

Psychiatrie : ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte / von Emil Kraepelin.

Contributors

Kraepelin, Emil, 1856-1926.
Lewis, Aubrey, Sir, 1900-1975
King's College London

Publication/Creation

Leipzig : Ambr. Abel, 1887.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/jfyu67y3>

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by King's College London. The original may be consulted at King's College London. where the originals may be consulted.

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

ABEL'S MEDICINISCHE LEHRBÜCHER.



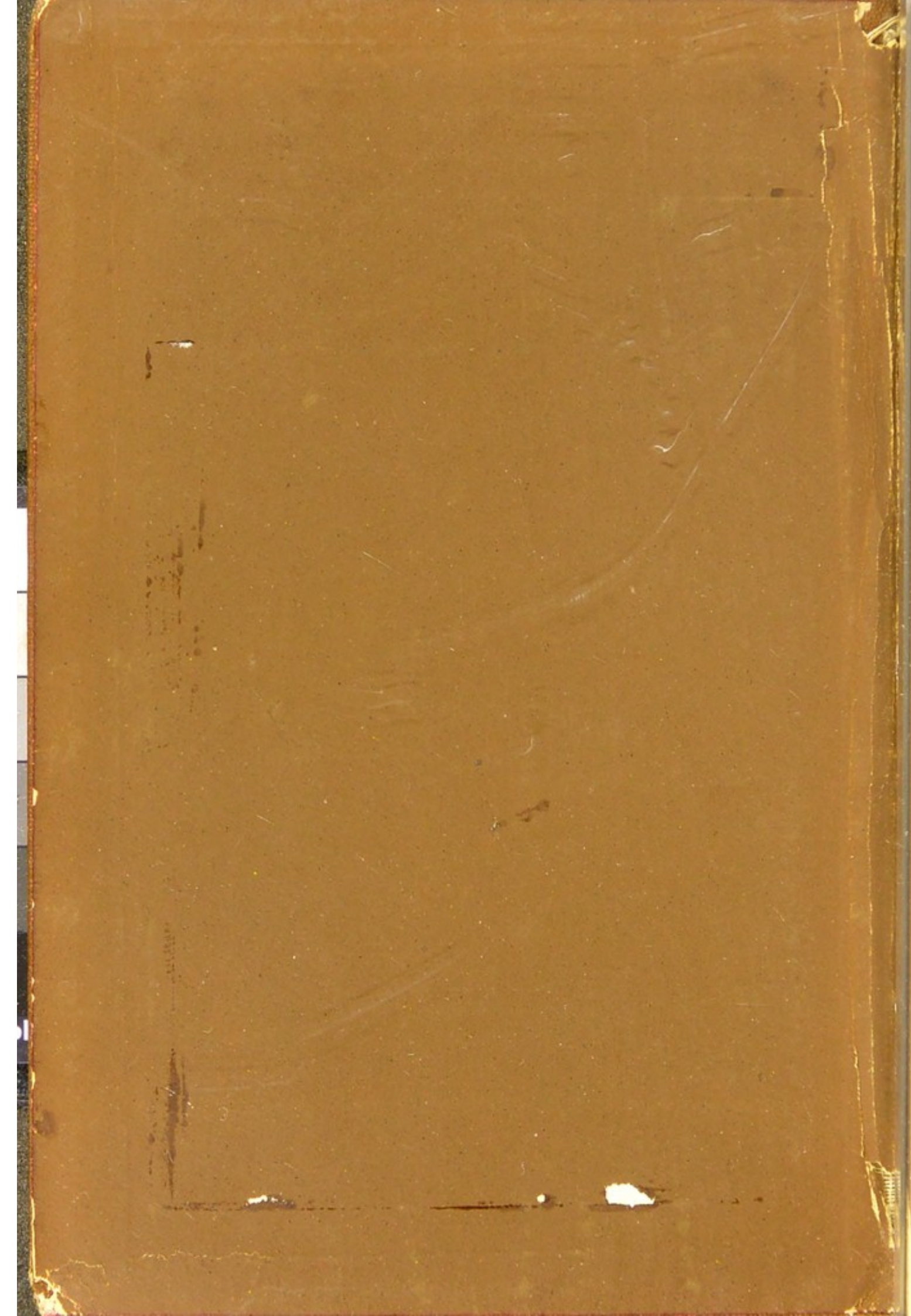
PSYCHIATRIE

VON

Prof. Dr. E. KRAEPELIN.

ZWEITE AUFLAGE.





THIS BOOK FORMS PART OF THE AUBREY LEWIS BEQUEST
TO THE INSTITUTE OF PSYCHIATRY LIBRARY, JANUARY 1975

200930820 1



INST. PSYCH.

UNIVERSITY OF LONDON
INSTITUTE OF PSYCHIATRY
DE CRESPIGNY PARK,
LONDON S E.5

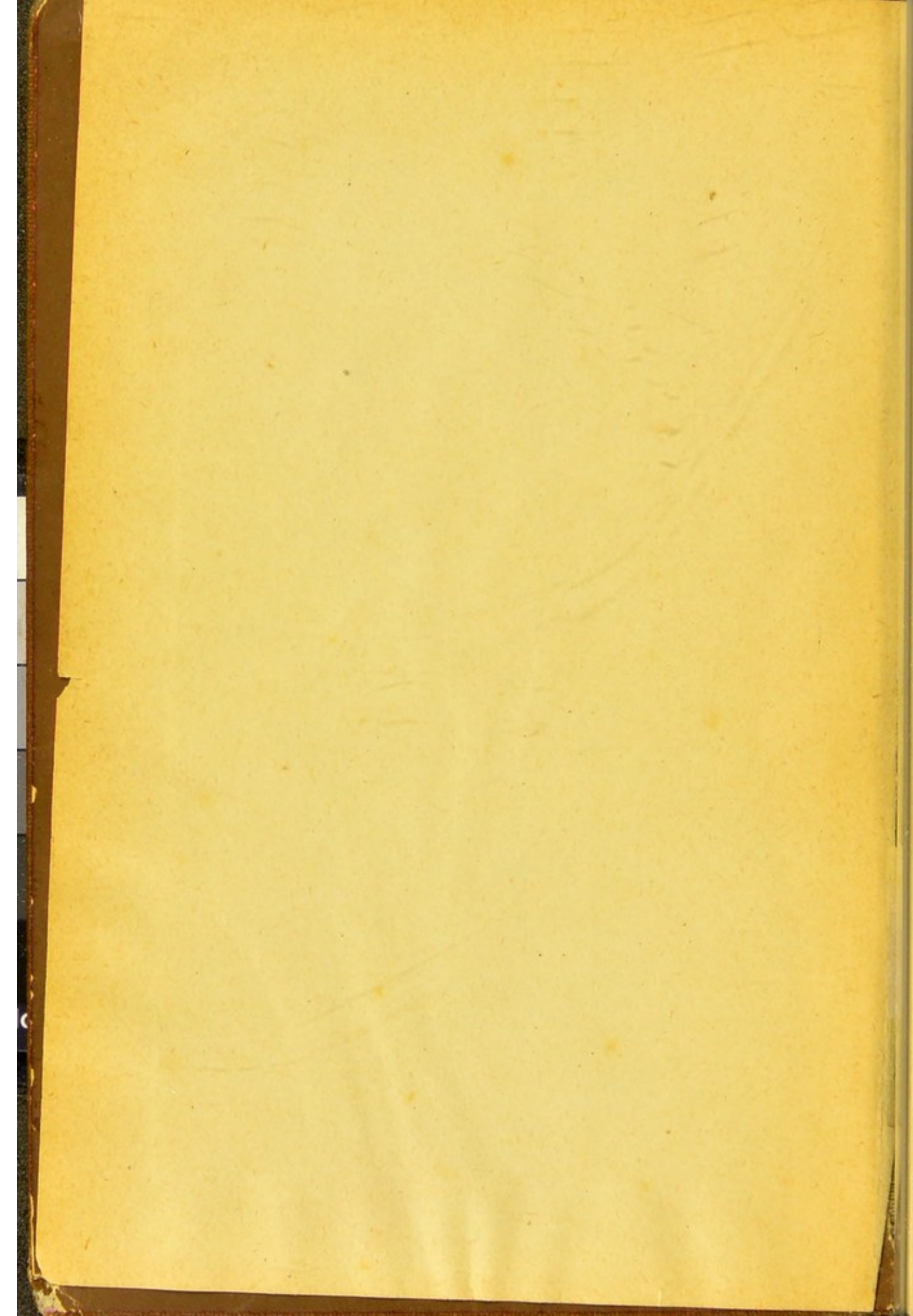
LIBRARY

KRAEPELIN, E.

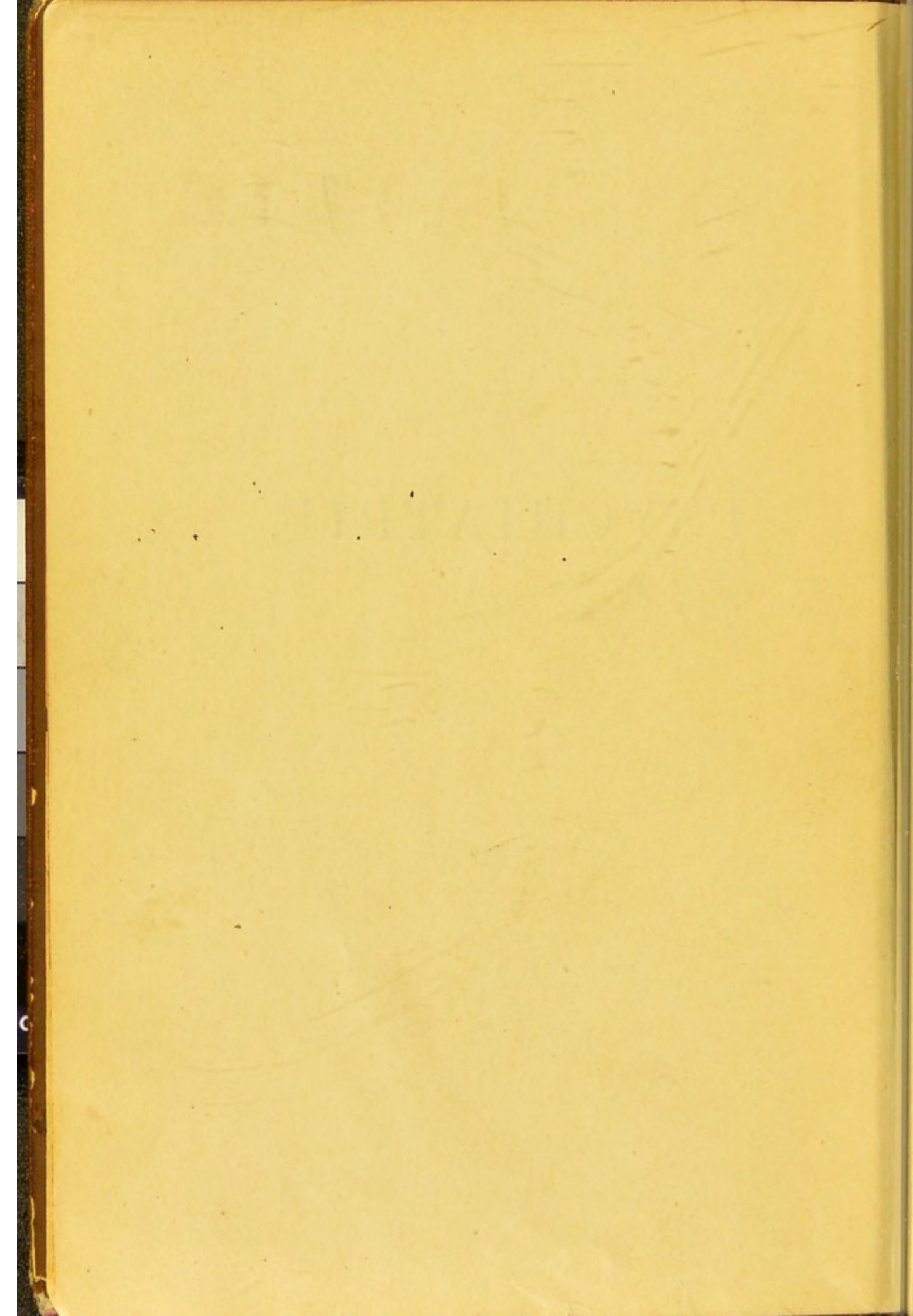
Psychiatrie.

CLASS MARK.....h/Kra.....

ACCESSION NUMBER.....18944.....



PSYCHIATRIE.



PSYCHIATRIE.

Ein kurzes Lehrbuch

für

Studirende und Aerzte

von

Dr. Emil Kraepelin,

Professor in Dorpat.

Zweite, gänzlich umgearbeitete Auflage.



Leipzig,

Verlag von Ambr. Abel.

1887.

Uebersetzungsrecht vorbehalten.

h/Kra

18944

18.9.78

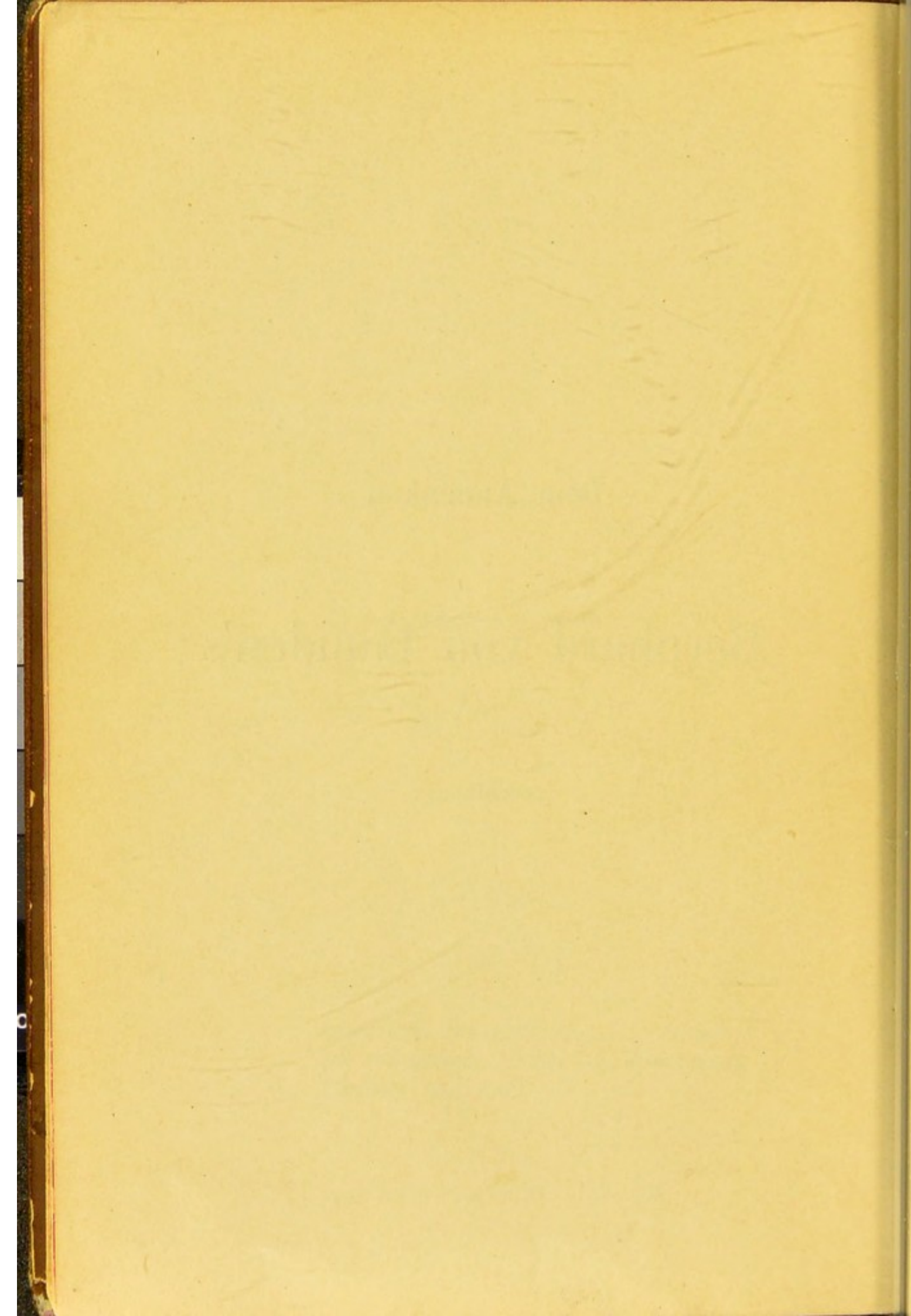
INSTITUTE OF PSYCHIATRY LIBRARY,
DE CRESPIGNY PARK, DENMARK HILL,
LONDON SE5 8AE

Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Dem Andenken

Bernhard von Gudden's

gewidmet.



Vorwort zur zweiten Auflage.

Die Veranstaltung einer neuen Auflage des vorliegenden Buches hat vor Allem eine völlige Neubearbeitung seines speciellen Theiles nothwendig gemacht. Es mussten nämlich nicht nur eine Reihe von Lücken ausgefüllt werden, namentlich in den Abschnitten VIII und IX, sondern die Unhaltbarkeit der früheren Classification forderte eine durchgreifend neue Gruppierung und fast überall auch Zeichnung der einzelnen Krankheitsbilder. Vielfach wird sich dabei die Verwirrung widerspiegeln, welche in der klinischen Benennung und Begriffsbestimmung auf psychiatrischem Gebiete noch immer herrscht, und ich selber muss mir den Vorwurf gefallen lassen, mich nicht immer an bekannte Vorbilder angeschlossen, sondern in manchen Punkten neue Wege eingeschlagen zu haben. Giebt es dafür eine Entschuldigung, so möchte ich als solche das Bestreben anführen, mich so viel, wie irgend möglich, an die eigene, freilich noch wenig zureichende Erfahrung zu halten. Nur auf diesem Wege, durch genaue Wiedergabe des selbst Beobachteten, glaubte ich meiner Schilderung die nöthige Einheitlichkeit und Unbefangenheit, meinen Definitionen und Diagnosen diejenige Schärfe und Klarheit sichern zu können, welche als Grundlage für die allgemeine Verständigung und

die Fortbildung unseres klinischen Systems unerlässlich erscheinen.

Von den Erweiterungen des allgemeinen Theils ist die wichtigste der Abschnitt über den Gang der Krankenuntersuchung; dafür wurden die Ausführungen über die Hilfsmittel der psychiatrischen Forschung beseitigt. In der Therapie haben einige neuere Arzneimittel und Curmethoden etwas eingehendere Berücksichtigung gefunden; auch in den übrigen Abschnitten finden sich vielfach Zusätze und Veränderungen. Ueberall war der massgebende Gesichtspunkt für die Darstellung die Rücksicht auf Verständlichkeit und praktische Brauchbarkeit. Leider hat sich gerade deswegen eine beträchtliche Vergrösserung des Gesamtumfanges nicht vermeiden lassen; in dieser letzteren, wie in der selbständigeren Stellung des Buches mag die geringe Aenderung seines Titels ihre Berechtigung finden.

Dorpat, 14./26. Juni 1887.

E. Kraepelin.

Inhaltsverzeichniss.

	Seite
Einleitung	1
Die allgemeine Pathologie und Therapie des Irreseins.	
I. Allgemeine Aetiologie	4
A. Aeussere Ursachen	5
1. Körperliche Ursachen	5
Hirnkrankheiten — Nervenkrankheiten — Allgemeine Erkrankungen — Vergiftungen — Organerkrankungen — Gravidität, Wo- chenbett und Lactation.	
2. Psychische Ursachen	33
„Contagion“ — Affecte — Gefangenschaft — Krieg — Ueberanstrengung	
B. Innere Ursachen (Prädisposition)	41
1. Allgemeine Prädisposition	41
Lebensalter — Geschlecht — Race und Na- tionalität — Cultur — Beruf — Civilstand — Politische, religiöse Bewegungen — Kos- mische und tellurische Einflüsse.	
2. Individuelle Prädisposition	53
Erblichkeit — Entwicklungsstörungen — Er- ziehung — Grundlage der Prädisposition.	
II. Allgemeine Symptomatologie	61
A. Störungen des Wahrnehmungsvorganges	62
Sinnestäuschungen — Bewusstseinstörungen — Störungen der activen Apperception.	
B. Störungen der intellectuellen Operationen	81
Störungen der Reproduction (Erinnerungslosig- keit, Gedächtnisschwäche, Erinnerungsfälschun- gen) — Störungen der Association und Begriffs- bildung (Erschwerung und Erleichterung der- selben, Zwangsvorstellungen, Wahnideen) — Verlangsamung und Beschleunigung des Vor- stellungsverlaufes — Störungen des Selbstbe- wusstseins.	

	Seite
C. Störungen des Gefühlslebens	110
Störungen in der Intensität der Gefühle (all- gemeine und partielle Abnahme, Steigerung der- selben) — Qualitative Gefühlsstörungen (psychi- sche Hyperalgesie, Angst; Euphorie, Ekstase).	
D. Störungen des Handelns	120
Herabsetzung u. Steigerung der Willensimpulse — Qualitative Störungen des Handelns (Zwangs- bewegungen, Zwangshandlungen) — Krankhafte Triebe (conträre Sexualempfindung, Perversi- täten des Geschlechtstriebes, „Monomanien“) — Handlungen in Folge von Wahnideen und Ge- fühlsstörungen — Beziehungen zur Rechtspflege.	
III. Verlauf, Ausgänge u. Dauer des Irreseins	134
A. Verlauf des Irreseins	134
Krankhafte Processe und Zustände — Beginn der Erkrankung — Höhe der Erkrankung — Reconvalescenz.	
B. Ausgänge des Irreseins	141
Heilung — Unvollständige Heilung — Unheil- barkeit — Tod.	
C. Dauer des Irreseins	150
IV. Allgemeine Diagnostik	151
A. Untersuchungsmethoden	151
Anamnese — Status praesens (somatisch, psy- chisch) — Beobachtung — Autopsie.	
B. Kriterien des Irreseins	164
C. Simulation und Dissimulation	170
V. Allgemeine Therapie	173
A. Prophylaxis	173
B. Somatische Behandlung	175
Medicamente (Opium, Morphinum, Hyoscyamin, Hyoscin, Haschisch, Cannabin, Cannabinon, Cocain, Kawaharz. Extractum Piscidiaae, Chlo- ralhydrat, Paraldehyd, Urethan, Hypnon, Chloroform, Aether, Bromäthyl, Bromsalze, Amylnitrit, Digitalis, Cytisin) — Blutentzieh- ungen, Derivantien — Physikalische Heil- methoden (Hydrotherapie, Elektrotherapie, Massage) — Diätetische Massregeln (Ernährung, Mastur, Bettruhe, Isolirung, mechanische Be- schränkung).	
C. Psychische Behandlung	192
Beruhigung — Ablenkung — Directe psychi- sche Einwirkung — Die Irrenanstalt.	
D. Behandlung einzelner Symptome	201
Psychische Erregung — Selbstmordneigung — Zerstörungstrieb — Unreinlichkeit — Mastur- bation — Nahrungsverweigerung.	

Die specielle Pathologie und Therapie des Irreseins.

Die Classification der Psychosen	209
I. Die Melancholie	213
A. Melancholia simplex	213
B. Melancholia activa	229
C. Melancholia attonita	236
II. Die Manie	242
III. Die Delirien	255
A. Das Fieberdelirium	255
B. Die Intoxikationsdelirien	258
C. Das Delirium transitorium	262
D. Die hallucinatorische Verwirrtheit	264
IV. Die acuten Erschöpfungszustände	267
A. Das Delirium acutum	267
B. Das Collapsdelirium	270
C. Die asthenische Verwirrtheit	272
D. Die Dementia acuta	276
V. Der Wahnsinn	280
A. Der depressive Wahnsinn	281
B. Der expansive Wahnsinn	287
C. Der hallucinatorische Wahnsinn	291
Acute und chronische Form.	
VI. Das periodische und circuläre Irresein	301
A. Die periodischen Psychosen	301
Periodische Melancholie — Periodische Manie (mit kurzen und mit langen Perioden) — Pe- riodischer Wahnsinn.	
B. Das circuläre Irresein	314
VII. Die Verrücktheit	324
A. Depressive Formen	329
Der hallucinatorische Verfolgungswahn (Physi- kalischer Verfolgungswahn, Besessenheitswahn, katatonische Verrücktheit) — Der combina- torische Verfolgungswahn (Sexueller Verfol- gungswahn, Eifersuchtschwahn) — Die hypo- chondrische Verrücktheit — Der Querulanten- wahn.	
B. Expansive Formen	353
Der hallucinatorische Grössenwahn — Der combinatorische Grössenwahn (Religiöse Ver- rücktheit, Erotische Verrücktheit) — Die ori- ginäre Verrücktheit.	
VIII. Die allgemeinen Neurosen	374
A. Das neurasthenische Irresein	374
Zwangsvorstellungen (Grübeln) — Zwangs- befürchtungen (Zweifelsucht, Berührungsfurcht) — Hypochondrie (Melancholische folie raison-	

	nante) — Platzangst (Höhenangst, Nyktophobie) — Zwangsimpulse.	Seite
B.	Das hysterische Irresein	390
	Hysterischer Charakter — Hypochondrie — Dämmerzustände — Hysterische Verrücktheit.	
C.	Das epileptische Irresein	405
	Epileptischer Schwachsinn — Prae- und post-epileptisches Irresein — Psychische Epilepsie (Nachtwandeln, epileptischer Stupor, rasonnirendes Delirium).	
IX.	Die chronischen Intoxikationen	417
A.	Der Alkoholismus	417
	Alkoholischer Schwachsinn — Delirium tremens potatorum — Hallucinatorischer Wahnsinn — Verfolgungswahn der Trinker — Alkoholparalyse.	
B.	Der Morphinismus	433
	Charakterveränderung — Abstinenzsymptome — Delirium tremens der Morphinisten.	
C.	Cocainismus	442
	Cocaindemenz — Hallucinatorischer Wahnsinn.	
X.	Die Dementia paralytica	445
	Demente Form (Ascendirende Paralyse, weibliche Paralyse) — Depressive Form (hypochondrische Paralyse) — Expansive Form (Circuläre Paralyse) — Agitirte Form (Galoppirende Paralyse).	
XI.	Die erworbenen Schwächezustände	490
A.	Die Dementia senilis	490
B.	Der Schwachsinn bei organischen Hirnerkrankungen	496
	Diffuse Hirnerkrankungen (Gliose, Sklerose, Unfallpsychosen) — Localisirte Hirnerkrankungen (Geschwülste, Blutungen, Embolien).	
C.	Die secundären Schwächezustände	503
	Secundäre Verrücktheit (Verwirrtheit) — Secundärer Schwachsinn und Blödsinn (agitirter und apathischer Blödsinn).	
XII.	Die Entwicklungsanomalien	509
A.	Die Idiotie	509
	Anergetische und erethische Formen.	
B.	Der Cretinismus	516
C.	Der angeborene Schwachsinn	518
	Anergetische und erethische Formen — Moralisches Irresein — Impulsives Irresein.	
D.	Die conträre Sexualempfindung	529

Einleitung.

Psychiatrie ist die Lehre von den psychischen Krankheiten und deren Behandlung. Sie gehört dem Kreise der ärztlichen Wissenschaften an und bedient sich wie diese letzteren bei ihren Untersuchungen der Hülfsmittel und Methoden naturwissenschaftlicher Forschung. Allein die Psychiatrie erhält gegenüber den anderen ärztlichen Disciplinen eine besondere Stellung durch den Umstand, dass das Object ihres Studiums einem durchaus eigenartigen Gebiete der Lebenserscheinungen angehört, dem Gebiete der sog. psychischen Vorgänge. Psychische Vorgänge, Vorstellungen, Gemüthsbewegungen, Willenserregungen gehören als solche einzig der inneren Erfahrung des einzelnen Individuums an; sie sind der objectiven Beobachtung nicht direct, sondern nur insoweit zugänglich, als man aus gewissen äusseren Veränderungen, der Sprache, den Geberden, den Handlungen, auf ihr Vontattengehen schliessen kann. Dieser eigenthümliche Gegensatz zwischen innerer und äusserer Erfahrung, zwischen der Wahrnehmung von Zuständen des eigenen Innern und von Veränderungen in der Aussenwelt, ist es, welcher zu der principiellen Abgrenzung der psychischen von den physischen Erscheinungen geführt hat. Auf ihn stützt sich die landläufige dualistische Hypothese einer selbständigen immateriellen, vom Körperlichen loslösbaren Seele.

Es kann nicht zweifelhaft sein, dass gerade diese Betrachtungsweise einer wissenschaftlichen Entwicklung der Psychiatrie ausserordentlich hindernd im Wege gestanden

hat, da sie das Forschungsobject derselben aus dem Bereiche der Erfahrungswissenschaften in denjenigen der Speculation verpflanzte. Während schon die Aerzte des Alterthums durch die ruhige Beobachtung auf den nahen Zusammenhang zwischen körperlichen (insbesondere Gehirn-) Erkrankungen mit dem Irresein aufmerksam geworden waren, ging diese Erkenntniss bis in die neuere und neueste Zeit hinein gänzlich in einer religiös-abergläubischen Auffassung der Geistesstörungen unter. Erst gegen das Ende des 18. Jahrhunderts vermochte die Medicin sich des verlorenen Forschungsgebietes erfolgreich wieder zu bemächtigen. Lange Kämpfe zwischen einseitig psychologischen und sogar moralistischen Anschauungen einerseits, extrem somatischen Begründungen des Irreseins andererseits, führten schliesslich in den letzten Decennien unter dem Einflusse der mächtigen Fortschritte in der Medicin zu einer „physiologischen“ Auffassung der psychischen Functionen und Functionsstörungen. Nach ihr steht das Seelenleben, das man bis dahin meist als die Aeusserungen eines selbständigen Wesens betrachtet hatte, in engster physiologischer Abhängigkeit von gewissen körperlichen Vorgängen. Die psychischen Erscheinungen sind nichts als „Functionen“ des Gehirns; psychische Störungen sind diffuse Erkrankungen der Hirnrinde. Die Psychiatrie ist demnach nur ein besonders entwickelter Zweig der Nervenpathologie, ihre Aufgabe die Pathologie der Hirnrinde, eine möglichst genaue Kenntniss aller jener krankhaften Veränderungen in Form und Verrichtung, welche die einzelnen Bestandtheile derselben unter irgend welchen Einflüssen erleiden.

Allein es kann nicht energisch genug ausgesprochen werden, dass die Erreichung dieses in neuester Zeit vielfach aufgestellten Ideales der Erkenntniss zwar von unschätzbarem wissenschaftlichen Werthe, aber durchaus nicht im Stande sein würde, uns wirklich eine Lehre von den Geistesstörungen zu liefern. Dies wäre nur dann der Fall, wenn das Gehirn die Vorstellungen, Gefühle u. s. w. wirklich in ähnlicher Weise absonderte, wie „die Niere den Harn“, wenn somit eine exacte Kenntniss der Hirnmechanik ohne Weiteres auch das Verständniss der psychischen Vorgänge

in sich schliessen würde. Niemand wird jedoch bestreiten wollen, dass wir eine durchaus vollständige Anschauung von den feinsten molecularen Processen im Gehirn haben könnten, ohne darum auch nur zu ahnen, dass wir es in ihm mit dem Organe des Seelenlebens zu thun haben. Der innere Zusammenhang zwischen cerebralen und psychischen Functionen ist uns bisher physiologisch absolut unverständlich; wir wissen in Wahrheit nur dieses Einzige, dass er überhaupt existirt und dass er allem Anscheine nach ein gesetzmässiger ist. Aus dieser unabweisbaren Ueberlegung ergiebt sich mit Nothwendigkeit die Forderung, das psychiatrische Forschungsgebiet von zwei verschiedenen Seiten her in Angriff zu nehmen, indem man einmal die körperlichen Grundlagen des krankhaften Seelenlebens, dann aber die Erscheinungen dieses letzteren selbst mit den Hülfsmitteln und Methoden der Erfahrungswissenschaften zu studiren sucht. Nur auf diesem Wege, durch die innige Verknüpfung der Hirnpathologie mit der „Psychopathologie“, kann es gelingen, die Gesetze der Wechselbeziehungen zwischen somatischen und psychischen Störungen aufzufinden und somit zu einem wirklichen tieferen Verständnisse der Erscheinungen des Irreseins vorzudringen.

Lehrbücher der Psychiatrie.

- W. Griesinger, Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 4. Auflage. 1876.
 H. Schüle, Klinische Psychiatrie (v. Ziemssen's Handbuch der Pathologie und Therapie, XVI). 3. Auflage. 1886.
 H. Emminghaus, Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in das Studium der Geistesstörungen. 1878.
 R. v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. 2. Auflage. 1883.
 J. Weiss, Compendium der Psychiatrie. 1881.
 R. Arndt, Lehrbuch der Psychiatrie. 1883.
 H. Neumann, Leitfaden der Psychiatrie für Mediciner und Juristen. 1883.
 Th. Meynert, Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns. Erste Hälfte. 1884.

Die allgemeine Pathologie und Therapie des Irreseins.

I. Allgemeine Aetiologie.

Für die vollständige Erkenntniss des Vorganges der psychischen Erkrankung ist das Studium von drei verschiedenen Factoren nothwendig, nämlich der äusseren Ursachen, welche denselben veranlassen, des inneren Zustandes der Persönlichkeit, auf welche dieselben einwirken, und endlich der Erscheinungen, welche sich als das nothwendige Product aus dem Zusammenwirken jener ersten beiden Momente herausentwickeln.

Der zunächst vorliegende Stoff würde sich demnach in drei Hauptabschnitte gliedern lassen, von denen der erste die äusseren Veranlassungen, der zweite die inneren Ursachen und der dritte die Erscheinungen des Irreseins umfasste. Aus praktischen Gründen indessen pflegt man zumeist die beiden erstgenannten Gebiete als allgemeine Aetiologie zusammenzufassen und dieselbe dem dritten, der allgemeinen Symptomatologie der Geistesstörungen, gegenüberzustellen.

Das gegenseitige Verhältniss der äusseren zu den inneren Ursachen ist bei dem Zustandekommen der psychischen Störungen ein ausserordentlich wechselndes, so zwar, dass sie einander gewissermassen gegenseitig ergänzen. Je stärker der krankmachende Reiz ist, der auf das Individuum einwirkt, desto geringer braucht die Prädisposition desselben zu sein, damit eine psychische Erkrankung zur Ausbildung

gelange, und umgekehrt giebt es Psychosen, die sich schon unter dem Einflusse der kleinen Reize des täglichen Lebens entwickeln, weil die Widerstandsfähigkeit des Individuums zu gering ist, um selbst diese ohne tiefere krankhafte Störung ertragen zu können.

A. Aeussere Ursachen.

Die grosse Klasse der äusseren Ursachen des Irreseins pflegt man weiter in die beiden Gruppen der somatischen und der psychischen Ursachen auseinander zu trennen. Natürlich hat eine derartige Scheidung keine tiefere theoretische, sondern lediglich classificatorische Bedeutung, da nach den überall festzuhaltenden Grundanschauungen jeder Alteration der psychischen Erscheinungen durchaus eine Störung im Ablaufe der körperlichen Functionen parallel gehen muss. Der psychophysische Endeffect, den die Einwirkung eines krankmachenden Reizes hervorbringt, ist daher der gleiche, mag auch der erste Angriffspunkt desselben im Einzelfalle ein verschiedener sein.

1. Körperliche Ursachen.

Hirnkrankheiten. Unter den somatischen Ursachen sind die nächstliegenden jene Störungen, die unmittelbar das Centralorgan unseres Bewusstseins, die Hirnrinde, betreffen.*) Genau genommen müssen wir sogar sagen, dass sie die einzigen wirklichen Ursachen sind, da höchst wahrscheinlich alle Formen des Irreseins ohne Ausnahme mit krankhaften Vorgängen oder Zuständen in der Rinde des Grosshirns zusammenhängen. Von einer wirklichen Kenntniss jener feineren Hirnpathologie sind wir freilich heute nur allzuweit noch entfernt. Unter den uns bisher bekannten Cerebralerkrankungen verlaufen jedoch in der That zumeist diejenigen mit psychischen Erscheinungen, welche entweder gerade in der Rinde localisirt sind oder welche doch durch

*) Nothnagel, Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten. 1879. Wernicke, Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. 1881.

Erhöhung des Hirndruckes, Alterationen der Circulation u. dergl. die Rinde in Mitleidenschaft ziehen. Es kommt indessen vor, dass selbst directe Rindenerkrankungen, namentlich wenn sie sich langsam entwickeln, die psychischen Functionen, wenigstens anscheinend, völlig intact lassen. Zur Erklärung derartiger Thatsachen ist einmal die so vielfach bestätigte Möglichkeit eines weitgehenden vicariirenden Eintretens gesunder Rindenpartien für erkrankte, dann aber der Umstand in Erwägung zu ziehen, dass eine leichte Verminderung der psychischen Leistungsfähigkeit, besonders wo sie sich ganz allmählich einstellt, überaus schwer aufzufinden und exact zu bestimmen ist.

Die Wirkungsweise aller krankhaften Hirnzustände auf das Centralorgan unseres Bewusstseins ist im Allgemeinen eine dreifache. Entweder handelt es sich um Reizung oder um Lähmung oder endlich um die Hervorbringung einer dauernden eigenthümlichen Zustandsveränderung, die zwischen Reizung und Lähmung gewissermassen in der Mitte steht und als reizbare Schwäche bezeichnet werden kann. Als das einfachste Beispiel für das Zustandekommen der Reizung kann die fluxionäre Hyperämie gelten, wie sie aus den verschiedensten Ursachen heraus sich zu entwickeln vermag, unter denen das Fieber, die Wärmebestrahlung des Kopfes, Gemüthsbewegungen, gewisse Vergiftungen, ferner manche Herzfehler und Anomalien der Gefässinnervation vielleicht die wichtigsten sind. Die psychischen Reizungserscheinungen, welche bei Einwirkung der aufgeführten Causalmomente zur Beobachtung gelangen, dürften daher zum Theil wenigstens auf die active Hyperämie des Schädelinhaltes zu beziehen sein, ebenso die ersten Symptome einiger schwereren Erkrankungen des Hirns und seiner Häute, welche erfahrungsgemäss mit vermehrtem Blutreichthum in der Rinde einhergehen, namentlich die verschiedenen Formen der Meningitis an der Convexität. Ausgiebigere Reizerscheinungen können ausgelöst werden durch den localen Druck acut entstehender Exsudate und Blutungen (eitrige Meningitis, Pachymeningitis interna hämorrhagica, Rindenapoplexien), sowie rasch wachsender Geschwülste.

Die psychischen Symptome, welche derartigen Reizein-

wirkungen entsprechen, sind im Allgemeinen Unruhe, Schlaflosigkeit, in den höheren Graden Delirien, Ideenflucht, Sinnes-täuschungen, Angstzustände oder Exaltation, Jactation, heftige motorische Erregung. Neben diesen allgemeinen psychischen Erscheinungen gehen dann jene nervösen Störungen des motorischen und sensorischen Gebietes einher, welche speciell von dem Sitze und der Art der Reizursache abhängig sind und daher in erster Linie für die somatische Diagnose Verwerthung finden.

Alle jene Ursachen, die eine erheblichere acute oder chronische Beeinträchtigung der Hirnnahrung herbeizuführen im Stande sind, vermögen auf das Centralorgan unseres Bewusstseins eine lähmende Wirkung auszuüben. Der einfachste Fall ist hier durch das Abschneiden der Blutzufuhr, durch die acute Hirnanämie, repräsentirt. In grösserem Umfange und mit dem raschen Erfolge völliger Bewusstlosigkeit wird dieselbe hervorgerufen durch das Experiment beiderseitiger Carotidencompression; von anderweitigen Ursachen sind namentlich Herzschwäche, grosse Blutverluste und diejenigen Affecte (Schreck) zu nennen, welche mit einem plötzlichen Krampfe der Arterien des Kopfes einhergehen. Wie es scheint, sind hierher auch die unmittelbaren Wirkungen der sog. *Commotio cerebri* zu rechnen, die man ja neuerdings hauptsächlich auf eine Reflexlähmung der Hirngefässe beziehen zu müssen geglaubt hat. Functionell gleichwerthig mit der Anämie sind die venösen Stauungen, z. B. in Folge von Herzfehlern, da auch sie die mangelhafte Zufuhr leistungsfähigen Blutes bedeuten. Sehr wichtige Ursachen schwerer Ernährungsstörungen des Gehirns sind endlich alle erheblicheren allgemeinen Drucksteigerungen in der Schädelkapsel durch Volumszunahme ihres Inhalts.

Wie wir durch Grashey's Untersuchungen wissen, führt jede Erhöhung des intracraniellen Druckes über ein bestimmtes individuelles Mass hinaus sehr rasch zur Entstehung von Gefässschwingungen mit erheblicher Verlangsamung der Circulationsgeschwindigkeit und deren Folgezuständen (Stauungen, Oedeme). Die grössere oder geringere Leichtigkeit, mit welcher eine derartige Drucksteigerung

im concreten Falle zu Stande kommt, hängt wesentlich ab von der Ausbildung, welche die Abflussbahnen der Cerebrospinalflüssigkeit besitzen. Vermag diese letztere bei einer Volumsvermehrung des Schädelinhaltes rasch nach allen Richtungen hin auszuweichen, so bleibt der intracranielle Druck unverändert, und die Circulation erleidet keine Störung. Sind aber die compensatorischen Einrichtungen mangelhaft entwickelt, so genügt schon eine relativ geringfügige Zunahme des Schädelinhaltes, um das Auftreten von Gefäßschwingungen zu veranlassen und damit das erste Stadium einer schweren Ernährungsstörung einzuleiten. Am günstigsten liegen natürlich die Verhältnisse immer dann, wenn jene Zunahme langsam, chronisch verläuft, so dass die Abflussbahnen sich bis zu einem gewissen Grade den wachsenden Anforderungen anzupassen vermögen. Hier kann die lähmende Wirkung auf das Centralorgan des Bewusstseins relativ lange hintangehalten werden: jede acute Volumsvermehrung des Schädelinhaltes dagegen hat unausbleiblich die rasche Erstickung der Hirnrinde zur Folge. Partielle derartige Ernährungsstörungen werden durch die Vorgänge der Embolie und Thrombose bedingt; ob hier eine Lähmung der psychischen Functionen eintritt, hängt ebenso, wie bei den localen Druckwirkungen kleinerer Geschwülste (z. B. Cysticerken), von dem Sitze der Störung ab. Endlich müssen natürlich auch alle pathologischen Processe, die eine umschriebene oder diffuse Structurveränderung oder Zerstörung in der Hirnrinde erzeugen, mit einer mehr oder weniger ausgedehnten Functionsbeeinträchtigung derselben einhergehen.

Das psychische Symptom einer acuten allgemeinen Lähmung der Hirnrinde ist eine rasch eintretende absolute Bewusstlosigkeit, die entweder direct in den Tod übergeht oder nach einiger Zeit wieder schwindet, wenn die Wirkung der anämisirenden Ursache abnimmt. Ganz anders gestalten sich die psychischen Erscheinungen bei langsamer Entwicklung der Rindenlähmung. Abgesehen von den Reizsymptomen, die in solchen Fällen vielfach aufzutreten pflegen, macht sich allmählich eine Abnahme der psychischen Leistungen geltend, Unfähigkeit zu intellectueller Erfassung

und Verarbeitung äusserer Eindrücke, Gedächtnisschwäche, Ideenarmuth und Verlangsamung des Vorstellungsverlaufes, Kritiklosigkeit, in höheren Graden direct Schlafsucht und traumartige Benommenheit, ferner gemüthliche Torpidität, Theilnahmlosigkeit oder weinerliches, verdriessliches Wesen bis zur absoluten Apathie. Auch hier pflegt, wenigstens bei unheilbaren Störungen, der Abschluss durch komatöse Zustände gegeben zu werden, nachdem ein kürzeres oder längeres Stadium apathischen Blödsinns voraufgegangen ist. Der gleiche Symptomencomplex kann sich natürlich auch im Anschlusse an eine acute Hirnlähmung, ein Trauma (Eisenbahnunglück), eine Apoplexie u. dergl., entwickeln, wenn sich die momentane Störung ausgeglichen hat und eine chronisch wirkende Krankheitsursache zurückgeblieben ist. Zumeist vollzieht sich indessen die Ausbildung der psychischen Erscheinungen nicht einfach in der hier angegebenen Weise, sondern das Krankheitsbild setzt sich in den verschiedenartigsten Formen aus den Symptomen der Reizung und der Lähmung zusammen; es wird ausserdem noch complicirt durch die mannigfachen nervösen Störungen, die ebenfalls der Reizung oder Lähmung dieser oder jener Hirnpartien ihre Entstehung verdanken und in ihrer besonderen Zusammensetzung als Anhaltspunkte für eine Localdiagnose der Erkrankung zu dienen vermögen. Ihre genauere Schilderung gehört dem Gebiete der Hirnpathologie im engeren Sinne an. Ob sich auch die psychischen Symptome, abgesehen von der Aphasie, für die Erkennung des Sitzes der Störung werden verwerthen lassen, ist zur Zeit noch Gegenstand der Controverse, doch scheinen einzelne Erfahrungen auf die Möglichkeit eines derartigen Rückschlusses hinzudeuten.

Als die dritte Art von psychischen Veränderungen, die durch Hirnerkrankungen bedingt werden kann, hatten wir die Erzeugung eines chronischen Zustandes erhöhter psychischer Reizbarkeit bezeichnet. Diese Störung pflegt sich vor Allem im Anschlusse an traumatische Einwirkungen zu entwickeln. Sie charakterisirt sich durch eine raschere geistige Erschöpfbarkeit und geringere Widerstandsfähigkeit gegen gemüthliche Einflüsse, wie gegen

anderweitige das Hirn treffende Schädlichkeiten (Alkohol). In einer Reihe von Fällen ist dieser Zustand nur das erste Symptom tieferer fortschreitender organischer Hirnerkrankungen, die sich unter dem Einflusse etwa eines Traumas allmählich entwickeln und in ihrem weiteren Verlaufe dann andersartige psychische Krankheitsbilder erzeugen. Am häufigsten sind unter solchen Umständen progressiver Blödsinn mit Lähmungssymptomen oder (wol bei begrenzteren Krankheitsherden) häufig wiederkehrende Aufregungszustände mit Hirncongestionen, auch epileptisches Irresein. Andererseits aber kann auch jener Zustand erhöhter Reizbarkeit lange Zeit hindurch stationär (functionell) bleiben, bis etwa irgend ein mehr zufälliger Anlass auf Grund der durch sie repräsentirten Prädisposition eine acute, selbständige psychische Erkrankung zur Entwicklung gelangen lässt.

Nervenkrankheiten. Weniger unmittelbar, als bei den directen Erkrankungen des Schädelinhaltes, gestaltet sich der Causalzusammenhang mit psychischen Störungen bei denjenigen Affectionen, denen als nächster Angriffspunkt andere Theile des Nervensystems dienen. So kommen bei Tabes, abgesehen von der Combination mit progressiver Paralyse, in einzelnen Fällen psychische Alterationen depressiven Charakters (Verfolgungsdelirien mit Sinnestäuschungen, hypochondrische Verrücktheit) zur Beobachtung, die von Krafft-Ebing auf jene vasomotorischen Störungen zurückgeführt worden sind, wie sie mit dem Grundleiden bisweilen einherzugehen pflegen. Wahrscheinlich ist eine derartige Entstehungsweise bei den leichteren und (seltener) schwereren psychischen Veränderungen, welche beim Morbus Basedowii zur Beobachtung kommen und sich als erhöhte Reizbarkeit, besonders auf dem Gebiete des Gefühlslebens, Stimmungswechsel, auch Gedächtnisschwäche, in höheren Graden als ausgeprägtere tobsüchtige oder melancholische Aufregungszustände darstellen. Die Herzpalpitationen, der Exophthalmus und vielleicht auch die Struma lassen hier auf die Existenz von Circulationsstörungen im Carotisgebiete schließen, für welche wir wol noch einmal ein genaueres Verständniss zu gewinnen hoffen dürfen.

Ebenfalls durch die Annahme vermittelnder vasomoto-

rischer Störungen hat man ferner zum Theil solche Fälle psychischer Erkrankung zu erklären versucht, welche sich bisweilen an heftige Reizungen peripherer Nervengebiete anschliessen. Die bekannteste Form derartiger, im Ganzen seltener psychischer Alterationen ist das von Dupuytren beschriebene Delirium traumaticum, einige Tage andauernde, heftige verwirrte Aufregungszustände nach schweren Operationen (auch Staareextractionen) oder Nervenverletzungen. Ohne Zweifel spielen hier auch psychische Momente (Furcht und Erwartung) eine sehr bedeutsame Rolle. Ferner sind vereinzelte Fälle bekannt, in denen anscheinend durch die permanente Zerrung von Nerven, die in Narben eingeheilt waren (meist Quintusäste), chronisch verlaufende psychische Störungen hervorgerufen wurden. Dieselben bestanden in einer gewissen dauernden Benommenheit mit zeitweiligen Anfällen gewalthätiger Aufregung, auch Sinnestäuschungen, die bisweilen durch Druck auf die schmerzhaft Narbe ausgelöst werden konnten. Excision dieser letzteren oder methodische Morphiumbehandlung führte zur Heilung.

Derartige Beobachtungen erinnern sehr an die bekannten ätiologischen Beziehungen der Epilepsie zu peripheren Nervenreizungen. Es scheint, dass es sich hier nicht selten auch um eine directe irritirende Wirkung des Schmerzes auf das Gehirn handelt. Schüle ist sogar so weit gegangen*), periphere, chronisch wirkende Reizmomente zur Erklärung des grössten Theiles aller psychischen Störungen heranzuziehen. Der bedeutende Einfluss, den schon geringe peinigende Unbequemlichkeiten auf die allgemeine Stimmung ausüben können (Reizbarkeit, Verdriesslichkeit), ist ja aus der täglichen Erfahrung bekannt; andererseits aber darf als sicher angesehen werden, dass wirkliche Psychosen in Folge von peripherer Nervenreizung zumeist nur bei solchen Individuen zur Entwicklung gelangen, die bereits sehr zu psychischer Erkrankung disponirt sind. Erinnerung sei hier auch an die bekannte hypnotisirende Wirkung monotoner Sinneseindrücke auf empfängliche Personen.

*) Schüle, Dysphrenia neuralgica. 1867.

Eine weit grössere ätiologische Bedeutung, als derartige periphere Reizmomente, scheinen jene allgemeineren Erkrankungen des Nervensystems in Anspruch zu nehmen, die man als Neurosen bezeichnet. Dieselben pflegen nicht nur ganz gewöhnlich mit leichteren psychischen Störungen einherzugehen, sondern sie verknüpfen sich häufig genug mit schweren und schwersten Formen psychischer Alienation. In der Regel allerdings dürften die verschiedenartigen bei ihnen beobachteten Geisteskrankheiten nicht sowol die Folge der Neurosen, als vielmehr aus der gleichen allgemeinen centralen Ursache hervorgegangen sein, wie diese selbst. Bei der Chorea sieht man hauptsächlich erhöhte psychische Reizbarkeit mit raschem Stimmungswechsel bis zu verwirrten Aufregungszuständen, bei der Epilepsie fortschreitende psychische Schwäche und eigenthümliche, später näher zu schildernde „Dämmerzustände“. Vorübergehende deliriöse Zustände mit Sinnestäuschungen habe ich auch bei Tetanie gesehen. Auf der hysterischen Grundlage endlich können sich die mannigfachsten Psychosen entwickeln, ohne dass man gerade eine durchgreifende gemeinsame Eigenthümlichkeit derselben aufzustellen im Stande wäre.

Allgemeine Erkrankungen. In ähnlicher Weise, wie die Erkrankungen peripherer Nervenabschnitte, können ferner auch eine grössere Zahl somatischer Affectionen der verschiedensten Art auf unmittelbare oder mittelbare Weise das Centralorgan unseres Bewusstseins in Mitleidenschaft ziehen und somit Störungen der psychischen Functionen herbeiführen. Am directesten ist dieser Causalnexus bei solchen Krankheiten, die wir als constitutionelle zu bezeichnen pflegen, die also im gesammten Organismus mehr oder weniger ausgeprägte Zustandsveränderungen herbeizuführen im Stande sind. In erster Linie sind hier zu nennen die Infectionskrankheiten.*) Das gemeinsame, wirkende Element bei der ganzen Reihe derselben ist das organisirte Gift, welches bald direct das centrale Nervensystem beeinflusst, bald durch Erzeugung allgemeinerer Störungen (Fieber),

*) Kraepelin, Archiv für Psychiatrie, Bd. XI u. XII.

oder durch Vermittelung gewisser Organerkrankungen Ernährungsanomalien in der Hirnrinde hervorbringt. Im Einzelnen gestaltet sich natürlich dieser Zusammenhang ausserordentlich verschieden, je nach dem besonderen Charakter des Krankheitsgiftes und der Art seiner Localisation im Organismus. Von acuten Infectiouskrankheiten sind für die Pathogenese psychischer Störungen am wichtigsten Typhus, acuter Gelenkrheumatismus, Pneumonie, acute Exantheme, Kopfrosee, das Wechselfieber und die Cholera.

Eine directe giftige Wirkung der betreffenden Krankheitsgifte auf das Gehirn ist einigermaßen sicher bisher nur für den Typhus, die Pocken und das Wechselfieber, weil nur bei ihnen unzweifelhafte Beobachtungen psychischer Alienation während des fieberlosen oder doch sehr gering fieberhaften Verlaufes (im Prodromalstadium) vorliegen, bevor andere Ursachen haben zur Entwicklung gelangen können. Beim Gelenkrheumatismus kommt aber, wenn auch selten, eine Localisation des Giftes in den Hirnhäuten vor, die dann natürlich ebenfalls psychische Reizungs- und Lähmungserscheinungen hervorruft. Dagegen ist sicherlich das bei Weitem wirksamste Moment bei dem Zustandekommen des Irreseins in acuten Infectiouskrankheiten das Fieber, einmal durch die Steigerung der Temperatur, dann aber durch die Circulationsbeschleunigung in der Schädelhöhle. Fast regelmässig sieht man daher auch die „Delirien“ dem Gange des Fiebers parallel gehen, ein Verhalten, welches sich namentlich eclatant bei dem typischen Verlaufe der Typhuscurve herauszustellen pflegt.

Die psychischen Erscheinungen können dabei im Allgemeinen, wie bei allen Gehirnaffectationen, einen doppelten Charakter tragen, denjenigen der Reizung oder denjenigen der Lähmung. Reizungssymptome (Ideenflucht, Aufregung, Sinnestäuschungen) sind mehr den geringeren Fiebergraden eigenthümlich, aber sie kommen auch im Prodromalstadium der Pocken und namentlich des Typhus zur Beobachtung als Folge einer directen Einwirkung des Krankheitsgiftes auf die Gehirnssubstanz; sie haben dann stets eine sehr üble prognostische Bedeutung. Das letztere ist nicht der Fall

bei den wol auf ähnliche Weise verursachten fieberlosen Aufregungszuständen der sog. *Intermittens larvata*, wie sie bisweilen im Typus der regulären Fieberanfälle beobachtet worden sind. Bei sehr hohen Fiebergraden, z. B. bei der hyperpyretischen Form des Gelenkrheumatismus, oder bei sehr langer Dauer der Temperatursteigerung, namentlich, wenn die Herzthätigkeit leidet (Säuferpneumonien, Endokarditis und besonders Perikarditis im Gelenkrheumatismus), treten an die Stelle der psychischen Reizungssymptome diejenigen der Lähmung, komatöse und soporöse Zustände, theils wol in Folge directer Functionslähmung der Hirnrinde, theils in Folge von Circulationsstörungen, Stauungen und Oedem.

Der Wirkungsweise einiger der genannten Infectiouskrankheiten in mancher Beziehung analog ist diejenige der *Lyssa*, insofern es sich auch hier wol um eine directe Vergiftung der nervösen Centralorgane handelt. Emminghaus führt für das Prodromalstadium die Symptome melancholischer Verstimmung und Aengstlichkeit an; auf der Höhe der Erkrankung wechseln die Erscheinungen höchster psychischer Erregung, furibunde Delirien, Sinnestäuschungen, Gewaltacte, mit vorübergehender völliger Klarheit des Bewusstseins ab, bis endlich mit dem Eintritte psychischer Lähmung im paralytischen Stadium die Scene abschliesst.

In mehr indirecter Weise, durch Schwächung der allgemeinen Widerstandsfähigkeit des nervösen Organismus, können ferner acute Infectiouskrankheiten noch nach ihrem Ablauf die mittelbaren Ursachen psychischer Störungen werden. Besonders wirksam ist in dieser Richtung einmal der plötzliche Abfall der Temperatur bei Pneumonie und Variola, dann aber die chronische Erschöpfung des Nervensystems durch lange andauerndes Fieber (Typhus, Gelenkrheumatismus), oder endlich der Einfluss besonderer krankhafter Veränderungen in der Hirnrinde, die nur einer allmählichen oder gar keiner Rückbildung mehr zugänglich sind (Typhus, *Intermittens*). Rasches Sinken der Temperatur und der Pulsfrequenz hat einen acuten Collapszustand, meist mit völliger Verwirrtheit, Ideenflucht, Aufregung und Sinnestäuschungen zur Folge, während bei langsamerem Ein-

tritte der Reconvalescenz auf der durch die Erschöpfung gegebenen Basis unter dem Einflusse zufälliger Reize, z. B. von Gemüthsbewegungen, kürzere oder längere Zeit nach dem Ablaufe der Krankheit, chronisch verlaufende Alienationszustände verschiedenartigen Charakters zur Entwicklung gelangen können. Beim Bestehen organischer Veränderungen endlich (Infiltration der Rinde, Degeneration der Ganglienzellen, Pigmentembolien) tritt eine allgemeine Abnahme der psychischen Leistungen, der Symptomencomplex des Schwachsinnes bis zum tiefsten apathischen Blödsinn in den Vordergrund. Die Möglichkeit einer Genesung ist hier überall an die Ausgleichung der vorübergehenden oder chronischeren Ernährungsstörung, resp. an die Möglichkeit einer Rückbildung der febrilen pathologischen Gewebsveränderungen geknüpft. Dass auch complicirende Organerkrankungen, namentlich die Herzaffectationen des Gelenkrheumatismus, in der Pathogenese der Psychosen nach acuten Krankheiten eine gewisse Rolle spielen, soll hier nur kurz erwähnt werden. Die wichtigste allgemeine Grundlage der psychischen Erkrankungen in der Reconvalescenz ist ohne Zweifel die anatomische oder nur physiologische Anämie des Gehirns, die mangelnde Zufuhr leistungsfähiger Ernährungsflüssigkeit.

Das gleiche ätiologische Moment dürfte auch zum Theil für die Erklärung mancher Geistesstörungen herbeizuziehen sein, die sich im Anschlusse an gewisse chronische und die allgemeine Ernährung schwer beeinträchtigende somatische Erkrankungen entwickeln. Es muss dabei vorerst dahingestellt bleiben, ob als die pathologische Grundlage derartiger Psychosen nur functionelle oder aber tiefere anatomische Veränderungen in der Hirnrinde angesehen werden dürfen. Wenn die acute Anämie gewöhnlich sehr rasch zur Lähmung des Centralorganes unseres Bewusstseins führt, so pflegt die langsam entstandene Ernährungsinsufficienz, wie sie durch wiederholte Blutverluste, Lactation, Inanition, Schlaflosigkeit, dauernde Aufregungen, Excesse, Chlorose u. s. f. bedingt werden kann, zunächst eine Erhöhung der nervösen Erregbarkeit, die sog. reizbare Schwäche, in

ihrem Gefolge zu haben, die alsdann den günstigen Boden für die Entstehung verschiedenartiger psychischer Erkrankungen abzugeben im Stande ist. Dieselbe documentirt sich namentlich in der geringeren Widerstandsfähigkeit gegen äussere Einflüsse, in einer grösseren Labilität des psychischen Gleichgewichtes, zunächst besonders nach der gemüthlichen Seite hin. Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, leichter Wechsel der Stimmung, Neigung zu impulsivem Handeln sind die elementarsten Anzeichen dieser Störung, denen sich im weiteren Verlaufe und beim Tiefergreifen der Krankheitsursache auch die Erscheinungen verminderter psychischer Leistungsfähigkeit, Unlust zu jeder Beschäftigung, Gemüthsstumpfheit bis zum Auftreten völliger Apathie hinzugesellen können. Bei jenen schweren Kachexien, wie sie namentlich durch karcinomatöse Erkrankungen hervorgerufen werden, sah ich mehrmals andauernde intensive Angstzustände mit Sinnestäuschungen, Vergiftungsideen und Nahrungsverweigerung.

Den gleichen gemeinsamen Grundzügen, wie oben, begegnen wir bei jenen psychischen Störungen, die unter dem Einflusse chronischer constitutioneller Infektionskrankheiten zur Beobachtung gelangen; auch hier sind ja zumeist die Bedingungen zur Entstehung von Ernährungsanomalien in der Schädelkapsel verwirklicht. Hinsichtlich der Tuberculose ist die alltäglich sich aufdrängende Erfahrung der mangelnden Krankheitseinsicht und Euphorie psychisch sonst ganz Gesunder bemerkenswerth. Diese Erscheinung kann sich bisweilen zu sehr grellem Contraste mit dem somatischen Zustande, zum Auftreten von Grössenideen, Unternehmungslust, heiteren Delirien u. s. f. ausbilden; auch der notorisch gesteigerte Geschlechtstrieb spielt dabei hier und da eine Rolle. Schwerlich darf diesen und anderen bei Phthisikern beobachteten psychischen Krankheitsbildern eine specifische Natur zugeschrieben werden. Nicht selten handelt es sich hier um einfache Erschöpfungspsychosen, wie sie in ganz ähnlicher Form auch unter dem Einflusse anderer schwächender Momente, starker Blutverluste, des Puerperiums u. s. f. beobachtet werden. In anderen Fällen kommt nach meinen Erfahrungen auch dem Alkoholismus eine wesentliche

ätiologische Bedeutung zu, und endlich können natürlich in einzelnen Fällen meningitische Processe den psychischen (und nervösen) Reizerscheinungen zu Grunde liegen.

Sehr verschiedenartig scheinen sich nach den bisherigen Erfahrungen die psychischen Krankheitsbilder zu gestalten, welche sich auf eine syphilitische Grundlage zurückführen lassen. Wenn man absieht von den seltenen Fällen, die schon in den frühen Stadien der Syphilis rasch vorübergehende, verwirrte Aufregungszustände darbieten, so pflegen hier zumeist greifbare pathologische Veränderungen, ein anatomisch definirbares Cerebralleiden, die Basis der psychischen Erkrankung zu bilden.*) In Folge dessen sind auch die syphilitischen Geistesstörungen regelmässig von mannigfaltigen nervösen Symptomen begleitet, deren verschiedenartige Combination im Einzelnen häufig überhaupt erst die specielle Diagnose ermöglicht, wo die psychischen Symptome zu unbestimmt sind, um eine Abgrenzung von anderen, nicht luetischen Erkrankungen zu gestatten. Dass nach dieser Richtung besonders die Störungen der Augenmuskelnerven Beachtung verdienen, ist hinlänglich bekannt. Von psychischen Krankheitsbildern kann man nach Heubner's eingehender Schilderung hauptsächlich drei unterscheiden, die sogar an differente pathologische Processe sich zu knüpfen scheinen. Die erste Form, auf der Reizwirkung gummöser Neubildungen an der Convexität der Hirnrinde beruhend, zeigt anfangs mässige Verstimmung und Gereiztheit bis zu melancholischen oder maniakalischen Aufregungszuständen, im weiteren Verlaufe Abnahme der Intelligenz, Gedächtnisschwäche, Langsamkeit des Denkens, Oberflächlichkeit und Veränderlichkeit der Affecte, daneben epileptische Insulte, die gewöhnlich auch den ganzen Symptomencomplex einleiten. In der zweiten Gruppe von Fällen handelt es sich um eine Erkrankung namentlich der basalen Hirnarterien, die zur Verengerung und schliesslich gänzlichen Obliteration ihres Lumens führt. Hier wird das Krankheitsbild durch apoplektische Zufälle mit länger dauernden Lähmungen beherrscht, ein Zeichen häufiger Verstopfung von

*) Heubner, v. Ziemssen's Handbuch. Bd. XI, 1.
Kraepelin, Psychiatrie. 2. Aufl.

Endarterien in den Stammganglien. Der gleiche Vorgang in der Rinde dagegen erzeugt wegen der hier gebotenen Möglichkeit collateralen Ausgleiches derartiger Störungen nur eigenthümliche rauschartige Zustände halber Bewusstlosigkeit mit Neigung zu unmotivirter, triebartiger Geschäftigkeit und halbverkehrten Handlungen. Endlich ist noch eine Reihe von Beobachtungen bekannt, in denen das Krankheitsbild durchaus die klinischen Züge der später ausführlicher zu schildernden *Dementia paralytica* darbot. Es muss zweifelhaft bleiben, ob diese dritte Form nicht einfach der letztgenannten Krankheit angehört, ob wir es also dabei überhaupt mit einer spezifisch luetischen Erkrankung zu thun haben. Vielleicht vermag uns darüber einmal die pathologische Anatomie genauere Auskunft zu geben.

In weit beschränkterem Masse, als die Syphilis, wird der Ergotismus, die Vergiftung mit Mutterkorn, Ursache psychischer Störungen.*) Bisweilen scheint hier eine direct toxische Wirkung auf das Centralorgan unseres Bewusstseins vorzuliegen (rascher Ablauf der Psychose mit wechselnder maniakalischer und melancholischer Verwirrtheit, Aufregung und Sinnestäuschungen); in der Mehrzahl der Fälle dagegen ist vielmehr an secundäre pathologische Processe in der Hirnrinde zu denken, wie sie auf der kachektischen Basis etwa durch das specifische Gift hervorgerufen werden. Allerdings ist der specielle Nachweis derartiger Veränderungen im Gehirn noch nicht gelungen (vielleicht nur vasomotorische Störungen). Die psychischen Symptome waren hier im Allgemeinen diejenigen einer Herabsetzung hauptsächlich der intellectuellen Functionen, mehr oder weniger ausgesprochene Benommenheit des Sensoriums bis zum Stupor, Verlangsamung des Denkens, Gedächtnisschwäche, Verwirrtheit; daneben häufige Angstzustände und tiefes Krankheitsgefühl. Regelmässig sind epileptische Krämpfe und die objectiven Anzeichen der in mehreren Fällen durch die

*) Siemens, Archiv f. Psychiatrie XI, 1. u. 2; Tuczeck, ibid. XIII, 1.

Obduction festgestellten Rückenmarksaffection (Hinterstrangsklerose) vorhanden.

Dem Ergotismus in ätiologischer Beziehung ähnlich ist das hauptsächlich in Oberitalien vorkommende Pellagra, das auf den Genuss von (wahrscheinlich durch das Bacterium *Maÿdis*) verdorbenem Mais zurückgeführt wird und ausser Verdauungsstörungen und Hautaffectionen auch chronische Nerven- und Geisteskrankheiten (maniakalische und melancholische Zustände mit Selbstmordneigung, schliesslich Blödsinn) zur Folge hat.

Vergiftungen. An alle diese infectiösen oder endemischen Giftwirkungen schliessen sich als weitere ätiologische Momente an die verschiedenen gelegentlichen Intoxikationen durch Stoffwechselproducte, durch giftige Gase, Narkotica und Metallgifte. Die häufigste, ja sub finem vitae vielleicht regelmässig dem psychischen Leben ein Ende bereitende Vergiftung ist diejenige durch die Anhäufung physiologischer Zerfallproducte im Blute. Je nach der Reihenfolge, in der die einzelnen Organe des Körpers aufhören, zu functioniren, gestaltet sich auch dieser Vorgang etwas verschieden. Wenn die Insufficienz der Kreislauforgane die nächste Todesursache bildet, so müssen die Bestandtheile des venösen Blutes allmählich die Erscheinungen rascherer oder langsamerer Hirnlähmung herbeiführen. Unzulänglichkeit der Athmung erzeugt Kohlensäurevergiftung mit den Symptomen rauschartiger Benommenheit und heftigen Angstgefühlen, in höheren Graden Bewusstlosigkeit; mangelhafte Ausscheidung durch die Nieren bedingt acute oder chronische Urämie mit deliriösen und komatösen Zuständen oder länger dauernden Geistesstörungen melancholischen Charakters; in Folge der Retention von Gallenbestandtheilen im Blute (Cholämie) kommen Benommenheit und psychische Depression, bei der acuten gelben Leberatrophie (*Icterus gravis*) furibunde Delirien mit intensiver motorischer Erregung und Sinnestäuschungen, im weiteren Verlaufe Sopor und Koma zur Beobachtung u. s. f.

Von giftigen Gasen ist hier hauptsächlich das Kohlenoxydgas zu erwähnen, welches Hirnhyperämie erzeugt und den Sauerstoff aus dem Hämoglobin verdrängt. Auch hier

entwickeln sich die Symptome psychischer Reizung (ängstliche oder ekstatische Aufregungszustände), denen diejenigen der Lähmung (Bewusstlosigkeit) folgen. Eine gewisse Verworrenheit und Schwäche der psychischen Leistungen pflegt die Intoxikation einige Zeit lang zu überdauern, ja es kommt sogar bleibender Blödsinn in Folge von encephalomalacischen Processen zur Beobachtung. Dass auch die Einathmung von Leuchtgas, Schwefelwasserstoff, Schwefelkohlenstoff, Stickstoffoxydul psychische Reizungs- und Lähmungserscheinungen verschiedener Art hervorzurufen im Stande ist, soll hier wegen des geringen praktischen Interesses dieser Vergiftungen nur erwähnt werden.

Dagegen haben wir uns nunmehr der Betrachtung eines Giftes zuzuwenden, welches für die Psychopathologie eine ganz ausserordentliche Bedeutung gewonnen hat, ich meine den Alkohol.*) Die Angaben über die Häufigkeit, mit welcher der Missbrauch dieses Genussmittels zur Aufnahme in die Irrenanstalt führt, schwanken je nach der Nationalität und den besonderen Verhältnissen zwischen 10—30, ja bis 40 % aller psychisch Erkrankten. Das männliche Geschlecht ist an der Trunksucht etwa 3—5 Mal so stark betheiligt, wie das weibliche; in den niederen Gesellschaftsschichten ist dieses Verhältniss indessen für die Weiber ungünstiger. Wie es scheint, nimmt der Alkoholismus im Allgemeinen noch immer zu, allerdings vorzugsweise in der Fabrikarbeiterbevölkerung, während für die gebildeten Stände der Missbrauch berauschender Getränke im Vergleich zu früheren Jahrhunderten wesentlich zurückgegangen sein dürfte. In einzelnen Ländern, namentlich in Skandinavien, welches noch vor wenig Jahrzehnten als das klassische Land des Alkoholismus galt, ist es den energischen Anstrengungen der Gesetzgebung gelungen, eine sehr erhebliche Einschränkung jener Volksseuche zu erzielen.

Die eigentlich verderbliche Form alkoholischen Getränkes ist der Schnaps, besonders der Kartoffelbranntwein und der in Südfrankreich und Oberitalien verbreitete Absynth, weil derselbe ausser dem Aethylalkohol noch die weit

*) Baer, Der Alkoholismus. 1878.

verderblicher wirkenden höheren Alkohole (namentlich den Amylalkohol) enthält. Im biertrinkenden Süddeutschland spielt daher der Alkoholismus auch nicht im Entferntesten die Rolle, wie etwa in Posen, wo der Kartoffelfusel das wichtigste alkoholische Genussmittel des Arbeiters bildet.

Von den Wirkungen des Alkohols auf den Organismus haben hier vor Allem die Störungen in der Gehirnernährung für uns Interesse. Durch die acute Vergiftung wird zunächst das Gefässcentrum gelähmt, bei grösseren Dosen auch Athmung und Herzbewegung verlangsamt; ausserdem findet sicherlich noch eine directe giftige Wirkung auf die Hirnrinde statt, über deren eigentliche Natur wir noch nichts wissen. Beim chronischen Alkoholmissbrauch wird auch das periphere Nervensystem in mehr oder weniger ausgedehntem Masse ergriffen (degenerative Neuritis). Sodann kommt es zur Entwicklung dauernder Circulationsanomalien mit ihren Folgezuständen (Blutaustritte, Trübungen, Verdickungen der Hirnhäute, Infiltration und weiterhin Atrophie der Rindensubstanz u. s. w.), ferner zu einer tieferen Degeneration der Blutmasse (Abnahme des Fibrins) und endlich durch Vermittlung der vielfachen alkoholischen Organerkrankungen (Herzverfettung, Magenkatarrh, Lebercirrhose, Nierenschrumpfung) zu einer allgemeinen, folgeschweren Störung der ernährenden und ausscheidenden Functionen des gesammten Organismus. Ja, diese Degeneration erstreckt sich sogar noch über den Bereich des Individuums hinaus auf seine Progenitur und bringt in ihr Idiotie oder die Anlage zu mannigfachen psychischen und nervösen Erkrankungen hervor, insonderheit zum Alkoholismus, zu den psychischen Entartungsformen und endlich auch zum Verbrechen.

In dieser seiner verhängnissvollen Einwirkung auf das Individuum und die Race wird der Alkohol zumeist noch unterstützt durch eine Anzahl ähnlich perniciosöser Momente, die zumeist mit dem Missbrauche jenes Genussmittels Hand in Hand zu gehen pflegen. Der Schnaps ist vorzugsweise das Getränk des armen Mannes, dem er Anregung und Erwärmung zu liefern, ja dem er zum Theil die Nahrung zu ersetzen hat; die ganze Misère des socialen Elendes, der

Armuth, ungenügende Ernährung, schlechte hygienische Verhältnisse u. s. f. ebnet seinem Einflusse hier den Weg. Umgekehrt aber ist es gerade der Alkohol, der durch seine vernichtenden Wirkungen auf die physische, psychische und sociale Integrität des Trinkers mit Nothwendigkeit über ihn den ökonomischen Ruin hereinbrechen lässt und auf diese Weise einen *Circulus vitiosus* herstellt, aus dem es kein Entrinnen mehr giebt. Allerdings ist nicht Jeder, der häufiger in *Alcoholicis excedirt*, schon als Trinker zu betrachten. Der Gelegenheitstrinker, den die Freude an animirter Geselligkeit zum Uebermasse des Alkoholgenusses treibt, ist wol zu unterscheiden von dem Gewohnheitstrinker, der regelmässig, Tag für Tag, um des Alkohols willen, auch allein und ohne besonderen Anlass, zur Schnapsflasche greift. Andererseits werden mit Unrecht jene Kranken als Trinker bezeichnet, welche nach mehr oder weniger regelmässigen Zwischenpausen grösster Enthaltsamkeit plötzlich impulsiv bis zur völligen Erschöpfung unglaubliche Mengen alkoholischer Getränke zu sich nehmen (*Quartalssäufer*). Bei ihnen handelt es sich um eine durchaus pathologische Erscheinung, die in das Gebiet des periodischen Irreseins hineingehört.

Die psychischen Störungen, welche der Alkoholmissbrauch erzeugt, sind ausser dem Rausch und dem chronischen Alkoholismus vor Allem das *Delirium tremens*, ferner der acute hallucinatorische Wahnsinn, sowie der Verfolgungswahn der Trinker. Weiterhin bildet der Alkoholismus eine sehr wichtige Ursache der Epilepsie und der sie begleitenden Seelenstörungen, und endlich scheint demselben auch bei der Entstehung der *Dementia paralytica* eine nicht unwesentliche ätiologische Rolle zuzukommen. Zu beachten ist indessen, dass häufig die Neigung zu Alkoholexcessen nicht sowol die Ursache, sondern vielmehr ein Symptom des ausgebrochenen Irreseins darstellt.

Eine dem Alkoholismus in vieler Beziehung durchaus analoge psychische Degenerationsform hat uns das letzte Decennium in der Morphiumsucht*) kennen gelehrt, wie sie sich beim lange fortgesetzten Gebrauche von Morphi-

*) Levinstein, Die Morphiumsucht. 2. Auflage. 1880.

injectionen (in erschreckendem Procentsatze bei Aerzten!) entwickelt. Die Wirkung des Morphiums auf das Gehirn ist wahrscheinlich eine directe Zustandsveränderung der Ganglienzellen, die nach einer Reihe von Stunden sich wieder ausgleicht und sich psychisch durch gesteigerte centrale Erregbarkeit, Unfähigkeit zu gleichmässiger Anspannung der Aufmerksamkeit, Unruhe, Schlaflosigkeit und selbst Sinnestäuschungen und Delirien, später und bei grösseren Gaben durch Benommenheit bis zu völliger Bewusstlosigkeit kund giebt. Die anregende und zugleich schmerzstillende, euphorische Gefühle erzeugende Wirkung des Morphiums ist es, welche seinen gewohnheitsmässigen Gebrauch allmählich zum unbezwinglichen Bedürfnisse werden lässt, namentlich, da derselben ein Stadium der Depression und Ermüdung zu folgen pflegt, welches immer von Neuem zur Anwendung des Mittels drängt. Wie es scheint, ist der chronische Morphinismus dauernde Störungen in der Hirnrinde zu erzeugen im Stande, die denjenigen des Alkoholismus ähnlich sind. Allerdings kann hier vielfach bei besonnener Dosirung des Mittels die psychische Leistungsfähigkeit sich sehr lange auf nahezu oder völlig normaler Höhe erhalten, indessen bleibt es selten bei mässigen Gaben, da mit der Zeit eine wachsende Gewöhnung an das Morphium eintritt, die gebieterisch eine allmähliche Erhöhung der Dosis fordert. Es kommt daher gewöhnlich bald zu den Erscheinungen erhöhter psychischer Irritabilität, denen sich weiterhin die Unfähigkeit zu productiver Thätigkeit zugesellt, Symptome, welche durch das gewohnte Gift meist prompt coupirt werden. Niemals vermag sich der Kranke aus eigener Kraft von der Slaverei des Morphiums zu befreien. Wird ihm dasselbe durch fremde Autorität entzogen, so können sich verwirrte Aufregungszustände mit lebhaften Sinnestäuschungen (Delirium tremens), ängstliche Verstimmung mit Selbstmordneigung und schwere Collapserscheinungen entwickeln.

Zur Milderung der Abstinenzsymptome bei der Morphiumentziehung ist in neuester Zeit das Cocain vielfach in Anwendung gezogen worden. Nur zu bald hat sich indessen herausgestellt, dass auch dieses Mittel ähnliche

Gefahren mit sich führt, wie das Morphium. Namentlich in Verbindung mit letzterem scheint es nicht selten acute hallucinatorische Aufregungszustände zu verursachen, aber auch für sich allein erzeugt es bei längerem Gebrauche eine fortschreitende Abschwächung aller psychischen Functionen mit Anfällen von Beklemmung und deliriöser Verwirrtheit.

In grösster Ausdehnung werden ferner noch das Opium, das Haschisch, der Fliegenschwamm in verschiedenen Ländern zur Erzeugung narkotischer Rauschzustände habituell angewandt; alle diese Genussmittel führen bei dauern- dem Missbrauche ähnliche Degenerationszustände herbei, wie die bisher genannten. Vereinzelte derartige Beobachtungen liegen auch für die gewohnheitsmässige Einathmung des Aethers und Chloroforms vor. Zu lange fortgesetzte Anwendung der Bromsalze führt eine Abschwächung der psychischen Functionen bis zur völligen Dementia, mit gleichzeitigen nervösen Lähmungserscheinungen herbei. Vorübergehende deliriöse Verwirrtheit mit heiterer oder melancholischer Erregung und zuweilen auch Sinnestäuschungen hat man bei sehr verschiedenartigen Vergiftungen gelegentlich auftreten sehen (Hyoscyamus, Datura, Atropa, Conium, Chinin, Chloralhydrat, Jodoform, Salicylsäure, Wurstgift u. s. w.). Endlich ist noch zu erwähnen, dass man auch übermässigen Tabaksgenuss, wie er zweifellos nervöse Störungen hervorzurufen im Stande ist (Amblyopie), in ätiologische Beziehungen zum Irresein gesetzt hat. Namentlich soll derselbe unter den Entstehungsursachen der Dementia paralytica eine gewisse Rolle spielen.

Von metallischen Giften stehen besonders das Blei und das Quecksilber in näherer Beziehung zu psychischen Störungen; beide scheinen direct auf die Nervensubstanz der Hirnrinde einzuwirken. Die Erscheinungen der „Encephalopathia saturnina“ bestehen hauptsächlich in vorübergehenden, verwirrten, maniakalischen oder melancholischen Aufregungszuständen mit Sinnestäuschungen, die nicht selten mit stuporösen oder komatösen, bisweilen sehr schweren Zufällen abwechseln und von epileptiformen Insulten begleitet

sind. Die mercuriellen Psychosen bieten hauptsächlich die Symptome sehr erhöhter Reizbarkeit dar, Schreckhaftigkeit, Verlegenheit, Verwirrtheit, ängstliche Träume und Schlaflosigkeit, Sinnestäuschungen. Auf dieser Grundlage können dann weiterhin Aufregungszustände verschiedener Art, oder aber eine allmähliche Abnahme aller psychischen Leistungen zur Entwicklung gelangen, Schwäche des Gedächtnisses und Urtheils, Gemüthsstumpfheit und Apathie.

Organerkrankungen. Eines der schwierigsten und umstrittensten Kapitel in der Aetiologie der Psychosen ist die Lehre von dem Einflusse einzelner Organerkrankungen. Hier ist der Zusammenhang naturgemäss stets ein sehr complicirter, selbst durch die statistische Methode nicht immer exact nachweisbarer, so dass die Deutung der einzelnen Erfahrung bis zu einem gewissen Grade zumeist dem subjectiven Ermessen des Beobachters überlassen bleibt. Von den Lungenaffectionen haben wir die Tuberculose und die fieberhaften acuten Erkrankungen schon oben erwähnt; es lässt sich über sie weiter nicht viel sagen, als dass die Verkleinerung der respiratorischen Oberfläche mit ihren Folgen für den Gasaustausch, dann aber die Beklemmungsgefühle bei emphysematischen und namentlich asthmatischen Beschwerden wol auch auf den Ablauf der psychischen Functionen einigen Einfluss gewinnen können.

Herzleiden*) scheinen bei Geisteskranken etwas häufiger vorzukommen, als sonst; sie dürften einmal (bei Hypertrophie des linken Ventrikels) durch gelegentliche active Hyperämien, dann aber (bei uncompensirten Klappenfehlern, bei Perikarditis und degenerativen Processen im Herzmuskel) durch venöse Stauungen und allgemeine Abschwächung der Blutcirculation von Bedeutung werden. Im ersteren Falle scheinen vorzugsweise Aufregungszustände, im letzteren häufiger depressive Formen zur Ausbildung zu kommen. Als Andeutungen derartiger Einwirkungen darf wol schon die in der Breite des Normalen gelegene bekannte

*) Witkowski, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXII, p. 347. Karrer in Hagen, Statistische Untersuchungen über Geisteskrankheiten. 1876.

gemüthliche Reizbarkeit Herzkranker gelten. Dass ausserdem die Beklemmungsgefühle und Palpitationen nicht ohne Einfluss sind, ist sehr wahrscheinlich.

Vielleicht dürfen wir an dieser Stelle auch der eigenthümlichen psychischen Störungen gedenken, die man nach der operativen Entfernung der Schilddrüse beobachtet hat (*Kachexia strumipriva*), weil auch hier höchst wahrscheinlich Veränderungen der Circulationsverhältnisse in der Schädelkapsel eine Rolle spielen. Möglicherweise haben wir es in jenem Organe mit einem Entlastungsreservoir für das Gehirn zu thun, welches bei raschen Drucksteigerungen Blut und Cerebrospinalflüssigkeit aufzunehmen im Stande ist. Das klinische Bild der *Kachexia strumipriva* ist das eines allmählich sich entwickelnden, mehr oder weniger hochgradigen Schwachsinn, der bisweilen von nervösen Erscheinungen (Krampfanfälle, Tetanie) begleitet ist.

Eine sehr weitgehende ätiologische Bedeutung hat man von jeher den Erkrankungen des Verdauungstractus zugeschrieben; namentlich in der älteren Psychiatrie spielten die Hämorrhoiden, die Stauungen im Pfortadersystem, die „Verstimmungen“ der Unterleibsgeflechte eine sehr grosse Rolle. In der That ist der Einfluss schon leichter Verdauungsstörungen auf das allgemeine psychische Wohlbefinden, namentlich bei nervös disponirten Personen, ein ganz unverkennbarer. Es scheint sich bei diesem Zusammenhange einerseits um die directe psychische Wirkung unangenehmer permanenter Organgefühle, dann aber vielleicht auch um Anomalien der Blutvertheilung im Organismus durch Stauungen in den grossen abdominellen Venenplexus zu handeln. Für letztere Erklärung spricht die bekannte Erfahrung von Nicolai, dessen Hallucinationen durch eine Blutentziehung am After verschwanden. Bei chronischen Magen- und Darmaffectionen kommt als wichtiges ursächliches Moment noch die empfindliche Beeinträchtigung der allgemeinen Ernährung hinzu, auf die natürlich das Centralorgan des Bewusstseins ebenfalls durch Störungen in den psychischen Functionen reagirt. Verdauungsanomalien sind bei allen frischen Geisteskrankheiten fast ausnahmslos vorhanden, aber sie sind hier sicherlich vielfach als Folge der psychisch bedingten

Unregelmässigkeiten in der Nahrungsaufnahme und nicht als Ursache derselben anzusehen, wenn sie auch im weiteren Verlaufe natürlich für die Entwicklung des Zustandes von sehr grosser Bedeutung werden können. Parasiten im Darm können durch die Beeinträchtigung der Ernährung, mehr wol noch auf dem Wege reflectorischer Reizung bei Kindern deliriose Erregungszustände, auch Pruritus in den Genitalien und allerlei Stimmungsanomalien herbeiführen.

Unter den Nierenerkrankungen*) dürften hauptsächlich diejenigen in Anschlag zu bringen sein, die eine dauernde Verkleinerung der secretorischen Fläche erzeugen und somit zur Entstehung von acuten oder chronischen urämischen Vergiftungen Veranlassung geben. Der psychischen Erscheinungen ist bereits kurz gedacht worden.

Weitaus die grösste Beachtung haben von Seiten der Irrenärzte im Hinblick auf die Pathogenese des Irreseins die mannigfaltigen physiologischen und pathologischen Alterationen der Genitalorgane gefunden. Die nahen Beziehungen, in welchen das Geschlechtsleben zu dem psychischen Allgemeinzustande des Menschen steht, wird ja auf das Beste durch die eigenthümlichen Wandlungen der Pubertäts- und der Involutionsperiode, durch die Charakterveränderung der Castraten und endlich durch die Schwankungen des gemüthlichen Gleichgewichtes bezeugt, welche schon normaler Weise den Ablauf der sexuellen Functionen begleiten. Es ist daher wol begreiflich, dass pathologische Zustände in der Genitalsphäre einen entscheidenden Einfluss auf das psychische Leben auszuüben vermögen, wenn auch der Zusammenhang des Geschehens im Einzelnen bisher nur mit Hülfe mehr oder weniger wahrscheinlicher Vermuthungen construirt werden kann.

Als eine erste Kategorie von Schädlichkeiten, die hier in Betracht kommen, hat man sexuelle Excesse und Onanie**) bezeichnet. Von vornherein ist sehr zu beachten, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle diese Momente nicht sowol die Ursache des Irreseins, als

*) Hagen, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXVIII.

**) v. Krafft-Ebing, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXI.

vielmehr Symptom einer erhöhten nervösen Reizbarkeit, einer neuropathischen Anlage darstellen. Sie werden in der Regel nur dort sehr erhebliche Dimensionen annehmen und nur dort einen wirklich verderblichen Einfluss auszuüben vermögen, wo sie auf bereits prädisponirtem Boden erwachsen sind. Die Wirkungsweise jener Schädlichkeiten kann man sich verschieden denken. Es ist möglich, dass einmal (wofür nur bei Männern und im jugendlichen Alter) der directe Säfteverlust eine gewisse Bedeutung für die Gesammternährung gewinnen kann; es ist ferner möglich, dass die häufige intensive Erregung des nervösen Organismus die allgemeine Reizbarkeit desselben steigert und seine Widerstandsfähigkeit herabsetzt. Endlich ist noch, sicherlich mit Recht, auf die psychische Bedeutung aller triebartig gewordenen, eingewurzelten Leidenschaften hinzuweisen, auf den depravirenden Einfluss, welchen das stete Unterliegen im fruchtlosen Kampfe mit übermächtig angewachsenen Antrieben auf die Charakterfestigkeit des Individuums ausübt. Gerade in dieser letzteren Beziehung dürfte die Masturbation weit verderblicher wirken, als der normale sexuelle Verkehr, da sie ja ihr Ziel viel häufiger und leichter zu erreichen vermag, als der letztere. Dazu kommt, dass nicht selten die psychische Erregung noch durch die Lectüre einer gewissen Klasse von Schriften gesteigert wird, welche die Folgen der Onanie in den grellsten Farben schildern. Beachtenswerth sind indessen wegen ihrer offenbar psychisch-nervösen Entstehungsweise jene vereinzelter Beobachtungen, in denen (namentlich bei jungen Frauen) der erste Coitus acute Aufregungszustände herbeiführt. Allerdings waren in einem derartigen Falle meiner Beobachtung die Anzeichen einer beginnenden Psychose schon vor der Hochzeit vorhanden, ja man hoffte thörichter Weise, die Erkrankung durch die Heirath coupiren zu können.

Aus dem Umstande, dass fast immer die Hauptursache der aus der Masturbation hervorgehenden Psychosen in der psychopathischen Constitution des Erkrankten liegt, erklärt sich die Mannigfaltigkeit der hier zur Beobachtung gelangenden Krankheitsbilder, in deren Zügen eben zumeist einfach die psychische Degeneration sich ausprägt. Am häufigsten

stellt sich bei Onanisten eine progressive Abnahme der psychischen Leistungsfähigkeit ein, Unvermögen zur Auffassung und intellectuellen Verarbeitung äusserer Eindrücke, Gedächtnisschwäche, Interesselosigkeit, Gemüthsstumpfheit; in anderen Fällen treten mehr die Erscheinungen erhöhter Reizbarkeit in den Vordergrund, barocke Ideenverbindungen, Neigung zu Mysticismus und exaltirter Schwärmerei oder hypochondrische und melancholische Depression. Dazu gesellen sich dann mannigfaltige nervöse Störungen, besonders abnorme Sensationen, aus denen sich nicht selten absurde Wahnideen von dämonischer oder geheimnissvoller physikalischer (magnetischer, electrischer, sympathischer) Beeinflussung herausentwickeln.

Auch die sexuelle Enthaltsamkeit ist bisweilen unter den Ursachen des Irreseins aufgeführt worden. Wo sie eine freiwillige ist, darf man wol richtiger auf eine ihr zu Grunde liegende psychopathische Constitution zurückschliessen, wie sie ja so oft von unvollständiger Ausbildung der Genitalorgane und des Geschlechtstriebes als Theilerscheinung begleitet ist. Erzwungene Enthaltsamkeit nach vorheriger Gewöhnung an sexuelle Befriedigung ist bei Wittwen gewiss nicht ohne Bedeutung für das psychische Leben; sie disponirt überdies unter allen Umständen zur Onanie. Alle statistischen Belege über die Erkrankungshäufigkeit der Ehelosen u. s. f. sind für die Entscheidung dieser Frage aus nahe liegenden Gründen von nur sehr zweifelhaftem Werth.

Beim weiblichen Geschlechte pflegt schon der physiologische periodische Vorgang der Ovulation regelmässig von einer leichten Steigerung der nervösen und psychischen Reizbarkeit begleitet zu sein, die bei einzelnen Individuen sogar fast pathologische Grade (äusserste Verstimmung, lebhaft Erregung) erreichen kann. Störungen der Menstruation*) scheinen nicht selten in einem gewissen Zusammenhange mit psychischen Zustandsveränderungen zu

*) L. Mayer, Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie, herausgegeben von der Gesellschaft f. Geburtshülfe in Berlin. I. 1872; v. Krafft-Ebing, Archiv f. Psychiatrie, VIII, 1.

stehen; so hat man nach plötzlicher Cessation derselben in einzelnen Fällen tobsüchtige Aufregungen mit den Erscheinungen der Hirncongestion, andererseits bei Menorrhagien solche mit den Zeichen der acuten Anämie auftreten sehen. Namentlich im Verlaufe psychischer Störungen ist häufig eine Veränderung des Symptomencomplexes mit dem Wiedereintritte der cessirenden oder dem Aufhören der so lange regelmässigen Menses nicht zu verkennen. Allein es muss für die unbefangene Würdigung derartiger Vorkommnisse stets der Umstand im Auge behalten werden, dass erfahrungsgemäss den psychischen Vorgängen ein entschiedener Einfluss auf die menstruelle Blutung zukommt und somit die Eruirung des wirklichen Zusammenhanges hier durchaus nicht immer zweifellos ist. Vasomotorische Vorgänge dürfen vielleicht als die Grundlage dieser wechselseitigen Beziehungen angesehen werden; dass profuse Blutungen auch durch acute oder chronische Anämisirung des Gesamtorganismus wirken können, wurde bereits angedeutet.

Sehr häufig sind bekanntlich die Menstruationsanomalien nur Begleiterscheinungen von Erkrankungen der Genitalorgane*), unter denen namentlich chronische Entzündungen, Lageveränderungen, Geschwülste des Uterus von Wichtigkeit sind. Allen derartigen Affectionen, wie auch denjenigen der Ovarien und Tuben, dem Pruritus vulvae, Vaginismus hat man vielfach eine grosse Bedeutung in der Aetiologie des Irreseins zugeschrieben, die man sich durch die Annahme einer Irradiation der bestehenden Reizungszustände auf das Centralorgan des Bewusstseins zu erklären suchte. Diese Ansicht stützt sich zunächst auf vereinzelte Beobachtungen, in denen durch das Einlegen eines passenden Pessariums, durch die Behandlung eines Cervicalkatarrhs und dergleichen eine bestehende Psychose zur Heilung gebracht wurde. Im Allgemeinen dürfte in allen solchen Fällen stets die Hauptursache der psychischen Krankheit in der psychopathischen Anlage des Individuums gelegen sein, von der wir ja wissen, dass sie unter dem Einflusse

*) L. Mayer, Die Beziehungen der krankhaften Zustände in den Sexualorganen des Weibes zu Geistesstörungen. 1870.

der verschiedensten Anlässe, ja „von selbst“, d. h. durch die Wirkung der normalen Reize des täglichen Lebens, zum Irresein führen kann. Das darum die therapeutische Beachtung solcher Reizmomente trotzdem von grosser praktischer Wichtigkeit werden kann, bedarf keiner weiteren Erörterung. Als der psychopathische Ausdruck der genannten ursächlichen Erkrankungen wird mit mehr oder weniger Recht hauptsächlich das formenreiche Krankheitsbild der Hysterie betrachtet. Den Genitalaffectionen bei Männern scheint eine irgend erhebliche ätiologische Bedeutung für das Irresein nicht zuzukommen.

Gravidität, Puerperium und Lactation. Dagegen documentirt sich die hervorragende Rolle, welche das Geschlechtsleben auch für die psychische Persönlichkeit des Weibes spielt, weiterhin in jener ätiologischen Kategorie von Geistesstörungen, deren Entwicklung sich im Zusammenhange mit den verschiedenen Phasen des Fortpflanzungsgeschäftes, der Schwangerschaft, dem Wochenbett und der Lactation vollzieht. *) Die Angaben über die Häufigkeit dieser Ursachen beim Zustandekommen psychischer Erkrankungen gehen ziemlich weit auseinander; im Mittel sind etwa 14⁰/₀ aller in Irrenanstalten beobachteten Geistesstörungen bei Frauen auf dieselben zurückzuführen. Davon kommen 3⁰/₀ auf die Schwangerschaftspsychosen. Der Causalzusammenhang scheint während dieser Zeit hauptsächlich durch die Veränderungen in Mischung (Abnahme der Blutkörperchen und der Salze, Vermehrung des Fibrins) und Circulation der Ernährungsflüssigkeit (Ausbildung des Placentarkreislaufs) vermittelt zu werden, doch dürfte auch, namentlich bei erstmalig und bei unehelich Schwangeren, den psychischen Momenten (Schweben zwischen Hoffnung und Furcht vor den Gefahren der Geburt, Sorgen u. s. f.), ein gewisser Einfluss zuzuschreiben sein. Die Form der Erkrankung ist meist eine melancholische Verstimmung von verschiedener Intensität; ich sah bei einer Frau in mehreren

*) Fürstner, Archiv f. Psychiatrie, V, 505; Rippling, Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. 1877.

Schwangerschaften wiederholt rasch verlaufende, ganz verwirrte Aufregungszustände auftreten. Am günstigsten gestalten sich die in den ersten Monaten zur Entwicklung gelangenden Störungen; die später beobachteten pflegen länger zu dauern. Durch die Geburt wird gewöhnlich die Psychose nicht erheblich beeinflusst; keinesfalls kann daher aus dieser letzteren etwa die Indication zur künstlichen Frühgeburt hergeleitet werden.

Weit häufiger (6,8⁰/₁₀₀ aller in die Irrenanstalten aufgenommenen Frauen) wird das Wochenbett Ursache des Irreseins. Für die Pathogenese ist hier wol hauptsächlich einerseits auf die Schmerzen, den Blutverlust, die plötzlichen Circulationsstörungen, sowie auf die psychischen Einwirkungen des Geburtsactes selbst und etwaiger anomaler Vorgänge bei demselben Gewicht zu legen. Dann aber kommen die mächtigen Umwälzungen der ersten Tage des Wochenbettes (Ausscheidungen, Gewichtsabnahme, Milchfieber) und endlich die nicht seltenen fieberhaften Organerkrankungen dieser Periode in Betracht. So entwickeln sich dann während der Geburt unter dem Einflusse der erstgenannten Momente plötzliche, intensive deliriöse Aufregungszustände mit starker Bewusstseinstörung und Neigung zu impulsiven Gewaltacten, die gerade deswegen eine grosse forensische Bedeutung erlangen können und meist von sehr kurzer Dauer sind (einige Stunden); eine Puerpera meiner Beobachtung stürzte sich in einem derartigen Zustande aus dem Fenster durch das darunter befindliche Glasdach eines Treibhauses.

Die eigentlichen Puerperalpsychosen dagegen beginnen gewöhnlich erst am 5. bis 10. Tage des Wochenbettes (auch bisweilen nach einem Abortus mit starkem Blutverlust). Am häufigsten, namentlich bei jüngeren Individuen, sind Aufregungszustände mit massenhaften Sinnestäuschungen, denen ein kurzes Stadium erhöhter Reizbarkeit in depressivem oder exaltativem Sinne, Schlaflosigkeit, Unruhe vorherzugehen pflegt. Wo febrile Erkrankungen zu Grunde liegen — Mastitis, Endokarditis ulcerosa (Westphal), Parametritis, Perimetritis (von mir mit Temperaturen bis 42,7 beobachtet) und ähnliches — hat die psychische

Störung natürlich wesentlich den Charakter der Fieberdelirien. Oft folgt nun ein kürzeres oder längeres Stadium acuter Demenz mit intercurrenten verwirrten Aufregungen und Neigung zu explosivem Handeln, aus dem die Kranke allmählich wieder erwacht. In $\frac{2}{3}$ der Fälle stellt sich nach einer Anzahl von Monaten Genesung ein. Prognostisch ungünstiger und von durchschnittlich längerer Dauer sind die etwas seltener zur Beobachtung kommenden Melancholien, die sich durch die Neigung zu stuporösen Zuständen einerseits, zu impulsiven Acten (Mord, Selbstmord, triebartiges Masturbiren) andererseits auszeichnen. Endlich bildet die durch das Wochenbett hervorgerufene Ernährungsstörung nicht selten die prädisponirende Basis, auf welcher sich in weniger unmittelbarem Anschlusse alle möglichen anderen Formen psychischer Erkrankung entwickeln können. Zweimal sah ich das Puerperium den Anlass zum Ausbruche einer progressiven Paralyse geben; ebenso scheint der Beginn des Wahnsinns und der Verrücktheit bisweilen mit vorangegangenen Wochenbetten in einem gewissen ätiologischen Zusammenhange zu stehen, wenn auch dieselben hier sicherlich nicht als die einzigen Ursachen der Psychose aufgefasst werden dürfen.

In der Mitte zwischen den Psychosen der Gravidität und des Puerperiums stehen nach ihrer Häufigkeit (4,9⁰/₀ aller weiblichen Aufnahmen in Irrenanstalten) die psychischen Erkrankungen der Lactationsperiode. Körperliche Erschöpfung durch Wochenbett und das Säugegeschäft, ferner locale Erkrankungen der Genitalien sind hier als die wesentlichen ursächlichen Momente zu betrachten. Depressive Formen mit Gehörshallucinationen ($\frac{1}{3}$ bis $\frac{1}{2}$ der Fälle Genesung) überwiegen über die prognostisch günstigeren maniakalischen (fast $\frac{2}{3}$ der Fälle geheilt). Die Zeit des Ausbruchs der Störung ist meist der 3. bis 5. Monat nach der Entbindung.

2. Psychische Ursachen.

Schon wiederholt haben wir in unserer bisherigen Darstellung Gelegenheit gehabt, neben der directen, somatischen Einwirkung der besprochenen ätiologischen Momente auch

ihres psychischen Einflusses zu gedenken. Man hat von diesem Gesichtspunkte aus auch wol die gemischten Ursachen als eine Zwischenkategorie zwischen den körperlichen und den psychischen hingestellt. Abgesehen von der aus unserer Grundanschauung sich mit Nothwendigkeit ergebenden allgemeinen Forderung, dass alle Störungen der psychischen Functionen an solche der Hirnthätigkeit geknüpft sein müssen, ist der eigentliche Mechanismus der psychischen Einwirkungen begreiflicherweise noch völlig unbekannt; nur einzelne Glieder des hypothetischen Causalnexus können wir mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit namhaft machen. So geht namentlich der Einfluss der Affecte regelmässig mit Veränderungen der Circulation und Athmung einher, welche ja die sphygmographische Untersuchung schon bei den leichtesten Gemüthsbewegungen und intellectuellen Operationen ohne Schwierigkeit nachweisen lässt; auch Verdauungsstörungen scheinen durch psychische Ursachen sehr häufig hervorgerufen zu werden, wie die alltägliche Erfahrung des Appetitmangels nach heftigem Aerger oder grossem Schmerze darthut. Das wichtigste Bindeglied in der Pathogenese des Irreseins aus psychischen Ursachen ist aber wol ohne Zweifel die hier niemals fehlende Beeinträchtigung des Schlafes. Wo die lebhaftere Erregung des Gehirns die Möglichkeit des Ruhens und des gehörigen Ersatzes verbrauchten Ernährungsmaterials ausschliesst, da müssen sich mit Nothwendigkeit fortschreitende krankhafte Veränderungen herausbilden, die durch den Erschöpfungszustand der reizbaren Schwäche hindurch immer tiefere Störungen der psychophysischen Leistungen heraufführen. Dazu kommt, dass sich zu der Wirkung psychischer Schädlichkeiten fast immer noch diejenige mannigfacher somatischer Momente, Elend, Entbehrungen, schlechte Ernährung, unregelmässige Lebensweise, Excesse aller Art, hinzugesellen pflegt, so dass es im Einzelfalle gänzlich unmöglich ist, den Antheil der verschiedenen Ursachen an dem Zustandekommen des psychopathischen Gesamtergebnisses auch nur annähernd festzustellen. Griesinger ist der Ansicht, dass im Allgemeinen die psychischen Ursachen in der Aetiologie des Irreseins ziemlich bedeutend über die

Rolle der körperlichen überwiegen. Eine genauere Fixirung dieses Verhältnisses dürfte übrigens aus den früher angeführten Gründen nur einen sehr untergeordneten wissenschaftlichen Werth haben.

Nirgends vielleicht spielt der individuelle Factor, die Reactionsweise des Betroffenen, eine grössere Rolle, als bei der Entstehung des Irreseins aus psychischen Ursachen. Allerdings wissen wir ja, dass auch die körperliche Widerstandsfähigkeit verschiedener Menschen innerhalb recht weiter Grenzen schwankt, aber die Erfahrung lehrt, dass auf psychischem Gebiete die Differenzen noch um ein Beträchtliches grösser ausfallen. Sind es doch gerade diese Verschiedenheiten in der Reaction auf die wechselnden Eindrücke des Lebens, in welchen sich uns die fast unabsehbare Mannigfaltigkeit der psychischen Individualitäten, der „Naturen“, „Charaktere“ und „Temperamente“ documentirt! So kommt es, dass psychische Ursachen allein im Allgemeinen bei normal entwickelten, rüstigen Persönlichkeiten wol nur äusserst selten wirkliche Geistesstörungen zu erzeugen im Stande sind, während sie auf dem Boden der Prädisposition zweifellos zu den wichtigsten Causalmomenten des Irreseins gerechnet werden müssen.

Psychische Contagion. Zunächst haben wir hier des Vorganges der uneigentlich so genannten „psychischen Contagion“ zu gedenken, der Ausbreitung psychischer Störungen durch „Ansteckung“. Dass gewisse einfache, unwillkürliche Bewegungen, das Gähnen, Lachen, Räuspern, Husten, Erbrechen durch Nachahmung, d. h. durch die Erzeugung der Vorstellung dieser Bewegungen, hervorgerufen werden, ja dass sogar Ohnmachten (Soldaten beim Impfen), epileptische, hysterische, choreatische Convulsionen (Mädchenschulen) auf gleiche Weise entstehen können, ist ja eine sehr bekannte Thatsache. Die Medicinalgeschichte berichtet uns ferner von dem endemischen Auftreten religiöser Exaltationszustände in grösserem Massstabe, offenbar ebenfalls unter dem Einflusse der Nachahmung*), und anscheinend ganz ähnliche

*) Hecker, Die grossen Volkskrankheiten des Mittelalters, herausgegeben von Hirsch, 1865.

Vorgänge werden unter verschiedenen Bezeichnungen noch heute bei gewissen leicht erregbaren Völkerstämmen und religiösen Secten beobachtet. Endlich zeigen uns die Erfahrungen an Hypnotischen, in welcher Weise man experimentell eine willenlose Abhängigkeit des Vorstellungsverlaufes und der Reactionen des Individuums von gewissen äusseren Eindrücken herstellen kann. So kommen denn auch Fälle zur Beobachtung, in denen mehrere mit einander in Berührung lebende Personen gleichzeitig oder kurz nacheinander unter ihrem gegenseitigen Einflusse in der gleichen Weise psychisch erkrankten (inducirtes Irresein*), folie à deux); ich selbst hatte Gelegenheit, im Zeitraum von acht Tagen drei mit religiöser Exaltation und Sinnestäuschungen erkrankte Geschwister in die Anstalt aufzunehmen. Gar nicht selten macht man ferner die Beobachtung, dass Querulanten und Verrückte die eine oder die andere Person ihrer Umgebung gänzlich in ihre Wahnideen hineinziehen und dieselben von der Realität ihrer Ansprüche vollständig überzeugen. Stets handelt es sich in allen solchen Fällen um prädisponirte Individuen mit sehr geringer psychischer Widerstandsfähigkeit.

Affecte. Am mächtigsten wirken natürlich solche Eindrücke auf die psychische Persönlichkeit ein, welche mit starken Schwankungen der gemüthlichen Gleichgewichtslage verbunden sind und Affectzustände erzeugen. Drückt sich doch gerade in der Stärke der Gefühle, die einen Eindruck begleiten, der Grad des inneren Antheils aus, welchen das Subject an demselben nimmt! Die äussere Ursache des Affectes ist dabei an sich irrelevant; „jedes Geschlecht, jeder Stand, jedes Individuum“, sagt Griesinger, „holt sich seine geistigen Wunden auf dem Kampfplatze, den ihm die Natur und die äusseren Umstände angewiesen haben, und Jeder hat wieder einen andern Punkt, auf dem er am verletzlichsten ist, eine andere Sphäre, von der am leichtesten heftige Erschütterungen ausgehen, der Eine sein Geld, der Andere seine äussere Werthschätzung, der Dritte seine Gefühle,

*) Lehmann, Archiv für Psychiatrie, XIV, 1.

seinen Glauben, sein Wissen, seine Familie u. dgl. m.“ Fast ausschliesslich sind es die depressiven Affecte, die wir hier in Betracht zu ziehen haben; wir wissen ja auch, dass gerade sie die mächtigsten und dauerndsten Stürme im Menschen zu erzeugen vermögen, während selbst die höchsten Grade der Freude rasch in das ruhige Gefühl des gesicherten Glückes überzugehen pflegen. Angst vor einem bevorstehenden Unglück, Schreck über ein unerwartetes Ereigniss, Zorn über ein widerfahrenes Unrecht, Verzweiflung über einen erlittenen Verlust, das sind die gewaltigsten momentanen Erschütterungen, welchen unser psychisches Gleichgewicht ausgesetzt ist, und die daher verhältnissmässig häufig als Ursachen tieferer und länger dauernder Störungen aufgeführt werden. Gerade hier dürften die regelmässig vorhandenen vasomotorischen Erregungs- und Lähmungszustände für die Pathogenese von entschiedenem Belange sein.

Die symptomatische Form der Psychose schliesst sich zumeist dem Charakter des Affectes an und bewegt sich in den Vorstellungskreisen, die denselben hervorriefen, so dass wir in Folge von Angst und Verzweiflung vorzugsweise depressive, nach zornigen Affecten gewöhnlich furibunde Aufregungszustände und unter dem Einflusse des Schrecks zumeist stuporöse Formen der psychischen Störung entstehen sehen. Allein dieses Verhalten zeigt durchaus keine zwingende Regelmässigkeit; auch heitere Exaltation mit völliger Amnesie für den veranlassenden Vorfall kann z. B. auf einen schreckhaften Eindruck hin zur Entwicklung gelangen. Der Anschluss der Psychose an die Gemüthsbewegung ist bisweilen ein ganz unmittelbarer, plötzlicher; weit häufiger aber stellt sie sich erst nach einigen Tagen oder selbst Wochen heraus. Ich hatte Gelegenheit, den sehr eclatanten Uebergang des normalen Schmerzes einer Mutter über den Tod ihres Kindes in den pathologischen Affect zu beobachten. Nachdem zunächst die Trauerbotschaft selbst sie ausschliesslich beschäftigt hatte, machten sich am dritten Tage unmotivirte Selbstanklagen, die Furcht, hingerichtet zu werden, sowie ängstigende Sinnestäuschungen bemerkbar, während der Gedanke an das verstorbene Kind von da ab und für

den ganzen weiteren Verlauf der mit vielfachem Stimmungswechsel verbundenen Psychose gänzlich in den Hintergrund trat.

Auch die chronischen depressiven Affecte sind ohne Zweifel, und zwar vielleicht in höherem Grade, als die acuten, im Stande, eine pathologische Störung des psychischen Lebens herbeizuführen. Den Einfluss schnell eintretender, aber kurz dauernder Schädlichkeiten vermag auch der psychische Organismus oft leichter zu überwinden, als jene langsamen, continuirlichen Einwirkungen, welche eine beständige Trübung des Stimmungshintergrundes herbeiführen, mit immer stärkerem Drucke allmählich jede freiere, freudige Regung zurückdrängen und das Gefühl des Unglückes bis zur Unerträglichkeit anwachsen lassen. Schlaflosigkeit, chronische Verdauungs- und Circulationsstörungen mögen hier als die somatischen Factoren angesehen werden, deren Wirkung derjenigen der psychischen Causalmomente parallel geht. Hierher gehört namentlich die Sorge in ihren mannigfaltigen quälenden Formen, der Kummer über erlittene Enttäuschungen, unglückliche Liebe, Trennung von geliebten Personen und Versetzung in angewohnte, peinigende Verhältnisse (Nostalgie, Heimweh), endlich die Reue über begangene Fehltritte. Auch hier besteht zumeist ein gewisser symptomatischer Zusammenhang zwischen Inhalt des Affectes und Form der Psychose, ohne dass jedoch die selbständige Entwicklung dieser letzteren irgendwie beeinträchtigt würde.

Gefangenschaft. Eine ganze Reihe dieser psychischen Ursachen findet sich vereinigt in der Gefangenschaft, speciell in der Isolirhaft, die erfahrungsgemäss einen grossen Procentsatz (1—3 %) von Geistesstörungen erzeugt. *) Ausser dem Einflusse der Freiheitsberaubung, der Angst vor der Zukunft, der Selbstvorwürfe, die natürlich den Einsamen am meisten heimsuchen, kommen dabei noch die oftmals ungünstigen hygienischen Verhältnisse, dann die Nachwirkungen des früheren Lebens, nicht selten auch prädisponirende

*) Gutsch, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XIX. p. 1.

Momente (Epilepsie, Alkoholismus) in Betracht. Der Ausbruch der Psychose erfolgt bisweilen schon in den ersten Tagen oder Wochen (Untersuchungshaft) oder doch im Laufe des ersten Jahres, selten später. Am häufigsten wird das Krankheitsbild des hallucinatorischen Wahnsinns beobachtet, oft mit dämonomanischen Vorstellungen, oder aber rasch sich entwickelnde Tobsucht. In anderen Fällen kommt es zur Ausbildung von ausgeprägter hallucinatorischer Verrücktheit mit Verfolgungs- und Grössenideen; endlich können sich auch periodisch heftige, zornige Erregungen („Zuchthausknall“) einstellen, meist auf schwach-sinniger Grundlage. Die dominirende Rolle, welche bei der in der Stille der Isolierzelle entstandenen Psychose die Gehörstäuschungen zu spielen pflegen, erinnert an jene mit Gesichtstäuschungen einhergehenden Delirien, wie sie uns aus den Dunkelzimmern der Augenkliniken berichtet werden.

Krieg. Ganz besonders reich an psychischen Ursachen des Irreseins ist der Krieg. Wenn Sommer den Nachweis geliefert hat, dass der Militärdienst im Frieden wesentlich nur psychopathisch prädisponirte Personen krank macht und keinesfalls mehr Opfer an Geistesstörungen fordert, als in der entsprechenden Civilbevölkerung beobachtet werden, so pflegen doch Kriegsjahre regelmässig mit einer mächtigen Steigerung der psychischen Morbidität einherzugehen. Der Grund dieses Verhaltens liegt zum Theil in der grösseren Häufung von Gelegenheitsursachen, namentlich von Kopfverletzungen und acuten Krankheiten, hauptsächlich aber in der mehr chronischen Erschöpfung durch körperliche Strapazen, Schlaflosigkeit und tiefgreifende, anhaltende gemüthliche Erregungen. Die klinischen Bilder sind demgemäss einmal neurasthenische Zustände bis zur acuten Demenz, andererseits ganz besonders die Paralyse, seltener Melancholien und hallucinatorischer Wahnsinn. Häufig genug entwickelt sich das Irresein (namentlich die Paralyse) auf der durch den Feldzug gelegten Grundlage erst einige Zeit nachher, um dann meist einen chronischeren und ungünstigeren Verlauf zu nehmen.

Ueberanstrengung. Alle diese Betrachtungen lassen unschwer erkennen, dass wir es bei den chronisch wirkenden

Ursachen des Irreseins sehr gewöhnlich mit einer Cumulation, mit einer allmählich sich ausbildenden Zustandsveränderung zu thun haben, die zunächst noch nicht selbst als Krankheit zu bezeichnen ist, aber den Boden mehr und mehr vorbereitet, auf dem dann schliesslich unter dem Einflusse der fortwirkenden Causalmomente die eigentliche Psychose zum Ausbruch gelangt. Es lässt sich daher hier die direct krankmachende von der prädisponirenden Wirkung auch theoretisch nicht mehr trennen. Geistige Thätigkeit und Gemüthsleben beruhen auf den normalen Functionen des Centralorgans unseres Bewusstseins; nur das Uebermass dieser Functionen ist es, welches dieselben zu schädigenden Einflüssen heranwachsen lässt. Wie auf dem Gebiete des peripheren Nervensystems, so führt auch im Gehirn jede übermässig gesteigerte functionelle Reizung zunächst zu einer Erhöhung der Reizbarkeit, zu jenem Zustande, den wir als reizbare Schwäche bezeichnen, und der dann endlich bei Fortdauer der einwirkenden Reizmomente in die Erschöpfung, in die Abschwächung aller functionellen Leistungen, übergeht. Die grössere oder geringere Schnelligkeit, mit welcher diese Zustandsveränderungen sich im einzelnen Falle ausbilden, hängt natürlich ganz von der individuellen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit ab.

Das sind ungefähr die Gesichtspunkte, von denen aus sich die prädisponirende Wirkung geistiger und gemüthlicher Ueberanstrengung auffassen lässt. Die nächste Folge solcher fortgesetzter Schädlichkeiten ist regelmässig der Symptomencomplex der Neurasthenie, Erhöhung der psychischen Reizbarkeit, Zerstreuung, Verstimmung und hypochondrische Befürchtungen, Schlaflosigkeit, verbunden mit mannigfaltigen „nervösen“ Symptomen, im weiteren Verlaufe dagegen Erschöpfung, Unfähigkeit zu geistiger Anstrengung, intensives Ruhebedürfniss und Apathie. Diese Störungen, deren leichteste Formen ein Jeder an sich gelegentlich beobachten kann, wenn irgend eine Situation erhöhte Anforderungen an seine psychischen Leistungen stellt (Examen), entwickeln sich zu dauernden Zustandsveränderungen dort, wo die Causalmomente immer von Neuem auf das Individuum einwirken, oder dort, wo der Organismus von vorn-

herein nicht die genügende Elasticität besitzt, um die schädigenden Einflüsse in der Ruhe rasch und erfolgreich ausgleichen zu können.

B. Innere Ursachen (Prädisposition).

Wir stehen somit hier bereits auf jenem zweiten grossen Gebiete der ätiologischen Forschung, welches sich mit denjenigen Ursachen des Irreseins beschäftigt, die in der Persönlichkeit des Erkrankten selbst gelegen sind. Der Versuch, ein vollständiges Verständniss für die Entstehung der einzelnen Erkrankung zu gewinnen, weist uns zurück auf die gesammte Entwicklungsgeschichte der vorliegenden psychischen Persönlichkeit und führt uns zu dem Studium aller jener inneren und äusserlichen Einwirkungen, welche an der eigenartigen Ausprägung derselben mitgearbeitet haben. Der Uebersichtlichkeit wegen pflegt man diese Einflüsse in zwei grosse Kategorien abzutrennen, in allgemeine und individuelle, je nachdem sie sich auf bestimmte sociale Gruppen von Individuen insgesamt erstrecken, oder je nachdem sie nur einzelne Mitglieder derselben betreffen und somit diesen letzteren eine Sonderstellung gegenüber ihrer Umgebung verleihen.

1. Allgemeine Prädisposition.

Zwei verschiedenartige Factoren sind es, die man zu- meist unter der Rubrik der allgemein prädisponirenden Ursachen zusammenfasst, nämlich einmal die Herabsetzung der psychischen und somatischen Widerstandsfähigkeit, wie sie durch die besondere Organisation oder die besonderen Lebensverhältnisse einer Gruppe von Individuen bedingt wird, dann aber auch die von den gleichen Umständen abhängige grössere oder geringere Häufigkeit der äusseren Ursachen psychischer Erkrankung.

Lebensalter. Von den anthropologischen Factoren, welche die Entwicklung der psychischen Individualität ent-

scheidend beeinflussen, sind die wichtigsten das Lebensalter und das Geschlecht. Das Gehirn des Neugeborenen ist in gewisser Beziehung *tabula rasa*; es ist wol die Organisation vorhanden, welche dasselbe zu seinen späteren complicirten Leistungen befähigt, und es bestehen gewiss auch Dispositionen, welche die Entwicklung dieser Leistungen in eine bestimmte Bahn zwingen, aber der Inhalt des Bewusstseins ist noch äusserst dürftig, die Verknüpfung der einzelnen psychischen Phänomene unvollkommen, und die Reproductionsfähigkeit in Folge dessen überaus beschränkt: es besteht noch keine constante, den Bewusstseinsinhalt und die Triebbewegungen beherrschende, von der Aussenwelt abgegrenzte psychische Persönlichkeit.

Allerdings wird dieser Mangel sehr rasch ausgeglichen durch die enorme Leichtigkeit, mit der sich im kindlichen Gehirne jene functionellen Verbindungen ausbilden, die wir als die Grundlage der psychischen Vorgänge anzusehen pflegen. Indessen dieses Verhalten schliesst zugleich eine Gefahr für das psychische Leben des Kindes in sich. Die Möglichkeit einer so raschen Bereicherung des Bewusstseinsinhaltes beruht nämlich auf einer grösseren Impressionabilität und hat somit auch eine geringere Widerstandsfähigkeit gegen äussere Eindrücke zur Folge. Die grössere Erregbarkeit des Interesses geht naturgemäss auch mit einer leichteren Ablenkbarkeit und Zerstreuung desselben einher. Die Leichtigkeit, mit der sich die Vorstellungen an einander knüpfen, bringt einen Hang zu phantastischer Auffassung und „märchenhafter Belebung“ der Aussenwelt mit sich. Dazu gesellt sich eine grosse Labilität der Stimmungen und Affecte und die Neigung zu raschem, unüberlegtem Handeln. Physiologisch drückt sich diese Eigenthümlichkeit des Kindesalters, wie wir durch Soltmann's schöne Untersuchungen wissen, in der geringeren Ausbildung der hemmenden Einflüsse im Nervensystem aus.

Man sollte daher erwarten, dass diese geringere Widerstandsfähigkeit des kindlichen Gehirns, wie sie auch im psychischen Leben hervortritt, eine entschiedene Disposition zu geistiger Erkrankung involvire. In der That spricht für diese Ansicht die tägliche Beobachtung, indem sie uns zeigt,

wie gewisse Causalmomente, die der Erwachsene ohne Störung erträgt, z. B. leichte febrile Temperatursteigerungen, im Kindesalter alsbald ausgeprägte Bewusstseinsalterationen herbeizuführen pflegen. Allein die Energie der Lebensvorgänge und die Elasticität der kindlichen Constitution ermöglichen gerade in diesem Alter offenbar einen rascheren und vollständigeren Ausgleich der Störungen, so dass die Dauer derselben, wenn nicht Unheilbarkeit eintritt, in der Regel nur eine kurze zu sein pflegt. Sie entgehen auf diese Weise meist der psychiatrischen Statistik. Dazu kommt, dass eine grosse Zahl jener Causalmomente, die im Laufe des späteren Lebens als die wichtigsten Ursachen des Irreseins angesehen werden müssen (Sorgen und Ueberanstrengung, Geschlechtsleben, Excesse mit ihren Folgen), im Kindesalter so gut wie ausgeschlossen sind. Trotz der entschieden grösseren Disposition sind daher psychische Störungen nach der Angabe aller Autoren in den ersten Lebensjahren verhältnissmässig selten*); alle genauen Zahlenangaben verbieten sich wegen der unsicheren statistischen Grundlagen von selbst.

Für die richtige Würdigung dieser Verhältnisse ist indessen noch ein weiterer Umstand in Betracht zu ziehen, nämlich die symptomatische Form der Kinderpsychosen. Der Mangel einer geschlossenen psychischen Persönlichkeit und die geringe Ausbildung der höheren intellectuellen Functionen machen es begreiflich, dass einmal solche Krankheitsbilder im Kindesalter nicht zur Entwicklung gelangen können, welche ihrem Wesen nach eine allmähliche Umwandlung eben der psychischen Individualität bedeuten, und dass andererseits gerade hier, sobald die Störung einmal eine tiefergreifende geworden ist, ein gänzlicher Verfall der psychischen Functionen sehr rasch eintreten muss, wo beim Erwachsenen der Erwerb der gesunden Vergangenheit noch lange den krankhaften Defect der momentanen psychischen Leistungsfähigkeit wenigstens theilweise zu verdecken vermag. So lange wir beim Kinde in der ersten Lebenszeit überhaupt noch nicht von einer eigentlichen psychischen

*) v. Rinecker, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXII; Hagen, Statistische Untersuchungen über Geisteskrankheiten. 1876.

