischen und das Erscheinen von Schwindelanfällen für die Dauer dieser Psychose, sind es, welche mich bewogen haben, diesen Fall des Näheren zu untersuchen und darauf hin zu prüfen, ob und welcher Zusammenhang zwischen diesen beiden auffallenden Erscheinungen besteht.

Zunächst herrscht wohl kein Zweifel, dass wir es im vorliegenden Falle mit einer Spätepilepsie zu thun haben, da mit Sicherheit festgestellt werden konnte, dass vor dem 47. Jahre niemals ein epileptischer Insult beobachtet worden ist. Die Epilepsie hat sich demnach sehr spät eingestellt und, wie wohl hier mit Bestimmtheit anzunehmen ist, in Folge des Climacteriums. Viele Autoren, darunter Mendel<sup>1)</sup>, halten von diesem ätiologischen Factor nicht viel und auch Binswanger scheint in seiner ausführlichen Monographie „die Epilepsie“, in Nothnagel's specieller Pathologie und Therapie keinen besonderen Werth darauf zu legen, da er das Climacterium in dem Kapitel über Aetiologie garnicht erwähnt.

---

1) Mendel, Berliner klin. Wochenschrift. 1893.

Vielmehr bringen die meisten Autoren als bedeutendstes ätiologisches Moment die Arteriosklerose und deren Circulationsstörungen mit der Entstehung der Spätepilepsie in Zusammenhang; besonders Naunyn<sup>1)</sup>, Kovalewsky<sup>2)</sup> und letzthin Lüth<sup>3)</sup> haben für die Berechtigung dieser Anschauung Beweise genug erbracht. Im vorliegenden Falle jedoch bietet die körperliche Untersuchung der Kranken gar keinen Anhaltspunkt für das Bestehen einer sclerotischen Veränderung des Arterienrohres, speciell der Gehirnarterien. Der etwas accentuirte zweite Ton am Herzen vermag diese Annahme ebensowenig zu begründen, wie das Auftreten der Präcordialangst während der Psychose, auch nicht einmal für eine Veränderung an den Coronararterien. Und dass allein die Hirnarterien erkrankt sein sollen, dagegen spricht das Fehlen anderweitiger Symptome dieses Leidens, wie Ohrensausen, beständige Schwindelerscheinungen und Ohnmachten, Schlaflosigkeit und Verstopfung.

Die Erbllichkeit, die allerdings Nothnagel für die *Epilepsia tarda* nicht in Betracht ziehen will, während Mendel und Binswanger, letzterer sogar bei Personen, die ihren ersten Anfall nach dem 65., selbst 70. Jahre erlitten, ihren ätiologischen Einfluss betonen, fällt hier ebenso weg wie Trauma, Lues und Alkohol. Ferner sind hier auszuschliessen constitutionelle Ernährungsstörungen wie Gicht und Diabetes, für die Binswanger eine zuweilen Epilepsie auslösende Kraft beansprucht.

Es bleibt somit nach Ausschluss aller sonstigen Schädlichkeiten nur übrig, das Climacterium als ätiologischen Factor für unsere *Epilepsia tarda* anzunehmen, und ich möchte diese Ursache umsomehr betont wissen, als es bekannt ist, dass die durch die Menopause entstandenen Umwälzungen in der Blutcirculation ihren Einfluss auf die Psyche oft genug durch Auftreten einer geistigen Störung documentirt haben.

Es ist daher nach meiner Meinung nicht ersichtlich, ihren Einfluss auf die Entwicklung einer Epilepsie nicht anerkennen zu wollen.

Was sonst von Mendel über die *Epilepsia tarda* gesagt wird, dass ihr Verlauf im Grossen und Ganzen ein milder sei und dass die geistigen Fähigkeiten weniger leiden, stimmt auch für unsern Fall zu. Die Psyche der Frau W. ist bis zum Jahre 1895 intact geblieben, keine

---

1) Naunyn, Ueber senile Epilepsie. Zeitschr. f. klin. Medicin. 38.

2) Kovalewsky, Die Arteriosklerose der Gehirns. Neurolog. Centralblatt. 1898.

3) Lüth, Die Spätepilepsie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 56.

Gedächtnisschwäche, keine Demenz, nicht einmal ein epileptischer Charakter haben sich bei ihr entwickelt.

