Epileptologie | 31. Jahrgang
Dezember | 2014 ISSN 1660-3656

Epilepsie-Liga
Seefeldstrasse 84
Postfach 1084
CH-8034 Zürich

Redaktionskommission

Reinhard E. Ganz | Zürich
Martinus Hauf | Tschugg
Hennric Jokeit | Zürich
Christian M. Korff | Genève
Günter Krämer | Zürich (Vorsitz)
Oliver Maier | St. Gallen
Fabienne Picard | Genève
Andrea O. Rossetti | Lausanne
Stephan Rüegg | Basel
Kaspar Schindler | Bern
Serge Vulliémoz | Genève

Beirat

Alexandre Datta | Basel
Thomas Grunwald | Zürich
Christian W. Hess | Bern
Anna Marie Hew-Winzeler | Zürich
Günter Krämer | Zürich
Theodor Landis | Genève
Malin Maeder | Lavigny
Klaus Meyer | Tschugg
Christoph Michel | Genève
Christoph Pachlatko | Zürich
Monika Raimondi | Lugano
Andrea O. Rossetti | Lausanne
Stephan Rüegg | Basel
Markus Schmutz | Basel
Margitta Seeck | Genève
Urs Sennhauser | Hettlingen
Franco Vassella | Bremgarten

Inhalt

Editorial *153*

Historische Beiträge zur Epileptologie aus der Schweiz aus fünf Jahrhunderten
Günter Krämer *154 – 159*

Auszug aus „Von ursachen und Cur Epilepsiæ, das ist von Hinfallenden Siechtagen" (1564)
Theophrastus Bombastus Paracelsus *160 – 169*

Auszug aus „Traité de l'épilepsie" (1770)
Samuel Auguste Tissot *170 – 177*

Aufgaben und Ziele der Epilepsie-forschung in symptomatologischer und aetiologischer Beziehung (1909)
Otto Ludwig Binswanger *178 – 185*

Über salzarme Kost in der Behandlung der Epilepsie (1912/13)
Alfred Ulrich *186 – 192*

Über Epilepsiestatistik (1912/13)
Robert Ammann *194– 199*

Auszug aus „Lehrbuch der Psychiatrie" (1916)
Eugen Bleuler *200 – 208*

Epilepsie-Liga-Mitteilungen *209 – 214*

Kongresskalender *215 – 217*

Schweizerische Liga gegen Epilepsie
Ligue Suisse contre l'Epilepsie
Lega Svizzera contro l'Epilessia
Swiss League Against Epilepsy

Richtlinien für die Autoren

Allgemeines

Epileptologie veröffentlicht sowohl angeforderte als auch unaufgefordert eingereichte Manuskripte über alle Themen der Epileptologie. Es werden in der Regel nur bislang unveröffentlichte Arbeiten angenommen. Die Manuskripte oder wesentliche Teile daraus dürfen auch nicht gleichzeitig anderen Zeitschriften angeboten werden oder anderweitig bereits zur Publikation angenommen worden sein. Alle Manuskripte werden zweifach begutachtet. Von den Beiträgen werden keine Sonderdrucke erstellt, sie werden jedoch als pdf-Datei zusätzlich auf der Liga-Homepage (www.epi.ch) veröffentlicht und können von dort heruntergeladen werden.

Redaktionsanschrift

Unaufgefordert eingereichte Manuskripte (inkl. Briefe an die Herausgeber) sind zu richten an: Frau M. Becker, Redaktion Epileptologie, Schweizerische Liga gegen Epilepsie, Seefeldstr. 84, Postfach 1084, 8034 Zürich. Tel. 043 488 67 79, Fax 043 488 67 78, e-mail: becker@epi.ch.

Hinweise zur Manuskripterstellung

Manuskripte werden nur akzeptiert, wenn sie den folgenden Kriterien entsprechen. Nicht entsprechend abgefasste Manuskripte werden vor der Begutachtung zurückgesandt.

1. **Sprache:** Neben deutsch auch englisch und französisch möglich.
2. **Schreibweise (deutsch):** Als Schreibweise gilt die deutsche Form mit „z“ und „k“ (also z.B. Karzinom), lateinische Fachtermini behalten aber ihre Schreibweise (also z. B. Arteria carotis).
3. **Form:** Der gesamte Text, einschliesslich Literaturverzeichnis, Tabellen und Abbildungslegenden, ist folgendermassen zu formatieren:

- DIN-A4-Papier, einseitig (1 1/2- oder 2-zeilig mit max. 30 Zeilen je Seite).
- Literaturverweise werden gemäss der Reihenfolge, in der sie im Text vorkommen, arabisch nummeriert; im Text erscheinen die Verweiszahlen in eckigen Klammern.
- Tabellen und Abbildungen haben eine jeweils fortlaufende arabische Nummerierung.

4. **Reihenfolge:** 1. Titelblatt (ggf. inkl. Danksagung, Förderung durch Hilfe anderer oder Drittmittelfinanzierung), 2. Zusammenfassung in Deutsch, Résumé in Französisch und Summary in Englisch sowie je drei bis fünf Schlüsselwörter, 3. Text, 4. Literatur, 5. Tabellen, 6. Abbildungslegenden und 7. Abbildungen:

- Das Titelblatt enthält den vollen Titel der Arbeit (deutsch und englisch), Namen und Titel der Autoren, die Kliniken bzw. Institutionen, an denen alle Autoren arbeiten, sowie die vollständige Adresse des federführenden Autors mit Telefon- und Faxnummer sowie e-mail.
- **Zusammenfassung, Résumé und englischer Abstract (mit Titel der Arbeit):** Ohne Literaturzitate und Akronyme sowie unübliche Abkürzungen (je maximal 250 Wörter).
- **Text:** Dabei bei Originalarbeiten Gliederung in Einleitung, Methode (inkl. Untersuchungsmaterial, Patienten, Versuchstiere etc., ggf. auch Angabe über Einwilligung bzw. Einhaltung der Deklaration von Helsinki inkl. Votum einer Ethikkommission), Ergebnisse und Diskussion. Abkürzungen sind bei ihrem ersten Erscheinen im Text voll auszuschreiben.
- **Literaturverzeichnis:** Am Ende der Arbeit werden die Literaturstellen in der im Text zitierten Reihenfolge aufgeführt und nach untenstehendem Muster zitiert. Persönliche Mitteilungen, unveröffentlichte Befunde oder zur Publikation eingereichte Manuskripte werden nicht aufgenommen, sondern entsprechend im Text vermerkt. Zitierungen „im Druck“ bzw. „in press“ beziehen sich nur auf von einer Zeitschrift bereits angenommene Arbeiten (mit Angabe von Zeitschrift und – soweit bekannt – Band und Erscheinungsjahr. Das Zitieren von Arbeiten als „in Vorbereitung“ oder „in preparation“ ist nicht zulässig. Kongressmitteilungen können nur als zitierbare Abstracts oder Beitrag in Proceedings-Bänden berücksichtigt werden.
- **Tabellen:** Jede Tabelle steht auf einer neuen Seite und hat eine kurze erklärende Überschrift. Abkürzungen oder Zeichen sind in einer Fussnote zu erklären.
- **Abbildungslegenden:** Die Legende für jede Abbildung steht auf einer neuen Seite; alle Abkürzungen oder Zeichen sind darin zu erklären.
- **Abbildungen:** Strichzeichnungen, schattierte Zeichnungen oder Fotografien (SW oder Farbe).
- **Zitierweise:** Zeitschriftenartikel: Daoud AS, Batieha A, Abu-Ekteish F et al. Iron status: a possible risk factor for the first febrile seizure. Epilepsia 2002; 43: 740-743 (bei bis zu vier Autoren werden alle genannt; Abkürzungen der Zeitschriften nach der „List of Journals indexed in Index Medicus“); Bücher: Shorvon S. Status Epilepticus. Its Clinical Features and Treatment in Children and Adults. Cambridge: Cambridge University Press, 1994; Buchkapitel: Holthausen H, Tuxhorn I, Pieper T et al. Hemispherectomy in the treatment of neuronal migrational disorders. In: Kotagal P, Lüders HO (eds): The Epilepsies. Etiologies and Prevention. San Diego, London, Boston et al.: Academic Press, 1999: 93-102

Was ist an die Redaktion einzureichen?

Alle Manuskripte sind inklusive Abbildungen und Tabellen in dreifacher Ausführung einzureichen. Bevorzugt wird eine elektronische Manuskripteinreichung per e-mail (Textverarbeitung: MS Word), alternativ die Zusendung von drei Ausdrucken und einer CD (für Abb. und Tab. ist das verwendete Programm anzugeben).

Dr. med. Günter Krämer

Das vorliegende Heft der „Epileptologie“ ist wie Heft 3 des Jahrgangs 2012 mit dem kommentierten Faksimile-Abdruck der heute kaum mehr zugänglichen Promotion des französischen Psychiaters und Pioniers der Epileptologie Louis Florentin Calmeil (Epileptologie 2012; 29: 135–141 bzw. 142–174) historischen Aspekten gewidmet. Es enthält nach einer kurzen Einführung zu den Autoren und ihrem Werk Faksimile-Nachdrucke von Beiträgen Schweizer Ärzte aus der Zeit des 16. bis beginnenden 20. Jahrhunderts. Dabei finden sich neben auch heute noch berühmten Ärzten (Paracelsus, Eugen Bleuler oder Otto Binswanger) auch Beiträge von heute weniger bekannten, aber zu ihrer Zeit auch international anerkannten Fachleuten wie Samuel Auguste Tissot, Alfred Ulrich oder Robert Ammann.

Vielleicht wecken diese Nachdrucke Ihr Interesse, mehr über diese historischen Quellen zu erfahren. Viel Freude beim Lesen!

Günter Krämer

In line with the annotated facsimile reprint of the today hardly accessible MD thesis of the French psychiatrist and pioneer of Epileptology Louis Florentin Calmeil two years ago (Epileptologie 2012; 29: 135-141 and 142-174) this issue is also dedicated to historical aspects of epileptology. After a short introduction about the authors and their works it contains six facsimile reprints of articles or book chapters of Swiss physicians from the period from the 16th to early 20th century. There are contributions from still nowadays famous doctors (Paracelsus, Eugen Bleuler or Otto Binswanger) as well as from lesser known today, but in their time internationally recognized experts such as Samuel Auguste Tissot, Alfred Ulrich, and Robert Ammann.

Perhaps these reprints spark your interest to learn more about these historical sources. Enjoy reading!

Günter Krämer

Tout comme le numéro 3 du millésime 2012 qui proposait un fac-similé de la dissertation aujourd'hui pratiquement introuvable du psychiatre français et pionnier de l'épileptologie Louis Florentin Calmeil (Epileptologie 2012; 29: 135–141 resp. 142–174), le présent numéro de l' « Epileptologie » fait un retour sur le passé. Après une brève introduction, il enchaîne avec la réimpression de fac-similés d'auteurs suisses couvrant la période du 16ème jusqu'au début du 20ème siècle. Ce rendez-vous avec l'histoire de l'épileptologie met en scène des médecins encore célèbres aujourd'hui (Paracelse, Eugen Bleuler ou Otto Binswanger), mais aussi des figures dont l'ancienne renommée internationale a un peu pâli tels que Samuel Auguste Tissot, Alfred Ulrich ou Robert Ammann.

Dans l'espoir que ces réimpressions vous donneront envie de connaître un peu mieux les sources historiques, nous vous souhaitons une lecture captivante.

Günter Krämer

Historische Beiträge zur Epileptologie aus der Schweiz aus fünf Jahrhunderten

Günter Krämer
Neurozentrum Bellevue, Zürich

Zusammenfassung

Dieser Artikel enthält kommentierte Nachdrucke von sechs Beiträgen aus der Schweiz zur Epileptologie aus fünf Jahrhunderten von Philippus Theophrastus Paracelsus (1564), Samuel Auguste Tissot (1770), Otto Binswanger (1909), Alfred Ulrich (1912/13), Robert Ammann (1912/13) und Eugen Bleuler (1916). Diese ergeben ein nicht nur historisch interessantes Spektrum der seinerzeitigen Vorstellungen zur Epilepsie, angefangen von der Kritik an einer an überholten Dogmen anstelle eigener Erfahrungen orientierten Betreuung der Betroffenen und der klinischen Anfallssemiologie sowie Einteilung der Anfallsformen über pathophysiologische und ätiologische Konzepte und die Optimierung der medikamentösen Behandlung bis zu frühen statistischen Daten und der Darstellung der Epilepsie aus psychiatrischer, durch die Anstaltsunterbringung der Patienten geprägter Sicht.

Epileptologie 2014; 31: 154 – 159

Schlüsselwörter: Ammann Robert, Binswanger Otto, Bleuler Eugen, Paracelsus Theophrastus Bombastus, Tissot Samuel Auguste, Ulrich Alfred

Historic Contributions to Epileptology from Switzerland from five Centuries

This article contains annotated reprints of six contributions from Switzerland to epileptology of Philippus Theophrastus Paracelsus (1564), Samuel Auguste Tissot (1770), Otto Binswanger (1909), Alfred Ulrich (1912-13), Robert Ammann (1912-13), and Eugen Bleuler (1916). They provide not only a historically interesting range of concepts of epilepsy in earlier times, ranging from the criticism of an orientation to outdated dogmas instead of own experiences in the support of those affected and the clinical seizure semiology over classification of seizure types and pathophysiological and etiological concepts as well as the optimization of drug treatment up to early statistical data and the presentation of epilepsy from a psychiatric view, stamped by the institution housing the patients.

Key words: Ammann Robert, Binswanger Otto, Bleuler Eugen, Paracelsus Theophrastus Bombastus, Tissot Samuel Auguste, Ulrich Alfred

Cinq siècles de contributions suisses à l'épileptologie

Le présent article contient une réimpression commentée des réflexions de six auteurs suisses au sujet de l'épileptologie. Signés par Philippus Theophrastus Paracelsus (1564), Samuel Auguste Tissot (1770), Otto Binswanger (1909), Alfred Ulrich (1912/13), Robert Ammann (1912/13) et Eugen Bleuler (1916), ces papiers couvrent cinq siècles de pensée au sujet de l'épileptologie. Leur intérêt va bien au-delà de la simple documentation historique. Ils retracent en effet toute la genèse de l'épileptologie moderne, à commencer par la critique d'une prise en charge des personnes concernées figée dans des dogmes surannés au lieu de s'appuyer sur l'expérience personnelle. Suivent un exposé de la sémiologie des crises et le classement des formes de crises, des concepts pathophysiologiques et étiologiques, ainsi que l'optimisation des traitements médicamenteux, ainsi que des tentatives précoces de recensement de données statistiques et la présentation de l'épilepsie dans une optique psychiatrique privilégiant le traitement des patients dans des établissements spécialisés.

Mots clés : Ammann Robert, Binswanger Otto, Bleuler Eugen, Paracelsus Theophrastus Bombastus, Tissot Samuel Auguste, Ulrich Alfred

Die nachfolgende Auswahl von sechs frühen Beiträgen von Schweizer Ärzten gibt einen notgedrungen nur bruchstückhaften und durch die Personen geprägten Einblick in die Geschichte der Epileptologie bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts. Auch wenn vieles aus heutiger Sicht überholt und sogar unzutreffend ist, erlauben die Texte eine interessante Zeitreise durch die Konzepte der Betreuung von Menschen mit Epilepsie aus mehreren Jahrhunderten. Zu den Biographien und Bibliographien der ausgewählten Personen sei auch auf andere Quellen verwiesen [1, 2].

Philippus Theophrastus Paracelsus (eigentlicher

Name: Philippus Theophrast[us] Bombast[us] von Hohenheim) war ein auch heute noch weltbekannter Arzt, Naturforscher und Philosoph (10.11.[oder 17.12.]1493 – 24.9.1541 [3-5]). Er wurde als Sohn des deutschen Arztes Wilhelm Bombast von Hohenheim in Einsiedeln nahe des Zürichsees geboren. Nach 10 Jahren Kindheit in der Schweiz zog die Familie nach Villach in Kärnten um. Nach dem Schulbesuch absolvierte Paracelsus u.a. in Tübingen, Heidelberg und Mainz das Studium der Medizin, um schliesslich 1515 in Italien (Ferrara) zum Doktor der beiden Medizinen (d.h. der Inneren Medizin und Chirurgie) zu promovieren. Er zog die meiste Zeit seines Lebens als Wander- oder Wundarzt durch Europa und wandte sich – mit teilweiser Ausnahme derjenigen von dem griechischen Arzt der Antike Hippokrates – mit grossem Selbstbewusstsein scharf gegen allgemein akzeptierte traditionelle Dogmen in der Medizin und betonte stets die Wichtigkeit eigener genauer Beobachtungen und Erfahrungen [6]. Weil er sich damit den Unmut seiner Fakultätskollegen zuzog, war auch eine Tätigkeit als Professor an der Universität Basel nur von kurzer Dauer. Neben vielen anderen Krankheiten befasste er sich auch mit der Epilepsie und veröffentlichte ausser mehreren kürzeren Texten auch zwei ausführliche Abhandlungen mit den Titeln „Von den hinfallenden Siechtagen“ und „Von hinfallenden Siechtagen der Mutter“ [7-9], zusätzlich eine erst posthum erschienene Schrift [10]. Er unterschied u.a. fünf Arten der Epilepsie mit Sitz im Gehirn, in der Leber, im Herz, in den Eingeweiden oder in den Gliedmassen und gab neben pflanzlichen und anderen medikamentösen auch chirurgische Therapieempfehlungen.

Der hier abgedruckte Text ist das einleitende, erste von insgesamt vier Kapiteln (von ihm als Bücher bezeichnet) zu dem Teil über Epilepsie seines 1564 in Köln erschienenen Buches [7]. Der aus der dem Mittelalter folgenden frühen Neuzeit stammende Text ist heute über weite Strecken aufgrund von Wortwahl, Satzbau und Duktus sehr schwer lesbar (nicht umsonst erfolgten in späteren Jahrhunderten Übertragungen seiner Werke in neuzeitliches Deutsch (zum Beispiel [8]). Paracelsus kritisiert darin ausführlich und heftig die oft fehlende christliche Barmherzigkeit sowie Sorgfalt seiner Kollegen in der Betreuung der Kranken mit im Vordergrund stehender Eigennützigkeit. Nachdrücklich wendet er sich gegen die weit verbreitete Behauptung, die Krankheit („caducum“ oder „hinfallender Siechtag“) sei unheilbar. Dies sei eine Ausrede ungeeigneter Ärzte, die darauf beruhe, dass sie in ihren Büchern nichts über eine wirksame Behandlung finden könnten. Sie sollten sich aber weniger auf Schriften als auf ihre eigenen Erfahrungen verlassen. Insofern kann dieser Text als früher Vorläufer einer auf systematischen Untersuchungen beruhenden Epilepsietherapie angesehen werden.

Samuel Auguste (André David) Tissot (20.3.1728 – 13.6.1797 [11-13]) war ein zu seiner Zeit in ganz Europa berühmter Arzt und Volksgesundheitsschriftsteller. Er wurde von seinen Eltern mit sechs Jahren zunächst in die Obhut eines wohlhabenden Onkels gegeben, ab 1741 in Pension zu einem mütterlichen Verwandten in Genf, um ihm eine gute Ausbildung zu ermöglichen. 1745 erwarb er den Magister Artium, bis 1749 folgte ein Medizinstudium in Montpellier u.a. bei dem schon damals berühmten Arzt und Botaniker François Boissier de Sauvages (de la Croix). Danach kehrte er zu seinen Eltern in die Nähe von Lausanne zurück, wo er wenig später zum Armenarzt ernannt wurde. Bald darauf nahm er Kontakt mit vielen Gelehrten seiner Zeit (u.a. Albrecht von Haller, Jean Jacques Rousseau und Voltaire) auf und begann mit umfangreichen publizistischen Aktivitäten. Erst nach mehreren Angeboten insbesondere auch ausserhalb der Schweiz (u.a. als Leibarzt des Königs Stanislaus von Polen) erfolgte 1766 die Ernennung zum Professor der Medizin an der Akademie zu Lausanne. 1770 veröffentlichte Tissot als dritten Teil seines Lehrbuchs der Nerven und ihrer Krankheiten sein Epilepsiebuch „Traité de l‘épilepsie“ [14], das u.a. in Deutschland bereits 1802 als klassisches Werk mit dem Prädikat „non plus ultra“ bezeichnet wurde [15]. Daneben war er Verfasser mehrerer Schriften zur Volksgesundheit [16, 17] inklusive über Onanie als seinerzeit nach allgemeiner Auffassung häufige Epilepsieursache [18], die zum Teil in zahlreichen Auflagen und verschiedensprachigen Übersetzungen weite Verbreitung fanden, jedoch leider nie ins Englische übersetzt wurden. Tissot war nicht nur für Lausanne, sondern für die Schweiz und weit über diese hinaus in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts in medizinischen und sozialmedizinischen Fragen massgebend. 1781 folgte er für zwei Jahre einem Ruf Kaiser Josephs II. an die Universität Pavia in Italien, kehrte aber danach wieder nach Lausanne zurück. Die umfangreichste Gesamtausgabe seiner Werke, die noch zu seinen Lebzeiten erschien, umfasst 14 Oktavbände; seine gesamten Manuskripte (mit Ausnahme seiner Briefe) befinden sich im Besitz der Bibliothèque Cantonale et Universitaire in Lausanne. Dabei handelt es sich um rund 100 Bände mit jeweils 200 bis 300 Seiten, von denen etwa 60 Bände die eigentlichen medizinischen Arbeiten und deren Reinschriften umfassen [12].

Der hier im französischen Original abgedruckte Text von 1770 aus seinem „Traité de l‘épilepsie“ [14] ist das erste moderne Epilepsielehrbuch überhaupt. Der Aufbau des Buches entspricht demjenigen auch vieler heutiger Lehrbücher: Zunächst werden die Krankheit und die Anfallsformen beschrieben (Kapitel oder Artikel 1), dann wird die – bereits auf die Ursachen bezogene – Einteilung oder Klassifikation abgehandelt (Artikel 2 und 3), danach werden die verschiedenen Formen sympathischer und idiopathischer Epilepsien besprochen (Artikel 4-7), bevor auf die Ursachen (Artikel 8-10) und Auslöser (Artikel 11-12) sowie auf Begleit- und Folgekrankheiten (Artikel 13) eingegangen wird. Es folgen Ausführungen zu besonderen Verlaufsformen (Artikel 14) und Auswirkungen einer Epilepsie (Artikel 15). An-

schliessend wird auf die Prognose eingegangen (Artikel 16), bevor ein Grossteil des Buches der Frage der Behandlung gewidmet ist (Artikel 17-35). Ein eigenständiges Kapitel ist interessanterweise bereits den nichtepileptischen psychogenen Anfällen gewidmet (Artikel 36), und der abschliessende Artikel 37 ist eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Aussagen des ganzen Buches. In dem hier abgedruckten einleitenden Kapitel mit Beschreibung der Krankheit finden sich u.a. detaillierte und auch heute noch lesenswerte Beschreibungen der häufigsten Anfallsformen wie zum Beispiel Absencen (S. 21-23).

Otto Binswanger (14.10.1852 – 15.7.1929 [19, 20]) ist vielen Neurologen hauptsächlich durch die 1883 erstmals von ihm beschriebene Enzephalopathie bekannt, die von Alois Alzheimer 1902 erstmals als vaskulär bedingte Demenz eingeordnet und als Morbus Binswanger bezeichnet wurde [21]. Nach dem Studium in Heidelberg, Strassburg, Zürich und Wien war er zunächst Assistent in Göttingen (dort 1877 auch Promotion), später in Breslau und an der Berliner Charité tätig, wo er sich 1882 für Psychiatrie habilitierte. Noch im selben Jahr erfolgte nach Erhalt der deutschen Approbation sein Ruf als ausserordentlicher Professor für Psychiatrie und Direktor der Grossherzoglichen Sächsischen Landes-Irren-Heilanstalt nach Jena, wo er ab 1889 ordentlicher Professor war und 1905 eine eigene Nervenklinik gründete. Unter seinen Assistenten in Jena befand sich u.a. der EEG-Pionier Hans Berger, der auch sein Nachfolger wurde. Nach seiner Emeritierung zog er 1919 nach Kreuzlingen in die Schweiz, wo er literarisch tätig war und seinen Neffen Ludwig Binswanger in der Leitung des Sanatoriums Bellevue unterstützte. Seine wissenschaftliche Arbeit galt vor allem den sogenannten funktionellen Neurosen, wozu er neben der Neurasthenie und Hysterie auch die Epilepsie zählte. Er war u.a. von 1909 bis 1915 Mitglied des Schirmherrengremiums (Patronats) der Zeitschrift Epilepsia der Internationalen Liga gegen Epilepsie, Autor zahlreicher Artikel über Epilepsie und Autor bzw. Mit-Herausgeber zahlreicher Bücher (Auswahl: [22-26]) und viel beachteter Lehrbücher über Epilepsie [27] und Psychiatrie [28] bzw. Hysterie [29].

Der hier abgedruckte, zweiteilige Text aus der Zeitschrift Epilepsia von 1909 [24] ist den Aufgaben und Zielen der Epilepsieforschung gewidmet. Zunächst werden die bisherigen Beiträge der Neuropathologie und -physiologie mit initialer Annahme des Ausgangspunkts von epileptischen Anfällen von Hypophyse, Pons oder Medulla oblongata sowie letztendlicher Lokalisation in der Hirnrinde gewürdigt, wobei aber auch auf die Möglichkeit subkortikal generierter Anfälle verwiesen wird. Nach einem Verweis auf sein eigenes pathophysiologisches Konzept der Erregungs- und Hemmungsentladungen als pathophysiologisches Korrelat für konvulsive und nichtkonvulsive Anfallssymptome betrifft ein weiterer Aspekt die ausführlich diskutierte Differenzierung epileptischer und psychogener nichtepileptischer („hysterischer“) Anfälle bzw. die Existenz von Mischformen von Epilepsie und Hysterie. Es folgt eine Diskussion und Deutung neuropathologischer Befunde, und im zweiten Teil wird nach einer erneuten differenzialdiagnostischen Darstellung von Anfallssymptomen abschliessend auf verschiedene Ätiologien eingegangen, insbesondere bezüglich der Stellung der „genuinen“ Epilepsie.

Alfred Ulrich (18.5.1869 – 3.1.1944 [30, 31]) war von 1898 bis 1932 erster Chefarzt der „Schweizerischen Anstalt für Epileptische“ in Zürich mit nachfolgender Tätigkeit in einer Privatpraxis ebenfalls dort. Er war u.a. ein Pionier der 1857 durch den englischen Gynäkologen Charles Locock eingeführten Epilepsietherapie mit Bromsalzen (speziell Natriumbromid) durch Verbindung mit einer salzarmen Kost („Brom-Chlorid-Therapie“ [32-35]).

Der hier abgedruckte Artikel aus Epilepsia von 1912/13 [33] ist sein Referat auf der dritten Tagung der Internationalen Liga gegen Epilepsie (damals noch „Liga zur Bekämpfung und Erforschung der Epilepsie“) im September 1912 in Zürich. Im Zentrum des Beitrags steht die Darstellung der begleitenden salzarmen Kost mit erheblicher Verstärkung der antiepileptischen Wirkung von Bromiden (diese beruht auf den Forschungsergebnissen des französischen Psychiaters Édouard Toulouse und dessen Landsmann, dem 1913 für die Entdeckung der Anaphylaxie mit dem Nobelpreis für Medizin oder Physiologie ausgezeichneten Physiologen Charles Richet und wurde auch als Toulouse-Richet-Methode bezeichnet). Im Verlauf von drei Jahren sei darunter nur bei drei von zunächst 20 entsprechend behandelten Kranken keine Besserung eingetreten (S. 3), wobei nicht nur die Anfallsfrequenz, sondern auch psychische Störungen rückläufig gewesen seien (S. 4). Der Durchbruch sei schliesslich durch die Einführung von auf Anforderung durch die Firmen Maggi und Hoffmann und La Roche & Co. hergestellten Tabletten mit einer Mischung von Brom und Gewürzen zur Geschmacksintensivierung der ansonsten wenig ansprechenden salzlosen Suppen erreicht worden. Mit dem entsprechenden Präparat (Sedobrol „Roche“) seien in einem Jahr etwa 300 Patienten behandelt worden (S. 5). Darüber hinaus wird auf die antagonistische Wirkung von Brom und Chlor auch zur Behandlung eines Bromismus (S. 7) und die Therapie von Bromulzerationen (S. 9) eingegangen.

Robert Ammann (19.5.1886 – 29.10.1960 [36]) war nach seinem Studium vorübergehend als Assistenzarzt an der „Schweizerischen Anstalt für Epileptische“ in Zürich tätig, bevor er sich in Aarau niederliess. Er war u.a. von 1912 bis 1915 Mitglied des Redaktionsbeirats der Zeitschrift „Epilepsia“ der ILAE und Autor zahlreicher Artikel (Auswahl [37-41]).

Der hier abgedruckte Artikel aus Epilepsia von 1912/13 [38] ist eine Zusammenfassung seiner 1912 ausführlich auch als Monographie erschienenen Promotion [42]. Sie stellt eine der frühesten Arbeiten mit umfangreichen Statistiken bei Epilepsie dar und macht

schon einleitend auf den Bias vieler früherer Arbeiten durch die Negativselektion von in Anstalten untergebrachten Patienten aufmerksam (S. 383). Bevor er auf seine eigenen Untersuchungen eingeht, schlägt er Erhebungen u.a. zur Häufigkeit und Schwere der Epilepsie unter Einbezug von Militärtauglichkeitsuntersuchungen und Sterbestatistiken vor, die von der Internationalen Epilepsie-Liga in möglichst vielen Ländern durchgeführt und veröffentlicht werden sollten (S. 386). Bei seinen eigenen Daten aus der Schweiz zeigt sich in Übereinstimmung mit anderen Autoren seiner Zeit, dass die Epilepsien im höheren Lebensalter als heute stärkstem und weiter wachsendem Patientensegment damals noch keine bedeutende Rolle spielten (S. 387), das Durchschnittsalter unter dem der Gesamtbevölkerung lag und die meisten Betroffenen ledig blieben (S. 388). Knapp 60 % waren berufstätig und nur 24 % wurden in Anstalten betreut (S. 389). Aus heutiger Sicht sehr beeindruckend sind auch die Daten der bei den Todesursachen führenden direkt (zum Beispiel Status epilepticus) oder indirekt (zum Beispiel Ersticken oder Ertrinken) anfallsbedingten Ursachen (S. 393 und 394).

Eugen Bleuler (30.4.1857 – 15.7.1939; [43-45]) ist den meisten Lesern sicherlich wegen des von ihm geprägten Begriffs der Schizophrenie bekannt. Nach dem Medizinstudium in Zürich, Bern und München war er zunächst Assistenzarzt in der Waldau bei Bern. 1884/85 folgten Auslandsaufenthalte in Paris (bei J. M. Charcot), London und München. Nach einer kurzen Tätigkeit als Direktor der Kantonalen Irren-Pflegeanstalt Rheinau erfolgte 1898 seine Berufung als ordentlicher Professor und Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik „Burghölzli“ in Zürich. Mit Sigmund Freud hatte er über einige Jahre eine freundschaftliche Beziehung. U.a. erfolgte die gemeinsame Herausgabe eines Jahrbuchs für psychoanalytische und psychopathologische Forschung, dann kritisierte und distanzierte Bleuler sich aber von der Psychoanalyse [46]. Den Begriff der Schizophrenie prägte er 1908 [47] als Ersatz für die zuvor übliche Bezeichnung als „Dementia präcox“ und verfasste 1911 darüber eine Monographie [48]. Daneben beschäftigte er sich auch mit der Neuropathologie der Epilepsie, u.a. mit Beschreibung einer subpialen Gliose als (vermeintliches) Korrelat der „essenziellen“ Epilepsie [49]. Menschen mit Epilepsie beurteilte er sicherlich geprägt durch seine „Anstaltserfahrungen“ eher negativ und war während der Zeit des deutschen Nationalsozialismus auch Anhänger der Euthanasie (1936: „Auch bei unheilbaren Geisteskranken, die unter Halluzinationen und melancholischen Depressionen schwer leiden und nicht handlungsfähig sind, würde ich einem ärztlichen Kollegium das Recht und in schweren Fällen die Pflicht zuschreiben, die Leiden abzukürzen – oft für viele Jahre“ [50]).

Der hier abgedruckte Text aus der Erstauflage seines klassischen Lehrbuchs der Psychiatrie von 1916 [51] ist das komplette Kapitel über Epilepsie. Der Abschnitt über begleitende psychische Störungen (S. 333ff) beginnt wenig schmeichelhaft mit der Feststellung „Die Epileptiker sind in der Regel Psychopathen, schon bevor die Krankheit ihnen den eigenartigen Stempel aufgedrückt hat“. Es folgen detaillierte Beschreibungen des (vermeintlichen) epileptischen Charakters mit verschiedenen Störungen der Affektivität, des Denkens, Verhaltens und vieler anderer Bereiche bis hin zur epileptischen Demenz (Verblödung). Bei der Beschreibung der Anfallsformen werden u.a. typische Absenzen als Petitmal-Anfälle (S. 333) eingeordnet, an anderer Stelle (S. 341) jedoch die Erstbeschreibung der Pyknolepsie oder Absencenepilepsie des Kindesalters seines deutschen Kollegen Max Friedmann aber – ebenso wie durch viele seiner Zeitgenossen – noch als nichtepileptische Störung eingeordnet. Im abschliessenden Abschnitt zur Behandlung wird als Prophylaxe noch das Verhindern der Heirat an erster Stelle genannt („Die Heirat zu empfehlen, wie es oft geschieht und zwar nicht nur von Laien, sollte als Verbrechen gestempelt sein“; S. 344), bevor auf die medikamentösen Ansätze eigegangen wird.

Anstelle eines Fazits

Die kurzen Kommentare zu den jeweiligen Autoren und den Nachdrucken ihrer Arbeiten können natürlich kein ausgewogenes und umfassendes Bild ergeben, sondern nur einzelne Facetten hervorheben. Bilden Sie sich Ihre eigene Meinung und überprüfen Sie, was auch aus heutiger Sicht noch interessant und wertvoll ist.