Thätigkeit sprechen können, so lange werden wir auch keine Beeinträchtigungen derselben symptomatisch aufzufassen vermögen; die Psychopathologie fällt hier mehr oder weniger mit der Hirnpathologie zusammen und hat höchstens triebartige Aufregungszustände als psychische Begleiterscheinungen der Hirnerkrankungen zu verzeichnen.

Auch im späteren Kindesalter sind es fast ausschliesslich Störungen des affectiven Lebens, (ängstliche oder maniakalische Erregung) oder ganz elementare Alterationen des Vorstellungsverlaufes (Delirien), aus denen sich die psychopathischen Krankheitsbilder zusammensetzen. Sinnestäuschungen und vereinzelte Wahnideen sind ebenfalls häufig, aber wirkliche Systematisirung derselben, wie in der Verrücktheit, überaus selten. Auf der anderen Seite muss natürlich jede Entwicklungshemmung des Gehirns, wie sie durch fötale Erkrankungen bedingt wird, und ebenso jede dauernde tiefere Beeinträchtigung seiner Functionen gerade hier das klinische Bild des Blödsinns und Schwachsinn in seinen verschiedenen Graden, wie es symptomatisch durch die Entwicklungsstufe jedes Neugeborenen repräsentirt wird, zu einem dauernden Zustande werden lassen. Der geringen Zahl eigentlicher psychopathischer Krankheitsprocesse im Kindesalter entspricht daher ein ausgedehntes Contingent von Fällen angeborener oder in den ersten Lebensjahren erworbener psychischer Schwäche (Idiotie).

Mit der fortschreitenden Ausbildung der psychischen Individualität und mit dem gleichzeitigen Hervortreten mannigfacher neuer Causalmomente nimmt die Häufigkeit und symptomatologische Reichhaltigkeit der Geistesstörungen allmählich zu. Namentlich die Pubertätsperiode mit ihren mächtigen Umwälzungen auf physischem und psychischem Gebiete, sowie mit den gesteigerten Anforderungen an die Arbeitskraft des Individuums ist es, die hier eine bedeutsame Rolle spielt. Die eigenthümlichen Stimmungsanomalien dieser Zeit (erhöhte Reizbarkeit, Neigung zur Schwärmerei und Sentimentalität) können sich zu ausgeprägten melancholischen oder exaltativen Krankheitsformen entwickeln; die unbestimmten, triebartigen, der Sexualsphäre

entstammenden Gefühle geben den günstigen Boden ab für masturbatorische Aufregungen und allerlei impulsive Acte, während gleichzeitig gerade in diesem Alter der massgebende Einfluss jener individuellen Anlagen, durch welche die Ausbildung des persönlichen Charakters und der persönlichen Lebensauffassung bestimmt wird, stärker hervortreten beginnt. In den kleinen Conflicten und Stürmen dieses Alters macht sich schon jetzt die triebartige Heftigkeit der Affecte, die leichte Bestimmbarkeit des Handelns, oder die Gleichgültigkeit eines phlegmatischen Egoismus geltend, als Zeichen innerer Haltlosigkeit oder Gemüthstumpfheit. Auch hier überwiegen noch durchaus die affectiven Formen des Irreseins; die bisweilen begleitenden intellectuellen Störungen kündigen sich aber schon als die ersten Spuren jener tiefgreifenden Krankheitsprocesse an, welche im weiteren Verlaufe eine fundamentale Verfälschung des gesamten Bewusstseinsinhaltes herbeiführen. Gleichwol vermag der Schutz, welchen die heranwachsende Jugend im elterlichen Hause zu geniessen pflegt, die Morbidität dieser Altersklasse noch relativ günstig zu gestalten. Auf den nun folgenden Entwicklungsstufen mit ihren successive immer wachsenden Gefahren nimmt die Häufigkeit der psychischen Erkrankungen stetig zu.

Die nächste Periode umfasst das Alter der Jugendblüthe, bis etwa zum 25. Lebensjahre. Die in der Pubertätszeit angebahnte Entwicklung des Intellectes und des Charakters schreitet fort, um allmählich zu einem gewissen Abschlusse zu gelangen. Noch immer besteht eine grössere Impressionabilität, ein lebhafteres und unbeständigeres Gefühlsleben, eine leichte Bestimmbarkeit der Handlungen durch äussere Einflüsse, zugleich aber auch eine gewisse Elasticität, die dem Individuum über widrige Erfahrungen vielfach leichter hinweghilft, als in einem späteren Lebensalter. Eine Reihe von Schädlichkeiten beginnen jetzt mit der grösseren Selbständigkeit der Lebensstellung und den erhöhten Anforderungen an die intellectuellen und moralischen Kräfte ihre Wirksamkeit zu entfalten; die Unzulänglichkeit der individuellen Anlage tritt daher nunmehr eclatanter hervor, wenn sie so lange in den wenig exponirten

Verhältnissen des Kindesalters unbemerkt geblieben war. Jene psychischen Invaliden, die dem Kampfe um's Dasein nicht gewachsen sind, scheiden sich durch die eigenthümliche Art ihrer Reaction auf die Lebensreize, durch die pathologische Entwicklung ihrer Vorstellungskreise und ihrer Gefühle von den „rüstigen“ Individuen ab. Ein häufig bei derartigen Personen auftretendes Krankheitsbild ist von Kahlbaum und Hecker*) als Hebephrenie beschrieben worden; dasselbe ist durch den Wechsel oberflächlicher emotiver Zustände, bizarre, phantastische Wahnideen, excentrisches, unberechenbares, affectirtes Handeln und den raschen Uebergang in unheilbaren Schwachsinn charakterisirt. Im Uebrigen können so ziemlich alle symptomatischen Formen der Psychosen in diesem Lebensalter zur Beobachtung kommen; es überwiegen jedoch die affectiven Störungen.

Die grösste statistische Häufigkeit der psychischen Erkrankungen fällt in die Zeit der vollen Kraftentfaltung vom 25. bis zum 40. Lebensjahre. Sicherlich ist nicht die besondere Prädisposition der entwickelten physischen und psychischen Persönlichkeit, sondern lediglich die Zahl der von Aussen auf dieselbe einstürmenden Krankheitsursachen als der Grund dieses Verhaltens anzusehen. Die Widerstandsfähigkeit ist in diesem Alter zweifellos am grössten, aber die Schädlichkeiten sind in rascherer Progression angewachsen, als jene. Die Schwierigkeiten der Lebensführung vergrössern sich mit der zunehmenden Selbstständigkeit und der Sorge um Weib und Kind; aus der weiter reichenden Verantwortlichkeit entspringen ernstere Conflict und Sorgen; die höher gespannten Hoffnungen bringen Enttäuschungen mit sich, und die dauernde Anspannung aller physischen und geistigen Kräfte im Daseinskampfe wird nicht lange ohne Ermüdung und Erschöpfung ertragen. Dazu gesellen sich die vielfachen körperlichen Erkrankungen, denen die rücksichtslose Arbeit das Individuum aussetzt, die verhängnissvollen Phasen des Geschlechtslebens beim Weibe und — last, not least — die verderbliche Wirkung der Excesse in Baccho et Venere (Syphilis!).

*) Hecker, Virchow's Archiv LII, p. 394.

Die verschiedensten ätiologischen und symptomatischen Gruppen des Irreseins gewinnen daher in diesem Alter ihre weiteste Verbreitung; als einigermaßen charakteristisch darf für dasselbe besonders die allgemeine Paralyse angesehen werden; auch die Verrücktheit, jene Erkrankungsform, in der sich so oft die Unzulänglichkeit der natürlichen Anlage gegenüber den Anforderungen des Lebens documentirt, tritt hier besonders in den Vordergrund.

In dem Quinquennium vom 36. bis zum 40. Lebensjahre ist die psychische Morbidität auf ihrem Höhepunkte angelangt. Von da ab werden die Erkrankungen allmählich seltener, vielleicht deswegen, weil nunmehr das Ziel einer gesicherten Lebensstellung in der Mehrzahl der Fälle erreicht ist und damit eine Anzahl von Sorgen und Aufregungen in Wegfall kommen, andererseits, weil das reifere Alter der Verführung zu Excessen weniger zugänglich ist und beim Weibe die Gefahren des Fortpflanzungsgeschäftes nunmehr zurücktreten. Zuerst langsam, von der Mitte der 50er Jahre aber rascher sinkt die Häufigkeit psychischer Erkrankungen mit zunehmendem Alter. Ohne Zweifel kommt hier, in den späteren Altersklassen, auch der Abnahme der psychischen Impressionabilität eine bedeutsame Rolle zu. Der Gesichtskreis verengt sich, die Reproductions- und Combinationsfähigkeit nimmt ab, das Gefühlsleben verödet und zieht sich auf das Gebiet der unmittelbarsten egoistischen Interessen zurück. Gerade diese mehr oder weniger ausgesprochene Stumpfheit ist es, welche den Greis im Allgemeinen weniger empfänglich gegen psychische Schädlichkeiten macht und ihn vor excessiven Schwankungen des gemüthlichen Gleichgewichts bewahrt. Zudem ist dieses Lebensalter ja gewissermaßen bereits „durchseucht“; die grosse Mehrzahl der psychischen Invaliden sind bereits früher den verderblichen Einflüssen krankmachender Momente unterlegen. Andererseits hat nicht selten die aufreibende Arbeit des Lebens hier eine neue, erworbene Prädisposition geschaffen, indem sie die Widerstandsfähigkeit des verbrauchten, auch körperlich erschöpften Individuums untergraben hat. Von Wichtigkeit sind nach dieser Richtung hin namentlich auch die somatischen

Veränderungen, welche sich in dieser Periode vollziehen, das Klimakterium der Frauen, die Atheromatose der Gefäße, die Involutionsvorgänge im Nervensysteme und in den verschiedensten Organen. Wenn daher auch einerseits die psychische Empfänglichkeit beim Greise abgenommen hat und andererseits die meisten jener Krankheitsursachen, welche die kräftigen Lebensalter bedrohen, hier wegzufallen pflegen, so birgt doch schon der normale Gang der Ereignisse eine Reihe von Gefahren für die psychische Integrität des Individuums in sich, denen bis zu einem gewissen Grade ein Jeder unterliegen muss. Der gemeinsame Grundzug aller senilen Psychosen ist die Schwäche, die Unzulänglichkeit der psychischen Leistungen. Abnahme des Gedächtnisses, Unfähigkeit zu intellectueller Erfassung und Verarbeitung neuer Eindrücke, Verwirrtheit und Zerfahrenheit, Oberflächlichkeit der Affecte, läppisches, kindisches Gebahren, dabei Neigung zu rascher Verblödung sind die hervorstechendsten Züge der hierher gehörigen Krankheitsbilder. Bemerkenswerth ist dabei die Häufigkeit von Gehirnsymptomen, Schwindel, apoplectiformen Anfällen, convulsiven und Lähmungserscheinungen.

Geschlecht. Die Frage nach der Disposition der beiden Geschlechter zu psychischer Erkrankung ist auf Grund statistischer Erhebungen vielfach verschieden beantwortet worden. Ohne weiteres Eingehen auf die Würdigung der Fehlerquellen jener Methode sei hier nur bemerkt, dass die statistische Häufigkeit des Irreseins im Allgemeinen keine erheblichen und sicheren Differenzen zwischen beiden Geschlechtern erkennen lässt. In Wirklichkeit dürfte es kaum zweifelhaft sein, dass das Weib mit seiner zarteren Organisation, mit der geringeren Ausbildung der intellectuellen Functionen und dem stärkeren Hervortreten des Gefühlslebens eine geringere Widerstandsfähigkeit gegen die physischen und psychischen Ursachen des Irreseins besitzt, als der Mann. Allein die Bedeutung dieser Prädisposition für die wirkliche Häufigkeit psychischer Erkrankungen wird ausgeglichen durch die relativ geschützte Stellung, die das Weib dem unvergleichlich mehr exponirten Manne gegenüber einnimmt. Alle jene Schädlichkeiten, die der Kampf

ums Dasein mit sich bringt, treffen in erster Linie und vorwiegend den Mann, dem die Sorge für die Familie obliegt, wenn auch die Mühsalen des Lebensunterhaltes für das unverheirathete Weib vielfach weit grösser sein mögen. Ferner ist vor Allem auf die Wirkung der Excesse nach den verschiedensten Richtungen hinzuweisen, Gefahren, denen ganz vorzugsweise der Mann wegen der socialen und ökonomischen Unabhängigkeit seiner Stellung ausgesetzt ist, während das Weib, durch Erziehung und Sitte gebunden, stets ein eintönigeres, regelmässigeres und ruhigeres Leben zu führen gezwungen ist. Wo dieser Zwang einmal durchbrochen und der Leidenschaftlichkeit der weiblichen Individualität freier Spielraum gegeben ist, bei Prostituirten, sehen wir daher sofort die geringere Widerstandsfähigkeit des weiblichen Geschlechtes in erschreckenden Procentsätzen des Irreseins und der Selbstmorde zum Ausdruck gelangen.*)

Die besondere Aetiologie der weiblichen Psychosen wird durchaus beherrscht durch die Zustände des Genitalapparates. Die Bedeutung der Sexualerkrankungen, der Schwangerschaft, des Wochenbettes, der Lactation ist schon früher berührt worden; sie tragen die Schuld, dass zwischen dem 16. und 35. Lebensjahre thatsächlich die Morbidität des weiblichen Geschlechtes eine etwas höhere ist, als diejenige des Mannes. Nach jenem Termin zeigt dieselbe eine absolute und relative Abnahme, bis mit den mannigfachen Umwälzungen und Störungen im klimakterischen Alter, etwa von Mitte der 40er bis Mitte der 50er Jahre, die Zahl der psychischen Erkrankungen beim Weibe wieder etwas überwiegt. Ja, zwischen dem 61. und 65. Lebensjahre lässt sich sogar eine absolute Zunahme der Geistesstörungen beim weiblichen Geschlechte nachweisen, die allerdings im späteren Alter wieder einer raschen Abnahme Platz macht. Dennoch erscheint das Weib von da ab dauernd mehr gefährdet, als der Mann.

Den Verschiedenheiten in den ursächlichen Verhältnissen bei beiden Geschlechtern entspricht auch das Vorwalten der einzelnen Krankheitsformen bei ihnen. Die Dementia

*) v. Oettingen, Moralstatistik. 3. Auflage. 1882.
Kraepelin, Psychiatrie. 2. Aufl.

paralytica, die alkoholischen Psychosen, die primäre Verrücktheit mit ihrer vorzugsweise intellectuellen Störung überwiegen beim männlichen Geschlechte, während dem weiblichen die grosse Kategorie der hysterischen Alienationen eigenthümlich ist; auch Melancholien sind hier verhältnissmässig häufig, ganz besonders im höheren Lebensalter.

Race und Nationalität. Sehr wenig Sicheres lässt sich bei dem jetzigen Stande der Statistik und der grossen Complication der Frage über den prädisponirenden Einfluss der Race und Nationalität aussagen. Man kann eben nicht ermitteln, wie weit die sich herausstellenden statistischen Differenzen nicht vielmehr durch die socialen und klimatischen Unterschiede bedingt sind. Diese Fehlerquelle fällt nur dort aus, wo verschiedene Racen unter annähernd gleichen Lebensbedingungen zusammenwohnen. So scheint sich für die Juden in der That eine grössere Neigung zu psychischen und nervösen Erkrankungen zu ergeben.

Cultur. Von den socialen Verhältnissen ist es namentlich die Höhe der allgemeinen Culturentwicklung, die man als die Ursache einer grösseren Häufigkeit des Irreseins angeschuldigt hat. Es kann allerdings wol nicht in Abrede gestellt werden, dass die rapide Zunahme der Geisteskranken, welche uns periodische Zählungen erkennen lassen, nur zum Theil eine scheinbare, durch die grössere Sorgfältigkeit der Erhebungen bedingte, ist, und dass die wirkliche Zunahme eine raschere Progression aufweist, als das allgemeine Anwachsen der Bevölkerung. Dieses Verhalten wird treffend illustriert einmal durch die ebenfalls unzweifelhafte Steigerung der Selbstmordfrequenz, dann aber durch den eigenthümlichen Gegensatz, der sich zwischen Stadt- und Landbevölkerung herausstellt. Gerade die grossen Städte mit ihren erhöhten Anforderungen an die intellectuelle und moralische Kraft des Einzelnen, mit ihrer Erschwerung der Lebensbedingungen und ihren mannigfachen Verführungen zu Excessen aller Art sind es, welche bei Weitem das grösste Contingent zu der raschen Vermehrung der Geisteskrankheiten und des Selbstmordes abgeben. Je intensiver und verwickelter sich die Concurrenz der Individuen und der Lebensinteressen gestaltet, desto grösser ist der

Procentsatz Jener, die den gesteigerten Ansprüchen nicht gewachsen sind und in dem friedlichen Kampfe invalide werden. Nicht etwa die grössere „Immoralität“ oder „materialistischere Richtung“ der allgemeinen Bestrebungen, die sicherlich in den Massen niemals viel „moralischer“ oder „idealistischer“ gewesen sind, als heute, darf man für die Zunahme des Irreseins verantwortlich machen, sondern dieselbe ist eine nothwendige Folge unserer rasch fortschreitenden Entwicklung, und sie beruht insofern sogar theilweise auf einem stärkeren Hervortreten echter Humanität, als diese das Loos der unglücklichen Kranken zu verbessern und selbst das invalide Leben derselben so lange wie möglich zu erhalten sucht.

Beruf. Die Prädisposition einzelner Berufsarten zum Irresein ist natürlich zumeist nur in der grösseren Häufigkeit und Intensität der mit ihnen verknüpften Schädlichkeiten begründet; höchstens könnte man aus der Wahl mancher künstlerischer Berufsarten, z. B. des dichterischen und schauspielerischen, einen bisweilen zutreffenden Rückschluss auf die grössere psychische Impressionabilität des Individuums machen. Auch die Berufslosigkeit (Vagabunden, Gewohnheitsverbrecher u. s. f.) dürfte vielfach eine ähnliche Deutung (unvollkommene oder abnorme Entwicklung des Charakters) zulassen. Im Uebrigen aber sind es entweder psychische oder körperliche Ursachen, welche, an eine bestimmte Art der Lebensführung sich knüpfend, eine grössere Häufigkeit der psychischen Erkrankung zur Folge haben. Intellectuelle Ueberanstrengung kann bei Gelehrten oder im jugendlichen Alter bei Schülern prädisponirend wirken, oder auf anderweitig vorbereitetem Boden dem Ausbruche des Irreseins Vorschub leisten; gemüthliche Erregungen spielen bei Militärs im Kriege, bei Börsenmännern, bei Künstlern, bei Gouvernanten ihre verderbliche Rolle. Matrosen, Schankwirth, Prostituirte sind dem Einflusse aufreibender Excesse, besonders in Alcoholicis, ausgesetzt, während der Fluch der Noth, der Entbehrung, der Nahrungssorgen hauptsächlich die handarbeitenden Massen der Bevölkerung drückt. Körperliche Ueberanstrengung, Strapazen, Nachtwachen, sind die Schädlichkeiten, welche der Militär-

dienst mit sich bringt; im Verein mit den beständigen Erschütterungen des Fahrens treffen sie den Eisenbahnbediensteten. Wärmebestrahlung, Kopfverletzungen, Vergiftungen verschiedener Art (Blei, Quecksilber) sind weitere Gelegenheitsursachen, denen wieder andere Berufsarten vorzugsweise exponirt zu sein pflegen. Der symptomatische Ausdruck dieser Berufsprädisposition wird natürlich wesentlich durch die besondere Art der vorherrschenden Ursachen bestimmt; wir können daher in dieser Beziehung auf die frühere Besprechung der betreffenden ätiologischen Verhältnisse zurückverweisen.

Civilstand. Ein nicht unerheblicher Einfluss auf die Häufigkeit des Irreseins muss, wie es im Hinblick auf statistische Zusammenstellungen den Anschein hat, dem Civilstande zugeschrieben werden. Allerdings hat Hagen mit Recht darauf hingewiesen, dass die zunächst sich ergebenden Differenzen vor Allem auf die verschiedene Morbidität des durchschnittlichen Lebensalters zurückzuführen sind, in welchem sich die Ledigen und die Verheiratheten befinden. Haben wir doch oben gesehen, dass psychische Erkrankungen zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre überhaupt häufiger zu sein pflegen, als in späterem Alter. Auf der anderen Seite ist es unzweifelhaft, dass in einer grossen Zahl von Fällen die Ehelosigkeit schon als die Folge einer unvollkommenen psychischen Entwicklung, einer bestehenden oder (namentlich beim weiblichen Geschlechte) überstandenen Geistesstörung anzusehen ist. Endlich aber kann auch der Ehe selbst trotz der aus dem Fortpflanzungsgeschäfte erwachsenden Gefahren, trotz der Sorgen, die sie mit sich bringt, dennoch wegen der grösseren Befriedigung und Sicherheit des gemeinschaftlichen Lebens und auch wol wegen des relativen Schutzes vor Excessen eine gewisse prophylaktische Bedeutung nicht abgesprochen werden. Am meisten gefährdet scheinen die Verwitweten und Geschiedenen zu sein; haben sie doch häufig fast alle Sorgen und Gefahren der Ehe zu tragen, ohne deren schützende und sichernde Wirkungen zu geniessen.

Politische und religiöse Bewegungen. Von den socialen Factoren ist endlich noch der politischen, religiösen

und dergl. Stürme zu gedenken, welche gelegentlich die Massen in stärkere Erregung versetzen. Die wirkliche ätiologische Bedeutung derartiger Momente ist wol häufig überschätzt worden, da dieselben zwar den Vorstellungsinhalt der Erkrankten, weit weniger aber das Zustandekommen der Krankheit selbst beeinflussen dürften. Sicherlich sind die socialen, politischen, religiösen Missstände mit ihren Folgen, aus denen derartige Bewegungen herauszuwachsen pflegen, weit bedeutsamere prädisponirende Ursachen des Irreseins, als jene Reactionsbestrebungen gegen die bestehenden Uebel. •

Kosmische und tellurische Einflüsse. Ueber die prädisponirende Wirkung kosmischer und tellurischer Einflüsse liegen bisher noch keine sicheren Daten vor, wenn sich auch nach Analogien anderweitiger Erfahrungen über die Häufigkeit der Verbrechen und der Selbstmorde einige allgemeine Beziehungen der psychischen Morbidität zu den Jahreszeiten und zum Klima erwarten liessen. Es scheint allerdings schon jetzt, dass frische Aufregungszustände im Sommer häufiger zur Entwicklung kommen, als im Winter. Ferner unterliegt die endemische Natur des Kretinismus keinem Zweifel, wenn auch die Rolle etwaiger tellurischer Einflüsse für seine Entwicklung nichts weniger, als klargelegt ist.

2. Individuelle Prädisposition.

Wenn uns die bisherige Betrachtung gezeigt hat, wie den verschiedenen Gruppen von Individuen entweder nach ihrer allgemeinen Anlage eine geringere Widerstandsfähigkeit gegen schädigende Einflüsse zukommt, oder wie sie nach ihrer eigenthümlichen Organisation und den besonderen Lebensverhältnissen einer grösseren oder geringeren Zahl von Gefahren ausgesetzt sind, so werden uns die analogen Gesichtspunkte einen Einblick in das zweifache Wesen jener vielgestaltigen ätiologischen Factoren verschaffen, die man unter dem Namen der individuellen Prädisposition zusammenzufassen pflegt.

Erblichkeit. Die Analyse der einzelnen Persönlichkeit

weist uns auf die Entstehung derselben und damit über das individuelle Leben hinaus auf dasjenige der Erzeuger zurück, welches uns über die erste und wichtigste Frage Aufschluss zu geben hat, über die Frage nach dem Einflusse der Erblichkeit. Die Bedeutung dieses Momentes in der Pathogenese psychischer Krankheiten ist jederzeit und von allen Irrenärzten auf das Einmüthigste betont worden, so sehr auch bei den naheliegenden Fehlerquellen einer Statistik über diesen Punkt die Zahlenangaben im Einzelnen auseinandergehen*) (von 4 bis 90⁰/₀). Der Grund für diese enormen Differenzen liegt hauptsächlich in der verschiedenen weiten Fassung des Begriffes der Erblichkeit, in der grösseren oder geringeren Genauigkeit der Anamnese und in der Besonderheit des verarbeiteten Krankenmaterials. Wenn man berücksichtigt, dass nicht nur eigentliche Psychosen, sondern eine Reihe von verwandten Zuständen, Alkoholismus, Neurosen, auffallende Charaktere, verbrecherische Neigungen und dergl. als Erscheinungsformen neuropathischer Disposition angesehen und somit bei der Feststellung hereditärer Verhältnisse in Rechnung gebracht werden müssen, so ergibt sich, dass im Mittel bei 30 bis 40⁰/₀ aller psychisch Erkrankten unter den nächsten Anverwandten das Bestehen derartiger Abnormitäten sich nachweisen lässt. Für die Würdigung dieses rein statistischen Resultates ist es indessen sehr wichtig, zu bedenken, dass einmal das Zusammentreffen psychopathischer Züge bei Gliedern derselben Familie noch keinen nothwendigen hereditären Causalzusammenhang zwischen diesen Symptomen erweist, und dass uns ferner gänzlich der statistische Nachweis für die Häufigkeit einer derartigen erblichen Disposition bei der grossen Masse nicht geisteskranker Individuen mangelt. Müssen wir somit jene Zahlenangaben lediglich als empirische Daten ansehen, ohne in ihnen zunächst den exacten Ausdruck eines „Gesetzes“ zu erblicken, so steht dennoch die allgemeine Thatsache von der hohen Bedeutung der Heredität

*) Legrand du Saulle, Die erbliche Geistesstörung, übersetzt von Stark, 1874. Weitere Literatur bei Emminghaus, Allgem. Psychopathologie, p. 315.

in der Aetiologie der Psychosen über allem Zweifel fest, so wenig wir uns auch von dem tieferen Zusammenhange der Vorgänge hier eine irgendwie genügende Vorstellung machen können.

Wie die Erfahrung lehrt, kann die Erblichkeit entweder eine directe, von den Eltern ausgehende, oder eine indirecte sein. Im letzteren Falle lässt sich wieder die atavistische, von den Grosseltern hergeleitete, und die collaterale unterscheiden, die sich auf psychopathische Zustände in einer Seitenlinie (Onkel, Grosstante, Vetter u. s. f.) zurückbezieht. Am intensivsten wirkt sicherlich die directe Heredität, namentlich wenn beide Eltern (cumulative Vererbung), und wenn sie schon bei der Zeugung des Kindes geisteskrank waren; doch kann auch auf ein vor dem Ausbruche des Irreseins erzeugtes Kind die psychopathische Disposition übertragen werden. Der Einfluss des Vaters scheint bei der Vererbung im Allgemeinen mächtiger zu wirken, als derjenige der Mutter; in Uebereinstimmung damit steht die Erfahrung, dass die weiblichen Familienglieder nicht unerheblich stärker gefährdet sind, als die männlichen.

Die Wirkung der Erblichkeit bietet je nach Art und Intensität gewisse symptomatische Differenzen dar. Wo die hereditären Einflüsse sich häufen, wie das namentlich bei Verwandtschaftsheirathen in neuropathisch disponirten Familien der Fall zu sein scheint, da entsteht eine „organische Belastung“, da treten bei der Descendenz die schwereren Formen psychischer Entartung, besonders intellectuelle und moralische Störungen hervor. Morel giebt für diese progressive erbliche Degeneration das folgende allgemeine Schema: 1. Generation: nervöses Temperament, sittliche Depravation, Excesse. 2. Generation: Neigung zu Apoplexien und schweren Neurosen, Alkoholismus. 3. Generation: psychische Störungen, Selbstmord, intellectuelle Unfähigkeit. 4. Generation: angeborene Blödsinnsformen, Missbildungen, Entwicklungshemmungen. Es führt also diese Art der Züchtung von selbst mit Nothwendigkeit den Untergang des degenerirten Geschlechtes herbei. Ein anderes Bild der Entwicklung bietet sich uns dort, wo durch Ver-

mischung mit gesundem Blute die Entartung hintangehalten wird. Hier begegnen uns vorzugsweise die affectiven Störungen (Manie, Melancholie, circuläres Irresein); oft auch sind es gar nicht eigentlich pathologische Zustände mehr, die vererbt werden, sondern lediglich Dispositionen, eine grössere Labilität des psychischen Gleichgewichts, eine geringere Widerstandsfähigkeit des psychischen Organismus, die erst dann zur Erkrankung führen, wenn ungünstige Einflüsse auf dem Boden der hereditären Anlage ihre verderbliche Wirksamkeit entfalten. Durch die Empfindlichkeit der erblich belasteten Individuen gegen Schädlichkeiten aller Art erklärt es sich, dass bei einem grossen Theile derselben, namentlich beim weiblichen Geschlecht, schon in der Pubertätsperiode das Irresein zum Ausbruche zu gelangen pflegt. Eine weitere, wenn auch geringere Steigerung der Morbidität lässt sich gegen Mitte der 30er Jahre nachweisen, wo das Ringen um die Selbständigkeit und das Fortpflanzungsgeschäft von Neuem schwere Gefahren für die psychische Integrität herbeiführen.

Die symptomatische Form, wie der Verlauf der psychischen Störung wiederholen in einzelnen Fällen mit grösster Treue das Krankheitsbild des Vorfahren, von dem sich die Vererbung herleitet (gleichartige Vererbung). Mehrere Generationen können auf diese Weise successive mit Selbstmord endigen, oder es kann bei gleichen Anlässen, im gleichen Lebensalter, derselbe Symptomencomplex bei Descendenten und Ascendenten zur Entwicklung gelangen. Weit häufiger ist indessen eine Transformation der Vererbung, die sich in der allermannigfaltigsten Weise vollziehen kann. Alle jene oben genannten Erscheinungsformen der neuropathischen und psychopathischen Constitution treten als Glieder derselben hereditären Kette neben einander auf, wenn es auch den Anschein hat, als ob die affectiven Formen des Irreseins einerseits und die Verrücktheit andererseits bei der Vererbung bis zu einem gewissen Grade einander ausschliessen. *) Gemeinsam ist allen den hereditären Aequiva-

*) Sioli, Ueber directe Vererbung von Geisteskrankheiten, Archiv f. Psychiatrie XVI.

lenten die pathologische Grundlage, während die Ausbildung der Anomalien im Einzelnen durch verschiedenartige accidentelle Momente bestimmt zu werden scheint. Am leichtesten verständlich wird dieses Verhalten dort, wo eben überhaupt nur eine krankhafte Anlage zur Vererbung kommt und wo die Einflüsse des individuellen Lebens erst für die Weiterentwicklung derselben massgebend werden.

Gleichwol hat man vielfach gewisse allgemeine psychopathische Züge als charakteristisch für die hereditären Psychosen hingestellt, namentlich die Mischung ausgeprägter Krankheitssymptome mit relativ normalen psychischen Leistungen, ferner die rasche Ausbildung und das rasche Verschwinden sehr entwickelter Krankheitsbilder und Wahnsysteme, endlich die Neigung zu periodischem und namentlich circulärem Verlaufe. Ohne Zweifel sind die genannten Erscheinungen bei Hereditariern häufiger, als sonst, aber sie dürfen wol nur insofern als specifisch gelten, als sie eben Degenerationszeichen sind, und als wir ja gerade in der erblichen Uebertragung eine überaus wichtige Ursache der psychischen Entartung kennen gelernt haben. Weiterhin hat die Erfahrung gezeigt, dass die Prognose des Irreseins in eigenthümlicher Weise durch die hereditäre Belastung beeinflusst wird. Die Aussichten auf Genesung gestalten sich bei erblich Veranlagten im Allgemeinen günstiger; dafür ist jedoch die Neigung zu Recidiven und Neuerkrankungen entschieden eine grössere. Die Labilität des psychischen Gleichgewichtes bedingt demnach einerseits eine geringere Widerstandskraft gegen äussere Schädlichkeiten, andererseits aber vermag sie offenbar die Ausgleichung der aus kleinen Ursachen rasch entwickelten Störungen wesentlich zu erleichtern.

Nur eine geringe pathognomonische Bedeutung kann natürlich jenen körperlichen Abnormitäten (*stigmata hereditatis*) beigemessen werden, die sich als Symptome von Entwicklungshemmungen mit einer gewissen Häufigkeit bei erblich belasteten Individuen vorfinden. Dahin gehören Verbildungen des Schädels, der Zähne, der Ohren, Innervationsanomalien, mangelhafte Ausbildung der Genitalien und Aehnliches. Das Zusammentreffen derartiger Erscheinungen mit

psychischer Entartung hat gewiss ein nicht unbedeutendes theoretisches Interesse; für die praktische Beurtheilung des einzelnen Falles ist es wegen des Fehlens einer durchgreifenden Gesetzmässigkeit nahezu werthlos.

Entwicklungsstörungen. Fast gänzlich unbekannt ist bisher der Einfluss solcher Momente auf die Veranlagung des Individuums, welche, ohne hereditäre zu sein, die erste Zeit seiner Entwicklung betreffen, obgleich dieselben höchst wahrscheinlich bisweilen von sehr einschneidender Bedeutung werden. So scheint es, dass Berauschtigkeit während des Zeugungsactes Epilepsie der Descendenten zur Folge haben, dass heftige Gemüthsbewegung der Mutter während der Gravidität eine psychopathische Disposition des Kindes hervorrufen kann. Dass ferner allerlei somatische Momente, ungenügende Ernährung, hohes oder sehr jugendliches Alter der Eltern, endlich Krankheiten dieser letzteren oder des Fötus, für die Hirnentwicklung und somit auch für die psychische Anlage des Individuums eine grosse, wenn auch noch nicht im Einzelnen definirbare Wichtigkeit erlangen dürften, bedarf keiner weiteren Ausführung.

Erziehung. Unserem unmittelbaren Verständnisse leichter zugänglich ist der Einfluss der Erziehung auf die Entwicklung der psychischen Individualität. Die allgemeinen Aufgaben der Erziehung sind einmal die intellectuelle Ausbildung des Kindes, die dasselbe befähigt, Erfahrungsmaterial zu sammeln und zu verarbeiten, dann aber die Constituirung eines constanten, das Handeln nach einheitlichen sittlichen Grundsätzen dirigirenden Charakters. Nach beiden Richtungen hin kann die Pädagogik hinter den Anforderungen zurückbleiben, die der Kampf des Lebens an die Leistungs- und Widerstandsfähigkeit des socialen Individuums stellt. Vernachlässigung der Verstandesbildung giebt dasselbe allen Gefahren der Kritiklosigkeit und des Aberglaubens Preis, und erschwert ihm die Ueberwindung jener Schwierigkeiten, welche die Erringung einer selbständigen Lebensstellung bietet. Andererseits aber führt auch die Ueberanstrengung des jugendlichen Gehirns schwere Schädlichkeiten mit sich, indem sie dasselbe frühzeitig erschöpft und damit die volle Ausbildung

desselben unmöglich macht. Behinderung der freien individuellen Entwicklung durch rigorose Strenge und Pedanterie macht den Menschen engherzig und verschlossen und erstickt im Keime jene gemüthlichen Regungen des Wohlwollens und der Humanität, von deren Stärke vor Allem die sittliche Ausbildung des Charakters abhängig ist. Verzärtelung endlich durch weichliche Nachgiebigkeit lässt die momentanen Launen und Begierden zur unbezwinglichen Herrschaft über das Handeln gelangen und verhindert dadurch die Entwicklung eines abgeschlossenen und consequenten, fest in sich selbst gegründeten Charakters.

Den Einflüssen der Erziehung schliessen sich diejenigen der späteren Lebenserfahrungen an, bald corrigirend und veredelnd, bald zerrüttend und depravirend, was jene schuf. Alle die schon früher aufgezählten somatischen und psychischen Causalmomente, Traumen, Krankheiten und Vergiftungen aller Art, Ueberanstrengungen, Gemüthsbewegungen, Excesse u. s. f., können hier, soweit sie nicht eine directe psychische Erkrankung herbeiführen, modificirend und prädisponirend auf das Individuum einwirken.

Grundlage der Prädisposition. Es entsteht nun schliesslich die Frage, welcher Art denn eigentlich jene bisher immer nur ganz allgemein bezeichneten Zustandsveränderungen sind, deren Gesammtheit wir unter dem Namen der „Prädisposition“ zu psychischen Erkrankungen zusammengefasst haben. Leider ist es heute noch nicht möglich, tiefer in den Mechanismus dieser eigenthümlichen Erscheinungen einzudringen; nur so viel können wir mit Bestimmtheit sagen, dass das Wesen der Prädisposition in einer besonderen Art der Reaction auf die Lebensreize gelegen ist, die wir vielleicht ganz allgemein als eine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Organismus bezeichnen können. Jede äussere Einwirkung hat hier eine erheblichere Gleichgewichtsschwankung zur Folge, als unter normalen Verhältnissen, so dass Schädlichkeiten, die beim rüstigen Individuum ohne Weiteres ausgeglichen werden, auf prädisponirtem Boden eine fortlaufende Reihe von Veränderungen hervorzurufen im Stande sind, welche auf das Empfindlichste in den Ablauf der Lebensvorgänge eingreifen.

Man kann sich demnach etwa vorstellen, dass die Prädisposition auf somatischem Gebiete, im Bereiche der Hirnfunctionen, durch eine erhöhte Reizbarkeit der gesamten centralen Nervenmasse oder einzelner Theile derselben repräsentirt werde, durch eine Verminderung der Hemmungen, welche die Ausbreitung und das Anwachsen von Erregungszuständen allgemein oder in bestimmten Partien des Centralorganes erleichtert. Dafür spricht z. B. die Ausgiebigkeit und Nachhaltigkeit der Wirkungen, welche hier durch Affecte, durch kleine Alkoholdosen und dergl. bisweilen hervorgebracht werden. Dass dabei namentlich auch dem vasomotorischen Nervensysteme eine bedeutsame Rolle durch häufige und ausgedehnte Circulationsalterationen zukomme, ist sehr wahrscheinlich. Nahe liegt es, einen derartigen Zustand der erhöhten Reizbarkeit mit Erschwerung des Ausgleiches von Gleichgewichtsschwankungen in eine gewisse Parallele zu setzen zu dem analogen Zustande der Asthenie, den man an peripheren Nerven beobachtet, wenn dieselben in Folge oft wiederholter Reizung ihre normale Reactionsform verlieren und nun eben durch ein Stadium wachsender Erregbarkeit mit Abnahme der Hemmungen hindurch schliesslich in den Zustand der Erschöpfung, der sinkenden Reizbarkeit, übergehen.

Die psychischen Erscheinungen, die von prädisponirten Individuen dargeboten werden, lassen sich im Allgemeinen ebenfalls unter dem Gesichtspunkte einer Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit, einer erhöhten Impressionabilität gegen äussere Einwirkungen und Schädlichkeiten auffassen. Wir werden bei der Besprechung der angeborenen Schwächezustände Gelegenheit haben, wenigstens die schwereren Formen dieser psychopathischen Prädisposition nach ihren Symptomen auf den einzelnen Gebieten des Seelenlebens kurz zu schildern.

II. Allgemeine Symptomatologie.

Die Summe aller krankhaften Functionsstörungen im Centralorgane unseres Bewusstseins bezeichnen wir als die Symptome des Irreseins. Von denselben haben für die allgemeine Betrachtung hier ein unmittelbares Interesse nur diejenigen, welche uns als psychische Veränderungen entgegentreten. Die verschiedenen somatischen Krankheitserscheinungen, nervöse Reizungs- und Lähmungssymptome aller Art, vasomotorische, trophische etc. Störungen, gehören dem Gebiete der Hirnpathologie an und werden daher erst später, bei der speciellen Darstellung der einzelnen klinischen Krankheitsformen, nähere Berücksichtigung finden.

Drei Hauptrichtungen sind es im Grossen und Ganzen, in denen sich die psychischen Lebenserscheinungen bewegen, die Aufnahme und intellectuelle Verarbeitung des Erfahrungsmaterials, die Schwankungen des gemüthlichen Gleichgewichtes und die Umsetzung der centralen Erregungszustände in Handlungen. Auf diesen drei Gebieten werden wir daher die Elementarstörungen der psychischen Functionen aufzusuchen haben, aus deren verschiedenartiger Combination wir die klinischen Krankheitsbilder hervorgehen sehen. Bei weitem die grösste Mannigfaltigkeit der Erscheinungen bietet unserer Analyse diejenige Gruppe von psychischen Functionen dar, welche die Sammlung sinnlicher Eindrücke und dann weiter die Verarbeitung derselben zu Vorstellungen und Begriffen, sowie die Ausbildung der höheren logischen Processe zum Gegenstande hat.

A. Störungen des Wahrnehmungsvorganges.

Die Wahrnehmung eines äusseren Sinnesreizes steht im Allgemeinen in Abhängigkeit von zwei verschiedenen Factoren, nämlich einmal von der anatomischen und functionellen Integrität des gesammten peripheren und centralen Sinnesgebietes, dann aber von dem Zustande des Bewusstseins, welches den zugeführten Eindruck in sich aufnehmen soll. Alle Störungen, welche den einen oder den andern dieser beiden Factoren in krankhafter Weise verändern, müssen auch im Stande sein, die Auffassung der Aussenwelt in mehr oder weniger hohem Grade zu beeinträchtigen. Am eclatantesten tritt bekanntlich dieses Verhalten dort hervor, wo die peripheren reizaufnehmenden Organe functionsunfähig geworden sind (Blindheit, Taubheit), oder wo sich unüberwindliche Leitungshindernisse entwickelt haben, welche die Fortleitung der Reize zum Centralorgane unmöglich machen. Hier fallen bestimmte Kategorien von Sinnesvorstellungen in dem Erfahrungsschatze einfach aus, und es hängt von der allgemeinen psychologischen Wichtigkeit derselben, sowie von der Möglichkeit eines vicariirenden Eintretens anderer Sinne ab, wie weit dadurch die Gesammtausbildung der psychischen Persönlichkeit zurückgehalten wird. Nicht unterrichtete Taubstumme bleiben lebenslänglich auf der Stufe des Schwachsinnes stehen, während Blinde durch den Sinnesdefect in ihrer intellectuellen Entwicklung durchaus nicht in höherem Grade zu leiden pflegen.

Sinnestäuschungen. Ein weit grösseres klinisch-psychiatrisches Interesse nehmen indessen diejenigen Anomalien des Wahrnehmungsprocesses in Anspruch, welche nicht auf einem einfachen Defecte, sondern auf functionellen Störungen im Gebiete des Sinnestractus beruhen, durch die somit nicht ein Ausfall von Sinneserfahrung, sondern eine qualitative Veränderung, eine Verfälschung derselben erzeugt wird. Jedes Sinnesorgan reagirt auf irgend welche Reize in einer ihm eigenthümlichen, „specifischen“ Weise. Es muss daher überall, wo der Reiz, der einen Eindruck

erzeugt, nicht der normale, dem getroffenen Sinne adäquate ist, eine Täuschung des Subjectes über die Natur der Reizquelle entstehen. So ist streng genommen der Lichtblitz, die Klangempfindung bei electrischer Durchströmung des Auges und Ohres, der Geschmackseindruck bei mechanischer Reizung der Chorda tympani als eine Trugwahrnehmung anzusehen, wenn wir dieselbe auch vermöge unserer physiologischen Erfahrungen sogleich als solche erkennen und corrigiren, so dass eine weitere Verfälschung unseres Bewusstseinsinhaltes daraus nicht hervorgeht.*) Dennoch können unter Umständen bei Geisteskranken (namentlich bei stärkerer Bewusstseinstrübung) die subjectiven Lichterscheinungen in Folge von Congestivzuständen des Auges, das Brausen und Klingen in den Ohren, die Vorstellung drohender Feuer- und Wassergefahren und dergl. wachrufen und auf diese Weise das Zustandekommen einer wirklichen, uncorrigirten Täuschung vermitteln. Derartige peripher bedingte Sinnestäuschungen hat man elementare genannt, weil sie eben wegen ihres Entstehungsortes in den reizaufnehmenden Flächen den Charakter einfacher, nicht zusammengesetzter Sinnesempfindungen tragen.

Verfolgen wir indessen die Bahn der Sinnesnerven weiter centralwärts, so gelangen wir an diejenigen Centren, in denen sich die einzelnen Wahrnehmungselemente, wie sie von der Peripherie geliefert werden, zu einem Gesamteindrucke combiniren, der alsdann als Sinnesvorstellung ins Bewusstsein gelangt. Ueber die anatomische Lage dieser Centren können wir freilich bisher nichts Sicheres aussagen; mir ist es am wahrscheinlichsten, dass die sog. centralen Sinnesflächen in der Rinde als solche zu betrachten sind. Es ist ohne Weiteres klar, dass auch hier nicht adäquate Reize, also z. B. Veränderungen in der Circulation, Gifte und dergl., Erregungszustände hervorzurufen vermögen, welche den normalen Reizungen durch Sinneseindrücke sehr ähnlich sind, um so leichter, wenn die Erregbarkeit des betreffenden Centrums im gegebenen Augenblicke durch irgend

*) Kraepelin, Vierteljahrsschr. f. wissenschaftl. Philosophie V, 2, 3.

welche Einflüsse ohnedies gesteigert ist. Unter solchen Umständen kann daher irgend eine mehr oder weniger complicirte Sinnesvorstellung in das Bewusstsein eintreten, die nicht durch einen peripheren Reiz, sondern durch central bedingte, physiologische oder pathologische Erregungszustände der betreffenden corticalen Sinnesfläche hervorgerufen wurde. Da dieselbe gleichwol vom Subjecte auf ein äusseres Object bezogen wird, so haben wir es demnach hier mit einer Fälschung des Wahrnehmungsprocesses zu thun, die auf einer Täuschung über den wahren Ursprung der Sinnesreizung beruht. *)

Diese Kategorie der Sinnestäuschungen, die man wegen ihrer hypothetischen Entstehung in den „Perceptionscentren“ vielleicht als Perceptionsphantasmen bezeichnen kann, ist es, welche der normalen Wahrnehmung symptomatisch am nächsten steht. Die Gegenstände werden wirklich gesehen, die Stimmen wirklich gehört u. s. f.; eine Berichtigung der Fälschung ist nur mit Hülfe der andern Sinne möglich. Vom Gedankengange des Subjectes sind sie im Allgemeinen unabhängig und treten auch deswegen dem Individuum als etwas Fremdes, Selbständiges, von aussen Kommendes gegenüber, dessen subjective Entstehung ihm völlig verborgen bleibt. Aus demselben Grunde haben sie auch meist einen ziemlich gleichförmigen, wenig wechselnden Charakter (stabile Hallucinationen Kahlbaums): Wiederholung derselben Schimpfworte, häufiges Wahrnehmen desselben Geruches, Sehen bestimmter Figuren, Thiere und dergl. Da sie auf Erregungszuständen central gelegener Regionen beruhen, so sind sie von der Function der peripheren Sinnesorgane im Allgemeinen unabhängig und kommen auch bei gänzlicher Atrophie der Sinnesnerven zur Beobachtung. Es hat jedoch den Anschein, dass auch peripherische Reizmomente bisweilen in den höheren Centren direct oder auf reflectorischem Wege Erregungs-

*) v. Krafft-Ebing, Die Sinnesdelirien, 1864; Kahlbaum, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXIII; Hagen ibid. XXV; Jolly, Archiv f. Psychiatrie, IV; Kandinsky, Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen, 1885.

zustände auszulösen vermögen, die zur Entstehung von Sinnestäuschungen führen. Dies geschieht offenbar um so leichter, je grösser die Reizbarkeit jener Centren ist. Unter pathologischen Verhältnissen genügen bisweilen schon die gewöhnlichen Lebensreize, um die besprochenen Fälschungen des Wahrnehmungsprocesses zu erzeugen; in andern Fällen treten sie sogleich hervor, wenn sich die Aufmerksamkeit auf das betroffene Sinnesgebiet richtet und die leisen Erregungszustände in demselben über die Schwelle des Bewusstseins erhebt, oder wenn ein Affect eine vorübergehende Steigerung der Reizempfänglichkeit zu Stande bringt. In der Regel pflegt es nur ein einzelnes Sinnesgebiet zu sein, auf welchem in dieser Weise Fälschungen der äusseren Erfahrung sich vollziehen. Am häufigsten sind sicherlich diese Functionsstörungen im Gebiete des Gehörs und Gesichtes, seltener in demjenigen der drei übrigen Sinne und in dem dunklen Bereiche jener Wahrnehmungen, die wir unter dem Sammelnamen des Gemeingefühls zusammenfassen.

Für die klinische Betrachtung hat Esquirol und nach ihm aus praktischen Gründen die Mehrzahl der Autoren zwei Arten von Sinnestäuschungen unterschieden, solche nämlich, bei denen eine äussere Reizquelle gar nicht vorhanden ist: Hallucinationen, und solche, die nur als die Verfälschung einer wirklichen Wahrnehmung durch hinzutretene subjective Elemente zu betrachten sind: Illusionen.*) Im Einzelfalle ist diese Trennung nicht selten äusserst schwierig oder gänzlich unmöglich. So sind wir namentlich bei den Contactsinnen (Geruch, Geschmack, Hautsinn) fast niemals im Stande, mit Sicherheit das Vorhandensein irgend eines äusseren Reizmomentes (Zersetzungs Vorgänge in Mund- oder Nasenhöhle, Temperaturschwankungen und dergl.) auszuschliessen, noch weniger natürlich bei den Alterationen des Gemeingefühls. Auch beim Gesicht geben nicht selten uncontrolirbare Factoren, z. B. das Eigenlicht der Retina, beim Gehör entotische Geräusche u. s. f. gewissermassen das erste Material für die Ausbildung der Trugwahrnehmungen ab. In andern Fällen jedoch ist

*) Sully, Die Illusionen, Intern. wissenschaftl. Bibliothek, 1883.
Kraepelin, Psychiatrie. 2. Aufl.

die differente Entstehungsweise ohne Weiteres klar. Der Furchtsame, der ragende Baumstämme, wallende Nebel für Gespenster hält („Erlkönig“), der Kranke, der aus dem Rauschen der Blätter, dem Kritzeln der Feder, dem Bellen der Hunde, dem Knarren der Wagen Schimpfworte und Vorwürfe heraushört — sie haben zweifellos „Illusionen“, während wir die typischen Gesichtspphantasmen des Alkoholisten, die „Stimmen“, welche den Sträfling im stillen Zellengefängnisse quälen oder beglücken, höchst wahrscheinlich als Hallucinationen zu bezeichnen haben. Zwischen beiden Formen giebt es alle möglichen Uebergänge; ist doch die Illusion im Grunde nichts Anderes, als eine vielfach wechselnde Mischform von normaler Wahrnehmung mit hallucinatorischen Elementen.

Das Gemeinsame dieser ganzen Gruppe von Sinnes-täuschungen liegt in der vollkommen sinnlichen Deutlichkeit derselben. Der centrale Erregungszustand ist durchaus demjenigen beim normalen Wahrnehmungsvorgange analog, und das entstehende Phantasma ordnet sich daher unterschiedslos in die Reihe der übrigen Sinneseindrücke ein. Die Kranken glauben nicht nur, zu sehen, zu hören, zu fühlen, sondern sie sehen, hören, fühlen wirklich.

Ein in vieler Beziehung abweichendes Verhalten bieten dagegen diejenigen nur uneigentlich so genannten Sinnes-täuschungen dar, die nichts Anderes sind, als Erinnerungsbilder von besonderer Intensität. Die Reproduction eines früheren Eindruckes pflegt in der Regel niemals die sinnliche Deutlichkeit der Sinneswahrnehmung selbst zu erreichen, sondern sich jederzeit ganz unzweideutig durch die geringere Lebhaftigkeit und Schärfe von jener zu unterscheiden. Indessen bestehen in dieser Beziehung erhebliche individuelle Differenzen. Während von manchen Beobachtern den Erinnerungsbildern jede genauere Ausprägung nach Farbe und Form abgesprochen wird, versichern Andere, besonders bildende Künstler, dass dieselben bisweilen an sinnlicher Deutlichkeit der unmittelbaren Wahrnehmung nur sehr wenig nachgeben. Eine besondere Lebhaftigkeit gewinnen bekanntlich namentlich die Gesichtsreproductionen im Traume und kurz vor dem Einschlafen, doch vermögen

wir dieselben ja fast immer deutlich von wirklichen Sinneswahrnehmungen zu unterscheiden, wenn eben nicht unsere intellectuelle Kritik, wie im Traume, aufgehoben und dadurch der Täuschung Thür und Thor geöffnet ist.

Unter pathologischen Verhältnissen kann nun die Reproduction von Erinnerungsbildern nicht selten einen so hohen Grad von sinnlicher Deutlichkeit erreichen, dass auch im wachen Zustande eine scharfe Abtrennung der reproducirten von den wirklich wahrgenommenen Eindrücken nicht mehr möglich ist. Eine ganze Reihe von Forschern ist sogar der Ansicht, dass alle Trugwahrnehmungen unmittelbar als Phantasievorstellungen von aussergewöhnlicher sinnlicher Lebhaftigkeit aufzufassen seien. Allein der Umstand, dass bei Hallucinanten durchaus nicht alle, sondern nur bestimmte Gebiete der reproducirten Eindrücke in den Sinnestäuschungen eine Rolle zu spielen scheinen, und dass neben diesen letzteren stets auch Vorstellungen von dem gewöhnlichen, abgeblassten und gestaltlosen Charakter zu verlaufen pflegen, deutet darauf hin, dass noch ein besonderes Moment hinzukommen muss, wenn ein Erinnerungsbild die greifbare Deutlichkeit der Wahrnehmung erhalten soll.

Die nächstliegende und zumeist adoptirte Erklärung dieses Verhaltens ist die Annahme einer gleichzeitigen centrifugalen Erregung der centralen Sinnesflächen. Wir haben früher gesehen, dass die Erregungszustände dieser letzteren in der Form sinnlicher Wahrnehmung ins Bewusstsein treten müssen, weil ja alle Sinneseindrücke eben nur durch Vermittlung jener Erregungen auf unser Bewusstsein einwirken können. Wenn es demnach diese Centren sind, durch deren Erregung die Wahrnehmung ihren sinnlichen Charakter erhält, so liegt es nahe, eine grössere oder geringere Betheiligung derselben an dem Vorgange der lebhaften Reproduction zu vermuthen. Eine derartige Hypothese würde namentlich gut die Thatsache erklären, dass zwischen der Sinnestäuschung von vollkommener sinnlicher Deutlichkeit und der abgeblasstesten Reproduction eine continuirliche Reihe von Uebergangsstufen existirt, ein Verhalten, das sich durch die Annahme einer stärkeren oder schwächeren Miterregung der Sinnesflächen

am ungezwungensten erklären lassen würde. Möglich, dass sogar beim gewöhnlichen Denken diese centrifugale Reizung, die „Reperception“, wie Kahlbaum sie genannt hat, in sehr geringer Intensität immer stattfindet, und dass erst dann, wenn dieser Vorgang eine pathologische Ausdehnung gewinnt, oder wenn die Sinnesflächen sich in einem Zustande erhöhter Erregbarkeit befinden, die Lebhaftigkeit der Reproduction derjenigen der sinnlichen Wahrnehmung sich annähert. Es würde somit gewissermassen ein bestimmtes Verhältniss zwischen der Intensität der Reperception und der Reizbarkeit der Sinnesflächen bestehen: Je grösser die Reizbarkeit dieser letzteren, desto leichter würden die Erinnerungsbilder den Charakter der sinnlichen Deutlichkeit erhalten, desto schwächer brauchte die centrifugale Erregungswelle zu sein, um dieselben auszulösen, und desto unabhängiger würden sie vom Vorstellungsverlaufe sein. Der extreme Fall wäre in den früher besprochenen, auf autochthonen Reizungsvorgängen beruhenden Perceptionshallucinationen realisirt, die dem Subjecte ganz fremdartig, als etwas von aussen sich Aufdrängendes, gegenüberstehen.

Auf der andern Seite giebt es zahlreiche Fälle, in denen es sich gar nicht um eigentliche Sinnestäuschungen, sondern lediglich um Vorstellungen von grosser Lebhaftigkeit handelt. Bei genauerem Eingehen gelingt es, die zunächst auf Trugwahrnehmungen deutenden Aeusserungen der Kranken dahin zu präcisiren, dass die Eindrücke nicht eigentlich sinnliche, sondern „innerliche“ gewesen sind, die aber dennoch wegen ihrer aufdringlichen Intensität von den gewöhnlichen Vorstellungen unterschieden werden. Hier würde man sich etwa die Reperception sehr stark entwickelt, aber die Reizbarkeit der Sinnesflächen nicht erhöht vorzustellen haben. Für diese Auffassung spricht der Umstand, dass diese letztgenannte Kategorie der Reproduktionen, die man auch als psychische Hallucinationen (Baillarger), Pseudohallucinationen (Hagen) oder Apperceptions-hallucinationen (Kahlbaum) bezeichnet hat, zumeist mehrere oder alle Sinnesgebiete in correspondirender Weise umfassen, und dass sie stets in nahen Beziehungen zu dem sonstigen Bewusstseinsinhalte des Subjectes stehen, während

die an der entgegengesetzten Seite unserer Scala befindlichen Perceptionsphantasmen begreiflicher Weise in der Regel nur einem einzelnen Sinnesgebiete anzugehören pflegen und dem Vorstellungsverlaufe gegenüber sich durchaus selbstständig verhalten.

Eine interessante Illustration erhält die Theorie der Sinnestäuschungen durch eine eigenthümliche Störung, die man als „Doppeldenken“ bezeichnet hat. Sie besteht wesentlich in dem hallucinatorischen Mitklingen der Gedanken des Patienten. Unmittelbar an die auftauchende Vorstellung schliesst sich eine deutliche Gehörswahrnehmung des gedachten Wortes. Am häufigsten tritt dieses Mit-halluciniren beim Lesen, etwas seltener beim Schreiben auf, also dann, wenn eine Vorstellung sich mit einer gewissen Intensität in's Bewusstsein drängt. Leises oder lautes Aussprechen der Worte bringt die hallucinatorischen Nachklänge in der Regel zum Verschwinden. Stets bestehen ausserdem noch anderweitige Gehörstäuschungen. Zur Erklärung dieser Erscheinung wäre hier etwa eben wegen der Hallucinationen eine erhöhte Reizbarkeit der centralen Sinnesflächen anzunehmen, die sehr wol unter dem Einflusse der Reperception zur fortlaufenden Entstehung von Trugwahrnehmungen führen könnte, welche den Gedankengang des Subjectes inhaltlich Schritt für Schritt verfolgen. Die Ablenkung der centralen Erregungszustände auf motorische Bahnen scheint dann die centrifugale Reizung der Sinnesflächen durch den Vorstellungsverlauf und somit die Entstehung des Doppeldenkens bis zu einem gewissen Grade verhindern zu können.

Die grosse Schwierigkeit, Apperceptionshallucinationen, reproducirte Vorstellungen von fast sinnlicher Lebhaftigkeit, scharf von der wirklichen Wahrnehmung zu trennen, ist die Ursache, warum bei Geisteskranken gerade die Vermischung von Sinneseindrücken mit subjectiven, dem eigenen Vorstellungsverlaufe entstammenden Elementen eine so verhängnissvolle Quelle der Verfälschung ihrer Erfahrung wird. Dieser Vorgang, den wir als Apperceptionsillusion den früher berührten Formen der Illusion gegenüberstellen können, ist in geringerem Umfange schon unter normalen Verhältnissen überaus häufig. Niemandem kann es entgehen,

wie sehr auch die Wahrnehmung des Gesunden unter dem Einflusse der Erwartung, der vorgefassten Meinung steht, namentlich dann, wenn lebhaft affectirte die klare und objective Auffassung unserer Umgebung trüben. Auch der ruhigste naturwissenschaftliche Beobachter ist nicht immer ganz sicher, dass seine Wahrnehmungen sich nicht unmerklich nach den Anschauungen modificiren, mit denen er an sein Object herantritt; der eifrige Leser ergänzt und corrigirt die Versehen des Setzers aus dem Schatze seiner Vorstellungen, ohne ihrer nur gewahr zu werden, und die Affecte sind bekanntlich im Stande, in unserer Gesamtauffassung der Umgebung eine so rasche und durchgreifende Umwandlung herbeizuführen, dass die einzelnen Eindrücke in sehr stark veränderter, mit subjectiven Elementen verfälschter Gestalt in unser Bewusstsein gelangen. Bei Geisteskranken sind aber die Bedingungen für die Entstehung von Apperceptionsillusionen häufig ausserordentlich günstige: lebhaft affectirte, grosse Deutlichkeit der reproducirten Vorstellungen und endlich — ein später noch näher zu berücksichtigender Factor — Unfähigkeit zu einer kritischen Sichtung und Berichtigung des Erfahrungsmaterials. So kommt es, dass hier vielfach die sinnlichen Eindrücke in der Auffassung des Subjectes ganz groteske und phantastische Formen annehmen und auf diese Weise auch dort, wo keine eigentlichen Hallucinationen vorhanden sind, die Bausteine zu einer durch und durch verfälschten Anschauung von der Aussenwelt zu liefern im Stande sind.

Am leichtesten kommt natürlich eine derartige Verfälschung der Erfahrung dann zu Stande, wenn die von den Sinnen gelieferten Eindrücke nicht klar und scharf ausgeprägt, sondern unbestimmt und verschwommen sind. Wie wir im gewöhnlichen Leben undeutliche Wahrnehmungen am häufigsten missverstehen, d. h. unwillkürlich durch subjective Elemente ergänzen und interpretiren, so spielen auch bei Geisteskranken die Apperceptionsillusionen besonders dann eine grosse Rolle, wenn die scharfe Auffassung der Sinneseindrücke aus irgend welchen peripheren oder centralen Ursachen eine Beeinträchtigung erlitten hat.

In der Regel vollzieht sich dieser Vorgang der Ver-

mischung von Wahrnehmung mit subjectiven Elementen auf einem und demselben Sinnesgebiete; es giebt indessen auch eine ebenfalls hierher gehörige Gruppe von Störungen, welche in der Auslösung einer Trugwahrnehmung eines Sinnes durch einen normalen Eindruck im Bereiche eines anderen bestehen, die von Kahlbaum so genannten Reflexhallucinationen. Man kann sich dabei etwa vorstellen, dass der centripetale Sinnesreiz Erregungszustände hervorruft, die bei ihrer centrifugalen Uebertragung auf eine übererregliche Sinnesfläche dort zur Entstehung des Phantasma Veranlassung geben. Normale Beispiele dieses Vorganges sind alle die sogenannten sympathischen Empfindungen, die Tastempfindung bei einem blinden, gegen uns gerichteten Stosse, die unangenehmen Sensationen des nicht abgehärteten Zuschauers bei schmerzhaften Operationen u. s. f. In pathologischen Zuständen sind dieselben bisweilen sehr hochgradig und zugleich in sehr bizarren Formen entwickelt: die Kranken fühlen sich mit der Suppe „ausgefüllt“, von ihrer Nachbarin „eingenäht“, „eingestrickt“ und ähnliches.

Die klinischen Formen der Trugwahrnehmungen auf den einzelnen Sinnesgebieten zeigen eine grosse Mannigfaltigkeit. Unter den Gesichtstäuschungen sind am häufigsten nächtliche Erscheinungen, sogenannte Visionen, entweder leuchtende Gestalten, Gott, Christus, Engel, Verstorbene, lebhaft bewegte bunte Menschenmengen, Blumen, oder schreckhafte Fratzen, Teufel, wilde Thiere und dergl. Diese Erscheinungen gleichen in ihren meist etwas fremdartigen und phantastischen Formen, in ihrem raschen Wechsel und ihrer Vielgestaltigkeit den Trugwahrnehmungen des Fieberdeliriums oder des lebhaften, unruhigen Traumes, besitzen aber eine noch grössere sinnliche Deutlichkeit. Bisweilen ist es indessen später den Kranken selbst nicht möglich, dieselben von denjenigen eines „wachen Traumes“ zu unterscheiden. Ungleich mehr der objectiven Wahrnehmung sich nähernd und daher weit schwieriger zu corrigiren sind die seltener zur Beobachtung kommenden Gesichtstäuschungen, die sich am hellen Tageslichte zwischen die übrigen Eindrücke hineindrängen. Bisweilen sind es einzelne stereotype Gestalten, ein schwarzgekleideter Mann,

ein schwarzer Hund, Löwenköpfe, die zum Fenster hineinsehen oder neben dem Kranken stehen, oder aber die Gegenstände der Umgebung haben ein ganz anderes Aussehen angenommen, zeigen bestimmte Gesichter, bewegen, verändern sich und dergl. Hierhin gehören auch gewisse Fälle von Personenverwechslung, bei welchen die Kranken in fremden Personen ihre Angehörigen wiederzuerkennen glauben und ihre Ansicht auf das Bestimmteste festhalten, trotzdem in Wirklichkeit vielleicht nur eine ganz entfernte Aehnlichkeit zwischen den Verwechselten vorhanden ist. Im Allgemeinen sind Gesichtstäuschungen einer Correctur durch andere Sinne, namentlich den Tastsinn, verhältnissmässig leicht zugänglich und werden daher von Gesunden unter einigermassen günstigen Verhältnissen auch regelmässig als solche erkannt. Nur wo heftige Affecte, namentlich Angst, oder weit fortgeschrittene psychische Schwäche eine unbefangene Prüfung des Phantasmas verhindern, werden selbst gröbere und fremdartigere Verfälschungen der Gesichtswahrnehmung unter die Zahl der objectiven Sinneserfahrungen aufgenommen und als solche weiter verarbeitet.

Weit verderblicher aber sind in dieser Beziehung die Gehörstäuschungen. Dieselben treten zumeist als „Stimmen“ auf, ein Ausdruck, den der wahre Gehörshallucinant stets sogleich richtig versteht. Der Kranke hört, zuerst gewöhnlich hinter seinem Rücken, allerlei unangenehme, aufreizende Bemerkungen, die sich auf ihn beziehen und ihn zu beleidigen bestimmt sind. Namentlich nicht ganz deutliche Reden, halblaute Worte fasst er in diesem Sinne illusionär auf, bis er dann später auch gerade in's Gesicht hinein verhöhnt und verspottet wird. Schliesslich „knarren und ertönen dann die Wagen auf ganz ungewöhnliche Weise und liefern Erzählungen, die Schweine grunzen Namen und Erzählungen, sowie Verwunderungsbezeugungen, die Hunde schimpfen und bellen Vorwürfe, Hähne krähen solche, selbst Gänse und Enten schnattern Namen, einzelne Redensarten und Bruchstücke von Referaten“. Aus dem Schwirren der Stahlfedern, dem Läuten der Glocken tönen dem Kranken Rufe entgegen,

oder aus der Wand, aus dem Bette, in dem er liegt, ja aus den eigenen Ohren heraus, im Kopfe, im Unterleibe vernimmt er die quälenden Stimmen. Nicht selten haben dieselben verschiedene Höhe und Klangfarbe und werden daher verschiedenen Personen zugeschrieben; bisweilen ist es ein ganzer Chorus, dessen einzelne Mitglieder genau unterschieden werden, bisweilen nur einige wenige oder eine einzige. Vielfach sind die Stimmen leise, flüsternd oder zischelnd, wie aus der Ferne, von oben herunter, oder dumpf, aus dem Boden heraufkommend; seltener sind sie laut und schreiend, alles Andere übertönend. Ausser den Stimmen werden hier und da laute, schiessende und knatternde Geräusche, Glockenläuten, wirres Geschrei, seltener angenehme Musik, Gesang und dergl. gehört. In diesen letzteren Fällen dürften vorwiegend die centralen und peripheren Sinnesflächen an der Entstehung der mehr elementaren Phantasmen betheiligt sein.

Der Inhalt der Gehörstäuschungen ist, wie schon angedeutet, zumeist ein aufreizender und peinigender; er steht besonders bei den Stimmen fast immer in sehr nahen Beziehungen zu dem Wohl und Wehe des Individuums und gewinnt gerade dadurch eine ausserordentliche Macht über den ganzen Vorstellungskreis desselben, aus dem er ja zum grössten Theile erst hervorgegangen ist. Die fortwährenden Schmähungen, Beschimpfungen und höhnischen Bemerkungen, der Jammer gemisshandelter Angehöriger machen den Kranken misstrauisch und aufgereggt und bringen ihn zu entrüsteter Reaction gegen seine vermeintlichen Beleidiger; furchtbare Drohungen setzen ihn in Angst und Verwirrung und zwingen ihn zu rastloser Flucht, um den Verfolgern zu entgehen; gebieterische Befehle lassen ihn die unsinnigsten und bisweilen unnatürlichsten Thaten begehen, weil er übernatürlichen Mächten gehorchen zu müssen glaubt. Gerade die Unmöglichkeit einer durchaus überzeugenden Correctur der Täuschungen, denen er nirgends zu entfliehen vermag, ist es, die ihn schliesslich dem verderblichen Einflusse derselben gänzlich unterliegen lässt. Aus einem Affecte in den andern gejagt, verliert er immer mehr die Fähigkeit einer ruhigen Kritik gegenüber den durch die Aufregung

verstärkten Phantasmen, und es entwickelt sich so ein *Circulus vitiosus*, dessen Wirksamkeit durch die stete phantastische Verfälschung der Erfahrung allmählich die Grundlagen der gesammten psychischen Persönlichkeit erschüttert. Erst dann, wenn das affective Leben nach und nach seine gesunde Lebhaftigkeit eingebüsst hat, wenn der Kranke mit einem gewissen stumpfen Gleichmuth seine Täuschungen über sich ergehen lässt, verlieren dieselben allmählich den gewaltigen Einfluss auf sein Handeln. Die lange Gewohnheit lehrt ihn sogar bisweilen, die Trugwahrnehmungen zu ignoriren; sie giebt ihm eine gewisse Routine in der äusserlichen Correctur derselben und bewahrt ihn vor gemeingefährlichen Reactionen. Zugleich aber ist jetzt auch der ganze Mensch ein anderer geworden, eine Ruine, die zur Noth wieder bewohnbar gemacht wurde.

In anderen Fällen tritt namentlich der übernatürliche Charakter der gehörten Stimmen stärker hervor; sie sind dann nicht selten von Visionen begleitet. Gott oder Christus geben dem Kranken einen Auftrag, eine Verheissung oder klären ihn über ein Geheimniss seiner Persönlichkeit auf. Der ganze Vorgang hat hier gewöhnlich etwas Traumhaftes, Uebersinnliches, während die quälenden und verfolgenden Stimmen durchaus den Charakter directester Sinneswahrnehmung zu besitzen pflegen. Im Fieberdelirium und bei sehr verwirrten Kranken zeigen auch die Gehörstäuschungen den raschen Wechsel und die unklare Verworrenheit der unter gleichen Verhältnissen vorkommenden Gesichtsphantasmen.

Von den eigentlichen Gehörstäuschungen abzutrennen und meist als reine Apperceptionshallucinationen ohne sinnliche Deutlichkeit zu betrachten sind die sogenannten „inneren Stimmen“, die „Weltsprache“, das „Telephoniren“, „Telegraphiren“ und dergl. Es handelt sich hier um lebhaftere Vorstellungen, die in der Art der Rede und Wechselrede im Bewusstsein des Kranken sich aneinander schliessen, ohne darum jedoch wirklich wahrgenommen zu werden, wenn sich auch an diese Erscheinung gewöhnlich die Wahnidee knüpft, dass durch dieselbe eine förmliche, stille Unterhaltung mit fernen Personen ermöglicht werde. Das Nach-

sprechen der Gedanken, wie wir es oben als „Doppeldenken“ bezeichneten, ist dagegen wirkliche Hallucination; es führt naturgemäss zu der Vorstellung, dass die eigenen Gedanken „laut“ und somit der Umgebung bekannt werden, dass Jemand dieselben lesen und deshalb nachsprechen könne oder endlich, dass die eigenen Gedanken durch fremde Einwirkung gemacht und beeinflusst würden.

Von weit geringerer unmittelbarer Bedeutung, als die Phantasmen des Gesichts und Gehörs, deren Gebiet ja vor Allem das sinnliche Material unserer Vorstellungen entnommen wird, sind die Täuschungen im Bereiche der übrigen Sinne für das psychische Leben des Kranken. Der geängstigte Kranke empfindet den Geruch giftiger Dünste, die ihn tödten sollen, oder den Schwefelgestank des Teufels, der ihn bedroht; er schmeckt allerlei unappetitliche und schädliche Substanzen, Menschenfleisch, Koth, Arsenik, Canthariden in seinem Essen, die ihm von seinen Feinden hineingebracht werden. Diese Trugwahrnehmungen deuten, soweit sie eben in dem Ideenkreise des Kranken und nicht in peripheren Störungen ihre Ursache haben, vielfach auf eine tiefere Umwälzung in der ganzen Stellung desselben zur Aussenwelt hin. Dasselbe gilt von den analogen Anomalien des Hautsinnes und des Gemeingefühls. Hier ist ja die ausschliessende Controle etwaiger äusserer Einwirkungen an sich überaus leicht und einfach; wo also dennoch die Wahnideen des Electrisirtwerdens, des Besessenseins, der Verwandlung einzelner Körpertheile in Wachs, Butter, Glas, Holz, des Verschwindens und Fehlens von Kopf, Mund, Magen, After u. s. f. auftreten, da handelt es sich nicht mehr um einfache Verfälschungen der Wahrnehmung, sondern fast immer um eine völlige Wandlung der gesamten psychischen Persönlichkeit. Zwar können hier gewiss die einzelnen Eindrücke, welche das Erfahrungsmaterial bilden, auf hallucinatorischem oder illusorischem Wege entstanden, resp. verändert sein, allein dieselben sind dennoch an sich zu unbestimmt, um etwa in ähnlicher Weise wie die Gehörs- und Gesichtstäuschungen den Bewusstseinsinhalt beeinflussen zu können. Erst dadurch, dass eine geschwächte oder zu unkritisch-phantastischer Auslegung

geneigte Intelligenz sich dieser verfälschten Wahrnehmungen bemächtigt, um sie zur Grundlage einer veränderten Auffassung des eigenen Ich und seiner Umgebung zu gestalten, gewinnen sie eine Bedeutung für den Vorstellungsverlauf, welche sie in einem gesunden Bewusstsein niemals erlangen könnten.

Trübungen des Bewusstseins. Ausser den Vorgängen im peripheren und centralen Sinnesgebiete ist für die Erwerbung des Erfahrungsmateriales noch ein weiterer Factor von hervorragender Wichtigkeit, nämlich die Umwandlung der centralen Erregungszustände in Bewusstseinsinhalt, die Perception und Apperception der Sinneseindrücke. Aeussere Reize erzeugen in unserem Innern gewisse eigenthümliche, nicht näher definirbare Zustandsveränderungen, die wir unmittelbar auffassen und als Vorstellungen, Gefühle, Strebungen und dergl. bezeichnen. Diese allgemeinste Thatsache der inneren Erfahrung bezeichnen wir als das Bewusstsein. Ueberall, wo äussere Eindrücke in psychische Vorgänge umgesetzt werden, ist Bewusstsein vorhanden, denn dasselbe ist eben nichts Anderes, als ein Ausdruck für das Stattfinden dieser Umwandlung. Das Wesen des Bewusstseins ist für uns absolut dunkel; wir wissen nur, dass die Existenz desselben in gesetzmässiger Abhängigkeit von den Functionen der Hirnrinde steht, und dass auch die einzelnen Vorgänge im Bewusstsein höchst wahrscheinlich gewissen, bisher noch unbekannten, physiologischen Processen im Centralorgane parallel gehen, resp. an sie gebunden sind. Wie von der Beschaffenheit der peripheren Sinnesorgane die Umsetzung der physikalischen Reize in Sinneserregung abhängig ist, so sind weiterhin die Zustände des Centralorganes für die Umwandlung der physiologischen Erregungen in Bewusstseinsvorgänge von massgebender Bedeutung. Ob und in welchem Masse diese letztere Umwandlung stattfindet, das ist bisher im Einzelfalle oft äusserst schwierig zu eruiren, da uns in die innere Erfahrung eines Individuums kein directer Einblick, sondern nur ein Rückschluss aus seinen Handlungen möglich ist. Aus diesen letzteren allein entnehmen wir mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit, ob sie in ihrem Ablaufe von psychischen Vorgängen beeinflusst worden sind oder nicht.

Denjenigen Zustand, in welchem die Umsetzung physiologischer in psychische Prozesse gänzlich aufgehoben ist, bezeichnen wir als Bewusstlosigkeit. Jeder Reiz, der überhaupt über die Schwelle des Bewusstseins treten und somit einen psychischen Eindruck hervorrufen soll, muss eine Intensität besitzen, die nicht unter einen bestimmten Werth, den sogenannten Schwellenwerth, heruntersinken darf. Allein die Grösse des Schwellenwerthes wechselt je nach den Zuständen unseres Centralorgans ausserordentlich. Während sie bei gespannter Aufmerksamkeit ihr Minimum erreicht, kann sie in tiefster Ohnmacht unendlich werden, d. h. es genügen hier bisweilen selbst die allerstärksten Reize nicht mehr, um Bewusstseinsvorgänge auszulösen. Man kann demnach je nach der Grösse des Schwellenwerthes verschiedene Helligkeitsgrade des Bewusstseins annehmen, wie sie auch praktisch häufig unterschieden werden, ja man hat sogar nach diesem Principe die Intensität des Schlafes in den einzelnen Stadien desselben bestimmen können. Auch dort, wo äussere Reize keine Bewusstseinsvorgänge auszulösen vermögen, findet übrigens sicherlich nicht selten wenigstens noch ein Wechsel von dunklen Vorstellungen oder Gemeingefühlen statt, welche durch die Zustände des eigenen Innern erzeugt werden. Am eclatantesten sehen wir ja in der alltäglichen Erscheinung des Traumes, dass die Schwellenwerthe für innere und äussere Reize eine sehr verschiedene Grösse besitzen können.

Durch die hier von uns gegebene Definition, die sich unmittelbar aus der wissenschaftlichen psychologischen Terminologie ergibt, haben wir den Begriff der Bewusstlosigkeit weit enger umgrenzt, als man das zumeist in der psychiatrischen Praxis zu thun pflegt. Man hat sich hier gewöhnt, vielfach auch solche Zustände als Bewusstlosigkeit zu bezeichnen, in denen zwar unzweifelhaft Gefühle, Vorstellungen, Willensimpulse, kurz psychische Vorgänge, sich im Innern des Kranken abspielen, in denen aber die klare Auffassung der Aussenwelt und der eigenen Persönlichkeit, das „Selbstbewusstsein“ in erheblicherem Masse gestört ist. Die Klarheit des Bewusstseins ist abhängig von der Thätigkeit der Apperception, d. h. von der Erfassung

der äusseren und inneren Eindrücke durch die Aufmerksamkeit, ähnlich wie die Deutlichkeit des Sehens bedingt wird durch die Fixirung eines Gegenstandes im Blickpunkte des Gesichtsfeldes. Alle Störungen der Apperception beeinträchtigen daher die Klarheit der Auffassung äusserer und innerer Vorgänge in höherem oder geringerem Grade und führen eine „Trübung“ des Bewusstseins, einen „Dämmerzustand“ desselben herbei, der alle Gebiete des psychischen Lebens in Mitleidenschaft zieht.

In den höchsten Graden dieser Bewusstseinsstörung besteht der gesammte Wahrnehmungsinhalt nur aus einem verworrenen Gemisch unklarer Vorstellungen und dunkler Gefühle, in welchem keine deutliche Auffassung, keine Ordnung und Gruppierung möglich ist. Derartige Zustände haben wir höchst wahrscheinlich vorauszusetzen bei den schweren psychischen Entwicklungshemmungen der Idiotie, ferner in der *Melancholia attonita*, sowie in den tieferen Blödsinnsformen, namentlich dem apathischen. Natürlich finden sich zahlreiche Abstufungen, die uns von den ausgeprägtesten Krankheitsbildern allmählich in Zustände hinüberführen, welche, im Bereiche des Normalen liegend, nur noch Andeutungen jener elementaren Störung darbieten.

Ein naheliegendes Beispiel liefern die Erscheinungen des Traumes. Die Apperception äusserer Reize ist hier beträchtlich erschwert; erst nach längerer Einwirkung oder bei grösserer Intensität machen sie sich, Anfangs undeutlich und verschwommen, allmählich distincter und energischer, im Bewusstseinsinhalte geltend. Dagegen geht die Apperception der wechselnden Vorstellungen in lebhafter Weise vor sich, aber sie ist fast gänzlich vom Willen unabhängig, wie wir am eindringlichsten dann erfahren, wenn wir uns durch die Erlebnisse des Traumes fortwährend auf das Peinlichste in der Ausführung irgend einer Absicht behindert fühlen. Ein ganz oder nahezu normales Paradigma von Erschwerung der Apperception stellt ferner die einfache Ermüdung dar, die Unfähigkeit, irgend einen Vorgang der Aussenwelt klar und scharf zu erfassen, wie sie im zweiten (Lähmungs-) Stadium der acuten Alkoholvergiftung das hervorstechendste psychologische Symptom bildet.

Störungen der activen Apperception. Für die inhaltliche Gestaltung der individuellen Erfahrung ist endlich die Fähigkeit einer Beeinflussung des Wahrnehmungsvorganges durch den Willen von der allergrössten Bedeutung. Ohne diese Fähigkeit würden ja nur gerade die jedesmal intensivsten Reize der Aussenwelt, ganz abgesehen von ihrem inneren Zusammenhange, in ihrer zufälligen zeitlichen Folge ins Bewusstsein gelangen. Die Möglichkeit einer willkürlichen Direction der Aufmerksamkeit dagegen gestattet eine überaus mannigfaltige Variation des Schwellenwerthes, so dass wir im gleichen Augenblicke sehr intensive Reize völlig zu ignoriren im Stande sind, wo wir die minutiösesten Veränderungen irgend eines Objectes mit der grössten Schärfe auffassen. Störungen der activen Apperception sind bei Geisteskranken, speciell in den affectiven Formen und bei Schwachsinnigen, überaus häufig. Schon die leisesten Andeutungen derselben documentiren sich in den grossen Schwankungen, welche die Dauer einfachster psychischer Vorgänge (Auffassung eines Sinneseindrucks und Ausführung einer Bewegung) bei solchen Kranken regelmässig darzubieten pflegt. Es fehlt denselben eben die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit dauernd in gleichem Masse willkürlich gespannt zu erhalten, so dass Buccola*) jene exact bestimmbaren Schwankungen mit Recht als das „Dynamometer der Aufmerksamkeit“ bezeichnen konnte.

Es liegt auf der Hand, dass jede beträchtlichere Störung des Apperceptionsvorganges überhaupt, wie sie mit Trübung des Bewusstseins einhergeht, auch die Möglichkeit einer activen Direction der Aufmerksamkeit gleichzeitig auf das empfindlichste beeinträchtigen muss. In sehr eclatanter Weise macht sich dieses Verhalten geltend in den sogenannten hypnotischen Zuständen.***) Es gelingt bekanntlich, namentlich bei psychopathisch disponirten und nervösen Individuen (Hysterischen), durch die Einwirkung gewisser

*) Buccola, la legge del tempo nei fenomeni del pensiero 1883.

**) Heidenhain, der sog. thierische Magnetismus, 4. Auflage, 1880; Bäumlcr, der sog. animalische Magnetismus oder Hypnotismus, 1881; Rieger, der Hypnotismus, 1884.

ein förmiger Reize (Anstarren eines glänzenden Gegenstandes, leises Streichen des Gesichtes, Ticken einer Taschenuhr) neben vielen anderen, einstweilen der Nervenpathologie angehörigen Erscheinungen eine eigenthümliche Alteration des Bewusstseins herbeizuführen, die sich eben hauptsächlich durch die Ausschaltung jenes Einflusses auszeichnet, welche die Ueberlegung und Willkür des Individuums auf die apperceptiven Vorgänge und die äusseren Willenshandlungen ausübt. Die Aufmerksamkeit bewegt sich nicht mehr frei und selbständig nach inneren Motiven von einem Objecte zum andern, sondern sie wird in ihrer Richtung vollständig durch die Stärke der äusseren Eindrücke bestimmt, so dass ein geschickter Experimentator die successive Wahrnehmung der Aussenwelt ganz nach seinem Belieben zu dirigiren vermag. Dabei ist, vielleicht gerade wegen des Ausfalls der höheren psychischen Functionen, die Lebhaftigkeit der Phantasiebilder derartig gesteigert, dass dieselben, wie sie durch äussere Einwirkungen (zugerufene Worte) in das Bewusstsein gehoben werden, für das Individuum vollkommen sinnliche Deutlichkeit gewinnen. Ja, die durch das Phantasiebild einseitig fixirte Aufmerksamkeit ist sogar nicht im Stande, die gleichzeitig stattfindenden widersprechenden Sinneseindrücke aufzufassen und zur Berichtigung der Trugwahrnehmung zu verwerthen.

Ausserdem giebt es aber auch Zustände, in welchen gerade die Auffassung äusserer Eindrücke so sehr erleichtert ist, dass eben dadurch die Herrschaft des Willens über die Apperception aufgehoben wird. Die leichtesten Grade dieser Störung finden wir in manchen Formen der „Zerstreuung“ gegeben. Wo jeder neue Eindruck sofort mit einer gewissen Intensität sich in das Bewusstsein drängt, kann keine Auswahl zwischen den einzelnen Wahrnehmungen mehr stattfinden; die Aufmerksamkeit wird beständig wieder von dem erfassten Gegenstande abgelenkt, und liefert so für die Erfahrung ein unzusammenhängendes, vom Zufall zusammengewürfeltes Sinnesmaterial, ohne jenes einheitliche innere Band, welches die einzelnen Beobachtungen nach bestimmten Gesichtspunkten mit einander verknüpft. Dieser Zustand erhöhter Erregbarkeit, wie er sich z. B. bei Maniakalischen

mehr oder weniger ausgesprochen vorzufinden pflegt, kann sich soweit steigern, dass jeder beliebige äussere Eindruck von einer gewissen Stärke sofort appercipirt wird und die Herrschaft im Bewusstseinsinhalte gewinnt, allerdings nur, um im nächsten Augenblicke von einem anderen wieder abgelöst zu werden. In den Reden derartiger Kranker spiegelt sich dieses Verhalten häufig in sehr auffallender Weise, insofern sich in dieselben in wirrem Durcheinander alle Gegenstände der Umgebung verflechten, die gerade der schweifende Blick trifft, alle Worte, die dem Patienten mit einigem Nachdrucke vorgesagt werden. Es gelingt auf diese Weise dem Arzte sehr leicht, die Auffassung ganz willkürlich hierhin und dorthin zu lenken, ja auch durch fortgesetztes Beharren bei einem Gegenstande den immer und immer wieder abspringenden Kranken wenigstens für eine kurze Zeit bei demselben zu „fixiren“.

B. Störungen der intellectuellen Operationen.

Das durch die Sinne gelieferte und von der Apperception aufgefasste Erfahrungsmaterial bildet die Grundlage aller weiteren intellectuellen Operationen und somit auch der psychischen Individualität des Menschen in ihrem Vorstellungsleben. Man sieht daher sogleich, dass alle die aufgeführten Störungen der Sinneserkenntniss, wie sie durch die Sinnestäuschungen, durch Aufhebung und Alteration des Bewusstseins, endlich durch die Unfähigkeit zu activer, auswählender Apperception repräsentirt werden, nicht ohne die weitreichendsten Folgen für die Gestaltung des gesamten Bewusstseinsinhaltes und der psychischen Persönlichkeit bleiben können. Je unvollkommener und verfälschter die Nachrichten von der Aussenwelt zur Wahrnehmung gelangen, desto fragmentarischer und subjectiver wird die Anschauung bleiben, welche sich im Bewusstsein des Individuums von seiner Umgebung, vom eigenen Ich und von der Stellung dieses letzteren zu seiner Umgebung entwickelt. Dazu kommt, dass zu jenen Störungen, welche die Sammlung des Erfahrungsmaterials beeinträchtigen, fast

ausnahmslos sich noch solche gesellen, die eine weitere Verarbeitung desselben in krankhafter Weise beeinflussen.

Störungen der Reproduction. Die allgemeinste Grundlage aller geistigen Thätigkeit ist das Gedächtniss. *) Jeder einmal in's Bewusstsein getretene Eindruck hinterlässt nach seinem Schwinden aus demselben eine allmählich abnehmende „Disposition“ zu seiner Wiedererneuerung, die entweder durch eine zufällige Association, oder durch eine active Anstrengung des Subjectes, das Besinnen, vermittelt werden kann. Diese Disposition, diese bleibende Spur, welche die einmal gemachte Wahrnehmung auf längere Zeit hinaus dem Erfahrungsschatze des Individuums einreicht und sie seinem Gedächtnisse zur Verfügung stellt, haftet im Allgemeinen um so stärker und länger, je klarer der ursprüngliche Eindruck aufgefasst worden und je allseitiger er zu dem übrigen Bewusstseinsinhalte des Subjectes in Beziehung getreten war, je mehr er, mit anderen Worten, das Interesse dieses letzteren erregt hatte.

Die dauerndste und treueste Erinnerung finden wir daher überall dort vor, wo eine Erscheinung oder eine Folge von Eindrücken durch die active Aufmerksamkeit des Individuums nach bestimmten Gesichtspunkten verfolgt und zu möglichst klarer Auffassung gebracht wurde. Trübungen des Bewusstseins beeinträchtigen somit nicht nur die Sammlung äusserer Erfahrung, sondern auch die weitere Verwerthung der etwa noch gemachten fragmentarischen Wahrnehmungen, da die Reproductionsfähigkeit derselben eine äusserst geringe und rasch gänzlich verschwindende ist. Aus dem Fehlen der Erinnerung an eine gewisse Zeitperiode wird daher meistens auf eine Aufhebung des Bewusstseins während derselben zurückgeschlossen, ja streng genommen ist die Erinnerungslosigkeit, die Amnesie, fast das einzige Kriterium, welches uns mit einiger Sicherheit die Annahme einer vorangegangenen Bewusstlosigkeit gestattet. Allein die tägliche Erfahrung des Vergessens von Träumen, an die wir bisweilen nur durch einen zufälligen Eindruck wieder erinnert werden, zeigt uns, dass sehr wol ein

*) Ribot, Das Gedächtniss und seine Störungen, 1882.

psychisches Leben, also Bewusstsein, bestehen kann, ohne dass doch die Spuren der Eindrücke und Vorstellungen fest genug im Gedächtnisse haften, um ohne Schwierigkeit eine Reproduction derselben zu gestatten. Ganz ähnlich sind sicherlich jene Bewusstseinsstörungen der Epileptiker, der *Mania transitoria*, des Hypnotismus zu beurtheilen, in denen die klinische Beobachtung nicht selten unzweideutige Anzeichen psychischer Thätigkeit zu constatiren vermag, trotzdem nachher nicht die mindeste subjective Erinnerung an dieselbe besteht. Für diese Auffassung sind besonders wichtig die bisweilen beobachteten Fälle, in denen unmittelbar beim Abklingen der Störung noch eine gewisse Reproduction des Vorgefallenen möglich ist, die aber späterhin rasch verschwindet.

Wenn es besonders der Vorgang der activen Erfassung eines Eindruckes durch die Aufmerksamkeit ist, der eine dauernde Bereicherung unseres Erinnerungsmaterials vermittelt, so werden wir auch dort Störungen der Reproduction zu erwarten haben, wo zwar die Apperception, das deutliche Bewusstsein der Wahrnehmungen nicht aufgehoben, wo sie aber in höherem oder geringerem Grade der willkürlichen Direction des Subjectes entzogen wird. Diese Alteration ist es, auf welcher vornehmlich das bekannte Symptom der Gedächtnisschwäche beruht, welches die verschiedensten Zustände des normalen und krankhaften psychischen Lebens begleitet. Schon die einfache Ermüdung lässt zwar momentan noch klare Vorstellungen von unserer zufälligen Umgebung in uns entstehen, aber sie bedingt wegen der nur passiven Hingabe an die äusseren Eindrücke ein rascheres Verschwimmen und Schwinden derselben aus unserer Erinnerung. Im späteren Greisenalter ist dieser Zustand fast immer ein dauernder: Die Auffassung neuer Eindrücke geschieht habituell ohne jenes innere Interesse, welches die active Apperception charakterisirt, und die Reproductionsfähigkeit bleibt daher für sie eine beschränkte, während so oft die Erinnerungen aus vergangener Zeit, nicht mehr verdrängt durch neuen Erwerb, mit erstaunlicher Lebhaftigkeit und Treue im Vorstellungsverlaufe wiederkehren.

Dieselbe Erscheinung begegnet uns in pathologischer Ausprägung in der *Dementia paralytica* und bei anderen Formen der progressiven Verblödung. Obgleich die Apperception auffallender äusserer Eindrücke noch leidlich gut von Statten geht, werden dieselben dennoch sehr rasch, oft schon in der nächsten Minute, wieder vergessen, während Vorstellungen aus früherer, gesunder Zeit noch immer, theilweise wenigstens, im Gedächtnisse haften. Erst dann, wenn die Störung immer weiter fortschreitet, erlischt schliesslich auch die Reproductionsfähigkeit der intellectuellen Ueberreste vergangener Tage, und es kommt somit bei dem Mangel jedes neuen Erwerbs zum völligen Untergange des gesammten Vorstellungslebens, so dass das schwache Fünkchen des Bewusstseins nur noch durch den Wechsel dunkler, unbestimmter Gefühle glimmend erhalten wird.

Ein ähnliches praktisches Resultat, wie die bisher aufgeführten Störungen hat natürlich jene Alteration für die Erinnerung, die wir als erhöhte Erregbarkeit auf dem Gebiete der Apperception kennen gelernt haben. Auch hier entzieht sich ja die Auffassung der Umgebung dem Einflusse der activen Direction durch das Subject, auch hier bleiben die einzelnen Wahrnehmungen gerade deshalb und wegen ihrer raschen Aufeinanderfolge ungenau, unzusammenhängend und nur in sehr geringem Grade reproductionsfähig. Die Erinnerung an solche Zustände pflegt daher auch zumeist nur eine summarische und verworrene zu sein, doch giebt es begreiflicherweise je nach der Ausprägung der Störung alle möglichen Uebergangsstufen bis zur völlig klaren und treuen Aufbewahrung aller erfahrenen Eindrücke im Gedächtnisse.

Nur kurz erwähnt soll hier werden, dass ausser den zeitlich begrenzten Erinnerungsdefecten bekanntlich auch der Verlust bestimmter Gruppen von Vorstellungen aus dem Gedächtnisse beobachtet wird, ein Vorgang, dessen bestbekanntes Beispiel durch die amnestische Aphasie, die Unfähigkeit der Reproduction einzelner oder aller sprachlicher Klangbilder repräsentirt wird. Derartige partielle Störungen beruhen nicht auf allgemeinen Alterationen der Apperception, sondern höchst wahrscheinlich auf der Unter-

brechung gewisser Leitungsbahnen, an deren Integrität die bewusste Reproduction jener Vorstellungen gebunden ist. Da diese Störungen in der Pathologie des Gehirns ausführlich behandelt zu werden pflegen, so können wir hier über dieselben hinweggehen.

Die ununterbrochene und allseitige Verknüpfung, welche sich zwischen allen gleichzeitigen und unmittelbar aufeinanderfolgenden Vorgängen in unserem Bewusstsein stetig vollzieht, ist die Ursache, dass sich die ganze Summe unserer Reminiscenzen in eine continuirliche Reihe einordnet, deren Endpunkt der gegenwärtige Augenblick bildet, während das Anfangsglied mehr oder weniger weit in die Vergangenheit zurückreicht. Nur die jüngsten Elemente dieser Reihe sind jeweils in grösserer Vollständigkeit und Klarheit Inhalt unseres Gedächtnisses; je weiter wir nach rückwärts gehen, desto mehr verwischen sich die Einzelheiten, und desto rascher schrumpft die Reihe auf vereinzelte, besonders bedeutsame Erinnerungsthatsachen zusammen, an welche sich ein Gemisch von Einzelreminiscenzen in mehr oder weniger lockerer Weise anknüpft. Jene Marksteine sind es, welche sich in bestimmte Beziehungen zu allgemeineren Ereignissen, insbesondere zur Zeitrechnung, setzen und uns damit eine wenigstens annähernde zeitliche Localisation unserer Erfahrungen in der Vergangenheit ermöglichen.

Störungen dieser zeitlichen Localisation finden sich bei Geisteskranken häufig genug, vor Allem fast regelmässig in der Paralyse. Die Kranken wissen nicht, wie lange sie sich schon in der Anstalt befinden, wann sie zuletzt Besuch gehabt, ja wann sie zu Mittag gegessen haben, auch wenn sie sich der betreffenden Thatsachen selbst noch leidlich gut erinnern. Die augenblicklichen Eindrücke haften bei ihnen zu locker, um sich zu jener festgegliederten Reihe an einander schliessen zu können, welche dem rückschauenden Blicke die Abschätzung der zeitlichen Entfernung von der Gegenwart gestattet. Aehnlich, wie wir uns nach einförmigen, reizlosen Wochen des letzten bedeutsamen Ereignisses entsinnen, als sei es „erst gestern“ gewesen, so erscheinen auch dem Paralytiker die Monate, die keine bleibende Spur in seiner Erinnerung zurückgelassen haben, wie wenige Tage.

Das gewohnte Mass des Wechsels der Tageszeiten, das uns vor dem unwillkürlichen Schätzungsfehler bewahrt, geht für seine gestörte Aufmerksamkeit verloren, so dass er rathlos, nur auf die Hülfe seines unzuverlässigen Gedächtnisses angewiesen, der Aufgabe einer zeitlichen Localisation gegenüber steht.

Endlich aber ist es auch die Treue der Erinnerung, die inhaltliche Identität der Reproduction mit der vergangenen Erfahrung, welche bei Geisteskranken mannigfaltige und erhebliche Störungen darbieten kann. Wir wissen aus experimentellen, wie aus alltäglichen Erfahrungen, dass selbst die allereinfachsten Erinnerungsbilder schon unter normalen Verhältnissen niemals vollständig den Wahrnehmungen gleichen, sondern sofort eben durch die Aufbewahrung im Gedächtnisse und die Einordnung in den sonstigen Bewusstseinsinhalt nicht unbeträchtliche Wandlungen durchzumachen pflegen. Man denke nur daran, wie klein dem Erwachsenen nach langer Abwesenheit die Dimensionen erscheinen, die ihm als Kind imponirten. Mit der Veränderung des allgemeinen Grössenmassstabes ist hier auch das Erinnerungsbild unvermerkt gewachsen, so dass dann der Contrast desselben mit der Wirklichkeit völlig überraschend wirkt. In ähnlicher Weise werden durch die krankhaften Veränderungen der psychischen Persönlichkeit, durch die Gefühlsanomalien, die Wahnideen sehr häufig nachträglich die Reminiscenzen aus der Vergangenheit in pathologischer Weise verfälscht. Dem Melancholischen erscheint sein ganzes Vorleben als eine Kette von trüben Erfahrungen oder schlechten Handlungen; der Verfolgungs- und der Grössenwahn werfen ihre Schatten zurück auf frühere Zeiten und lassen den Kranken schon in der Jugend die Andeutungen eines feindseligen Verhaltens seiner Umgebung, auffallender Beachtung durch hochgestellte Personen oder hervorragender Leistungsfähigkeit auf den verschiedensten Gebieten menschlichen Könnens ausfindig machen.

In der Regel handelt es sich dabei nur um eine theilweise Vermischung wirklicher Erlebnisse mit subjectiven Elementen, also um einen Vorgang, der mit den Illusionen in eine gewisse Parallele zu stellen wäre. Bisweilen jedoch

kommt es auch zu „Hallucinationen der Erinnerung“ (Sully), zu völlig phantastischer Erfindung scheinbarer Reminiscenzen, denen gar kein Vorbild in der Vergangenheit entspricht. Namentlich bei Paralytikern und Verrückten wird diese Form der Erinnerungsfälschung nicht selten beobachtet. Die Kranken erzählen von fabelhaften Reisen, die sie gemacht, wunderbaren Abenteuern, die sie erlebt, gewaltigen Kämpfen, die sie überstanden, schrecklichen Verwundungen, die sie erlitten haben, und lassen sich durch Zwischenfragen und Einwürfe zu allen möglichen, vielfach einander widersprechenden Detailangaben verleiten. Meist liegen solche phantastische Erlebnisse Jahre, selbst Jahrhunderte oder Jahrtausende zurück; nur von Paralytikern hört man völlig erfundene Reminiscenzen auch in die jüngste Vergangenheit, die letzten Tage oder Stunden verlegen. In anderen Fällen werden die Erinnerungsfälschungen nicht frei producirt, sondern sie schliessen sich an irgend welche zufälligen äusseren Eindrücke an. Die Kranken (zumeist Verrückte) glauben einzelne Personen oder Gegenstände ihrer Umgebung früher schon einmal gesehen oder von ihnen gehört zu haben, ohne sie doch mit wirklichen Erinnerungsbildern zu identificiren. Sie verkennen daher jene Objecte keineswegs, wie das bei den Apperceptionsillusionen, bei der Beeinflussung einer Wahrnehmung durch die Erinnerung, der Fall war, sondern es vollzieht sich hier der umgekehrte Vorgang: an die vollkommen scharf aufgefasste Wahrnehmung knüpft sich eine durchaus phantastische Reminiscenz, deren vermeintliches Original gewöhnlich einige Monate oder seltener Jahre zurückdatirt wird.

Endlich haben wir noch einer letzten Form der Erinnerungsfälschung zu gedenken, die am besten von Sander beschrieben worden ist. Schon im gesunden Leben begegnet es uns, namentlich in der Jugend und im Zustande einer gewissen Abspannung bisweilen, dass sich uns in irgend einer Situation plötzlich die Vorstellung aufdrängt, als hätten wir dieselbe schon einmal ganz in derselben Weise erlebt. Zugleich haben wir eine dunkle Ahnung dessen, was nun voraussichtlich kommen wird, ohne uns jedoch ein klares Bild davon machen zu können. In der That scheint

uns irgend ein alsbald eintretendes Ereigniss wirklich unsere Ahnung zu erfüllen. Auf diese Weise stehen wir eine kurze Zeit lang gewissermassen als passive Zuschauer dem eigenen Vorstellungsverlaufe gegenüber, der in unbestimmten Andeutungen dem wirklichen Verlaufe der Dinge vorseilt, bis plötzlich die ganze Erscheinung verschwindet. Gefühle einer peinlichen Unsicherheit und Spannung pflegen sich regelmässig mit derselben zu verknüpfen.

In sehr ausgeprägter Weise wird diese Störung hier und da unter pathologischen Verhältnissen, besonders bei Epileptikern im Zusammenhange mit den Anfällen, beobachtet. Was dieselbe von den früher genannten Formen der Erinnerungsfälschung unterscheidet, ist die völlige Identificirung der gesammten Situation unter Einschluss des Subjectes selbst mit einer anscheinenden Reminiscenz. Während dort einzelne Eindrücke als von früher her direct oder häufiger indirect bekannt recognoscirt werden, ist hier die ganze Situation mit allen Einzelheiten vermeintlich nur die getreue Copie eines identischen Erlebnisses aus der eigenen Vergangenheit. So kommt es, dass in den seltenen Fällen, in denen sich diese Fälschung Wochen, Monate, ja durch Decennien hindurch fortspinnt, mit einer gewissen Nothwendigkeit in dem Kranken die Vorstellung erzeugt wird, dass er ein sich selbst wiederholendes Doppelleben führt. Die Grundlage dieser Störung ist durchaus dunkel. Möglich ist es, dass bisweilen wirkliche verschwommene Reminiscenzen, namentlich aus Träumen, auf Grund entfernter Aehnlichkeiten mit der vielfach nur in allgemeinen Umrissen aufgefassten gegenwärtigen Situation fälschlich identificirt werden, doch dürfte diese Erklärung schwerlich für alle Fälle zutreffen. Die unangenehmen Erwartungsgefühle lassen sich wol am wahrscheinlichsten auf das vergebliche Ringen nach einer deutlichen Apperception des verschwommenen Bewusstseinsinhaltes zurückführen.

Störungen der Association und Begriffsbildung.

Wie sich bei dem Vorgange der Illusion ein äusserer Eindruck mit reproducirten Wahrnehmungselementen zu einem Gesamtbilde vereinigt und als einheitlicher psychischer Vorgang in das Bewusstsein tritt, so liefert die Fähigkeit

der Reproduction auch die Möglichkeit einer Verbindung der Vorstellungen untereinander. Sehr selten nur oder nie sind es einfache Vorstellungen, welche den Inhalt des entwickelten Bewusstseins erfüllen; in mannigfaltigster Combination verschmelzen und verknüpfen sie sich mit einander zu mehr oder weniger complexen psychischen Gebilden, deren einzelne Wahrnehmungsbestandtheile nur durch eine minutiöse Analyse noch von einander getrennt werden können.

Zwei grosse Gruppen von derartigen zusammengesetzten Producten unserer Vorstellungsthätigkeit sind es, die wir wegen ihrer verschiedenen intellectuellen Bedeutung ziemlich scharf auseinanderhalten können, die associativen und die apperceptiven Verbindungen. Die erstere Gruppe umfasst jene lockeren Verknüpfungen, wie sie durch eine theilweise, wenn auch ganz äusserliche Aehnlichkeit, durch zufällige Gewöhnung, durch räumliche oder zeitliche Coexistenz u. s. f. vermittelt werden, während wir als apperceptive Verbindungen die innigen Verschmelzungen der Vorstellungen zu Begriffen zusammenfassen, bei deren Zustandekommen vom Subjecte eine bewusste Auswahl der constituirenden Gebilde aus der ganzen Zahl der sich anbietenden Associationen getroffen wird. Dort finden wir die disparatesten Elemente durch den Zufall ebenso leicht an einander gebunden, wie von einander getrennt und wieder zu neuen Complexen vereinigt; hier dagegen besteht eine innere Einheit, ein „logischer“ Zusammenhang der einzelnen Elemente, die nur durch neuen Erfahrungserwerb wieder aufgehoben werden kann. Die Associationen bieten der Vorstellungsthätigkeit das Rohmaterial zur Verarbeitung dar; aus ihnen bildet die auswählende Apperception die festgefugten Grundlagen aller intellectuellen Arbeit, die Begriffe, auf deren Schärfe, Klarheit und Vollständigkeit die gesammte Verstandesentwicklung des Individuums beruht. Aus den Begriffen leiten sich durch Zerlegung die Urtheile, aus diesen durch logische Combination die Schlüsse ab, durch deren immer wiederholtes, festgegliedertes Ineinandergreifen dann endlich jene systematische Zusammenfassung der Gesammterfahrung entsteht, die wir

als die Weltanschauung des Menschen bezeichnen. In ihr gelangt die Auffassung der eigenen Persönlichkeit und ihrer Umgebung, sowie des gegenseitigen Verhältnisses beider zu einander zum Ausdruck.

Man sieht leicht, dass diese successive Entwicklung der intellectuellen Operationen aus einander eine innige Abhängigkeit derselben von einander zur Folge haben muss. Jede Verfälschung der Sinneswahrnehmung, jede Störung der Reproduction muss sich in der Bildung der Begriffe widerspiegeln, und die Anomalien dieser letzteren werden dann weiter für die verwickelteren logischen Functionen verhängnissvoll.

Auf den niederen Stufen des geistigen Lebens, wie sie hauptsächlich von dem erworbenen oder angeborenen Blödsinn repräsentirt werden, findet überhaupt keine engere Verknüpfung der einzelnen, in das Bewusstsein eintretenden Wahrnehmungen statt. Nur durch das lockere Band der zufälligen Aufeinanderfolge einer fragmentarischen Reproduction fähig, fehlt ihnen jener innere Zusammenhang, der durch die apperceptive Auffassung der gemeinsamen Elemente und durch die Einordnung des neuen Erwerbs in das System des früher verarbeiteten Vorstellungsmaterials vermittelt wird. Die Einzelvorstellungen behalten daher ihre Selbständigkeit sowol wie ihren sinnlichen Charakter; das Unwesentliche in ihnen wird nicht von dem Wesentlichen, das Allgemeine nicht von dem Besonderen getrennt, und die Bildung der Urtheile und Schlüsse kann daher nicht über das Gebiet der unmittelbarsten sinnlichen Erfahrung hinaus zur Erfassung höherer und weiterblickender Gesichtspunkte sich erheben. Selbstverständlich werden diese Folgen nur dort wirklich unmittelbar hervortreten, wo der krankhafte Zustand ein angeborener oder doch sehr früh erworbener und lange dauernder ist; im andern Falle muss natürlich, so wenig auch während der Störung selbst eine intellectuelle Verarbeitung von Erfahrungsmaterial möglich ist, der aus gesunden Tagen vorhandene Schatz von Vorstellungen und Begriffen eine mehr oder weniger vollständige Ausgleichung der pathologischen Wirkungen herbeiführen.

Als vorübergehenden Zustand beobachten wir die Unfähigkeit zur Auswahl und Verarbeitung der Vorstellungen nach bestimmten Gesichtspunkten bei Hypnotisirten. Die einzelnen Erinnerungsbilder folgen hier einfach nach ihren associativen Beziehungen aufeinander, wenn sie nicht durch „Suggestion“, durch Einflüsterungen und ähnliche Einwirkungen von aussen her in diese oder jene Richtung gezwungen werden. In diesem Zustande experimenteller Geistesstörung ist es in der That möglich, worüber sich so viele Verrückte auf Grund von Wahnideen bitter zu beklagen pflegen, Jemandem die Gedanken zu „machen“, da der Vorstellungsverlauf ohne innere Directive sich in vollster Abhängigkeit von zufälligen äusseren Einflüssen befindet.

Die geringe Ausbildung der Vorstellungsverbindungen ist eine Störung, welche uns in gradueller Abstufung bei sehr verschiedenen Krankheitsformen, so auch innerhalb der Breite des Normalen wieder begegnet. Wo dieselbe, wie das bei den geringeren Graden zunächst der Fall zu sein pflegt, hauptsächlich nur die apperceptiven Verschmelzungsproducte betrifft, da kennzeichnet sie sich durch das Stehenbleiben der Vorstellungen auf der Stufe der sinnlichen Wahrnehmungsbilder, sowie durch die Unfähigkeit, das Gemeinsame und Allgemeine in den Erscheinungen aufzufassen und die Zusammengehörigkeit analoger Erfahrungen zu erkennen. Mangelhafte Entwicklung auch der associativen Verbindungen dagegen hat ausserdem nothwendig noch geringe Ausdehnung des Vorstellungsschatzes und Beeinträchtigung der Reproduction zur Folge, da diese letztere zum guten Theil sicherlich eben auf der associativen Verknüpfung der einzelnen Erinnerungsbilder beruht. Beschränktheit der Weltanschauung auf das unmittelbar sinnlich Gegebene ist demnach im Allgemeinen die Signatur der ersteren, Ideenarmuth und Gedächtnisstumpfheit diejenigen der letzteren Störung.

Ganz regelmässig finden wir diese Symptomengruppen in grösserer oder geringerer Ausbildung bei allen länger dauernden und tiefer in die geistige Individualität des Kranken eingreifenden Psychosen, das Zurücktreten und Verblässen der höheren und allgemeineren intellectuellen

Interessen gegenüber dem Greifbaren und Naheliegenden, das eigene Ich unmittelbar Berührenden, die Verkleinerung des Gesichtskreises und des Vorstellungsschatzes, sowie das rasche Schwinden des gleichgiltig aufgefassten und mit dem übrigen Bewusstseinsinhalte nicht in lebendige Verbindung getretenen, neuen Erfahrungsmaterials aus dem Gedächtnisse. Am deutlichsten tritt natürlich diese Wandlung, welche die intellectuelle Seite der sogenannten „Verblödung“ repräsentirt, in der *Dementia paralytica* hervor, wo die Geschwindigkeit des psychischen Verfalles den Vergleich der einzelnen Stadien desselben mit einander sehr erleichtert.

Der krankhaften Erschwerung der Vorstellungsverbindungen steht als weitere Elementarstörung auf diesem Gebiete die abnorme Erleichterung derselben gegenüber. Wo diese Erleichterung der Verknüpfung auf einzelne Vorstellungskreise beschränkt ist, da tauchen diese immer und immer von Neuem im Bewusstsein des Kranken hervor, bei jeder Gelegenheit die Continuität des Gedankenganges unterbrechend und mit einer gewissen Energie sich demselben aufdrängend. Die tägliche Erfahrung lehrt uns Andeutungen dieser Störung kennen, wenn wir irgend eine Vorstellungsgruppe, meist solche von rhythmischer Gliederung, einen Vers oder eine Melodie, „nicht los werden können“ und, oft zu unserem grössten Verdrusse, in steter Wiederholung auf dieselbe zurückkommen müssen. Auf diese Weise kann eine Reproduction, die uns zunächst gleichgiltig und sogar angenehm ist, bei häufiger Wiederkehr schliesslich die peinlichsten Gefühle in uns hervorrufen, sobald wir uns ausser Stande finden, dieselbe zu unterdrücken. Man hat derartige Vorstellungen, die sich gegen den Willen des Subjectes in das Bewusstsein desselben drängen, Zwangsvorstellungen genannt. Von anderen, mit Macht hervortretenden Vorstellungen unterscheiden sie sich somit nicht an sich selbst, sondern es ist der eigenthümliche Zustand des Bewusstseins, das Widerstreben des Individuums, nicht der Zwang selbst, sondern das unangenehme Gefühl des Zwanges, welches dem ganzen Vorgange seine bestimmte Färbung giebt.

Der Widerstand und weiterhin das Unlustgefühl, welches

die Ueberwindung desselben durch die Zwangsvorstellung begleitet, kann ausser der Beeinträchtigung des Gedankenverlaufes durch die häufige, ja unablässige Wiederholung jener letzteren noch aus ihrem der sonstigen Denkweise des Subjectes widersprechenden Inhalte entspringen. Die einzelnen klinischen Formen dieser Störung, die regelmässig auf dem Boden einer verminderten psychischen Widerstandsfähigkeit zur Entwicklung kommt, werden wir späterhin noch einer näheren Betrachtung zu unterziehen haben.

Eine schwerwiegende Bedeutung für das psychische Leben können die Zwangsvorstellungen gewinnen, wenn sie nicht als einfache lästige Erinnerungsbilder, sondern als Befürchtungen oder Hoffnungen auftreten und damit die Auffassung thatsächlicher Verhältnisse zu verfälschen drohen. Freilich wird eine ruhige Kritik auch hier überall einer wirklichen Assimilirung der krankhaften Elemente dauernd Widerstand zu leisten vermögen; wo aber die Besonnenheit sich trübt, z. B. durch lebhafte Affecte, da kann die kritische Sichtung des Vorstellungsmaterials ausbleiben und damit jenen pathologischen Gedankengängen ein weitgehender Einfluss auf den gesamten Bewusstseinsinhalt eröffnet werden. Natürlich tragen dieselben nur so lange den Charakter der Zwangsvorstellungen, wie das gesunde Urtheil noch gegen sie ankämpft und sie als Eindringlinge in den normalen Fluss der Ideenverbindungen auffasst.

Wesentlich anders, als bei der einseitigen Erleichterung der Associationen gestaltet sich die Sachlage dort, wo sich die abnorme Regsamkeit der Phantasie auf das gesammte Gebiet der Vorstellungen erstreckt. Hier handelt es sich nicht mehr um einen Zwiespalt zwischen den legalen Erzeugnissen gesunder Gedankenarbeit und den sich aufdrängenden Producten einer geschäftigen Einbildungskraft, sondern der Kampf ist von vornherein auf der ganzen Linie zu Gunsten dieser letzteren entschieden. Entfernte Aehnlichkeiten und partielle Uebereinstimmungen genügen, um die Verknüpfung und Verschmelzung von Erinnerungsbildern zu vermitteln; jede einzelne Vorstellung zieht eine ganze Reihe nur äusserlich mit ihr in lockerem Zusammenhange stehender nach sich. Gerade diese Leichtigkeit, mit

welcher die Verbindungen sich vollziehen, bringt daher vielfach ganz heterogene Elemente in nahe Beziehungen und macht bei der Begriffsbildung eine Auswahl des Zusammengehörigen und die Ausscheidung des Unwesentlichen, Entlegenen fast gänzlich unmöglich. So kommt es, dass die Begriffe hier durchaus jener Schärfe und Klarheit entbehren, welche sie zur Basis der höheren intellectuellen Operationen tauglich macht; sie werden verschwommene und unklare psychische Gebilde, mit deren Hülfe nur einseitige und verschrobene Urtheile von zweifelhaftem Werthe, sowie vage und unsichere Analogieschlüsse zu Stande kommen können, sobald sich der Gedankengang aus dem Bereiche der unmittelbaren Sinneserfahrung entfernt.

Dazu kommt, dass auch diese letztere gerade bei der hier geschilderten Störung in ihrer grundlegenden Bedeutung für die psychische Entwicklung sehr gefährdet wird. Nicht nur jene directen Verälschungen, die wir oben als subjective Fehlerquellen der Sinneserkenntniss kennen gelernt haben, beeinträchtigen die Richtigkeit derselben, sondern noch eine weitere Kategorie von Täuschungen, die man mit Recht als „Urtheilsdelirien“ bezeichnet hat. Der Angriffspunkt derselben ist nicht der Wahrnehmungsvorgang, die Auffassung eines äusseren Eindrucks, sondern die Deutung und die weitere intellectuelle Verarbeitung desselben. Je geschäftiger die Phantasie, die Combinationsgabe des Individuums ist, desto leichter wird auch die einfachste Wahrnehmung in ihm weitere Vorstellungskreise wachrufen, durch welche sie eine pathologisch vergrösserte Bedeutung im Bewusstseinsinhalte erlangt, wo sie im gesunden Bewusstsein vielleicht ohne Weiteres der Vergessenheit wieder anheimgefallen wäre. So wird der Flug eines Vogels zum verheissungsvollen Zeichen für die Zukunft, eine zufällig beobachtete Geberde signalisirt drohende Gefahr, der Fund einiger Kastanien bedeutet die Zusage künftiger Weltherrschaft u. s. f. Diese Neigung zu phantastischer Verknüpfung der Vorstellungen und Wahrnehmungen begünstigt somit überaus die subjective Interpretation der Aussenwelt, das Suchen nach Beziehungen der Dinge, wo die Vorstellungen in Beziehung getreten sind, die Ver-

muthung eines realen Zusammenhanges der Erscheinungen auf Grund des leicht geknüpften psychologischen Bandes derselben. Der harmloseste äussere Vorgang wird zum tief-sinnigen Symbol verborgener Ereignisse; in die nüchternsten Thatsachen wird ein versteckter und entlegener Sinn hineingeheimnisst.

Auf diese Weise entsteht sodann nicht selten jenes wichtige psychopathische Symptom, welches man als „Wahn-idee“ bezeichnet. Jede Wahnidee ist eine krankhaft verfälschte Vorstellung, die sich zumeist auf die persönlichen Verhältnisse des Individuums bezieht. Sie kann erzeugt werden durch eine einfache Sinnestäuschung und ist dann der Correctur leicht zugänglich, sobald die Irrealität jener Täuschung erkannt worden ist. Zumeist indessen, auch wenn sie durch Trugwahrnehmungen genährt und inhaltlich bestimmt wird, hat sie ihre eigentliche Wurzel im Verlaufe und den Verbindungen der Vorstellungen, die allerdings wieder von anderer Seite her, z. B. durch Gefühle und Affecte, beeinflusst werden können.

Ein physiologisches Analogon der Wahnidee ist gewissermassen der Aberglaube, insofern auch er auf einem mystischen Hange, auf der Neigung zu phantastischer Auslegung der äusseren Erscheinungen beruht, die nur beim Kranken vielfach in weit groteskeren und unkritischeren Formen auftritt. In der That ist es bisweilen bei der Beurtheilung des einzelnen Falles überaus schwer, zu sagen, wie weit der Aberglaube und wie weit ein wirklich pathologischer Wahn von der Weltanschauung des Individuums Besitz ergriffen haben. Nur die Eruirung des Durchschnitts-berglaubens bei der Umgebung des Kranken kann hier einen einigermassen sicheren Anhalt an die Hand geben.

Regelmässig stehen die Wahnideen in den innigsten Beziehungen zu dem eigenen Ich des Kranken. Die Vorstellungsgruppe der eigenen Persönlichkeit, das Selbstbewusstsein, bildet ja schon unter normalen Verhältnissen den Mittelpunkt des individuellen Interesses; darum knüpfen sich auch hier alle die symbolischen Interpretationen der Eindrücke vor Allem an dieses Centrum an und setzen das Netz geheimnissvoller Zusammenhänge und phantastischer

Projectionen in unmittelbare Verbindung mit dem eigenen Wohl und Wehe. Ausserordentlich begünstigt wird diese Entwicklung einer egocentrischen Auffassung der Umgebung durch die Wirkung lebhafter Gefühle. Es giebt kein Wahnsystem, welches dem Kranken gleichgiltig wäre, sondern dasselbe ist stets auf das Engste verwebt mit seinen persönlichen Interessen und übt auf seine Stimmung, wie auf seine Stellung in der Welt einen entscheidenden Einfluss.

Nach dem begleitenden Gefühlstone, lassen sich somit zwei grosse Gruppen von Wahnideen unterscheiden, depressive und exaltirte, deren Inhalt im Einzelnen eine Reihe verschiedener, meist bis zu einem gewissen Grade typischer Formen annehmen kann. Unter denjenigen mit depressiver Färbung sind zunächst einige Formen zu nennen, die sich direct auf den eigenen Körper beziehen. So besteht der hypochondrische Wahn in der Idee, von einer schweren körperlichen Krankheit befallen zu sein, deren Symptome und Wirkungen häufig in phantastischer Weise ausgemalt werden. Wie der angehende Arzt die Anzeichen so mancher der gerade von ihm studirten Affectionen an sich zu entdecken glaubt, so werden hier die harmlosesten, durchaus normalen Erscheinungen am eigenen Körper für die Folgen der Syphilis, der Hundswuth, mannigfacher Vergiftungen, sexueller Ausschweifungen und dergl. angesehen. Bei Aerzten sind Tabes, Paralyse, Phthise der häufigste Inhalt hypochondrischer Wahnideen. In schweren Fällen gewinnen dieselben, namentlich unter dem Einflusse abnormer Sensationen aller Art, nicht selten ganz barocke Formen: Ein lebendiges Thier sitzt im Körper; Mund und After sind verschlossen, die Eingeweide sämmtlich ruinirt oder herausgenommen, der Athem und das Blut vergiftet, der Kopf ausgehöhlt, der Hirnschaum abgeschöpft, die Knochen durch Holzstücke ersetzt; der ganze Körper ist von Glas, Butter, Eisen und Aehnliches.

Das hypochondrische Wahnsystem geht dabei schon in zwei verwandte Ideenkreise über, die Idee der körperlichen Beeinflussung und diejenige der Metamorphose. Im ersteren Falle wird die Veränderung und

Verschlechterung des ganzen Körpers feindlichen Einwirkungen zugeschrieben, die entweder im Schläfe vorgenommen werden oder ganz mystischer Natur sind. Die Hypothese des Behextwerdens, des Besessenseins, die ja in den Hexenprocessen des Mittelalters eine so grosse culturhistorische Bedeutsamkeit erlangt hat, liegt hier dem abergläubischen Kranken äusserst nahe; sie wird gestützt durch abnorme Gemeingefühle, fremdartige, ihm aufsteigende Gedanken und Reden, die Wahrnehmung von Stimmen im eigenen Körper, lebhafte Träume. Ein etwas anderer Bildungsgang macht den Kranken mehr zur Annahme magischer, magnetischer, elektrischer, physikalischer Fernwirkungen geneigt, die durch allerlei Maschinen, Telephone, galvanische Batterien, sympathetische Manipulationen von unsichtbaren Feinden vermittelt werden. Die Ausbildung derartiger Hypothesen ist bisweilen eine äusserst detaillirte und spitzfindige. Die Idee der Metamorphose findet noch eine weitere Entwicklung in dem ebenfalls culturhistorisch wichtigen Wahne der Thierverwandlung, des Abgestorbenseins, der Verwandlung in andere Personen, namentlich solche anderen Geschlechtes, in leblose Dinge u. s. f.