Was nun das Auftreten von Psychosen bei Epileptischen betrifft, so wissen wir, dass dieselben so selten nicht sind, sich jedoch in den meisten Fällen in der Form einer chronischen und unheilbaren Paranoia oder eines circulären Irreseins abspielen. Nur wenig Fälle sind bekannt, wo die Psychose acut einsetzte und zur Heilung überging, wie in dem von Deiters<sup>1)</sup> mitgetheilten Falle, wo eine 30jährige Epileptische in der Lactationsperiode an acuter Verwirrtheit erkrankte und nach vier Monaten genas. Aber auch Psychosen anderer Art, selbst die *Dementia paralytica*<sup>2)</sup>, kommen bei Epileptischen vor.

In unserem Falle ist es klar, dass es sich um eine subacut entwickelnde Melancholie handelt, die ein in sich gut abgeschlossenes Krankheitsbild mit leichten aber unsystematisirten Wahnideen darstellt, wie es ebenso gut bei einem Nichtepileptischen hätte auftreten und verlaufen können. Nichts erinnert in dem ganzen Verlaufe an die von Samt<sup>3)</sup> geschilderten, bei Epileptischen vorkommenden Irreseinsformen. Dort sind dieselben als kurz aufeinander folgende, 1 Tag bis 3 Wochen anhaltende Anfälle von Irresein gekennzeichnet, die meistens in der Form einer acuten Verwirrtheit mit Hallucinationen aufzutreten, sich mit schweren Delirien, Gewaltacten, Grössenideen und Stupor zu verbinden und an einen oder mehrere Krampfattaquen anzuschliessen pflegen. Hier handelt es sich aber um einen Zeitraum von 3 Jahren umfassende Melancholie mit leichten Wahnideen, die auch nicht im Geringsten den bei Epileptischen beobachteten gleichen. Nur die geschilderten Angstempfindungen pflegen auch bei Epileptischen sowohl vor als nach einem Anfall häufig beobachtet zu werden.

Ich gestehe gern zu, dass, als ich die Kranke im Sommer 96 zum ersten Male sah und die Anamnese noch sehr lückenhaft war, mir das damalige Krankheitsbild als ein seniler Schwächezustand erschien in Anbetracht des hohen Alters der Patientin und der seit mehr als 16 Jahren bestehenden Epilepsie. Erst der weitere Verlauf und die schliessliche Heilung liessen es erkennen, dass hier eine echte Psychose vorlag, die mit der Epilepsie in keinem Zusammenhange stehen konnte.

Es ist von verschiedenen Autoren darauf hingewiesen worden, dass

1) Deiters, Beitrag zur Kenntniss der Seelenstörungen der Epileptiker. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 56.

2) Wattenberg, Ueber einen Fall von Epilepsie und sich daran anschliessender *Dementia paral.* Dieses Archiv. Bd. 32.

3) Samt, Dieses Archiv Bd. 5 und 6.

ein Theil der bei Epileptischen auftretenden Geistesstörungen (ich rede hier nicht von den Irreseinsformen Samt's) mit der Grundkrankheit nichts zu thun hat, als ein unabhängiges und selbstständiges Krankheitsbild betrachtet werden muss.

Gnauck<sup>1)</sup> fasst die Psychosen seiner Fälle sogar als selbstständige auf, trotzdem sie sich an einen epileptischen Anfall angeschlossen haben.

Magnan<sup>2)</sup> ist ebenfalls ein Verfechter der Ansicht für die Unabhängigkeit einer Reihe von Psychosen bei Epileptischen.

Buchholz<sup>3)</sup> und andere behalten für ihre Fälle einen gewissen Zusammenhang zwischen Epilepsie und der nebenher sich entwickelnden Psychose bei und sind der Ansicht, dass die Epilepsie den Boden für das Entstehen einer Psychose vorbereite und deren Entwicklung günstig beeinflusse.

Anders liegt es natürlich, wenn eine bestimmte äussere Ursache ein bestimmt charakterisirtes Krankheitsbild hervorruft. Die Aetiology spielt selbstverständlich für die Heilbarkeit einer Psychose die allererste Rolle. Steht die Psychose mit der Epilepsie in einer innigen Beziehung oder haben beide einen gemeinsamen Ursprung, so dürfte sich die Prognose für die geistige Störung schlecht gestalten, liegt die Ursache der Entstehung aber auf einem ganz andern Gebiete, hat sie mit der Epilepsie oder mit dem entwickelten epileptischen Charakter nichts zu thun, so ist sie günstig, wenn auch vielleicht nicht in demselben Maasse wie bei Nichtepileptischen. Denn man muss stets bedenken, dass der Ablauf der Psychose durch die Complication mit epileptischen Anfällen und event. mit postepileptischem Irresein erschwert werden kann. So heilte der oben schon erwähnte Fall Deiters, wo der acuten Verwirrtheit die Lactation als Ursache zu Grunde lag, und so heilte mein vorliegender Fall von Melancholie, der durch eine Reihe von Gemüthsbewegungen hervorgerufen war, obwohl hier als ungünstiges Moment noch das hohe Alter der Patientin hinzutrat.