Referenzen

1. *Krämer G. Kleines Lexikon der Epileptologie. Stuttgart – New York: G. Thieme, 2005*
2. *Krämer G. Lexikon der Epileptologie. Bad Honnef: Hippocampus Verlag, 2012*
3. *Aschner B. Biographie des Paracelsus. In: Aschner B (Hrsg): Paracelsus – Sämtliche Werke. Nach der 10bändigen Huserschen Gesamtausgabe (1589 – 1591) zum erstenmal in neuzeitliches Deutsch übersetzt. 1. Band. Jena: G. Fischer, 1926: XVII–XXXVI*
4. *Netzhammer, P. Raymund (O.S.B.). Theophrastus Paracelsus. Das Wissenswerteste über dessen Leben, Lehre und Schriften. Nach seinen Schriften und den neuesten Paracelsus-Forschungen. Einsiedeln – Waldshut – Köln am Rhein: Benziger, 1901*
5. *Anonym. Medicinisches Vademecum für lustige Aerzte und lustige Kranken. Erster Theil. Frankfurt und Leipzig: ohne Verlagsangabe (C. A. Nicolai), 1795: 4-8*
6. *Sudhoff K. Paracelsus-Forschungen. 2 Hefte. Frankfurt/M.: Reitz & Koehler, 1887 und 1889*
7. *Paracelsus PT. Des Hocherfarnen und Hochgelehrten Herrn Theophrasti Paracelsi von Hohenheim, beider Artzney Doctoris. Philosophiae ad Athenienses, drey Bücher. Von ursachen und Cur Epilepsiæ, das ist von Hinfallenden Siechtagen, vor in Truck nie aufgangen. Item, Vom urspring, Cur oder Heilung der contracten glidern, jetzt newlich auß des*

Theophrasti selbst eigner Handtschrift trewlich an tag geben. Cöln: Erben A. Byrckmann, 1564

8. *Paracelsus PT. Liber de Caducis. Das ist über die hinfallende Krankheit. In: Aschner B (Hrsg): Paracelsus – Sämtliche Werke. Nach der 10bändigen Huserschen Gesamtausgabe (1589 – 1591) zum erstenmal in neuzeitliches Deutsch übersetzt. 2. Band. Jena: G. Fischer, 1928: 281-325*
9. *Paracelsus PT. Zweites Buch über die hinfallende Krankheit nämlich de Caduco matricis, das ist über die hinfallende Krankheit infolge der Gebärmutter, die nur bei Frauen vorkommt. In: Aschner B (Hrsg): Paracelsus – Sämtliche Werke. Nach der 10bändigen Huserschen Gesamtausgabe (1589 – 1591) zum erstenmal in neuzeitliches Deutsch übersetzt. 2. Band. Jena: G. Fischer, 1928: 326-374*
10. *Paracelsus (von Bodenstein A, Hrsg). Schreyben, von den kranckheyten, so die vernunfft berauben, als da sein S. Veyts Thantz, Hinfallender siechtage, Melancholia und Unsinnigkeit, &c. sampt ihrn warhafften curen. Basel: Perna, 1567*
11. *Eynard C. Essai sur la vie de Tissot, contenant des lettres inédites de Tronchin, Voltaire, Haller, Zimmermann, Rousseau, Bonnet, Stanislas Auguste II, Napoleon Bonaparte. Lausanne: M. Ducloux, 1839; deutsch: Eynard K. Des großen Arztes August Tissot's Leben. Mit bisher ungedruckten Briefen vieler bedeutender Männer seiner Zeit. Aus dem Französischen (von Karl Mann). Stuttgart: J. F. Steinkopf, 1843*
12. *Bucher HW. Tissot und sein Traité des Nerfs. Ein Beitrag zur Medizingeschichte der schweizerischen Aufklärung (Zürcher Medizingeschichtliche Abhandlungen, hrsg. von Ackerknecht EH, Neue Reihe I). Zürich: Jursi-Verlag, 1958*
13. *Emch-Dériaz A. Tissot. Physician of the Enlightenment (American University Series, Series IX – History, Vol 126). New York – San Francisco – Bern, et al: P. Lang, 1992*
14. *Tissot SA. Traité de l'épilepsie. Faisant le Tome troisième du Traité des Nerfs & de leurs Maladies. Lausanne / Paris: A. Chapuis / P. F. Didot, le Jeune, 1770; Neuausgabe: Karbowski K. Samuel Auguste Tissot et son „Traité de l'épilepsie" de 1770. Nouvelle édition avec introduction. Lausanne: Ateliers d'Arts Graphiques de la Fondation Eben-Ezer à Lausanne, 1984; deutsch: Abhandlung von der Epilepsie oder fallenden Sucht. Berlin: Haude und Spener, 1771 (übersetzt von J. G. Krünitz); eine weitere deutsche Ausgabe erschien ebenfalls 1771 bei J. G. Müller in Leipzig und eine dritte in der Übersetzung von C. Held erschien 1786 bei F. G. Jacobäer in Leipzig; Neuausgabe der ersten deutschen Übersetzung mit einer neuen Einführung von G. Krämer und K. Karbowski. Nijmegen: Arts & Boeve, 1999*
15. *Lentin LFB. Bemerkungen über Epilepsie. J pract Arzneykunde Wundarzneykunst 1802; 14: 44-64*
16. *Tissot SAD. Avis au Peuple sur la Santé. Lausanne: F. Grasset, 1761; deutsch: Tissot SAD. Anleitung für das Landvolk in Absicht auf seine Gesundheit. Aus dem Französischen übersetzt von H. C. Hirzel. Zürich: Heidegger und Co., 1762; spätere Ausgabe: Tissot SA. Allgemeine Regeln seine Gesundheit lang zu erhalten. 2. verbesserte Auflage. Augsburg: Rieger, 1786*
17. *Tissot SAD. De la Santé des Gens de Lettres et des Valetudinaires. Lausanne: F. Grasset & Compagnie, 1768; deutsch: Tissot SAD. Von der Gesundheit der Gelehrten. Aus dem Französischen übersetzt von Joh. Rud. Füesslin. Zürich: Füesslin und Compagnie, 1768*
18. *Tissot SA. L Onanisme, Dissertation sur les Maladies Produits par la Masturbation. Lausanne: F. Grasset, 1777; deutsch: Tissot S. Von der Onanie, oder Abhandlung über die Krankheiten, die von der Selbstbefleckung herrühren. Nach der fünften beträchtlich vermehrten Ausgabe. Aus dem Französischen übersetzt. Wien: J. T. Edler von Trattner, 1787*
19. *Berger H. Otto Binswanger. Arch Psychiatrie Nervenkrankh 1930; 89: 1-12*
20. *Kreuter A. Deutschsprachige Neurologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexikon von den Vorläufern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts. Band 1. München – New Providence – London – Paris: K. G. Saur, 1996: 138-141*
21. *Pearce JMS. Alois Alzheimer on Binswanger's disease. In: Pearce JMS. Fragments of Neurological History. London: Imperial College Press, 2003: 116-117*
22. *Binswanger O. Epilepsie. In: Eulenburg A (Hrsg): Real-Encylopädie der gesammten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Aerzte. 3., gänzlich umgearbeitete Auflage. Siebenter Band. Wien – Leipzig: Urban & Schwarzenberg, 1895; 126-214*
23. *Binswanger O. Ueber Epilepsia vasomotoria. Berl Klin Wchschr 1878; 15: 379-382 und 397-399*
24. *Binswanger O. Aufgaben und Ziele der Epilepsieforschung in symptomatologischer und aetiologischer Beziehung. Epilepsia (first series) 1909; 1: 32-40 und 125-131*
25. *Binswanger O. Pathogenese und Therapie der Epilepsie und Hysterie. Z ärztl Fortb 1911; 8: 509-520 und 555-562*
26. *Binswanger O. Die Pathogenese und Prognose der Epilepsie. Münch Med Wchschr 1922; 69: 1395-1399 und 1432-1435*
27. *Binswanger O. Die Epilepsie (Specielle Pathologie und Therapie, hrsg. von Nothnagel H, XII. Band, I. Teil, I. Abtheilung). Wien: A. Hölder, 1899; zweite Auflage. Binswanger O. Die Epilepsie. Wien – Leipzig, A. Hölder 1913; Reprint (2. Auflage). Saarbrücken: VDM Dr. Müller, 2006*
28. *Binswanger O, Siemerling E, Hrsg; Binswanger O, Cramer A, Hoche A, Siemerling E, Westphal A, Wollenberg R. Bearb. Lehrbuch der Psychiatrie. Jena, G. Fischer 1904; letzte Auflage: Binswanger O, Siemerling E, Hrsg; Binswanger O, Cramer A, Hoche A, Siemerling E, Westphal A, Wollenberg R. Bearb. Lehrbuch der Psychiatrie. 6. Auflage. Jena: G. Fischer, 1923*
29. *Binswanger O. Die Hysterie (Specielle Pathologie und Therapie, hrsg. von Nothnagel H, XII. Band, I. Hälfte, II. Abtheilung). Wien: A. Hölder, 1904*
30. *Ulrich J. „Hier ruht einer, der nicht wusste, was Epilepsie ist". Alfred Ulrich (1869 – 1944) und die Schweizerische Anstalt für Epileptische. Praxis 2006; 95: 388-395*
31. *Grob R. Die Geschichte der Anstalt. In: Schweizerische Anstalt für Epileptische, Hrsg. 1886 – 1961. 75 Jahre Schweizerische Anstalt für Epileptische in Zürich 8. Zürich, Schweizerische Anstalt für Epileptische 1961: 5-60*
32. *Ulrich A. Mitteilungen über fünfjährige Erfahrungen der Epilepsiebehandlung bei salzarmer Kost. Münch Med Wchschr 1912; 59: 1947-1950*
33. *Ulrich A. Über salzarme Kost in der Behandlung der Epilepsie. Epilepsia (first series) 1912/13; 4: 1-13*
34. *Ulrich A. Ergebnisse und Richtlinien der Epilepsietherapie, insbesondere der Brombehandlung in Verbindung mit salzarmer Kost. Ergebn Inn Med Kinderheilk 1913; 12: 363-384 (auch als Separatdruck: Berlin: J. Springer, 1913)*
35. *Ulrich A. The bromide-chloride treatment of epilepsy (Practical Therapeutics). Med J Rec 1927; 126: 41-43, 88-90, 156-158 and 245 (Reprint with bibliography: 38 pages)*
36. *http://hans.sub.uni-goettingen.de/cgi-bin/hans/hans.pl?x=u&t_show=x&wertreg=PER&wert=ammann%2C+robert+%5B1886-1960%5D&reccheck=133583*
37. *Ammann R. Die Brombehandlung der Epilepsie. Ther Gegenw (Berlin) 1912; 53: 535-537*
38. *Ammann R. Über Epilepsiestatistik. Epilepsia (first series) 1912/13; 4: 383-394*

39. *Ammann R. Untersuchungen über die Veränderungen in der Häufigkeit der epileptischen Anfälle und deren Ursachen. Z ges Neurol Psychiatrie 1914; 24: 617-663*
40. *Ammann R. Ergänzung zu der Arbeit über die regelmässigen Veränderungen der Häufigkeit der Fallsuchtsanfälle und deren Ursache. Z ges Neurol Psychiatrie 1916; 32: 326-336*
41. *Ammann R. Die Bromvergiftung und ihre Schriftstörungen. Z ges Neurol Psychiatrie 1916; 34: 12-69*
42. *Ammann R. Die Erkrankung und Sterblichkeit an Epilepsie in der Schweiz. Mit besonderer Berücksichtigung von 2159 Todesfällen infolge von Epilepsie. Basel: B. Schwabe, 1912*
43. *http://de.wikipedia.org/wiki/Eugen_Bleuler*
44. *Kretschmer E. Eugen Bleuler 30. April 1857 – 15. Juli 1939. Arch Psychiatrie Nervenkrankh 1940; 111: 1-4*
45. *Klaesi J. Eugen Bleuler (1857 – 1939). In: Kolle K (Hrsg): Grosse Nervenärzte. Stuttgart: G. Thieme, 1956: 7-16*
46. *Bleuler E. Kritik der Freudschen Theorien. Allg Z Psychiatrie psych-gerichtl Med 1913; 70: 665-718*
47. *Bleuler E. Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Leipzig: G. Thieme, 1908*
48. *Bleuler E. Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien (Handbuch der Psychiatrie, hrsg von G. Aschaffenburg, Spezieller Teil. 4. Abteilung, 1. Hälfte). Leipzig – Wien: F. Deuticke, 1911; Reprint: Nijmegen: Arts & Boeve, 2001*
49. *Bleuler E. Die Gliose bei Epilepsie. Münch Med Wchschr 1895; 42: 769-770*
50. *Bleuler E. Die naturwissenschaftlichen Grundlagen der Ethik. Schweiz Arch Neurol Psychiatrie 1936; 38: 177-206*
51. *Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: J. Springer, 1916 (erschien bis 1937 in sechs Auflagen und wurde danach von seinem Sohn M. Bleuler weitergeführt); englische Ausgabe: Bleuler E. Textbook of Psychiatry. Authorized English edition by Brill AA. New York – London – Toronto: Macmillan, 1924*

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Günter Krämer
Neurozentrum Bellevue
Theaterstrasse 8
CH 8001 Zürich
Tel. 0041 44 295 30 45
Fax 0041 44 295 30 46
g.kraemer@epilepsie-med.de

Des Hocherfarnen
vnd Hochgelehrten Herrn Theophrasti Paracelsi von Hohenheim/
beider Artzney Doctoris,

PHILOSOPHIAE ad Athenienses,
drey Bücher.

Von vrsachen vnd Cur Epilepsix/ das ist/
des Hinfallenden siechtagen/ vor
in Truck nie außgangen.

Item/ Vom vrsprung / Cur oder heilung der
contracten gliedern / jetzt newlich auß des
Theophrasti selbst eigner Handtschrift
trewlich an tag geben.

Gedruckt zu Cöln/
Durch die Erben Arnoldi Byreckmanni.
ANNO 1564.

Mit Keis. Maiest. Gnad vnd Freyheit.

Von dem Hinfallēden

siechtagen vier Bücher/durch den Hochgelehrten Herren Theophrastum von Hohenheim/beider Artzney Doctoren.

Der erst Paragraphus.

ZV einer solchen grossen arbeit / als ich mir fürgenommen hab zu beschreiben/ von dem Hinfallenden siechtagen / ist am ersten vor allen dingen / grosse notturfft zu erzelen die Barmhertzigkeit/ so einem Artzt sol angeboren sein / Dann so ich es hin vnd her erwig / so befind ich nichts mehr bey den Artzten als vnbarmhertzigkeit/ Die dann anzeigt/das kein lieb zu den krancken da ist/ vnd wo kein lieb ist/do ist kein Kunst/ Dieweil nū die Artzney mit solchen besetzt ist / die sich selbs / vnd den krancken nit lieben / wie kan ich vbertretten/in einer solchen grossen kranckheit / das ich sie nit erman/auff zustehen vom schlaff/ Dieweil sie doch im dwalen ligendt aller künsten/so doch der Artzt hoch vnd fleissig trachten sol / deren Theorick vñ Practick/ich einfür / So mag ich doch dieselbigē/ ohn ein Vorred nit einfüren/sonderlich das in der selbigen/ das Argument begriffen werdt / dabey

a auch/

auch / das aufferweckt werden die schlaffende/ so bißher solche grosse kranckheit / der fallenden siechtagen / so gar mit vnfleiß / vnd vnachtbarkeit haben lassen hingehen / Wiewol von nöten war/das ich hoch beklagte vnd anzeigte/ den vnfleiß so bißher von den Artzten gebraucht ist worden/die sich allein mit gemeinen vnd gar schlechten kranckheiten erhalten haben / darbey zu prüffen vnd zu ermessen ist / das sie nit von hertzē den krancken gemeint haben / sonder allein jr eigne rüwe vñ nutz/ Sie hettē sich sonst baß gebraucht/ vñ jre Bücher mit hoherem fleiß gesetzt/mit grosserer erfarenheit/ mit warhafftigem grund/vnd gemeinen kranckē / mit mehrem nutz/aber auß gebresten deren dingen/ gebresten auch die Artzet.

Mich bedünckt das ich von dem Artzt etwas zuuerstehen geb billich zu sein / vnd werd dardurch gelobt/verhoff ich das ich entdeck vnd erklar/Was der Artzt vnd die Artzney sey/das ist/ sie sein beide nichts/als ein gegebne Barmhertzigkeit/ den dürfftigen auß Gott / darumb das notwendigst ist/ zu tractirn die Barmhertzigkeit/ Dañ sie ist das werck ō lieb/auß welcher erlangt wirt die kunst / die dann in einem Artzt/offentlich erzeigt sol werdē/Dieweil nun nichts anderst ist im Artzt/dann die Barmhertzigkeit/ vñ allein der ist / der der barmhertzigkeit außtrag geben soll/

Nem-

Nemlich der Barmhertzigkeit / die auß Gott gegē dem Nächsten gehet/so müß der Artzt mit solcher Barmhertzigkeit vnd liebe nit weniger / dañ wie sich Gott / gegē dem Menschē vermeint/ verfast sein/So nū der Artzt auch mit lieb vñ barmhertzigkeit/den krancken nit vermeint/darumb er dann sol ein exequirer Gottes sein/wie kan jm dañ Gott/die barmhertzigkeit vnd liebe befelhen / die er nach dem willen Gottes nit annimpt / dann die Artzney vnd der Artzt seind allein / darumb das durch sie der kranck entpfindtlich sehe vnd merck/ die liebe vñ barmhertzigkeit Gottes/Wo nun der Artzt in solcher lieb vnd barmhertzigkeit nit geneigt ist / so wirt er beraubt des jenigen / das jm zuwissen zustehet.

menschē

Zu gleicher weiß als wir bitten/vnd zu bitten geheissen werden von Christo / vmb das täglich brot/das ist nun ein vrsach/ dz wir kein gerechtigkeit darzu haben/ vñ das vns Gott das nit schuldig ist / sonder das wir der verdienst / so gar loß seind / das vns Gott das / alle augenblick nemen mag/ vnd was wir da haben / auß Götlicher lieb vnd barmhertzigkeit gereicht wirt / So vns nun das brot / in Götliche barmhertzigkeit gesetzt ist/ vnd nit in billiche zuspruch / oder vnsern gewalt/ sollen wir wissen / das auch also mit der Artzney ist / dann das ein ist brot der narung / das

A 2 ander

ander das brot der gesundtheit/ vnd ist zu beiden seiten/ein brot/vnder ein Beet begriffen/ dañ dardurch wirt der hunger ersettiget/der gesund/auch der krancken gelider.

Nun hab ich angefangen von der Barmhertzigkeit zureden/als vom Schülmeister der Artzten/vnd das darumb/ Das ich all Artzt hiebey wil ermant haben/das sie mit barmhertzigkeit geporen werdent/auff das/das sie gelehrter erscheinē/ dann sie leuchten / dann auß der barmhertzigkeit erwelt jm Gott den Artzt / den er beschaffen hat/ dann ein Artzt vnderscheit sich von andern wesen der welt / in dem / Das ander reichend zur narung jnen selbs/ der Artzt aber nit jm selbs/sonder andern / Nun ist des Artzts ampt nit als Barmhertzigkeit zu theilen den andern / die ist nun nit sein / die wirckung der Artzney ist auch nit sein/ Dieweil nun nichts da ist das sein ist / vnd wirt doch durch jn volbracht / als wehr es sein / darumb ists nit mörderey/ noch verderbē/ nit erwürgen/noch erkrumpen/sonder auffbringen die krancken mit solcher Barmhertzigkeit vnd lieb / als sie dann Gott / dem menschen vermeint / Das ist ein vnbarmhertzigkeit / d̄ do sein Ampt nit weist/ das er mag fürstehen / dem / der seinem Ampt befolhen ist / Was ist ein Ampt / das Gott auß-schlecht/als allein zu erfüllen vnd volbringen den wil-

len Gottes / dann die ämpter sein auß gnad der barmhertzigkeit/darumb sein wil ist/das wir vnter den ämptern / vnsers gebrestēs ersettiget werden/dann niemandts ist außgenomen/ der nit vnder dem ampt Gottes lebe/ Ich vnder dem Herren/der Herr vnder Mir/ Ich vnder Jm/ ausserhalb meins ampts/vnd Er vnd Mir/ausserhalb seins ampts / also ist je einer / vnder des andern ampt/vnd in solcher lieb/ je einer dem andern vnderworffen.

Also seind vnder die Barmhertzigkeit / eins Artzts vnderworffen all menschen / nit das der Artzt die barmhertzigkeit sey / sonder das mittel/ durch welchs mittel die Natur in jr werck gebracht wirt. Nun wer wolt solchs wider reden/ oder wem wolt es mißfallen/so ich einē Artzt dermassen beschreib / Dieweil es im befelch Christi ist darumb zu bitten / wiewol die Artzney vngebetten wächst vnd dringt auß der Erden/ so wir schon nichts bettendt/Was ist sie vns aber nütz/ das sie auffin feldt stehet/vnd wissen jr nit? was ists/das wirs in der handt haben/ vnd wissen nit wohin wirs lägen sollen? Darumb sollen wir bitten/thun wirs nit / so mögen wirs mit keiner gerechtigkeit lehnē / So wirs nun also nit lehnen/ so werden wir keinen krancken gesundt machen/ die Heiden/ die Tattern/die Türcken/rc. glauben

 solchs/

solchs/das sie es rechtlich haben vnd erblich/ dañ
also außweists der viehisch verstãdt. Wir Chri-
sten aber nit also/sonder wir bekennent das wirs
auß barmhertzigkeit haben/vñ auß keiner gerech-
tigkeit/die Heiden nemens heidnisch/ verstehent
das auß ordnung der Natur also zu beschehẽ müs-
sen/das jenig das jm Gott auß lieb mittheilt. Die
Christen nemen das Christlich bekennẽ/ das jnen
die Natur nit hilfft/vñ das sie derselben nit zu ge-
bieten haben/sonder das Gott/ auß seiner barm-
hertzigkeit in die Natur/ein solche gab geben hat/
vnd die Kunst vñ der Schůlmeister selbs ist/ vñ
mit der Mensch/vnd gibt also auß lieb vnd barm-
hertzigkeit menigklichen die Artzney.

So wir nun bekennen auß Gott das zu ha-
ben/ wer wolts widersprechen/ das wir nit mit
grossem hertzen lieb vñ gemüt das solten annemẽ/
vñ nit mit solcher lieb wider außtheilen/vñ barm-
hertzigkeit in der wir begabt sein wordẽ/vnd al-
so groß als wirs entpfahen widerumb außgeben/
vnd wie die barmhertzigkeit vñ gnad Gottes nit
feyret/sonder für vnd für arbeitet in der lieb/ also
sollen wir embsigklichen im fůßtrit nachfolgen/
strenger dann der Rhein vnd der Nilus fliessend/
vnd zu gleicherweiß wie das feur im holtz arbei-
tet/Also sollen wir in disen dingen allen/ vns üben
vnd nichts auflassen/ sonder alles zu wissen bege-
rendt.

rendt. Also werden alle ding dahin gericht/ das
nichts auß dem menschen da ist/ dann was der
Artzt thůt ist nit sein werck/ darumb so můß er
rechnung geben/ am tag des vrtheils/ vmb das
entpfangen ampt/ ob ers mit der maß hab auß-
getheilt/ mit dem maß es jm gemessen ist wor-
den/ dann hie wirt müssen fürgenommen wer-
den/ das gelyhen gelt/ einem jedlichen damit zu-
werben.

Diser kunst übung ligt im hertzẽ/ist dein hertz
falsch/so ist auch der Artzt bey dir falsch/ist es ge-
recht/ so ist auch der Artzt gerecht/ ist gleich als
von den Propheten/ deren ein theil falsch/ der an-
der gerecht ist/ trewlich soltu handlen vñ wand-
len/ was du ampts weiß auß Gott entpfachst/
was du aber auß dir hast/ das brauch deinem
vrthel. Nun ist dein ampt das du solt wissen/ die
krancken mit allem jren anligen/Nun nim̃ ich mir
hie eine für/ nemlich von der Fallenden kranck-
heit/ welche zu erkennen vnd auffzubringen/ wir
nit mehr solten von den knien auffstehen/ wie
ein grosser falsch vnd betrug ist das in der Artz-
ney/ das wir gemeinklich die kranckheit do am
meisten anligt/ nichts wissen noch verstehen/vnd
die kranckheit die von jnen selbs widerumb
auffstehendt/nemen wir für vns mit hohem rhü-
men/vnd können nit genug vnser lob außbreiten/
vnd

Von dem Hinfallenden

vnd darinn wir solten Gottes lob preisen / darinnen wissen wir nichts / als in den rechten Hauptkranckheitē vnd grossen nöten / müssen vns mit lügen beschirmen / vnd sprechen / die kranckheit sey vnheilbar / darinnen wir vnser lüg vnd schandt bekennen.

Nun ist hie von der Barmhertzigkeit der beschluß also zuuerstehē / so wir barmhertzig seind / vnd von hertzen den krancken geneigt / so lehrnen wir in solcher / barmhertzigkeit vñ lieb / ist sie aber nit in vns / so lehrnen wir nichts / vnd so aber vnser Elter etwas gelehrnt haben / durch solche lieb / vñ jr that seind beschriben in vnsere Bücher / noch werden wir vns derselbigen nit frewen / dann sie stehen noch alle in der handt Gottes / vnd ob ich wüste all künst der Welt / vnd volbrächt alle jre würckung / vnd schreibs alles auf / von puncten zu puncten / Noch hab ich je nichts gelehrnet / noch thund jr nichts das ich gethan hab / oder jr thůt mehr / Darumb dieweil ů Schůlmeister der Artzney / nit ein Mensch ist / so magstu dich nit außredē / so du sprechen woltest / Niemādt hat michs gelehrt / nindert hab ich daruon gelesen / nichts ist daruon geschriebē / also reden sich die Heiden auß / Der Christ aber / der weiß / das solchs auß barmhertzigkeit gehet / darumb so weiß er / das die barmhertzigkeit ů Artzt selbs ist / ist sie groß / groß

ist

Siechtagen.

ist auch der Artzt / auch die lieb ist sie groß / so ist auch groß das werck des Artzts.

So nun die lieb vnd barmhertzigkeit / den Artzt künstreich macht / dann sie arbeitet wie das feür im holtz / vnd gibt kunst vnd erfarenheit / vnd jr beider noturfft / auff das so wissendt / das sich der Artzt zur lieb treiben vnd nötigen sol / auff das leg ich jm für die kranckheit caducum / das er sich dieselbigen laß bewegen / die also erschröcklich vor vnsern augen ligt / vnd betrachte in jm selbs sein ampt / das jn der gesundt zu machen zustehet / das Gott den jm für die augē gelegt hat / das er durch den krancken Gott loben sol vnd preisen in seinen wercken / nit das er / mit dem verzweiffelten Sathan sag / Es ist vnmüglich / der Artzt sol Gott ein grössers vnd mehrers vertrawen / vnd wissen das Gott allen kranckheiten jr Ertzney geschaffen vñ geben hat / die du lehrnen vnd erfaren solt / in massen wie angezeigt ist / ist dein hertz getrew vnd gerecht / ehe dir würden künst gebressen / durch dein vnwisne erfarenheit / es würden ehe mit dir / die kreuter vnd wurtzelen reden / darinnen dañ wehr die krafft der du noturfft hettest / wirst du aber in zweiflung fallen / vnd dich menschlicher anweisung behelffē / ausserhalb vor angezeigter Schůl / so werden dir zu stummen werden / das du in der handt trägst / dañ es ist groß zu erwegē / das Gott

b yber

vber vns solch erbärmlich kranckheit fallen läst/ noch sol der Artzt nit verzweifflen.

Nun secht an jr Leser all/wie ich mein Vorred für/das ich am aller meisten beklag/vnd euch das kläglich anzeig/das ein solche lange zeit bißher/soul ernst vnd fleiß/soul vertrawen vnd hoffnung zu Gott/soul lieb vnd trew bey allen Artzten/nie gewesen ist/das sie hetten dise kranckheit zu hertzen gefast/ vnd mit mehrer warheit geschrieben/ gelehrnet / vnd gehandelt / wie ein grosser spot/ der gantzen Facultas Medica / das ist/ das sie (ich geschweig der grossen kranckheit Caduci) nie soul haben mit warheit begriffen/das sie nur allein doch das zanwehe mit warheit ergründet hettē? Was ist anderst hierauß zu klauben vnd zuerwegen/dann das sie content seind gewest/ das jnen von liegen die küchen vol worden seind/vnd content an dem geschwätz das jnen solchs glaubwirdig gemacht hat / Auff solchs Leser / so wiß mit was vertrawen du solt annemen die Artzt/ so mit solcher außred/sich vilfaltig verzweiflet leuth anzeigendt / dise ding müssen ohn alle außred am Artzt ligen/Dañ der Artzt hat von dem Mal geßsen/zu welchem Mal die geladnen gest nit kamē/ darumb sag nit/du habst Ochsen kaufft/sag auch nit du habst in dein Dorff zu schawen/dann die außred brauchen allein die/die nit des Mals wirdig

dig seind/die sagen/wir haben nichts gelehrnet/ wir haben nichts daruon geschrieben.

Mit solchen außreden behelffen sich die falschen Artzt/sie sagen/sie finden nichts in den Büchern/ vnd die Bücher sein verbrenlich/ vnd der Artzt nit/jnen ist gleich wie den Junckfrawen / die das öl verschüt hetten/Nun merck aber Leser/Es müß ein härts steines hertz sein/das sich nit bewegen laß/ in solcher kranckheit hülff zubetrachten/ vnd so es gleich ein Jüd/od ein Türck wehr / aber die verzweiffelten erweicht nichts / alles das ich euch vorschreib/ ist allein/ das jr mit warheit in ewerm ampt handlet/vñ das jr das wissendt vñ könnent/das ewerm ampt zustehet/nichts in den grossen nöten/dariñ sonderlichen Gott den Artzt vermeint hat/wissen oder könnē/sonder mit trost vnd hülff hingegen stehen / dann Gott hat nit allein der Hüsten jr artzney geschaffen/od dem Fieber/oder dem Pfnust/ sonder auch mit grosserem ernst der Hinfallenden kranckeit / Darumb kein Artzt sprechē mag/der kranckheit ist nit zuhelffen/ Die Red ist ein zeugnus vber jn / das er anleugt Gott/ vnsern Schöpffer / vnd die Natur in jren kräfften/ vnd zeugt vber sich selbs/ das er nur ein kuchen Artzt ist/das ist/Er erhelt sich der kranckheiten/die ohn jn/sich selbs würden heilen.

Hierauff nun so wissendt jr Artzt/ dz die artz-

ney nit von ewers geitzs wegen/ pracht/ hoffart/ weiber/ kinder/ ꝛc. beschaffen ist/ sonder zur noturfft der krancken/ Wer ist dann mehr kranck/ vñ wehr hat jr mehr noturfft/ dann die grossen krancken im Hinfallenden/ vnd in jrs gleichē nit allein/ die ich für mich nim/ Sonder noch ander auch/ vnd je härter vnd schwärer die kranckheit ist/ je mehr noturft do ist/ vnd jr sagen zu solchē kranckheiten/ sie seind tödtlich/ jn ist nit zu helffen/ vñ also schenden jr die grossen Arcana der Natur/ vnd Misteria der geschöpft/ das sol warhafftig ein jedlicher Artzt wissen/ das in den grossen nöten/ des gehen todts/ des Hinfallenden/ vnd dergleichen gleich so wol die Artzney seind/ als im Zanwehe/ als in ewer lumpel kranckheitē/ deren jr euch pflegen zu gebrauchē/ in den grossen kranckheiten wil Gott sein lob haben/ vñ nit im lumpenwerck/ dañ so groß ist kein krāckheit/ Gott hat derselbigē entgegen geschaffen die artzney/ auff das seine grosse werck/ darinn gesehen werden/ Darumb so verzagent nit/ greiffents tapfferer an/ dann jrs noch bißher am greiffen habt/ last euch lehrnen/ erfarnen/ lassents nit ein spot sein/ verzweifflet nit in der lehr der artzney/ dann wie ein kranckheit verborgen kompt/ also kompt auch jr ärtzney/ verlaß sich keiner die geschrifft/ dann sie ist nit volkommen/ sonder nichts als ein anweisung aller verzagnus

zagnus vnd verzweifflung/ Nemlich vom Teuffel/ vnd nit von Gott erdacht.

Ich müß das veriehen/ das vil der Recepten auß den compositis/ auch simplicibus geschrieben sein/ deren Arcana vnd Misteria/ ich mich in kein weg/ kan entziehen noch verleugnen/ ach Gott/ ich wolt sie werendt in die Auicennische/ Galenische/ Rasische/ Mesuasische/ Stylum nie gebracht worden/ sonder werendt rein blieben an jn selbs/ wie es die Natur selbst vermag/ So würden/ nēlich/ im Hinfallenden nit so schwärlich die krancken fallen/ Aber der Sathan vnd Leuiathan hat sie gefelscht/ vnd gesetzt durch die falschen Artzt/ in die lumina Apotecariorum/ Ach Gott des liechts/ der sicht mehr dem die augen außgestochen werden/ dann der Apoteker augen sehen/ das ist ein verstopffung der kunst/ das sie vermeinē/ der heilig Geist sey allein in den Auicenna, Galeno, Mesue &c. gewesen/ vnd weiter sey kein heiliger Geist mehr/ der den Artzten zustündt/ das seind die verzweiffler vnd die abtrinnigen/ Nun sagen mir jr Auicennisten vnd Galenisten ꝛc. in welcher linien der bemelten Scribenten/ spürn jr den heiligen Geist/ oder in welchem Recept. O jr Fantasten/ wie können jr so wol den heiligē Geist erkennen/ secht ein Rappen für ein Dauben an/ Also lehrnen die geschrifft des heiligen Geists erken-

nen/die Krancken stehent auff/die Blinden werden gesehent/ die Krummen werden gerad / die Aussetzigen rein/die Hinfallenden genesen/ vnkeck thůts hernach/auß kraft deiner Scribenten lehr/ Was thůst du? Du kanst nit souil/das du ein furtz im bauch wendē köndest/ nit ein zanwehe/nit rot augen vertreiben/vnd schreiest groß Pomposisch predig/ist das ů heilig Geist den du hast? Nichts ist es/als eitel verzweifflung / vnd abfürung von den rechten künsten/die vns dañ Gott vermeindt/ dann nit von deins zanwehs wegē/ oder von wegen deins Cristiersacks / oder von wegen deiner pillulen/ hat Gott den Artzt beschaffen / Sonder von wegen des Hinfallenden/ des Aussatz/ vñ jrs gleichen/wie gefellet euch der pütz.

Trit herfür du falscher Artzt/ oder wer bistu verzweiffelter Judas/das du im tauff Christi geboren bist/vñ fällest auß den krefften des Tauffs/ nemlich vom heiligen Geist / als sey er todt vnd kein Artzt mehr / dir wehr nützer / du hettest ein Mülstein am halß mit einer ketten angebunden/ vnd eingesenckt tieffer in das Meer/ dann Candia gründen mag / dann das du solt die heimligkeit der Natur / also mit deinen faulen vischen verkauffen/vnd sagen es sey nichts da/da vberflüssig ist/vnd darumb das duß jeder nit weist / darumb solls niemandts wissen/darumb sol man dir glauben/

ben/vnd niemandts sol weiter suchen / Nun secht jr Leser all / wie so ein grosser wütender Teuffel da regiert/das sie den krancken souil gůts nit gůnnen / oder lassen zustehen / so man weiter suchen wil/dann jr lügnerey inhelt/sol nun Gott vns begaben / nach vnsere barmhertzigkeit vnd liebe/ Wie kan er dann dem falschen geben die Kunst/ er beraubt sie/ nimpt jn die gnad der liebe offenbarlich / das man sicht / das bey jnen nichts ist/ als betriegerey / durch verhalten der rechten erfarenheit vnd kunst / bleiben sie in jren betrognen ehren / auß Christenlichem hertz soltu handlen/so wirstu gelehrt/nicht Heidnisch / aber Gott gibt dem Heiden auch / wer weiß wo die seinen seind / Er selbs erfüllet die lieb / wie mit der Sonnen/die Er vber sein feind vnd freundt/lesst scheinen/ vber die säligen/ vnd vber die verdampten/ du falscher Artzt aber / hast den grundt/ so du ein solche Kunst erlangst / so thůst du jr als dein arth ist / die ist / das sie auff Kramerweiß handlet / das ist / mischest falsch darunder / vnd streichests aber auß / als sey es alles goldt / so nichts ist / dann ein gefälschter Jngwer vnd Saffran / laß mich dir die warheit sagen.

Du sprechest gern / vnd fürtest gern vil widerwertige Argumenten / aber du hast nit platz/

zu

zu gleicher weiß als du sichst/das Gott den Tauff
niemandts entzeucht/sonder allen dürstigen gibt/
das dann der eingang versprochner seligkeit ist/
Nun so er das gibt/ das nun das ewig antrifft/
solt er nit auch geben/das den leib antrifft/ vnd
weniger ist/als wol dem dürstigē als den Tauff/
jr verzweiffler vnd abtrinnigen/ wie dünckt euch
in disen dingen/ Ob nit Gott selbs auch täuffe/
mit solchem Tauff/ oder ob der mensch allein zu
täuffen hab/hat er nit den gewalt behalten/ was
meinent jr das do tauff mit dem heiligen Geist/
nemlich Gott/ Taufft er mit dem heiligen Geist/
vñ setzt kein zal vñ kein endt/nimpt niemādts auß/
sonder all dürstigen/ wie kan dañ einer gedencken
vnd reden/die artzney ist allherauß/ was nit ge-
schrieben ist/ wirt nimmer mehr erfinden/ ver-
zweifflen in Gott/vnd wissen Gottes krafft nit/
der vns täglich die Sonn/die zu nacht genadt/
vnd von vns weicht/ gibt er morgens wider/ den
Sommer/ der vns im Herbst genadt/gibt er im
Glentzen wider/vnd gibt vns ander brot/ ander
tranck/ vnd wir vertrawen jm sonil nit/ das er
vns auch mit der artzney versorgt/ō sie doch wie
das brot täglichen vns beschaffen hat/ vnd heist
vns bitten/vmb das täglich brot/ vnd wir wöl-
len essen/das vorlangst/durch die gedärm auß ge-
schissen ist/ o jr abtrinnigen.

Nit

Nit das ich mich berüm̄ als du verstehē möch-
test/des berüm̄ ich mich/das ich erfaren hab/ vnd
lob die offenlich/ vnd heimlichen Christen. Sie
sein bey den Heiden oder Christen/ jr sollen mirs
nit veratgen/ dann wie hoch vermeindt jr das
die erkantnus sey/ in dem fürlegen Christi/ von
dem Samaritanen/ der dem verwundten in Je-
richo/ hilfflich vnd sein Nächster was/ vnd nit
der Priester/noch Leuit/ darumb nit bey den/ den
der mensch fürnimpt die artzney ligt/ sonder bey
dem den Gott fürnimpt/in demselbigen ist sie/ Er
kent den Artzt in seim hertzen/vnd achtet nichts
auff sein Gradum/ auff sein Hoheschůl/ auff sein
Pomp/auff sein Namē/auff sein brieff vnd sigel/
sonder er achtet auff den barmhertzigen/ dem
gibt er die artzney/ Darumb so wissen hierin/ wer
hat die artzney/ sonil mit warheit an vns langet/
erfinden/die säligen/nit die vnsäligē/die Gott er-
welt hat/nit die der mensch erwelt hat/ dariñ sol-
len wir glorieren/ das wir von den säligen habē/
nit von den schwätzern der Hohenschülen/ vnd
was wir manglen/(als wir dann manglen in sol-
chem weg) erlangen/ Dann sol der morgens tag/
für sich selbs sorgen/was ist dann vnser vorarbeit
anderst/ dann ein anzeigen/ des vergangen mor-
gens tags/ alsō sorg der nachfolger auff sein zu-
künfftigen tag auch/vnd bitt Gott vmb desselbi-

c gen

gen tags/täglich brot/auch den kranckē gebresten
fürkommen/das vns zuuerstehen/wie es vor vn-
sern augen ligt/vnmüglich ist/ dann die ding gibt
die liebe.