Ueberaus häufig ist das allgemeinere Symptom des Verfolgungswahns. Derselbe kann sich weit über den Bereich der rein körperlichen Beeinflussung hinaus, die wir soeben erwähnt haben, auf das ganze Gebiet der Beziehungen des Individuums zur Aussenwelt erstrecken. Sehr gewöhnlich beginnt derselbe mit der wahnhaften Interpretation einzelner hingeworfener Aeusserungen oder zufällig wahrgenommener Geberden; genährt wird er vor Allem am ergiebigsten durch Gehörstäuschungen. Der Kranke wird argwöhnisch und misstrauisch gegen seine Umgebung; er beginnt das Benehmen derselben mit anderen Augen anzusehen und gesammelte Wahrnehmungen unter dem neu gewonnenen Gesichtspunkte zu verwerthen. Ueberall entdeckt er geheime Complotte gegen sich, Andeutungen drohender Gefahren, überall Spione, die ihn auf Schritt und Tritt beobachten und verfolgen. Wohin er kommt, fühlt er die Aufmerksamkeit auf sich gerichtet; harmlose Bemerkungen enthalten versteckte Verhöhnungen und den

Hinweis auf seine verzweifelte Lage; Jedermann weiss um das quälende Geheimniss, und die Versicherungen der Liebe und Freundschaft sind eitel Heuchelei, um ihn desto sicherer in die Falle zu locken. In anderen Fällen richten sich diese Verfolgungsideen nur gegen bestimmte Personen, gegen Vorgesetzte, Nachbarn, Freunde, Gatten, oder gegen gewisse, sehr mystisch organisirt gedachte Parteien, die Geistlichen, Freimaurer, Socialdemokraten. Der besondere Inhalt des Wahnsystems ist gewöhnlich durch Trugwahrnehmungen verschiedener Art motivirt.

Als weitere Form von depressiven Wahnideen haben wir noch den Versündigungswahn zu erwähnen. Der Kranke glaubt, ein grosses Unrecht begangen zu haben, klagt sich der scheusslichsten Verbrechen an, oft nur in allgemeinen Ausdrücken, bisweilen aber auch in ganz bestimmter Erzählung, hält sich für ein schlechtes, verworfenes, gemüthloses Geschöpf, für von Gott verstossen und verdammt. Er fürchtet und wünscht zugleich eine schreckliche Strafe, um seine Sünden zu büssen und lebt in der beständigen Erwartung, dass er nunmehr von den Polizisten geholt, hingerichtet, verbrannt, zur Richtstätte geschleift werden solle. Diesen Wahnideen nahe verwandt sind gewisse Befürchtungen allgemeiner Art, die häufig mit ihnen sich vergesellschaften, die Idee zu verarmen, arbeitsunfähig zu werden, ein grosses Unglück erdulden zu müssen oder über die Angehörigen heraufzubeschwören. Namentlich die Vorstellung, dass irgend etwas Schreckliches passirt, die Familie erkrankt und gestorben sei, oder dass etwas Furchtbares bevorstehe, scheint zumeist aus einer directen Beeinflussung des Bewusstseinsinhaltes durch die allgemeine depressive Verstimmung des Melancholikers ihren Ursprung zu nehmen; begegnen wir doch ähnlichen, allerdings gewöhnlich rasch vergessenen „Ahnungen“ auf dem Hintergrunde einer gemüthlichen Alteration nicht selten auch im alltäglichen Leben.

Auch die exaltirten Wahnideen können unmittelbar den eigenen Körper zum Gegenstande haben. Die Euphorie der Phthisiker und die Selbsttäuschung Betrunkener gewähren uns ein normales Beispiel für jene Störungen des

Selbstbewusstseins, in denen das Gefühl excessiver körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit im grellsten Contraste mit dem wirklichen Verhalten dem Kranken die Vorstellung vollster Gesundheit erzeugt. So rühmen gebrechliche Paralytiker ihre Körperkräfte, ihre ausgezeichneten Lungen, ihre sexuelle Potenz, sprechen von ihrer schönen Stimme, von ihren gymnastischen Fertigkeiten, während sie keinen musikalischen Ton hervorbringen und nicht auf den Füßen stehen können. Den hypochondrischen Ideen inhaltlich verwandt sind die exaltirten Vorstellungen, dass der eigene Koth Gold, der Urin Rheinwein sei und Aehnliches.

Sehr häufig ist die Idee geistiger Gesundheit trotz tiefgreifender psychischer Störung, der Mangel der Krankheitseinsicht, der für manche Formen des Irreseins geradezu als pathognomonisch angesehen werden kann. Namentlich dort, wo die Combinationsfähigkeit erhöht ist und die Verbindung der Vorstellungen mit krankhafter Leichtigkeit vor sich geht, glaubt der Kranke, gesünder zu sein, denn je und giebt seiner Umgebung die Insinuation psychischer Erkrankung ohne Weiteres zurück. Bisweilen steigert sich dieses Gefühl intellectuellder Leistungsfähigkeit in so exorbitantem Masse, dass der Kranke sich für ein Universalgenie, für einen grossen Entdecker und Reformator hält, für den es keine Schwierigkeiten und keine unlösbaren Probleme mehr giebt; er versteht alle Sprachen, kennt alle Geheimnisse der Natur und ergründet die tiefsten Räthsel des Daseins mit spielender Leichtigkeit. Wer wird dabei nicht an die erstaunliche Gewandtheit erinnert, mit der wir bisweilen im Traume die schwierigsten Aufgaben überwältigen, um nachher beim Erwachen zu entdecken, dass unsere Producte baarer Unsinn gewesen sind.

Die äusseren Verhältnisse des Kranken werden durch exaltirte Wahnideen in analoger Weise umgewandelt. Nach der einen Seite hin beziehen dieselben sich auf seine sociale Stellung, nach der anderen auf seinen Besitz, ohne dass natürlich im Einzelfalle eine scharfe Trennung dieser beiden Formen möglich wäre. Der Kranke ist von hoher Abkunft, Fürstenkind, Thronerbe, oder er steht

wenigstens in nahen Beziehungen zu weltlichen und geistlichen distinguirten Persönlichkeiten, ja er hat Verbindungen mit überirdischen Mächten, Verkehr mit der Jungfrau Maria, mit Christus oder Gott selbst. In weiterer, sehr häufiger Steigerung ist er selber Bismarck, König, Kaiser, Papst (sogar Beides in einer Person); er ist ein Heiliger, Christus, Braut Christi, Gott, die personificirte Dreieinigkeit und Obergott. Andererseits rühmt der Kranke seine schönen Kleider, seine Pferde und Schlösser; er besitzt grosse Ländereien und ungeheuer viel Geld, Millionen mal Milliarden; ihm gehört Deutschland, Europa, alle fünf Erdtheile, ja schliesslich die ganze Welt. An diese Vorstellungen der Macht und des Reichthums knüpfen sich sehr gewöhnlich mannigfache Pläne, welche mit Hülfe der zur Verfügung stehenden Mittel zur Ausführung gebracht werden sollen. Vom einfachen Ankaufe allerlei unnützer Dinge geht es zum Projecte gewaltiger Bauten, grossartiger Feste, zur Austrocknung ganzer Oceane, Durchbohrung der Erde, Reisen nach dem Monde und durch das Weltall. In dieser speciellen inhaltlichen Ausprägung des „Grössenwahns“ macht sich gerade der Einfluss der individuellen Erfahrung geltend. Die allgemeine Richtung desselben ist offenbar in dem zu Grunde liegenden Krankheitszustande vorgezeichnet, aber das ausfüllende Detail wird durch den Vorstellungsschatz des Subjectes geliefert und spiegelt somit die Anschauungen, Interessen und Wünsche desselben, bisweilen in sehr drastischer Weise, wieder.

Depressive und exaltirte Wahnideen sind durchaus nicht etwa als gegensätzliche und einander ausschliessende Richtungen der Vorstellungsthätigkeit zu betrachten, sondern sie combiniren sich sogar sehr gewöhnlich mit einander. Der vermeintlich Verfolgte sieht die Ursache der gegen ihn gerichteten Feindseligkeiten in seinen besonderen persönlichen Vorzügen, in seinen natürlichen Ansprüchen auf ein grosses Besitzthum, in seiner Anwartschaft auf einen Fürstenthron, und umgekehrt glaubt der wahnhaft Sprössling aus hohem Hause, der Besitzer ideeller Reichthümer die Nichtanerkennung seiner Rechte auf die Machinationen geheimer Feinde und Neider zurückbeziehen

zu müssen, betrachtet seine Zurückhaltung in der Irrenanstalt als das Werk erbschleicherischer Verwandten oder auch als eine von Gott auferlegte Prüfung, nach deren glücklichem Ueberstehen das ganze Füllhorn des Glückes sich über ihn ergiessen werde. Die Pathogenese dieser Vermischung, wie überhaupt der Wahnideen ist im einzelnen Falle sicherlich recht verschieden und bisher oft nicht ganz klar zu stellen.

Affective Zustände, die oben geschilderten Anomalien in der Combination der Vorstellungen und endlich Verfälschungen der Wahrnehmung, namentlich Sinnestäuschungen, sind die wesentlichsten Quellen, aus welchen die wahnhaften Veränderungen des Selbstbewusstseins hervorgehen. Mit dieser mannigfaltigen Entstehungsweise hängt sicherlich zum grossen Theile eine sehr wesentliche klinische Differenz der Wahnideen zusammen, welche uns zwei Formenkreise derselben mit verschiedener pathologischer Bedeutung von einander zu trennen erlaubt, die fixen und die wechselnden Wahnideen. Nur bei den ersteren kann man, streng genommen, von einem „Wahnsysteme“ sprechen; hier ist der krankhaft veränderte Vorstellungsinhalt zum dauernden Bestandtheile des Erfahrungsschatzes geworden und übt somit auf die gesamte weitere Verarbeitung der äusseren Eindrücke seinen entscheidenden Einfluss aus. Die Stellung des Subjectes zur Aussenwelt verschiebt sich auf diese Weise allmählich in bestimmter Richtung; die psychische Persönlichkeit mit ihren früher gewonnenen Anschauungen erleidet eine vollständige Umwandlung, in mancher Beziehung analog derjenigen des gesunden Menschen, der in eine fremde Welt voll neuer Eindrücke versetzt wird. Gerade diese vollständige Assimilation des Wahnes, die innigen Beziehungen desselben zu der Vorstellungsgruppe des eigenen Ich sind es, welche den inneren Zusammenhang seiner einzelnen Elemente, die logische Verarbeitung derselben zu einem Systeme, einer Weltanschauung vermitteln.

Dem gegenüber stellen sich die wechselnden Wahnideen im Allgemeinen als eine mehr äusserliche Functionsstörung im Bereiche des Intellectes dar. Sie sind nicht

so sehr ein Ausdruck der individuellen Weltauffassung, als vielmehr Vorstellungen, die aus irgend einem Grunde (Affect, Sinnestäuschungen) vorübergehend die Herrschaft über den Bewusstseinsinhalt des Subjectes erlangt haben, ohne darum bereits von demselben fest assimilirt worden zu sein. Sie werden nicht intellectuell verarbeitet, haften daher nicht lange und pflegen die spätere Erfahrung nicht massgebend zu beeinflussen. Für den Augenblick vermögen sie wol die Herrschaft über den Bewusstseinsinhalt des Individuums zu gewinnen, aber sie verlieren bald ihre Macht und werden dann von der wieder hervortretenden gesunden Kritik leicht corrigirt, oder sie werden wenigstens von neuen Ideen abgelöst, wenn die tiefe Störung der Intelligenz eine kritische Ausmerzung bereits unmöglich gemacht hat. Es liegt auf der Hand, dass auch hier eine durchgreifende Trennung der beiden Formenkreise nicht möglich ist. Fixe Wahnsysteme pflegen sich meist aus anfänglichen wechselnden und schwankenden Wahnvorstellungen herauszuentwickeln, die erst allmählich eine dauernde Herrschaft über das widerstrebende Subject gewinnen; andererseits können unter Umständen derartige detaillirt ausgearbeitete Systeme bisweilen nach Monate, selbst Jahre langer Dauer dennoch wieder corrigirt werden, namentlich dann, wenn sie auf der Basis einer endlich sich ausgleichenden Alteration des Stimmungshintergrundes entstanden waren.

Die Entstehung der Wahnideen erscheint dem gesunden Bewusstsein zunächst als ein durchaus fremdartiger und unbegreiflicher Vorgang. Es ist uns unverständlich, wie eine plötzlich auftauchende Idee dauernde Macht über den gesamten Erfahrungsinhalt gewinnen kann, und wie die grössten Absurditäten trotz ihrer Handgreiflichkeit, trotz des unmittelbar entgegenstehenden Zeugnisses der Sinne, dennoch unbeirrt festgehalten werden. Allerdings begegnet es auch dem Gesunden gelegentlich, dass ihm einzelne barocke Ideenverbindungen, namentlich solche, die sich auf die abergläubische Deutung auffallender Ereignisse beziehen, durch den Kopf schiessen, dass seine schweifende Phantasie ihm Luftschlösser vorgaukelt und ihm allerlei unwirkliche Situationen vormalt, aber derartige Vorstellungen

erhalten keine Gewalt über das Denken und Handeln der psychischen Persönlichkeit — sie schwinden, sobald das Subject beginnt, den Bewusstseinsinhalt kritisch zu verarbeiten. Wir werden durch diese Ueberlegung auf die zweite und wichtigste Störung geführt, welche ausnahmslos der Entwicklung von Wahnideen zu Grunde liegt: den Mangel an Kritik. Aus der abnormen Steigerung der Combinationsfähigkeit erklärt sich wol der oft so seltsame und fremdartige Inhalt der Ideen, die in dem Bewusstsein des Kranken auftauchen — dass sie aber wirklich im Stande sind, sein Urtheil zu trüben, seine Auffassung der Aussenwelt zu verfälschen und sogar dauernde Elemente des Vorstellungsschatzes zu werden, liegt einzig und allein an der Unfähigkeit des Kranken zu scharfer und durchgreifender kritischer Berichtigung der neuen Vorstellungen an der Hand der früher gewonnenen Erfahrung.

Dies ist der Grund, weshalb die Ausbildung eines Wahnsystems stets auf eine tiefe Erkrankung der gesamten psychischen Persönlichkeit hindeutet, auf eine einschneidende Unzulänglichkeit seiner intellectuellen Leistungen. Je barocker die Wahnideen, je grösser also der Widerspruch derselben mit der gesunden Erfahrung ist, desto leichter sollte ihre Correctur sein und desto zerstörender muss demnach der Krankheitsprocess auf die Intelligenz eingewirkt haben, welche nicht mehr im Stande ist, diese Correctur auszuführen. Gerade auf diesem Gebiete ist es überaus wichtig, sich bei der Beurtheilung der geistigen Leistungsfähigkeit des Kranken nicht durch die gedächtnismässige Beherrschung einfacher logischer Combinationen und des Vorstellungsmaterials aus gesunden Tagen täuschen zu lassen. Die Thatsache, dass er nicht im Stande ist, seine eigenen Wahnideen zu corrigiren, zeigt auf das unzweideutigste die wahre Grösse des intellectuellen Defectes an. In diesem Sinne ist die Auffassung der fixen Idee als einer isolirten, „partiellen“ Störung bei sonstiger psychischer Integrität durchaus unhaltbar. Der Vorgang kritischer Berichtigung des Bewusstseinsinhaltes mit Hülfe von Urtheil und Schluss ist eben hier in weiterem oder engerem Umfange nicht mehr möglich und somit eine der

wichtigsten psychischen Functionen als krankhaft gestört zu betrachten.

Dass nun trotzdem die Kritik zuerst bei ganz bestimmten Vorstellungsgruppen versagt, nämlich bei denjenigen, welche sich auf das eigene Ich beziehen, hat seinen Grund in der intensiven Gefühlsbetonung derselben. Die landläufige Thatsache, dass lebhaft gefühlte Affecte das klare Urtheil trüben, und dass daher kein Gebiet des menschlichen Denkens groteskeren Täuschungen ausgesetzt ist, als die Selbsterkenntniss, spiegelt sich in dem Verhalten der Wahnideen in vergrössertem Massstabe wieder. Man wird indessen darum die intellectuelle Störung, welche diesen „partiellen“ Wahnsystemen zu Grunde liegt, mit demselben Rechte eine allgemeine nennen müssen, wie z. B. die Kreislaufsalterationen in Folge eines Herzfehlers, auch wenn hier die Stauungssymptome zunächst nur an den exponirtesten Theilen zur Ausbildung kommen. So sehen wir denn auch häufig die Kritiklosigkeit weitere Fortschritte machen und schliesslich den Kranken unfähig werden, die einfachsten logischen Operationen auszuführen. Die Beobachtung des progressiven psychischen Verfalles, wie er von dem Auftreten immer absurderer und unsinnigerer Wahnideen bis zur völligen Zusammenhangslosigkeit derselben untereinander begleitet wird, zeigt auf das deutlichste, dass es sich hier um einen einheitlichen pathologischen Grundprocess handelt, welcher sich als eine zunehmende Unfähigkeit zu intellectueller, kritischer Bearbeitung des verfälschten Bewusstseinsinhaltes darstellt.

Alle diese Bemerkungen treffen nur theilweise zu dort, wo mächtige Gefühle den allgemeinen Stimmungshintergrund überhaupt in starken Schwankungen erhalten, und wo die Kritiklosigkeit gegenüber den auftauchenden Wahnideen daher wesentlich durch krankhafte gemüthliche Alterationen bedingt sein kann. Der Aengstliche, der Zornige, der Begeisterte sind keiner objectiven, ruhigen Ueberlegungen fähig; ebenso machen die gewaltigen Affecte der Manie oder der Melancholie die nüchterne Correctur der immer wieder aufsteigenden, gefühlsstarken Wahnvorstellungen häufig unmöglich. Erst dann, wenn mit

dem Zurücktreten der pathologischen Affecte die Wahnideen nicht verschwinden, sondern dauernd den Bewusstseinsinhalt beherrschen, schliessen wir mit Recht auf ein tieferes Ergriffensein der Intelligenz. Bei wirklicher Intactheit der intellectuellen Functionen müssten ja die wahnhaften Vorstellungen der affectiven Periode nach dem Abklingen derselben mit der gleichen Leichtigkeit und Sicherheit corrigirt werden, wie wir täglich die bizarren Phantasien des Traumes oder der Fieberdelirien berichtigen, Zustände, die sich beide gerade durch das Fehlen einer kritischen Sichtung des Bewusstseinsinhaltes charakterisiren. Die Ursache der Kritiklosigkeit ist hier ein vorübergehender, mehr oder weniger vollständiger Verlust des Einflusses, den die gesunde psychische Persönlichkeit auf den Verlauf und die Verbindung der Vorstellungen auszuüben pflegt. Die handgreiflichsten Ungereimtheiten fallen uns gar nicht auf, weil wir nicht frei über unseren Erfahrungsschatz verfügen, und weil uns die vielen allgemeinen Begriffe und Urtheile, die wir in demselben angesammelt haben, nicht in vollem Umfange zur sofortigen kritischen Anwendung auf die Erzeugnisse unserer spielenden Phantasie zu Gebote stehen.

Wesentlich anders haben wir uns indessen das Zustandekommen der Kritiklosigkeit dort zu denken, wo sich dieselbe als eine dauernde, angeborene oder erworbene Eigenschaft des Individuums darstellt, ohne dass eine Bewusstseinstrübung oder langwierige affective Störungen derselben zu Grunde lägen. In solchen Fällen dürfte vor Allem die unvollkommene oder krankhaft verschwommene Begriffsbildung als die Ursache des Defectes betrachtet werden müssen. Ungenügende Abstraction und Verschmelzung der Vorstellungen, Stehenbleiben derselben auf der Stufe sinnlicher Wahrnehmungen verhindert die Ausbildung der höheren logischen Functionen vollständig, während die unklare Ausprägung und mangelnde Schärfe der Begriffe dieselben ungeeignet macht, als Grundlage eindeutiger Urtheile und zwingender Schlüsse zu dienen. Je weniger sich in den Begriffen das Wesentliche von dem Nebensächlichen, das Allgemeine von dem Einzelnen scheidet, je mehr in dieselben verfälschte und oberflächlich

erfasste Wahrnehmungselemente eingehen, desto weniger wird das Subject im Stande sein, sie zur kritischen Verarbeitung seines jeweiligen Bewusstseinsinhaltes zu benutzen, und desto willensloser wird es den wahnhaften Combinationen seiner geschäftigen Phantasie sich hingeben, bis schliesslich auch die ungeheuerlichsten Ideen in dem angesammelten Erfahrungsschatze keinen Widerspruch mehr wachrufen.

Verlangsamung und Beschleunigung des Vorstellungsverlaufes. Die successive Verknüpfung von Vorstellungen und Begriffen mit einander nimmt, wie sich durch exacte Messungen zeigen lässt, eine bestimmte, nicht unbedeutende Zeit (etwa 0,5—1,0“) in Anspruch, deren Dauer je nach der Leichtigkeit, mit welcher sich die Elemente an einander fügen, variirt und somit umgekehrt Rückschlüsse auf die innigeren oder entfernteren Beziehungen der psychischen Vorgänge zu einander gestattet. Unter pathologischen Verhältnissen kann, wie es scheint, die Dauer jener Verknüpfungen und damit die Schnelligkeit des Vorstellungsverlaufes erhebliche Veränderungen erfahren. So ist es nachgewiesen worden, dass bei Melancholischen und bei Schwachsinnigen selbst die einfachsten psychischen Operationen, wie das Wahrnehmen eines Sinneseindrucks und die Ausführung einer Willkürbewegung, durchschnittlich etwas längere Zeit in Anspruch nehmen, als bei Gesunden. Wie die klinische Erfahrung zeigt, tritt dieses Verhalten bei höheren intellectuellen Functionen noch deutlicher hervor, obgleich genaue Bestimmungen über diesen Punkt bisher nicht vorliegen. Die einzelnen Vorstellungen folgen einander langsam und träge, die Antworten werden zögernd und nach längerer Pause hervorgebracht, verwickeltere geistige Leistungen entweder gar nicht oder nur unter grossem Zeitaufwande ausgeführt. Im einen Falle, bei Melancholikern, scheint diese Verlangsamung auf einer allgemeinen Hemmung der psychischen Processe durch den begleitenden Affect zu beruhen, wie ja auch unter normalen Verhältnissen jede ernstere Verstimmung mit einer Unfähigkeit zu raschem und klarem Denken einherzugehen pflegt. Bei Schwachsinnigen dagegen haben wir es wol mit einer dauernden Herabsetzung der

psychischen Leistungsfähigkeit, speciell der activen Aufmerksamkeit, zu thun, als deren vorübergehendes physiologisches Analogon wir den Zustand der Ermüdung betrachten können. Dass in diesem letzteren, ebenso wie unter dem Einflusse depressiver Affecte, schon die einfachsten psychischen Vorgänge regelmässig eine Verlängerung ihrer Zeitdauer erfahren, ist ebenfalls durch Messungen gezeigt worden.*)

Beschleunigung des Gedankenganges beobachten wir überall dort, wo die Verknüpfung der Vorstellungen erleichtert ist. Das Ueberwiegen der associativen Verbindungen, wie es im Traume und den verwandten Bewusstseinszuständen stattfindet, bedingt somit einen rascheren Ablauf des Ideenganges, als die logische Verarbeitung der Gedanken. Den höchsten Grad dieser Störung begegnen wir in der maniakalischen Exaltation. Hier, wo schon entfernte Anklänge und Aehnlichkeiten genügen, um das associative Band zu knüpfen, lösen die heterogensten Vorstellungen mit ungemeiner Schnelligkeit einander im Bewusstsein ab, indem sich die sonderbarsten, dem Beobachter vielfach gänzlich unverständlichen Ideensprünge vollziehen. Jeder neue Eindruck wird sofort in den Vorstellungsverlauf hineingezogen und weckt dort ganze Reihen von rasch wechselnden Erinnerungsbildern. Auf diese Weise entsteht jenes Symptom, welches man als „Ideenflucht“ bezeichnet. Durch das Vorherrschen der rein äusserlichen Associationen (Gleichklang, Reime) lockert sich der begriffliche Zusammenhang der Vorstellungen dabei immer mehr, bis schliesslich jede inhaltliche Verknüpfung derselben unter einander verloren geht. Die chaotische Ideenüberstürzung kann dann bisweilen höchstens noch durch sehr energische äussere Eindrücke (kräftiges Anreden) vorübergehend soweit aufgehalten werden, dass es gelingt, von dem Kranken etwa eine richtige Antwort auf eine einfache Frage zu erhalten. Leichtere Grade der Ideenflucht documentiren sich in der Geschwätzigkeit aufgeregter Kranker, die nicht im Stande

*) Kraepelin, Ueber die Dauer einfacher psychischer Vorgänge, Biologisches Centralblatt, I.

sind, einen angefangenen Gedanken consequent durchzuführen, sondern beständig abschweifen und „vom Hundertsten in's Tausendste“ kommen, indem sie schon nach wenigen Augenblicken das ursprüngliche Ziel ihres Redens aus dem Auge verlieren und sich durch jeden neuen Einfall, der ihren Gedankengang kreuzt, von demselben ablenken lassen.

Störungen des Selbstbewusstseins. Wenn wir oben das Selbstbewusstsein definirt haben als die klare Auffassung der Aussenwelt und der eigenen Persönlichkeit, so ergibt sich ohne Weiteres, dass mehr oder weniger tiefgreifende Störungen dieser Function durch die meisten der geschilderten Anomalien der Aufnahme und Verarbeitung von Erfahrungsmaterial müssen herbeigeführt werden können. Die Auffassung der eigenen Persönlichkeit als solcher ist nur möglich durch Abgrenzung derselben von der Aussenwelt. Das Verhältniss beider zu einander und damit die Stellung und Bedeutung des Ich muss sich somit im Bewusstsein des Subjectes in krankhaft veränderter Weise widerspiegeln, sobald die Wahrnehmung oder die intellectuelle Verwerthung äusserer und innerer Eindrücke eine wesentliche Störung erlitten hat. Diese krankhafte Veränderung kann sich klinisch in zweifacher Richtung geltend machen, als Verfälschung und als Trübung des Selbstbewusstseins, welche in ihren höchsten Graden zur völligen Aufhebung desselben fortschreiten kann.

Die erstere Form der Störung beobachten wir überall dort, wo die Verfälschungen der Wahrnehmung und der Vorstellungen von dem Kranken vollkommen assimiliert werden. Der systematisirte Wahn, sei er auf depressiver oder exaltirter Grundlage entstanden, kann wol eine völlige Umgestaltung in der Auffassung der eigenen Persönlichkeit und ihrer Stellung zur Umgebung hervorbringen, allein es handelt sich dabei nur um eine Verschiebung oder „Verrückung“ des eigenen Standpunktes, ohne dass dem Kranken die, allerdings wahnhaft verfälschte, Orientirung in der Aussenwelt oder der innere Zusammenhang seiner eigenen Vorstellungskreise verloren ginge. Dem fern stehenden Beobachter kann es freilich bisweilen den Anschein haben, als ob mit der Verfälschung auch eine Trübung des Selbst-

bewusstseins eingetreten sei; lernt er aber die subjectiven Voraussetzungen des Kranken genauer kennen, so wird er sich häufig genug davon überzeugen, dass von dem veränderten Standpunkte aus die Klarheit und der einheitliche Zusammenhang der Auffassung keine wesentlicheren Störungen darbietet.

Ganz anders gestaltet sich die Sachlage, wo die Bedingungen für die Aufnahme und Verarbeitung der Erfahrung einer raschen und dem bisherigen psychischen Leben des Subjectes widersprechenden Umwandlung unterworfen werden. Während dem Verrückten die etwa auftretenden Trugwahrnehmungen nur die fast selbstverständliche Bestätigung für schon lange gehegte verborgene Ahnungen bedeuten und daher ohne Weiteres als Bausteine für das in Entwicklung begriffene Wahnsystem verwerthet werden, ist die unvermittelte Vermischung der Sinneserfahrung mit hallucinatorischen oder illusionären Elementen in hohem Grade geeignet, die Klarheit der Auffassung empfindlich zu beeinträchtigen. Der Kranke verliert bei der Unmöglichkeit, die heterogenen Wahrnehmungen mit einander und mit seiner früheren Erfahrung in Einklang zu bringen, sehr bald die Fähigkeit der Orientirung in der für ihn widerspruchsvollen Umgebung und damit gleichzeitig die Klarheit seines eigenen Gedankenganges: er wird verwirrt, wie wir es werden, wenn wir uns plötzlich in ein unentwirrbares Gemisch neuer, räthselhafter Sinneseindrücke versetzt sehen. Ganz ähnlich sind die Folgen natürlich, wenn die Ursache der Wahrnehmungsverfälschung nicht in Sinnestäuschungen, sondern in einer Bewusstseinstrübung gelegen ist, welche dem Kranken ebenfalls nur ein verworrenes und vielfach zusammenhangsloses Bild des eigenen Zustandes und der Umgebung übermittelt.

Auf der anderen Seite kann die Orientirung des Kranken und die Ordnung seines Gedankenganges auch direct durch Störungen im Ablaufe der intellectuellen Functionen oder durch lebhafte Gefühle getrübt werden. Wenn die Ideenflucht eine besonnene Auffassung und Verarbeitung neuer Eindrücke und Vorstellungen wegen der Ueberfülle äusserlicher Associationen unmöglich macht, so geschieht dasselbe bei rascher Steigerung der combinatorischen Thätigkeit

durch die überall üppig aufschliessenden phantastischen Ideen, zwischen denen dem Kranken schwindelt, weil er sich zunächst selbst nicht mehr zurechtzufinden weiss, wenn er auch vielleicht allmählich die Klarheit des Selbstbewusstseins wieder gewinnt, um dafür einer dauernden Verfälschung desselben anheimzufallen. Ein solcher Patient bezeichnete mir diese verwirrende Ueberproduction an phantastischen Combinationen als eine wahre „Hunnenschlacht des Geistes“. Den gewaltigen Einfluss der Affecte auf die Klarheit unserer Auffassung innerer und äusserer Zustände lehrt uns schon die normale Erfahrung kennen, von den leisesten Regungen der Verlegenheit und Befangenheit an bis zu den mächtigen Gefühlsschwankungen der Angst, des Zornes und der Verzweiflung.

Gegenüber allen diesen mehr vorübergehenden Trübungen des Selbstbewusstseins haben wir endlich noch solche Störungen zu unterscheiden, welche eine dauernde Beeinträchtigung jener Function selbst bis zum völligen Erlöschen derselben in ihrem Gefolge haben. Die verschiedenartigen Formen der psychischen Schwäche sind es, welche hier in Betracht kommen. So beobachten wir, wie die wahnhafte Verfälschung des Selbstbewusstseins häufig genug in allgemeiner Verwirrtheit endet, indem die einzelnen Elemente des immer grotesker ausgebauten Wahnsystems ihren Zusammenhang unter einander verlieren, so dass die bis dahin vielleicht noch bestehende innere Ordnung des Bewusstseinsinhaltes unaufhaltsam verfällt. Mit ganz besonderer Schnelligkeit pflegt sich dieser Auflösungsprocess in der Paralyse zu vollziehen. Schliesslich sind es dann oft nur noch kümmerliche, zusammenhangslose Reste früherer normaler und krankhafter Ideen, welche, meist in ziemlich stereotyper Weise, einander ablösen, ohne dem Kranken mehr ein deutliches Bewusstsein seiner Umgebung und seiner eigenen Persönlichkeit zu vermitteln.

C. Störungen des Gefühlslebens.

Jeder Sinneseindruck, der seinem Inhalte nach in nähere Beziehungen zum Wohl und Wehe des Individuums tritt, markirt sich im Bewusstsein desselben durch ein

begleitendes Gefühl der Lust oder der Unlust, je nachdem er die allgemeinen Lebenszwecke zu fördern oder zu hemmen geeignet erscheint. Die Gefühle können somit gewissermassen als die subjective Reaction des Ich angesehen werden, in welcher dasselbe zu den Wahrnehmungen der Aussenwelt Stellung nimmt. Unter pathologischen Verhältnissen, welche eine Veränderung des psychischen Individuums hervorbringen, ist es daher sehr häufig gerade diese subjective Gefühlsreaction, das „Gemüthsleben“ der Kranken, welches zunächst die auffallendsten Störungen darbietet. Die Beurtheilung dieser Symptomengruppe stösst jedoch deswegen auf gewisse eigenthümliche Schwierigkeiten, weil uns hier weit weniger, als bei den intellectuellen Alterationen, eine feststehende Norm gegeben ist, mit Hülfe derer wir die graduellen Abweichungen vom gesunden Verhalten sicher bestimmen könnten. Verfälschungen der Sinneserfahrung, Verstösse gegen die Grundsätze des logischen Denkens werden auch vom Laien ohne Weiteres als abnorme Erscheinungen erkannt; die Lebhaftigkeit der Gefühlsreaction zeigt aber schon bei Gesunden unter verschiedenen Verhältnissen so weite individuelle Schwankungen, dass die Abgrenzung des Pathologischen gerade auf diesem Gebiete häufig recht schwierig wird. Der Laie (in forensischen Fällen der Richter) ist stets weit eher geneigt, intellectuelle Defecte, besonders Wahnideen, für krankhaft zu erkennen, als die eingreifendsten Störungen im Gemüthsleben.

Störungen in der Intensität der Gefühle. Die einfachste und auch wol häufigste Abnormität im Bereiche der Gefühle ist die Herabsetzung ihrer Intensität. Während sich im Gemüthe des Gesunden der innere Antheil, den er an seinen vielfachen Beziehungen zur Umgebung nimmt, in beständigen, leiseren oder stärkeren Schwankungen des Stimmungshintergrundes widerspiegelt, bedeutet die Abnahme dieser Gefühlsbetonung Gleichgiltigkeit und Theilnahmlosigkeit gegenüber den Eindrücken der Aussenwelt, die bisweilen scharf aufgefasst und auch intellectuell verarbeitet werden, ohne irgend welche gemüthlichen Regungen im Innern des Kranken wachzurufen. In den höchsten Graden dieser Störung, in denen völlige

Apathie besteht, wie bei gewissen tiefen Blödsinnszuständen, ist allerdings regelmässig auch die sonstige psychische Thätigkeit auf ein Minimum herabgesetzt.

Weit interessanter aber und klinisch wichtiger als derartige Formen des geistigen Bankrotts sind diejenigen Zustände, in denen vorzugsweise nur gewisse Seiten des Gefühlslebens von der Störung betroffen sind. Am leichtesten gehen dem Kranken natürlich verloren, resp. bleiben unausgebildet solche Gefühle, welche nicht unmittelbar an die Veränderungen des eigenen Ich anknüpfen, sondern sich auf die Verhältnisse der Aussenwelt beziehen, und ferner diejenigen, welche den Charakter des Sinnlichen verloren haben und als Begleiter gewisser abstracter Ideen und Grundsätze nur auf der Basis einer höheren intellectuellen Entwicklung in Wirksamkeit treten. Mit andern Worten: das Interesse des Kranken zieht sich hier wesentlich auf die Zustände der eigenen Person zurück, wird ein ausschliesslich egoistisches, und er verliert die Freude an den edleren, geistigen und ästhetischen Genüssen, das Gefühl für die höheren Anforderungen des Anstandes, der Sittlichkeit, der Religion. Ein derartiger Defect ist vor Allem die regelmässige Begleiterscheinung der verschiedenen Formen des angeborenen und erworbenen Schwachsinns. Wie der Ideenkreis sich hier auf das Einfachste, Nächstliegende und persönlich Wichtigste beschränkt, so behalten auch die Gefühle ihren elementaren, sinnlichen Charakter und erstrecken sich nur auf jene Eindrücke, die in dem unmittelbarsten und einleuchtendsten Zusammenhange mit dem eigenen Wohl und Wehe stehen. Fremdem Schicksale steht das Herz des Kranken kalt und gleichgiltig gegenüber, und die idealeren Bestrebungen vermögen weder Verständniss, noch Theilnahme in seinem Inneren anzuregen. Es fallen also für ihn alle jene Motive und Hemmungen fort, welche dem Gesunden aus der Rücksicht auf seine Umgebung entspringen. Theilnahmslosigkeit des Kranken gegenüber seinen natürlichen Beziehungen, der Verlust des Schamgefühles, des Tactes sind daher wichtige Anzeichen einer beginnenden Entartung auf dem Gebiete des Gemüthslebens. Namentlich bei den angeborenen Schwächezuständen

verträgt sich damit ganz gut sogar ein gewisses Raffinement in der Verfolgung des sinnlichen Genusses, eine handwerksmässige Gewandtheit in der Wahrung egoistischer Interessen, durch welche sich die Umgebung häufig über die geistige und gemüthliche Impotenz des Kranken hinwegtäuschen lässt.

Ein höchst bedeutsamer Unterschied zwischen den niederen, sinnlichen und den höheren, abstracten (logischen, ethischen, ästhetischen, religiösen) Gefühlen wird durch den Umstand bezeichnet, dass die ersteren wol eine weit grössere augenblickliche Stärke, aber eine ungleich geringere Reproductionsfähigkeit besitzen, als die letzteren. Ein sinnlicher Genuss oder Schmerz kann uns für kurze Zeit in sehr lebhaftere Erregung versetzen, aber er blasst in der Erinnerung sehr rasch ab, während z. B. die leiseren aber constanten ethischen Gefühle unser Denken und Handeln durch das ganze Leben hindurch fast unausgesetzt begleiten und bestimmen, wo sie nicht durch leidenschaftliche Gemüthsschwankungen übertönt werden. Gerade die höheren Gefühle sind es, welche unserem Stimmungshintergrunde jene gleichförmige Ruhe, unserer psychischen Persönlichkeit jene Festigkeit und innere Harmonie zu gewähren vermögen, die man mit Recht als die Attribute eines gesunden, normal entwickelten Mannes betrachtet.

Auch nach dieser Richtung hin wird sich daher der Defect der höheren Gefühle und das Vorherrschen niederer, egoistischer Interessen in dem Krankheitsbilde des Schwachsinnes geltend machen müssen. Wo nicht eine hochgradige Apathie alle Gefühlsregungen überhaupt begräbt, sehen wir in der Ungleichförmigkeit der Stimmung und ihrer Abhängigkeit von äusseren Zufälligkeiten, in der gelegentlichen Heftigkeit der sinnlichen Lust- und Unlustreactionen, in dem raschen Abklingen und der geringen Nachhaltigkeit solcher Aufwallungen den Mangel der constanten, höheren Gefühle zum Ausdrucke gelangen. In der Breite des Normalen sind Individuen, welche Andeutungen dieses Verhaltens erkennen lassen, sehr häufig; jene phlegmatischen, kalten, egoistischen Naturen, die durch keine Gemüthsbewegung aus ihrer Ruhe aufgerüttelt werden, oder die

wenigstens fremden Gefühlen theilnahmlos gegenüberstehen; nicht selten vermag auch hier das Treffen eines empfindlichen Punktes unvermuthete und rasch vorübergehende Ausbrüche heftiger Affecte hervorzurufen. Andererseits ist das stärkere Hervortreten egoistischer und sinnlicher Interessen (Geiz, Schlemmerei) eine häufige Begleiterscheinung des höheren Lebensalters. Aus ihr, wie aus der gleichzeitigen Abnahme in der Lebhaftigkeit der Gefühle überhaupt, erklärt sich einerseits die grössere Stumpfheit und Ruhe, andererseits die Launenhaftigkeit und gelegentliche Heftigkeit des Greises, Eigenschaften, die trotz ihrer scheinbaren Verschiedenheit dennoch in den gleichen allgemeinen psychischen Veränderungen ihre Wurzel haben.

In den schwersten Formen der gemüthlichen Degeneration können auch gewisse elementare Lust- und Unlustgefühle schwinden, besonders solche, die einen mehr ästhetischen Charakter haben. Dahin gehören vor Allem das Gefühl für Reinlichkeit und die Ekelgefühle. Allerdings bieten dieselben schon unter normalen Verhältnissen sehr beträchtliche individuelle Differenzen dar; dennoch aber deutet der gänzliche Verlust derselben, wie er sich in dem rücksichtslosen Herumschmieren und Verzehren der ekelhaftesten Dinge (sogar der eigenen Excremente) kundgibt, stets auf sehr tiefgreifende Störungen des Seelenlebens hin. Sehr gewöhnlich beobachtet man gleichzeitig auch eine psychisch bedingte, auffallende Unempfindlichkeit gegen sinnlichen Schmerz, gleichmüthiges Ertragen schwerer Verletzungen und dergl. Aehnliche Erscheinungen können vorübergehend durch intensive Affecte hervorgerufen werden, welche alle anderen Gefühlsregungen unterdrücken. Auch unter normalen Verhältnissen vermögen ja heftige Aufregungszustände uns gegen körperliche Unlust, wie gegen ästhetische und ethische Rücksichten für einige Zeit unempfindlich zu machen.

Auf eine Unterdrückung der normalen Gefühlsreactionen durch die herrschende gemüthliche Verstimmung ist, wie es scheint, auch eine eigenthümliche Störung zurückzuführen, die man bei den einfachsten Formen der Melancholie beobachtet. Die Kranken beklagen sich darüber, dass es

ihnen so öde und leer in der Brust sei, dass sie ihren eigenen psychischen Vorgängen wie ganz unbetheiligte Zuschauer gegenüberständen, und dass die Berührung ihrer sonst heiligsten Interessen ihnen jetzt weder Freude noch Schmerz zu bereiten im Stande sei. Häufig genug wird dann gerade diese Unempfindlichkeit als eine äusserst qualvolle Veränderung des eigenen Innern empfunden, so dass die Störung in gewissem Sinne an die „Anaesthesia dolorosa“ erinnert. Ob dabei wirklich die Verstimmung erst secundär aus der peinlichen Wahrnehmung einer primär entstandenen Abstumpfung des Gefühles ihren Ursprung nimmt, oder ob vielmehr die Abschwächung der Gefühle durch einen krankhaften melancholischen Affect bedingt wird, ähnlich wie der Gesunde unter dem Einflusse einer gemüthlichen Depression „den Sinn“ für seine sonstigen Interessen verliert, muss zunächst zweifelhaft bleiben.

Das directe Gegenstück zu den bisher besprochenen Störungen bietet die Steigerung der gemüthlichen Erregbarkeit dar, wie sie sich in der lebhaften Gefühlsbetonung jedes neuen Eindruckes und des ganzen Vorstellungsverlaufes kundgiebt. Das innere Gleichgewicht ist hier ein äusserst labiles, der Stimmungshintergrund in beständiger Bewegung begriffen; ein kleiner Anlass genügt, um die Gefühle der Lust und Unlust in excessiver Heftigkeit wachzurufen. Eine derartige Veränderung hat mit Nothwendigkeit einen raschen Wechsel der Affecte, ein Schwanken derselben von einem Extrem in das andere zur Folge, weil ja gerade die Erhöhung der Erregbarkeit eine Abhängigkeit der Stimmung von jedem zufälligen Eindrucke bedingt, der in das Bewusstsein des Individuums eintritt. Wie der Vorstellungsverlauf des Tobsüchtigen ohne innere Directive unvermittelt von einem Gegenstande auf den andern überspringt, so wird auch die Gemüthslage nicht durch die Summe der früheren Lebenserfahrung bestimmt und constant erhalten, sondern der Augenblick mit seinen wechselnden Eindrücken lässt die Stimmung in bunter Folge die verschiedensten Töne der Gefühlsscala durchlaufen. Häufig ist dabei allerdings eine bestimmte Richtung der Affecte vorherrschend, aber dieselbe wird leicht und rasch durch

conträre Einflüsse abgelenkt, um dann ebenso unvermittelt wieder mit der früheren Stärke hervorzubrechen.

Leichtere Formen dieser Störung kommen bei Geisteskranken überaus häufig zur Beobachtung. Sie kennzeichnen sich durch häufigen, unmotivirten Wechsel der Stimmung, Launenhaftigkeit, heftige Gefühlsreactionen auf geringe Anlässe, Neigung zur Schwärmerei und zum Pessimismus. Als normales Paradigma derselben kann in gewissem Sinne das Verhalten des weiblichen und kindlichen Gemüthslebens gelten, wie es sich ja im Allgemeinen durch eine grosse augenblickliche Stärke der Gefühlswallungen einerseits, durch Vergänglichkeit und rasches Vergessen derselben andererseits charakterisirt. Jäher Wechsel der Stimmungen ohne besondere Veranlassung ist endlich eine auch in der gesunden Erfahrung bisweilen beobachtete Erscheinung. Sie tritt besonders dann hervor, wenn die gemüthliche Erregbarkeit gesteigert ist (z. B. durch Alkoholgenuss) und der herrschende Affect eine gewisse excessive Lebhaftigkeit erreicht hat (ausgelassenste Heiterkeit, Verzweiflung; Galgenhumor).

Qualitative Gefühlsstörungen. Einen wesentlich anderen Charakter, als die bisher besprochenen Alterationen besitzen diejenigen Störungen des Gemüthslebens, in denen es sich nicht um eine Veränderung in der Ausgiebigkeit der Gefühlsreactionen, sondern um qualitative Abweichungen derselben handelt. Trotz vieler individueller Unterschiede im Einzelnen pflegt doch die Art der Gefühlsbetonung, welche wir den äusseren Eindrücken entgegenbringen, innerhalb der Gesundheitsbreite eine derartige allgemeine Uebereinstimmung darzubieten, dass die krankhafte Natur qualitativer Abweichungen fast immer leichter erkannt wird, als diejenige einer mangelnden oder gesteigerten gemüthlichen Erregbarkeit. Eine derartige Störung kann entweder das ganze Gebiet des Gemüthslebens umfassen, oder sie kann auf einzelne Theile desselben beschränkt sein; sie kann ferner nach verschiedenen Richtungen ausgebildet sein, je nachdem es die Gefühle der Unlust oder diejenigen der Lust sind, in denen sich die abnorme Reaction des Individuums bewegt.

Als typische Erscheinungsform der allgemeinen Gefühlsumwandlung können wir jenes Symptom betrachten, welches man wol als psychische Hyperalgesie (gesteigerte Schmerzempfindlichkeit) bezeichnet hat. Jeder beliebige äussere Eindruck, ja der Vorstellungsverlauf selbst, erzeugt hier immer von Neuem das Gefühl der Unlust, des Schmerzes. Der Kranke ist unfähig, sich über irgend etwas zu freuen; selbst diejenigen Beziehungen, die ihn früher glücklich und froh machten, werden jetzt für ihn eine Quelle beständiger trüber Gemüthsverstimmung. Wie den Bekümmerten der Anblick heiteren Lebens sein Leid nur noch tiefer empfinden lässt, so erweckt auch hier — nur in ausgedehnterem Masse — selbst freudiger Anlass immer nur schmerzliche Gefühle. Dort aber ist die gemüthliche Depression eine durch erfahrenes Leid motivirte, hier ist sie eine ursprüngliche elementare Störung des Gefühlslebens; dort ist sie ein vorübergehender Affect, der durch ein frohes Ereigniss leicht beseitigt wird, hier ist sie zum dauernden Zustande geworden, der nicht durch äusseres Glück verändert werden kann, sondern gerade durch die veränderte Gefühlsreaction die Auffassung desselben im Sinne der Unlust beeinflusst. Auf diese Weise führt die psychische Hyperalgesie, die Begleitung aller psychischen Vorgänge mit den Gefühlen des Schmerzes, zu einer dauernden gemüthlichen Depression, die nicht ohne entscheidende Einwirkung auf die Richtung des Vorstellungsverlaufes zu bleiben pflegt, aus dem sie dann ihrerseits wieder neue Nahrung zieht, wenn es nicht gelingt, diese Wechselwirkung durch Beseitigung des Grundleidens, der krankhaften Gefühlsstörung, zu durchbrechen.

In nicht seltenen Fällen erhebt sich das Gefühl des psychischen Schmerzes zu dem Affecte der Angst. Zweifellos ist die Angst Geisteskranker als solche häufig genug durchaus nicht als ein krankhaftes Symptom zu betrachten, dort nämlich, wo dieselbe durch Sinnestäuschungen, Wahnideen und dergl. vollständig motivirt erscheint. Man würde es im Gegentheil für pathologisch halten müssen, wenn ein Kranker etwa in der Erwartung seiner sofortigen Hinrichtung keinerlei affective Erregung verrathen würde. Es giebt indessen auch Angstzustände, die nicht in dieser Weise

psychisch motivirt sind, sondern spontan, also im gewöhnlichen Verlaufe der psychischen Vorgänge, ohne besonderen Anlass, hervortreten. Meist überfällt die Angst den Kranken in einzelnen Anfällen, oder sie zeigt doch zeitweise deutliche Verschlimmerungen, ganz besonders in der Nacht. In der Melancholie, selbst in den leichtesten Formen derselben, sind unbestimmte Beängstigungen eine überaus häufige Erscheinung; die Kranken können sich des quälenden Gefühls nicht erwehren, trotzdem sie klar einsehen, wie völlig unmotivirt dasselbe ist. Fast regelmässig geht die Angst hier mit der Empfindung von Druck und Beklemmung in der Herzgegend einher; weit seltener wird ihr Sitz in den Kopf hinein verlegt. Ob jene Beklemmung wirklich als die Ursache der Beängstigung oder nur als Begleiterscheinung derselben anzusehen ist, lässt sich schwer entscheiden; wir wissen ja übrigens, dass die Angst schon unter normalen Verhältnissen ein Affect ist, der das gesammte Nervensystem in lebhaftes Mitleidenschaft versetzt; ihre Wirkung auf die Herzthätigkeit (Herzklopfen), auf die Gefässnerven (Blasswerden), die Athmung, die willkürlichen Muskeln (Zittern, Schlottern), endlich die Schweiss-, Harn- und Darmsecretion sind genugsam bekannt. In manchen Fällen bildet der Spannungszustand der Angst dauernd den allgemeinen Hintergrund der Stimmung und bringt entweder Unruhe und Aufregung mit Entladung in den bekannten Ausdrucksbewegungen oder aber eine durchgreifende Hemmung aller willkürlichen Bewegungen zu Stande, so dass die Kranken regungslos und starr in der einmal eingenommenen Lage verharren. Jede äussere Einwirkung pflegt hier die Angst zu vermehren und einen rasch anwachsenden passiven Widerstand hervorzurufen, namentlich jeder Versuch, eine Lageveränderung mit dem Kranken vorzunehmen oder ihn zu irgend einer Handlung zu veranlassen. Derartige allgemeine Angstzustände werden namentlich bei gewissen Formen der Melancholie und des Wahnsinnes beobachtet, ferner bei der Lyssa und bei vielen körperlichen, mit Kreislaufstörungen oder Athemnoth verbundenen Krankheiten.

Wo die Angst sehr leicht und häufig, auf ganz geringfügige Veranlassungen hin, auftritt, entsteht der Zustand

der Aengstlichkeit, das dauernde Gefühl der Hilflosigkeit gegenüber einer drohenden Gefahr. Auf ihm beruht die Kleinmüthigkeit und Verzagtheit so vieler Melancholiker, die jedem kommenden Ereignisse mit banger Furcht entgegensehen, stets die schlimmsten Eventualitäten in's Auge fassen und in ihren pessimistischen Erwartungen das Vertrauen auf die Zukunft, wie auf die eigene Persönlichkeit verloren haben. Man sieht leicht, dass diese Störung in graduellen Abstufungen unmerklich in die Breite des Normalen zu jenen ängstlichen Gemüthern hinüberleitet, denen jede freie Regung der Lust, jeder Augenblick des Genusses durch die Besorgniss möglichen Unheils verkümmert wird.

Bisweilen beherrscht indessen die Angst nicht in der angedeuteten Weise fortdauernd die Gemüthsstimmung, sondern sie wird nur durch gewisse Einflüsse wachgerufen, die den Gesunden im Allgemeinen vollkommen gleichgiltig lassen. Hierher gehören die sogenannten Idiosynkrasien, die man bei neuropathischen Individuen beobachtet, Angstfälle, die, meist ohne klare Motivirung, beim Anblicke bestimmter Dinge, kleiner Thiere, stechender oder schneidender Instrumente (Messer, Nadeln), beim Hineinsehen in den Spiegel und dergl. auftreten. Oder aber die Angst knüpft sich an gewisse Zwangsvorstellungen an, wie bei dem von Legrand du Saulle beschriebenen „*Délire du toucher*“. Die Kranken sind hier von der Idee gequält, dass sie sich beim Anfassen von Gegenständen beschmutzen oder vergiften, dass sie Nadeln oder Glasscherben mit herunterschlucken könnten, dass sie in einem beliebigen Fetzen Papier etwa ein werthvolles Document vernichten könnten oder Aehnliches. Demgemäss pflegt der Affect jedesmal bei der Nothwendigkeit einer Berührung, beim Trinken, Essen, Vernichten von Papier u. s. w. hervorzutreten. Eine besondere Form dieser nur zeitweise entstehenden Angst ist endlich die Agoraphobie, die durch heftige, bis zur Ohnmacht sich steigernde Angstgefühle bedingte Unmöglichkeit, über einen weiten Platz, durch eine lange menschenleere Strasse ohne Begleitung zu gehen. Auch eine krankhafte Angst vor der Berührung mit Weibern und beim Anblicke derselben hat man beobachtet.

Der andauernden oder gelegentlichen Unlustbetonung gleichgiltiger Reize stehen die Anomalien der Lustgefühle gegenüber. Unmotivirte krankhafte Gehobenheit der Stimmung (Euphorie) ist am häufigsten in der progressiven Paralyse und in der Manie. Die ausserordentliche Leichtigkeit, mit welcher hier der Vorstellungsverlauf von Statten geht, erzeugt, wie es scheint, so lebhafte Lustgefühle, dass der Kranke sich glücklicher und gesünder fühlt, als je in seinem Leben. Aehnlich verhält es sich mit den eigenthümlichen Verzückungszuständen, die man als Ekstase zu bezeichnen pflegt. Der gesammte Bewusstseinsinhalt des Kranken wird von einem Gefühle seliger Wonne beherrscht, das ihn weit über alle Noth des Daseins erhebt und häufig in religiösem Sinne interpretirt wird. Die Bewusstseinsstörungen des Haschisch und Opiumrauchens, die „Seligkeit“ des schweren Alkoholrausches, sowie manche Träume sind als verwandte Zustände zu betrachten. Jener krankhaften Lustgefühle, welche die Perversitäten des Geschlechtstriebes begleiten, werden wir später noch zu gedenken haben.

Zu beachten bleibt, dass manche Wandlungen im Gemüthsleben, namentlich Abneigung und Hass gegen früher geliebte Personen und so manche sonderbare Sympathien Geisteskranker nicht auf eine ursprüngliche Gefühlsstörung zu beziehen, sondern durch krankhafte Vorstellungen, und zwar bisweilen sehr logisch, motivirt sind. Besonders bei Verrückten beruht die gemüthliche Veränderung, abgesehen von der Steigerung oder Abstumpfung der Erregbarkeit, sehr gewöhnlich auf intellectueller Grundlage.

D. Störungen des Handelns.

Das praktisch wichtige Resultat aller jener krankhaften Störungen, welche das psychische Leben erfährt, ist das Handeln des Kranken. Die Richtung des Handelns wird im Allgemeinen bestimmt durch Vorstellungen, die Stärke dagegen, mit welcher die Antriebe im Bewusstsein hervortreten, ist abhängig von der Intensität der begleitenden

Gefühle. Grosse Heftigkeit dieser letzteren bei geringer Klarheit der Vorstellungen charakterisirt diejenigen Strebungen, die wir Triebe nennen, während das zielbewusste, planmässige Wollen mit Gefühlen von grosser Constanz und Dauer, aber relativ geringer augenblicklicher Stärke einherzugehen pflegt und zugleich eine deutliche Vorstellung des beabsichtigten Erfolges und der Mittel zu seiner Erreichung einschliesst. So kommt es, dass das Triebleben nicht selten in einen entschiedenen Gegensatz zu den Willkürhandlungen tritt. Beim vollentwickelten, normalen Menschen besteht die Fähigkeit, die natürlichen Triebe durch den überlegenden Willen bis zu einem gewissen Grade zu beherrschen und dieselben nur dann zu befriedigen, wenn keine anderweitigen, verstandesmässig aufgefassten Rücksichten ihre Unterdrückung fordern. Dieses Verhältniss ist in krankhaften Zuständen nicht selten alterirt, so dass wir also ausser den Elementarstörungen der Triebe und der Willkür für das Verständniss der pathologischen Handlungen auch die gegenseitigen Beziehungen dieser beiden Factoren zu berücksichtigen haben werden.

Herabsetzung der Willensimpulse. Einfache Herabsetzung aller Impulse findet sich in allen schwereren Formen des angeborenen und erworbenen Blödsinns. Regelmässig ist hier auch der Vorstellungsverlauf verlangsamt und träge, die Gefühlsschwankungen einförmig und von geringer Intensität. Höchstens die vegetativen Triebe der Nahrungsaufnahme vermögen noch vorübergehend einen Anstoss zu einfachen Bewegungen zu geben, während im Uebrigen auf dem Gebiete des Begehrens und Strebens absolute Ruhe herrscht. In den höchsten Graden der Störung kann auch das Bedürfniss nach Nahrung gänzlich fehlen (Anorexie), so dass sich die Lebensäusserungen des Individuums schliesslich nur auf die Fortdauer der automatischen und einzelner reflectorischer Bewegungen beschränken. Diejenigen Triebe, welche der Selbsterhaltung dienen, pflegen am längsten noch mit einer gewissen Stärke Impulse des Handelns zu erzeugen, doch können in manchen Fällen gerade einzelne dieser Triebe stark herabgesetzt oder erloschen sein, wo im Uebrigen noch eine beträchtliche Lebhaftigkeit des Strebens

besteht. So wird Anorexie beobachtet, trotzdem sogar geordnete Willkürhandlungen ausgeführt werden. Bisweilen ist dabei allerdings dieses Symptom durch mehr oder weniger klare Vorstellungen motivirt und als eine krankhafte Unterdrückung des wol vorhandenen Triebes aufzufassen; häufig liegen demselben auch Störungen der Verdauungsorgane zu Grunde, welche die Entstehung des Hungergefühles verhindern. Nicht zu verwechseln mit diesen Zuständen sind jene äusserlich ihnen in mancher Beziehung gleichenden Formen der Melancholie, bei welchen zwar lebhafte Affecte den Stimmungshintergrund in Erregung versetzen, bei welchen jedoch die Umsetzung derselben in Handlungen durch übermächtige, nur hier und da einmal gewaltsam durchbrochene Hemmungen verhindert wird.

Einen ganz anderen Charakter tragen diejenigen Fälle, in denen vorzugsweise nur der Einfluss des zweckbewussten Willens auf das Handeln eine mehr oder weniger beträchtliche Abschwächung erkennen lässt. Man bezeichnet die Störung mit dem Namen der Abulie. Die Intelligenz kann hier vollkommen erhalten sein, und es kann eine klare Einsicht in die Krankhaftigkeit, sowie ein peinliches Gefühl der Veränderung bestehen. Solche Kranke (vielfach Melancholiker) erkennen die Nothwendigkeit dieser oder jener Handlung auf das Klarste, aber sie können dieselbe nicht ausführen, weil sie „nicht wollen können“. Ihnen fehlt die Initiative, die Möglichkeit einer selbständigen Direction und Regulirung ihrer Impulse. Bisweilen ist dabei überhaupt die Stärke der Willenserregungen herabgesetzt; in anderen Fällen aber sind es nur die constanten Motive des Handelns, der Charakter, welcher unentwickelt geblieben oder krankhaft gestört ist; häufig endlich findet sich Beides mit einander vereinigt.

Die nothwendige Folge des Mangels eines eigenen, von bestimmten Grundsätzen geleiteten Willens ist die völlige Abhängigkeit des Handelns von augenblicklichen Eindrücken und Antrieben. Wer nicht weiss, was er will, oder wessen Wille zu schwach ist, um dauernd in gleicher Richtung wirken zu können, dessen Handlungen erscheinen nicht als der Ausdruck eines durch die individuelle Anlage und

Lebenserfahrung gebildeten, feststehenden Charakters, sondern als das Resultat zufälliger, momentaner Eingebungen und äusserer Einflüsse. Derartige Kranke sind daher passiv meist leicht lenkbar, ohne irgend zu widerstreben, wenn nicht etwa Angst oder ein ähnlicher Affect sie beherrscht; ihr Treiben ist planlos, ohne Energie, voller Halbheiten und Inconsequenzen. Gute Vorsätze werden gefasst und Anläufe gemacht, aber es bleibt Alles unvollendet; ein Augenblick kann die festesten Pläne über den Haufen werfen und den schwachen Willen ohne Weiteres in ganz andere Bahnen lenken. Das Beispiel in gutem und bösem Sinne, die äussere Einwirkung vermag hier ausserordentlich viel, aber der Einfluss ist kein nachhaltiger; er wird eben durch neue Eindrücke immer rasch wieder verdrängt. Es liegt auf der Hand, dass diese Störung, die wir bei einer grossen Zahl schwachsinniger Kranker vorfinden, uns ohne scharfe Grenze in die Breite des Normalen zu jenen schwachen, haltlosen Naturen hinüberführt, die stets einer leitenden Hand bedürfen, wenn sie nicht straucheln sollen, die ihr Leben lang hilflose Kinder bleiben, sobald sie in Verhältnisse und Conflictte hineingeworfen werden, welche Thatkraft und rasche Entschlossenheit erfordern.

Gewissermassen auf der Grenze des Normalen stehend und vielfach unzweifelhaft in das Pathologische hinüberreichend sind die chronischen Degenerationszustände, welche durch eingewurzelte schädliche Gewohnheiten über den Charakter des Menschen heraufbeschworen werden. Der Trinker, der Morphinist, der Spieler, der Onanist, auch wenn sie gerade keine sonstigen psychischen Krankheits-symptome darbieten — sie verlieren sehr bald die Herrschaft über ihre Leidenschaften; sie werden unfähig zu consequentem, einheitlichem Handeln und zur thatkräftigen Ueberwindung schwieriger Conflictte. Sinken sie doch schliesslich zu willenlosen Slaven ihrer triebartigen Begierden herab, die sie trotz besserer Einsicht selbst um den Preis ihres Lebensglückes nicht mehr zu überwinden im Stande sind.

Steigerung der Willensimpulse. Eine Steigerung der Willensimpulse tritt überall dort hervor, wo die Um-

setzung psychischer Erregung in Bewegungen abnorm erleichtert ist. Die allgemeinste Form dieser Störung äussert sich in dem sogenannten Bewegungsdrange. Anfangs macht sich derselbe in einer gewissen Geschäftigkeit, grosser Gesprächigkeit, Neigung zum Renommiren, lebhaften Gesticulationen, im Sammeln und Zusammenkaufen unnützer Dinge, dem Inangriffnehmen zahlreicher Pläne und Unternehmungen, ohne Durchführung eines einzigen, sowie in zwecklosem Herumtreiben und Reisen bemerkbar. Bei den schweren Formen kommt es bald zu beständigem Schreien und Singen, Laufen und Tanzen, zum Zerreißen der Kleidungsstücke mit mannigfacher Verwerthung der Fetzen, Schmieren und Malen mit Koth, Waschen mit Urin, Zerstören aller erreichbaren Gegenstände, Trommeln und Klopfen mit Händen und Füßen. Hier tritt schon deutlicher jene Unbeständigkeit und Unstetigkeit der einzelnen Antriebe, jener rasche Wechsel in der Richtung des Handelns hervor, der in eigenthümlichem Contraste mit der momentanen, rücksichtslosen Energie steht, welche die Bestrebungen des Kranken auszeichnet. Auch für diese Formen der Willensalteration, die vor Allem der Manie angehören, lassen sich gewisse schwache Analogien in normalen Charakteren auffinden; es sind das jene Menschen, die trotz steter Geschäftigkeit doch nie etwas Brauchbares leisten, die Alles mit Enthusiasmus ergreifen und nichts fertig bringen, deren Lebensgeschichte eine einzige Kette von unüberlegten und übereilten Handlungen darstellt.

Nach den verschiedenen Richtungen des normalen Begehrens hin pflegt die Steigerung des Trieblebens hauptsächlich als krankhaftes Nahrungsbedürfniss (Bulimie) und als abnorme sexuelle Begierde (Salacitas; Nymphomanie bei Frauen, Satyriasis bei Männern) aufzutreten. Im ersteren Falle kann die Gefrässigkeit soweit gehen, dass nicht nur alle irgendwie durch Gewalt oder List zugänglichen Esswaaren vom Kranken mit Gier verschlungen werden, sondern dass auch gänzlich ungeniessbare, ja die ekelerregendsten Dinge (Sand, Steine, Seegras, Koth) den Weg in seinen Magen finden, stets ein Zeichen von sehr hochgradiger Störung im Bereiche des Gefühlslebens und

des Willens. Die Steigerung des Geschlechtstriebes drückt sich seltener geradezu in sexuellen Angriffen, meist in obscönen Reden und mehr oder weniger rücksichtsloser Masturbation, bei Weibern auch in schamlosen Entblössungen, äusserster Unreinlichkeit oder beständigen Waschungen mit Wasser, Speichel, Urin, Kämmen und Auflösen der Haare u. s. w. aus. Diese Symptome können in sehr verschiedenartigen Krankheitszuständen zur Beobachtung kommen; sie sind in der Regel einfach Theilerscheinungen einer allgemeinen psychischen Erregung, bisweilen aber auch durch örtliche Affectionen an den Genitalien hervorgerufen.

Qualitative Störungen des Handelns. Weniger verständlich, als diese Störungen, die im Wesentlichen doch nur graduelle Steigerungen normaler Triebe bedeuten, sind dem gesunden Bewusstsein die vielfachen von Geisteskranken vollzogenen Handlungen, welche auf tiefergreifende krankhafte Veränderungen im Gebiete des Willens hindeuten. Zunächst sind hier zu nennen die sogenannten Zwangsbebewegungen, regelmässig wiederkehrende, durch ungezählte Wiederholung stereotyp gewordene, oft rhythmische, coordinirte Bewegungen ohne äusseren Zweck, in denen sich namentlich bei geistig sehr tief stehenden Individuen, beim gänzlichen Mangel eigentlicher Willkürhandlungen, die Erregungszustände des Centralorganes Luft zu machen pflegen. Bisweilen stellen sie rudimentäre Ueberbleibsel ehemaliger zweckbewusster oder wenigstens durch einen Wahn motivirter Bewegungen dar, denen Bedeutung und Absicht längst abhanden gekommen ist. Dahin gehört auch das sinnlose Auszupfen der Haare, das Zerkauen der Nägel, das von einzelnen Kranken mit unerschütterlicher Beharrlichkeit geübt wird, das automatische Wischen, Schmieren, Rutschen aufgeregter Blödsinniger u. s. f.

Ungleich wichtiger aber sind diejenigen pathologischen Antriebe, welche das Handeln des Kranken mit impulsiver Gewalt in eine bestimmte Richtung zwingen und ihn nicht selten zur Vollbringung von Thaten treiben, gegen die sich seine Einsicht und seine gesunden Gefühle vergebens sträuben. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich hier um vorübergehende Störungen. Dahin gehören die

sogenannten „Gelüste“ (Picae) der Schwangeren, denen früher eine grosse Bedeutung beigemessen wurde, plötzliche unwiderstehliche Antriebe zu unsinnigen oder gar verbrecherischen Handlungen, zum Beissen, Stehlen, Genuss bestimmter Speisen oder selbst ekelhafter Dinge und dergl. Ferner sind hierhin zu rechnen die namentlich bei psychopathisch veranlagten Individuen und im Verlaufe verschiedener Psychosen bisweilen auftretenden „Zwangshandlungen“. Die Vorstellung einer Handlung drängt sich hier mit imperativer Gewalt in das Bewusstsein des Kranken, so dass er trotz heftigen Kämpfens den pathologischen Impuls nicht zu unterdrücken vermag. Einen gewissen Anhaltspunkt für das Verständniss dieser Zustände giebt uns allenfalls die bekannte Erfahrung aus dem gesunden Leben, dass uns in gewissen Situationen, am Rande eines Abgrundes, auf einer Brücke, der Gedanke auftaucht, uns selbst oder unsere Begleiter hinabzustürzen, bei feierlichen Gelegenheiten irgend eine lächerliche oder unpassende Handlung zu begehen, im Theater plötzlich „Feuer“ zu rufen und Aehnliches. Im gesunden Bewusstsein werden diese Antriebe ohne Schwierigkeit unterdrückt; unter pathologischen Verhältnissen dagegen vermögen sie eine unbezwingliche Macht über den Willen zu erlangen und den Kranken trotz klarer Einsicht zu den furchtbarsten Thaten zu treiben. Selbstmord, Mord und Brandstiftung sind die wichtigsten derartigen Handlungen; ausserdem sind aber auch zahllose Verkehrtheiten und Gewaltacte, die man die Kranken begehen sieht, plötzliches Zerstören von Gegenständen, Zerschlagen von Scheiben, Entkleiden, Kothessen (Koprophagie) gar nicht selten auf den gleichen Ursprung zurückzuführen. Der Mangel jedes intellectuell verarbeiteten Motives, die Raschheit und Heftigkeit der Ausführung sind es, welche die Zwangshandlungen charakterisiren. Mütter können unter dem Einflusse solcher Antriebe zur Ermordung ihrer heissgeliebten Kinder gedrängt werden; ein zufällig bereit liegendes Messer lässt den Impuls in dem kranken Gemüthe zu so unwiderstehlicher Höhe anwachsen, dass schliesslich alle Gegenmotive überwunden werden. Bisweilen haben die Patienten dabei das Gefühl, als ob ihre Glieder, ihre Zunge von einer

unsichtbaren Macht (Gott, der Teufel, elektrische Feinde), in Bewegung gesetzt würden, die sich ihrer einfach als Werkzeug bedient. Einzelne Kranke besitzen ein so klares Verständniss für die Situation, dass sie ihre Umgebung vor sich warnen und beim Herannahen solcher Antriebe alle möglichen Vorsichtsmassregeln treffen, um sich selbst die Ausführung gefährlicher Handlungen unmöglich zu machen. Der vollbrachten That pflegt zunächst ein Gefühl grosser Erleichterung zu folgen, das erst im weiteren Verlaufe bei besonnenen Kranken durch die volle Einsicht in die Tragweite derselben und die bitterste Reue über das Geschehene verdrängt wird.

Einen interessanten Beitrag zur Kenntniss der Zwangshandlungen hat uns das Studium des Hypnotismus gebracht. Hier ist jene Fähigkeit der psychischen Hemmung, vermöge deren wir im Stande sind, zahllose in uns aufsteigende Impulse schon im Entstehen zu unterdrücken und nur diejenigen zu voller Stärke anwachsen zu lassen, welche unseren „Zwecken“ dienen, vorübergehend verloren gegangen; die blossе Vorstellung einer Handlung, wenn sie mit einer gewissen Intensität in's Bewusstsein tritt, genügt bereits, um diese letztere selbst auszulösen. Daraus erklärt sich die zwingende Macht, welche hier der Nachahmungstrieb über den Willen erlangt und die Leichtigkeit, mit der es gelingt, durch die blossе Aufforderung eine beliebige Handlung beim Hypnotisirten hervorzurufen (Befehlsautomatie). Nach dem Erwachen besteht meist keine Erinnerung an das Vorgefallene, doch kann dieselbe gewöhnlich durch äussere Nachhilfe, auf associativem Wege wieder hervorgerufen werden.

Krankhafte Triebe. Während hier die Zwangshandlung mehr als einzelne Episode im Verlaufe einer psychischen Erkrankung auftritt, können andererseits krankhafte Triebe das Willensleben des Individuums dauernd, ja für das ganze Leben beherrschen, sei es, dass sie angeboren, sei es, dass sie erworben sind. In die erstere Gruppe gehört namentlich die conträre Sexualempfindung, die das geschlechtliche Fühlen und Begehren in unversöhnbaren Gegensatz zu der körperlichen Organisation des Kranken

bringt und ihn die sexuelle Befriedigung beim eigenen Geschlechte aufzusuchen treibt. Dieselbe macht sich regelmässig schon in früher Jugend geltend, und wird nur selten auch als vorübergehendes Symptom während anderer psychischer Krankheiten beobachtet. Auch andere Perversitäten des Geschlechtstriebes, welche in der Neigung zum Stehlen weiblicher Wäsche, Schuhe und dergl., in der Wollust beim Misshandeln und Verwunden, oder gar beim Ermorden und Zerstückeln der sexuellen Opfer (Lustmord), beim Saugen von Blut und beim Genusse von Menschenfleisch, in der geschlechtlichen Befriedigung mit Thieren und der Leichenschändung glücklicher Weise sehr vereinzelt hervortreten, sind höchst wahrscheinlich auf eine ursprüngliche degenerative Veranlagung zurückzuführen.

Ferner werden bei Individuen, die ebenfalls regelmässig anderweitige Zeichen psychischer Entartung, namentlich Anomalien im Gefühlsleben, erkennen lassen, bisweilen gewisse krankhafte Antriebe beobachtet, die man früher als eigene Krankheitspecies, als „Monomanien“ (Esquirol) aufzufassen pflegte. Sie sind indessen nur Theilerscheinungen einer pathologischen Ausbildung der gesamten psychischen Persönlichkeit. Am bekanntesten ist der „Stehltrieb“ (die Kleptomanie) geworden, eine besonders beim weiblichen Geschlechte vorkommende Neigung, sich ohne Noth selbst ganz unnütze, werthlose Dinge durch Diebstahl anzueignen, die zudem meist nachher dem Eigenthümer wieder zugestellt werden. Analog hat man auch einen Mordtrieb, einen Brandstiftungstrieb (Pyromanie), einen Wollusttrieb (Aidoio-manie) u. s. f. unterschieden. Gemeinsam ist allen diesen Störungen die degenerative Grundlage; sie sind Symptome einer defecten Veranlagung des Gemüths- und Trieblebens, welche die Ausbildung eines festen, regulirenden Charakters verhindert, die Widerstandsfähigkeit des Individuums gegen äussere und innere Antriebe herabsetzt und somit dem Drängen augenblicklicher Impulse dauernd die Herrschaft über seinen Willen ermöglicht.

Handlungen in Folge von Wahnideen und Gefühlsstörungen. Wir haben nun noch kurz jener Anomalien im Handeln Geisteskranker zu gedenken, die

nicht sowol auf eine Willensstörung selbst, als vielmehr auf einen Ursprung aus krankhaften Voraussetzungen, aus Wahnideen oder abnormen Gefühlen, zurückzuführen sind. Es liegt auf der Hand, dass von dieser Seite her die Bedingungen zur Entstehung der mannigfachsten Abweichungen von dem Verhalten des Gesunden gegeben sein, und dass ferner die gleichen Handlungen aus sehr verschiedenen Ursachen sich heraus entwickeln können.

Zunächst pflegt sich der allgemeine Charakter der psychischen Störung vielfach schon in dem ganzen äusseren Benehmen des Kranken auszudrücken. In seiner Mimik spiegeln sich jene Gefühle und Affecte wieder, die sein Inneres bewegen. Der Melancholiker sitzt mit verkümmerten Zügen da, traurig vor sich hinstarrend, oder er geht in ängstlicher Unruhe, die Hände ringend und laut jammernd auf und ab, während der Tobsüchtige mit lebhaften Gesticulationen schwatzend, lachend, singend und tanzend dem Gefühle erhöhter Leistungsfähigkeit Luft zu machen sucht. Den Gehörshallucinant sieht man mit lauschendem Gesichtsausdrucke in einer Ecke stehen, unbekümmert um seine Umgebung; nur hier und da bewegt er die Lippen, als ob er antworte, oder ruft auch plötzlich laut einige Worte, meist Selbstvertheidigungen oder Schimpfereien. Der verkannte Graf oder Kaiser dagegen trägt mit Würde die „Gefangenschaft“ der Irrenanstalt, an der Brust die papiernen Orden und in der Tasche die selbstverfassten Beglaubigungsdokumente seines Prätendententhums. Die Melancholia attonita endlich und der apathische Blödsinn lassen in dem fast absoluten Mangel jeder activen Reaction die Intensität der bestehenden Hemmung, resp. die ganze Grösse des psychischen Verfalles erkennen. Aus diesen in grösster Mannigfaltigkeit wechselnden und dennoch vielfach typischen Bildern vermag der Irrenarzt oft schon beim ersten Anblicke eine ungefähre Diagnose der Störungen zu stellen. Zahllos sind aber die Fälle, die für die oberflächliche Beobachtung gar keine auffallenden Erscheinungen darbieten, ein Verhalten, welches durch die bekannte Erfahrung illustriert wird, dass laien-

hafte Besucher der Anstalt bei der Mehrzahl der Kranken die Psychose nicht aufzufinden vermögen.

Von besonderer Wichtigkeit sind noch die Veränderungen in Sprache und Schrift, welche durch die Geistesstörung bedingt werden. Abgesehen von dem Inhalt derselben, der natürlich meist die Wahnideen oder Stimmungen des Kranken erkennen lässt, prägt sich auch in der Form oft schon der Grundzug der Psychose aus. Die Ideenflucht kennzeichnet sich durch die Zusammenhangslosigkeit der einzelnen abgerissenen, kaum vollständig ausgesprochenen oder ausgeschriebenen Worte, der Bewegungsdrang in unaufhörlichem Schwatzen und endlosen wirren Schnörkeln. Die depressive Stimmung lässt nur leise, zögernde Worte zu Stande kommen und den Kranken schon nach den ersten Buchstaben die Feder wieder bei Seite legen. Der Paralytiker im floriden Grössenwahn beschreibt in grossen Lettern oder in Zahlen Seiten über Seiten mit vielfachen Auslassungen und Fehlern, Versetzungen der Buchstaben und Worte, voller Kleckse, unsauberer Correcturen, indem gleichzeitig hier wie in der Sprache die ataktischen Störungen in charakteristischer Weise hervortreten. Verrückte endlich sind namentlich durch die Neigung zur Bildung von neuen, selbsterfundenen Worten ausgezeichnet, mit denen sie ihre eigenthümlichen Sensationen, ihre Feinde, ihre eigenen hohen Würden u. s. f. benennen. Häufig begegnet man auch bei ihnen einer sonderbar verzwickten Anordnung ihrer Schriftstücke oder verwickelten, dem Uneingeweihten gänzlich unverständlichen Zeichnungen von Maschinen, Situationen, fabelhaften Wesen, die schon auf den ersten Blick den Eindruck des Krankhaften erwecken.

Auch nach den anderen Richtungen des Handelns sind natürlich die krankhaften Störungen im Bereiche der Intelligenz und der Gefühle im Stande, einen massgebenden Einfluss auszuüben. Depressive Wahnideen und Stimmungen sind es vor Allem, die den Kranken einerseits zu Acten der Verzweiflung, zum Kampfe gegen die eigene Person, Selbstmord und Selbstverstümmelung, zu Nahrungsverweigerung (Sitophobie) oder zu Bussübungen, anderer-

seits aber zu Angriffen, zu Mord und Todtschlag, oder zur Ersinnung der mannigfachsten Schutzmassregeln gegen seine vermeintlichen Verfolger, zu Beschwörungen, geheimnissvollen Procedures und Einrichtungen, oder zu unzeitigem Herumwandern in der Welt antreiben. Die Standhaftigkeit und Consequenz, mit der auf Grund von Wahnideen, namentlich religiöser Natur, bisweilen die raffinirteste Selbstquälerei Monate und Jahre lang fortgesetzt wird (z. B. freiwilliges Fasten, ununterbrochenes Knieen, immer wiederholte Selbstverletzung) deutet hier auf eine völlige Unterjochung der natürlichen Triebe durch die krankhaften Vorstellungen und Gefühle hin. Bei Hypochondern namentlich sind peinliche Manipulationen mit dem eigenen Körper nicht selten. Versuche, sich den Bauch aufzuschneiden, um ein vermeintliches lebendes Thier herauszuholen, das Essen von Nägeln, um sich durch die „Schärfe“ das Blut zu reinigen, habe ich selber erlebt.

Dem gegenüber hat die psychische Exaltation häufig unsinnige Excesse in Baccho et Venere und auf diese Weise sehr leicht Conflict mit der öffentlichen Gewalt zur Folge. Oder aber der Kranke sucht sich im Gefühle seiner Souveränität über die bestehende Ordnung zu erheben und macht seine vermeintlichen Ansprüche ungenirt geltend, so dass er durch die Schritte, welche er in seiner Angelegenheit unternimmt, Aufsehen erregt und lästig wird. Andererseits führt die Vorstellung grossen Reichthums nur allzu oft derartige Kranke zu einer rücksichtslosen Zerrüttung ihres Vermögens durch unsinnige Einkäufe und Schenkungen, oder die Idee, dass alle Gegenstände ihrer Umgebung ihr Eigenthum seien, lässt sie ganz harmlos von denselben Besitz ergreifen und bringt sie auf diese Weise in Conflict mit dem Strafgesetze. Es würde zu weit führen, hier auch nur annähernd alle die verkehrten Handlungen aufzuzählen, die im Einzelfalle aus Wahnvorstellungen hervorgehen können: so verschieden die Motive, so verschieden die Individualitäten sind, so mannigfaltig gestaltet sich die Handlungsweise, wie sie sich als Resultat aus dem Zusammenwirken dieser beiden Factoren schliesslich heraus entwickelt. Nur darauf sei

hingewiesen, dass im Allgemeinen mit dem Grade des psychischen Verfalles, dem Mangel an Urtheil und logischer Schärfe, sowie an Selbstbeherrschung auch die Absurdität und Unbegreiflichkeit der Handlungen des Kranken zunimmt.

Der praktischen Rechtspflege, die es ja gerade mit dem Handeln der Menschen zu thun hat, haben die krankhaften Störungen desselben bei psychischen Alienationen nicht entgehen können. Das Bedürfniss jener Wissenschaft hat daher zur Aufstellung gewisser geistiger Normalzustände, der Dispositionsfähigkeit und der Zurechnungsfähigkeit, geführt, welche als Grundlage für die rechtliche Tragweite menschlicher Willensäusserungen angesehen werden. Die psychologischen Voraussetzungen für die Dispositionsfähigkeit sowol, wie für die Zurechnungsfähigkeit liegen einmal auf intellectuellem Gebiete, dann aber im Bereiche des Wollens. Beide Zustände erfordern eine klare Auffassung der thatsächlichen Verhältnisse, einen Einblick in die rechtliche oder moralische Bedeutung der einzelnen Willenshandlung, endlich die Möglichkeit einer freien Entschliessung auf Grund jener Motive, die der eigenen selbstbewussten Persönlichkeit angehören. Wie man leicht sieht, werden bei Geisteskranken in der Regel die beiden aufgestellten Bedingungen unerfüllt sein. Wo Wahnideen die Stellung des Ich zur Aussenwelt in krankhafter Weise verändern und verrücken, ist für die richtige Beurtheilung des eigenen Handelns durch den Kranken keine Garantie mehr gegeben, während die Herrschaft pathologischer Gefühle und Triebe über die constanten Willensdispositionen des Charakters, oder der Verlust dieser letzteren selbst dem Individuum zweifellos die Freiheit eigener Entschliessung im gebräuchlichen Sinne des Wortes rauben. Sowol die Fähigkeit, über ihr Vermögen beliebig zu verfügen, wie die Zurechnungsfähigkeit und somit die rechtliche Verantwortlichkeit für criminelle Handlungen ist somit bei Geisteskranken principiell als aufgehoben zu betrachten. Eine allgemeine „Einsicht in die Strafbarkeit der begangenen Handlung“, ja auch bisweilen

die Möglichkeit, verbrecherische Antriebe bis zu einem gewissen Grade zu unterdrücken, kann darum trotzdem recht wol vorhanden sein. Die eingehendere Würdigung dieser rechtlichen Beziehungen der Irren bildet den Gegenstand einer besonderen Wissenschaft, der gerichtlichen Psychopathologie.

III. Verlauf, Ausgang und Dauer des Irreseins

Wie die Irreseins beginnt, ist eine Frage, die in der Praxis von großer Wichtigkeit ist. Man unterscheidet zwischen akuten und chronischen Irreseins. Das akute Irreseins beginnt plötzlich, ohne dass man eine Ursache dafür angeben kann. Es ist meistens von einer starken Verwirrung begleitet, die sich in der Regel nach einigen Tagen oder Wochen wieder auflöst. Das chronische Irreseins beginnt dagegen allmählich und ist meistens von einer bestimmten Ursache, wie einer Verletzung des Kopfes, einer Infektion oder einer chronischen Krankheit, begleitet. Es ist meistens von einer dauerhaften Verwirrung begleitet, die sich in der Regel nicht auflöst. Die Dauer des Irreseins ist ebenfalls eine Frage, die in der Praxis von großer Wichtigkeit ist. Man unterscheidet zwischen akutem und chronischem Irreseins. Das akute Irreseins dauert meistens nur einige Tage oder Wochen, während das chronische Irreseins dauerhafte sein kann. Die Dauer des Irreseins ist meistens von der Ursache des Irreseins abhängig. Wenn die Ursache des Irreseins eine Verletzung des Kopfes ist, kann das Irreseins dauerhafte sein. Wenn die Ursache des Irreseins eine Infektion ist, kann das Irreseins nach der Beseitigung der Infektion wieder auflösen. Wenn die Ursache des Irreseins eine chronische Krankheit ist, kann das Irreseins dauerhafte sein.

A. Verlauf des Irreseins

Nach dem Verlauf des Irreseins unterscheidet man zwischen akutem und chronischem Irreseins. Das akute Irreseins beginnt plötzlich, ohne dass man eine Ursache dafür angeben kann. Es ist meistens von einer starken Verwirrung begleitet, die sich in der Regel nach einigen Tagen oder Wochen wieder auflöst. Das chronische Irreseins beginnt dagegen allmählich und ist meistens von einer bestimmten Ursache, wie einer Verletzung des Kopfes, einer Infektion oder einer chronischen Krankheit, begleitet. Es ist meistens von einer dauerhaften Verwirrung begleitet, die sich in der Regel nicht auflöst. Die Dauer des Irreseins ist ebenfalls eine Frage, die in der Praxis von großer Wichtigkeit ist. Man unterscheidet zwischen akutem und chronischem Irreseins. Das akute Irreseins dauert meistens nur einige Tage oder Wochen, während das chronische Irreseins dauerhafte sein kann. Die Dauer des Irreseins ist meistens von der Ursache des Irreseins abhängig. Wenn die Ursache des Irreseins eine Verletzung des Kopfes ist, kann das Irreseins dauerhafte sein. Wenn die Ursache des Irreseins eine Infektion ist, kann das Irreseins nach der Beseitigung der Infektion wieder auflösen. Wenn die Ursache des Irreseins eine chronische Krankheit ist, kann das Irreseins dauerhafte sein.

III. Verlauf, Ausgänge und Dauer des Irreseins.

Wie die Symptome, so werden auch Verlauf, Ausgänge und Dauer des Irreseins im Allgemeinen durch jene zwei grossen Gruppen von Factoren bedingt, die wir in der Aetiologie der Psychosen kennen gelernt haben, einerseits durch die Art und Wirkungsweise der krankmachenden Ursachen, andererseits durch die psychophysische Constitution des erkrankenden Individuums. Diese beiden Momente sind es, welche das Wesen und die klinischen Eigenthümlichkeiten des einzelnen Krankheitsprocesses bestimmen; je genauer daher der gegenseitige Antheil derselben an der Entstehungsgeschichte des gegebenen Falles bekannt ist, mit desto grösserer Sicherheit wird es möglich sein, die zukünftige Gestaltung desselben vorauszusagen. Allerdings fehlt für jetzt derartigen Versuchen vielfach noch die nothwendige Basis völlig gesicherter, widerspruchloser klinischer Erfahrung, namentlich aber die Möglichkeit eines tieferen Einblickes in den verwickelten inneren Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung.

A. Verlauf des Irreseins.

Nach ihrem Verlaufe haben wir die psychischen Störungen vor Allem in krankhafte Processe und in krankhafte Zustände zu scheiden. Im ersteren Falle handelt es sich um den Ablauf bestimmter Veränderungen in einer gegebenen Zeit, im letzteren dagegen um ein dauerndes, sich gleichbleibendes, abnormes Verhalten der

psychischen Persönlichkeit, das entweder eine Folge von Entwicklungshemmungen, angeboren (z. B. Idiotie, Cretinismus), oder das Product einer vorausgegangenen Geisteskrankheit, erworben, sein kann (secundärer Schwachsinn). In den krankhaften Zuständen hat die äussere krankmachende Ursache längst aufgehört, zu wirken; in den krankhaften Processen dauert ihr Einfluss noch fort.

Den Vorgang der psychischen Störung fasste Griesinger im Anschlusse an seinen Lehrer Zeller als einen einheitlichen auf, dessen einzelnen Stadien die verschiedenen klinischen Formen des Irreseins (Melancholie, Manie, Verrücktheit, Verwirrtheit, Blödsinn) entsprechen sollten. Allein die Erfahrung hat diesen gesetzmässigen Ablauf der „Geisteskrankheit“ in bestimmten Stadien nicht bestätigt und besonders durch den Hinweis auf die Thatsache einer „primären“ Verrücktheit die Unabhängigkeit der einzelnen Krankheitsbilder von einander dargethan. In der That lässt auch die Beobachtung der Formen psychischer Störung durchaus nicht den nach der aufgeführten Hypothese erwarteten einheitlichen, sondern einen überaus verschiedenartigen Verlauf derselben erkennen.

Beginn der Erkrankung. Der Beginn einer Geisteskrankheit ist in der Regel ein allmählicher; seltener bricht die Alteration plötzlich ohne Vorboten über das Individuum herein. Der Grund für dieses Verhalten liegt in der Aetiologie der Psychosen. Es giebt hier nur relativ wenige Ursachen, die rasch eine durchgreifende Störung in den Centralorganen der psychischen Thätigkeit hervorzubringen vermögen (Alkohol, Schreck, Fieber, Gebäract); meistens erleidet erst nach und nach die Reactionsweise des Erkrankenden durch stetig wirkende Einflüsse mehr und mehr hervortretende Veränderungen. Je geringer der Antheil äusserer Ursachen in der Pathogenese des Irreseins ausfällt, desto langsamer wird ceteris paribus die Störung sich entwickeln, bis ihre Ausbildung endlich, wo die Bedingungen der Psychose ganz in der eigenthümlichen Anlage des Individuums gelegen sind, zuweilen Decennien in Anspruch nimmt, sobald kein heftigerer Anstoss, kein Conflict und dergl. den Ausbruch derselben beschleunigt.

Bemerkenswerth ist es, dass regelmässig kleine Veränderungen im Gefühlsleben die ersten und bisweilen Wochen, Monate, selbst Jahre lang einzigen Anzeichen einer herannahenden Geisteskrankheit zu bilden pflegen. Ueberall, wo überhaupt ein Stadium der „Prodrome“ sich abgrenzt, spielen unter denselben erhöhte gemüthliche Reizbarkeit und Launenhaftigkeit, Unruhe, unmotivirt heitere oder depressive Stimmung die Hauptrolle, selbst wenn späterhin die Störungen der Gefühle ganz in den Hintergrund treten. Ausserdem sind Zerstreutheit, Interesselosigkeit oder auffallende Geschäftigkeit häufige prodromale Symptome. Zugleich lässt sich regelmässig eine mehr oder weniger tiefgreifende Beeinträchtigung des Schlafes, häufig auch eine Störung des Appetites und fortschreitendes Sinken der allgemeinen Ernährung beobachten. Wo indessen plötzlich einwirkende Krankheitsursachen rasch die Psychose zu ihrer Höhe anwachsen lassen, fehlen natürlich derartige Vorläufer ganz. Andererseits ist bei den langsam zur Entwicklung gelangenden Geistesstörungen der eigentliche Anfang derselben häufig schwer festzustellen; der Zeitpunkt, an welchem von der Umgebung die erste Veränderung an dem Kranken wahrgenommen wurde, bietet oft nur einen sehr unzuverlässigen Anhaltspunkt für die Beurtheilung dar.

An das Stadium der Prodrome schliesst sich bisweilen ein solches der Initialsymptome an, in welchem zwar die Psychose bereits deutlich hervortritt, aber doch erst nach und nach zu jener vollständigen Ausbildung sich steigert, die man als die Höhe der Krankheit bezeichnen kann. In andern Fällen erfolgt der eigentliche Ausbruch der Geistesstörung nach den vorangegangenen unbestimmten Symptomen mehr oder weniger plötzlich, besonders im Anschlusse an irgend eine äussere Veranlassung, welche die schon angebahnte Störung rasch zur explosiven Höhe anwachsen lässt.

Höhe der Erkrankung. Der weitere Verlauf lässt je nach der Krankheitsform erhebliche Verschiedenheiten erkennen. Die Krankheit kann sich lange Zeit auf derselben Höhe erhalten: continuirlicher Verlauf; oder sie kann vielfache Schwankungen in der Intensität ihrer

Erscheinungen und selbst zeitweise völliges Zurücktreten derselben darbieten: remittirender und intermittirender Verlauf. Die letzteren Formen des Verlaufes sind im Allgemeinen die häufigeren, namentlich, so lange das Gefühlsleben noch in höherem Masse an dem Symptomen-complexe betheiligt ist, da gerade den Gefühlen eine grosse Neigung zu gegensätzlichen Schwankungen eigen zu sein pflegt. Bei vorwiegend intellectuellen Störungen wird ein derartiger Wechsel im Krankheitsbilde seltener beobachtet. Die Remissionen und Intermissionen schliessen sich häufig mit einer gewissen Regelmässigkeit an den Ablauf bestimmter physiologischer Functionen, des Schlafes, der Menstruation, der Nahrungsaufnahme und dergl. an. So sind Melancholiker sehr gewöhnlich in den Morgenstunden stärker deprimirt, als gegen Abend. Vereinzelt sind die Beobachtungen von sogenanntem „doppeltem Bewusstsein“, in denen eine förmliche Verdoppelung der Persönlichkeit stattfindet. Die Kranken bieten hier in abwechselnden Perioden ihrer Psychose nicht nur gänzlich verschiedene Zustände dar, sondern sie bewahren auch die Erinnerung jeweils immer nur für den gleichartigen Zustand, wie jener Packträger, der sich in der Betrunkenheit an dasjenige erinnerte, was er in früheren Räuschen gethan hatte, während ihm in nüchternen Zeiten diese Erinnerung vollkommen fehlte.

Sehr begreiflich ist der intermittirende Verlauf einer Psychose, wo neue Anfälle auf Grund einer vorhandenen Prädisposition immer durch neue Gelegenheitsursachen hervorgerufen werden, wie namentlich die alkoholischen Aufregungsparoxysmen in Folge von wiederholten Excessen. Bei den epileptischen Bewusstseinsstörungen beruht das intermittirende Auftreten in der eigenthümlichen Periodicität der vasomotorischen Revolutionen des Grundleidens; die den Fiebertypus nachahmenden und an seiner Stelle einsetzenden Psychosen in Folge von Malariavergiftung sind in ähnlicher Weise an die regelmässige Wiederkehr der ursächlichen krankmachenden Veränderungen gebunden. Das Individuum ist hier jedoch während der freien Zwischenzeiten nicht als gesund zu betrachten, sondern die Krankheitserscheinungen sind nur zurückgetreten. Die psychische

Degeneration der Trinker und Epileptiker, die Labilität ihres inneren Gleichgewichtes bildet gewissermassen ebenso das Bindeglied zwischen den einzelnen Anfällen des Irreseins, wie die Malariavergiftung mit ihren Zeichen die einzelnen Fieberattaquen überdauert.

Ganz ähnlich sind diejenigen Geistesstörungen zu beurtheilen, welchen man wegen ihres ausgesprochen remittirenden Verlaufes den Namen der periodischen Psychosen beigelegt hat. Es handelt sich dabei um einen ziemlich regelmässigen Wechsel krankhafter mit relativ normalen Zuständen; die einzelnen Perioden können Tage, Wochen, Monate, ja selbst eine Reihe von Jahren dauern. Die wesentliche Ursache der Krankheit liegt hier offenbar im Organismus des Erkrankten selber, da sich häufig gar kein oder doch nur ein sehr geringfügiger Anlass für den Ausbruch des Anfalles auffinden lässt. Besonders häufig knüpft sich derselbe an den physiologischen Vorgang der Menstruation an. Die Dauer der freien oder relativ freien Intervalle ist durchaus keine constante; sie pflegt aber meist in einem gewissen Verhältnisse zu derjenigen der einzelnen Anfälle zu stehen. Einige Tage oder Wochen beträgt sie meist bei kurzdauernden, bis zu einer ganzen Reihe von Jahren bei länger anhaltenden Paroxysmen. Bei starker Häufung kurzdauernder Anfälle kann indessen unter raschem Fortschreiten der psychischen Schwäche der intermittirende Verlauf auch völlig in den continuirlichen übergehen. Während der Zwischenzeit ist der Mensch in der Regel nicht als völlig normal zu betrachten; gewisse Charaktereigenthümlichkeiten, verschlossenes oder sehr exaltirtes Wesen, auffallende gemüthliche Reizbarkeit oder Stumpfheit, Schwäche oder Einseitigkeit in den psychischen Leistungen, namentlich aber der Mangel einer ganz klaren Einsicht in die eigenen Krankheitszustände lassen sich fast ausnahmslos auch dann nachweisen, wenn der anscheinend Genesene wieder ganz und voll in seinen früheren Wirkungskreis eingetreten ist.

Ein in mehrfacher Beziehung abweichendes Bild bieten die sogenannten circulären oder cyklischen Psychosen dar. Die völlig krankhafte Umwandlung der ganzen psy-

chischen Persönlichkeit tritt hier viel deutlicher hervor. Das ganze Leben derartiger Kranker ist ausgefüllt durch immerfort einander ablösende Perioden abwechselnd depressiver und exaltirter Geistesstörung; die anscheinend normalen Zwischenzeiten erweisen sich bei genauerer Betrachtung einfach als die allmählich sich vollziehenden Uebergänge aus einem Stadium in das andere. Der Eintritt dieser Stadien selber ist völlig unabhängig von äusseren Anlässen; er vollzieht sich mit der grössten Sicherheit und Regelmässigkeit, offenbar deshalb, weil er schon von den Tagen der Kindheit her, durch die ganze Organisation des Kranken mit Nothwendigkeit bedingt ist.

Endlich wird auch nicht selten in der Dementia paralytica eine Art intermittirenden Verlaufes beobachtet. Diese Krankheit kann lange Zeit, selbst eine Reihe von Jahren hindurch, still stehen und somit zur Herausbildung eines anscheinend stationären Zustandes Veranlassung geben, dem allerdings fast immer ein früher oder später erfolgendes Fortschreiten des Grundleidens ein Ende zu machen pflegt. Während bei den periodischen und namentlich circulären Psychosen der regelmässige Wechsel der Perioden geradezu die charakteristische Eigenthümlichkeit des ganzen Krankheitsprocesses ausmacht, sind hier die Intermissionen oder richtiger Remissionen mehr zufällige Ereignisse, die von ganz uncontrolirbaren, den Gang des Leidens modificirenden Einflüssen abhängig sind.

Reconvalescentz. Am häufigsten finden sich Schwankungen zum Bessern oder Schlimmern im Stadium des Abklingens heilbarer Psychosen; sie sind daher im Allgemeinen als ein prognostisch günstiges Zeichen anzusehen. Allerdings kommt auch, besonders bei den sehr rasch entstandenen und sehr kurz dauernden Geistesstörungen (alkoholische, epileptische Aufregungen, Fieberdelirien und ähnliche) ein fast plötzliches Verschwinden des ganzen Symptomencomplexes vor, z. B. nach einem tiefen Schläfe; in der übergrossen Mehrzahl der Fälle jedoch geschieht die Abnahme einer psychischen Störung ganz allmählich, durch Lyse, in vereinzelten Fällen unter dem günstigen Einflusse einer acuten Krankheit (namentlich Typhus und

Intermittens). Zuerst verlieren sich, wo sie vorhanden waren, die Zeichen der gemüthlichen Erregung: der Tob-süchtige wird ruhiger, der Melancholiker freier; oder aber es stellen sich, wie bei der *Melancholia attonita* und dem acuten Schwachsinn, die ersten Symptome einer wieder erwachenden Reaction, einer Theilnahme an der Aussenwelt ein. Anfangs besteht diese Besserung vielleicht nur für ganz kurze Zeit, Tage oder Stunden, um einem abermaligen Hervortreten der Krankheiterscheinungen bald wieder zu weichen. Nicht selten beobachtet man gerade in dieser Periode der Krankheit bei Melancholikern einige Zeit hindurch einen förmlich alternirenden Verlauf der Störung, in der Weise, dass gute und schlechte, d. h. deprimirte Tage ganz regelmässig mit einander wechseln. Nach und nach aber werden die Remissionen ausgiebiger und gewinnen längere Dauer; die Exacerbationen verlieren an Intensität, bis schliesslich nur noch leichte Verschlimmerungen bei besonderen Anlässen den fortschreitenden Gang der Reconvalescenz unterbrechen.

Am längsten pflegt sich von den Krankheitssymptomen die Labilität des gemüthlichen Gleichgewichts, die leichte Erregbarkeit in depressivem oder exaltativem Sinne zu erhalten, auch wenn die intellectuellen Störungen sich schon längere Zeit gänzlich ausgeglichen hatten. So spiegelt sich der Verlauf der Krankheit in seinen einzelnen Phasen am genauesten in dem Verhalten der Gemüthssphäre wieder. Sind es doch aber auch gerade die Gefühle, in denen sich unmittelbar die augenblickliche Reactionsweise des Individuums gegen die Eindrücke und Vorstellungen seines Bewusstseinsinhaltes kundgibt, die uns somit über den Zustand desselben jeweils am besten aufzuklären vermögen, während die intellectuellen Vorgänge weit mehr von dem Erwerbe vergangener Tage, dem Schatze früher gebildeter Vorstellungen, Begriffe und Urtheile beherrscht werden. Eine Störung ihres Ablaufes kommt daher erst verhältnissmässig spät zu Stande, und sie gleicht sich unter dem Einflusse der gesammelten Erfahrung früher wieder aus, als die Alterationen im Bereiche des Gefühls, wenn nicht die Krankheit selbst eine so tiefgreifende Umwandlung der psychischen Persönlichkeit hervorgebracht hat,

dass das Individuum nicht mehr vollständig die Herrschaft über die Producte seiner ehemaligen geistigen Arbeit wiederzugewinnen im Stande ist.

B. Ausgänge des Irreseins.

Heilung. Das Stadium der Reconvalescenz geht ohne scharfe Grenze in dasjenige der vollendeten Heilung über. Die wenigen Reste der überstandenen Krankheit, vereinzelte Wahnideen, unmotivirte Verstimmungen, erhöhte Reizbarkeit, verlieren sich allmählich; die gesunden Anschauungen und Interessen treten wieder hervor; die gewohnten Beschäftigungen werden wieder aufgenommen: die psychische Persönlichkeit mit ihrer ganzen Eigenart knüpft über den krankhaften Zeitraum hinüber wieder an die vor demselben liegende gesunde Vergangenheit an, ganz ähnlich, wie wir nach wirrem Traume beim Erwachen sogleich, vielleicht auch erst nach einigem Besinnen, mit den Erlebnissen vor dem Einschlafen wieder Fühlung zu gewinnen suchen. Ist diese Wiedereinsetzung der psychischen Persönlichkeit in die Herrschaft über ihren Erfahrungsschatz in allen Punkten vollzogen, wird der Ablauf der psychischen Vorgänge nirgends mehr durch krankhafte Gefühle oder Vorstellungen beeinträchtigt, dann haben wir das Recht, von einer völligen Genesung des Reconvalescenten zu sprechen, ein Ereigniss, welches in etwa 30—40 % jener Erkrankungsfälle zu verzeichnen ist, welche in die Anstaltsbehandlung kommen. Zur Würdigung dieser Zahlen ist zu beachten, dass einerseits viele chronisch verlaufende, unheilbare Fälle niemals in die Irrenanstalten gelangen, und dass andererseits zahlreiche leichte Erkrankungen ebenfalls in familiärer Pflege ihren günstigen Ablauf finden.

Unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse zeigt es sich, dass die Prognose der Geistesstörungen, entgegen der populären Meinung, sich nicht erheblich ungünstiger stellt, als diejenige schwerer körperlicher Erkrankungen. Erwägt man die enormen Zahlen der Phthisen, Herzfehler, Karcinome, der unheilbaren Hirn-, Nerven- und Nierenkranken auf grossen medicinischen Abtheilungen, so erkennt man

bald, wie die Differenz der Heilungsprocente zwischen den letzteren und den Irrenanstalten wesentlich auf dem Umstande beruht, dass man sich eben zum Eintritte in ein Krankenhaus auch schon bei geringfügigeren Anlässen zu entschliessen pflegt.

Ebenso unzutreffend, wie hinsichtlich der Prognose psychischer Störungen überhaupt, ist jenes allgemeine Vorurtheil, welches dem einmal geistig Erkrankten häufige Rückfälle seiner Psychose vorher sagt. Es beruht dieses Vorurtheil auf der bekannten Erfahrung, dass einzelne, besonders aufdringliche Beobachtungen, in diesem Falle vor Allem die periodischen Geistesstörungen, das populäre Urtheil weit nachhaltiger beeinflussen, als ganze Reihen einfach negativer Thatsachen. Wie Hagen treffend nachgewiesen hat, bleiben etwa $\frac{3}{4}$ aller einmal als genesen aus der Anstalt entlassenen Kranken ihr ganzes späteres Leben hindurch dauernd psychisch gesund.

Das wichtigste Kriterium der eingetretenen Genesung ist ausser dem Schwinden der wahrnehmbaren Krankheits-symptome die Einsicht in die krankhafte Natur des überstandenen Leidens und damit zumeist das Auftreten einer gewissen Dankbarkeit für die genossene Behandlung und Pflege. Jene Einsicht ist es ja gerade, welche uns die Garantie dafür bietet, dass der Reconvalescent die pathologischen Veränderungen seines psychischen Lebens als etwas Fremdartiges empfindet, dass er mit anderen Worten auf den Boden der Beurtheilung zurückgekehrt ist, auf dem er vor der Erkrankung, in gesunden Tagen stand. Mangel der Krankheitseinsicht deutet stets auf die Unmöglichkeit einer kritischen Berichtigung des während der Alienation gesammelten Erfahrungsmateriales hin. Dieselbe hat ihren Grund entweder in der Assimilation krankhafter Elemente, welche den Standpunkt des Individuums gegenüber seiner Umgebung verrückt haben und seine psychischen Leistungen entscheidend beeinflussen, oder aber in der noch bestehenden Unfähigkeit zu durchgreifendem Gebrauche des früher erworbenen kritischen Rüstzeuges, dessen Handhabung einerseits Ruhe und Gleichgewichtslage des Gemüthes, andererseits aber eine gewisse Anstrengung und geistige Regsamkeit

erfordert. Kein Kranker ist als wirklich genesen zu betrachten, der keine klare und volle Einsicht in seine Krankheit besitzt, während umgekehrt ganz wol ein Verständniss für die pathologische Natur der psychischen Störung bestehen kann, ohne dass darum immer die Heilung zu erwarten wäre. Ja, gerade in manchen Fällen unheilbaren, tief in der ganzen Anlage des Individuums wurzelnden Irreseins ist eine derartige Selbsterkenntniss nicht so selten vorhanden. Darum bleibt aber die Krankheitseinsicht dennoch fast immer ein prognostisch sehr günstiges Symptom, namentlich dann, wenn sie mit dem Nachlasse stürmischerer Erscheinungen von selber hervortritt. In manchen Fällen, allerdings nur dann, wenn ein leichter oder höherer Grad von Schwäche der Intelligenz nebenbei besteht, kommt die Krankheitseinsicht erst sehr spät und zögernd zu Stande, nachdem im Uebrigen bereits sämtliche Symptome der Psychose sich vollkommen verloren haben.

Ganz regelmässig, wenigstens bei allen länger dauernden Geistesstörungen, geht mit der fortschreitenden Genesung auch eine körperliche Erholung, eine Zunahme des Gewichtes, Besserung des Appetites und Schlafes und das Gefühl des Wohls einher, Anzeichen, die bei gleichzeitigem Hervortreten günstiger psychischer Veränderungen einen bedeutenden prognostischen Werth besitzen und hauptsächlich mit einer Abnahme der gemüthlichen Erregung in innerem Zusammenhange zu stehen scheinen.

Vollständige Heilung einer Geisteskrankheit wird im Allgemeinen am leichtesten in den rüstigen Lebensaltern und dort zu Stande kommen, wo ein vorübergehender äusserer Anlass die Ursache des ganzen Leidens bildete. Je weniger die Bedingungen der Erkrankung in dem erkrankten Organismus selber liegen, desto rascher und vollständiger wird derselbe *ceteris paribus* im Stande sein, die pathologischen Veränderungen auszugleichen und zum Normalzustande zurückzukehren. In der That sehen wir daher namentlich diejenigen ätiologischen Gruppen von Psychosen die günstigste Prognose darbieten, welche durch energisch wirkende, aber gewöhnlich keine dauernde Veränderung

hervorbringende Ursachen erzeugt werden (Vergiftungen, acute Krankheiten, Wochenbett, acute Affecte). Weit ungünstiger schon liegen die Verhältnisse dann, wenn die Krankheitsursachen entweder bleibende organische Störungen hinterlassen (Kopfverletzungen, Syphilis, Typhus bisweilen), oder aber, wenn sie durch längere Zeit hindurch stetig auf das Individuum einwirken und somit durch Cumulation ihres Einflusses nach und nach eine tiefere Veränderung in der psychophysischen Constitution desselben herbeiführen (chronische Affecte und Krankheiten, Alkoholismus, Morphinismus u. s. f.). Durch derartige Ursachen wird nicht nur eine einzelne psychische Erkrankung erzeugt, sondern es wird auch die gesammte Widerstandsfähigkeit des Individuums dauernd herabgesetzt.

Unvollständige Heilung. Von der Grösse dieser dauernden Störung und den Einflüssen, welchen der Kranke im weiteren Verlaufe ausgesetzt ist, hängt es hier ab, wie weit es möglich ist, eine Wiederherstellung des früheren gesunden Zustandes zu erzielen. Nimmt daher auch der ausbrechende Krankheitsprocess selbst einen günstigen Ablauf, so ist damit doch die Wirkung der eigentlichen Grundursache nicht aufgehoben. Es bleibt eine „Disposition“ zu weiteren Erkrankungen zurück, die namentlich dann ihren verderblichen Einfluss geltend macht, wenn der Genesene sich in den Bereich der alten Schädlichkeiten zurückbegiebt. Er fällt jetzt weit leichter, bei dem ersten gegebenen Anlasse, in die überstandene Krankheit zurück. Jedes Recidiv steigert wiederum die Disposition für die Folgezeit, so dass immer geringfügigere Anstösse genügen, um die pathologischen Zustände auf's neue wieder heraufzuführen.

Ganz ähnliche Verhältnisse, wie sie sich auf diese Weise unter dem Einflusse dauernder oder häufig wiederkehrender Ursachen herausbilden können, finden sich bei ursprünglich krankhaft veranlagten Menschen als angeborene Constitutionsanomalien vor. Die Krankheitsbedingungen sind hier nicht mehr ausserhalb, sondern im Individuum selber zu suchen. Es ist leicht begreiflich, dass unter solchen Umständen von einer eigentlichen Heilung psychischer Störungen nicht in dem Sinne einer völligen Rückkehr zur

Norm die Rede sein kann, da ja der relativ gesunde Gleichgewichtszustand selbst nicht als ein wirklich normaler anzusehen ist. Das wichtigste Erforderniss einer jeden Heilung, die Entfernung der Krankheitsursache, bleibt ja hier unerfüllbar, da diese letztere eben durch die ganze Eigenart des Menschen repräsentirt wird. Trotzdem sehen wir bei solchen Individuen nicht selten ausgeprägte und schwere psychopathische Symptomencomplexe mit derselben Geschwindigkeit wieder verschwinden, mit welcher sie aus unbedeutenden Anlässen heraus sich entwickelt haben.

Das eigentlich Auffallende ist dabei mehr die letztere als die erstere Erscheinung. Die krankhafte Ausgiebigkeit der psychopathischen Reaction auf geringfügige Reize lässt wegen der anscheinenden Bedenklichkeit der Symptome die Schwere der ganzen Erkrankung weit bedeutender erscheinen, als sie wirklich ist. Würde es doch auch verfehlt sein, etwa aus dem Herzklopfen eines Herzkranken auf einen gleichen Grad psychischer Erregung schliessen zu wollen, wie wir sie unter denselben Verhältnissen beim Gesunden vorauszusetzen hätten! Wir würden dann erstaunt sein, dort so rasch völlige Beruhigung constatiren zu können, wo wir glaubten, es mit einem tiefen, dauernden Affecte zu thun zu haben. Aber wie in diesem Beispiele der leiseste Anstoss genügt, das Symptom der Krankheit sogleich in voller Intensität hervorzurufen, wie es schliesslich vielleicht durch die blosse Lebensarbeit dauernd fortbesteht, und wie das eigentliche Leiden andererseits lange Zeit bestehen kann, ohne gerade lebhaftere Störungen zu verursachen, so haben wir es auch bei den psychischen Invaliden mit einer Verminderung der Widerstandsfähigkeit zu thun, die am Ende auch ohne irgend welchen besonderen Reizanstoss zur Entwicklung abnormer Geisteszustände führen kann, die eine krankhafte Veränderung der ganzen Persönlichkeit bedeutet, auch wenn sie nicht gerade zur Ausbildung einer eclatanten Psychose Veranlassung giebt. Die Heilung der vorübergehenden Störungen ist daher etwa mit der Beseitigung eines Anfalles von Palpitationen bei einem Herzkranken in Parallele zu stellen; das eigentliche Grundleiden besteht dabei unverändert fort.

Die vorstehenden Erörterungen haben uns bereits einen weiteren Ausgang psychischer Krankheiten kennen gelehrt, den Ausgang in unvollständige Heilung, „Besserung“ oder „Heilung mit Defect“. Die pathologischen Symptome treten auch hier im Wesentlichen zurück, die Stimmung wird ruhiger und gleichmässiger, Wahnideen und Sinnes-täuschungen verschwinden nach und nach, aber es machen sich die mehr oder weniger ausgeprägten Anzeichen einer Herabsetzung der psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit, der Schwäche, bemerkbar. Der Reconvalescent denkt zwar formal richtig und hat auch eine gewisse Einsicht in seine Krankheit, aber er ist nicht mehr derjenige, der er früher war; er hat einen Theil seiner Persönlichkeit eingebüsst. „Gerade das Beste und Werthvollste ist,“ wie Griesinger sich treffend ausdrückt, „von der geistigen Individualität abgestreift.“ Oft genug bleibt indessen der volle Umfang der psychischen Schwäche im Schutze des Anstaltslebens unbemerkt, weil an den Kranken in dem ruhigen, geregelten Tageslaufe gar keine besonderen Anforderungen herantreten. Der Versuch einer Entlassung aus der Anstalt ist daher die Cardinalprobe, welche häufig genug schon nach kurzer Zeit die „mit Defect Geheilten“ von den völlig Genesenen zu unterscheiden gestattet, auch wenn vorher ein abschliessendes Urtheil noch nicht möglich war. Allerdings kommt hier wieder sehr viel auf die äusseren Umstände an. Ist die Häuslichkeit eine glückliche, die pecuniäre Lage und die sociale Position günstig, so vermag der Kranke vielleicht auch wieder in das Leben zurückzukehren und in geordneten Verhältnissen leidlich seine Stellung auszufüllen, aber die Energie und Festigkeit seines Charakters hat er verloren; schwierigen Situationen und drängenden Conflicten ist er nicht mehr gewachsen. Dieser Zustand ist namentlich den Remissionen der Dementia paralytica, selbst den weitgehendsten, eigenthümlich. Als regelmässiger Ausgang ist die unvollkommene Wiederherstellung ferner dort zu betrachten, wo der ganze Krankheitsvorgang sich schon auf dem Boden einer von vornherein defecten Persönlichkeit abspielte. Hier pflegt meist das frühere Niveau nicht wieder erreicht zu werden, sondern

das Individuum geht noch mehr geschwächt aus dem Anfall hervor, so dass bei häufigerer Wiederholung der Erkrankungen auch der psychische Verfall jedesmal eine neue Steigerung erfährt.

Unheilbarkeit. Schon die Heilung mit Defect bedeutet die Entstehung einer unheilbaren Veränderung in der Gesamtconstitution des Individuums, aber diese Veränderung besteht in einer einfachen, mehr oder weniger hochgradigen Herabsetzung der psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit, ohne eine qualitative Umwälzung in dem Wesen und der Reactionsweise des Erkrankten zu bedingen. Man kann daher weiterhin noch einen Ausgang in Unheilbarkeit unterscheiden, der entweder das unveränderte Ausdauern der einmal vollzogenen krankhaften Wandlung, oder aber den Fortschritt derselben bis zum völligen Zerfall der psychischen Persönlichkeit bedeutet. Das erstere ist der Fall bei den in periodischem Wechsel das ganze Leben erfüllenden circulären Psychosen, sowie bei jenen constitutionellen Formen der Verrücktheit, in denen ein langsam entwickeltes Wahnsystem ohne wesentliche Zunahme der psychischen Schwäche dauernd festgehalten wird. Völlig stationär freilich pflegt auch hier der Krankheitsprocess niemals zu bleiben, und einem aufmerksamen Beobachter wird die Abnahme der psychischen Leistungsfähigkeit innerhalb längerer Zeiträume kaum entgehen; schon der abstumpfende Einfluss des monotonen Anstaltsaufenthaltes muss sich vielfach in dieser Richtung geltend machen. Demnach kann man jenen Formen mit Recht den eigentlich progressiven Krankheitsverlauf gegenüberstellen, wie er bei periodischem und epileptischem Irresein, bei den ungeheilten Fällen der Melancholie, der Tobsucht, des Wahnsinns, namentlich aber in der Paralyse typisch zur Beobachtung gelangt. Diese Entwicklung wird meist dadurch eingeleitet, dass zunächst die Intensität der Affecte abnimmt, während sich die begleitenden intellectuellen Störungen überhaupt nicht oder doch nicht vollständig zurückbilden, sondern in Form tiefgreifender Beschränktheit und Kritiklosigkeit, widerspruchsvoller und zusammenhangsloser Wahnideen oder völliger Verwirrtheit bis zum tiefsten Blödsinn bestehen

bleiben. Natürlich vollzieht sich dieser Vorgang einer fortschreitenden Vernichtung der ursprünglichen Persönlichkeit in ihrem Erinnerungsschatze, ihren intellectuellen Leistungen, wie in ihrem Gemüthsleben, den man mit dem Namen der Verblödung zu bezeichnen pflegt, je nach der Form der Geistesstörung, welche er abschliesst, in symptomatisch verschiedener Weise und namentlich in sehr verschiedenen Zeiträumen. Bei den affectiven Psychosen pflegen Andeutungen der früheren Gemüthsschwankungen, zeitweise Aufregungen oder Depressionen, auch späterhin dem Schwachsinn noch ein bestimmtes Gepräge zu verleihen, namentlich im mimischen Ausdrucke, und ebenso können sich Reste früherer Wahnideen bisweilen noch Jahrzehnte nach dem Eintritte der Verblödung im Bewusstsein erhalten. Nur bei der Paralyse verschwindet binnen relativ kurzer Zeit oft auch die letzte Spur der früher vielleicht in Ueberfülle erzeugten Krankheitsproducte.

Tod. Die letzte Form des Ausganges, welchen die Geistesstörung nehmen kann, ist der Tod. Ohne Zweifel wird die Mortalität durch die psychische Erkrankung beträchtlich gesteigert; sie ist bei Irren etwa fünfmal so gross, wie bei der erwachsenen geistesgesunden Bevölkerung. Dabei ist die Frage, ob eine psychische Erkrankung an sich zum Tode führen könne, wie diese oder jene körperliche Affection, dahin zu beantworten, dass zwar nicht die Psychose, als eine rein symptomatisch aufgefasste Erscheinung, wol aber der Krankheitsprocess tödten kann, dessen psychopathischen Ausdruck die Geistesstörung darstellt; ähnlich betrachten wir ja nicht die Albuminurie, sondern die interstitielle Nephritis, welche ihr zu Grunde liegt, als die Ursache eines gegebenen Todesfalles. Der wichtigste aller derartigen pathologischen Processe ist die diffuse, chronische, degenerative Erkrankung der Hirnrinde, welche die Grundlage der Dementia paralytica bildet. Die fortschreitende Lähmung der nervösen Centralorgane ist es hier, welche entweder direct, im paralytischen Anfalle, oder indirect, durch die Vermittlung von Decubitus, Schluckpneumonien und dergl. den tödtlichen Ausgang herbeiführt. Ferner können syphilitische Hirnerkrankungen, Geschwülste, embolische

Processe aus verschiedenen Ursachen, wie sie den Symptomencomplex einer psychischen Störung erzeugen, im weiteren Verlaufe dem Leben ein mehr oder weniger jähes Ende bereiten.

Auf indirectem Wege wird der Tod durch die psychische Krankheit verursacht, wenn nicht die Gehirnaffection, sondern einzelne Symptome der psychischen Störung die Katastrophe heraufbeschwören. Vor Allem ist hier die Neigung zum Selbstmorde zu nennen, wie sie sich so häufig aus depressiven Wahnideen oder Gefühlen herausentwickelt. In ihr haben wir es mit einer äusserst verhängnissvollen und praktisch überaus wichtigen Erscheinung des Irreseins zu thun, die bei schlechter Ueberwachung zahlreiche Opfer fordert; geht doch aus der Statistik hervor, dass fast ein Drittel aller Selbstmorde überhaupt aus pathologischen Motiven zu entspringen pflegen, und dass die Anstaltsbehandlung von diesen letzteren durch die ihr zu Gebote stehenden Einrichtungen etwa neun Zehntel zu verhüten vermag! Nächstdem ist es die Sitophobie, dann die bis zur äussersten Erschöpfung andauernde Unruhe und Schlaflosigkeit mancher Kranken, schwerer Verlauf chirurgischer Verletzungen wegen der Unmöglichkeit einer rationellen Behandlung, welche bisweilen als Todesursachen bei Geisteskranken hervortreten.

Endlich aber ist es eine sehr bemerkenswerthe Thatsache, dass auch die Ausbildung gewisser körperlicher Erkrankungen durch die psychische Störung begünstigt wird. Namentlich die Phthise fordert in Irrenanstalten die fünffache Zahl von Opfern, wie bei Geistesgesunden. Das kasernenhafte Leben, die häufig bestehende Ueberfüllung, namentlich aber die Apathie so vieler Kranker und die damit verknüpfte Herabsetzung der Athmungs- und Kreislaufsthätigkeit sind wol in erster Linie für dieses Verhalten verantwortlich zu machen; ob sonst noch in den Störungen des Hirnlebens als solchen gerade Momente liegen, welche eine besondere Disposition zu diesen oder jenen körperlichen Erkrankungen („auf trophoneurotischem Wege“) setzen, dürfte recht zweifelhaft sein. Jedenfalls ist die Gesamtconstitution und die Lebensweise der Kranken von weit erheblicherer Bedeutung.