Da meine Kranke gute und ausführliche Selbstschilderungen nach ihrer Genesung niedergeschrieben hat, so lasse ich zum weiteren Beweis der Selbstständigkeit ihrer Psychose einen diesbezüglichen Passus, der den Anfang ihres Leidens in klarster Weise zum Ausdruck bringt, hiermit folgen. Frau W. schreibt:

---

1) Gnauck, Ueber die Entwicklung von Geisteskrankheiten aus Epilepsie. Dieses Archiv. XII. 1882.

2) Magnan, Psychiatrische Vorlesungen. Uebersetzt von Möbius.

3) Buchholz, Ueber die chronische Paranoia bei Epileptischen. Nielebener Festschrift 1897.

„Ich erinnere mich sehr genau, dass ich nach dem Tode meines Mannes unter schweren körperlichen und seelischen Qualen und unter der fortgesetzten vielseitigen Thätigkeit, an die ich gewöhnt war und der ich nicht entsagen wollte, Schaden nahm. Ich konnte mich nur unter grossem Selbstzwang im Gange erhalten und erinnere mich des Tages, an welchem ich aufhörte zu sprechen. Es war mir eine Wohlthat, nicht sprechen zu brauchen; es ruhte etwas an der rastlosen Maschine. Ich merkte kaum, dass dies auffiel. Aber die Nothwendigkeit forderte immer neue Anstrengungen, bis allmählig eins nach dem andern im Apparate aufhörte zu functioniren. Von Allem, was auf mir gelegen an Pflichten, und was mich so rastlos mit Arbeit, Sorgen und Leiden angefüllt hatte, blieb nichts übrig als eine trostlose Stimmung. Die einzelnen Momente und Ereignisse verschwanden darunter, ihre qualvollen Wirkungen aber blieben als Stimmungen zurück. Ich tappte und suchte unaufhörlich in der Nacht nach dem Nothwendigen und fand das Unwichtigste, an das ich mich klammerte.“

Nirgends lässt sich hier ein Zusammenhang zwischen der bestehenden Epilepsie und der sich entwickelnden Melancholie entdecken; nur die Gemüthserschütterungen sind die alleinige Ursache für die Entwicklung der Psychose gewesen, die erst nach dreijährigem Verlaufe zur völligen Heilung führte.

In Bezug auf die Krampfanfälle während einer psychischen Störung, besonders auf den Einfluss der letzteren auf die Zahl und den Charakter der epileptischen Krämpfe kann nach den vorhandenen Mittheilungen ein bestimmtes Verhalten nicht festgestellt werden. Fast jeder einzelne Fall verhält sich in dieser Beziehung individuell. Nach Hofmann<sup>1)</sup> sistirten die Anfälle während der Psychose und traten erst dann wieder auf, als dieselbe in ein chronisches Stadium getreten war, nach Baillon<sup>2)</sup> blieben sie für die Dauer der Psychose ganz weg. Andererseits blieb die Psychose ohne jeden Einfluss auf die Zahl der Anfälle, wie in dem schon erwähnten Deiters'schen Falle.

Was aber den hier vorliegenden Fall ganz besonders auszeichnet, das ist nicht das Verhalten der Krampfanfälle, sondern das mit der Melancholie gleichzeitige Auftreten von bis dahin unbekannten Schwindelanfällen für die ganze Dauer der Psychose.

Erfordert schon das Vorkommen einer heilbaren Melancholie von dreijähriger Dauer bei einem Epileptischen das ärztliche Interesse, so

---

1) Hofmann, Beobachtungen und Erfahrungen über Seelenstörung und Epilepsie.