Dise rede all sag ich darumb/das der Artzt in
ein andern grundt gehe / vnd besser Kunst lehrn
vnd erfar/dann bey den bemelten bißher gewesen
ist/vnd nemlich/dieweil ich hie sonderlich tractir/
von der Hinfallendē kranckheit/wöllen acht dar-
auff haben vnd geflissen sein/nit mir zu nutz son-
der dem kranckē/ vñ das sich der Artzt dermassen
rüst/das er ein nothelffer sey in den rechtē kranck-
heiten/ nit in den posselarbeiten / nit im seich sehen
wie die Warsäger vnd Retterscher / nit im puls
greiffen / vnd wehnen/nit habermüßlein / vnd in
gersten wasser/nit in Conditis vnd Laxatiuis/ son-
der betrachten das dieselbigen ding kein Artzt ma
*geberen chen/noch geben noch beweren/dann sie seind ve-
tulisch / sonder ausserhalb solcher spieglerey / der
practickē eingehen mit den artzney/ dariñ dann li-
gent die heimligkeit/ die in einem Artzet offenbar
sol sein/dardurch Gott gelobt wirt / dann durch
seich sehen/ durch pulß greiffen / wirt Gott nit ge-
priesen/sonder durch die arcana / auff das am let-
sten vrtel der Artzt/in seiner rechentschaft sprechē
müg / Also hastu Richter mich gelehnt vnd nit
der mēsch/dein arbeit hab ich volbracht/ nit mein
arbeit/

arbeit/auß dir/nit auß mir/Darauff wir sollen zu
der barmhertzigkeit die auß der liebe wächst/ fal-
len vnd drüngen/ so wirdet vns nach vnserem hi-
tzigen hertzen gebē/das vns anligt/dañ die Künst
der artzney ligent im schlaff/ allein wir weckens
auff/ sonst werden sie von jnen selbs nit auffste-
hen/auf das so wecket/vnd machents wachendt.

Der ander Paragraphus.

Vrsach/ vnd vr-
sprüg/der
Hinfallē-
den siech-
tagen.

SOn diser grossen vñ schwaren erbärm-
lichen kranckheit des Hinfallenden/ste-
het am ersten zu wissen / was vns Gott
zeigt/oder warumb er den menschē der-
massen/so elendigklich peiniget/vnd jm solchs lest
zustehen/ vil mügent anderst/ vñ anderst daruon
vrsach anzeigen/demnach ein jedlicher sein profes-
sion fürt. Aber alles ist nit mit grundt geredt/ sol-
ches hat niemands macht anzuzeigen / dañ allein
der Artzt/Wiewol der Theologus möchte sagen/
das vns Gott do anzeigte/was wir werendt/wo
mit der mensch gefangen lege / vnd dergleichen/
solches alles ist nit ein gegründte red / denn es ste-
het kein Theologo zu/in solchen dingen zu reden/
Es wehr dann ein Theologus geboren auß dem
Artzet/Ein anders möcht anzeigen der Jurist/ vñ
von Gott das ein billiche straff achten/ vber die/

TRAITÉ
DE
L'EPILEPSIE,

Faisant le Tome troisieme du Traité des nerfs & de leurs maladies.

PAR

MR. TISSOT, D. M. &c.

A LAUSANNE,
Chez ANTOINE CHAPUIS,
Avec Privilège de LL. EE.
Et à PARIS,
Chez P. F. DIDOT, le jeune,
Avec Privilège du ROY.

MDCCLXX.

TABLE
DES ARTICLES

Contenus dans le troisieme Volume.

ART. I. *Description de la maladie*, pag. 3
II. *Des causes de l'Epilepsie en général & de la cause prédisposante en particulier.* 25
III. *Division des causes déterminantes* 44
IV. *Des Epilepsies sympatiques qui ont leur siege dans quelque partie interne.* 48
V. *Des Epilepsies sympathiques qui ont leur siege dans les parties extérieures.* 85
VI. *Réflexions sur les Epilepsies sympatiques.* 98
VII. *Des Epilepsies idiopatiques.* - 104
VIII. *Des causes qui déterminent le sang à la tête.* 122
IX. *Des Epilepsies occasionnées par l'âcreté des humeurs.* 138
X. *Questions sur les causes de l'Epilepsie.* 146
XI. *Des causes occasionnelles.* 154

TABLE

XII. *Symptomes avant-coureurs.* p. 170
XIII. *Des maladies qui précédent l'Epilepsie ou qui lui succédent.* 173
XIV. *Singularités dans la marche de la maladie.* 182
XV. *Des effets de l'Epilepsie.* 186
XVI. *Prognostic.* 205
XVII. *Idée générale du traitement.* 223
XVIII. *Traitement des Epilepsies sympatiques qui ont leur siege dans les parties internes.* 231
XIX. *Traitement des Epilepsies sympatiques qui ont leur siege dans les parties externes.* 255
XX. *Traitement des Epilepsies idiopatiques.* 258
XXI. *Traitement des Epilepsies qui dépendent de la plethore ou de l'âcreté.* 267
XXII. *Traitement de la cause prédisposante. Le regime.* 270
XXIII. *De la saignée & des autres évacuations sanguines.* 277
XXIV. *Moyens d'empêcher que le sang ne se porte à la tête.* 285
XXV. *Les spécifiques en général. La racine de Valeriane.* 300
XXVI. *Suite des spécifiques. La pivoine, le guy, le musc, l'opium, les feuilles d'oranger.* 314

TABLE.

XXVII. *Le kina, le camphre, le castor, l'asa fetida, la rue, le mercure, l'antimoine.* pag. 336
XXVIII. *Spécifiques inutiles.* 353
XXIX. *Spécifiques dangereux.* 359
XXX. *Usage des acides.* 369
XXXI. *Usage du lait.* 373
XXXII. *Le bain froid.* 378
XXXIII. *Les cauteres & les vésicatoires.* 387
XXXIV. *Traitement pendant l'accès.* 394
XXXV. *Traitement des suites de l'Epilepsie.* 401
XXXVI. *Epilepsie feinte.* 403
XXXVII. *Recapitulation.* 411

ERRATA.

Pag. 9. note *g* lign. 5. ξυμφορη, *lisez* ξυμφορη.
Pag. 377. lig. 3. de Medecine, *lisez* du Medecin.
Pag. 85. note *i* Senekius, *lisez* Schenkius.

TRAITÉ
DES NERFS
ET DE
LEURS MALADIES.

CHAPITRE VINGTIEME
De l'Epilepsie.

§. 1.

L'Epilepsie, est une maladie convulsive, dont chaque accès fait perdre sur le champ le sentiment & la connoissance, & est accompagné de mouvements convulsifs plus ou moins violents, & dans un plus ou moins grand nombre de parties. (*a*)

(*a*) Cette maladie a eu de tous tems plusieurs noms: on l'appelle encore aujourd'hui

Quand on dit, en la définissant, qu'elle est accompagnée de convulsions violentes de toutes les parties, cette definition n'est pas applicable à toutes les épilepsies, puisqu'il y en a dans lesquelles les convulsions ne sont ni fortes ni generales.

L'écume de la bouche & la forte contraction des pouces, que quelques Medecins regardent aussi comme des caractéres specifiques de cette maladie, ne le sont point; j'ai vû, comme tous les Medecins, des accès dans lesquels les malades nécumoient point; & la contraction involontaire des pouces est, comme on la vû ailleurs, un symptome de plusieurs maladies convulsives qui ne sont point l'épilepsie.

mal caduc, *Saint mal*, *mal de la terre*, *mal de St. Jean.* Les anciens l'appelloient *mal d'Hercule*, *mal des Comices*, & sur-tout *maladie sacrée ou divine*, nom dont HIPPOCRATES a déjà fait sentir le ridicule, en prouvant que quelque terrible qu'elle soit, elle n'a rien que de très naturel & qu'elle dépend des causes physiques tout comme les autres. *De morbo sacro*, Chap. 3. CHARTER. T. 10. p. 478.

ARTICLE I.
Description de la Maladie.

§. 2. Comme les accès varient, non seulement chez les differents malades, mais souvent même chez le même malade, il est impossible d'en donner une description qui convienne à tous, & il faut se borner à décrire d'abord la marche la plus ordinaire pour indiquer ensuite les singularités les plus remarquables. Cette premiere partie, l'histoire de la marche ordinaire, est si bien faite par Mr. VAN SWIETEN (*b*) que je ne ferai presque que le traduire très librement, en ajoutant quelques unes de mes observations propres.

Tous les malades perdent connoissance au moment où ils tombent, & la plupart poussent involontairement un cri violent dont ils ne conservent jamais aucune idée, ils sont en même tems attaqués de convulsions très variées & très singuliéres dans les differentes parties musculeuses.

Le front & la peau cheveluë sont excessivement agités, les cheveux s'heris-

(*b*) §. 1073. T. 3. p. 397.

sent, les sourcils sont en mouvement, quelquefois ils s'abaissent & se rapprochent comme on le voit dans les mouvements d'indignation & alors les yeux sont ordinairement saillants, fixes, tendus, comme dans la colére. J'ai vû ce coup d'œil si marqué chez une femme, pendant plusieurs accès, & si exactement ressemblant au regard d'une personne irritée que j'oubliois presque que c'étoit l'effet de la convulsion.

L'agitation des paupiéres n'est pas moindre, & quoiqu'elles soyent ordinairement fermées, il est rare qu'elles le soyent complettement; on apperçoit presque toujours la partie intérieure de la cornée transparente, & la paupiére supérieure est dans un tremblement très vif & continuel; souvent on remarque que l'œil recouvert par la paupiere est dans un mouvement de rotation très rapide.

Les autres muscles du visage ne sont pas moins agités; ceux sur-tout qui forment les joues se meuvent de façon à produire les grimaces les plus singuliéres; il n'est pas rare de voir ceux des lévres les allonger en forme de bec & les retirer en les élargissant pres-

que jusques aux oreilles. Mr. BOERHAAVE vit une Juive chez laquelle ce mouvement étoit si rapide qu'il occasionnoit un vertige à ceux qui le regardoient attentivement (c).

La machoire inferieure peut être ouverte avec tant de force que Mr. VAN SWIETEN a vû un jeune homme chez qui elle fut luxée; n'ayant pas été remise d'abord, elle ne put jamais l'être, & cet infortuné, reçû dans un hôpital, y mena la vie la plus triste; mais un accident très ordinaire & le plus effrayant, c'est les convulsions violentes de cette machoire, qui saisissant souvent la langue, portée elle même en avant par ses propres mouvements convulsifs, la broye cruellement, la blesse très souvent, la partage quelquefois presqu'entiérement; comme ARETÉE en avoit déjà averti, & comme on en voit un exemple dans TURNER (d); l'ampute même totalement. Le sang qui en coule rougissant l'écume qui sort ordinairement des lévres & que j'ai vû, chez deux

(c) Ibid.
(d) *Art of Surgery* T. 1. Obs. 54. p. 178.

malades, avoir une odeur cadavereuse insuportable, que je ne vois indiquée par aucun observateur, rend le spectacle plus pénible; & le grincement continuel de dents, qui est quelquefois assez fort pour en faire sauter des fragmens avec impétuosité, comme Mr. VAN SWIETEN en a été témoin lui même (e), & comme on le voit déjà dans les Mémoires des Curieux de la nature (f), en aggrave l'effrayant pour tous ceux qui ne pouvant pas se persuader que des mouvements si violents ne soyent point sentis par le patient, s'imaginent que ses souffrances sont proportionnées à son action.

La tête exécute, avec une rapidité qu'on a peine à comprendre, les mouvements les plus extraordinaires; quelquefois, c'est une rotation continuelle; dans un autre moment, elle est portée alternativement en avant & en arriére, avec une force à laquelle rien ne resiste; d'autres fois elle est fixe dans l'une ou l'autre de ces attitudes,

(e) Ibid.
(f) *Decur* 2. *ann.* 7. *Observ.* 110. p. 176.

c'est-à-dire le menton fixé sur la poitrine, ou la tête absolument renversée en arriére; quelquefois le col est dans l'etat de la plus grande roideur, & aussi peu susceptible d'aucune flexion qu'un col de marbre; j'ai vû un jeune homme qui avoit de fréquents accès, & pendant toute la durée de chaque accès la tête étoit si fortement tournée du côté gauche que le menton reposoit presque sur l'épaule.

Les bras, les mains, les doigts éxécutent avec une grande violence, les mouvements de flexion, d'extension, d'abduction, d'adduction, de rotation, de pronation, de supination, & la cloture du pouce, dont j'ai parlé, est plus ordinaire que bien d'autres mouvements, parce qu'il a des muscles plus forts que les autres doigts.

Les muscles du tronc, c'est-à-dire du dos, de la poitrine, du bas ventre sont également agités, & l'on voit très ordinairement la poitrine & les muscles du bas ventre se mouvoir avec une grande célérité & le tronc soulevé, tourné, courbé, par leurs differents mouvements: d'autres fois tous ceux

qui meuvent le tronc se roidissant dans le même instant, le malade se trouve dans un véritable tetanos; si la convulsion attaque ceux qui fléchissent, on voit naître un emprostotonos, & un opistotonos si ceux qui le renversent sont seuls convulsés. Tous ces mouvements se succedent quelquefois dans le même accès; d'autres fois on ne les observe que dans des accès differents. Les muscles des cuisses, des jambes & des pieds sont dans le même cas & éprouvent de fortes convulsions; si l'on n'aperçoit pas ordinairement ceux des doigts des pieds chez les adultes qui les ont couverts, on n'en est pas moins sûr de leur existence, puisqu'on les voit très forts chez les petits enfans qui ont ordinairement ces parties nues, & qui offrent mieux que les adultes quelques parties du spectacle d'un accès, parce qu'on a leur corps tout entier sous les yeux; j'ai vû les doigts des pieds s'écarter les uns des autres si étonnamment qu'ils paroissoient allongés du double; quelquefois le pied se courbe si prodigieusement que le bout du gros doigt

eſt porté preſque ſous le talon (*g*); & en general l'action des muſcles eſt ſi variée & ſi forte, qu'elle éxécute non ſeulement les mouvements les plus bizares, mais encore ceux qu'on croiroit les plus impoſſibles même aux pantomines les plus exercés, & les éxécute avec une force infiniment ſupérieure à celle de l'homme ſain.

Un ſi grand travail occaſionne néceſſairement une ſueur abondante, les malades en ſont ordinairement baignés, ſur-tout dans les parties ſupérieures, la tête, le col, la poitrine. Mr. DE HAEN qui obſerve avec tant d'exactitude, l'a vûe d'une fœtidité extraordinaire & ſi abondante que le lit même en étoit mouillé. (*h*).

Les rots, les borborigmes, les vomiſſements, les évacuations involon-

(*g*) Ce ſont les fortes convulſions des jambes jointes à cette eſpece de gemiſſement qu'on remarque pendant l'accès qui ont occaſionné la comparaiſon d'ARETE'E, Εκφύγμενοι Τανύσεοι νῦν πάλιν ἠ ξυμφορῆ. *De cauſ. & ſign. acut. morbor. Liv. I. Chap.* 5. *p.* 2.

(*h*) *Ratio medendi*, pars 5. Cap. 3. §. 5.

taires des excremens, de l'urine, du ſperme prouvent que les muſcles interieurs ſont dans le même état de convulſions que les extérieurs. Il y a, il eſt vrai, des malades chez leſquels aucune de ces évacuations n'a lieu, mais il y en a auſſi pluſieurs dans leſquels elles ſont très fortes; & j'ai averti dans un autre ouvrage que les accès accompagnés d'une évacuation de ſperme accabloient beaucoup plus le malade que les autres; celle des urines eſt aſſez fréquente; j'ai vû des enfans chez leſquels elle formoit un jet de dix pieds, c'eſt même quelquefois par la veſſie que la convulſion commence, & l'évacuation involontaire de l'urine forme le premier ſymptome, comme cela arriva au premier enfant que VEPFER vit mourir des effets de la cigue (*i*) & à une femme qui, où qu'elle fut, ſe trouvoit tout à coup obligée de rendre ſon urine & perdoit tout de ſuite connoiſſance (*k*). J'ai ſous les yeux un malade qui fait des efforts pour vomir pendant la plus grande partie de

(*i*) *De cicut. aquat.* p. 6.

(*k*) SCHENCKIUS, *Obſervationes Medic.* fol. p. 119.

l'accès, quoique la cauſe du mal ne ſoit point dans l'eſtomach; l'évacuation des matières fœcales eſt la plus rare; les rots, & les borborigmes ſont très ordinaires, & il n'eſt point ſurprenant qu'il y ait autant de convulſions internes, puiſque c'eſt une obſervation conſtante, dont la raiſon ſe trouve aiſément dans la ſtructure des parties, qu'il faut une irritation bien moins forte pour convulſionner les muſcles internes que les externes; auſſi les convulſions des membres ſont aſſez rares & celles des organes interieurs ſont une des maladies les plus fréquentes. J'ai vû quelquefois de fortes palpitations de cœur; PECHLIN en vit d'effrayantes chez une femme (*l*), & le poulx pendant l'accès eſt toujours vite; il ſeroit même preſqu'impoſſible qu'il ne le fut pas; cette violente action de tous les muſcles lui donne la même fréquence que lui donneroit un exercice très fort; dans les commencemens, il eſt petit, & il acquiert de la force à meſure que l'accès

(*l*) *Obſerv. Phyſ. Med.* Liv. 2. Obſ. 29. p. 285.

avance; ſouvent il eſt irregulier & quelquefois la difficulté de le tater exactement le fait paroitre tel, lors même qu'il ne l'eſt pas, je m'en ſuis aſſuré plus d'une fois en touchant l'artére temporale. Mr. MORGAGNI a fait quelques obſervations intereſſantes ſur la lenteur du poulx dans quelques épileptiques hors de l'accès, mais elles m'ont paru mieux placées dans le Chapitre du poulx qu'ici.

La gène qu'éprouve la reſpiration fait que le ſang ne pouvant pas ſe porter au poulmon s'arrête dans la veine cave, & par la même toutes les veines reſtent plus gonfles; on s'en aperçoit ſur-tout aux veines jugulaires, aux ranines, aux frontales; le viſage ſe gonfle, devient rouge, livide, noir, & quelquefois reſte échimoſé après l'accès; j'ai été conſulté par un malade chez qui cette échimoſe étoit très forte au front & aux yeux, quand les accès étoient forts; il eſt ſur-tout très fréquent que le viſage reſte parſemé de petites taches rouges, ſuites du ſang extravaſé, qui ſe diſſipent quelquefois au bout de quelques heures, mais que j'ai vû d'autres fois durer

plusieurs jours. Il peut aussi se faire des épanchemens interieurs ; Mr. VAN SWIETEN a vû rendre le sang par les vomissemens & par les selles (*m*) & l'on en trouvera d'autres exemples plus bas.

§. 3. La durée des accès n'est point fixe, j'en ai vû ne durer que trente cinq à quarante secondes, d'autres deux minutes, quelques uns plusieurs heures ; BARBETTE parle d'une fille de 20 ans dont les accès n'étoient pas extrêmement violents, mais ils duroient toujours quatorze heures. (*n*) La durée la plus ordinaire est depuis dix jusqu'à vingt minutes, & ils finissent ordinairement au moment où la violence du mal paroit parvenue à son dernier période & où le malade paroit prêt à suffoquer ; la respiration devient tout à coup plus lente & plus aisée, la vitesse du poulx se ralentit, les convulsions diminuent & bientôt cessent tout-à-fait, le malade reprend sa physionomie, il ouvre les yeux & à l'air étonné, tous ses membres parois-

(*m*) VAN SWIETEN §. 1077. pag. 489.
(*n*) *Praxeos Medicæ* Liv. 1. Chap. 1.

sent accablés, il se sent une lassitude & une foiblesse générale, quelquefois il reprend la connoissance sur le champ, d'autres fois il reste plusieurs heures avant que de revenir parfaitement à lui, & pendant tout ce tems il paroit quelquefois dans un état de malaise, d'autres fois il s'endort profondement au moment même où l'accès cesse & dort plusieurs heures de suite ; mais soit qu'il s'endorme ou ne s'endorme pas, il ne conserve également aucune idée de ce qui s'est passé & aucun souvenir de l'accès. Quelques malades ont d'abord repris leurs forces, d'autres restent languissants & changés pendant quelques jours ; presque tous conservent un peu de tristesse, & souvent une sensibilité excessive & de la mauvaise humeur.

J'ai été consulté pour une malade chez laquelle tous les accès & elle en avoit beaucoup, se ressembloient ; „ ils commençoient par un criaille-„ ment d'environ une minute, des „ convulsions de sept ou huit, au „ bout desquelles elle bavoit des glai-„ res, puis un évanouissement de dix

„ à douze, & ensuite un assoupisse-„ ment soit sommeil de vingt cinq à „ trente ; ainsi le tout duroit ordinai-„ rement plus de trois quart d'heu-„ res ".

Une autre femme, dont je reparlerai plus bas, étoit ordinairement attaquée la nuit & ne s'apercevoit de ses accès que le lendemain par une tristesse accablante & une espece de frayeur intérieure qui ne l'abandonnoit point.

Mr. VANDELLI, Premier Médecin du Duc de Modene, a vû deux fois, chez son valet, que l'accès laissoit une hydrophobie ou une aversion passagére pour l'eau, qui se dissipoit bientôt après (*o*), & cette observation rappelle qu'on trouve dans le Journal de Medécine l'histoire d'un malade observé par Mr. BRIEU, dont le mal commença par de longs & violents maux de tête, ensuite des accès d'épilepsie, & enfin une véritable hydrophobie qui termina la vie. (*p*)

§. 4. J'ai décrit la marche la plus

(*o*) SAUVAGES, *Nosolog. methodic.* Class. 8. Tom. 2. pag. 235.
(*p*) *Journ. de Med.* Tom. 14. p. 315 Avril 1761.

ordinaire & la plus facheuse, mais ce n'est pas la seule, & SENNERT a déjà bien vu qu'elle étoit souvent fort differente ; quelquefois dit - il dans une legére épilepsie, les convulsions ne sont point générales, le malade ne tombe point, mais quelques parties seulement entrent en convulsion ; les uns ne font que secouer la tête, d'autres renverser les yeux, d'autres agiter les bras & les jambes, il y en a chez qui la convulsion n'est marquée que par la cloture des mains, d'autres tournent, d'autres enfin courent, mais tous ont ceci de commun, c'est qu'ils perdent absolument le sentiment & ne conservent aucune idée de ce qu'ils éprouvent (*q*). Il paroit en effet qu'on doit admettre pour caractére de l'épilepsie une perte totale & subite de sentiment avec quelques mouvements convulsifs, & reconnoitre pour accès d'épilepsie tous les accidents qui auront ce double caractére quelques dissemblables qu'ils puissent être d'ailleurs par la violence & par la durée ; mais quelques violentes & quelques

(*q*) *Dan.* SENNERTI *Medicina practica*, Liv. 1. Sect. 2. Chap. 31. Tom. 1. p. 728.

générales que soyent les convulsions, si elles ne sont pas accompagnées de perte de connoissance & de sentiment, ce n'est point l'épilepsie (r).

§. 5. TRINCAVELLI parle d'un enfant qui avoit eu pendant quelques tems de légers accès; tous les quinze jours, ils devinrent si frequents qu'il en eut jusques à 150 dans un jour, mais ils n'étoient marqués que par une convulsion de la tête & une petite bulle d'écume au coin de la lévre (s); & l'on trouve dans BENIVENIUS l'histoire d'une jeune fille qui ne tomboit point, n'écumoit point, mais restoit de bout ou dans telle autre attitude dans laquelle elle se trouvoit & remuoit seulement la tête de coté & d'autre, avec une grande rapidité sans rien voir & sans rien entendre (t), & après l'accès elle ne se souvenoit point de ce qui lui étoit arrivé. DURET parle dans ses Commentaires sur la

(r) HOLLERIUS *opera omnia practic.* Chap. 15. *De epilepsi. scholium* p. 95.
(s) *Consil.* Lib. 1. conf. 25. v. *Mercur. compilat.* p. 167.
(t) SENNERT *inst. medic.* L. 2. p. 3. sect. 1. ch. 9.

pratique d'HOLLIER, d'une épileptique qui ne remuoit que la tête, & ERASTE d'une autre qui n'éprouvoit qu'une courte perte de connoissance avec une contraction presqu'insensible des lévres. PECHLIN parle aussi d'une jeune personne dont les accès n'étoient qu'une légére contorsion des yeux, de la tête & de la poitrine, avec privation de sentiment, ce qui duroit à peine la dixiéme partie d'une minute (u), mais ils revenoient plusieurs fois par jour.

J'ai vû un enfant de dix ans chez qui les accès ne furent pendant longtems caracterisés que par une perte instantanée de connoissance & un violent mouvement du bras droit qui jettoit fort loin ce qu'il se trouvoit tenir à la main; j'avertis ses parents du danger, ils y firent peu d'attention, le mal continua; deux ans après il survint de véritables accès d'épilepsie, très forts & très fréquents, la convulsion du bras droit étoit toujours la plus marquée, & souvent entre les grands accès les

(u) *Observat. physic. medic.* T. 2. obs. 29. p. 283.

premiers reparoissoient. J'ai vû une jeune personne chez qui ils n'étoient marqués que par une convulsion instantanée des muscles du visage & du col avec la perte cependant de connoissance; chez une autre un leger cri produit par la convulsion du larinx étoit le seul symtome convulsif qui accompagnat la perte de connoissance; l'une & l'autre eurent ensuite des accès très forts. J'ai été consulté depuis peu par un homme de trente ans chez qui la perte de connoissance qui entraine sur le champ une chutte brusque, dure six, sept & même huit heures, sans cris, sans convulsions violentes, mais un très fort resserrement de la machoire & des poignets. C'est cette espéce sans doute qu'on a appellé *épilepsie apoplectique* & qui est déjà indiquée dans COELIUS AURELIANUS (x). Mais Mr. DE SAUVAGES remarque très bien qu'on la distingue toujours de cette maladie par le spasme, ou

(x) *Morbor. chronicor.* Lib. prim. Cap. 4tum p. 291. *ejus passionis species duæ esse probantur: alia quæ somno similis altissimo videtur: alia quæ diverso raptu corpus afficit.*

de la machoire, ou de quelques doigts, ou des muscles du bas ventre (y): On la distingue aussi par la respiration toujours gênée dans l'apoplexie & libre dans l'épilepsie quand les muscles de la respiration ne sont pas convulsés: On la distingue de la vraye syncope, parce que le coloris la force & la liberté du poulx subsistent. Je vis il y a plusieurs années une fille de vingt huit ans, qui éprouvoit depuis trois mois le cinquiéme accès de cette espéce, je ne vis d'abord de convulsif que le serrement des machoires, mais en l'examinant bien attentivement, je découvris que la langue étoit dans une action continuelle. Mr. MORGAGNI parle d'une malade chez qui l'accès commençoit par un leger tremblement au quel succedoit une roideur générale, sans mouvements, avec perte de connoissance (z).

Il y a des accès bien opposés, & on lit, dans un recueil d'observations, celle d'un homme dont tout l'accès consistoit à être forcé de courir dix pas

(y) *Nosolog. method.* 4to T. 1. p. 849.
(z) *De sedib. & causis morbor.* L. 1. Ep. 9. §. 16.

en arriére, tomber ſans connoiſſance & ſe relever ſur le champ très bien. (*a*) Chez un jeune homme, dont parle le même PEIROUX, l'accès étoit tout auſſi bizare; il croyoit voir venir au galop & avec grand bruit un caroſſe dans lequel il y avoit un petit homme en bonnet rouge; craignant d'être écraſé par ce caroſſe, il tomboit roide & ſans connoiſſance, & un inſtant après il revenoit à lui (*b*). OETHEUS parle d'un autre qui en commençant l'accès, étoit obligé de tourner pluſieurs fois circulairement. (*c*) L'on trouve déjà chez un plus ancien Obſervateur, l'obſervation d'une épilepſie qui faiſoit courir (*d*).

L'on m'a amené en Septembre 1769 une étrangere, âgée de quatorze ans, dont la maladie offre quelques ſingularités remarquables.

Elle avoit joui d'une très bonne ſan-

(*a*) PEIROUX, *obſervat. medicin.* p. 90.
(*b*) Ibid. p. 85. Le fils d'ALSAHARAVIUS voyoit venir à lui une femme noire couverte d'un cuir & tomboit quand elle l'approchoit. SCHENCKIUS p. 112.
(*c*) SCHENCKIUS, *Obſervat. medicar.* volumen fol. Francof. 1609. p. 110.
(*d*) V. SENNERT ibid.

té juſqu'à l'age de ſept ans; à cette époque elle ſe trouva ſur l'eau en partie de plaiſir avec d'autres jeunes perſonnes, au moment d'un orage violent qui les effraya toutes beaucoup, mais elle fut la ſeule qui ne vomit pas. Quelques jours après, on remarqua dans les paupieres un mouvement qui parut d'abord un tic, mais qu'on reconnut bientôt pour être convulſif; on l'a confia aux ſoins de deux Medecins très habiles qui ne purent pas empecher qu'il ne parut au bout de quatre mois de vrais accès d'épilepſie, qui étoient très forts & très frequents, & durerent pluſieurs mois; pendant une partie de ce tems, la jeune malade avoit frequemment, dans l'intervalle des grands accès, de petits très courts qui n'étoient marqués que par une perte inſtantanée de connoiſſance qui lui coupoit la parole avec un très léger mouvement dans les yeux, ſouvent en revenant à elle, elle achevoit la phraſe au milieu de laquelle elle avoit été interrompue, d'autres fois elle l'avoit oubliée. Pendant une autre partie de ce même tems, ces accès inſtantanés ne la prenoient jamais que quand

elle marchoit, elle étoit arrêtée ſans connoiſſance pendant quelques ſecondes, & il y avoit toujours un leger mouvement convulſif dans la jambe qui étoit en avant. Cependant les grands accès s'éloignoient, mais ces petits étoient fréquents, quand un jour, après en avoir eu pluſieurs, la malade alla ſe baigner dans la riviére avec une femme de chambre & depuis cet inſtant, elle reſta vingt & un mois ſans en avoir ni grands ni petits. Les grands reparurent à cette époque dans le moment du chagrin de la mort imprevue d'un Pére, & dès lors ils ont continué, & ſont aſſez fréquents dès les premiers froids de l'automne juſques aux premiers jours chauds de l'été; mais pendant toute cette derniere ſaiſon, la malade n'en éprouve aucun & jouit d'une parfaite ſanté, à cela près qu'elle a le genre nerveux très mobile, s'attriſte ſouvent & s'effraye avec la plus grande facilité; les bains froids que le ſuccès du premier avoit indiqué lui ont été inutiles dans cette rechutte.

Il me paroit inutile de raporter un plus grand nombre de varietés d'accès épileptiques, l'énumeration de celles

qui ont été obſervées reſteroit toujours très incomplette, & le nombre de celles qui ſont poſſibles eſt indefini.

Je finirai cet article par remarquer que chez pluſieurs malades tous les accès ne ſont pas également forts; il y en a qui ont ſouvent les avant-coureurs de l'accès ſans que l'accès ſuive; d'autres un commencement momentané d'accès qui diſparoit bien vite; j'ai vû il n'y a que peu de jours un garçon tailleur dont les accès commençoient tous par un petit mouvement involontaire des doigts comme s'il avoit badiné, pendant lequel il ne perdoit point connoiſſance; ce mouvement revenoit très ſouvent, (je le vis deux fois dans un quart d'heure,) ſans aucune autre ſuite; c'étoit le premier dégré de la maladie, le ſecond étoit l'enroidiſſement des doigts qui ſe ſerroient avec beaucoup de force, & le malade tomboit dans l'inſenſibilité & l'aſſoupiſſement, mais dans un aſſoupiſſement agité & inquiet; ſouvent encore le mal en reſtoit là, & au bout de quelques minutes le malade ſe reveilloit, croyoit avoir dormi & ſe fachoit; quand il parvenoit au troiſieme dégré

dégré, les convulſions étoient d'une violence étonnante, & au reveil le malade étoit encore plus courroucé qu'après le ſecond dégré.

ARTICLE II.

Des cauſes de l'Epilepſie en général & de la cauſe prédiſpoſante en particulier.

§. 6. La cauſe de cette maladie ne peut exiſter que dans le cerveau & à l'origine des nerfs, qui paroiſſent être fortement comprimés ou contractés dans ce moment là. Cette compreſſion pouſſe les eſprits animaux dans les nerfs moteurs, comme la contraction du cœur chaſſe le ſang dans les artéres, & elle empêche l'abord de ceux qui reviennent par les nerfs ſentants, tout comme le ſang veineux eſt empêché de ſe jetter dans le cœur pendant ſa ſyſtole. En comprimant le cerveau, on peut aiſement empêcher le ſentiment; ſi l'on exerçoit une compreſſion plus forte, on forceroit le mouvement des eſprits animaux, & on produiroit une épilepſie plus ou moins forte & plus ou moins générale; c'eſt peut-

AUFGABEN UND ZIELE DER EPILEPSIE FORSCHUNG

IN SYMPTOMATOLOGISCHER UND AETIOLOGISCHER BEZIEHUNG

VON

OTTO BINSWANGER, JENA.

Die alte Erfahrung, dass mit der Vertiefung in ein wissenschaftliches Problem bei jedem Schritte des Vorwärtsdringens sich immer neue, vorher nicht geahnte Schwierigkeiten auftürmen, gilt in verstärktem Maasse für die Bearbeitung grosser, umfassender, wissenschaftlicher Gebiete. Nirgends ist mir diese Erfahrung klarer zur Erkenntnis gekommen, als bei meinen Arbeiten über die Natur und die mannigfaltigen Erscheinungsformen der Epilepsie, denen ich seit Beginn meiner wissenschaftlichen Tätigkeit — seit nunmehr 30 Jahren — viel Zeit und Mühe gewidmet habe. Aber nicht allein die persönliche Erfahrung bestärkt in mir die Überzeugung, dass die Epilepsie in aetiologischer, pathogenetischer und symptomatologischer Beziehung die grössten Rätsel birgt; noch vielmehr hat mich das Studium der Literatur zu diesem Schlusse geführt. Man braucht gar nicht weit zurückzugreifen, um zu beweisen, dass die Vervollkommnung der anatomischen, physiologischen und klinischen Untersuchungsmethoden — mit einem Worte der Neuropathologie — das Arbeitsfeld der Epilepsie stetig erweitert hat und dass immer neue ungelöste Fragen sich herandrängen. Wie einfach gestaltete sich noch vor kaum mehr als einem Menschenalter die Lehre von dem Ausgangspunkt und dem Mechanismus des vollentwickelten Anfalls! *Schröder*

van der Kolk, Reynolds, Echeverria, Kussmaul, Brown-Séquard und *Schiff* haben den Ausgangspunkt der allgemeinen Convulsionen in die Brücke und das verlängerte Mark verlegt. *Nothnagel* hat diese Lehre weiter ausgebaut und zu einem gewissen Abschluss gebracht, indem er bekanntlich die Convulsionen durch die Erregung des von ihm gefundenen Krampfcentrums im Pons und die Bewusstlosigkeit durch die Erregung des vasomotorischen Centrums in der Medulla oblongata entstehen liess. Die Umwälzungen, welche die medulläre, resp. die bulbäre Theorie des epileptischen Anfalles durch die Arbeiten von *Hitzig, Ferrier, François Franc, H. Munk, Luciani* u. A. über die motorischen Regionen der Grosshirnrinde erfahren hat, sind in frischer Erinnerung. An die Stelle der Theorie von der bulbären Entstehung des epileptischen Anfalles trat die Lehre von dem ausschliesslich corticalen Ursprung der epileptischen Convulsionen, eine Lehre, die in *Unverricht* ihren beredtesten und consequentesten Vertreter gefunden hat. Heute sind die Ansichten soweit geklärt, dass bei der genuinen Epilepsie die ursprüngliche, die epileptischen Convulsionen auslösende Erregung in die Hirnrinde verlegt wird, dass aber das Resultat dieser Erregung, soweit motorische Reizvorgänge in Frage kommen, am schnellsten und intensivsten in infracorticalen, motorischen Centralapparaten zur Wirkung gelangen. Diese Auffassung wird wesentlich gestützt durch eine Reihe von Tierversuchen, die Ziehen und ich gemacht haben. Aber eine Lösung aller Fragen, die auf den Mechanismus des epileptischen Anfalles beim Menschen Bezug haben, ist durch diese Arbeiten und die an sie geknüpften allgemeinen Schlussfolgerungen noch lange nicht gegeben. Durchaus ungelöst ist noch, um nur einige Punkte hervorzuheben, die Frage, ob auch beim Menschen die tonische Erregung der gesammten Körpermusculatur ins verlängerte Mark zu verlegen ist, oder ob hier nicht höhere basale Hirnteile im Spiele sind, ob alle intermittierenden Krämpfe („clonische"), welche der tonischen Phase beim typischen epileptischen Anfall nachfolgen, auf einer Erregung der motorischen Rindencentren

beruhen, oder ob hier nicht auch andere, reflectorisch von tiefer gelegenen Hirnteilen erzeugte Convulsionen (vergl. die neueren Arbeiten von *Prus*) in dem complicierten Krampfbilde vertreten sind. Hier ist noch ein weites Gebiet der experimentellen Arbeit offenstehend!