C. Dauer des Irreseins.

Die Dauer psychischer Störungen bietet sehr weitgehende Verschiedenheiten dar. Wo die Psychose ihre Entstehungsbedingungen im Individuum selbst besitzt, da dauert sie das ganze Leben hindurch; je mehr sie dagegen von äusseren Causalmomenten abhängig ist, und je rascher und vorübergehender die Wirkung derselben ausfällt, desto kürzer ist die Dauer der Alienation. Fieberdelirien, Collapsdelirien, Angstanfälle während des Gebärens können nach wenigen Tagen, Stunden, ja Minuten schon wieder verschwinden. Aber auch bei neuropathischen Individuen, bei Epileptikern, Hysterischen werden „Anfälle“ von psychischer Störung beobachtet, die nur eine äusserst kurze Dauer aufzuweisen haben. Hier ist jedoch, wie schon früher ausgeführt, zu beachten, dass dieselben gewissermassen nur vorübergehende Verschlimmerungen eines an sich schon abnormen, lange dauernden Zustandes darstellen, wenn derselbe auch für gewöhnlich nicht in auffallenden psychischen Symptomen hervortritt. Im Allgemeinen zeigen die Psychosen trotz der genannten Ausnahmefälle eine beträchtlich längere Dauer, als durchschnittlich körperliche Krankheiten, so dass hier die Abgrenzung der acuten und chronischen Formen nach einem andern Massstabe zu geschehen pflegt. Selbst bei frischen Erkrankungen zieht sich der Verlauf in der Regel über eine Reihe von Monaten hin; Fälle bis zur Dauer von einem Jahre werden daher häufig noch als acute bezeichnet. Ausser der Form der Psychose und der Individualität des Erkrankten ist auf die Dauer derselben zweifellos auch die Behandlung von Einfluss. Je früher Geisteskranke in eine geeignete Umgebung, in die Anstalt, gebracht werden, desto rascher vollzieht sich *ceteris paribus* der Ablauf der psychischen Störung und desto günstiger sind gleichzeitig die Aussichten auf eine möglichst vollständige Genesung.

IV. Allgemeine Diagnostik.

Die Beantwortung der Frage nach dem Vorhandensein einer Geistesstörung im einzelnen Falle setzt vor Allem die Beschaffung des thatsächlichen Materiales voraus, welches uns von der Geschichte und dem Zustande der gesamten Persönlichkeit ein möglichst klares und vollständiges Bild zu vermitteln geeignet ist. Die Gesichtspunkte für die Verarbeitung dieses Materiales liefert uns dann die klinische Erfahrung, und sie ist es auch, welche uns in den Stand setzt, die eigenthümlichen Fehlerquellen zu vermeiden, welchen gerade bei der Beobachtung und Beurtheilung psychopathischer Zustände nicht zu selten eine verhängnissvolle Rolle zukommt. Die Aufgabe der allgemeinen Diagnostik lässt sich somit nach drei verschiedenen, aber in innigem Zusammenhange mit einander stehenden Richtungen hin präcisiren: sie hat die klinischen Untersuchungsmethoden auszubilden, die allgemeinen Kriterien des Irreseins festzustellen und endlich die Erkennung der Simulation und Dissimulation zu ermöglichen.

A. Untersuchungsmethoden.

Den nächsten und wichtigsten Anhaltspunkt für die Erkennung einer Psychose geben uns naturgemäss die Symptome derselben; für ein weitergehendes Verständniss ist aber immer auch die Kenntniss der äusseren und inneren Ursachen erforderlich, aus denen heraus sich die Erscheinungen entwickelt haben. Das Endziel der klinischen

Untersuchung ist daher nicht nur die Feststellung der etwa vorhandenen Anzeichen geistiger Störung, sondern auch die Eruirung solcher Momente, welche in ätiologischer Beziehung von Bedeutung sein könnten. Die Hilfsmittel, welche ihr für diese Zwecke zu Gebote stehen, sind einmal die rückschauende Betrachtung des Vorlebens bis in frühere Generationen hinein, die Anamnese, weiterhin die eingehende Prüfung des gesammten körperlichen und psychischen Verhaltens in einem gegebenen Augenblicke, die Aufnahme des Status praesens, ferner die fortgesetzte Beobachtung, und endlich in vereinzelt Fällen auch die Erhebung eines nekroskopischen Befundes.

Anamnese. Die erste Frage richtet sich auf die hereditären Verhältnisse im weitesten Sinne. Wer hier zuverlässige Angaben erhalten will, wird gut thun, mit seinem Examen möglichst in das Einzelne einzugehen und sich nicht mit allgemeinen Antworten zu begnügen. Ausserdem empfiehlt es sich, verschiedene Angehörige, eventuell auch den Untersuchten selbst, gesondert auszufragen, da oft genug unabsichtlich, aus Unkenntniss oder Mangel an Verständniss, bisweilen sogar absichtlich, wichtige Thatfachen verschwiegen werden. In einzelnen Fällen giebt die persönliche Bekanntschaft mit den verschiedenen Familiengliedern dem geübten Beobachter schon an sich genügendes Material zur Beurtheilung der hereditären Verhältnisse an die Hand.

Bei der historischen Verfolgung des individuellen Lebens wird man naturgemäss sein Augenmerk successive auf alle jene Schädlichkeiten zu richten haben, welche wir früher als mögliche ätiologische Momente des Irreseins kennen gelernt haben. Während des intrauterinen Daseins haben wir auf schwere Gemüthsbewegungen, erschöpfende Krankheiten oder sonstige Schädigungen des mütterlichen Organismus Rücksicht zu nehmen. Weiterhin sind von Wichtigkeit der Verlauf der Geburt, Infectiouskrankheiten oder Cerebralleiden (Krämpfe, Lähmungen) im ersten Kindesalter, Entwicklungsstörungen, die Einflüsse der Erziehung, und für das spätere Leben die ganze Reihe jener persönlichen Schicksale, welche das psychische Gleichgewicht zu erschüttern oder dauernd zu vernichten im Stande sind,

vor Allem die mannichfachen physiologischen und krankhaften Umwälzungen auf dem Gebiete des somatischen Organismus, die Excesse, die Entbehrungen, die deprimirenden Affecte. Oft genug freilich bleibt das Forschen nach einer prägnanteren Ursache vollkommen resultatlos, sei es, dass überhaupt kein greifbarer äusserer Anstoss zur Entwicklung des Irreseins vorhanden war, sei es, dass er nicht beachtet wurde oder doch für die Erklärung sich als durchaus ungenügend erweist. So werden von der Umgebung nicht selten solche Vorkommnisse als Ursache der Psychose angesehen, welche sich bei näherer Betrachtung unzweifelhaft als Symptome der bereits ausgebrochenen Störung darstellen, z. B. die Excesse des Paralytikers, die unglückliche Liebe des erotisch Verrückten, die Selbstbeschuldigungen des Melancholikers u. s. f.

Ausser der Aetiologie hat die Anamnese natürlich auch die etwaigen Erscheinungen des Irreseins in der Vergangenheit und weiterhin deren Verlauf und Dauer zu untersuchen. Auch zu diesem Zwecke greift sie bis in die erste Jugendzeit zurück. Das Tempo der körperlichen und geistigen Entwicklung (Gehen, Sprechen, Lesen), die intellectuelle Befähigung (Schulzeugnisse) und moralische Veranlagung, das Temperament, der Charakter, die persönlichen Neigungen und deren Ausbildung, namentlich auch das Verhalten im Pubertätsalter (Masturbation) haben unter diesem Gesichtspunkte für uns Interesse. Von der grössten Bedeutung aber ist natürlich die Feststellung desjenigen Zeitpunktes, an welchem eine unverkennbar krankhafte Veränderung im psychischen Leben sich einstellte. Gerade in dieser Hinsicht ist der Arzt den allergrössten, zumeist unabsichtlichen Täuschungen ausgesetzt. Fast bei allen chronisch verlaufenden Psychosen wird die Erkrankung längere Zeit hindurch verkannt und ihr Beginn daher viel später angenommen, als er wirklich stattfand. Erst bei eingehendem Befragen erfährt man dann, dass doch auch vor dem bezeichneten Termine, oft Monate und Jahre vorher, schon diese oder jene, nicht weiter beachtete Anzeichen der Störung vorhanden waren, dass die ersten krankhaften Spuren vielleicht schon bis in die früheste Jugend zurückreichen. Gebildete Leute sind in dieser Beziehung vielfach nicht bessere Beobachter, als Ungebildete.

Die genauere anamnestische Erhebung der Symptome des Irreseins setzt natürlich eine vollständige Kenntniss der speciellen Krankheitsformen voraus. Schon aus den ersten allgemeinen Angaben über die Aetiologie, über die chronische oder acute Entwicklung, über das Bestehen von Sinnestäuschungen, Wahnideen, Gedächtniss- und Intelligenzstörungen, depressiven oder exaltirten Verstimmungen, körperlichen und speziell nervösen Anomalien, über den stationären, progressiven, intermittirenden, circulären Verlauf, ergiebt sich zumeist bald der Verdacht auf eine bestimmte klinische Erkrankungsform, der dann durch Eingehen auf das Einzelne weiter begründet oder widerlegt werden kann. Für praktische Zwecke und in der Hand des Erfahrenen ist diese zunächst nach einer allgemeinen Orientirung suchende Methode der anamnestischen Forschung ungleich zweckmässiger, als die successive Erledigung eines bereiten Schemas, welches alle überhaupt möglichen Symptome des Irreseins umfasst. Weniger belangreich für die Diagnose, dafür aber um so wichtiger für die Behandlung sind endlich die nie zu unterlassenden Fragen nach der Neigung zu gemeingefährlichen Handlungen, zur Nahrungsverweigerung und namentlich zum Selbstmorde.

Status praesens. Wenn auch die Anamnese vielfach schon hinreichende Anhaltspunkte liefert, um mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht nur eine Geistesstörung überhaupt, sondern die spezielle Form derselben diagnosticiren zu können, so ist doch für die Abgabe eines ärztlichen Urtheils die persönliche Untersuchung auch in den scheinbar einfachsten Fällen ebenso unabweisliches Erforderniss, wie bei irgend einer somatischen Erkrankung. Der innige Zusammenhang zwischen psychischen und körperlichen Störungen wird uns dabei zur Berücksichtigung auch dieser letzteren veranlassen, insofern wir in ihnen entweder Aufschlüsse über die Ursachen des Irreseins, oder aber klinisch wichtige Begleiterscheinungen desselben aufzufinden erwarten dürfen.

Die somatische Untersuchung wird zunächst den allgemeinen Zustand des Körpers ins Auge zu fassen haben. Missverhältnisse zwischen Lebensalter und Aussehen (pueriler Habitus, senium praecox), das Verhalten des Körperwachs-

thums (Zwergwuchs, Kyphosen, graciler Bau), der Ernährung (Anaemie, Fettpolster, Hautfarbe), der Kräfte (Musculatur), das Vorhandensein von Entwicklungsanomalien (Spina bifida, Hasenscharte, Wolfsrachen, Kryptorchismus, Missbildungen der Genitalien), Struma, Pachydermie u. dergl. können werthvolle Fingerzeige für die ätiologische Beurtheilung des Falles abgeben. Einige jener Bildungsfehler werden, wie früher angeführt, vielfach direct als „Degenerationszeichen“ angesehen. Allerdings wird man bei der Verwerthung derselben mit Vorsicht zu verfahren haben und ihnen nur in Verbindung mit anderen, gewichtigeren Argumenten eine weiterreichende Bedeutung zugestehen dürfen.

Unzweifelhaft der wichtigste Theil des körperlichen Status praesens ist der Zustand des Nervensystems, speciell des Gehirns, welches freilich am Lebenden unserer Beurtheilung nur wenige Angriffspunkte darbietet. Ueber die Grösse des Gehirns vermag uns die Kranimetrie, namentlich nach der von Rieger ausgebildeten exacten Methode, ein ungefähres Bild zu verschaffen, dem indessen alle jene Fehlerquellen anhaften, welche in dem unvollkommenen Parallelismus der Schädel- und Hirnoberfläche ihren Ursprung haben. Unmittelbare psychiatrische Wichtigkeit besitzen daher nur diejenigen Anomalien des Schädels in Form und Grösse, welche unzweifelhaft über den Bereich jener Fehlerquellen hinausgehen; alle feineren, erst mit Hilfe genauer Messungen feststellbaren Abweichungen können höchstens die allgemeine Vermuthung begründen, dass mit ihnen vielleicht auch Störungen in der Hirnentwicklung einhergehen. Sehr beachtenswerth sind dagegen die Spuren früherer Traumen, Narben, Impressionen und dergl., da sie bisweilen den einzigen Schlüssel für das Verständniss sonst räthselhafter Krankheitsbilder abzugeben im Stande sind.

Ueber die Circulationsverhältnisse des Gehirns vermag uns bis zu einem gewissen Grade die Betrachtung benachbarter Gefässbezirke, des Gesichtes und vor Allem des Auges, Aufschluss zu geben. Für die Hirnpathologie ist die ophthalmoskopische Untersuchung bekanntlich ein überaus wichtiges Hilfsmittel geworden. Bei Geisteskranken dagegen sind ihre Ergebnisse leider noch allzu unsichere

geblieben, als dass man ihr heute einen praktischen Werth für die Diagnostik zuerkennen könnte. Ob hier andere Methoden, die Thermometrie und die Auscultation des Kopfes, bessere Ergebnisse liefern werden, muss der Zukunft überlassen bleiben.

Von durchschlagender Bedeutung für die Beurtheilung des Gehirnzustandes ist natürlich die Prüfung seiner Functionen. Sehen wir ab von den psychischen Symptomen, so werden wir in erster Linie die Sinnesorgane zu untersuchen haben. Freilich ist es hier, namentlich beim Gehör, oft recht schwierig, ja unmöglich, periphere Ursachen der etwa aufgefundenen Störungen mit Sicherheit auszuschliessen. Ausser detaillirter Functionsprüfung der Sinnesorgane und ihrer Besichtigung mit dem Spiegel kann speciell beim Ohr noch die elektrische Untersuchung des Acusticus in Frage kommen, welche bisweilen bemerkenswerthe Abweichungen von der Brenner'schen Normal-reactionsformel zu Tage fördert. Bereits weit in das psychische Leben hinein reichen jene centralen Störungen der Sinnes-thätigkeit, die man als „Worttaubheit“ und „Seelenblindheit“ bezeichnet hat. Allerdings wird hier, namentlich bei der Seelenblindheit, auch schon die Diagnose der Gehirn-läsion eine ziemlich unsichere. Fester wird der Boden unter unseren Füßen wieder auf dem Gebiete der aphasischen und der ihnen verwandten Störungen, der einzigen psychischen Symptome, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit eine bestimmte Localisation des Krankheitsheerdes im Gehirne gestatten. Nach der motorischen Seite hin haben wir zunächst die Innervation der Pupille, der Augenmuskeln, der mimischen Musculatur und der Zunge zu beachten. Fernerhin aber pflegen bekanntlich auch gewisse Formen des Krampfes (Rindenepilepsie, Athetose) und der Lähmung (spastische Lähmung mit Contractur), dann manche Coordinationsstörungen complicirter Willkürbewegungen, des Gehens, Stehens, namentlich aber des Sprechens und Schreibens, mehr oder weniger bindende Rückschlüsse auf den Zustand der nervösen Centralorgane, speciell des Gehirnes, zu ermöglichen.

Der Untersuchung der cerebralen schliesst sich eng diejenige der spinalen Functionen, des Sympathicus und endlich

der peripheren Nerven an, um so enger, als ja selbst heute noch nicht immer die Ursache einer krankhaften Erscheinung streng in einem jener grossen Abschnitte des Nervensystems localisirt werden kann. Die Prüfung des Haut- und Muskelsinnes im weitesten Umfange, der Schmerzempfindlichkeit, elektrischen und mechanischen Erregbarkeit, der Motilität in willkürlichen und unwillkürlichen Muskeln, der Reflexe, endlich der vasomotorischen, trophischen, secretorischen Functionen wird daher regelmässig den Status praesens des nervösen Centralorganes zu begleiten und zu vervollständigen haben. Nur mittelbar, auf dem Wege vielgliedriger Schlussfolgerungen, kann uns natürlich die Untersuchung des übrigen Körpers zu einer Diagnose krankhafter Vorgänge im Bereiche des Nervensystems verhelfen, insofern wir in den aufgefundenen Alterationen entweder ätiologische Factoren, oder aber einfache Symptome vor uns haben können. So werden wir uns erinnern, dass schwere allgemeine Ernährungsstörungen (acute Krankheiten, Kachexien, chronische Infectionen und Vergiftungen) häufig genug die Ursachen psychischer Erkrankungen bilden, andererseits aber, dass jede acute Psychose mit durchgreifender Beeinträchtigung des Appetits, des Schlafes und des gesammten Stoffwechsels einherzugehen pflegt.

Selbstverständlich kann aber auch die somatische Veränderung im einzelnen Falle ganz zufällig mit psychischer Erkrankung zusammenfallen. Gleichwol wird zur vollen Würdigung der Sachlage eine möglichst sorgfältige Untersuchung aller zugänglichen Organe und ihrer Functionen stets unerlässlich sein. Besondere symptomatische Bedeutung hat man bisweilen der Form des Pulsbildes beigelegt, aus der man die fundamentalsten Aufschlüsse über Diagnose und namentlich Prognose des Irreseins überhaupt herauslesen wollte. Ohne Zweifel sind den feinen und überraschend mannichfaltigen Variationen der Sphygmographencurve noch so manche werthvolle Andeutungen für das Verständniss der Circulationsverhältnisse zu entnehmen; ob aber für die Psychiatrie ein erheblicher diagnostischer Gewinn aus ihnen gezogen werden kann, wird sich erst dann entscheiden lassen, wenn wir wirklich einmal alle jene

subtilen Eigenthümlichkeiten und Veränderungen zu deuten verstehen.

Hat uns die somatische Untersuchung gewisse Anhaltspunkte für die ätiologische Auffassung eines Falles, oder Beweise für das Bestehen gewisser Störungen im centralen Nervensystem zu liefern, so muss das eigentliche Krankheitsbild durch die Prüfung der psychischen Functionen festgestellt werden. Leider sind die Methoden, nach welchen dieser wichtigste Theil des Status praesens erhoben zu werden pflegt, äusserst ungenügende, da uns keine anderen Hilfsmittel zu Gebote stehen, als diejenigen, welche uns die gewöhnliche praktische Lebenserfahrung an die Hand giebt. Wir beobachten die Haltung, den Ausdruck, das Benehmen, wir stellen Fragen in der verschiedensten Richtung, um mit Hilfe dieser psychologischen Experimente den Bewusstseinsinhalt und die Reactionsweise des Menschen so genau, wie es auf solche Weise möglich ist, kennen zu lernen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass es auch auf psychischem Gebiete gelingen wird, besondere Hilfsmittel und Methoden aufzufinden, welche uns zu einer präciseren Formulirung der heute nur in den gröbsten Zügen aufgefassten Störungen, vielleicht sogar zur Aufdeckung bisher gänzlich unbekannter Anomalien verhelfen können; augenblicklich sind jedoch nur die allerersten Ansätze für eine solche Erweiterung unserer Forschung vorhanden. Freilich ist die Methode der psychischen Zeitmessungen schon wiederholt auf das pathologische Gebiet übertragen worden, allein die vorliegenden, zumeist ganz unbrauchbaren Ergebnisse unerfahrener Beobachter haben unsere Erkenntniss bisher wenig gefördert.

Der Gang, den die psychische Untersuchung einschlägt, kann im Allgemeinen ein doppelter sein. Von wissenschaftlichem Standpunkte aus würde es sich empfehlen, dem Wege zu folgen, den unsere gesammte Erfahrung gegangen ist, d. h. zuerst den Wahrnehmungsvorgang, den Zustand des Bewusstseins, das Gedächtniss, dann die Verbindungen der Vorstellungen, die logischen Processe, das Selbstbewusstsein, kurz die Intelligenz, endlich die niederen und höheren Gefühle, die Stimmung, die Affecte und die psychomotorischen Entladungen derselben, das Handeln, zu prüfen. Wahrscheinlich wird auch

ein mit feineren Methoden arbeitendes, systematisches Studium der Seele und ihrer Störungen in dieser Weise vorzugehen haben; für den praktischen Zweck empfiehlt sich dagegen einstweilen mehr das Fortschreiten vom unmittelbar Vorliegenden zum Verborgenen. Gerade gewisse motorische Reactionen sind es, die zuerst ins Auge fallen und daher auch am zweckmässigsten den Ausgangspunkt der Untersuchung bilden. Die Körperhaltung, die mimischen Bewegungen, der Gesichtsausdruck und die Stimmung, die sich in ihnen ausprägt, die Ausgelassenheit, Angst oder Verzweiflung auf der einen, die Ruhe, Stumpfheit oder Gebundenheit auf der andern Seite können in der Regel schon von vorn herein zuverlässig erkannt werden. Durch einige einfache Fragen über Namen, Alter, Vorleben wird weiterhin festgestellt, ob das Bewusstsein getrübt oder klar, ob die Besonnenheit, die Fähigkeit der Auffassung und unmittelbaren Verwerthung von Sinneseindrücken, erhalten ist. Zugleich wird sich dabei auch ein annäherndes Urtheil über die Verlangsamung oder Beschleunigung des Vorstellungsverlaufes, sowie über das Gedächtniss für die frühere Vergangenheit ergeben. Im Fortgange unserer Unterhaltung werden wir festzustellen suchen, ob die Erinnerung an die jüngste Zeit, die Orientirung über die augenblickliche Umgebung (Aufenthaltort wie Personen), und ob Krankheitsbewusstsein vorhanden ist; wir gewinnen dabei die Aufklärung, ob wir es mit einem geordneten oder mit einem ideenflüchtigen, verwirrten, stereotypen Gedankengange zu thun haben. Inzwischen werden sich zumeist schon allerlei weitere Anhaltspunkte für die Beurtheilung der übrigen psychischen Functionen ergeben haben. Unsere Aufgabe ist es aber, nun auf Grund des allgemeinen Ueberblickes, den wir uns verschafft haben, nach den einzelnen Richtungen hin weiter zu forschen.

Zunächst vielleicht werden wir uns über das Bestehen von Sinnestäuschungen zu informiren suchen. Die einfache Frage über diesen Punkt wird uns nur selten zum Ziele führen, da sich eben dem Kranken die Trugwahrnehmungen oft unterschiedslos der sonstigen Sinneserfahrung einordnen. Gleichwol pflegen die Bezeichnungen „Stimmen“ und „Bilder“ doch in der Regel vom Hallucinant sofort auf seine

Täuschungen bezogen zu werden. Bisweilen sind die Sinnesphantasmen trotz alles Ableugnens des Kranken mit ziemlicher Sicherheit aus seinem Benehmen zu erschliessen, aus der horchenden Stellung, in der er längere Zeit verharret, plötzlichem unmotivirtem Auffahren oder Lachen, lautem Sprechen und dergl.

Ganz ähnlich verhält es sich mit den Wahnideen. Eine ganze Zahl von Kranken pflegt ihre Wahnideen, namentlich im Beginne der Erkrankung und vor Fremden, sehr sorgfältig geheim zu halten und jedem Versuche tieferen Eindringens auszuweichen, bis irgend ein Punkt getroffen wird, der sie in Affect versetzt, oder bis es gelingt, durch allerlei Suggestivfragen eine Anknüpfung zu finden, mit Hilfe deren sich anscheinend absichtslos das ganze zusammenhängende Netz krankhafter Ideen entwickeln lässt. Nicht zu selten leitet auch hier schon das äussere Benehmen des Kranken auf die Spur. Scheues, misstrauisches Wesen wird uns geheime Feinde und Verfolgungen vermuthen lassen; eine gewisse excentrische Selbstgefälligkeit, die sich bisweilen schon in der Tracht ausspricht, deutet auf Grössenideen, während häufiges Knieen, Händefalten, weinerlich verzagter Gesichtsausdruck das Bestehen von Versündigungswahn mit religiöser Färbung wahrscheinlich macht u. s. f. Trotz aller Mannichfaltigkeit im Einzelnen pflegen dabei die Grundzüge solcher Wahnsysteme doch vielfach eine so weitgehende Uebereinstimmung mit einander aufzuweisen, dass ein erfahrener Beobachter auf Grund seiner aus Aeusserlichkeiten gezogenen Schlüsse dem verblüfften Patienten öfters mit überraschender Schnelligkeit das Zugeständniss seiner krankhaften Ideen zu entwenden vermag.

Grössere Schwierigkeiten sind auf diesem Gebiete überhaupt meist nur dann vorhanden, wenn der Kranke entweder wegen mangelnden Krankheitsbewusstseins dem Arzte entschiedenes Misstrauen entgegenbringt, oder aber, wenn ihn Störungen der Besonnenheit, grosse Angst, Unruhe an der klaren Aeusserung seiner Gedanken verhindern. Der vertrauensselige Paralytiker, der besonnene Melancholiker oder der von Zwangsvorstellungen verfolgte Neurastheniker werden im Gegentheil gern die Gelegenheit ergreifen, dem

theilnehmenden Arzte eine Schilderung ihres Glückes oder ihrer Qual zu entwerfen.

Die Untersuchung auf das Bestehen von Wahnideen bietet gleichzeitig Gelegenheit, sich über den Zustand der Intelligenz und des Gedächtnisses überhaupt etwas näher zu informiren. Das kritiklose Festhalten an widerspruchsvollen Vorstellungen ohne motivirende Bewusstseinstrübung oder tieferen Affect, ferner die Vermischung von Reminiscenzen mit phantastischen Elementen werden in dieser Richtung zu verwerthen sein. Für eine eingehende Prüfung der Intelligenz fehlt es uns indessen noch völlig an einer durchgearbeiteten Methode; jedenfalls müsste hier das Angelernte, die „Kenntnisse“, völlig von der augenblicklichen Leistungsfähigkeit unterschieden werden. Der Versuch der Beschreibung und Subsumirung eines bis dahin unbekannten Gegenstandes, die mündliche oder schriftliche Schilderung und Beurtheilung der neuen Eindrücke in der Anstalt, die Ausdauer bei einer bestimmten geistigen Beschäftigung könnten wol als Massstab für jene letztere mit herangezogen werden. Allerdings wird vielleicht das Suchen nach einem befriedigenden Schema für die Prüfung der Intelligenz wegen der ungeheuren Complication der Frage, sowie wegen der Schwierigkeit, den Einfluss des Bildungsgrades genügend auszuschliessen, für immer vergeblich bleiben.

Mehr Ausbeute dürfte die Untersuchung der Gedächtnissfunction versprechen. Wir fahnden jetzt auf Störungen derselben durch die Frage nach gewissen, als früher erworben vorausgesetzten Kenntnissen, seien es persönliche Erlebnisse, seien es anderweitig erlernte Daten, namentlich die Rechnungsarten. Eine wichtige Ergänzung dieses Verfahrens wäre es zweifellos, auch die jetzt vorhandene Fähigkeit zur Assimilirung und Aufbewahrung neuer Eindrücke festzustellen. Methoden dazu sind zum Theil bereits erdacht, zum Theil wenigstens sehr leicht zu erfinden.

Klarer zu Tage tretend, aber darum doch exacten Bestimmungen nicht zugänglicher sind die Gefühle, Affecte und Strebungen. Was wir bei der einmaligen Untersuchung auf diesen Gebieten überhaupt zu erkennen vermögen, offenbart sich meist bereits bei der äusseren Betrachtung, in den

Ausdrucksbewegungen. Darüber hinaus sind wir wesentlich auf die nicht immer ganz zuverlässigen Selbstschilderungen angewiesen, welche uns von dem Zustande des eigenen Innern entworfen werden. Natürlich vermag uns aber der Lauf der Untersuchung über die grössere oder geringere gemüthliche Reizbarkeit, über Continuität oder häufigen Wechsel der Stimmung, endlich über auffallende Gefühlsreactionen nach bestimmten Richtungen hin, unmotivirten Hass, religiöse Schwärmerei und dergl. mannigfache gewichtige Aufschlüsse zu liefern. Auf etwa vorhandene krankhafte Neigungen, Selbstmorddrang, gesteigerte sexuelle Begierde, Sucht zu kaufen, zu trinken, werden wir ebenfalls bei unserem Examen Rücksicht nehmen müssen; was sich aber hier nicht schon unwillkürlich in dem gesammten Benehmen verräth, werden wir häufig genug durch Ausfragen auch nicht erfahren, und wir müssen daher zur Vervollständigung unseres Bildes nach dieser Richtung hin die Anamnese mit zur Hilfe nehmen.

Selbstverständlich kann diese kurze Uebersicht über den Gang der Aufnahme eines Status praesens nichts weniger, als ein erschöpfendes Untersuchungsschema vorstellen. Jeder einzelne Fall hat wieder seine Eigenthümlichkeiten, welche eine ganz besondere Richtung der Forschungen nothwendig machen können. Dazu kommt, dass es nur allzu häufig nicht möglich ist, einen Geisteskranken der Reihe nach systematisch allen den Prüfungen zu unterwerfen, die man für wünschenswerth erachtet. Oft genug ist das Object ein widerwilliges, unzugängliches oder fast unverständliches, so dass eine einigermaßen vollständige Erkenntniss desselben nur durch sehr grosse Geduld, ein feinfühliges Geschick und eine genaue Vertrautheit mit allen den mannigfachen Andeutungen erreicht werden kann, in denen sich psychopathische Symptome zu offenbaren pflegen.

Beobachtung. So kommt es, dass in einigermaßen schwierigen Fällen die einfache Untersuchung niemals ausreicht, sondern zur grösseren Sicherheit immer eine mehr oder weniger lang bemessene Beobachtungszeit gefordert werden muss. Die Befangenheit bei dem ungewöhnlichen Examen, der psychische Eindruck der Versetzung in neue

Verhältnisse kann das Bild für einige Zeit völlig verändern, ganz abgesehen von jenen Krankheitsformen, welche ihrer Natur nach mit Intermissionen verlaufen oder nur anfallsweise hervortreten. Als Ort für die Beobachtung dient am besten die Irrenanstalt, weil nur in ihr eine dauernde, sachverständige Ueberwachung gesichert erscheint. Sehr gewöhnlich fördern hier die ersten Tage der Einbürgerung, die man ohne besonderen Eingriff verstreichen lässt, gar kein auffallendes Beobachtungsmaterial zu Tage; erst nach und nach treten die krankhaften Erscheinungen, falls solche überhaupt vorhanden, deutlicher hervor. Alle jene einzelnen Züge des psychischen Bildes, welche im Status praesens nur angedeutet waren, prägen sich nun bei der häufigeren Untersuchung deutlicher aus; das Wesentliche sondert sich vom Unwesentlichen und Zufälligen. Dazu kommt, dass sich der Beobachtete Seinesgleichen gegenüber und bei längerer Bekanntschaft mit dem Arzte unbefangener giebt, sich mehr gehen lässt und achtlos Eigenthümlichkeiten, Ideen, Gefühle verräth, mit denen er bei der einmaligen Untersuchung zurückhielt. Von besonderer Bedeutung in dieser Beziehung pflegen Briefe zu sein, welche oft mit einem Schlage ein kaum erwartetes Licht über den psychischen Zustand ihres Verfassers ausbreiten.

Weiterhin aber ist man nun in den Stand gesetzt, sein Handeln zu controliren, freilich nur in dem engen Rahmen der Anstaltsverhältnisse, der aber für den Kranken doch noch der Gelegenheiten genug zu pathologischer Reaction darbietet. Erethismus oder Interesselosigkeit, Zerstreutheit oder Versunkenheit, Leistungsfähigkeit oder Schwäche, Selbstüberschätzung oder Kleinmuth, Reizbarkeit oder Stumpfheit, Energie oder Unentschlossenheit, Geschäftigkeit oder Trägheit — alle diese Eigenschaften und viele andere werden sich in den täglich beobachteten kleinen Zügen nach und nach auf das Unverkennbarste documentiren müssen. Endlich ist es nur auf dem Wege fortgesetzter Beobachtung möglich, den progressiven oder stationären Charakter des präsumirten Leidens, das Vorkommen von Besserungen, Verschlimmerungen, „Anfällen“ aller Art, das Verhalten des Schlafes, Appetites, der Verdauung und vor Allem des Kör-

pergewichtes in gesicherter Weise festzustellen. Soweit daher im einzelnen Falle überhaupt eine Aufklärung über das körperliche und psychische Verhalten möglich ist, wird sie durch die mannigfachen Erfahrungsquellen, welche die klinische Beobachtung gewährt, in der Regel erreicht werden können.

Autopsie. Wenn wir in der übrigen Medicin gewöhnt sind, als die letzte Instanz für die Bestätigung unserer Diagnose den Sectionsbefund anzusehen, so können wir in der Psychiatrie der nekroskopischen Untersuchung bis jetzt nur einen sehr beschränkten Werth zugestehen. Wo die Diagnose einer psychischen Erkrankung nicht aus den Erscheinungen am Lebenden gestellt werden konnte, vermag die Autopsie heute ganz gewiss keine Entscheidung herbeizuführen. Bei der übergrossen Mehrzahl aller Geisteskranken fällt der Sectionsbefund absolut negativ aus, oder er bietet doch nur inconstante und vieldeutige Abweichungen, welche durchaus keine weitergehenden Schlussfolgerungen zulassen. Freilich muss man dabei bedenken, dass unsere Untersuchungsmethoden im Hinblick auf die verwirrende Feinheit und Complicirtheit des Objectes noch ausserordentlich roh und unvollkommen genannt werden müssen. Gleichwol gelingt es auch jetzt schon bei vielen Fällen schwererer Idiotie, bei länger dauerndem Blödsinn, namentlich aber in der Dementia paralytica gröbere und feinere Veränderungen des Gehirns aufzufinden, die wir ein gutes Recht haben, als die Grundlagen der im Leben beobachteten psychischen Störungen anzusehen. Ob und wie weit den einzelnen Veränderungen bestimmte Symptome oder Symptomencomplexe entsprechen, wird freilich erst die weitere Erfahrung uns lehren müssen.

B. Kriterien des Irreseins.

Das Bedürfniss nach einer strengen Definition der Geisteskrankheit, nach einer Abgrenzung dieser letzteren von der Breite des Normalen, ist in der Geschichte der Psychiatrie der Ausgangspunkt zahlloser, angestrengter Bemühungen, scharf-

sinniger Auseinandersetzungen und spitzfindiger Argumentationen gewesen, bis endlich jetzt die unvermeidliche Erkenntniss sich immer mehr Bahn zu brechen beginnt, dass die Fragestellung von vornherein eine falsche war, dass es hier wirklich scharfe Grenzen und unfehlbare Kriterien der Natur der Sache gemäss ebensowenig geben kann, wie bei der Unterscheidung von körperlicher Gesundheit und Krankheit. Die psychopathischen Symptome sind eben durchaus nicht absolut fremdartige und durch das Irresein neu erzeugte Erscheinungen, sondern sie haben ihre Wurzeln in normalen Vorgängen und verdanken ihren eigenartigen Charakter nur der einseitigen, masslosen Ausbildung oder dem Untergange dieser oder jener Functionen, sowie der besonderen Verbindung der verschiedenartigen Elementarstörungen. Wir haben somit ein ausgedehntes Uebergangsgebiet zu verzeichnen, auf dem es sich lediglich um die Abschätzung gradueller Differenzen handelt, sodass es durchaus dem Belieben und dem Standpunkte des Beobachters überlassen bleibt, wie weit oder wie eng er die Grenze der Geisteskrankheit stecken will. Dies ist der Grund, warum so häufig die Gutachten selbst hochstehender wissenschaftlicher Autoritäten bei der Beurtheilung des gegebenen Falles vollständig auseinandergehen: die wissenschaftlichen Kriterien versagen hier bisweilen durchaus und lassen einzig dem subjectiven Ermessen die Entscheidung zufallen.

Verhältnissmässig leicht wird die Erkennung einer Geistesstörung dann, wenn es gelingt, den Nachweis zu führen, dass die verdächtigen Erscheinungen nicht von jeher bestanden haben, sondern etwas Gewordenes sind. Zwar kommen ja auch im gesunden Leben Wandlungen vor, die bis in das innerste Wesen der Persönlichkeit eingreifen, aber im Allgemeinen legt dennoch die Beobachtung einer auffallenden Veränderung im Denken, Fühlen und Handeln des Individuums den Gedanken an eine krankhafte Natur derselben sehr nahe. Zur Gewissheit wird diese Vermuthung, wenn die hervortretenden Symptome sich widerspruchsslos in eines der bekannten klinischen Krankheitsbilder einordnen, und wenn vielleicht auch ursächliche Momente sich auffinden lassen, welche erfahrungs-

gemäss jene Gruppe von Störungen häufiger zu erzeugen pflegen. Genaue Erhebung der Anamnese, sorgfältige Ausnutzung aller Untersuchungsmethoden und eine gewisse Zeit fortlaufender Beobachtung wird in solchen Fällen regelmässig zum Ziele führen.

Weit schwieriger jedoch gestaltet sich die Sachlage, sobald nicht über das Bestehen eines krankhaften Processes, sondern über das Vorhandensein eines krankhaften Zustandes entschieden werden soll. Im ersten Falle war uns die Norm der Beurtheilung in dem Verhalten des Kranken selber vor der eingetretenen Veränderung gegeben; hier dagegen sind wir gänzlich auf die Abgrenzung nach den allgemeinen Begriffen angewiesen, die sich in der Wissenschaft als Gradmesser für die Bestimmung des Pathologischen fixirt haben. Das grosse, sicher noch viel zu wenig gekannte Gebiet klinischer Formen, mit dem wir es hier zu thun haben, ist dasjenige des angeborenen Schwachsinnes. Die Erscheinungen desselben treten uns in allen Richtungen des psychischen Lebens entgegen, und wir müssen daher wenigstens einen kurzen Blick auf die sich darbietenden Grenzgebiete werfen, nicht sowol, um die vorhandenen Schwierigkeiten zu lösen, sondern um auf die Unmöglichkeit einer durchgreifenden Lösung derselben hinzuweisen. Von Seite der Intelligenz sind es zwei Formen der Störung, welche wir als Typen der Schwäche auseinanderhalten können, einmal die mangelnde intellectuelle Leistungsfähigkeit, dann aber die Kritiklosigkeit in Folge von abnormer Ausbildung des Combinationsvermögens, wie wir sie oben zu schildern Gelegenheit hatten. Als das physiologische Analogon der mangelnden Leistungsfähigkeit, die sich durch das Fehlen abstracter Begriffe, Enge des Gesichtskreises, Ideenarmuth, geringe Activität und Spontanität des Vorstellungsverlaufes charakterisirt, können wir jene Form der Dummheit betrachten, die man als Beschränktheit bezeichnet. Die höchsten Grade der Beschränktheit fallen aber mit den leichteren Fällen des Schwachsinnes unterschiedslos zusammen; es giebt kein einziges Merkmal, welches eine andere, als graduelle Abtrennung gestattete.

Mit dem zweiten klinischen Bilde des Schwachsinnes

ist die Gruppe der Phantasten (Mystiker) nahe verwandt. Beide zeichnen sich durch ein Ueberwuchern der Phantasie über die Grenzen verstandesmässiger Ueberlegung, durch Kritiklosigkeit gegenüber den Producten ihrer intellectuellen Thätigkeit aus, Züge, die wir in dem erwähnten Krankheitsbilde, nur in schärferer Ausprägung, ebenfalls wiederfinden, ohne dass sich hier principielle Grenzen fixiren liessen. Den Beispielen einseitiger Begabung bei Schwachsinnigen und Idioten lassen sich manche der sogenannten verkannten Genies an die Seite stellen, bei denen die mangelnde Harmonie der Gesammtanlage auch den hervorragenden Eigenschaften ihrer Persönlichkeit die freie und segensreiche Entfaltung verkümmert. Es ist endlich kein Zweifel, dass auch das wirkliche Genie nicht selten eine gewisse Verwandtschaft mit den letztgenannten Formen des Schwachsinnes erkennen lässt. Die überraschende Kühnheit der Combinationen, die Lebhaftigkeit der Phantasie, die Vernachlässigung des Details sind Züge, die beiden Veranlagungen gemeinsam sind, aber sie werden beim Genie durch die gleichzeitige Ausbildung des regulativen Verstandes in sicheren Grenzen gehalten, während sie dort gänzlich die Herrschaft über die intellectuellen Vorgänge gewinnen. Gleichwol deutet sich doch auch bei derartigen Kranken nicht selten durch unerwartete Wendungen und vereinzelte treffende Aperçus jene Verwandtschaft an, wie ja andererseits auch das Genie neben glänzenden Leistungen fast regelmässig unbegreifliche Schwächen erkennen lässt. Sehr wichtig ist es für diese Frage, dass Genialität und psychopathische Belastung sich häufig in derselben Familie neben einander vorfinden.

Von grosser Tragweite und darum von jeher am eifrigsten versucht worden ist die Abgrenzung des Krankhaften von der Gesundheitsbreite auf dem Gebiete des Gefühlslebens und des Handelns, die wir hier gemeinsam ins Auge fassen wollen. Hier gilt es ganz besonders, jene Handlungen, welche aus pathologischen Motiven entsprungen sind, abzutrennen von denjenigen, die ihre Quelle in unmoralischen Beweggründen haben. Man wird hier nicht lange im Zweifel sein, wenn es gelingt, eine Wahnidee,

eine Sinnestäuschung oder auch ein unmotivirtes Angstgefühl, einen triebartigen Drang als die Ursache der That aufzufinden. Die allergrössten Schwierigkeiten indessen beginnen sofort, sobald nicht qualitative Veränderungen der Gefühle, sondern nur graduelle Abstufungen derselben der ärztlichen Beurtheilung unterliegen. Jede menschliche Handlung kommt dadurch zu Stande, dass die treibenden Motive das Uebergewicht über die etwaigen hemmenden Gegenmotive erlangen. Eine unmoralische Handlung kann somit entweder auf einer starken Ausbildung der unmoralischen Antriebe oder aber auf einem Mangel der moralischen Hemmungen beruhen, und endlich kann sowol jene übermässige, wie diese ungenügende Entwicklung aus krankhaften Ursachen hervorgegangen sein. Die pathologische Zornmüthigkeit (*Iracundia morbosa*) geht ganz allmählich in die Leidenschaftlichkeit des Cholerikers über, die ihn vielleicht zum Affectverbrechen treibt, und die leichten depressiven Verstimmungen des Neuropathischen sind nur Steigerungen der oft ebensowenig objectiv motivirten melancholischen Anwandlungen des Pessimisten, die ihn an dem Werthe des Daseins verzweifeln lassen. Der Selbstmord in den letzteren, der Mord in den ersteren Fällen sollte je nach der Krankhaftigkeit oder der normalen Beschaffenheit des Gemüthszustandes eine gänzlich verschiedene moralische Qualification erhalten, aber auch die genaueste Analyse vermag hier oft die Grenze nicht zu finden, aus dem triftigen Grunde, weil dieselbe nicht existirt.

Noch schlagender tritt dieses Verhältniss hervor, wo der krankhafte Mangel der sittlichen Gefühle von der blossen „ethischen Depravation“ abgegrenzt werden soll. So wenig wie der Mangel einer Niere in einem Falle krankhaft sein kann, im andern nicht, so wenig geht es an, eine normale sittliche Verwilderung neben einer pathologischen aufzustellen. Ein Defect ist und bleibt ein Defect, mag er angeboren, erworben oder wie immer entstanden sein; nur nach der Grösse desselben kann man normale und krankhafte Grade unterscheiden, wie ja auch die Kleinheit der Niere erst unter einer gewissen, ziemlich willkürlichen Grenze anfängt, pathologisch zu werden. Wenn der

Verlust der höheren moralischen Gefühle als Theilerscheinung gewisser Krankheitsprocesse vorkommt (z. B. *Dementia paralytica*), so schliesst dieser Umstand nicht aus, dass auch der durch sittliche Verwahrlosung erzeugte Defect, sobald er ein gewisses Mass erreicht hat und nicht beseitigungsfähig ist, als krankhaft zu betrachten sei. Jedes Organ unseres Körpers bedarf der Uebung und Ausbildung, um die geforderte Arbeit leisten zu können; der unerzogene Taubstumme bleibt anerkanntermassen auf der psychischen Entwicklungsstufe des Schwachsinnnes stehen; sollte allein der moralisch Unerzogene eine Ausnahme machen, sollte nicht bei ihm ebenfalls eine Unvollkommenheit der gemüthlichen Ausbildung vorhanden sein, die unter Umständen eine pathologische Ausdehnung erlangen kann? Eine anthropologische, objectiv naturwissenschaftliche Betrachtung der Immoralität führt uns somit zu dem Schlusse, dass auch der Mangel sittlicher Gefühle nicht nur zweifellos der Begleiter bestimmter klinischer Krankheitsformen ist, sondern in seinen höheren Graden überhaupt ohne scharfe Abgrenzung in das Gebiet des Krankhaften hinüberspielt und als ein Symptom der Schwäche im Gemüthsleben zu betrachten ist, welchem im Bereiche des Verstandes die mangelnde Leistungsfähigkeit der intellectuellen Functionen genau entspricht.

Es bleibt daher in derartigen Fällen bei der gerichtlichen Diagnostik der Geistesstörung bis zu einem gewissen Grade häufig Sache des subjectiven Ermessens, ob die gestellte Frage bejaht oder verneint werden soll. So zuverlässig es fast stets gelingen wird, wenigstens bei längerer Beobachtung, das Bestehen einer Manie, Melancholie, Verrücktheit oder gar einer *Dementia paralytica* mit Sicherheit zu erweisen oder auszuschliessen, so rathlos steht selbst der ausgezeichnetste Scharfsinn den graduellen Abstufungen des Schwachsinnnes, vor Allem des angeborenen, gegenüber. Die Schuld dafür trifft gewiss nicht die Psychiatrie, sondern lediglich die richterliche Fragestellung, welche nur scharfe Grenzen zwischen Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit kennt, alle die zahllosen Uebergangsformen aber einfach ignorirt. Vielleicht wird auch uns noch ein ein-

gehenderes Studium des Schwachsinnnes zu einer präziseren Erfassung der krankhaften Erscheinungen verhelfen; die Ueberwindung der principiellen Schwierigkeiten aber und die Gewinnung allgemeiner, unzweideutiger Gesichtspunkte kann sicherlich nur durch eine andere Formulirung der forensischen Fragen an den ärztlichen Sachverständigen erreicht werden.

C. Simulation und Dissimulation.

Erheblich einfacher liegt die Aufgabe dort, wo nicht allgemein die Entscheidung über das Bestehen geistiger Gesundheit oder Krankheit gefällt werden soll, sondern wo es sich um die Aufdeckung von Simulation handelt. Hier ist eine sichere Richtschnur der Beurtheilung durch die Erwägung gegeben, dass der vorliegende Symptomencomplex sich mit einem der erfahrungsgemäss feststehenden Krankheitsbilder decken muss. Bei der Mannigfaltigkeit psychischer Störungen erfordert es ziemlich weitgehende fachmännische Kenntnisse, ein widerspruchssloses, in sich wahrscheinliches, einheitliches Krankheitsbild zu combiniren, ausserdem aber noch eine ganz ungewöhnliche Geschicklichkeit und Ausdauer, die angenommene Rolle wirklich durchzuführen und festzuhalten. Die Anschauungen über Geisteskrankheiten unter Laien weichen fast durchgehends so sehr von dem wahren Verhalten ab, dass es in der Regel für den Irrenarzt ein Leichtes ist, die Simulation zu erkennen und zu entlarven. Namentlich ist es die Sucht der Simulanten, zu übertreiben, widersprechende Erscheinungen durcheinander zu mischen und ihre Geisteskrankheit möglichst glaubhaft zu machen, welche sie von den wirklichen Kranken unterscheidet. Ueberaus selten sind die Fälle, in denen selbst bei längerer Beobachtung die Simulation nicht zweifellos festgestellt werden kann.

Indessen, so leicht und sicher die absichtliche Täuschung als solche erkannt zu werden pflegt, so schwierig ist es oft genug, das Bestehen einer psychischen Störung ausser der Simulation auszuschliessen. Neumann fordert mit

Recht, dass überhaupt kein Arzt jemals das Zeugniß geistiger Gesundheit ausstellen solle; bei Simulanten ist in dieser Hinsicht doppelte Vorsicht geboten. Die erfahrensten Psychiater theilen mit, dass wirklich geistig gesunde Individuen unter den Simulanten nur in ganz geringer Zahl vorkommen, wenn auch die eigentliche Störung eine ganz andersartige ist, als die simulirte. Namentlich Verrückte, Querulanten, Schwachsinnige sind hierher zu rechnen. Die Mittel und Methoden, welche zur Entlarvung von Simulanten in Anwendung gebracht werden, die Schlüsse, welche man aus dem Benehmen eines Individuums vor, während und nach einer verbrecherischen That auf seinen Geisteszustand ziehen kann, und eine Reihe ähnlicher Punkte müssen wir hier übergehen, da sie den Aufgaben der gerichtlichen Psychopathologie angehören.*)

Wir haben endlich noch der Dissimulation von Geistesstörungen zu gedenken, die bisweilen von Melancholikern und Reconvalescenten, namentlich aber von Verrückten mit grosser Virtuosität geübt wird, um die Entlassung aus der Irrenanstalt zu erreichen. Die Erfolge einer antiquirten Behandlungsmethode, der „Intimidation“, d. h. der systematischen Misshandlung der Kranken bei jeder krankhaften Aeusserung, gründeten sich auf diese Fähigkeit. Es giebt unheilbare Irre, die Jahre lang ihre äussere gesellschaftliche Haltung zu bewahren wissen und das Nest ihrer Wahnideen tief in ihrer Brust verschliessen, bis eine unbedachte Aeusserung, ein gelegentlicher Affect plötzlich der erstaunten Umgebung die Augen öffnet und ihr die Erklärung für so manche Bizarrerien und Sonderbarkeiten des Benehmens giebt, die man so lange für „berechtigte Eigenthümlichkeiten“ gehalten hatte. Wer nicht mit dem geheimen Zusammenhange und den Anknüpfungspunkten der Fäden bekannt ist, aus welchen sich das Wahnsystem zurechtspinnt, dem wird häufig die tiefe Störung manches Verrückten völlig verborgen bleiben, auch wenn dieselbe gar nicht besonders dissimulirt wird. Selbst dem Arzte be-

*) v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie, 2. Auflage, 1881.

gegnet es bisweilen, dass er trotz seines allgemeinen, bestimmten Verdachtes sich lange vergebens abmüht, in das Innere eines Kranken einzudringen, und dass ihm erst die Nachrichten über das Vorleben, das Benehmen in der Freiheit eine klare Einsicht in die wirkliche Ausdehnung der krankhaften Störung verschaffen. Solche Kranke zeigen sich in der Anstalt überaus harmlos und ungefährlich, stellen alle Berichte der Angehörigen, alle Wahnideen völlig in Abrede und wissen ihre auffallenden Handlungen so ungezwungen und schlau zu motiviren, dass es recht schwierig wird, die pathologischen Züge klar zu erfassen. Unerfahrene, namentlich Personen aus der Umgebung des Kranken, lassen sich daher oft vollständig von ihnen täuschen. Da solche Kranke nicht selten recht gefährlich sind, ist äusserste Vorsicht bei der Beurtheilung derselben geboten; das Benehmen in der Freiheit pflegt allerdings sehr bald die Sachlage festzustellen.

Besonders sei hier schliesslich noch auf die Dissimulation besonnener, selbstmordsüchtiger Melancholiker hingewiesen, die bisweilen mit grösstem Raffinement ihre krankhaften Ideen und Gefühle zu verbergen, Besserung und heitere Stimmung zu simuliren wissen, um den stillen Voratz des Selbstmordes bei weniger sorgfältiger Ueberwachung zur Ausführung bringen zu können. Nur die genaueste Vertrautheit mit dieser höchst beachtenswerthen Gefahr und unausgesetzte Wachsamkeit vermag hier vor bitteren Erfahrungen zu schützen.

V. Allgemeine Therapie.

Die leitenden Gesichtspunkte für eine rationelle Behandlung der Geisteskrankheiten ergeben sich einmal aus der Aetiologie, dann aber aus der Symptomatologie derselben; es gilt die Grundursachen zu bekämpfen und die Erscheinungen zu beseitigen oder zu mildern. Die erstere Aufgabe beginnt schon mit der Prophylaxis.

A. Prophylaxis.

In dieses Gebiet gehört bei der grossen Bedeutung der Erbllichkeit für die Verbreitung des Irreseins die Beantwortung der Frage, ob ein Geisteskranker heirathen soll oder nicht. Namentlich in manchen Formen der hysterischen Psychosen hat man bisweilen die Ehe geradezu für ein Heilmittel gehalten; die Erfahrung hat indessen gezeigt, dass zwar gesunde Eheleute anscheinend eine etwas geringere Disposition zu Geistesstörungen besitzen, als Ledige, dass aber bei schon bestehender Krankheit die Ehe vielfach geradezu schädlich wirkt. Dazu kommt die Gefahr einer Vererbung der krankhaften Anlage auf die Nachkommenschaft. So erscheint denn der ziemlich allgemein angenommene Grundsatz gerechtfertigt, vom ärztlichen Standpunkte aus bei schon bestehender Geistesstörung, besonders bei jenen Formen, die auf eine psychische Entartung hinweisen, die Ehe unbedingt zu widerrathen, während die blosse Prädisposition, speziell die erbliche Anlage, wenn sie nicht unzweideutig zu Tage tritt, trotz der immerhin

drohenden Gefahren, doch keine absolute Contraindication der Ehe in sich schliesst.

Ein weiterer bedeutsamer Punkt, an dem die Prophylaxis einzusetzen hat, ist die Erziehung. Gerade abnorm veranlagte Eltern vermögen häufig nicht die rechte Mitte zwischen pedantischer Strenge und weichlicher Verzärtelung zu halten, Einflüsse, welche nur ein kräftig organisirtes psychisches Individuum ohne dauernden Schaden für seine Charakterentwicklung zu ertragen im Stande ist. Der ärztliche Berather wird hier nicht so selten Gelegenheit zu warnendem Eingreifen finden. Allgemeineres Interesse hat in letzter Zeit auch die Ueberbürdungsfrage der Schulpugend erregt. Zweifellos ist es, dass eine einseitige, übermässige Anspannung der geistigen Kräfte bei Vernachlässigung der körperlichen Ausbildung eine Disposition zu psychischer Erkrankung erzeugen und namentlich die vorhandene Anlage steigern kann, mag auch vielleicht die Häufigkeit und Ausgiebigkeit dieser schädlichen Wirkungen bisweilen überschätzt worden sein. Jedenfalls wird die so energisch angestrebte Pflege des Körpers durch Turnen, Schwimmen, Bewegung in freier Luft u. dergl. ein sehr schätzenswerthes Gegengewicht gegen jene Gefahren abgeben, unter denen man vorzüglich auch die Masturbation mit in den Vordergrund gestellt hat.

Das spätere Leben bietet für die Prophylaxis zwar sehr vielfache Angriffspunkte, aber sehr weitausgehende und über den Bereich der ärztlichen Thätigkeit überall hinausgehende Aufgaben. Alle Massregeln, welche die aufreibende Gewalt des Daseinskampfes zu mildern, welche Noth, Elend und Krankheit zu lindern vermögen, dienen auch zugleich der Verhütung des Irreseins. Nur eine Richtung des Strebens sei hier erwähnt, welche auch die ärztliche Wirksamkeit mit ins Feld gefordert hat, der Kampf gegen den Alkohol. In den am meisten von diesem gefährlichen Feinde bedrohten Ländern ist die staatliche Gesetzgebung, wie die private Initiative schon mit grösster Energie und nicht ohne Erfolg gegen den Alkoholmissbrauch eingeschritten; auch bei uns hat sich nunmehr die Aufmerksamkeit der Irrenärzte diesem Gebiete der Prophylaxe zu-

gewandt, um mit vereinten Kräften die möglichste Einschränkung des *abusus spirituosorum* und die Verhütung seiner verderblichen Folgen anzustreben.

Von weit unmittelbarerem Interesse für den ärztlichen Praktiker, als diese allgemeinen prophylaktischen Massregeln ist die Behandlung des einzelnen Falles. Die ganze Zahl der Mittel, welche hier zu Gebote stehen, zerfällt in zwei natürliche Gruppen, je nachdem dieselben die Krankheit von den körperlichen Grundlagen des gestörten Seelenlebens aus, oder von der psychischen Seite her in Angriff nehmen. In die erstere Gruppe gehören die *Medicamenta*, die physikalischen Heilmethoden und die diätetischen Massregeln, in die letztere die mannigfachen psychischen Einwirkungen, welche durch das Anstaltsleben und speciell die zielbewusst handelnde Persönlichkeit des Arztes erzeugt werden.

B. Somatische Behandlung.

Medicamenta. Unter den Medicamenten sind es besonders die *Narkotica*, die wegen ihrer beruhigenden Wirkung eine hervorragende Stelle in dem Heilapparate der Geistesstörungen einnehmen. Seit alter Zeit ist das Opium im Gebrauch. Es wirkt durch Herabsetzung der Reizempfänglichkeit unserer nervösen Centralorgane, besonders, wie es scheint, bei anämischen Zuständen derselben. Eine exacte Kenntniss seines Einflusses auf die verschiedenen psychischen Functionen fehlt bisher noch. Aufregungszustände, namentlich solche, die durch periphere Reizungen erzeugt oder unterhalten werden (*Neuralgien*, *abnorme Sensationen*, *Präcordialangst*), sind das wichtigste Gebiet seiner therapeutischen Anwendung, durch welche (in nicht zu kleinen Gaben) Beruhigung und eventuell Schlaf erzielt wird. Dagegen wird das Mittel contraindicirt durch starke venöse Hyperämien des Gehirns (andauerndes hohes Fieber), grosse körperliche Decrepidität und namentlich Herzschwäche. Als unangenehme Nebenwirkungen sind die Verdauungsstörungen (*Appetitlosigkeit*, *hartnäckige Verstopfung*) zu

beachten. Das gebräuchliche Präparat ist *Tinctura Opii simplex* innerlich (oder eine Lösung von *Extr. Opii aquos.* 1:20 subcutan, zur Vermeidung von Abscessen oft frisch zu bereiten), bei methodischer Anwendung in steigender Gabe von 10—20 Tropfen (0,05—0,1 Extract) 2—3 mal täglich, selbst bis zum 3- oder 4fachen, wenn nicht schon früher die erstrebte Beruhigung eintritt; später allmähliches Heruntergehen mit der Dosis.

Wegen der grösseren Gleichmässigkeit der Wirkung, der sichereren Dosirung und der bequemerem (subcutanen) Handhabung ist an die Stelle des Opiums in neuerer Zeit fast überall das Morphinum getreten, welches wesentlich dieselben Indicationen und Contraindicationen besitzt, wie jenes Mittel. Namentlich ist die Morphinbehandlung ebenfalls zu einer methodischen Cur ausgebildet worden, bei der man bisweilen zu enormen Tagesdosen (0,4—0,5) gegriffen hat. Der Nutzen dieser forcirten Therapie wird indessen durch die Gefahren derselben wol mindestens aufgewogen. Einmal kommen nämlich (in Folge von Anspiesen oder directer chemischer Reizung von Hautnerven?) im unmittelbaren Anschlusse an die Injection plötzliche, mehr oder weniger ernste „Shocksymptome“ vor, die entweder in den Erscheinungen einer ausgedehnten Vasomotorenlähmung (Röthung, Quaddelnbildung, Prickeln) oder in einem lebensgefährlichen Collapse mit Krämpfen und Respirationslähmung bestehen, welcher schleunigste Einleitung der künstlichen Athmung erfordert. Auch nach einigen Stunden können bei Anwendung grosser Dosen noch schwere, selbst tödtlich ausgehende Vergiftungserscheinungen (komatöse Zustände mit starker Herabsetzung der Circulation, der Temperatur und der Respiration) auftreten, gegen die man das heroische Mittel eines Aderlasses an der Vena jugularis externa empfohlen hat. Endlich ist noch die ernste Gefahr der Gewöhnung an das Morphinum und der Morphinismus mit seinen üblen Folgen für das physische und psychische Wohl zu berücksichtigen. Trotzdem ist das Morphinum sowol für die methodische Behandlung chronisch-melancholischer, besonders ängstlicher Zustände mit Paraesthesien, Schmerzen u. dergl., dann aber auch für die gelegentliche rasche Coupirung

von Aufregungen zorniger Maniaci, reizbarer Verrückter, Hysterischer (0,015—0,02 gr) ein äusserst werthvolles Mittel. Es darf indessen nicht unerwähnt bleiben, dass bisweilen, namentlich bei Hysterischen, der psychische Eindruck der Injection genau dieselben Dienste leistet, wie das Medicament. Ich kenne einen Fall, — und ähnliche Beobachtungen sind nicht allzu selten — bei welchem die exquisit beruhigende Wirkung der Morphintherapie in gleicher Weise fort dauerte, als die Injectionsflüssigkeit ohne Wissen der Kranken unter allmählicher Verdünnung seit Monaten durch destillirtes Wasser ersetzt worden war. Jeder Versuch, die Cur abzubrechen, rief dagegen sofort Ausbrüche von starker ängstlicher Erregung mit impulsivem, sehr energischem Selbstmorddrange hervor. Der Effect der Behandlung blieb sogar derselbe, als schliesslich statt der Einspritzungen das angebliche Medicament von der Kranken zu den bestimmten Tageszeiten innerlich genommen wurde.

In die Gruppe der Alkaloide gehört ferner das Hyoscyamin*), welches in neuerer Zeit in die psychiatrische Praxis eingeführt wurde. Die hier in Betracht kommenden Wirkungen sind hauptsächlich die Erzeugung einer allgemeinen Mattigkeit und Abgeschlagenheit mit fortschreitender motorischer Unsicherheit, quälendem Durst und unterschiedenem Ruhebedürfnisse, bisweilen mehrstündiger Schlaf. Die Ursache dieser Erscheinungen wird namentlich in der Beeinflussung des Gefässsystems gesucht (Steigerung der Pulsfrequenz; Herabsetzung des Gefässtonus). Der schlafmachende Erfolg des Hyoscyamin ist um so unsicherer, je besser das Präparat ist, da derselbe wesentlich von Verunreinigungen abhängt, während das reine Hyoscyamin im Gegentheil geradezu hallucinatorische, deliriöse Aufregungen erzeugt. Als unangenehme Nebenerscheinungen sind ferner gelegentliche Collapse, dann aber namentlich ein nachhaltiges Sinken der allgemeinen Ernährung zu beachten. Empfohlen ist das Mittel besonders bei triebartigen, nicht deutlich psychisch motivirten Aufregungen vor Allem bei Paralytikern,

*) Mendel, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie XXXVI, 3; Schüle, Ibidem XL; Reinhard, Archiv f. Psychiatrie XI, 2.

Kraepelin, Psychiatrie. 2. Aufl.

auch bei Epilepsie. Die Anwendung geschieht subcutan, 0,005 bis 0,03 gr, 2—3mal täglich; zeitweiliges Aussetzen des Mittels ist rathsam. Contraindicationen sind Erkrankungen der Circulationsorgane und grosse körperliche Schwäche.

In vieler Beziehung dem Hyoscyamin weit vorzuziehen ist das von Gnauck*) zuerst in die psychiatrische Therapie eingeführte Hyoscin (Ladenburg). Dieses Alkaloid (Hyoscinum hydrochloricum) erzeugt in subcutaner Gabe von 0,001 gr mit kaum übertroffener Sicherheit einen nach 10 bis 15 Minuten eintretenden tiefen Schlaf. Die Narkose wird eingeleitet durch Benommenheit des Kopfes, Trockenheit im Halse, Unsicherheit beim Gehen und eine mehrere Tage, selbst Wochen lang andauernde, hochgradige Mydriasis. Bei grösseren Gaben scheinen Uebelkeit, Respirationsstörung, selbst Delirien und Collapszustände auftreten zu können, doch habe ich trotz häufiger Anwendung des Mittels bedrohlichere Störungen bisher nicht beobachtet. Nach dem Erwachen besteht gewöhnlich noch ein leichter Druck im Kopfe, der sich meist bald verliert. Das Hyoscin ist ohne Zweifel ein äusserst energisches Mittel, welches mit grosser Vorsicht gehandhabt werden muss, überall dort jedoch, wo die dringende Nothwendigkeit besteht, rasch Beruhigung und Schlaf zu verschaffen, zuverlässig und ohne schwerere Nachtheile seine Wirkung thut. Ueber die systematische Anwendung des Mittels liegen noch zu wenig Erfahrungen vor; seine ganze Wirkungsweise dürfte indessen dasselbe mehr für die sporadische, coupirende Application geeignet erscheinen lassen.

Ueber das Haschisch sind bisher nur wenige verwerthbare Beobachtungen bekannt geworden, ein Umstand, der seinen Grund hauptsächlich in der Unsicherheit und Verschiedenheit der zugänglichen Präparate haben dürfte. Man hat daher in neuerer Zeit mehrere Bestandtheile desselben isolirt in Anwendung gezogen, das Cannabinum tannicum (Merck), das Cannabinum purum (Bombelon) und das Cannabinon. Am meisten praktische Verwerthung hat von diesen

*) Charité-Annalen VII; Sohrt, Pharmakotherapeutische Studien über das Hyoscin. Diss. 1886.

Mitteln das Cannabinon*) gefunden. Leider ist das gebräuchliche Präparat keineswegs rein. Man giebt dasselbe als Hypnoticum in Dosen von 0,1—0,2 gr, am besten in Pillen oder mit fein zerriebenem Kaffeepulver. Die schlafmachende Wirkung tritt nach etwa 2—3 Stunden ein, am sichersten in Bettruhe, und wenn das Mittel in den leeren Magen gebracht wurde. In einzelnen Fällen werden unangenehme Nebenerscheinungen, Schwere in den Gliedern und in der Zunge, Uebelkeit, Trockenheit im Halse, Schwindelgefühl, Kopfdruck, Gehörshallucinationen, selbst leichte Collapse beobachtet, doch pflegen sich diese Störungen meist bald und ohne üble Folgen wieder zu verlieren. Nicht selten bleibt indessen die Wirkung oder doch der Schlaf ganz aus. Am sichersten scheint das Mittel bei hysterischer und „nervöser“ Schlaflosigkeit, sowie in leichten maniakalischen Aufregungszuständen zu wirken; es ist hier bisweilen ein recht willkommener Ersatz, wo andere Medicamente versagen oder nicht vertragen werden. Die Wirkung der andern beiden oben erwähnten Präparate ist derjenigen des Cannabinon ähnlich; das Cannabinum tannicum erfordert indessen eine höhere Dosirung (0,3—1,0).

In sehr geringem Masse nur haben sich bisher die Hoffnungen realisirt, welche man nach den grossen Erfolgen in der externen Therapie auch bei der Behandlung der Psychosen vom Cocain zu hegen sich berechtigt glaubte. Die namentlich für melancholische Zustände erwartete günstige Wirkung ist, soweit die bisherigen Erfahrungen reichen, gänzlich ausgeblieben, ja die vereinzelt Beobachtungen unvermutheter Collapse bei nicht ganz vorsichtiger Dosirung haben vielleicht zu sehr von ausgedehnteren Versuchen abgeschreckt. Nur auf einem beschränkten Gebiete, in der Behandlung des Morphinismus, hat das Cocain unerwünscht ausgiebige Anwendung gefunden, da es die Eigenschaft besitzt, in mässigen, subcutanen Dosen (0,01—0,05) die unangenehmen Erscheinungen der Morphiumpabstinentz wesentlich zu mildern. Die grosse Gefahr, den Morphinismus einfach in Cocainismus zu verwandeln, oder ihn gar

*) Richter, Neurolog. Centralblatt, III, 21; IV, 1.

mit letzterem zu compliciren, empfiehlt hier jedenfalls dem Arzte die grösste Zurückhaltung. Vielleicht ist das von Lewin untersuchte α -Kawaharz aus *Piper methysticum* berufen, bessere Dienste zu leisten.

Ueber ein weiteres vegetabilisches Arzneimittel, welches von Seifert als Hypnoticum angewendet wurde, das *Extractum Piscidiæ erythrinae*, liegen noch keine ausreichenden Erfahrungen vor. Nach meinen eigenen Beobachtungen scheint die Wirkung eine unsichere und wenig nachhaltige zu sein; üble Zufälle habe ich nicht dabei gesehen.

Eine zweite Gruppe von Medicamenten, welche in der psychiatrischen Therapie hervorragende Wichtigkeit erlangt haben, ist diejenige der Schlafmittel. Unter ihnen ist das wirksamste das Chloralhydrat*), welches mit grosser Sicherheit in Gaben von 2—3 gr, meist ohne erhebliche Nachwehen, einen länger dauernden, ruhigen Schlaf herbeiführt. Da es ebensowenig, wie die übrigen Hypnotica, Schmerzen stillt, so empfiehlt sich bisweilen sehr die Verbindung mit einer Morphiumdosis (0,01 gr). Wegen seiner ätzenden Eigenschaften und seines unangenehmen Geschmackes giebt man es in stark verdünnter Lösung, vorthailhaft in einem schleimigen Vehikel. Als Corrigentien sind am meisten *Aqua Menthae piperitae*, *Syrupus Liquiritiae* und *corticum aurantii* im Gebrauch. Zur subcutanen Anwendung eignet sich das Mittel nicht (Gefahr von Abscessen), wol aber zur Einbringung im Klystier. Seine Indication findet es bei hartnäckiger Schlaflosigkeit in den verschiedensten Formen des Irreseins. Der Erfolg ist hier in der Regel ein überaus prompter; nach und nach pflegt sich jedoch eine wachsende Indolenz gegen das Mittel einzustellen, die zur Dargereichung höherer Gaben verführt. Nach dieser Richtung hin ist indessen grosse Vorsicht geboten, da längere Zeit fortgesetzter Gebrauch des Chloralhydrats Verdauungsstörungen und verschiedenartige angioparalytische Erscheinungen nach sich ziehen kann. Das häufigste Symptom

*) Schüle, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie XXVIII, 1; Archiv f. Psychiatrie V, p. 271; Arndt, Ibidem III, p. 673.

der chronischen Chloralvergiftung ist der sog. „Rash“, eine namentlich bei gelegentlichem Alkoholgenuß auftretende fliegende Röthe und Hitze mit starker Pulsation, besonders am Kopfe und Halse; ferner hat man Hautausschläge, Neigung zu Oedemen und Decubitus, endlich Zustände von dauernder stupider Benommenheit in Folge des Chloralmissbrauchs beobachtet, die erst nach dem Aussetzen des Mittels langsam wieder schwinden. Gefährlich und darum gänzlich zu vermeiden ist die Anwendung des Chloralhydrats bei Herz- und Gefässerkrankungen (Fettherz, Myokarditis, Klappenfehler, Atherom u. s. f.); schon nach 5 gr wurden plötzliche Todesfälle gesehen.

Einen ausgezeichneten Ersatz für das Chloralhydrat in allen den Fällen, wo dasselbe bedenklich erscheint oder schlecht ertragen wird, haben uns die letzten Jahre in dem von Cervello und Morselli zuerst empfohlenen Paraldehyd*) kennen gelehrt. Das Mittel bewirkt in mittleren Dosen von 5 gr, die man ohne Bedenken auf das Doppelte und selbst Dreifache steigern kann, schon nach 10—15 Minuten sehr regelmässig einen tiefen, ruhigen, dem natürlichen durchaus gleichenden, mehrstündigen Schlaf. Die Ermüdung tritt mit fast unwiderstehlicher Gewalt ein, geht aber, wenn äussere Störungen, Schmerzen und dergl. vorhanden sind, rasch wieder vorüber, so dass anscheinend wesentlich das Einschlafen, weniger der spätere Schlaf unter dem Einflusse des Mittels steht. Unangenehme Nachwirkungen, Eingenommenheit des Kopfes, wie sie nach Chloralhydrat häufig beobachtet werden, sind hier äusserst selten. Muss demnach das Paraldehyd als ein überaus werthvolles, wenn nicht das beste der bisher bekannten Schlafmittel bezeichnet werden, so hat es den recht störenden Nachtheil eines sehr widerlichen, kaum zu corrigirenden Geschmackes und Geruches, der wegen der Ausscheidung durch die Lungen noch 12—24 Stunden nach dem Einnehmen zurückbleibt. Die relativ angenehmste Form der

*) Morselli, gazetta degli ospitali 1883, 4, 5, 6; Referat im Neurolog. Centralblatt II, 9; Berger, Breslauer ärztl. Zeitschr., 1883; Gugl, Zeitschr. f. Therapie, 1883.

Darreichung ist die Vermischung mit Wein oder mit einer aromatischen Tinctur, Syrup und Wasser (Umschütteln!). In sehr vereinzeltten Fällen wird es übrigens vom Magen in jeder Form zurückgewiesen; man wird dann allenfalls die Darreichung per Klysma (in Oelemulsion) versuchen können. Bei längerem Gebrauche scheint eine Gewöhnung an das Mittel einzutreten, die zur Anwendung höherer Dosen nöthigt, ohne jedoch ernstere Nachtheile im Gefolge zu haben.

Ebenfalls als Hypnoticum empfohlen wurde das jetzt aber wol schon kaum mehr in Anwendung gezogene Acetal. Die Unsicherheit der Wirkung und die Höhe der Dosis (8—10 gr) lassen die weitere Cultivirung des Mittels unzweckmässig erscheinen.

Dagegen sind neuerdings noch zwei weitere Schlafmittel bekannt geworden, welche für gewisse Zwecke manche Vortheile zu bieten scheinen. Das von v. Jacksch zuerst geprüfte Urethan ist ein wenig energisch wirkendes, dafür aber durchaus ungefährliches Hypnoticum, dessen Darreichung (zu 3—5 gr mit Aqua Menthae piperitae) gar keine Schwierigkeiten macht. Es passt daher dort, wo Paraldehyd zurückgewiesen wird und wo hohes Alter, grosse körperliche Hinfälligkeit, beträchtliches Fieber die Anwendung eingreifenderer Medicationen nicht gerathen erscheinen lassen. Ausbleiben der Wirkung ist nicht selten; üble oder gar bedrohliche Zufälle sind bisher nie beobachtet worden.

Unter der Bezeichnung des Hypnon ist von Dujardin-Beaumetz das Phenylmethylaceton in die Therapie eingeführt worden. Das intensiv nach Jasmin und bitteren Mandeln riechende Mittel wird in Gaben von 5—10 Tropfen angewendet, die wegen seiner stark ätzenden Eigenschaften am zweckmässigsten mit Spermacet oder Butyrum Cacao verrieben und in Gelatine kapseln eingeschlossen werden. Die niedrige Dosirung ist ein entschiedener Vorzug des Mittels. Versuche, die ich mit subcutaner Darreichung in Oelemulsion anstellte, glückten nicht recht, weil sich das Medicament zu leicht ausschied und dann lebhafte Schmerzen (keine Abscesse) verursachte. Die schlafmachende Wirkung ist anscheinend etwas sicherer, als diejenige des Urethans, reicht aber an die des Paraldehyds durchaus nicht heran.

Als eines sehr milden, aber in normalen wie krankhaften Zuständen häufig genug in Anwendung gezogenen Hypnoticums haben wir endlich noch des Alkohols zu gedenken. In nicht zu kleinen, individuell natürlich sehr verschiedenen Gaben erzielt er dort, wo die Schlaflosigkeit weder durch Schmerzen, noch durch stärkere Gemüthsbewegung, sondern einfach durch erhöhte centrale Reizbarkeit und mangelnde Ermüdung bedingt wird, nicht selten sehr befriedigende Erfolge. Bei hysterischer, neurasthenischer, bisweilen auch bei seniler Schlaflosigkeit ist daher zunächst ein Versuch mit diesem Mittel sehr am Platze. Man giebt es je nach den Lebensgewohnheiten und Neigungen des Kranken in Form von Bier, Grog oder Schlummerpunsch.

Bei sehr intensiven, allen andern Mitteln widerstehenden Aufregungszuständen, die aus irgend einem Grunde (chirurgische Verletzungen, Nothwendigkeit einer kleinen Operation u. dergl.) rasches Eingreifen verlangen, wird auch das Chloroform bisweilen in Anwendung gezogen. Sehr schwächliche, nervöse Personen, Hysterische, Trinker sind davon ausgeschlossen, weil bei ihnen der Zweck einer Beruhigung nicht erreicht zu werden pflegt und die Narkose nicht selten grosse Gefahren über sie heraufführt. Weniger gefährlich, aber auch weniger wirksam ist die Substitution des Chloroforms durch Aether. Versuche systematischer Anwendung dieses Mittels bei erregten Kranken haben mir gezeigt, dass die erzielte Beruhigung die eigentliche Narkose kaum zu überdauern pflegt und somit der Nutzen durchaus nicht die Gefahren und Unannehmlichkeiten für Patienten und Arzt aufzuwiegen vermag. Auch die von Berger in psychischen Exaltationszuständen empfohlene systematische Inhalation von Bromäthyl (täglich 5—10 gr) hat wegen des unsicheren Erfolges und des abscheulichen Bromgestankes keine weitere Verbreitung gefunden.

Eine letzte Gruppe das Centralnervensystem direct beeinflussender Arzneimitteln wird durch die Bromsalze (Bromkalium, Bromnatrium, Bromammonium) gebildet, welche die sensible und motorische Erregbarkeit des Gehirns herabsetzen und namentlich auf dem Gebiete der Epilepsie und

Neurasthenie sehr werthvolle Dienste leisten. Bei der Epilepsie wirken sie allerdings in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nur symptomatisch, indem sie die Zahl und Intensität der Anfälle während der Dauer seiner Anwendung verringern; mit dem Aussetzen der Medication pflegt die Krankheit in der früheren Heftigkeit, bisweilen sogar in verstärktem Masse wieder hervorzutreten. Der Erfolg wird in der Regel mit der Sicherheit des physiologischen Experimentes erreicht; selten nur bleibt das Leiden gänzlich unbeeinflusst. Ausserdem giebt es indessen, wie ich wiederholt erfahren, auch vereinzelte Fälle, in denen eine sehr entschiedene und sogar gefahrdrohende Verschlimmerung und Häufung der Anfälle sich einstellt; schon aus diesem Grunde sollte die Medication nicht ohne dauernde ärztliche Controle durchgeführt werden.

Sehr ausgedehnte Anwendung finden die Bromsalze ferner bei der einfachen Neurasthenie und der sie so oft begleitenden „nervösen“ Schlaflosigkeit; die Herabsetzung der centralen Erregbarkeit genügt hier oft, um eine dauernde Beruhigung und Erholung zu Stande kommen zu lassen. Man giebt die einzelnen Salze (besonders das Bromkalium) oder alle drei in gleichem Verhältnisse gemischt entweder als Schlafmittel in einmaliger voller Dosis (5—6 gr) oder aber in methodischer Cur steigend und wieder fallend zu 5—10 gr pro die (Pulver in Oblaten oder Lösung). Eine sehr bequeme, den stark salzigen Geschmack verdeckende Form der Anwendung haben wir neuerdings in dem kohlensauren Bromwasser gewonnen, welches gewöhnlich in einer Flasche 10 gr Bromkalium enthält. Wo die Anfälle zu bestimmten Zeiten (Menses) hervorzutreten pflegen, wird man zweckmässig die Maximalgaben gerade in diese Periode fallen lassen, um während der Zwischenpausen herunterzugehen und wo möglich ganz auszusetzen (intermittirende Anwendung). Grössere Gaben der Bromsalze können nämlich bei längerer, ununterbrochener Anwendung schwere Cerebralerscheinungen hervorrufen (Abnahme des Gedächtnisses, Unsicherheit der Bewegungen, Apathie); aber auch der Gebrauch kleinerer Dosen darf höchstens einige Monate lang ohne die Gefahr von Ver-

dauungsstörungen und fortschreitender Abmagerung fortgesetzt werden. Das Auftreten von Acneknötchen und Furunkeln, sowie starker foetor ex ore giebt das Zeichen zur Unterbrechung.

In ähnlicher Weise wie die Krampfanfälle vermag das Bromkalium auch bisweilen periodisch auftretende Aufregungszustände zu coupiren, namentlich dann, wenn dieselben mit den Menses in Beziehung stehen und von kurzer (1—2-wöchentlicher) Dauer sind. Der Erfolg ist kein durchaus constanter, tritt aber in einzelnen Fällen mit der grössten Sicherheit ein. Von Wichtigkeit ist hier überall einmal die rechtzeitige Darreichung, dann aber die maximale Dosirung des Mittels. Man giebt nicht weniger als 12—15 gr pro die eine Reihe von Tagen hintereinander und geht dann, natürlich unter beständiger Ueberwachung des Zustandes, langsam herunter.

Die unzweifelhafte Bedeutung der Blutcirculation in der Pathologie der Geistesstörungen hat auch einigen Mitteln in die Therapie des Irreseins Eingang verschafft, welche vorwiegend auf das Herz und die Gefässe wirken. So hat man das Amylnitrit wegen seines auffallenden Einflusses auf das Gefässgebiet des Kopfes in solchen Zuständen angewendet, in denen man einen Gefässkrampf vermuthete. Leider hat das Mittel bisher die gehegten Erwartungen nicht gerechtfertigt, da die Wirkungen, wie durch experimentelle Untersuchungen bestätigt wird, selbst im günstigsten Falle sehr rasch vorübergehen. Ferner kommt der Digitalis, namentlich in Verbindung mit Opium oder Morphinum, nicht selten dort eine beruhigende Wirkung zu, wo Aufregungszustände mit unregelmässigem, frequentem Pulse und Herzschwäche einhergehen (Herzfehler, alte Perikarditis u. s. f.). Vielleicht wird man endlich von dem neuesten Mittel dieser Gruppe, vom Cytisin mit seiner den Gefässtonus und damit den Blutdruck steigernden Wirkung, bei Stauungen und Anaemie in der Schädelhöhle aufmunternde Erfolge zu erwarten haben. Meine eigenen Versuche sind noch zu wenig ausgedehnt, um schon ein Urtheil über das Mittel zu gestatten.

Fast gänzlich aus der psychiatrischen Therapie verbannt

sind die früher viel geübten Blutentziehungen, namentlich die allgemeinen, seitdem man erkannt hat, dass psychische Störungen nicht durch „Plethora“, sondern im Gegentheil häufig genug durch anaemische und ischaemische Zustände des Gehirns bedingt werden. Wo starke Congestionen oder Entzündungssymptome eine Entlastung des Schädelinhaltes nothwendig erscheinen lassen, kommen allenfalls einige Blutegel an den Processus mastoidei oder an der Nasenscheidewand in Anwendung. Ebenso sind auch die einst sehr beliebten ableitenden Mittel (Blasenpflaster, Unguentum tartari stibiati, Drastica) fast völlig obsolet geworden.

Physikalische Heilmethoden. Unter den physikalischen Heilmethoden, die in die irrenärztliche Praxis Eingang gefunden haben, steht oben an die Hydrotherapie, insonderheit die Anwendung der Bäder. Zwar sind die barbarischen Douchen und die kalten Sturzbäder, wie sie früher als „revulsive“ Mittel beliebt waren, lange ausser Gebrauch gekommen, aber der grosse Werth warmer und lauer, besonders verlängerter, einige (3—4) Stunden dauernder Bäder für die Behandlung von Aufregungszuständen ist unzweifelhaft. Natürlich wirken sie nur dann beruhigend, wenn die Kranken freiwillig darin bleiben; das Festhalten durch Wärter, verschliessende Deckel u. s. f. pflegt die Erregung nur zu steigern, besonders bei ängstlichen Patienten. Man kann die verlängerten lauen, stets auf gleicher Temperatur (32—34° C.) erhaltenen Bäder auch mehrmals täglich anwenden; gegen Abend haben sie häufig eine günstige schlafmachende Wirkung. Wo congestive Erscheinungen Seitens des Kopfes vorliegen, verbindet man sie mit gleichzeitiger kalter Berieselung desselben oder Eisumschlägen. An das Bad selbst schliesst sich zur Anregung der Hautthätigkeit zweckmässig ebenfalls eine kühle Berieselung mit darauffolgendem Frottiren an. Bei sehr schwächlichen Kranken werden die Vollbäder oft mit Erfolg ersetzt durch hydropathische Einwicklungen des ganzen Körpers, die indessen nicht mehr als einige Stunden ausgedehnt werden sollten (Collapsgefahr). Sanfte Regendouchen, kalte Abreibungen empfehlen sich für

nervöse und hysterische Kranke, besonders auch Onanisten, bei denen noch kalte Sitzbäder hinzugefügt werden. Von den medicamentösen Bädern sind hauptsächlich nur noch die Senffussbäder im Gebrauch, die bei Neigung zu Kopfcongestionem bisweilen einen schlafmachenden Einfluss auszuüben im Stande sind. Der gleichen Indication dient die locale Anwendung der Kälte am Kopfe in der Form des Eisbeutels. Die Einfachheit und Volksthümlichkeit dieser Massregel spricht entschieden zu ihren Gunsten, wenn man auch gerade in der Psychiatrie vielleicht häufiger von ihrem psychischen (Zwang der Bettlage), als von dem physikalischen Einflusse Erfolg hoffen darf. Beim Bestehen von Menstruationsbeschwerden mit Empfindlichkeit der Wirbelsäule hat man auch die Kältebehandlung dieser letzteren mit Hülfe des eisgefüllten Chapmann'schen Schlauches empfohlen.

Verhältnissmässig beschränkte Anwendung hat bisher die Elektrotherapie*) in der Behandlung der Geisteskrankheiten gefunden. Die vorliegenden Erfahrungen sind daher noch sehr lückenhaft und kaum zur Aufstellung allgemeiner Grundsätze geeignet. Der faradische Strom scheint vorzugsweise als Erregungsmittel zu wirken. Dem gegenüber erwartet man von der Galvanisation des Rückenmarks, des Sympathicus, des Gehirns (schwache Ströme, kurze Sitzungen, grosse Elektroden, Leitung längs oder schräg durch den Kopf) namentlich eine „katalytische“ Einwirkung auf die feineren molecularen Vorgänge und einen Einfluss auf das Gefässsystem. Man hat daher vorgeschlagen, bei Zuständen mit erhöhter nervöser Reizbarkeit, Gefässkrampf und dergleichen die Anode (absteigende Ströme), bei bestehenden Lähmungserscheinungen, Stauungen, Oedemen dagegen die Kathode (aufsteigende Ströme) auf das centrale Nervensystem einwirken zu lassen. Dass beide Elektroden auch hier einen differenten Einfluss ausüben können, geht aus einzelnen Beobachtungsthatsachen hervor.

Im Allgemeinen werden es natürlich vorzugsweise die

*) Arndt, Archiv f. Psychiatrie II; Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie XXVIII, XXXIV; Erb, Elektrotherapie II, p. 339, 1882; Tigges, Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie XL.

frischen, noch nicht sehr ausgebildeten und namentlich die mit nervösen Beschwerden einhergehenden Fälle sein, in denen man von der elektrischen Behandlung Erfolg hoffen darf. Hier mag es bisweilen gelingen, durch Beseitigung peripherer Reizmomente, durch Herabsetzung der Erregbarkeit und durch Beeinflussung der Circulation die drohende psychische Erkrankung schon in ihrem Beginne zu coupiren. Bei tieferen, anatomisch greifbaren Störungen, wie namentlich bei der Paralyse, ist höchstens auf eine ganz vorübergehende Wirkung zu rechnen, doch hat man auch hier Rückenmark und Sympathicus mit aufsteigenden Strömen behandelt. Hysterische Dämmerzustände und vielleicht auch manche Formen der Melancholie oder des acuten Schwachsinns in späteren Stadien scheinen unter Umständen durch methodische Faradisation günstig beeinflusst zu werden; es empfiehlt sich die Anwendung stärkerer Ströme an verschiedenen Stellen der Körperoberfläche oder die allgemeine Faradisation. Galvanisation und Faradisation des Kopfes (elektrische Hand) können wegen ihrer hypnotischen Wirkung auch zur Bekämpfung der Schlaflosigkeit gelegentlich in Anwendung gezogen werden. Die besten praktischen Dienste leistet die elektrische Behandlung (Galvanisation des Kopfes, allgemeine Faradisation mit der Rolle, elektrische Bäder) unzweifelhaft in hysterischen und neurasthenischen Zuständen. Gerade hier aber wird die Ausscheidung des sicherlich nicht geringen Antheils, welcher dem psychischen Einflusse der Procedur zugeschrieben werden muss, vollkommen undurchführbar.

Die modernste unter den physikalischen Heilmethoden, die Massage, hat sich ebenfalls nur ein geringes Gebiet der psychiatrischen Therapie zu erobern vermocht, das sie zudem noch mit der Elektrizität bis zu einem gewissen Grade theilen muss. Bei der grossen Mehrzahl der psychischen Krankheiten passt die Massage nur dort, wo eine selbständige somatische Indication für dieselbe vorliegt. Bei gewissen Formen von hysterischen und neurasthenischen Psychosen indessen, sowie in der Reconvalescenz von einfachen Melancholien vermag die Massage, am besten in Verbindung mit der allgemeinen Faradisation, durch Kräftigung der

Musculatur und Anregung des Stoffwechsels oft recht schätzbare Dienste zu leisten. Ihre Rolle in der sogen. Mastcur wird weiter unten Erwähnung finden.

Diätetische Massregeln. Zwar von langsamerer und weniger durchgreifender, aber darum nicht weniger werthvoller Wirkung, als die aufgeführten Arzneien und Heilmethoden, sind jene allgemeinen diätetischen Massregeln, die keiner besonderen therapeutischen Indication dienen, sondern die Befriedigung der täglichen allgemeinen Lebensbedürfnisse zum Ziele haben. Obenan steht die Sorge für eine passende Ernährung. Jeder Geisteskranke, auch der anscheinend „Vollblütige“, bedarf einer regelmässigen, gut bemessenen Zufuhr kräftiger Nahrungsmittel, durch welche nicht selten schon ganz allein, ohne jede weitere Behandlung, die Genesung herbeigeführt wird. Durchaus in den Vordergrund tritt diese Rücksicht, wo schwächende Momente, Puerperium, Blutverluste, acute Krankheiten, der Psychose vorausgegangen sind, und wo die Körperwage, wie die somatische Untersuchung eine gesunkene Ernährung, Anaemie, Schwäche, Abmagerung erkennen lässt. Namentlich ist es von Wichtigkeit, schon im Anfange der Erkrankung, wo der Patient, von lebhaften Affecten beherrscht und ohne Appetit, die Nahrungsaufnahme vernachlässigt, auf ein regelmässiges Einhalten der Mahlzeiten zu achten und jeder beginnenden Verdauungsstörung sogleich entgegenzuarbeiten.

Diese Sorge erstreckt sich oft in gleicher Weise über den ganzen Verlauf der Krankheit fort, wo der Melancholiker durch seine depressiven Affecte, der Maniakalische durch seine Ideenflucht vollständig daran verhindert wird, an das Nahrungsbedürfniss zu denken und sich selbst um die Befriedigung desselben zu kümmern. Geduldiges, häufig wiederholtes Anbieten des Essens, wenn auch immer nur kleine Mengen desselben genommen werden, führt hier meist zum Ziele. Stets muss die Kost leicht verdaulich und, namentlich in schwierigeren Fällen, möglichst nahrhaft sein, um durch die Qualität die Unmöglichkeit einer quantitativ reichlicheren Zufuhr zu corrigiren. Die so überaus häufige Obstipation bekämpft man nur durch ganz milde Mittel, namentlich durch Klystiere und Eingiessungen. Unterstützt

werden diese Massregeln durch Regelung der gesammten Lebensweise, reichliche Bewegung in frischer Luft, körperliche, keine psychische Anstrengung erfordernde Beschäftigung, vorzüglich Gartenarbeit u. dergl.

Eine originelle Ausbildung hat die Sorge für die Körperernährung in der von Weir Mitchell und Playfair eingeführten „Mastcur“ (feeding-cure) erhalten. Das Princip dieser Cur besteht in einer möglichsten Beschleunigung des Stoffumsatzes durch überreichliche Ernährung bei gleichzeitiger, lebhafter Muskelarbeit ohne active Anstrengung. Den in Bettruhe gehaltenen Patienten werden in sehr kurzen Zwischenräumen grosse Mengen nahrhafter, leicht verdaulicher Esswaaren (Milch, Fleisch, kräftige Suppen) zugeführt, während durch systematische, ausgiebige Massage und faradische Reizung die gesammte Körpermusculatur in Action versetzt wird. Dazu kommt als wichtigster Punkt des Programms die völlige Entfernung der Patienten aus den gewohnten Verhältnissen und die bedingungslose Unterordnung unter die ärztliche Autorität. Zweifellos spielt dieses psychische Moment bei der ganzen Cur eine äusserst bedeutsame Rolle. Die Erfolge sind in geeigneten Fällen staunenswerthe; man darf solche aber nur auf dem Gebiete der eigentlichen Hysterie und zwar dort erwarten, wo keine tiefergreifenden psychischen Störungen, sondern wo wesentlich dauernde grosse Willensschwäche (Lähmungen) besteht und die Ernährung tief gesunken ist. Es erscheint aber wol möglich, dass das Princip der Ueberernährung in modificirter Gestalt auch für einzelne Formen von Psychosen, namentlich der Erschöpfungszustände, mit Vortheil in Anwendung gezogen werden kann; bisher fehlen darüber genügende Erfahrungen.

Ganz besondere Berücksichtigung erfordert die diätetische Behandlung der frisch Erkrankten. Hier handelt es sich vor Allem um Beruhigung. Sehr passend ist daher oftmals die einfache Bettlagerung, wenn es gelingt, den Kranken ohne besondere Schwierigkeiten in derselben zu erhalten. Bei einiger Geduld kann man durch diese harmlose Massregel ganz ausserordentliche Erfolge erzielen. Namentlich anaemische und schwächliche Kranke, die durch

ängstliches Herumlaufen ihre Kräfte zu erschöpfen drohen, zeigen gewöhnlich in der dauernden Ruhelage sehr bald eine beträchtliche Besserung.

Von energischerer Wirkung, aber mit grosser Vorsicht zu handhaben, ist das Beruhigungsmittel der Isolirung, der völligen Abschliessung von der Umgebung, das man in geeigneten Fällen (nicht bei Hallucinanten oder sehr ängstlichen Kranken!) mit Verdunklung des Aufenthaltsraumes verbinden kann. Drei Voraussetzungen sind es, welche die Isolirung bei aufgeregten Kranken angezeigt erscheinen lassen, einmal grosse Reizbarkeit, welche eine stete Steigerung der Erregung durch die Eindrücke der Umgebung bedingt und am besten durch möglichste Ruhe bekämpft wird, ferner sehr störende directionslose Agitation, die den Kranken leicht in die Gefahr der Beschädigung bringt, endlich Neigung zu Gewaltthaten und Zerstörung. In allen diesen Fällen darf indessen die Isolirung nicht länger dauern, als sie dringend nothwendig ist, da sie sonst entschieden schädlich wirkt, die Verblödung der Kranken und das Einwurzeln von üblen Angewohnheiten, namentlich Unreinlichkeit, Onanie, Zerreißen begünstigt. Mit unermüdlicher Geduld müssen daher immer und immer wieder Versuche gemacht werden, dem unvermeidlichen Uebel der Isolirung sobald wie möglich ein Ende zu bereiten. Nächtliche Isolirung sehr störender und gefährlicher Kranker ist dagegen, sobald dieselben nicht gebrechlich oder selbstmordsüchtig sind, eine sehr zweckmässige und empfehlenswerthe Massregel.

In dem Heilapparat der älteren Anstalten spielte zur Unschädlichmachung der Kranken und als symptomatische Behandlungsmethode der Aufregung eine grosse Rolle die mechanische Beschränkung durch die Zwangsjacke, Zwangsstühle, Zwangsbetten u. s. f., alles Vorrichtungen, welche dazu dienten, den Kranken an dem freien Gebrauche seiner Glieder zu hindern und ihn in einer bestimmten Lage zu fixiren. Es ist namentlich das Verdienst des Engländers Conolly*), auf die Unzweckmässigkeit, ja Gefähr-

*) Die Behandlung der Irren ohne mechanischen Zwang, deutsch von Brosius, 1860.

lichkeit dieser Zwangsmassregeln mit aller Energie hingewiesen zu haben. Sie steigern die Unruhe und Aufregung des Kranken, der sich abmüht, sich frei zu machen; sie erbittern ihn gegen seine Aerzte und Pfleger, die meist erst nach hartem Kampfe die verhasste Beschränkung durchzuführen vermögen, und sie verderben das Pflegepersonal, welches im Vertrauen auf die brutale Gewalt kein Interesse daran hat, selbst engere Fühlung mit den Kranken zu gewinnen und dieselben nicht sowol durch die Furcht, als vielmehr durch die kleinen Kunstgriffe des hilfsbereiten Wohlwollens und der Humanität beherrschen zu lernen. Aus diesem Grunde spielt das „Restraint“, die mechanische Beschränkung, zwar in schlecht eingerichteten Krankenhäusern und in privaten Verhältnissen, zumal bei der weit verbreiteten übertriebenen Angst vor Geisteskranken, leider noch eine gewisse Rolle; das mustergiltige Anstaltsleben kennt sie so gut wie gar nicht mehr. Nur dort, wo die pedantische Durchführung des No-restraint-Systems ein grösseres Uebel bedeuten würde, als die Beschränkung selbst, wo z. B. das Leben des Kranken in Gefahr schwebt, wie bei schweren chirurgischen Erkrankungen, kann die humane und ärztliche Berechtigung der Zwangsmittel nicht zweifelhaft sein.

Die Zwangsjacke ist eine vorn geschlossene, hinten offene Jacke von starkem Segeltuche mit langen Aermeln ohne Oeffnungen, mit Hilfe deren die Arme über der Brust gekreuzt festgehalten werden können. Bei sehr fester Application und langem Liegen derselben entstehen leicht Hautabschürfungen und Druckbrand an den exponirten Stellen; sie muss daher öfters gelockert und womöglich täglich einige Stunden abgelegt werden. Kein mechanisch beschränkter Kranker darf ohne beständige Aufsicht gelassen werden; es kommt vor, dass derselbe sich selbst befreit oder gar strangulirt.

C. Psychische Behandlung.

Besonders der Kampf um die Anwendbarkeit der mechanischen Beschränkung ist es gewesen, der die Ausbildung

einer systematischen psychischen Behandlung der Geisteskranken angebahnt hat. Je weniger Arzt und Pflegepersonal gegenüber den Aufregungszuständen ihre Zuflucht zur nackten Gewalt nehmen konnten, desto mehr mussten sie darauf bedacht sein, sich durch das Mittel der psychischen Einwirkung die Macht über ihre Pflegebefohlenen zu verschaffen. Die Aufgaben dieser Richtung der Therapie sind es, einerseits die Krankheitserscheinungen zurückzudrängen, andererseits die gesunden Vorstellungen und Gefühle zu kräftigen und ihnen schliesslich zum Siege über die krankhaften Störungen zu verhelfen. Es liegt auf der Hand, dass sich für die Lösung dieser Aufgaben bei der Mannigfaltigkeit der psychischen Individualitäten, welche das Object des irrenärztlichen Handelns bilden, detaillirte Vorschriften nicht geben lassen, sondern dass jenes Ziel in jedem Falle wieder auf anderem Wege erreicht werden muss, dessen Auffindung und geschickte Verfolgung im Einzelnen der Einsicht und Erfahrung des Arztes überlassen bleibt.

Mit Recht wird daher wegen dieser grossen persönlichen Verantwortlichkeit vom Psychiater noch ein Complex besonderer geistiger Eigenschaften gefordert: „wohlwollender Sinn, grosse Geduld, Selbstbeherrschung, eine besondere Freiheit von allen Vorurtheilen, ein aus einer reicheren Weltkenntniss geschöpftes Verständniss der Menschen, Gewandtheit der Conversation und eine besondere Neigung zu seinem Beruf, die ihn allein über dessen vielfache Mühen und Anstrengungen hinwegsetzt.“*) So ausgerüstet, wird er im Stande sein, dem Kranken nicht nur ein Arzt, sondern zugleich ein Erzieher und Freund zu werden, nicht nur den körperlichen Grundlagen der Geistesstörung seine Aufmerksamkeit zuzuwenden, sondern durch die Macht seiner Persönlichkeit verständnissvoll auch die krankhaften psychischen Erscheinungen selbst zu bekämpfen. Wirkt schon bei körperlichen Erkrankungen

*) Griesinger, Pathol. u. Therapie der psych. Krankheiten, 4. Aufl., p. 533.

der Arzt häufig genug ebenso sehr durch seine persönlichen Eigenschaften, wie durch das Medicament, so erweitert sich hier das Feld der psychischen Behandlung selbstverständlich in ganz ausserordentlichem Masse.

In der ersten Periode der geistigen Erkrankung ist die Aufgabe der psychischen Therapie wesentlich eine negative, auf die Abhaltung aller aufregenden Momente gerichtete. Die Erfahrung hat gezeigt, dass es durchaus verkehrt ist, hier die krankhaften Stimmungen und Vorstellungen direct beseitigen zu wollen. Der Melancholiker, den man auf Bällen und Concerten, auf Reisen oder in lustiger Gesellschaft aufzuheitern versucht, wird nur desto schmerzlicher und peinvoller von allen äusseren Eindrücken berührt; die Bemühungen, aufsteigende Wahnideen dialectisch zu widerlegen, führen häufig Misstrauen und Erbitterung, sowie ein um so eigensinnigeres Festhalten und eine absurdere Gestaltung der falschen Vorstellungen herbei. Nur dann, wenn keine lebhaften Affecte den Stimmungshintergrund bewegen, kann eine ruhige Auseinandersetzung bisweilen der schwankenden Kritik wieder einen festeren Halt geben. Im Allgemeinen jedoch ist es bei frischer Erkrankung dringend geboten, den Patienten zur Ruhe kommen zu lassen und ihn weder durch Widerspruch oder gar durch Spott zu reizen, noch seinen krankhaften Ideen und Gefühlen durch scheinbare Zustimmung oder näheres Eingehen auf dieselben neue Nahrung zu geben. Man sage ihm offen, dass man ihn als krank betrachtet und behandle ihn mit gleichmässiger, freundlicher Geduld und ruhigem Wohlwollen, ohne in ihn zu dringen oder sein Vertrauen erzwingen zu wollen.

Entschieden verwerflich ist es, den Kranken, in welcher Absicht immer, zu täuschen, um ihn zu irgendwelchen nothwendigen Massregeln zu bewegen (Einnehmen von Arzneien, Verbringung in die Anstalt), zu denen man seine Zustimmung nicht erreichen zu können glaubt. Solche Vor Spiegelungen entspringen meist aus der ganz ungerechtfertigten Scheu, dem Patienten selbst zu erklären, dass er krank ist und als solcher behandelt werden soll. Eine ruhige, freundliche, aber feste Erklärung erreicht hier in

der Regel weit mehr, als die List, deren Aufdeckung nur zu häufig unausrottbares Misstrauen im Gefolge hat.

Erst dann, wenn bereits eine gewisse Beruhigung stattgefunden hat, deren Eintritt namentlich durch die Versetzung in eine Irrenanstalt und durch die Hilfsmittel derselben begünstigt wird, ändert sich die Aufgabe der psychischen Behandlung dahin, dass sie eine Ablenkung des Kranken zu erstreben hat. So lange die Aufmerksamkeit desselben zwangsweise durch die Störung selbst in Anspruch genommen wird, und nur für krankhafte Affecte und Vorstellungen im Bewusstseinsinhalt Raum gegeben ist, bleiben derartige Versuche resultatlos und können sogar durch die Erregung, in die sie den Kranken versetzen, geradezu schädlich wirken. Allmählich indessen tauchen auch die früheren, gesunden Gefühle und Ideenkreise wieder hervor, und es gilt daher, ihnen nach und nach das Uebergewicht über den pathologisch veränderten Bewusstseinsinhalt zu verschaffen. Je nach der Individualität des Kranken gestalten sich dabei die Hilfsmittel und die Richtung der therapeutischen Bestrebungen natürlich äusserst verschieden.

Vor Allem handelt es sich um die Auswahl einer passenden, wol anregenden, aber nicht anstrengenden Beschäftigung, da sie am meisten geeignet ist, die Gedanken des Kranken von den Zuständen des eigenen Innern abzu ziehen und ihm das Interesse für die Aussenwelt, für die gewohnte Thätigkeit wiederzugewinnen. Unterhaltende Lectüre, die Lösung leichter geistiger Aufgaben, Spiele aller Art, Musikübungen, andererseits körperliche Arbeit, die sich den früheren Beschäftigungen möglichst anpasst, Handwerkerei, Garten- und Feldarbeit, Leibesübungen, bei Weibern Nähen, Waschen, Kochen u. dergl. in mannigfachster Variation, dienen in gleicher Weise der Erfüllung des Behandlungszweckes. Damit können sich weiterhin Zerstreuungen, Besuche, Spaziergänge, kleine Festlichkeiten in vortheilhafter Weise verbinden.

Nun ist auch der Zeitpunkt gekommen, an dem man ausser diesen indirecten Mitteln der psychischen Ablenkung auch den Versuch machen kann, durch directe Einwirk-

ung das Zurücktreten der krankhaften Störungen zu beschleunigen und die gesunden Elemente zu unterstützen. Allerdings wird man auch jetzt durch logische Ueberredungskünste kaum mehr erreichen, als durch das Leuret'sche „Intimidations-System“, welches jede krankhafte Aeusserung durch die Douche zu unterdrücken und so die Psychose zu heilen suchte. Wo die Fähigkeit einer gesunden Kritik durch die Krankheit dauernd oder vorübergehend aufgehoben ist, wird natürlich selbst die demonstratio ad oculos machtlos, da sie ja eben an die Kritik appellirt. Allein es giebt Kranke, denen es in dieser Zeit ein Bedürfniss und eine Beruhigung ist, sich immer und immer wieder vom Arzte die pathologische Natur ihrer Ideen und Gefühle versichern zu lassen. Da gilt es denn, diesen schwachen Gemüthern den begonnenen Kampf mit der Krankheit zu erleichtern, die Energielosen durch die Aussicht auf kleine Belohnungen zur Arbeit anzuregen und durch pädagogische Massregeln den Aufgeregten die Selbstbeherrschung zu erleichtern. Geduld, liebevolles Eingehen auf die einzelne Persönlichkeit, Nachgiebigkeit ohne Schwäche auf der einen, gleichmässige Energie und Festigkeit ohne Starrheit auf der anderen Seite geben hier die leitenden Gesichtspunkte für die ärztliche Thätigkeit ab.

Die Gesammtheit aller körperlichen und psychischen Heilmittel findet sich zu einheitlichem Zusammenwirken vereinigt in dem Organismus der Irrenanstalt. Die Irrenanstalt in ihrer heutigen Einrichtung ist eine Errungenschaft der Neuzeit. Erst im Jahre 1793 nahm Pinel im Bicêtre den dort verwahrten Kranken die Ketten ab, in welche sie Rohheit und Unkenntniss so lange geschmiedet hatte. Noch in den ersten Decennien dieses Jahrhunderts wurden die Geisteskranken in manchen Anstalten mit Hunger und Peitschenhieben gemisshandelt. Man lese nur das ergreifende Schriftchen, in welchem der ehrwürdige Vorkämpfer für die humane Behandlung der Irren in Deutschland, Hayner*)

*) Aufforderung an Regierungen, Obrigkeiten und Vorsteher der Irrenhäuser zur Abstellung einiger schweren Gebrechen in der Behandlung der Irren, 1817.

noch 1817 gegen die Ketten, die Zwangsstühle, die körperlichen Züchtigungen feierlich zu protestiren sich veranlasst sah! Der Aufschwung unserer Wissenschaft brachte hier eine mächtige Umwälzung zu Stande und liess an Stelle der Detentionshäuser, in denen die Kranken mit Verbrechern und Vagabunden zusammen eingesperrt waren, Heilanstalten erstehen, welche auch den unglücklichen Irren die Wohlthaten einer ärztlichen, auf die Beseitigung ihres Leidens gerichteten Behandlung zu vermitteln bestimmt waren.

Diese Aufgabe erfüllt die Anstalt, indem sie zunächst den Kranken mit einem Schlage der Einwirkung jener täglichen Reize entzieht, wie sie nur allzuoft in seinem Berufsleben, in der Sorge für die Existenz, in der verfehlten und verständnisslosen Behandlung Seitens der Angehörigen und Freunde, ja in dem Spotte und den Neckereien einer rohen Umgebung auf ihn einstürmen. Er findet sich wieder in einem geordneten, vom Geiste der Humanität und des Wohlwollens durchdrungenen Organismus, in dem ihn theilnehmendes Verständniss für seinen Zustand, liebevolle Fürsorge für seine Bedürfnisse und vor allen Dingen Ruhe erwartet. Sehr häufig ist daher auch eine sofortige Beruhigung der rasche Erfolg einer Versetzung in die Anstalt.

Leider verhindern auch heute die immer noch im Publicum und selbst bei Aerzten bestehenden Vorurtheile gegen die Anstalt die rechtzeitige Durchführung dieser segensreichen Massregel. Die Erfahrung hat auf das Unzweifelhafteste erwiesen, dass die Prognose der Geistesstörungen sich um so günstiger gestaltet, je früher die Verbringung in ein geeignetes Asyl geschieht. Nur bei ganz leichten Formen psychischer Verstimmung oder chronischen Schwächezuständen u. dergl., und wenn die häuslichen Verhältnisse eine sehr gute Ueberwachung und Pflege gestatten, ist es gerathen, von der Anstaltsbehandlung abzusehen. In allen schweren Zuständen jedoch, und ganz unbedingt dann, wenn in der Umgebung des Kranken selbst schädliche Momente gelegen sind, oder wenn sich Selbstmordideen, Nahrungsverweigerung, stärkere Aufregung, Unreinlichkeit, Neigung zu Gewaltthatigkeiten einstellen, ist die schleu-

nigste Versetzung aus der Familie in die Irrenanstalt geboten. Gewarnt muss namentlich werden vor den vielfachen unverständigen Versuchen, die herannahende Psychose durch „Zerstreuungen“, anstrengende Reisen, Entziehungs- und Kaltwassercuren abschneiden zu wollen, bevor man sich zu dem einzig richtigen, lange perhorrescirten Schritte der Verbringung in das Asyl entschliesst. Die beste Zeit zum rationellen ärztlichen Handeln ist dadurch verloren gegangen, die krankhafte Reizbarkeit zu immer grösserer Höhe und vielleicht zur völligen, unheilbaren Erschöpfung gesteigert worden, so dass der Kranke nach allen den missglückten Versuchen schliesslich schon als geistige Ruine in die Hände des Irrenarztes gelangt. Trotzdem der Schwerpunkt der Behandlung Geisteskranker in der Irrenanstalt gelegen ist, bleibt es daher eine überaus wichtige Aufgabe des Hausarztes, rechtzeitig die Entwicklung der Störung zu erkennen und ohne viel Zeitverlust mit nutzlosem und häufig schädlichem Experimentiren die Versetzung des Kranken in die für ihn geeignete Umgebung zu veranlassen. Von besonderem Werthe wird es dabei sein, wenn er durch eine sachverständige Krankengeschichte dem Spezialisten Aufschlüsse über den Beginn und bisherigen Verlauf des Leidens zu geben vermag, da ja die Aussagen des Kranken und selbst der Angehörigen über diesen Punkt nicht selten recht wenig zuverlässig sind.

Die Ueberführung des Kranken in die Anstalt, über deren Formalitäten die Bestimmungen verschiedener Länder vielfach von einander abweichen, soll niemals mit List geschehen, da ein derartiger Betrug denselben von vornherein mit Misstrauen gegen seine neue Umgebung erfüllt und jenes offene, vertrauensvolle Entgegenkommen hindert, welches für die psychische Einwirkung unerlässliche Vorbedingung ist. Weitaus am zweckmässigsten ist es, dem Patienten ruhig die Nothwendigkeit der Anstaltsbehandlung auseinanderzusetzen und in äusserst seltenen Nothfällen lieber zur zwangsweisen Verbringung zu schreiten. Meist genügt schon der blosse Hinweis auf das unabweisliche Bestehen einer solchen Massregel. Beim schwierigen Transporte sich selbst oder Andern gefährlicher oder sehr wider-

strebender Kranker ist die vorübergehende Anwendung leichter mechanischer Beschränkung der Sicherheit wegen gestattet.

Auch für die Behandlung des weiteren Verlaufes der psychischen Störung besitzt die Anstalt alle Hilfsmittel, welche irgendwie auf eine günstige Gestaltung desselben hinzuwirken im Stande sind. Dahin gehört ausser den spezialistisch ausgebildeten Aerzten ein wohlgeschultes, auf den Umgang mit Geisteskranken besonders eingeübtes, gut disciplinirtes Pflegepersonal, eine grössere Zahl verschieden ausgestatteter Abtheilungen für die einzelnen socialen und pathologischen Gruppen der Kranken (Unruhige, Halbruhige, Ruhige, Gebrechliche, Ueberwachungsbedürftige u. s. f.) und die verschiedenen Attribute sonstiger Krankenhäuser, ferner aber die Gelegenheit zu mannigfacher Beschäftigung, Spiel- und Gesellschaftsräume, Bibliothek, Werkstätten, Gärten, Ländereien. Je mehr die Anstalt mit chronischer verlaufenden Formen der Geistesstörungen zu rechnen hat, desto mehr wird sie in ihren Einrichtungen auf die Beschäftigung und Ablenkung ihrer Kranken Bedacht nehmen müssen, während die Abtheilungen für acut Erkrankte sich kaum wesentlich von denjenigen gewöhnlicher Hospitäler zu unterscheiden brauchen.

Die Verschiedenartigkeit der Aufgaben, welche die Irrenanstalt je nach der Eigenart ihrer Bewohner zu erfüllen hat, drängen mit Nothwendigkeit auf eine Arbeitstheilung hin, auf eine Differenzirung der Anstalten nach ihren besonderen Zwecken. Freilich die früher meist aufrecht erhaltene Trennung derselben in Heil- und Pflegeanstalten ist als unzweckmässig und undurchführbar fast überall verlassen worden. Anstatt dessen beginnt sich immer mehr die Scheidung zwischen kleineren, leicht erreichbaren, für acute Fälle, provisorische Unterbringung und eventuell auch den Unterricht geeigneten Stadtasylen und den grösseren, auf längere Pflege oder dauernde Versorgung eingerichteten, mehr isolirt gelegenen Irrenanstalten herauszustellen. Den Stadtasylen fällt dabei die Aufgabe zu, aus dem ganzen fortwährend zufließenden Krankemateriale die für die Anstalten passenden Fälle auszuwählen und sie denselben zu überweisen.

Einen überaus wichtigen Fortschritt hat das Anstaltswesen in der neueren Zeit erfahren durch die Ausbildung der sog. Colonien, in welchen man, so weit wie irgend möglich, die Kranken zu einer freien Beschäftigung mit ländlichen Arbeiten heranzuziehen sucht. In diesem besten und relativ billigsten Verpflegungssysteme dürfte das ganze Problem der Irrenfürsorge auf lange Zeit hinaus seine endgültige Lösung gefunden haben. Den ersten in grösserem Massstabe durchgeführten, überraschend günstig ausgefallenen und bereits vielfach nachgeahmten Versuch einer derartigen Anstalt repräsentirt das Rittergut Alt-Scherbitz in der Provinz Sachsen, welches gänzlich durch geisteskranke Arbeiter bewirthschaftet wird. Selbstverständlich ist hier zur Behandlung der frischen Fälle und der vorübergehenden Aufregungszustände noch eine kleinere Centralanstalt mit den für diese Zwecke geeigneten Einrichtungen nothwendig. Werthvoll vor Allem ist das coloniale System für die Unterbringung jener zahlreichen psychischen Invaliden, denen die Krankheit die Möglichkeit einer selbständigen Lebensführung genommen hat. Sie können durch die stete Anregung, welche die Arbeit giebt, lange Jahre hindurch in einem Zustande leidlichen Wohlseins erhalten werden, während sie ohne dieselbe vielleicht rettungslos einer raschen Verblödung anheimgefallen wären.

Auch noch nach einer anderen Richtung hin haben die humanen Bestrebungen der letzten Decennien die praktische Lösung der Irrenfrage wesentlich gefördert. Indem man ausging von dem Muster der belgischen Ortschaft Gheel, deren Bewohner sich seit alter Zeit aus ursprünglich religiösem Anlasse (Cultus der heiligen Dymphna) mit der privaten Pflege Geisteskranker beschäftigten, hat man auch in Deutschland den glücklichen Versuch gemacht, eine familiäre Verpflegung von Irren unter ärztlicher Aufsicht in ausgedehnter Masse zu organisiren. Freilich wird sich nicht jede Bevölkerung, und vor Allem wird sich immer nur ein kleiner Bruchtheil von Kranken für diese an sich bestechendste Form der Fürsorge eignen. Ohne Zweifel aber ist die familiäre Verpflegung als ein werthvolles und in vieler Beziehung unersetzliches Glied in der ganzen Kette

von Institutionen anzusehen, welche das schwere Schicksal unserer Kranken zu erleichtern berufen sind.

D. Behandlung einzelner Symptome.

Ein Rückblick auf die ganze Reihe der therapeutischen Hilfsmittel so verschiedener Art, die dem Irrenarzte zu Gebote stehen, lässt leicht erkennen, dass die Richtung seiner Behandlung im Wesentlichen eine symptomatische ist, wie das ja bei der ungenügenden Ausbildung unserer ätiologischen Kenntnisse und den Schwierigkeiten, die Ursachen, selbst wo wir sie kennen, zu beseitigen, kaum anders erwartet werden darf. Nur in den wenigen Fällen, in denen als ursächliche Momente Fieber, locale oder allgemeine Krankheiten, Neuralgien, Magen- und Darmkatarrhe, Nierenleiden, Genitalaffectionen, Syphilis u. s. w. gegeben sind, kann unter Umständen von einer wirklich causalen Behandlung die Rede sein, auf deren Einzelheiten wir hier natürlich nicht einzugehen haben. Dagegen ist es von Wichtigkeit, noch die Therapie einzelner, bei verschiedenen Formen des Irreseins wiederkehrender Symptome einer kurzen Besprechung zu unterziehen, weil dieselbe häufig eine ganz ausserordentliche praktische Bedeutung in Anspruch nimmt.

Zunächst haben wir dabei der psychischen Erregung zu gedenken, deren spezielle Behandlung namentlich dann nothwendig wird, wenn der Affect den Schlaf beeinträchtigt oder gänzlich aufhebt und somit eine Erschöpfung des Kranken herbeizuführen droht. Ist es die Angst, welche die Situation beherrscht, so passt vor Allem das Opium und Morphinum, besonders wo Paraesthesien, Neuralgien u. dergl. bestehen. Muss bei unruhigen Kranken durchaus Ruhe und Schlaf erzielt werden, so thut das Paraldehyd oder Chloralhydrat, eventuell das Hyoscin gute Dienste; im äussersten Nothfalle könnte man zum Chloroform seine Zuflucht nehmen. Bromkalium eignet sich mehr für „nervöse“ Reizbarkeit und Schlaflosigkeit (namentlich bei Neurasthenie und leichten Melancholien). Bei sehr decrepiden Personen sieht man womöglich von einer Medi-

cation überhaupt ab und sucht durch Bettlagerung oder hydropathische Einwicklungen (2—3 Stunden) Beruhigung zu erzielen; eventuell greift man zum Urethan oder auch zum Alkohol. Anzeichen hyperaemischer Zustände des Gehirns lassen die Anwendung des Eisbeutels oder kalter Berieselungen, unter Umständen im lauen, verlängerten Bade, zweckmässig erscheinen. Ist endlich die Erregung hauptsächlich die Folge von äusseren Einwirkungen auf ein abnorm reizbares Centralorgan, so hilft oft schon die Versetzung in eine andere Umgebung, schlimmstenfalls eine vorübergehende Isolirung; in leichteren Fällen kommt man vielleicht mit der einfachen Ablenkung der Aufmerksamkeit auf eine neue interessante Beschäftigung, ja unter Umständen mit einem scherzhaften Worte, der Gewährung einer kleinen Vergünstigung über drohende Paroxysmen hinweg. Sehr wichtig ist es für Arzt und Pflegepersonal, derartige Kranke genau zu kennen und ihnen je nach ihrer Eigenart bald mit Ernst und Energie, bald mit Sanftmuth und Nachgiebigkeit gegenüberzutreten.

Sehr sorgfältige therapeutische Beachtung erheischt die Neigung zum Selbstmord, die so häufig mit Angstzuständen, besonders bei gleichzeitiger Bewusstseinstrübung, aber auch mit ganz einfachen Melancholien ohne auffallendere Störung der Besonnenheit sich verknüpft. Diese Fälle sind es, welche die höchsten Anforderungen an die Wachsamkeit und Umsicht des Anstaltspersonals stellen. Die Möglichkeiten, welche dem bisweilen mit grösstem Raffinement handelnden Kranken zur Ausführung seines selbstmörderischen Planes dienen können, sind so überaus zahlreich und mannigfaltig, dass nur eine gereifte und mit allen Eventualitäten vertraute Erfahrung die Aussicht hat, mit Erfolg dem krankhaften Streben entgegenzuarbeiten. Jeder Nagel, jede Glasscherbe, jedes Stück Blech kann zum tödtlichen Werkzeuge in der Hand des verzweifelte Kranken werden; jeder unbewachte Augenblick kann eine Strangulation oder die schwersten Verstümmelungen, Herausreissen der Augen, der Zunge, der Hoden zu Stande kommen lassen, ja ich habe das Abbeissen der Zunge und ferner Fractur der Halswirbelsäule in Folge eines mächtigen Stosses mit

dem Kopfe gegen die Wand in Gegenwart des Wartepersonales erlebt. Glücklicherweise sind derartige Vorkommnisse nicht häufig, aber es ist wünschenswerth, sich ihrer zu erinnern, damit sie auch nicht häufiger werden.

Der Neigung zum Zerstören begegnet man, wo eine Ablenkung durch angemessene Beschäftigung nicht möglich ist, einfach durch möglichst solide Construction des beweglichen und unbeweglichen Mobiliars, welches dem Kranken zugänglich ist. Die Technik hat in dieser Richtung viele zweckmässige Einrichtungen geschaffen (Fensterscheiben aus ganz dickem Glase, feststehende, unzerstörbare Möbel, Geschirre aus Leder, Hartgummi, Pappe u. dergl.), die hier nicht einzeln besprochen werden können. Besonders wichtig ist es, stets Alles aus dem Wege zu räumen, was als Waffe gegen die eigene oder fremde Personen und gegen das Inventar benutzt werden könnte. Gegen das Zerreißen schützt einigermassen, aber nicht vollständig, die Anwendung von festen Anzügen, Decken, Matratzen aus starkem Segeltuch; die Entkleidung wird durch schraubenartige Verschlüsse der Kleidungsstücke und Schuhe verhindert, welche nur mit besonderen Schlüsseln geöffnet werden können. Bei sehr starker Zerstörungssucht und grosser Körperkraft giebt es in vereinzelt Fällen kein anderes Auskunftsmittel, als den Kranken entkleidet mit einer reichlichen Menge Stroh, Seegras u. dergl. in einem warmen Isolirzimmer frei schalten zu lassen; bei weiblichen Patienten wird man selbstverständlich nur im äussersten Nothfalle zu dieser Massregel greifen.

Eine höchst lästige Begleiterscheinung der psychischen Erregung ist bisweilen die Unreinlichkeit und namentlich das Herumschmieren mit den Excrementen, weil daraus grosse hygienische Missstände hervorgehen. Häufige Versuche, den Kranken zur Befriedigung seiner Bedürfnisse zu bewegen, sofortiges Eingreifen bei eingetretener Verunreinigung, reichliches Baden, sorgfältigste Reinigung der Zimmer mit desinficirenden Mitteln sind die hauptsächlich zu erfüllenden Aufgaben. Ein aufmerksames Wartepersonal kann hier sehr viel leisten. In schwierigen Fällen lässt sich durch passende Auswahl der Diät (möglichst wenig

Koth gebende Nahrungsmittel, besonders keine Pflanzenkost) und regelmässige entleerende Klystiere noch etwas ausrichten.

