

23505

feieberfreien Periode auf 400—500 000 heraufzugehen. Beim zweiten Fieberanfall bleiben sie durchschnittlich auf 160—200 000. Beim dritten Anfall ist ihre Zahl noch höher, dagegen bleibt ihre Zahl in den Fällen von chronischem Rückfallfieber (Spirillose) immer vermindert. Wird 0,45 g Neosalvarsan eingespritzt, so ist die Dauer der Krisis verschieden lang (12—36 Stunden). Ich konnte mir lange keine genügende Erklärung geben für diesen Vorgang. Wird das Blut fortlaufend nach der Salvarsaninjektion untersucht, so finden sich lebende Spirillen bis Plättchenzerfall eintritt; das ist meist 8—10 Stunden vor dem Sinken der Temperatur zur Norm. Das Neosalvarsan wirkt daher nicht ätiotrop auf die Spirillen im Blut. Je schneller die Entfieberung eintritt, um so mehr Plättchen sind vorhanden, und um so eher tritt Plättchenzerfall ein. Tritt der Plättchenzerfall ein, dann finden sich im Blut nur noch tote Spirillen. Bis zum Plättchenzerfall bleibt ihre Zahl auf derselben Höhe.

Auch bei Ohnmachtsanfällen scheint der Plättchenzerfall mitbeteiligt zu sein. Ohnmachten, die nach Inzisionen auftreten, sind meist von einer Plättchenagglutination und -zerfall begleitet. Am besten konnte ich den Vorgang beim Primäraffekt verfolgen. Wird derselbe fest gedrückt, so fällt der Mann meist nach $\frac{1}{2}$ —1 Minute ohnmächtig um. Wird vorher Blut abgenommen, im Intervall und nachher, so sind die Plättchen im Intervall (bei gutem Puls) fast verschwunden, um nach der Erholung wieder zu erscheinen, wobei Bruchstücke nachweisbar sind; Temperatursteigerung tritt dabei nicht auf. Wahrscheinlich wird bei dem Vorgang infizierte Lymphe ins Blut gepresst.

Ob die Plättchen eine direkte Einwirkung auf die sogenannte Protoplasmaaktivierung haben, lässt sich aus den angeführten Untersuchungen nicht ableiten, dass sie aber dabei beteiligt sind, steht ausser Zweifel.

Ergebnis.

1. In vitro zeigen die Plättchen von Gesunden oder Kranken Unterschiede in der Agglutination und im Zerfall bei Zusatz von Urinen oder protoplasmaaktivierenden Substanzen.
2. In vivo tritt Zerfall von Plättchen kurz vor der Krisis auf. Kollargol, Gonargin, Milch wirken wahrscheinlich durch Plättchenzerfall.
3. Ebenso wirkt Neosalvarsan bei Rückfallfieber; die Dauer der Krisis hängt bei dieser Krankheit von der Zahl der Plättchen ab.

Literatur.

Aynaud: Le globulin des mammifères. — Dresel und Freund: M.m.W. 1921 S. 961.

Aus der II. Gynäkologischen Universitätsklinik in München. (Vorstand: Univ.-Prof. Dr. Franz Weber.) Zur Frage der aktiven Abortbehandlung*.)

Von Dr. Hans Saenger, Oberarzt der Klinik.

Ist es nicht erstaunlich, dass sich unsere Fachgenossen über die Behandlungsweise des Abortes und namentlich des fieberhaften Abortes, dieser häufigsten modernen geburtshilflich-gynäkologischen Erkrankung, noch immer uneinig sind? Seitdem Winter vor 10 Jahren die konservative Behandlung des septischen Abortes und eine bakteriologische Indikationsstellung, nämlich die Untersuchung auf das Vorhandensein von hämolytischen Streptokokken, vor jedem aktiven Vorgehen verlangte, ist der Streit entbrannt. Walther und seine Schule traten mit ähnlichen Forderungen, die sich auf alle Streptokokken erstreckten, hervor. Der Krieg lenkte die Aufmerksamkeit um ein Weniges von dieser Frage ab. Das letzte Jahr brachte aber wieder eine Hochflut von Arbeiten für und wider die aktive Behandlung des febrilen Abortes. Im Zentralblatt vorigen Jahres finden wir allein 10 Originalmitteilungen aufgenommen, lange Diskussionen zeitigten die Vorträge über dieses Thema in zahlreichen Sitzungen gynäkologischer Gesellschaften. Das Vertrauen auf die Zuverlässigkeit der bakteriologischen Kontrollen hat unbedingt nachgelassen. Der Beweis, dass das Wachstum der Bakterienkulturen über das Verhalten der gleichen Keime im Organismus nichts aussage, ist erbracht. Das sind rein biologische Fragen. Neu, übrigens ein Anhänger der konservativen Schule, gibt an, dass man in 44 Proz. hämolytische Streptokokken im Zervikalsekret bei Abortierenden finde. Unserer Ansicht nach ist das eine Empfehlung für die aktive Therapie. Eine so hohe Morbidität kann auch ein fanatischer Anhänger der konservativen Behandlung nicht befürchten. Und so verlangen die Konservativisten heute meist nur ein Abwarten bis einige Tage über die Entfieberung hinaus.

