

IV. Aus der psychiatrischen Universitätsklinik in Greifswald. Epilepsie und Geistesstörung.²⁾

Von Dr. O. Bley,

Assistenzarzt der Klinik, jetzt zweitem Arzt der Irrenheilanstalt
Bergquell-Frauendorf bei Stettin.

Ich hatte Gelegenheit, in der psychiatrischen Klinik eine Reihe von Epileptikern zu beobachten, die nach mancher Richtung hin ein grosses wissenschaftliches Interesse darbieten. Ich will Ihnen heute über dieselben einige immerhin mehr summarische Mittheilungen machen, wobei ich Veranlassung nehmen werde, über die Beziehungen der Epilepsie zu den Psychosen allgemeinere Betrachtungen anzustellen.

Es ist Ihnen bekannt, dass nur etwa ein Drittel der Epileptiker ausserhalb der epileptischen Paroxysmen in Bezug auf seine psychischen Functionen in der Breite des sogenannten Normalen sich bewegt, und selbst bei diesem Drittel verrathen bizarre Züge, barocke Ideen in Menge, dass es hart an der Grenzscheide jenes Gebietes steht. Bei ungefähr zwei Drittel der Unglücklichen bestehen psychische Anomalieen, die sich in der verschiedensten Weise geltend machen können, und die man vielfach unterschiedslos als „epileptisches Irresein“ bezeichnet. Mit Rücksicht auf den gleich zu besprechenden Zusammenhang zwischen der Neurose und der eventuellen Psychose scheint mir diese generelle Benennung nicht gerechtfertigt zu sein. Es kann meines Erachtens gelegentlich jedwede Form geistiger Störung neben Epilepsie auftreten, ohne dass beide in einem engeren causalen Verhältniss zu einander zu stehen brauchten. Hier erwächst das psychische Leiden auf demselben günstigen (angeborenen oder erworbenen) neuropathischen Boden, der bereits die Grundlage für die Epilepsie werden konnte, und wenn wohl auch unleugbar die letztere das von vornherein geschwächte Nervensystem vollends widerstandslos gemacht, vollends alle Vorbedingungen für das Entstehen einer Geisteskrankheit geschaffen hat, so erscheint es mir doch zweckmässig, in solchen Fällen eine nichts präjudicirende Bezeichnung zu wählen. Will man also die Epilepsie, wo sie als mehr oder minder zufällige Complication sich erweist, doch nicht ganz bei der Nomenclatur aus dem Spiel lassen, so ist es völlig unverfänglich, von „Seelenstörung mit Epilepsie“ zu sprechen, worunter, beiläufig bemerkt, die Zählkarten für das statistische Bureau alle geistigen Störungen der Epileptiker generell zusammenfassen. Will man in anderen Fällen die Epilepsie als einen der prädisponirenden Factoren, vielleicht als den wichtigsten derselben betonen, so darf man allenfalls von „Psychosen auf epileptischer Basis“ reden. Die Bezeichnung des „epileptischen Irreseins“ bliebe damit vorbehalten für eine Reihe psychischer Störungen, die unverkennbar mit der Neurose im engsten Zusammenhang stehen, gewissermaassen als psychische Symptome des Grundleidens aufzufassen sind.

Die Instrumentenmacherfrau M. C., 30 Jahre alt, wurde in der Anstalt wegen Melancholia simplex sechs Wochen behandelt. Aus den Angaben der ziemlich gebildeten Frau liess sich über die Ascendenz nichts Positives entnehmen, aber die Kranke selbst war ein Typus eines widerstandslosen Individuums. Klein, unbeschreiblich gebrechlich und zart, hochgradig blutarm von jeher. Dazu kamen in sechs Jahren sechs Geburten. Sie konnte niemals lange nahren, und sobald sie absetzte, starben die sehr schwächlichen Kinder an Ernährungsstörungen trotz sorgfältigster Pflege, nur das älteste blieb erhalten. Die Frau war auf's schwerste bedrückt, wie das in ihrer Lage nur natürlich ist. Im Frühjahr 1892 überraschte sie ein epileptischer Anfall, der zunächst keine

²⁾ Vortrag, gehalten im Greifswalder medicinischen Verein.

psychische Alteration hinterliess. Als ihr dann die Schwere des neuen Leidens bewusst wurde, bemächtigte sich ihrer eine immer mehr zunehmende Angst vor der Wiederkehr der Anfälle. Die bisher noch einigermaßen motivierte gemüthliche Depression steigerte sich so, dass die Kranke ihre ganze Selbstbeherrschung verlor und nicht mehr ihre häuslichen Pflichten besorgen konnte. Nach einem zweiten Anfall kam sie dann zu uns. Unter robortischer Diät und Medication bei dauernder Bettruhe und tröstlichem Zuspruch gewann die erschöpfte Patientin mit den Kräften ihr Selbstvertrauen und ihre Besonnenheit immer mehr wieder. Ein neuer Krampfanfall machte sie nicht mehr gänzlich fassungslos, sie lernte einsehen, dass auch damit sich noch leben lasse, und wurde resignierter. Mitten in der Besserung ging sie wieder nach Hause.