2) Baillon, Thèse de Paris 1877.



wächst dasselbe noch durch die auffällige Erscheinung von Absencen, die weder vor noch nach der Melancholie aufgetreten sind. Die Anamnese ist in dieser Beziehung ganz sicher. Der erste Schwindelanfall ist zu der Zeit aufgetreten, als die Melancholie in ihrem ersten Stadium war; die Zahl derselben steigerte sich mit der Verschlimmerung des Zustandes, erreichte die Höhe von 7 und 8 am Tage, wechselte je nach dem seelischen und körperlichen Verhalten der Kranken und verminderte sich wieder mit der Besserung. Die Absencen blieben schliesslich mit dem Eintritt der Heilung weg, ohne bis heute nach ca. 3 Jahren jemals wiedergekehrt zu sein. Ich bemerke gleich hier, dass diese Absencen nicht vicariirend für die grossen Krampfanfälle eingetreten sind, denn diese haben zwar einige Monate im Beginn der Melancholie ausgesetzt, sind aber im weiteren Verlauf der Psychose in der früheren Anzahl und Intensität wiedergekehrt. Etwas Aehnliches wird von Gnauck in seiner schon oben erwähnten Veröffentlichung mitgeteilt: In seinem Falle III vollzieht sich auch eine Umwandlung von Krampfanfällen in Schwindelanfälle und einige Zeit darauf entwickelt sich bei dem betreffenden Epileptiker eine hallucinatorische Verrücktheit, in deren chronischem Stadium dann wieder Krampfanfälle auftreten.

Bei unserem Falle verhält es sich aber doch noch anders: erstens handelt es sich um eine nach drei Jahren in Heilung übergegangene Melancholie bei einer an *Epilepsia tarda* leidenden Person und zweitens um ein gleichzeitiges Auftreten der Absencen und ein gleichzeitiges Verschwinden derselben mit der Melancholie.

Wie ist dieser äusserst auffällige Umstand zu erklären?

Wir wissen, dass besonders die mit *Epilepsia tarda* behafteten Personen von Anfällen von petit mal betroffen werden, und machen die durch Arteriosklerose hervorgerufenen Circulationsstörungen im Gehirn für die *Epilepsia tarda* und die Anfälle von petit mal verantwortlich: einige Autoren wie Kovalewski und Lüth gehen sogar soweit, die *Epilepsia tarda* als die Arteriosklerose des Gehirns zu bezeichnen. Ich würde diese Aetiologie auch für meinen Fall ohne Weiteres zugeben, wenn der körperliche Befund meiner Patientin diese Annahme erlaubte. Wir können aber bei derselben, wie schon oben bemerkt ist, keine Spur von Arteriosklerose aufweisen.

Angenommen aber, die Gehirnarterien seien erkrankt und hätten Circulationsstörungen im Gefolge, auf die wir die Absencen zurückführen könnten, so bleibt es doch unverständlich, warum bloss während der Dauer der Psychose, weder vorher noch nachher, Absencen aufgetreten sind. Wir können doch unmöglich annehmen, dass die Arteriosklerose nur drei Jahre bestanden habe, also gewissermaassen nach dieser Zeit

geheilt sei; ebenso wenig können wir aus demselben Grunde andere organische Erkrankungen im Gehirn, die zuweilen bei Epileptischen am Secirtisch gefunden werden, wie luetische Veränderungen an den Arterien oder Sklerose des Ammonshorns als ursächliche Momente für die Absencen heranziehen, da derartige Processe nicht zu heilen pflegen.

Mehr Anklang dürfte schon die Annahme finden, dass die Absencen aus einer Störung der Functionen von Seiten des Herzens entsprungen sind. Denn das Herz der Kranken war zweifellos während der Melancholie in starke Mitleidenschaft gezogen worden; dafür sprachen verschiedene Anzeichen, sowohl die Präcordialangst, die verringerte Herzthätigkeit und der accentuirte 2. Ton. Von deutlichen Herzgeräuschen erfahren wir jedoch nichts, und wären solche damals (denn das Herz ist heute gesund) constatirt worden, so hätten sie wohl einen accidentellen und anämischen Charakter gehabt.

Lémoine<sup>1)</sup> hat die Epilepsie im Anschluss an Herzkrankheiten festgestellt. In seinen Fällen hat es sich aber um wirkliche Herzfehler und Gefäßerkrankungen gehandelt. Davon ist aber bei Frau W. keine Rede. Bei ihr hingen die fraglichen Störungen von Seiten des Herzens mit der Melancholie zusammen, wie wir es bei dieser psychischen Störung sehr häufig sehen, und der beste Beweis dafür ist der Umstand, dass dieselben zusammen mit der Psychose verschwunden sind. Aber wir kommen bei dieser Betrachtung der die Absencen auslösenden Ursache schon näher.

