

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1931

2 (31.1.1931) Wissenschaftliche Beilage zu den Aertzlichen Mitteilungen
aus und für Baden

WISSENSCHAFTLICHE BEILAGE

zu den Aerztlichen Mitteilungen aus und für Baden / 1931 Nr. 2

Zur Klinik und Pathogenese des epileptischen Syndroms.*)

Dr. Brilmayer, Karlsruhe, Facharzt für Nerven- und Gemütsleiden.

(Fortsetzung).

Höchst interessant und nicht selten von forensischer Bedeutung sind aber mehr oder weniger geordnete Handlungen, welche von unseren Patienten im Rahmen eines Dämmerzustandes ausgeführt werden und, wie schon gesagt, nicht selten den Charakter einer explosiven Affekthandlung tragen. Ein Patient befindet sich z. B. mit seiner Frau auf dem Sonntags-spaziergang; plötzlich verläßt er die Frau, läuft die Straße entlang und rennt mit aller Wucht gegen ein Haus. — Ein Metzgerssohn ergreift ein Messer und will sich auf seine Angehörigen stürzen. — Ein anderer Patient verläßt zur Nachtzeit das Bett, zieht sich in Hast an, treibt sich im benachbarten Walde herum, und wird am nächsten Tage aufgegriffen. — Ein Soldat wirft plötzlich beim Wachstehen sein Gewehr weg und verläßt seinen Truppenteil. — Ein anderer Epileptiker setzt sich regelmäßig auf ein Fahrrad und fährt in wilder Hast irgendwohin. — Ein Musiker, der in einer Kapelle die erste Violine spielt, läßt plötzlich und in durchaus richtiger Tonfolge eine gänzlich andere Melodie ertönen. — Ein 20jähriger Mensch geht mit seinen Kameraden auf den Sportplatz; unvermittelt wirft er seine Aktenmappe weg, droht, schimpft, lacht. Seine Kameraden meinen, er mache Spaß. — Eben jener Soldat, der seinen Wachposten verließ, hat sich noch folgendes geleistet: mitten in einer Erdarbeit beschäftigt, nimmt er plötzlich seine Schaufel und läuft schnurstracks in den Rhein hinein, sodaß er nur mit Mühe gerettet werden kann. — Ein ander Mal geht er mit einer brennenden Kerze ins Bett. — Ein drittes Mal wird er von einem Schutzmann aufgeschrieben, weil er am hellen Tag gegen eine große Fensterscheibe losrannte und dieselbe zertrümmerte. — Ein anderer Patient mit sehr gehäuften Anfällen steht auf der hinteren Plattform der Elektrischen; plötzlich springt er ab, rast auf den Verkehrsschutzmann zu und sieht ihn scharf an. Der Schutzmann weiß nicht, was er davon halten soll. Der Patient, wieder zu sich gekommen, grüßt und geht geordnet weiter. — Der gleiche Patient findet sich verschiedentlich in fremden Häusern, erscheint gelegentlich im Kreise ihm völlig unbekannter Personen; alles erschrickt; er sieht sich um, setzt sich auf einen Stuhl, kommt wieder zu sich, entschuldigt sich, geht. — Ein ander Mal ist er in einer Gesellschaft; plötzlich stürzt er mit stierem Blick auf einen Apfel, der auf dem Tische liegt und ißt ihn gierig mit Stumpf und Stiel auf; die Leute sehen sich verwundert an; er ist im nächsten Moment wieder geordnet und weiß von nichts. — Dieser Patient hat in seinem Anfall seine

Frau mehrfach nicht unerheblich gewürgt. Der im übrigen hochgebildete Mann ist auch im interparoxysmalen Zustand so sehr erregt, daß er bei dem geringsten Anlaß in rote Wut gerät. Macht ihm eine Frau in der Straßenbahn nicht sofort Platz, dann nennt er sie ein „infames Frauenzimmer“. Sieht er auf der Straße 2 Leute streiten, dann haut er unfehlbar mit dazwischen. — Man könnte nun die Reihe dieser Begebenheiten leicht um ein vielfaches vermehren; doch will ich hier abbrechen, ohne im einzelnen darauf hinzuweisen, in welche Komplikationen unsere Kranken durch ihre pathologischen Erscheinungen geraten können, auch wenn sie nicht so kraß sind, wie in einem allerdings nicht von mir zur Beobachtung gekommenen Fall, da ein Mann während der Eisenbahnfahrt plötzlich den Revolver zieht und 2 oder 3 seiner Mitreisenden erschießt. Da der Mann später voller Entsetzen behauptete, er wisse nicht, was er gemacht habe, kam er in eine psychiatrische Klinik. Es stellte sich heraus, daß es sich auch in diesem Falle um einen Epileptiker mit völliger Amnesie für die — in einem plötzlich eingetretenen Dämmerzustand vollzogene — kriminelle Tat handelte.

Ich will nun noch kurz im Zusammenhang über 3 Kranke berichten, welche an derartig atypischen Anfällen organischer Natur litten, daß der wahre Charakter ihrer Krankheit lange nicht erkannt wurde.