Warnekros war es, der schon in den ersten Kriegsjahren auf Grund eingehender bakteriologischer Studien zur Forderung möglichst raschen, gründlichen aktiven Vorgehens kam. Er wies energisch auf die Gefahren des infizierten fötalen Abortgewebes hin, da durch den utero-plazentaren Kreislauf die lokale Disposition zur mechanischen Bakteriämie gegeben ist. Dabei brauchen die Bakterien keine spontane, primär virulente Invasionskraft zu besitzen, können diese aber durch Verschleppung und fortgesetzte Schwächung der bakteriziden Kräfte im Organismus erwerben. Warnekros vergleicht ganz richtig den fieberhaften Abort mit der fieberhaften Geburt. Und nicht wie so viele, z. B. Lutzko, die den fieberhaften Abort ohne weiteres mit dem Wochenbettfieber vergleichen. Ebensovienig ist

es zulässig, die chirurgische Behandlung infizierter Wunden mit derselben beim Abort in Parallele zu stellen, bei welcher letzterem doch, das besagt das Wort Abortus, nunmehr körperfremde, ausser Funktion gesetzte Gewebe in mehr weniger reichlicher Masse vorhanden sind. Und noch dazu in einem Organ von höchster Gewebsummunität, das die Plazentarstelle trägt. Nur in den Fällen fortgesetzter puerperaler Fiebersteigerung ist, wie Warnekros nachwies, eine wiederholte bakteriologische Kontrolle des Blutes unerlässlich zur Prognose und Therapiestellung, nicht aber vor Beendigung der Geburt bezüglich des Abortes auszuführen oder gar abzuwarten. Da gilt es nur möglichst rasch und schonend die Gebärmutter zu entleeren. Und ich bin überzeugt, dass die meisten Anhänger der konservativen Abortbehandlung Fieber bei der Geburt als Indikation zur raschen Entbindung gelten lassen. Warum aber soll man nicht auch einen Abort so schnell, als es einigermaßen schonend durchführbar ist, beseitigen?