Es ist bekannt, wie schwer gerade bei Melancholischen der allgemeine Ernährungszustand leidet, wie schlecht und langsam das Blut circulirt, dass Hände und Füße eiskalt und cyanotisch sind. Auch unsere Kranke hat auf der Höhe der Krankheit ca. 20 Pfd. abgenommen, einen schlechten Ernährungszustand dargeboten und einen Puls von 56 bis 60 von träger Beschaffenheit gehabt, Anzeichen, die auf eine ungenügende Blutcirculation hindeuten. Sollte diese doch auch im Gehirn vorhandene mangelhafte Blutcirculation nicht Störungen hervorrufen können, die sich bei der epileptischen Natur der Kranken als Anfälle von petit mal präsentirten? Denn wenn die durch Arteriosklerose hervorgerufenen Circulationsstörungen im Gehirn Absencen erzeugen, warum soll die mit der Melancholie einhergehende schlechte Blutcirculation nicht die gleichen Erscheinungen vom Gehirn aus zur Folge haben können? Jedenfalls lässt sich diese Erklärung in vollen Einklang bringen mit dem gleichzeitigen Auftreten und Verschwinden dieser Anfälle

---

1) Lémoine, De l'épilepsie d'origine cardiaque et de son traitement. Revue de méd. VII. 5. 1887.

mit der Melancholie. Es ist berechtigt anzunehmen, dass eine schlechte, ungenügende Blutcirculation im Gehirn schädliche Stoffwechselproducte, sog. Toxine, hervorruft, durch deren Reiz Absencen sowohl wie grosse Anfälle zur Auslösung gelangen, und ich führe als Beleg für diese Annahme aus Binswanger's Monographie folgende Stelle auf Seite 9 an: „Neuere Untersuchungen über die Stoffwechselvorgänge bei Epileptischen haben die Möglichkeit nahe gerückt, dass eine eigne auf bestimmten Autointoxicationen beruhende ätiologisch klinische Gruppe aus dem Gesamtbilde künftig ausgeschieden werden kann, für welche die Bezeichnung „toxämische Epilepsie“ gerechtfertigt ist.“

Nach dieser autoritativen Auffassung darf ich wohl mit Recht die Absencen der Frau W. als die Folge einer durch die Melancholie erzeugten Autointoxication betrachten.

Im Uebrigen verweise ich auf die Arbeit von Weber<sup>1)</sup>, welcher die Autointoxicationslehre bei der Epilepsie des Weiteren ausführt, die den Anfällen zuweilen tagelang vorhergehenden Beschwerden, Benommenheit, Mattigkeit, Kopfschmerzen und Reizbarkeit als Vergiftungserscheinungen deutet; die Natur der Giftstoffe sei unbekannt und die periodische Anhäufung derselben löse den Anfall aus.

Wir können daher in unserem Falle auf die Annahme einer bestehenden Arteriosklerose oder einer andern organischen Gehirnerkrankung zur Erklärung der Absencen einerseits und der Epilepsia tarda andererseits verzichten.

Die letztere ist hinreichend erklärt durch die in Folge des Climacteriums im Körper entstandenen Umwälzungen im Circulationsapparat, und die Absencen sind die Folgen einer durch die Melancholie hervorgerufenen toxämischen Ernährungsstörung des Gehirns. Es kommt also bei beiden Arten von Anfällen auf Circulationsstörungen hinaus. Warum nun die eine die grossen epileptischen Attaquen und die andere die kleinen erzeugt, das ist eine Frage, die nicht allein durch klinische Beobachtungen, sondern wahrscheinlich nur durch experimentelle Versuche gelöst werden kann.

Nach den Theorien von Binswanger und Ziehen<sup>2)</sup>, die von Geist<sup>3)</sup> kurz zusammengefasst sind, treten die Anfälle in der Form des

---

1) Weber, Neuere Anschauungen über die Bedeutung der Autointoxication bei der Epilepsie. Münchener med. Wochenschr. 98. No. 26.

2) Geist, Ueber die atypischen und motorischen Reizerscheinungen des epileptischen Anfalls. Inaug.-Diss. Jena.

3) Ziehen, Ueber Erregungs- und Reizungsort der genuinen Epilepsie. Monatsschr. für Psych. und Neurol. 1897. Bd. II.

grand mal oder petit mal auf, je nachdem der gesamte motorische Apparat oder nur einzelne Centren erregt werden. Es ist aber wohl zweifellos, dass zur experimentellen Auslösung eines vollständigen epileptischen Insultes mit seinen charakteristischen Nebenerscheinungen noch andere Reize, gewisse Toxine, mitwirken müssen, deren Natur wir leider nicht kennen, die aber sicherlich, wie schon oben erwähnt, ihre Existenz gewissen Circulationsstörungen oder Anämien verdanken.