Besondere Mühe hat man sich vielfach gegeben, die Masturbation zu bekämpfen. Oft verschwindet dieselbe mit der Abnahme der psychischen Erregung von selbst; in andern chronischen Fällen bleibt meist jede Behandlung erfolglos. Nicht ohne Werth ist die Anwendung des Bromkalium, weil es die Reflexerregbarkeit herabsetzt; wichtiger bleibt indessen die diätetische Behandlung, Sorge für ruhigen Schlaf, Vermeidung müssiger Bettruhe, Regelung der Darmfunctionen, ausgiebige Bewegung im Freien bis zur Ermüdung, ferner kalte Waschungen, besonders Sitzbäder, eventuell Galvanisation des Rückenmarks und endlich eine aufmerksame, geduldige Pädagogik.

Zum Schlusse haben wir noch eines praktisch äusserst wichtigen Symptoms zu gedenken, dessen Behandlung nicht selten recht grosse Schwierigkeiten verursacht, der Nahrungsverweigerung (Sitophobie). Dieselbe kann ihren Grund in mannigfachen Wahnideen haben, Vergiftungsfurcht, Glauben, nicht bezahlen zu können, das Essen nicht werth zu sein, Wunsch zu verhungern u. s. f. Der beste Bundesgenosse ist hier immer der Hunger, der bisweilen nach einigen Tagen der Sitophobie sein Recht so stark geltend macht, dass der Kranke dann mit wahrer Gier über die vorgesetzten Speisen herfällt. Derselbe wirkt am verführerischsten, wenn man sich um den Kranken scheinbar gar nicht kümmert, ihn mit dem Essen allein lässt und von seiner Nahrungsverweigerung möglichst wenig Notiz nimmt. Vieles Zureden oder gar Versuche, die Nahrung einzugeben, pflegen hier den passiven Widerstand rasch sehr erheblich zu verstärken. In andern Fällen ist es mehr eine gewisse Energielosigkeit, die den Kranken hindert, die wahnhaften Gegenvorstellungen zu überwinden; er isst, sobald man ihm den Löffel an den Mund führt. Anwendung von Gewalt dabei ist hier, wie dort, regelmässig vom Uebel. Bisweilen wechselt auch der Zustand sehr rasch, und derselbe Kranke, der jetzt auf keine Weise zum Essen zu bringen war, nimmt vielleicht nach einer Viertelstunde freiwillig seine

Nahrung zu sich, um kurze Zeit darauf wieder allen Versuchungen eigensinnig zu widerstehen. Unermüdliche Geduld und genaue Ausnutzung aller kleinen Vortheile (z. B. Anregung der Nachahmung und des Appetits durch Mitessen), sowie möglichst sorgfältige Auswahl und Abwechslung der Speisen helfen meist über die aufgezählten Schwierigkeiten hinweg.

Allein es giebt Fälle, in denen alle Bemühungen des Arztes nach dieser Richtung hin fehlschlagen und in denen schliesslich, um der drohenden Gefahr der Erschöpfung und des Hungertodes zu begegnen, zur künstlichen, zwangsmässigen Einbringung der Nahrung geschritten werden muss. Der Zeitpunkt, an welchem man zu diesem Auskunftsmittel greift, wird am besten durch die Körperwage bestimmt, weil sie den zuverlässigsten Anhaltspunkt für die Beurtheilung des Ernährungsstandes liefert. Am schlimmsten sind diejenigen Fälle, in denen die Kranken von langer Hand anfangen, immer weniger und weniger zu essen, um allmählich ganz aufzuhören; hier ist rasches Einschreiten dringend geboten, weil sonst leicht ein unaufhaltsamer Collaps erfolgt. Je nach dem Zustande des Patienten wird man spätestens 2—3 Tage nach Beginn der völligen Abstinenz, bisweilen auch schon noch früher, mit der künstlichen Fütterung vorzugehen haben. Bei plötzlich auftretender Nahrungsverweigerung und bei kräftigem Körper kann man ruhig 6—8 Tage zuwarten, wo häufig der grimme Hunger, der allerdings bei längerem Fasten schliesslich ausbleibt, derselben ohnedies ein Ende macht. Ist die Sitophobie keine absolute, geniesst der Kranke wenigstens noch Wasser, so hat man unter steter Berücksichtigung seines Ernährungszustandes selbst 10—12 Tage ohne Gefahr Zeit, bevor Zwangsmassregeln nöthig sind.

Die Methode der künstlichen Fütterung selbst besteht in der Einführung einer Sonde in den Magen, durch welche mittels eines einfachen Trichters lauwarme, passend zusammengesetzte, nährnde Flüssigkeiten in denselben befördert werden. Die Einführung geschieht durch den Mund oder durch die Nase. Die erstere Art der Manipulation zwingt beim Widerstande des Kranken zu gewaltsamer Er-

öffnung und Offenhaltung der Zahnreihe durch keilartige Instrumente, die sogar zu Verletzungen führen kann; letztere Manier macht den Arzt vom Widerstande des Kranken völlig unabhängig. Bei jeder Fütterung muss der Kranke durch sichere Hände zuverlässig fixirt sein, um jede unvermuthete störende Bewegung zu verhindern; die Application der aus weichem, biegsamem Material bestehenden Sonde (Jacques Patent oder dickwandiger Gummischlauch) geschieht langsam und ohne die mindeste Gewalt. Meist gelingt die Fütterung durch die Nase überraschend leicht; nur bisweilen muss sie wiederholt von Neuem versucht werden.

Von grosser Wichtigkeit ist es, sich davon zu überzeugen, dass die Sonde den richtigen Weg genommen hat und nicht in den Kehlkopf gelangt ist. Bei gelähmten und sehr torpiden Kranken kann nämlich der sonst das Eindringen eines Fremdkörpers in die Luftwege begleitende Symptomencomplex der höchsten Athemnoth und der stürmischen Reflexbewegungen gänzlich fehlen; die Sonde gleitet ohne Reaction bis an die Bifurcation der Trachea, wo sie auf Widerstand stösst. Die Athmung geschieht dann durch das Lumen der Sonde, doch können bei Luftansammlung im Magen auch Exspirationsgeräusche entstehen, wenn das Rohr glücklich in diesen letzteren gelangt ist. Das sicherste Mittel, sich über die Lage der Sonde zu vergewissern, ist die Auscultation des Magens beim Einblasen von Luft.

Als Nahrungsflüssigkeit wählt man zweckmässig Milch oder Fleischbrühe mit gequirten rohen Eiern, kleinere Mengen Wein, eventuell Zusätze von Fleischpepton, Fleischsaft u. dergl.; auch Arzneien können natürlich auf diese Weise miteingeführt werden. Das Zurückziehen der Sonde geschieht anfangs langsam, in der Gegend des Kehlkopfeinganges schnell; zugleich wird die obere Oeffnung des Rohres verschlossen gehalten, damit nicht unten anhängende Tropfen bei dieser Gelegenheit in die Luftröhre gelangen.

Die künstliche Ernährung wird täglich wenigstens zwei Mal vorgenommen, am besten Mittags und Abends; jedesmal führt man nicht viel mehr als etwa $\frac{1}{2}$ Liter Flüssigkeit

ein, der man daher einen möglichst hohen Nährwerth zu geben bemüht sein muss. Es gelingt auf diese Weise, sitophobische Kranke Wochen, Monate, selbst Jahre lang am Leben zu erhalten, wenn auch natürlich damit nur ein unvollkommener Nothbehelf für die freiwillige Nahrungsaufnahme gewonnen ist. Man wird daher nebenbei immer fortfahren, auf alle Weise die Beseitigung der Sitophobie anzustreben.

Eine sehr unangenehme Complication der Fütterung ist das bisweilen auftretende Erbrechen. Schleunige Entfernung der Sonde ist hier wegen der Gefahr des Erstickens durch die heraufgewürgte Nährflüssigkeit durchaus nothwendig. Durch häufigere Wiederholung der Procedur, im Nothfalle durch Abstumpfung der Rachenempfindlichkeit mit Hülfe von Narkoticis (Bromkalium, Bepinseln mit Cocain- oder Morphiumlösung) kann man diese Schwierigkeit meist überwinden. Man begegnet indessen, allerdings sehr selten, sitophobischen Kranken, die willkürlich erbrechen können und so jede Fütterung illusorisch machen. Da bei ihnen begreiflicher Weise auch die Ernährung durch Klystiere, an die man noch gedacht hat, ihren Werth verliert, so wird die Behandlung solchen Kranken gegenüber bisher thatsächlich machtlos: sie verhungern.

Die Aufgabe des Irrenarztes schliesst ab mit der Entlassung des Kranken aus der Anstalt. In der Regel soll dieselbe nur nach erfolgter Genesung geschehen, aber es giebt nicht so gar selten Fälle, in denen der langsame Gang der Reconvalescenz und ein sehr lebhaftes, allerdings noch krankhaftes Heimweh oder das Drängen der Angehörigen zu einer etwas vorzeitigen Entlassung zwingen, wenn man nicht die Gefahr einer Verschlechterung oder gar eines unvermutheten Selbstmordes riskiren will. Bei vorsichtiger Auswahl der Kranken und unter günstigen häuslichen Verhältnissen pflegt sich dann die weitere Heilung meist ungestört zu vollziehen. Bisweilen jedoch kommen baldige Rückfälle vor, besonders wenn des Reconvalесcenten zu Hause wieder Noth und Sorge, lieblose, rohe Behandlung oder die Gelegenheit zu Excessen wartet. Gerade für ihn ist aber Schonung, Vermeidung jeder Ueberan-

strengung und eine nur ganz allmähliche Einführung in die alltägliche Berufslast dringend nothwendig. Wohlhabendere schieben daher zweckmässig zwischen die Reconvalescenz und den vollen Eintritt in ihre früheren Pflichten einen kurzen Badeaufenthalt, Besuch in befreundeter Familie u. dergl. ein.

Jede Entlassung aus der Irrenanstalt ist zunächst eine versuchsweise und wird erst nach einigen Monaten eine definitive, um die Rückversetzung im Falle einer Verschlimmerung zu erleichtern. Auch ungeheilte und sogar unheilbare Kranke werden aus der Anstaltsbehandlung entlassen, wenn sie keine therapeutischen Angriffspunkte mehr darbieten und sich für die Familienpflege eignen oder sich psychische Selbständigkeit genug bewahrt haben, um in günstigen äusseren Verhältnissen kürzere oder längere Zeit ohne besondere ärztliche Aufsicht leben zu können.

Die spezielle Pathologie und Therapie des Irreseins.

Die Classification der Psychosen.

Die nächste Aufgabe einer speziellen Pathologie der Geistesstörungen bildet die Definirung und Umgrenzung einzelner Krankheitsformen. In vollkommener Weise würde diese Aufgabe gelöst sein, wenn einerseits die Anomalien in dem Ablaufe der physiologischen Vorgänge unserer nervösen Centralorgane, andererseits die mit ihnen zusammenhängenden psychischen Functionsstörungen genau bekannt wären. Wir wären alsdann im Stande, aus den psychischen Symptomen auf die pathologischen körperlichen Grundlagen derselben, sowie weiterhin auf die Ursachen des ganzen Krankheitsprocesses zurückzuschliessen und umgekehrt. Bei der Unvollkommenheit unserer Kenntniss von den feineren Vorgängen im Gehirn, wie von dem inneren Zusammenhange zwischen physiologischen und psychischen Erscheinungen kann es nicht Wunder nehmen, dass wir von einer tieferen Einsicht in die Mechanik der Geisteskrankheiten noch weit entfernt sind und deshalb bei der Gruppierung der Krankheitsformen uns bisher nicht sowol von eigentlich pathologischen Gesichtspunkten, als vielmehr meist von empirisch naheliegenden, nichts weniger als einheitlichen Prinzipien leiten lassen müssen. Es geht dabei der Psychiatrie im Ganzen gar nicht so viel schlimmer, als der sonstigen Medicin oder gar der Neuropathologie; auch dort sehen wir

einstweilen anatomisch, ätiologisch und symptomatisch definirte „Krankheiten“ friedlich neben einander bestehen.

Die grössten Hoffnungen für den Fortschritt in dieser Richtung pflegt man gewöhnlich auf die pathologische Anatomie zu setzen, die uns über das wahre Wesen der einzelnen Störungen aufzuklären berufen sein soll. Allein die grosse Mehrzahl der Geisteskrankheiten dürfte wesentlich auf functionellen, d. h. auf solchen Veränderungen beruhen, die der anatomischen Forschung höchstens mit Hilfe der Mikrochemie einmal annähernd zugänglich werden können. Nehmen wir indessen an, dass es auf diesem Wege wirklich gelänge, charakteristische Structurveränderungen aufzufinden, so würden diese letzteren doch erst durch die Beziehung auf die gleichzeitig beobachteten Functionsstörungen für uns Werth gewinnen. Bei der Dementia paralytica ist uns ein nicht unbedeutender Theil der pathologisch-anatomischen Grundlagen bereits bekannt; trotzdem besitzen wir durchaus kein tieferes Verständniss des ganzen Krankheitsbildes, da es uns gänzlich unklar bleibt, in welcher Weise denn nun der Grössenwahn, die melancholischen und hypochondrischen Ideen, ja, genau genommen, auch die Kritiklosigkeit aus dem anatomischen Befunde zu erklären ist. An der Unzulänglichkeit des positiven Materiales, wie an der Schwierigkeit seiner functionellen Verwerthung sind daher die bisherigen Versuche einer pathologisch-anatomischen Classification der Geistesstörungen sämmtlich gescheitert.

Aehnliche Einwände lassen sich gegen den Versuch einer ätiologischen und einer symptomatischen Einteilung der Psychosen vorbringen. Allerdings giebt es Ursachen, die dem klinischen Krankheitsbilde, welches sie erzeugen, gewisse charakteristische Merkmale verleihen und somit einen Rückschluss auf die Entstehungsgeschichte desselben gestatten. Der grossen Mehrzahl nach haben indessen die Ursachen des Irreseins einen sehr verschiedenen Effect, sowol nach der Dauer und Intensität ihres Einwirkens, als auch nach der Constitution des Organismus, den sie treffen; sie wirken ferner selten einzeln, meist in Verbindung, so dass sich der causale Zusammenhang der gegebenen Erschein-

ungen fast niemals mit jener Klarheit durchschauen lässt, wie etwa bei dem Verlaufe einer Infectiouskrankheit.

Am leichtesten durchführbar erscheint zunächst der Versuch einer Classificirung der Geistesstörungen nach ihren Symptomen, und in der That ist auch dieser Weg bei Weitem am häufigsten eingeschlagen worden. Allein wir stossen auch hier auf Schwierigkeiten, sobald es gilt, das Wesentliche vom Zufälligen und Nebensächlichen zu unterscheiden. Dazu kommt, dass uns bei der Unvollkommenheit unserer Forschungsmittel die vielleicht ganz verschiedene Entstehungsweise und Bedeutung für identisch gehaltener Erscheinungen gänzlich verborgen bleiben kann. Man denke nur an die Verwirrung, welche etwa ein Zusammenwerfen aller körperlichen Erkrankungen mit Albuminurie zur Folge haben würde!

Besässen wir auf einem der drei Gebiete, der pathologischen Anatomie, der Aetiologie oder der Symptomatologie des Irreseins eine durchaus erschöpfende Kenntniss aller Einzelheiten, so würde sich nicht nur von jedem derselben her eine einheitliche und durchgreifende Eintheilung der Psychosen auffinden lassen, sondern jede dieser drei Classificationen würde auch — diese Forderung ist das Fundament unserer wissenschaftlichen Forschung überhaupt — mit den beiden anderen wesentlich zusammenfallen. Heute sind wir von diesem Ziele nur noch allzu weit entfernt, und alle unsere Versuche, dasselbe vorahnend uns aus den spärlichen Bausteinen zu construiren, tragen nothwendig den Charakter des Provisorischen. Aus diesem Grunde, und um die über-grosse Zahl der bereits vorhandenen Eintheilungen nicht noch zu vermehren, habe ich von der Aufstellung einer eigentlichen Classification ganz abgesehen und mich damit begnügt, eine Anzahl rein empirisch gewonnener Krankheits-bilder einfach nebeneinander zu stellen. Dass dabei in der Gruppierung auf die Verwandtschaft der einzelnen Formen, soweit sie uns erkennbar ist, eine gewisse Rücksicht genommen wurde, erscheint selbstverständlich. So enthält eine erste Gruppe (I—V) heilbare, meist acut verlaufende und an äussere Ursachen sich anschliessende Psychosen, die wir als vorübergehende functionelle Störungen aufzufassen

gewöhnnt sind. Eine zweite Gruppe (VI—VIII) umfasst meist unheilbare oder doch sehr chronisch verlaufende und vielfach recidivirende functionelle Erkrankungen, deren Grundlagen wesentlich oder ausschliesslich in der gesammten Constitution der Patienten gelegen sind. Bei den unter IX—XI aufgeführten Krankheitsformen haben wir es mit progressiven und fast immer unheilbaren, in der Regel aus äusseren Ursachen sich entwickelnden Psychosen zu thun, die wir meistens schon jetzt auf bestimmte organische Veränderungen zurückzubeziehen im Stande sind. Die letzte Gruppe endlich wird durch diejenigen abnormen psychischen Zustände gebildet, welche auf dem Boden fötaler oder doch in der ersten Lebenszeit sich geltend machender Bildungsfehler und Hirnerkrankungen erwachsen; auch hier wird man nicht selten auf greifbare pathologische Befunde im Centralnervensystem rechnen dürfen.

Dem Erfahrenen wird es nicht entgehen, dass die hier angeführten Definitionen der einzelnen Gruppen durchaus nicht auf widerspruchsslose Gültigkeit Anspruch erheben können. Einen weiterreichenden wissenschaftlichen Werth besitzen sie daher nicht; wol aber mögen sie durch die Betonung gewisser praktisch wichtiger Grundeigenschaften dazu dienen, dem Lernenden den Ueberblick über die Mannigfaltigkeit einander ähnlicher Krankheitsbilder einigermaßen zu erleichtern.

I. Die Melancholie.*)

Den gemeinsamen Grundzug derjenigen psychischen Erkrankungen, welche wir unter der Bezeichnung der Melancholie zusammenfassen, bildet die Beherrschung des Stimmungshintergrundes durch einen depressiven Affect. In den leichtesten Fällen kann die krankhafte Stimmung das einzige stärker hervortretende Krankheitssymptom bilden; zu meist jedoch wird auch der Verlauf und Inhalt der Vorstellungen, sowie namentlich das Handeln durch dieselbe in Mitleidenschaft gezogen. Die besondere Färbung und Ausbildung des Affectes gestattet die Unterscheidung mehrerer verschiedener Formen, von denen die *Melancholia simplex*, die *Melancholia activa* und die *Melancholia attonita* am besten charakterisirt erscheinen.

A. *Melancholia simplex*.

Die einfachsten Formen der psychischen Depression gehen ohne scharfe Grenze in jene Zustände der inneren Unzufriedenheit und üblen Laune über, die man häufig genug ohne irgend ein oder doch ohne genügendes Motiv namentlich bei nervösen, geistig zu sehr angestregten Menschen beobachtet. In seiner krankhaften Ausbildung gewinnt das Gefühl der Schwere, des Unbefriedigtseins, der allgemeinen Misère eine solche Stärke, dass es die Stimmung dauernd beherrscht und jede freiere, freudige Regung bereits im Entstehen unterdrückt. Wie schon unter normalen Verhält-

*) v. Krafft-Ebing, die Melancholie, 1874.

nissen jede intensivere Gefühlserregung in unserem Innern unser ganzes Interesse in Anspruch nimmt und uns unfähig macht, unsere Aufmerksamkeit dauernd auf die Dinge ausser uns zu concentriren, so bildet sich hier in noch höherem Masse eine Gleichgültigkeit gegen die Umgebung, ein gänzlicher Mangel an Interesse selbst für diejenigen Beziehungen des Kranken heraus, deren Verfolgung ihm früher die grösste Befriedigung gewährte. Theater, Concerte, Geselligkeit, Vergnügungen, die bis dahin vielleicht mit Eifer cultivirt worden waren, lassen ihn kalt oder ekeln ihn sogar an; die Arbeit, das Geschäft, der Beruf, der seine Freude war, erscheint dem Kranken jetzt fade und trostlos; er kann sich nicht mehr recht freuen und sich nicht mehr grämen, weil ihn die äusseren Eindrücke gemüthlich nicht mehr so berühren und jede auftauchende Gefühlsregung aufgeht in dem einen dumpfen Gefühle der peinlichsten Unlust.

Die Zuneigung zu den Freunden, zu den Eltern, zu Weib und Kind macht einer stumpfen Gleichgültigkeit Platz, die von dem besonnenen Kranken klar empfunden wird. Er weiss und fühlt, dass es in ihm so öde und leer geworden ist, dass er sein Interesse und seine gemüthliche Regsamkeit verloren hat. Die Welt ist ihm eine andere geworden als früher, nicht nach ihrem äusseren Scheine, der noch derselbe geblieben ist, aber nach ihrem Wesen; es ist Alles todt für ihn und ohne inneres Leben. Den Vorgängen in der Umgebung, ja auch den eigenen Erlebnissen gegenüber fühlt sich der Kranke wie ein unbetheiligter Zuschauer; es ist Alles wie auf dem Theater, und die Menschen erscheinen ihm nur wie Marionetten ohne Fleisch und Blut. Dieses Bewusstsein der eigenen Gemüthsstumpfheit und Kälte, der völligen Veränderung, welche sich in seinem Inneren vollzogen hat, wird für den Melancholiker in der Regel eine Quelle peinlicher Vorstellungen, die sehr leicht den Charakter der Selbstvorwürfe annehmen und so die Entstehung von Versündigungsideen begünstigen.

In schweren Erkrankungsfällen bleibt nicht nur die Lustbetonung gewohnter Genüsse und herzlicher Beziehungen aus, sondern jeder neue Eindruck hat den unmittelbaren

Erfolg, die bestehende tiefe Verstimmung zu wahrem psychischem Schmerze zu verstärken. Einen jungen Melancholiker sah ich beim Anhören heiterer Musik in bitterliches Weinen ausbrechen, weil ihm das „so wehe thue“; jede äussere Anregung, namentlich rascher Wechsel derselben, ja selbst der Anblick seiner Lieben erfüllt den Kranken mit den schmerzlichsten Unlustgefühlen.

Bei dieser abnormen Gefühlsreaction auf die Eindrücke der Umgebung und dem mangelnden Interesse für dieselben kann gleichwol die inhaltliche Auffassung, wie die intellectuelle Verarbeitung derselben in vollständig normaler Weise von Statten gehen. Der Kranke kann sich der pathologischen Natur seiner Verstimmung durchaus bewusst sein und trotz des Druckes derselben eine besonnene Kritik der Erfahrung aufrecht erhalten. Dennoch fehlt niemals eine mehr oder weniger hochgradige Verlangsamung sowol der äusseren Wahrnehmung, wie des Vorstellungsverlaufes, die sich sogar auf experimentellem Wege direct nachweisen lässt und in vollster Uebereinstimmung mit der Erfahrung steht, dass auch beim gesunden Menschen depressive Gemüthsbewegungen die Dauer einfacher psychischer Vorgänge verlängern. Die Anspannung der Aufmerksamkeit ist mit grösserer Anstrengung verbunden und führt daher auch viel rascher zur Ermüdung, so dass schon deshalb eine äussere Ablenkung des Kranken nur für kurze Dauer möglich ist. Mit der Lust ist auch die Fähigkeit zu der gewohnten Beschäftigung, namentlich wenn dieselbe intellectuelle Leistungen verlangt, verloren gegangen. Auch diese Erschwerung und Verlangsamung der geistigen Operationen, die Herabsetzung der früheren Regsamkeit wird häufig von dem Kranken äusserst peinvoll als aufgedrungene Hemmung empfunden.

Sehr bald führt nun aber auch die wachsende Intensität der Unlustgefühle zu einer, wenn auch zumeist nur leichten Alteration in der Auffassung der Aussenwelt, namentlich soweit dieselbe auf der Interpretation der äusseren Eindrücke beruht. Der Kranke verliert die Fähigkeit zu objectiver Beurtheilung und vermag nicht mehr die subjective krankhafte Gefühlsreaction von den

wirklich gegebenen Verhältnissen zu trennen; er beginnt die Welt „mit andern Augen“ und zwar durch eine „schwarze Brille“ anzusehen, ohne sich in seiner Auffassung der Dinge von diesen in seiner eigenen Stimmung gelegenen Fehlerquellen frei machen zu können. Wie der Verstimmte nur Schatten und düstere Bilder vor sich sieht, wo ihm in glücklichen Stunden Alles sonnighell und heiter zu sein schien, so erhalten auch hier alle Eindrücke einen pessimistischen und nihilistischen Zug. Der eigene Charakter erscheint dem Kranken verabscheuungswürdig, das Dasein freudlos und nicht lebenswerth, die Freuden desselben abgeschmackt und trügerisch, die Vergangenheit inhaltsleer, die Gegenwart unerträglich, die Zukunft finster und trostlos. Anfangs und in leichteren Fällen wird diese düstere Auffassung noch aus der eigenen Verstimmung heraus motivirt; es besteht Krankheitseinsicht. In der Regel jedoch wird die Kritik von den übermächtigen Gefühlschwankungen überwältigt und die krankhafte Veränderung aus dem subjectiven in das objective Gebiet verlegt: es scheint nicht nur Alles so trübe und öde zu sein, sondern es ist wirklich so.

Den nächsten Anknüpfungspunkt für diese Verfälschung der Auffassung bildet regelmässig das eigene Ich. Wie es Griesinger formulirt hat, sucht der Patient gewissermassen nach einer Erklärung für die gewaltig sich ihm aufdrängende krankhafte Umwälzung. Das Gefühl der inneren Leere und Gemüthsstumpfheit ist es, welches ihm die vermeintliche Lösung des Räthsels in Form einer pessimistischen Selbstkritik an die Hand giebt. Er hat kein Herz mehr für seine Angehörigen, für seine früheren Interessen, weil er sittlich verkommen, weil er ein herzloses, von Gott mit Recht verlassenes Geschöpf ist. Natürlich ist diese Wandlung nicht plötzlich und unvermittelt mit ihm vor sich gegangen, sondern bei genauerem Nachdenken, wenn er sein ganzes vergangenes Leben Revue passiren lässt, erkennt er nur zu klar und mit tiefer Beschämung, dass dasselbe eine einzige Kette von Thorheiten, ja von Pflichtvergessenheiten und Schlechtigkeiten gewesen ist. In jeder Reminiscenz findet diese Auffassung neue Nahrung; mit der scrupulösesten Spitzfindigkeit werden auch die

geringfügigsten früheren Handlungen im Sinne der herrschenden Selbstverachtung analysirt und aus ihnen immer das gleiche, vernichtende Resultat abgeleitet, dass sie alle von Eigennutz und sündhaften Motiven dictirt gewesen seien. Sehr häufig spielen diese Selbstanklagen sich auch auf das religiöse Gebiet hinüber; die Kranken können nicht mehr mit der früheren Zuversicht beten, sie haben den Glauben verloren, nicht mit der nöthigen Energie gegen Zweifel angekämpft, die Kirche nicht fleissig genug besucht u. Aehnl.

Eine wirkliche, durchgreifende Krankheitseinsicht besteht in allen derartigen Fällen natürlich nicht mehr; sie ist untergegangen in der moralischen Deutung der pathologischen Vorgänge. Gleichwol aber begegnen wir häufig genug einem sehr entwickelten Krankheitsgefühl, welches neben dem Versündigungswahne besteht und sogar mit demselben in eine gewisse Beziehung treten kann. Die Patienten geben selbst zu, dass sie krank, sehr krank sind, aber ihr Leiden ist einfach eine Folge ihrer Schlechtigkeit. Hätten sie sich mehr „zusammengenommen“, hätten sie anders gehandelt, als sie gehandelt haben, dann wäre es gar nicht so weit gekommen. Jetzt freilich ist es zu spät, Alles vorbei; durch eigene Schuld sind sie so tief hineingerathen, dass eine Genesung überhaupt gar nicht mehr möglich ist; sie sind kränker und unglücklicher, als irgend Jemand auf der Welt; für sie bleibt keine Hoffnung mehr, da sie deutlich fühlen, dass sie „verrückt“ werden müssen und nie wieder aus der Anstalt herauskommen.

Nicht selten werden auch die Eindrücke der Aussenwelt in diese wahnhafte Auffassung hineinbezogen. Der Kranke meint zunächst, dass auch seine Umgebung ähnlich denke, wie er selbst. Jedermann muss ihn verachten und verdammen, und er merkt auch bald, dass man ihn anders behandelt als früher, dass die Freundlichkeit, mit der man ihm entgegenkommt, eine erzwungene, unnatürliche, oder dass sie durch das grossherzige, aber schlecht verdiente Mitleid mit seinem Elend motivirt ist. Es ist ihm peinlich, auf die Strasse, unter Menschen zu gehen, weil er Niemandem mehr unter die Augen treten kann und überall stummen, wenn auch maskirten Vorwürfen begegnet.

Auf dieser Stufe der Entwicklung bleiben die intellektuellen Störungen in der Regel stehen. Ja, es muss zweifelhaft erscheinen, ob man ein Recht hat, dem hier entworfenen, durchaus typischen Krankheitsbilde überhaupt Fälle zuzurechnen, in denen die Entwicklung von Wahnideen über die angedeuteten, dem Verhalten normaler Affectzustände sich anschliessenden Grenzen hinausgeht.

Der allgemeine depressive Grundton der Stimmung begleitet den ganzen Verlauf der Krankheit. Schon im Beginne derselben, bevor die Gefühlsalteration sich zu ihrer Höhe entwickelt hat, macht sich regelmässig eine erhöhte Reizbarkeit und Launenhaftigkeit geltend, und auch später, wenn die psychische Hyperalgesie, die krankhafte Schmerzreaction auf äussere Anregungen, zur Ausbildung gelangt ist, kommt es bisweilen bei geringen Anlässen zu heftigen, affectartigen Gefühlsschwankungen. Hier wird gleichsam durch das Uebermass der schmerzlichen Spannung die psychische Hemmung gewaltsam durchbrochen und so ein Umsatz der Unlusterregung in Ausbrüche leidenschaftlicher Bewegung herbeigeführt.

Abgesehen von diesen impulsiven Reactionen auf der Höhe des psychischen Schmerzes trägt auch das Handeln des Kranken in gleicher Weise wie der Vorstellungsverlauf regelmässig den Charakter der Gebundenheit und Unfreiheit. Er ist nicht im Stande, sich aufzuraffen und die mühsam gefassten Entschlüsse auszuführen; die innere Unlust hat in ihm Muth und Freudigkeit zu thatkräftigem Schaffen unterdrückt. An Stelle der früheren Regsamkeit tritt immer mehr eine unüberwindliche Schläffheit und Energielosigkeit hervor, die den Kranken zu jeder dauernden Anstrengung unfähig macht. Er kommt mit seinen Bestrebungen langsam oder gar nicht vorwärts, fängt immer von Neuem an, ohne irgend etwas fertig zu bringen, und sitzt vielleicht Stunden oder Tage lang in dumpfem Hinbrüten da, die Hände in den Schooss gelegt. Die nothwendigsten Geschäfte und Pflichten werden von ihm verabsäumt, weil er nicht Initiative genug besitzt, um die psychische Hemmung zu überwinden; jede Nöthigung zu activer Anstrengung wird eine Quelle intensiver Unlust-

gefühle. Freilich vermögen besondere Anlässe, eine interessante Unterhaltung, anregende Gesellschaft, die Versetzung in neue Verhältnisse in leichteren Fällen gewöhnlich wenigstens vorübergehend den Kranken aus seiner Verstimmung „herauszureissen“; die Folge solcher gewaltsamer Anregungen ist aber fast unausbleiblich ein um so stärkerer Rückschlag in das Gefühl der eigenen Nutzlosigkeit und Unfähigkeit. So gelingt es dem Kranken vielleicht noch, mit dem Aufgebote seiner ganzen psychischen Kräfte die zwingendsten Berufsarbeiten zu verrichten, aber er beginnt, wenigstens das Nebensächliche zu vernachlässigen. Die Sorge für sein Aeusseres, für Kleidung und Toilette, tritt gänzlich zurück, ein Umstand, der namentlich bei weiblichen Patienten sehr auffallend wird. Unordentliche Frisuren, abgerissene Knöpfe, unbeachtet gebliebene Flecken und Defecte an der Kleidung lassen den Verlust des Interesses für diese sonst vielleicht sehr gepflegten Aeusserlichkeiten und den Mangel an Energie zur Beseitigung der Nachlässigkeiten oft recht charakteristisch hervortreten.

Auch die einzelnen Bewegungen geschehen meist langsam und ohne Kraft; die Sprache ist häufig leise und zögernd, und selbst in der ganzen Haltung des Körpers kommt die Abwesenheit der elastischen Spannung, das schlaffe Bedürfniss nach möglichster Ruhe und stabilem Gleichgewichte zum Ausdruck. In einzelnen Fällen bildet sich dasselbe zu einer förmlichen „Bettsucht“ aus; die Kranken bleiben unthätig und schlaflos halbe und ganze Tage im Bette liegen, ohne sich zum Aufstehen oder zu irgend einer selbständigen Handlung entschliessen zu können. Bisweilen steigert sich diese psychische Unfähigkeit, wenn auch nur vorübergehend, zu einem Versinken in vollständige Apathie mit tieferer Bewusstseinstrübung. Die Kranken antworten kaum oder gar nicht mehr auf die an sie gerichteten Fragen, sitzen in sich zusammengesunken da, lassen den Speichel aus dem Munde fliessen und müssen zu jeder, auch der einfachsten Verrichtung aufgefordert und angeleitet werden. Wenn dann nach und nach die geistige Regsamkeit wiederkehrt, pflegt für diese Periode vollständige Amnesie zu bestehen.

Begreiflicherweise leidet unter der allgemeinen Energielosigkeit der Melancholiker sehr bald auch die leibliche Pflege, vor Allem die Befriedigung des Nahrungsbedürfnisses. Ganz ähnlich, wie der natürliche Trieb des Hungers und das Interesse an der Behaglichkeit durch die normalen depressiven Affecte unterdrückt werden, so hört auch der Kranke unter dem Drucke seiner Verstimmung auf, sich um das regelmässige Einhalten der Mahlzeiten zu kümmern; es erscheint ihm abgeschmackt und widerwärtig, sich mit der kleinlichen Sorge für sein körperliches Wohl zu beschäftigen, wo seine ganze Aufmerksamkeit durch den grossen psychischen Schmerz in Spannung erhalten wird. Häufig ist es nur die Macht der Gewohnheit oder ein gewisses mechanisches Pflichtgefühl, welches den Kranken in den regelmässigen Bahnen seiner Lebensweise beharren lässt.

Zu tiefergreifenden Störungen führt die Vernachlässigung der körperlichen Bedürfnisse dann, wenn sie nicht durch den einfachen Mangel an Interesse, sondern durch die bestimmte Absicht des Kranken motivirt ist, sich selber zu schädigen. Die Selbstkasteiung stellt hier eine Art Busse dar, die der Kranke sich zur Sühne für seine Schlechtigkeiten auferlegt. Er ist zu schlecht, zu gottlos, um an der Kost der Andern theilnehmen, Kleider tragen, sich in ein Bett legen, an der schönen Natur freuen zu dürfen; man soll ihm Gefangenenkost vorsetzen, ihn auf der Diele schlafen lassen und als Verbrecher behandeln. Diese und ähnliche Ideenkreise sind es auch in der Regel, aus welchen das mit Recht am meisten gefürchtete Symptom der Melancholie sich heraus entwickelt, die Neigung zum Selbstmorde.

Der quälende Gedanke, ein unnützes und moralisch verworfenes Geschöpf zu sein, das Gefühl der inneren Verödung und Verarmung, der Blick in eine vermeintlich finstere und trostlose Zukunft, die Unerträglichkeit des gegenwärtigen Zustandes regen den Wunsch der Vernichtung des Daseins an und lassen ihn eine immer wachsende Gewalt im Bewusstsein erlangen. So kommt es, dass die Hartnäckigkeit, mit welcher die Kranken an der Ausführung ihres Selbstmordplanes festhalten, in eigenthümlichen Contrast zu ihrer sonstigen Energielosigkeit tritt. Diese Erscheinung

wird einigermassen erklärlich, wenn man bedenkt, dass die Unfähigkeit zu thatkräftigem Handeln hier nicht aus dem Mangel an Motiven, sondern aus der Unterdrückung der gesunden Motive durch die hemmenden Unlustgefühle hervorgeht. Jene Strebungen dagegen, die in diesen Unlustgefühlen selbst ihre Wurzel haben, können daher leicht eine dauernde und unwiderstehliche Macht über den Willen des Kranken gewinnen; sie spornen Intelligenz und Energie zu den äussersten Anstrengungen an, um die Erfüllung ihres Planes um jeden Preis zu erzwingen. Je besonnener und relativ freier der Kranke ist, desto grösser natürlich die Gefahr, dass es ihm gelingt, seinen Zweck zu erreichen. Das Raffinement, mit welchem er trotz sorgfältigster Ueberwachung die unscheinbarste Gelegenheit auszunutzen weiss, die Fähigkeit zur Dissimulation der krankhaften Verstimmung, um sein einziges Dichten und Trachten besser zur Ausführung bringen zu können, ist bisweilen staunenswerth.

Jeder Melancholiker ist daher als ein äusserst gefährlicher Kranker zu betrachten, um so gefährlicher, wenn ihn seine Intelligenz zur Verstellung und List befähigt. Er kann sich in der Badewanne ertränken, an der Thürklinke, an irgend einer vorspringenden Ecke im Abtritte, ja selbst im Bette (auch in der Zwangsjacke!) stranguliren, Nadeln, Nägel, Glasscherben verschlucken, sich die Treppe herunterstürzen, den Schädel mit einem schweren Gegenstande zertrümmern, sich aushungern u. s. f. u. s. f. Beachtenswerth erscheint es, dass die Kranken in ihrer Aufregung trotz voller Besonnenheit fast ganz unempfindlich gegen körperlichen Schmerz zu sein pflegen, ein Umstand, der ihnen die Ausführung ihres Vorhabens wesentlich erleichtert. Eine Patientin meiner Beobachtung freute sich nach Durchschneidung der Pulsadern mit einer Glasscherbe über „das schöne rothe Blut“, ohne eine Spur von Schmerz zu fühlen; ein anderer Kranker schlug mit dem Halse so oft auf die Schneide eines am Boden aufgestellten Stemmeisens, bis dasselbe durch die ganzen Weichtheile in den Wirbelkörper eindrang.

Sehr viel seltener richten sich die Verzweiflungsacte

der Melancholiker gegen ihre Umgebung. Es kann vorkommen, dass sie etwa im eigenen Hause Feuer anlegen, um auf diese Weise am sichersten den Tod in den Flammen zu finden. Ferner kann die melancholische Verfälschung der gesamten Weltauffassung neben dem Drange zum Selbstmorde auch das Streben erzeugen, Weib und Kind mit umzubringen, um sie vor dem traurigen Schicksale des Daseins, den Gefahren der Verführung, der Gottlosigkeit zu bewahren, und endlich kommt es auch vor, dass derartige Kranke, die den Muth zum Selbstmorde nicht in sich fühlen, eine Gewaltthat begehen, um durch richterlichen Urtheilsspruch sicher des Todes theilhaftig zu werden. In der Regel allerdings pflegen sie sich zu diesem Zwecke mit mehr oder weniger detaillirt ausgesponnenen falschen Selbstanschuldigungen zu begnügen.

Parallel mit diesen krankhaften Veränderungen der höheren psychischen Functionen, die in verschiedenen Variationen den gemeinsamen Grundzug der depressiven Verstimmung erkennen lassen, gehen eine Reihe von elementaren nervösen Störungen, welche auf eine allgemeinere Beeinträchtigung der Centralorgane hindeuten. Der Schlaf des Melancholikers ist regelmässig schlecht, kurz, unruhig, von lebhaften, unangenehmen und quälenden Träumen begleitet. Trotzdem, oder vielmehr gerade deshalb besteht ein dauerndes Gefühl der Abspannung, Müdigkeit und Schwere in allen Gliedern, eine dumpfe Benommenheit im Kopfe, die sich bisweilen zu wirklichen schmerzhaften Sensationen, Druck auf der Scheitelhöhe, Spannung im Hinterkopfe u. dergl. steigert. Seltener kommen greifbare nervöse Affectionen, Anaesthesien, Hyperaesthesien u. dergl. zur Beobachtung; nur wegen der mangelnden Aufmerksamkeit oder wegen psychischer Hyperalgesie erscheint die periphere Empfindlichkeit bisweilen herabgesetzt oder gesteigert. Sehr gewöhnlich wird über unangenehme Empfindungen in der Herzgegend geklagt, Spannung, Druck, „Unruhe“, „Beängstigung“, „Vibriren“ am Herzen, die bisweilen anfallsweise, namentlich Nachts, stärker hervortreten. Der Muskeltonus erscheint herabgesetzt; gleichzeitig besteht das Gefühl allgemeiner körperlicher Schwäche und Hinfälligkeit. Die

Ernährung nimmt nach Ausweis der Körpergewichtscurve stets, auch dort, wo keine Nahrungsverweigerung besteht, im Beginne der Erkrankung rasch ab, um erst mit dem Eintritte der Reconvalescenz sich wieder zu heben. Der Appetit ist sehr gering oder ganz aufgehoben, die Verdauung träge; sehr häufig findet man äusserst hartnäckige Obstipation. Starker Belag der Zunge und foetor ex ore pflegen diese Störungen zu signalisiren. Die Wärme-production, wie die Wärmeabgabe ist vermindert, die Temperatur häufig dauernd unter der Norm, vielfache Unregelmässigkeiten in ihrer Vertheilung auf die peripheren Körperpartien darbietend. Auch die Organe des Kreislaufs zeigen eine entschiedene Herabsetzung ihrer Energie. Der Puls ist klein, abnorm verlangsamt (in einem Falle meiner Beobachtung bis auf 40 Schläge!); die Extremitäten sind häufig cyanotisch, kühl (besonders die Füsse), ja es können sogar Oedeme auftreten, die nur in der Circulationshemmung ihre Ursache haben und bei der Genesung rasch wieder verschwinden. Seltener werden auch an der Haut die Erscheinungen ungenügender Ernährung, Trockenheit, Sprödigkeit, kleienartige Abschuppung u. s. w. beobachtet.

Die einfachen Formen der melancholischen Verstimmung, ohne ausgeprägtere Wahnideen, ohne heftigere Aufregung und ohne Bewusstseinstörung, gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Sie haben ihre Ursachen, wo solche nachzuweisen sind, meistens in chronischen Ernährungsanomalien, Anaemie, Chlorose, ungenügender körperlicher Pflege, oder in anhaltenden depressiven Affecten, Nahrungssorgen, Kummer, bisweilen in Ueberanstrengung. Das weibliche Geschlecht scheint stärker prädisponirt zu sein, als das männliche, namentlich zur Zeit des Klimakteriums. Ob der Erkrankung anaemische Zustände des Gehirns, passive Hyperaemien oder lediglich functionelle Alterationen der centralen Nervensubstanz zu Grunde liegen, ist fraglich; Sectionsbefunde haben uns bisher über diese Frage keine befriedigende Auskunft gegeben.

Der Verlauf der Psychose ist stets ein chronischer. Im Anfange wird die krankhafte Natur des Leidens häufig verkannt und die Verstimmung, die Reizbarkeit und Arbeits-

unfähigkeit, namentlich bei jugendlichen Individuen, nicht selten als sich entwickelnder Charakterfehler betrachtet, gegen den man mit pädagogischen und moralisirenden Eingriffen einschreiten zu müssen glaubt, bis sich der Ernst und die wahre Bedeutung der Situation durch das stärkere Hervortreten der krankhaften Erscheinungen, einen plötzlichen Selbstmordversuch oder dergleichen kundgiebt. Neben der trüben Stimmung gehören Schlaflosigkeit und mangelnde Esslust mit zu den regelmässigsten Begleiterscheinungen schon der ersten Krankheitsperiode. Der weitere Verlauf ist gewöhnlich kein ganz gleichmässiger, sondern pflegt vielfache Schwankungen, Verschlechterungen und Besserungen, darzubieten, über deren Bestand man sich keinen zu sanguinischen Hoffnungen hingeben darf. Sehr häufig findet sich ein Nachlass der Krankheitserscheinungen gegen Abend, während am Morgen im Anschlusse an unruhige, mit schreckhaften Träumen erfüllte Nächte, oft aber auch trotz guten Schlafes, die Verstimmung in verstärktem Masse wiederkehrt. Auch ein ziemlich regelmässiger periodischer Wechsel zwischen schlimmeren und besseren Zeiten oder Tagen wird beobachtet, ohne dass sich eine äussere Ursache dafür auffinden liesse.

Das allmähliche Schwinden der Krankheit nach vielfachen Remissionen und Exacerbationen ist durchaus die Regel; plötzlichen, im Verlaufe weniger Tage eintretenden „Heilungen“ ist niemals ganz zu trauen; sie bedeuten nicht selten das Umschlagen der depressiven in eine heitere Verstimmung. Einen sehr guten Anhaltspunkt für die prognostische Beurtheilung der Veränderungen im psychischen Krankheitsbilde giebt das Verhalten des Körpergewichtes an die Hand. Stetiges, wenn auch noch nicht sehr rasches Ansteigen desselben deutet mit Entschiedenheit auf die bevorstehende Reconvalescenz hin, wenn nicht etwa die Zeichen einer beginnenden Verblödung (Abnahme des Affectes ohne Correctur der Wahnideen, Urtheilsschwäche) sich geltend machen. Im günstigen Falle bessern sich nach und nach Schlaf und Verdauung; die Nachlässe der Depression werden anhaltender und ausgiebiger, wenn auch noch einzelne schlechte Tage (in Folge einer unruhigen

Nacht, Verdauungsstörung, psychischen Aufregung) dazwischen vorkommen. Namentlich die Rückkehr des Interesses für die gewohnten Beschäftigungen ist als ein Zeichen von sehr guter Vorbedeutung zu betrachten. Die Krankheitseinsicht, wenn sie auf der Höhe bisweilen getrübt war, kehrt jetzt dauernd zurück und macht den Patienten, der früher vielleicht häufig widerstrebend und gereizt gewesen war, dankbar und gehorsam. Ist das krankhafte Unlustgefühl und die innere Spannung gänzlich in Lösung begriffen, dann tritt nicht selten ein erhöhtes, reactives Wohlgefühl bei dem Reconvalescenten hervor. Gleichwol besteht immer noch für einige Zeit eine leichtere Ermüdbarkeit und eine vermehrte Empfindlichkeit gegen äussere Schädlichkeiten, besonders Affecte, Ueberanstrengungen, Excesse, welche vorübergehende Verschlimmerungen nach sich ziehen können, bis sich im Laufe der Wochen und Monate auch diese Störung vollkommen ausgleicht.

Die Prognose der einfachen Melancholie ist im Allgemeinen eine recht günstige; selbst jahrelange Dauer derselben schliesst die Hoffnung auf Genesung nicht aus, wenn nicht inzwischen anderweitige Krankheitssymptome zur Entwicklung gelangt sind, die auf eine tiefere Störung hindeuten. Für die Beurtheilung dieses Punktes ist es von grosser Wichtigkeit, die hier besprochene Psychose nicht mit den melancholischen Verstimmungen zu verwechseln, welche als einleitendes Stadium anderer Geistesstörungen, der Verrücktheit, der Dementia paralytica, der Manie auftreten können. Meist lässt hier die Beobachtung des Verlaufes sehr bald die charakteristischen Züge der folgenden Erkrankungen wenigstens andeutungsweise erkennen. Eine ernste Gefahr für den Ausgang des Leidens wird durch die Möglichkeit eines Selbstmordes oder der Erschöpfung in Folge von anhaltender Schlaflosigkeit und Nahrungsverweigerung gebildet. Hochgradige, länger dauernde Apathie begünstigt auch erfahrungsgemäss die Entwicklung der Phthise.

Die Dauer der Krankheit ist regelmässig eine protrahirte, über eine längere Reihe von Monaten, selbst über

Jahre sich erstreckende; Fälle, die schon nach 8—10 Wochen in Genesung übergehen, gehören zu den Ausnahmen; durchschnittlich kann man auf eine Gesamtdauer von $\frac{3}{4}$ —1 Jahr rechnen. Genauere Voraussagungen über den Zeitpunkt der Wiederherstellung zu machen ist hier stets misslich, da sich bisweilen die Reconvalescenz selbst in ganz leichten Fällen unerwartet lange hinauszieht.

Die Behandlung der einfachen Melancholie hat vor Allem für die Entfernung aller den Kranken schädigenden Reize zu sorgen. In leichteren Fällen und unter günstigen äusseren Verhältnissen genügt zur Erfüllung dieser Indication die völlige Entlastung von den täglichen Geschäften und der Aufenthalt in einer ruhigen, behaglichen Umgebung. Die Langeweile ist ein vorzügliches Heilmittel für solche Kranke; da sie die Ruhe in sich schliesst. „Zerstreuungen“, anstrengende Reisen, forcirte Curen, lebhafte Geselligkeit wirken ebenso, wie pädagogische und moralisirende Massregeln fast immer rasch verschlimmernd auf den Zustand ein. Bei grösserer Intensität der Erkrankung ist die Bettruhe sehr zu empfehlen, namentlich für anaemische Individuen. Das ruhebedürftige Gehirn und der Kräftezustand werden so am besten geschont. Jede anstrengende Beschäftigung, jede heftigere Gemüthserregung muss vermieden werden.

Eine weitere Aufgabe der Behandlung ist die Sorge für eine gute, kräftige Ernährung. Der Kranke wird regelmässig zum Essen angehalten; die Appetitlosigkeit und Verdauungsträgheit wird durch Eingiessungen oder milde Laxantien, sowie durch passende Auswahl der Speisen bekämpft. Meist gelingt es besser, in häufiger Wiederholung je kleinere Mengen von Nahrung zuzuführen, als die copiöseren Hauptmahlzeiten einzuhalten. Geduld und Beachtung der Wünsche des Kranken vermag hier sehr viel zu erreichen. Nur in äusserst seltenen Fällen wird man bei hartnäckiger Sitophobie etwa zur künstlichen Ernährung zu greifen haben; die besonnenen Kranken geben den als nutzlos erkannten Widerstand meist bald auf.

Von grösster Wichtigkeit ist die Regelung des Schlafes, deren Einwirkung auf den psychischen Allgemein-

zustand oft sehr prägnant hervortritt. Bei der langen Dauer der Krankheit ist jedoch von der Anwendung der medicamentösen Mittel nicht allzu viel zu erwarten, da sie meist nicht sehr lange hintereinander fortgegeben werden können. In erster Linie wird man einen Versuch mit dem Bromkalium machen, das man in voller Dosis (6 Gr.) vor dem Schlafengehen giebt. Versagt dasselbe die Wirkung, so ist das Paraldehyd am Platze, dem man allenfalls, bei grossem Widerwillen des Patienten gegen das Mittel, vorsichtige Gaben von Chloralhydrat, zweckmässig in Verbindung mit Morphinum, substituieren kann. Auch eine systematische, auf- und absteigende subcutane Morphinumbehandlung hat man mit Erfolg durchgeführt; zu derselben würde man vielleicht bei der Unmöglichkeit innerlicher Medication seine Zuflucht nehmen, doch muss man immer die Gefahr der Gewöhnung an das Mittel im Auge behalten. In leichten Fällen endlich thut bisweilen schon der Alkohol ganz gute Dienste. Ferner kann man auch durch diätetische Massregeln so Manches zur Beförderung des Schlafes beitragen, durch abendliche verlängerte Bäder (33—34° C). oder Priessnitz'sche Einpackungen, sowie durch regelmässige Spaziergänge im Freien, wenn nicht gerade Bettruhe nothwendig ist. Jede Ueberanstrengung ist indessen wol zu vermeiden, da sie den entgegengesetzten Erfolg zu haben pflegt.

Wo die geringsten Anzeichen von Selbstmordneigung hervortreten, ist auch in den anscheinend mildesten Formen der Erkrankung dringend eine sorgfältige Ueberwachung geboten, wie sie nur in einer zuverlässigen Irrenanstalt (nicht sogen. „offenen“ Kuranstalt) durchgeführt werden kann. Tag und Nacht muss in solchen Fällen Jemand in unmittelbarer Nähe des Kranken sein und ihn unausgesetzt im Auge behalten. Das Schlafen eines Wärters im gleichen oder gar im Nebenzimmer ist in irgendwie bedenklichen Fällen durchaus unzureichend. Diese peinliche Aufmerksamkeit, die den Kranken keinen Moment, auch auf dem Abort nicht, ausser Acht lässt, ist bis in die volle Reconvalescenz hinein fortzusetzen, da oft unvorhergesehene Verschlechterungen mit Wiedererwachen der krank-

haften Triebe vorkommen und die Besserung bisweilen nur scheinbar, dissimulirt und zur Täuschung der Umgebung bestimmt ist.

Die psychische Behandlung muss eine ruhige, gleichmässig-freundliche und geduldige sein; die Durchführung der nothwendigen ärztlichen Anordnungen ist mit Festigkeit, aber ohne Starrheit aufrecht zu erhalten. Viele Gespräche über den psychischen Zustand des Kranken sind zu vermeiden; tröstender Zuspruch oder dialektische Auseinandersetzungen pflegen wenig oder nichts zu helfen. Weit rationeller ist es, eine Ablenkung des Vorstellungsverlaufes auf ganz fernliegende Gebiete anzustreben, was allerdings fast nur bei intelligenten Kranken und in leichteren Fällen mit einiger Sicherheit gelingt. Auf der Höhe des Leidens verbieten sich solche Versuche von selbst; in der Reconvalescenz jedoch sind sie ein sehr wichtiges Hilfsmittel, das Interesse wieder in die gewohnten Bahnen zu lenken. Demselben Zwecke dient anregende, nicht ermüdende Beschäftigung, Lectüre u. dergl., sobald mit dem Nachlasse der Verstimmung eine freiere Hingabe an dieselben möglich wird. Diese Entwicklung pflegt sich ganz von selbst zu vollziehen; der Arzt hat nichts zu thun, als dieselbe nach Kräften zu fördern und Störungen durch Ueberanstrengung, starke Gemüthsbewegungen, körperliche Schädlichkeiten zu verhüten. Von Wichtigkeit ist es, den Kranken nicht zu früh aus der Anstaltsbehandlung zu entlassen; unvorhergesehene Selbstmorde können die Folge davon sein. Erst wenn volle Krankheitseinsicht besteht, die Ernährung auf ihren früheren Stand zurückgekehrt und der Schlaf ungestört ist, kann man die Heilung als vollendet und den Entlassungstermin als gekommen ansehen; Ausnahmen sind nur bei sehr günstigen Verhältnissen und zweifellos fortschreitender Reconvalescenz zulässig. Jedenfalls bedürfen alle Entlassenen noch längere Zeit hindurch einer gewissen Schonung und Pflege, sowie einer verständigen, ruhigen Behandlung Seitens ihrer Umgebung.

B. Melancholia activa.

Das dominirende Symptom in dem Krankheitsbilde der activen Melancholie bildet der Affect der Angst. Allerdings begegnen wir auch schon bei der einfachen Melancholie bisweilen leichten, unbestimmten Beängstigungen, aber dieselben gewinnen dort keine weitere Ausbildung; sie treten durchaus zurück gegenüber der charakteristischen allgemeinen Verstimmung. Hier dagegen pflegt die Angst den Krankheitsverlauf schon von Anfang an zu begleiten.

Das erste Anzeichen der beginnenden Erkrankung ist in der Regel eine Störung des Schlafes. In der Nacht stellen sich allerlei unangenehme körperliche Sensationen ein, Druck und Beklemmung in der Herzgegend, Gefühl des Zusammenschnürens im Halse, dumpfe Beengung im Kopfe u. dergl. Zugleich bemächtigt sich des Kranken eine gewisse innere Unruhe, über deren Ursprung er sich keine Rechenschaft zu geben vermag. Allerlei ängstliche Gedanken schiessen ihm durch den Kopf, die er vergebens abzuwehren sucht; schlaflos oder von wirren Träumen gequält wälzt er sich im Bette herum, bis er sich am Morgen ermattet und mit eingenommenem Kopfe erhebt. Im Laufe des Tages und inmitten der Berufsarbeit bessert sich der Zustand wieder etwas, aber in den einsamen Nachtstunden überfällt ihn die Angst mit verstärkter Gewalt, um ihn nun auch bei Tage nicht mehr ganz zu verlassen. Der Kranke wird nervös, gereizt, unmotivirt heftig und hastig in seinem Wesen; seine Arbeitsfähigkeit beginnt empfindlich zu leiden; der Appetit schwindet und die Ernährung sinkt rasch. Er kann es nicht mehr lange an einem Orte oder bei einer Beschäftigung aushalten, läuft mit verstörter Miene im Zimmer auf und ab, setzt sich, steht wieder auf und wird ruhelos herumgetrieben, bald hinaus ins Freie, bald wieder nach Hause, immer in der unbestimmten, aber stets unerfüllten Hoffnung, durch die aufgesuchte Veränderung die schreckliche Unruhe bannen zu können. Die Willensanstrengung bleibt dem stets wachsenden Affecte gegenüber ebenso machtlos wie die gewöhnlichen Beruhigungsmittel, Zuspruch und Zer-

streuungen. Am schlimmsten aber sind die Nächte, die dem Kranken statt der ersehnten Ruhe nur neue Qualen bringen.

Sehr bald gewinnt die anfangs vage und inhaltslose Beängstigung bestimmte Formen. Der Kranke fürchtet, dass irgend ein schreckliches Unheil sich ereignen, eine schwere Krankheit ihn befallen, die Strafe des Himmels ihn treffen könne; das Gefühl der Unsicherheit, das ihn nicht zur Ruhe kommen lässt, zeigt ihm überall Gefahren und drohendes Verderben. Wenn man will, kann man somit auch hier die krankhaften Vorstellungen auf eine Art „Erklärungsversuch“ zurückführen. Freilich darf man dabei nicht an einen bewussten logischen Process denken; vielmehr wird der besondere Inhalt der Vorstellungen offenbar einfach auf associativem Wege durch die Färbung des herrschenden Affectes beeinflusst.

Gleichzeitig wird natürlich auch die Wahrnehmung und Auffassung der Aussenwelt in die krankhafte Störung mit hineinbezogen. Mit der Ruhe geht auch die Objectivität der Beobachtung verloren; gleichgültige, zufällige Ereignisse gewinnen für den Geängsteten den Charakter des Unheimlichen und Gefahrdrohenden. Namentlich Geräusche, sowie die Mienen der Umgebung sind es, welche leicht in dieser Richtung gedeutet zu werden pflegen. In der Regel handelt es sich dabei nicht um Hallucinationen, oder doch nur um solche von ganz elementarer Natur; meist ist es wesentlich die von Schreckbildern erfüllte Phantasie, welche in den Wahrnehmungen die Bestätigung ihrer Ahnungen und Befürchtungen aufzufinden vermeint. Eine derartige Kranke hörte, wie Jemand in dem Zimmer unter ihr „in einen Sarg stieg“; ein Knistern der Tapete in der Nacht erzeugt die Vorstellung eines räuberischen Einbruches; die Theilnahme und Besorgniss der Angehörigen signalisirt dem Kranken ein grosses Unglück, welches man ihm verheimlichen will. So fühlt er sich in seinem Vertrauen zur Umgebung, in seinem Verhältnisse zur Welt auf das tiefste erschüttert; seine Situation beginnt immer mehr eine unerträgliche, eine verzweifelte zu werden.

In einer Anzahl von Fällen bleibt die Entwicklung

der Psychose auf diesem Punkte stehen. Die Besonnenheit erleidet keine tiefergreifende Trübung, und der Kranke besitzt noch das mehr oder weniger klare Bewusstsein seines abnormen Zustandes, wenn er auch über die quälenden Affecte und die sich ihm aufdrängenden Befürchtungen nur vorübergehend Herr zu werden im Stande ist. Bei grösserer Intensität der Angst jedoch wird der Einfluss derselben auf Denken und Handeln ein durchaus massgebender. Die bis dahin nur als peinliche Vermuthungen auftretenden Ideen gewinnen für den Kranken den Charakter der Gewissheit. Es ist kein Zweifel mehr, dass man etwas gegen ihn im Schilde führt, ihn berauben, überfallen will, dass er seine Seligkeit verloren, seine Familie in Schande und Unglück gebracht hat, politisch verdächtig ist, jeden Augenblick in Untersuchungshaft und vor den Richter geführt, mit den schrecklichsten Strafen belegt, ja selbst zur Hinrichtung geschleppt werden kann. Entsprechend der ängstlich kritiklosen Auffassung der ganzen Situation gewinnt auch der krankhafte Affect oft eine bestimmte Richtung. Der Kranke fürchtet sich „vor der Gerechtigkeit Gottes“, „vor den Menschen“, „vor der Polizei“, oder aber er fürchtet sich schliesslich vor allen, auch den harmlosesten Dingen, mit denen er in Berührung kommt (Pantophobie).

Allmählich beginnt sich das Bewusstsein zu trüben. Die Kranken verkennen ihre Umgebung, verstehen ihre Situation nicht mehr und assimiliren alle äusseren Eindrücke nur noch im Sinne ihrer ängstlichen Vorstellungen. Der Bewegungsdrang nimmt oft derartig zu, dass es selbst durch Zureden, ja durch Festhalten nicht möglich ist, sie auch nur auf kurze Zeit zum Stillstehen oder zum ruhigen Sitzenbleiben zu bringen. Sie sind kaum zu fixiren und beantworten alle Fragen nur mit stereotypen Ausrufen, in denen sich ihre Angst deutlich widerspiegelt; man solle sie begnadigen, ihnen verzeihen, sie fortschicken, umbringen, verbrennen; das Unglück ist zu schrecklich; gleich wird man kommen und sie wegschleppen. Unter Jammern und Stöhnen werden diese und ähnliche Wendungen, anfangs leise, dann immer lauter, oft stundenlang hintereinander wiederholt. Schliesslich vermögen die Kranken vielleicht nur noch

unarticulirte Laute auszustossen; sie ringen die Hände, gesticuliren mit den Armen und dem Kopfe, schlagen sich mit der Faust vor die Stirn, zupfen sich Nase, Lippen, Ohrläppchen blutig, zerrauen sich die Haare, zerschlitzen ihre Kleider und wälzen sich am Boden herum. Jede Annäherung pflegt ihre Angst und Aufregung noch zu steigern; allen Versuchen, sie zu baden, an- oder auszukleiden, in's Bett zu legen, setzen sie verzweifelte Widerstand entgegen. Ja, in den höchsten Graden des Affectes mit starker Bewusstseinstrübung kann der Drang nach Befreiung von der inneren Spannung und aus der imaginären, grässlichen Gefahr zu einer so elementaren Gewalt anwachsen, dass er zu Handlungen rücksichtslosester Zerstörung gegen die eigene Person oder gegen die Umgebung fortreisst. Solche plötzliche Affectausbrüche pflegt man wol als „Raptus melancholicus“ zu bezeichnen. Namentlich grässliche Verstümmelungen, das Ausreissen der Augen, der Zunge, das Abreissen des Penis, der Hoden und Aehnliches, Aufschlitzen des Bauches, Selbstmord und Mord anderer Personen sind in diesen Zuständen verworrener, namenloser Angst nicht so sehr selten. Regelmässig besteht dabei vollständige, psychisch bedingte Analgesie. Meist folgt solchen Gewaltthaten rasch das Gefühl einer gewissen Befreiung und Erleichterung mit vorübergehendem Nachlasse der inneren Erregung.

Der Schlaf dieser Kranken ist regelmässig sehr bedeutend gestört; sie können es nicht lange im Bette halten, sondern steigen immer und immer wieder heraus, um ruhelos herumzuwandern, oder sie jammern und klagen ohne Unterbrechung die ganze Nacht hindurch, rufen laut um Hilfe, wollen fort, entfliehen, wecken ihre Nachbarn, kriechen vor Angst zu ihnen ins Bett, verstecken sich unter dasselbe und werden durch alle Versuche, sie zu beruhigen und im Bette zu erhalten, meist nur noch ängstlicher und aufgeregter. Aehnliche Schwierigkeiten stellen sich der regelmässigen Ernährung entgegen. Anfangs fehlt nur das Interesse für die Nahrungsaufnahme und der Appetit; später aber gesellt sich fast regelmässig wirkliche Sitophobie hinzu. Der Kranke, der vor lauter Angst nicht dazu kommt,

selbst zu essen, wird bei jedem Versuche, ihm die Nahrung einzuführen, immer widerstrebender und spuckt Alles wieder aus, oft nur aus unbestimmten ängstlichen Motiven, bisweilen wol auch in Folge von Vergiftungs- oder Versündigungsideen. Das Körpergewicht sinkt in Folge dessen natürlich rasch; die Verdauung ist sehr gestört, träge, die Zunge dick belegt; es besteht starker foetor ex ore. Der Puls ist meist beschleunigt, die Temperatur normal, die Respiration ebenfalls beschleunigt, aber sehr oberflächlich.

Die schwereren Formen der activen Melancholie sind keine sehr häufigen Erkrankungen. Wie es scheint, entwickeln sich dieselben hauptsächlich im Anschlusse an rasch auftretende Erschöpfungszustände und heftige Gemüthsbewegungen, ferner bei schweren Herzfehlern mit Kreislaufstörungen. Die Entwicklung der Psychose ist in der Regel eine allmähliche; seltener, bei sehr intensiv einwirkenden Ursachen oder starker Prädisposition, steigert sich die ängstliche Erregung schon binnen wenigen Tagen zu ihrer Höhe. Die Dauer der Krankheit erstreckt sich meist über Monate, wenn sie auch im Ganzen etwas kürzer zu sein pflegt, als bei der einfachen Melancholie.

Die Prognose der activen Melancholie gestaltet sich im Allgemeinen nicht ungünstig; die hauptsächlichsten Gefahren werden durch die Selbstmordneigung und die Erschöpfung in Folge der Schlaflosigkeit und Nahrungsverweigerung repräsentirt. Die Besserung pflegt sich in vielfachen Schwankungen, vorübergehenden Nachlässen und Verschlimmerungen der inneren Unruhe zu vollziehen, unter allmählichem Verblässen der ängstlichen Befürchtungen, Wiedererwachen anderer Interessen und zunehmender Befreiung von dem Drucke des Affectes. Zugleich bessert sich Schlaf und Ernährung, und das Körpergewicht steigt. Gewöhnlich bleibt aber noch längere Zeit hindurch eine gewisse Verzagtheit und Kleinmüthigkeit, sowie eine grosse Empfindlichkeit gegen gemüthliche Erregungen zurück, welche aufmerksame Beachtung Seitens der Umgebung verdienen. In ungünstig verlaufenden Fällen verliert sich das ängstliche, unselbständige Wesen der Kranken mit dem

Nachlassen des Affectes nicht ganz; sie gewinnen keine völlige Krankheitseinsicht und halten an einzelnen der auf der Höhe der Psychose entstandenen Wahnideen dauernd fest; zugleich macht sich eine mehr oder weniger ausgeprägte Abschwächung der gesamten psychischen Leistungen bemerkbar. Bisweilen auch schliesst sich an die hochgradige ängstliche Aufregung ein Zustand acuten Schwachsinn mit äusserster körperlicher Erschöpfung, der entweder in dauernde Verblödung oder aber (sogar noch nach Jahr und Tag!) in Genesung hinüberführen kann.

In diagnostischer Beziehung ist namentlich die Abgrenzung der activen Melancholie von den ängstlichen Aufregungszuständen im Verlaufe der Paralyse und der Verrücktheit von Wichtigkeit. Vor Verwechselungen mit der ersteren Erkrankung wird vor Allem die Berücksichtigung der dort sehr allmählichen Entwicklung des Irreseins, sowie der früheren Symptome, der nervösen Störungen, Gedächtnisschwäche, Anfälle, Grössenideen u. s. w. schützen Ueberdies pflegt auch die Bewusstseinstrübung in der Paralyse eine viel tiefer greifende zu sein. Bei der Verrücktheit ist der ängstliche Affect als solcher häufig gar nicht krankhaft, sondern durch Wahnideen oder Sinnestäuschungen recht wol motivirt; er tritt erst im Anschlusse an diese letzteren auf und schwindet mit ihnen. Vom depressiven Wahnsinn grenzt sich die active Melancholie ab durch die geringere Ausbildung der intellectuellen und sensorischen Störungen gegenüber dem gewaltigen Affecte; von den Delirien endlich unterscheidet sie die langsamere Entwicklung und der sehr viel chronischere Verlauf.

Die Behandlung der activen Melancholie hat vor Allem eine Beruhigung des Kranken zu erzielen. Dieser Indication dient nicht, wie man früher vielfach glaubte, die mechanische Behinderung seiner Bewegungen durch die Zwangsjacke oder „Wärterfäuste“, sondern zunächst die Beseitigung aller äussern Reize. Gerade der äussere Zwang ist für derartige Kranke ein Reiz, der leicht die ängstliche Spannung zum Unerträglichen steigert. Versetzung des Patienten in eine absolut ruhige, ihn so wenig wie mög-

lich beengende und reizende Umgebung ist daher das erste Erforderniss, jeder Versuch einer häuslichen Behandlung schon wegen der Selbstmordgefahr durchaus verwerflich und gefährlich. Bisweilen wirkt schon die einfache, consequent durchgeführte Bettbehandlung sehr günstig; in andern Fällen wird man dieselbe wenigstens für die Zeit der grössten Aufregung mit Isolirung, eventuell unter leichter Abdämpfung des Lichtes, zu verbinden haben. Selbstverständlich muss dabei stets eine genaue Ueberwachung stattfinden, da die Kranken sich oft in hohem Grade gefährlich sind, mit dem Kopfe gegen die Wand rennen, Scheiben (auch bisweilen sehr dicke!) zertrümmern, um sich mit den Scherben zu verletzen u. s. f. Sobald derartige Neigungen hervortreten, ist die Isolirung sogleich aufzuheben und nur im äussersten Nothfalle die Verbringung in eine gut gepolsterte Zelle, welche unausgesetzte Beobachtung gestattet, zu versuchen.

Unter den directen Beruhigungsmitteln spielen hier die wichtigste Rolle das Opium und Morphium, deren systematische Anwendung in täglicher, steigender Dosis gerade bei Angstzuständen mit Recht weite Verbreitung gefunden hat. Bei besonders hochgradiger Aufregung ist ein Versuch mit vorsichtigen Hyoscingaben sehr zu empfehlen. Ausserdem kommen natürlich zur Erzielung von Schlaf alle jene medicamentösen und diätetischen Mittel in Betracht, deren Indicationen früher eingehend besprochen worden sind. Im Allgemeinen wird man dabei immer mit der subcutanen oder der Application per Klysma weiter kommen, als mit den innerlichen Arzneien, da die Kranken diesen letzteren meist ein grosses Misstrauen (Vergiftungsideen) entgegenbringen, dieselben zurückweisen und dann auch wol die Nahrung verweigern. Ebenso findet die Anwendung der Bäder, Einwicklungen u. s. f. ihre Grenze an dem ängstlichen Widerstande der Kranken.

In sehr vereinzeltten Fällen kann die drohende Gefahr einer Erschöpfung bei andauernder Sitophobie Anlass zur künstlichen Fütterung werden. Weiterhin ist aber die Sorge für die hygienischen Bedürfnisse des Kranken, namentlich für Reinlichkeit, regelmässige Darmentleerung, gute Luft,

genügende Erwärmung der Aufenthaltsräume (besonders bei der Neigung, sich zu entkleiden) von der grössten Bedeutung.

C. Melancholia attonita.

Das Krankheitsbild der Melancholia attonita (Stupor) steht mit demjenigen der activen Melancholie in naher Verwandtschaft; in beiden Psychosen trägt der zu Grunde liegende pathologische Affect den Charakter der Angst. Während aber derselbe bei der bisher besprochenen Form in heftigen psychomotorischen Reactionen sich nach aussen entladen konnte, führt er bei der Melancholia attonita zur Entwicklung eines hochgradigen inneren Spannungszustandes, der, abgesehen von episodischen Aufregungen, nur langsam und allmählich sich wieder zu lösen pflegt.

Der Beginn der Erkrankung vollzieht sich zumeist in ganz ähnlicher Weise wie bei der activen Melancholie. Es kommt zunächst zur Ausbildung eines Prodromalstadiums mit inneren Beängstigungen, abnormen Sensationen und Zwangsbefürchtungen, unstem, verstörtem Wesen, Arbeitsunfähigkeit und den gewöhnlichen körperlichen Begleiterscheinungen der Schlaf- und Appetitlosigkeit. Nach einiger Zeit scheint die anfängliche Unruhe nachzulassen, aber der Kranke wird nicht freier; sein scheuer Blick, seine starre Haltung, die einsilbigen, mühsam hervorgebrachten Antworten zeigen deutlich, dass ihn die Angst immer mehr übermannt. Die Auffassung der Umgebung wird dabei erschwert und getrübt; der Kranke verliert die klare Orientirung. Der Vorstellungsverlauf wird verlangsamt oder gänzlich gehemmt, so dass der Kranke schliesslich nur noch den dumpfen, unerträglichen Druck der ihn ganz erfüllenden, namenlosen Angst empfindet. Die Glieder sind ihm schwer wie Blei; die einfachsten Bewegungen kosten ihm eine unerhörte Willensanstrengung, nicht weil seine Energie gesunken ist, wie in der einfachen Melancholie, sondern weil die starre Hemmung des gesamten psychischen Lebens seinem Wollen ein unüberwindliches Hinderniss entgegenstellt. Der klinische Gegensatz der Psychosen ent-

spricht durchaus demjenigen der normalen Affecte, an welche jene sich anlehnen. Konnten wir die einfache Melancholie der reizbaren Verstimmung an die Seite stellen, wie sie die Ermüdung des Nervensystems zu begleiten pflegt, so entspricht die active Melancholie den lauten Ausbrüchen fassungsloser Verzweiflung, während die Melancholia attonita mit jener plötzlichen Verwirrung und Hemmung unseres Seelenlebens in Parallele zu setzen ist, welche dem Schreck und der rasch zu gewaltiger Höhe anwachsenden Angst eigenthümlich ist.

Bei weiterem Fortschreiten der Psychose versinkt der Kranke bald in gänzlich, reactionsloses, starres Schweigen. Mit gespanntem Gesichtsausdruck steht oder liegt er stundenlang unbeweglich da; nur eine gelegentliche rasche Bewegung der weit geöffneten Augen, plötzlicher Wechsel der Gesichtsfarbe, häufig auch starkes Schwitzen des Kopfes deuten die psychischen Vorgänge an, die sich in seinem Innern abspielen. Bisweilen beobachtet man Tag und Nacht fortgesetztes, triebartiges Masturbiren. Alle Muskeln sind starr gespannt, die spontanen Bewegungen zögernd und verlangsamt; jeder äusseren Einwirkung wird ein rasch sich steigernder, oft sehr beträchtlicher passiver Widerstand entgegengesetzt. Die Nahrungsaufnahme bietet jedoch meist keine besondere Schwierigkeit; überhaupt pflegen die Kranken für ihre unmittelbaren körperlichen Bedürfnisse vielfach noch selbst Sorge zu tragen. Nur in sehr schweren Fällen mit tieferer Bewusstseinstrübung sind sie ausser Stande, sich an- und auszukleiden, sich reinlich zu halten und die Nahrung allein zu sich zu nehmen. Der Schlaf ist stets hochgradig gestört; oft besteht vollständige Insomnie: die Kranken liegen Nächte lang ruhig und unbeweglich, aber mit offenen Augen, ohne zu schlafen.

Das Körpergewicht und die allgemeine Ernährung sinkt rasch; die Athmung ist verlangsamt und oberflächlich, der Puls klein und gespannt, die Temperatur subnormal. Nicht selten treten als Zeichen allgemeiner Circulationsherabsetzung an einzelnen Stellen leichte Oedeme auf. Das Gesicht erscheint oft eigenthümlich gedunsen, fahl, die Schleimhäute cyanotisch, die herabhängenden Hände kalt,

dick und ebenfalls bläulich verfärbt; die Menses cessiren; regelmässig besteht hartnäckige Verstopfung.

In der Mehrzahl der Fälle bleibt das hier skizzirte Krankheitsbild längere Zeit durchaus stationär; bisweilen aber wird dasselbe vorübergehend unterbrochen durch plötzliche Aufregungsparoxysmen, in denen die Kranken verzweifelte Angriffe auf die Umgebung oder auch unvermuthete, energische Selbstmordversuche unternehmen können. Wie es scheint, wächst in solchen Zeiten die innere Erregung so mächtig an, dass sie die Hemmung gewaltsam durchbricht und nun zu jenen impulsiven Acten führt, welche ihr durch die getrübe Auffassung der Sachlage dictirt werden.

Auch die *Melancholia attonita* ist keine sehr häufige Krankheit; wie es scheint, entwickelt sie sich bei Männern leichter, als beim weiblichen Geschlechte. Relativ oft schliesst sie sich an jene plötzlich einwirkenden lebhaften Affecte (Schreck, grosse Angst) an, denen sie auch in ihrem klinischen Bilde am nächsten steht. Bei sehr intensiv hereinbrechenden Gemüthsbewegungen kann sich das Prodromalstadium auf wenige Tage abkürzen, ja, in vereinzelt Fällen kann sich das Krankheitsbild in voller Ausbildung unmittelbar an den Affect selber anschliessen. Der Verlauf der Krankheit ist meist ein sehr gleichmässiger; stärkere Schwankungen im Zustande pflegen erst dann aufzutreten, wenn sich die Psychose der Reconvalescentz nähert. Die Dauer derselben ist stets eine längere; sie beträgt selten oder niemals weniger als 4 bis 6 Monate, kann sich aber ohne völligen Verlust der Aussicht auf Heilung selbst über 1 bis 2 Jahre hin erstrecken.

Unter allen Umständen muss die *Melancholia attonita* als eine schwere Erkrankung betrachtet werden, bei der die Gefahr der Unheilbarkeit und selbst des Todes nicht sehr fern liegt. Die Heilung vollzieht sich regelmässig langsam, binnen Wochen und Monaten. Zuerst wird der Gesichtsausdruck des Kranken freier; die Spannung in den mimischen Muskeln, wie in der ganzen Körperhaltung und in den Bewegungen beginnt allmählich nachzulassen. Man sieht, wie sich beim Befragen des Kranken die Lippen be-

wegen und dann leise, zögernd einzelne, meist zutreffende Antworten gegeben werden. Das Bewusstsein klärt sich, und es erfolgt ein langsames Erwachen, wie aus einem schweren, wirren Traume, an den nur eine ganz allgemeine, summarische Erinnerung besteht. Zugleich hebt sich das Körpergewicht; der Schlaf bessert sich, und der Kranke erlangt nach und nach die Herrschaft über seine Muskeln, wie über seine psychischen Vorgänge wieder. Immerhin bleiben Spuren des krankhaften Wesens, grosse Zurückhaltung, gelegentliches unmotivirtes Widerstreben, leise, unfreie Sprache oft noch bis spät in die Reconvalescenz hinein bestehen, auch wenn die eigentliche Angst bereits geschwunden und der Kranke sich über seinen Zustand und seine Situation längst klar geworden ist.

In ungünstigen Fällen verliert sich zwar allmählich ebenfalls der intensive Affect und mit ihm die hochgradige Spannung; das Bewusstsein klärt sich und der Kranke gewinnt im Allgemeinen die Orientirung wieder, allein es kommt nicht zu einer klaren Einsicht in die überstandene Erkrankung. Der Patient ist theilnahmlos und blöde, ideenarm und unfähig zu psychischen Leistungen geworden. Das Interesse für seine früheren Beziehungen, für seine Familie, seinen Beruf, ist erloschen; die Vorgänge in seiner Umgebung gehen spurlos an ihm vorüber; das Gedächtniss für vergangene Erfahrungen hat schwer gelitten. Gewöhnlich lassen sich dabei im äusseren Benehmen noch Andeutungen der überstandenen Psychose erkennen. Der Kranke ist still, giebt nur wenige, langsame Antworten auf einfache Fragen, steht oder sitzt in gedrückter Haltung stundenlang auf demselben Flecke und widerstrebt, wenn etwas Aussergewöhnliches mit ihm vorgenommen werden soll. Im Laufe der Zeit pflegt die Verblödung rasch zuzunehmen, wenn ihr nicht durch eine zweckmässige Beschäftigung entgegen gearbeitet wird.

Der Ausgang in Tod kann entweder durch Selbstmord, oder durch Erschöpfung in Folge von Nahrungsverweigerung, endlich durch allerlei Complicationen erfolgen, unter denen die Tuberculose die bei weitem häufigste ist. Als anatomische Befunde an den nervösen Centralorganen

werden aufgeführt Anaemie, venöse Stauung und Oedem der Pia und des Gehirns, in den Fällen secundären Blödsinns auch Rindenatrophie. Die Zurückführung der Psychose auf einen anfänglichen Gefässkrampf (wie beim Schreck) und spätere vasomotorische Lähmung mit ihren pathologisch-anatomischen Folgezuständen würde in jenen Befunden eine gewisse Stütze finden.

Die Diagnose der *Melancholia attonita* hat einmal die Abgrenzung von der katatonischen Verrücktheit, dann aber diejenige von gewissen Formen des acuten und chronischen Schwachsinnnes zu berücksichtigen. Bei der katatonischen Verrücktheit haben wir es regelmässig mit ausgebildeten intellectuellen Störungen, mit mehr oder weniger systematisirten Wahnideen und Sinnestäuschungen zu thun, deren Bestehen sich entweder schon im Beginne der Erkrankung, oder später, beim Zurücktreten der Spannungserscheinungen, feststellen lässt. Ausserdem trägt die musculäre Gebundenheit dort gewöhnlich den Charakter der *Flexibilitas cerea*, welche passiven Bewegungen gar keinen Widerstand entgegensetzt, während wir es bei der *Melancholia attonita* stets mit einer starren, nur durch grosse Gewalt zu überwindenden Spannung zu thun haben. Die acute Demenz wiederum zeigt uns in ihren schwersten Formen, die hier für die Differentialdiagnose wesentlich in Betracht kommen, eine einfache Erschlaffung, ohne jede Andeutung des ängstlichen Affectes. Vor der Verwechselung mit secundärem Schwachsinn wird am besten die Berücksichtigung der Entwicklung der Krankheit und ihrer Dauer schützen; eine genaue Bestimmung desjenigen Punktes, an welchem eine *Melancholia attonita* in Unheilbarkeit übergeht, ist aber natürlich nicht möglich.

Die Behandlung der *Melancholia attonita* stellt sehr hohe Anforderungen an Pflege und Ueberwachung; sie kann daher nur in einer Irrenanstalt mit Erfolg durchgeführt werden. Die Indicationen sind im Wesentlichen dieselben, wie bei den übrigen Formen der Melancholie. Sorge für kräftige Ernährung und regelmässige Verdauung, für möglichste Aufrechterhaltung der Kräfte (Bettruhe), für Reinlichkeit (warme Bäder, Anhalten zur Befriedigung der Be-

dürfnisse), Verhütung starker Wärmeverluste (warme Kleidung, Decken), reichliche Zufuhr von frischer Luft und sorgfältige Ueberwachung bei Tag und bei Nacht wegen der Gefahr von Selbstmord und plötzlichen Gewaltacten kommen in erster Linie hier in Betracht. Direct zur Bekämpfung der Angst und zur Erzielung von Schlaf kann man an Opium- oder Morphinum injectionen denken, doch stossen dieselben oft auf sehr grossen Widerstand seitens der Kranken. Ueberhaupt wird man aus diesem Grunde mit Arzneien und therapeutischen Eingriffen nicht sehr weit kommen. Theoretisch würde noch die Einführung von Alkohol in mässigen Dosen (Wein, Grog), ferner allenfalls Campher angezeigt sein; auch von lauen Bädern mit kühlen Uebergiessungen könnte man einen therapeutischen Effect erwarten.

Die psychische Behandlung vermeide auf der Höhe der Krankheit jedes ungeduldige Eindringen auf den Patienten, jede Vielgeschäftigkeit, die ihn nur ängstlicher macht. Man verzichte lieber auf manche wünschenswerthe Massregel, als dass man den Kranken quält und sein blindes Misstrauen steigert. Alles ärztlich unumgänglich Nothwendige soll mit möglichster Ruhe und Schonung durchgeführt werden. Wenn dann die ängstliche Spannung sich zu lösen beginnt, kann mit vielem Erfolge durch liebevolle, geduldige Beschäftigung mit dem Kranken und durch Anregung seiner gesunden Vorstellungskreise die Reconvalescenz gefördert werden.

II. Die Manie.*)

Die Grunderscheinung jener Krankheitsbilder, welche man unter dem Namen der Manie (Tobsucht) zusammenfasst, bildet eine abnorme Erleichterung des Apperceptionsvorganges und der Umsetzung centraler Erregungszustände in Handlungen. Schon eine sehr geringe Intensität der äusseren und inneren Reize genügt, um sofort, aber freilich nur momentan, die Aufmerksamkeit zu erregen; die Stimmung schwankt rasch und unvermittelt oft von einem Extrem ins andere. Die äussere Erregung ist meist nicht so sehr der Ausdruck stürmischer, unwiderstehlicher Affecte, als die Folge der leichteren und prompteren Uebertragung jedes Bewegungsimpulses in eine wirkliche Bewegung, des Wegfalles jener centralen Hemmungen, welche beim Gesunden den grössten Theil dieser Impulse schon im Entstehen zu unterdrücken pflegen.

Den Beginn der Erkrankung bildet sehr gewöhnlich ein mehr oder weniger ausgesprochenes Stadium depressiver Verstimmung. Der Kranke wird still, in sich gekehrt, weint häufig unmotivirt, klagt über Kopfdruck, Verdauungsstörungen, Beängstigung, äussert einzelne vage Versündigungsideen, schläft unruhig, hat schlechten Appetit und kommt rasch in seiner Ernährung herunter. Nach einigen Wochen scheint eine Besserung des Zustandes einzutreten; die depressive Verstimmung lässt nach; die Wahnideen treten zurück; der Kranke fühlt sich befreit und erleichtert, wird lebhafter und zugänglicher. Sehr bald in-

*) Mendel, Die Manie, eine Monographie, 1881.

dessen, oft schon nach wenigen Tagen, wird es klar, dass dieser Umschwung immer weiter über das Mass des Normalen hinausgreift. Der Kranke wird auffallend gesprächig, verliert dabei in seinen Erzählungen immerfort den Faden; seine Stimmung ist ausserordentlich gehoben, schlägt aber bei kleinen Anlässen leicht in heftige Zornausbrüche um, in denen er sich zu rücksichtslos gewaltsamem Vorgehen gegen seine lebende und leblose Umgebung hinreissen lässt. Zugleich entwickelt er eine unermüdliche Vielgeschäftigkeit, die ihn immer neue Pläne fassen und die halb ausgeführten nicht zu Stande kommen lässt. Er will etwas vor sich bringen, sein Leben geniessen, heirathen, beginnt nicht selten in unsinniger Weise zu excediren. Die Ernährung pflegt dabei noch weiter zu sinken; trotzdem fühlt sich der Kranke wohler und kräftiger als je, kennt keine Anstrengung oder Ermüdung, obgleich er immerfort in Thätigkeit ist und fast gar nicht zum Schlafen kommt.

Mit der Steigerung der Empfänglichkeit strömt ihm durch die Pforten der Sinne immer reichlicheres Material zu, so dass die einzelnen Wahrnehmungen in beschleunigter, bunter Folge einander abwechseln. Schliesslich nimmt jeder Gegenstand, den das schweifende Auge trifft, jeder Laut, der an sein Ohr dringt, seine Aufmerksamkeit in Anspruch, so dass er gänzlich ausser Stande ist, planmässig und im Zusammenhange, nach bestimmten „Gesichtspunkten“, irgend einen Vorgang in der Aussenwelt zu verfolgen. Alle Wahrnehmungen bleiben dabei wegen der Flüchtigkeit und leichten Ablenkbarkeit des Interesses undeutlich und oberflächlich erfasst, da sie nicht der auswählenden Beobachtung, sondern gänzlich dem Spiele des Zufalles ihre Entstehung verdanken.

Ganz ebenso verhält es sich mit dem Verlaufe der Vorstellungen. Auch hier tritt jedes auftauchende Erinnerungsbild sogleich mit einer gewissen Prätension in das Bewusstsein des Kranken ein, das vorhergehende rasch verdrängend und ebenso rasch vom nachfolgenden verdrängt. Diese abnorme Erleichterung der Apperception, die eine Auswahl unter den gegebenen Eindrücken und Vorstellungen unmöglich macht und den Bewusstseinsinhalt des Kranken

willenlos den Einflüssen der zufälligen Umgebung und dem Spiele der Association preisgiebt, lässt schliesslich schon die entferntesten und äusserlichsten Aehnlichkeiten genügen, um die associative Verbindung zwischen ganz heterogenen Elementen herzustellen. Durch derartige barocke, häufig gar nicht mehr controlirbare Gedankensprünge, bei deren Entstehung namentlich blosser Wortanklänge, Reime u. dergl. eine grosse Rolle spielen, verliert der beschleunigte Vorstellungsverlauf endlich vollständig seinen inneren Zusammenhang und löst sich in eine lockere Reihe bunt durcheinander gewürfelter Elemente auf; es entwickelt sich mit andern Worten das Symptom der ideenflüchtigen Verwirrtheit.

Die Fähigkeit zu irgend welcher intellectuellen Verarbeitung der aufgenommenen Eindrücke, zur Ausführung einer selbständigen logischen Denkopoperation ist damit aufgehoben. Die ungereimtesten Ideen werden von dem Kranken ohne Weiteres acceptirt; die grössten Widersprüche bleiben bei der Flüchtigkeit der ganzen Gedankenarbeit unbemerkt, weil inzwischen schon wieder neue und immer neue Bilder dieselbe unterbrochen und den Vorstellungsverlauf in dieser und jener Richtung, „aus dem Hundertsten ins Tausendste“ weiter geführt haben. So leicht, wie sie in das Bewusstsein eingetreten sind, so locker haften die einzelnen äusseren und inneren Eindrücke im Gedächtniss. Der Kranke weiss oft nach wenigen Minuten nicht mehr, was er kurz zuvor gesagt oder gethan hat; er vergisst, was er hat sagen wollen, dass er im Begriffe gewesen ist, sich zu waschen, anzuziehen, zu essen, aber nur, weil die vielfachen neuen, in ihm aufgestiegenen Vorstellungen und Absichten die früheren bereits verwischt haben.

Ausgeprägtere Sinnestäuschungen sind dem Krankheitsbilde der Manie fremd; nur illusionäre Verfälschungen der Wahrnehmung werden häufiger beobachtet. Ebenso wenig kommt es zur Ausbildung eigentlicher Wahnideen. Zwar behaupten die Kranken bisweilen, Kaiser, Millionär, Prinzenbraut, unsterblich zu sein, aber diese flüchtig und vorübergehend auftretenden Vorstellungen werden von ihnen selbst nicht ernst genommen; es sind phantastische Luft-

schlösser, mit denen sie spielen, ohne sie innerlich weiter zu verarbeiten.

Die Stimmung zeigt im Allgemeinen den expansiven Charakter, allein sie ist durchaus keine gleichmässige, wie in den melancholischen Zuständen, sondern es findet sich fast regelmässig ein häufiger und rascher Wechsel der Affecte, in dem allerdings die Lustgefühle meist immer wieder die Oberhand zu gewinnen und so dem ganzen Krankheitsbilde seine eigenthümliche Färbung zu verleihen pflegen. Mitten in den Paroxysmus der ausgelassensten Heiterkeit schiebt sich plötzlich jäh und unvermittelt eine vorübergehende traurige Verstimmung mit heftigem Weinen und Jammern, die ebenso rasch, wie sie hereinbrach, wieder in den früheren Zustand übergeht. Oder aber es kommt zu episodischen lebhaften Ausbrüchen von zorniger Gereiztheit mit der Neigung zu Angriffen auf die Umgebung, die bisweilen das ganze Krankheitsbild so sehr beherrschen, dass man eine eigene Form der Zornobsucht (*Mania furiosa*) aufgestellt hat. Diese Erfahrungen sprechen mit Sicherheit dafür, dass der Manie nicht sowol ein bestimmter Affect, als vielmehr die Leichtigkeit und Raschheit eigenthümlich ist, mit der die verschiedensten Affecte anwachsen und wieder verschwinden. Zweifellos ist dieser Wechsel derselben vielfach durch äussere Anlässe, die Behandlung des Kranken Seitens der Umgebung, zufällig aufgetauchte Vorstellungen, bisweilen vielleicht auch durch den Contrast bedingt.

Entsprechend der grösseren Lebhaftigkeit der Affecte und der Leichtigkeit ihrer Umsetzung gewinnt hier auch die motorische Erregung eine ausserordentliche Intensität. Der Kranke wird beherrscht von einem rücksichtslosen Bewegungsdrange, der ihn oft Tag und Nacht nicht zur Ruhe kommen lässt. Fast ohne Unterbrechung ideenflüchtig und zusammenhangslos perorirend, Grimmassen schneidend, bald lachend, bald weinend, bald zornig, dazwischen singend, johlend, pfeifend, in die Hände klatschend, springt und tanzt er im Zimmer herum, putzt und wischt am Boden, an den Wänden und Fenstern, sogar mit seinem Koth und Urin, poltert und trommelt an der Thür, ent-

kleidet sich, zerschlitzt seinen Anzug in schmale Streifen, um sie hundertfältig verknotet und verschlungen zu phantastischen Drapirungen zu benutzen. Ebenso werden auch andere irgend erreichbare Gegenstände gern in ihre Bestandtheile zerlegt, um aus ihnen neue Gebilde verschiedener Art zusammenzusetzen, wie es dem Kranken just die productive Phantasie des Augenblicks eingiebt. Alle möglichen unnützen Dinge, Steine, Holzstückchen, Glasscherben, Nägel, dörres Laub, Papierfetzen sammelt er eifrig und speichert er bei sich auf, um mit ihrer Hülfe Wände, Möbel, Fenster zu zerkratzen und mit Malereien oder Schriftzeichen zu bedecken oder unter Anwendung gekauten Brodes allerlei plastische Kunstwerke von zweifelhaftem Werthe zu verfertigen. Immer erfinderisch, immer geschäftig bringt er stets neue derartige Pläne zur Ausführung, sich selbst und seine Geschicklichkeit auf das Höchste bewundernd. Nicht selten dienen ihm dabei in Ermangelung anderer Materialien die eigenen Secrete und Excremente. Die sexuelle Erregung macht sich in unfläthigen Reden und in schamlosem Onaniren, beim weiblichen Geschlechte auch im Auflösen der Haare, Salben mit Speichel, häufigem Ausspucken, Schimpfen in obscönen Ausdrücken, namentlich geschlechtlichen Verdächtigungen des Wartepersonals Luft.

Für ihre Umgebung sind maniakalische Kranke im Allgemeinen nicht gerade gefährlich, wenn auch wegen ihrer fortwährenden lauten Unruhe und ihrer Neigung zu muthwilligen, übermüthigen, oft recht derben Scherzen häufig sehr lästig. In den Anfällen zorniger Erregung, wie sie durch eine ungeeignete, aufreizende Behandlung, bisweilen auch durch uncontrolirbare Antipathien hervorgerufen werden, kommen jedoch explosive, gewaltthätige Angriffe mit blinder Zerstörungswuth vor, in denen die Kranken unter Umständen recht gefährlich werden können.

In den höchsten Graden der maniakalischen Erregung ist das Bewusstsein sehr erheblich getrübt. Die Wahrnehmung der Aussenwelt ist eine völlig verworrene, traumhaft veränderte, der Vorstellungsverlauf überstürzt, zusammenhangslos und zerfahren, der Inhalt der Vorstellungen vag, undeutlich, verschwommen. Dabei besteht ein inten-

siver, triebartiger Bewegungsdrang. Die Bewegungen selbst haben den Charakter psychisch motivirter Handlungen verloren und erscheinen einfach als ziel- und zwecklose Symptome der heftigen centralen Erregungszustände, die sich in besonders schweren Fällen auch bisweilen durch gewisse „nervöse“ Reizungs- und Lähmungserscheinungen, Krämpfe in den Gesichts- und Extremitätenmuskeln, Ohnmachtsanfälle u. s. f. kundgeben können. Der Kranke wälzt sich am Boden, rutscht auf demselben herum, strampelt mit den Füßen, klatscht mit den Händen, schlägt mit denselben rhythmisch auf die Erde, bohrt den Kopf in die Kissen, schnaubt und bläst heftig u. s. w. Die Sprache ist hochgradig gestört; der Kranke reiht abgerissene, unverständliche Silben in zusammenhangsloser Folge an einander, oder er stösst nur unarticulirte, stöhnende Schreie aus. Diese schwersten, prognostisch ungünstigsten Formen der Manie hat man wol auch als *Mania gravis* bezeichnet, doch herrscht hinsichtlich dieser Benennung keine völlige Uebereinstimmung.

Der Schlaf ist in der Manie stets sehr erheblich gestört. Bei grösserer Intensität der Erregung besteht sogar oft völlige, höchstens auf eine oder wenige Stunden unterbrochene Schlaflosigkeit, die zuweilen Wochen, selbst Monate lang fort dauert. Der Appetit ist gesteigert, bisweilen sehr bedeutend, aber die stete Unruhe lässt den Kranken oft nicht zur regelmässigen Nahrungsaufnahme kommen. Die Ernährung pflegt im Laufe der Erkrankung zu sinken; das Körpergewicht zeigt regelmässig eine Abnahme. Bei der *Mania gravis* fällt dasselbe rapide; die Haut wird bleich, kühl und trocken; das Fett schwindet überaus rasch; die Gesichtszüge sinken ein. Die Temperatur ist normal oder hochnormal, besonders bei anhaltender Muskelerregung, der Puls etwas beschleunigt. Im Harn fand Mendel eine auffallende Abnahme des Phosphorsäuregehaltes.

Nicht selten besteht eine Erhöhung der Reflexerregbarkeit, die in schweren Fällen so hochgradig sein kann, dass die Kranken bei rascher Berührung plötzlich zusammenfahren und beim Einwirken starker äusserer Reize in einen förmlichen Paroxysmus ausgebreiteter Reactions-

bewegungen gerathen. Dagegen ist die centrale Empfänglichkeit wegen der tiefen Störung der Aufmerksamkeit bedeutend herabgesetzt. Unangenehme Eindrücke und Gemeingefühle werden von dem Kranken kaum empfunden und gar nicht beachtet, weil er keine Zeit hat, sich um sie zu kümmern, ähnlich, wie der Soldat im Kampfe den Schmerz der erhaltenen Wunde nicht fühlt, und wie wir Alles um uns herum, sogar unsere eigenen körperlichen Bedürfnisse, vergessen können, wenn unser Interesse durch irgend welche Wahrnehmungen intensiv in Anspruch genommen wird. Auf diese Weise erklärt sich die auffallende Unempfindlichkeit maniakalischer Kranker gegen Hitze und Kälte, gegen Hunger und Durst, gegen Schmerzen und Verletzungen. Nackt springen sie im kalten Zimmer herum oder setzen sich stundenlang dem glühenden Sonnenbrande aus; Essen und Trinken vergessen sie in unablässiger Beschäftigung mit ihren ideenflüchtigen Delirien; schonungslos reissen sie oft die Verbände von ihren Wunden und maltraitiren sie kranke Körpertheile, gebrochene Glieder u. dergl., ohne nur ein Zeichen des Unbehagens zu äussern.

Mit dieser centralen Unempfindlichkeit hängt auch das gänzliche Fehlen des Ermüdungsgefühls in den Muskeln zusammen. Trotzdem die Aufregungen bisweilen Wochen, ja viele Monate lang mit geringen Unterbrechungen in vollster Intensität fortdauern, ist der Kranke doch nicht matt und abgespannt; der Verbrauch der Muskelsubstanz erzeugt keine Unlustempfindung, zum Theil gewiss auch, weil das Gefühl der centralen Erleichterung aller Handlungen die Ermüdung nicht zur Apperception gelangen lässt. Auf diesem Umstande und der Rücksichtslosigkeit, mit der die Kranken ihre Glieder gebrauchen, beruht die verbreitete, unrichtige Anschauung, dass dieselben über aussergewöhnliche Körperkräfte zu verfügen haben. Eine Simulation dieses Zustandes muss regelmässig nach sehr kurzer Zeit an der Unmöglichkeit scheitern, das lähmende Ermüdungsgefühl durch die blosse Willensanstrengung zu überwinden. Beim Kranken genügt überdies bei der erhöhten Reizbarkeit schon der leiseste Impuls, ausgiebige Bewegungen auszulösen, während der Gesunde zur Erzielung

des gleichen Effectes eines unvergleichlich grösseren Aufwandes von Willensenergie bedürfen würde.

Die Manie ist eine nicht gerade seltene psychische Krankheitsform. Am häufigsten tritt sie zwischen dem 20. und 25. Lebensjahre auf; erschöpfende Einflüsse, acute Krankheiten, Puerperium, lebhafte Affecte und Excesse sind wol als die wichtigsten Ursachen der Psychose zu bezeichnen. Bei sehr acut hereinbrechenden Causalmomenten (Puerperium, starke Blutverluste, erschöpfende Krankheiten) kann das melancholische Vorstadium gänzlich fehlen oder doch nur ganz andeutungsweise vorhanden sein. Der Ausbruch der Erkrankung pflegt sich hier durch einige schlaflose Nächte, unbezwingliche Unruhe, auffallende Gesprächigkeit, Zerstreutheit, vorübergehende Verwirrtheit und laute Selbstgespräche anzukündigen.

Der Verlauf der Manie ist nur sehr selten ein gleichmässiger. Fast immer beobachtet man mannigfache Nachlässe und Verschlimmerungen der Psychose ohne bestimmte Regelmässigkeit. Selbst in den schwersten Formen der Erkrankung mit starker Bewusstseinsstörung kann bisweilen vorübergehend eine gewisse Besonnenheit zurückkehren, auch wenn der Weg zur Reconvalescenz noch ein recht weiter ist. Der Nachlass der Krankheitserscheinungen vollzieht sich ebenfalls immer unter gewissen Schwankungen. Allerdings können die stürmischen Erscheinungen bisweilen ziemlich plötzlich, nach einer oder einigen gut durchschlafenen Nächten, zurücktreten. Die Kranken werden besonnen, ruhiger und zeigen eine gewisse Krankheitseinsicht; dennoch aber besteht auch hier regelmässig noch einige Zeit hindurch eine leichte maniakalische Erregung mit grosser Neigung zu gelegentlichen, kurz dauernden Recidiven, Zornausbrüchen u. s. w. In der Mehrzahl der Fälle, namentlich in allen chronischer verlaufenden, erfolgt der Eintritt in die Reconvalescenz unter sehr allmählichem Nachlasse der Symptome, mit vielfachem Wechsel von Exacerbationen und Remissionen. Bisweilen nimmt die maniakalische Erregung in dieser Periode einen eigenthümlich albernen, schwachsinnigen Charakter mit kindischer Geschwätzigkeit und läppi-schem Benehmen an. Dieser Zustand, den man als „Moria“

zu bezeichnen pflegt, kann indessen im weiteren Verlaufe doch noch in völlige Heilung hinüberführen.

Sehr gewöhnlich beobachtet man mit dem Zurücktreten der Aufregung ein kürzer oder länger andauerndes Stadium der Erschöpfung, namentlich nach den schwereren und länger dauernden Formen der Manie. Der Kranke ist deprimirt, still, zieht sich zurück, giebt einsilbige, zögernde Antworten, äussert Besorgnisse für seine Zukunft, ist empfindlich gegen alle stärkeren äusseren Einwirkungen. Die psychischen Functionen, der Verlauf und die Verbindung der Vorstellungen sind verlangsamt und erschwert; es tritt schon bei leichten Anstrengungen rasch Ermüdung ein; die frühere Elasticität und Activität ist gänzlich verschwunden. In sehr schweren Fällen kann es sogar zur Ausbildung einer förmlichen Dementia acuta kommen. Nach und nach indessen verlieren sich diese Erscheinungen; mit der zunehmenden körperlichen Kräftigung stellt sich nach einigen Wochen oder Monaten auch die alte psychische Leistungs- und Widerstandsfähigkeit wieder her. Die Erinnerung an die Zeit der Krankheit ist im Allgemeinen um so klarer, je weniger das Bewusstsein getrübt war. Bei leichteren Formen haften meist alle Einzelheiten sehr getreu im Gedächtnisse, während die Kranken für die Zeit der ideenflüchtigen Verwirrtheit nur eine undeutliche und summarische Erinnerung zu bewahren pflegen.

Die Dauer der Manie beträgt im Mittel 5—7 Monate, selten über ein Jahr, selten auch weniger als 8—10 Wochen. Die Prognose ist im Allgemeinen eine sehr günstige; etwa $\frac{4}{5}$ der Fälle kommen zur Heilung. Mit der Dauer der Krankheit nimmt die Aussicht auf völlige Genesung ab. Die Gefahren, welche den Kranken drohen, sind einmal die „Heilung mit Defect“ und der Uebergang in unheilbare Schwächezustände, dann aber der Eintritt des tödtlichen Endes in Folge von Erschöpfung oder von schweren somatischen Complicationen. Die erstgenannten Möglichkeiten scheinen namentlich bei prädisponirten Individuen nahe zu liegen. Es kommt hier nach dem Schwinden der heftigen Krankheitserscheinungen öfters nicht zu einer vollständigen Wiederherstellung, sondern es bleibt dauernd

namentlich eine grössere Labilität des gemüthlichen Gleichgewichtes (erhöhte Reizbarkeit, leichte Bestimmbarkeit), bisweilen auch eine leichte Schwäche der Intelligenz zurück. In anderen Fällen stellen sich, spontan oder durch besondere Anlässe (Aerger, Menses) hervorgerufen, häufige vorübergehende Aufregungszustände ein, ein Krankheitsbild, welches man wol als „chronische Manie“ bezeichnet, welches aber entschieden bereits dem Formenkreise des Schwachsinnes angehört. Bei längerer Beobachtungsdauer sieht man dasselbe regelmässig in völligen Blödsinn, vorzüglich in die agitirten Formen desselben übergehen. Die tieferen Affecte des Aufregungsstadiums verlieren sich gänzlich, aber die Zusammenhangslosigkeit und Verwirrtheit des Vorstellungsverlaufes, sowie ein grimmassenhafter Rest des früheren Bewegungsdranges pflegt sich zu erhalten.

Der Ausgang in Tod ist bei der Manie nicht sehr häufig (etwa 3—5% der Fälle). Derselbe kann durch verschiedenartige intercurrente Erkrankungen, durch einfache Erschöpfung, durch Verletzungen und durch Fettembolien der Lungen in Folge von ausgedehnten Zerquetschungen oder Vereiterungen des Unterhautzellgewebes herbeigeführt werden.

Die pathologische Anatomie der Manie hat bisher keinerlei gesicherte und constante Befunde aufzuweisen. Auf die häufig berichtete Hyperaemie des Hirns und seiner Häute ist wegen der bekannten Fehlerquellen, welche der Beurtheilung von Blutfüllungen an der Leiche anhaftet, kein grosses Gewicht zu legen. Die Theorie der Manie entbehrt daher für jetzt wenigstens leider gänzlich der somatischen Grundlage und muss sich mit der Annahme functioneller Störungen im Ablaufe der psychischen Vorgänge begnügen.

Die Diagnose der Manie bietet meist keine besonderen Schwierigkeiten. Am wichtigsten ist es in prognostischer, wie therapeutischer Beziehung, sie von den Aufregungszuständen der Paralytiker abzutrennen. In Betracht kommen hier namentlich die lange Dauer der Vorläufer, der exorbitante, schwachsinnige Charakter der Grössen-delirien und die sonstigen Zeichen der psychischen Schwäche,

das meist höhere Alter der Kranken, sowie das Hervortreten von nervösen Erscheinungen. Die Entscheidung, ob wir es mit einem einzelnen Anfalle einer periodischen oder circulären Erkrankung zu thun haben, kann oft nur auf Grund der Anamnese gefällt werden; zu berücksichtigen ist indessen, dass die leichtesten Formen tobsüchtiger Erregung mit völliger Besonnenheit regelmässig dem cyclischen, seltener dem periodischen und, nach meiner Erfahrung wenigstens, niemals dem einfachen Irresein anzugehören pflegen. Von den melancholischen Aufregungszuständen unterscheidet sich die Manie hauptsächlich durch den Stimmungswechsel, sowie die allseitige Erleichterung und Beschleunigung der Vorstellungsverbindungen (Ideenflucht). Der asthenischen Verwirrtheit fehlt ebenfalls die specifische Ideenflucht und namentlich der impulsive motorische Drang; febrile Delirien endlich, Intoxikationen, epileptische Psychosen werden theils aus der Anamnese, theils aus den körperlichen Begleiterscheinungen, theils aus ihrem raschen Verlaufe erkannt.

Die Behandlung der maniakalischen Zustände hat vor Allem die Abhaltung äusserer Reize, dann aber die Herabsetzung der psychischen Erregbarkeit ins Auge zu fassen. Sobald der Kranke Neigung zu Zornausbrüchen und Excessen, oder eine für seine ökonomische Stellung gefährdende Unternehmungslust zeigt, ist seine Ueberführung in die Anstalt dringend geboten. In den milderen Formen genügt schon die Ruhe des Anstaltslebens, um einen Nachlass der Krankheitserscheinungen herbeizuführen; für die schwereren Fälle kommt als ein bisweilen äusserst prompt wirkendes Beruhigungsmittel die Isolirung in Betracht, die den doppelten Zweck einer Abhaltung äusserer Reize und eines Schutzes der Umgebung vor den Gewaltacten des Kranken erfüllt. Mechanischer Zwang wirkt dagegen erfahrungsgemäss als mächtiger, die Aufregung immerfort steigender Reiz. Auch die Isolirung darf indessen niemals lange fortgesetzt werden. Wo es irgend angeht, ist es geboten, maniakalische Kranke wenigstens für einige Stunden täglich unter specieller Aufsicht, getrennt von ihren Mitpatienten, in einer leeren Abtheilung oder einem Garten sich ungehindert ergehen zu lassen.

Wochen oder gar Monate ununterbrochen andauernde Isolirung ist durchaus zu vermeiden.

Zur Herabsetzung der erhöhten Reizbarkeit sind vor Allem verlängerte Bäder zu empfehlen, die man passend mit kalter Berieselung oder Eisumschlägen auf den Kopf verbindet. Recht häufig erzielt man schon durch die einfache Bettlagerung eine erhebliche und dauernde Beruhigung, besonders bei sehr schwachen und blutleeren Kranken (eventuell Bettstellen mit hohen gepolsterten Seitenwänden oder niedriges Lager auf dem mit Matratzen bedeckten Boden). Wo Hirnanaemie und die Gefahr eines Collapses besteht, zieht man Stimulantien, namentlich Alkoholica (Grog, Glühwein, Champagner), auch Campher, Moschus, Aether, letztere allerdings mit meist nur ganz momentanem Erfolge, in Anwendung; gleichzeitige Herzschwäche indicirt vorsichtige Gaben von Digitalis. Gegen die sexuelle Erregung wird Bromkalium empfohlen. Bei andauernder hochgradiger Schlaflosigkeit leisten das Paraldehyd, das Chloralhydrat, das Hyoscin nicht selten vorzügliche Dienste. Nur in ganz vereinzelt Fällen, dort nämlich, wo die Symptome von Hirnreizung (Krämpfe, Myosis, Trismus, Nackenstarre u. dergl.) auftreten, passen die früher in sehr ausgiebigem Massstabe geübten Blutentziehungen und zwar in Form von Blutegeln an den Warzenfortsätzen. Allgemeine Blutentziehungen sind durchaus zu vermeiden. Bei sehr erheblich gesteigerter Reflexerregbarkeit hat man kleine, mehrmals täglich wiederholte Morphininjectionen angewendet.

Von der grössten Wichtigkeit ist natürlich auch hier wieder die Sorge für eine ausreichende Ernährung und für die hygienischen Bedürfnisse. Auf der Höhe der Erregung gestattet die Verwirrtheit oft den Kranken keine regelmässige Aufnahme copióser Mahlzeiten, doch gelingt es hier mit Geduld und immer wiederholtem Anbieten, Abwarten des günstigen Augenblickes, stets zum Ziele zu kommen; besonders ist auch auf die genügende Zufuhr von Flüssigkeiten zu achten. Gute Erwärmung der Zimmer ist wegen der Neigung zur Entkleidung nothwendig. Gegen die Unreinlichkeit schützt nur eine gute Beaufsichtigung,

die einerseits dem Kranken recht oft Gelegenheit zur Befriedigung seiner Bedürfnisse verschafft, andererseits aber jede geschehene Verunreinigung sofort beseitigt. Vernachlässigung dieser Regeln erzeugt, namentlich bei länger dauernder Isolirung, leicht die höchst unangenehme und oft schwer zu beseitigende Unsitte des Schmierens.

Die Bekämpfung der Erschöpfungszustände folgt den schon früher ausführlich mitgetheilten Regeln. In der Reconvalescenz ist es hauptsächlich wieder die Beschaffung einer passenden Beschäftigung, welche zur Ablenkung der noch bestehenden psychischen Erregung, wie zur Anregung der neu erwachenden gesunden Interessen dient. Vermeidung von Excessen und gemüthlichen Emotionen ist von besonderer Wichtigkeit, da diese Momente die häufigsten Gelegenheitsursachen von Recidiven darstellen.

Die psychische Behandlung des Tobsüchtigen hat vor Allem jede Reizung desselben so viel wie möglich zu vermeiden, da dieselbe sehr leicht zu heftigen Zornausbrüchen und grosser Widerspenstigkeit des Kranken führt. Ruhige Freundlichkeit, im geeigneten Momente mehr scherzhaftes Eingehen auf die heitere Stimmung desselben, vorsichtiges, geduldiges Laviren erleichtern den Verkehr ungemein und machen oft den in ungeschickten Händen recht gefährlichen und gewaltthätigen Kranken lenksam und gutmüthig. In der Reconvalescenz ist es häufig sehr schwer, eine vorzeitige Entlassung des noch immer erregten, sich gesund fühlenden Kranken zu verhüten, besonders wenn auch die Angehörigen desselben keine klare Einsicht in den krankhaften Zustand besitzen. Sind die häuslichen Verhältnisse günstig, so kann hier eher ein Entlassungsversuch gewagt werden, als bei den selbstmordsüchtigen Melancholikern; im andern Falle muss man hoffen, das unbeirrte Hinausschieben dieses Termins nach erfolgter völliger Genesung Seitens des Kranken selbst gebilligt zu sehen.

III. Die Delirien.

Als Delirien bezeichnen wir eine Gruppe rasch verlaufender psychischer Störungen, welche mit traumartiger Trübung des Bewusstseins und mehr oder weniger ausgesprochenen Reizerscheinungen (massenhaften Sinnestäuschungen, Aufregungszuständen) einhergehen. Die Entstehungsursachen des Deliriums haben, wie es scheint, das Gemeinsame, dass sie eine acute und intensive Reizwirkung auf die centrale Nervenmasse ausüben. Der besondere Charakter dieser Einwirkung und damit die Färbung des Krankheitsbildes kann sich natürlich je nach der Eigentümlichkeit des Causalmomentes ausserordentlich verschieden gestalten; unter praktischem Gesichtspunkte indessen lassen sich wesentlich vier Hauptformen des Deliriums von einander abtrennen: das Fieberdelirium, das Intoxikationsdelirium, das transitorische Delirium und die hallucinatorische Verwirrtheit.

A. Das Fieberdelirium.

Den Fieberdelirien hat man wegen ihrer kurzen Dauer und ihres „symptomatischen“ Charakters häufig die Zugehörigkeit zu den Geisteskrankheiten überhaupt streitig gemacht; eine fortschreitende Erfahrung hat uns indessen noch weit kürzer dauernde Psychosen kennen gelehrt und uns zu einer wesentlich symptomatischen Auffassung jeglichen Irreseins geführt. Das Krankheitsbild, welches die Fieberdelirien darbieten, ist kein gleichförmiges; vielmehr

können wir mit Liebermeister*) mehrere Grade der Störung unterscheiden, welche augenscheinlich der Intensität des krankhaften Vorganges im Gehirn parallel gehen und uns von den Erscheinungen der Reizung allmählich in diejenigen der Lähmung und völligen Vernichtung der psychischen Functionen hinüberführen.

Der erste Grad des febrilen Deliriums kennzeichnet sich durch eine gewisse Unruhe, Reizbarkeit, Empfindlichkeit gegen stärkere Sinneseindrücke und Störung des Schlafes mit lebhaften, ängstlichen Träumen. Im zweiten Grade greift die Bewusstseinsstörung tiefer; die Wahrnehmung wird durch illusionäre und hallucinatorische, rasch sich mehrende Sinnes-täuschungen verfälscht; die Vorstellungen gewinnen eine grosse Lebendigkeit; der Verlauf derselben beschleunigt sich und entzieht sich in buntem, traumartigem Zusammenhange dem bewussten Einflusse der Kranken. Sie glauben sich von fabelhaften Gestalten bedroht und ringen in verzweifeltem Kampfe mit imaginären Gegnern; sie sehen aus den Arabesken der Tapete sich grinsende Fratzen oder Engelsköpfe bilden, die sich loslösen und im Zimmer herumfliegen; sie fühlen, wie ihnen der Kopf abgenommen wird, wie Jemand an ihrer Bettdecke zupft. Federleicht, schwebend werden sie über bunte, fabelhafte Gegenden, durch prächtig geschmückte Räume getragen; Glockenläuten ertönt und wirres Schreien, ein pathetisches Verdammungsurtheil oder liebliche Musik. In alle diese zusammenhangslosen Phantasien hinein mischen sich dann einzelne wirkliche Wahrnehmungen, die auch wol für Augenblicke den Kranken zur Besonnenheit zurückrufen; alsbald aber versinkt er wieder in die Fluth der massenhaft hereindringenden Täuschungen. Zugleich wächst die Unruhe; lebhafte expansive oder depressive Gefühle tauchen auf und entwickeln sich zu Affecten, bis dann auf der Höhe des dritten Grades das Krankheitsbild einer starken Bewusstseinstrübung mit völliger Unbesinnlichkeit, verworrener Ideenjagd, heftigen, oft wechselnden Affecten und mächtigem, selbst furibundem

*) Liebermeister, Deutsches Archiv für klin. Medicin I, p. 543.

Bewegungsdrange zur Ausbildung gelangt ist. Allerdings gesellen sich nun schon häufig einzelne Lähmungssymptome diesen psychischen Reizungserscheinungen hinzu (vorübergehende soporöse Zustände, Schwäche und Unsicherheit der Bewegungen) und deuten bereits den Uebergang in den völligen Verfall des psychischen Lebens an. Im vierten Grade schwächt sich die Erregung zum Flockenlesen und unsicheren Herumtasten ab. Der Kranke murmelt einzelne zusammenhangslose Worte oder Sätze vor sich hin (blande, mussitirende Delirien) und versinkt schliesslich in einen Zustand dauernder Betäubung (Koma, Karus, Lethargie), aus dem er gar nicht oder doch nur durch sehr kräftige Reize vorübergehend erweckt werden kann (Koma vigil).

Als die pathologische Grundlage der Fieberdelirien sind einmal die Temperatursteigerung, ferner die Beschleunigung des Stoffwechsels, wahrscheinlich auch active, später venöse Hyperaemie des Gehirns, endlich sehr häufig die Wirkung infectiöser Krankheitsgifte anzusehen. Die Prädisposition spielt bei der eingreifenden Natur dieser ursächlichen Momente eine verhältnissmässig geringe Rolle, doch ist es eine sehr bekannte Erfahrung, dass jüngere Lebensalter, Frauen und neuropathische Individuen schon bei niedrigeren Fiebergraden leichter zu Delirien geneigt sind.

Die Prognose dieser Störungen wird durch den Umstand getrübt, dass dieselben vorzugsweise schwerere Erkrankungensfälle zu begleiten pflegen; nach meiner Statistik starben 35,6⁰/₀ der Patienten, doch haben dabei nur sehr ausgeprägte Formen der Delirien Verwerthung gefunden. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (70,6⁰/₀) übersteigt die Dauer der Alienation eine Woche nicht; fast regelmässig schwindet dieselbe mit dem Abfalle des Fiebers. Nicht allzu selten indessen bleiben einzelne der auf der Höhe der Erkrankung entstandenen krankhaften Ideen noch einige Zeit uncorrectirt. Der im Delirium gesammelte Reichtum, die prächtigen Equipagen, über welche der Kranke verfügte, das über ihn gesprochene Todesurtheil, die Unthat, die er begangen hat, beglücken und quälen ihn noch so lange, bis allmählich die getrübt Besonnenheit sich vollständig wieder klärt. In einzelnen Fällen nimmt die

Psychose einen noch chronischeren, sich über einige Wochen oder Monate hinziehenden Verlauf (Uebergang in acute Demenz, hallucinatorischen Wahnsinn u. s. f.); wir haben dann an tiefere, sich nur langsam ausgleichende Ernährungsstörungen zu denken. Sehr selten geht das Delirium in unheilbare Schwächezustände über.

Die Therapie der Fieberdelirien ist im Allgemeinen mit derjenigen des Grundleidens identisch. Die Anwendung des Eisbeutels auf den Kopf dient dann noch mit gutem Erfolge besonders der Herabsetzung der Temperatur und der Bekämpfung der Hirnhyperraemie. Einen sehr entschiedenen Einfluss auf die Milderung der Fieberdelirien üben ferner die Anwendung kühler Bäder, sowie kalte Einwicklungen und Abreibungen bei andauernd hohem Stande der Eigenwärme aus. Weniger leisten die sonstigen Fiebermittel, die ja zum Theil selbst Delirien zu erzeugen im Stande sind. In symptomatischer Beziehung ist ausser den durch die körperliche Erkrankung selbst erforderten therapeutischen Massnahmen auf sorgfältige Ueberwachung deliriöser Kranker Bedacht zu nehmen, da dieselben unter allen Umständen sich und Andern gefährlich werden (gewalththätig werden, entfliehen, aus dem Fenster springen) können. Furibunde Delirien pflegen in Krankenhäusern mit der Zwangsjacke behandelt zu werden; in der Irrenanstalt gelingt es unter dem Beistande eines ruhigen und gewandten Personals regelmässig, mit der einfachen hydropathischen Fiebertherapie durchzukommen. Medicamentöse Mittel, insbesondere Morphinum und Chloralhydrat erweisen sich meist nicht von erheblichem Nutzen, dürften im Gegentheil nicht selten geradezu schädlich wirken. Bei drohendem Collapse sind Stimulantien (Alkoholica, Campher etc.), nach dem Fieberabfalle ist eine roborirende Behandlung am Platze.

B. Die Intoxikationsdelirien.

So gering im Allgemeinen wegen der relativen Seltenheit ihres Vorkommens die praktische Bedeutung der Intoxikationsdelirien sich gestaltet, so gross ist doch das theo-

retische Interesse, welches sie in Anspruch nehmen dürfen, weil gerade bei ihnen die ätiologische Abhängigkeit ganz bestimmter psychischer Symptomencomplexe von eindeutigen chemischen Einwirkungen auf die nervösen Centralorgane klar vor Augen liegen sollte. Freilich ist diese Forderung erst für ganz wenige Formen dieser Delirien zureichend erfüllt; vielfach kennen wir noch nicht einmal die chemische Natur des Giftes selber, in anderen Fällen doch nicht die Art seiner Wirkung auf die Nervensubstanz.