1. Der eine Patient, ein zwölfjähriger Knabe, wird mir mit der Diagnose: „neuropathisches Kind mit ängstlichen Eltern“ zugeschickt. Ich beobachtete den Patienten zunächst ambulant, indem ich mir von den Anfällen durch die Mutter berichten ließ. Die Mutter, offenbar durch vorhergehende ärztliche Beratung entsprechend beeinflusst, schilderte mir nun, welche äußeren Momente an dem jeweiligen Auftreten der Anfälle die Schuld trügen. Einmal war es der Großvater, der den Jungen ärgerte und ihm seine Basteleien verbot; ein ander Mal bekam er den Anfall kurz vor der Schulzeit, um nicht in die Schule zu müssen, und ähnliches mehr. Auch was sie sonst noch erzählte, so z. B., daß der Junge sehr wehleidig sei, daß er fortwährend von der Schule nach Hause geschickt werde, weil es ihm angeblich schlecht sei, daß er nicht lernen wolle, daß er ein Hasenfuß sei usw., ließ zunächst auch bei mir die Ansicht aufkommen, es handle sich um psychoneurotische Zustände. Schließlich gab ich den Eltern den Auftrag, mich bei dem nächsten Anfall sofort zu benachrichtigen. Es war abends $\frac{1}{2}$ 11 Uhr, der Junge saß auf dem Bettrand, sprach unverständliches Zeug vor sich hin wie: „Geh weg da, hole das her, hole mir doch das Ding, ach Mama, wir gehen heim, kann nicht, muß hinliegen, kann nicht mehr“ usw.; er hantierte mit den Händen vor sich hin, spuckte aus, machte sich die Finger naß und wischte mit den Fingern an der Bettlade hin und her. Alsdann wurde er blaß, es meldeten sich schwerste vasomotorische Erscheinungen, Hände und Füße wurden blau wie bei einem Sterbenden, es fand sich beiderseits Babinski. Es handelte sich um anfallsartige delirante Zustände ohne alle konvulsiven Erscheinungen, die nunmehr eingeleitete antiepileptische Behandlung machte den Patienten

* Vortrag, gehalten am 28. Mai 1930 in Karlsruhe.

in Bälde anfallsfrei. Hier wie in anderen Fällen fanden sich bemerkenswerterweise ausgesprochene vasomotorische Zustände mit vorübergehender, erschreckend starker Cyanose.

2. Der zweite Fall war noch merkwürdiger. Es handelte sich um einen 22jährigen Menschen. Derselbe hatte von seinem 12. bis 16. Lebensjahre anfallsartige Zustände; dann waren dieselben 6 Jahre weggeblieben, um sich in den letzten 2—3 Jahren erneut einzustellen. Die Anfälle des jungen Mannes kamen nur im Schlaf und zwar sowohl nachts, als wie im Nachmittagsschlaf. Sie traten bald nach dem Einschlafen auf; und zwar kamen jede Nacht 6—8—10—12—20—30 Anfälle, wobei der Junge stets einnähte. Die Eltern hatten eine lange Reihe von Ärzten, Homöopathen, zuletzt die Hellscher Seiler, befragt; hypnotische, psychoanalytische und elektrotherapeutische Behandlungsversuche hatten keinen Erfolg gebracht. Auch in diesem Fall sah ich mir einen Anfall an, indem der Vater und ich uns in das Schlafzimmer des Jungen schlichen. Wir hielten 1½ Stunden aus, bis plötzlich ein verhaltener Schrei ertönte: der Vater machte rasch Licht, der Sohn lag mit stieren, weit geöffneten Augen im Bett, knirschte mit den Zähnen, zeigte etwas Opisthotonus, streckte im Krampfe das rechte Bein in die Höhe, entblöhte sich und ließ Wasser unter sich. Nach einigen Sekunden kam er zu sich, um unvermittelt wieder einzuschlafen. Die auch hier sofort eingeleitete antiepileptische Behandlung machte in kurzer Zeit den jungen Mann anfallsfrei.

Ein dritter Patient leidet 8 Jahre lang an schwerster rechtsseitiger Migräne; ziemlich unvermittelt werden diese Migränezustände von epileptischen Krampfstörungen abgelöst, welche prompt auf Luminal reagieren und den Patienten für viele Monate bis auf merkwürdige Aurareste anfallsfrei halten. Es handelte sich dabei um ein anfallsweise auftretendes Gefühl des Narkotisiertwerdens — ich habe weiter oben bereits hiervon berichtet. Ich maß diesen Geruchsempfindungen eine gewisse lokalisatorische Bedeutung zu, ohne zunächst irgendwelche anderweitigen organisch-neurologischen Krankheitszeichen zu entdecken. Dann wanderte der Patient für 3 Monate zum Naturheilkundigen ab; als ich ihn im Rahmen einer schwersten Gehirnkrise wieder sah, konnte ich eine beginnende Stauungspapille feststellen; und nach weiteren vier Monaten fand sich bei der Sektion der seither mit Sicherheit angenommene Tumor — ein Gliom — in der Tat, wie vermutet, im rechten Schläfenlappen. Ich kann im übrigen auf diesen — in mehrfacher Hinsicht interessanten Fall — hier nicht näher eingehen.