In engem Zusammenhange mit diesen Problemen der experimentellen Pathologie stehen die klinisch-symptomatologischen Forschungen, welche auf eine schärfere Differenzierung des epileptischen Anfalles beim Menschen hinzielen. In meiner monographischen Bearbeitung der Epilepsie habe ich nach physio-pathologischen Gesichtspunkten versucht, die Richtlinien vorzuzeichnen, welche eine Klassizierung der epileptischen Paroxysmen nach der Art und Aufeinanderfolge der motorischen, convulsivischen Componente ermöglichen. Diese Methodik wird unsicher, sobald man sich in das Grenzgebiet der abortiven Anfälle (petit mal) begiebt und versagt vollständig, wenn die paroxystischen Entladungen sich ausschliesslich auf psychischem, sensorischem (resp. sensiblem), vasomotorischem, sekretorischem Gebiete vollziehen. Die klinische Bedeutung dieser aura-ähnlichen Vorgänge beim abortiven Anfall ist durch *Gowers* ins hellste Licht gerückt worden. In diesem Zusammenhang mag auf die Arbeit von *Muskens* über die „praeepileptischen Empfindungs-Störungen" hingewiesen werden, welche neuerdings durch *Maes* und *Claude* eine Bestätigung gefunden haben; doch sind hier weitere Nachprüfungen notwendig, vor allem um dem Einwand zu begegnen, dass eine scharfe Trennung hysterischer und epileptischer Krankheitsfälle bei diesen Untersuchungen nicht stattgefunden hat. Bestätigt es sich, dass diese Empfindungsstörungen Vorläufer-Erscheinungen *reiner* epileptischer Paroxysmen sind, — sie können dann nur als initiale, umschriebene Hemmungsentladungen gedeutet werden —, so ist damit nicht allein für die Diagnostik, sondern auch für die Therapie der Epilepsie viel gewonnen.

Im Mittelpunkte des klinischen Interesses steht immer noch die Frage, inwieweit eine klinisch-symptomatologische Unterscheidung der convulsivischen Componente bei den epileptischen und hysterischen Paroxysmen mit völliger Sicherheit möglich ist. Darüber besteht ja kein Zweifel, dass zu der epileptischen Neurose im Laufe der Zeit typisch-hysterische Elemente, meist interparoxysmelle, oder umgekehrt zu der ausgeprägten Hysterie epileptisch-paroxystische Attaquen sich hinzugesellen können. Auch das Bestehen eigentümlich zusammengesetzter Krankheitsfälle von Hysterie und Epilepsie wird nicht bestritten, bei welchen Teile eines protrahierten hysterischen Anfalles hinsichtlich der Aufeinanderfolge und Gruppierung der Symptome sich in nichts von den Anfällen bei der genuinen Epilepsie unterscheiden (Zungenbiss, Aufhebung der Lichtreaction, tonisch-clonischer Krampf, u.s.w.).

Der Streit dreht sich eigentlich nur darum, ob bei diesen letztgenannten zusammengesetzten Anfällen die epileptiforme Componente tatsächlich dem Krankheitsbegriff der Epilepsie zugerechnet werden darf, oder ob es sich hier nur um ganz eigenartige Erscheinungsformen der Hysterie handelt; mit anderen Worten, ob eine echte Mischform von Epilepsie und Hysterie, die sogenannte Hystero-Epilepsie in Wirklichkeit besteht. Hoche überbrückt die auch von ihm anerkannten klinisch-symptomatologischen Schwierigkeiten der differentiellen Diagnostik, indem er auf den zuerst von *Jolly* ausgesprochenen Gedanken zurückgreift, dass die Hysterie unter Umständen im Stande ist, den beim echten epileptischen Anfall vorauszusetzenden Hirnzustand auszulösen. Es widerstreitet auch nicht der Annahme, dass die Hysterie bei einem Entarteten leichter als sonst im Stande ist, einen epileptiformen Anfall zu erzeugen. Ich bin mit diesen Feststellungen vollständig zufrieden gestellt und gebe den von mir noch festgehaltenen Ausdruck der Hystero-Epilepsie, der neuerdings soviel Anstoss erregt hat, gerne preis. Denn ich muss einräumen, dass eine klinisch-symptomatologische Beweisführung für das Vorhandensein von echter Combination („Mischform") von Epilepsie und Hysterie nicht möglich ist.

Die Streitfrage liegt eben nicht mehr auf symptomatolo-

gischem Gebiete, sie ist gegenwärtig ausschliesslich beherrscht von dem Standpunkte, welchen wir hinsichtlich der Pathogenese beider Krankheiten einnehmen. *Heilbronner* hat die heute wohl allgemein geltende Auffassung kurz dahin zusammengefasst: „Die Hysterie stellt eine im engeren Sinne functionelle Neurose dar, deren Äusserungen materiellen Zustands-Veränderungen nur in dem Maasse entsprechen, als sie überhaupt den seelischen Vorgängen parallel gehen; es giebt demnach weder eine pathologische Anatomie der Hysterie noch wird es eine solche in absehbarer Zeit geben. Die Epilepsie kann dagegen als functionelle Neurose nur in dem Sinne bezeichnet werden, dass wir die ihr zu Grunde liegenden Veränderungen noch nicht kennen. Hysterische und epileptische Erscheinungen stellen etwas principiell Verschiedenes dar, sie können sich zwar vermischen, aber nicht ineinander übergehen." Er leitet aus dieser Auffassung die Berechtigung ab, „vorläufig" die organisch ausgelösten Anfälle als epileptisch, die functionell bedingten als hysterisch zu betrachten. Das ist eine klare, einfache Grundformel zur Unterscheidung von Epilepsie und Hysterie; es taucht aber sofort die Frage auf, ob wir zu diesem Wechsel auf Sicht tatsächlich bei dem gegenwärtigen Stand der Dinge berechtigt sind. Es lassen sich sowohl von allgemeinen pathologischen Gesichtspunkten, als auch von dem speciellen Arbeitsgebiet der Epilepsie aus, Bedenken gegen die Formulierung erheben. Wie ich in verschiedenen früheren Arbeiten und zuletzt in meinem Abriss der allgemeinen Psychiatrie erörtert habe, sind die Begriffe „organische und functionelle Erkrankungen" in der Neuropathologie und Psychiatrie zur Feststellung bestimmter Krankheitstypen immer ungeeigneter geworden. Nicht nur auf dem Gebiete der Epilepsie, sondern auch der akuten und chronischen Psychosen haben wir in den letzten Jahrzehnten genugsam Erfahrungen darüber sammeln können, dass Krankheitsfälle, die man früherhin zu den functionellen Psychosen resp. Neurosen gerechnet hatte, ausgeprägte anatomische Veränderungen der Hirnrinde darbieten. Ich erinnere hier

nur an die infectiösen resp. post-infectiösen Psychosen (Amentia acuta). Wenn man gerade bei den letztgenannten Krankheitszuständen genauere Studien über die pathologischen Veränderungen der Central-Nervenzelle anstellt, so bekommt man einen Einblick in die Mannigfaltigkeit der Zell-Erkrankungen. Aber auch bei den chronisch verlaufenden Fällen, mit Ausgang in Demenz, lassen sich diese verschiedenartigen Stadien und Arten der Zellerkrankung mit genügender Sicherheit feststellen. Ich bin auf diesem Wege immer mehr zu der Überzeugung gelangt, dass principiell nur ein quantitativer Unterschied hinsichtlich der Schädigung der Nervensubstanz zwischen den functionellen und den organischen Nerven- und Geisteskrankheiten besteht.

Die functionellen Neurosen und Psychosen beruhen in letzter Linie auf *ausgleichbaren* (chemisch-nutritiven) Störungen der functionstragenden Nervensubstanz und insbesondere der centralen Nervenzelle, die man mit *Hering* und Verworn am besten als Störungen der assimilatorischen und dissimilatorischen Prozesse bezeichnet. Man kann vielleicht noch einen Schritt weiter gehen und für diese *ausgleichbaren*, bislang functionell bezeichneten Störungen Partial-Schädigungen der Nervenzelle verantwortlich machen, die einer völligen Regeneration durch die physiologischen Ernährungsvorgänge zugänglich sind. Neben den völlig *ausgleichbaren* stehen diejenigen Partial-Schädigungen, bei welchen der Ersatz, der erneute Aufbau geschädigter Zellbestandteile ein unvollkommener ist. Dies wird umso leichter stattfinden, wenn die moleculare Constitution der Nervenzelle schon vor der Einwirkung der schädigenden Ursache eine minderwertige war (constitutionelle Anomalie), oder wenn die Molecular-Schädigung eine ausgedehntere gewesen ist. So entstehen die bleibenden Functions-Störungen; ich erinnere hier bloss an die chronisch nervöse, resp. psychische Erschöpfung; dass hierbei recht häufig Toxinwirkungen beteiligt sind, zeigen uns die Fälle der chronisch-neurasthenischen Zustände, welche im Gefolge der syphilitischen Ekrankung

oder bei Vergiftung mit Schwefelkohlenstoff, Kohlenoxyd u.s.w., entstehen. Dass diese Art der Betrachtung bei der Hysterie nicht Halt zu machen braucht, lehren uns gerade diese Schwefelkohlenstoff-Vergiftungen. Ich will hier die Parallelle zwischen den functionellen und organischen Erkrankungen nicht weiter ausführen und nur hervorheben, dass diese letzteren anatomisch leichter erkennbar sind, weil sie zu schweren Totalerkrankungen der Nervenzelle, zu weitgehendem Untergang der functionstragenden Nervensubstanz mit ausgedehnten reparatorischen Wucherungsprozessen der gliösen Substanz und des mesodermalen Stützgewebes führen. Hier ist auch der Functions-Ausfall offenkundiger; speciell für die Epilepsie kommen die gleichen Betrachtungen in Frage.

Die neuesten Arbeiten von *Alzheimer* haben uns gezeigt, dass bei Epileptikern, welche im Status epilepticus zu Grunde gegangen sind, sich Anzeichen eines schweren akuten Erkrankunsgsprocesses auffinden lassen: regressive Veränderungen an den Ganglienzellen, Zerfall feinster Axencylinder, oft geradezu massenhafte Kernteilungsvorgänge in den Gliazellen, zuweilen ungemein zahlreiche, grosse amoeboide Gliazellen, die mit verschiedenen Abbauprodukten beladen sind. Auch bei Kranken, die an intercurrenten Krankheiten gestorben waren, aber in den letzten Wochen vor dem Tode viele Anfälle hatten, fanden sich diese Veränderungen, wenn auch nur angedeutet. Dafür enthielten aber die Gefässe zuweilen ganz ausserordentliche Mengen von Abbauprodukten; man wird nicht fehl gehen, wenn man dieses gehäufte Vorkommen von Abbauprodukten mit schweren chemisch-nutritiven Schädigungen der functionstragenden Nervensubstanz in direkten Zusammenhang bringt; dabei bleibt die Frage noch offenstehend, ob diese Schädigungen Ursache oder Folge der vielen epileptischen Anfälle gewesen sind. Das ist aber sicher gestellt, dass solche Schädigungen vorliegen. Im Hinblick auf die Arbeit von *Redlich* über die „Halbseitenerscheinungen bei der Epilepsie" ist der weitere Schluss gerechtfertigt, dass diese Krankheitserscheinungen

in gleicher Weise wie andere von mir als Erschöpfungssymptome bezeichnete Nachwirkungen epileptischer Anfälle, einschliesslich der Herdsymptome bei der genuinen Epilepsie, mit diesen ausgleichbaren Schädigungen in ursächlichem Zusammenhang stehen.

In den Arbeiten von *Alzheimer* finde ich ausserdem eine Bestätigung für meinen seit Jahren eingenommenen Standpunkt, dass die Gliose nur eine Folge und nicht die Ursache der epileptischen Erkrankung ist und nur dort in ausgeprägtem Masse in Erscheinung tritt, wo die epileptische Degeneration (geistiger Verfall u.s.w.) klinisch vorhanden war, und auch anatomisch ein Ausfall an nervösem Gewebe (nach *Weber*, *Alzheimer*, *Turner*, u. a. Ausfall von Markfasern und Ganglienzellen, sowie Verkleinerung von Ganglienzellen) nachgewiesen werden konnte. Ich habe damit auch den gegenwärtigen Standpunkt der pathologisch-anatomischen Forschung für die genuine Epilepsie kurz gekennzeichnet. Es gilt jetzt auf diesem Wege fortzuschreiten, und insbesondere die Fälle einer genauen anatomischen Untersuchung zu unterziehen, bei welchen der Tod im Anfall erfolgt ist, oder wo intercurrente Krankheiten nach einer Serie von Anfällen zum Tode geführt haben. Am wertvollsten freilich werden Beobachtungen sein von frischen Fällen der Erkrankung, oder solche, bei welchen nur selten vereinzelte oder gruppenweise aufeinanderfolgende Anfälle mit langen Perioden relativer Gesundheit, vor allem aber ohne intellectuelle Schädigung aufgetreten waren. Hier sind wir sicher am meisten berechtigt, von ausgleichbaren, chemisch-nutritiven Störungen zu sprechen. Freilich werden wir nur sehr selten in die Lage kommen, die Obduction derartiger Fälle ausführen zu können, deshalb ist gerade auf diesem Gebiete die Mitarbeit Vieler geboten! Es dürfen aber auch diejenigen Fälle nicht ausser Acht gelassen werden, bei welchen eine epileptische Erkrankung einige Jahre bestanden hat und zur völligen Ausheilung gelangt ist. Dass solche Beobachtungen durchaus nicht selten sind, wird heute kaum mehr bestritten. Die Obduction dieser Fälle wird uns

darüber belehren, inwieweit wir berechtigt sind, die genuine Epilepsie auf völlig ausgleichbare Schädigungen zurückzuführen, oder vorsichtiger gesagt, die Anfälle in direkten Zusammenhang mit solchen Schädigungen zu bringen. Sind unsere Voraussetzungen richtig, so müssen gerade bei diesen letztgenannten Beobachtungen anatomische Veränderungen oben beschriebener Art vollständig fehlen. Die Methoden, welche für diese mikro-histochemischen Forschungen verwendbar sind, hat *Reich* (Journal für Psychol. u. Neurol.) angegeben, auf welche ich hier besonders verweisen will.

(Schluss folgt.)

AUFGABEN UND ZIELE DER EPILEPSIE-FORSCHUNG

IN SYMPTOMATOLOGISCHER UND AETIOLOGISCHER BEZIEHUNG

VON

OTTO BINSWANGER, JENA.

(Schluss).

Ohne auf die klinisch-symptomatologische Gliederung der genuinen Epilepsie hier näher eingehen zu wollen *), möchte ich nur dem Wunsch Ausdruck geben, dass für den Krankheitsbegriff der Epilepsie die paroxystische Entladung, der Anfall in seinen mannigfaltigen Variationen und Abstufungen massgebend bleiben möge. Mag der epileptische Anfall, der physio-pathologisch in Hemmungs- und Erregungsentladungen zerfällt, sich bald mehr auf psychisch-affectiven Gebiete geltend machen — ich erinnere hier an die Arbeiten von *Aschaffenburg* — mag er in eigenartigen Bewusstseinsstörungen bestehen, er wird immer nur dann als epileptisch mit Sicherheit erkannt werden können, wenn ausser diesen Aequivalenten Anfälle beobachtet worden sind, welche auch die motorische Reizcomponente in mehr oder weniger vollständiger Ausprägung besessen haben. Verlassen wir diesen Boden, diagnosticieren wir Epilepsie nur aus der Tatsache, dass irgendwelche paroxystische, z.T. periodisch wiederkehrende Krankheitsäusserungen vorhanden sind, so verlieren wir jeglichen Halt unter den Füssen, und werden die Grenzen der Epilepsie in nebelhafte Fernen gerückt.

*) Ich verweise auf das treffliche Referat von *Vogt*: „die klinische Gruppierung der Epilepsie" auf der Frankfurter Jahresversammlung abgedruckt in d. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 64 1907.

Man gelangt dann zu leicht aus Einzel-Erfahrungen zu Verallgemeinerungen; instructiv ist hierfür die Lehre *Gaupp's*, dass die Dipsomanie zu den epileptischen Erkrankungen zu rechnen sei. Zu diesem Schlusse kann er nur durch die Tatsache gekommen sein, dass ein Teil der Epileptiker, wohlverstanden Kranke, bei denen ausgesprochen epileptische Anfälle unbestreitbar vorhanden sind, an dipsomanischen Zuständen leiden. Aber hier tritt die gleiche Betrachtungsweise in Kraft, welche beim Studium der Fugues-Zustände die Psycho-Pathologie mit Nutzen verwertet hat. Hier wie dort wird man zu der Erkenntnis gelangen, dass der gleiche Symptomencomplex auf dem Boden der verschiedenartigsten Krankheitszustände erwachsen kann und dass in jedem Einzelfalle erst zu erforschen ist, wo er eingereiht werden darf.

Stellen wir den epileptischen Anfall in den Mittelpunkt der klinischen Betrachtung der genuinen Epilepsie, so gewinnt unsere Arbeit bei der Erforschung dieser Krankheit einen festen, sicheren Boden. Das Studium des complicierten Mechanismus des Anfalles, in welchem Reiz-, Hemmungs- und Ausfallsymptome so wunderbar verflochten sind, ist noch lange nicht abgeschlossen; insbesondere bedürfen die Fälle von partieller (der Pseudo-Jackson'schen Epilepsie) Epilepsie, des idiopathischen Status hemiepilepticus (*L. Müller*) der aphasischen Störungen (*Heilbronner*), der Halbseitenerscheinungen bei Epileptikern (*Redlich*), sowie die Epilepsia spasmoico-paralytica (*Voisin*) noch einer genauen Prüfung. Denn nur auf diesem Wege werden wir klinisch zu einer strikteren Trennung der Fälle von organischer und genuiner Epilepsie gelangen können. Für die Herdsymptome der genuinen Epilepsie habe ich in meinem Referat auf dem vorjährigen internationalen Congress in Amsterdam die differentiell-diagnostischen Merkmale zwischen beiden Gruppen von Epilepsie zu kennzeichnen versucht. Aber auch die eigentümlichen Aequivalente oder abortiven Anfälle in der Form myoclonischer Zuckungen, sowie die Beziehungen der Epilepsie zur Migräne sind noch

einer weiteren Aufklärung durch reichere Casuistik und eine genauere Beobachtung bedürftig. Erst wenn diese Vorarbeiten bis zu einem gewissen Grade vollendet sind, werden wir in der Lage sein ,das Krankheitsbild der genuinen Epilepsie schärfer zu umschreiben und symptomatologisch ähnliche, paroxystistische Krankheitserscheinungen von ihr abzutrennen. Dass Hemmungsentladungen besonders auf dem Boden von affectiven Erregungen im Verlaufe constitutioneller Neurosen (vor allem bei degenerativer Veranlagung) episodisch auftreten können, lehren uns die Erfahrungen bei Neurasthenie und Hysterie. Ich habe in meinen monographischen Bearbeitungen dieser Gebiete instructive Beobachtungen „solcher Anfälle" mitteilen können. Sie treten aber auch unvermittelt und gehäuft besonders im kindlichen Alter auf, ohne dass ein affectiver Ursprung vorhanden ist. Meist wird man aber dann neben einer gewissen constitutionellen degenerativen Veranlagung die Zeichen einer cerebralen Erschöpfung oder chronisch anaemische Erscheinungen nachweisen können. Die Gruppe der gehäuften kleinen Anfälle *Heilbronners*, die narkoleptischen Anfälle von *Gelineau* und *Friedmann*, die psychasthenischen Krämpfe *Oppenheims* gehören hierher. Die Affect-Epilepsie von *Bratz* wird von diesem Autor selbst von der echten Epilepsie abgetrennt und als Krankheitserscheinung der degenerativen psychischen Constitution zugeteilt. Sie hat nach meiner Uberzeugung die engsten Beziehungen zu den degenerativen Formen der Hysterie und erinnert an die früheren Erfahrungen von *C. Westphal*, in welchen einzelne epileptische oder Epilepsie ähnliche Anfälle schweren degenerativen Psychosen oft lange Zeit voraufgegangen sind.

Zum Schluss nur wenige Bemerkungen über die aetiologisch-klinische Erforschung der Epilepsie: hier muss vor allem betont werden, dass die verschiedenartigsten Ursachen den gleichen Endeffect, in unserem Falle symptomatologisch durchaus gleichwertige Fälle von Epilepsie erzeugen können. Das Unterscheidende liegt nach meiner Ueberzeugung nicht in der Beschaffenheit des epileptischen

Paroxysmus, sondern in den körperlichen und nervösen Begleitserscheinungen, welche im Einzelfalle mit den ursächlichen Bedingungen der epileptischen Erkrankung zusammenhängen und die uns den Schlüssel für die Pathogenese liefern können. Nur in diesem Sinne wird man von aetiologisch-klinischen Gruppen sprechen können; wie viele Schwierigkeiten auch beim Festhalten dieser principiellen Beschränkung der aetiologisch-klinischen Forschung uns erwachsen, lehren die Studien über Alkohol-, Syphilis-, traumatische-, Reflex-Epilepsie u.s.w. Es würde zu weit führen, auf alle hier auftauchende Fragen einzugehen, nur bei einer Gruppe möchte ich noch kurz verweilen, bei der *toxaemischen Epilepsie*, da hier in neuerer Zeit das grösste Mass fruchtbringender Arbeit geleistet worden ist; neben *Krainsky* sind in erster Linie *Alt*, *Hoppe*, *Donath*, *Frohner* und *Weber* zu nennen. Wenn sich auch die Hoffnungen von *Krainsky* nicht erfüllt haben, dass das Wesen der Epilepsie in einer Bildung des carbaminsauren Ammoniaks im Organismus bestehe, welches letztere die Anfälle hervorrufe und während derselben in Harnstoff und H_2O zerfalle, so wird dadurch sein Verdienst, eine wissenschaftliche exakte Methodik auf dem Gebiete der Stoffwechsel-Untersuchungen auch für die Epilepsie-Forschung eingeführt zu haben, nicht geschmälert. Die Untersuchungen der Uchtspringer Schule, welche sich nicht nur auf den Stickstoff-Abbau, sondern auch auf den Salzstoffwechsel beziehen, haben uns gezeigt, dass wohl nur bei einem bislang nicht genauer zu bestimmenden Procentsatz von einer Stoffwechselerkrankung bei den Epileptikern die Rede sein kann. Vorläufig sind wir nur im Stande in derartigen Fällen von einem Parallelismus zwischen den epileptischen Krankheits-Erscheinungen und diesen Störungen zu sprechen. Für die Pathogenese der genuinen Epilepsie sind aber durch die Feststellung gewisser Störungen des Chemismus eine doppelte Frage-Stellung geboten; einmal können diese pathologischen Stoffwechselvorgänge (Autotoxication) *Ursache* der schubweise erfolgenden Ladungen und Entladungen sein

oder sind sie nur eine *Folge* der innerhalb des Nervensystems stattfindenden Functions-Störungen? Im letzteren Falle ist die Anhäufung bestimmter giftig wirkender Substanzen im Blute während der epileptischen Ladung eine Folge der durch pathologische Nervenreize veränderten Arbeitsleistung der centralen Nervenzelle, während durch die Entladung eine Entfernung der Toxine herbeigeführt wird. Doch weisen die neuesten Arbeiten über die correlative Wirkung der inneren Sekretion (Schilddrüse, Nebenniere) und ihre Beziehungen zu den Störungen der nervösen Function darauf hin, dass in der Tat durch Entwicklungsstörungen oder Erkrankung einzelner drüsiger Organe eigenartige Selbstvergiftungen und bestimmte nervöse Erkrankungen verursacht werden können.

Hier ist auch für die Epilepsie-Forschung, wie Anton auf der Frankfurter Versammlung mit Recht hervorgehoben hat, ein neues Arbeitsfeld erschlossen worden; für die Praxis haben wir aus den Stoffwechseluntersuchungen viel gewonnen; sie haben uns die klinische Bedeutsamkeit der Magen- und Darmstörungen (Magenepilepsie *Alts*, Intestinalepilepsie der amerikanischen Autoren) neuerdings klar vor Augen gestellt und die Wichtigkeit einer streng individualisierenden diätetischen Behandlung bestätigt.

Freilich weisen alle aetiologisch-klinischen Forschungen mit zwingender Notwendigkeit immer wieder daraufhin, das Hauptgewicht bei der genuinen Epilepsie auf die constitutionelle Veranlagung zur epileptischen Erkrankung zu legen. Denn es ist, wie ich schon wiederholt ausgesprochen habe, bei einer anderen Betrachtungsweise unverständlich, warum in dem einen Falle ein psychischer Shock oder eine leichte Intestinalerkrankung, oder ein geringfügiges Trauma nicht nur einen einzelnen Anfall, sondern ein chronisches, durch Anfälle und durch andere Erscheinungen charakterisiertes Leiden hervorruft, während die gleichen Schädlichkeiten bei anderen Individuen geringfügige und vor allem keine dauernd wiederkehrenden Krankheitsvorgänge auf nervösem Gebiete bewirken.

Ich habe mir bei den vorstehenden Betrachtungen nur die Aufgabe gestellt, die bei der genuinen Epilepsie zur Diskussion stehenden Fragen einer Besprechung zu unterziehen, und hierbei konnte ich nur einzelne Arbeitsgebiete hervorheben. Das überaus grosse Feld der psychischen Störungen der Epileptiker habe ich daher ganz ausser Acht lassen müssen, wenn ich den Aufsatz nicht über Gebühr ausdehnen wollte. Aus gleichem Grunde habe ich die organische Epilepsie ausgeschaltet, denn hier würden kurze anatomische und klinischen Erörterungen kaum zu dem Ziele führen, die obschwebenden Streitfragen mit genügender Klarheit festzustellen. Dass ich ein principieller Gegner der besonders von *Marie* und *Freud* vertretenen Auffassung bin, nach welcher alle anatomischen und klinischen Unterscheidungsmerkmale zwischen genuiner und organischer Epilepsie geschwunden sind, geht aus meinen früheren Arbeiten zur Genüge hervor. Dass die Fragestellung, ob organisch oder functionell, an sich eine fehlerhafte ist, habe ich in vorstehenden Aufsatz schon zu begründen versucht. Das Wesentliche dieser Streitfrage besteht nur darin, ob wir für den Krankheitsbegriff der Epilepsie ganz allgemein eine bestimmte anatomisch nachweisbare und unabhängig von den Anfällen bestehende Erkrankung des Central-Nervensystems zu Grunde legen dürfen. Ich glaubte diese Frage verneinen zu müssen; dieser Standpunkt wird dadurch nicht erschüttert, dass in Wirklichkeit Fälle bestehen, in welchen das klinische Krankheitsbild durchaus demjenigen der genuinen Epilepsie entsprach und trotzdem bei der anatomischen Durchforschung des Gehirns alte, abgelaufene Krankheitsherde (miliare Nekrosen resp. Sklerosen, lobäre und allgemeine Gliose, u.s.w.) als Residuen infantiler Erkrankungen aufgedeckt wurden. Es beweist dies nur zum Uberfluss, dass die Epilepsie die verschiedensten Entstehungs-Bedingungen — hier eine anatomische Erkrankung — besitzt. Eine Aufklärung der „epileptischen Veränderung" ist weder durch diese noch durch eine andere Betrachtungsweise gewonnen worden.

PROBLEMS AND AIMS OF RESEARCH WORK IN EPILEPSY.

Extract of the above paper.

Hand in hand with the rise of neurology as a special branch of medicine the scope of epilepsy has been enlarged. After the endless discussions of last century the cortical localisation of epileptic convulsions appears to be now unanimously accepted; but the infra-cortical centres appear to reinforce and intensfy their effects. Since Gowers especially studied the aura-phenomena, the pre-epileptic disturbances of sensation are gaining according to some recent authors, theoretically and practically clinical importance.

Discussion now is especially centered around the question, whether the so-called hystero-epileptic phenomena are functional in origin, hysteria being able to elicit under certain circumstances a physical condition, that we suppose to be present in epilepsy. Heilbronner admits no relation between functional and organic symptoms, the author rather admits simply quantitative differences in the respective lesions. The functional neuroses and psychoses, are to be regarded as really chemico-nutritive, and reparable disturbances of the nervecells; Hering and Verworn call these "assimilatory" lesions. The author believes the changes, found by Alzheimer, Weber and Turner to be secundary. Autopsies of recent cases of epilepsy dying from intercurrent disease, or cases that presented epileptic fits during some years but free from fits in the later years, ought to be especially examined. Such cases being rare, the author believes the collaboration of many persons in this field very promising.

The diagnosis of epilepsy should be reserved only for such cases, as really present also motor fits, whatever else in the way of paroxysmal phenomena may have been observed.

As to the recent researches on the autotoxic origin of epileptic convulsions, Krainsky's exspectations have not been realised. In numerous cases the results are negative, and moreover, if positive, there is no certainty whether such abnormal chemical contents of blood and secreta are really the cause of the fits or merely a coeffect of the disturbances in the central nervous system.

DIANALUND

EPILEPSIA

Revue Internationale Trimestrielle, consacrée à l'étude au point de vue pathologique, thérapeutique, social et juridique de l'Épilepsie et des Maladies nerveuses du même ordre sous le patronage de MM. W. BECHTEREW; O. BINSWANGER; F. DÉJÉRINE; SIR WILLIAM GOWERS; L. LUCIANI; H. OBERSTEINER

Organe officiel de la Ligue internationale contre l'Épilepsie et de l'association Américaine pour l'Etude et le Traitement de l'Epilepsie et des autres comités nationaux de la Ligue

COMITE DE LA RÉDACTION:
M.M. H. CLAUDE, Paris; J. DONATH, Budapest, V. Bálvány-u 4, (Rédacteur-Gérant pour le 4me volume); J. F. MUNSON, Sonyea; L. J. J. MUSKENS, Amsterdam, Overtoom 286, (Secrétaire de la Rédaction), ALDREN TURNER, Londres; E. VEIT, Wuhlgarten.

ASSISTÉS DE:
W. ABEL, Edimburg; R. AMMANN, Aarau; E. BRATZ, Dalldorf; G. CATOLA, Florence; A. M. C. DOUGALL, Manchester; H. FRANÇAIS, Paris; H. HAYMANN, Constanz; E. HEMPEL, Wuhlgarten; E. KONONOWA, Moscou; J. LANDAU, Cracovie; F. LOEB, Munich; M. NETOUSEK, Prague; E. STRÄUSSLER, Prague

4E VOLUME

LEIPZIG, Dörrienstraße 16,
JOHANN AMBROSIUS BARTH.
NEW-YORK, G. E. STECHERT & Co. PARIS, BAILLIÈRE & FILS. AMSTERDAM, SCHELTEMA & HOLKEMA.
LONDRES, WILLIAMS & NORGATE. COPENHAGUE, JACOB LUND. STOCKHOLM, NORDISKA BOKHANDELN.

EPILEPSIA

Vol. IV. Fasc. 1.

BERICHT ÜBER DIE DRITTE TAGUNG DER INTERNATIONALEN LIGA ZUR BEKÄMPFUNG UND ERFORSCHUNG DER EPILEPSIE.

ZÜRICH, 6. UND 7. SEPTEMBER 1912.

I. SITZUNG: 6. September vormittags 9½ Uhr in der Schweiz. Anstalt für Epileptische. Vorsitzender: Herr *Weeks*. Schriftführer: Herr *Steffen*.

Begrüßung des Kongresses durch Professor *Donath*, Budapest. Verlesung eines Begrüßungstelegramms von Professor *Tamburini*, Rom, der verhindert ist, am Kongreß teilzunehmen und, da sich dies in den nächsten Jahren wiederholen dürfte, den Vorsitz niederlegt. Als sein Nachfolger wird Dr. *Weeks*, New Jersey gewählt. *Weeks* übernimmt den Vorsitz mit einigen begrüßenden Worten.

Verlesung des Sekretariatsberichtes durch Dr. *Muskens*; es wird von keiner Seite etwas eingewandt.

I. Referat. a) Dr. *Ulrich*, Zürich: **Über salzarme Kost in der Behandlung der Epilepsie.**

Verehrteste Herren!

Ich heiße Sie im Namen der Schweizerischen Anstalt für Epileptische in unserer Mitte freundlichst willkommen und spreche Ihnen den wärmsten Dank aus, daß Sie uns die Ehre Ihres Besuches erweisen.

Wenn wir auch nicht in der Lage sind, Ihnen eine Anstalt zu zeigen, welche schon den modernsten Anforderungen Rechnung tragen konnte und Sie an anderen Orten vielleicht schon Institute besucht haben, die in Bezug auf die Einrichtungen die unserige in dieser oder jener Hinsicht übertreffen, so bitte ich Sie zu bedenken, daß uns nur relativ bescheidene Mittel zur Verfügung stehen, Mittel,

die zumeist aus den Quellen privater und öffentlicher Wohltätigkeit fließen. — Meine Herren, es mag Sie nun aber vor allem interessieren, einen kurzen Einblick zu erhalten in unsere therapeutischen Grundsätze und Erfahrungen und einiges zu vernehmen über die Erfolge, die wir bis heute erzielt haben. Es ist mir ja die Aufgabe zuteil geworden, im speziellen über den Kochsalzentzug in der Behandlung Epileptischer zu referieren. Ich kann mich darüber kurz fassen, und darf auf mein bereits im Druck vorliegendes orientierendes Referat in der „Münchner Med. Wochenschrift"[1]) verweisen.

Ich gebe Ihnen zunächst in wenigen Worten einen historischen Überblick über die Entwicklung des salzarmen Regimes in unserer Anstalt. (Eine Zusammenstellung der Geschichte der salzarmen Kost überhaupt finden Sie in der Arbeit von *Steffen* in der Epilepsia.) Wir haben vor 1907 an einzelnen Patienten Versuche angestellt mit Salzentzug, sowohl in der Anstalt als in Familien. Die Versuche scheiterten aber einerseits an dem Widerstand der Patienten, andererseits an den Schwierigkeiten, welche der Küche bereitet wurden. Die übliche Abwehr lautete: Wir können in unserer Küche neben gesalzenen Speisen keine salzlosen bereiten. Dadurch ließen wir uns einige Zeit zurückhalten, zumal wir auch wie andere Kollegen der neuen Behandlungsart noch mit allerlei Skrupeln gegenüberstanden. Am 24. Juni 1907, also vor rund 5 Jahren, begannen wir jedoch mit einer Gruppe von 22 epileptischen Mädchen und Frauen unserer Anstalt die methodische Salzentziehungskur. Wir entzogen das Kochsalz nicht in extremer Weise, d. h. wir stellten kein besonderes Menu zusammen, sondern ließen einfach in der Küche den Zusatz von Kochsalz bei der Zubereitung unserer gewöhnlichen Hausmannskost weg. Daß es uns gelungen ist, dieses Verfahren während fünf Jahren konsequent fortzusetzen, verdanken wir der Umsicht und der Freundlichkeit der administrativen Leitung

[1]) Münchner Med. Wochenschrift Nr. 36 und 37, 1912.

unserer Anstalt. Wir machten damals an die Küche große Ansprüche, da in derselben bereits extra für die gewöhnlichen Patienten, extra für das Personal, extra für die erste Klasse und extra für die körperlich Kranken gekocht werden mußte. Unsere Mühe lohnte sich aber bald, und wir waren überrascht über die Erfolge, namentlich bei unseren schweren Kranken. Die Resultate haben wir in dem Referate der „Münchner Med. Wochenschrift" zusammengestellt und möchten hier nur noch etwas näher auf die einzelnen Stadien unserer Behandlung eintreten.