Hier haben wir also gemeinschaftlichen Boden für Epilepsie und Melancholie. Die erstere wirkt allerdings noch mittelbar als auslösendes Moment für die schon vorbereitete Melancholie, indem sie der geängstigten Frau unerträgliche quälende Vorstellungen aufdrängt, welche sich nicht bemeistern lassen. Ist aber meine Annahme richtig, dass die Krampfanfälle nur auf dem angedeuteten Umwege gewissermaßen als psychisches Trauma den Ausbruch der geistigen Störung herbeiführten (und das Abklingen der Psychose ohne Beeinflussung der Anfälle selbst möchte ich als einen Beweis dafür ansprechen, ganz abgesehen von der Anamnese), so kann ich hier wohl ebenso wenig von „epileptischem Irresein“ sprechen, als (verzeihen Sie den drastischen Vergleich) bei einem armen bedrückten Schlucker, der über einen neuen schweren materiellen Verlust ganz melancholisch wird, als bei dem von — „pecuniärem Irresein“.

Uebergend zu einer Reihe von Fällen, welche zum epileptischen Irresein im oben angedeuteten engeren Sinne zu zählen sind, will ich mir ein längeres theoretisches Präludium ersparen, sondern die mancherlei interessanten Beobachtungen an den Kranken selbst Ihnen vorführen, und hierbei werde ich mich in der Hauptsache auf den von mir beobachteten psychischen Status praesens beschränken müssen.

Schuhmacher W. J., 31 Jahre alt, seit dem zehnten Jahre Epileptiker, bietet z. Z. das Bild der chronischen psychischen Degeneration, wie sie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nach längerem Bestande der Epilepsie sich einzustellen pflegt. Es ist eine fortschreitende Abnahme aller geistigen Kräfte, deren Intensität mit der Stärke und besonders mit der Häufigkeit der Anfälle in einem annähernd proportionalen Verhältnisse zu stehen scheint. Mehr noch als die Abschwächung der Intelligenz tritt bei dem dementen Epileptiker die ethische Depravation in den Vordergrund; aus beiden Momenten zusammen ergibt sich eine krankhaft ego-centrische kindische Weltanschauung. Ein solcher epileptischer Charakter ist auch W. J. geworden, dem die Verblödung auf dem Gesichte geschrieben steht. Sein Gedankenschatz ist ausserordentlich verarmt und bewegt sich nur noch in selbstgefälliger Eitelkeit um seine Thätigkeit und deren Bedeutung für die Anstalt. Er ist nämlich Specialist für blindes Schuhwerk geworden und erklärt mir gern praktisch und theoretisch, wie ein Stiefel exact geputzt wird, so oft ich ihm nur Neigung zu diesem volkswirtschaftlichen Studium verrathe. Das Wort „exact“ kehrt dabei stereotyp wieder. Die leichteste Kränkung seines kindischen Selbstbewusstseins führt zu heftigen Wuthausbrüchen, zu brutalen Angriffen; besonders zu Zeiten stärkerer Anfälle ist die grosse Reizbarkeit noch mehr erhöht. Meistens, wenn er sich selbst überlassen, ist Patient vollkommen apathisch.

Interessanter ist folgender Fall.

Der Pantoffelmacher K. P., 57 Jahre alt, ist seit dem siebenten Lebensjahre Epileptiker. Bemerkenswerth ist, dass die Anfälle vom 10. bis 45. Jahre aussetzten und seitdem von neuem auftraten. In den ersten 15 Jahren jenes freien Zwischenraumes kam er mehrfach mit dem Strafgesetze in Conflict. Der Kranke hat seit etwa zwei Jahren im Anschlusse an die Anfälle länger dauernde starke Erregungszustände zu überstehen, in denen er hochgradig gemeingefährlich ist.