Eine Tympania uteri z. B. verlangt eine sofortige Beschleunigung der Geburt. Warum nicht auch beim Abort? Vor wenigen Wochen erst erlebten wir einen zweifelhaften Segen konservativer Zurückhaltung. Eine 27 jährige III.-para kam mit einer Schwangerschaft am Ende des 4. Monats zu uns. Sie hatte Wehen, der Zervikalkanal war kurz und für einen Finger gut durchgängig. Die Blase war gesprungen, Fieber bestand nicht. Tags darauf war der Gebärmutterhals bei guter Wehentätigkeit für 2 Finger durchgängig, Temp. 37,8. Die spontane Ausstossung der Frucht wurde baldigst erwartet. Zu meiner Überraschung meldete mir der Assistent am dritten Morgen, dass die Frau noch immer unentbunden sei, dass sie leicht fiebere und dass ein Aermchen im Zervikalkanal fühlbar sei. Wir gingen nun sofort an die Ausräumung des Abortes. Der Uterus stand auffallend viel höher als tags zuvor. Beim Eingehen mit 2 Fingern in den Uterus und bei der Exstruktion der Frucht entwichen unter lautem Knallen massenhaft Gasblasen aus der Gebärmutter. Und bei der Entfernung der Nachgeburt setzte eine schwere Atonie des Uterus ein. Es musste rasch gehandelt und tamponiert werden. Der Blutverlust betrug etwas über einen Liter. Natürlich setzte sich weiterhin der Prozess in ein Puerperalfieber fort, und zwar kam es zu puerperaler Endometritis und parametraner Exsudatbildung. Die Pat. ist heute noch schwerkrank. Um einen Tag haben wir unbedingt zu lange gewartet. Bei für 2 Finger durchgängigem Muttermund hätten wir den Abort schon einen Tag früher leicht ausräumen können, ehe die gasbildenden Keime zu voller Entfaltung gekommen wären. Die wahrscheinlich kriminell gesprengte Blase sollte die Indikation abgegeben haben. Sonst gehen wir auch prinzipiell aktiv vor und räumen jeden manifesten Abort, sei er fieberhaft oder nicht, möglichst rasch instrumentell vollständig aus, selbst wenn Komplikationen, wie Parametritis, Adnexitzündung und Sepsis bestehen. Denn bei jedem fieberhaften Abort handelt es sich bereits um eine transuterine Infektion. Als einzige Gegenindikation lassen wir Verletzungen des Uterus und Peritonitis gelten, wobei andere chirurgische Eingriffe, nämlich die Laparotomie oder die oft lebensrettend wirkende Kolpotomia posterior, in Betracht kommen. Wir glauben nicht, dass es einer Pat. schadet, die nach wochenlanger Verschleppung meist ausgeblutet mit einer Parametritis zu uns kommt, wenn wir durch den klaffenden Muttermund schonend eingehen und alle Eireste, diese Bakterienbrutstätten, instrumentell entfernen. Drei solche im letzten Jahre behandelte Fälle gingen glücklich aus.

Ueberhaupt haben wir, was die Aborte angeht, ein gutes Jahr hinter uns. Wir behandelten insgesamt 335 Fälle, davon waren 111 fieberhaft schon vor der Ausräumung. Als Grenze nahmen wir die Achseltemperatur von 37,5 an. Wir hatten also 33,1 Proz. fieberhafte Aborte, was mit den meisten Angaben anderer Kliniken übereinstimmt. Nur 14 Aborte des 4. bis 6. Monats verliefen spontan und bluteten nicht nach. Alle anderen wurden instrumentell nach unserer kurz zu schildernden Technik ausgeräumt. Von diesen 335 Fällen mit 321 aktiven Behandlungen ist nur eine einzige gestorben! Eine schwer septisch eingelieferte Frau, stark ausgeblutet und moribund. Trotzdem gingen wir in die klaffende Gebärmutter ein und entfernten besonders behutsam grosse Plazentarreste. Schon in der ersten Nacht starb die Patientin. Die Sektion ergab eine schwere Sepsis und Anämie. (Mortalität 0,29 Proz.; auf die fieberhaften Fälle berechnet 0,9 Proz.)

Fälle, die völlig ausgeräumt mit Sepsis eingeliefert wurden, rühren auch wir natürlich nicht an. Bei diesen gilt der Vergleich mit dem Puerperalfieber nach Schwangerschaftsende. Ein septischer Prozess nach Erledigung eines Abortes ist eben meistens etwas anderes als ein Fieber während des Abortes. Die Zahlen unserer Jahresstatistik sind keine ganz grossen. Doch wir haben unsere Anschauungen über die Behandlung des Abortes von der Döderleinschen Schule mitgebracht und Schnitzer wird aus dieser ganz grosse Zahlen bringen, welche die Vorzüge des aktiven Vorgehens beim fieberhaften Abort in das denkbar günstigste Licht stellen.

Unsere 335 Fälle wurden aber alle ganz einheitlich behandelt und ihre Beobachtung wurde nicht durch den Krieg und die Revolution erschwert. Ich habe alle Fälle in Listen eingetragen, die Besonderheiten im Verlauf, die Temperatur vor, am Abend und am Tage nach der Ausräumung, sowie die Dauer des Klinikaufenthaltes enthalten. Unsere Resultate sind so gute, dass wir uns nicht veranlasst sehen, die konservative Behandlung auszuprobieren, die doch zum mindesten eine Verlängerung der Krankheitszeit, des Klinikaufenthaltes, bedeuten würde. Auch diese sozialökonomische Frage ist heute von grösserer Bedeutung, als je zuvor. Wie schwer fällt es uns oft, eine mit fieber-

*) Nach einem vor der Bayer. gyn. Ges. in Nürnberg gehaltenen Vortrag.

haftem Abort eingelieferte Frau nach Ausräumung und prompter Entfieberung nur 5 Tage lang in der Klinik zu halten. „Wir müssen heim,“ heisst es oft, „der Mann und die Kinder sind allein“.