Der Begriff der letzteren ist natürlich sehr dehnbar und wenn, wie in unserm Falle, mehrere Ursachen dabei zusammenwirken, Climacterium und Melancholie, so ist das Auseinanderhalten ihrer Folgeerscheinungen um so schwieriger. Ich will mich daher auf weitere Ausführungen hier nicht einlassen, sondern nur nochmals den Umstand als interessant hervorheben, dass eine mit Ernährungsstörungen einhergehende Psychose bei einer Epileptischen ganz neue epileptische Erscheinungen hervorrufen konnte, Absenzen, die mit der Psychose kamen und gingen.

Ich habe in der Krankengeschichte Schwindelanfälle erwähnt, die ganz kurz verliefen und im Zusammenknicken der Kniee und im Hingleiten ohne Bewusstseinsverlust bestanden. Dieselben sind natürlich ebenfalls epileptischer Natur und gehören zu denjenigen abortiven Anfällen, wo der epileptische Insult mitten in der Aura abbricht und nach Binswanger der Ausdruck einer Hemmungsentladung ist. Nach seiner Theorie folgt im vollentwickelten Anfall der ganz kurz verlaufenden und plötzlichen Hemmungsentladung eine Erregungsentladung, die längere Zeit anhält in Gestalt von tonischen und klonischen Krämpfen. Bei den obigen abortiven Anfällen fehlt dieser zweite Theil der Erregungsentladung wahrscheinlich in Folge von zu schwacher Summation der Reize. Binswanger schreibt in Bezug auf diese abortiven Attacken auf Seite 259: „In diesen Fällen ist die corticomotorische Entladung unvollständiger; der Kranke taumelt, schwankt, gleitet zu Boden oder sinkt schlaff auf den Stuhl zurück, um sich nach wenigen Augenblicken wieder zu erheben.“ Ein klassisches Beispiel für diese Art von Anfällen liefert die Krankengeschichte 28; auch Beispiele von sogenannten „kleinsten Anfällen“ werden von B. angeführt, wo der Betreffende nur eine Umnebelung des Bewusstseins mit einer rückartigen Erschütterung oder einem leichten Zittern verbunden verspürt. Noch kürzer verlaufen isolirte Erregungsentladungen in Form von Monospasmen, ebenfalls ohne Bewusstseinsverlust.

Der epileptische Charakter solcher kleinsten Anfälle muss natürlich durch weitere epileptische Kriterien gestützt werden: ihr Vorkommen allein dürfte zur Diagnose Epilepsie wohl kaum hinreichen.

Auch Krause<sup>1)</sup> schildert solche abortive Anfälle. Nach ihm bestehen sie in kurzen Muskeler schlaffungen, sodass der davon Betroffene in die Kniee knickt oder ganz hinstürzt, manchmal auch nur die Arme herabfallen lässt. Zuweilen konnten dabei in den von der Erschlaffung nicht betroffenen Muskeln Krampferscheinungen beobachtet werden.

Ferner hat Higier<sup>2)</sup> in zwei Abhandlungen eine gute Analyse dieser plötzlichen Muskeler schlaffungen aufgestellt und die Berechtigung der Diagnose „paralytische Epilepsie“ auf Grund seiner Beobachtungen nachgewiesen.

Derselbe Autor nennt analog den von Pitres<sup>3)</sup> geschaffenen sensorischen Aequivalenten diese Erscheinungen motorisch-paralytische Aequivalente, erklärt sie für eine Abart der Jackson'schen Epilepsie und führt sie ebenfalls auf schwache Intensität der Reize zurück.

Es steht daher ausser Frage, dass auch diese ganz kleinen Anfälle meiner Kranken mit den von Binswanger, Krause und Higier geschilderten Zuständen identisch und mithin epileptischer Natur sind.