Gerade diese acuten, im engsten Zusammenhange mit den Krampfanfällen stehenden Geistesstörungen bilden das epileptische Irresein *κατ' ἐξοχήν*. Sie können als Vorläufer der Paroxysmen auftreten, wenn Sie so wollen, als eine in Form psychischer Alienation sich einstellende Aura, sehr viel häufiger aber finden sie sich im Anschluss an Krampfanfälle. Wie Sie wissen, spricht man von prä- und postepileptischem Irresein. Herr Professor Arndt macht mit Recht darauf aufmerksam, dass die Bezeichnungen nicht ganz correct seien. Die Anfälle sind ja doch nur augenfällige Phasen im Verlaufe des chronischen Leidens, der Kranke hört in den interparoxysmellen Zeiten ja doch nicht auf, Epileptiker zu sein! Logischer wäre es also wohl, von prä- und postparoxysmellen Geistesstörungen im Verlaufe der Epilepsie zu sprechen; doch kommt die erstere Benennung durch ihre bezeichnende Kürze jedenfalls dem praktischen Bedürfniss entgegen.

Eine sehr häufige Form postepileptischer Störung sind die oben erwähnten Erregungszustände, die Sie wohl gelegentlich als Mania epileptica haben bezeichnen hören. Eine echte Manie freilich liegt kaum jemals vor, ebenso wie z. B. die vielgenannte Mania puerperalis recht selten eine Manie im eigentlichen Sinne des Wortes ist. Auf vielen Gebieten der Psychiatrie herrscht hinsichtlich der Nomenclatur noch eine geniale Anarchie, und am

kritiklosesten gerade wird mit Manie herumgeworfen. Der übrigens sehr seltenen wahren Manie (dieselbe als Gegensatz zur Melancholie gefasst) und der postepileptischen Tobsucht ist nichts gemeinsam als der immense Bewegungsdrang; während derselbe aber dort ein Ausfluss des aller Schranken entrückten, gehobenen Selbstbewusstseins, des ungebändigten Uebermuths ist, stellt er sich hier als die Reaction auf massenhafte Sinnestäuschungen dar, die in den verschiedensten Sinnesgebieten auftreten als Ausdruck irgend eines während des Anfalls gesetzten und erst allmählich abklingenden Reizzustandes des Gehirns. Gewiss können die Sinnestäuschungen vorübergehend einen heiteren Charakter gewinnen, und dem entsprechend die motorische Reaction gleichfalls ein heiteres Gepräge, aber dann zeigen uns immer noch die nachweisbaren Sinnestäuschungen, dass wir keinen Maniacus vor uns haben, denn dieser hallucinirt eigentlich niemals. Meistens nun sind überdies die Hallucinationen schreckhaften Inhalts, und das ganze Treiben des Kranken verräth die fürchterliche Angst, unter der die motorische Erregung als eine Art Abwehr sich vollzieht. Daher auch die grosse Gemeingefährlichkeit dieser Tobenden, die in der Verzweiflung nichts verschonen, während der Maniacus selbst im Höhestadium seiner Activität ungereizt relativ harmlos bleibt. Die Kranken verlieren unter dem verwirrenden Einfluss der falschen Sinnesrapporte und des secundären hochgradigen Affectes ihre Orientirtheit, ihre ganze Besonnenheit, sie sind für die Dauer der Hallucinationen verwirrt, und damit ergibt sich die moderne Bezeichnung dieser Zustände von selbst: die postepileptische Tobsucht ist meist, vielleicht stets eine „acute hallucinatorische Verwirrtheit“ oder allenfalls, wenn der Verlauf weniger turbulent ist, eine „acute hallucinatorische Verrücktheit“: zwischen beiden Formen ist eben nur ein quantitativer Unterschied vorhanden.

Ich musste weit abschweifen und kehre jetzt zu unserem Pantoffelmacher zurück, der also seit etwa zwei Jahren die geschilderten Tobsuchtsanfälle nach den Krämpfen aufweist. Solange die Paroxysmen noch spärlich waren, kam es nach dem Abklingen der Hallucinationen zu Zeiten relativ normalen Verhaltens, nur noch relativ normalen Verhaltens deshalb, weil der Kranke schon seit mehreren Jahren die Zeichen der chronischen psychischen Degeneration auch in den besten Zeiten gezeigt hat, also jener Dementia auf epileptischer Basis, wie ich sie im vorigen Falle skizzirte. Seit etwa sechs Monaten sind die Anfälle so gehäuft aufgetreten, sind die postparoxysmellen Hallucinationsphasen so protrahirt verlaufen, dass die neue meist einsetzt, ehe die vorhergehende noch völlig abgeklungen ist, und das Resultat ist eine chronische hallucinatorische Verworrenheit mit Exacerbationen nach den Krampfanfällen.