Am Ende des ersten salzarmen Jahres betrug die durchschnittliche Gesamtbesserung 58%. Auch im zweiten Jahre fand eine Reduktion der Anfälle um etwa 50% gegenüber der früheren salzhaltigen Diät statt. Sämtliche Patienten konnten als gebessert bezeichnet werden, und bei der Hälfte der Kranken hatte die Besserung im zweiten Jahre salzarmer Kost noch weitere Fortschritte gemacht oder verblieb auf der Höhe vom Vorjahr. Da es sich ohne Ausnahme um chronische und schwere Kranke handelte, mußte die Besserung um so höher eingeschätzt werden; insbesondere konnten wir auch beobachten, daß durch die Reduktion der Anfälle auch Besserung im psychischen Zustande der Kranken eintrat. Am Schlusse des dritten Behandlungsjahres konnten nur drei Patienten als nicht gebessert betrachtet werden, während 17 Patienten gebessert, zum Teil sogar sehr gebessert sind. Der Gesamtdurchschnitt der Besserung betrug 73%. Vier von den sehr gebesserten Patienten blieben im dritten Jahre vollständig anfallsfrei. Am Ende des vierten Jahres betrug die Gesamtbesserung 71%. Auch im fünften Jahre hat die Besserung angehalten. Bei sechs Patienten sind die Anfälle für Jahre dauernd verschwunden und nicht wieder aufgetreten. Bei neun von den in der Anstalt noch verbleibenden Kranken trat eine bedeutende Reduktion der Anfälle ein. Der Einfluß des Salzentzuges zeigte sich insbesondere in Hinsicht auf die starken konvulsiven Anfälle, und wo diese nicht vollständig verschwanden, wurden sie doch seltener und

in der Intensität schwächer. Eine Serie von Anfällen oder ein Status epilepticus wurde nie mehr beobachtet. Es verschwanden aber nicht nur die Anfälle, auch das psychische Befinden wurde im allgemeinen auch bei dementen Kranken besser, nachdem die Mehrzahl der Patienten einen leichten Bromismus überstanden, welcher meist nur einige Wochen dauerte. Bei zwei Patienten, bei welchen regelmäßig im Gefolge der Anfälle Dämmerzustände auftraten, wiederholten sich auch die postepileptischen-psychischen Störungen seit Jahren nicht mehr. Nach diesen günstigen Resultaten haben wir schon vorher an eine Verallgemeinerung der salzarmen Kost denken müssen, um möglichst allen Epileptikern die Wohltat der salzarmen Kost zukommen zu lassen. Die allgemeine Durchführung der salzarmen Kost war aber in einer Anstalt nicht so einfach, wie es auf den ersten Blick den Anschein hat, da vor allem die Zubereitung salzarmer Speisen in einer Küche, wo zugleich für verschiedene Klassen, für Angestellte usw. gekocht wird und werden muß, auf besondere Schwierigkeiten stößt. Wir dachten zunächst an eine Erweiterung der Kücheneinrichtungen und an eine Vermehrung des Küchenpersonals. Während der Untersuchungen unserer gewöhnlichen Nahrung auf den Kochsalzgehalt — ausgeführt im hiesigen pharmakologischen Institute unter Herrn Professor Dr. *Cloetta* — kamen wir dann aber auf eine im Grunde genommen naheliegende und einfache Lösung der Frage. Die Kochsalzuntersuchungen haben nämlich ergeben, daß unsere Patienten, welche fast ausnahmslos starke Suppenesser sind, allein in der Suppe 20 und mehr Gramm Kochsalz zu sich nehmen, also allein in der Suppe täglich fast das Zehnfache des für den Menschen nötigen Kochsalzes. Diese Tatsache brachte uns auf den Gedanken, für alle Kranken wenigstens salzlose Suppen zu verabreichen, und wir haben mit diesem Regime im September 1910 begonnen und haben dasselbe nun zwei Jahre durchgeführt. Durch Einführung der salzlosen Suppen fand eine Reduktion der Anfälle in der gesamten Anstalt um etwa 50% statt.

Vor einem Jahre nun sind wir noch um einen Schritt weiter gekommen, durch Einführung des Sedobrol-„Roche". Wie allgemein bekannt, schmecken insbesondere die salzlosen Suppen widerlich, und wirken jedenfalls nicht appetitanregend. Wir haben nun lange Versuche angestellt, um diesem Übel wirksam entgegenzutreten. Nach vielfachen Versuchen haben die Firmen: Fabrik von Maggis Nahrungsmitteln und Hoffmann, La Roche & Co. nach meinen Intensionen Tabletten hergestellt, welche allen Anforderungen entsprechen. Die 2 gr schwere Tablette enthält etwa 1,1—1,2 g Bromnatrium, etwa 0,1 g NaCl, sowie Extraktivstoffe pflanzlichen Eiweißes als Würze und etwas Fett. Bei Anwendung dieser Tabletten gestaltet sich nun ein moderiertes salzarmes Regime außerordentlich einfach. Mit kochendem Wasser übergossen, 1—2 Deziliter für eine Tablette, 3 bis 4 Deziliter für 2—3 Tabletten, erhält man sofort eine wohlschmeckende kochsalzarme Suppe; auch werden alle andern salzlosen Suppen, Wassersuppen, Mehlsuppen, Schleimsuppen usw., bei der Zutat der Tabletten schmackhaft und appetitlich. Die Tabletten können auch als Bouillon mit Ei genossen oder es kann eine Lösung zum Würzen der Speisen verwendet werden, indem die Lösung z. B. den Gemüsen einfach heiß zugegossen wird. Wir haben nun bei etwa 300 Patienten im Laufe fast eines Jahres ausschließlich Sedobroltabletten verwendet und dadurch eigentlich überraschende Resultate erzielt, indem sich das Brom in dieser Darreichungsform wirksamer zeigte als in Lösung verabreicht. (Vide auch „Münchner Med. Wochenschrift" Nr. 36 und 37.)

Nicht nur aus den Massenexperimenten haben wir aber konstatiert, daß die Sedobrollösungen wirksamer sind als wässrige Lösungen, sondern es sprechen hierfür auch noch folgende Tatsachen: Eine Dame z. B., welche seit Jahren 3 g Brom in Lösung ohne jeden Effekt nahm, bekam bei drei Sedobroltabletten nach wenigen Wochen einen leichten Bromismus. Auch macht eine Tablette bereits schläfrig,

was mir verschiedene Kollegen, welche an sich selbst Versuche machten, bestätigten. Herr Dr. *Hans Maier,* Sekr.-Arzt der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich schreibt: „Ich habe aber durchweg die Erfahrung gemacht, daß ich mit den „Sedobroltabletten" da mit 2—3 g Na. Br. auskam, wo ich bei der früheren Art der Darreichung unter 4—5 g keine wesentliche Wirkung erzielen konnte. Es handelt sich hierbei speziell um Kranke mit schweren Störungen des Einschlafens, um Examenneurasthenie, um sexuelle Überreiztheit, speziell auch bei Perversen." („Münchner Med. Wochenschrift" 1912, H. 36.)

Zur Erklärung der größeren Wirksamkeit der Sedobrollösungen können vorläufig folgende Faktoren angeführt werden: Über die Verweildauer der verschiedenen Medikamentformen im Magen haben neuerdings *Carnot* und *Nedey* Versuche publiziert[1]). Sie haben nachgewiesen, daß wässrige Lösungen um so rascher den Magen passieren, als sie sich der Isotonie nähern. So hat eine Menge von 50 ccm einer 1%igen Jodkalilösung in weniger als fünf Minuten den Magen verlassen, während z. B. eine 6%ige Lösung viermal so viel Zeit brauchte, um den Magen zu passieren (Syrupe passieren den Magen noch viel langsamer und am langsamsten mit Öl zubereitete Präparate). Am raschesten verläßt eine etwa 1%ige Bromnatriumlösung den Magen. Nun entspricht die Sedobrol-„Roche"-Lösung ungefähr einer 1%igen Salzlösung, so daß angenommen werden kann, daß dieselbe den Magen am schnellsten passiert und ein längerer Kontakt der Lösung mit der Magenschleimhaut ausgeschlossen ist.

Über die Geschwindigkeit der Bromresorption im Darme liegen Untersuchungen von *Bolgar*[2]) vor, welcher gefunden, daß Bromnatrium besser resorbiert wird, wenn es mit Kochsalz in den Organismus eingeführt wird. — Endlich hat

[1]) *Carnot, Nedey:* Paris Medicale 1912, H. 15, S. 361.

[2]) *Bolgar:* Archiv internat. d. Pharmacodynamie et de Therapie 1910. XX, S. 75.

Schröder[1]) konstatiert, daß bei gleichzeitiger Anwesenheit von Maggiwürze die Speisen besser ausgenützt werden und daß die bessere Ausnützung durch eine Zunahme des Körpergewichtes zum Ausdruck kommt. Es ist somit klinisch und experimentell nachgewiesen, daß die Maggiwürze nicht nur als Geschmackskorrigens wichtig ist, sondern daß ihr auch ein ernährungstherapeutischer Wert zukommt.

Meine Herren! Lassen Sie mich noch mit einigen Worten auf die Dosierung des Broms und Chlors eintreten und auf die Behandlung des Bromismus. Mag angenommen werden, daß bei Verabreichung des Broms dem Chlordefizit das wirksame Moment zukommt, oder daß eine spezifische Bromjonenwirkung vorhanden ist — ich persönlich stehe auf dem Standpunkt, daß beide Faktoren in Betracht kommen, lehrt doch die Erfahrung, daß kleine einmalige Dosen Brom schon wirksam sein können, wenn sie in leicht resorbierbarer Form verabreicht werden, und es scheint mir doch schon aus diesem Grunde eine spezifische Bromwirkung vorhanden zu sein — so steht die Tatsache fest, daß Abwesenheit von Chlor die Bromwirkung erhöht und Anwesenheit von Chlor die Bromwirkung vermindert. Ja wir dürfen ruhig sagen, daß wir schon mit relativ kleinen Bromdosen in kurzer Zeit maximale Bromwirkung erreichen bei Abwesenheit von Chlor. Der Mißkredit, in welchen der Chlorentzug gekommen ist, hängt meines Erachtens damit zusammen, daß die Praktiker sich dieser Tatsache nicht voll bewußt waren: Dürfte es doch keinem Arzte einfallen, irgendein Medikament andauernd wochen- ja monatelang in Maximaldosen zu verabreichen. Wir kamen dann namentlich auch vom extremen Salzentzug zurück, weil die konsequente Einhaltung einer Nahrung mit konstant niedrigem Chlorgehalt allerlei Unannehmlichkeiten im Gefolge hat. Einmal wird bei weitgehendem Salzentzug das Regime monoton und erlaubt keine Ab-

[1]) *Schroeder:* Deutsche med. Wochenschrift 1912, H. 32, S. 1503.

wechslung. Die Küche wird stark in Anspruch genommen, dann aber — und darauf lege ich besonderes Gewicht — werden die Kranken bei rigoroser salzarmer Kost chlorbromüberempfindlich, d. h. sie reagieren bei einem kleinen Plus von Kochsalz mit Anfällen, oder sie zeigen bei einem kleinen Plus von Brom Intoxikationserscheinungen. Auch haben wir die Erfahrung gemacht, daß stark entchlorte Patienten zur Bromkachexie neigen. Sind die Kranken einmal chlor-bromüberempfindlich, so hält es schwer, dieselben ohne Anfallsgefahr wieder an das Kochsalz zu gewöhnen. Dieser Umstand kommt zumal für alle diejenigen Patienten in Betracht, welche aus der klinischen Behandlung nach Hause zurückkehren und für solche, welche sich auf Reisen begeben. — Wir sind also im Laufe der Jahre auf eine moderierte salzarme Kost gekommen und haben konstatiert, daß sich die Patienten bei 5—10 g Kochsalz dauernd wohl befinden und daß bei diesem NaClgehalte auch die Zubereitung der Speisen die Küche gar nicht belastet. In schwierigen Fällen kombinieren wir die Brommedikation mit kleineren und größeren Dosen, 0,3—1 g Chloralhydrat am Abend verabreicht, namentlich bei nächtlichen Anfällen.

Die Bekämpfung des Bromismus geschieht durch Chlorzufuhr, wobei auch Brom sorgfältig entzogen werden kann. Es scheint, daß Kochsalz, in genügenden Mengen verabreicht, ausreicht, um jede Bromwirkung aufzuheben. (Wir haben Kochsalztabletten à 1 g stets vorrätig und verordnen dieselben unter der Benennung „Antitabletten" in der Anstalt.) Die Dosierung des Chlors bzw. des Broms hängt von der Schwere des Bromismus ab, dann aber namentlich auch vom Ladungszustande des Patienten.

Bei Epileptikern, welche sich in starkem Ladungszustande befinden, d. h. welche unmittelbar vor dem Ausbruch von Anfällen stehen, genügen schon 10—20 g Kochsalz, die als Plus zu dem Kochsalz der Nahrung hinzukommen, um Anfälle zu provozieren. Bei weniger starken Ladungen müssen 60—80 g Kochsalz im Laufe von mehreren Tagen verabreicht werden, um die Auslösung zu bewirken. (Es fiel mir auf, daß die Anfälle oft erst am Tage nach dem Aussetzen des Kochsalzpluses auftraten. Es scheint die anfallserregende Wirkung des Kochsalzes öfters erst dann aufzutreten, wenn künstlich eine brüske Schwankung des Chlorgehaltes im Körper herbeigeführt wird.)

Da nun sowohl große Chlorgaben als plötzlicher Bromentzug Anfälle zur Folge haben, müssen wir bei der Bekämpfung des Bromismus auf der Hut sein: Wir verabreichen deshalb stets nur Kochsalz grammweise dosiert bei leichtem Bromismus. Bei schwererem Bromismus reduzieren wir gleichzeitig mehr oder weniger die Bromdosis und setzen höchstens für 1—2 Tage (in ganz schweren Fällen) die Brommedikation aus. So sind wir stets über den Bromismus ohne Anfälle hinweggekommen und namentlich ohne Serien oder Status. In besonders gefährlichen Fällen lassen wir während der Bromismusbehandlung Chloralhydrat in Dosen von 1—2 g abends im Bette nehmen.

Wir werden niemals wegen Bromulcerationen durch längere Unterbrechung der Brommedikation einen Patienten in Lebensgefahr bringen. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß auch die größten Bromgeschwüre bei gleichbleibender Bromdosis glatt in kurzer Zeit (wenige Tage bis 1—2 Wochen) ausheilen. Salzwasserumschläge genügen allerdings nicht immer, sondern es bedarf eines energischen Eingriffes. Innerlich verabreichen wir Liquor Fowleri und äußerlich Unguentum mercuriale, auf Leinwand gestrichen oder in Form grauen Pflasters, wie *von Zumbusch* angegeben. Dr. *Ammann*, welcher der Hautpflege in unserer Anstalt besondere Aufmerksamkeit schenkte, ließ bei ausgedehnten, z. B. den größten Teil eines Oberschenkels oder Unterschenkels umfassenden Bromulcerationen der Quecksilberbehandlung zunächst eine Behandlung mit Salicylvaselin vorausgehen.

Rp.

Acid. salicyl. 2,5
Ol. Ricini
qu. s. ad solutionem
Vaselini flav. americ.
ad 50,0.

Diese Salicylvaseline wird auf Leinwand aufgestrichen und auf die Geschwüre aufgelegt, damit die Borken gelöst werden. Nachdem die Borken verschwunden, wird das Quecksilberpräparat aufgelegt. Wir sahen so die ausgebreitetsten Bromgeschwüre ohne jede Reduktion der Bromgaben in Zeit von 5–8 Tagen glatt ausheilen. Auch Kollege Dr. *Hans Maier* vom Burghölzli sah in der letzten Zeit unter der angegebenen Behandlung ein großes, den ganzen Unterschenkel einnehmendes Bromgeschwür ausheilen, ohne jede Reduktion der Brommedikation (4–5 g Bromnatrium pro die).

Wenn wir auch noch einer Anzahl von Kranken therapeutisch machtlos gegenüberstehen, so dürfen wir doch bei dem Gros unserer Kranken von einem Fortschritte in der Behandlung sprechen. Die starke Reduktion der Anfälle kommt nicht nur den Patienten zugute, sondern auch dem Personal. Es war früher in der Anstalt nichts Außergewöhnliches, daß ein Wärter oder eine Wärterin mit zehn Patienten in einer Nacht 4–5 und noch mehr Male der Anfälle wegen aufstehen mußte. Gegenwärtig haben viele Wärter und Wärterinnen oft Nächte lang Ruhe, ja es kommt vor, daß in einem Haus mit 70–100 Kranken in einer Nacht überhaupt nur wenige, ausnahmsweise sogar keine Anfälle vorkommen. Sodann ist bei unseren 250 Patienten seit dem 8. August 1907 kein Status epilepticus mehr beobachtet worden. Was das heißt, wissen alle diejenigen, welche die aufregenden Zeiten mit erlebt haben, da der Status epilepticus die Kranken, das Personal und die Ärzte in Atem hielten.

(Demonstration von Tabellen und Kurven, welche die Häufigkeit der Anfälle während der Zeit der gewöhnlichen

Kost und der Zeit des salzarmen Regimes veranschaulichen.)

Zum Schlusse lasse ich noch folgende Leitsätze für die Brombehandlung der Epilepsie folgen.

A. Allgemeines.

1. Nur eine jahrelang ununterbrochene und konsequent durchgeführte Bromkur kann bei Epilepsie dauernde Anfallsfreiheit erzielen.
2. Intermittierende Kuren reagieren stets mit Mißerfolgen.
3. Plötzliches und länger dauerndes Aussetzen des Broms muß als verhängnisvoller Kunstfehler bezeichnet werden, weil der brüske Bromentzug Verschlimmerungen und Status epilepticus eventuell mit letalem Ausgang provozieren kann.
4. Auch nach Ausbleiben der Anfälle soll die Bromkur ununterbrochen jahrelang fortgesetzt werden, in schweren Fällen sogar dauernd.
5. Individuell gestaltete und methodisch durchgeführte Bromkuren bei salzarmer Kost leisten mehr als andere bisher zur Anwendung gebrachte Kuren und auch mit Sicherheit mehr als die Brommedikationen mit salzhaltiger Kost.
6. Als anti-paroxysmal wirkende Brompräparate müssen immer noch ausschließlich die Bromalkalien gelten; organische Brompräparate wirken nur in geringem Maße oder gar nicht anti-epileptisch.
7. Ein ruhiges, geregeltes Leben — verkürzte Schlafdauer z. B. wirkt anfallerregend — bei totaler und dauernder Alkoholabstinenz ist für jeden Epileptiker unumgänglich nötig.

B. Spezielles.

1. Für jeden Epileptiker soll langsam steigend diejenige Bromdosis bestimmt werden, welche, ohne dauernden Bromismus zu erzeugen, anti-paroxysmal wirkt. Ist diese Dosis einmal genau bestimmt, so ist es zweckmäßig, bei der Verabreichung derselben eventuell jahre-

lang konstant zu verbleiben. Steigende und fallende Bromdosen führen zu Mißerfolgen.

2. Die meisten Epileptiker werden aber auch mit Bromkuren erst bei angemessenem Kochsalzentzug dauernd anfallsfrei (*Toulouse-Richet.*)
3. Dauerkuren mit kochsalzarmem Regime sind ohne Schaden durchführbar, sofern NaCl nicht zu weitgehend entzogen wird.
4. Extremer Salzentzug eignet sich kaum für Dauerkuren,
   a) wegen der Gefahr der Bromkachexie,
   b) wegen der eintretenden Brom-Chlorüberempfindlichkeit; denn ein kleines Plus von NaCl kann Anfälle provozieren und ein kleines Plus von Brom Bromismus,
   c) wegen der Anfallsgefahr beim Übergang zur salzreicheren Kost (beim Austritt aus der klinischen Behandlung, auf Reisen usw.).
5. Kochsalzabgaben von durchschnittlich 5—10 g pro die (die Zubereitung der kochsalzarmen Kost mit diesem NaCl-Gehalt bereitet der Küche durchaus keine Schwierigkeiten; es genügt, salzlose Suppen zu verabreichen und die übrigen Speisen schwach zu salzen) bei Durchschnittsbromdosen von 4—6 g erweisen sich für Dauerkuren als zweckentsprechend.
6. Mit Sedobrol „Roche" (NaBr 1,1, NaCl 0,1 in Kombination mit Extraktivstoffen pflanzlichen Eiweißes als Würze und Fett) wird in jeder Küche die Technik einer schmackhaften salzarmen Kost (salzarmen appetitanregenden Suppe) ermöglicht, wie sie den individuellen Anforderungen entspricht.
7. Der Bromismus läßt sich durch sorgfältig dosierte Kochsalzzufuhr (1—5 g täglich) stets beseitigen, eventuell noch durch angemessene Reduktion der Bromdosen. Länger als 1—2 Tage dauerndes gänzliches Aussetzen des Broms ist unnötig und gefährlich.
8. Die Bromhautaffektionen lassen sich, ohne Aussetzen und Reduktion der Brommedikation, wirksam bekämpfen

mit Arsen, Kochsalzumschlägen und Unguentum mercuriale; Bromakne und Bromoderma tuberosum innerlich mit Liquor Fowleri 1—9 Tropfen; Bromulcerationen und große Akneknoten mit Quecksilbersalben und -Pflaster (*v. Zumbusch*). Den Foetor ex ore als Folge der Bromstomatitis bekämpfen wir mit folgendem Mundwasser: Rp. NaCl 5,0, Kal. hypermanganic. 0,1, Aqu. ad 100,0. M. D. S. 5—10 cm³ in ein Glas Wasser, morgens und abends zum Spülen des Mundes.

9. Wo Brommedikation mit NaCl-Entzug die Anfälle nicht beseitigt, kann, namentlich bei nächtlichen Anfällen, 0,3—1 g Chloralhydrat jahrelang ohne Schaden für den Patienten verabreicht werden, sofern das Chloralhydrat in abendlichen Dosen gegeben wird. Die Kombination des Broms mit Chloralhydrat wirkt in erhöhter Weise anti-paroxysmal (*Séguin*).

Ausschreibung Alfred Hauptmann-Preis

Dieser Preis ist nach dem deutschen Neurologen und Psychiater Alfred Hauptmann (1881 - 1948) benannt. Dieser hatte u.a. schon 1912 – noch als Assistenzarzt – erstmals auf die antiepileptische Wirkung von Phenobarbital aufmerksam gemacht. 1935 wurde er aufgrund seiner jüdischen Abstammung von den Nationalsozialisten aus dem Dienst als Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Halle/Saale entfernt und musste in die USA emigrieren.

Der Preis wurde von 1980 bis 2008 in der Regel alle zwei Jahre durch das Epilepsie-Kuratorium e.V. vergeben, ab 2009 ist es ein gemeinsamer Preis der Deutschen und Österreichischen Gesellschaften für Epileptologie und der Schweizerischen Liga gegen Epilepsie mit Vergabe auf den alle zwei Jahre stattfindenden gemeinsamen Tagungen.

Ausgezeichnet wird die beste wissenschaftliche Arbeit aus dem deutschsprachigen Raum auf dem Gebiet der experimentellen und klinischen Epileptologie aus den beiden letzten, der Verleihung vorangegangenen Jahren.

Arbeiten werden besonders aus den Fachgebieten Neurologie, Pädiatrie, Psychiatrie, klinische Pharmakologie, Neurophysiologie und Neurobiologie erwartet.

Die ausgezeichneten Personen erhalten eine Urkunde. Darüber hinaus ist der Preis mit

10‘000 Euro

dotiert. Das Preisgeld wird seit 2009 von der Firma UCB GmbH (Deutschland), Monheim, zur Verfügung gestellt. Es können mehrere Einzelpersonen oder Arbeitsgruppen ausgezeichnet werden.

Einzureichende Unterlagen:

Die Arbeiten sollen in englischer Sprache verfasst sein. Zusätzlich zu den Arbeiten sind folgende weitere Unterlagen einzureichen:

- Lebenslauf,
- eine Stellungnahme des Klinik-/Institutsvorstandes zur Bewerbung,
- für den Fall von Mehrautorenarbeiten, bei denen nicht alle Autoren am Preis beteiligt werden sollen, eine Aussage über den Anteil der einzelnen Autoren an der publizierten Arbeit.

Die Arbeiten sind entweder elektronisch per E-Mail an muehlebach@epi.ch oder per Post in vierfacher Ausführung bis zum

31.12.2014

an den Vorsitzenden des Kollegiums zu senden:

Herrn Dr. med. Günter Krämer
Präsident der Schweiz. Liga gegen Epilepsie
Seefeldstrasse 84
Postfach 1084
CH 8034 Zürich

Mit freundlicher Unterstützung von UCB Pharma GmbH. Höhe der Unterstützung 15‘000 E (10‘000 E Preisgeld). Gegenleistung: Nennung von UCB als Sponsor auf Ankündigungsschreiben, Flyern, Homepage und bei der Preisvergabe. Abgabe der Flyer durch UCB

ÜBER EPILEPSIESTATISTIK

VON

DR. R. AMMANN, Aarau (Schweiz).

Die Epilepsieliga beabsichtigt statistische Erhebungen über die Verbreitung der Epilepsie zu veranlassen, und ich möchte mir erlauben, dazu einige Richtlinien aufzustellen.

Wir können eine Epilepsiestatistik aufbauen entweder auf die Notizen von Anstalten oder auf Erhebungen unter der Gesamtbevölkerung.

Die Anstaltsstatistik wurde bisher fast ausschließlich gepflegt. Doch müssen wir hier gleich die großen Mängel, die dem Anstaltsmateriale anhaften, erwähnen. Es stellt die Epileptikerauswahl in einer Anstalt, die durch die Anstaltsbedürftigkeit getroffen wird, eben kein Abbild der Epilepsieverhältnisse der betreffenden Gegend dar, da nicht nur die Quantität, sondern auch die Qualität der Kranken eine andere ist. Und da sich viele Statistiken dieser Gattung auch noch mit einer lächerlich kleinen Anzahl von Fällen begnügen, so ist ein großer Teil davon mit ihren widersprechenden Resultaten ganz wertlos. Denn man will damit Fragen beantworten, die schlechterdings mit diesem Materal nicht beantwortet werden können, wie: Epilepsiehäufigkeit, Beteiligung der beiden Geschlechter usw.

Freilich gibt es auch kritische Arbeiten dieser Art, aber

ihre Zahl ist gering. Ich erwähne z. B. die schöne Abhandlung von *Habermaas:* „Über die Prognose der Epilepsie."[1])

Dagegen ist es interessant zu sehen, wie andere Fragen, deren Beantwortung das Anstaltsmaterial erlaubt, fast gar nicht bearbeitet wurden. Dazu gehören die Feststellung der jährlichen Kurve der Anfallshäufigkeit für den Ort der Anstalt, die Verteilung der Anfälle auf die Tages- und Nachtstunden, die Abhängigkeit der Anfallshäufigkeit von kosmischen und meteorologischen Verhältnissen. Ich bin gegenwärtig daran in einer Arbeit zu zeigen, was hier alles gefunden werden kann. Aber es wäre zu wünschen, daß dies an vielen Orten gemacht würde, und zwar an Orten, die weit auseinander liegen. Nur so können manche Verhältnisse vollständig geklärt werden.

Aber hier interessiert uns mehr die Statistik, welche die Ergebnisse der Erhebungen unter der Gesamtbevölkerung verarbeitet. Solche umfassende Erhebungen machen in den Staaten mit allgemeiner Wehrpflicht die Militärbehörden mit der erforderlichen Gleichmäßigkeit. Deshalb eignen sich diese besonders zur Vergleichung der Epilepsiehäufigkeit in den verschiedenen Landesteilen, deren Endprodukt uns anschaulich vor Augen tritt als Epilepsiekarte. Diese Untersuchungen erlauben uns, sofern sie sich über einen längern Lebensabschnitt erstrecken, auch die Vergleichung der Epilepsieverhältnisse der verschiedenen Altersstufen des männlichen Geschlechtes.

Eine sehr wichtige Quelle sind die Sterbestatistiken, besonders wenn die Erhebungen über die Todesursache vom Arzte gemacht werden. Sie können uns aufklären darüber, wie häufig die Epilepsie Todesursache ist und welches die Lebensstellung dieser Epileptiker war. (Erwerbsfähigkeit, Anstaltsbedürftigkeit, Beruf, Zivilstand, Alter.)

Wenn außer der Todesursache noch nach andern Krankheiten gefragt ist auf den Zählkarten, so ermöglicht das die sichere Beantwortung der vorigen Fragen, und wir können sehen wie die Epileptiker sterben. Auch läßt sich

[1]) Zeitschrift für Psychiatrie usw. Bd. 55.

daraus die sichere Grundlage zu einer Schätzung der Epilepsiehäufigkeit gewinnen. Ich sage einer Schätzung und nicht Berechnung. Denn jede solche statistische Untersuchung hat mit gewissen Fehlerquellen zu rechnen. Die Diagnose Epilepsie, ist ja oft gar nicht so einfach, daß sie z. B. unter den Bedingungen einer Landpraxis von jedem Arzte ohne weiteres gestellt werden könnte. Wie selten ist doch der praktische Arzt in der Lage, einen Anfall selbst zu beobachten! Und wie flüchtig sind dieselben! Dem Großteile der nicht geisteskranken Epileptiker ist ja in den Intervallen kaum etwas anzumerken. Und erst, wenn man zu einem tot aufgefundenen, alleinstehenden Menschen gerufen wird, wie soll man da erfahren, daß er Epileptiker gewesen ist und vielleicht sogar im Anfall gestorben ist? Sehr oft gibt uns ja die Umgebung keinen befriedigenden Aufschluß. Aus diesen Gründen kann eine auf diese Zahlen gestellte *Berechnung* nur die untere Grenze der wahren Epileptikerzahl feststellen, und es muß Sache der *Schätzung* sein, die Größe der Fehler und damit der Korrekturen zu bestimmen.

„Aber wenn die Feststellung der Epileptiker unter den Toten Schwierigkeiten macht, dann zählen wir einfach die Lebenden!", höre ich sagen. Einfach!? Ich glaube, das wäre noch viel schwieriger, wenn nicht überhaupt undurchführbar. Denn den vielen Epileptikern, deren Leiden nicht sehr stark ausgeprägt ist, sehen wir es so wenig an während des Lebens, wie wenn sie tot sind. Dazu hält es noch schwerer über die Intimitäten eines Lebenden Auskunft zu bekommen, als über die eines Verstorbenen. Und als Mittelspersonen bei der Zählung könnten wir die Ärzte auch nicht entbehren wegen der Diagnose. Und dann würden dadurch die diagnostischen Schwierigkeiten und Unzulänglichkeiten nicht beseitigt.

Weiter müßte auch der ganze Apparat erst neu geschaffen werden mit großer Mühe und großen Kosten. Dagegen bietet die Zählung der verstorbenen Epileptiker keine Schwierigkeit, da sowieso die Anzeigepflicht für jeden Todesfall besteht.

Das wäre also das hauptsächlichste Material, das uns zur Verfügung steht. Natürlich wird eifriges Suchen und Nachfrage bei den verschiedenen statistischen Ämtern noch andere Quellen auffinden lassen. So konnten in der Schweiz die Schuleintrittsmusterungen und die Zählung der schwachsinnigen Kinder im schulpflichtigen Alter noch herangezogen werden.

Ich möchte deshalb für die Arbeit der Liga auf diesem Gebiete folgenden Vorschlag für ein Programm machen:

1. Man soll von möglichst vielen Anstalten die Anfallskurven für das Jahr (monatlich) und für den Tag (stündlich) zu bekommen suchen.
2. Es sollen die Ergebnisse der Militäruntersuchungen überall bearbeitet werden.
3. Ebenso sollen die Ergebnisse der Sterbestatistiken, wenn möglich herangezogen werden.
4. Wo außer der Todesursache nicht nach sonstigen Krankheiten gefragt ist, soll die Liga die Aufnahme der Frage *Epilepsie?* auf die Zählkarten am zuständigen Orte anstreben.
5. Bei allen statistischen Ämtern soll nach anderen brauchbaren Erhebungen gefragt werden.
6. In jedem Lande soll jemand mit der Sammlung und Bearbeitung dieser Materialien betraut werden.
7. Diese Bearbeitungen werden von der Liga in einem Buche veröffentlicht. Sie ernennt hierzu einen Herausgeber, der einen einheitlichen Arbeitsplan aufzustellen hat.
8. Diese Arbeiten sollen unverzüglich in Angriff genommen werden.

Damit dürfte die Liga ein internationales Werk von dauerndem Werte schaffen und sich überall gut einführen.

Zum Schlusse möchte ich kurz die wichtigsten Resultate, die auf dem skizzierten Wege für die Schweiz gewonnen wurden, vorführen.

Die Anzahl der Epileptiker in der Schweiz beträgt mindestens 20000 oder etwas mehr als 5 ‰ der Einwohner. (Militärstatistik, Sterbestatistik.) — Die meisten erkranken während der Pubertät. (Schuleintrittsmusterungen, Schwachsinnigenzählung, Militärstatistik, Sterbestatistik.)

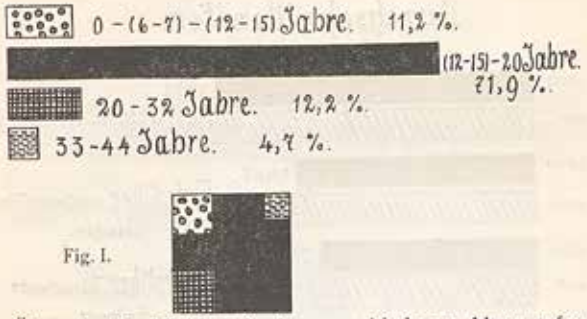


Fig. I.

Über die Sterblichkeit in den verschiedenen Altersstufen orientiert folgende Kurve: (Sterbestatistik.)

Prozentuale Verteilung der Todesfälle durch Epilepsie der Jahre 1899—1909 auf Jahrfünfte des Sterbealters, verglichen mit der Kurve des Sterbealters der Gesamtbevölkerung für das Jahr 1909.

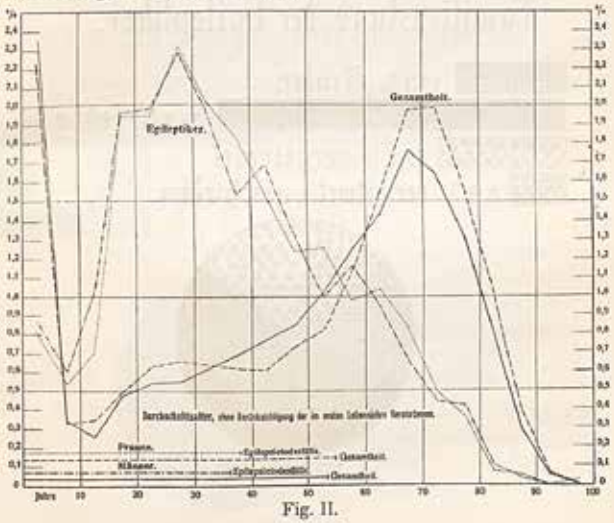


Fig. II.

Die Verkürzung der Lebensdauer zeigt sich auch im Durchschnittsalter: (Sterbestatistik.)

Fig. III.

Die Erkrankungshäufigkeit der Männer verhält sich zu der der Frauen wie 4:3. (Sterbestatistik.)

Von den ins heiratsfähige Alter tretenden Epileptikern verheiratet sich ein Drittel. (Sterbestatistik.)

Fig. IV.

Ein Drittel der Epileptiker bleibt zeitlebens erwerbsunfähig. (Sterbestatistik.)

Fig. V.

Ungefähr ebensoviele müssen in einer Anstalt versorgt werden. (Sterbestatistik.)

Fig. VI.

Von den Epileptikern, die einen Beruf ausüben, stehen die meisten bei der Landwirtschaft. (Sterbestatistik.)

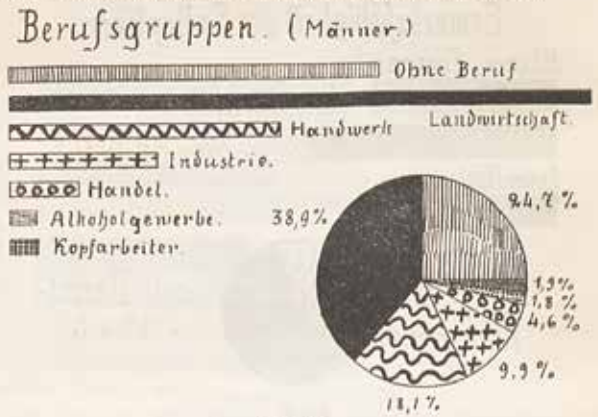


Fig. VII.