Vor Allem gilt dies für jene Intoxikationen, welche durch Mikroorganismen verursacht werden, für die Infectionskrankheiten. Wie bereits früher angedeutet, kommen hier Delirien zur Beobachtung, welche bei dem Mangel anderweitiger Causalmomente (Fieber, Organerkrankungen) wesentlich auf die Vergiftung durch das infectiöse Ferment zurückgeführt werden müssen. Dahin gehören namentlich die Delirien der Lyssa, dann die im ersten Beginne der Erkrankung auftretenden „Initialdelirien“ des Typhus und der Variola, ferner jene Formen der Intermittens larvata, bei denen an Stelle der typischen Fieberanfälle deliriöse, bisweilen ganz afebrile Aufregungszustände sich einstellen. Gemeinsam ist allen diesen Störungen der Symptomencomplex tiefer Bewusstseinstrübung mit schreckhaften, verworrenen Sinnestäuschungen, intensiven Angstzuständen und der Neigung zu grässlichen Gewaltacten, Mord und Selbstmord. Dazu gesellen sich die körperlichen Symptome der einzelnen Erkrankungen, die Reflexkrämpfe der Lyssa, die Hinfälligkeit und die Kopfschmerzen des Typhus, das Prodromalexanthem der Variola, die Milzschwellung der Intermittens, endlich leichte oder ausgesprochenere Temperatursteigerung, sowie fast völliger Mangel des Schlafes und Appetites. Bei der Lyssa schieben sich dazwischen nicht selten kürzere Zeiten völliger Besonnenheit ein, in denen der Kranke seine Umgebung selber vor sich warnt. Ebenso bieten die Initialdelirien, welche zunächst in der Nacht aufzutreten pflegen, während des Tages meist Remissionen dar, aber der Kranke befindet sich auch dann in einem Zustande dumpfer Benommenheit, der ihn keine Klarheit über seine Lage gewinnen lässt.

Die Dauer der Störung beträgt in der Regel nur einige Tage, selten mehr als eine Woche. Beim Wechsel-
fieber pflegen sich die eine Reihe von Stunden dauernden Anfälle in intermittirendem Typus mehrmals zu wiederholen. Die Prognose gestaltet sich sehr verschieden. Die Delirien der Lyssa endigen regelmässig im tödtlichen Collapse. Beim Typhus kann die Störung mit dem deutlicheren Hervortreten der somatischen Symptome abschliessen oder aber direct in febrile Delirien übergehen. In jedem Falle ist hier die Gefahr eines tödtlichen Ausganges der Erkrankung eine ganz ungewöhnlich grosse; wenig mehr, als ein Drittel der Kranken bleiben am Leben und gelangen zur Genesung. Dem gegenüber ist die Prognose der Intermittensdelirien, abgesehen von der Selbstmordgefahr, eine durchaus günstige.

Die Erkennung dieser Psychosen hat namentlich beim Initialdelirium bisweilen Schwierigkeiten. Nicht allzuselten kommt es vor, dass dasselbe für eine beginnende Angstmelancholie oder für einen epileptischen Dämmerzustand gehalten wird, mit dem es in der That sehr grosse Aehnlichkeit besitzt. Der weitere Verlauf wird hier natürlich immer Aufklärung bringen. Die Intermittensdelirien können ebenfalls mit epileptischen Aequivalenten oder aber mit dem transitorischen Delirium verwechselt werden; die Beachtung der Malariaintoxikation, eventuell die typische Wiederkehr der Anfälle kann davor schützen.

Die Behandlung der Delirien ist mit derjenigen der zu Grunde liegenden Erkrankungen identisch; speciell verdient erwähnt zu werden, dass die Intermittenspsychose dem therapeutischen Einflusse des Chinin sich zugänglich zu erweisen pflegt. Genaue Ueberwachung ist hier begreiflicherweise überall dringend geboten.

Eine grosse, aber bisher wenig gewürdigte und studirte Mannichfaltigkeit der psychischen Symptome bieten jene Delirien dar, welche durch die Intoxikation mit nicht organisirten Giften hervorgerufen werden. Im Allgemeinen pflegen hier ausgeprägtere Trugwahrnehmungen auf den verschiedensten Sinnesgebieten, traumhafte, bunt wechselnde Phantasien, vielfach mit lebhaften Lustgefühlen und ekstatischen Zuständen, meist ohne stärkere motorische Erregung,

die Grundzüge des Krankheitsbildes zu liefern. Beim Chloroformdelirium tritt namentlich die eigenthümliche Unbesinnlichkeit in den Vordergrund, bei der Santoninvergiftung Gesichtshallucinationen und das „Gelbsehen“, unter der Einwirkung des Atropin die Gesichts- und Gehörstäuschungen. Das Haschischdelirium dagegen scheint ganz besonders gewisse Alterationen des Muskel- und Tastsinnes zu erzeugen, wie sie sich in den illusionären Veränderungen der äusseren und der Dimensionen des eigenen Körpers psychologisch widerspiegeln. Ausserdem entrückt der Opium- und der Haschischrausch das Individuum seiner realen Umgebung, gaukelt ihm angenehme, phantastische Bilder und Erlebnisse vor und versetzt dasselbe in heitere, selbstzufriedene Stimmung.

Die Stickstoffoxydulnarkose scheint demselben, abgesehen von der viel kürzeren Dauer, hinsichtlich der Färbung des Deliriums ähnlich zu sein; sie hat eine gewisse praktische Wichtigkeit erlangt wegen der bei ihr beobachteten Häufigkeit und Deutlichkeit sexueller Hallucinationen, welche schon mehrfach zu falscher Anschuldigung der narkotisirenden Zahnärzte geführt hat. Auf eine eingehendere Schilderung aller dieser und so vieler ähnlicher deliriöser Zustände, sowie ihrer körperlichen Begleiterscheinungen kann hier natürlich nicht eingegangen werden; es muss vielmehr in dieser Hinsicht auf die Lehrbücher der Toxikologie*) verwiesen werden.

Die Dauer dieser Intoxikationsdelirien ist regelmässig eine kurze, selten einige Stunden oder höchstens Tage überschreitende; die Prognose richtet sich ganz nach der Schwere der Vergiftung überhaupt. Die Diagnose wird zumeist aus den begleitenden Umständen, wie aus den somatischen Symptomen gestellt werden können; die Behandlung ist eine einfach causale nach den von der Toxikologie vorgeschriebenen Grundsätzen.

*) v. Ziemssen's Handbuch der Pathologie und Therapie, Bd. XV.

C. Das Delirium transitorium.

Als Delirium transitorium (transitorische Tobsucht*), Mania transitoria) bezeichnet man eine nicht sehr häufige psychische Erkrankung mit tiefer Bewusstseinsstörung und heftiger motorischer Erregung, welche sich durch ihr plötzliches, unvermitteltes Entstehen und ihren raschen Verlauf von den übrigen Formen der Delirien abgrenzt. Nach ganz kurz dauernden, unbestimmten Vorboten (Ohrensausen, Funkensehen, Druck und Pulsiren im Kopfe, Umsinken), oder auch ganz ohne solche Prodromalerscheinungen fängt der Kranke plötzlich an, in zorniger Erregung gegen seine Umgebung gewalthätig zu werden. Unter furchtbaren Drohungen greift er seinen Nachbar rücksichtslos an, richtet aber seine Wuth nicht bloss gegen Personen, sondern mit derselben blinden Zerstörungssucht auch gegen Alles, was ihm gerade in die Hände fällt. Mit stark geröthetem Kopfe und stierem Gesichtsausdrucke, kurze, abgerissene Sätze oder ein unarticulirtes Schreien und Brüllen ausstossend, tobt er plan- und ziellos herum und pflegt gewöhnlich binnen kurzer Zeit eine vollständige Verwüstung unter den ihn umgebenden Gegenständen anzurichten.

Soweit man aus seinen fragmentarischen Aeusserungen entnehmen kann, glaubt er sich von grässlichen Gefahren umgeben, die er mit Aufgebot seiner ganzen Kraft zu bekämpfen sucht. Er sieht Räuber und Mörder, wilde Fratzen und Ungeheuer auf sich eindringen, hört Schüsse fallen und riecht erstickende Dünste, welche seinem Leben ein Ende machen sollen, aber Alles in wildem, verschwommenem Wechsel, ohne klaren Zusammenhang.

In dieser Form dauert der Paroxysmus gewöhnlich ohne Unterbrechung eine Reihe von Stunden an, bis zur völligen Erschöpfung; seltener beobachtet man vorübergehenden Nachlass und nochmalige Steigerung der Aufregung. Der Abschluss des Anfalles vollzieht sich ausnahmslos durch das plötzliche Eintreten eines tiefen und lang dauernden Schla-

*) Schwartzer, Die transitorische Tobsucht, 1880.

fes, aus dem der Kranke mit dem Gefühle der Abgeschlagenheit, aber bei vollständiger Besonnenheit und ohne jegliche Erinnerung an das Vorgefallene erwacht.

Die Aetiologie des Delirium transitorium ist eine dunkle. Wie es scheint, können eine Reihe von Gelegenheitsursachen den Ausbruch desselben herbeiführen, namentlich heftige, unangenehme Gemüthsbewegungen, sexuelle Erregung, schwere Indigestionen, der Aufenthalt in überhitzten, schlecht ventilirten Räumen, leichte Berauschung; in der Regel wirken wol mehrere dieser Factoren zusammen. Auf die hereditäre und überhaupt psychopathische Prädisposition ist nach den Angaben von Schwartz hier kein besonderes Gewicht zu legen; vielmehr sollen regelmässig Personen betroffen werden, welche bis dahin keinerlei nervöse oder psychische Störungen dargeboten hatten. Männer sind in erheblich höherem Grade prädisponirt als Frauen. Als die pathologische Grundlage des Delirium transitorium pflegt man zumeist Congestivzustände des Gehirns anzusehen, doch müssen ohne Zweifel noch andere Momente hinzukommen, um gerade jenen eigenthümlichen Symptomencomplex zur Auslösung zu bringen.

Die Prognose der Erkrankung ist als eine absolut günstige zu bezeichnen, da nicht nur der einzelne Anfall stets nach kurzer Zeit (längstens 10—20 Stunden) in Genesung überführt, sondern auch nach den bisherigen Erfahrungen die Wiederholung derartiger Paroxysmen im Ganzen sehr selten ist. Nur dort, wo ganz bestimmte Ursachen, namentlich der Genuss von Alkohol, die Störung herbeizuführen pflegen, kann natürlich in gleicher Weise dasselbe Krankheitsbild immer von Neuem wieder entstehen.

Der schwierigste Punkt in der Lehre vom Delirium transitorium ist die Abgrenzung desselben von einer Reihe nahe verwandter Erkrankungen. Schwartz hat mit grossem Scharfsinn die charakteristischen und unterscheidenden Merkmale dieser Störung zusammengestellt, allein es erscheint zweifelhaft, ob im einzelnen Falle wirklich immer eine so sichere Differentialdiagnose möglich ist. Von gewissen Formen der epileptischen Dämmerzustände lässt sich das Delirium transitorium als Krankheitsbild schlechterdings

nicht unterscheiden; nur der gänzliche Mangel an sonstigen epileptischen Symptomen und die Isolirtheit des Anfalles kann hier die Diagnose begründen. Gegenüber dem einfachen Rausch, mit dem es in der Praxis bisweilen verwechselt wird, ist das Missverhältniss zwischen dem genossenen Alkoholquantum und der plötzlich, ohne näheren Anlass hereinbrechenden furibunden Aufregung zu beachten.

Die Behandlung des Delirium transitorium hat bei der Eigenart dieser Störung kaum einen Spielraum. Die Beruhigung des Kranken durch Medicamente ist bisher regelmässig misslungen, doch besitzen wir vielleicht in dem Hyoscin ein Mittel, dessen Anwendung zur Coupirung des Anfalles versucht zu werden verdiente. Im Uebrigen müssen wir uns darauf beschränken, die Umgebung des Kranken vor seinem Wüthen zu sichern und den raschen Ablauf der Erkrankung abzuwarten.

D. Die hallucinatorische Verwirrtheit.

Die hallucinatorische Verwirrtheit wird charakterisirt durch das mehr oder weniger unvermittelte Auftreten zahlreicher Sinnestäuschungen. Der Beginn der Erkrankung fällt meistens in die Nachtstunden. Nach einer kurzen Zeit voraufgehender, vorzugsweise ängstlicher Verstimmung, oder auch ganz ohne Vorboten stellen sich plötzlich Hallucinationen ein, vor Allem solche des Gehörs, seltener des Gesichts. Der Kranke hört seinen Namen rufen, seine Angehörigen draussen um Einlass bitten, seine Kinder schreien, Glockenläuten, rauschende Musik, oder er sieht Feuer, bunte Landschaften, Blumen, schwimmende Menschenmassen u. dergl. In der Regel nimmt die Menge der hallucinatorischen Wahrnehmungen rasch zu. Der Inhalt derselben, namentlich der Gehörstäuschungen, ist gewöhnlich ein feindseliger, aufreizender, drohender. Aus dem Nebenzimmer, von der Strasse herauf, ja aus den Wänden und dem Fussboden des eigenen Zimmers gelst und zischt es dem Kranken in die Ohren, dass er ein Schuft sei, gestohlen habe, zum Tode verurtheilt, vergiftet werde. Meistens sind es nur

wenige, stereotype Worte und Sätze, die sich immerfort in ähnlicher Weise wiederholen. Natürlich geräth der Kranke sehr bald in grosse Angst und Verwirrung, und es kommt daher häufig genug jetzt zu einem energischen Selbstmordversuche (Sprung aus dem Fenster), oder auch zu Angriffen auf die vom Kranken für feindselig gehaltene Umgebung.

Nach der ersten heftigen Aufregung pflegt sich der Kranke etwas zu beruhigen, doch documentirt sich die Fortdauer der quälenden Sinnestäuschungen in seinem ganzen Benehmen. Er giebt wol auf einfache Fragen zutreffende Antworten, wird aber bei längerem Gespräch immer wieder durch seine Hallucinationen abgelenkt, indem er horchend mitten im Satze abbricht oder plötzlich auf die Beschuldigungen derselben in lebhafter Erregung laut antwortet. Ueber seine Umgebung und namentlich seine Situation ist er längere Zeit im Unklaren, da seine Hallucinationen es ihm unmöglich machen, sich in Ruhe zu orientiren. Ausgeprägtere Wahnideen bestehen nicht, abgesehen von jenen Vorstellungen, welche direct durch die Sinnestäuschungen angeregt worden sind, dass man ihn anschuldigen, umbringen, vergiften wolle. Die Stimmung ist meist eine ängstlich erregte, der Schlaf sehr unruhig, durch Hallucinationen und die Reaction gegen dieselben zeitweise völlig aufgehoben, die Nahrungsaufnahme wegen der Verwirrtheit und des Misstrauens der Kranken erheblich beeinträchtigt; das Körpergewicht pflegt rasch zu sinken.

Den häufigsten Anlass zur Entstehung der hallucinatorischen Verwirrtheit giebt die Untersuchungshaft und besonders die Einzelhaft. Wie es scheint, sind hier einmal die vorbereitenden psychischen Momente, dann aber namentlich die Stille und Abgeschiedenheit, welche die Reizbarkeit des Gehörssinnes schärft, von besonderer Bedeutung. Weiterhin werden ähnliche Zustände bei Augenkranken beobachtet. Hier scheinen die Gesichtstäuschungen zu überwiegen, doch mischen sich auch solche anderer Sinne, namentlich des Gehörs, fast regelmässig mit hinein. Die Dauer der Erkrankung beträgt häufig nur einige Tage, selten mehr als 2—3 Wochen. In der Regel pflegen schon nach kürzerer Zeit die Täuschungen nachzulassen, wenn auch

die volle Klarheit sich erst später allmählich einstellt. Die Prognose der Störung ist eine durchaus günstige.

Die hallucinatorische Verwirrtheit steht in naher Verwandtschaft zu dem Collapsdelirium einerseits, zu den acuten Formen des hallucinatorischen Wahnsinnes andererseits. Von dem ersteren grenzt sie sich ab durch ihre Entstehungsgeschichte, die längere Dauer, sowie durch das stärkere Hervortreten des hallucinatorischen Momentes gegenüber der allgemeinen psychischen Erregung und Verwirrung. Zudem pflegen dort die Täuschungen allen Sinnesgebieten anzugehören, einen traumhaft verschwommenen Charakter und eine sehr mannigfaltige Stimmungsfärbung zu besitzen, während wir es hier fast ausschliesslich mit sinnlich deutlichen, feindseligen Hallucinationen vorzugsweise eines Sinnes zu thun haben. Gegenüber dem acuten hallucinatorischen Wahnsinn ist auf die Massenhaftigkeit und zugleich Monotonie der Täuschungen, sowie auf die Verwirrtheit der Kranken aufmerksam zu machen.

Die Behandlung der Psychose hat ausser gehöriger Ueberwachung und der Sorge für Schlaf und Ernährung keine besonderen Aufgaben zu erfüllen. Die Versetzung in eine andere Umgebung und speciell in Gesellschaft ist natürlich absolut nothwendig, aber sie pflegt häufig schon allein die Wiederherstellung der Kranken zu bewirken. Bei einer Rückkehr in die Einzelhaft liegt die Gefahr von Recidiven ausserordentlich nahe.

IV. Die acuten Erschöpfungszustände.

Unter dem Namen der acuten Erschöpfungszustände fassen wir diejenigen psychischen Störungen zusammen, welche sich durch einen rasch eintretenden, mehr oder weniger hochgradigen Verfall der psychischen Functionen auszeichnen. Bisweilen sind dieselben, wenigstens vorübergehend, von psychischen und cerebralen Reizungserscheinungen begleitet. Da sie sich ausnahmslos unter Verhältnissen entwickeln, welche eine durchgreifende, acute Beeinträchtigung der Hirnernährung mit sich bringen, so sind wir berechtigt, mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Erschöpfung des centralen Nervensystems als die pathologische Grundlage der hier in Betracht kommenden Psychosen anzusehen, um so mehr, als das klinische Bild und der Verlauf dieser letzteren mit jener Auffassung im besten Einklange steht. Je nach der Art, wie sich die psychischen Reizungs- und Lähmungserscheinungen mit einander combiniren, können wir eine Anzahl verschiedener Krankheitsbilder von einander abgrenzen, von denen die ersten beiden, das Delirium acutum und das Collapsdelirium, eine nahe Verwandtschaft zu den früher besprochenen deliriösen Zuständen aufweisen, während in den beiden letzten Formen, der asthenischen Verwirrtheit und dem acuten Schwachsinn, die Situation ausschliesslich durch die Erscheinungen einer hochgradigen Herabsetzung der psychischen Leistungsfähigkeit beherrscht wird.

A. Das Delirium acutum.

Als Delirium acutum bezeichnet man einen Symptomencomplex, der wahrscheinlich keinem selbständigen Krankheitsprocesse, sondern einem pathologischen Vorgange ent-

spricht, welcher sich im Verlaufe sehr verschiedenartiger Psychosen (*Dementia paralytica*, Manie, *Delirium tremens*, *Melancholia activa*) entwickeln kann. Wie es scheint, handelt es sich dabei um eine rasch sich ausbildende Erschöpfung des centralen Nervensystems. Das klinische Bild der Störung hat daher auch neben einzelnen Reizungssymptomen vorzugsweise die Erscheinungen der Hirnlähmung aufzuweisen.

Den Ausgangspunkt des *Delirium acutum* bildet regelmässig ein Zustand intensiver, rasch sich steigernder Aufregung mit völliger Verwirrtheit und triebartigen motorischen Reactionen, dessen Natur zu diagnosticiren nicht immer möglich ist, wenn man nicht über eine genaue Anamnese verfügt. Meist schon nach kurzer Dauer dieses Zustandes treten mehr oder weniger plötzlich die Anzeichen einer wesentlichen Verschlimmerung hervor. Das Bewusstsein trübt sich bis zum Sopor; die lebhaften Delirien werden mussitirend; die motorische Erregung ermässigt sich zum Händeklatschen, Flockenlesen, Herumtasten und Zupfen an der Bettdecke; die Sprache wird zum unverständlichen Schreien oder Flüstern abgerissener, stereotyper Silben- und Buchstabencombinationen. Die Körpertemperatur bewegt sich in unregelmässigen Schwankungen zwischen 38° und 39°, steigt zuweilen bis auf 41°; der Puls ist klein, weich, frequent; im Harn findet sich mitunter Eiweiss. Die Nahrungsaufnahme ist fast völlig unmöglich (Unruhe, Ausspucken), der Schlaf gänzlich aufgehoben. Die Reflexerregbarkeit schwindet; es stellen sich verschiedenartige Lähmungserscheinungen, Pupillenerweiterung, Verschlucken, Tremor und Unsicherheit der Bewegungen, Zusammensinken des Körpers u. s. w. ein, bis endlich unter Zunahme der Herzschwäche in der Mehrzahl der Fälle der Tod erfolgt.

Ohne Zweifel kann dieses schwere Krankheitsbild einfach durch eine begleitende somatische Affection (*Pneumonie*, *Myokarditis*, *Septicaemie*) hervorgerufen werden, und oft genug hat mir die Autopsie diese Vermuthung bestätigt. Indessen es giebt Fälle, in denen an der Leiche anscheinend jede Organerkrankung fehlt. Möglicherweise werden hier

gewisse schwerer erkennbare Veränderungen (Herz und Gefässe) übersehen, oder aber es handelt sich dabei in der That um einen primären Erkrankungsvorgang im Gehirn. Für diese letztere Annahme scheint der Umstand zu sprechen, dass man beim Delirium acutum mehrfach sehr stark hyperaemische Zustände des Schädelinhaltes, ferner die Erscheinungen venöser Stauung und ihrer Folgen gefunden hat, ödematöse Schwellung, Auswanderung von weissen und selbst rothen Blutkörperchen in die perivascularen und periganglionären Lymphräume. Allein derartige Befunde können sehr wol erst sub finem vitae in Folge von krankhaften Veränderungen im Circulationsapparate entstanden sein, und sie sind ausserdem nicht constant genug, um uns zu einer allgemeingültigen Auffassung des Delirium acutum zu verhelfen.

Der Verlauf des Delirium acutum bietet bisweilen sehr auffallende Schwankungen dar; die Unruhe und Verwirrtheit kann für Stunden durch Pausen relativer Besonnenheit unterbrochen werden, um dann mit erneuter Intensität wieder hereinzubrechen. Die Dauer des Zustandes übersteigt selten einige Wochen. In der kleinen Anzahl günstig verlaufender Fälle vollzieht sich die Erholung äusserst langsam; oft genug bleibt trotz der körperlichen Kräftigung dauernder Schwachsinn zurück, oder es treten nunmehr die früher vielleicht nur angedeuteten Erscheinungen einer vorgeschrittenen Dementia paralytica unverkennbar hervor. Eine eigentliche Diagnose des Delirium acutum ist bei dem heutigen unsicheren Stande der ganzen Frage kaum zu stellen; man kann getrost diejenigen Fälle intensiver, triebartiger Aufregung mit raschem Verfall der Kräfte dahin rechnen, in denen sich weder ein bestimmter somatischer, noch ein anderweitiger psychischer Krankheitsprocess im Leben oder im Tode diagnosticiren lässt.

Die Behandlung des Delirium acutum hat die Aufregung zu bekämpfen und den Collaps zu verhüten. Es ist möglich, dass in vereinzelten Fällen der ersteren Indication, wie angegeben wird, durch locale Blutentziehungen genügt werden kann; in der Regel wird man mit der Bettruhe und mit protrahirten Bädern unter kühlen Ueberrieselungen des Kopfes auszukommen suchen. Vor dem Chloralhydrat dürfte

zu warnen sein; Paraldehyd (eventuell per Klysma) und vielleicht auch vorsichtige Opium- oder Hyoscingaben sind besser am Platze. Ferner wird man zu Stimulantien greifen (Alkohol, Campher, Aether) und besondere Sorgfalt auf die Ernährung des Kranken verwenden müssen, welche bei längerer Dauer des Zustandes öfters die Anwendung der Schlundsonde nothwendig macht. Blase und Darm sind wegen der Gefahr der Retention genau zu controliren; ebenso ist die Möglichkeit eines Decubitus im Auge zu behalten (sorgfältige Lagerung, Waschungen, Reinlichkeit, Herumdrehen).

B. Das Collapsdelirium.

Das Collapsdelirium ist ein äusserst stürmisch sich entwickelnder Zustand hochgradiger Verwirrtheit mit traumhaften Sinnestäuschungen und lebhafter motorischer Erregung. Die Krankheit bricht fast immer ohne besondere Vorboten plötzlich herein, am häufigsten in der Nacht. Die Patienten springen aus dem Bette, laufen mit verstörter Miene im Zimmer herum, schwatzen viel und verworren durcheinander, geben ganz unzutreffende Antworten, verkennen ihre Umgebung und sind auf keine Weise zu beruhigen. Die Stimmung wechselt dabei vielfach, ist aber in der Regel eine vorwiegend ängstliche. In den Reden der Kranken lassen sich Andeutungen unklarer Wahnideen, meist depressiven, seltener expansiven Inhalts erkennen, welche wahrscheinlich mit den Sinnestäuschungen in Zusammenhang stehen. Die Kranken sprechen von Gift, von Gensdarmen, von der Polizei, vom Kaiser oder von Engeln und Christus, aber Alles ohne den mindesten Zusammenhang. Nicht selten tritt die Neigung zu plötzlichen Gewaltthaten, namentlich zum Selbstmorde (Sprung aus dem Fenster) oder zum Entweichen (im blossen Hemde, bei Winterkälte) hervor. Der Schlaf ist während der Erkrankung fast gänzlich aufgehoben, die Nahrungsaufnahme durch die fortwährende Unruhe in hohem Grade beeinträchtigt; der Puls ist klein, anfangs oft enorm verlangsamt; das meist schon vorher stark gesunkene Körpergewicht zeigt eine rasche, weitere Abnahme.

Die häufigste Veranlassung zum Entstehen von Collapsdelirien geben das Puerperium und diejenigen acuten körperlichen Erkrankungen, welche mit sehr jähem Abfalle der Temperatur und der Pulsfrequenz einhergehen, namentlich Pneumonie und acute Exantheme. Wir haben daher ein gewisses Recht, die in allen diesen Fällen entstehende Hirnanaemie für das Zustandekommen der psychischen Störungen verantwortlich zu machen. Die Dauer des Collapsdeliriums beträgt in der Regel nur einige Tage, bisweilen nur Stunden, selten mehr als ein bis zwei Wochen. Die Besonnenheit tritt fast immer plötzlich wieder hervor, oft nach einem längeren Schlafe, wenn auch eine gewisse Schwerfälligkeit und Unklarheit des Denkens sich bisweilen erst nach einiger Zeit vollständig verliert. Die Erinnerung an die überstandene Krankheit ist äusserst unklar oder fast gänzlich aufgehoben. In einzelnen Fällen folgt auf das Collapsdelirium noch ein kürzer oder länger dauerndes Stadium acuten Schwachsinn.

Der Ausgang der Krankheit ist, abgesehen von der Gefahr des Selbstmordes und etwaiger somatischer Complicationen, regelmässig ein günstiger. Die Diagnose des Collapsdeliriums ergiebt sich meist ohne Weiteres aus den begleitenden Umständen; von den meisten der früher besprochenen Delirien unterscheidet es sich durch die Art seiner Entstehung, den plötzlichen Ausbruch und die hochgradige Verworrenheit und Zusammenhangslosigkeit des Ideenganges. Mit den epileptischen Dämmerzuständen wird man es wegen Mangels einer epileptischen Grundlage, mit dem Delirium transitorium wegen des protrahirten Verlaufes nicht verwechseln.

Die Behandlung hat vor Allem der drohenden Erschöpfung durch zweckmässige Ernährung des Kranken, sowie durch Beruhigungs- und Schlafmittel (Bettruhe, protrahirte Bäder, Paraldehyd) entgegenzuarbeiten; bisweilen, namentlich bei Trinkern und bei grosser Herzschwäche, sind Stimulantien (starker Wein, Grog, Campher) am Platze. Unter allen Umständen ist eine sorgfältige, unausgesetzte Ueberwachung erforderlich. In der mit starkem Appetit und bedeutender Gewichtszunahme einhergehenden Recon-

valescenz verdient die Abhaltung intellectueller und gemüthlicher Schädlichkeiten, sowie die Verhütung vorzeitiger Rückkehr zur Berufsarbeit eingehende Beachtung.

C. Die asthenische Verwirrtheit.

Das charakteristische Symptom der asthenischen Verwirrtheit ist die Unfähigkeit, sich in den Eindrücken der Umgebung, wie in den eigenen Vorstellungskreisen zu orientiren. Die Entwicklung der Krankheit vollzieht sich in der Regel ziemlich rasch, binnen wenigen Wochen oder Tagen. Nach einigen schlaflosen oder doch durch lebhaftere Träume gestörten Nächten bemächtigt sich des Kranken eine gewisse Unruhe; er äussert vage und unmotivirte Befürchtungen, begeht allerlei verkehrte und unsinnige Handlungen, spricht auffallend viel, verliert aber dabei sehr häufig vollkommen den Zusammenhang. Seine Umgebung erscheint ihm fremdartig und verändert; die einzelnen Eindrücke kommen ihm zwar bekannt vor, doch vermag er sich wegen einer gewissen Unfähigkeit zu weiterer Verarbeitung seiner Wahrnehmungen absolut nicht zu orientiren. Sehr bald hat er keine Ahnung mehr, wo er sich befindet; die Gegenstände seiner Umgebung kommen ihm wie verwechselt vor. Es sind „falsche Zeitungen“, die man ihm giebt; es ist „immer Alles anders“; er ist an einen „ganz verkehrten Ort“ gerathen; er „gehört gar nicht hierher“, „ist gar nicht der Richtige“ und weiss nicht „was das Alles bedeuten soll“. Da er nicht im Stande ist, harmlose Dinge unbefangen aufzufassen, spiegelt ihm seine ängstliche Rathlosigkeit bei Allem, was er sieht, geheimnissvolle Beziehungen zum eigenen Wohl und Wehe vor; auch der einfachste Vorgang gewinnt für ihn den Charakter des Räthselvollen, Unverständlichen und darum Unheimlichen.

Man hat diesen eigenthümlichen Zustand, in welchem die Kranken durch die sie umgebenden „fremden Gesichter“, durch das Oeffnen und Schliessen der Thüren, durch die alltäglichsten Verrichtungen in Aufregung und Unruhe versetzt werden, nicht ohne eine gewisse Berechtigung mit der

Seelenblindheit oder der Worttaubheit in Parallele gestellt. Auch hier werden ja die einzelnen Eindrücke als solche wohl wahrgenommen, ohne dass doch ein inneres Verständniss derselben möglich wäre.

Die Aufmerksamkeit der Kranken ist dabei in der Regel lebhaft erregt; sie bemühen sich angestrengt, über ihre Umgebung zur Klarheit zu kommen und pflegen daher jede Veränderung, die sich vollzieht, sofort aufzufassen und zu registriren. Sinnestäuschungen spielen gewöhnlich keine besondere Rolle, doch kommen regelmässig Personenverwechslungen (Gesichtsillusionen?) zur Beobachtung; auch einzelne abgerissene, unverständliche Worte scheinen die Kranken bisweilen zu halluciniren. Ebenso wenig pflegen Wahnideen stärker hervorzutreten. Allerdings tauchen hie und da Beeinträchtigungs- oder Grössenvorstellungen vorübergehend auf; der Patient glaubt sich von hohen Persönlichkeiten umgeben, fürchtet gemisshandelt, umgebracht zu werden, beklagt sich über das drohende Gebahren oder die Verhöhnungen seiner Mitpatienten, indessen alle diese Vorstellungen, die gewöhnlich auf irriger Deutung wirklicher Vorkommnisse beruhen, haften nicht tiefer, sondern verlieren sich meist bald wieder. Eine wirkliche Krankheitseinsicht ist nicht vorhanden, aber der Kranke hat doch ein allgemeines Bewusstsein seines Zustandes; er klagt darüber, dass man ihn „ganz irre“ mache, wünscht sich lebhaft fort, damit er endlich aus dieser Verwirrung herauskomme.

Die Stimmung ist gewöhnlich eine sehr wechselnde, wenn auch zumeist die Beunruhigung über den Verlust der Orientirung vorzuherrschen pflegt. Kleine Anlässe können den Kranken im Gefühle seiner Hilflosigkeit zu lautem Weinen und Jammern bringen; auf der anderen Seite gelingt es in der Regel leicht, ihn wieder zu beruhigen. Im Benehmen des Kranken spiegelt sich seine Rathlosigkeit und die Angst, in welche ihn dieselbe versetzt, oft sehr deutlich wieder. Mit einer gewissen Energie ringt er nach Aufklärung über seine Situation; er kümmert sich um Alles, was um ihn her vorgeht, spricht lebhaft und viel, verliert aber dabei gewöhnlich sehr rasch den Faden seiner Auseinandersetzungen, da er durch jeden beliebigen Eindruck wieder abgelenkt

wird. Zu anhaltender Beschäftigung ist er vollkommen unfähig, macht Alles verkehrt und fängt hilflos immer wieder von Neuem an, ohne recht zu Stande zu kommen. Besonders charakteristisch pflegen die Briefe der Kranken zu sein, die oft auch dann noch die gänzliche Unfähigkeit zu einer Sammlung der Gedanken (fortwährende Wiederholungen, mangelhafte Satzbildung, Inhaltlosigkeit) verrathen, wenn die mündlichen Aeusserungen schon leidlich geordnet erscheinen. Der Schlaf ist in der Regel sehr gestört, der Appetit nur anfänglich durch die Unruhe des Kranken beeinträchtigt; das Körpergewicht ist meist schon vor dem Ausbruche der Psychose erheblich gesunken.

Die asthenische Verwirrtheit ist eine nicht gerade häufige Erkrankung. Als Ursachen derselben haben wir regelmässig schwere Ernährungsstörungen im Gesamtorganismus anzusehen, in erster Linie erschöpfende Krankheiten, gehäufte Wochenbetten, fortdauernde geistige und körperliche Ueberanstrengung. Der Verlauf erstreckt sich mindestens über einige Wochen, in der Regel sogar über eine Reihe von Monaten. Allerdings kehrt die Besonnenheit bisweilen schon nach kürzerer Zeit wieder, allein die schwere Störung des psychischen Lebens pflegt sich auch dann noch in einem eigenthümlich weinerlichen, misstrauischen und zu allerlei ängstlichen Befürchtungen, selbst zu Wahnideen geneigtem Wesen zu documentiren. Mit der Reconvalescenz geht stets eine colossale Zunahme der allgemeinen Ernährung einher (bisweilen bis zu einem vollen Drittel des gesammten Körpergewichts).

Die Prognose der asthenischen Verwirrtheit ist im Allgemeinen eine günstige. Mit der körperlichen Erholung stellt sich auch regelmässig die psychische Leistungsfähigkeit wieder her; nur bei sehr decrepiden Kranken ist es bisweilen unmöglich, die fortschreitende körperliche und geistige Erschöpfung aufzuhalten. Für die Differentialdiagnose der Krankheit kommt namentlich die Abgrenzung von der hallucinatorischen Verwirrtheit in Betracht. Beachtenswerth ist in dieser Richtung einmal die abweichende Aetiologie, dann der erheblich raschere Verlauf dieser letzteren, sowie die dominirende Rolle, welche bei ihr die

Sinnestäuschungen spielen. Dort ist die Verwirrtheit wesentlich erst durch die Hallucinationen bedingt, während sie hier eine selbständige und viel tiefer greifende Störung darstellt, welche daher auch in den Aeusserungen und im Benehmen des Kranken ungleich charakteristischer zum Ausdrucke gelangt.

Die Behandlung der Kranken hat vor Allem auf eine möglichst kräftige Ernährung hinzuwirken. Sie pflegt in dieser Richtung, wenn sie anfangs wegen der Aufregung der Kranken auf Schwierigkeiten stösst, sehr bald durch das sich energisch geltend machende Nahrungsbedürfniss unterstützt zu werden. Eine weitere Indication ergiebt sich aus der Unruhe und Schlaflosigkeit. In der Regel wird man hier mit der Versetzung in eine möglichst reizlose und gleichförmige Umgebung, sowie mit den gewöhnlichen diätetischen Massregeln (Bettruhe, tägliche, aber mässige Bewegung im Freien, verlängerte abendliche Bäder, allenfalls Einwickelungen) zum Ziele kommen; bei hartnäckigeren Störungen wird man zum Alkohol, zum Bromkalium oder zum Paraldehyd greifen. In der Reconvalescenz ist namentlich auf die geringe psychische Widerstandsfähigkeit der Kranken Rücksicht zu nehmen; sie müssen, wenn nicht ein Rückfall erfolgen soll, sorgfältig vor allen geistigen Ueberanstrengungen und heftigeren Gemüthsbewegungen bewahrt bleiben. Jedenfalls sollten sie frühestens 2—3 Monate nach völliger Wiederherstellung der Besonnenheit in ihren Beruf zurückkehren. Die psychische Behandlung hat auf der Höhe der Krankheit alle langen und ermüdenden Auseinandersetzungen zu vermeiden und nur nach Kräften auf die Beruhigung des Patienten hinzuwirken; während der Reconvalescenz ist es ihre Aufgabe, die langsame Einführung desselben in seine gewohnten Beschäftigungen zu überwachen und ihm die Regeln für eine vorsichtige Diätetik seines psychischen Lebens an die Hand zu geben.

D. Die Dementia acuta.

Die Dementia acuta ist der acuten Verwirrtheit nahe verwandt und lässt sich vielleicht einfach als ein noch über diese letztere hinausgehender, tiefer greifender und langsamer sich wieder ausgleichender Erschöpfungszustand auffassen. Der Beginn der Erkrankung ist in der Regel ein ziemlich unvermittelter. Häufig schliesst sich dieselbe an einen Aufregungszustand, namentlich ein Fieberdelirium oder Collapsdelirium, an; bisweilen aber entsteht sie auch ganz plötzlich, ohne irgend auffallende Vorboten. Der Kranke wird vollkommen verwirrt, verliert jedes Interesse und Verständniss für seine Umgebung und seine Situation, und erkennt selbst seine nächsten Angehörigen nur mit Mühe oder gar nicht. Auf die einfachsten Fragen, nach Namen, Alter, Beruf u. s. f. giebt er gar keine oder ganz unsinnige Antworten und bringt nur hie und da spontan zusammenhanglose, abgebrochene Sätze oder Wortcombinationen hervor. Dabei besteht oft noch ein gewisses dumpfes Gefühl der krankhaften Veränderung und der dadurch bedingten Hilflosigkeit; die Kranken klagen gelegentlich, dass sie ihren Verstand verloren hätten, ganz verrückt geworden seien u. ähnl. Die Stimmung ist, soweit sich darüber ein Urtheil gewinnen lässt, eine wechselnde. Meist sitzen oder stehen die Kranken apathisch und interesselos da, wohin sie gerade geschoben worden sind; bisweilen aber, ohne erkennbaren Zusammenhang mit ihren leisen, verwirrten Monologen, rollen ihnen die Thränen über die Wangen, um vielleicht schon im nächsten Augenblicke durch ein ausdrucksloses Lachen abgelöst zu werden. Oder aber die stumme Indifferenz wird unvermittelt durch eine bald vorübergehende Aufregung mit zornig verwirrtem Schimpfen, ja durch einen plötzlichen Angstanfall mit planlosem Selbstmordversuche unterbrochen.

Je nach Verhalten der Affecte hat man auch wol eine stupide und eine agitirte Form der Störung auseinandergehalten. Bei der ersteren ist die äussere Haltung der Kranken schlaff, energielos; sie lassen sich willenlos dirigiren, sich anziehen, auskleiden, waschen, auch wol füttern,

müssen oft zur Reinlichkeit angehalten werden und setzen nur selten den äusseren Einwirkungen einen inconsequenten, weinerlichen Widerstand entgegen. In sehr schweren Fällen kann jede spontane oder von aussen angeregte psychische Reaction vollkommen fehlen. Die Kranken liegen regungslos, mit blödem Gesichtsausdrucke und schlaffen Gliedern im Bette, sprechen kein Wort, folgen keiner Aufforderung und müssen gepflegt werden, wie kleine Kinder. In der agitirten Form herrscht von vornherein eine triebartige, läppische Erregung vor; die Kranken kriechen am Boden herum, klatschen in die Hände, entkleiden sich, klammern sich an ihre Umgebung an, machen sinnlose Fluchtversuche, wühlen ihre Bettstücke durcheinander und wiederholen unzählige Male, bald ängstlich, bald ausgelassen, dieselben zusammenhangslosen Worte und Sätze.

Die Nahrungsaufnahme geht meist mit Nachhilfe, aber ohne erhebliche Schwierigkeiten von Statten; der Schlaf scheint oft ungenügend zu sein, obgleich es bei dem ruhigen Verhalten der Kranken schwer ist, darüber Gewissheit zu erlangen. Das Körpergewicht sinkt; die Temperatur ist vielfach subnormal, die Athmung oberflächlich, der Puls klein und verlangsamt; an den Extremitäten zeigen sich Cyanose und Oedeme als Anzeichen der Kreislaufstörungen. Die Menses cessiren; die Pupillen sind weit, reagiren träge; die Reflexerregbarkeit ist häufig herabgesetzt. Regelmässig besteht Obstipation, die bisweilen vorübergehend durch ausgiebige Diarrhöen abgelöst wird.

Den häufigsten Anlass zur Entstehung des acuten Schwachsinnns geben das Puerperium und acute körperliche Erkrankungen, namentlich der Typhus und die Kopfrosee. Man sieht ihn indessen auch nach andern erschöpfenden Einflüssen, Gemüthsbewegungen (von mir mit gleichzeitiger Chorea beobachtet), geistiger Ueberanstrengung, besonders im Pubertätsalter, sich entwickeln. In der Regel haben wir es hier offenbar mit einer Lähmung des psychischen Centralorgans in Folge von functioneller Ueberreizung oder ungenügender Ernährung zu thun; für gewisse Fälle indessen, namentlich für solche nach Typhus und Variola, lässt sich die Annahme greifbarer pathologisch anatomischer Verän-

derungen in der Hirnrinde kaum von der Hand weisen. Soviel die Untersuchung bisher gelehrt hat, sind es im Typhus degenerative Vorgänge in den Ganglienzellen, analog denjenigen in anderen Geweben, welche hier vor Allem eine Rolle spielen dürften. Emminghaus hat es neuerdings wahrscheinlich gemacht, dass auch sonst bei der acuten Demenz leichte Veränderungen an den Nervenzellen, „trübe Schwellung“ derselben, zur Ausbildung gelangen.

Der Verlauf der acuten Demenz pflegt mannigfache Schwankungen zwischen völliger Apathie, Aufregungszuständen verschiedener Art und Besserungen mit Rückkehr einer gewissen Besonnenheit aufzuweisen. Die Dauer der Krankheit beträgt regelmässig eine Reihe von Monaten, kann sich jedoch über Jahr und Tag, nach meiner Beobachtung sogar über mehr als zwei Jahre hinziehen, ohne dass die Aussicht auf Genesung schon gänzlich ausgeschlossen wäre. Die Prognose hängt natürlich von der Natur der cerebralen Veränderungen ab. In der Mehrzahl der Fälle scheinen dieselben einer Rückbildung fähig zu sein. Wir sehen dann, wie die Kranken ganz allmählich Aufmerksamkeit und Verständniss für die Vorgänge in ihrer Umgebung gewinnen, einzelne besonnene Antworten geben, sich reinlich zu halten, selber sich zu kleiden und zu essen anfangen. Nach und nach gelingt es, sie zu leichten Beschäftigungen heranzuziehen und sie zu ihrem eigenen Staunen über ihre Erkrankung zu orientiren, an die sie nur eine sehr dunkle Erinnerung besitzen. Der Gesichtsausdruck wird intelligenter, verständnisvoller, und das Körpergewicht steigt bei oft enormem Appetite gewaltig an. Leichte Ermüdbarkeit (confuse Briefe!) und Reizbarkeit, sowie ein etwas kindisches Wesen zieht sich indessen gewöhnlich noch bis weit in die Reconvalescenz hinein.

In ungünstigen Fällen geht der acute Schwachsinn unmerklich in den chronischen, unheilbaren über. Zwar kann sich der Zustand zunächst etwas bessern; später aber stellt sich heraus, dass trotz körperlicher Erholung die psychische Leistungsfähigkeit eine dauernde Einbusse erlitten hat. Der Grad des zurückbleibenden Schwachsinn ist ein sehr verschiedener. Bisweilen dem Fernerstehenden kaum auffallend

und nur durch den Gegensatz zu früheren Zeiten erkennbar, kann er in anderen Fällen bis zur völligen Verblödung fortschreiten. Unfähig, neue Eindrücke zu assimiliren und den Erwerb der Vergangenheit festzuhalten, gemüthsstumpf und willensschwach, verfallen die Kranken unrettbar dem geistigen Tode. Gerade die Erkrankungen nach Typhus nehmen, wol wegen der tiefer greifenden organischen Veränderungen, relativ häufig diesen Ausgang. In einem derartigen, von mir beobachteten Falle entwickelten sich noch nach längerer Zeit regelrechte epileptische Krämpfe.

Die Diagnose des acuten Schwachsinnns stützt sich vor Allem auf die Art der Entwicklung der Krankheit. Den Uebergang in chronischen Schwachsinn kann man dann als vollzogen annehmen, wenn nach längerer Dauer der Krankheit das Körpergewicht ohne gleichzeitige psychische Besserung erheblich gestiegen ist. Von der asthenischen Verwirrtheit unterscheidet sich die Dementia acuta durch die viel tiefer greifende Störung der Besonnenheit und der Aufmerksamkeit, den Mangel geistiger Regsamkeit. Vor der Verwechselung mit der Melancholia attonita endlich oder der katatonischen Verrücktheit schützt einmal die Anamnese, dann aber die Berücksichtigung der vollständigen Schloffheit und Apathie im Gegensatze zu der starren resp. biegsamen Spannung, welche jenen Erkrankungen eigenthümlich ist.

Die Behandlung des acuten Schwachsinnns besteht der Hauptsache nach in einer sorgfältigen körperlichen Pflege zur Erhaltung der Kräfte und Beseitigung der bestehenden Erschöpfung. Bettruhe, Bäder, Sorge für Reinlichkeit, kräftige Ernährung (Milch, Fleisch), gute Luft, warme Kleidung einerseits, die Darreichung von Eisen, Chinin, Leberthran u. dgl. andererseits, sind hier in erster Linie am Platze. Den Reconvalescenten hat man mit müheloser Arbeit zu beschäftigen und auf lange Zeit hinaus vor geistiger Ueberanstrengung und gemüthlichen Erregungen zu schützen; gleichzeitig wird eine gut überwachte, nie bis zur Ermüdung fortgesetzte körperliche Gymnastik, Spaziergänge, Gartenarbeit, Turnen, eventuell auch Massage und allgemeine Fardisation, vortreffliche Dienste zu leisten im Stande sein.

V. Der Wahnsinn.

Zwischen den bis hierher besprochenen Psychosen und jener gewissermassen constitutionellen Geisteskrankheit, die man als Verrücktheit bezeichnet, liegt eine fast übergrosse Gruppe von psychischen Alienationen, welche sich durch die detaillirtere Ausbildung der intellectuellen Störungen (Wahnideen, Sinnestäuschungen) von den ersteren, durch die begleitenden Affecte, den rascheren Verlauf und die günstigere Prognose von dieser letzteren abtrennen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass die fortschreitende Erfahrung, wie sie uns schon zur Ausscheidung dieser Gruppe selber heute zwingt, uns im weiteren Verlaufe zu einer noch eingehenderen Differenzirung der einzelnen hier zusammengefassten Krankheitsformen führen wird; einstweilen aber sei es gestattet, das ganze Zwischengebiet mit dem Collectivnamen des Wahnsinns zu bezeichnen. Freilich deckt sich diese Benennung nicht mit der Bedeutung, welche derselben bisher vielfach untergelegt worden ist. Will man jedoch nicht zu völlig neuen Bezeichnungen greifen, so dürfte der Name Wahnsinn nach Schüle's Vorgang weitaus am zweckmässigsten die hier geschaffene Gruppe charakterisiren.

Innerhalb des Wahnsinns unterscheiden wir zunächst drei Reihen von Krankheitsbildern, den depressiven, den expansiven und den hallucinatorischen Wahnsinn. Von diesen wird der depressive Wahnsinn zumeist der Melancholie zugerechnet (Melancholie mit Wahnideen), während man die übrigen Formen mit Westphal als „acute Verrücktheit“ der typischen, chronisch verlaufenden Verrücktheit gegenüber zu stellen pflegt.

A. Der depressive Wahnsinn.

Das Krankheitsbild des depressiven Wahnsinns ist gekennzeichnet durch die subacute Entwicklung ausgebildeter, meist mit vereinzelt Sinnestäuschungen einhergehender Wahnideen bei gleichzeitiger depressiver Verstimmung. Das erste Stadium der Erkrankung erstreckt sich oft über Monate hin. Die Kranken werden verstimmt, reizbar, äussern gelegentlich unmotivierte Befürchtungen und ziehen aus harmlosen Wahrnehmungen überraschende, beunruhigende Schlussfolgerungen, von deren Unrichtigkeit sie sich gar nicht überzeugen lassen wollen. Der Schlaf wird schlecht, vielfach durch ängstliche Träume oder selbst durch nächtliche, unbestimmte Sinnestäuschungen (Geräusche im Schlafzimmer, Klopfen am Fenster) gestört; der Appetit verliert sich; die Verdauung wird träge; das Körpergewicht nimmt ab.

Nach und nach gewinnen die anfangs nur andeutungsweise auftretenden Wahnideen einen bestimmteren Inhalt, der sich sehr gewöhnlich zunächst auf den eigenen Zustand bezieht. Der Kranke fühlt, dass ihn ein schweres Leiden überfällt, von dem er nie wieder genesen kann; er merkt namentlich, dass seine Eingeweide nicht mehr in Ordnung sind. Es ist irgend etwas heruntergesunken oder zugeschnürt, verbrannt; sein Mastdarm ist verschlossen, so dass er überhaupt nicht mehr zu Stuhl gehen und darum auch nichts mehr geniessen kann. Aus seinem Munde verbreitet sich ein unerträglicher Gestank; Niemand kann es mehr in seiner Nähe aushalten; man wird ihn daher wahrscheinlich sehr bald seinem Schicksale gänzlich überlassen. Allerdings hat er es auch nicht besser verdient; er ist schlechter als ein Vieh, da er alle möglichen Scheusslichkeiten begangen hat, so dass die Entfernung aus dem Leben, womöglich unter grausamen Qualen, das einzig Richtige für ihn wäre, da er gar nicht wagen darf, noch Andere mit seiner Gegenwart zu belästigen.

Alle Mühe, die man sich um ihn giebt, ist verschwendet und umsonst; er kann es nicht bezahlen, da er vollständig

verarmt und mittellos ist; er darf daher auch das dargereichte Essen nicht annehmen, sondern sich höchstens vom Abfall nähren, darf nicht im Bette schlafen, sondern muss auf dem Fussboden liegen. Dazu gesellen sich regelmässig auch Verfolgungsideen. Die Polizei ist ihm bereits auf der Spur und kann jeden Augenblick kommen, um ihn zu holen und zur Verantwortung zu ziehen. Wahrscheinlich wird er dann den grässlichsten Martern unterworfen, lebendig verbrannt, auf einer Kuhhaut zur Richtstätte geschleppt, oder seine Umgebung wird schon vorher die Gelegenheit benutzen, ihm mit dem Essen Blausäure und Arsenik beizubringen.

Im Sinne dieser Wahnideen werden die Wahrnehmungen des Kranken in der durchgreifendsten Weise verfälscht; die ganze Umgebung erscheint ihm in unheimlicher Weise verändert. Die Angehörigen haben sich ihm wegen der eigenen Schlechtigkeit entfremdet. Aeusserlich zwar ist das Benehmen derselben das gleiche geblieben, aber sie vermögen ihren Abscheu nur schwer zu bemänteln; sind sie doch selbst durch den Kranken in die traurigste Lage gerathen. Die Anstalt, in die man ihn geführt hat, ist gar keine Irrenanstalt, sondern ein Gefängniss, in dem nur zu seiner Schonung die Fiction der ärztlichen Behandlung aufrecht erhalten wird. Er befindet sich überhaupt gar nicht in der Stadt, die man ihm genannt hat, sondern ganz wo anders, ohne dass es ihm freilich klar ist, was man eigentlich mit ihm angefangen hat. Die Gegenstände seiner Umgebung kommen ihm zwar vielfach bekannt vor, als seien dieselben sein Eigenthum und zu bestimmten, räthselhaften Zwecken dorthin gestellt, allein es hat Alles einen ganz ungewöhnlichen und erschreckenden Anstrich. Auf der Strasse begegnen ihm auffallend viel Kranke, die ihn mit bezeichnendem Blicke ansehen; die Häuser machen den Eindruck von Festungen, die Zimmer denjenigen von Verliesen; die Bäume im Walde, die Felsen erscheinen unnatürlich, als wenn sie künstlich gemacht und eigens für ihn dort aufgebaut wären. Ja, selbst die Sonne, der Mond, das Wetter sind ganz anders, als früher und kommen ihm vor wie Blendwerk, dazu bestimmt, ihn noch mehr zu verwirren.

In einzelnen Fällen nehmen diese Wahnvorstellungen den „nihilistischen“ Charakter an. Die Welt existirt nicht mehr; es ist Alles gefälscht und nur Schein; alle Menschen sind todt, verhungert, weil es nichts mehr zu essen giebt, weil der Kranke in seinen ungeheuren Magen Alles hineingeschlungen hat. Er selbst lebt auch nicht mehr, ist ganz klein, winzig zusammengeschrumpft, unsichtbar.

Ganz besonders unheimlich ist dem Kranken das Thun und Treiben der Menschen, in denen er häufig allerlei Celebritäten, den Schah von Persien, die Königin von England, oder entfernte Bekannte zu erkennen glaubt, die sich um seinetwillen zusammengefunden haben. Er begreift nicht, was dieselben sich Alles zu schaffen machen, und hat die misstrauische Neigung, überall Beziehungen zur eigenen Person zu erblicken. Die Auswahl der Speisen beim Mittagessen, die Art und Reihenfolge, in welcher der Tisch gedeckt wird, die Worte, welche zu ihm gesprochen werden, haben einen versteckten Sinn, den zu enträthseln er mit Erfolg bemüht ist. Ein abgenutztes Streichholz am Boden des Zimmers soll ihm sagen, dass er ebenfalls verbraucht sei und den Kopf verlieren müsste; die Krautsuppe bei Tisch soll ihn an den Scharfrichter „Krauts“ erinnern, der ihn alsbald hinrichten wird. Jede Person auf der Strasse, die ihn anblickt, ist ihm ein verkleideter Polizeispion; auf Schritt und Tritt glaubt er sich beobachtet und wagt sich daher nur mit Zittern und Zagen aus seinem Zimmer heraus.

Fast immer bestehen ausser diesen wahnhaften Auffassungen noch vereinzelt, wirkliche Sinnestäuschungen. Namentlich das Essen kommt dem Kranken sehr sonderbar vor; es ist fade von Geschmack, oder es brennt wie Feuer auf der Zunge. Oft stinkt es wie die Pest, und der Kranke bemerkt nun bei genauerem Zusehen, dass es total verdorben, mit Schimmel bedeckt ist, oder dass demselben die abscheulichsten Ingredienzien, Würmer, Grünspan, Menschenfleisch, Sperma, ganz kleine abgeschnittene Köpfe mit grinsenden Fratzen beigemischt sind. Die kleinen Knötchen seiner Bettleinwand erscheinen ihm wie zahlloses Ungeziefer, oder er sieht Schlangen auf dem Boden kriechen, Katzen, kleine Männer im Zimmer herumlaufen.

Seltener sind Gehörstäuschungen, die als gelegentliche, abgerissene Bemerkungen vorzukommen pflegen, in denen die Umgebung ihrem Aerger über den Kranken und ihrer Schadenfreude Luft macht, oder ihm hinter seinem Rücken neue schreckliche Ereignisse ankündigt. Eine Einsicht in die krankhafte Natur des ganzen Zustandes fehlt vollkommen, ebenso die Fähigkeit zu einer Erkenntniss der ungeheuerlichen Widersprüche, welche nicht nur zwischen Wahn und Wirklichkeit, sondern auch zwischen den einzelnen Wahnideen selber bestehen. Die Kranken behaupten, dass sie nichts mehr geniessen könnten, während sie mit vollen Backen kauen, und sie bitten in einem Augenblicke, dass man sie durch Gift aus der Welt schaffen möge, während sie im nächsten erklären, dass sie überhaupt nicht sterben könnten, was man auch immer mit ihnen anfangen.

Die Stimmung der Kranken ist natürlich im Allgemeinen eine deprimirte; sie sind in der Regel still, scheu, sehr zurückhaltend und geben oft nur wenige Andeutungen über die Wahnideen, welche sie so sehr in Sorge und Angst versetzen. Dabei sind jedoch vorübergehende Aufregungen nicht selten. In einer anderen Reihe von Fällen, die man vielleicht als agitirte Form jener ersteren gegenüberstellen könnte, ist der ganze Krankheitsverlauf von lebhaften Affectausbrüchen begleitet, in denen die Kranken unaufhörlich über ihr Schicksal weinen und jammern, die Hände ringen, ihre Kleider zerzupfen, nicht im Bette liegen bleiben, zur Thür hinausdrängen u. s. f. Sie bitten dann, dass man sie hinausjagen, in ein finsternes Loch sperren, verbrennen, vergiften, wilden Thieren vorwerfen möge, oder sie flehen um Gnade und Erbarmen, ohne sich durch irgend welche Zusicherungen beruhigen zu lassen; sehr häufig machen sie auch energische Versuche, ihr gequältes Dasein abzukürzen.

Die Nahrungsaufnahme bereitet gewöhnlich grosse Schwierigkeiten, da die Kranken zu verhungern wünschen, oder doch ihren Abscheu vor dem „entsetzlichen Essen“ kaum zu überwinden vermögen. Der Schlaf ist stets sehr vermindert, von phantastischen, ängstlichen Träumen begleitet; aus ihm erwachen die Kranken nicht erquickt,

sondern mit schwerem Kopfe, gequälter und verwirrter, als vorher, bis im Laufe des Tages, namentlich gegen Abend, grössere Beruhigung sich einstellt. Die allgemeine Ernährung pflegt langsam, bei grösserer Unruhe und Nahrungsverweigerung sehr rasch zu sinken.

Der depressive Wahnsinn ist offenbar den melancholischen Zuständen nahe verwandt; er pflegt sich auch unter ähnlichen Verhältnissen zu entwickeln, wie jene letzteren, doch scheint die hereditäre Prädisposition hier eine erheblich grössere ätiologische Rolle zu spielen. Sehr bemerkenswerth ist es, dass diese Psychose in ganz überwiegender Häufigkeit den späteren Lebensaltern angehört und vor Allem gewissermassen die typische Erkrankung des Klimakteriums darstellt. Möglicherweise ist es hier schon eine erste Andeutung der herannahenden Altersveränderungen, welche sich in den so stark ausgebildeten intellectuellen Störungen zu erkennen giebt. Für diese Auffassung würde sich vielleicht auch die Thatsache verwerthen lassen, dass dieselbe Form der Psychose sich auffallend häufig ein Decennium später noch einmal zu wiederholen pflegt.

Der Verlauf des depressiven Wahnsinns ist in der Regel ein protrahirter. Zwar können die ausgeprägten Wahnideen und die Sinnestäuschungen bisweilen schon nach einer Reihe von Monaten allmählich zurücktreten, allein die weitere Reconvalescenz pflegt auch dann sich erst nach vielfachen Schwankungen und Zwischenfällen zu vollziehen, so dass die Dauer der Erkrankung nur sehr selten weniger als ein Jahr betragen dürfte. Bisweilen führt die weitere Entwicklung der Psychose zu einem eigenthümlichen Stadium grosser psychischer Reizbarkeit mit Neigung zu Zornausbrüchen, rechthaberischem, eigensinnigem Wesen und vagen Beeinträchtigungsideen bei vollkommen erhaltener Besonnenheit. Der Kranke ist unleidlich, launenhaft, leicht beleidigt, glaubt sich nicht genügend beachtet und respecirt von seiner Umgebung, empfindet dabei aber vielleicht selbst seinen Zustand als eine moralische Verschlechterung.

Die Prognose des depressiven Wahnsinns muss immer als eine zweifelhafte bezeichnet werden. Wo schon früher derartige Erkrankungen glücklich überstanden wurden, kann

man freilich meist mit grosser Wahrscheinlichkeit einen glücklichen Ausgang erwarten; im andern Falle wird man eine nicht unbedeutende Zahl von Kranken unheilbaren Schwächeformen anheimfallen sehen. Einzelne gehen überdies durch Selbstmord oder chronische Erschöpfung zu Grunde. Bei ungünstigem Verlaufe schwinden die auf der Höhe der Krankheit entstandenen Wahnideen nur theilweise oder gar nicht; sie werden kritiklos dauernd festgehalten, oder sie treten doch bei jedem geringfügigen Anlasse (Gemüthsbewegung) sofort wieder hervor. In andern Fällen kehrt zwar die äusserliche Besonnenheit zurück, aber es kommt doch keine ganz klare Krankheitseinsicht zu Stande. Die Kranken meinen, dass viele ihrer Ideen durch das Benehmen der Umgebung motivirt gewesen seien, dass sich erst durch das Verbringen in die Anstalt ihr Zustand so sehr verschlechtert habe. Gerade hier bleibt häufig die schon geschilderte hochgradige Reizbarkeit und Unzufriedenheit als Ueberbleibsel der Krankheit dauernd zurück.

Die Abgrenzung des depressiven Wahnsinns von den melancholischen Zuständen gründet sich wesentlich auf die dominirende Rolle, welche hier die Verfälschungen der Wahrnehmung und die Wahnideen spielen. Man wird kaum umhin können, anzunehmen, dass hier die krankhafte Störung direct auf das Gebiet der intellectuellen Vorgänge hinübergreift; aus einfachen „Erklärungsversuchen“ lassen sich jene schweren Symptome nicht mehr ableiten. Gegenüber der Verrücktheit kommt vor Allem der ausgeprägte krankhafte Affect, die raschere Entwicklung, die kürzere Dauer und die günstigere Prognose in Betracht; weiterhin ist aber auch der Mangel einer Systematisirung der Wahnideen, die Zusammenhangslosigkeit und die Widersprüche der einzelnen Elemente unter einander schon im Beginne der Erkrankung zu beachten.

Die Behandlung des depressiven Wahnsinns ist im Wesentlichen eine expectative, doch bedürfen die Kranken nothwendig der Anstaltspflege, der Entfernung aus den häuslichen Verhältnissen. Für die erste Zeit wird man namentlich für möglichste geistige und körperliche Ruhe zu sorgen haben, die man zweckmässig durch Bettbehandlung,

regelmässige Bäder und Abschluss von der Geselligkeit erzielt. Besondere Aufmerksamkeit erfordert die zweckmässige Ernährung und weiterhin der Schutz der Kranken vor Selbstmordversuchen, der eine unausgesetzte, gewissenhafte Ueberwachung absolut nothwendig macht. Die Schlaflosigkeit wird durch die oft genannten Mittel bekämpft; bei stärker hervortretender Angst kann man die Durchführung einer methodischen Opium- oder Morphinumcur versuchen. Die Verdauung bedarf fast immer der Regelung durch Ausspülungen oder leichte Laxantien. Alle gemüthlichen Aufregungen, lange Gespräche, namentlich aber Besuche der Angehörigen sind in den ersten Monaten der Erkrankung durchaus fernzuhalten, da sie regelmässig aufregend und schädlich wirken. In der Reconvalescenz ist die Beschaffung einer leichten, nicht angreifenden, aber anziehenden Beschäftigung von besonderer Wichtigkeit. Ernstlich gewarnt werden muss vor zu frühzeitiger Entlassung der Kranken, die oft durch das stürmische, fast unerträgliche Drängen derselben nahe gelegt wird. Erst dann, wenn dieses durchaus krankhafte Symptom, welches oft die Geduld des Arztes auf eine harte Probe stellt, wieder zurückgetreten ist, kann der Versuch einer Rückkehr in die häuslichen Verhältnisse gemacht werden; auch dann jedoch bedarf der Reconvalescent noch auf längere Zeit hinaus der Ruhe und Schonung.

B. Der expansive Wahnsinn.

Der expansive Wahnsinn stellt gewissermassen die Kehrseite der depressiven Form dar, insofern sich hier der Inhalt der Wahnideen, sowie die Färbung der Stimmung nach der entgegengesetzten Richtung hin ausbildet. Die Entwicklung der Erkrankung lässt bisweilen ein kürzer oder länger dauerndes depressives Vorstadium erkennen; häufiger jedoch vollzieht sie sich rasch und ohne auffallendere Vorboten. Die Kranken gerathen in eine gewisse Erregung mit gehobener Stimmung, sprechen viel und mit affectirter Betonung, beginnen zu excediren, in ungewöhnlichem Masse Vergnügungen oder die Kirche zu

besuchen, sich auf der Strasse auffallend zu benehmen (mangelhafte Toilette, öffentliche Reden).

In manchen Fällen folgt nun eine Periode ekstatischer Verzückung. Der Kranke sieht himmlische Erscheinungen, herniederschwebende Engel, den heiligen Geist, Christus oder die Jungfrau Maria, die ihn dazu berufen, Apostel, Papst, Braut Christi, Mutter Gottes zu werden. Sehr häufig mischen sich in die Phantasmen sexuelle Empfindungen, Gefühle der höchsten Seligkeit und Wonne hinein. Während dieser Verzückung, die in der Regel nicht länger als einige Tage dauert, ist der Kranke fast vollkommen unempfindlich und theilnahelos für seine Umgebung. Mit weit geöffneten Augen, meist nach oben blickend, liegt er vielfach regungslos am Boden oder auf den Knien, ohne auf Anreden irgendwie zu reagiren, ohne zu schlafen und ohne Nahrung zu sich zu nehmen. Nach dem allmählichen Erwachen aus diesem Zustande besteht meist eine ziemlich vollständige Erinnerung an die visionären Wahrnehmungen, aber zunächst keine Krankheits-einsicht. Vielmehr werden jene Erlebnisse als wirkliche Offenbarungen aufgefasst und häufig noch durch weitere, ähnliche Sinnestäuschungen ergänzt. Der Kranke vermag sich daher über seine Situation trotz scheinbarer Rückkehr der Besonnenheit längere Zeit hindurch gar nicht recht zu orientiren und begeht gelegentlich noch allerlei verkehrte Handlungen, gesticulirt in der Luft herum, schreit laut auf, entkleidet sich, trinkt seinen Urin, drängt ungestüm hinaus. Erst nach Wochen und selbst Monaten stellt sich nach und nach unter raschem Ansteigen des Körpergewichtes ein klareres Verständniss der ganzen Krankheit heraus; einzelne expansive Ideen werden zuweilen, wenn auch mit gewissen Zweifeln, ausserordentlich lange nach dem Ablaufe der stürmischeren Krankheitserscheinungen festgehalten, ohne jedoch irgendwie weiter verarbeitet zu werden.

In anderen Fällen beherrscht die psychische Erregung den ganzen Krankheitsverlauf. Hier kommt es gewöhnlich zu einer reicheren Ausbildung der Wahnideen. Der Kranke bemerkt, wie in der Kirche der Geistliche beim Gebete oder in der Predigt seiner ganz besonders gedenkt, wie er auf der Strasse den Gegenstand allgemeiner ehrender

Aufmerksamkeit bildet, von hohen Personen mit Ehrerbietung gegrüsst wird, oder wie das Militär um seinetwillen Parade abhält. Nächtliche Visionen bringen ihm grosse Verheissungen; ein heller Schein fährt plötzlich am Fenster vorüber und blendet seine Augen, oder er hört eine Stimme verkünden, dass ihm gerade die Krone des Lebens auf's Haupt gesetzt worden sei. Er sieht, wie der Himmel sich klärt, sobald er auf die Strasse tritt, wie die Vögel und die Sonne sich nach seinen Winken bewegen, wie die ganze Natur sich seinem Willen unterordnet. So kommt es, dass er bald an seinem göttlichen Berufe, an seiner hohen Lebensstellung und Abstammung nicht mehr zweifelt, sondern diese Ideen zu phantastischen Luftschlössern ausbaut, die ihm, wenigstens für den Augenblick, als Wirklichkeit erscheinen. Voll froher Zuversicht beginnt er alle die kleinlichen Dinge des täglichen Lebens gründlich zu verachten; er hört auf zu arbeiten, sagt sich von seiner Familie los, die ihm zu gering erscheint, und verschmäht es, sich irgendwie um seine Angelegenheiten zu kümmern.

Krankheitseinsicht oder auch nur Krankheitsbewusstsein ist dabei nicht vorhanden, trotzdem die äussere Besonnenheit keine auffallenderen Störungen darzubieten pflegt. Die Stimmung ist meist lebhaft erregt, exaltirt, oft erotisch gefärbt (Masturbation), schlägt aber leicht in zornige Gereiztheit um, sobald man den Wahnideen des Kranken widerspricht. Gewöhnlich besteht ein gewisser Bewegungsdrang, der den Kranken zu allerlei übermüthigen und unsinnigen oder obscönen Handlungen verführt. Der Schlaf ist unruhig, der Appetit meist vorzüglich, wenn auch häufig freiwillige Fastenperioden aus religiösen Gründen eingeschoben werden; trotzdem pflegt das Körpergewicht während der Erregung, wenn auch nicht in sehr bedeutendem Masse, abzunehmen.

Der expansive Wahnsinn ist eine nicht sehr häufige Erkrankung, die sich ganz vorzugsweise auf prädisponirtem Boden zu entwickeln scheint. Der Verlauf desselben erstreckt sich regelmässig über eine Reihe von Monaten. Freilich treten öfters die stürmischeren Erscheinungen, besonders die Sinnestäuschungen, schon nach viel kürzerer Zeit, nach

einigen Wochen, in den Hintergrund, allein eine wirkliche, vollständige Krankheitseinsicht pflegt auch dann noch auf sich warten zu lassen, wenn die Wahnideen selber kaum mehr vertheidigt werden.

Die Prognose des expansiven Wahnsinns ist keine durchaus günstige; in einer Anzahl von Fällen kommt es zur Entwicklung von Schwächezuständen, indem die Wahnideen nicht vollständig mehr corrigirt, sondern dauernd festgehalten werden. Da es sich hier in der Regel nicht um ein festgegliedertes System handelt, so pflegt sich eine relativ rasch fortschreitende Verwirrtheit mit Resten der expansiven Wahnvorstellungen, läppisch affectirtem Wesen und vielfachen Schwankungen zwischen ruhigeren und erregteren Zuständen herauszubilden.

Von der einfachen Tobsucht unterscheidet sich der expansive Wahnsinn durch den Mangel der charakteristischen Ideenflucht, durch die ausgeprägten Sinnestäuschungen und die reichere Entwicklung von Wahnideen, während er sich gegenüber den Delirien durch den viel langsameren Verlauf und die längere Dauer, in den erregten Formen auch durch die grössere Besonnenheit auszeichnet. Mit einer beginnenden Verrücktheit kann die Krankheit sehr leicht verwechselt werden. Zu beachten ist nach dieser Richtung hin der Mangel weiter zurückreichender Prodromalerscheinungen; bisweilen wird indessen nur eine längere Beobachtung, der Eintritt der Genesung oder das rasche Fortschreiten des psychischen Verfalles die Diagnose sichern können. Die Abgrenzung von der Paralyse stützt sich ebenfalls auf den Mangel der Prodrome, sowie ferner der nervösen Symptome; dazu kommt, dass das Grössendelirium der Paralyse ein viel üppigeres, widerspruchsvolleres und zusammenhangsloseres zu sein pflegt.

Die Behandlung des expansiven Wahnsinns hat ausser der Sorge für genügende körperliche Ernährung, für die Beseitigung äusserer Reize und für ausreichenden Schlaf keine besonderen Indicationen zu erfüllen. Jedes Disputiren auf der Höhe der Krankheit pflegt nur Aufregungen und Zornausbrüche zur Folge zu haben; dagegen kann die Gewöhnung an eine geordnete Beschäftigung zweifellos die

Verlag von Ambr. Abel in Leipzig.

Medicinische Lehrbücher und Compendien

zum Gebrauche für Studirende und Aerzte.

Neu erschienen:

Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch.

Von Prof. Dr. E. Kraepelin. kl. 8. gebunden 8 M 75 P.

Compendium der speciellen Chirurgie.

Von Dr. med. Arno Krüche. Vierte umgearbeitete Auflage. Mit 48 Abbildungen. kl. 8. gebunden 6 M 75 P.

Compendium der allgemeinen Chirurgie

sowie der Operationslehre. Von Dr. med. Arno Krüche. Zweite umgearbeitete und sehr vermehrte Aufl. Mit 22 Abbildungen. kl. 8. gebunden 6 M 75 P.

Compendium der gerichtlichen Medicin.

Von Dr. med. Paul Guder. kl. 8. gebunden 5 M 75 P.

Compendium der Geburtshilfe.

Von Dr. med. J. H. Haake. Dritte umgearbeitete Auflage. kl. 8. gebunden 4 M 75 P.

Compendium der Zahnheilkunde.

Von Jul. Parreidt, Zahnarzt am chirurgisch-poliklinischen Institut der Universität und prakt. Zahnarzt zu Leipzig. Mit 38 Abbildungen. kl. 8. gebunden 4 M 75 P.

Compendium der Ohrenheilkunde.

Von Dr. med. A. Sarron. Mit 18 Holzschnitten. kl. 8. gebunden 4 M 75 P.

Compendium der Electrotherapie.

Von Dr. med. R. H. Pierson. Vierte umgearbeitete Auflage. Mit 25 Holzschnitten. kl. 8. gebunden 4 M 75 P.

Compendium der Physiologie des Menschen.

Von Prof. Dr. Julius Budge. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage mit in den Text gedruckten Holzschnitten. kl. 8. gebunden 6 M 75 P.

Verlag von Ambr. Abel in Leipzig.

Verlag von Ambr. Abel in Leipzig.

Compendium der Kinderkrankheiten.

Von Dr. med. Ernst Kormann. kl. 8. gebunden 4 M 75 P.

Compendium der Augenheilkunde.

Von Dr. med. F. M. H. Klaunig. kl. 8. gebunden 4 M 75 P.

Compendium sämtlicher Medicamente

sowie der technisch wichtigsten Gifte, Chemikalien etc. Nebst einer Tabelle der wichtigsten Gifte und ihrer Gegenmittel. Herausgegeben von Benno Kohlmann und A. v. Lösecke, Apotheker. kl. 8. gebunden 7 M 75 P.

Compendium der Arzneimittellehre.

Mit 223 in den Text gedruckten Receptformularen (in Grammen-gewicht). Von Dr. med. Th. Schmidt. Fünfte verbesserte und vermehrte Auflage. kl. 8. gebunden 2 M 75 P.

Compendium der Orthopädie.

Von Dr. med. Ernst Kormann. kl. 8. gebunden 3 M 75 P.

Compendium der Anatomie.

Von Dr. med. Th. Schmidt. Zweite verbesserte Auflage. kl. 8. gebunden 3 M 75 P.

Compendium der Balneotherapie.

Von Dr. med. Arthur Zinkeisen. kl. 8. gebunden 6 M 75 P.

Compendium der Krankheiten des Nervensystems.

Von Dr. med. R. H. Pierson. kl. 8. gebunden 5 M 50 P.

Handwörterbuch der augenärztlichen Therapie.

Von Sanitätsrath Dr. Eduard Michaëlis. kl. 8. gebunden 5 M 75 P.

Compendium der inneren Klinik.

Von Dr. med. Th. Schmidt. kl. 8. gebunden 4 M 75 P.

Compendium der Frauenkrankheiten.

Von Dr. med. C. G. Rothe. Zweite vermehrte Auflage. Mit 54 Holzschnitten. kl. 8. gebunden 5 M 75 P.

Sämmtliche Compendien sind auch broschirt zu haben.
Preis pro Exemplar 75 P weniger.

Verlag von Ambr. Abel in Leipzig.

Verlag von Ambr. Abel in Leipzig.

Prinzipien und Praxis
der
GYNÄKOLOGIE.

Von

Thomas Addis Emmet, M. D.

Arzt am Frauenspital des Staates New-York etc.

Nach der zweiten Auflage des Originals deutsch herausgegeben

von

Dr. C. G. Rothe,

prakt. Arzt in Altenburg.

36 Bogen. Gross-Oktav. In elegantem Leinwandband.

Preis 18 Mark.

Die Puerperalkrankheiten.

Klinische Vorträge am Bellevue-Hospital zu New-York

von

Fordyce Barker, M. D. L. L. D.

Professor der Geburtshilfe und Frauenkrankheiten am Bellevue-Hospital-Medical-College etc. etc.

Nach der vierten Auflage des Originals ins Deutsche übertragen

von

Dr. C. G. Rothe,

prakt. Arzt in Altenburg.

18 Bogen. Gross-Oktav. In elegantem Leinwandband.

Preis 8 Mark.

Verlag von Ambr. Abel in Leipzig.

Verlag von Ambr. Abel in Leipzig.

Die
LEBERKRANKHEITEN.

Handbuch für Aerzte und Studirende
von

Dr. George Harley, F.R.S.F.R.C.P.

Prof. am University College in London etc. etc.

Unter Autorisation des Verfassers deutsch herausgegeben
von

Dr. I. Kraus und Dr. C. G. Rothe

Karlsbad.

Altenburg.

33 Bogen. Gross Oktav-Format in elegantem Leinwandband. Preis 15 Mark.

Die
Parasiten des Menschen

Zweite Auflage

herausgegeben von

Dr. F. Küchenmeister und Dr. med. F. A. Zürn

Medicinalrath.

Prof. an der Universität Leipzig.

37 Bogen. Gross-Oktav. Komplet in elegantem Leinwandband.

Preis 30 Mark.

Brosch. in 3 Lieferungen. Lief. I. 12 Mk. Lief. II. 6 Mk. Lief. III. 10 Mk.

VADEMECUM
für Kliniker und Aerzte
von

Ferd. Kunigk, M. Dr.

Dritte vermehrte und verbesserte Auflage.

Taschenformat. In Leder gebunden mit Blei- und Stahlfeder. Preis 10 Mark.

Verlag von Ambr. Abel in Leipzig.

Leipzig, Metzger & Wittig.

Beruhigung des Kranken und die Rückkehr klarer Einsicht in nicht unbedeutendem Masse fördern. Vorzeitige Entlassungsversuche führen leicht zu unliebsamen Recidiven.

C. Der hallucinatorische Wahnsinn*).

Die hervorstechendste Erscheinung im Krankheitsbilde des hallucinatorischen Wahnsinns sind die Sinnestäuschungen, aus denen sich dann weiterhin Wahnideen und Stimmungsanomalien herausentwickeln. Wie die klinische Erfahrung lehrt, lassen sich je nach der Schnelligkeit, mit welcher die Krankheit verläuft, verschiedene mehr oder weniger typisch entwickelte Formen auseinanderhalten, von denen wir hier namentlich eine acute und eine mehr chronisch verlaufende näher in's Auge fassen wollen.

Acute Form. Der Beginn der Störung vollzieht sich in der Regel des Nachts, nachdem schon vorher einige Tage des Unbehagens, unmotivirter innerer Unruhe, sowie einige schlaflose Nächte vorangegangen sind. Der Kranke hört plötzlich seinen Namen rufen, oder er hört, wie auf der Strasse, im Nebenzimmer eine Unterhaltung über ihn geführt wird, deren Inhalt gewöhnlich sehr wenig schmeichhafter Natur ist. Die Stimmen selber besitzen dabei vollkommenste sinnliche Deutlichkeit und werden oft auf das Bestimmteste recognoscirt, so dass dem Kranken durchaus kein Zweifel an ihrer Realität aufkommt. Natürlich wird er alsbald durch die gehörte Unterhaltung, in welcher seine ganze Persönlichkeit, ja seine innersten Gedanken und Gefühlsregungen besprochen werden, im höchsten Grade beunruhigt. Es kann nicht anders sein, als dass man ihn insgeheim beobachtet, obgleich alle seine Versuche, sich darüber auch durch den Augenschein Gewissheit zu verschaffen, ihm nur neue Spottreden Seitens seiner unsichtbaren Verfolger zuziehen.

Am nächsten Tage, inmitten seiner Beschäftigung, hört der Kranke von jenen Stimmen vielleicht nichts mehr, allein

*) Meynert, Jahrb. f. Psychiatrie, 1881; Mayser, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie XLII, 1, 1885.

sobald er zur Ruhe kommt, sich ermüdet auf sein Sopha oder in's Bett legt, da beginnt dieselbe neckende und höhrende Wechselrede von Neuem. Andere Stimmen gesellen sich dazu, und es entspinnt sich in der natürlichsten Weise eine Conversation verschiedener Personen untereinander, welche Alle gekommen sind, um sich den Menschen, der „wie ein Schwein“ daliegt, näher anzusehen. Es wird dem Kranken auf diese Weise klar, dass er bereits zum Stadtgespräch geworden ist, wenn er sich vielleicht auch hinsichtlich der Punkte, über die man sich unterhält, ganz unschuldig fühlt. Seine Wohnung, die irgend welche geheime Beobachtungseinrichtung haben muss, seine ganze Umgebung wird ihm verdächtig und unheimlich, obgleich Jeder, den er offen wegen der vermutheten Gerüchte zur Rede stellt, ihm die Existenz derselben rundweg ableugnet. Bisweilen ergeben sich dem Kranken aus diesen negativen Erfahrungen und aus der von ihm halb und halb begriffenen Abenteuerlichkeit der ganzen Situation wenigstens vorübergehend leise Zweifel an der Wirklichkeit seiner Wahrnehmungen, namentlich, wenn diese letzteren nur des Nachts hervortreten; stets aber unterliegt er den Täuschungen, so lange diese selber andauern.

Auf diese Weise kommt es binnen wenigen Tagen oder gar Stunden zu einer vollkommenen Verfälschung der gesamten Auffassung des Kranken. Wenn auch die Trugwahrnehmungen nicht sehr massenhafte sind, sondern hauptsächlich nur in Momenten der Ruhe sich geltend machen, so muss doch der im Uebrigen vollständig besonnene Kranke aus ihnen mit einer gewissen Bitterkeit den Schluss ziehen, dass man ihn in's Gesicht hinein belügt, um ihn dafür um so grausamer hinterrücks quälen zu können. Ein tiefes, wohlbegründetes Misstrauen bemächtigt sich seiner, da er anscheinend nirgends die Wahrheit erfahren kann, die doch, wie ihm die Täuschungen andeuten, Allen wohlbekannt ist, ja da er schliesslich, um der heimtückischen Verhöhnung die Krone aufzusetzen, häufig genug als geisteskrank bezeichnet und in die Irrenanstalt gebracht wird. Die Stimmung des Kranken ist daher in der Regel eine geängstigte und indignirte, allein er pflegt sich mit einer gewissen Resig-

nation in sein vermeintliches Märtyrerthum zu finden. Der Schlaf ist natürlich stark beeinträchtigt, weniger der Appetit; das Körpergewicht pflegt etwas zu sinken.

Die bei weitem häufigste Ursache des acuten hallucinatorischen Wahnsinns ist der Alkoholismus, namentlich eine rasche Häufung schwerer Excesse, doch kommt derselbe auch sonst bisweilen, beim Cocainismus oder bei andauernder intensiver Gemüthserregung, zur Beobachtung. Der Ablauf der Erkrankung ist stets ein rascher; nur selten dauert dieselbe länger als 2—3 Wochen, häufig genug nur einige Tage. Die Prognose ist eine absolut günstige; die Genesung vollzieht sich meist ganz plötzlich. Nach einem länger dauern- den, tiefen Schläfe verschwinden die Hallucinationen, und es fällt dem Kranken wie Schuppen von den Augen; er erkennt, dass er das Opfer einer krankhaften Täuschung geworden ist. Die Erinnerung ist stets eine durchaus klare, bis in die kleinsten Einzelheiten treue.

Die Diagnose der Störung stützt sich auf die ganz acute Entwicklung, den günstigen Verlauf, die völlige Besonnenheit der Kranken und den eigenthümlichen Charakter der Hallucinationen, welche sich nicht direct an den Patienten wenden, sondern von ihm nur als gewissermassen unfreiwilligem Zuhörer aufgefasst werden. Die Behandlung ist eine wesentlich abwartende, doch kann der Gebrauch eines Schlafmittels (Paraldehyd) vielleicht zur rascheren Genesung mit beitragen.

Mit der soeben skizzirten Form offenbar nahe verwandt ist ein weiteres Krankheitsbild, welches sich von jener durch eine phantastischere Reichhaltigkeit der Sinnestäuschungen und der an sie sich anschliessenden Wahnideen auszeichnet. Auch hier entwickelt sich die Krankheit binnen wenigen Tagen, aber es bricht nun über den Kranken ein ganzes Heer von Täuschungen auf den verschiedensten Sinnesgebieten herein, die indessen alle miteinander in einem gewissen inneren Zusammenhange zu stehen pflegen. Indem der Kranke das Verständniss für seine wirkliche Umgebung und die Fähigkeit der Kritik gegenüber den Trugwahrnehmungen verliert, spielt sich alsbald für ihn eine Reihe völlig romanhafter, bunt zusammengewürfelter Erlebnisse ab, in welche

sich die wirklichen Eindrücke bruchstückweise hineinmischen. Der Inhalt dieser Erlebnisse erinnert durchaus an manche Träume, besitzt aber für den Kranken vollständige sinnliche Evidenz. Er sieht sich vor Gericht gestellt, wegen lächerlicher Vergehen (z. B. weil er syphilitisch sei oder Läuse habe) zum Tode verurtheilt, auf's Schaffot geführt und plötzlich durch ein wunderbares Ereigniss, etwa durch Intervention eines fremden Souveräns, wieder errettet; er findet oder verdient ungeheure Geldsummen, welche ihm in unbegreiflicher Weise wieder abhanden kommen; er besteht Kämpfe mit fabelhaften Thieren oder feindlichen Soldaten, wird zerschossen, zerkratzt und durch eine merkwürdige Cur wieder hergestellt.

Ein grosser Theil dieser Phantasien, namentlich der unangenehmen und beängstigenden, scheint mit Gehörstäuschungen zusammenzuhängen, welche dem Kranken vielfach die Wandlungen seines Glückes in Form von aussen kommender Benachrichtigungen souffliren. Ausserdem sind aber meist noch Gesichts- und Gefühlstäuschungen, öfters auch solche des Geschmacks und Geruches vorhanden. Die Besonnenheit ist regelmässig etwas getrübt; die Kranken sind zwar äusserlich ruhig, sie erkennen zwar die einzelnen Gegenstände und Personen ihrer Umgebung und vermögen sogar über fernliegende Themata ein leidlich geordnetes Gespräch zu führen, allein ihre Auffassung der Situation ist vollkommen durch die Phantasmen beeinflusst und verwirrt. Die Stimmung pflegt je nach dem Inhalte der wahnhaften Erlebnisse zu wechseln. Der Schlaf ist meistens erheblich gestört, der Appetit bisweilen durch Wahnvorstellungen (hypochondrische oder Vergiftungsideen) beeinträchtigt; das Körpergewicht sinkt.

Auch diese Krankheitsform entsteht ganz vorzugsweise auf alkoholistischer Basis. Die Dauer derselben beträgt wenigstens eine Reihe von Wochen, meist 2—3 Monate. Die Prognose ist eine günstige; die Genesung pflegt sich im Laufe einiger Tage in der Weise zu vollziehen, dass die Sinnestäuschungen zurücktreten und der Kranke nun allmählich über seine Situation in's Klare kommt. Anfangs werden dann wol noch einige der Wahnideen zweifelnd

festgehalten, doch pflegen auch diese dann bald corrigirt zu werden.

Vor der Verwechselung dieser Erkrankung mit einer beginnenden Verrücktheit schützt im Allgemeinen der acute Beginn und die grosse Mannigfaltigkeit der Störungen, doch kann nach dieser Richtung die Diagnose bei mangelnder Anamnese und grosser Zurückhaltung der Kranken bisweilen eine Zeitlang zweifelhaft sein. Gegenüber der hallucinatorischen Verwirrtheit ist ebenfalls die bunte Reichhaltigkeit der Sinnestäuschungen und namentlich der phantastischen Erlebnisse, sowie die grössere Besonnenheit beachtenswerth. Dieses letztere Moment, die viel längere Dauer und vor Allem der Mangel der charakteristischen motorischen Symptome grenzen endlich die hier besprochene Psychose von dem Delirium tremens ab, an welches sie sich allerdings in einzelnen Fällen (mehr oder weniger unmittelbar) anschliesst. Die Behandlung ist auch hier in der Hauptsache eine expectative.

Chronische Form. Auch hier lassen sich wenigstens zwei einander nahestehende Krankheitsbilder auseinanderhalten. Das erste derselben entwickelt sich anscheinend ohne irgend welche auffallende Vorboten. Mehr oder weniger plötzlich treten massenhafte Gehörstäuschungen von grosser sinnlicher Deutlichkeit auf, welche den Kranken in lebhaft Unruhe und Aufregung versetzen. Er hört, dass er seine Angehörigen verrathen und schwere Sünden begangen, sich geschlechtlich verfehlt habe, dass er vergiftet, alle Menschen ermordet werden sollen, dass der jüngste Tag, der Weltuntergang hereinbreche. Je mehr die Angst und Verwirrung des Kranken über diese „schrecklichen Stimmen“ anwächst, an deren Realität er nicht zu zweifeln vermag, desto absurder wird ihr Inhalt. Es sind die Seelen aus dem Fegefeuer, der Teufel aus der Hölle, der da schreit; die unsinnigsten und abenteuerlichsten Drohungen und Nachrichten nimmt der Kranke ohne Weiteres als Wirklichkeit hin, alle Zweifel und Einwände eigensinnig zurückweisend. Dazwischen hinein mischen sich nicht selten auch expansive Wahrnehmungen und Ideen. Der liebe Gott hat zu ihm gesprochen und ihn mit der Jungfrau Maria oder Christus

verlobt; seine Angehörigen sind in den Himmel geflogen und mit dem göttlichen Segen wieder zurückgekehrt.

Alle diese einander fortwährend widersprechenden Vorstellungen haften nur für kurze Zeit und wechseln häufig ab; seltener variieren sie längere Zeit hindurch ein und dasselbe depressive Thema. Die Besonnenheit ist dabei zu meist bis zu einem gewissen Grade erhalten; die Kranken geben einzelne zutreffende Antworten, aber sie verkennen ihre Umgebung im Sinne der Hallucinationen. Die Anstalt halten sie für die Hölle; hinter dem Bette „schreien die Todten“; der Arzt ist der Henkersknecht, der ihre Lieben martert, oder der liebe Gott, der die Welt für ihre Sünden straft; die Wärterin ist die Schwester, welche man lebendig begraben hat. Die Stimmung ist vielfachem Wechsel unterworfen, aber vorwiegend ängstlich. Die Kranken jammern und sprechen viel von ihren Hallucinationen, die ihnen Alles „doch so deutlich“ vorsagen; sie klammern sich in ihrer Hilflosigkeit an ihre Umgebung an, leisten einfachen Massregeln gelegentlich verzweifelten Widerstand und unternehmen in den zeitweise sich einstellenden Steigerungen der Angst auch Selbstmordversuche und Angriffe auf ihre Umgebung, meist allerdings ohne besonders nachhaltige Energie. Lebhaftes sexuelle Erregung mit rücksichtsloser Masturbation kommt dabei nicht selten zur Beobachtung. Schlaf, Appetit und Ernährung pflegen erheblich zu leiden.

Die Grundlage dieser Psychose ist regelmässig eine psychopathische, wenn auch nicht immer hereditäre Prädisposition. Wie mir scheint, befällt die Krankheit vorzugsweise das weibliche Geschlecht, schwache, haltlose Geschöpfe, und zwar unter Verhältnissen, in welchen der unbefriedigte sexuelle Drang eine hervorstechende Bedeutung im psychischen Leben gewinnt. Der Verlauf ist stets ein protrahirter; unter vielfachen Schwankungen, die zeitweise auch zu stumpfem Versunkensein führen können, treten die Hallucinationen und mit ihnen die Unruhe ganz allmählich zurück, aber die Kranken gewinnen zunächst keine klare Einsicht, sondern halten trotz anscheinend völliger Besonnenheit in kindisch-eigensinniger Weise noch längere Zeit an ihren Ideen fest. Nicht immer erfolgt schliesslich zweifellose Heilung; es

kommt vor, dass sich die Wahnvorstellungen nach vielen Monaten, oder erst nach Jahr und Tag weniger durch kritische Berichtigung, als durch einfaches Vergessen verlieren. Wie es scheint, handelt es sich dann um eine „Heilung mit Defect“, oder es ist umgekehrt der schon vorher bestehende Defect die Ursache der langsamen und unvollständigen Heilung. In einzelnen Fällen beobachtet man auch die Entwicklung dauernder Schwächezustände, indem die Sinnes-täuschungen nicht vollständig verschwinden, sondern viele Jahre hindurch gelegentlich, namentlich in der Nacht, immer wieder auftauchen, ohne dass der Kranke sie durchgreifend zu corrigiren vermöchte. Hier liegt dann die Gefahr stärkerer Verschlimmerungen sehr nahe.

Bei der Diagnose der Erkrankung hat die Abgrenzung von der Verrücktheit den acuten Beginn, den raschen Wechsel der verschiedenartigsten Ideen und den Mangel einer systematischen Verarbeitung derselben zu beachten. Gegenüber der hallucinatorischen Verwirrtheit sei auf die lange Krankheitsdauer und die Mannigfaltigkeit der Sinnes-täuschungen hingewiesen. Vor der Angstmelancholie und dem depressiven Wahnsinn zeichnet sich diese Psychose durch die völlig dominirende Rolle der Hallucinationen und den Wechsel der Affecte aus; von der zweiten Form des acuten hallucinatorischen Wahnsinnes endlich unterscheidet sie sich durch die längere Dauer, die weit lebhafteren Affecte, die Zusammenhangslosigkeit des Vorstellungsverlaufes und das fast ausschliessliche Vorwiegen der Gehörstäuschungen.

Die Behandlung der Psychose kann, wenigstens für die Zeit stärkerer Aufregung, nur in der Anstalt durchgeführt werden. Auch hier versagen zunächst oft alle Beruhigungsmittel, von denen vor Allem verlängerte Bäder, Einpackungen, das Morphinum und, zu sicherer Erzeugung zeitweiligen Schlafes, das Hyoscin angewandt zu werden verdienen; natürlich ist genaue Ueberwachung unerlässlich. Nach eingetretener Beruhigung ist es die Ablenkung der Aufmerksamkeit nach aussen durch Unterhaltung, Beschäftigung, Spaziergänge u. s. f., von welcher erfahrungsgemäss eine günstige Beeinflussung des Krankheitszustandes erwartet werden darf.

Die zweite Form des chronischen hallucinatorischen Wahnsinns wird in der Regel durch ein länger dauerndes Prodromalstadium eröffnet. Die Kranken sind verstimmt, missmuthig, sogar bis zum Lebensüberdruß und zum Selbstmordversuche; sie sind unzufrieden mit ihrem Schicksal, fühlen sich zurückgesetzt, werden misstrauisch gegen ihre Umgebung, heftig und gereizt bei geringfügigen Anlässen. Nach schlaflos verbrachten Nächten, mit benommenem, schmerzenden Kopfe setzen sie sich an ihre Arbeit, um immer wieder zu empfinden, dass sie nicht im Stande sind, das zu leisten, was sie erstreben. Irgend ein äusserer Anlass, ein Examen, ein Streit, eine Enttäuschung, ein Excess, eine unglückliche Neigung geben dann den Anlass zum Ausbruche der Erkrankung; so sah ich eine Reconvalescentin von Melancholie im Anschlusse an eine Todesnachricht erkranken. Die Patienten bemerken, wie sie auf der Strasse den Gegenstand der allgemeinen Aufmerksamkeit bilden, wie man ihnen ausweicht, spöttische Blicke zuwirft, vor ihnen ausspuckt und vor Allem, wie man ihnen höhnende Bemerkungen nachruft, anfangs nur einzelne abgerissene Worte („der Lump“, „der Schuft“), bald aber ganze Sätze voll der grössten Beleidigungen. Vergebens sucht der geängstigte Kranke in seiner Wohnung Schutz; auch hierhin folgen ihm die drohenden und höhnenden Stimmen; auch hier bemerkt er, dass man ihm Fallen gelegt hat, um ihn zu verderben. Wohin er geht, verfolgen ihn die Hallucinationen, bald stärker, bald schwächer, am meisten in der schlaflosen Nacht, und es drängt sich ihm daher der Gedanke auf, dass er von einer ganzen Corporation (der Polizei, den Freimaurern, Pfaffen, Socialdemokraten) verfolgt, dass ein „Haberfeldtreiben“ mit ihm vorgenommen werde.

Jede neue Wahrnehmung bringt ihm die Bestätigung seines Verdachtes. In den Speisen schmeckt er Gift; auf der Strasse folgen ihm unheimliche Gestalten; sein Zimmer ist in der Nacht mit Schwefeldampf erfüllt, und die Stimmen drohen ihm, dass er vor Gericht geschleppt, umgebracht, lebendig verbrannt werden solle. Natürlich geräth der Kranke unter dem Einflusse dieser massenhaften Täuschungen meist ziemlich rasch in völlige Verwirrung. Er

weiss kaum mehr, wo er sich befindet, sucht um jeden Preis seinen Verfolgern zu entgehen, reist planlos davon und begeht voller Angst und Schrecken sehr häufig einen energischen Selbstmordversuch. Dieser Zustand durch zahlreiche Sinnestäuschungen unterhaltener Verwirrtheit kann nun längere Zeit hindurch ziemlich stationär bleiben. Der Kranke giebt zwar auf einfache Fragen einzelne zutreffende Antworten, kümmert sich aber im Ganzen sehr wenig um seine Umgebung, sondern ist fast unausgesetzt mit sich und seinen Täuschungen beschäftigt. Bisweilen ruhiger und zugänglicher, geräth er zu anderen Zeiten, namentlich des Nachts, in Erregung, geht gesticulirend auf und ab, spricht viel vor sich hin oder aus dem Fenster hinaus, lacht plötzlich ohne äusseren Anlass laut auf, giebt auf eine harmlose Anrede gereizte Antwort oder wird unmotivirt brutal und gewaltthätig. In einzelnen Fällen werden auch intercurrent heftige sexuelle Aufregungen mit triebartiger Masturbation beobachtet. Krankheitseinsicht fehlt vollständig; jeder Versuch, in dieser Beziehung aufzuklären, pflegt durch die Incohärenz oder den gereizten Widerspruch der Kranken vereitelt zu werden. Die Stimmung ist gewöhnlich eine erbitterte, bisweilen ängstliche; dazwischen fallen Episoden theatralischer Affectirtheit oder massloser Ausgelassenheit. Der Schlaf der Kranken ist mindestens in der ersten Zeit regelmässig gestört, die Nahrungsaufnahme durch die vielfach hervortretende Vergiftungsfurcht selbst bis zu zeitweiliger völliger Abstinenz beeinträchtigt. Das Körpergewicht geht dabei langsam, aber oft in sehr bedeutendem Masse herunter.

Als günstiger Boden auch für die Entstehung dieser Krankheit scheint vor Allem eine gewisse psychopathische Prädisposition von Bedeutung zu sein, während der äussere Anstoss hauptsächlich durch unbefriedigende Lebensverhältnisse, chronische Ernährungsstörungen oder langdauernde, sich allmählich cumulirende Affecte gegeben wird. Die Dauer der Krankheit erstreckt sich regelmässig über eine Reihe von Monaten, ja sie kann selbst über ein Jahr betragen, ohne dass die Hoffnung auf Genesung schon aufgegeben werden müsste. Die Prognose ist als anceps zu

betrachten; eine grössere Anzahl von Fällen führt in unheilbare Schwächezustände hinüber. Bei günstigem Verlaufe treten die Hallucinationen allmählich zurück; der Schlaf wird besser und das Körpergewicht beginnt zu steigen. Der Kranke wird zugänglicher, freundlicher, fängt an, sich zu beschäftigen und gewinnt nun innerhalb einiger Wochen eine immer mehr sich klärende Einsicht in seine Psychose. In ungünstigen Fällen dagegen verlieren sich die Sinnes-täuschungen nicht, wenn sie auch zeitweise etwas mehr in den Hintergrund treten. Der Kranke beruhigt sich allmählich ebenfalls, aber er gewinnt kein klares Verständniss für seinen Zustand, bleibt mehr oder weniger verwirrt ohne bestimmt ausgeprägtes Wahnsystem und bietet fast immer Aufregungsperioden mit grösserer Gereiztheit dar, welche mit Zeiten relativer Beruhigung unregelmässig abwechseln.

Die Diagnose der Krankheit hat bei der langen Dauer derselben wesentlich die Abgrenzung von der Verrücktheit in's Auge zu fassen. Von Wichtigkeit ist in dieser Beziehung einmal die anhaltende Verwirrtheit, dann aber der in ruhigeren Perioden erkennbare Mangel eines eigentlichen Wahnsystems. Nur einzelne Elemente eines solchen sind vorhanden, aber dieselben werden nicht wie bei der Verrücktheit durch eine geschäftige Phantasie zum festgefügtten Bau mit einander verbunden.

Die Behandlung der Psychose hat dem Kranken vor allen Dingen Ruhe und Schutz gegen seine eigenen Selbstmordneigungen zu verschaffen (gehörige Ueberwachung). Die Sorge für Schlaf und Ernährung geschieht nach den bekannten Grundsätzen. Sobald die Aufregung nachzulassen beginnt, kann eine verständig geleitete, anziehende Beschäftigung das Zurücktreten der Sinnestäuschungen ohne Zweifel befördern. Man vermeide durchaus jede dauernde Isolirung und überlasse den Kranken niemals längere Zeit sich selbst, so sehr man sich auch hüten muss, ihn in der Erregung durch Drängen oder Widerspruch zu reizen.

VI. Das periodische und circuläre Irresein.

A. Die periodischen Psychosen*).

Als periodische Geistesstörungen pflegt man eine kleine Gruppe von Psychosen zu bezeichnen, bei welcher es sich um das periodische Auftreten bestimmter krankhafter Symptomencomplexe auf einer auch in der Zwischenzeit nicht normalen Grundlage handelt. Dieselben sind daher scharf zu trennen einmal von den einfachen Rückfällen vor oder kurz nach vollendeter Genesung, andererseits aber auch von jenen vielfach recidivierenden Formen des Irreseins, die ebenfalls auf Grund einer Prädisposition durch häufig wiederkehrende Gelegenheitsursachen stets frisch erzeugt werden, wie etwa die alkoholischen Aufregungszustände. Im letzteren Falle ist die Periodicität rein äusserlich bedingt; Entfernung aller Schädlichkeiten verhindert mit Sicherheit den Rückfall in die Geistesstörung — dort indessen liegen alle Entstehungsbedingungen im Organismus selbst, wie diejenigen der epileptischen Anfälle; es bedarf keiner äusseren Anlässe mehr, um die mit unfehlbarer Gewalt hereinbrechenden Krankheitsparoxysmen erst auszulösen. Daher die grosse Aehnlichkeit der einzelnen Anfälle mit einander nach Symptomen und Verlauf, daher in den Intervallen stets die Anzeichen leichter oder ausgeprägter Schwäche im Bereiche des Verstandes oder im Gefühlsleben, daher endlich auch die so häufig ungünstige Prognose dieser Psychosen, soweit sie

*) Kirn, die periodischen Psychosen, 1878.

eben in der Gesamtconstitution des Erkrankten ihre unausrottbare Wurzel haben. Als klinische Formen des periodischen Irreseins können wir die Melancholie, die Manie und den Wahnsinn unterscheiden.

Die periodische Melancholie ist im Ganzen keine häufige Erkrankung, wenn auch manche sehr leicht verlaufende Fälle sich der irrenärztlichen Beobachtung gänzlich entziehen mögen. Sie erwächst nach meinen Erfahrungen regelmässig auf hereditär prädisponirter und nicht selten bereits etwas schwachsinniger Grundlage. Die Ausprägung des Krankheitsbildes selbst ist meist eine wenig intensive. Ohne besonderen äusseren Anlass, höchstens im Anschlusse an eine unangenehme Lebenserfahrung, vorübergehende Ueberanstrengung u. dergl. stellt sich Schlaflosigkeit, reizbare Verstimmung und die Neigung zum Grübeln ein, mit allerlei unangenehmen Empfindungen im Kopfe und nicht selten leichten, inhaltlosen Beängstigungen. Die Besonnenheit bleibt vollkommen erhalten, oft auch die Krankheitseinsicht; nur vorübergehend gewinnen vielleicht vage Versündigungsideen die Oberhand. Häufig scheinen Zwangsvorstellungen eine grosse Rolle zu spielen, die den Kranken sehr belästigen, z. B. in Form von religiösen Zweifeln; auch Zwangsimpulse kommen zur Beobachtung, namentlich plötzlich auftauchende, durch keinen besonderen Affect motivirte Selbstmordneigung.

Das äussere Benehmen des Kranken wird durch die Psychose wenig berührt, oder er vermag sich doch so „zusammenzunehmen“, dass erst bei längerer Beobachtung eine gewisse Reizbarkeit einerseits, Schlaffheit und Energielosigkeit andererseits deutlicher hervortritt. Nur im Stillen oder dem Vertrauten gegenüber löst sich dann bisweilen der schmerzliche innere Druck in einem heftigen Weinparoxysmus. Das Interesse für äussere Dinge ist bedeutend beeinträchtigt; jede länger dauernde Anspannung der Aufmerksamkeit führt bald zur Ermüdung, und die Arbeitsfähigkeit leidet dabei natürlich in hohem Masse. Gleichwol pflegen sich die Patienten nicht selten mit unsäglicher Mühe und unter Aufbietung aller Kräfte sehr lange Zeit durch ihre Berufsthätigkeit hindurchzuschleppen.

Die körperlichen Begleiterscheinungen sind diejenigen der einfachen Melancholie, hartnäckige Schlafstörung, Appetitlosigkeit, Verdauungsträgheit, Sinken der Ernährung, doch erreichen diese Symptome meist keine sehr grosse Intensität.

Der Verlauf der Krankheit ist in der Regel ein sehr wechselnder. Besserungen und Verschlechterungen des Zustandes folgen in unregelmässigen Schwankungen und ohne äusseren Anlass auf einander. Gewöhnlich sind auch hier die Morgenstunden am schwersten, während sich gegen Abend eine gewisse Erleichterung einzustellen pflegt. Die Dauer der Psychose ist fast immer eine sehr lange. Selten nur beträgt dieselbe weniger als ein Jahr; andererseits kommen Fälle mit 2—3jähriger Dauer zur Beobachtung. Der erste Anfall der Erkrankung scheint meist in den zwanziger oder dreissiger Jahren aufzutreten; die Intervalle sind lang und unregelmässig, dauern 8, 10, 12 Jahre und länger. In diesen Zwischenzeiten erscheint der Kranke normal, doch lässt sich, so weit meine Erfahrungen reichen, eine auffallende gemüthliche Weichheit und Unselbständigkeit, in manchen Fällen auch eine gewisse Kritiklosigkeit und Bornirtheit bei eingehenderer Beobachtung kaum verkennen.

Die Prognose der periodischen Melancholie ist für den einzelnen Anfall eine durchaus günstige; man darf sich durch die immer wieder hervortretenden Verschlechterungen des Zustandes in dieser Richtung nicht irre machen lassen. Freilich ist eine sichere Diagnose der Störung, eine Abgrenzung von einfacher Melancholie, oft kaum möglich. Die einfache Wiederkehr einer früher schon einmal überstandenen Psychose genügt natürlich nicht, um dieselbe als eine periodische zu charakterisiren. Wol aber kann der Mangel jeder äusseren Ursache, die typische Gleichheit der Krankheitsbilder, die Berücksichtigung der psychischen Constitution des Kranken, namentlich aber eine häufigere Wiederholung der Psychose jene Diagnose hinreichend begründen. Zweifelhaft muss es bleiben, ob man ein Recht hat, die im Klimakterium oder Anfang der sechziger Jahre auffallend häufig frühere Erkrankungen wiederholenden Melancholien

den periodischen Formen zuzurechnen. Bisweilen werden die leicht melancholischen Zustände unserer Gruppe für einfach neurasthenische gehalten. Vor dieser Verwechslung schützt die Beachtung der primären, dauernden Verstimmung, der Mangel einer zureichenden äusseren Ursache, der typische, allmählich sich verschlechternde und dann wieder bessernde Verlauf, sowie die Unzugänglichkeit der Störung gegenüber den therapeutischen Massnahmen, welche bei der Neurasthenie alsbald einen Nachlass der Erscheinungen herbeizuführen pflegen.

Die Behandlung der periodischen Melancholie erfordert regelmässig die Versetzung des Kranken aus den häuslichen und Berufsverhältnissen in eine ruhige, reizlose Umgebung mit sachverständiger Pflege. Nur ausnahmsweise kann hier etwa ein abgelegener Luftcurort oder eine offene „Nervenheilanstalt“ gewählt werden; noch seltener ist die häusliche Behandlung zulässig. Ueberall, wo die geringste Neigung zum Selbstmorde hervortritt, ist ganz unbedingt die Verbringung in die Irrenanstalt geboten. Gegen die Krankheit selber ist die Therapie ziemlich ohnmächtig, doch wird man immerhin durch regelmässige abendliche Bäder, mässige Gaben Bromkalium oder eventuell auch Opium, sowie durch die Regelung des Schlafes und der Verdauung einige Erleichterung schaffen können. Sorgfältige Ueberwachung, Fernhalten aller gemüthlichen Reize und geistiger Ueberanstrengung, ruhiger und geduldiger Zuspruch, später vorsichtige Ablenkungsversuche werden daneben die Hauptaufgabe des ärztlichen Handelns zu bilden haben.

Die periodische Manie. Die klinischen Krankheitsbilder, welche wir unter dieser Bezeichnung zusammenfassen, bieten eine ungleich grössere Mannigfaltigkeit dar, als diejenigen der vorigen Gruppe. Es erscheint möglich, hier wenigstens zwei Hauptformen auseinanderzuhalten, je nach der Dauer der einzelnen Paroxysmen und der zwischen ihnen liegenden Intervalle.

Bei der ersten dieser Formen dauern die Anfälle nicht länger, als höchstens 2—3 Wochen, bisweilen nur wenige Tage; ebenso pflegen die Intervalle die Dauer einiger Wochen nicht erheblich zu übersteigen. Das

eigentliche Krankheitsbild ist das einer echten, ganz acut sich entwickelnden und rasch verlaufenden Manie. Die Kranken werden von einem Tage zum andern unruhig, aufgereg, verwirrt, stark ideenflüchtig, sind in gehobener Stimmung und zeigen einen lebhaften motorischen Drang. Sie tanzen und singen, fangen an zu zerreißen und zu schmieren, ihre Umgebung zu necken, sind oft sexuell stark erregt, essen in ihrer Unruhe wenig und schlafen fast gar nicht. Das Körpergewicht nimmt dabei regelmässig rasch ab.

Der Eintritt der Beruhigung vollzieht sich in der Regel ebenso schnell, wie derjenige der Erregung, wenn man auch meist schon gegen das Ende des Anfalles eine leichte Abnahme der Ideenflucht und der Unruhe bemerken kann. Der Kranke wird nun mit einem Male geordnet und oft sogar auffallend still, aber er gewinnt in der Regel keine vollständige, klare Einsicht in die krankhafte Natur seines Zustandes, wenn er sich auch vieler Einzelheiten desselben noch gut erinnert. Vielmehr sucht er die überstandene Aufregung als etwas ganz Harmloses, oder als durch die Umgebung, die Zurückhaltung in der Anstalt und dergl. motivirt hinstellen. Eine gewisse körperliche Erholung pflegt sich dann rasch zu vollziehen, doch bleibt das Körpergewicht auch während des nun folgenden Intervalles in der Regel niedriger, als in früheren gesunden Zeiten.

Als die wichtigsten Ursachen der hier geschilderten Erkrankung sind ausser der psychopathischen Prädisposition namentlich Kopfverletzungen anzuführen. Beim weiblichen Geschlechte, bei dem sie verhältnissmässig häufig beobachtet wird, pflegt sie sich fast immer an die Menstrualperioden zu knüpfen, in der Weise, dass mit dem Eintritte der Menses oder kurz vorher auch der Tobsuchtsanfall beginnt, um dann etwa 1—2 Wochen anzudauern, bis er einer gewöhnlich etwas längeren freien Zwischenzeit weicht (menstruelles Irresein). Im Ganzen scheint die Krankheit vorzugsweise jugendlichere Personen (bis in die dreissiger Jahre hinein) zu befallen; sie dauert indessen dann nicht selten in immer wiederholtem Wechsel zwischen Anfall und Intervall bis in spätere Lebensalter hinein. Allerdings bleibt

bei sehr langer Dauer der Krankheit der regelmässige Typus derselben meist nicht unverändert; vielmehr haben die Anfälle die Neigung, sich im Laufe der Jahre immer mehr auszudehnen, und es kommt auf diese Weise allmählich zu einem Zustande dauernder ideenflüchtiger Verwirrtheit und Aufregung, der nur hie und da in unregelmässigen, selteneren Zwischenräumen durch plötzlich eintretende und eben so plötzlich wieder abschneidende ruhigere Zeiten unterbrochen wird.

Das gesammte psychische Leben der Kranken pflegt bei diesem Verlaufe sehr empfindlich zu leiden. Die Intelligenz und das Gedächtniss nimmt stark ab, wenn die Kranken auch bisweilen in den Intervallen noch durch einzelne Reminiscenzen aus gesunden Tagen überraschen. Das Urtheil über die Umgebung und namentlich über den eigenen Zustand ist stets äusserst unklar; die Kranken halten sich schon am ersten Tage der eingetretenen Beruhigung für völlig gesund und drängen auf Entlassung. Ebenso hat die gemüthliche Sphäre ausnahmslos sehr gelitten. Ist auch oft die äussere Form ihrer Gefühlsbeziehungen, annähernd wenigstens, die frühere geblieben, so vermag sie doch den tieferblickenden Beobachter nicht über die innere Leere und Theilnahmlosigkeit dieser schwachsinnig gewordenen Kranken hinwegzutäuschen. Im höheren Alter nimmt in der Regel die Ausdehnung und Zahl der Anfälle wieder ab, ja dieselben können vollständig verschwinden, und es erfolgt nunmehr bisweilen sogar noch eine relativ weitgehende Besserung des gesammten psychischen Zustandes, wenn man auch natürlich eine wirkliche Ausgleichung des durch die Krankheit einmal erzeugten Defectes füglich nicht wird erwarten können.

Die Prognose dieser Form der periodischen Manie ist keine durchaus ungünstige; eine Anzahl von Fällen gelangt spontan oder unter dem Einflusse der Behandlung zur Heilung. Freilich wird eine vollständige Wiederherstellung der Gesundheit immer nur nach kürzerer Dauer der Krankheit wahrscheinlich sein; wo die Psychose schon erheblich länger, als etwa ein Jahr bestanden hat, muss die Aussicht auf Genesung als eine recht zweifelhafte bezeichnet

werden. Die Diagnose der Erkrankung bietet nicht die geringsten Schwierigkeiten. Höchstens wäre es im Beginne möglich, dieselbe mit gewissen epileptischen Geistesstörungen zu verwechseln, doch wird das specifisch maniakalische Krankheitsbild, vor Allem aber zweifellos die weitere Beobachtung die richtige Auffassung der Psychose immer sichern.

Die Behandlung hat einerseits die Aufgabe, den Kranken während der Anfälle zu überwachen, sowie für Schlaf und genügende Ernährung zu sorgen, andererseits aber womöglich den Ausbruch des Paroxysmus überhaupt zu verhindern. Die zu diesem Zwecke empfohlene Bettlagerung des Kranken vermag wol, wo sie durchführbar ist, die Erscheinungen des Anfalls etwas zu mildern, nicht aber denselben wirklich zu coupiren; dagegen kann ich aus eigener Erfahrung die von Kohn eingeführte systematische Darreichung des Bromkalium in sehr grossen Dosen dringend empfehlen. Man giebt 12—15 gr. pro die, womöglich schon einige Tage vor dem erwarteten Ausbruche des Paroxysmus beginnend. Es gelingt auf diese Weise bisweilen mit ganz überraschender Zuverlässigkeit, das Auftreten der Erregung zu verhindern. Nachdem die besonders gefährlichen Tage vorübergegangen sind, geht man ganz allmählich mit der Dosirung des Mittels herunter, um bei der Annäherung an den nächsten zu erwartenden Anfall von Neuem zu der angeführten grossen Gabe anzusteigen u. s. f. In einzelnen, namentlich den sehr lange dauernden Fällen mit verwischem Typus bleibt diese Medication ohne Erfolg; in anderen bricht wenigstens nach dem Heruntergehen mit der Dosis die Aufregung hervor, um allerdings auch dann durch hohe Dosen wieder sofort coupirt zu werden. Hier ist wegen der Gefahr des Bromismus Vorsicht geboten, doch habe ich neuerdings selbst in einem ganz desolaten Falle durch die immer wieder aufgenommene Brombehandlung nach und nach die Häufigkeit und Dauer der freien Intervalle bedeutend zunehmen sehen. Endlich aber giebt es frische Fälle, bei denen man durch die systematische Bekämpfung der Paroxysmen einen dauerhaften, unzweifelhaften Heilerfolg erzielt; selbst die Erscheinungen einer mässigen Bromvergiftung sollten hier von der Ver-

folge des Curplans nicht abschrecken, da trotz derselben die psychische Genesung sich herauszustellen pflegt. Jedenfalls hüte man sich, die Medication plötzlich abubrechen.

Die zweite Hauptform der periodischen Manie ist durch die beträchtlich längere Dauer und die damit zusammenhängende reichere Entwicklung des Krankheitsbildes gekennzeichnet. Die Färbung dieses letzteren im Einzelnen kann sich dabei vielfach verschieden gestalten. In einer ersten Gruppe von Fällen trägt der einzelne Paroxysmus vollständig die Züge der einfachen Manie, mit dem einzigen Unterschiede vielleicht, dass die Psychose in rascherem Tempo sich zu ihrer Höhe entwickelt. Nach einem mehr oder weniger ausgesprochenen, bisweilen immerhin eine Reihe von Wochen dauernden melancholischen Vorstadium schlägt die Stimmung des Kranken plötzlich um; er wird ausgelassen, verwirrt, ideenflüchtig, schlaflos, geräth in lebhaft motorische Erregung, schwatzt, singt, pfeift, tanzt, zerreisst und schmiert mit geringen unregelmässigen Nachlässen, bis nach mehreren Monaten die maniakalische Exaltation allmählich abklingt.

In einer zweiten Reihe von Fällen trägt die Aufregung während des ganzen Krankheitsverlaufes den Charakter des Zornes. Die Kranken werden gereizt und erbittert gegen ihre Umgebung, überhäufen dieselbe mit ideenflüchtigen Anschuldigungen und Schmähungen, fahren wüthend und jederzeit zu gewaltthätigen Ausschreitungen geneigt in der Abtheilung herum, schimpfen, schreien und poltern Tag und Nacht, mit geringer Unterbrechung durch einige Stunden unruhigen Schlafes. Vorübergehende Nachlässe der Erregung werden häufig beobachtet, doch genügen regelmässig schon ganz geringfügige Anlässe, um stunden-, ja tagelang dauernde Paroxysmen zorniger Gereiztheit mit endlosen Schimpfreden, Drohungen und Verwünschungen heraufzubeschwören. Die Besonnenheit pflegt bei dieser Form im Ganzen weit weniger getrübt zu sein, als bei der typischen Manie, wenn auch die ideenflüchtige Verwirrtheit sich in den zornigen Expectorationen der Kranken deutlich genug widerspiegelt. Auch hier beträgt die Dauer des Anfalls gewöhnlich nur einige Monate.

Die zornige Form der periodischen Tobsucht bildet eben wegen der weniger tiefgreifenden Störung des Bewusstseins gewissermassen den Uebergang zu einem weiteren Krankheitsbilde, welchem insofern eine ganz besondere Bedeutung für die periodischen Psychosen beigelegt werden muss, als es, soweit wenigstens meine Erfahrung reicht, der einfachen Manie so gut wie fremd ist. Was dieses Krankheitsbild auszeichnet, ist die Erhaltung völliger Besonnenheit während des gesamten Ablaufes der Psychose.

Der Ausbruch der Erkrankung schliesst sich nicht selten an einen äusseren Anlass (Ueberanstrengung, Excesse, gemüthliche Erregung) an, wenn sich auch bisweilen eine genügende Ursache durchaus nicht nachweisen lässt. Der im gewöhnlichen Leben oft sehr wortkarge, zurückgezogen lebende, selbst menschenscheue Kranke beginnt mit einem Male „aufzuthauen“. Er wird gesprächig, entwickelt eine auffallende, überstürzte Geschäftigkeit, vernachlässigt aber dabei seine eigentliche Berufsarbeit; er beginnt, sich auffallend zu kleiden, kleinere und grössere Excesse zu begehen, ungewöhnlich viel Geld zu verthun, sich auf Reisen zu begeben. Die Bemühungen seiner Angehörigen, ihn zu beruhigen, erweisen sich nicht nur als erfolglos, sondern sie reizen den Kranken geradezu und führen leicht zu heftigen Zornausbrüchen und selbst Gewaltthaten. Er fühlt sich in seiner Unternehmungslust von seiner Umgebung nicht verstanden und wird misstrauisch, tyrannisch und gereizt gegen dieselbe; er wird es um so mehr, wenn er auf deren Veranlassung in eine Anstalt gebracht wird, nachdem er sich überall compromittirt, sowie in unangenehme Skandal- und Processgeschichten hineinverwickelt hat.

Die Empfänglichkeit des Kranken ist in der Regel gesteigert; er fasst äussere Eindrücke rasch und vollständig auf, ja er zeigt sogar bisweilen eine geschärfte Beobachtungsgabe, welche ihn die Eigenthümlichkeiten und namentlich die Unvollkommenheiten und Schwächen seiner Umgebung mit einer gewissen Gewandtheit herausfinden lässt. Die Besonnenheit ist vollständig erhalten, die Erinnerung durchaus lückenlos, aber in hohem Grade durch die Stimmung

und den besonderen Standpunkt des Kranken beeinflusst, so dass sie nur ein stark subjectiv gefärbtes Bild der jüngsten Ereignisse zu liefern pflegt. Der Gedankengang ist im Allgemeinen geordnet und zusammenhängend, doch lassen sich, namentlich bei längeren Auseinandersetzungen, die Andeutungen einer leichten Ideenflucht niemals verkennen. Eine Krankheitseinsicht besteht durchaus gar nicht. Vielmehr hält sich der Kranke für vollkommen gesund, ja für gesünder als je, und giebt dem Arzte die Insinuation psychischer Störung ohne Weiteres mit voller Ueberzeugung zurück. Alle seine extravaganten Handlungen versteht er als völlig harmlose oder sogar fein durchdachte und wohl motivirte darzustellen; um einen Entschuldigungs- oder Erklärungsgrund ist er niemals in der geringsten Verlegenheit. Die Beschränkung seiner persönlichen Freiheit betrachtet er als einen schlechten Witz oder als eine unverzeihliche Kränkung, die er auf Intriguen seiner Angehörigen oder sonst ihm feindlich gesinnter Individuen zurückführt und zu deren Beseitigung und Sühne er gesetzliche Massregeln zu ergreifen droht.