Höchst interessante Beobachtungen gestattet dieser Mann noch im einzelnen. Zunächst zeigt er, dass mit der Dauer und der häufigen Wiederholung der quälenden Sinnestäuschungen die Reaction gegen dieselben sich allmählich abschwächt. Nicht als ob der Kranke die drohenden Worte und Thaten, die er hört und sieht, nicht mehr als in der Wirklichkeit bestehende ansähe, aber Beelzebub hat ihn schon zu oft mit brennenden Pfählen durchbohrt, ihm die Augen ausgebrannt u. dgl. mehr, als dass er nicht mit der Zeit hätte einsehen sollen, dass er selbst das Fürchterlichste zu ertragen vermöchte; so gewann er immer mehr Resignation gegenüber den unabwendbaren Torturen, die ihn bisher stets mit dem blossen Schreck davonkommen liessen. Dagegen reagirt er noch heute gegen den kleinsten wirklichen Eingriff mit rasender Wuth, so gegen die Ausführung einer subcutanen Injection oder gegen einen sonstigen kleinsten Schmerz. Dann brüllt er buchstäblich *ἦτοι ταῖρος*, und vier handfeste Wärter können ihn kaum nothdürftig fixiren.

Die meist regellosen, bunt durcheinander greifenden Hallucinationen der postepileptischen Verwirrtheit gliedern sich gelegentlich zu complicirten, in sich zusammenhängenden Phantasmen: diese sind öfter erotisch gefärbt, meist aber schwärmerisch religiösen Inhalts. Unser Kranker ist auch nach dieser Richtung hin sehr lehrreich. Er vollführt ab und zu Höllenfahrten, bei denen die statischen Hallucinationen besonders beachtenswerth sind; doch auch die Schilderung des Reiches des Antichristen ist nicht übel, wenn sie auch nicht an das heranreicht, was uns die bewegliche Phantasie eines Klopstock in der Messiade davon singt. Mit seinem Bett fühlt sich der Mann in die Höhe gehoben, dann schwebt er lange, lange Strecken rasch dahin, bis er im Vorhofe der Hölle anlangt. Weiter braucht er nicht zu gehen, denn da er ein Krüppel ist, werden, so meint er, seine Sünden nicht voll bestraft. Der schauerliche Anblick des höhnisch grinsenden Satans, den er durch die offen stehenden Pforten seines Reiches hindurch erblickt, das Lodern der Feuer u. s. f. werden drastisch geschildert, und aus jedem Worte ist zu merken, dass er das alles wirklich erlebt zu haben glaubt. Einige Tage später ist gewöhnlich die Erinnerung an das Phantasma verblasst.

Manch inhaltsschweres Blatt der Culturgeschichte wurde mir bei der Schilderung dieser Vision verständlich, nur auf ein für uns Christen unverfängliches Beispiel möchte ich hinweisen. Der Epileptiker Mahomet hatte, d. h. im postepileptischen Delirium, die Freuden des Paradieses geschaut und die Befehle Allahs erhalten; aus dieser überwältigenden Quelle der Offenbarung floss die fanatische Begeisterung und die zündende Beredsamkeit, mit der er seine Anhänger sich gewann und entflammte, um die Schrecken des Halbmondes über die Erde zu tragen.

Nach den vorhergehenden Ausführungen kann ich zwei weitere Kranke ganz kurz besprechen.

Der 34-jährige Tagelöhner J. W. litt seit 10 Jahren an epileptischen Krämpfen, die in mehrmonatlichen Zwischenräumen sich wiederholten und niemals eine nennenswerthe psychische Alteration hinterliessen. Der Mann ist brav und tüchtig, besonders auch ein liebevoller Ehemann. Da treten auf einmal, nachdem Patient mehrere Stunden sich unruhig und geängstigt gefühlt, innerhalb 24 Stunden 11 Anfälle auf, nach deren letztem eine furibunde Tobsucht sich entwickelt, in welcher sogar das Leben der Ehefrau ernstlich bedroht wird. Als er zwei Tage später zu uns kommt, ist er bis auf einige Abspannung wieder klar. Er schämt sich jetzt selbst, dass er so wüthen konnte, sogar gegen sein braves Weib. Er könne sich ziemlich genau darauf besinnen, was er gethan, aber damals habe er gar keine andere Wahl gehabt. Von allen Seiten sei es auf ihn drohend eingestürzt, und er habe sich wehren müssen. Bei uns zeigt sich Patient dauernd normal und wird nach vier Wochen als zur Zeit nicht geisteskrank entlassen.