Und zwar mehr als von der Gesamtbevölkerung. Ebenso etwas mehr bei der Industrie und beim Gewerbe; aber weniger beim Handel. (Sterbestatistik.)

Fig. VIII.

Dementsprechend ist die Epilepsie auf dem Lande mehr als doppelt so häufig als in der Stadt. (Sterbestatistik.)

Und bei den Kantonen stehen die mit überwiegender Landwirtschaft obenan. Dann kommen die industriellen und zuletzt die gemischten und Städtekantone. (Militärstatistik.)

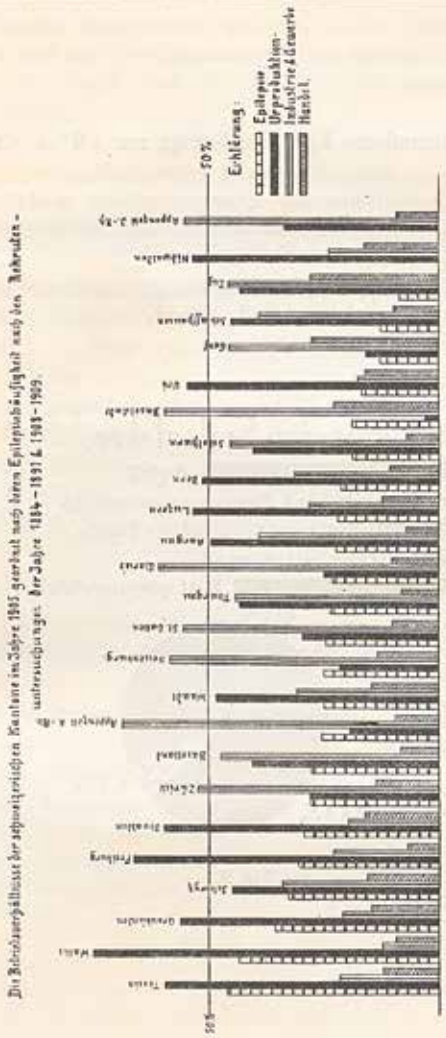


Fig. IX.

Die traumatische Epilepsie beträgt nur 1,8 %. (Sterbestatistik.)

Der Alkoholismus der Erzeuger scheint wichtiger zu sein, als der Alkoholismus des Kranken in der Ätiologie des Leidens. (Sterbestatistik.)

Zwei Drittel der Epileptiker sterben an ihrem Leiden, davon zwei Drittel im Anfall. (Sterbestatistik.)

Fig. X.

Die Frauen verunglücken häufiger durch Verbrennen (Sturz in und auf den Feuerherd). Den meisten übrigen Unfällen im Anfall sind die Männer mehr ausgesetzt. (Sterbestatistik.)

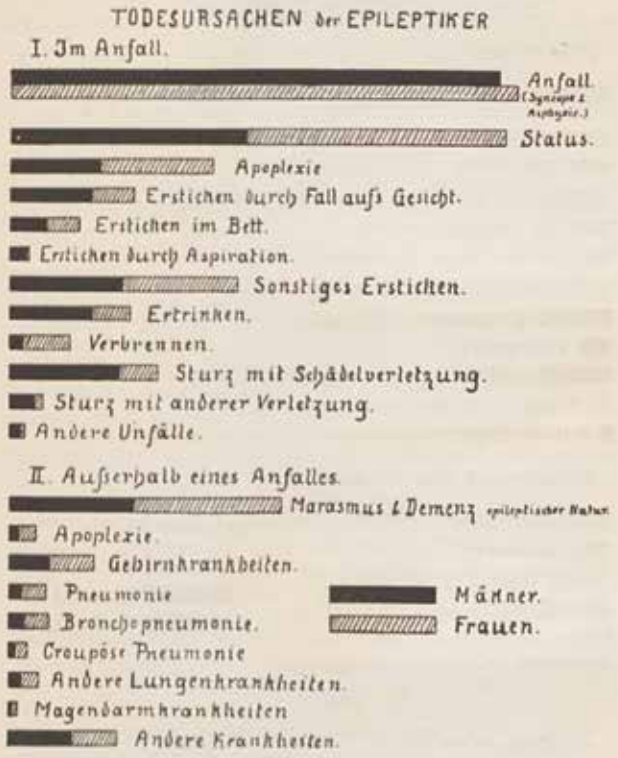


Fig. XI.

In den Anstalten sterben viel mehr Epileptiker im Status als draußen. Dem Ersticken durch Fall aufs Gesicht, dem Ertrinken und Verbrennen sind die Anstaltspfleglinge naturgemäß weniger ausgesetzt. (Sterbestatistik.)

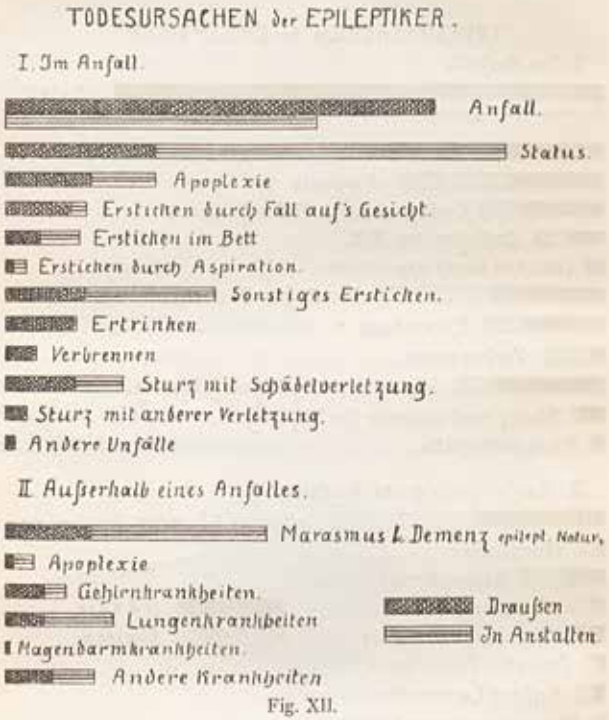


Fig. XII.

Näheres ist zu finden in meiner Originalarbeit: „Die Erkrankung und Sterblichkeit an Epilepsie in der Schweiz mit besonderer Berücksichtigung von 2159 Todesfällen infolge von Epilepsie." Verlag von Benno Schwolle & Co., Basel 1912. Preis 80 Pf.

Q e 64

Aerztebibliothek
Burghölzli

LEHRBUCH DER PSYCHIATRIE

VON

DR. E. BLEULER
O. PROFESSOR DER PSYCHIATRIE AN DER UNIVERSITÄT ZÜRICH

MIT 49 TEXTABBILDUNGEN

KRANKENANSTALT BURGHÖLZLI
DIRECTION
ZÜRICH

BERLIN
VERLAG VON JULIUS SPRINGER
1916

A 73200z

X. Die Epilepsie.

Bei einer Anzahl von Krankheiten, die mit psychischen Symptomen verlaufen, ist der epileptiforme Anfall die auffallendste Erscheinung; wir nennen sie die Epilepsien. Unter ihnen nimmt eine ziemlich gut charakterisierte Gruppe etwa drei Viertel der Fälle ein; die andern sind ungenügend bekannt und eigentlich erst durch eine Untersuchung von ALZHEIMER[1]) deutlicher abgesondert worden. Die Hauptgruppe, die uns hier allein beschäftigen soll, nennt man die genuine Epilepsie, ein Name, der eigentlich die andern Formen auch umfassen und sie alle zusammen von der „symptomatischen Epilepsie", den epileptiformen Anfällen bei andern Krankheiten unterscheiden sollte. Solche Anfälle können nämlich bei allen Hirnkrankheiten vorkommen (z. B. Tumoren, Sklerosen, Paralyse, arteriosklerotischem Irresein, Presbyophrenie, Schizophrenie), ebenso bei Vergiftungen, z. B. durch Alkohol, Blei, Ergotin, und bei Eklampsie und Urämie. Die genuine Epilepsie ist nun nicht bloß durch die sich chronisch wiederholenden epileptiformen Anfälle charakterisiert; sie entwickelt auch eine ganze Anzahl psychischer, ihr eigentümlicher Symptome. Ferner gibt es bei ihr häufig „abortive" oder

[1]) Die Gruppierung der Epilepsie. Bericht der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie 26./28. April 1907. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie, Bd. 64, S. 418.

aus „Lehrbuch der Psychiatrie" (1916) | Eugen Bleuler

sonst anders geartete Anfälle, die mit ebenso großer Deutlichkeit auf die Krankheit schließen lassen, wie die als epileptiform bezeichneten. Diese letzteren, die als „typisch" geltenden Anfälle, können ganz zurücktreten oder überhaupt fehlen, ohne daß deswegen die Diagnose unmöglich würde. Fast alle Fälle genuiner Epilepsie haben ferner einen gemeinsamen anatomischen Befund. Dennoch ist die Abgrenzung gegenüber anderen Epilepsieformen noch nicht scharf, und es ist gut möglich, daß auch die so umgrenzte Gruppe bei genauerem Zusehen noch in Unterabteilungen zerfallen wird.

Das Typische an den als epileptiform bezeichneten Anfällen ist das plötzliche, oft geradezu „blitzartige" Einsetzen eines Krampfes der gesamten Muskulatur, der erst tonischen, dann clonischen Charakter hat, nicht mehr als wenige Minuten dauert[1]) und mit einer schweren Bewußtseinsstörung verbunden ist, die als vollständige Bewußtlosigkeit imponiert.

Dem Anfall gehen oft Vorboten voraus, die ein paar Stunden, seltener Tage dauern; am häufigsten sind es „Verstimmungen", aber auch beliebige Mißempfindungen, seltener Halluzinationen und Dämmerzustände. Meist werden diese Vorboten durch den Anfall mit einem Schlage beseitigt.

Der eigentliche Anfall wird durch eine Aura eingeleitet. Diese besteht am häufigsten in irgendwelchen Parästhesien, einem Schmerz, einem Gefühl von Kälte oder Angeblasenwerden (daher der Name), das übrigens nicht so häufig ist, „ein Rädchen schnurrt im Magen"; dann in eigentlichen Halluzinationen, namentlich des Gesichtes, auffallend häufig auch des Geschmackes. Die Visionen haben oft die Neigung, auf den Patienten zuzukommen und immer größer zu werden; im Moment, da sie seine Brust berühren, schwindet das Bewußtsein. Bei der seltenen „Reflexepilepsie", deren Anfälle durch Reiz einer Narbe oder sonst einer krankhaften Stelle ausgelöst werden, kann die Aura als Sensation in dem betreffenden Körperteil beginnen. In einzelnen Fällen werden komplizierte Szenen halluziniert. Die psychische Aura kann auch in plötzlichen Verstimmungen oder subjektiv fühlbaren Denkstörungen bestehen. Daneben gibt es auch eine motorische Aura, bestehend in allerlei klonischen und tonischen, meist umschriebenen Krämpfen, blitzartigen Zuckungen oder komplizierten automatischen Bewegungen, wie namentlich zielloses Laufen (Aura cursoria); selten kommt es zu komplizierteren Handlungen, wie sich-ausziehen u. dgl.

Da die Exspiratoren und die Schließer der Glottis stärker sind als ihre Antagonisten, wird bei Eintritt des allgemeinen Krampfes meist die Luft durch die geschlossene Stimmritze herausgepreßt, wodurch ein charakteristischer Schrei entsteht (viel seltener ist ein entsetzliches Angstgeschrei, der psychischen resp. kursativen Aura angehörend). Mit dem Schrei stürzt der Patient meist hin wie ein Stück Holz, ohne Rücksicht auf Gefahr. Dem Tonus soll in manchen Fällen eine Relaxation der Muskulatur vorausgehen. Eine ganz unbewegliche Steifigkeit tritt wohl nie ein; eine stärker kontrahierte Muskelgruppe überwindet ihre Anta-

[1]) Die Angehörigen sprechen oft von Anfällen mit längerer Dauer. Das kommt zunächst davon her, daß die schreckliche Szene den Eindruck einer längeren Dauer erweckt. Dann spielen Verquickungen der beiden Phasen mit dem stuporösen Nachstadium oder Verwechslungen mit dem Status epilepticus mit.

gonisten und bringt so eine langsame Bewegung hervor; oft überwiegt namentlich zuerst die eine Seite, dann die andere. Im Tonus tritt natürlich Livor ein, in schweren Anfällen bis zu einem erschreckenden Schwarzblau; nach etwa einer halben Minute sieht man Stöße in einzelnen Muskeln, die sich rasch ausbreiten und in wilde energische Bewegungen aller Körperteile übergehen. Nach einiger Zeit bemerkt man gewöhnlich durch das Bewegungschaos eine gewisse zweckvolle Koordination durchschimmern, namentlich im Sinne der Abwehr. Jedenfalls werden die Bewegungen schwächer, bis gänzliche Ruhe eintritt; meist folgen noch einige an Stärke abnehmende Stöße. Die Koordination und in gewissem Grade auch die Kraft der Bewegung kehrt meist nur allmählich, im Verlaufe von Minuten oder auch nach viel längerer Zeit, zurück. Das Bewußtsein erscheint nur ganz ausnahmsweise plötzlich oder schon mit Aufhören des motorischen Anfalles; meist sammeln sich die Gedanken allmählich und unter mehrfachen Schwankungen des Klarheitsgrades; die erst gefälschte Orientierung wird zuerst in einzelnen Dingen, nachher bei einem Anrufen, dann auch sonst klar. Der Kranke erwacht nicht wie aus einem Nichts, sondern wie aus einem Traumzustande. Manchmal bleiben umschriebene Parästhesien, seltener Paresen, einige Zeit bestehen.

In stärkeren Anfällen wird der Speichel durch die Bewegungen der Zunge und auch durch die nach dem Tonus eintretende starke Mundatmung zu Schaum geschlagen, der häufig blutig gefärbt ist, weil die Zunge zwischen die Zähne kommt. Wenn man die Pupillen während des Anfalles untersuchen kann, findet man ganz im Anfang gewöhnlich Miosis, dann aber ausgesprochene Mydriasis und Starrheit, welche nach dem Anfall verschieden rasch der normalen Reaktion Platz macht. Während des Anfalles und meist noch zu Anfang des Stadiums, da Bewegungen und Mimik einen Traumzustand verraten, reagieren die Kranken auf äußere Reize nicht, auch die Reflexe sind längere Zeit erloschen; oft besteht Babinski noch stundenlang. Wenn die postepileptische Unklarheit des Bewußtseins statt weniger Augenblicke oder weniger Minuten Stunden und Tage dauert, oder wenn darin auffallende Handlungen begangen werden, so betrachtet man sie als selbständigen postepileptischen Dämmerzustand. Nach der Bewußtseinstrübung, aber auch oft unmittelbar nach dem Anfall tritt meistens ein Stupor oder geradezu ein Koma ein, manchmal auch Flexibilitas cerea. Nach dem Erwachen ist volles Wohlbefinden höchst selten; meist fühlt sich der Patient einerseits nervös angegriffen, andererseits aber „zerschlagen", auch wenn er sich nicht eigentlich verletzt hat; der Puls bleibt oft stundenlang fadderig.

Beim nämlichen Patienten gleichen sich oft die verschiedenen Anfälle wie zwei Photographien. Die Kranken fallen mit der nämlichen Körperstelle hin, die Aura ist in der Regel gleichförmig; im postepileptischen Dämmerzustand werden genau die nämlichen Sinnestäuschungen wahrgenommen, die nämlichen Handlungen in gleicher Reihenfolge ausgeführt.

Die Anfälle können in verschiedenster Weise abortiv werden, namentlich mit der Verblödung wird in der Regel alles weniger kräftig. Ferner können Tonus oder Clonus bis zur bloßen Andeutung zurücktreten; die Bewegungen können von Anfang an den Charakter einer

wenn auch ungeordneten Handlung haben. Auch bloße Ohnmachten können abortive epileptische Fälle sein. Schwindet das Bewußtsein nur für wenige Sekunden, ohne daß man hinfällt (meist mit Erblassen, seltener mit Erröten, oft verbunden mit einem stieren Blick, manchmal auch mit einigen Lippen- oder Zungenbewegungen), so spricht man von Absenzen oder petit mal (im Gegensatz zum grand mal, dem ausgesprochenen Anfall). Manchmal äußert sich die Krankheit in rasch vorübergehenden Schwindelanfällen. Außer diesen häufigsten „Anfällen" gibt es noch viele andere kleine Symptome von gleicher Bedeutung, die man aber nicht alle aufzählen kann. Allen diesen kleinen Anfällen fehlt fast nie die ohne Vorläufer plötzlich einsetzende Bewußtseinsstörung, teils in Form (scheinbarer?) Aufhebung des Bewußtseins, teils in Form von dämmerigem Denken, oder Sich-Aufdrängen eines bestimmten Gedankens u. dgl. Ein Patient steht beim Essen plötzlich auf und onaniert; ein anderer pißt in den Billettschalter.

Die typischen Anfälle folgen sich unter Umständen so rasch aufeinander, daß die Kranken sich in der Zwischenzeit nicht erholen: Status epilepticus. In schwereren solchen Anfällen steigt dann die Temperatur bis auf ungewohnte Höhe (43 Grad), und die Kranken sterben im Koma oder an einer Aspirationspneumonie.

Die psychischen Störungen. Die Epileptiker sind in der Regel Psychopathen, schon bevor die Krankheit ihnen den eigenartigen Stempel aufgedrückt hat. Ein großer Teil derselben, namentlich von den früh erkrankenden Formen, sind direkt Hirnkranke und Imbezille. Es sind aber mit der Epilepsie auch spezifische psychische Eigentümlichkeiten verbunden, die in der Regel mit der Dauer der Krankheit zunehmen. Man spricht je nach dem Grade von epileptischem Charakter, epileptischer psychopathischer Konstitution[1]) und in schweren Fällen von epileptischer Verblödung.

Die hervorstechendste Anomalie betrifft dabei die Affektivität, die krankhaft stark reagiert und zugleich die Eigentümlichkeit hat, daß ein bestehender Affekt lange dauert und durch neue Eindrücke schwer abzulenken ist; es ist nicht bloß die Reizbarkeit, die sich auf diese Weise bemerkbar macht, sondern auch alle andern Affekte, wie Zuneigung, Freude, verlaufen ganz gleich. Die Kranken sind in der Regel in sehr ausgesprochener Stimmung (über anfallsweise Verstimmung s. später), und das Unwichtige wird leicht ebenso stark gefühlsbetont wie das Wichtige. Es ist nicht richtig, daß manche Gefühle, wie z. B. die moralischen, atrophieren. Dagegen findet sich oft eine ganz unverhältnismäßig starke Affektbetonung von Begriffen, die die „Gerechtigkeit" betreffen. Dem eigenen Ich wird ein erhöhtes Interesse entgegengebracht. Doch hat die egozentrische Denkrichtung neben der affektiven auch eine assoziative Wurzel.

Alle psychischen Funktionen, und damit am auffallendsten der Gedankengang, sind stark verlangsamt, schwerflüssig, und wenn man den Ablauf der Sprache als Maßstab nehmen kann, geschehen sie gerne häsitierend, ruckweise. Die inhaltlichen Eigentümlichkeiten des Ge-

[1]) Manche bloße Psychopathen haben den nämlichen Affekthabitus wie ausgesprochene Epileptiker; man spricht auch da von „epileptischem Charakter", besonders, wenn die Patienten aus Familien mit deutlich epileptischen Gliedern stammen.

dankenganges zeigen sich am deutlichsten in den experimentellen Assoziationen: Langsamkeit, Ideenarmut, Neigung zu Wiederholungen in Form und Inhalt, zu Definitionen, Schwierigkeit mit einem einzigen Worte zu reagieren, Häufigkeit egozentrischer Beziehungen, Gefühlsbetonung der gebotenen Vorstellungen und Wahl gefühlsbezeichnender Reaktionsworte und dabei besondere Vorliebe für affektive Wertung (gut, schön, schlecht, abscheulich), Schwierigkeit, den Ausdruck zu finden, mit Neigung zu ungeschickt gebildeten Ausdrücken eigener Erfindung.

Beispiele s. S. 58.

Nicht nur die Redeweise, auch das epileptische Denken hat etwas Unklares, Unbestimmtes; die Grenzen der Begriffe und Ideen verschwimmen; Allgemeinbegriffe ersetzen die speziellen. Zwei verschiedene Verhaftungen können nicht auseinander gehalten werden. Die bestimmte Tugend der Sparsamkeit wird mit der Phrase „wo man so recht tut", bezeichnet. Ein Eichhorn „ist jetzt ein Hase oder eine Katze oder ein Fuchs". Sogar in der Mathematik ist 16+16 „so ungefähr 32 bis 34".

Im Reden und Schreiben haben wir die nämlichen Eigentümlichkeiten: Die Rede kommt nicht vom Fleck, nicht nur ihrer Langsamkeit, sondern namentlich der Umständlichkeit wegen, die alle Kleinigkeiten ausmalen muß; Wiederholungen und vielfaches Ausdrücken des nämlichen Gedankens in verschiedener Form. Dabei ist die Redeweise schwülstig und unbeholfen und immer unscharf. Inhaltlich klebt der Kranke am Einfachen und Gegenwärtigen. Die Ideen beschränken sich auf das, was den Patienten direkt nahe berührt: seine Persönlichkeit mit der Krankheit, dann seine Familienglieder („Familiensimpelei", „Familienlobrednerei"), seine Kleider („Kleiderjammer") und eine Anzahl Kleinkram, den die Patienten, wenn man sie gewähren läßt, gerne mit sich herumtragen, meist sorgfältig eingepackt in viele Papiere oder Lappen, jedes wieder mit einer Schnur besonders versorgt, Photographien, Briefe, ein wertloser Schmuckgegenstand u. ä. Die Kranken sind affektiv und damit auch assoziativ in hohem Grade egozentrisch. Ihr Minderwertigkeitsbewußtsein, ihr Bedürfnis, sich anzulehnen und das Heil ihrer Persönlichkeit in den Vordergrund zu stellen, unbestimmte Begriffe zugleich mit pathetischen schon geprägten Redensarten und mit intensiven Gefühlen zu begleiten, lassen sie in frommer Umgebung leicht eine schwülstige Religiosität annehmen und ihr ganzes Weh und Wohl in entsprechende Formeln kleiden („Gott-Nomenklatur"). Das gelingt auch den wenig Intelligenten um so leichter, als ihre Begriffe und Ideen unscharf werden, so daß sie sich mit allgemeinen Phrasen begnügen, an die sie einen mehr affektiven als intellektuellen Inhalt knüpfen. Die Egozentrizität äußert sich u. a. auch darin, daß sie nicht fähig sind, die Interessen anderer abzuschätzen; was ihnen selbst Freude und Ärger macht, halten sie für andere in gleicher Weise wichtig und gefühlsbetont. Ganz charakteristisch ist es, wie sie häufig den Arzt mit wichtiger Miene auf die Seite nehmen, um ihm geheimnisvoll eine Banalität oder etwas, das man überhaupt schon lange weiß, mitzuteilen.

Die Perseveration und Schwierigkeit der Ablenkung auf ein anderes Thema wird durch folgendes Gespräch charakterisiert:

„Wie heißen Sie?" „Martha Glockner." „Wie alt sind Sie?" „Martha Glockner." „Wo sind wir hier?" „Martha Glockner." — „Wie alt sind Sie?" „22 Jahr." „Wo sind

wir hier?" „22 Jahr." „Was ist Ihr Beruf?" „22 Jahr." — „Wer bin ich?" „Der Vetter Georg." — „Wer ist der andere Herr?" „Der Vetter Georg."[1])

Die Umständlichkeit und Neigung zu Tautologie ist in dem folgenden Briefe (dessen Dialektausdrücke und Orthographie weitgehend korrigiert wurden) ausgedrückt:

„Ihr lieben Herr Direktor ich lasse Euch von Herzen grüßen und wünschte Euch von Herzem eine gute Gesundheit und Gottes Segen und habe Respekt von Euch und ich danke Euch von Herzen und ich wünschte das alles dem Herrn Direktor und Herrn Pfarrer und ich wünschte das alles Etern Verwandten auch das alles und ich bitte Euch von Herzem, daß Ihr den Brief nach Rüti schicket, den ich die letzte Woche gegeben habe und die Eltern in Rüti lasse ich lasste ich auch von Herzen grüßen und habe auch Respekt von ihnen und dankte ihnen auch von Herzem und wünschte ihnen auch von Herzem eine gute Gesundheit und Gottes Segen und dem krankem und Gesundeme auch und ich habe das größte Heimweh nach seiner Andacht und Predigt und Bibelstunden und es waren alle Gebetbücher in mir inen . . . . ."

Für die klebrige Gefühlsduselei bringt ULRICH[2]) ein kurzes Beispiel:

„„Ich bin die liebe Jumpfer Fräulein X. X. von X., Kirchgemeinde X., Kanton X., Schweiz". Sie wünschte, daß die Ärzte ihr täglich erklärten, sie sei die liebste und beste Jungfrau X. X.; sie drückte den Leuten möglichst lange und intensiv die Hand, sowohl die linke als auch die rechte. Sie wünschte einem stets einen lieben, guten Sonntag, einen lieben, guten, jeweiligen Wochentag, auch eine schöne, gute Schlafnacht; wenn man die Wünsche erwiderte, so antwortete sie befriedigt: „so isch recht"."

So ist das **Verhalten** der Epileptiker zwar äußerlich ein geordnetes; es bekommt aber für die Umgebung leicht etwas Mühsames, sowohl durch ihre Umständlichkeit wie durch ihre Klebrigkeit und ihr Hangen an Kleinigkeiten. Man gewinnt indes sehr leicht einen guten und nicht unangenehmen Rapport mit ihnen; wo man mit dem Durchschnitt der Epileptiker nicht auskommt, besteht ein Fehler in der Behandlung. Sie sind klebrig in Liebesbezeugungen wie nachhaltig im Affekt der Beleidigung; die dargereichte Hand lassen sie lange nicht los; übersieht man einmal, sie zu grüßen, so kann das die Stimmung auf Tage verdüstern. So lange sie irgendwie können, beschäftigen sie sich, wenn auch nicht allzuviel dabei herauskommt; auf den Abteilungen werden blödere manchmal geradezu lästig durch ihre zutäppische Hilfsbereitschaft. Groß ist ihre **Unbeständigkeit**, wenn sie sich selbst überlassen sind. Weil sie alles zu wichtig nehmen, und namentlich der Verstimmungen wegen, können sie nirgends auf die Dauer bleiben; viele geraten auf die Landstraße.

Die **Aufmerksamkeit** der Epileptiker hat, ihrer Affektivität entsprechend, eine verminderte Vigilität (Ablenkbarkeit), aber eine gute Tenazität; dabei ist sie zu verschiedenen Zeiten sehr ungleich.

Das **Gedächtnis** wird nach und nach schlecht, aber nicht in einer erkennbar systematischen Weise; Frisches und Altes wird gleicherweise vergessen. Außerdem wird es unscharf; die Erlebnisse werden in andere Verknüpfungen gebracht; es kommt häufig zu eigentlichen **Gedächtnisillusionen** (die Amnesien gehören den paroxysmellen Zuständen an).

Die **Orientierung** ist außer in den Zuständen höchster Verblödung, die nur wenige erreichen, gut (von den Dämmerzuständen ist hier nicht die Rede).

Die **Wahrnehmungen** sind leicht unscharf; die Kranken brauchen ähnlich wie die Organischen mehr Zeit als Normale und täuschen sich leicht. Auch kommen ihnen Nachwirkungen früherer Einflüsse in die Quere (**Perseveration**). Sie verkennen z. B. ein Bild im Sinn eines

[1]) WERNICKE, Grundriß der Psychiatrie. Thieme, Leipzig, 1900, S. 510.
[2]) 29. Bericht der schweiz. Anstalt für Epileptische, Zürich, über 1914, S. 42.

früheren Gesichtseindruckes. Die Unschärfe der Wahrnehmung ist aber nicht eine Folge ungenügender peripherer sinnlicher Funktion; wenigstens vermögen die Kranken bei ihrer Kleinigkeitskrämerei, z. B. die Unterschiede zweier ähnlicher Linien geradezu besser aufzufassen als Gesunde. Komplizierteren Verhältnissen, raschen Wendungen der Ideen kann der Patient oft nicht folgen. Manchmal ist ein großer Unterschied zwischen der Auffassung einzelner Wörter und eines ganzen Satzes.

Die **Sprache** der Epileptiker ist oft so charakteristisch, daß man aus ihr die Diagnose machen kann: langsam, häsitierend, wobei oft Silben mehrfach wiederholt werden und die Kranken nicht weiter kommen[1]). Durch die Langsamkeit und dadurch, daß die einzelnen Vokale oft eine Hebung und Senkung aufweisen, und daß (im Deutschen) die Nebensilben ähnliches Gewicht wie die Hauptsilben bekommen, erhält die Sprache etwas Singendes. Dabei sind die Modulationen des Tones schwerfällig und selten, wenig fein nüanciert, so daß die Sprache zugleich etwas eintönig erscheint. Der Grad dieser Sprachstörung kann beim nämlichen Kranken stark wechseln; besonders in der Nähe eines Anfalles oder in einem Dämmerzustand pflegt sie hervorzutreten.

Chronisches Halluzinieren kommt bei Epileptikern fast nie vor. Dagegen bilden sich unter dem Affekteinfluß sehr häufig **Wahnideen**, namentlich des Ungerechtbehandeltwerdens, die aber in der Regel spätestens bei der nächsten gegenteiligen Verstimmung vergessen oder gar korrigiert werden. Auch in Dämmerzuständen entstandene Wahnideen können bisweilen lange nicht mehr korrigiert werden. Besteht einmal ein solcher residuärer Wahn länger, so sieht das Bild aus wie eine Kombination von Epilepsie mit Paranoia.

Neben Symptomen dauernder epileptischer Entartung finden wir regelmäßig auch auf psychischem Gebiet **vorübergehende Erscheinungen**, die, wenigstens zum Teil, sicher dem Anfall äquivalent sind. Während derselben sind meist die Dauersymptome besonders ausgesprochen.

Zunächst die **Dämmerzustände**, die am häufigsten postepileptisch, aber auch präepileptisch und statt des Anfalles („Äquivalente") vorkommen können. Sie beginnen meist rasch, oft ganz plötzlich und verschwinden wieder innerhalb Minuten oder Stunden, nachdem sie stunden- oder tagelang gedauert haben. Selten sind wochen- oder gar monatelange epileptische Delirien. Die häufigste Form ist die halluzinatorische. Die Kranken halluzinieren und illusionieren vornehmlich mit dem Gesicht, aber auch mit den anderen Sinnen, eine andere Umgebung oder doch andere Einwirkung von außen und reagieren darauf. Unter den Halluzinationen kommen auffallend oft rote (zum Teil als Feuer oder Blut) vor. Der Inhalt hat im übrigen große Ähnlichkeit mit unseren Träumen. Ein Teil der Delirien ist affektiv gleichgültig. Sehr häufig sind solche mit ängstlichem oder zornigem Affekt, die gern zu brutalen Gewalttaten gegen sich und andere führen; sexuelle Erregungen liegen Lustmorden oder der häufigen Exhibition zugrunde. Neben ängstlichen Hölle- und Teufelvisionen kommen etwa Ekstasen mit vollkommener Entrücktheit und beseligend erotisch-religiösen Halluzinationen aller Sinne vor. Ausgesprochene Dämmerzustände lassen sich sehr wenig

[1]) Ohne Krampferscheinungen der Sprechmuskulatur, zum Unterschied von Stottern.

beeinflussen; man kann sich aber unter Umständen mit den Kranken in Beziehung setzen; doch bekommt man wenige und wenig sinngemäße Antworten. Das Denken ist meist schwer gestört; ganz einfache Antworten sind leichter zu erhalten als kompliziertere; der Patient kann unter Umständen rechnen sieben plus achtzehn, aber nicht mehr sieben mal achtzehn, da er 56 und 70 nicht addieren kann. Die Assoziationen gehen wie im Traum auf Nebenbahnen. Auch Klangassoziationen kommen bei manchen Patienten vor, nicht aber eigentliche Ideenflucht.

In leichteren Anfällen treten die Halluzinationen zurück und das unklare Denken kommt in den Vordergrund. Bloße Angstanfälle haben oft die nämliche Bedeutung.

Äußerlich ganz anders präsentieren sich die besonnenen Dämmerzustände, in denen die Kranken dem Beobachter klar erscheinen, in Wirklichkeit aber assoziativ sehr eingeengt sind und irgendeine traumhafte Handlung durchführen (vgl. S. 83). Doch möchte ich die meisten dieser Zustände mit HEILBRONNER den hysterischen zurechnen, auch wenn sie, wie nicht so selten, bei Epileptikern vorkommen.

Bei wenig getrübtem Bewußtsein können auch Pseudohalluzinationen (namentlich des Gesichtes) anfallsweise auftreten; z. B. Gestalten, die mit langen Armen nach dem Patienten greifen, ein Tier, der Teufel oder bei angenehmer Stimmung Engel, schöne Weiber.

Ein Dämmerzustand kann auch die Form eines Stupors verschiedenen Grades annehmen, oder es können kontinuierliche identifizierende Erinnerungstäuschungen das Bild beherrschen.

Ferner kann Nachtwandeln ein epileptisches Symptom sein.

Von besonderer Wichtigkeit sind die Verstimmungen, die wohl bei keinem Epileptiker fehlen (aber auch bei anderen Psychopathen und bei Dementia praecox vorkommen): euphorische von besonderem Wohlgefühl, sehr oft mit der Idee, nun definitiv von der Epilepsie geheilt zu sein, aber ohne Ideenflucht (meist als Vorläufer von Anfällen), depressive mit oder ohne Angst, die einer melancholischen Verstimmung ganz ähnlich sehen, relativ selten mit Selbstmordtrieb, aber recht oft mit Betonung der Unheilbarkeit, und dann die bekanntesten, die gereizten, in denen die Kranken einesteils durch alles, was geschieht, gereizt werden, andersteils sich recht anspruchsvoll und lümmelhaft benehmen, so daß Konflikte unvermeidlich sind. Die Verstimmungen können plötzlich eintreten und plötzlich (namentlich durch einen Anfall, dessen Vorboten sie dann waren) abgeschlossen werden oder auch sich einschleichen, Stunden bis mehrere Tage und, selten, noch länger dauern.

Häufig sind auch bloße Parästhesien, namentlich Kopfweh, Schmerzen da und dort, und beliebige nervöse Erscheinungen, die deutlich den Charakter des Paroxysmellen haben, ferner Magenverstimmungen, die plötzlich eintreten und verschwinden, Wollustanfälle mit oder ohne triebartiges Onanieren oder Attentate auf andere, dann Zuckungen und andere Krampferscheinungen. Man rechnet auch die unregelmäßigen Stöße eines stärkeren Tremors hierher, die man bei graphischer Registrierung von Epileptikern sehr häufig findet.

Alle diese Folgen können auch in beliebiger Weise gemischt vorkommen; ferner wiederholen sie sich oft wie die Anfälle in ähnlicher oder geradezu gleicher Form.

Auch auf körperlichem Gebiet finden wir Anomalien, die der

Epilepsie angehören. Zunächst zeigen eine Menge von angeborenen Mißbildungen die „Degeneration" oder die Hirnkrankheit an.

Im Blut findet man zytologische und namentlich chemische Eigentümlichkeiten, die aber beim nämlichen Patienten und noch mehr von Fall zu Fall stark schwanken, so daß noch kein klares Bild zu gewinnen ist. Der ganze Stoffwechsel und damit die Harnchemie ist abnorm, aber noch nicht einheitlich zu beschreiben. Ziemlich sicher scheint, daß nach dem Anfall giftige Substanzen ausgeschieden werden. Worauf die Empfindlichkeit gegen Alkohol in den verschiedensten Richtungen beruht, weiß man nicht; sie läßt sich aber in Verbindung bringen mit der Alkoholintoleranz nach Hirnverletzungen.

Die Bewegungen werden wie die andern nervösen Vorgänge oft langsam, unbeholfen, vielleicht auch unsicher ausgeführt. Die Körperkraft bleibt aber auffallend lange eine gute oder eine sehr gute.

Der Verlauf der Krankheit ist im ganzen ein progressiver, wenigstens in bezug auf die intervalläre Degeneration. Die Anfälle brauchen nicht zuzunehmen, werden sogar häufig mit der Zeit milder oder rudimentär. Ein direkter Zusammenhang zwischen Zahl und Stärke der Anfälle und Verblödung besteht nicht. Starke Verblödungen können auch bei bloßem petit mal eintreten. Einzelne Fälle bleiben stationär, andere heilen, namentlich bei geeigneter Behandlung. Nicht so selten sind Pausen von Jahren oder gar Jahrzehnten; namentlich bekannt sind die Kranken, die in der ersten Kindheit Anfälle haben, dann geheilt erscheinen, um während der Pubertät wieder zu erkranken. Von den leichteren Fällen heilen manche definitiv, andere nur von den Anfällen, indem der epileptische Charakter verbleibt, ja mitsamt der intellektuellen Verblödung unter Umständen sich noch stärker ausprägt. Es gibt auch Epileptiker, die jedes Jahr eine ziemliche Anzahl von Anfällen haben und dennoch — mit oder ohne Therapie — nicht verblöden, und deren Charakter relativ gut bleibt.