Nicht unerwähnt möchte ich eine Schilderung der Frau W. lassen, welche die Aura-Symptome bei den Absenzen betrifft. Sie schreibt darüber folgendes: „Die sogenannten kleinen Anfälle (an und für sich viel schädlicher in ihrer Wirkung als die grossen) treten nie plötzlich ein, sondern nach starken Vorempfindungen, die ich versuchen will, zu beschreiben: Es macht sich ganz allmählig eine Spaltung bemerkbar zwischen dem Vorhandenen und dem Nichtvorhandenen, aber nur in Empfindungen, nicht für die Sinne wahrnehmbar, die unberührt bleiben. Dies Nichtvorhandene wächst aus und wird so stark, dass es mich überwältigt. Es sind keine Schreckgespenster, überhaupt nichts Geisterhaftes, sondern ein undeutlich hervordrängendes zweites Empfinden, das verwirrend wirkt, weil es neben dem Vorhandenen auftritt. Dann macht sich körperliche Schwäche geltend, auch ist meist ein kurzer Moment Bewusstlosigkeit vorhanden. Ich erhole mich schnell, auch fehlt diesen Anfällen die schwere, formlose Angst, die stets auf die grossen Krämpfe folgt.“

Nach dieser Beschreibung handelt es sich um eine Form von

---

1) Krause, Eine seltene Form von kleinen epileptischen Anfällen. Deutsche med. Wochenschr. 1898.

2) Higier, Paroxysmal auftretende Lähmung epileptischer Natur. Neur. Centralbl. 1897. No. 4. — Zur Pathogenese der motorisch-paralytischen Aequivalente des epileptischen Anfalls. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1899. XIV.

3) Pitres, Des épilepsie partielles sensitives. Arch. cliniques de Bordeaux. 1892.

sensibler Aura, oder da es sich um ein inneres Empfinden handelt, um eine Mischform von psychisch-sensibler Aura, und der Fall beweist von Neuem, wie unklar oft diese Vorempfindungen sind und wie schwer sie geschildert werden können. Denn viele Epileptische vermögen diese Zustände überhaupt nicht in die richtigen Worte zu kleiden. So ist es mir auch unklar, was Frau W. mit dem „undeutlich hervordrängenden zweiten Empfinden“ eigentlich meint, jedenfalls ist darunter wohl eine Angst- und Unlustempfindung zu verstehen.

Es ist aber von Interesse, den Fall in Bezug auf das episodische Auftreten von Absencen noch weiter zu verfolgen. Ich möchte doch nicht allein die Ernährungsverhältnisse des Gehirns während der Melancholie für die Absencen verantwortlich machen, sondern glaube noch ein anderes Moment hervorheben zu müssen.

Es ist dies ein Moment, das ebenso wie die ungenügende Blutversorgung mit der Melancholie im engen Zusammenhang steht und in seinen einzelnen Erscheinungen und Wirkungen sich sowohl der Dauer wie der Intensität dieser psychischen Störung vollkommen anschliesst.

Dasselbe liegt weniger auf körperlichem als geistigem Gebiet und betrifft die durch die Melancholie gebrochene Willenskraft und Widerstandsfähigkeit der Kranken.

Die Melancholie, welche wir vornehmlich als eine Krankheit des Willens betrachten, hatte die früher so energische und willensstarke Frau in dieser Fähigkeit in allererster Linie schwer geschädigt: wir finden, dass mit der Abnahme der Willenskraft die Absencen entstehen und an Zahl zunehmen, mit der Erstarkung des Willens wieder abnehmen und seit der völlig wiederhergestellten Willensstärke bis heute nicht wieder aufgetreten sind. Ich möchte daher die Absencen auch auf das Conto der Willensschwäche setzen und sie als eine secundäre, von der Melancholie abhängende Erscheinung gesunkener Willenskraft auffassen.

Zur näheren Begründung dieser rein persönlichen Auffassung gebe ich der Frau W. wieder das Wort, welche in Bezug auf den Willen in ihrer melancholischen Zeit nach ihrer Genesung folgendes niedergeschrieben hat:

„Während damals die Seele den Stimmungen unterlag, war am meisten in mir geschwächt der Wille. Das merkte ich selbst. Es hat lange gewährt, bis ich zum eigenen Willen erstarkte. Ich empfand eine grosse Qual unter meiner Unschlüssigkeit, wusste, dass dies Krankheit war und machte interessante Selbststudien an mir. Ich konnte mich auch bei Kleinigkeiten (Platznehmen, Gegenstände ergreifen, Worte fassen beim Schreiben) nicht entschliessen, was zu thun das Beste sei.