Eben solche Zustände hallucinatorischer Verwirrtheit treten bei einem 58-jährigen schon mehr verblödeten Arbeiter K. S. postparoxysmell häufig auf. Die Anfälle erfolgen etwa vierwöchentlich, in den Zwischenzeiten ist Patient melancholisch verstimmt und apathisch, nach jedem dritten oder vierten Anfall tritt immer wieder einmal ein 2—3 Tage anhaltendes Sinnesdelirium auf, das zu gefährlicher motorischer Reaction führt. Der Kranke kämpft dann besonders viel mit den Bürgern seines Heimathstädtchens.

Ungleich schwerer als diese Tobsuchtsanfälle sind jene Zustände epileptischen Irreseins zu beurtheilen, welche in einer blossen Trübung des Bewusstseins von verschiedenster Stärke und verschiedenster zeitlicher Ausdehnung bestehen. Diese epileptischen Dämmerzustände können Stunden, Tage, ja selbst Wochen gewissermaassen als Aura einem Anfall vorausgehen, häufiger aber treten auch sie erst im Anschluss an mehr oder weniger unvermittelte Paroxysmen auf. Ich würde die mir zugemessene Zeit ungehörlich überschreiten müssen, wollte ich nur irgendwie erschöpfend auf diese Benommenheitsphasen und auf die damit zusammenhängende Frage von den epileptischen Aequivalenten, von der psychischen oder larvirten Epilepsie eingehen; ich muss mich aufs wichtigste beschränken.

Diese Bewusstseinsstörungen sind es in erster Linie, welche das Strafgesetz unter der Bezeichnung „Zustand von Bewusstlosigkeit“ als die Zurechnungsfähigkeit aufhebend anerkennt. Bewusstlosigkeit natürlich nicht im volksthümlichen Sinne, etwa im Sinne von Ohnmacht, denn hier liegt die motorische Sphäre völlig darnieder, und jede Actionsfähigkeit des Bewusstlosen fehlt; ganz anders beim strafrechtlich Bewusstlosen, in Sonderheit hier beim benommenen Epileptiker.

Je nach der Tiefe der Bewusstseinsstörung ist ein mehr oder minder grosser Antheil der psychischen Functionen erhalten, nur dass ihr Bestehen resp. ihre Bethätigung dem Kranken nicht zum Bewusstsein kommt. Die Litteratur enthält für den Laien ganz unglaubliche Schilderungen höchst complicirter, scheinbar zweck- und zielbewusster Handlungen solcher Patienten, von denen diese doch nichts oder nicht viel nachträglich wussten. Hier ist der Mensch Reflexmaschine im vollsten Sinne des Wortes.

Zwischen dem Bereich des Bewussten und des völlig Unbewussten müssen naturgemäss fließende Uebergänge stattfinden, und dem entsprechend müssen, wenn es sich um praktische Folgerungen in rechtlichen Fragen handelt, zwischen dem Bestehen und dem Aufgehobensein der sogenannten freien Willensbestimmung alle denkbaren Grade verminderter Zurechnungsfähigkeit bestehen können. Das ist eine theoretische Forderung auch für die Traumaustände der Epileptiker, aber im gegebenen Falle zu sagen, welches Maass von Selbstbestimmungsfähigkeit etwa noch bestanden hat, das ist wohl gelegentlich eine der schwierigsten Aufgaben für den Gerichtsarzt, die nur unter sachgemässer Verwerthung aller Momente des Falles mehr oder minder sicher wird gelöst werden können.

Wie bereits erwähnt wurde, besteht für die in diesen Zeiten vollführten Thaten völliger Erinnerungsdefect oder eine nur summarische Erinnerung; der Gedanke liegt nahe, aus der Erinnerungsquote, wenn ich so sagen darf, auf die Quote freier Willensbestimmung und dann weiter auf das Strafmaass zu schliessen; eine solche schematische Proportionierung muss meinem Gefühl nach um so energischer abgewiesen werden, je leichter sie sich in die blossen theoretischen Deduction einzuschleichen vermag.

Ist denn beim geistig normalen Menschen jede ihm zum Bewusstsein kommende Handlung seiner selbst, weil sie ihm bewusst ist, deshalb auch eine willkürliche, d. h. in allen ihren Phasen von dem sogenannten Willen, dem bewussten Willen ausgelöst? Ganz gewiss nicht! Ein grosser, oft der grösste Theil unserer alltäglichen Muskelleistungen vollzieht sich mehr oder weniger automatisch, durch äussere oder innere Reize in einem der niederen Bewegungskentren, allenfalls in den hochorganisirten subcorticalen Centren ausgelöst. Erst secundär wird diese motorische Thätigkeit Bewusstseinsinhalt durch die begleitenden Empfindungen, die sie wachruft und die uns ihr Zustandekommen bewusst werden lassen. Diese Handlungen, auf die ich hier nicht näher eingehen kann, bilden, wie sich ein Autor ausdrückt, „das Zwischenglied zwischen dem organischen Zwang der einfachen Reflexbewegung und den willkürlichen Muskelbewegungen“.