Die Zahl der Anfälle ist ganz verschieden. In leichteren Fällen können während des ganzen Lebens nur einzelne vorkommen (Krampfanfälle und Dämmerzustände); andere produzieren während eines Tages mehrere, ja während besonders schlimmer Zeiten viele, selten hundert und noch mehr. Manche Kranke werden besonders im Beginne des Leidens nur oder hauptsächlich in der Nacht befallen und wissen gar nicht, daß sie epileptisch sind. Bei den einen sind die Anfälle zerstreut, bei anderen treten sie mehr in Serien auf.

Die Prognose der ausgesprochenen interparoxystischen Verblödung ist natürlich schlecht, wenn auch hier etwa eine geregelte Therapie insofern eine Besserung hervorbringt, als die Nebenerscheinungen zurücktreten. Ein gewisser Prozentsatz namentlich der nach der Pubertät Erkrankten verliert die Anfälle spontan und verblödet wenig oder gar nicht[1]. Unzweifelhaft kann auch rechtzeitiges Eingreifen manchen Fall weitgehend bessern oder sogar heilen und dem weiteren Verfall vorbeugen. Dabei sind die Aussichten namentlich von dem psychischen Zustande abhängig. Weitgehende Besserung oder Heilung kann man nur bei wenig affizierter Psyche erwarten.

[1]) Gegen die Diagnose der Epilepsie bei Mohamed, Sokrates oder gar Napoleon bin ich sehr mißtrauisch.

Durch die Krankheit wird die Lebensdauer beträchtlich verkürzt. Viele verunglücken im Anfall, andere sterben in einem frühen Marasmus, der regelmäßig mit stärkerer Verblödung und Hirnatrophie verbunden ist. Epileptiker, die von Geburt an hirnkrank waren, haben natürlich eine geringe Lebenskraft.

Anatomischer Befund. In den verblödeten Fällen unserer Epilepsiegruppe findet man eine deutliche, wenn auch nicht hochgradige Atrophie des Gehirns mit verschiedenen Formen von Neuronuntergang und als Charakteristikum eine Vermehrung der Gliafasern, die zum Unterschied von der Paralyse im ganzen fein bleiben, sich im Innern des Gehirns gern büschelförmig ordnen und namentlich die Oberfläche in einen dichten Filz aus hauptsächlich horizontalen Fasern mit relativ wenig Austausch mit den tieferen Schichten überziehen. Die Gliazellen sind in verschiedener Weise verändert, leicht vermehrt und tragen viele Abbauprodukte. Was für Beziehungen dieser Befund zur Krankheit hat, ist noch vollständig unbekannt, ebenso die Bedeutung der oft gefundenen Sklerose eines oder beider Ammonshörner mit Degeneration der Nervenzellen und Hypertrophie der Glia. — Merkwürdig ist auch der häufige Befund von Cajalschen (Fötal-)Zellen in der oberen Rindenschicht.

Bei Status epilepticus findet man in der Regel einen höheren Druck in der Schädelhöhle, teils durch Ödem des Gehirns und namentlich der Meningen, teils wohl auch durch Gehirnschwellung.

Die Ursachen. Die Epilepsie ist in der angeborenen Konstitution begründet. Hereditäre Belastung mit Geisteskrankheiten, Psychopathien, mit familiären nervösen Degenerationen und namentlich mit Epilepsie selbst drücken den Zusammenhang mit einer kranken Sippe aus. Daß „epileptische Charaktere“ in einer solchen Familie oft leichtere Formen der gleichen Erkrankung darstellen, ist zu vermuten. Auch sind die verschiedenen Arten der Epilepsie leider in der Hereditätsforschung noch nicht getrennt. Eine wichtige Rolle spielt der Alkoholismus der Erzeuger und zwar wahrscheinlich als Ursache und nicht bloß als Ausdruck der krankhaften Familienanlage[1]). Nach neueren Forschungen soll die Epilepsie auch einen Zusammenhang mit familiärer Linkshändigkeit haben, und zwar nicht bloß, weil linksseitige Hirnherde zugleich zu Linkshändigkeit und zu Epilepsie disponieren. Wie die Wassermannsche Reaktion bei Frühepilepsien zeigt, beruhen viele Fälle auf hereditärer Lues. Im Individualleben kann Epilepsie erworben werden durch alle möglichen Hirnkrankheiten, von der uterinen Porenzephalie über die infektiösen Enzephalitiden und die Traumen bis zur Arteriosklerose (letzteres ist allerdings verhältnismäßig selten), und durch allerlei Vergiftungen, namentlich mit Alkohol und Blei. Ob bei solchen Kranken eine epileptische „Disposition“ bestanden haben muß, weiß man noch nicht. Ist einmal ein Hirnherd vorhanden, so kann Kokain einen epileptischen Anfall auslösen, der dann sich wiederholen kann (Cave! Nach Ulrich darf dagegen Novocain als Lokalanästhetikum angewendet werden).

Die Ursachen des einzelnen Anfalles sind in der Regel innere; immerhin können psychische Einflüsse Anfälle hintanhalten (ein Fest, suggestiv wirkende Mittel) und auslösen. Gewöhnlich ist indes der Ärger,

[1]) Stuchlik, Über die hereditären Beziehungen zwischen Alkoholismus und Epilepsie. Diss. Zürich 1914, und Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte. Basel 1914.

dem der Patient seinen Anfall verdanken will, nicht die Ursache, sondern der Vorbote desselben gewesen. Er hat in seiner Verstimmung durch unerfüllbare Ansprüche, anmaßendes Benehmen und Reizbarkeit den Ärger herbeigeführt. — Durch Exzesse aller Art und auch durch relativ geringen Alkoholgenuß werden oft einzelne Anfälle ausgelöst. — Die berühmten Mondphasen haben bei den „Mondsüchtigen“ keinen Einfluß; dagegen scheinen Witterungsverhältnisse kleine Schwankungen in der Häufigkeit der Anfälle bewirken zu können.

Formen, Umfang. Man hat noch zu wenige anatomische Erfahrungen, um die beschriebene Gruppe scharf von anderen Krankheiten mit epileptischen Anfällen abzugrenzen. Namentlich muß man sich fragen, ob alle die „heilbaren“ oder mit unmerkbar geringer Verblödung verlaufenden oder überhaupt die ganz leichten Fälle identisch sind mit den unerbittlich progressiven. Da eine ununterbrochene Schattierung von den günstigsten bis zu den schlimmsten Fällen wahrzunehmen ist, ist es möglich, aber nicht sicher, daß alle oder manche der heilbaren und der (scheinbar) stationären Fälle nur leichtere Formen der gleichen Krankheit repräsentieren. Fälle mit ganz anderen Symptomen (akuteres Zugrundegehen der nervösen Substanz) sind natürlich eo ipso auszuscheiden.

Die Reflexepilepsien können wir noch nicht einreihen.

Die Jacksonsche Epilepsie ist keine Epilepsie in unserem Sinne; sie geht aber oft dahin über, indem die Anfälle den epileptischen Typus bekommen und die psychischen Erscheinungen ihre Nuance im Sinne der Epilepsie verändern.

Bei Arteriosklerose und Presbyophrenie sind die epileptischen Anfälle wohl nur Teilerscheinungen der Hauptkrankheit, obschon ich in einem Falle von Arteriosklerose die epileptische Gliose fand.

Ebenso gehören die epileptiformen Anfälle der Schizophrenie natürlich dieser Krankheit an. Es gibt aber auffallend viele Kranke, bei denen man den Eindruck bekommt, daß schizophrene und epileptische Symptome sich mischen. Wir wissen noch nicht, wie diese aufzufassen sind.

Kraepelin unterscheidet auch eine „Residualepilepsie“, sich wiederholende epileptiforme Anfälle ohne progressiven Verlauf bei Hirnnarben und ähnlichen Störungen.

Die Fraisen (Eklampsie) der Kinder gleichen oft den epileptischen Anfällen; doch ist der Tonus oft stärker, der Klonus viel schwächer ausgesprochen. Da aber die meisten dieser Kinder nicht epileptisch werden, weiß man nicht, ob und eventuell wie die beiden Krankheiten miteinander zusammenhängen.

Dipsomanie und Alkoholepilepsie siehe bei Alkoholismus, S. 205. Die meisten Dipsomanien scheinen nicht stark zu verblöden, auch wenn sie epileptischen Habitus haben.

Gestützt auf zwei klare Fälle möchte Kraepelin zur Epilepsie auch das Amok der Malaien zählen, wobei die Patienten plötzlich mit gezücktem Dolch durch die Straßen rennen, beliebige Leute niederstechend, bis sie zusammenstürzen oder, was häufiger ist, erschossen oder sonst unschädlich gemacht werden. Die eintönige Wiederholung des nämlichen psychischen Syndroms bei den verschiedenen Patienten scheint mir aber doch auf wesentliche Mitwirkung eines psychogenen Faktors hinzudeuten.

Die Friedmannsche Krankheit, der der Autor den schon vergebenen Namen der Narkolepsie verleihen will, besteht in sich sehr oft wiederholenden Anfällen fortdauernder psychischer Erstarrung oder Verwirrtheit, ohne Verlust des Bewußtseins mit Verdrehen der Augen nach oben, vorkommend bei Kindern und ohne Verblödung mit den Jahren ausheilend. Diese Krankheit möchte KRAEPELIN der Hysterie zuzählen. Jedenfalls gehört sie nicht zu unserer genuinen Epilepsie, wie einige Autoren annehmen.

Manche wollen auch die Migräne der Epilepsie beizählen. Sie ist aber ein Syndrom, das bei den verschiedensten funktionellen und organischen Krankheiten des Nervensystems vorkommen kann.

Wichtig sind dagegen die Affektepilepsien (BRATZ) oder reaktiven Epilepsien (BONHOEFFER), Psychopathien mit starker Affektivität, bei denen psychische Einflüsse häufiger oder seltener zu epileptiformen Anfällen führen können. KRAEPELIN hat sie namentlich bei unstäten, zum Wandern und Schwindeln geneigten Leuten gesehen und nennt diese epileptische Schwindler. Brom scheint auf die Affektepilepsie nicht in der spezifischen Weise zu wirken wie auf die genuine.

Vorkommen. Die Epilepsie — allerdings in dem älteren weiteren Sinne des Wortes — ist eine häufige Krankheit in allen Zeitaltern und bei allen Rassen. Bei uns leiden jedenfalls mehrere Promill der Bevölkerung daran. Je nachdem man die Kinderkrämpfe dazu zählt oder nicht, beginnen die meisten Fälle im ersten oder im zweiten Dezennium. Das männliche Geschlecht überwiegt bedeutend, vor allem bei den Erkrankungen des Mannesalters, offenbar eine Folge der Alkoholwirkung.

Erkennung. In manchen Fällen berichten die Kranken nichts oder nichts Charakteristisches von Anfällen. Sie kommen wegen nervöser Symptome, Charakterveränderungen, Verstimmungen, verkannter oder abortiver Dämmerzustände zum Arzte; dann ist die Erkennung nicht leicht. Häufig aber bringen sie die fertige Diagnose oder eine klare Anamnese mit. Wenn auch der einzelne Anfall eine Erkennung nicht erlaubt, so ist doch eine Krankheit, bei der jahrelang in einigermaßen bestimmten Intervallen solche Anfälle vorgekommen sind, regelmäßig eine Epilepsie, und wenn nichts Besonderes daneben ist, so wird es eine genuine sein. Der positive Befund der psychischen Symptome wird in den meisten Fällen rasch die Diagnose sichern. Typische Absenzen kommen (außer mitunter bei Hirntumoren) fast nur bei Epilepsie vor und sind insofern charakteristischer als die großen Anfälle. Während epileptischer Aufregungen, aber auch in vorgerückteren chronischen Zuständen, ist gegenüber anderen Störungen (außer den organischen) meist die langsame, zögernde Reaktion besonders deutlich: „Ein Kranker, der rasch auf alle meine Einwände eingeht, ist kein Epileptiker"[1]. Oft kann die Anamnese viel zur Klärung beitragen. Sie bringt den Nachweis, daß die Anfälle früher schon bestanden haben, oder erzählt darauf hindeutende Ereignisse, wie vereinzeltes Bettnässen in späteren Jahren, aus dem Bett fallen im Schlafe (meist ohne zu erwachen), sich am Morgen zerschlagen fühlen, Zungenbisse unbekannten Ursprungs; man muß aber nicht erwarten, Zungennarben häufig zu finden; auch arge Zungenwunden heilen manchmal spurlos; häufiger sind Narben von Verletzungen am Körper infolge der Anfälle. Dann mag auch die gleichartige Heredität beigezogen werden.

Eine Zeitlang kann unter Umständen die Differentialdiagnose gegen-

[1] VOGT, Epilepsie in ASCHAFFENBURGS Handbuch der Psychiatrie. Deuticke, Wien 1915.

über einer organischen Geistes- oder Gehirnkrankheit schwierig sein, weil, abgesehen von den Krampfanfällen und Absenzen, auch die psychischen Symptome (Assoziationen, Verwirrungsanfälle) der beiden Krankheitsgruppen Ähnlichkeit haben können. Hier muß bei genauer körperlicher und psychischer Untersuchung das Auffinden der spezifischen Zeichen der einen oder anderen Krankheit schließlich entscheiden.

Gegenüber der Dementia praecox ist, abgesehen von den erwähnten Misch- oder Übergangsformen, die Diagnose meist leicht. Im Dämmerzustand beachte man namentlich die häsitierende Sprache, ferner den einheitlichen, klaren und echten Affektzustand beim Epileptiker gegenüber dem gemachten und schwer zu deutenden beim Schizophrenen. Von den auffallenderen Symptomen sind beiden Krankheiten gemeinsam: Die Neigung zu Symbolik, zu unscharfen Ideen, zu Neologismen. Doch unterscheiden sich die Symptome in der Regel deutlich durch verschiedene Nuancen. Die Symbolik der Epilepsie führt nicht zu den fixen Wahnideen oder gar zu Halluzinationen wie bei der Schizophrenie. Sie bleibt mehr eine Eigentümlichkeit des Denkens. Die Unschärfe der Ideen und Begriffe ist bei der Schizophrenie eine ganz ungleiche. Neben den unsinnigsten Vorstellungen kommen viele ganz normal scharfe vor, während der verblödete Epileptiker überall schwer imstande ist, sich klare Begrenzungen zu schaffen. Die epileptischen Neologismen bestehen mehr in schlechten Wortbildungen, als in eigentlichen Neuschöpfungen: „Gefallende Liebe" ist mit Wahrscheinlichkeit eine epileptische Bildung: „Dossierweg" für die geheimnisvolle Art der Verfolgung und „Anona" für Morphium ist schizophren. Vor der Verwechslung eines epileptischen dämmerigen Wutanfalles mit manischem Zerstörungstrieb schützt u. a. der Mangel an Ablenkbarkeit und Ideenflucht (Ideenflucht in dem früher beschriebenen Sinne ist beim epileptischen Dämmerzustand so ungeheuer selten, daß man nicht damit rechnen kann; aber man darf die Umständlichkeit, bei der der Patient nicht ablenkbar ist und sein Ziel nicht vergißt, nicht mit der zielwechselnden Ideenflucht zusammenwerfen).

Die Anfälle unterscheiden sich gut von hysterischen; wichtig sind namentlich der tonisch-klonische Typus, die kurze Dauer dieser Phasen, der Zungenbiß und andere Verletzungen, die Pupillenstarre. Fußklonus oder Babinski nach dem Anfall deutet auf Epilepsie (oder organische Störung). Im Zweifelfalle gibt unter Umständen der gut bleibende Puls trotz anscheinend schweren Zustandes den Hinweis auf Hysterie, dann die Beeinflußbarkeit, die Schonung für sich und andere beim Umsichschlagen und Hinfallen, die reagierenden Pupillen, Dinge, die dem epileptischen Anfall fremd sind. Im übrigen ist nicht zu vergessen, daß bei der Epilepsie alle hysterischen Symptome vorkommen können. Schwindelanfälle können auch bei Nervösen, Arteriosklerotikern und überhaupt allen Hirnkrankheiten vorkommen, wenn auch selten in der nämlichen Ausprägung wie bei Epilepsie mit der kurzen Dauer und der scharfen plötzlichen Abgrenzung (Absenzen, vgl. oben S. 332/3). Unmöglich ist unter Umständen für den Moment die Unterscheidung des epileptischen Dämmerzustandes von einem pathologischen Rausch, besonders da bei diesem auch epileptiforme Anfälle vorkommen und der Alkohol epileptische Syndrome auslösen kann.

Vom epileptischen Dämmerzustand zu den Aufregungen der Oli-

gophrenen führen so viele Übergänge, daß man unter Umständen dauernd die Frage offen lassen muß, ob bloße Oligophrenie oder Kombination mit Epilepsie vorliege.

In gerichtlichen Fällen wird man etwa mit Zustimmung des Patienten zu dem Mittel Zuflucht nehmen, einen Patienten ca. 3 Wochen lang Brom in mittleren Dosen nehmen zu lassen, dann plötzlich auszusetzen und ihm gut gesalzene Speisen oder neben den Speisen mindestens 20 g Kochsalz an einem Tage zu geben. Es soll sich dann manchmal bei latenter Epilepsie ein Anfall einstellen (ULRICH).

Die Pathologie der genuinen Epilepsie ist trotz aller darauf bezüglichen Arbeiten noch ganz unbekannt. Sie kann eine konstitutionelle Degeneration des Gehirns sein; dafür spräche der anatomische Befund, der aber auch sekundär sein kann. Den jetzigen humoralpathologischen Anschauungen gemäß ist sie — oder wenigstens der Krampfanfall mit seinen Äquivalenten — als Folge einer Autintoxikation aufzufassen. Die chemischen Untersuchungen von Blut und Harn sprechen dafür trotz ihrer Uneinheitlichkeit, vor allem aber die Beobachtung, daß, wenn man die Anfälle bei den Patienten, die präparoxysmelle Verstimmungen haben, durch Brom unterdrückt, leicht diese Verstimmungen sich verlängern, bis man einen Anfall erlaubt. Der Krampfanfall scheint also die Bedeutung einer Krise zu haben, und da der Harn unmittelbar nach den Anfällen giftiger sein soll, als sonst, könnte diese Krise eine chemische sein.

Man stellt sich auch vor, daß der Hirndruck, den man bei status epilepticus konstatieren kann, etwas mit der Epilepsie zu tun habe; doch sind die bekannten klinischen Erscheinungen des Hirndruckes von der Epilepsie gut zu unterscheiden.

Physiologisch muß man sich wohl denken, daß Hirnrinde und tiefere Stellen zusammen an der Produktion des Anfalles beteiligt sind (vgl. namentlich die Forschungen BINSWANGERs[1]).

Behandlung. Für die Prophylaxe läßt sich nichts tun, als die Heiraten der Degenerierten verhindern und den Alkoholgenuß bekämpfen.

In der Therapie der Krankheit selbst ist Brom das wichtigste und das einzige chemische Mittel von Bedeutung. Man gibt es als Bromkali (das billigste) oder als Bromnatrium, das die (übrigens nicht auffallende) Kaliwirkung vermeidet, oder in Form eines Gemisches von Bromammonium, -Natrium und -Kalium zu gleichen Teilen in Gaben von drei bis acht Gramm pro die (bei Kindern natürlich entsprechend weniger). Man probiert die Dosis aus, bei der die Anfälle fehlen oder auf ein Minimum beschränkt bleiben; sie läßt sich im Anfang, etwa im Laufe des ersten Jahres manchmal noch etwas vermindern, dann aber hält man sich dauernd (jahrelang, am besten für immer) auf dieser Dosis. Aussetzen und Schwanken rächt sich in den beeinflußbaren Fällen leicht; plötzlichem Aussetzen folgt oft ein tödlicher status epilepticus. Wichtig ist, das Salz in großer Verdünnung zu geben, etwa zwei Deziliter pro Gramm, weil sonst der Magen angegriffen und der Patient zu leicht des Mittels überdrüssig wird.

Die Wirkung kann verstärkt werden durch Verminderung (nicht Entziehung) des Kochsalzes (auf 5 bis 10 g pro die). Da eine große

[1]) Epilepsie. Hölder, Wien, 1899.

Quantität desselben in der Suppe aufgenommen wird, ca. 20 g, kann man diese mit Brom salzen, oder am schmackhaftesten durch eine Bouillon aus Sedobrol, einer Kombination von Bromnatrium mit Suppenwürze ersetzen. In dieser Form wird das Mittel gerne genommen, verleidet am wenigsten und scheint auch sonst am besten zu wirken. Bei schweren Fällen gibt ULRICH mit Erfolg Sedobrol kombiniert mit Chloralhydrat 0,5 bis 1,5 pro die abends verabreicht, namentlich bei nächtlichen Anfällen.

Bromismus wird meistens besser durch Gaben von Kochsalz als durch stärkere Bromhemmsetzung oder gar durch Entzug bekämpft (ferner durch Arsen; bei offenen Stellen Quecksilberpflaster oder -Salben).

Wichtig ist aber nicht nur die regelmäßige Einnahme des Mittels, sondern die Regulierung der ganzen Lebensweise, die Exzesse in allen Richtungen, in Arbeit, Essen, Trinken, Vergnügungen, affektiven Reizungen, vermeiden muß. Alkohol ist auch in kleinen Dosen zu vermeiden. Andere Reizmittel wie Koffein und scharfe Gewürze, ebenso Fleischgenuß sind zu beschränken; für viele Fälle scheint eine Diät mit viel Milch nützlich. Die Heirat zu empfehlen, wie es oft geschieht und zwar nicht nur von Laien, sollte als Verbrechen gestempelt sein.

Da in der Freiheit die Epileptiker mit ihren Verstimmungen und Launen und starken Reaktionen auf kleinliche Unbequemlichkeiten der strikten Durchführung der Kur gerne Schwierigkeiten machen, tut man oft gut, diese in einer Anstalt einleiten zu lassen, wo der Aufenthalt viele Monate, ein Jahr oder noch mehr zu dauern hätte[1]).

FLECHSIG hat die Bromkur dadurch wirksamer zu machen gesucht, daß er etwa drei Wochen lang Opium in steigenden Dosen, bis ein Gramm und mehr, gab, dann plötzlich aussetzte und dafür mit der Brommedikation anfing. Die Methode wirkte dann und wann einmal noch, wo Brom allein sich unwirksam erwiesen hatte, wird aber nicht von allen Leuten vertragen. Seitdem man die Methodik der Kochsalzbeschränkung kennt, wird sie wohl nicht mehr nötig sein.

Es wird von einzelnen auch angegeben, daß Adonis vernalis die Bromkur unterstütze. Auch allein ist das Mittel gegen Epilepsie gebraucht worden. Ferner taucht dann und wann wieder Borax als Antiepilepticum auf.

Von den vielen operativen Eingriffen, die man schon gegen die Epilepsie unternommen hat, sind nur geblieben die Operationen von reizenden peripheren Narben (eine ganz seltene Veranlassung der Epilepsie), von Hirnnarben und Exostosen des Schädelinnern, und eine „Druckentlastung" durch Trepanation mit möglichster Verhinderung neuer Knochenbildung. Aber auch diese Fälle müssen vor und nach der Operation mit Brom behandelt werden.

Der einzelne Anfall läßt sich in Ausnahmefällen kupieren durch Abbinden des Gliedes, in dem die Aura auftritt, mit Esmarch oder durch Strecken eines Aurakrampfes. Andere Einwirkungen von außen oder durch die Patienten selber sind nur ausnahmsweise einmal von Erfolg. Gewöhnlich muß man den Anfall ablaufen lassen. Gegen den status epilepticus wirkt Amylenhydrat (im Klysma mit einhüllendem Träger) in Dosen von 5 bis 6 g; besser noch ist vielleicht Brom plus Chloralhydrat (z. B. Kalibromat 2,0, Chloralhydrat 1,0 bis 2,0 und halbstündliche Wiederholung der Dosen bis zur Maximaldose des Chlorals) eventuell verbunden mit Bädern von nahezu Körperwärme[2]).

[1]) Näheres ULRICH, Beitr. zur Techn. der wirks. Brombehdlg. Korresp.-Bl. für Schweizerärzte. Basel 1914, Nr. 21.

[2]) In der hiesigen Anstalt für Epileptische hat man infolge der Brombehandlung bei salzarmer Kost seit Jahren keinen Status mehr auftreten sehen. (ULRICH.)

Gegen Verletzung im Anfall ist prophylaktisch nicht viel zu machen als daß man die Kranken — allerdings meist vergeblich — warnt, sich in Situationen zu begeben, in denen ein Anfall gefährlich werden kann. Wenn immer wieder eine bestimmte Stelle des Kopfes verletzt wird, kann man diese durch eine Schutzhülle sichern. Gute Beaufsichtigung kann natürlich manches Unglück verhüten, aber gar nicht jedes. Kranke, denen die Aura das Nahen des Anfalles ankündet, haben oft noch Zeit, sich in eine ungefährliche Stellung zu bringen oder den schützenden Wärter herbeizurufen. Dieser hat neben den selbstverständlichen Maßregeln namentlich auch dafür zu sorgen, daß der Patient nicht im Sopor dadurch erstickt, daß die Zunge nach hinten fällt.

Epilepsie-Liga

forscht – hilft – informiert

Die Vagusnervstimulation ist eine Möglichkeit zur Behandlung von Epilepsien, die auf Medikamente alleine nicht ausreichend ansprechen. Dazu wird ein batteriebetriebenes Stimulationsgerät in Art eines Herzschrittmachers unterhalb des Schlüsselbeins unter die Haut implantiert und mit dem Nervus vagus am Hals verbunden.

Ketogene Diäten sind extrem fettreiche, kohlenhydratarme, Eiweiss- und Kalorien-bilanzierte Diäten, die den Stoffwechselzustand des Fastens nachahmen. Diese Diäten kommen prinzipiell für alle Menschen mit einer Epilepsie in Frage, bei denen eine übliche medikamentöse Behandlung allein nicht erfolgreich ist, unabhängig vom Lebensalter.

Eine erfolgreiche Zusammenarbeit von Patienten und Ärzten (Patientinnen und Ärztinnen sind selbstverständlich mit gemeint), setzt gegenseitiges Vertrauen und Respekt voraus. Zum Gelingen einer Therapie braucht es beide Partner. Das gilt in besonderem Masse für die Epilepsiebehandlung.

Erhältlich sind die Informationsflyer bei der Epilepsie-Liga, Tel. 043 488 67 77 oder info@epi.ch.

Bild: Pinnwand / photocase.com

Bestellgutschein

Senden Sie mir bitte:

D	F	I	
☐	☐		Flyer „Epilepsie im Alter“
☐	☐	☐	Flyer „Mann und Epilepsie“
☐	☐	☐	Flyer „Was ist Epilepsie“
☐	☐	☐	Flyer „Ursachen von Epilepsien“
☐	☐	☐	Flyer „Merkmale von Anfällen“
☐	☐	☐	Flyer „Häufige Anfallsformen bei Kindern“
☐	☐	☐	Flyer „Medikamentöse Behandlung“
☐	☐	☐	Flyer „Erste Hilfe bei Epilepsie“
☐	☐	☐	Flyer „Frau und Epilepsie“
☐	☐	☐	Flyer „Kinderwunsch und Epilepsie“
☐	☐	☐	Flyer „Reisen und Epilepsie“
☐	☐		Programmheft Veranstaltungen der Epilepsie-Liga
☐	☐	☐	Flyer „Autofahren und Epilepsie“
☐	☐		Flyer „Sport und Epilepsie”
☐	☐		Flyer „Arbeit und Epilepsie”
☐	☐		Fachzeitschrift „Epileptologie“
☐	☐		Flyer „Ketogene Diäten“
☐	☐	☐	Einzahlungsschein(e) zur Unterstützung der Epilepsie-Liga
☐	☐	☐	Ratgeber für Legate
☐	☐	☐	Ratgeber „Epilepsie und Versicherungen”
☐	☐		Flyer „Vagusnervstimulation“
☐	☐		Flyer „Compliance“

DVDs und übrige Publikationen siehe www.epi.ch

Ich (wir) möchte(n):

☐ Einzelmitglied der Epilepsie-Liga werden und bezahle mindestens 50 Franken jährlich.

☐ Kollektivmitglied der Epilepsie-Liga werden und bezahlen mindestens 100 Franken jährlich.

Epilepsie-Liga DVD

"Im Schatten des Wolfes"

Mit der freundlichen Erlaubnis der finnischen Regisseurin und des Produzenten realisierte die Epilepsie-Liga eine DVD des Spielfilms „Im Schatten des Wolfes" und fügte den englischen und französischen Untertiteln noch deutsche hinzu, um den sehr berührenden und ästhetischen Film einem möglichst grossen Publikum zugänglich zu machen.

Erhältlich bei der Epilepsie-Liga, info@epi.ch, Tel. 043 488 67 77

Sari ist eine begabte Literaturstudentin, die äusserlich beherrscht und selbstbewusst wirkt. Ihr Leben ist jedoch durch eine gewisse Zurückgezogenheit geprägt. Die Kolleginnen beneiden sie um ihre Intelligenz und Schönheit, die männlichen Komilitonen bewundern sie aus der Ferne aus denselben Gründen. Aber in Saris Innerem lauert eine Bestie, die sie vom Rest der Welt isoliert: die junge Frau hat Epilepsie, eine gefürchtete und geheimnisvolle Krankheit, und die Angst vor Anfällen macht sie vorsichtig. Sie achtet auf eine gewisse Distanz zu anderen Menschen. Als Sari dem älteren Literaturdozenten Mikko Groman begegnet, erkennt sie in ihm ein ähnliches Element von Reserviertheit. Mikko, der sich in seiner ganz eigenen, komplizierten Gedankenwelt bewegt, fühlt sich nur in der Dichtkunst des 19. Jahrhunderts so richtig zuhause. In der leistungsorientierten modernen Welt der Computer und Iphones ist er ein Sonderling. In Mikko findet Sari einen Seelenverwandten, doch in den Augen der anderen scheinen die beiden überhaupt nicht zueinander zu passen.

Absender/in

Name | Vorname

Strasse | Nr.

PLZ | Ort

Telefon

eMail

Bitte frankieren

Schweizerische Liga gegen Epilepsie

Seefeldstrasse 84
Postfach 1084
CH 8034 Zürich

Epilepsie-Liga-Mitteilungen

Ausschreibung – Forschungsförderung

Förderung der wissenschaftlichen Forschung im Bereich der Epilepsie (vorwiegend Starthilfen) durch die Schweizerische Liga gegen Epilepsie (Epilepsie-Liga)

Die Epilepsie-Liga unterstützt wissenschaftliche Projekte im Bereich der Epileptologie im Gesamtbetrag von

CHF 25'000.—

pro Jahr. Insbesondere soll die Erforschung von Ursachen und Behandlungen der Epilepsie gefördert werden.

Stipendien für Aus- oder Weiterbildung oder Auslandaufenthalte werden nicht ausgerichtet. Hingegen können Reise- und Aufenthaltskosten (ohne Salär) für Kurzaufenthalte (maximal einige Wochen) finanziert werden, sofern sie dem Erlernen von Methoden dienen, welche im Rahmen eines unterstützten Projektes in der Schweiz eingesetzt werden.

Falls der Antragsteller/die Antragstellerin bereits anderswo Anträge für Unterstützung gestellt hat, ist offen zu legen, bei wem und mit welchem Ergebnis.

Termin für die Einreichung von Gesuchen: 31. Dezember 2014

Formulare und Wegleitung für Gesuchstellende können angefordert werden bei:

Schweizerische Liga gegen Epilepsie
Seefeldstrasse 84 | Postfach 1084
8034 Zürich
Tel. 043 488 67 77 | Fax 043 488 67 78
info@epi.ch

Vorschau Epileptologie 1 | 2015

Geschichte der Epileptologie in der Schweiz

History of Epileptology and Electroencephalography in Geneva
PD Dr. med. Serge Vulliémoz, Dr. med. Anne-Chantal Héritier-Barras, Prof. Dr. med. Margitta Seeck | Genève

History of Epileptology in Lausanne
Dr. med. Jan Novy and PD Dr. med. Andrea O. Rossetti | Lausanne

Geschichte der modernen Epileptologie in Bern
Prof. Dr. med. Johannes Mathis, Dr. med. Filippo Donati, Prof. Dr. med. Dr. sc. nat. Kaspar Schindler, Prof. Dr. med. Christian W. Hess | Bern

Epilepsie Diagnostik und Therapie in der Klinik Bethesda Tschugg: Integrativer Ansatz zum Wohl des Patienten
Dr. med. Martinus Hauf, Elmar Zwahlen and Dr. med. Klaus Meyer | Tschugg

Epilepsy Basel Contribution
PD Dr. med. Stephan Rüegg, Prof. Dr. med. Peter Fuhr | Basel

Epileptologie in Zürich: Wege zum Zentrum
Prof. Dr. Dr. med. Thomas Grunwald, Ian Mothersill, PD Dr. med. Christian Baumann | Zürich

Bitte vormerken
Die nächste Mitgliederversammlung findet am 20. Mai 2015 von 19 bis 20 Uhr in Aarau statt.

Ausschreibung – Promotionspreis

Die Schweizerische Liga gegen Epilepsie (Epilepsie-Liga) vergibt alle 3 Jahre einen Preis in Höhe von

CHF 1'000.—

für die beste Dissertation auf dem Gebiet der Epileptologie.

Bewerbungen sind aus allen Fachbereichen und Berufsgruppen möglich und erwünscht, sowohl aus Grundlagen- als auch klinischen Fächern. Eine Altersbeschränkung erfolgt nicht.

Das Preisrichterkollegium setzt sich aus drei Vorstandsmitgliedern der Epilepsie-Liga zusammen, das bei Bedarf zusätzlich externe Gutachter hinzuziehen kann. Es trifft seine Entscheidung in geheimer Wahl.

Falls der Antragsteller/die Antragstellerin bereits anderswo Anträge für Unterstützung gestellt hat, ist offen zu legen, bei wem und mit welchem Ergebnis.

Die Preisverleihung erfolgt jeweils im darauf folgenden Jahr anlässlich der Jahrestagung oder Mitgliederversammlung der Epilepsie-Liga.

Bewerbungen sind **bis zum 31.12.2015** an die **Geschäftsstelle der Epilepsie-Liga** (Seefeldstrasse 84, Postfach 1084, 8034 Zürich) einzureichen und müssen beinhalten: vier Exemplare der abgeschlossenen und beim Dekanat eingereichten Dissertation, vier Exemplare einer Stellungnahme des Doktorvaters (dabei kann es sich auch um das entsprechende Gutachten für die Dissertation handeln).

Vorsorgliche Stellungnahme der Schweizerischen Liga gegen Epilepsie (SLgE) an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) betreffend vorgesehene Entschädigungs-Regelung Generika und Originalpräparate

Die Schweizerische Liga gegen Epilepsie (SLgE) hat von den Absichten von BR Berset und dem BAG Kenntnis genommen, dass Krankenkassen bald einmal verpflichtet werden sollen, nur noch Generika zu vergüten, und dass Pat., die ein Originalpräparat einnehmen möchten, die Preisdifferenz selbst bezahlen müssten.

Die SLgE möchte nochmals eindringlich darauf hinweisen, dass neben den generellen Bedenken gegenüber der weiteren Förderung einer Zweiklassenmedizin ganz spezifisch epileptologische, medizinisch-fachliche Gründe dagegen sprechen, eine solche Regelung bei den Antiepileptika anzuwenden.

Die SLgE als medizinische Fachvereinigung engagiert sich für die optimale und sichere medizinische Abklärung und Betreuung sowie Information der Epilepsiekranken in der Schweiz.

Bei Neu-Einstellungen einer Epilepsie oder bei einer (noch) nicht anfallsfreien Epilepsie können Generika problemlos eingesetzt werden.

Hingegen hat die SLgE schon mehrmals (und letztmals 2011) darauf hingewiesen, dass bei der Mehrheit, nämlich den 60-70% medikamentös anfallsfreien Epilepsiepatienten ein ökonomisch erzwungener Präparatewechsel bei Antiepileptika für den Pat. und sein Umfeld grosse, wenn nicht gar katastrophale Folgen haben kann. Die Kosten solcher Folgen können die geplanten Einsparungen durch strikte Generikaverschreibung bei weitem übersteigen:

Aufgrund der Bioäquivalenzregelung von 80-125% sind pharmakologisch bei einem Präparatewechsel eine Zunahme des Wirkspiegels um bis zu 56% bzw. eine Abnahme desselben von bis zu 36% möglich. Die epileptischen Anfälle sind bei vielen Patienten nicht einfach zu unterdrücken, und schon kleine Schwankungen können invalidisierende Nebenwirkungen (Schwankungen nach oben) oder aber erneute Anfälle (Schwankungen nach unten) auslösen. Unfälle, Verletzungen, Arbeitsausfälle, Stellenverlust, Verlust der Fahreignung und im schlimmsten Fall der Tod können die Folge sein.