Nachteile, wie langes Krankenlager, sahen wir fast nur bei unvollständig ausgeräumten und verschleppt eingelieferten Frauen. Ich erinnere mich besonders an 4 enorm ausgeblutete Frauen, die wochenlang geblutet hatten und immer wieder tamponiert worden waren. Der Hämoglobingehalt schwankte zwischen 15—25 Proz., alle waren so elend, dass sie viele Wochen lang zwar ohne Fieber schwerkrank mit profusen Schweißsen, Kopfschmerzen und völliger Appetitlosigkeit wie Wachskerzen in ihren Betten lagen. Einen Verblutungs-tod bei Abort, wie Pribram von der Jaschkeschen Klinik in diesem Jahr einen beobachten konnte, erlebten wir nicht. Bei den 4 obengenannten Fällen hätte aber nicht viel dazu gefehlt.

Wir sehen zunächst jeden Abort für artifizuell an und gehen wohl in über 90 Proz. darin nicht fehl. Unsere so ausgezeichneten Resultate verdanken wir zum Teil auch der Güte und dem Glück der Abtreiber. Und das scheint mir ein sehr wichtiger Punkt zu sein. Wenn schlecht abgetrieben und mit hochvirulenten menschenpathogenen Keimen an den Instrumenten im Uterus herumgefahren wurde, führt keine Therapie zu einem erfreulichen Ziel.

Vor Beendigung meiner Ausführungen möchte ich noch einige Worte über die Technik der Ausräumung verlieren. Wir sahen 4 auswärts bei der Abortausräumung schwer verletzte Frauen. 3 verloren wir. 2 nach Totalexstirpation, 1 nach Kolpotomie. Eine wurde durch die Kolpotomie geheilt. Einmal handelte es sich um einen Uterus bicornis, der mehrfach durchlöchert war und dessen Trägerin mit Peritonitis und subserösen Hämatomen eingeliefert wurde. Einmal war der Uterus durchbohrt und der Wurmfortsatz abgerissen worden, ein weiteres Mal ein Loch im Colon sigmoideum gemacht worden. Bei allen Verletzungen muss es sich um Fehler der Technik bzw. des Instrumentariums gehandelt haben.

Fraenkel in Breslau berichtete dieses Jahr über Zervixverletzungen des Spatium uterovesicale bei der Aufstößelung (= Dilatation) und wundert sich, dass so wenig darüber verlaubar. Auch mir scheinen Verletzungen der Zervix bei der Dilatation selbst dem Geübteren passieren zu können. Ich selbst erlebte vor einigen Jahren einen kompletten Zervixriss rechts hinten beim Aufstößeln der Zervix mit Landauschem Dilator bei einem Abort im 4. Monat. Es bestanden doppelseitige Emmetsche Narben. Die Frau war eine schwächliche anämische IV-para. Trotz dieser Verletzung wurde die Frau in Fowlerscher Beckentiefenlagerung ohne operativen Eingriff völlig geheilt. Verletzungen des Corpus uteri sind mir nie unterlaufen und schliessen sich bei der Auswahl unseres Instrumentariums fast aus. Seit dem besagten Missgeschick mit dem zylindrisch geformten Landauschen Dilator bevorzuge ich beim Abort den konischen, gebogenen Jollyschen Dilator. Fritsch war der erste, der eine mehr konische, gerade Form empfahl. Oberländer gab dem Landauschen Dilator einen konischen Ansatz. Auch Weinhold-Breslau gab konische Stifte an. Ich finde Jollys Modell sehr praktisch. Kürzlich hörte ich vom Instrumentenmacher, Mathes in München, dass Dr. Kaeser eine Modifikation der Jollyschen Stifte mit Sicherheitsscheibe, ähnlich wie Döderlein sie bei den Landauschen anfertigen liess, angegeben hat. Für weniger Geübte ist das gewiss ganz zweckmässig. Das Aufplatzen der Zervix wird auch dadurch nicht verhütet. Nach genügender Dilatation entfernen wir die grösseren Abortreste mit Döderleins Abortzange und küretieren dann stets mit der breiten halbscharfen Kürette. Die Finger benützen wir stets nur zur Untersuchung und Orientierung. Es folgt dann eine Auswaschung des Uterus, bei Fieber mit Jod und zuletzt eine Jodoformgazetamponade, die aber nur 6 Stunden liegen bleibt. Manchmal spülen wir auch mit Kochsalz und Jodalkohol. Bei engem Halskanal im 3. und 4. Schwangerschaftsmonat legen wir für 12 Stunden vor der Ausräumung Laminariastifte ein; im 5. und 6. Monat kleine Metreurynter. Dabei sind Chinin und Hypophysin gute Unterstützungsmittel.