Dass eine hohe relative Selbstständigkeit des motorischen Apparates gegenüber dem, was wir bewusste Willkür nennen, besteht, zeigt sich, wie Roller in letzter Zeit besonders betont hat, noch mehr auf pathologischem Gebiete als im physiologischen Leben. Ich kann auch das nur andeuten.

Wenn ich Sie zum Ueberflusse noch an einige physiologische Experimente, an die coordinirten Reflexe decapitirter, noch mehr sogenannter enthirnter Thiere erinnere, so wird es Ihnen wohl nach dem vorher Gesagten verständlich sein, dass der Epileptiker in seinem Dämmerzustand selbst tagelang complicirte Handlungen verrichten kann trotz Ausschaltung des Bewusstseins, da eben der gesunde und noch mehr der kranke Mensch beweist, dass ein relativ selbstständiges Fungiren des motorischen Apparates besteht. Es fehlt hier nur der Schlussstein des Geschehens, wie es für viele Handlungen beim geistig normalen Menschen angegeben wurde, es fehlt nämlich die endliche Rückwirkung der Handlungen auf das Bewusstsein, ihr Bewusstwerden; damit aber fällt auch die Möglichkeit der Selbstcontrolle fort, die dem Gesunden mehr oder minder zu Gebote steht, insofern er auf seine ihm secundär bewussterwende Action nun wieder aus dem Schatz seines bewussten Willens hemmend oder fördernd, kurz modificirend zurückzuwirken vermag.

Damit diese controllirende Rückwirkung zustande kommen kann, ist es ferner erforderlich, dass unsere unwillkürlichen Bewegungen mit solcher Intensität sich in unser Bewusstsein eindrängen, dass unsere Aufmerksamkeit auf sie gelenkt wird; es genügt nicht, dass sie in das Blickfeld des Bewusstseins treten, dass sie percipirt werden, nein sie müssen in den Blickpunkt sich einstellen, sie müssen appercipirt werden, wenn wir auf ihren Ablauf einen Einfluss sollen ausüben können. Der erstere Fall ist nun aber thatsächlich bei den epileptischen Dämmerzuständen vielfach gegeben, die Bewusstseinsbilder der eigenen Thätigkeit sind nur schattenhafte, der Kranke steht seinem Thun mehr als fremder passiver Beobachter gegenüber und lässt es gleichgültig sich vollziehen in seinem dunklen Drange. Wird dann das Bewusstsein aufgeheilt, so können nun gewissermaassen die Bewusstseinsnachbilder des vorher Geschehenen von der Aufmerksamkeit erfasst werden, der Kranke kann zurückschauend sich mehr minder vollkommen aus dem Rest der Empfindungen construiren, was er gethan haben mag; es setzt Erinnerung ein, ohne dass doch zur Zeit der Ausführung ein dieser etwa entsprechender Grad von Bestimmungsfähigkeit bestanden hat; diese wird vielmehr wohl meist hinter der Erinnerungsquote beträchtlich zurückstehen und selbst bei detaillirten Erinnerungsmomenten oft noch gleich Null zu betrachten sein. Denken Sie nur an Handlungen, die wir in sogenannter Düsigkeit gelegentlich vollziehen, und Sie werden für das eben Gesagte physiologische Analoga an sich selbst beobachten und analysiren können.

Um nicht missverstanden zu werden, betone ich, dass selbstverständlich auch der primäre Vorgang im Bewusstsein liegen kann, dass also psychische Momente erst secundär die Bewegung auslösen, dann eine willkürliche Bewegung im eigentlichen Sinne des Wortes. Wie oft das eine oder das andere stattfindet, lasse ich dahingestellt, aber die noch immer gang und gäbe Anschauung, dass der Bewusstseinsvorgang bei scheinbar willkürlichen Handlungen stets das primäre Geschehen sei, ist unhaltbar.