Die Stimmung des Kranken ist in der Regel eine gereizte, zu Zornausbrüchen geneigte, sobald er sich in seiner freien Bewegung behindert fühlt. Dem Arzte antwortet er grob und patzig oder mit höhnischem Sarkasmus, da er keinen Arzt braucht und die ganze „mit ihm gespielte Komödie“ nur lächerlich findet. Das Selbstgefühl ist dabei ein sehr gehobenes; er spricht von seiner Persönlichkeit, seinen Leistungen und Verdiensten mit einer gewissen Emphase, blickt auf seine Umgebung mit vornehmer Geringschätzung herab und lässt sich auch wol zu allerlei handgreiflichen, phantasievollen Renommistereien hinreissen, von denen es oft nicht ganz klar ist, wie weit er ihnen im Augenblicke selber Glauben schenkt.

Im Handeln des Kranken pflegt sich die innere Unruhe am deutlichsten kund zu geben. Trotz äusserlicher Besonnenheit begeht er eine Menge von planlosen Thorheiten und Kindereien. Er nimmt auffallende Veränderungen an seiner Kleidung vor, reisst die Knöpfe ab, die Taschen heraus, kehrt den Rock um, steckt die Hosen in

die Strümpfe, knüpft die Hemdzipfel zusammen; er sucht im Garten, wie im Zimmer, aus allen Ecken, wie aus dem Bereiche seiner Mitpatienten eine Unmenge von Gegenständen zusammen, die in seiner Tasche ein buntes Sammelsurium bilden, Brodreste, Cigarrenstümpfe, Steine, trockene Blätter, Fäden, Papierfetzen, Glasscherben, Nägel, Eisenstückchen u. dergl. mehr. Für alle diese Dinge hat er Verwendung. Der Tabak und die Blätter werden in Papier gewickelt geraucht; das Papier wird zum Schreiben, die Nägel zum Pfeifenstopfen, die Scherben zum Bleistiftspitzen benutzt; das Uebrige dient als Tauschmittel, um von den Mitpatienten kleine Vortheile zu erlangen. Bisweilen wird auch allerlei in die Nase oder die Ohren gesteckt, das Ohr-läppchen mit Streichhölzern oder Drahtstückchen durchbohrt, Cigarrenasche und Staub als Schnupftabak verwendet, das Barthaar theilweise mit der Cigarre versengt. Seine Mitpatienten pflegt der Kranke zu tyrannisiren, ihnen fortzunehmen, was ihm gefällt, ihnen Befehle zu ertheilen und häufig genug auch mit Schimpfworten oder Thätlichkeiten entgegen zu treten. In der Nacht schläft der Kranke sehr wenig, vertreibt sich dabei die Zeit nicht selten mit lautem Singen oder künstlicher Verarbeitung seines Bettmaterials, namentlich des Strohes aus dem Strohsacke. Der Appetit ist in der Regel vortrefflich; trotzdem pflegt das Körpergewicht erheblich zu sinken.

In der geschilderten Weise kann das klinische Bild mit geringen Schwankungen längere Zeit unverändert bleiben. Nur selten kommt es ganz vorübergehend für wenige Tage zu einer hochgradigen Steigerung der Aufregung mit ideenflüchtiger Verwirrtheit. Zumeist erhält sich die Besonnenheit während des ganzen, sich regelmässig über eine Reihe von Monaten erstreckenden Krankheitsverlaufes.

Die periodische Manie mit länger dauernden Anfällen entwickelt sich wol immer auf der Grundlage psychopathischer Prädisposition, welche in einer nicht geringen Zahl von Fällen durch erbliche Belastung, öfters auch durch Kopfverletzungen repräsentirt wird. Nicht selten treten gewisse, nach dieser Richtung hin beachtungswerthe psychische Eigenthümlichkeiten, Schwachsinn, leichte

Erregbarkeit, excentrisches oder misanthropisches Wesen, geringe Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol, auch während der freien Intervalle zwischen den Anfällen deutlich genug hervor. Der erste Anfall der Krankheit erfolgt meist in den zwanziger bis dreissiger Lebensjahren; bisweilen sind früher schon schwächer ausgebildete Erregungszustände vorausgegangen. Die freien Intervalle betragen gewöhnlich lange Zeit, selbst 6, 8, 10, selten weniger als 1—2 Jahre. Bei langem Bestehen der Krankheit verlängern sich zuweilen die Paroxysmen immer mehr, sogar bis zur Dauer von mehreren Jahren, ja es kann schliesslich unter bedeutender Zunahme der psychischen Schwäche zur Entwicklung eines bleibenden Zustandes leichter maniakalischer Erregung mit kindischem Sammeltriebe kommen.

Die Prognose der Erkrankung ist eine recht ungünstige. Zwar der einzelne Anfall pflegt regelmässig unter allmählicher, mit vielfachen Schwankungen eintretender Beruhigung in relative Genesung überzugehen; indessen kommt auch dann fast niemals eine unumwundene, vollständige Krankheitseinsicht zu Stande. Vielmehr hat es den Anschein, als ob jeder neue Anfall einen, wenn auch geringen, Fortschritt der psychischen Schwäche nach sich zieht. Alle Bemühungen, den Ausbruch neuer Anfälle zu verhüten, selbst der dauernde Anstaltsaufenthalt, pflegen vergeblich zu sein. In einzelnen Fällen lässt indessen bei vorgerücktem Alter die Intensität und die Zahl der Anfälle von selber nach. Die Diagnose lässt sich im Allgemeinen nur auf Grund der Anamnese mit einiger Sicherheit stellen. Nur die letztbesprochene Form ohne tiefer greifende Störung der Besonnenheit erlaubt schon auf Grund des eigenthümlichen Krankheitsbildes selber den Rückschluss auf die periodische Natur der Psychose.

Die Behandlung lehnt sich in allen Punkten durchaus an diejenige der einfachen maniakalischen Erkrankungen an. Ein Mittel, die Anfälle selbst zu coupiren, kennen wir bisher nicht; auch das Bromkalium scheint nach dieser Richtung hin ohnmächtig zu sein, obgleich es die Intensität der Aufregung bedeutend herabsetzt. Gleichwol ist es zweifellos, dass ein ruhiges Leben in geordneten Verhältnissen,

sowie die jedesmalige rasche Verbringung in die Anstalt nicht nur die Stärke, sondern auch die Häufigkeit der Krankheitsanfälle in günstigem Sinne zu beeinflussen im Stande ist.

Der periodische Wahnsinn. Von den verschiedenen Formen des Wahnsinns ist es namentlich der depressive Wahnsinn, der bisweilen als periodische Erkrankung beobachtet wird. Fast regelmässig handelt es sich dabei um hereditär psychopathisch veranlagte Individuen. Das Krankheitsbild schliesst sich meist durchaus den ruhigen Formen des depressiven Wahnsinns an; neben vereinzelten Hallucinationen und zahlreichen Illusionen entwickeln sich phantastische Versündigungs- und Verfolgungsideen auf der Grundlage einer schmerzlichen Verstimmung mit ausgesprochener Apathie. Weniger häufig nimmt die periodische Psychose das Krankheitsbild des expansiven Wahnsinns an. Die Aufregung pflegt sich hier sehr rasch zu steigern; es treten Sinnestäuschungen (Personenverkennung, Visionen) und Wahnideen, häufig religiösen Charakters, hervor, und der Kranke wird auf der schnell erreichten Höhe der Erkrankung nicht selten völlig verwirrt. In sehr seltenen Fällen endlich scheint auch der hallucinatorische Wahnsinn als periodische Erkrankung vorzukommen.

Die Dauer des periodischen Wahnsinns beträgt bei der depressiven Form meist nahezu ein Jahr, bei der exaltierten 4—6 Monate. Dem entsprechend pflegen dort auch die freien Intervalle eine beträchtlich längere Dauer (eine Reihe von Jahren) aufzuweisen, als hier. Hinsichtlich der Prognose gilt dasselbe, wie für die übrigen periodischen Psychosen; der einzelne Anfall verläuft fast immer günstig, aber die Rückkehr desselben zu verhüten, hat sich bisher als unmöglich erwiesen. Die Diagnose der Periodicität kann hier nur auf Grund der früheren Erfahrung gestellt werden; beim exaltierten Wahnsinn allerdings vermag bisweilen die auffallend rasche Entwicklung der Symptome einen Fingerzeig in dieser Richtung zu geben. Die einfache Wiederholung derselben Erkrankung, wie man sie beim depressiven Wahnsinn nicht zu selten beobachtet, kann auch hier die Auffassung der Erkrankung als einer

periodischen noch nicht begründen. Ueber die Behandlung der Psychose ist dem bei den einfachen Formen Ausgeführten nichts Wesentliches hinzuzufügen.

B. Das circuläre Irresein*).

Das circuläre Irresein gehört zu den am besten charakterisirten Krankheitsformen, welche die klinische Psychiatrie überhaupt kennt. Es lässt sich definiren als ein durch das ganze Leben hindurch andauernder, regelmässiger Wechsel depressiver und exaltativer Zustände. Der Beginn der Erkrankung reicht gewöhnlich in den ersten Andeutungen bis in das Pubertätsalter, bisweilen noch weiter zurück. Schon jetzt werden bei dem heranwachsenden Kranken längere Perioden unmotivirter Verstimmung und extravaganter Ausgelassenheit beobachtet, gewöhnlich aber auf moralische Fehler oder mangelhafte Erziehung zurückgeführt, bis dann die weitere Ausbildung der Krankheit an der pathologischen Natur dieser Zustände keinen Zweifel mehr lässt. Freilich vergehen darüber bisweilen Jahrzehnte. Sicherlich verlaufen zahlreiche circuläre Geistesstörungen als einfache „Verstimmungen“, „Launen“, „berechtigte Eigenthümlichkeiten“ im gewöhnlichen Leben, ohne erkannt zu werden, ja sie gehen schliesslich ohne scharfe Grenze in die Breite jener normalen Schwankungen des gemüthlichen Gleichgewichtes über, die so oft bei nervösen Menschen schon eine gewisse Regelmässigkeit in der Aufeinanderfolge, eine auffallende Unmotivirtheit und Unabhängigkeit von äusseren Anlässen erkennen lassen.

Das klinische Bild, welches die beiden aufeinander folgenden Phasen der Psychose darbieten, ist in der grossen Mehrzahl der Fälle ein vollkommen typisches. Die depressive Periode verläuft zumeist als einfache, leichte Verstimmung ohne Sinnestäuschungen und ohne ausgeprägte Wahnideen. Der Kranke ist still, einsilbig, gedrückt, energielos; seine Vergangenheit, wie seine Zukunft erscheint ihm in gleichmässig trübem Lichte; er fühlt sich

*) Emmerich, Schmidt's Jahrbücher CXC, 2.

namenlos unglücklich, ohne doch sagen zu können, warum. Sein Leben ist verpfuscht, zum grossen Theil, wie er meint, durch eigene Thorheit und eigene Schuld. Nichts vermag sein Interesse dauernd anzuregen, nichts macht ihm Freude; er ist gleichgültig geworden gegenüber seinen Angehörigen und Demjenigen, was ihm früher das Liebste war. Mit einer gewissen stumpfen Resignation, die jeden Trost und jeden Lichtblick ausschliesst, schleppt sich der Kranke mühsam von einem Tage zum andern hin. Er fühlt, dass seine frühere Leistungsfähigkeit geschwunden ist, dass ihm jede kleine Anstrengung unsäglich schwer wird, und dass er auch den gewöhnlichsten Anforderungen nicht mehr zu genügen vermag. Oft sitzt er daher tagelang, stumpf vor sich hinbrütend, die Hände in den Schooss gelegt, verzweifelnd da, unfähig, sich zu irgend einer Handlung emporzuraffen. Gleichwol oder vielleicht deswegen kommt es nur selten zum Auftreten von Selbstmordideen, noch seltener zum wirklichen Tentamen suicidii. In einzelnen Fällen kann diese Verstimmung bis zur völligen, reactionslosen Hemmung aller psychischen Functionen fortschreiten. Zumeist jedoch besteht in diesem Stadium der Psychose ein sehr ausgeprägtes Krankheitsgefühl, ja nicht selten sogar eine gewisse Krankheitseinsicht, insofern die Patienten ihr Bedauern über früher vorgekommene Ungehörigkeiten und die Besorgniss aussprechen, dass sie sich im exaltirten Stadium auf's Neue compromittiren möchten.

Meist klagen die Kranken dabei über allerlei körperliche Beschwerden, Druck und Benommenheit im Kopfe, Ohrensausen, Beklemmungsgefühle, Herzklopfen. Der Appetit ist in der Regel sehr herabgesetzt, die Zunge belegt, der Stuhlgang angehalten; die Kranken essen nur mit Widerwillen und auf vieles Zureden. Der Schlaf ist stets empfindlich beeinträchtigt; die Kranken liegen stundenlang, von peinigenden Vorstellungen gequält, schlaflos im Bette, um nach wirren, ängstlichen Träumen am andern Morgen mit wüstem Kopfe, abgeschlagen und ermattet zu erwachen. Der Gesichtsausdruck und die Körperhaltung ist schlaff und matt, die Augen glanzlos; die Haut ist fahl, runzelig, welk; das Körpergewicht pflegt zu sinken.

Dieser durchaus häufigsten Form des depressiven Stadiums stehen einige andere, seltenere Krankheitsbilder zur Seite. Bisweilen nimmt diese Phase den Charakter eines ganz acut sich entwickelnden depressiven Wahnsinns an. Der Kranke versinkt binnen kurzer Zeit in eine völlige Desorientirtheit mit phantastischen Verfolgungs- und Versündigungsideen, sowie damit zusammenhängenden Sinnes-täuschungen, namentlich des Gehörs. In noch anderen Fällen tritt während der Depression vorzugsweise ein mürrisches, reizbares Wesen mit dem Gefühle trostlosester Unbefriedigtheit hervor, welches den Kranken vollkommen unfähig macht, irgendwie mit seiner Umgebung in Verkehr zu treten, und ihn dazu zwingt, oft monatelang seine Zuflucht im Bette zu suchen, wo er jeder äusseren Einwirkung einen zornigen Widerstand entgegensetzt.

Mit dem Eintritte der exaltirten Phase des Krankheitsverlaufes erfährt das ganze Bild eine durchgreifende Umwandlung. Selten, und zwar nur bei kurzer Dauer der einzelnen Stadien, vollzieht sich dieselbe plötzlich, im Laufe einer einzigen Nacht; in der Regel sieht man den Umschwung sich ganz allmählich vorbereiten. Der Gesichtsausdruck und die Haltung des Kranken wird freier, sein Auge lebhafter; seine Haut gewinnt die frühere Farbe und Spannung, seine Bewegungen ihre alte Elasticität wieder. Nach und nach wird er zugänglicher, zeigt mehr Interesse für seine Umgebung, beginnt sich andauernder zu beschäftigen, fühlt sich frischer und wohler, äussert die Sehnsucht nach Freiheit und Berufsthätigkeit, „nach Frühling und Waldesgrün“, fasst seine Entlassung in's Auge und macht oft längere Zeit hindurch den Eindruck eines Reconvalescenten. Nur bei rascher Entwicklung dieses Stadiums tritt schon von vornherein die krankhafte Natur der Erregung deutlich hervor. Diese letztere selbst bietet in vereinzelt Fällen das typische Bild einer ausgeprägten Tobsucht dar, mit totaler Ideenflucht, häufigem Stimmungswechsel und grosser motorischer Unruhe. Zumeist jedoch kommt es vielmehr zur Ausbildung eines ganz leichten Exaltationszustandes mit völliger Erhaltung der Besonnenheit, den man als in hohem Grade charakte-

ristisch für das circuläre Irresein betrachten kann. Diese, sowie die ähnlichen Krankheitsbilder der periodischen Manie sind es, welche man wol als „Hypomanie“, „Mania sine delirio“ bezeichnet oder als „Manie“ im engeren Sinne der mit stärkerer Erregung und Verwirrtheit einhergehenden „Tobsucht“ gegenübergestellt hat. Auch manche Formen der „folie raisonnante“ gehören hierher.

Die Auffassung äusserer Eindrücke und der Verlauf der Vorstellungen geht mit einer gewissen Leichtigkeit vor sich; das Interesse des Kranken wächst nach den verschiedensten Richtungen hin; er erscheint vielfach aufgeweckter, scharfsinniger, leistungsfähiger, als früher. Namentlich ist es die Gewandtheit in der Erfassung entfernter Aehnlichkeiten, die nicht selten dem Hörer imponirt, weil sie den Kranken zu witzigen Wendungen und Pointen, Wortspielen, überraschenden, wenn auch bei genauerer Betrachtung meist wenig stichhaltigen Vergleichen und ähnlichen, auf gesteigerter Beobachtungs- und Combinationsgabe beruhenden Leistungen der Phantasie befähigt. Alles, was er angreift, wird ihm leicht; er kennt keine Ermüdung mehr und zeigt eine ihn selbst überraschende körperliche und geistige Regsamkeit.

Stets ist jedoch schon bei den leichtesten Graden der Störung der Mangel an innerer Einheit des Vorstellungsverlaufes, die Unfähigkeit zur consequenten Verfolgung einer bestimmten Gedankenreihe, zur ruhigen, logischen Durcharbeitung und Ordnung gegebener Ideen, die Unbeständigkeit des Interesses, das jähe, unvermittelte Abspringen von einem Gegenstande zum andern ausserordentlich charakteristisch. Allerdings wissen die Kranken nicht selten mit einiger Anstrengung diese Erscheinungen vorübergehend zu verwischen und die Herrschaft über ihren zügellos gewordenen Vorstellungsverlauf noch für einige Zeit wiederzugewinnen; in unbewachten Momenten und namentlich in Schriftstücken wird es dann aber doch meist gelingen, jene Symptome nachzuweisen.

Die Stimmung des Kranken ist vorwiegend eine gehobene, heitere, durch das Gefühl der erhöhten Leistungsfähigkeit beeinflusste; die Bedürfnisse und Wünsche der

eigenen Person treten ganz und voll in den Vordergrund des Interesses. Auf der andern Seite besteht eine grosse gemüthliche Reizbarkeit. Der Kranke wird rücksichtslos und brutal, wo er mit seinen ungezügelter Neigungen und Begierden auf Widerstand stösst; geringfügige äussere Anlässe führen zu heftigen Zornausbrüchen mit langen Schimpfparoxysmen und Neigung zu Gewaltthatigkeiten. Der innere Halt des Kranken ist verloren gegangen; er lässt sich gänzlich durch momentane Eindrücke und Affecte beherrschen, die sofort eine unwiderstehliche Macht über seinen directionslosen Willen erlangen. Seine Handlungen tragen daher vielfach das Gepräge des Triebartigen, Unüberlegten und — wegen der geringen Störung der Intelligenz — des Unmoralischen.

Was vor Allem auffällt, ist seine erhöhte Geschäftigkeit. Der Kranke fühlt das Bedürfniss, aus sich herauszugehen, mit seiner Umgebung in lebhafteren Verkehr zu treten, eine Rolle zu spielen. Er fängt daher an, viel auszugehen, Wirthshäuser, Gesellschaften, Vergnügungen zu besuchen, viele und lange Briefe zu schreiben, Gedichte von zweifelhaftem Werthe zu verfassen, sich um alle möglichen Dinge und Verhältnisse zu kümmern, die ihm früher gänzlich fern lagen. Er knüpft zahlreiche Verbindungen an, bezahlt plötzlich ohne Nöthigung sämmtliche Geschäftsschulden, baut Luftschlösser und stürzt sich mit rasch wechselndem Enthusiasmus aus einer Unternehmung in die andere, ohne irgend etwas zu vollenden. So unternimmt er in Folge eines plötzlichen Einfalles weite, planlose Reisen, sammelt alle möglichen unnützen Dinge bei sich an, macht eine Menge zweckloser Einkäufe und Tauschgeschäfte, weil jedes neue Object seine Begierde reizt, so sehr, dass in dieser krankhaften Lust am Besitze bisweilen selbst der gelegentliche Diebstahl und die Uebervorthellung nicht gescheut wird, um irgend einen erwünschten Gegenstand zu erlangen. Dieses Interesse erlischt meist so rasch, wie es erwacht war; das soeben noch mit allen Mitteln Erstrebte wird im nächsten Augenblicke achtlos bei Seite geworfen, verschenkt, verschleudert.

Im äusseren Benehmen des Kranken macht sich

einmal das erhöhte Selbstgefühl, die Sucht aufzufallen, dann aber die Unruhe und Unstetigkeit desselben bemerkbar. Mit einem theatralischen, gespreizten Gebahren verbinden sich sehr lebhafte und exaltirte Ausdrucksbewegungen. Die Kleidung ist auffallend, vielleicht stutzerhaft, aber gleichzeitig nachlässig, salopp. Die Schrift zeigt grosse, prätensiöse Züge, viele Ausrufungs- und Fragezeichen, Unterstreichungen, neben mannigfachen Unsauberkeiten und Flüchtigkeiten in der äusseren Form. Der Kranke führt überall das Wort, drängt sich bei jeder Gelegenheit in den Vordergrund, declamirt öffentlich, arrangirt Feste, sucht Aller Augen auf sich zu lenken; er spricht viel und gern, von sich selbst oft in der dritten Person, um sich ein gewisses Relief zu geben, renommirt in stark übertriebener Weise mit seinen vornehmen Bekanntschaften, seinen Leistungen und Fähigkeiten, ohne es mit der Wahrheit sehr genau zu nehmen. Dabei lässt er sich häufig sehr ungenirt gehen, macht grobe Verstösse gegen Anstand und Sitte, erzählt obscöne Witze in Damengesellschaft, nimmt sich cordiale Vertraulichkeiten gegen Fremde oder höher stehende Personen heraus, schliesst mit dem ersten Besten Freundschaft und Dutzbrüderschaft und geräth in die mannigfaltigsten Conflictte mit seiner Umgebung und der öffentlichen Ordnung, indem er seinen augenblicklichen Launen und Eingebungen folgt, die ihn zu allerlei muthwilligen, unüberlegten und ungehörigen Handlungen treiben.

In seinem Thatendrange beginnt der vorher vielleicht streng solide Kranke daher auch, sich allen möglichen Excessen hinzugeben, sich häufig zu betrinken, unsinnig zu spielen, die Nächte auszubleiben, sich in Bordellen und zweifelhaften Localen herumzutreiben, übermässig zu rauchen und zu schnupfen, stark gewürzte Speisen zu essen u. s. f. Bei Frauen äussert sich die Erregung häufig in lebhaften sexuellen Gelüsten, die sich in auffallender Toilette, ungenirtem Benehmen, zweideutigen Vertraulichkeiten, in der Neigung, Bälle zu besuchen, zu coquettiren, Liebesverhältnisse anzuknüpfen, schlüpfrige Romane zu lesen, besonders kundzugeben pflegen. Nicht selten wird diese Charakterveränderung von der Umgebung zunächst nicht als

krankhaft, sondern als sittlicher Fehler aufgefasst, den man durch freundschaftliche Auseinandersetzungen und sociale Massregelungen vergebens zu corrigiren sucht.

Trotz all dieses unsinnigen Benehmens und der unverkennbaren Erregung zeigt der Kranke regelmässig eine ganz auffallende Besonnenheit. Freilich fehlt es ihm vollständig an einer Einsicht in seine Krankheit; im Gegentheil fühlt er sich gesünder, als jemals und lässt sich selbst durch den Hinweis auf frühere Anfälle, die er während des melancholischen Stadiums ganz richtig beurtheilte, keinen Augenblick von der pathologischen Natur seiner heiteren Stimmung überzeugen. Es erinnert dieses Verhalten bis zu einem gewissen Grade an die Erfahrungen, welche man so häufig über die Selbsttäuschungen Betrunkener zu machen Gelegenheit hat. Seine Handlungen weiss der Kranke vielfach mit ausserordentlicher, dialektischer Gewandtheit zu motiviren.

Gerade diese eigenthümliche Incongruenz zwischen der Besonnenheit und dem echt tobsüchtigen Handeln des Kranken macht denselben oft zu einer wahren Plage für seine Umgebung, da ihn seine Intelligenz in den Stand setzt, seinen Neigungen und Gelüsten mit einem gewissen Raffinement nachzugehen und jede Gelegenheit, die sich ihm nach dieser Richtung darbietet, in weitestem Umfange auszunutzen. Er ist daher überaus erfinderisch in Mitteln, seine Umgebung zu hintergehen und sich der Ueberwachung zu entziehen, sich kleine und grosse Vortheile zu verschaffen, fremdes Eigenthum, oft ganz werthlose Dinge, in seinen Besitz zu bringen, alle möglichen tollen, zwecklosen Streiche zu verüben u. s. f. In der Anstalt beherrscht er sehr bald seine Mitkranken vollständig, beutet sie aus, berichtet dem Arzte über sie, bevormundet und terrorisirt sie, wo es irgend angeht. Er ist es, der die Honneurs der Abtheilung macht und alle jene niemals ruhenden, immer wechselnden Wünsche und Forderungen vorbringt, welche seine geschäftige Phantasie ihm für seine eigene Person, wie für die seiner „Behandlung“ ausgesetzten Mitpatienten eingiebt.

Unter den körperlichen Begleiterscheinungen dieses Stadiums sind die bisweilen beobachteten Symptome

von Kopfcongestionem, stark geröthetes Gesicht, injicirte Conjunctiven, starkes Schwitzen am Kopfe, Kälte der Extremitäten, besonders beachtenswerth. Der Appetit ist meistens ausserordentlich gesteigert, der Schlaf fest und ungestört, wenn auch oft nur kurze Zeit andauernd. Das Körpergewicht zeigt gegenüber dem depressiven Stadium meist eine erhebliche Zunahme, doch wird auch das entgegengesetzte Verhalten beobachtet, so stets bei den mit stärkerer Erregung einhergehenden, typisch maniakalischen Formen.

Das Schwinden der exaltirten Periode vollzieht sich in derselben Weise wie das Auftreten derselben, selten plötzlich und unvermittelt, sondern fast immer langsam und unter vielfachen Schwankungen. Ganz unmerklich pflegt sich dann wieder jene gedrückte, unfreie Stimmung an ihre Stelle zu setzen, in der wir oben bereits die ersten Anklänge des herannahenden Depressionsstadiums kennen gelernt haben. Die Dauer des einzelnen, aus Depression und Exaltation bestehenden „Anfalles“ beträgt gewöhnlich 1—2 Jahre, doch giebt es auch Fälle von nur 1—2 monatlichem und andererseits solche von mehrjährigem Typus. Die beiden Stadien pflegen von annähernd gleicher Länge, das melancholische jedoch meist ein wenig ausgedehnter zu sein; hinsichtlich der Ausbildung der psychopathischen Erscheinungen besteht zwischen ihnen keine feste Beziehung. Bisweilen schiebt sich zwischen je zwei „Anfälle“, oder auch zwischen die beiden Phasen eines Anfalles ein Intervall relativ normalen Zustandes ein; indessen ist auch in diesen Intermissionen eine gewisse Unfreiheit, leichte Ermüdbarkeit und Herabsetzung der Leistungsfähigkeit regelmässig vorhanden. Manche dieser Varianten hat man mit besonderen Namen belegt. Als Ganzes zeigen die verschiedenen Anfälle eines Krankheitsfalles eine sehr grosse Regelmässigkeit und Uebereinstimmung in ihrem Ablaufe, welche durch äussere Einflüsse nur unwesentlich alterirt wird und sofort die Diagnose einer circulären Psychose gestattet. Der einfache, einmalige Uebergang melancholischer in maniakalische Zustände genügt bei der Häufigkeit dieses Wechsels für dieselbe natürlich noch nicht.

Unter den Ursachen der circulären Geistesstörung spielt bei weitem die grösste Rolle erbliche Belastung, welche fast niemals zu fehlen scheint. Im Gegensatze zu den einfachen periodischen Aufregungszuständen handelt es sich hier regelmässig um geistig gut, nicht selten sogar auffallend begabte Personen. Weibliche Individuen sind nach der bisherigen spärlichen Statistik stärker disponirt, als Männer. Gewöhnlich giebt die Pubertätszeit, seltener das Klimakterium den ersten Anstoss zur Ausbildung der Psychose, der bisweilen schon lange einfache periodische maniakalische oder melancholische Störungen vorangingen.

Die pathologische Grundlage des eigenthümlichen Wechsels gegensätzlicher Krankheitszustände, wie ihn die circulären Psychosen darbieten, hat Meynert in periodischen Störungen der vasomotorischen Innervation gesucht. In Folge von gesteigerter Reizbarkeit des Gefässcentrums soll sich ein verstärkter Contractionszustand im gesamten Arteriengebiete mit gleichzeitiger Hirnanaemie als Ursache der melancholischen Verstimmung entwickeln. Gerade die so entstandene mangelhafte Ernährung des vasomotorischen Centrums soll dann weiterhin eine Lähmung desselben, Erweiterung der Gefässe und Hyperaemie des Gehirns herbeiführen, als deren Ausdruck der Symptomencomplex des maniakalischen Stadiums betrachtet wird. Zweifellos ist es, dass sehr markirte Veränderungen im Verhalten der Pulsbilder den beiden Phasen des Anfalles parallel gehen; dagegen muss die Frage nach deren Deutung und pathogenetischem Werthe als eine noch offene bezeichnet werden. Für die Erklärung der psychischen Erscheinungen würde übrigens, selbst wenn jene geistvolle, aber sehr angreifbare Theorie richtig wäre, immer noch recht wenig gewonnen sein.

Die Prognose dieser Form des Irreseins ist, wie sich das bei der constitutionellen Natur derselben erwarten lässt, eine durchaus ungünstige. Allerdings zeigt die Psychose im Allgemeinen keinen fortschreitenden Charakter; der psychische Mechanismus erhält sich auch bei sehr langer Dauer der Krankheit in annähernd dem gleichen Zustande, allein eine eigentliche Heilung der Krankheit kommt nicht vor.

Höchstens sieht man bisweilen die Intensität, Dauer und Häufigkeit der Anfälle im höheren Lebensalter abnehmen.

Die Aufgaben der Behandlung beschränken sich daher hier im Wesentlichen auf eine einfache Ueberwachung und Pflege der Kranken. Zur Bekämpfung der Symptome hat man Bromkalium, Opium und Morphinum in systematischer Anwendung empfohlen, doch thut man gut, nicht allzu sanguinische Hoffnungen an den Gebrauch dieser Mittel zu knüpfen. Dick sah bei Durchführung der Bettruhe während der Depression das exaltative Stadium weniger stürmisch sich gestalten. Dass schon der Anstaltsaufenthalt wegen des Schutzes vor Excessen, den er gewährt, ebenfalls sehr viel zum milderen Verlaufe der Aufregung beitragen kann, hatte ich erst jüngst wieder recht deutlich zu erfahren Gelegenheit.

VII. Die Verrücktheit.*)

Als Verrücktheit (Paranoia) bezeichnet man eine dauernde, tiefgreifende Umwandlung der psychischen Persönlichkeit, die sich hauptsächlich in einer krankhaften Auffassung und Verarbeitung der äusseren und inneren Eindrücke kundgibt. Dauernd ist diese Veränderung in der Regel deshalb, weil sie nicht in vergänglichen Affecten, nicht in einem vorübergehenden Processe, sondern in einem abnormen Zustande des gesamten psychophysischen Organismus ihre Wurzel hat. Die Helligkeit des Bewusstseins ist ungetrübt, die Besonnenheit vollkommen erhalten, aber das Erfahrungsmaterial wird durch die mannigfachsten subjectiven Elemente verfälscht und zu einer krankhaft verschobenen, „verrückten“ Anschauung von der Umgebung und der eigenen Persönlichkeit verarbeitet. Man hat sich daher gewöhnt, als das charakteristische Symptom der Verrücktheit die fixe, von dem Kranken dauernd festgehaltene Wahnidee, oder noch besser ein ganzes System solcher Wahnideen anzusehen.

Die Krankheit hat hier direct in die höchsten intellectuellen Functionen hineingegriffen; sie entwickelt sich auf der Basis einer allgemeinen Unzulänglichkeit der Kritik, eines Zustandes geistiger Invalidität, der entweder angeboren oder im Laufe der individuellen Lebensschicksale erworben sein kann. Mit dieser Auffassung steht in nur scheinbarem Widerspruch die häufige Erfahrung, dass Ver-

*) Snell, Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie XXII, p. 368; Griesinger, Archiv für Psychiatrie I, p. 148; Sander, *ibid.* p. 387; Westphal, Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie XXXIV, p. 252; Mercklin, Studien über primäre Verrücktheit, 1879.

rückte auf ihren Wahnideen fernliegenden Gebieten nicht nur umfassende Kenntnisse, sondern auch ein völlig zutreffendes Urtheil besitzen können. Ja es kommt vor, dass dieselben wegen ihrer lebhaft arbeitenden Phantasie in überraschender Auffindung entfernter Aehnlichkeiten sogar geistreiche, feine Bemerkungen zu produciren im Stande sind, welche in grellem Contraste zu ihrer Kritiklosigkeit zu stehen scheinen. Man hat daher früher die Verrücktheit vielfach als eine nur „partielle“ Geistesstörung angesehen. In Wirklichkeit ist diese Anschauung eine völlig unhaltbare, wie das, abgesehen von anderen, früher angestellten Erwägungen, am besten durch das allmähliche Fortschreiten des krankhaften Processes selbst bis zur völligen Vernichtung der psychischen Persönlichkeit dargethan wird.

Nach der früher von Griesinger vertretenen Anschauung war die Verrücktheit stets das secundäre Stadium einer vorausgegangenen affectiven Geistesstörung; erst die Untersuchungen von Snell, Westphal, Sander haben dazu geführt, dass man eine „primäre“ Verrücktheit als besondere Krankheitsform allgemein anerkannte. Indessen diese Kategorie schliesst, selbst wenn man die von uns dem Wahnsinn zugetheilten Störungen abrechnet, noch eine grosse Anzahl differenter Krankheitsbilder in sich. Schüle hat von denselben nur eine einzige als „originäre“ Verrücktheit beibehalten und alle übrigen als „chronischen Wahnsinn“ (Paranoia) beschrieben. Mir scheint jedoch zunächst jener chronische Wahnsinn mit der „originären“ Verrücktheit in innigerer Verwandtschaft zu stehen, als mit den Krankheitsbildern, welche oben unter der Bezeichnung Wahnsinn beschrieben worden sind. Für verfehlt halte ich die von Westphal empfohlene Aufstellung einer „acuten“ Verrücktheit, weil durch diese Ausdehnung der Bezeichnung eine wesentliche Eigenthümlichkeit der Verrücktheit, der chronische, constitutionelle Charakter derselben, verwischt und eine Anzahl durchaus von einander abweichender Krankheitsformen in dieselbe classificatorische Einheit hineingezwängt wird.

Die genauere Zeichnung der einzelnen Krankheitsbilder, welche wir nach dieser allgemeinen Begriffsbestimmung

noch in dem Gebiete der Verrücktheit vorfinden, ist zur Zeit eine undankbare Aufgabe, da einerseits der Formenreichtum und das Vorkommen zahlreicher Uebergänge, andererseits aber der Mangel eines zuverlässigen Eintheilungsprincipes den klaren Ueberblick über den Stoff und die zutreffende Gruppierung der einzelnen klinischen Symptomencomplexe ausserordentlich erschwert. Dazu kommt, dass bei dem ausserordentlich chronischen Verlaufe der Psychose die Zahl wissenschaftlich verwerthbarer Beobachtungen, welche die ganze Entwicklung derselben vom ersten bis zum letzten Stadium umfassen, unverhältnissmässig gering ist. Drei Gesichtspunkte sind es hauptsächlich, welche sich für die Gruppierung der einzelnen Krankheitsbilder hier verwerthen lassen, einmal die Ursachen und der Verlauf der Krankheit, dann die Entstehungsweise der Wahnideen, sowie endlich ihr Inhalt und ihre Färbung. Um das erste dieser Eintheilungsprincipien allgemein mit Erfolg in Anwendung bringen zu können, fehlt es bis jetzt noch durchaus an einer allseitigen Kenntniss der verschiedenartigen klinischen Entwicklung, wenn wir auch einzelne durch ihre Aetiologie oder ihren Verlauf ausgezeichnete Formen (originäre Verrücktheit, Verfolgungswahn der Trinker) schon jetzt unterscheiden.

Weit vollständiger lassen sich heute die Krankheitsbilder gruppieren nach der Entstehungsweise der Wahnideen. Entweder nämlich sind es Sinnestäuschungen, aus denen dieselben hervorgehen, oder sie treten als einfache phantastische Combinationen („Primordialdelirien“) ins Bewusstsein, die bisweilen vollkommen frei entstehen, meist aber sich an wirkliche Sinneseindrücke anlehnen. Indessen, so verschieden diese beiden Entstehungsarten der Wahnideen auf den ersten Blick zu sein scheinen, so lehrt doch eine genauere Betrachtung, dass diese Differenz in Wirklichkeit eine verhältnissmässig geringe ist. Abgesehen davon, dass im einzelnen Falle sehr häufig beide Formen sich miteinander verbinden, machen wir die Erfahrung, dass sowohl die Sinnestäuschungen, wie die Primordialdelirien fast ausnahmslos einen nahen Zusammenhang mit der allgemeinen Richtung des Denkens und Fühlens aufzuweisen haben.

Das Gefühl der Verzagtheit, des Misstrauens gegen die Umgebung geht ebenso regelmässig der Entwicklung des Verfolgungswahnes auf hallucinatorischer oder combinatorischer Grundlage voraus, wie das Bewusstsein einer besonderen Leistungsfähigkeit und Tüchtigkeit dem Auftauchen der Grössenidee oder der göttlichen Berufung zum auserlesenen Werkzeuge des Himmels.

In der That spiegelt sich diese gemeinsame Abhängigkeit der Sinnestäuschungen wie der Primordialdelirien von der Richtung, welche die Weltanschauung des Kranken schon vorher genommen hat, überaus deutlich in der gewaltigen Macht, welche jene krankhaften Vorgänge von Anfang an über den ganzen Bewusstseinsinhalt erlangen. Es ist allerdings wahr, dass häufig genug im Beginne der Krankheit die Sinnestäuschungen corrigirt werden und die Wahnideen den Charakter der Zwangsvorstellungen tragen, denen der Patient einen gewissen Widerstand entgegensetzt, allein dieses Stadium pflegt in der Regel nur zu rasch überwunden zu werden, um nun einer völlig kritiklosen Acceptirung und Verarbeitung auch der unsinnigsten und widerspruchsvollsten Trugwahrnehmungen und Wahnideen Platz zu machen. Nicht eine besondere sinnliche Lebhaftigkeit der Sinnestäuschung ist es daher etwa, durch welche dieselbe ihre unwiderstehliche Gewalt über den Kranken gewinnt, sondern vor Allem ihr tiefer, ihm selber vielleicht unbewusster Zusammenhang mit den geläufigen Ideenkreisen, ihre innere Uebereinstimmung mit seinen geheimen Befürchtungen und Wünschen. Kein Gesunder würde die Worte eines Vorübergehenden „das ist der Kaiser“ sofort auf sich beziehen, oder sich nun gar deswegen wirklich für den Kaiser halten — auf den Verrückten macht eine derartige hallucinatorische Wahrnehmung den allertiefsten, überwältigendsten Eindruck und lässt unmittelbar die feste Ueberzeugung in ihm entstehen, nicht nur, dass jene Worte wirklich gesprochen seien, sondern, dass sie auch die thatsächliche Wahrheit enthalten.

Ganz ähnlich verhält es sich mit den Primordialdelirien. Auch der Gesunde baut bisweilen Luftschlösser, und im Traume vermag er sogar die Unwirklichkeit derselben

nicht einmal zu erkennen; indessen die verständige Ueberlegung verweist dergleichen Auswüchse der schweifenden Phantasie ohne weiteres in ihre Schranken. Beim Verrückten dagegen findet die auftauchende Vorstellung ungezählte Anknüpfungen in seiner gesamten Persönlichkeit. Dem Kranken, der eine Büste Napoleons betrachtet, wird es mit einem Schlage klar und zur unumstösslichen Gewissheit, dass er ein Abkömmling jenes grossen Kaisers sein müsse; irgend eine zufällig aufgefasste, ganz indifferente Bemerkung eröffnet ihm staunenswerthe und unzweifelhafte Perspektiven für die Auffassung seiner Stellung in der Welt. Oft haften diese nur scheinbar intuitiven, in Wirklichkeit von langer Hand vorbereiteten Erkenntnisse unverändert vielleicht das ganze Leben hindurch und modeln alle fernere Erfahrung nach sich, anstatt selber durch jene auf Schritt und Tritt corrigirt zu werden.

Wie sich aus den vorstehenden Auseinandersetzungen über die innige klinische Verwandtschaft der Sinnestäuschungen und Primordialdelirien ergibt, lässt sich demnach auch die differente Entstehungsart der Wahnideen nur in beschränktem Masse zur Abgrenzung verschiedener Formen der Verrücktheit verwerthen. Thatsächlich hat man daher bis jetzt fast immer den Inhalt und die Färbung des Wahnsystems in erster Linie als Eintheilungsgrund berücksichtigt. Indessen lehrt die Erfahrung, dass die buntesten Mischungen anscheinend ganz entgegengesetzter Elemente, des Grössen- und Verfolgungswahnes, expansiver und depressiver Stimmungen thatsächlich ungemein häufig zur Beobachtung kommen, dass also eine einheitliche Gruppierung der Formen auch auf jenem Wege nicht möglich erscheint. Ich sehe mich zur Zeit ausser Stande, diese Schwierigkeiten in befriedigender Weise zu lösen, und werde daher im Grossen und Ganzen der gebräuchlichen Eintheilung in depressive und expansive Formen je nach der am stärksten hervorstechenden Stimmung folgen, um mich bei der Definition der einzelnen Krankheitsbilder weiterhin durch die übrigen, oben aufgeführten klinischen Gesichtspunkte leiten zu lassen.

A. Depressive Formen.

Der hallucinatorische Verfolgungswahn. Den Grundzug des hallucinatorischen Verfolgungswahns bildet die Entstehung systematisirter Beeinträchtigungsideen in Folge von andauernden, im Ganzen einförmigen Sinnestäuschungen. Die Entwicklung der Krankheit beginnt zumeist mit einer allmählich sich einstellenden reizbaren Verstimmung, welche den Kranken argwöhnisch und misstrauisch gegen seine Umgebung macht, und ihn nicht selten dazu führt, sich mehr oder weniger von den Menschen abzuschliessen. Widrige Lebensschicksale, Enttäuschungen, sociale Isolirung, der Kampf mit Noth und Entbehrung sind es gewöhnlich, welche dieser Charakterveränderung den Weg bahnen, zum Theil auch umgekehrt durch sie bedingt werden. Nach diesem Vorstadium entwickeln sich, in der Regel ganz allmählich und schleichend, Gehörstäuschungen feindseligen Inhalts. Zuerst häufig in der Nacht oder Abends, dann aber auch bei Tage, in der monotonen Abgeschiedenheit der Behausung oder auf der Strasse hört der Kranke einzelne abgerissene Schimpfworte, später auch längere Sätze und Reden, welche mit einem Male den verschwiegene Inhalt lange gehegter Befürchtungen zur schrecklichen Gewissheit werden lassen. Er hört, dass man ihn schmäht, mit Vorwürfen überhäuft, schwerer Verbrechen anklagt, mit furchtbaren Strafen bedroht. Bei weiblichen Kranken ist es namentlich die Geschlechtsehre, gegen welche sich die „Verfolgung“ richtet; man sagt ihnen nach, dass sie sich prostituirt, unehelich geboren, Kinder umgebracht hätten.

Durch diese und ähnliche Trugwahrnehmungen wird es dem Kranken klar, dass Etwas gegen ihn im Werke ist, dass man ihn verleumdet hat und zu verderben sucht; offenbar haben sich die Personen seiner Umgebung, speciell die Mitbewohner des Hauses, zu einem Complotte gegen ihn verbunden. Aber noch mehr, auch weitere Kreise müssen mit in das feindselige Geheimniss hineingezogen sein, da auf der Strasse und überall, wohin er sich begiebt, einzelne höhnende Aeusserungen an sein Ohr dringen, welche ihn

immer von Neuem mit Aufregung und banger Furcht erfüllen. Wo er geht und steht, sieht er sich von Feinden umgeben, von Spionen verfolgt, die zwar nicht den Muth haben, ihn in's Gesicht hinein anzuklagen oder zu beschimpfen, dafür aber durch ihre heimtückischen, hinterücks erfolgenden Angriffe fast zur Verzweiflung bringen. Dazu kommt, dass er gewöhnlich auch ausser den Gehörs-täuschungen noch allerlei Wahrnehmungen macht, die ihn in seinem schrecklichen Verdachte bestärken. Das ganze Benehmen seiner Hausgenossen, die spöttischen Mienen der Vorübergehenden, irgend welche an sich gleichgültigen Ereignisse sagen ihm unzweideutig, dass man nichts mehr mit ihm zu thun haben will, ihn für einen Verbrecher hält und aus dem Wege zu räumen sucht.

Vergebens versucht der Kranke, diesen immerfort wiederholten Anfeindungen, in welche nachgerade eine ganze „Clique“ oder „Partei“ verwickelt zu sein scheint, deren Führer er vielleicht sogar an der Stimme erkennt, zu entfliehen. Er zieht in eine andere Wohnung, oder er begiebt sich auf Reisen. Erleichtert athmet er auf, denn in den ersten Tagen wenigstens scheinen die Verfolger seine Spur verloren zu haben und ihn in Ruhe zu lassen. Allein schon nach kurzer Zeit macht er die niederschmetternde Erfahrung, dass es ihnen doch gelungen ist, ihn zu erreichen, da das alte Spiel der Hallucinationen von Neuem beginnt. Abermals wechselt er seine Wohnung oder seinen Aufenthaltsort, aber immer in derselben Weise wiederholt sich der Vorgang, so dass der Kranke endlich verzweifelnd erkennt, dass ein Entrinnen Angesichts dieser schrecklichen Verschwörung gegen seine Ruhe, seine Ehre, sein Leben nicht möglich ist.

Bisweilen ergiebt sich nun der Kranke mit bitterer Resignation in sein Schicksal, indem er nur in lauten, erregten Gegenreden die ihm zugerufenen schändlichen Verleumdungen und Angriffe zu entkräften oder sich auf andere Weise denselben zu entziehen sucht. Ich kannte einen Ingenieur, der theils durch ein originelles, mit den einfachsten Mitteln hergestelltes Glockenwerk, theils durch ununterbrochenes lautes Pfeifen seine Hallucinationen zu über-

tönen wusste. Zumeist jedoch führt die immerwährende Qual der höhrenden und neckenden „Stimmen“ den Kranken nach vergeblichen Fluchtversuchen zu energischerer Reaction. Zunächst wendet er sich an diejenigen, welche er für seine Verfolger hält, um sie wegen ihres feindseligen Verhaltens zur Rede zu stellen. So kommt es, dass er Personen seiner Umgebung, oft aber auch völlig Unbekannte, von denen er sich beleidigt glaubt, zu deren grösstem Erstaunen darüber befragt und mit Vorwürfen überhäuft. Die freundlichen Versicherungen ebenso wie die groben Abfertigungen, welche ihm sein befremdliches Benehmen einträgt, haben nur den Erfolg, ihn noch mehr zu erbittern, da sie ihn in jedem Falle auf's Neue von der Bosheit und Niedertracht seiner Feinde überzeugen.

Der nächste Schritt, den er zu seinem Schutze unternimmt, ist die Anrufung der Behörden. Da derselbe auch bei dringlicher Wiederholung natürlich fruchtlos bleibt, so erkennt er nur zu deutlich, dass auch diese mit seinen Verfolgern unter einer Decke stecken. Es bleibt ihm schliesslich kein anderes Mittel übrig, als die Selbsthilfe, und oft genug sucht sich der auf's höchste gequälte und geängstigte Kranke, zunächst vielleicht nur durch Annoncen oder Flugblätter, bald aber auch durch wörtliche und thätliche Beleidigungen, ja selbst durch lebensgefährliche Angriffe auf seine Peiniger die Genugthuung zu verschaffen, welche ihn für die Zukunft retten und schützen soll, oder aber er nimmt seine Zuflucht zu dem letzten Auskunftsmittel des Verzweifelnden, zum Selbstmorde.

Wenn nicht schon lange vorher, so erfolgt nun mit Sicherheit seine Verbringung in die Anstalt, welche ihm wiederum einen Beweis für den erbitterten Hass und die Machtfülle seiner Feinde an die Hand giebt. In der neuen Umgebung, in welche er versetzt wird, treten ebenso, wie bei jedem Anlass, der seine Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt, bei der Arbeit, beim Spiel, im Gespräche, die Sinnestäuschungen zunächst in den Hintergrund; bald aber, gewöhnlich nach einigen Tagen, stellen sie sich von Neuem ein. Natürlich zieht der Kranke aus dieser Wahrnehmung den Schluss, dass die Verfolger sich nun ebenfalls in der

Anstalt einquartirt haben. Er hört sie über sich, im Keller, in einer anderen Abtheilung das alte Treiben wieder aufnehmen, oder er hört, wie sie sich nunmehr seiner Angehörigen bemächtigt haben und sie in der grässlichsten Weise martern, so dass ihr Schreien und Jammern zu ihm herüberschallt. Jeder Versuch, ihn von der Irrthümlichkeit dieser Ideen zu überzeugen, indem man ihn dorthin führt, wo er seine Verfolger vermuthet, bleibt gänzlich erfolglos, da er direct oder indirect den Stimmen entnimmt, dass man für seinen Besuch zeitweilig alles Verdächtige bei Seite geräumt habe. Auf diese Weise befestigt sich in ihm ein tiefes, erbittertes Misstrauen gegen seine Mitpatienten, von denen er sich gelegentlich beschimpft glaubt, wie namentlich gegen die Aerzte, die ihn an der Nase herumführen und sich in feiger Weise haben bestechen lassen, um ihn für geisteskrank zu erklären.

Im weiteren Verlaufe bleibt der Zustand der Kranken meist im wesentlichen unverändert, doch gesellen sich in manchen Fällen zu den Verfolgungsideen einzelne Grössenvorstellungen, die theilweise wenigstens auch mit den Sinnestäuschungen zusammenzuhängen scheinen. Gegenüber den Verfolgern treten Beschützer auf; der Kaiser interessirt sich für die Kranken und sucht die Machinationen der Gegner zu paralysiren, hat den Befehl zur Befreiung und Entlassung gegeben, eine grosse Summe für sie deponirt u. Aehnl. Die Intensität der Täuschungen selbst pflegt vielfache Schwankungen darzubieten, welche sich in der grösseren oder geringeren Erregung der Kranken äusserlich kundgeben. Während sie im Allgemeinen ruhig, besonnen, geordnet sind und sich regelmässig beschäftigen, werden sie hier und da gereizter, sprechen oder schimpfen laut vor sich hin, oder machen sogar plötzliche, äusserlich nicht motivirte Angriffe auf einzelne Personen ihrer Umgebung.

Nach langjähriger Dauer der Krankheit lässt die Intensität der gemüthlichen Reaction gegen die Täuschungen allmählich nach. Ermüdet von dem ungleichen Kampfe, werden die Kranken stumpfer, gleichgültiger und lernen es, sich nicht mehr sonderlich um die quälenden Hallucinationen zu bekümmern. Bisweilen kann sich sogar, wenn die

gemüthliche Erregung nach und nach zurücktritt, eine Art Einsicht in die pathologische Natur der Störung einstellen, die dem Kranken das Ignoriren derselben erleichtert und ihm ein gewisses Misstrauen gegen seine Wahrnehmungen einflösst, wenn sie auch in Augenblicken des Affectes vorübergehend versagt. Gewöhnlich pflegen nun auch die Täuschungen an Häufigkeit und Intensität allmählich abzunehmen, ja in ganz vereinzelt Fällen können sich dieselben auch nach mehrjährigem Bestehen vollständig verlieren. Freilich erleidet selbst bei diesem relativ günstigen Ausgange der Krankheit die psychische Leistungs- und Widerstandsfähigkeit regelmässig eine nicht unbeträchtliche Einbusse.

Eine weit mannigfaltigere Entwicklung erfährt das Wahnsystem in jener besonderen Gestaltung des hallucinatorischen Verfolgungswahns, welche man mit dem Namen des physikalischen Verfolgungswahns zu belegen pflegt. Hier gesellen sich zu den Gehörshallucinationen noch Trugwahrnehmungen auf den verschiedensten anderen Sinnesgebieten, welche die Grundlage für eine meist ausserordentlich phantastische Ausbildung der Verfolgungsideen abgeben. Wenn sich bei der vorigen Form der Wahn immerhin noch im Bereiche des Möglichen hielt, so werden hier in kritiklosester Weise die absurdesten Annahmen gemacht, um die verschiedenartigen Täuschungen auf eine einheitliche feindselige Ursache zurückzuführen; die Störung der Intelligenz greift daher hier offenbar viel tiefer.

Die Entwicklung der Erkrankung scheint häufig in mehr acuter Weise zu erfolgen. Allerdings sind der misstrauische Verdacht einer feindseligen Ueberwachung, sowie Gehörstäuschungen, welche von dem Kranken als „Telegraphiren“, „Telephoniren“ aufgefasst werden, schon eine Zeitlang vorausgegangen, aber die Entdeckung einer directen körperlichen Beeinflussung durch die Verfolger wird gewöhnlich zuerst dann gemacht, wenn unter Häufung der „Stimmen“ ein lebhafterer Affectzustand den Kranken allerlei abnorme Sensationen in seinem Körper ebenfalls auf die Einwirkung seiner Feinde zurückführen lässt. Es wird ihm nun klar, dass diese Letzteren über Hilfsmittel verfügen, durch die sie aus der Ferne die mannigfaltigsten Veränder-

ungen und Störungen in seinem Körper herbeizuführen vermögen. Gewöhnlich malt ihm seine lebhaft erregte Phantasie die näheren Details dieser Einwirkungen auf das Genaueste aus. Entweder sind es Zaubersprüche oder „Sympathie“, mit welchen die Verfolger operiren, häufiger jedoch magnetische und elektrische Batterien, Lichtmaschinen, grosse Hohlspiegel u. dergl., von denen die Kranken nach längerer Bekanntschaft mit ihren Feinden bisweilen ausführliche Zeichnungen entwerfen.

So verschiedenartig die Instrumente, so verschiedenartig sind auch die Sensationen, über welche die Kranken sich zu beklagen haben. Die Haut wird ihnen mit zahllosen Kugeln, Nähnadeln beschossen, mit feinem Giftregen besprüht; an den verschiedensten Stellen des Körpers werden brennende, stechende, bohrende Schmerzen erzeugt. Die einzelnen Glieder werden gegen den Willen des Kranken in Bewegung gesetzt; namentlich die Zunge wird gezogen, um Dinge zu reden, die ihm verhasst sind; es wird ihm ein Räderwerk in die Brust gesetzt, mittels dessen er von den Verfolgern wie eine Gliederpuppe dirigirt wird. Seine Eingeweide werden ihm ruinirt und durcheinander geworfen, Schmutz in sein Essen, in sein Blut hineingeschüttet, der Darm „aufgewickelt und in Platten abgelagert“, „Seichzauber getrieben“, der Stuhlgang verhindert, der Koth ins Hirn gepumpt, das Geschlecht „wagerecht herausgezogen und senkrecht wieder hineingesteckt“, der Samen abgetrieben, die Zähne ausgeschlagen. Ein besonders raffiniertes Manöver der oft mit phantastischen Namen belegten Verfolger besteht in dem „Abziehen“ der Gedanken. Die Kranken merken, dass ihre Gedanken durch feindliche Machinationen beliebig dirigirt werden können, bisweilen sogar laut werden (Doppeldenken) und daher der ganzen Welt bekannt sind. Ihre Seele ist „offen“; Jedermann kann nach Belieben in derselben lesen. Dieses Gefühl einer erzwungenen, ohnmächtigen Abhängigkeit von fremden Einflüssen verstrickt den Kranken in ein unentwirrbares, wahnhaftes Netz der bizarrsten Vorstellungen und pflegt ihm nur allzuschnell jede Möglichkeit einer ruhigen Orientirung zu rauben.

In manchen Fällen werden diese Beeinflussungen nicht direct wahrgenommen, sondern nur das durch sie herbeigeführte Resultat. Die Feinde kommen hier in der Nacht, während der Kranke schläft, und treiben nun die scheusslichsten Dinge mit ihm, päderastiren ihn, stecken ihm Sperma und Koth in den Mund, vertauschen seine Knochen. Leider erwacht er dabei nicht, sondern merkt erst am andern Morgen, dass man ihn mit ekelhaften Dingen angefüllt, ihm das Gehirn ausgeräumt, den Hirnschaum abgeschöpft, die Glieder verrenkt und verdorrt hat. Die Mannigfaltigkeit und die Absurdität dieser Klagen ist eine ganz ausserordentliche. Wie man sieht, wird eben der eigentliche Inhalt derselben wesentlich durch die Phantasie geliefert, während die vagen und unbestimmten körperlichen Empfindungen offenbar nicht mehr als den äusseren Anstoss zu diesen kritiklosen Combinationen zu liefern vermögen. Nicht selten werden in analoger Weise von den Kranken auch einzelne Grössenideen erzeugt, wenn auch die unangenehmen Vorstellungskreise immer im Vordergrunde stehen. Abgesehen von gesteigertem, kindisch-eitlem Selbstbewusstsein spielen hohe Verwandtschaften, Kronprätendentschaft, vermeintliche Erbensprüche, geheimnissvoller sexueller Rapport mit einer Prinzessin, Unsterblichkeit und ähnliche Wahngebilde eine gewisse Rolle, doch können Grössenideen auch vollkommen fehlen.

Eine ganz eigenartige Ausbildung gewinnt der physikalische Verfolgungswahn in jenem culturhistorisch interessanten Krankheitsbilde, welches man als „Besessenheitswahn“ bezeichnet. Hier werden die Feinde, welche den Kranken quälen, direct in den eigenen Körper hineinverlegt. Der oder die Verfolger sitzen nun in den Ohren und betäuben den Kranken durch ihr gräuliches Schreien und Fluchen, häufiger aber im Unterleib, steigen bis in den Kopf hinauf, schnüren dem Kranken die Kehle zu, verdicken ihm sein Blut, klappen ihm seinen Schädel auf, zwingen ihn zu den sonderbarsten Handlungen und reden ihm aus dem Bauche herauf gotteslästerliche Dinge vor. Hier kann es vorkommen, dass sich dem Feinde im eigenen Leibe eine andere, freundlich gesinnte Macht hinzugesellt, welche jenen

in eine Körperhälfte hineindrängt und lange, erbitterte Kämpfe und Zwiegespräche mit ihm führt. Während die Verfolger bei den früher geschilderten Formen zumeist als eine geheimnissvolle Rotte von Nihilisten, Freimaurern, Socialdemokraten gedacht wurden, so pflegen in diesen letzten Fällen mehr religiöse Vorstellungen zur Erklärung herbeigezogen zu werden. Es ist eine abgeschiedene Seele, der Teufel, ein böser Geist, der von dem Leibe des Kranken Besitz genommen hat, und dem unter Umständen das gute Princip, der liebe Gott oder einer der Erzengel, siegreich entgegentritt. Diese eigenthümliche Verdoppelung der Persönlichkeit erinnert uns an jene Träume, in denen wir ausgedehnte Disputationen durchführen und oft über die schlagenden Argumente unseres Gegners im höchsten Grade überrascht sind.

Natürlich bleiben alle diese Wahnvorstellungen nicht ohne tiefgreifenden Einfluss auf die Stimmung und das Handeln der Kranken. Sie sind erbittert, gereizt und zu gewalthätigen Reactionen gegen ihre oft ganz bestimmt benannten Peiniger geneigt. Nicht selten kommt es auch, namentlich in der ersten Zeit der Erkrankung, zu heftigen, meist ängstlichen Aufregungszuständen und selbst zu energischen Selbstmordversuchen. Da ihnen bei der Allmacht ihrer Gegner das Entrinnen aus deren Machtsphäre unmöglich ist, so verfallen sie nicht selten darauf, durch allerlei selbst ersonnene Mittel sich wenigstens einigermaßen Ruhe vor denselben zu verschaffen. Namentlich sind es eigenthümliche körperliche Manipulationen, Geberden, Abwehrbewegungen, bestimmte, oft sehr verzwickte Stellungen, die längere Zeit hindurch eingehalten werden müssen, ferner das „innere Sprechen“ oder die unablässige Wiederholung gewisser Worte, mit Hilfe deren sie sich vor den feindseligen Beeinflussungen schützen. Mitunter werden auch Misshandlungen, ja Verstümmelungen des eigenen Körpers zum gleichen Zwecke unternommen.

Der physikalische Verfolgungswahn entwickelt sich regelmässig auf stark psychopathisch prädisponirtem Boden, am häufigsten schon in früherem Lebensalter (20er Jahre); ich sah zwei Geschwister unabhängig von einander

ganz die nämlichen absurden Ideen produciren. Der Verlauf der Krankheit ist immer ein progressiver. Das ganze psychische Leben der Kranken wird hier viel intensiver in Mitleidenschaft gezogen, als bei dem einfachen hallucinatorischen Verfolgungswahn. Die Aufmerksamkeit ist dauernd völlig durch die abnormen Sensationen in Anspruch genommen; das Wahnsystem gewinnt eine weit umfassendere, die gesunden Vorstellungskreise völlig in den Hintergrund drängende Entwicklung, und die Arbeitsfähigkeit der Kranken wird in mehr oder weniger vollkommener Weise vernichtet. Erst dann, wenn unter zunehmender Ungeheuerlichkeit der Wahnideen die affective Reaction des Kranken abnimmt, was hier im Allgemeinen rascher eintreten pflegt, als bei der früher besprochenen Form, kann sich eine Art relativen psychischen Gleichgewichtes auf dem Boden weit vorgeschrittener psychischer Schwäche wieder herstellen.

Als einer weiteren eigenthümlichen Entwicklungsform vornehmlich des hallucinatorischen Verfolgungswahns haben wir noch eines Krankheitsbildes zu gedenken, welches man wol als katatonische Verrücktheit bezeichnet hat. Den Beginn der Psychose bildet die allmähliche Entwicklung eines Verfolgungs-, Vergiftungs- oder auch Beeinflussungswahnes, vorzugsweise auf Grund von Sinnestäuschungen; vereinzelte Grössenideen können sich dazwischen einschieben. Nach kürzerer oder längerer Dauer der Krankheit, gerne im Anschlusse an eine stärkere ängstliche Exacerbation, versinkt der Kranke binnen wenigen Tagen in tiefes Schweigen und eine anscheinend völlige Apathie. Den Kopf gesenkt, die Augen geschlossen, mit starren, maskenartigen, ausdruckslosen Gesichtszügen, steht er in sich zusammengesunken oder in theatralischer Haltung den ganzen Tag auf einer Stelle, passiven Bewegungen starren Widerstand entgegensetzend oder noch häufiger ausgeprägte „wächserne Biegsamkeit“ (*flexibilitas cerea*) aller Glieder darbietend, so dass sie ohne die geringste Schwierigkeit in jede beliebige Lage gebracht werden können und in derselben dauernd verharren, bis sie, der Schwere nachgebend, allmählich herabsinken. Bisweilen auch nehmen die Kranken von selbst die verwickeltesten Stellungen an, kauern mit rechtwinklig

gekreuzten Beinen oder hocherhobenen Armen und hüpfen sogar in derartigen schwierigen Positionen im Zimmer umher. Willkürliche Bewegungen geschehen meist langsam und zögernd, hier und da aber auch überraschend prompt, z. B. bei plötzlicher Abwehr. Aufforderungen werden in der Regel befolgt, wenn auch erst nach mehrfacher eindringlicher Wiederholung. Auf Fragen erhält man keine oder nur leise, zögernde Antwort, doch äussert der Kranke bisweilen spontan einzelne Sätze. Der Inhalt dieser Reden ist zum Theil durch die Beziehungen auf die inneren Zustände des Kranken unverständlich; nicht selten aber lässt sich feststellen, dass die Besonnenheit fast vollständig erhalten ist. In manchen Fällen halten sich die Kranken unrein und verweigern die Nahrung; meist jedoch sorgen sie selber für die Befriedigung ihrer körperlichen Bedürfnisse, essen allein oder widerstreben wenigstens nicht, zeigen sogar öfter einen gierigen Appetit.

An körperlichen Begleiterscheinungen sind namentlich vasomotorische Störungen bemerkenswerth. Abgesehen von der Gedunsenheit des Gesichtes, den Oedemen an den Unterschenkeln, der Cyanose der Schleimhäute beobachtet man Kleinheit und Verlangsamung des Pulses, sowie lebhaftes Röthung und sogar Quaddelbildung bei leichten mechanischen Hautreizen. Die Sensibilität ist anscheinend nicht gestört, wenn auch die Reflexaction auf schmerzhaftes Eindrücke ausbleibt; die Temperatur ist niedrig, die Athmung oberflächlich und verlangsamt, der Schlaf gestört; das Körpergewicht sinkt.

Die Dauer dieses Zustandes beträgt in der Regel einige Wochen oder Monate, kann aber auch durch Jahre sich erstrecken. Die Lösung erfolgt immer allmählich. Der Kranke wird lebhafter, beginnt zu sprechen, sich zu rühren, zeigt aber in seinem eigenthümlich theatralischen und gespreizten Benehmen, gelegentlichen unmotivirten „Posen“, stereotypen, häufig wiederholten affectirten Ausdrucksbewegungen noch deutliche Residuen der voraufgegangenen Störung. Auf psychischem Gebiete lässt sich eine starke Zunahme des Schwachsinn in seinen läppischen, zusammenhangslosen, dieselben Wendungen unzählig oft repetirenden

Reden (Verbigeration nach Kahlbaum) nicht verkennen. Allerdings kann sich diese Verschlechterung nach einiger Zeit wieder bis zu einem gewissen Grade ausgleichen. Andererseits giebt es aber auch Fälle, in denen sich der katatonische Zustand überhaupt nicht wieder vollständig verliert, sondern direct in definitiven, mehr oder weniger tiefen Blödsinn überführt, der dann selbst nach einer Reihe von Jahren noch Andeutungen der *flexibilitas cerea* darbieten kann.

Die Erinnerung der Kranken an die katatonische Episode ist bald eine ganz genaue, bald nur eine summarische. Sie wissen aber auch im ersteren Falle kaum Rechenschaft darüber zu geben, wie sie zu ihrem eigenthümlichen Verhalten gekommen sind. Meist fassen sie dasselbe als durch äusseren Zwang bedingt auf, der entweder vom Arzte, von den anderen Kranken oder von den Feinden, den Stimmen, den Maschinen erzeugt wurde. Zu einer klaren Einsicht in die krankhafte und absonderliche Natur ihres ganzen Benehmens kommt es in der Regel nicht.

Der Umstand, dass katatonische Zustände bei einer Reihe von verschiedenen psychischen Erkrankungen auftreten können, hat Kahlbaum veranlasst, alle diese Formen als einheitliches Krankheitsbild eben unter dem Namen der Katatonie*) zusammenzufassen. Da mir dieser Versuch nicht befriedigend ausgefallen zu sein scheint, habe ich die nach ihrer klinischen Entwicklung, nach Verlauf und Prognose sehr auseinanderweichenden Krankheitsformen (*Melancholia attonita*, ekstatischer Wahnsinn) auch in der Schilderung von einander getrennt. Von der *Melancholia attonita* unterscheidet sich die katatonische Verrücktheit durch den Mangel der charakteristischen ängstlichen Spannung, durch die ungleich langsamere Entwicklung, den vorausgehenden Verfolgungswahn und die ungünstige Prognose; die letzteren Eigenthümlichkeiten trennen sie auch von der ekstatischen Form des expansiven Wahnsinns ab, welcher zudem eine wesentlich kürzere Dauer und mehr das theatralisch-pathetische Wesen, als gerade die *flexibilitas cerea* eigen-

*) Die Katatonie oder das Spannungsirresein, 1874.

thümlich zu sein pflegen. In therapeutischer Beziehung möchte ich erwähnen, dass ich jetzt in zwei Fällen katapleptischer Zustände entschiedene Besserung nach Darreichung von Cytisin (0,006 pro die) eintreten sah.

Der combinatorische Verfolgungswahn. Wenn uns schon der physikalische Verfolgungswahn die hervorragende Rolle kennen gelehrt hat, welche der Phantasie für die Ausbildung des Wahnsystems zukommt, so haben wir es nunmehr mit einem Krankheitsbilde zu thun, in welchem die Sinnestäuschungen vollkommen fehlen oder doch nur gelegentlich hervortreten, ohne irgendwelche weiterreichende Bedeutung zu gewinnen. Die Entwicklung der Psychose scheint sich immer sehr langsam und vorzugsweise bei solchen Individuen zu vollziehen, welche schon von Hause aus reizbar und verschlossen sind. Den oft über Jahre sich erstreckenden Beginn bilden leichte Verstimmungen, allerlei vage, zum Theil körperliche Beschwerden und Befürchtungen, Misstrauen, hypochondrische Ideen. Der Kranke ist unzufrieden mit seiner Lage; er fühlt sich zurückgesetzt, glaubt sich vielleicht schon von seinen Eltern und Geschwistern nicht mit der rechten Liebe behandelt, sondern vielfach verkannt, und geräth auf diese Weise allmählich in einen gewissen, zunächst noch wenig markirten Gegensatz zu seiner gesammten Umgebung. Nach und nach befestigen sich jene Ideen in ihm; sie beschäftigen ihn häufiger und beginnen endlich auch seine Wahrnehmungen zu beeinflussen. Er macht die Bemerkung, dass man ihm bei dieser oder jener Gelegenheit nicht mehr so freundlich entgegenkommt, wie früher, dass man zurückhaltender gegen ihn ist, ihm aus dem Wege geht und trotz manches, wie er meint, heuchlerischen Freundschaftsbeweises nichts mehr mit ihm zu thun haben will. In Folge dessen steigert sich seine Empfindlichkeit und sein Misstrauen; er beginnt, in einer harmlosen Bemerkung, einer zufälligen Geberde, einem aufgefangenen Blicke Beleidigungen und versteckte Andeutungen einer feindseligen Gesinnung zu argwöhnen. Durch fortgesetzte vorurtheilsvolle Interpretation seiner Wahrnehmungen wird es ihm schliesslich zur Gewissheit, dass er das Opfer einer weitverbreiteten Verschwörung ist.

Es kann ihm nicht entgehen, dass auch Fernstehende bereits an der Agitation gegen seine Person sich betheiligen. Auf der Strasse ist er der Gegenstand der allgemeinen Aufmerksamkeit; man fixirt ihn, sieht ihn von der Seite an; man räuspert sich, hustet um seinetwillen, spuckt vor ihn hin oder weicht ihm aus; in öffentlichen Localen rückt man von ihm fort oder steht auf, sobald er erscheint, wirft ihm verstohlene Blicke zu und kritisirt ihn. Einzelne undeutlich aufgefangene und sofort im Sinne des eigenen Wahnes verstandene Bemerkungen geben dem Kranken die traurige Bestätigung seiner Vermuthungen. Alles spricht bereits über ihn, allerdings nicht direct und ins Gesicht, sondern hinter seinem Rücken, aber für ihn nur zu verständlich. In den Reden der Vorübergehenden, des Geistlichen auf der Kanzel, des Schauspielers im Theater, in den Zeitungsannoncen, den Maueranschlügen findet er nun Anspielungen auf Erlebnisse seiner Vergangenheit, geheime Laster, kleine Fehler, die er sich hat zu Schulden kommen lassen, ja seine intimsten Beziehungen, die nun vermeintlich alle an die Oeffentlichkeit gebracht und Gegenstand einer Untersuchung geworden sind.

In Folge dieser Wahrnehmungen, denen sich hier und da ganz vereinzelte Hallucinationen hinzugesellen können, bemächtigt sich des Kranken eine grosse innere Unruhe; er wird immer argwöhnischer, gereizter und menschen-scheuer, zieht sich gänzlich zurück, führt Scenen mit seinen Freunden herbei, lässt Annoncen zur Entkräftung der gegen ihn vorgebrachten versteckten Anschuldigungen einrücken, ruft die Hilfe der Polizei an, oder sucht sich durch Reisen den fortwährenden geheimen Nachreden zu entziehen. Dieses letztere Mittel hilft nicht selten für einige Zeit. Allein sehr bald wiederholen sich die gleichen Wahrnehmungen, wie früher; auch an seinem neuen Aufenthaltsorte scheint man binnen Kurzem bereits über ihn orientirt zu sein; man spionirt ihm also überall nach. Er merkt, dass ihm einzelne Personen auf Schritt und Tritt folgen, ihn beständig überwachen, und sieht nun wol, dass mächtige und hartnäckige Feinde ihn verfolgen, deren Nachstellungen er auf die Dauer nicht entgehen kann. Der Verdacht lenkt

sich dabei bald auf die Polizei, die ihn wegen wirklich oder vermeintlich begangener Vergehen oder auf Grund verleumdender Denunciationen zur Rechenschaft ziehen will, auf seine Vorgesetzten, politische oder religiöse Parteien, bald auf einzelne Personen, Nachbarn, Collegen, Rivalen, von denen er Feindseligkeiten befürchten zu müssen glaubt. Nicht selten kommt es in dieser Periode der Krankheit unter wachsender psychischer Erregung zu plötzlichen intensiven Aufregungszuständen, die den Kranken in seiner Angst zum Selbstmorde, zu Gewaltthaten gegen seine vermeintlichen Feinde, zu Fluchtversuchen und ähnlichen krankhaften Handlungen treiben und häufig erst den Anlass zur Erkennung der Psychose, sowie zur Verbringung in die Irrenanstalt abgeben.

In der Anstalt setzt sich natürlich das versteckte Verfolgungssystem in der alten Weise fort. Die Aerzte sind gedungen, den Kranken unschädlich und womöglich wahnsinnig zu machen, da man ihm auf andere Weise nicht beizukommen vermochte. Seine Mitpatienten sind gar nicht geisteskrank, sondern bestochene Simulanten, welche ihn durch ihr Verhalten, ihre unsinnigen Streiche „prüfen“ sollen; hinter einzelnen derselben vermuthet er Polizeiagenten oder irgend welche hervorragende Persönlichkeiten im Incognito. Er selbst hält sich daher in allen seinen Aeusserungen sehr zurück und verbirgt oft lange Zeit das Nest abenteuerlicher Wahnideen hinter einem äusserlich correcten Benehmen, bis ihm ein besonderer Anlass, ein Affect dieselben herauslockt. Ein gelegentliches Bauchgrimmen oder eine vorübergehende Eingenommenheit des Kopfes macht es ihm klar, dass man ihm Gift in die Speisen gegeben hat, um ihm auf diese Weise seine Eingeweide zu ruiniren und sein Gedächtniss zu schwächen. Ein leichter Hustenanfall lässt ihn bereits das Auftreten des Misere in Folge jenes Vergiftungsversuches befürchten; er beklagt sich bitter, dass man ihn allmählich zur Onanie verführt und ihn von Tag zu Tag systematisch dümmer zu machen sucht.

Auch auf die Gegenstände seiner Umgebung erstreckt sich die Verfolgung. Er merkt, dass man dieselben in seiner Abwesenheit vertauscht, ruinirt, beschmutzt und

stiehlt, um ihn zu düpiren und immer mehr zu verwirren. Jede Veränderung in seiner Umgebung wird nur vorgenommen, um ihn zu verhöhnen und zu ärgern. Alle stecken unter einer Decke; die ganze Anstalt stellt sich ihm dar wie eine Räuberhöhle, in welcher man systematisch darauf ausgeht, ihn zur Verzweiflung zu treiben. Die unerträgliche Lage, in welche sich der Kranke demnach versetzt fühlt, veranlasst ihn zu allerlei Versuchen, sich aus derselben zu befreien. Er schreibt Briefe über Briefe an die verschiedensten Instanzen, in denen er den ganzen „niederträchtigen Schwindel“ aufdeckt, der mit ihm getrieben wird und in der energischsten Form Abhilfe davon verlangt. Oder aber er fasst, nachdem er lange mühsam seine Fassung bewahrt hat, den Entschluss, sich selbst zu helfen, macht Fluchtversuche, Tentamina suicidii, oder in Momenten leidenschaftlicher Erregung, aber auch bisweilen nach überlegtem Plane, lebensgefährliche Angriffe auf seine vermeintlichen Kerkermeister.

Die egocentrische Richtung des ganzen Denkens, die einen ungeheuren Apparat in Thätigkeit vermuthet, um die eigene Person „in Schach zu halten“, macht es leicht erklärlich, dass auch hier nicht selten gewisse Grössenideen sich einstellen, die sich bald in den Grenzen selbstgefälliger Eitelkeit halten, bald aber auch wirklich wahnhafte Gestaltung annehmen. Namentlich die Vorstellung, eine bedeutende politische Rolle zu spielen, massgebend in die Tagesgeschichte eingegriffen zu haben, geheimer Kronprätendent zu sein, begegnen uns relativ häufig.

Der Verlauf dieser Form ist im Allgemeinen ein überaus langsamer, lässt aber in längeren Zeiträumen doch regelmässig eine allmähliche Verschlechterung erkennen. Die Kranken bleiben andauernd mit kurzen Unterbrechungen zorniger Erbitterung ruhig, besonnen, geordnet und fähig, sich zu beschäftigen, ja sie sind sogar häufig genug im Stande, auf irgend einem künstlerischen oder wissenschaftlichen Gebiete noch eine gewisse productive Kraft zu entfalten, allein sie sind von Anfang an vollkommen ohne jede Krankheitseinsicht, und sie werden im Laufe der Zeit durch das Bestreben einer einheitlichen Verarbeitung ihrer

wahnhaften Wahrnehmungen zu immer abenteuerlicheren Erklärungsversuchen, zu einer immer phantastischeren Weltauffassung gedrängt.

Zur Unterscheidung dieser Form von dem hallucinatorischen Verfolgungswahn ist einmal auf die ungleich langsamere, meist in viel frühere Lebensalter zurückreichende Entwicklung, sowie auf den immerhin deutlicher progressiven Charakter der Störung aufmerksam zu machen. Weiterhin aber tritt hier an die Stelle der dort gewöhnlich herrschenden Monotonie und Dürftigkeit der Wahnideen eben wegen des wesentlicheren Antheils der Phantasie eine reichere, systematischere Durchbildung derselben. Endlich ist gerade die Art der Wahrnehmungen eine durchaus verschiedene. Dort sind es „Stimmen“, einzelne direct gegen den Kranken gerichtete Aeusserungen, welche derselbe dem Wortlaute nach wiederzugeben vermag; hier dagegen bewegen sich die feindlichen Angriffe nur in unbestimmten Andeutungen und Anspielungen oder in symbolischen Handlungen, deren eigentlichen Sinn der Kranke erst errathen muss, wenn er freilich auch an der Richtigkeit seiner Deutungen keinen Augenblick zu zweifeln vermag.

Als Unterformen gewissermassen des combinatorischen Verfolgungswahns können wir die besonderen Gestaltungen des sexuellen Verfolgungswahns und des Eifersuchtswahns auffassen. Das erstere dieser beiden Krankheitsbilder wird fast ausschliesslich beim weiblichen Geschlechte beobachtet und knüpft sich sehr häufig, wenn nicht immer, an fehlgeschlagene sexuelle Hoffnungen an. Die Enttäuschung über ein zerschlagenes Liebesverhältniss oder einen missglückten Heirathsplan führt zunächst zu einem meist länger dauernden Stadium depressiver Stimmung und quälender Grübeleien über das Geschehene. Ganz allmählich glaubt nun die Kranke, einzelne Anzeichen dafür zu gewinnen, dass ihr ehemaliger Geliebter noch irgend welche Beziehungen mit ihr anzuknüpfen oder sich an ihr zu rächen sucht. Anfangs ist es vielleicht eine hingeworfene Bemerkung ihrer Umgebung, ein auffallendes Erlebniss auf der Strasse, eine Annonce in der Zeitung, welche sie stutzig macht; bald aber erhält sie den unzweifelhaften Beweis für

die Richtigkeit der vag aufgetauchten Vermuthung in allerlei Chicanen, denen sie auf Anlass des „Kerls“ ausgesetzt wird, namentlich aber in eigenthümlichen nächtlichen Wahrnehmungen. Zwischen Schlaf und Wachen wird sie in einen Zustand von Betäubung versetzt, in dem sie sich nicht rühren und nicht die Augen öffnen kann; sie fühlt nun deutlich, wie der Coitus mit ihr vollzogen wird und hört allerlei „schändliche Dinge“ reden. Sobald sie sich aus ihrer Erstarrung frei machen kann, ist Alles vorüber und der Verfolger bereits durch das geöffnete Fenster entflohen. Aehnliche Scenen wiederholen sich häufig, später auch bei Tage, bei vollem Wachen, so dass die Kranke sich fortwährend sexuellen Attentaten durch ihren unsichtbaren „Kerl“ ausgesetzt glaubt, eine Idee, die natürlich schon von einer weit gediehenen Kritiklosigkeit zeugt. An sie schliesst sich die Vorstellung an, schwanger zu sein, die häufig durch nächtliche, traumhafte Entbindungen weiter genährt und phantastisch ausgeschmückt wird. Bei Männern werden die geschlechtlichen Angriffe durch nackte Frauenzimmer vollzogen, welche sich des Nachts auf sie legen und ihnen „die Natur“ abziehen.

In der Regel sind die Kranken über die sexuellen Belästigungen, die sich bisweilen im Zusammenhange mit den Menses häufen, sehr erbittert. Sie werden plötzlich unmotivirt zornig und gereizt, zertrümmern den ersten besten Gegenstand, laufen davon, schlagen die Thüre zu, brechen in lautes Schimpfen aus, ohne ihrer Umgebung den peinlichen Grund ihrer Erregung einzugestehen, so dass ihr Benehmen oft lange Zeit räthselhaft und unverständlich bleibt, bis ihnen einmal im Affect eine Andeutung über ihren Wahn entschlüpft. Im Uebrigen sind sie ganz besonnen, aber meist sehr zurückhaltend; erst im weiteren Verlaufe pflegt die zunehmende Zerfahrenheit sich in immer unsinnigerer Gestaltung des Wahnsystems zu documentiren. Nicht selten mischen sich nun auch einzelne expansive Elemente ein, die Idee, allnächtlich 7000 Kinder zu gebären, mit hochgestellten Personen sexuell zu verkehren, mit dem Erlöser oder dem Weltkaiser schwanger zu sein.

Sehr nahe der vorigen Form verwandt ist der Eifer-

suchtswahn, den wir namentlich bei Frauen im Klimakterium sich entwickeln sehen. Nachdem allerlei Verstimmungen, unmotivirte Befürchtungen, reizbares, misstrauisches Wesen einige Zeit voraufgegangen sind, merken die Kranken, dass sich das Verhältniss zu ihrem Manne geändert hat, dass derselbe sie vernachlässigt und offenbar anderen sexuellen Neigungen nachgeht. Ein auffallender Blick der Nachbarin, eine verfängliche Bemerkung des Mannes bestärkt sie in ihrer Auffassung; die absolute Gewissheit aber erhält sie dadurch, dass sie hört und fühlt, wie sich Nachts andere Weiber zu ihrem Manne ins Bett legen. Wenn auch die sofort ausgeführte Controle ein negatives Resultat ergiebt, so steht ihre Ueberzeugung nichtsdestoweniger fest, und sie sind entrüstet über die Schamlosigkeit, mit welcher der Gatte die eheliche Treue in ihrer Gegenwart bricht. Alle möglichen Wahrnehmungen liefern ihrem immer sensibler und immer kritikloser werdenden Misstrauen neue Bestätigungen. Die Empfindungen ihres eigenen Körpers zeigen ihr an, sobald der Mann sich mit Anderen vergeht; der Geistliche auf der Kanzel bricht den Stab über sein unsittliches Benehmen; jeder Brief enthält die geheime Aufforderung zu einem Rendez-vous. Natürlich entwickelt sich im Anschlusse an diesen Wahn eine gereizte, feindselige Stimmung; die Frauen verfolgen ihre Männer auf Schritt und Tritt mit häufig ganz absurden Beschuldigungen, zu denen sich nicht selten noch directe Vergiftungsideen gesellen. Die Entwicklung dieser Form ist in der Regel eine ziemlich rasche. Im weiteren Verlaufe nimmt die psychische Schwäche allmählich zu, aber die Ausbildung des Wahnsystems bleibt meist dürftig.

Ein ganz ähnliches Krankheitsbild wird auch bei Männern, vorzugsweise auf originär schwachsinniger Grundlage, beobachtet. Sie glauben im Dunkeln ihrer Frau am Arme eines Andern zu begegnen, sind empört über deren Raffinement, wenn sie dieselbe bei ihrer Rückkehr zu Hause antreffen, überhäufen sie mit Schmähungen und schreiten sogar bisweilen zu Gewaltthaten. Ein derartiger Kranker meiner Beobachtung übersandte seiner Frau zum Geburtstage eine dick mit Grünspan überstreute Torte und eine

in derselben Weise ungeniessbar gemachte Flasche Rothwein, um sie zu vergiften. Das Gefühl der eigenen Unsicherheit und Unfähigkeit mag hier wol den Ausgangspunkt des sexuellen Misstrauens abgeben. Dem typischen „Eifersuchtswahne“ der Trinker werden wir später bei der Betrachtung des Alkoholismus begegnen.

Die hypochondrische Verrücktheit. Auch das Wahnsystem der hypochondrischen Verrücktheit hat seine wichtigste Wurzel in der phantastischen, durch lebhaft egoistische Gefühle beflügelten Combination, aber der Feind, der dem Kranken droht, ist keine fremde, ausser ihm stehende Macht, sondern ein wahnhaftes, unheilbares Leiden, welches nach und nach seinen Leib vernichtet. Ihren Ausgangspunkt nimmt die Krankheit nicht selten von wirklich vorhandenen, objectiv begründeten Beschwerden, Magendarmkatarrhen, Uterinleiden, nervösen Affectionen, namentlich auch, wie es scheint, von masturbatorischen Excessen. In anderen Fällen jedoch genügt schon die lebhaft Beschäftigung der Phantasie mit einem Krankheitsbilde, um das Vorhandensein der Symptome am eigenen Körper zur Gewissheit zu machen. Während derartige Anwandlungen vom Gesunden bei ruhiger Ueberlegung ohne Weiteres überwunden werden, drängen sie sich dem krankhaft empfänglichen Bewusstsein immer und immer wieder auf, regen die leicht bewegliche Phantasie in der mannigfachsten Weise an und führen allmählich zur Ausbildung eines von lebhaften Unlustgefühlen begleiteten, festwurzeln- den Wahnsystems, das durch keine gegentheilige Erfahrung mehr erschüttert werden kann.

Anfangs werden ganz normale Vorgänge und Theile des Körpers als entsetzliche Krankheitserscheinungen angesehen; so zeigte mir ein ganz besonnener Kranker die Talgdrüsen und Haarbälge am Penis als die Symptome der Syphilis. Besonders die vermeintlichen Folgen der Onanie werden an der Hand der drastischen Schilderungen gewisser Bücher an der eigenen Person in den erschreckendsten Formen wiedergefunden, daher vielfache Selbstanklagen. Der Kranke beginnt, sich mit seinem Körper und den Functionen desselben eingehend, täglich und stündlich zu

beschäftigen und findet in jeder seiner vorurtheilsvollen Beobachtungen eine neue Bestätigung des gehegten Verdachtes. Die stete Aufmerksamkeit auf sich selbst und die nervöse Erregbarkeit, in die der Kranke mehr und mehr geräth, lassen ihn allerlei abnorme Sensationen, Anomalien des Gemeingefühls u. dergl. wahrnehmen; er kommt sich kraftlos, abgespannt, körperlich und geistig leistungsunfähig vor, bemerkt verdächtige Empfindungen, Schmerzen in den verschiedensten Organen und fühlt, wie das Leiden, dessen Existenz ihm vollständig feststeht, rasche Fortschritte macht und tiefgreifende Veränderungen in ihm hervorbringt. Er verliert dabei das Interesse für die Aussenwelt mehr und mehr und widmet sich ganz der Pflege seines Körpers. Alle anderen Vorstellungen und Gefühle treten in den Hintergrund; seine Handlungen sind ausschliesslich durch die Rücksicht auf das eigene, schwer gefährdete Wohlergehen dictirt. Jeden Zweifel an seinem körperlichen Leiden weist er, wo ihm jede neue Wahrnehmung neue Beweise zu bringen scheint, mit Entrüstung zurück, ja es gewährt ihm eine gewisse märtyrerhafte Genugthuung, durch eingehende Schilderung seiner ihn so lebhaft und ausschliesslich beschäftigenden Leiden das Interesse und das Mitleid Anderer zu erwecken.

Die vielfach unternommenen Curen bleiben natürlich alle erfolglos. Der Kranke beginnt sehr bald, an der ärztlichen Kunst zu verzweifeln und fällt zahllosen Quacksalbern in die Hände, um doch wenigstens Alles einmal zu versuchen. Unterdessen wird die Terminologie für die mannigfachen Erscheinungen des Leidens eine immer reichere; die einzelnen Körpertheile werden wie mit Zangen gezwickt, auseinander gerissen, geschraubt; im Rückenmark fühlt er Rollen und Schneiden; der Kopf ist ihm hohl oder als wenn Stroh darin wäre; im Leibe brennt, sticht, drückt, fliesst und zuckt es; die Glieder, die Genitalien sterben ihm ab; sein Athem stinkt wie die Pest. Bei zunehmender Kritikalosigkeit gewinnt auch die Natur der Krankheit groteskere Formen. Die anfangs nur zur Beschreibung der Symptome gebrauchten Vergleiche gelten dem Kranken später als Ausdruck der wirklichen Verhältnisse. In seinen Adern befindet

sich Gift, Feuer, Mistjauche statt des Blutes; das Herz ist ihm in einen Stein verwandelt, die Speiseröhre, der Mastdarm abgerissen oder verschlossen; im Leibe sitzen lebendige Thiere, Spinnen, Kröten, Schlangen und verzehren seine Eingeweide. Der Kranke ist überhaupt nichts mehr; er kann nicht mehr essen, nicht mehr schlafen, sich nicht rühren; er ist abgestorben, schon lange todt, in eine andere Person, in einen Holzklotz, ein Thier, eine Pflanze verwandelt; er ist so klein zusammengeschrumpft, dass man ihn gar nicht mehr sehen kann. Wahrscheinlich spielen dabei abnorme Empfindungen eine sehr grosse Rolle, insofern sie die Anregung für die phantastische Ausgestaltung des Wahnes geben; man sieht aber leicht, dass es sich bei der ganz elementaren Natur der Sensationen aus dem Innern des eigenen Körpers hier nicht sowol um einfache Trugwahrnehmungen, als vielmehr wesentlich um die wahnhaftige Interpretation derselben handeln muss.

Eine Correctur dieser Wahnideen ist vielleicht gerade deswegen gänzlich unmöglich. Sehr lehrreich sind in dieser Hinsicht die zahlreichen in der älteren Literatur berichteten Fälle, in denen man durch fingirte Operationen und ähnliche Mittel „auf psychischem Wege“ die eingebildete Krankheit zu beseitigen strebte. Im günstigsten Falle wurde die einzelne vorliegende Wahnidee zum Verschwinden gebracht, aber regelmässig trat eine andere, vielfach weit absurdere an ihre Stelle, da man ja nicht zugleich das Grundleiden, die Uebererreglichkeit der Phantasie und den Mangel an Kritik, hatte bessern können.

Die Stimmung des Hypochonders ist regelmässig eine depressive, düstere und reizbare. Wie die Zustände des eigenen Körpers, so ist er auch geneigt, die Dinge der Aussenwelt im Lichte seines trüben Pessimismus zu sehen. Zeitweise kann sich die Verstimmung zu heftigen Affecten der Verzweiflung steigern, in denen der Kranke sogar zum Selbstmorde seine Zuflucht nimmt. Auf dem Gebiete des Handelns ist häufig eine krankhafte Willenlosigkeit und Schlaffheit, die Unfähigkeit zur Ueberwindung des hypochondrischen Krankheitsgefühles, zur thatkräftigen Durchführung der Berufsgeschäfte, andererseits eine gewisse Pedan-

terie und peinliche Regelmässigkeit in der Lebensführung charakteristisch.

Der Verlauf des Leidens ist in der Regel ein langsam fortschreitender. Der Kranke spinnt sich mehr und mehr in das Netz seiner hypochondrischen Ideen ein und wird immer stumpfer und gleichgültiger für alle ausserhalb desselben gelegenen Interessen. Eine Heilung oder auch nur wesentliche Besserung wird gerade bei dieser das unmittelbarste Wohl und Wehe berührenden Krankheit wol niemals beobachtet.

Von Wichtigkeit ist es, die hypochondrische Verrücktheit von den hypochondrischen Verstimmungen der Neurasthenie abzugrenzen. In den ersten Anfängen ist das gewiss oft schwierig, doch kann die schleichende, progressive Entwicklung, die geflissentliche Cultivirung der eigenen Leidensgeschichte, die Unzufriedenheit mit den tröstenden Versicherungen des Arztes, die detaillirte, phantasiereiche Schilderung der verschiedenen Affectionen, sowie der Mangel einer hinreichenden Ursache und objectiver körperlicher Symptome auf die Spur leiten. Späterhin pflegt sich die Differenz in den grelleren Farben und der völligen Einsichtslosigkeit der hypochondrisch Verrückten, endlich in ihrer Unzugänglichkeit gegenüber allen therapeutischen Eingriffen deutlicher auszudrücken.

Der Querulantenwahn. Allen bisher besprochenen Gestaltungen der Verrücktheit steht als durchaus eigenartige Entwicklungsform der Querulantenwahn gegenüber. Der Grundzug im Krankheitsbilde ist hier die Idee der rechtlichen Benachtheiligung und der fanatische Drang, gegen das vermeintlich erlittene Unrecht bis auf das Aeusserste anzukämpfen. Allein es ist keine Sinnestäuschung, kein Primordialdelirium, welches ihm eine imaginäre Beeinträchtigung etwa nur vortäuschte, wie bei den übrigen Formen des Verfolgungswahns, sondern der Wahn knüpft sich regelmässig an irgend einen wirklichen Nachtheil an, den der Kranke, meistens in einem Rechtsstreite und mit vollem Rechte, erlitten hat. Nur fehlt ihm die Fähigkeit zu objectiver Würdigung der Sachlage und derjenige Ueberblick über den Lauf der Dinge, der ihn sich bei der getroffenen

Entscheidung beruhigen lassen würde. Ein krankhaft entwickeltes Selbstgefühl, welches ihm jedes Verständniss für die Berechtigung fremder Interessen unmöglich macht und ihn in eine extrem egocentrische Weltanschauung hineindrängt, befestigt in ihm die Ansicht, dass ihm bitteres Unrecht geschehen sei und dass er auf jeden Fall die Angelegenheit weiter verfolgen müsse. Blind gegen besseren Rath, setzt er weitere Rechtsmittel in Bewegung, schreibt unzählige Briefe und Eingaben, strotzend von Beleidigungen seiner Gegner und der Gerichte, appellirt von einer Instanz an die andere, mit immer wachsender Leidenschaftlichkeit und Hartnäckigkeit sein vermeintliches „Recht“ suchend, mag auch alles Andere darüber zu Grunde gehen. Es liegt auf der Hand, dass dieser leitende Gedanke, um jeden Preis die Anerkennung der eigenen rechtlichen Interessen zu erzwingen, an sich ein durchaus gesunder genannt werden muss; das krankhafte Element liegt nur in dem mangelnden Verständnisse für das objectiv Rechte, in der Identificirung der persönlichen Interessen mit dem öffentlichen, allgemeinen Wohle.

Die sittliche Idee der fremden Gleichberechtigung, das Gefühl für die Unverletzlichkeit auch der Rechtsinteressen des Gegners ist hier gänzlich unentwickelt geblieben oder wieder verloren gegangen. Der Kranke hält die unsittlichsten Mittel für erlaubt, sobald sie ihm zur Schädigung seines Feindes dienen, während selbst die mildesten Formen des rechtlichen Zwanges in ihrer Anwendung auf ihn selbst als brutale Angriffe und Vergewaltigungen aufgefasst werden. Auf diese Weise verwickelt sich der Kranke in einen endlosen Conflict mit den Behörden und Gerichten, die er bald nur noch als eine Bande von Spitzbuben und Räubern betrachtet; er widersetzt sich allen Anordnungen derselben mit äusserstem Eigensinn und greift schliesslich zu offener Gewalt, um sich selbst das ihm vorenthaltene Recht zu suchen. Seine Häuslichkeit, sein Geschäft, sein Vermögen, Alles wird dem krankhaften Drange geopfert. Nicht selten gewinnt der Kranke im Verlaufe seiner Angelegenheit eine ausserordentliche formale Kenntniss der Rechtsbestimmungen, die er ebenso, wie seine Acten, bisweilen wörtlich auswendig

lernt, allerdings nicht, ohne dieselben in seinem eigenen, subjectiven Sinne auszulegen.

Mit der wachsenden Leidenschaft nimmt auch die Lust am Processiren selbst zu, so dass die Kranken schliesslich schon aus geringfügigem oder ganz ohne Anlass, auch für Andere, sich aus einem Rechtsstreit in den anderen stürzen, dass ihnen nicht der Sieg, sondern der Kampf selber Beweggrund zum Kampfe wird. Diese Zustände, die mannigfache Berührungspunkte mit den normalen Charakteranlagen der Rechthaberei, der Streitsucht aufweisen und in der That ohne scharfe Grenzen stetig in die Breite der gesunden Individualitäten übergehen, werden vom Publicum und auch von den Aerzten fast immer falsch beurtheilt, weil die intellectuellen Störungen in der Regel wenig hervortreten und durch ein oft gut erhaltenes Gedächtniss, wie durch eine gewisse rabulistische Gewandtheit verdeckt werden. Die Entstellungen und Verdrehungen des Thatbestandes, die der Kranke vom Standpunkte seiner krankhaften Auffassung *optima fide* vorbringt, werden leicht für absichtliche, raffinirte Täuschungen gehalten und als Beweis für die sittliche Verkommenheit und Unverschämtheit desselben angesehen.

Erst sehr spät, oft nach mehr als einem Jahrzehnte, pflegt die pathologische Natur der Störung richtig erkannt zu werden, nachdem der Kranke finanziell und social zu Grunde gegangen, ungezählte Male verurtheilt, gemassregelt und zum Schrecken der Behörden geworden ist. Der Schwachsinn ist nun in den stereotypen, zusammenhangslosen Schmähungen und grotesken Anschuldigungen meist nicht mehr zu verkennen. In der Anstalt sind die sonst so erregbaren Kranken regelmässig gutmüthig und lenksam, wenn man sie nicht durch Berühren des wunden Punktes und Widerspruch geflissentlich reizt. Eine weitere Ausbildung pflegt das Wahnsystem, im Gegensatze zu den früher besprochenen Formen, nun nicht mehr zu erfahren; allerdings ist ein Zurücktretten desselben, abgesehen vielleicht von der sehr allmählich zunehmenden Stumpfheit der Kranken, ebenso wenig zu erwarten.

B. Expansive Formen.

Der hallucinatorische Grössenwahn. Das Wahnsystem dieser Form empfängt seine Nahrung aus Sinnes-täuschungen, wesentlich des Gehörs, welche dem Kranken die Idee einer besonderen Beeinflussung durch den göttlichen Geist aufdrängen. Gewöhnlich entwickelt sich die Psychose langsam und schleichend, so dass sie meistens schon weit ausgebildet ist, wenn sie entdeckt wird. Der Kranke hört, zunächst vielleicht bei einer besonderen Gelegenheit oder im Affecte, später häufiger, einzelne Zurufe, die sich auf sein Handeln beziehen, die Aufforderung, an einen bestimmten Ort zu ziehen, zu heirathen, zu fasten oder dergl. Anfangs wird er durch diese Stimmen, welche in der Regel keinen direct sinnlichen, sondern einen übernatürlichen Charakter besitzen, vielleicht in Unruhe versetzt; allmählich aber wird es ihm klar, dass dieselben nichts anderes sind, als göttliche Eingebungen, auch wenn sie von ihm bekannten Persönlichkeiten herzustammen scheinen. So kommt es, dass er nach Kräften den an ihn gerichteten Befehlen in Wirklichkeit nachzukommen sucht.

Nach und nach gewinnt der Verkehr des Kranken mit dem lieben Gott eine immer grössere Ausdehnung. Die Stimmen begleiten bisweilen das Denken und Thun des Kranken immerwährend mit beifälliger oder missfälliger Kritik; sie regeln den ganzen Tageslauf bis in's Einzelne und veranlassen den Kranken häufig genug zu unsinnigen und auffallenden Handlungen, namentlich zu zwecklosen Reisen. Ein derartiger Kranker wurde vom Geist Gottes aufgefordert, in ein beliebiges Haus hineinzugehen und mit der Mütze auf dem Kopfe die erste beste ihm begegnende Frauensperson zu heirathen; ein anderer kehrte auf göttliche Anordnung seine sämtlichen Kleider um. In einzelnen Fällen kann es sogar auf Grund hallucinatorischer Befehle zu plötzlichen Gewaltacten, Zerstörungen, Selbstverstümmelungen (Herausreissen des Auges, der Zunge) kommen. Häufig gesellen sich zu den Stimmen noch andersartige Trugwahrnehmungen hinzu, welche in ähnlicher Weise gedeutet zu werden pfle-

gen. Wunderbare Durchleuchtungs- und Durchströmungsgefühle lassen den Kranken erkennen, dass der Geist Gottes von seinem Leibe Besitz genommen hat; herrliche Gerüche, angenehme Geschmacksempfindungen dienen dazu, ihm das Erdendasein zu versüssen. Ja, nicht selten bemächtigen sich die göttlichen Einflüsse auch der Muskeln des Kranken. Die Zunge wird ihm gezogen, dass er sprechen muss, was ihm der Geist eingiebt; ohne, oder sogar gegen seinen Willen muss er grässliche Schreie ausstossen; sein Arm wird ihm geführt, wenn er schreibt oder in heiliger Sache den Kampf aufnimmt. Auch in der äusseren Natur begegnen ihm allerlei wunderbare Erlebnisse. Wenn er betet, so strömt fruchtbarer Regen herab, oder der umwölkte Himmel klärt sich plötzlich auf, sobald er auf die Strasse tritt.

Alle diese Wahrnehmungen mit den an sie sich knüpfenden Ueberlegungen lassen dem Kranken keine Zweifel darüber, dass er ein Auserwählter des Himmels, ein Prophet, Braut Christi ist. Bisweilen wird dieser Gedanke noch weiter ausgeführt; meist aber bleibt der Kranke bei demselben stehen. Er ist das unwürdige Werkzeug, durch welches sich Gottes Wille offenbart. Neben diesen Grössenideen bestehen aber häufig auch allerlei depressive Vorstellungen. Der Kranke baut sich aus seiner früheren Sündhaftigkeit gleichsam ein Piedestal für seine jetzige Grösse; er hat viel Schlechtes gethan, oft gefrevelt und muss dafür in allerlei Selbstkasteiung (Fasten, Beten, Knieen) Busse thun, um sich der hohen Gnade würdig zu erweisen. Oder aber es schieben sich hypochondrische Elemente ein, Klagen über abnorme Sensationen im Kopfe, über nächtliche Samenverluste und Arbeitsunfähigkeit.

Die Stimmung des Kranken ist dabei in der Regel eine gehobene, zeitweise sogar lebhaft erregte, wenn sich auch häufig genug in Folge von „Anfechtungen“ rasch vorübergehende Zornausbrüche oder sogar länger dauernde depressive Verstimmungen geltend machen. Die Besonnenheit und das Gedächtniss des Kranken ist vollkommen erhalten; in der ersten Zeit der Psychose besteht sogar bisweilen eine Art Krankheitsbewusstsein, allerdings gewöhnlich mit hypochondrischer Färbung.

Der Verlauf der Krankheit ist regelmässig ein sehr langsamer, der Zustand der Kranken oft viele Jahre hindurch fast stationär. Das Wahnsystem bleibt im Ganzen dürftig und unentwickelt, tritt oft lange Zeit hindurch sehr in den Hintergrund, so dass man mit einigem Rechte von Besserungen und Verschlechterungen der Psychose sprechen kann.

Der combinatorische Grössenwahn. Eine ungleich mannigfaltigere Entwicklung haben diejenigen Formen der expansiven Verrücktheit aufzuweisen, bei denen das freie Spiel der phantastischen Combination die treibende Kraft der Wahnbildung darstellt. In der Regel handelt es sich hier um hereditär belastete oder doch von Jugend auf eigenartig veranlagte Individuen, in denen die Neigung zum Schwärmen und Träumen ein excentrisches Streben nach hohen Idealen und, bei gleichzeitigem Mangel praktischen Lebensverständnisses, eine Ueberschätzung der eigenen Bedeutung und Leistungsfähigkeit erzeugt hat. Ganz allmählich reift in ihrer Brust die Ueberzeugung, dass sie zu besonderen Aufgaben in der Welt berufen seien, und dass es gerade mit ihnen noch eine ganz eigene Bewandtniss haben müsse. Eine Menge kleiner, an sich unbedeutender Wahrnehmungen wird von den Kranken im Sinne dieses Vorurtheils als hochwillkommene Bestätigung ihrer geheimen Ahnungen aufgefasst und verarbeitet.

Das wichtigste und für das ganze Leben gewissermassen entscheidende Ereigniss ist nun gewöhnlich eine Vision. Der Kranke erblickt plötzlich einen hellen Schein am Fenster; er sieht einen ungewöhnlichen, früher nie bemerkten Stern aus den Wolken hervortreten oder ein strahlendes Meteor den Himmel verklären. Häufiger noch handelt es sich um nächtliche Wahrnehmungen. Der Kranke erwacht in der Nacht mit unbeschreiblichen Wonnegefühlen; seine Augen werden von dem Lichte geblendet, welches sein Schlafzimmer erfüllt. Er sieht eine herrliche Gestalt in köstlichem Gewande, die Mutter Gottes, Engel mit goldenen Flügeln, welche eine Königskrone tragen, das Christkind, welches ihm die Weltkugel überreicht, und hört dabei eine Stimme, die in mehr oder weniger klaren Ausdrücken ihm

seine hohe Mission verkündet. Bisweilen wiederholen sich solche nächtliche Scenen mehrmals in längeren Zwischenräumen.

Dieses „Erfahrungsmaterial“ ist es, auf welches sich die weitere Entwicklung des Wahnsystems hauptsächlich stützt. Der Kranke fühlt sich als rechtmässiger, von Gott berufener Fürst und betrachtet die wirklichen Inhaber der von ihm beanspruchten Würden als Usurpatoren. Er sucht daher seine Anwartschaft durch den Hinweis auf seine göttliche Mission geltend zu machen und sich als König, Kaiser, Pabst u. s. f. in den Besitz seiner Herrschaft zu setzen. Die Schritte, die er zu diesem Behufe thut (Briefe, öffentliche Reden, Versuche persönlicher Audienzen), geben dann gewöhnlich den Anlass zu seiner Verbringung in die Anstalt, in welcher der Kranke resignirt, aber zuversichtlich der sicheren Erfüllung seiner hohen Ansprüche entgegenharrt und sich auch wol auf seinen zukünftigen Beruf vorbereitet. Dass er für geisteskrank erklärt wird, führt er auf die Machinationen seiner Neider und Feinde zurück, welche seine Ansprüche bestreiten und ihn deshalb aus dem Wege zu räumen suchen; er bedauert die Aerzte, dass sie sich zur Unterstützung eines solchen Schurkenstreiches hergeben. Eine weitere phantastische Ausbildung pflegen jedoch diese durchaus an wirkliche Erlebnisse anknüpfenden Verfolgungsideen nicht zu erfahren. Die Stimmung ist dabei meist eine gleichmässige, selbstbewusste, die Besonnenheit vollkommen ungetrübt, und die Kranken sind sogar bisweilen im Stande, nach einzelnen Richtungen hin eine geradezu staunenswerthe Leistungsfähigkeit zu entfalten. Ein einfacher Bauernsohn, der sich für den Kaiser und Pabst in einer Person, späterhin sogar für unsterblich hielt, lernte im Laufe einiger Jahre mit äusserst unzulänglichen Hilfsmitteln nicht weniger als acht verschiedene alte und neuere Sprachen lesen.

Erst nach langer Dauer der Krankheit lässt sich auch hier ein bald langsames, bald schnelleres Fortschreiten der psychischen Schwäche nicht verkennen. Die Grössenideen der Kranken gehen immer mehr ins Ungeheuerliche und Absurde, und sie werden nicht mehr in der conse-

quenten, zusammenhängenden Weise verarbeitet, wie im Anfange. Der Kranke ist nun Oberkaiser, Himmelsfürst, „Parmazyget Lichtenstern“, der heilige Geist und beginnt, durch wunderliche Erlasse in selbsterfundener Sprache seinen Regierungsantritt und seine heiligen Befehle zu verkünden, ja es scheint, dass er nun auch bisweilen durch „Eingebungen“ in unmittelbare Beziehungen zu den höchsten irdischen und himmlischen Gewalten zu treten vermag.

Sehr nahe verwandt der geschilderten ist eine andere Form, in welcher der Wahn sich vorzugsweise auf religiösem Gebiete bewegt. Der mystische Zug tritt hier am stärksten in den Vordergrund. Meist sind die Kranken schon von Jugend auf durch Erziehung oder Anlage (besonders wichtig Epilepsie) in eine bigotte, schwärmerisch religiöse Richtung hineingedrängt und durch die eifrige Lectüre überfrommer Schriften, die Einwirkung fanatischer Geistlicher oder überspannter Freunde genügend für die psychische Erkrankung vorbereitet. Das Interesse für „die Freuden dieser Welt“, für eine fruchtbringende Thätigkeit, freie, klare Gedankenbewegung, gesunden Lebensgenuss erlischt, und an seine Stelle tritt die Neigung zu mystischen Grübeleien und skrupulöser Selbstquälerei. Regelmässig gesellt sich dazu eine gewisse sexuelle Erregbarkeit, die sich in Masturbation und schwärmerisch-sinnlicher Ausmalung der religiösen Verhältnisse zum „Seelenbräutigam“ und der „Seelenbraut“ Luft zu machen pflegt.

Auf dem so disponirten Boden entwickeln sich im weiteren Verlaufe ekstatisch-visionäre Zustände mit den Gemeingefühlen der Verzückung, Verklärung, Erleuchtung, dem Anblicke der göttlichen Personen, der Herrlichkeit des Himmels, der Wahrnehmung von Stimmen, welche dem Kranken die hohen Gnaden verkünden, zu denen er auserwählt ist, ihm „den Segen Esaus auf die linke, den Segen Jacobs auf die rechte Schulter“ verleihen. Aus diesen Offenbarungen gehen dann die Kranken als Apostel, Messias, Welterlöser, oder aber als Braut Christi, Jungfrau Maria, Gottesgebärrin u. dergl. hervor. Sie beginnen zu predigen, führen Skandalscenen in der Kirche herbei, warten auf den Bräutigam, der ihnen in der Form irgend eines Mannes er-

scheint u. s. f. Dazwischen schieben sich zuweilen auch Kämpfe und Versuchungen, in denen sie von Angst gepeinigt mit dem visionären Teufel ringen, Busse thun, sich die schwersten Selbstpeinigungen, Fasten, Kasteiungen auferlegen und sogar auf Grund verrückt ausgelegter Bibelstellen sich gefährliche Verstümmelungen beibringen. Solchen Anfällen folgt dann in der Regel eine um so freudigere und stolzere Erhebung zu himmlischen Würden.

Eine letzte Form des combinatorischen Grössenwahns, die manche eigenartige Züge darbietet und deshalb noch eine kurze Betrachtung verdient, ist die erotische Verrücktheit. Der Kranke, der sich schon lange für etwas Besonderes gehalten hat und namentlich auch gewisse äussere Vorzüge zu besitzen meint, macht die Bemerkung, dass eine wirklich oder vermeintlich durch hervorragende Stellung ausgezeichnete Person des anderen Geschlechts ihm gewogen ist und ihm eine nicht misszuverstehende Aufmerksamkeit schenkt. Bisweilen ist es ein aufgefangener Blick, eine vermeintliche Fensterpromenade, eine zufällige Begegnung, welche diese verborgene Liebe dem Kranken zur Gewissheit werden lässt; sehr häufig jedoch erfährt er davon nur auf Umwegen, durch verblühte Anspielungen seiner Umgebung, Zeitungsannoncen, ohne dass er vielleicht den Gegenstand seines Interesses jemals gesehen hat.

Sehr bald mehren sich die Zeichen des geheimen Einverständnisses. Jedes zufällige Erlebniss, Toiletten, Begegnungen, Lectüre, Gespräche, gewinnen für den Kranken eine Beziehung zu seinem eingebildeten Abenteuer. Seine Liebe ist öffentliches Geheimniss und Gegenstand des allgemeinsten Interesses; überall spricht man davon, allerdings niemals mit klaren Ausdrücken, sondern immer nur in feinen Andeutungen, deren tiefen Sinn er aber sehr gut versteht. Natürlich muss diese ausserordentliche Liebe einstweilen geheim gehalten werden, darum erhält der Kranke alle Nachrichten nie auf directem Wege, sondern stets durch Vermittlung Anderer, durch die Zeitung und in Form versteckter Bemerkungen; auf dieselbe Weise weiss er sich durch gelegentliches Fallenlassen von Anspielungen mit dem

Gegenstände seiner Liebe in Verbindung zu setzen. Der Flug der Tauben, welche symbolisch ihn und die Geliebte darstellen, zeigt ihm, dass man ihn verstanden hat, dass er nach langen Kämpfen endlich sein Ziel erreichen wird; irgend eine Person, mit der er in Berührung tritt, erscheint ihm als die Erkorene, die sich verkleidet hat, um ihre Zuneigung der Welt zu verbergen, ja, eine geheime Ahnung vermag ihn bei einer derartigen Erkennungsscene über die handgreiflichsten Unähnlichkeiten, sogar über die Geschlechtsverschiedenheit hinwegzusetzen.

Dieser eigenthümliche, völlig kritiklose Wahn kann sich, besonders durch Vermittlung von verblühten Zeitungsannoncen genährt, lange Zeit hindurch in der geschilderten Weise fortspinnen, ohne dass im sonstigen Thun und Treiben des Kranken, der ja seine Angelegenheit geheim zu halten sucht, etwas Verkehrtes hervortritt. Im weiteren Verlaufe gesellen sich häufig traumhafte Sinnestäuschungen, das Gefühl eines Kusses im Schlafe u. dergl. hinzu. Der ganze Charakter der Liebe ist dabei stets ein schwärmerischer, romanhafter, häufig platonischer, der eigentliche Geschlechtstrieb bei den Kranken oft wenig oder in abnormer Weise (Onanie) entwickelt. Zwischen die Zeiten seligen „Hangens und Bangens“ schieben sich bisweilen Perioden tiefer Zerknirschung ein, die Gefühle der Unwürdigkeit gegenüber dem mit allen möglichen phantastischen Vorzügen ausgeschmückten Ideale, Enttäuschungen über unbegreifliche Zurückweisungen, vage Versündigungsideen, ohne dass jedoch dadurch der expansive Grundcharakter der Psychose dauernd alterirt wird.

Hier und da entwickelt sich das erotische Verhältniss weiter zu dem Wahne eines geheimnissvollen directen Rapportes mit dem geliebten Gegenstande. Der Kranke fühlt nicht nur dessen Gefühle und Zustände selbst mit, sondern er vermag auch durch eine Willensanstrengung oder durch die „innere Sprache“ ihm seine eigenen Gedanken auf sympathischem Wege mitzutheilen. In andern Fällen macht er Versuche einer Annäherung durch Briefe oder persönliche Interpellation, die natürlich sehr bald seine Verbringung in die Anstalt zur Folge zu haben pflegen. Allein die

schroffsten Abweisungen vermögen keineswegs seine Ueberzeugung zu erschüttern; er führt sie ausschliesslich auf die Nothwendigkeit einer Geheimhaltung der intimen Beziehungen zurück und findet auch bald genug Andeutungen und Winke, die ihn in dieser Ansicht bestärken, ihn zum Ausharren ermuthigen und ihn vertrauensvoll der Zukunft entgegensehen lassen, wenn auch augenblicklich noch die Verwandten, die Verhältnisse eine volle Erfüllung seiner Wünsche nicht gestatten.

Die originäre Verrücktheit. Während sich bei den bis hierher skizzirten Krankheitsbildern eine gewisse Einseitigkeit in dem Ausbau des verrückten Wahnsystems zumeist nicht verkennen liess, so haben wir uns nunmehr einer Form zuzuwenden, in welcher sich die combinatorische Thätigkeit der krankhaft geschäftigen Phantasie nach den verschiedensten Richtungen hin gleichzeitig entfaltet. Es handelt sich hier um eine von Hause aus abnorme psychische Verarbeitung der Lebensreize, welche auf allen Gebieten des Denkens und Fühlens ein absonderlich verschobenes Spiegelbild der Welt und eine eigenartige Reactionsweise des Individuums zu Stande bringt. Gerade hier kann deshalb noch weniger vielleicht, als bei den übrigen Formen der Verrücktheit von einer „partiellen“ Störung die Rede sein, sondern wir haben es einfach mit einer frühzeitig entstandenen, fast immer ererbten pathologischen Veranlagung der gesamten psychischen Persönlichkeit zu thun.

Sander hat daher zutreffend die hier zusammengefasste Gruppe von Krankheitsbildern mit dem Namen der „originären“ Verrücktheit belegt. Nicht als ob dieselbe sich in scharfer und strenger Weise nach allen Richtungen hin abgrenzen liesse; vielmehr muss es zwischen ihr und den übrigen, zumeist ja ebenfalls auf psychopathischem Boden erwachsenden Formen so viele Uebergänge geben, wie wir Zwischenstufen kennen zwischen schwerster hereditärer Belastung und den leichtesten Graden krankhafter Praedisposition. Nichtsdestoweniger vermag doch der bis in die Jugend zurückreichende Ursprung der Krankheit, welche schon früh die ganze Weltauffassung des Patienten

allseitig beeinflusst, dem klinischen Bilde ein so charakteristisches Gepräge zu verleihen, dass die Berechtigung zur Abtrennung dieser besonderen Form kaum zweifelhaft sein dürfte.

Nicht zu selten deutet sich die hereditäre pathologische Veranlagung der Kranken schon in allerlei körperlichen Symptomen an. In morphologischer Beziehung kommen hier namentlich jene Anomalien in Betracht, die wir schon früher als „*stigmata hereditatis*“ kennen gelernt haben, auffallende Schädelconfiguration, Entwicklungshemmungen, Missbildungen, in functioneller dagegen die Andeutungen eines leicht erregbaren Gehirns, Krämpfe in der Jugend, gelegentliche Ohnmachten, sehr früh sich regender, mangelnder oder pervers entwickelter Geschlechtstrieb u. Aehn.

Weit wichtiger aber sind die psychischen Eigenthümlichkeiten der Kranken, welche sich in der Regel bis in die Kindheit zurück verfolgen lassen. Häufig genug grenzen sich die Knaben schon in der Schule von ihren Altersgenossen durch Absonderlichkeiten der Auffassung, des Temperaments, des Charakters in bemerkenswerther Weise ab. Sie ziehen sich zurück von ihren Kameraden, beschäftigen sich viel mit sich selbst und haben oft die Neigung, ohne Auswahl grosse Mengen Lectüre zu verschlingen, oder sich träumend und grübelnd mit allerlei entlegenen oder hochfliegenden Gedankenkreisen zu unterhalten. Weil sie dabei meist ihre Pflichten regelmässig erfüllen und in ihrer stillen Eigenart der Erziehung keine grossen Schwierigkeiten bereiten, so gelten sie oft als Musterkinder, zumal ihre Begabung und vor Allem die Entwicklung ihrer Phantasie das Durchschnittsmass zum mindesten zu erreichen pflegt. Mathematische und exact naturwissenschaftliche Studien sind ebenso wenig ihre Stärke, wie der streng logische Aufbau und die Disposition ihrer Gedanken; das Gedächtniss dagegen ist oft gut entwickelt, und nicht selten beobachtet man eine gewisse poetische Begabung.

Wie weit der eigentlich pathologische Process in das Jugendleben zurückgreift, ist bei der überaus schleichenden Entwicklung der Krankheit schwer festzustellen; zumeist jedoch dürfte das Pubertätsalter mit seinen mächtigen Um-

wälzungen diejenige Periode sein, in welcher die ersten unklaren Ahnungen und Vermuthungen krankhafter Natur in dem Heranwachsenden auftauchen. Der Inhalt dieser anfangs schüchtern, dann mit immer grösserer Gewalt in dem Bewusstsein hervortretenden Ideen entwickelt sich fast immer schon von Anfang an nach zwei verschiedenen Richtungen hin. Der Kranke glaubt sich von seiner Umgebung zurückgesetzt; er fühlt, dass man ihn anders behandelt, wie andere Menschen und speciell wie seine Geschwister. Er steht ihnen gegenüber wie ein Fremder, nicht zu ihnen Gehöriger; sein Verhältniss zu ihnen ist ein kaltes, äusserliches, unnatürliches. Selbstverständlich verschliesst er diese Erkenntniss tief in sein Inneres. Es bemächtigt sich seiner eine Art Weltschmerz, in dem er sich von seinen Angehörigen und Freunden verkannt, betrogen, verrathen glaubt, und nun schiesst, vielleicht nach jahrelangem, unklarem Ringen, plötzlich in seiner Seele die siegreiche Ahnung hervor, dass er überhaupt nicht das rechte Kind seiner Eltern, sondern von viel höherer und herrlicherer Abstammung sei.

Den äusseren Anlass zur Entstehung dieser Wahnidee, welche sofort für ihn den Charakter unzweifelhafter Gewissheit erlangt, giebt oft eine ganz gleichgültige Begebenheit. Der Kranke merkt, dass seine Eltern im Nebenzimmer flüstern und ihn mit besonderem Ernste begrüessen; es wird in seiner Gegenwart „bedeutungsvoll“ der Name einer hochgestellten Persönlichkeit genannt; auf der Strasse, im Theater blickt ihn irgend eine vornehme Dame aussergewöhnlich freundlich an; beim Beschauen des Bildes eines Grafen oder Fürsten fällt ihm plötzlich eine überraschende Aehnlichkeit zwischen sich und Jenem auf, oder endlich es wird ihm ein Brief in die Hände gespielt, zwischen dessen Zeilen er das grosse Geheimniss ohne Mühe herausliest. Diese Entdeckung giebt nun alsbald den Kernpunkt ab, um den herum sich in staunenswerth typischer Entwicklung eine Reihe von anderen Vorstellungskreisen krystallisiren.

Zunächst blickt der Kranke rückwärts. Indem er die einzelnen Erfahrungen seiner Vergangenheit durchmustert, fällt es ihm wie Schuppen von den Augen, dass in den-

selben immer und immer wieder auf seine hohe Abstammung und den daraus sich herleitenden Beruf hingewiesen wurde. In rastlosem Grübeln weiss ihm seine einseitig beflügelte Phantasie nicht nur die thatsächlichen Vorkommnisse im Lichte seines Wahnes zu deuten, sondern es werden ohne Zweifel auch häufig von dem Kranken eine Masse nie erlebter Einzelheiten völlig frei erfunden und von ihm als wirkliche Reminiscenzen nachträglich in die Vergangenheit zurückverlegt.