Dass stets der gesamte, streng antiseptische und aseptische Apparat der Klinik in Bewegung gesetzt wird, brauche ich wohl nur beiläufig zu erwähnen.

Zusammenfassend möchte ich schliessen:

1. Die Technik der instrumentellen Ausräumung sollte in den Kliniken allen Volontären und Praktikanten möglichst oft von erfahrenen Assistenten eingeübt werden.
2. Die Behandlung des fieberhaften, komplizierten Aborts soll den Geübten und den Kliniken möglichst vorbehalten werden, denn sie stellt erhöhte Anforderungen an die weitere Beobachtung und Pflege.
3. Jeder heftig blutende Abort soll möglichst bald ausgeräumt werden. Jeder Abort, der mehrere Tage lang, auch bei Bettruhe, leicht blutet, soll ausgeräumt werden.
4. Jeder manifeste, protrahiert verlaufende Abort soll ausgeräumt werden, auch wenn Fieber besteht.
5. Die Behandlung des fieberhaften Abortes und auch die des fieberhaften komplizierten Aborts (Parametritis, Adnexitis und Sepsis) soll eine, wenn auch schonende, doch gründliche aktive sein. Bei jedem fieberhaften Abort handelt es sich um eine transuterine Infektion.
6. Besondere Vorsicht erfordert die Erweiterung des noch nicht entfalteten Zervikalkanals.
7. Wiederholte operative Eingriffe sollen tunlichst vermieden werden.

den. Unvollständige Ausräumung ist schlechter als gar keine Ausräumung.

Einige Zurückhaltung bei von anderer Seite bereits operativ behandelten Fällen.

8. Nur bei Verdacht auf perforierende Verletzungen und bei Peritonitis müssen Ausräumungsmassnahmen unterbleiben.

Ueber das familiäre Vorkommen von Migräne.

Von Dr. Erich Ebstein in Leipzig.

Nach Strümpell (Lehrbuch 21. Aufl., 1919, Bd. 2, S. 775) spielt bei der Migräne die Heredität „verhältnismässig häufig eine Rolle, indem die Hemikranie einerseits als solche sehr oft erblich ist, andererseits nicht selten in Familien auftritt, wo auch sonst Nervenleiden (Epilepsie, Hysterie, Psychosen) vorgekommen sind“. Die eigentliche Ursache der Migräne liegt aber nach Strümpells Urteil wahrscheinlich meist in einer angeborenen Veranlagung.

In der Literatur finden sich offenbar nur selten Beobachtungen über das familiäre Vorkommen der Migräne. Nur in dem ausgezeichneten Buche von Ch. Fére: La famille neuropathique, Paris 1898, S. 77 (deutsch von H. Schnitzer, Berlin 1898, S. 80) finde ich die Notiz, dass alle Autoren in der Beobachtung übereinstimmen, dass die Migräne als eine familiäre Krankheit aufzufassen ist und sehr häufig sich vererbt und andererseits stehe sie durch die Heredität in Beziehung zur Epilepsie, zum Irrsinn, zur Hysterie usw.