Am 14. Juli v. J. ging von einem Collegen bei der Anstalt folgender Brief ein: „Der Arbeiter H. aus T. hat schon zu verschiedenen malen einen eigenartigen Anfall gehabt. Nach am Tage vorher stattgefundenem Excess in Alkohol ebenso nach heftigen Gemüthsbewegungen verschwindet er plötzlich und wird an ganz ungewöhnlichen Orten besinnungslos und im starren Zustande aufgefunden. Wenn derselbe wieder zu sich kommt, hat er angeblich gar kein Erinnerungsvermögen. Jetzt ist er seit Montag Abend 6 Uhr verschwunden gewesen und war trotz eifriger Recherchirungen nicht aufzufinden. In der Nacht von Mittwoch zu Donnerstag ist er urplötzlich in demselben Anzuge und ebenso schwarz, als wenn er direkt von der Arbeit käme, wieder erschienen. Gefragt, was er gemacht habe, antwortete er, er wolle seine Militärpapiere haben, er habe noch

einen weiten Weg. Er meinte, er wäre direkt von der Arbeit nach Hause gegangen.“ — Es folgt Schilderung einer Reihe noch bestehender nervöser Erscheinungen, die Angabe einer Pupillendifferenz und Bitte um Beobachtung in der Anstalt.

Patient kommt noch denselben Tag zu uns, nur eine ganz leichte Benommenheit ist noch vorhanden, nach 24 Stunden ist das Bewusstsein völlig aufgeheilt. Es liegt hier wohl eine Complication von prä- und postepileptischem Dämmerzustande vor, zwischen beiden eine längere Dauer auch motorischer Erstarrung. Nur die letzten Stunden vor der völligen Rückkehr des Bewusstseins haben Erinnerungsmomente hinterlassen, ebenso die ersten Stunden der Störung, wo Patient sich düsig gefühlt haben will, so dass er eben nur noch wisse, dass er mit beklommenem Herzen den Heimweg angetreten habe, und dass er sich dann erst wieder auf den Moment besinnen könne, wo Arzt und Frau in seiner Wohnung um ihn bemüht gewesen seien, ohne dass er, was um ihn vorging, recht verstanden habe bis in die Zeit hinein, wo er bei uns eingetroffen sei. Epileptische Krämpfe bestehen seit frühester Jugend. Da die Traumbestände in langen Zwischenräumen erfolgen sollen, und Patient sich in der intervallären Zeit als verständiger, nur bedrückter Mann zeigt, so muss er auf sein Drängen entlassen werden, ohne dass wir selbst etwas beobachten konnten.

Ein weitgehendes Interesse bietet der letzte unserer Epileptiker, den ich noch herausgreifen will.

Der Forstmann R. H., 34 Jahre alt, hereditär belastet, zeigte als Kind gute Charakteranlagen und eine erfreuliche Intelligenz. 12 Jahre alt, fiel er ins Wasser und wurde scheinodt herausgezogen; seitdem gingen seine psychischen Kräfte rückwärts, resp. sie entwickelten sich nicht mehr in der bisherigen Weise. Es kamen Zeiten, wo H. haltlos und unstät wurde, eine innere Unruhe trieb ihn zu allerhand Streichen und Unterlassungssünden, die ihn weder im Forstfach noch später in der Landwirtschaft vorwärtskommen liessen, wenn er auch zu anderen Zeiten recht bemüht war, die Fehler jener Perioden wieder gut zu machen. Er wurde ins 2. Jägerbataillon hier eingestellt und führte sich $\frac{3}{4}$ Jahre gut, nur klagte er viel über Kopfschmerzen. Da kommt wieder eine Zeit der Unruhe über ihn, wie schon früher erfasst ihn unwiderstehlicher Drang, in der Welt herumzustreifen. Er, der sonst noch immer grosse Klugheit an den Tag legte, verlässt seine Garnison und reist in der albernen Weise umher. Ein Jahr Festungshaft in Spandau, wo er sich wieder ganz vortrefflich führte, sollte ihm die Reiselust benehmen. Kaum ist er wieder drei Monate bei seinem Truppentheile, da kommt es wieder über ihn, wieder reist er ganz gemüthlich ab, im Arrestlokal in Stettin hört die Fahrt schon auf. Hier merkt man, dass R. H. zur Zeit geisteskrank ist, indem er mehrfach Dinge äusserte, die als Wahneideen sofort in die Augen fielen. Ins Lazareth überführt, sucht er nach einem Auswege, denn er könne nicht an einer Stelle bleiben, und um sich vielleicht ein Fluchtloch zu schaffen, trägt er den Zimmerofen in einer günstigen Zeit ab. Die darauf erfolgte Beobachtung in einer Irrenanstalt bestätigte den Bestand zeitweiser geistiger Störung; als zur Zeit nicht gemeingefährlich wird er entlassen. Der Kranke heirathet, und fünf Jahre bleibt er frei von seinem Wandertriebe; da ein Zerwürfniß mit seiner Frau, und stärker denn je zuvor erfasst ihn die rastlos treibende Unruhe. Er wandert, nimmt Stellung als Privatförster, um nach zwei Monaten schon wieder heimlich zu entlaufen. Sinnlos irrt er umher und verschafft sich seinen Unterhalt durch plumpe Betrügereien. Seine Visitenkarte lautet bald auf Forstassessor, bald auf Lieutenant der Reserve, und in diesen creditfähigen Eigenschaften prellt er auch in hiesiger Stadt Uhrmacher etc.; dabei benimmt er sich, wie gesagt, so harmlos, dass er bald entdeckt werden musste.