und wechselte auch bei den kleinsten Veranlassungen. Da zwang ich mich sofort ohne Ueberlegen, das resp. Dümme zu thun und dabei zu bleiben. In kurzer Zeit war ich meine Qual los. Ich hatte auch lange schon bemerkt, dass einem nächtlichen epileptischen Krampf ein bestimmter Traum oder vielmehr gewisse Traumerscheinungen vorausgingen, mitunter bis zu 8 Tagen, in denen sich dieser Traum wiederholte. Er enthielt einen Nervenreiz. Ich kam mit der Zeit dahin, bloss durch den Willen den Traum zu coupiren oder rechtzeitig zu erwachen. Die Krämpfe wurden seltener und blieben schliesslich fort. Am Januar 1899 fand der letzte statt. Zwar treten noch jetzt in grossen Pausen von Wochen und Monaten ähnliche schwächere Traumempfindungen ein, ich bin aber stets im Stande, sie niederzuhalten oder aufzuwachen.“

Wenn nach dieser Schilderung Frau W. keiner Selbsttäuschung unterliegt, was immerhin möglich ist, und thatsächlich dem Nervenreiz, der Nachts durch Träume den drohenden Anfall einleitet, entgegenzutreten kann, also durch den Willen coupirt, so möchte ich diese Fähigkeit bezüglich der kleinen Anfälle ebenfalls für sie in Anspruch nehmen.

Ich brauche für diesen Vorgang gar keinen besonderen Willensact vorauszusetzen; derselbe kann sich vielmehr in unbewusster Weise vollziehen wie bei vielen selbstverständlichen Verrichtungen, wo wir rein mechanisch ohne bewussten Willen, also unwillkürlich handeln. So unterdrückte Frau W. vor ihrer Erkrankung durch die Selbstthätigkeit ihres gesunden Willens diese Absencen, ohne dass sie es wusste. Da kam die Krankheit, die ihr den Willen und die Willenskraft, die bewusste wie die unbewusste, langsam zerstörte und das Mittel zur Unterdrückung der Absencen beseitigte. Infolgedessen konnten sich die letzteren entwickeln und während der Dauer der Melancholie das Krankheitsbild beherrschen.

Nur eine Krankheit, die den Willen und zwar auch den unbewussten Willen untergrub, wie die Melancholie, war demnach im Stande, die bis dahin latenten Absencen hervorbrechen zu lassen.

Somit hätten wir ein zweites Moment für die Entstehung der Absencen bei unserer Kranken gefunden, dessen Einfluss natürlich im Vergleich mit den Folgen der mangelhaften Ernährung des Gehirns nicht überschätzt werden soll.

Denn theoretisch können wir uns die Willensschwäche bei der Melancholie schliesslich auch nur als die Wirkung einer nutritiven Störung oder unbekannter chemischer Giftstoffe auf ein event. vorhandenes Willenscentrum oder auf die Willensbahnen erklären.

Aber diese beiden Begleit- resp. Folgeerscheinungen der Melan-

cholie unterstützen sich sicherlich gegenseitig in ihrer Wirkung auf das Zustandekommen der Absencen und genügen zur Erklärung dieser auffälligen Erscheinung nach meiner Meinung auch vollkommen.

Der mitgetheilte Fall lehrte demnach, dass die Melancholie eine selbstständige und von der Epilepsie unabhängige Krankheit darstellte, dass eine Melancholie selbst von dreijähriger Dauer bei einer 60jährigen Epileptischen in völlige Heilung übergehen kann und dass drittens das Auftreten von Absencen während dieser Psychose zurückgeführt werden muss auf eine mit letzterer verbundene mangelhafte Blutcirculation und ihre nutritiven Störungen im Gehirn, wobei der geschwächten Willenskraft der Kranken eine gewisse Bedeutung für das Entstehen der Absencen nicht abgesprochen werden kann.

Zum Schluss erwähne ich nochmals, dass Frau W., obwohl sie in der ganzen Zeit während des Processes zur Aufhebung ihrer Entmündigung einer Reihe starker Gemüthsbewegungen ausgesetzt war, zu denen noch kürzlich der grausige Selbstmord einer sehr nahe stehenden Schwester hinzukam, bis heute weder einen Rückfall in die Melancholie, noch Anfälle von petit mal erlitten hat, dass die 68jährige Dame eine erstaunliche Widerstandskraft sowohl seelisch wie körperlich besitzt und auf literarischem Gebiet ihre alte Leistungsfähigkeit wieder erworben hat; ein Erfolg, zu dem die mit Energie durchgeführte Aufhebung ihrer Entmündigung und die daraus resultirende Stärkung des Selbstbewusstseins entschieden viel beigetragen haben.

---