Einen exquisiten Fall von familiärem Vorkommen von Kopfschmerzen fand ich in dem autobiographischen Werk von Otto Roquette, betitelt: „Siebzig Jahre Geschichte meines Lebens“ (I. Band, Darmstadt 1894, S. 84—86). Roquette war am 19. April 1824 als der Zweitgeborene zur Welt gekommen; ein älterer Bruder war schon früh gestorben (S. 18). Er selbst war niemals von fester Gesundheit, immer der Kleinste und Dürrigste (S. 35). In seiner Jugend waren die Krankheiten bei ihm so häufig, dass der Hausarzt einmal sagte: „Es ist erstaunlich, dass der Junge immer die seltensten und gelehrtesten Krankheiten bekommt, gegen die man an ihm selbst erst die Studien zu machen hat!“ „Das fördert dann die Heilung und Genesung nicht“, fügt Roquette hinzu, um dann folgendermassen fortzufahren: „Schlimmer noch war, dass sich seit meinem zehnten Jahre ein Uebel bei mir festsetzte, das mich erst nach meinem fünfzigsten nach und nach gänzlich verlassen hat, nämlich jener vierundzwanzigstündige Kopfschmerz, welcher unweigerlich seine Zeit festhält, es mag dagegen geschehen, was es wolle. Es war ein Erbübel aus der Familie meiner Mutter, in der des Vaters war es nie aufgetreten. Die Mutter litt sehr daran, ebenso ihre Schwester Philippine. Die Eltern waren unglücklich bei der Aussicht, dass ich diese Mitgabe für das Leben erhalten sollte, noch dazu, dass sie sich in so frühen Jahren geltend machte. Die einen nennen sie Migräne, die anderen nervöse Kopfschmerzen, noch andere Kopfkolik. Sie mögen bei jedem andere Ursachen haben und verschiedenartig auftreten (ich selbst unterschied bei mir dreierlei Arten), entsetzliche Zustände bringen, sie immer mit sich. Wer sie kennt, der weiss, dass man unfähig wird, zu sehen, zu hören, zu reden, dass man am liebsten wie ein Tier in die Einöde ginge, um, unangefochten von der Nähe alles Lebendigen, zu sterben. Der Zustand hört nach seinen 24 Stunden langsam auf, und man ist dann sozusagen gesund, kann mit den Gesunden leben, ohne zu ahnen, was man durchgemacht hat. Aber die Niederlage kann sich schon einige Tage darauf wiederholen. Die Mittel der Aerzte helfen wohl in diesem oder jenem Falle, können aber das Uebel nicht ausrotten, wo es sich vererbt oder einmal festgesetzt hat. Wille und Ueberwindungskraft können dagegen ab und zu eine Weile trotzen, aber nur die zunehmenden Jahre befreien ganz und gar davon. Die Kopfschmerztagte wurden in unserer Familie bald etwas allgemeines. Ich glaube nur mein Vater und mein Bruder blieben dauernd davon frei. Weil sie aber etwas Gewöhnliches waren, wurde möglichst wenig Notiz davon genommen, ja sie wurden als eine Art von Geheimnis des Hauses behandelt. Dem da der schwer Leidende am nächsten Tag wieder frisch und gesund erschien, auch wohl, wenn er am Mittag noch sich den Tod wünschte, abends leidlich heiter in der Gesellschaft erscheinen konnte, wie hätte die Welt, welche glücklich genug war, von solchen Zuständen nichts zu kennen, an Krankheit glauben mögen? Mich, der ich schon als Knabe davon geplagt war, hat dies Uebel sehr aufgehalten, in meiner körperlichen Entwicklung, in meiner jugendlichen Lebensstimmung, nicht zuletzt in der Schule. S. 84—86.

Ich stehe nicht an, die so trefflich geschilderten Kopfschmerzen, die bei Roquette von Jugend auf auftraten, als Migräne-Kopfschmerzen aufzufassen.

Die Erkennung der Migräne ist gewöhnlich leicht. „Wenn z. B. ein Mensch in den mittleren Jahren erklärt“, — sagt P. J. Möbius: Ueber den Kopfschmerz, Halle a. S. 1902, S. 20 ff.) — „er habe wie seine Mutter seit früher Jugend alle paar Wochen einen Tag lang Kopfschmerzen, so ist es sicher die Krankheit Migräne, gleichgültig, wie die Kopfschmerzen beschrieben werden, gleichgültig, was die Untersuchung etwa ergibt.“

Natürlich kann es auch Schwierigkeiten geben, fügt Möbius mit Recht hinzu und fährt dann fort: „Wenn einer ohne erbliche Anlagen erst in den mittleren Jahren Anfälle von Kopfschmerzen bekommt, so kann zwar, wenn diese Anfälle charakteristisch sind, nicht daran gezweifelt werden, dass es sich nicht um die Krankheit Migräne, sondern