Gut 2/3 aller Epilepsiepatienten sind unter einer Antiepileptika-Therapie anfallsfrei. Bei ihnen allen sollte nicht nur nach Auffassung der SLgE, sondern auch vieler anderer nationaler und internationaler Epilepsie-Fachgesellschaften, KEIN PRÄPARATEWECHSEL erfolgen, weder vom Original zu einem Generikum noch von einem Generikum zum Original noch von Generikum zu einem anderen Generikum.

Vorausschauend weist aus diesen Gründen die SLgE eindringlich darauf hin, dass die geplante Vergütungsregelung bei anfallsfrei eingestellten Epilepsie-Pat. NICHT ZUR ANWENDUNG KOMMEN DARF, und sie fordert dementsprechend Herrn Bundesrat Berset und das BAG auf, eine entsprechende Ausnahme bei der Regelung zu machen.

Die SLgE ist überzeugt, dass das BAG den dargelegten Sachverhalt anerkennt und dem Antrag der SLgE zum Wohle und der Sicherheit der Epilepsie-Patienten in der Schweiz folgen wird.

Für weitergehende Informationen und Auskünfte stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Zürich, 29.09.2014

Dr. med. Günter Krämer	*PD Dr. med. Stephan Rüegg*
Präsident der SLgE	Vizepräsident der SLgE

Vorsorgliche Stellungnahme der Schweizerischen Liga gegen Epilepsie (SLgE) an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) betreffend Änderung des Heilmittelgesetzes vom 07.11.2012

Die Schweizerische Liga gegen Epilepsie (SLgE) hat von der 2. Etappe der Änderung des Heilmittelgesetzes (öffentliche Medienmitteilung vom 07.11.2012) Kenntnis genommen.

Die SLgE als medizinische Fachvereinigung engagiert sich für die optimale und sichere medizinische Abklärung und Betreuung sowie Information der Epilepsiekranken in der Schweiz.

Im letzten Abschnitt der Mitteilung wird darauf eingegangen, dass Apotheker die Möglichkeit erhalten sollen, gewisse verschreibungspflichtige Arzneimittel auch ohne ärztliches Rezept im Rahmen einer fachlichen Beratung abgeben zu können.

Unseres Wissens ist bisher vom BAG noch keine genauere Spezifizierung der Arzneimittel(klassen), die unter diese neue Regelung fallen sollen, erfolgt.

Vorausschauend möchte diesbezüglich die SLgE festhalten, dass die Arzneimittelklasse der Antiepileptika (AE) in keinem Fall unter diese neue Abgabepraxis fallen sollte. Viele AE gehören aufgrund ihrer pharmakokinetischen und -dynamischen Eigenschaften, ihren Interaktionen und Nebenwirkungen zu den am anspruchsvollsten handzuhabenden und im Krisenfall zu den gefährlichsten Medikamenten überhaupt. Zudem bestehen medizinisch gut begründete, spezielle Umstände, die den generellen Einsatz von und den Austausch mit Generika bei AE verbieten, wozu die SLgE vor 3 Jahren bereits ausführlich Stellung bezogen hat (s. Rüegg et al. Schweiz. Aerztezeitung 2011; 92: 1909-1912).

Mit Zuversicht vertrauen wir darauf, dass das BAG diese Argumente gut verstehen und dementsprechend bei der Ausarbeitung der Vollzugsverordnung die AE nicht in die von Apothekern ohne ärztliches Rezept abzugebenden Medikamente einreihen wird.

Zürich, 29.09.2014

Dr. med. Günter Krämer
Präsident der SLgE

PD Dr. med. Stephan Rüegg
Vizepräsident der SLgE

Mise au concours – Soutien de la recherche

Promotion de la recherche scientifique dans le domaine de l'épilepsie (surtout sous forme d'aide initiale) par la Ligue Suisse contre l'Epilepsie (Ligue contre l'Epilepsie)

La Ligue contre l'Epilepsie soutient les projets scientifiques dans le domaine de l'épileptologie par un montant total de

CHF 25'000.—

par an, la priorité étant accordée aux projets cherchant à élucider les causes et à mettre au point des traitements de l'épilepsie.

Aucune bourse ne sera octroyée pour la formation de base ou continue ou pour des séjours à l'étranger. En revanche, la prise en charge de frais de voyage et de séjour (sans salaire) est possible pour les séjours de courte durée (quelques semaines au maximum) lorsque ces séjours servent à apprendre des méthodes appliquées dans le cadre d'un projet bénéficiant de soutien en Suisse.

Si le requérant a déjà fait une demande de soutien ailleurs, il faut nous en informer en spécifiant où et avec quel résultat.

Délai de remise des demandes :

31 décembre 2014

Les formulaires, ainsi que le guide pour les candidats peuvent être demandés à l'adresse suivante :

Ligue Suisse contre l'Epilepsie
Seefeldstrasse 84
Case postale 1084
8034 Zurich
Tél. 043 488 67 77
Fax 043 488 67 78
info@epi.ch

Mise au concours – Prix de promotion

La Ligue Suisse contre l'Epilepsie (Ligue contre l'Epilepsie) décerne tous les 3 ans un prix d'un montant de

CHF 1'000.—

pour la meilleure dissertation dans le domaine de l'épileptologie.

Tous les domaines spécialisés et tous les groupes professionnels couvrant les disciplines fondamentales ou cliniques sont invités à soumettre leur candidature. Aucune limite d'âge n'a été fixée.

Le jury décernant le prix se compose de trois membres du comité directeur de la Ligue contre l'Epilepsie. Il peut être complété au besoin par des experts externes. La décision est prise par vote secret.

Si le requérant a déjà fait une demande de soutien ailleurs, il faut nous en informer en spécifiant où et avec quel résultat.

Le prix est toujours décerné l'année suivante dans le cadre de l'assemblée annuelle ou générale de la Ligue contre l'Epilepsie.

Les dossiers de candidature doivent parvenir au Secrétariat de la Ligue contre l'Epilepsie (Seefeldstrasse 84, case postale 1084, 8034 Zurich) jusqu'au

31.12.2015

et comporter les pièces suivantes :

- quatre exemplaires de la dissertation achevée et remise au décanat,
- quatre exemplaires d'une prise de position du directeur de thèse (il peut par exemple s'agir de l'expertise concernant la dissertation).

A noter s.v.p.
La prochaine assemblée générale aura lieu à Aarau le 20 mai 2015 de 19h00 à 20h00.

Prise de position anticipée de la Ligue Suisse contre l'Epilepsie (LScE) adressée à l'Office Fédéral de la Santé Publique OFSP concernant la modification de la loi sur les produits thérapeutiques du 07.11.2012

La Ligue Suisse contre l'Epilepsie (LScE) a pris connaissance de la deuxième étape de la modification de la loi sur les produits thérapeutiques (communiqué de presse grand public du 07.11.2012).

En tant qu'association professionnelle médicale, la LScE s'engage en faveur d'un examen et d'un suivi médical optimal et sûr, ainsi que de l'information des personnes épileptiques en Suisse.

Le dernier paragraphe du communiqué indique que les pharmaciens doivent se voir accorder la possibilité de remettre, moyennant un conseil spécialisé, certains médicaments soumis à ordonnance même sans prescription médicale.

A notre connaissance, l'OFSP n'a pas encore spécifié les produits thérapeutiques ou classes de produits thérapeutiques qui relèveront de cette nouvelle réglementation.

La LScE souhaite retenir par anticipation que les produits thérapeutiques de la classe des antiépileptiques (AE) ne devraient en aucun cas relever de ces nouvelles pratiques de remise. En raison de leurs propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques, de leurs interactions et de leurs effets secondaires, beaucoup d'AE font partie des médicaments les plus complexes à gérer et, en cas de crise, les plus dangereux qui soient. Par ailleurs, il existe des circonstances particulières, médicalement tout à fait justifiées, qui interdisent l'utilisation générale ou la substitution par des génériques pour les AE, un sujet sur lequel la LScE a déjà pris position en détail il y a 3 ans (v. Rüegg et al., Bulletin des médecins suisses 2011; 92: 1909-1912).

Nous sommes confiants que l'OFSP comprendra ces arguments et par conséquent ne classera pas les AE en tant que médicaments susceptibles d'être remis sans prescription médicale par les pharmaciens lors de l'élaboration de l'ordonnance d'exécution.

Nous restons à votre entière disposition pour toute question ou tout renseignement complémentaire.

Zurich, le 29.09.2014

Dr méd. Günter Krämer
Président de la LScE

PD Dr méd. Stephan Rüegg
Vice-président de la LScE

Prise de position anticipée de la Ligue Suisse contre l'Epilepsie (LScE) à l'Office Fédéral de la Santé Publique OFSP concernant la réglementation prévue de l'indemnisation des génériques et des préparations originales

La Ligue Suisse contre l'Epilepsie (LScE) a pris connaissance des intentions du conseiller fédéral Berset et de l'OFSP qui souhaitent obliger prochainement les caisses-maladie à ne plus rembourser que les génériques et les patients désireux de prendre malgré tout une préparation originale, à régler eux-mêmes la différence de prix.

Outre des réserves d'ordre général sur le fait de continuer à encourager une médecine à deux vitesses, la LScE souhaite une nouvelle fois souligner de manière pressante que des raisons médicales et techniques, et spécifiquement épileptologiques, s'opposent à ce qu'une telle réglementation s'applique aux antiépileptiques.

En tant qu'association professionnelle médicale, la LScE s'engage en faveur d'un examen et d'un suivi médical optimal et sûr, ainsi que de l'information des personnes épileptiques en Suisse.

Les génériques peuvent sans aucun problème être utilisés pour la prise en charge médicamenteuse d'une épilepsie non encore traitée ou non encore stabilisée (persistance de crises).

Par contre, la LScE a déjà attiré l'attention à plusieurs reprises (et pour la dernière fois en 2011), sur le fait que chez la majorité des patients épileptiques, à savoir les 60 à 70 % qui ne connaissent plus de crises sous traitement médicamenteux, un changement d'antiépileptique obtenu par la contrainte économique peut avoir des conséquences graves, voire catastrophiques pour le patient et son entourage. Les coûts de ces conséquences peuvent nettement excéder les économies prévues grâce à la stricte prescription de génériques :

En raison de la réglementation sur la bioéquivalence de 80 à 125 %, le changement de préparation peut, du point de vue pharmacologique, entraîner une baisse allant jusqu'à 36 % ou une hausse allant jusqu'à 56 % de la concentration efficace. Chez beaucoup de patients épileptiques, les crises ne sont pas faciles à réprimer et des fluctuations mêmes minimes peuvent avoir des effets secondaires invalidants (variations à la hausse) ou déclencher de nouvelles crises (variations à la baisse). Accidents, blessures, absentéisme professionnel, perte d'emploi ou de la capacité à conduire et, dans le pire des cas, décès du patient, peuvent en être les conséquences.

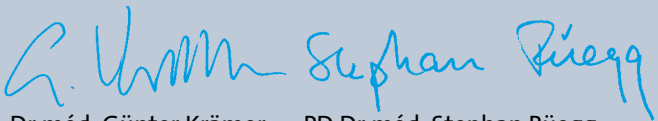
Deux bons tiers des patients épileptiques ne connaissent plus de crises sous traitement médicamenteux. De l'avis de la LScE, mais aussi de nombreuses autres sociétés nationales et internationales spécialistes de l'épilepsie, tous ces patients ne devraient PAS CHANGER DE TRAITEMENT, que ce soit pour passer d'un original à un générique, d'un générique à un original ou d'un générique à un autre.

C'est pourquoi la LScE insiste par anticipation sur le fait que la réglementation de remboursement prévue NE DOIT PAS ÊTRE APPLIQUÉE aux patients épileptiques dont la prise en charge médicamenteuse a éliminé les crises et demande par conséquent au conseiller fédéral Alain Berset et à l'OFSP d'intégrer une exception idoine à ladite réglementation.

La LScE est convaincue que l'OFSP reconnaît les faits exposés et accédera à sa demande pour le bien et la sécurité des patients épileptiques en Suisse.

Nous restons à votre entière disposition pour toute question ou tout renseignement complémentaire.

Zurich, le 29.09.2014



Dr méd. Günter Krämer
Président de la LScE

PD Dr méd. Stephan Rüegg
Vice-président de la LScE

2015

12.-16.1.2015 | Brno (Brünn), Tschechische Republik
5th Course on Epilepsy Surgery (EPODES)
Information: TA-SERVICE s.r.o. (congress agency),
Hlinky 48, 603 00 Brno, Czech Republic,
contact person: Ivana Tarabová,
Tel./Fax 00420 / 543211134,
e-mail: tarabova@ta-service.cz,
www.ta-service.cz/epodes2015

22.1.2015 | Lausanne, Hôtel Alpha Palmiers
7ème journée romande d'épileptologie
Information: Andrea.rossetti@chuv.ch

24.1.2015 | München, Deutschland
11. Münchner Forum Pädiatrische Epileptologie
Information: Frau Dr. Christine Makowski
(Kinderklink Schwabing),
e-mail: christine.makowski@lrz.tum.de,
Priv.-Doz. Dr. Ingo Borggräfe (von Haunersches Kinderspital), ingo.borggraefe@med.uni-muenchen.de

19.-21.3.2015 | Tübingen, Deutschland
59. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung (DGKN)
Information: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH,
Carl-Pulfrich-Str. 1, D 07745 Jena, Deutschland,
Tel. 0049 / 3641 / 31160,
Fax 0049 / 3641 / 3116243,
e-mail: post@conventus.de

26.-28.3.2015 | Budapest, Ungarn
9th World Congress on Controversies in Neurology (CONy)
Information: ComtecMed, 53, Rothschild Boulevard,
PO Box 68, Tel Aviv, 6100001, Israel,
Tel. 0972 / 3 / 5666166,
Fax 0972 / 3 / 5666177,
e-mail: cony@comtecmed.com, www.comtecmed.com/cony/2015/Default.aspx

9.-11.4.2015 | London, United Kingdom
5th London-Innsbruck Colloquium on Status Epilepticus and Acute Seizures
Information: PCO Tyrol Congress, Ms. Ina Kähler,
Rennweg 3, A-6020 Innsbruck, Österreich,
Tel. 0043 / 512 / 575600,
Fax 0043 / 512 / 575607,
e-mail: info@statusepilepticus2015.eu,
se2015@cmi.at,
http://www.statusepilepticus2015.eu/

18.-25.4.2015 | Washington, DC, USA
American Academy of Neurology – 67th Annual Meeting 2015
Information: American Academy of Neurology,
201 Chicago Avenue, Minneapolis, MN 55415, USA,
Tel. 001 / 612 / 9286000,
Fax 001 / 612 / 4542746,
e-mail: memberservices@aan.com, www.aan.com/conferences/2015-annual-meeting

22. - 25.4.2015 | Dresden, Deutschland
9. Gemeinsame Jahrestagung der drei deutschsprachigen Sektionen der Internationalen Liga gegen Epilepsie (Dreiländertagung)
Information: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH,
Carl-Pulfrich-Strasse 1,D 07745 Jena, Deutschland,
Mandy Wagner,
Tel. 0049 / 3641 / 3116-160,
e-mail: registrierung@conventus.de

23.-26.4.2015 | Basel
41. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie mit Fortbildungsakademie
Information: Intercongress GmbH,
Karlsruher Str. 3, D 79108 Freiburg, Deutschland,
Tel. 0049 / 761 / 69699-0,
Fax 0049 / 761 / 6969911,
e-mail: neuropaediatrie@intercongress.de,
www.intercongress.de

27.-30.5.2015 | Wien, Österreich
11th European Paediatric Neurology Society Congress
Information: Intercongress GmbH, Berlin Düsseldorf Freiburg Wiesbaden, Wilhelmstr. 7, 65185 Wiesbaden, Deutschland,
Tel. 0049 / 611 / 9771665,
Fax 0049 / 611 / 9771616,
e-mail: diana.lincke@intercongress.de,
www.intercongress.de

28.5.2015 | Winterthur, 17 Uhr
Fachveranstaltung der Epilepsie-Liga
Information: Epilepsie-Liga,
Seefeldstrasse 84, Postfach 1084, 8034 Zürich,
Tel. 0041 / 43 / 4886777,
Fax 0041 / 43 / 4886778,
e-mail: info@epi.ch
www.epi.ch

28.5.2015 | Winterthur, 19.30 Uhr
Publikumsveranstaltung der Epilepsie-Liga
Information: Epilepsie-Liga,
Seefeldstrasse 84, Postfach 1084, 8034 Zürich,
Tel. 0041 / 43 / 4886777,
Fax 0041 / 43 / 4886778,
e-mail: info@epi.ch
www.epi.ch

11.6.2015 | Münsterlingen, 17 Uhr
Fachveranstaltung der Epilepsie-Liga
Information: Epilepsie-Liga,
Seefeldstrasse 84, Postfach 1084, 8034 Zürich,
Tel. 0041 / 43 / 4886777,
Fax 0041 / 43 / 4886778,
e-mail: info@epi.ch
www.epi.ch

11.6.2015 | Münsterlingen, 19.30 Uhr
Publikumsveranstaltung der Epilepsie-Liga
Information: Epilepsie-Liga,
Seefeldstrasse 84, Postfach 1084, 8034 Zürich,
Tel. 0041 / 43 / 4886777,
Fax 0041 / 43 / 4886778,
e-mail: info@epi.ch
www.epi.ch

14.-17.6.2015 | Grenoble, Frankreich
8th International Epilepsy Colloquium
Information: ANT Congres, Congess Secretariat,
e-mail: IEC-Grenoble2015@ant-congres.com,
www.iec2015.com

20.-23.6.2015 | Berlin, Deutschland
1st Congress of the European Academy of Neurology (EAN)
Information: Congrex Switzerland,
Peter-Merian-Strasse 80, P.O. Box, 4002 Basel,
Tel. 0041 / 61 / 6867777,
Fax 0041 / 61 / 6867788,
e-mail: info@congrex-switzerland.com,
www.congrex-switzerland.com,
www.eaneurology.org/berlin2015

2.-7.8.2015 | Sigulda, Lettland
9th Baltic Sea Summer School on Epilepsy
Information: petra.novotny@wolfstiftung.org,
www.epilepsiestiftung-wolf.de

4.-5.9.2015 | Bielefeld-Bethel, Deutschland
2nd International Epilepsy Symposium
Information: http://bbs2015@mara.de

6.-10.9.2015 | Istanbul, Türkei
31th International Epilepsy Congress
Information: Congress Secretariat,
7 Priory Hall Stillorgan Road, Dublin, Irland,
Tel. 00353 / 1 / 2056720,
e-mail: istanbul@epilepsycongress.org

11.-16.10.2015 | Jerusalem, Israel
6th Eilat International Educational Course on the Pharmacological Treatment of Epilepsy (6thEilat Edu)
Information: 6th Eilat International Educational Course: Target Conferences, 65 Derech Menachem Begin, P.O. Box 51227, Tel Aviv, 6713818 Israel,
Tel. 00972/ 3 / 5175150,
Fax 00972 / 3 / 5175155,
e-mail: eilatedu@target-conferences.com,
www.eilatedu2015.com

17.10.2014 | Zürich
Patiententag
Information: Epilepsie-Liga,
Seefeldstrasse 84, Postfach 1084, 8034 Zürich,
Tel. 0041 / 43 / 4886777,
Fax 0041 / 43 / 4886778,
e-mail: info@epi.ch
www.epi.ch

31.10.-5.11.2015 | Santiago, Chile
XXII World Congress of Neurology (WCN)
Information: Kenes International,
1-3 Rue de Chantepoulet, P.O. Box 1726, 1211, Genf 1,
Tel. 0041 / 22 / 9080488,
Fax 0041 / 22 / 9069140,
www.wcn-neurology.com/congress-information

3.12.2015 | Biel/Bienne, 17 Uhr
Fachveranstaltung der Epilepsie-Liga
Information: Epilepsie-Liga,
Seefeldstrasse 84, Postfach 1084, 8034 Zürich,
Tel. 0041 / 43 / 4886777,
Fax 0041 / 43 / 4886778,
e-mail: info@epi.ch
www.epi.ch

3.12.2014 | Biel/Bienne, 19.30 Uhr
Publikumsveranstaltung der Epilepsie-Liga
Information: Epilepsie-Liga,
Seefeldstrasse 84, Postfach 1084, 8034 Zürich,
Tel. 0041 / 43 / 4886777,
Fax 0041 / 43 / 4886778,
e-mail: info@epi.ch
www.epi.ch

4.-8.12.2015 | Philadelphia, Pennsylvania, USA
69th Annual Meeting of the American Epilepsy Society
Information: American Epilepsy Society, 342 North Main Street, West Hartford, CT 06117-2507 USA,
Tel. 001 / 860 / 5867505,
Fax 001 / 860 / 5867550,
e-mail: info@aesnet.org, www.aesnet.org

2.-6.12.2016 | Houston, Texas, USA
70th Annual Meeting of the American Epilepsy Society
Information: American Epilepsy Society, 342 North Main Street, West Hartford, CT 06117-2507 USA,
Tel. 001 / 860 / 5867505,
Fax 001 / 860 / 5867550,
e-mail: info@aesnet.org, www.aesnet.org

2016

March
10. World Congress Controversies in Neurology (ConNy)
Information: comtecMED, Medical Congresses,
53 Rothschild Boulevard, PO Box 68, Tel Aviv,
6100001, Israel,
Tel. 00972 / 3 / 5666166,
Fax 00972 / 3 / 5666177,
e-mail: info@comtecmed.com, www.comtecmed.com

28.-31.5.2016 | Kopenhagen, Dänemark
2nd Congress of the European Academy of Neurology (EAN)
Information: www.eaneurology.org/copenhagen2016

28.-30.9.2016 | Basel
3rd SFCNS Congress Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies: Swiss Neurological Society (SNS), Swiss Society of Neurosurgery (SSN), Swiss Society of Clinical Neurophysiology (SSNC), Swiss Society of Neuropediatrics (SSNP), Swiss Society of Neuroradiology (SSNR), Swiss Society of Neuropathology (SSNPath) and further Societies
Information: www.kongress.imk.ch/sfcns2016preview/Intro

Impressum

Herausgeber | Administration | Schlussredaktion
Schweizerische Liga gegen Epilepsie
Margret Becker, lic. phil. I
Seefeldstrasse 84, Postfach 1084,
CH-8034 Zürich
Tel. 0041 43 488 67 79
Fax 0041 43 488 67 78
becker@epi.ch

Konzeption | Gestaltung | Reinzeichnung
screenblue Büro für Design | Birgit Depping
Gazellenkamp 99, D-22529 Hamburg
bd@screenblue.de, www.screenblue.de

Belichtung | Druck
Bruns Druckwelt GmbH & Co. KG
D-32423 Minden, www.bruns-druckwelt.de

Auflage
1.200 Exemplare

Versand
Eingliederungs- und Dauerwerkstätte
des Schweiz. Epilepsie-Zentrums
Bleulerstrasse 72, 8008 Zürich

- **A**bela E, siehe Springer E
  73 - 81
- Ammann R
  Über Epilepsiestatistik
  194 - 199
- Amuzu C siehe Oehl B
  123 - 130

- **B**acher M
  Erste Schritte auf dem Weg zu einer Epilepsieambulanz im ländlichen Kamerun
  131 - 134
- Bauerfeind A siehe Sodjehoun K
  135 - 140
- Binswanger OL
  Aufgaben und Ziele der Epilepsieforschung in symptomatologischer und aetiologischer Beziehung
  178 - 185
- Bleuler E
  Auszug aus „Lehrbuch der Psychiatrie“
  200 - 208

- **G**ariani J siehe Vargas MI
  39 - 44
- Gschwind M and Picard F
  Ecstatic Epileptic Seizures – the Role of the Insula in Altered Self-Awareness
  87 - 98
- Guggisberg AG and Hess CW
  Clinical Significance of Yawning in Disorders of Consciousness and Vigilance
  82 - 86

- **H**aenggi M, Z‘graggen WJ and Wiest R
  Prognostic Markers for Coma and Disorders of Consciousness
  68 - 72
- Hauf M siehe Springer E
  73 - 81
- Heinzmann M-B siehe Oehl B
  123 - 130
- Hess CW siehe Guggisberg AG
  82 - 86
- Holzer FJ und Seeck M
  Der immunogene Status Epilepticus
  45 - 48

- **K**eezer MR and Sander JW
  The Care of People with Epilepsy in Resource-Poor Countries
  119 - 122
- Korff C
  Autoimmunité, épilepsies et encéphalopathies chez l‘enfant
  26 - 31
- Krämer G
  Historische Beiträge zur Epileptologie aus der Schweiz aus fünf Jahrhunderten
  154 - 159

- **L**alive PH siehe Viaccoz A
  32 - 38
- Lovblad KO siehe Vargas MI
  39 - 44

- **O**ehl B, Wunderlin C, Amuzu C und Heinzmann M-B
  Epilepsiebehandlung im Hôtel Dieu von Mome Katihoé, einem ländlichen Gesundheitszentrum in Togo
  123 - 130

- **P**aracelsus TB
  Auszug aus „Von ursachen und Cur Epilepsiae, das ist von Hinfallenden Siechtagen“
  160 - 169
- Picard F siehe Gschwind M
  87 - 98

- **R**ossetti AA
  The Role of EEG for the Prognostication of Patients in the Intensive Care Unit
  58 - 67
- Rüegg S
  Autoimmunity and Epilepsies in Adults
  4 - 25

- **S**ander JW siehe Keezer MR
  119 - 122
- Schindler K siehe Springer E
  73 - 81
- Seeck M siehe Holzer FJ
  45 - 48

- Sodjehoun K, Sodjehoun-Brunner E and Bauerfeind A
  Traditionelle Medizin, Patientenaufklärung und Compliance in der Behandlung von Menschen mit Epilepsie in Westafrika: Ein Versuch, die Geschlechts-Benachteiligung zu überbrücken
  135 - 140
- **S**odjehoun-Brunner E siehe Sodjehoun K
  135 - 140
- Springer E, Abela E, Schindler K, Wiest R and Hauf M
  Atlas of Cross-Sectional Imaging of Non-Convulsive Status Epilepticus
  73 - 81

- **T**issot SA
  Auszug aus „Traité de l'épilepsie"
  170 - 177

- **U**lrich A
  Über salzarme Kost in der Behandlung der Epilepsie
  186 - 192

- **V**argas MI, Gariani J and Lovblad KO
  Imaging of Autoimmune Epilepsies
  39 - 44
- Viaccoz A et Lalive PH
  Autoimmune Epilepsies: Treatment Overview
  32 - 38

- **W**iest R siehe Haenggi M
  68 - 72
- Wiest R siehe Springer E
  73 - 81
- Wolf P
  Zur Kulturgeschichte der Epilepsie
  108 - 118
- Wunderlin C siehe Oehl B
  123 - 130

- **Z**'graggen WJ siehe Haenggi M
  68 - 72

Nummer 1 – April 2014
Epilepsie und Autoimmunität

Editorial *1 – 3*

Autoimmunity and Epilepsies in Adults
Stephan Rüegg *4 – 25*

Autoimmunité, épilepsies et encéphalopathies chez l'enfant
Christian Korff *26 – 31*

Autoimmune Epilepsies: Treatment Overview
Aurélien Viaccoz and Patrice H. Lalive *32 – 38*

Imaging of Autoimmune Epilepsies
Maria Isabel Vargas, Joanna Gariani and Karl Olof Lovblad *39 – 44*

Der immunogene Status Epilepticus
Franz Josef Holzer und Margitta Seeck *45 – 48*

Epilepsie-Liga-Mitteilungen *49 – 51*

Kongresskalender *52 – 54*

Nummer 2 – Juni 2014
Bewusstseinsstörungen

Editorial *55 – 57*

The Role of EEG for the Prognostication of Patients in the Intensive Care Unit
Andrea A. Rossetti *58 – 67*

Prognostic Markers for Coma and Disorders of Consciousness
Matthias Haenggi, Werner J. Z'Graggen and Roland Wiest *68 – 72*

Atlas of Cross-Sectional Imaging of Non-Convulsive Status Epilepticus
Elisabeth Springer, Eugenio Abela, Kaspar Schindler, Roland Wiest and Martinus Hauf *73 – 81*

Clinical Significance of Yawning in Disorders of Consciousness and Vigilance
Adrian G. Guggisberg and Christian W. Hess *82 – 86*

Ecstatic Epileptic Seizures – the Role of the Insula in Altered Self-Awareness
Markus Gschwind and Fabienne Picard *87 – 98*

Epilepsie-Liga-Mitteilungen *99 – 101*

Kongresskalender *102 – 104*

Nummer 3 – September 2014
Kulturelle Aspekte der Epilepsie

Editorial *105 – 107*

Zur Kulturgeschichte der Epilepsie
Peter Wolf *108 – 118*

The Care of People with Epilepsy in Resource-Poor Countries
Mark R. Keezer and Josemir W. Sander *119 – 122*

Epilepsiebehandlung im Hôtel Dieu von Mome Katihoé, einem ländlichen Gesundheitszentrum in Togo
Bernhard Oehl, Carmela Wunderlin, Comfort Amuzu und Marie-Bosco Heinzmann *123 – 130*

Erste Schritte auf dem Weg zu einer Epilepsieambulanz im ländlichen Kamerun
Matthias Bacher *131 – 134*

Traditionelle Medizin, Patientenaufklärung und Compliance in der Behandlung von Menschen mit Epilepsie in Westafrika: Ein Versuch, die Geschlechts-Benachteiligung zu überbrücken
Kokou Sodjehoun, Elisabeth Sodjehoun-Brunner, Aribert Bauerfeind *135 – 140*

Epilepsie-Liga-Mitteilungen *141 – 149*

Kongresskalender *150 – 152*

Nummer 4 – Dezember 2014
Historische Beiträge zur Epileptologie aus der Schweiz aus fünf Jahrhunderten

Editorial *153*

Historische Beiträge zur Epileptologie aus der Schweiz aus fünf Jahrhunderten
Günter Krämer *154 – 159*

Auszug aus „Von ursachen und Cur Epilepsiæ, das ist von Hinfallenden Siechtagen" (1564)
Theophrastus Bombastus Paracelsus *160 – 169*

Auszug aus „Traité de l'épilepsie" (1770)
Samuel Auguste Tissot *170 – 177*

Aufgaben und Ziele der Epilepsie-forschungin symptomatologischer und aetiologischer Beziehung (1909)
Otto Ludwig Binswanger *178 – 185*

Über salzarme Kost in der Behandlung der Epilepsie" (1912/13)
Alfred Ulrich *186 – 192*

Über Epilepsiestatistik (1912/13)
Robert Ammann *194– 199*

Auszug aus „Lehrbuch der Psychiatrie" (1916)
Eugen Bleuler *200 – 208*

Epilepsie-Liga-Mitteilungen *209 – 214*

Kongresskalender *215 – 217*

Aberglaube 108
Accès aux soins de base 123
Africa 135
Afrika 135
Afrique 135
Afrique équatoriale 131
Afrique subsaharienne 123
Alpha coma 58
Alpha-Koma 58
Amman Robert 194
Anfälle 33, 119
Anti AGD 39
Anti GAD 39
Anti-GDA 40
Anticorps antineuronaux 5
Antiepileptika 119
Antiépileptiques 120
Anti-epileptic drugs 119
Antineuronalantibodies 5
Antineuronale Antikörper 5
Arrêt cardiocirculatoire extrahospitalière 68
Autoantibodies 32
Autoanticorps 32
Autoantikörper 33
Antigènes de surface cellulaire synaptiques 32
Antigènes intracellulaires 32
Äquatoriales Afrika 131
Armut 131
Autoimmune diseases 39
Autoimmune encephalitides 32
Autoimmune Enzephalitiden 33
Autoimmunerkrankungen 40
Autoimmunität 5, 26, 45
Autoimmunité 26, 45
Auto-immunité 5
Autoimmunity 5, 26, 46

Bâillement 82
Behandlung 45
Behandlungslücke 123
Behandlungsmangel 119
Bewusstsein 82
Bien-être 87
Binswanger Otto 178
Bleuler Eugen 200
Bliss 87
Bonheur 87
Burst-suppression 58

Cameroon 132
Cameroun 131
Cell-surface synaptic antigens 32
Cerebral perfusion 73
Children 26
Coma 68
Conscience 82
Conscience de soi 87
Consciousness 82
Consultation épileptologique externe 123
Crise épileptique 82
Crises 32, 120
Crises extatiques 87
CT 73
Culture pop 108

Developing countries 119
Discrimination against women 135
Discrimination des femmes 135

Ecstatic seizure 87
Ekstatische Anfälle 87
Electrical brain stimulation 87
Encéphalite limbique 5
Encéphalite paranéoplasique 39
Encéphalites 45
Encéphalites autoimmunes 32
Encephalitis 46
Encéphalopathie canaux potassiques voltage-dépendant 39
Enfants
Entwicklungsländer 119
Enzephalitis 45
Enzephalitis mit gegen spannungsabhängige Kalium-Kanäle

gerichteten Antikörpern 40
Epilepsie 26, 39, 40, 73, 87, 131
Epilepsiebehandlung 123, 135
Epilepsie und Recht 108
Epilepsie dans la littérature 108
Epilepsie et arts 108
Epilepsie et loi 108
Epilepsie pharmaco-résistante 5
Epilepsy 26, 39, 73, 87, 132
Epilepsy and arts 108
Epilepsy and law 108
Epilepsy care 124
Epilepsy in literature 108
Epilepsy treatment 135
Epileptic seizure 82
Epileptischer Anfall 82
Equatorial Africa 132
Etat de mal épileptique 45, 58

FIRDA 58
Frauendiskriminierung 135

Gähnen 82
Gender role 135
Geschlechterrolle 135
Glück 87

Herz-Kreislauf-Stillstand ausserklinisch 68

Immunmodulatorische Therapie 5
Immunomodulation 32, 33
Immunomodulatory therapy 5
Insula 87
Intracellular antigens 32
Intrazelluläre Antigene 33
IRM 39, 73, 87

Kamerun 131
Kinder 26
Koma 68
Kortikale Elektrostimulation 87
Kunst und Epilepsie 108

Lack of ressources 132
Lacunes de traitement 131
Limbic encephalitis 5
Limbische Enzephalitis 5
Literatur und Epilepsie 108

Maladies autoimmunes 39
Manque de traitement 120
MRI 39, 40, 73, 87
MRT 73

Ondes triphasiques 58
Out of hospital cardiac arrest 68
Outcome 46

Paracelsus Theophrastus Bombastus 160
Paraneoplastic encephalitis 39
Paraneoplastic neurological syndromes 26
Paraneoplastische Enzephalitis 40
Paraneoplastische neurologische Syndrome 33
Pauvreté 131
Pays en voie de développement 120
Pénurie de ressources 120
Perception du temps 87
Perfusion cérébrale 73
PET 87
Pharmacoresistant epilepsy 5
Pharmakoresistente Epilepsie 5
PLEDs 58
Pop culture 108
Popkultur 108
Poverty 132
Prognose 45, 68
Prognosis 68
Pronostic 45, 68

Réactivité 58
Reactivity 58
Reaktivität 58
Resource-poor settings 119
Ressourcenbegrenzung 131
Ressourcenknappheit 119

Rhythmic delta activity 58
Rôle des sexes 135

Schläfrigkeit 82
Seizure(s) 32, 58, 119
Selbstbewusstsein 87
Self-awareness 87
SIRPIDs 58
Sleep 58
Sleepiness 82
Somnolence 82
Sous-approvisionnement 131
SPECT 87
Spindelkoma 58
Spindle coma 58
Status Epilepticus 45, 46, 58
Stimulation électrique cérébrale 87
Superstition 108
Synaptische zelloberflächliche Antigene 33
Syndromes paranéoplastiques neurologiques 32

Time dilatation 87
Tissot Samuel Auguste 170
Traditherapie 123
Traditional therapy 124
Traditionial treatment 135
Traditionelle Therapie 135
Traitement 45
Traitement de l'épilepsie 135
Traitement immunomodulateur 5
Traitement traditionnel 123, 135
Treatment 46
Treatment gap 119, 124, 131, 132
Triphasic waves 58
Triphasische Wellen 58
Tropical Africa 124
Tropisches Afrika 123

Ulrich Alfred 186

Voltage-gated potassium channels encephalopathy 39

Well-being 87
Wohlbefinden 87

Yawn 82

Zeitwahrnehmung 87
Zerebrale Perfusion 73