Ich gebe nun noch in Kürze einige Bemerkungen über den Bewußtseinszustand unserer Kranken nach ihren anfallsartigen Ereignissen. Wie schon mehrfach erwähnt und allgemein bekannt, fehlt dem Epileptiker in der Regel die Erinnerung für alle Handlungen, die er während seines epileptischen Dämmerzustandes begeht und für alle Eindrücke, die er während desselben empfängt. Auch hier lassen sich ebenfalls wiederum nur rein äußere Beziehungen zum Schlaf und zu dem Bewußtseinszustand des Erwachenden ziehen; auch dieser hat in der Regel keine Erinnerung für das, was er im Schlafzustand tat oder erlebte und seine Träume haften bei ihm ebenso oberflächlich, wie die traumhaften Visionen unserer Epileptiker. Hier wie dort finden sich gelegentlich Erinnerunginseln; hier wie dort ist man unter Umständen im Stande, durch hypnotische Einwirkungen eine Rückbesinnung zu erzielen. Ich kann hier auf Einzelheiten nicht eingehen; ich erwähne nur noch, daß manche Epileptiker auch das Phänomen der sogen. retrograden Amnestie aufweisen. Ein Patient fängt z. B. in seinem Ge-

schäft irgendeine Arbeit wieder von vorne an, welche er bereits zur Hälfte zu Ende geführt hatte; er sitzt erstaunt vor seinen Geschäftspapieren, die er in seinem Anfall regelmäßig mit Bleistift verkritzelt. — Einem anderen Patienten fehlt regelmäßig die Erinnerung für die Strecke Wegs, die er vor dem Auftreten seines Anfalles zurücklegt. — Ein anderer Patient hat jeweils im Anschluß an seinen epileptischen Insult eine merkwürdige Zeitbewußtseinsstörung. Er fährt z. B. nach Tisch ins Geschäft; auf einmal wird er verwirrt, es kommt eine kleine Absence über ihn, ohne daß er vom Rade absteigen braucht; er fährt weiter und zwar denkt er jetzt für sich: „Es ist 12 Uhr, jetzt muß ich zum Mittagessen nach Hause fahren“ und er kommt auch alsbald zu Hause an. Dort erfährt er von seiner Frau, daß es bereits ½ 2 Uhr ist. Dem Mann hat sich also gewissermaßen durch seine kurze Bewußtseinsstörung der Zeiger der Uhr um volle 2 Stunden nach rückwärts gedreht. Bekommt derselbe Patient im Büro seinen Anfall, etwa so gegen 11 Uhr, so kann es vorkommen, daß er aufwacht, seinen Kollegen „Guten Morgen“ sagt, in der Meinung, er sei soeben erst im Geschäft angekommen. Ein ander Mal bekommt er abends zu Hause um 10 Uhr einen Anfall. Als er aufwacht, fährt er seine Frau an: „was ist mit dem Nachessen? her damit“. Es war ihm retrograd vollkommen entfallen, daß er schon zu Nacht gespeist hatte.

II.

M. H.! Die bisherigen Ausführungen gestatteten uns einen Einblick in die Klinik des epileptischen Syndroms. Ich komme nun zur Besprechung der Pathogenese der epileptischen Reaction, wobei ich bei der Fülle des Materials selbstredend nur einen kurzen Ueberblick zusammenfassender Art geben kann. Ich halte mich dabei am zweckmäßigsten bis zu einem gewissen Grade an die historische Entwicklung des in Frage stehenden Problemes; man trifft dabei auf Etappen, welche sich in vielen Teilen der Gesamtmedizin aufweisen lassen; ich habe dies in einem Vortrag über die Organneurose letzten Jahres in ähnlicher Weise dargestellt. — Ich gehe von der Feststellung aus, daß ohne alle Zweifel als das Substrat der epileptischen Reaction das Zentralnervensystem anzusehen ist. Die ältesten Forschungen über die Pathogenese der Epilepsie jeder Form richteten denn auch ihr Augenmerk in erster Linie auf das offenbar erkrankte Organ und zwar in vorliegendem Falle auf das Gehirn. In der Erforschung des Gehirnes glaubte man letzten Endes die Rätsel der epileptischen Reaction zu finden. Die experimentelle Gehirnforschung lehrte uns denn auch, bestimmte epileptische Teilerscheinungen in eindeutige Beziehung zu bestimmten Teilen des Z.N.S. zu bringen. Ich habe schon in dem Vorhergehenden gelegentlich lokalisatorische Fragen angeschnitten. Ich will hier erwähnen, daß man im allgemeinen den Entstehungsort der clonischen Krampferscheinungen in die Hirnrinde verlegt, während man in den subcorticalen Zentren mehr den Entstehungsort der tonischen Krampfzustände vermutet. Bei bestimmten Affektionen des Kleinhirns z. B. treffen wir auf homolaterale tonische Krampfzustände. Prozesse in der Nachbarschaft der Ventrikel führen u. U. zu Streckkrämpfen aller 4 Extremitäten. (Forts. folgt.)