Die Staatsanwaltschaft bemächtigt sich seiner, und auf Intervention des Vaters wird er in eine Provinzialanstalt zur Beobachtung geschickt. Erst hier wird festgestellt, dass H. Epileptiker ist; die spastischen Erscheinungen sind bei den Paroxysmen kaum angedeutet, fehlen meist ganz, dafür aber werden, ich möchte sagen, psychische Krämpfe, die sogenannten epileptischen Aequivalente, also Bewusstseinsstörungen verschiedener Art sicher beobachtet, und zwar mehrfach. Das Gutachten weist nach, dass der p. H. an psychischer oder larvirter Epilepsie leidet, dass seine strafbaren Handlungen unter einem unwiderstehlichen inneren Drange bei getrübttem Bewusstsein und also geschwächter Kritik erfolgt seien. Die freie Willensbestimmung wird als völlig ausgeschlossen angenommen, trotzdem Patient sich auf seine Irrfahrten und deren einzelne Phasen leidlich besinnen kann. Der Begutachter hebt auch die Möglichkeit hervor, dass die detaillirten Erinnerungsmomente vielleicht darauf zum Theil zurückzuführen seien, dass über die incriminirten Handlungen mit dem Kranken bereits mehrfach verhandelt worden sei.

H. wird freigesprochen, aber als gemeingefährlicher Geisteskranker in der psychiatrischen Klinik internirt; erst nachdem er hier $\frac{3}{4}$ Jahre hindurch keine erneute psychische Störung gezeigt, wird er auf freien Fuss gesetzt und hat sich bis zur Stunde, also ein weiteres halbes Jahr hindurch, völlig straflos geführt.

Der Fall zeigt, dass das Erkennen epileptoider Zustände ausserordentlich schwer ist, denn es sind viele Jahre verflossen, ehe der doch ziemlich ausgeprägte Fall in seiner Natur gewürdigt wurde; er lehrt uns weiter, wie verschieden diese Zustände von den Irrenärzten selbst noch beurtheilt werden, denn Herr Prof. Arndt ist von der völligen Unzurechnungsfähigkeit des H. zur Zeit seiner strafbaren Thaten nicht überzeugt.

Das ist das eine Moment, das die Geltendmachung dieser Bewusstseinsstörungen in foro ausserordentlich erschwert, mehr noch kommt hierbei in Betracht, das geringe Verständniss, das die Juristen für diese Fragen besitzen, bei der vielfach hervortretenden Nei-

gung, gerade in diesen schwierigsten Problemen selbstständig urtheilen zu wollen.

Da stand unlängst ein Epileptiker vor dem Schwurgericht; die Richter kamen selbst darauf, seine geistige Beschaffenheit untersuchen zu lassen. Krämpfe seit früher Jugend, in den letzten Jahren statt deren mehr Zustände von Benommenheit, doch sehr wenig ausgeprägt, so dass selbst ein unbefangener Arzt sie vielleicht nicht bemerkt hätte. Die Staatsanwaltschaft streitet dem erfahrenen psychiatrischen Sachverständigen das Bestehen solcher Benommenheitsphasen ab, weil die Mehrzahl der Zeugen davon nichts zu berichten wusste, dass der Angeklagte bisweilen düsig sei, und diese Zeugen waren, wenn ich mich nicht sehr irre, durchweg pommersche Hofknechte, die mit dem Kranken seit etwa zwei Jahren zusammen waren.

Ich war damals praktisch noch recht unerfahren und wurde durch diesen Vorgang, dem ich beiwohnte, unangenehm berührt; das verlor sich aber, als ich bald darauf in der Litteratur las, dass einem erfahrenen Irrenarzte auf sein, natürlich unter Eid abgegebenen Gutachten in einer recht schwierigen Sache von dem Vorsitzenden des Gerichtshofes als erstes Wort geantwortet wurde: „Ja, Herr Sachverständiger, Sie können doch nicht verlangen, dass wir Ihnen das alles glauben?“!! Cum taceo clamo!