Reicher noch, als bei der rückschauenden Betrachtung, fliesst die Quelle der Bestätigungen durch gegenwärtige Wahrnehmungen. Hat der Kranke schon von früher her das stille Bewusstsein in sich genährt, dass ihm von der Natur besondere Gaben des Geistes und Körpers verliehen worden seien, so hat er jetzt die Genugthuung, auf Schritt und Tritt zu erkennen, dass auch von seiner näheren und ferneren Umgebung die Ueberlegenheit seiner Person und seiner Stellung mehr oder weniger offen anerkannt wird. Man behandelt ihn, wohin er kommt, mit unverkennbarer Ehrerbietung; fremde Personen ziehen tief den Hut vor ihm; die königliche Familie sucht ihm möglichst oft zu begegnen; die Musik auf der Parade oder im Theater beginnt zu spielen, sobald er erscheint. In den Zeitungen, welche ihm vom Kellner vorgelegt werden, in den Büchern, die ihm der Buchhändler zuschickt, findet er mehr oder weniger verblühte Anspielungen auf sein Schicksal; die Schauspieler auf der Bühne, der Geistliche auf der Kanzel richten lange Sätze mit dem Hinweise auf seine hohe Abkunft direct an ihn, und die Vorübergehenden auf der Strasse begleiten ihn mit beifälligen und beziehungsreichen Bemerkungen. Fast bei allen diesen Wahrnehmungen handelt es sich, wie leicht verständlich, um die ungeheuerlich kritiklose und phantastische Interpretation wirklicher, aber völlig bedeutungsleerer Eindrücke; hier und da jedoch kommt es unzweifelhaft auch zu wirklichen Sinnestäuschungen.

Parallel mit diesem Ausbau der Grössenideen geht die Entwicklung einer anderen Vorstellungsreihe, welche jedoch mit jenen ersteren stets in einem gewissen inneren Zusammenhange bleibt. Im Anschlusse an die Erkenntniss

des unnatürlichen Benehmens, welches seine Pseudo-Eltern gegen ihn an den Tag gelegt haben, bemerkt der Kranke weiterhin, dass auch von anderer Seite her ein feindseliges Verhalten beobachtet wird. In den Speisen, welche ihm vorgesetzt werden, bemerkt er gelegentlich Gift; Schüsse werden auf ihn abgefeuert, oder man sucht ihn durch allerlei Verführungskünste moralisch und physisch zu verderben. Wie er durch die vorurtheilsvolle Deutung aller möglichen kleinen Erfahrungen mit Sicherheit feststellt, setzen seine Feinde, die sich ihm unter den mannigfaltigsten Verkleidungen nähern, Alles daran, um ihn, den zukünftigen Herrscher, auf die eine oder die andere Weise zu verderben. Auch hier scheinen nicht selten einzelne Hallucinationen, namentlich des Gehörs, aber auch auf anderen Sinnesgebieten, in die Ausbildung des Wahnsystems mit einzugreifen.

Natürlich triumphirt der Kranke, der sich überall der lebhaftesten Aufmerksamkeit seiner Umgebung ausgesetzt und in ein ausgedehntes Netz geheimnissvoller Beziehungen hineinverwickelt sieht, schliesslich regelmässig über die feindlichen Machinationen, deren Ausdehnung und Hartnäckigkeit ihm immer wieder neue Beweise für die hohe Wichtigkeit der eigenen Person an die Hand giebt. Nicht selten vermag er bei solchen Gelegenheiten das directe Eingreifen der Vorsehung in sein Lebensschicksal zu constatiren. Aus den Veränderungen des Wetters, dem eigenthümlichen Blinken der Sterne, aus dem Fluge der Vögel, aus der Kleidung der Menschen, die ihm begegnen, dem Papierfetzen, den er auf der Landstrasse findet, geht auf das Klarste hervor, dass Gott in ganz besonderer Weise seine Hand über ihm hält und ihm Zeichen für sein Handeln giebt, die er ohne Weiteres zu deuten versteht und auch mit freudiger Zuversicht auf das Gewissenhafteste befolgt.

Sehr gewöhnlich tritt nunmehr auch ein erotisches Moment in die Entwicklung des Wahnsystems ein, indem sich ganz in der oben bei der erotischen Verrücktheit geschilderten Weise ein mystisches Liebesverhältniss zu einer hochgestellten, nicht selten dem Kranken völlig unbekannten oder gar bereits verheiratheten Dame anspinnt, welche

regelmässig mit seinen hohen Zukunftsplänen in sehr nahem Zusammenhange steht.

Bis zu dieser Ausdehnung kann sich das Wahnsystem in vieljähriger combinatorischer Thätigkeit entwickeln, ohne dass irgend eine Person in der Umgebung des Kranken etwas von den krankhaften Vorgängen in dessen Innern ahnt. Allerdings fällt wol hier und da einmal eine räthselhafte Aeusserung, ein excentrisches Benehmen oder eine unbegreifliche Handlung desselben auf, aber man pflegt diese Dinge den berechtigten Eigenthümlichkeiten oder einfachen Charakterfehlern des Kranken zuzuschreiben, ohne die tiefere Bedeutung derselben zu durchschauen. Die Entdeckung der Krankheit geschieht zumeist erst dann, wenn der Patient nach den langen Prüfungs- und Vorbereitungs-jahren den Augenblick für gekommen erachtet, die still gereiften Pläne zur Verwirklichung zu bringen. Er beginnt nun, sich seinen vermeintlichen hohen Eltern, seiner erlauchten Braut zu nähern, anfangs vielleicht auf allerlei Umwegen, indem er an ihrem Hause vorübergeht, Fremden gegenüber geheimnissvolle Andeutungen fallen lässt, von denen er überzeugt ist, dass sie richtig verstanden und an die bestimmte Adresse befördert werden. Endlich schreibt er einen Brief und, da derselbe erfolglos bleibt, einen zweiten und dritten, oder er macht den Versuch, persönlich zu den in sein Wahnsystem verflochtenen Personen vorzudringen. Diese und ähnliche Schritte geben in der Regel den Anlass zu seiner Verbringung in die Anstalt.

Anfangs über einen derartigen Misserfolg in hohem Grade enttäuscht und entrüstet, erkennt der Kranke bald genug, dass diese Massregel nichts, als ein nothwendiges Glied in der Kette der Prüfungen ist, welche er bestehen muss, um am Ende zu seinem hohen Ziele zu gelangen. Ja, bei genauerem Nachdenken ergiebt sich ihm klar, dass schon in seiner Vergangenheit vielfache Hinweise auf dieses Fegefeuer der Irrenanstalt enthalten waren. Weit entfernt daher von Muthlosigkeit und Verzweiflung, schöpft der Kranke aus dem pünktlichen Eintreffen alles dessen, was das Schicksal vorher mit ihm bestimmt hatte, neue Hoffnung auf die Erreichung auch seiner letzten und höchsten Ziele. Eine

besondere Bestätigung findet diese seine Auffassung nicht selten in der alsbald von ihm gemachten Wahrnehmung, dass auch in der Anstalt die geheimnissvollen Andeutungen über seine glänzende Zukunft nicht ausbleiben. Es kann ihm nicht entgehen, dass die Aerzte ihn nur „auf höheren Befehl“ zurückhalten und gar nicht daran denken, ihn wirklich für krank anzusehen. Auch seine Mitpatienten sind nichts weniger als krank, sondern zum Theil unter Pseudonymen verborgene, sehr hochgestellte Persönlichkeiten, die man zu seiner Gesellschaft, um ihn zu prüfen und kennen zu lernen, mit in die Anstalt versetzt hat.

Der weitere Verlauf der Erkrankung ist in der Regel ein sehr langsamer, bisweilen viele Jahre hindurch fast stationärer. Hier und da schieben sich auch wol kürzere Stadien ekstatischer Verzückung, lebhaft expansiver Stimmung mit ungeheuerlich phantastischer Production neuer Wahnideen oder auch ängstlicher Erregung mit Vergiftungsfurcht und selbst Nahrungsverweigerung ein; im Ganzen aber pflegt die Psychose fast mehr das Bild eines krankhaften Zustandes als eines krankhaften Processes darzubieten, wenn auch bei sehr langer Dauer eine allmähliche Zunahme der psychischen Schwäche sich kaum wird verkennen lassen.

Es muss indessen darauf hingewiesen werden, dass es auch eine offenbar der vorstehend beschriebenen sonst in vieler Beziehung nahe stehende Krankheitsform giebt, welche im Gegensatze zu jener einen rasch progressiven Charakter darbietet. Auch hier reicht die Psychose bis in die Jugend zurück, aber ihre Entwicklung ist gewöhnlich mit lebhaften Aufregungszuständen, bald mehr expansiver, bald mehr zornig gereizter oder ängstlich deprimirter Färbung verknüpft. Häufig treten neben üppig wuchernden phantastischen Combinationen auch Sinnestäuschungen sehr entwickelter Art hervor. Die Kranken hören die Thiere und Bäume reden; sie können die Gedanken der Menschen lesen; sie sehen am hellen Tage romantische Bilder und Scenen vor Augen, Riesengestalten, Ritter in blanken Rüstungen, schwarze Männer, abgehauene Köpfe, und sie gerathen auf diese Weise in eine Märchenwelt voll der abenteuerlichsten

Ereignisse und Situationen, ohne Phantasie und Wirklichkeit noch von einander trennen zu können.

Auf diesem überaus günstigen Boden entwickelt sich im Laufe der Jahre allmählich ein Wahnsystem, welches völlig aus dem Bereiche des überhaupt Möglichen hinausragt und daher sehr bald seinen inneren Zusammenhang verliert. Der Kranke ist gar nicht auf natürliche Weise entstanden, sondern aus einem mystischen Schöpfungsprocesse hervorgegangen; er ist Dichter, Philosoph, Feldherr, Entdecker in einer Person, Universalgenie, die Perle, der Inbegriff des Weltalls; er weiss Alles, kann Alles, gebietet über Alles. Seine Lebenszeit dehnt sich nach Vergangenheit und Zukunft ins Ungeheure aus; er hat immer gelebt, Alles geschaffen, erhält Alles und wird ewig sein. Die fabelhaftesten Dinge hat er erlebt, alle historischen Begebenheiten geleitet, alle Kriege geführt; er war selber Alexander und Cäsar, Christus und Luther, Goethe und Humboldt. Noch jetzt unternimmt er allnächtlich die wunderbarsten Reisen über die ganze Erde, ja durch das Weltall, hat grossartige Besitzungen auf der Sonne, in den Sternen, herrliche Schlösser in fremden Welttheilen mit selbsterfundenen wunderbaren Namen, wo er von Geistern und Dämonen bedient wird.

Entsprechend diesem ungeheuerlichen und geradezu an die Dementia paralytica erinnernden Grössenwahn gestalten sich auch die Verfolgungsideen. Entsetzliche Kämpfe hat der Kranke schon mit feindlichen Mächten zu bestehen gehabt von Anbeginn der Welt; 2000 mal ist er vergiftet worden; unzählige Geschosse haben seinen Leib durchbohrt. Seine Glieder sind ihm abgehauen, der Kopf vom Rumpfe getrennt worden; der ganze Leib wurde eingeschmolzen, die Genitalien verstümmelt, aber wie der Phönix aus der Asche hat sich der Kranke aus allen diesen Unfällen triumphirend wieder erhoben, seinen Körper selbst neu aus unzerstörbarem Stoffe wieder hergestellt und seine Widersacher zerschmettert. Allerdings hat er noch immerfort durch alle erdenklichen phantastischen Machinationen derselben zu leiden.

Die rasche Entwicklung dieser Psychose macht es be-

greiflich, dass wir den geschilderten luxuriirenden Wahnsystemen nicht selten schon bei verhältnissmässig sehr jugendlichen Individuen, innerhalb der zwanziger Jahre, begegnen. Das ganze Krankheitsbild hat entschiedene Analogien mit dem ebenfalls auf psychopathischer Basis und in jugendlichem Alter sich ausbildenden physikalischen Verfolgungswahn. Indessen treten hier die expansiven Ideen durchaus dominirend in den Vordergrund; die Feindseligkeiten der imaginären Widersacher dienen dem Kranken gewissermassen nur als Relief für seine eigene siegreiche Grösse, während ihn dort der Verfolgungswahn fast völlig in Anspruch nimmt, so dass sich die Grössenideen meist nur dürftig, oft genug überhaupt gar nicht daneben entwickeln können. Gegenüber der Paralyse ist zunächst auf die charakteristische Verbindung der expansiven und depressiven Wahnelemente, auf das jugendlichere Alter der hereditär belasteten Kranken, namentlich aber auf den Mangel nervöser Störungen und das relativ langsame Fortschreiten des Krankheitsprocesses aufmerksam zu machen.

Werfen wir nunmehr einen Blick zurück auf die lange Reihe der Krankheitsbilder, welche wir unter dem Namen der Verrücktheit zusammengefasst haben, so sehen wir, dass die klinische Entwicklung der Krankheit sich wesentlich auf psychologischem Gebiete vollzieht. Es thut dem Kranken nicht nur „nichts weh“, wie er oft als Argument seiner völligen Gesundheit dem Arzte entgegenhält, sondern auch die einzelnen Functionen des Körpers, der Schlaf, der Appetit, die Circulation, die Athmung, die Ernährung, werden in der Regel kaum durch die Psychose in Mitleidenschaft gezogen. Als Grund dieses Verhaltens können wir wesentlich den im Ganzen überaus chronischen und gleichförmigen Verlauf der Verrücktheit ansehen. Allerdings wird derselbe nicht gerade selten durch mannigfache Schwankungen zum Besseren und zum Schlechteren unterbrochen. Mit oder ohne äusseren Anlass treten die Sinnestäuschungen episodisch in grösserer Heftigkeit hervor, oder die phantastischen Combinationen nehmen das gesammte Denken der Kranken dermassen in Anspruch, dass es zur Entwicklung von Affectzuständen kommt, welche jedesmal einen erheblichen Fort-

schritt in der krankhaften Verfälschung des Bewusstseinsinhaltes zu bezeichnen pflegen. In diesen Exacerbationen der Krankheit fehlen dann auch die körperlichen Begleiterscheinungen rascher Schwankungen des psychischen Gleichgewichtes nicht (Beschleunigung des Kreislaufes und der Athmung, sinkende Ernährung). Mit dem Zurücktreten der Affecte stellt sich zwar eine gewisse Besserung dadurch heraus, dass der Kranke manche der acut aufgetretenen Wahnideen corrigirt, andere wenigstens seltener äussert und in seinem Handeln besonnener wird. Im Beginne der Erkrankung hat man sogar bisweilen weitgehende Remissionen mit ziemlich vollständiger Krankheitseinsicht zu verzeichnen, allein kleine Eigenthümlichkeiten im Benehmen des Kranken und sein Festhalten an einzelnen, nur scheinbar nebensächlichen Punkten des Wahnes, sowie eine gewisse Zurückhaltung bei der Besprechung der krankhaften Ideen weisen hier den aufmerksamen Beobachter gewöhnlich bald auf die Unvollständigkeit der Genesung und die Wahrscheinlichkeit einer baldigen Rückkehr der in den Hintergrund getretenen Symptome hin. Noch weniger wird man sich durch jene simulirten Besserungen täuschen lassen, in denen der Kranke seine Wahnideen ableugnet, um dadurch die Anerkennung seiner Gesundheit oder die Entlassung aus der Anstalt zu erreichen.

Die Prognose der Verrücktheit gestaltet sich mit den wenigen schon von uns angedeuteten Ausnahmen absolut ungünstig. Die Krankheit ist hier eine constitutionelle, tief in der ganzen Persönlichkeit des Individuums begründete und darum einer dauernden, völligen Ausgleichung nicht fähig. Der Ausgang der Krankheit ist regelmässig ein mehr oder weniger hoher Grad des Schwachsinn. In der Mehrzahl der Fälle, namentlich bei den sehr phantastisch ausgebildeten Formen, liegt die zunehmende Widersinnigkeit und Zusammenhangslosigkeit des Wahnsystems bis zum völligen Zerfall desselben klar am Tage. Selbst dort aber, wo der Inhalt der Wahnideen nicht jene üppige Fortentwicklung erkennen lässt, wie namentlich bei den mit einfachen Gehörshallucinationen einhergehenden Formen, verliert der Wahn doch nach und nach seine frühere gewaltige

Wirkung auf Affecte und Handlungen; der Kranke spricht von ihm wie von anderen, gleichgültigen Dingen und beschäftigt sich nicht mehr mit seinem weiteren Ausbau. Allerdings werden die höchsten Grade der Verblödung in den Endstadien der Verrücktheit gewöhnlich nicht erreicht, weil das Gedächtniss dem geistigen Leben noch ein gewisses Material aus dem Erwerbe der Vergangenheit aufbewahrt. Die Stimmung wird gleichmässiger, apathischer; die frühere Reizbarkeit, aber auch die Regsamkeit des Interesses verliert sich. Der Kranke zieht nicht mehr die Consequenzen aus seinen krankhaften Ideen, sondern fügt sich ohne Schwierigkeit in seine Umgebung. Der „rex totius mundi“ beschäftigt sich mit Gartenarbeit, der „Herrgott“ mit Holztragen, die „Braut Christi“ mit Nähen und Flickern. Bemerkenswerth ist es, dass sich diese völlige Beruhigung weit weniger schnell und durchgreifend bei den Kranken mit Verfolgungsideen zu vollziehen pflegt. Die Unlustgefühle wirken ja viel mächtiger und andauernder auf unseren Willen, als die Lustgefühle, und so sehen wir bei den vermeintlich Verfolgten und Gepeinigten nicht nur die ängstliche oder zornige Verstimmung sich auffallend lange in grösserer Intensität erhalten, sondern wir sehen es bei ihnen auch noch in sehr späten Stadien der Krankheit gelegentlich zu unvermutheten heftigen Affectausbrüchen kommen, wie sie bei den Göttern und Fürsten der Irrenanstalt fast niemals mehr beobachtet werden.

Eine eigentliche pathologische Anatomie der Verrücktheit giebt es noch nicht. Der so oft im Vorhergehenden betonte constitutionelle Charakter der Krankheit macht es in hohem Grade unwahrscheinlich, dass wir hier etwa an bestimmt localisirte pathologische Processe, und dass wir an gröbere anatomische Veränderungen zu denken hätten. Vielmehr werden wir ausgedehnte functionelle Störungen im gesammten Centralorgane unseres Bewusstseins, allerdings vorzugsweise in denjenigen Organen voraussetzen haben, welche der Aufnahme und der Verarbeitung von Erfahrungsmaterial dienen. Mit der Meynert'schen Hypothese einer Hyperaemie der corticalen oder subcorticalen Centren als Entstehungsursache resp. der Wahnideen oder der Sinnes-

täuschungen ist für die Erklärung des Krankheitsvorganges nur allzu wenig gewonnen. In den späteren Stadien der Verrücktheit lassen sich die Spuren atrophischer Processe im Gehirn nachweisen; gerade diese Verhältnisse verdienten eingehendere Untersuchung an der Hand der uns zu Gebote stehenden neueren Methoden.

Die Erkennung der Verrücktheit bietet, wenn man den ganzen Verlauf der Krankheit vor Augen hat, keine irgend in Betracht kommenden Schwierigkeiten dar. Anders freilich liegt die Sache, wenn es sich darum handelt, schon im Beginne der Krankheit eine zuverlässige Diagnose zu stellen. Das wichtigste Kriterium bietet hier immer die schleichende Entwicklung der Krankheit ohne besonderen äusseren Anlass und das starke Hervortreten von intellectuellen Störungen oder Sinnestäuschungen beim Mangel durchgreifender Stimmungsanomalien. Die Berücksichtigung dieser Punkte wird namentlich vor der Verwechselung mit gewissen Formen des Wahnsinns schützen. Beim depressiven Wahnsinn ist es der lebhafte Affect, beim exaltirten der rasche Verlauf der Krankheit, welcher besondere Beachtung verdient. Von dem chronischen hallucinatorischen Wahnsinn unterscheiden sich die hallucinatorischen Formen der Verrücktheit durch die grössere Besonnenheit und den gleichmässigeren, meist ganz stereotypen Charakter der Sinnestäuschungen.

Die Behandlung der Verrücktheit hat der Natur der Sache nach nur einen geringen Spielraum; sie ist wesentlich eine symptomatische und expectative. Ihr wichtigstes Hilfsmittel ist die Aufnahme in die Irrenanstalt, welche zur Sicherung der Kranken selbst, wie ihrer Umgebung, immer dann unbedingt nothwendig wird, wenn Aufregungszustände hervortreten, namentlich solche ängstlichen und zornigen Charakters, da Verrückte unter Umständen zu den allergefährlichsten Geisteskranken gehören. Durch Ruhe, unermüdlich freundliche, geduldige und namentlich offene Behandlung, sowie durch passende Ablenkung und Beschäftigung gelingt es hier meist, die acuten Erscheinungen bald zum Schwinden zu bringen. Häufig droht indessen die anfänglich günstige Wirkung der Anstaltsbehandlung im

weiteren Verlaufe in das Gegentheil umzuschlagen. Der ruhiger gewordene Kranke fordert seine Entlassung, wird ungeduldig, gereizt, gewaltthätig und durch die vermeintlich unrechtmässige Freiheitsentziehung immer tiefer in seine Verfolgungsideen hineingedrängt. Sehr gewöhnlich entspinnt sich nun ein bisweilen höchst erbitterter, fortwährender Kampf mit dem ärztlichen Personale, der besten Falles nach jahrelanger Dauer durch die allmähliche Verblödung des Kranken beendet wird, welche die Behandlung desselben erleichtert, wenn er auch immerhin oft noch zu zornigen Gewaltthaten geneigt und gefährlich genug bleibt.

Auf der andern Seite sieht man oft Verrückte in ihrer gewohnten Umgebung selbst Jahrzehnte lang eine leidlich gute Haltung bei mässigem Schwachsinn bewahren, ein sicherer Beweiss, dass, abgesehen von den acuten Aufregungszuständen, auf den Kranken selbst die Freiheit viel günstiger wirkt, als die Einschliessung in der Anstalt. Leider sind indessen die Gefahren und Unzuträglichkeiten dieser Freiheit für die Umgebung vielfach so grosse, dass sie trotzdem nicht gewährt werden kann. Für solche Fälle sind die Irrencolonien mit ihrer mannigfaltigen Beschäftigung und der freieren Behandlungsmethode ein kaum genug zu schätzender Segen. Ruhige, ungefährliche chronisch Verrückte jedoch passen, wo die Verhältnisse einigermaßen günstig sind und eine gewisse Ueberwachung gestatten, im Ganzen besser für die häusliche Verpflegung, in der sie sich erfahrungsgemäss wohler befinden und besser conserviren, als in der Anstalt.

Die Wahnideen der Kranken sollen weder bestätigt, noch auch zu eifrig dialektisch bekämpft werden. Es genügt, dieselben stets mit Ruhe als krankhaft zu bezeichnen und gelegentlich auf die Widersprüche derselben mit der gesunden Erfahrung hinzuweisen. Weit wichtiger ist die Ablenkung der Aufmerksamkeit durch fernliegende Gespräche, Geselligkeit, Spiel, Anregung gesunder Interessen durch Lectüre und Beschäftigung im Sinne des früheren Lebensberufes. So können Verrückte, wenn auch nicht gesund, so doch vielfach recht brauchbare und auch zufriedene Mitglieder des Anstaltsorganismus werden. Be-

schäftigungslosigkeit, längere Isolirung begünstigt die Ausbildung der Wahnideen und der Verblödung. Die Sinnes-täuschungen sind keiner besonderen Behandlung zugänglich; die Elektrotherapie des Acusticus leistet dagegen in der Regel nichts. Von sonstigen Symptomen fordert namentlich die Masturbation und die bisweilen äusserst hartnäckige Nahrungsverweigerung zum Einschreiten auf; erstere wird mit Bromkalium, Hydrotherapie, Galvanisation des Rückenmarkes und durch gute Ueberwachung bekämpft, letztere kann in einzelnen Fällen zu Sondenfütterung zwingen.

VIII. Die allgemeinen Neurosen.

Die gemeinsame Eigenthümlichkeit aller derjenigen Psychosen, welche sich auf der Grundlage einer allgemeinen Neurose entwickeln, ist ihre Verbindung mit functionellen nervösen Störungen. In der Regel ist die in der Neurose sich kundgebende Disposition des Nervensystems eine angeborene oder doch verhältnissmässig früh erworbene; seltener wird sie durch von aussen an das Individuum herantretende Ursachen erst erzeugt. Die Art und Ausdehnung der psychischen Störungen steht in naher Abhängigkeit von dem Charakter der zu Grunde liegenden Neurose, so dass wir ein neurasthenisches, ein hysterisches und ein epileptisches (vielleicht auch ein choreatisches) Irresein klinisch von einander abtrennen können.

A. Das neurasthenische Irresein.

Den Grundzug der Neurasthenie bildet die reizbare Schwäche des Nervensystems, Erhöhung der Erregbarkeit und zugleich leichtere Ermüdbarkeit desselben. Als das normale Paradigma der Neurasthenie können wir das erste Stadium der nervösen Ermüdung betrachten, welches ja ebenfalls mit einer erhöhten Reizbarkeit einherzugehen pflegt. Bei längerer Dauer dieses Zustandes nimmt zunächst die Fähigkeit einer constanten Anspannung der Aufmerksamkeit ab; der Kranke vermag nicht einen und denselben Gegenstand längere Zeit hindurch zu verfolgen, sondern er wird leicht durch irgend welche zufälligen Eindrücke von seiner Beschäftigung abgezogen. Indem sich gleichzeitig

eine allmählich immer stärker anwachsende Unlust zu geistiger Thätigkeit überhaupt einstellt, verliert er das Interesse an der gewohnten Beschäftigung; er wird zerstreut, vergesslich, namentlich in Bezug auf Namen und Zahlen, und vermag nur noch mit ganz unverhältnissmässiger Anstrengung die Aufgaben zu absolviren, welche ihm bis dahin nicht die geringste Schwierigkeit verursachten.

Unter dem Drucke dieser Veränderungen, des immer deutlicher hervortretenden Gefühls der mangelnden Leistungsfähigkeit, pflegt sehr bald die allgemeine Stimmung in erheblichem Masse zu leiden. Der Kranke wird missmuthig, verdriesslich, reizbar, heftig und ungerecht; er verliert die Freude an seinen liebsten Vergnügungen; er fühlt sich unbehaglich und unbefriedigt von seinem Berufe und seinen Lebensverhältnissen. Lächerlich kleine Anlässe, eine Unart seiner Kinder, kleine geschäftliche Unannehmlichkeiten, die ihn in gesunden Tagen unberührt gelassen hätten, vermögen ihm für Stunden und Tage die Laune zu verderben und ihn zu Reactionen hinzureissen, die er später selber bedauert. Dabei besteht fast immer eine durchaus klare Krankheitseinsicht. Der Kranke empfindet die Veränderung, welche sich mit ihm vollzogen hat, und wenn er auch, namentlich in Augenblicken missmuthiger Erregung, alle möglichen äusseren Umstände dafür verantwortlich macht, so ist er doch darüber vollständig klar, dass sein Zustand als ein pathologischer betrachtet werden müsse.

Es kann ihm dies um so weniger entgehen, als sich stets eine Reihe von körperlichen Symptomen einstellt, welche ihn jederzeit in unangenehmer Weise an die somatische Grundlage seines Zustandes erinnern. Zunächst und am intensivsten wird vor Allem der Kopf in Mitleidenenschaft gezogen. Am häufigsten ist es das Gefühl eines dumpfen, allgemeinen Druckes, welches dem Kranken die Arbeitsfreudigkeit raubt und in der Regel bei irgend einer Anstrengung sich rasch bis zum Unerträglichen steigert. Die Localisation dieser Empfindung ist eine verschiedene. Am meisten scheint dabei die Stirngegend betheiligt zu sein, ferner die Scheitelhöhe, seltener der Hinterkopf; bisweilen haben die Kranken das Gefühl eines festen Reifens,

der sich rings um den Kopf spannt, oder des Zusammenpressens von beiden Seiten her. In anderen Fällen sind es wirkliche Schmerzen, über welche die Kranken zu klagen haben, bisweilen halbseitiger (Migräne), häufiger doppelseitiger Natur. Namentlich die Augengegend und das Hinterhaupt sind der Lieblingssitz solcher schmerzhaften Sensationen; regelmässig erweisen sich hier die Austrittsstellen der Trigeminiäste und des Occipitalis major als auf Druck empfindlich. Nicht selten wird von den Kranken auch das Auftreten leichter, rasch vorübergehender Schwindelanfälle berichtet. In den Augen stellen sich bei geringen Anstrengungen lebhafte Schmerzen, Verschwimmen der Eindrücke und *mouches volantes* ein (neurasthenische Asthenopie).

Aber auch im Bereiche des übrigen Körpers machen sich eine Reihe von nervösen Störungen bemerkbar. Sehr häufig ist das Gefühl allgemeiner körperlicher Schwäche und Hinfälligkeit vorhanden; der Kranke fühlt sich ermüdet und angestrengt, wenn er einen kurzen Spaziergang gemacht, ein Schwimmbad genommen hat oder einige Treppen gestiegen ist. Eine wirkliche Abnahme der Muskelkraft lässt sich jedoch dabei gewöhnlich nicht nachweisen; vielmehr scheint es der Mangel an Energie zu sein, welcher den Kranken schon bei geringen Leistungen zu sehr bedeutenden Anstrengungen zwingt und ihn daher verhältnissmässig leicht ermüdet. Bisweilen werden leichte Zuckungen in einzelnen Muskeln, besonders des Gesichts, von dem Kranken wahrgenommen, die ihn sehr beunruhigen; auch über sehr erschwertes Sprechen, leichtes Stottern wird geklagt, namentlich in grösserer Gesellschaft oder bei besonderer Gelegenheit. Bei der Untersuchung pflegt der motorische Apparat keinerlei wesentliche Störungen aufzuweisen; nur starke fibrilläre Zuckungen in der Zunge sieht man sehr häufig. Auf sensorischem Gebiete finden sich zahlreiche Anomalien in Form von schmerzhaften und unangenehmen Empfindungen mannigfachster Art und Localisation. Längs der Wirbelsäule werden rieselnde, schauernde, ziehende Paraesthesien wahrgenommen; in den Beinen und Armen stellen sich ausstrahlende oder zuckende Schmerzen,

das Gefühl von Brennen, Jucken, Ameisenkriechen, Pelzigwerden, Vertauben ein. Objectiv sind Sensibilitätsstörungen meist nicht nachzuweisen; die Reflexe erscheinen oft etwas erhöht.

Seitens der Circulationsorgane sind es namentlich das Herzklopfen, bisweilen auch noch andersartige, nagende oder brennende Empfindungen am Herzen, welche den Kranken ängstigen. Nicht selten macht sich ihm auch das Gefühl des Klopfens und Pulsirens im Kopfe und anderen Theilen des Körpers, fliegende Hitze, leichtes Erröthen, abnorme Trockenheit oder übermässige Schweisssecretion unangenehm bemerkbar. Der Appetit ist meist gering, der Leib aufgetrieben, die Zunge belegt, der Stuhlgang träge und nur durch medicamentöse oder mechanische Nachhilfe zu erreichen. Bei leerem Magen stellen sich peinliche, nagende Empfindungen ein, die durch Essen sich rasch beseitigen lassen. Der Schlaf ist fast immer schlecht; die Kranken liegen sehr lange wach, bevor sie einschlafen, oder wachen unter plötzlichem Zusammenschrecken bald wieder auf. Sie träumen viel und lebhaft und sind am Morgen nicht erquickt, sondern unsäglich müde und abgespannt. Erst im Laufe des Tages pflegt sich dann wenigstens ein Theil ihrer früheren Regsamkeit wieder herzustellen. In anderen Fällen besteht dauernd eine unüberwindliche Schläfrigkeit, die den Kranken bei der geringsten Anstrengung, selbst in grosser Gesellschaft, im Theater, zum Einschlafen bringt.

Auf dieser neurasthenischen Grundlage können sich weiterhin eine Reihe von Seelenzuständen entwickeln, deren gemeinsame Eigenthümlichkeit in der zwangsweisen Ueberwältigung der ohnmächtigen psychischen Persönlichkeit durch unwiderstehlich sich ihr aufdrängende Vorstellungen, Gefühle und Impulse*) besteht. Das Individuum hat die Herrschaft über seinen Bewusstseinsinhalt bis zu einem gewissen Grade verloren; es ist nicht mehr im Stande, den Verlauf seiner Vorstellungen nach inneren Motiven zu dirigiren und unangenehme Gefühle

*) Westphal, Archiv f. Psychiatrie. VIII, p. 737.

oder Antriebe im Entstehen zu unterdrücken. Regelmässig ist dabei volle Besonnenheit und Einsicht in die Störung, sowie ein bisweilen äusserst peinliches Gefühl jenes Zwanges und jener Unfähigkeit vorhanden. Aehnliches begegnet uns ja nicht selten vorübergehend, wenn wir in Zuständen nervöser Ueberreiztheit, besonders beim Einschlafen, trotz angestrengtester Bemühungen die immer von Neuem auftauchenden Gedankenreihen nicht niederzukämpfen vermögen, sondern unter lebhaftestem Unbehagen über ganz gleichgültige, müssige Dinge nachdenken, uns irgend welche unwirklichen Situationen ausmalen müssen u. s. f.

Die einfachsten Formen dieser Störung sind jene, in denen bestimmte Vorstellungen in unablässiger Wiederkehr sich dem Kranken aufdrängen und auf diese Weise die freie Beweglichkeit seines Ideenverlaufes beeinträchtigen. Bisweilen sind diese „Zwangsvorstellungen“ an sich ganz gleichgültigen oder wenigstens nicht direct irritirenden Inhaltes; nur in der häufigen Wiederholung liegt das Peinigende des Vorganges. Ich kannte einen Arzt, dem sich bei jeder Gelegenheit die Vorstellung eines Abtrittes in quälendster Weise aufdrängte. Eine andere derartige Kranke musste sich unablässig auf die Namen ihr völlig fernstehender Personen besinnen und beschrieb die ganzen Wände der Abtheilung mit diesen Namen, um sie in ihrer Noth jederzeit leicht wiederfinden zu können.

In einer weiteren Reihe von Fällen ist nicht der specielle Inhalt, sondern nur die allgemeine Richtung des Gedankenganges durch den krankhaften Zwang beeinflusst. Es tauchen bei beliebigem Anlasse, bisweilen in förmlichen „Anfällen“, massenhafte, zwecklose, unlösbare, ja gänzlich alberne Fragen im Bewusstsein des Patienten auf, die derselbe vergeblich zu unterdrücken sich bemüht. Der Inhalt dieser Fragen nimmt nicht selten eine allgemeine, metaphysische Richtung und beschäftigt sich namentlich gern mit der Entstehung und Entwicklung der Dinge („Schöpfungsfragen“), indem sich auf associativem Wege immer eine ganze Kette derselben aneinander knüpft: Was ist Gott? Wie ist er? Woher ist er gekommen? Giebt es überhaupt einen Gott? Wie ist die Welt, der Mensch

entstanden? u. s. f. Bisweilen sind es auch irgend welche Gegenstände der zufälligen Umgebung, auf die der Blick gerade fällt, welche den Anknüpfungspunkt für die Zwangsfragen abgeben: Warum steht dieser Stuhl so und nicht so? Warum nennt man ihn gerade Stuhl? Warum hat er vier Beine, nicht mehr, nicht weniger? Warum ist er braun, warum nicht höher, nicht niedriger? Man bezeichnet diese Form der Störung gewöhnlich mit dem Namen der Grübelsucht.*) Sie erinnert in vieler Beziehung an die bekannte Erfahrung grosser Rechenkünstler (Dahse), die ebenfalls zwangsmässig alle ihnen aufstossenden Gegenstände, die Worte eines Trauerspiels, die Buchstaben eines gehörten Gedichtes zählen, mit allen ihnen vorkommenden Zahlen umfangreiche Rechnungen ausführen mussten, ohne sich davon losmachen zu können.

Weit quälender wird natürlich die Störung, sobald der Inhalt der Zwangsvorstellungen ein sehr unangenehmer ist oder wenn dieselben den Charakter von Befürchtungen unter Begleitung lebhafter Unlustgefühle annehmen. So kommt es vor, dass derartige Kranke von der als völlig absurd erkannten Idee verfolgt werden, sie seien an irgend einem Unglück, einem Todesfalle, ja einer Missernte Schuld, sie hätten irgend ein Verbrechen begangen, könnten von ihrer Umgebung für einen Dieb gehalten, von einem Betrunkenen belästigt werden u. s. f. Man sieht leicht, wie diese Zustände sich nur noch durch das Bestehen der Krankheitseinsicht von gewissen melancholischen Erkrankungen unterscheiden; in der That beginnen jene Psychosen häufig genug mit einem Initialstadium, in dem die psychische Persönlichkeit noch gegen die andringenden krankhaften Ideen ankämpft, bis sie von denselben weiterhin vollständig überwältigt wird.

Die zwangsmässigen Befürchtungen können den gesamten Kreislauf der Tagesbeschäftigungen fast unablässig begleiten. Der vielleicht schon von jeher etwas pedantische Kranke wird von der Besorgniss gequält, dass er eine

*) Griesinger, Archiv f. Psychiatrie I, p. 626; Berger, ibid. VI, p. 217.

Thür nicht gehörig geschlossen, einen abgesandten Brief nicht zugeklebt, dass er ihn verwechselt, dass er sich beim Geldzählen geirrt habe, dass irgendwo ein Licht nicht ganz verlöscht worden sei u. s. f. Aus diesen immer wieder aufsteigenden Zwangsbefürchtungen entwickelt sich mit Nothwendigkeit eine wachsende Peinlichkeit in allen jenen kleinen Verrichtungen, die dem Kranken doch keine wirkliche Beruhigung verschafft. Beim Schliessen jedes Schlosses versichert er sich wiederholt, dass dasselbe wirklich zugesperrt ist, reisst das Couvert wieder auf, um zu sehen, ob der richtige Brief hineingelegt, ob nicht Unterschrift oder Datum vergessen wurde, zählt jede Summe zehn, zwanzig Mal, bevor er sie abgiebt.

Analoge Besorgnisse sind diejenigen, sich zu verunreinigen, sich oder Andere zu vergiften, Nadeln zu verschlucken. Der Kranke kommt dadurch zu häufigen, schliesslich seine ganze Zeit einnehmenden Waschungen, da er sich überall zu beschmutzen glaubt; er fürchtet sich, Messing oder Kupfer wegen der Gefahr der Grünspanvergiftung zu berühren, kann nichts zu sich nehmen, ohne immerfort auf Nadeln und Glasscherben zu untersuchen, die er etwa mit verschlucken, in seinen Kleidern verschleppen könne. Auf diese Weise kann das ursprüngliche Bild der „Zweifelsucht“ (*folie du doute*) sich mit demjenigen der „Berührungsfurcht“ (*délire du toucher*) vergesellschaften.

Bei weitem am häufigsten aber tragen die dem Kranken sich aufdrängenden Befürchtungen einen hypochondrischen Charakter. Die Entwicklung des Krankheitsbildes versetzt den Patienten in ernste Besorgniss. Es bemächtigt sich seiner die bange Befürchtung, dass er im Beginne eines schweren, verhängnissvollen Leidens stehe, und dem befangenen Blicke bieten sich auch Anhaltspunkte genug zur Begründung dieser Anschauung dar. Auf diese Weise entwickelt sich nunmehr regelmässig jene Störung, welche man früher als leichteste Form psychischer Erkrankung mit dem Namen der Hypochondrie bezeichnete, während man sie jetzt als eine Theilerscheinung des neurasthenischen Irreseins kennen gelernt hat. Je nach dem Bildungsgange und der

Anschauung des Kranken gestaltet sich natürlich diese hypochondrische Verstimmung verschieden. Meist ist es diejenige Krankheit, welche dem Patienten am geläufigsten ist und am schrecklichsten vorschwebt, deren Symptome er an sich zu entdecken glaubt. Ein chronischer Rachenkatarrh mit starkem Auswurf erscheint ihm als die beginnende Schwindsucht; einige Acneknötchen signalisiren ihm den Ausbruch der Syphilis, der Bodensatz im Nachtgeschirr eine schwere Nierenerkrankung, das Herzklopfen beim Treppensteigen und das Pulsiren ein Vitium cordis. Die Vergesslichkeit bedeutet dem Mediciner das Herannahen der Paralyse, der Kopfdruck den Hirntumor, die Paraesthesien in den Beinen die Tabes.

In der Regel werden diese Ideen, anfangs wenigstens, von dem Kranken als unsinnig zurückgewiesen, aber gerade hier, wo es sich direct um das eigene Wohl und Wehe handelt, geht am leichtesten der kritische Widerstand gegenüber dem krankhaften Zwange verloren. Die hypochondrischen Vorstellungen können daher nicht selten die Macht förmlicher Wahnideen gewinnen und den Kranken in eine hoffnungslose, verzweiflungsvolle Stimmung versetzen, in der er sein Testament macht und sein Lebensglück für unwiederbringlich verloren hält.

Auf ganz ähnliche Weise, wie die Vorstellungen den Gedankengang, können Gefühle zwangsmässig den Stimmungshintergrund des Individuums beeinflussen. Jene unmotivirten, wechselnden Verstimmungen der Neurastheniker, wie sie ganz allmählich in die Breite des Normalen übergehen, sind dafür treffende Beispiele, ja wir haben es schliesslich in den Depressionszuständen überhaupt mit einer derartigen allgemeinen Ueberwältigung des Gefühlslebens durch mächtige krankhafte Einflüsse zu thun, gegen die sich im Beginne des Leidens häufig genug die gesunde Persönlichkeit sehr energisch zu sträuben pflegt.

In einzelnen Fällen tritt die depressive Verstimmung mit allerlei neurasthenischen Beschwerden, Klagen über Kopfdruck, Schwere, Beängstigungen als dauernder Zustand, als „constitutionell affectives Irresein“, „melancholische folie raisonnée“ (Krafft-Ebing) auf. Die Kranken haben an

nichts mehr Freude; kein „Funken“ freierer, heiterer Gefühle dringt in das permanente Elend ihrer düsteren, bisweilen auch galligen, erbitterten Stimmung hinein. Sie gönnen ihren Mitmenschen den Sonnenschein, das Grün der Bäume nicht, weil sie selbst sich nicht daran erfreuen können, und sie empfinden dabei doch in voller Besonnenheit klar und deutlich die Krankhaftigkeit ihres Zustandes. Häufig erwächst dieses über Jahrzehnte sich erstreckende und prognostisch wenig günstige Leiden selbständig in früheren Lebensaltern auf psychopathischer Grundlage; wie es scheint, kann es aber auch im Anschlusse an andere Psychosen, namentlich den depressiven Wahnsinn, zur Entwicklung gelangen.

Ein ganz besonderes klinisches Interesse nehmen jene eigenthümlichen Formen der Neurasthenie in Anspruch, in denen die pathologischen Gefühlsschwankungen nur bei bestimmten Anlässen sich geltend machen. Am besten gekannt ist von diesen Zuständen der Symptomencomplex der Platzangst (Agoraphobie).*) Der Kranke ist nicht im Stande, allein über einen grossen, menschenleeren Platz oder durch eine lange, weite Strasse zu gehen; bei jedem Versuche dazu überfällt ihn eine namenlose, unüberwindliche Angst mit heftigem Herzklopfen, die ihm den freien Gebrauch seiner Glieder vollständig raubt. Eine klare Vorstellung verbindet sich mit dieser Angst nicht, nur die unbestimmte Befürchtung einer drohenden Gefahr. Die Begleitung eines Knaben, das Hinterhergehen hinter einem anderen Menschen oder einem Wagen, das Festhalten an den Häusern genügt oft schon, um den lähmenden Affect vollständig zu überwinden. In den höheren Graden ist es dem Kranken nicht möglich, in einem Zimmer allein zu sein, ohne von der furchtbarsten Angst befallen zu werden. Ich kannte einen durch chronische Verdauungsstörungen sehr heruntergekommenen Patienten, der Monate lang Tag und Nacht immer Jemanden um sich haben musste. Später, mit der Besserung des körperlichen Zustandes, verlor sich diese Erscheinung, aber

*) Westphal, Archiv f. Psychiatrie III, p. 138; Cordes, ibid. III, p. 521; X, p. 48.

die Platzangst bestand in allmählich abnehmender Intensität fort. Schliesslich konnte der Kranke auch diese Zustände coupiren, indem er sich stets bei seinen Ausgängen mit einem Priessnitzschen Umschlage und einem Fläschchen Valerianatinctur versah. Obgleich er von beiden Mitteln nie Gebrauch machte und sich der Lächerlichkeit seiner Massregel völlig bewusst war, genügte dieselbe doch, das sonst unfehlbare Auftreten der Angst zu verhindern.

Der Platzangst nahe verwandt ist die auch bei sonst ganz gesunden Menschen in verschiedenen Graden sehr häufige Höhenangst, die Gefühle intensivsten ängstlichen Unbehagens beim Stehen auf hohen Thürmen, am Rande von Abgründen, selbst wo nicht die mindeste objective Gefahr eines Herabfallens vorhanden ist. Ferner beobachtet man bei Neurasthenikern bisweilen heftige Angstzufälle bis zur beginnenden Ohnmacht in grossen, weiten Räumen, in Kirchen und Theatern, in grossem Gedränge, beim Alleinsein in der Dunkelheit (Nyktophobie), bei geschlossenen oder geöffneten Thüren (Claustrophobie und Claustrophilie), endlich bei den verschiedensten Gelegenheiten, in denen die Kranken die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich gerichtet wissen, besonders bei öffentlichen Reden, Plaidoyers, Vorträgen u. s. f. In den höchsten Graden dieser Störung sind die Kranken nicht im Stande, zu schreiben, zu gehen, zu essen, Urin zu lassen, sobald sie sich beobachtet wissen, während sie sonst keinerlei motorische Störungen darbieten. Auch diesen Zuständen entsprechen Andeutungen im normalen Verhalten, der hindernde Einfluss, den die „Befangenheit“ auf die Sicherheit von Leistungen auszuüben pflegt, die sonst mit der grössten Leichtigkeit von Statuen gehen, jenes Gefühl völligen Schwindens aller Gedanken, welches den ungeübten Redner bisweilen plötzlich auf das Peinlichste in dem Flusse seines Toastes unterbricht. Vom „Schwindel“ unterscheiden sich alle diese Zustände eclatant durch das gänzliche Fehlen der subjectiven Drehbewegungserscheinungen.

Zum Schlusse haben wir noch jener eigenthümlichen, ebenfalls im gesunden Leben häufig beobachteten, aber bei psychopathischen Individuen bisweilen sehr ausgebildeten

Störungen zu gedenken, in denen die zwangsweise hervortretenden Vorstellungen und Gefühle den Charakter der Impulse annehmen. Zunächst haben dieselben vielleicht nur die Form von Fragen: Was würde geschehen, wenn du diese oder jene Handlung unternehmen, mit dem daliegenden Messer einen Menschen, dein Kind tödten, dem dich trauenden Geistlichen plötzlich eine Ohrfeige geben, im Theater mit einem Male auf die Bühne springen würdest? u. dergl. In anderen Fällen jedoch treten diese Impulse als unwiderstehlicher Zwang auf (Herabsetzung der psychischen Widerstandsfähigkeit); die Kranken müssen in der Kirche, beim Beten gegen ihren Willen die frivolsten Gotteslästerungen austossen, können sich am offenen Fenster nur mit der grössten Mühe von dem Hinabstürzen zurückhalten; sie kämpfen Jahre lang in der angestrengtesten Weise gegen den immer und immer wieder auftauchenden Antrieb, ihre Lieben umzubringen, und sie begehen eine Reihe von Zwangshandlungen, absonderliche Geberden, Zerstörung von Gegenständen, selbst Diebstähle, die dem gesunden Bewusstsein zunächst ganz unbegreiflich erscheinen. Auch bei dem *délire du toucher* sehen wir ja eine fortschreitende Entwicklung von der Zwangsvorstellung zur Zwangshandlung sich vollziehen. Nahe verwandten Zuständen werden wir später noch begegnen.

Die leichtesten Formen der Neurasthenie sind überaus häufige Erkrankungen. Trotzdem wurde eine erschöpfende Kenntniss des ganzen Krankheitsbildes erst durch Beard*) im Jahre 1880 vermittelt, welcher in dem rastlosen Treiben des amerikanischen Lebens ganz besonders häufig Gelegenheit hatte, die Krankheit zu studiren. Ohne Zweifel liegen die hauptsächlichsten Entstehungsbedingungen der Neurasthenie, welche durch ihren Namen sehr zutreffend als Erschöpfung des Nervensystems charakterisirt wird, in einer Ueberanstrengung des Gehirns. Namentlich scheint es die mit lebhafter gemüthlicher Erregung, mit grosser Verantwortung verbundene Thätigkeit zu sein, welche

*) Die Nervenschwäche, ihre Symptome, Natur, Folgezustände und Behandlung, deutsch von Neisser, 2. Aufl., 1883.

das Zustandekommen der Neurasthenie in besonderem Masse begünstigt. Der stille Gelehrte ist ihr in weit geringerem Masse ausgesetzt, als der Kaufmann, der Offizier im Kriege, der Politiker, der beschäftigte Arzt. Es liegt daher in der Natur der Sache, dass vorzugsweise die intelligenteren, lebhafteren und gebildeteren Individuen den Gefahren der Neurasthenie zugänglich erscheinen. Frauen mit ihrer grösseren gemüthlichen Erregbarkeit und geringeren Widerstandsfähigkeit sind etwas stärker disponirt, als das männliche Geschlecht.

Natürlich ist aber auch die allgemeine Lebensweise und die Ernährung dabei von grosser Bedeutung. Ein überhastetes, unregelmässiges und excedirendes Leben ohne die ausreichende Erholung durch Ruhe und Schlaf führt auch bei weit geringeren geistigen Leistungen viel rascher zur Neurasthenie, als der geregelte Tageslauf etwa des Beamten und Lehrers. Endlich aber ist sicherlich ein sehr gewichtiger Factor in der Aetiologie der Neurasthenie die körperliche und geistige Constitution des Menschen. Es giebt Individuen, welche sich den Anforderungen des Lebens schon nach sehr kurzer Zeit nicht mehr gewachsen fühlen, deren Arbeitskraft schon bei mässigen Leistungen sich rasch und vollständig erschöpft, und denen daher jede ernstere Anstrengung von vornherein durch neurasthenische Nachwehen verbittert wird. Diese Unzulänglichkeit der Anlage ist es, welche namentlich den chronischen, constitutionellen Formen zu Grunde liegt. Auf der anderen Seite sind glücklicher Weise auch jene leistungsfähigen, robusten Naturen nicht selten, deren Nervensystem mit staunenswerther Geschwindigkeit und Elasticität alle Schädigungen sofort wieder ausgleicht, welche ihm durch die unermüdliche Lebensarbeit zugefügt werden.

Die Entwicklung der Neurasthenie ist in der Regel eine allmähliche, doch kommt es auch vor, dass im Anschlusse an rasch hervortretende und intensiv wirkende Schädlichkeiten der ganze Symptomencomplex sich ziemlich plötzlich zu seiner Höhe entwickelt. Wie es scheint, können diese acut auftretenden Formen als Uebergang zu den schweren Erschöpfungszuständen der asthenischen Verwirrt-

heit und der acuten Demenz angesehen werden. Der Verlauf der Krankheit vollzieht sich fast immer in vielfachen Schwankungen, Besserungen und Verschlimmerungen. Abgesehen von den häufigen Abendremissionen, können sich die Kranken bei besonderem äusseren Anlasse gewöhnlich soweit „zusammennehmen“, dass die Erscheinungen vorübergehend in den Hintergrund treten, um allerdings mit dem Nachlasse der Anspannung gewöhnlich in um so grösserer Intensität zurückzukehren. Auf der Höhe der Krankheit werden gelegentlich Anfälle heftigster Beunruhigung und Angst mit der Idee, sofort „verrückt“ werden oder sterben zu müssen (Krisen) beobachtet, ja dieselben können bisweilen zu impulsiven Handlungen führen, welche die eigene Person oder die Umgebung in hohem Masse gefährden. Ganz besonders charakteristisch für die Neurasthenie ist auch ein Wechsel der Symptome. Bei längerer Dauer der Krankheit können die spinalen Symptome der „Myelasthenie“ in mannigfaltigster Weise durch diejenigen der „Cerebrasthenie“ abgelöst werden und umgekehrt.

Die Prognose der Neurasthenie ist sehr wesentlich davon abhängig, ob sich die Krankheit im Anschlusse an äussere Schädlichkeiten oder auf der Basis einer psychopathischen Prädisposition entwickelt hat. Im ersteren Falle kann man nach Beseitigung der Ursachen die krankhaften Symptome rasch und vollkommen sich verlieren sehen. Wo aber diese letzteren einfach auf dem Boden einer unzulänglichen nervösen Constitution erwachsen sind, da wird sich naturgemäss die Beseitigung der Krankheit sehr viel schwerer und langsamer erreichen lassen, und überdies wird die Gefahr eines Rückfalles immer von Neuem zu befürchten sein. Bis zu einem gewissen Grade lässt sich die Prognose auch nach der klinischen Form beurtheilen. Die hypochondrischen Befürchtungen, die Agoraphobie und die ihr verwandten Zustände bieten weit günstigere Aussichten auf Heilung, als die Grübelsucht, die Berührungsfurcht, die Zwangsimpulse, die melancholische folie raisonnée, welche oft viele Jahre, selbst Jahrzehnte hindurch mit geringen Schwankungen den Kranken beherrschen und in jedem Falle eine ausserordentliche Neigung zu Recidiven zeigen. Offenbar

handelt es sich hier um viel tiefer in der gesammten Constitution des Kranken wurzelnde Störungen.

Die Abgrenzung der Neurasthenie von manchen anderen Krankheitsformen ist in prognostischer und therapeutischer Beziehung von hervorragender Wichtigkeit. Zunächst kommt man häufig in die Lage, sich darüber Gewissheit verschaffen zu müssen, dass die hypochondrischen Befürchtungen des Kranken nicht objectiv begründet sind. Das Ausschliessen der Tabes ist bei Beachtung der Reflexe, der Pupillen und des Romberg'schen Zeichens in der Regel sehr leicht; dagegen kann es ernste Schwierigkeiten bereiten, hinsichtlich der Gefahr einer beginnenden Paralyse ein endgültiges Urtheil zu gewinnen. Nur die grössere Besonnenheit der Kranken, der Mangel einer greifbaren Gedächtnisstörung trotz ihrer Klagen darüber, das Fehlen aller objectiven nervösen Symptome (Pupillendifferenz, Analgesie, Anfälle) kann hier bisweilen den Arzt über die neurasthenische Natur des vielleicht sehr verdächtigen Krankheitsbildes aufklären.

Sehr häufig wird auch das depressive Vorstadium anderer Psychosen mit neurasthenischen Zuständen verwechselt. Indessen der Neurastheniker ist verstimmt und reizbar, weil er merkt, dass seine geistige Leistungsfähigkeit gestört ist; seine Stimmung wird freier und leichter, sobald eine äussere Anregung, eine fröhliche Gesellschaft ihn vorübergehend seine Beschwerden vergessen macht. Dort aber entsteht das Gefühl der Beängstigung, der Schwere ohne irgend welche klare Motivirung, und es wird durch Zerstreuungs- und Ablenkungsversuche nicht nur nicht gemildert, sondern im Gegentheil oft genug bis zum Unerträglichen gesteigert. Eine nahe Verwandtschaft bietet die melancholische „folie raisonnée“, die ich hier aus verschiedenen Gründen den neurasthenischen Zuständen ange reiht habe, mit leichten, namentlich den in langen Anfällen verlaufenden periodischen Melancholien dar. Ein unterscheidendes Merkmal ist uns indessen darin gegeben, dass wir es dort mit einem in bestimmter, wenn auch vielleicht jahrelanger Zeit ablaufenden Krankheitsprocesse, hier aber mit einem nur geringe Schwankungen darbietenden Zustande zu thun haben. Zudem pflegen hier die Reizbar-

barkeit, das Unbehagen, die nervösen Symptome, dort die Depression und leichte Versündigungsideen mehr in den Vordergrund zu treten.

Die hypochondrische Form der Neurasthenie kann endlich noch zu Verwechselungen mit den ersten Stadien der hypochondrischen Verrücktheit Veranlassung geben. Der wesentliche Unterschied dieser beiden Psychosen besteht darin, dass der Neurastheniker, wenigstens für den Augenblick, den beruhigenden Versicherungen des Arztes Glauben schenkt und sich durch dieselben erleichtert und befriedigt fühlt, während der fixe Wahn des Verrückten durch die Versicherung des Arztes in keiner Weise erschüttert wird, sondern nur zu einer gründlichen Verachtung des ärztlichen Wissens führt, welches ausser Stande ist, die eigenen krankhaften Ideen zu bestätigen. Die Differentialdiagnose gegenüber der Hysterie wird bei Besprechung dieser letzteren Berücksichtigung finden.

Die Behandlung der Neurasthenie bietet der Thätigkeit des Arztes ein sehr ausgedehntes und ergiebiges Arbeitsfeld. Zunächst vermag gerade hier die Prophylaxe ausserordentlich viel zu leisten. Alle jene Bestrebungen, welche darauf hinausgehen, die geistige Ueberbürdung der heranwachsenden Jugend mit todtm Gedächtnissmaterial zu bekämpfen und der Sorge für die gelehrte Erziehung diejenige für die körperliche Ausbildung zur Seite zu setzen, dienen diesem Zwecke in hervorragendem Masse. Weiterhin aber wird der Hausarzt Gelegenheit genug haben, durch eine gesundheitsgemässe Regelung der Lebensweise den Gefahren der Neurasthenie vorzubeugen und namentlich bei den ersten Anzeichen eintretender Erschöpfung sofort einzugreifen, weil dann in der Regel leicht ein Erfolg zu erreichen ist, der später nur mit bedeutenden Opfern an Zeit und Geld erkaufte werden kann. Die erste Aufgabe, welche hier erfüllt werden müsste und doch nur allzuselten in ausreichendem Masse erfüllt werden kann, ist die Beseitigung aller jener schädigenden Einflüsse, welche die Krankheit erzeugten. Entfernung aus der Berufsarbeit, womöglich auch aus den gewohnten Verhältnissen, Versetzung in eine andere, ruhige und anziehende Umgebung wird die wichtigste Vorbedingung

einer jeden Behandlung bilden müssen. Für leichtere Formen genügt oft schon eine einfache Sommerfrische, ein Landaufenthalt oder eine behagliche, keinesfalls ermüdende Reise ins Gebirge oder an die See, um ein Ausruhen des überreizten Nervensystems und damit das rasche Schwinden aller der vielfachen körperlichen und psychischen Beschwerden herbeizuführen.

Bei längerer Dauer und grösserer Intensität der Störungen pflegt die Durchführung einer vorzugsweise diätetischen Cur unter ärztlicher Aufsicht vorzügliche Dienste zu leisten. Allen den zahlreichen Nerven- und Wasserheilanstalten strömen immerwährend zahlreiche derartige Patienten zu. Ausser der Befreiung von den Geschäften und Plackereien des täglichen Berufes kommt hier vor Allem die gesundheitsgemässe Lebensweise als therapeutisches Hilfsmittel in Anwendung. Die Kranken werden kräftig und reichlich ernährt; ihre Appetits- und Verdauungsstörungen werden mit den gebräuchlichen Mitteln, namentlich aber durch systematische, nicht bis zur Ermüdung ausgedehnte Spaziergänge bekämpft. Ferner sucht man durch hydropathische Proceduren, durch Gymnastik, Massage und allgemeine Faradisation die Circulation und den Stoffumsatz soviel wie möglich zu fördern. Unter dem Einflusse aller dieser Massregeln pflegt sich die öfters stark gesunkene Ernährung stetig und beträchtlich zu heben. Gleichzeitig bessert sich der Schlaf, die Stimmung und die Beschäftigungsfähigkeit. Als medicamentöses Mittel zur Bekämpfung der nervösen Unruhe und zur Erzielung von Schlaf ist vor allen Dingen und mit gutem Rechte das Bromkalium (3 mal täglich 1—2 gr, oder eine abendliche Dosis von 4—5 gr) in Gebrauch; bei hartnäckigerer Schlaflosigkeit wird man indessen besser zum Paraldehyd greifen. Zur Coupierung der Angstanfälle bei der Agoraphobie wendet man erfolgreich mässige Alkoholgaben an, während die stärkeren „Krisen“ am besten mit einer einmaligen Morphiumdosis bekämpft werden.

Eine recht wesentliche Bedeutung hat bei neurasthenischen Zuständen fast immer die psychische Therapie. Eine aufmerksame, geduldige, aber feste Pädagogik vermag

sehr viel dazu beizutragen, dass der Kranke nach und nach sein stark erschüttertes Selbstvertrauen und die Herrschaft über seinen Willen wieder gewinnt. Nach dem Verschwinden der eigentlichen Krankheitssymptome bleibt häufig noch eine Herabsetzung der psychischen Widerstandsfähigkeit bei dem Kranken zurück, welche leicht zu Recidiven führt, wenn nicht die Berufsverhältnisse und die Lebensweise dauernd derartig geregelt werden, dass sie sich der individuellen Constitution in geeigneter Weise anpassen. Wer die Folgen der täglichen Arbeit in einer fortschreitenden Abstumpfung seiner Leistungsfähigkeit empfindet, sollte daher unbedingt wenigstens einmal im Jahre für einige Wochen aus dem Joche der gewohnten Verhältnisse sich herausreißen; nur dann ist er einigermaßen sicher, im Kampfe mit dem Leben nicht immer und immer wieder zu erliegen.

B. Das hysterische Irresein.

Wenn es heute kaum möglich erscheint, eine kurze und präzise Definition der Hysterie überhaupt aufzustellen, so tritt uns diese Schwierigkeit in fast noch höherem Grade entgegen beim Hinblicke auf das hysterische Irresein. Wir belegen eine ganze Reihe von psychopathischen Zuständen mit dem Beinamen des „Hysterischen“, ohne immer mit genügender Klarheit die Begründung desselben durchführen zu können. Ja, es kann kaum in Abrede gestellt werden, dass nicht selten geradezu ein Missbrauch mit der verallgemeinerten Anwendung jenes Epithetons getrieben worden ist. Als wirklich einigermaßen charakteristisch für alle hysterischen Geistesstörungen dürfen wir vielleicht die ausserordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit ansehen, mit welcher sich psychische Zustände in mannigfaltigen körperlichen Reactionen wirksam zeigen, seien es Anaesthesien oder Paraesthesien, seien es Ausdrucksbewegungen, Lähmungen, Krämpfe oder Secretionsanomalien.

Freilich ist damit das allgemeine Bild der hysterischen Alienationen keineswegs erschöpft. Vielmehr ist allen länger dauernden und tiefer greifenden Formen des hysterischen

Irreseins noch eine weitere, mehr oder weniger stark ausgeprägte Eigenthümlichkeit gemeinsam, das ist die psychopathische Grundlage, auf welcher sie sich entwickeln, der hysterische Charakter. Die Intelligenz und das Gedächtniss pflegen durch die Hysterie, selbst bei sehr langem Bestehen, nicht wesentlich zu leiden; vielmehr lassen beide in einzelnen Fällen sogar eine frappirende Schärfe erkennen. Was aber regelmässig nach und nach durch die Krankheit in Mitleidenschaft gezogen wird, das ist die Art und Weise der gemüthlichen Reaction und das Handeln der Kranken; auf diesem Gebiete vollzieht sich im Laufe längerer Zeiten fast ausnahmslos eine fortschreitende Veränderung, welche man ein Recht hat, als eine mehr oder weniger hochgradige moralische Verblödung aufzufassen.

Zuerst ist es die Stimmung, welche eine krankhafte Störung erkennen lässt. Die Patienten werden reizbar, leicht heftig, launenhaft; aus unmotivirter Ausgelassenheit verfallen sie binnen kürzester Frist und bei geringfügigstem Anlasse, oder auch ganz ohne denselben in zornige, ent-rüstete, in bittere, weltschmerzliche oder in schwärmerisch sentimentale Gefühlsregungen. Dazu kommt, dass der Ausdruck ihrer Gemüthsbewegungen den Charakter des Masslosen und Excentrischen gewinnt, während doch der wahre innere Affect der Kranken nicht im Entferntesten dem äusserlich hoffnungslosen Schmerze, der exaltirten Freude entspricht. In innigem Zusammenhange mit dieser Veränderung steht die Concentration des gesammten Interesses auf die Zustände und Beziehungen der eigenen Person. Die Kranken werden gleichgültiger gegen ihre Umgebung, oft auch gegen ihre allernächsten Angehörigen; dafür aber vertiefen sie sich mit einem gewissen Raffinement in ihre eigenen Empfindungen und Stimmungen, so dass sie schliesslich bisweilen wahre Virtuosen des Egoismus werden. Vor Allem bemächtigt sich ihrer der mehr oder weniger klar aufgefasste Wunsch, bemerkt, beachtet zu werden. Aus ihm entwickelt sich die Neigung zum Affectirten, zum Auffallenden, zu einer enormen Aufbauschung der Wichtigkeit aller jener Verhältnisse, welche das eigene Ich unmittelbar angehen. Nicht selten

treibt sie das Verlangen, um jeden Preis die Aufmerksamkeit der näheren und fernerer Umgebung auf sich zu richten, zu den seltsamsten, ja sogar zu unmoralischen Handlungen, zur Verdrehung von Thatsachen, zur Lüge und Verläumdung. Namentlich das religiöse Gebiet ist es, welches ihnen nach dieser Richtung hin einen willkommenen Spielraum darbietet, und die Geschichte der Schwärmer und Schwindler hat daher eine nicht geringe Anzahl gerade von Hysterischen unter ihren Grössen zu verzeichnen.

Mit dieser Neigung, eine möglichst hervorragende Rolle zu spielen und die eigene Person auf ein gewisses Piedestal zu setzen, hängt auch das ungemein anspruchsvolle Wesen, sowie die geradezu erstaunliche und für die Umgebung oft in hohem Grade quälende Empfindlichkeit der Hysterischen gegenüber vermeintlichen Zurücksetzungen und Vernachlässigungen zusammen. Aus ihr erklärt sich ferner die eifersüchtige Aufmerksamkeit, mit welcher sie die Beachtung und Behandlung anderer Personen zu verfolgen, und die Leidenschaftlichkeit, mit welcher sie auf eine vermeintliche Bevorzugung derselben zu reagiren pflegen. Diese egoistische Ausbildung ihres Charakters bei vollständiger Erhaltung der Besonnenheit und Intelligenz, diese Empfindlichkeit und Launenhaftigkeit, diese unermüdlichen Praetensionen, diese Neigung, zu klatschen, zu schmähen, zu medisiren, sind es, durch welche Hysterische ihre Umgebung bisweilen zu völligen Slaven ihres Willens zu machen verstehen, und durch welche sie zum Schrecken der Aerzte und Anstalten werden können, welche mit ihrer Behandlung sich zu befassen gezwungen sind.

Auf dieser allgemein hysterischen Grundlage können sich nun eine Reihe verschiedener, specieller Krankheitsbilder entwickeln, sei es als vorübergehende Episoden, sei es als dauernde und durchgreifende pathologische Zustände. In erster Linie haben wir dabei einer Form zu gedenken, welche eine nahe Analogie zu den hypochondrischen Anwandlungen der Neurastheniker darbietet. Freilich pflegen hier die hypochondrischen Vorstellungen eine viel grössere Gewalt und eine viel längere Dauer im Bewusstsein der Kranken zu gewinnen, und sie pflegen namentlich auch die

körperlichen Functionen in ausgedehntem Masse mit zu beeinflussen. Sehr häufig sind es wirkliche, aber durch die Phantasie der Kranken bis in's Ungeheuerliche vergrösserte Beschwerden, an welche sich die hypochondrischen Ideen der Hysterischen anknüpfen. Das Gefühl einer allgemeinen Schwäche in Folge von Anaemie, Verdauungsbeschwerden, Kopfschmerzen verschiedener Art, abnorme Sensationen längs des Rückens, in den Beinen, im Unterleibe, vor Allem aber am Herzen, bieten der liebevollen Vertiefung in die eigenen Zustände und der Neigung, sich selbst möglichst interessant erscheinen zu lassen, die realen Anhaltspunkte für die Construction eines äusserst merkwürdigen und quälenden Leidens, dessen Einzelheiten in feinsten Detaillirung und effectvollen Superlativen bei jeder Gelegenheit in den Vordergrund geschoben werden.

In manchen Fällen sind es namentlich psychische Leiden, welche die Kranken an den Rand der Verzweiflung bringen. Entsetzliche Gedanken, die Erinnerung an die unerhörten Schicksale ihres Lebens, furchtbare Seelenpein, nächtliche Träume von grauenhafter Ausführlichkeit und Schrecklichkeit, selbst angebliche Hallucinationen, Alles in theatralischem und selbstgefälligem Aufputze, pressen den Kranken bei jeder passenden Gelegenheit ganze Cascaden von Thränen aus den Augen, während sie gleichzeitig einen sehr ausgeprägten, wenn auch bemäntelten Sinn für materielle Genüsse besitzen, bei keiner Anstaltsfeierlichkeit fehlen und überall ihren übermenschlichen Schmerz mit heroischer Resignation zur Schau tragen. Auch das männliche Geschlecht stellt zu dieser Form, die man wol nicht mit Unrecht der Hysterie zurechnen darf, seine Vertreter.

Häufig genug gesellen sich zu allen physischen und psychischen Qualen der Vielgeprüften noch eine Anzahl von Symptomen, wie sie direct aus der hysterischen Neurose herauszuwachsen pflegen. Namentlich sind es Lähmungen verschiedenen Grades, speciell der Beine, eine unüberwindliche Appetitlosigkeit, hartnäckiges Erbrechen, Aphonie, Sehstörungen, Hemianästhesien, Ohnmachtsanfälle und Krämpfe, welche das Krankheitsbild in mannigfaltigster Weise compliciren. Allen diesen Störungen ist der Umstand gemein-

sam, dass sie in ihrem Auftreten und Verschwinden sehr bemerkenswerther Weise von psychischen Einflüssen abhängig sind. So vermag eine heftige Aufregung die Lähmungssymptome plötzlich zum Schwinden zu bringen; das Erbrechen wird durch Magenausspülungen, die Application von Nährklystiren, durch die Aussicht auf eine Vergünstigung beseitigt; der Krampfanfall schliesst sich an einen Aerger, an die klinische Demonstration u. dergl. an, und er weicht nicht selten der energischen Application des faradischen Pinsels oder einer kalten Uebergiessung. Dieses Verhalten entspricht durchaus der weiteren Erfahrung, dass die Kranken, wenn sie unbefangen sind und sich unbeobachtet glauben, oft alle ihre Beschwerden vergessen und in psychischer wie körperlicher Beziehung (Essen, Gehen) eine bedeutende Leistungsfähigkeit an den Tag legen, welche sofort der alten, Mitleid heischenden Hinfälligkeit Platz macht und von ihnen vollständig verleugnet wird, sobald sie auf ihre Krankheit hingewiesen werden oder sich dem Arzte gegenüber sehen.

Man hat aus diesen und ähnlichen Beobachtungen nicht selten den in der That oft verführerischen Schluss gezogen, dass es sich bei Hysterischen überhaupt nicht um Krankheit, sondern um ganz ordinäre Simulation handele. Ohne Zweifel werden einzelne Symptome dieser hypochondrischen Form von den Kranken willkürlich und zweckbewusst vorgetäuscht, um sich die Theilnahme des Arztes zu sichern und ihm eine möglichst schlimme Vorstellung von der Grösse ihres Leidens beizubringen. So kommt es nicht zu selten vor, dass Hysterische vorgeben, wochen- oder monatelang nichts gegessen oder keinen Stuhlgang gehabt zu haben, während eine geschickte Beobachtung ergiebt, dass sie mit grösster Schlaueit (in der Nacht, mit Hilfe anderer Kranker) sich Nahrung zu verschaffen oder ihre Excremente zu beseitigen wissen, während sie mit verzweiflungsvoller Duldermiene oder resignirtem Trotze an ihrer Behauptung festhalten. Man darf indessen nicht ausser Acht lassen, dass uns ganz dieselbe Neigung zu einer Art Simulation einzelner Symptome bei einer Reihe von anderen psychischen Erkrankungen gelegentlich begegnet. Es wäre daher durch-

aus verkehrt, aus dem Nachweise einer absichtlichen Täuschung auf den Mangel einer psychischen Störung überhaupt schliessen zu wollen. Wenn auch dieses oder jenes von dem Kranken behauptete Symptom in Wirklichkeit nicht vorhanden ist, so fällt doch eben die eigenthümliche Neigung zur Täuschung des Arztes und das dem gesunden Menschen ganz unverständliche Motiv selber ohne Zweifel in das Gebiet des Krankhaften hinein.

Kaum weniger charakteristisch für das hysterische Irresein, als die hypochondrischen Klagen, sind die in vielen Fällen episodisch hervortretenden Dämmerzustände. Man bezeichnet mit diesem Namen kürzer oder länger dauernde Anfälle stärkerer Bewusstseinstrübung, welche sich entweder spontan einstellen oder unmittelbar an Krampfparoxysmen anschliessen, auch häufig durch solche abgeschnitten oder unterbrochen werden. Als einfachste Form dieser Dämmerzustände können wir jene Bewusstseinsstörungen betrachten, welche regelmässig den Krampfanfall kürzere oder längere Zeit überdauern. Die Kranken liegen mit schlaffen Gliedern, in denen nur gelegentlich noch eine Andeutung tonischer Starre hervortritt, ruhig athmend und mit meist verlangsamtem Pulse, die Augen nach oben und seitwärts gerollt, fast unbeweglich da, reagiren aber meist durch Ausweichbewegungen, Zucken, Augenrollen, oder durch plötzliches Zusammenschrecken und Erwachen auf stärkere Reize, namentlich auf den faradischen Pinsel. In einzelnen Fällen kann sich dieser Zustand, unterbrochen durch zahlreiche Anfälle, viele Tage, ja Wochen lang mit geringen freieren Intervallen hinziehen.

Einen anderen Charakter tragen jene Dämmerzustände, welche dem Gebiete des Nachtwandels oder Somnambulismus angehören. Gewöhnlich treten dieselben im Schlafe auf. Die Kranken erheben sich aus ihrem Bette, sehen zum Fenster hinaus, gehen im Zimmer oder selbst im ganzen Hause herum, verrichten allerlei oft ganz geordnete, bisweilen aber auch unsinnige (Zerreissen von Kleidern, Verstecken von Gegenständen) und sogar verbrecherische Handlungen (Diebstähle, Brandstiftungen), um sich dann nach einiger Zeit wieder in's Bett zu legen und am andern Morgen mit höchst unklarer Erinnerung an das

Geschehene zu erwachen. Meist ist es leicht, die Kranken durch Anreden oder doch durch intensivere Reize (Kälte, Stechen, Kneifen) aus ihrem Zustande zu erwecken. Ganz ähnliche Anfälle beobachtet man auch bei Tage, wo sie sich gewöhnlich im Anschlusse an einen Krampfparoxysmus, bisweilen auch einen Lach- oder Weinkrampf, entwickeln. Die Kranken machen hier ganz den Eindruck von Nachtwandlern, indem sie mit verschränkten Armen, gesticulirend oder leise und unverständlich vor sich hin sprechend, auf und abgehen. Indessen lassen sie sich meist durch äussere Störungen gar nicht beirren; selbst gewaltsames Festhalten, Nadelstiche oder faradische Ströme genügen häufig nicht, um den krankhaften Zustand zu beseitigen. Wie es scheint, sind die hier sich abspielenden psychischen Vorgänge intensiver, als beim eigentlichen Nachtwandeln, ähnlich wie es ja auch schwerer gelingt, den lebhaft Träumenden, als den traumlos Schlafenden zu erwecken.

Noch reger gestaltet sich die psychische Thätigkeit bei einer weiteren Form der Dämmerzustände. Hier stellen sich bei mässig getrübttem Bewusstsein massenhafte Hallucinationen ein, welche die Kranken entweder in grässliche Gefahren und aufregende Situationen, oder aber in ekstatische Zustände mit Wonnegefühlen und himmlischen Visionen versetzen, Stimmungen, die sich dann natürlich in dem ganzen Benehmen, den Reden und den Ausdrucksbewegungen widerspiegeln. Endlich beobachtet man, namentlich bei jugendlichen Individuen, Dämmerzustände mit eigenthümlicher läppischer Erregung. Die Kranken befinden sich in vorwiegend heiterer, ausgelassener Stimmung, in welcher sie ihre Umgebung verkennen, schnippische Reden führen, ein eigensinniges, albernes Wesen an den Tag legen und allerlei thörichte oder muthwillige Streiche begehen, schreien, Thierstimmen nachahmen, davonlaufen. Oft tritt hier bei dem ziemlich besonnenen Benehmen der Kranken die pathologische Natur der Störung dem Zuschauer erst dann recht deutlich zu Tage, wenn nach einigen Minuten oder Stunden ein leichter Krampfanfall die Scene abschliesst und nun plötzlich bei völligem Mangel der Erinnerung an das Vorgefallene ein stilles, gedrücktes Wesen an Stelle

der früheren Ausgelassenheit tritt. Die letzteren beiden Formen der Dämmerzustände war Rieger durch Hypnotisiren experimentell zu erzeugen im Stande, doch sind sie auch spontan nicht zu selten.

Ausser diesen typischen Krankheitsbildern können sich auf der hysterischen Grundlage noch eine Reihe von anderen psychischen Störungen entwickeln, welche in der Regel nur durch gewisse Eigenthümlichkeiten ihren hysterischen Ursprung verrathen. So begegnet man hier nicht selten kürzer oder länger dauernden, unmotivirten depressiven Verstimmungen, welche oft von vagen Versündigungs-ideen begleitet sind. Noch häufiger fast sind Aufregungszustände aller Art, zumeist in Form zorniger Gereiztheit mit heftigen Schimpfparoxysmen, mit der Neigung, zu zerstören und selbst zu schmieren, gewöhnlich an irgend einen äusseren Anlass, einen Aerger, eine eifersüchtige Regung u. dergl. sich anschliessend. Alle diese Affectzustände gehen meist rasch, binnen wenigen Stunden, Tagen oder höchstens Wochen wieder vorüber, aber sie haben naturgemäss eine ganz ausserordentliche Neigung, zu recidiviren, und treten bisweilen mit einer gewissen Periodicität (etwa in Verbindung mit den Menses) hervor. Ja, es kann sich aus dem oft wiederholten, unregelmässigen Wechsel zwischen exaltirter und depressiver Verstimmung mit dazwischen sich einschiebenden Dämmerzuständen, relativ normalen Zeiten und Krampfanfällen verschiedener Art, namentlich tagelang andauernder allgemeiner Chorea, ein überaus mannigfaltiges und über Jahr und Tag hin sich erstreckendes Krankheitsbild zusammensetzen.

Eine besondere Bedeutung neben jenen affectiven und manchen anderen gelegentlich beobachteten Formen (hallucinatorische Verwirrtheit, depressiver Wahnsinn) ist endlich noch der hysterischen Verrücktheit beigemessen worden, so dass man sie vielfach als besondere Krankheits-species aufgefasst hat. Wie mir scheint, hat die Abgrenzung derselben grosse Schwierigkeiten, und die Hysterie besitzt hier keine wesentlich andere Bedeutung für den Krankheitsprocess, als dass sich eben in ihr eine besondere Art der psychopathischen Prädisposition kundgiebt, welche dann

natürlich auch dem Krankheitsbilde eine gewisse spezifische Färbung zu geben vermag. Wie wir bei Epileptikern vorzugsweise religiöse Vorstellungen und Gefühle im Wahnsysteme eine Rolle spielen sehen, so sind es sexuelle Verfolgungs- und Grössenideen, welche bei der hysterischen Verrücktheit ganz besonders in den Vordergrund treten, ohne dass wir darum jede religiöse Form der Verrücktheit als epileptische oder jede sexuelle und erotische Form als hysterische zu bezeichnen berechtigt wären.

Wie der Name bereits andeutet (*ὑστέρα*, die Gebärmutter), ist die Hysterie so sehr eine Krankheit des weiblichen Geschlechts, dass man sogar zweifelhaft gewesen ist, ob man überhaupt ein Recht hat, analoge Symptomencomplexe bei Männern unter dieselbe Bezeichnung zu subsumiren. Indessen die „männliche Hysterie“ ist heute, besonders auf die Initiative der Pariser Schule hin, keine seltene Krankheit mehr, und es lässt sich nicht in Abrede stellen, dass eine scharfe Trennungslinie zwischen den functionellen Neurosen der beiden Geschlechter schwerlich gezogen werden kann. Weder die eigenthümlichen Convulsionen, noch die Charakterveränderung, noch die Dämmerzustände fehlen bei Männern vollständig, wenn sie auch beim weiblichen Geschlechte eine viel grössere Ausdehnung und typischere Entwicklung zu erlangen pflegen.

Jedenfalls geht aus diesem Verhalten soviel hervor, dass den zweifellos bestehenden Beziehungen der Hysterie zu dem weiblichen Sexualsysteme nicht diejenige Unverbrüchlichkeit zukommt, welche ihnen vielfach, auch in neuester Zeit, zugeschrieben wurde. Ebenso muss uns der Umstand, dass gerade eine Reihe sehr tiefgreifender Erkrankungen der Geschlechtsorgane zwar recht intensive somatische und selbst psychische Störungen zu erzeugen vermögen, ohne doch dabei den Symptomencomplex der Hysterie auszulösen, gegen die Annahme einer massgebenden Bedeutung der Sexualerkrankungen immerhin misstrauisch machen. Sehen wir doch ferner hysterische Symptome schon lange vor dem Eintritte der Geschlechtsreife, selbst bei Kindern, sehen wir sie doch endlich auch bei vollkommen gesunden Genitalorganen in exquisiter Weise sich entwickeln.

Auf der andern Seite kann nicht geleugnet werden, dass häufig genug bei Hysterischen der objective Befund oder doch die Beschwerden auf die Geschlechtssphäre als auf die Quelle der Neurose hindeuten, und dass die Beseitigung kleiner Störungen auf diesem Gebiete, selbst die Entfernung der gesunden Generationsorgane, unter Umständen eine erhebliche Besserung oder sogar völlige Beseitigung der hysterischen Symptome herbeizuführen vermag. Aus allen diesen Thatsachen scheint mir mit Sicherheit soviel hervorzugehen, dass die eigentliche Ursache der Hysterie in einer krankhaften Constitution des gesammten cerebrospinalen Nervensystems zu suchen ist, dass aber die ergiebigste Quelle für äussere Reize und Schädlichkeiten, welche nun auf dem prädisponirten Boden die abnorme Reactionsweise zur Auslösung bringen, beim Weibe wenigstens in den Genitalorganen zu suchen ist. Nur auf diese Weise, durch die Annahme einer Prädisposition, welche den aus der empfindlichsten Sphäre andringenden Reizen mehr oder weniger entgegenkommt, oder bei besonderer Ausbildung gelegentlich auch ohne stärkeren äusseren Anstoss die krankhafte Veränderung des nervösen und psychischen Lebens herbeiführen kann, lässt sich die Thatsache erklären, dass ein und dieselbe organische Störung in einem Falle fast symptomlos verläuft, im zweiten leichte nervöse Beschwerden, im dritten aber die ganze Mannigfaltigkeit der hysterischen Erscheinungen zu erzeugen im Stande ist.

Wie sich aus den vorstehenden Erörterungen von selber ergibt, ist der Verlauf der Hysterie regelmässig ein chronischer, nicht selten über Jahrzehnte hinaus sich erstreckender. In einzelnen Fällen zeigen sich die ersten Symptome der Erkrankung, namentlich beim weiblichen Geschlechte, schon im zehnten bis zwölften Lebensjahre, ja selbst noch früher; auf der andern Seite pflegen sich im höheren Lebensalter, nach dem Klimakterium, häufig die markirteren Symptome der Hysterie mehr und mehr zu verwischen. Im Gegensatze zu dem andauernden Fortbestehen der hysterischen Constitution können die einzelnen Formen psychischer Erkrankung einen ausserordentlich wechselvollen und verschiedenartigen Verlauf nehmen. Ja, der rasche

und unvermittelte Wechsel der Erscheinungen ist sogar, wenn man von dem hysterischen Charakter und der hysterischen Verrücktheit absieht, in hohem Grade dem hysterischen Irresein eigenthümlich. Es ist gewissermassen eine Reihe von Episoden, welche sich auf der gemeinsamen Basis nach einander abspielen können, und deren Einzeldauer in der Regel einige Monate nicht überschreitet, häufig aber auch nur einige Tage oder Stunden beträgt.

Die Prognose des hysterischen Irreseins ist, was den einzelnen Anfall psychischer Störung anbetrifft, durchweg eine günstige; dafür aber wird man fast immer mit Sicherheit beim nächsten Anlasse eine Rückkehr dieser oder einer anderen Form der Alienation erwarten dürfen. An eine radicale Umänderung der hysterischen Constitution, sowie der aus ihr hervorwachsenden Charaktereigenthümlichkeiten ist wol kaum jemals zu denken. Dagegen lassen sich sehr bedeutende und ans Wunderbare grenzende therapeutische Erfolge bisweilen in solchen Fällen erzielen, in denen äussere Momente (Sexualerkrankungen, ungeeignete Lebensweise, schädlicher Einfluss der Umgebung) die wichtigste Ursache der oft ausserordentlich hochgradigen, namentlich hypochondrischen Beschwerden der Kranken abgeben.

Schon die Schwierigkeit einer exacten Definition des hysterischen Irreseins weist uns auf die nahen Beziehungen hin, die dasselbe zu den verwandten Neurosen aufzuweisen hat. Namentlich die „männliche Hysterie“ ist es, welche diese Beziehungen am klarsten hervortreten lässt. Nach der einen Seite hin haben wir zahlreiche Uebergänge zu dem Krankheitsbilde der Neurasthenie zu verzeichnen, wenn sich auch gewisse Merkmale aufstellen lassen, welche zu meist eine Abgrenzung beider Gebiete von einander ermöglichen. Ausschliesslich der Hysterie eigenthümlich sind die Lähmungen, die Krämpfe, die Dämmerzustände, ebenso die übrigen ausgeprägteren Formen psychischer Störung, während die Neurasthenie besonders durch das Auftreten der Zwangsvorstellungen, Zwangsgefühle, Zwangsimpulse ausgezeichnet erscheint. Am schwierigsten gestaltet sich die Abtrennung beider Gebiete im Bereiche der hypochondrischen Verstimmung. Hier ist das Coquettiren der Kranken mit

ihren Leiden, die märtyrerhafte Genugthuung, mit der sie den Gedanken an dieselben cultiviren und die geringe Zugänglichkeit gegenüber den beruhigenden Versicherungen für die Hysterie in hohem Masse charakteristisch; ausserdem werden natürlich auch die Ursachen und die Entstehungsweise der Affection, sowie der Verlauf und die Reaction derselben auf das ärztliche Handeln für die Diagnose von Bedeutung sein. Für die Hysterie kommen äussere Ursachen (Ueberanstrengung, chronische Aufregung, Erschöpfung) relativ wenig, für die Neurasthenie in erster Linie in Betracht; dort hat der Arzt häufig genug mit Eigensinn, passivem Widerstande und der vielleicht selbst nicht eingestandenen Lust am Kranksein zu kämpfen, während ihm hier der Kranke meist mit dem sehnlichen Verlangen, gesund zu werden und daher mit pünktlichem Gehorsam entgegenkommt.

Ähnliche Schwierigkeiten ergeben sich für die Differenzirung der Hysterie gegenüber dem epileptischen Irresein. Zunächst kann hier schon die Unterscheidung der Krampfanfälle von Wichtigkeit sein. Beim hysterischen Anfall ist das Bewusstsein nicht so tief getrübt, wie beim epileptischen; es kommt daher auch fast nie zu dem plötzlichen, rücksichtslosen Hinstürzen, zu ernsthaften Verletzungen und zum Zungenbiss. Ferner pflegt der hysterische Anfall eine viel grössere Mannigfaltigkeit in seiner Ausbildung zu besitzen, als der fast immer stereotype epileptische Insult. Tonische und klonische Krämpfe des ganzen Körpers und einzelner Theile, Opisthotonus, Jactation, Herumrollen an der Erde, Purzelbäume und ähnliche, mehr an willkürliche Actionen erinnernde Bewegungen wechseln einander, selbst bei demselben Anfalle, öfters in verschiedenartiger Weise ab. Endlich stehen die hysterischen Krämpfe in besonderem Masse unter dem Einflusse äusserer Einwirkungen. Nicht selten gelingt es, sie durch Gemüthsbewegungen hervorzurufen und sie durch sehr intensive Reize (faradischer Pinsel) abzukürzen oder völlig zu coupiren. Dennoch giebt es zwischen beiden Krampfformen unzweifelhaft eine Reihe von Uebergängen, welche bekanntlich zur Aufstellung des Zwischengebietes der „Hysteroepilepsie“ geführt haben.

Recht unsicher kann die Unterscheidung der hysterischen und epileptischen Dämmerzustände ausfallen. Die wichtigsten Kriterien ergeben sich hier immer aus Nebenumständen, aus dem Geschlechte und dem sonstigen Verhalten der Kranken, aus der Art der Krampfanfälle, sowie aus dem Bestehen des hysterischen oder epileptischen Charakters. Hinsichtlich jener Zustände selbst ist es beachtenswerth, dass diejenigen der Epileptiker besonders häufig mit sehr intensiven Angstanfällen und der Neigung zu brutalen, gewalthätigen Reactionen einhergehen, während die hysterischen Dämmerzustände in der Regel ruhiger, theatralischer, weniger impulsiv zu verlaufen pflegen.

Die Behandlung des hysterischen Irreseins hat natürlich in erster Linie dort, wo es möglich ist, die Ursachen des ganzen Zustandes ins Auge zu fassen. Es wird sich daher empfehlen, in allen jenen Fällen, in denen eine greifbare Veränderung an den Genitalien aufzufinden ist, dieselbe zum Ausgangspunkte der Therapie zu machen, wenn man auch gut thut, sich dabei keinen allzu sanguinischen Hoffnungen hinzugeben. In neuerer Zeit ist man sogar vor sehr eingreifenden Operationen, namentlich der Castration, nicht zurückgeschreckt, um auf diese Weise den Hysterischen Hilfe zu bringen. Ohne Zweifel ist dieses schneidige Vorgehen, welches selbst zur Entfernung ganz gesunder Ovarien fortgeschritten ist, in einzelnen Fällen von günstigem Erfolge gekrönt worden, namentlich dann, wenn die Störungen einen gewissen Zusammenhang mit der Menstruation darboten. Allerdings liegen andererseits sichere Anhaltspunkte dafür vor, dass zuweilen der psychische Eindruck der Operation wirksamer war, als der chirurgische Effect derselben, und endlich hat sich gezeigt, dass nur zu häufig jener Erfolg keinen dauernden Bestand hatte. Eine sichere und allseitig anerkannte Fixirung der Indicationen für die Castrationstherapie der Hysterie und namentlich des hysterischen Irreseins ist bisher nicht erreicht worden. Wahrscheinlich dürfte dieselbe im Laufe der Zeit kaum eine andere praktische Bedeutung gewinnen, als diejenige eines ultimum refugium, zu welchem man greifen kann, wenn alle anderen Mittel erschöpft sind, und wenn die Neurose Leben

und Genussfähigkeit in so hohem Grade beeinträchtigt, dass gegenüber der Möglichkeit der Besserung des Zustandes die Unannehmlichkeiten und Gefahren einer Operation in den Hintergrund treten.

Man wird sich daher in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle darauf beschränkt sehen, die Erscheinungen des hysterischen Irreseins nach Möglichkeit zu bekämpfen. Einer besonderen Verbreitung hat sich in dieser Hinsicht bei den leichteren hypochondrischen Formen mit Lähmungen, Schlaflosigkeit, Verdauungsstörungen und starker Abmagerung die Weir Mitchell'sche Mastcur zu erfreuen gehabt, mit um so grösserem Rechte, als sie durch Bekämpfung der genannten Symptome der Hysterie zum Theil auch gleichzeitig die Quellen verstopft, aus denen die Krankheit immer wieder neue Nahrung zieht. Die Erfolge dieser Cur, welche sich allerdings nur für eine gewisse Kategorie empirisch zu eruirender Fälle eignet, sind ganz ausserordentliche; selbst nach 10—20jähriger Dauer schwerer Erscheinungen gelang es doch bisweilen, eine durchgreifende Besserung aller der angeführten Störungen bis zum völligen Verschwinden derselben herbeizuführen.

Leider ist jedoch immerhin die Zahl jener Fälle nur allzu gross, in denen von der Mastcur ein Heilresultat nicht erwartet werden kann. Dahin gehören namentlich die Formen mit sehr ausgeprägten psychischen Störungen, mit denen es der Irrenarzt vor Allem zu thun hat. Abgesehen von denjenigen therapeutischen Massregeln, welche durch die intercurrenten psychischen Gleichgewichtsschwankungen selbst gefordert werden, wird man indessen auch hier auf eine Verbesserung der allgemeinen Körperconstitution durch die Sorge für zweckmässige Ernährung, durch ausreichende Bewegung in frischer Luft und genügenden Schlaf sein Augenmerk zu richten haben. Weiterhin wird man durch Bäder mit kühlen Ueberrieselungen, durch Massage, allgemeine Faradisation und gelegentlich auch durch galvanische Behandlung den Körper zu kräftigen und so manche der quälenden Empfindungen zu beseitigen im Stande sein. Von Medicamenten kommt als Beruhigungs- und Schlafmittel namentlich das Bromkalium in Betracht, ferner

bei der gewöhnlich anaemischen Körperconstitution das Eisen und zur Coupirung leichter „Anfälle“ die *Tinctura valerianae*, *Aqua laurocerasi* u. dergl. Ausserdem können auch noch manche der übrigen Schlafmittel hier und da in Frage kommen. Die Krampfanfälle und die Dämmerzustände lassen sich durch kalte Uebergiessungen oder durch den faradischen Pinsel nicht selten wesentlich abkürzen.

Den bei weitem wichtigsten Theil der Behandlung Hysterischer bildet indessen die psychische Einwirkung. Sehr häufig liegen in der Umgebung der Kranken, wie sie sich von selber oder unter deren Einflusse gestaltet hat, oder in der ganzen Lebensführung Schädlichkeiten, welche immer von Neuem das Entstehen der krankhaften Erscheinungen begünstigen. In allen schwereren Fällen kann daher eine Cur Hysterischer erfolgreich nur dann durchgeführt werden, wenn sie vollständig aus ihren bisherigen Verhältnissen entfernt und bedingungslos in die Hände des Arztes gegeben werden. Nichterfüllung dieser wichtigsten Voraussetzung führt fast regelmässig zu Misserfolgen. Für die weitere psychische Einwirkung lassen sich allgemeine Vorschriften kaum entwerfen, da sie sich in jedem Falle der besonderen Eigenthümlichkeit der Kranken anzupassen hat. Vor Allem ist es nothwendig, sich das unerschütterliche Vertrauen und damit die unerlässliche Autorität über die Kranke zu verschaffen, ein Ziel, welches nicht durch barsches und rechthaberisches Entgegentreten, sondern nur durch ruhiges, ernstes, aber stets wohlwollendes und nicht kleinliches Festhalten an dem einmal formulirten Behandlungsplane erreicht wird. Das feste Vertrauen der Kranken, dass ihr geholfen werden wird, ist das mächtigste therapeutische Hilfsmittel in der Hand des Arztes und lässt ihn oft genug durch die unbedeutendsten, ja scheinbar unsinnigsten Eingriffe die weittragendsten Erfolge erringen. Seinem Tacte und seiner persönlichen Gewandtheit ist somit hier ein Spielraum überlassen, wie bei keiner anderen Form psychischer Erkrankungen.

C. Das epileptische Irresein.

Ungleich tiefer, als die Neurasthenie und Hysterie, pflegt die epileptische Neurose in das Seelenleben des Menschen einzugreifen. Zwar ist uns aus der Geschichte bekannt, dass eine Reihe historischer Grössen, namentlich Feldherrn und Religionsstifter (Cäsar, Narses, Napoleon I., Mahomet) an Epilepsie gelitten haben, allein diese Fälle sind als seltene Ausnahmen zu betrachten, denen die ungeheure Masse jener armen Kranken gegenübersteht, welche durch die Epilepsie der psychischen Degeneration entgegengeführt werden. Zudem lassen sich auch bei jenen hervorragenden Individuen fast immer wenigstens einzelne Züge nachweisen, welche auf eine gewisse Verwandtschaft mit dem klinischen Bilde des epileptischen Irreseins hindeuten.

Die häufigste und am meisten charakteristische Veränderung, welche die Epilepsie allmählich im Menschen zu erzeugen pflegt, ist eine erhöhte gemüthliche Reizbarkeit mit der Neigung zu heftigen Affectausbrüchen und unüberlegten, brutalen Gewaltthatigkeiten. Die Kranken sind überaus empfindlich, können eine ihnen vermeintlich oder wirklich zugefügte Beleidigung sehr lange Zeit hindurch nicht wieder vergessen und suchen sich dafür in irgend einer Weise zu rächen. Ganz besonders leicht treten förmliche Wuthparoxysmen auf, wenn sie sich unter dem Einflusse des Alkohols befinden, der ja ohnedies die triebartige Entladung von Affectzuständen in hohem Masse begünstigt.

In innigem Zusammenhange mit dieser Degeneration des Charakters steht eine ebenso allmählich sich herausbildende Abschwächung der Intelligenz. In leichten Fällen allerdings tritt diese Störung oft wenig hervor, ja sie kann sogar vollkommen fehlen; allein bei schwerer und länger dauernder Epilepsie wird man sie doch nur selten vermissen. Während die Besonnenheit und der Zusammenhang des Gedankenganges vollständig erhalten bleibt, während das äussere Benehmen ein durchaus geordnetes ist und sogar bisweilen eine eigenthümlich pedantische Cultivirung

der Verkehrsformen zeigt, stellt sich der epileptische Schwachsinn als eine fortschreitende Verarmung des Vorstellungsschatzes dar. Das Gedächtniss für vergangene Zeiten leidet in erheblichem Masse; eine grosse Zahl von Erfahrungen des früheren Lebens geht dem Kranken spurlos wieder verloren, und nur diejenigen Vorstellungskreise bleiben sein dauerndes Eigenthum, die sich durch immerwährende Wiederholung fest und unverrückbar fixirt haben. Bei sehr hochgradiger Ausbildung des epileptischen Schwachsinn kann schliesslich die Fähigkeit, neue Erfahrungen zu sammeln, vollständig verloren gehen, so dass der Kranke nur noch über einen kleinen, allmählich immer mehr einschrumpfenden Vorrath von Ideen verfügt. Im Gegensatze zu anderen Formen des erworbenen Schwachsinn ist er jedoch im Stande, sich innerhalb dieses kleinen Kreises von Vorstellungen noch klar und zusammenhängend zu bewegen, wenn es sich auch dabei zumeist nur um die Wiederholung stereotyp gewordener Gedankengänge und Wendungen handelt.

Es ist natürlich, dass bei dieser Reduction des Vorstellungsschatzes nach und nach die Bedeutung des eigenen Ich in der Weltanschauung der Kranken ausserordentlich anwachsen muss. So kommt es, dass die Kranken, je weiter der Schwachsinn gediehen ist, um so mehr in ihrem Selbstgefühle wachsen, und dass schliesslich der Inhalt ihrer Reden sich wesentlich auf die Lobpreisung der eigenen Person und alles dessen, was mit ihr zusammenhängt, namentlich auch der übrigen Familienmitglieder, beschränkt. Ausserdem sind es religiöse Vorstellungen, welche mit ungemainer Vorliebe cultivirt zu werden pflegen. Sei es, dass bisweilen eigenthümliche, mit den Anfällen verbundene Sensationen die Idee einer göttlichen Beeinflussung nahe legen, sei es, dass bei den hilflosen Kranken die Idee einer Erlösung durch übernatürliche Macht einen besonders günstigen Boden findet — sehr häufig glauben sie, zum Himmel in einem vorzugsweise innigen Verhältnisse zu stehen, und hoffen mit voller Zuversicht, durch die göttliche Gnade von ihrem Leiden befreit zu werden.

Fast noch wichtiger und in vieler Beziehung interessanter, als diese chronische psychische Degeneration der

Epileptiker, sind jene acuten Alienationen, welche als Episoden zeitweilig den gewöhnlichen Fluss der psychischen Functionen durchbrechen. Zunächst ist bekanntlich der epileptische Krampfanfall regelmässig von einer tiefen Bewusstseinsstörung begleitet. Die Apperception äusserer Eindrücke und der Vorstellungsverlauf stocken, und an Stelle der Willenshandlungen treten automatische, unwillkürliche Muskelcontractionen (tonische und klonische Krämpfe). Weiterhin aber können diese Krampfbewegungen in dem Bilde des epileptischen Anfalles auch vollkommen fehlen, so dass einzig die Bewusstseinsstörung den wesentlichen Zug desselben ausmacht (psychische Epilepsie). Uebergangsformen bilden jene Fälle, in denen sich der Krampf nur durch ein leichtes Verdrehen der Augen, rasch vorübergehende starre Haltung gerade noch andeutet. Die einfachsten Erscheinungen der psychischen Epilepsie sind leichte Schwindelanfälle (*petit mal*), Schlafparoxysmen oder momentane Bewusstlosigkeit (*Eklipsis*, *absence*). Im letzteren Falle bricht der Kranke vielleicht plötzlich in seiner Beschäftigung, in der Unterhaltung ab und verharret regungslos in der eingenommenen Position, um nach wenigen Secunden ohne Bewusstsein des Vorgefallenen fortzufahren, als ob nichts geschehen wäre. Bisweilen gehen diesen verschiedenartigen, meist sehr kurz dauernden Anfällen auraähnliche Empfindungen voran.

Wo die Bewusstseinsstörung des epileptischen Anfalles bei geringerer Intensität eine grössere zeitliche Ausdehnung gewinnt, da treten bisweilen schon vor dem Beginne der Krämpfe, am häufigsten jedoch im Anschlusse an dieselben eigenthümliche Dämmerzustände hervor, die man wol als *prae-* oder *post-epileptisches Irresein* bezeichnet. In der Mehrzahl der Fälle beschränkt sich dasselbe auf eine leichte, rasch vorübergehende Benommenheit. Die Kranken verstehen die an sie gerichteten Fragen nicht und vermögen nicht zu antworten; sie wissen nicht recht, wo und in welcher Situation sie sich befinden, und begehen mannigfache verkehrte und unzweckmässige Handlungen, suchen sich zu entkleiden, machen Gehbewegungen, wie um eine Treppe zu ersteigen, stecken allerlei erreichbare Gegenstände in

die Tasche. Unzweifelhaft finden dabei nicht selten lebhafteste Sinnestäuschungen statt. Auf dem Gebiete der psychischen Epilepsie entsprechen diesen Störungen ebenfalls kurze Anfälle von traumhaften Hallucinationen oder von momentaner Verwirrtheit mit verkehrten Handlungen, zusammenhangslosen Reden u. s. f., aus denen die Kranken nach kurzer Zeit ohne Erinnerung an das Vorgefallene wie aus einem Traume erwachen, sehr verwundert, sich in der inzwischen entstandenen Situation wiederzufinden. Ein junges Bauernmädchen lief in solchem Anfalle beim Mähen in einen Bach, dabei immer noch mechanisch die Bewegung des Mähens fortsetzend. Später legte sie in einem ähnlichen Zustande zweimal Feuer an (sehr häufig bei jugendlichen Epileptikern!) und verübte eine Reihe von Diebstählen, indem sie alle Gegenstände, die ihr unter die Hände kamen, in einen versteckten Winkel zusammentrug. Nicht so selten geben derartige Zustände bei Soldaten Veranlassung zu ärztlichen Explorationen, da in ihnen leicht Insubordinationsvergehen begangen werden.

Wie beim hysterischen Irresein, so begegnen wir auch hier Dämmerzuständen, welche als „Nachtwandeln“ bezeichnet zu werden pflegen. Leichtere Formen des Somnambulismus (lautes Sprechen im Schlaf, Aufrichten und lebhafteste Bewegungen im Bette) kommen allerdings zweifellos auch ohne epileptische Grundlage bei nervös disponirten und namentlich jugendlichen Individuen zur Beobachtung; bei Epileptikern dagegen gewinnen diese Erscheinungen eine ganz besondere Ausbildung. Die Handlungen der Kranken sind, gerade wie bei den hysterischen Dämmerzuständen, gewöhnlich sehr einfache, durch vielfache Gewöhnung eingeübte; sie stehen auf aus ihrem Bette, gehen im Zimmer oder im Hause herum, zünden Licht an, schliessen Thüren auf und zu u. dergl., um sich dann nach kurzer Zeit (einige Minuten bis $\frac{1}{2}$ Stunde) meist wieder ruhig ins Bett zu legen. Die Augen sind dabei geschlossen oder halb geöffnet, starr. Die Wahrnehmung der Aussenwelt ist sehr beschränkt; es werden nur diejenigen Objecte bemerkt, die der Kranke gerade vor sich hat; alles Uebrige entgeht demselben. So kommt es, dass der Nachtwandler sich nur mit

solchen Gegenständen zu beschäftigen pflegt, die sich an ihrem gewohnten Platze befinden; ein wirkliches planmässiges „Suchen“ ist in diesem Zustande nicht möglich. Vielfach wird die Wahrnehmung sicherlich durch Apperceptionsillusionen verfälscht; der Nachtwandler, der durch das Fenster steigt, hält dieses für eine Thür u. s. f.

Die Bewegungen tragen meist den Charakter des Automatenhaften an sich, gehen aber zweifellos oft aus Bewusstseinsvorgängen hervor, da sie in der Vermeidung und Ueberwindung von Hindernissen bisweilen die Spuren einer, wenn auch nur dunklen, Ueberlegung verrathen. Die Sicherheit, mit welcher Nachtwandler sich manchmal in schwierigen Situationen, bei Wanderungen auf Dächern, bewegen, erklärt sich lediglich aus der unvollkommenen Auffassung ihrer Lage, welche ihnen die Gefährlichkeit derselben nicht zum Bewusstsein kommen lässt und somit die Entstehung der ängstlichen Affecte hindert, durch die ja unsere Unsicherheit bei schwindelerregenden Passagen bedingt wird. In seltenen Fällen erheben sich die Leistungen von Nachtwandlern über diese einfachen Vorgänge hinaus zu höheren psychischen Verrichtungen. Es werden Beispiele erzählt, in denen man mit derartigen Individuen lange Gespräche über gleichgültige Dinge führen konnte, in denen Gedichte angefertigt, Recepte ausgeführt und Aufgaben gelöst wurden. Die Analogie mit den hypnotischen Dämmerzuständen liegt hier sehr nahe.

Meist genügt schon ein blosses Anreden, besonders die Namensnennung (Hervortreten des Selbstbewusstseins), um den Nachtwandler aus seinem Zustande zu erwecken, sicher aber Anspritzen mit kaltem Wasser und ähnliche stärkere Reize. Aus naheliegenden Gründen muss man sich hüten, das Erwachen in irgend einer gefährlichen Situation herbeizuführen, weil die sich sofort einstellenden lebhaften Affecte dem Gefährdeten die Sicherheit der Bewegung alsbald rauben. Ausgedehntere Anfälle von Somnambulismus machen sich am nächsten Morgen beim Erwachen gewöhnlich durch das Gefühl einer gewissen Ermattung und Abgeschlagenheit bemerklich. Dabei ist die Erinnerung an die ausgeführten Handlungen vollständig erloschen und kann

selbst durch die Wahrnehmung ihrer unzweifelhaften Spuren meist nicht wieder erweckt werden.

Vielleicht ebenfalls, zum Theil wenigstens, auf epileptische Grundlage zurückzuführen sind jene vereinzelt beobachtungen, in denen bei plötzlichem Erwachen aus dem Schlafe eine mehr oder weniger lange Andauer der Bewusstseinstrübung mit illusionärer Verfälschung der Wahrnehmung besteht. Die Erwachenden glauben sich, vielleicht im Fortspinnen von Traumvorstellungen, in grosser Gefahr und begehen in ihrer ängstlichen Verwirrung bisweilen äusserst gefährliche Handlungen. Die forensische Bedeutung derartiger Zustände liegt auf der Hand.

Die Berechtigung, diese letzterwähnten Zustände den epileptischen zuzurechnen, lässt sich vor Allem aus der grossen Aehnlichkeit herleiten, welche dieselben mit dem epileptischen Stupor, den höchsten Graden der Bewusstseinsstörung, darbieten. Die Kranken zeigen dabei einen ängstlichen, gereizten Gesichtsausdruck, sprechen kein Wort oder machen höchstens einzelne abgerissene, zusammenhangslose Aeusserungen; sie werden ganz von zahlreichen Trugwahrnehmungen beherrscht, die eine klare Auffassung ihrer wirklichen Lage verhindern. Meist ist der Bewusstseinsinhalt ein schreckenerregender, grauenvoller; der Patient wähnt sich von grässlichen Gefahren umgeben, fürchtet gefoltert, hingerichtet, lebendig begraben zu werden und Aehnliches. Bisweilen finden sich indessen gleichzeitig auch heitere, den Kranken beglückende Vorstellungen und Gefühle, die Idee, sich im Himmel zu befinden, mit Gott, der Majestät zu verkehren, Christus zu sein.

Von der grössten forensischen Wichtigkeit wird der epileptische Stupor, der auch als selbständiger, „psychischer“ Anfall auftreten kann, durch die Entwicklung heftiger Angstafecte. Häufig gehen dem Paroxysmus schon einige Zeit (Tage oder Stunden) Verstimmung, abnorme Sensationen, schreckhafte Sinnestäuschungen (bemerkenwerth das Sehen von rothen Gegenständen, Flammen u. s. f.) und Benommenheit voraus, bis dann, meist ziemlich plötzlich, die Angst losbricht. Der Kranke, der sich von Teufeln, Gespenstern, wilden Thieren, grossen Volksmassen umgeben

sieht, die oft concentrisch gegen ihn anrücken, geräth in die äusserste Todesangst und Verzweiflung und wird auf diese Weise, um sich den vermeintlichen furchtbaren Gefahren zu entziehen oder sein Leben zu retten, zu impulsiven, wüthenden Gewaltthaten gegen sich und Andere getrieben, die sich durch die rücksichtslose Brutalität ihrer Ausführung auszuzeichnen pflegen. In einem mir bekannt gewordenen Falle war es der Teufel in Gestalt eines schwarzen Hundes, der den Kranken zur unmotivirten, ohne jede Ueberlegung ausgeführten Ermordung seines schlafenden Kameraden veranlasste. Nach einigen Stunden oder Tagen pflegt die Angst zu weichen; meist bleibt noch einige Zeit eine leichte Verworrenheit und Benommenheit zurück. Die Erinnerung an das Geschehene kann während des Anfalles, wie in dem erwähnten Falle, noch ziemlich klar sein, schwindet aber später rasch und zwar entweder vollständig oder nur theilweise, so dass der Kranke sich auf einzelne Erlebnisse bisweilen noch zu besinnen vermag, während ihm andere gänzlich entfallen sind. Diese Erfahrung fordert zu grosser Vorsicht in der forensischen Beurtheilung derartiger Fälle auf. Scheint doch der Verdacht einer Simulation ausserordentlich nahe zu liegen, wenn ein anfangs zu Protokoll gegebenes Geständniss von dem Thäter weiterhin vollständig widerrufen wird! Hingewiesen sei hier nur auf den Umstand, dass es uns bekanntlich mit unseren Träumen sehr häufig ganz ähnlich ergeht; wir vermögen sie unmittelbar nach dem Erwachen noch zu reproduciren, während sie später unserem Gedächtnisse völlig entswinden. Selten kommt es bei den hier besprochenen Krankheitszuständen auch vor, dass in einem späteren Anfalle die Erinnerung an Dinge wieder auftaucht, die inzwischen aus dem Gedächtnisse verloren gegangen waren.

Eine chronischer verlaufende Form der epileptischen Dämmerzustände ist das postepileptische räsonnirende Delirium. Die Bewusstseinstrübung ist hier weniger intensiv, so dass die Kranken äusserlich fast ganz besonnen erscheinen. Dennoch aber wird die Auffassung der Aussenwelt sehr stark beeinträchtigt; mannigfache illusorische und

hallucinatorische Trugwahrnehmungen spiegeln dem Kranken imaginäre Gefahren vor; meist sind auch gleichzeitig Grössenideen vorhanden. Trotzdem er auf einfache Fragen ganz zutreffende, oft freilich auch mit deliriösen Elementen durchsetzte Antworten giebt, lässt doch sein ganzes Benehmen eine gewisse Benommenheit und Desorientirtheit erkennen. Er ist in gereizter, meist etwas ängstlicher, selten auffallend heiterer Stimmung und begeht oft genug auch plötzliche unmotivirte Gewaltthaten auf Grund von verschiedenartigen Wahnideen, die indessen meist nicht näher geäußert werden. In anderen Fällen, namentlich solchen von psychischer Epilepsie, wird das Bewusstsein erfüllt durch ein traumartig phantastisches Delirium mit Wahnideen, Personenverkenning, Sinnestäuschungen von häufig religiöser Färbung (Weltuntergang, jüngstes Gericht), während dessen der Kranke bei scheinbarer Besonnenheit eine Menge unsinniger, zweckloser, ja verbrecherischer Handlungen (weite Reisen, Diebstähle, Brandstiftung, Auflehnung gegen die Staatsgewalt, Sittlichkeitsverbrechen) begehen kann, ohne irgend welche Einsicht in die Bedeutung derselben zu besitzen. Solche Zustände können Wochen, ja eine Anzahl von Monaten dauern; es können sich auch mehrere, durch kurze Intervalle getrennte Anfälle aneinander reihen.

Die leichteren Formen des epileptischen Irreseins, speciell des epileptischen Schwachsinn, sind überaus häufige Erkrankungen. Als die wichtigsten Ursachen der Epilepsie müssen in erster Linie krankhafte Anlage oder Gehirnaffectationen in jugendlichem Lebensalter, weiterhin aber namentlich Kopfverletzungen und der Alkoholismus betrachtet werden. Die höchsten Grade des epileptischen Schwachsinn pflegen sich dann zu entwickeln, wenn die Neurose bereits in den ersten Lebensjahren auftritt; die psychische Ausbildung des jugendlichen Individuums bleibt dann häufig auf den allerniedersten Stufen stehen, ein Verhalten, welches natürlich weniger durch die Epilepsie selber, als vielmehr durch die ihr zu Grunde liegende pathologische Veränderung des Gehirns bedingt wird.

Weiterhin scheint die Schwere und die Häufigkeit der Krampfanfälle in einem gewissen Zusammenhange mit

der Intensität der psychischen Degeneration zu stehen. Dasselbe Moment begünstigt auch das Auftreten der postepileptischen Dämmerzustände, welche ganz besonders gern nach Serien von starken Krampfanfällen zur Ausbildung kommen. Gewöhnlich schliesst sich die psychische Störung unmittelbar an dieselben an; seltener gelangt sie erst nach einigen Tagen zur vollen Entwicklung. Im Gegensatze zu diesen postepileptischen Zuständen pflegen sich die psychisch epileptischen Anfälle mit den leichteren Krampfformen zu vergesellschaften.

Die Dauer der epileptischen Geistesstörungen ist, abgesehen natürlich von dem chronischen Zustande des Schwachsinns, in der Regel eine kurze. Sie beträgt oft nur einige Minuten oder Stunden, seltener Tage, Wochen oder selbst Monate, letzteres besonders bei den Fällen mit geringerer Bewusstseinstrübung. Die Lösung des Zustandes vollzieht sich bisweilen durch einen Krampfanfall, einen tiefen Schlaf, aus dem der Kranke mit klarem Bewusstsein erwacht, oder ganz allmählich unter fortschreitender Rückkehr der Besonnenheit, namentlich bei längerer Dauer der ganzen Störung. Der Kranke kann hier unter Umständen schon gesund erscheinen, während er in Wirklichkeit noch sehr benommen und von mannigfachen Verfälschungen der Auffassung beherrscht ist, ein Verhalten, welches sich dann nachträglich erst bei vollkommener Genesung herausstellt. Die Erinnerung an die Zeit des krankhaften Zustandes ist fast immer völlig erloschen oder doch sehr getrübt und verworren; nur selten sind die Kranken im Stande, klare Auskunft über ihre psychischen Erlebnisse zu geben.

Die Prognose des epileptischen Irreseins ist hinsichtlich der episodischen Störungen insofern eine durchaus günstige, als der einzelne Anfall regelmässig in Genesung übergeht, sobald nicht etwa körperliche Complicationen oder ein Selbstmord den tödtlichen Ausgang herbeiführen. Sehr gewöhnlich indessen kehren früher oder später ähnliche Zustände wieder; die leichteren und leichtesten Formen pflegen sich sogar bisweilen regelmässig an alle Krampfanfälle anzuschliessen. Die ausgeprägteren und länger dauernden Bewusstseinstrübungen sind im Ganzen relativ selten; sie können unter Umständen auch wol nur einmal im Leben

oder in jahrelangen Zwischenpausen hervortreten. Der epileptische Schwachsinn ist selbstverständlich unheilbar.

Die Diagnose des epileptischen Irreseins bereitet keine nennenswerthen Schwierigkeiten, sobald man Gelegenheit hat, das Vorhandensein der charakteristischen Krampfparoxysmen festzustellen, deren unterscheidende Eigenthümlichkeiten wir bei Besprechung der hysterischen Anfälle bereits aufgeführt haben. Allein die Fälle sind nicht zu selten, in denen weder die Anamnese, noch die eigene Beobachtung über das Vorhandensein derartiger epileptischer Krämpfe genügende Klarheit zu schaffen vermag, während doch die psychische Störung mit der einleitenden Aura, der tiefen Bewusstseinstrübung, der Mischung von verworrenen Verfolgungs- und Grössenideen, namentlich religiösen Inhalts, der Planlosigkeit und Brutalität der Handlungen und dem abrupten Verlaufe die Annahme einer epileptischen Basis nahe legt. Allerdings gelingt es immerhin in einer Anzahl von Fällen, bei genauerer Nachforschung dennoch manche leicht übersehene Anhaltspunkte aufzufinden, welche zur Bestätigung jener Vermuthung dienen können, das Vorkommen einzelner Schwindel-, Ohnmachts- oder Angstanfälle, ferner Anzeichen, welche auf nächtliche Paroxysmen hinweisen, zeitweises Bettnässen, Zungenverletzungen, das gelegentliche Gefühl starker Abspannung oder heftiger Kopfschmerzen am Morgen. Endlich muss auch die typische symptomatische Uebereinstimmung öfter sich wiederholender Dämmerzustände als ein wichtiges Moment für die Diagnose der Epilepsie herangezogen werden.

Allein selbst nach Abrechnung aller derjenigen Fälle, in denen man an der Hand der aufgeführten Gründe zur Diagnose des epileptischen Irreseins geführt wird, bleiben noch eine Reihe von Beobachtungen übrig, welche zwar eine grosse Analogie mit jenen Formen aufweisen, im Uebrigen aber durchaus keinen Zusammenhang mit wirklicher Epilepsie erkennen lassen. Einige Forscher, vor Allem der um die Kenntniss der epileptischen Psychosen so sehr verdiente Samt*), sind soweit gegangen, auch hier ohne Wei-

*) Archiv f. Psychiatrie, V u. VI.

teres aus theoretischen Gründen eine epileptische Ursache vorauszusetzen. Der psychisch epileptische Anfall wurde von Samt gewissermassen als ein Aequivalent des Krampfparoxysmus betrachtet, und jene zweifelhaften Formen waren ihm daher nichts Anderes, als eine Epilepsie, bei welcher sämtliche Krampfanfälle in psychisch-epileptische Aequivalente umgewandelt sind. Wie man sieht, hängt die Entscheidung dieser Frage wesentlich davon ab, wie weit man den Begriff der Epilepsie über die einfache Neurose hinaus auszudehnen geneigt ist.

Die Behandlung des epileptischen Irreseins hat im Gegensatze zu den früher besprochenen allgemeinen Neurosen nur einen geringen Spielraum. Freilich wird durch die causale Behandlung der Epilepsie, namentlich durch die Anwendung der Bromsalze, naturgemäss auch die Häufigkeit der Anfälle und damit der an sie geknüpften Dämmerzustände im Allgemeinen vermindert. Allein abgesehen davon, dass wir im Brom fast niemals ein heilendes, sondern lediglich ein symptomatisches Mittel vor uns haben, pflegen sich nicht selten nach dem Aussetzen desselben die Krämpfe und mit ihnen häufig auch die psychischen Störungen zunächst wesentlich zu verschlimmern. Ausserdem sah ich zweimal gerade unter dem Einflusse des Bromkalium einen wahren Status epilepticus sich entwickeln, der erst nach Ersetzung des Mittels durch Atropin wieder schwand, und endlich wurden in einem von mir beobachteten Falle zwar die Anfälle durch das Bromkalium vorübergehend beseitigt, doch stellten sich statt ihrer höchst intensive Aufregungszustände mit leichter Bewusstseinstrübung ein, welche mich die Krämpfe zurückwünschen und die eingeleitete Cur aufgeben liessen.

Auf der anderen Seite ist es zweifellos vielfach möglich, durch sehr energische Brombehandlung (12—15 gr pro die) den Verlauf epileptischer Psychosen nicht nur wesentlich zu mildern und abzukürzen, sondern auch die Häufigkeit psychischer Anfälle herabzusetzen. Beides habe ich vor Kurzem Gelegenheit gehabt, an einem Falle zu constatiren, in dem nur zweimal Ohnmachten, dagegen seit Jahren fast alle 6—10 Wochen Dämmerzustände aufgetreten

waren. Von den ersten Anzeichen bis zum Ende des nunmehr auffallend leicht und rasch verlaufenden Anfalles hatte ich hohe Dosen Bromkalium gegeben, um dann allmählich mit der Gabe herunter zu gehen und ganz abzubrechen. Seit dem zweiten (und zugleich letzten) so behandelten Paroxysmus sind nunmehr bereits sieben Monate ohne Neuerkrankung verflossen. Gegen den epileptischen Schwachsinn ist das Bromkalium wirkungslos; er macht seine langsamen Fortschritte, auch wenn es gelingt, die Anfälle mehr oder weniger vollständig zu unterdrücken.

In symptomatischer Beziehung erheischen die epileptischen Dämmerzustände eine äusserst sorgfältige Ueberwachung der Kranken wegen der imminenten Gefahr, welche dieselben für sich und ihre Umgebung repräsentiren. Vielleicht ist das Hyoscin berufen, hier eine wichtige coupirende Rolle zu spielen; leider treten diese Störungen meist so plötzlich und unvorhergesehen auf, dass ein ärztliches Eingreifen nur sehr selten rechtzeitig möglich ist. Häufige Wiederkehr gefahrdrohender Dämmerzustände macht ebenso wie der reizbare Schwachsinn die Unterbringung der Epileptiker in eine für ihre Bedürfnisse und Eigenart eingerichtete Verpflegungsanstalt nothwendig. Der humanen Fürsorge gerade für diese bemitleidenswerthen Kranken harren noch eine Reihe von grossen und ungelösten Aufgaben.

IX. Die chronischen Intoxikationen.

Die Zahl derjenigen Gifte, welche bei dauernder Einwirkung auf den Organismus Störungen des Nervensystems und speciell auch der psychischen Functionen herbeizuführen vermögen, ist eine sehr grosse. Hervorragende praktische Bedeutung haben indessen nur diejenigen unter ihnen erlangt, welche als Genussmittel, zur Erzeugung euphorischer Zustände, in Anwendung gezogen werden, da nur bei ihnen in der Wirkung des Mittels selbst die Anreizung zu häufiger Herbeiführung derselben gelegen ist. Vor Allem aber sind es jene Gifte, deren Aussetzen unangenehme Störungen im Organismus, sog. „Abstinenzerscheinungen“ hervorruft, welche eine mit jeder Wiederholung sich steigernde und schliesslich zur unbezwinglichen Leidenschaft werdende Neigung erzeugen, immer von Neuem den verderblichen Reiz einwirken zu lassen, der für den behaglichen Ablauf der Lebensfunctionen bereits unentbehrlich geworden ist. Wie die anthropologische Forschung lehrt, giebt es kaum ein einziges Volk, welches nicht durch irgend ein derartiges, gewohnheitsmässig consumirtes Genussmittel sich über die kleinen Sorgen und Mühen des Daseins hinwegzutäuschen verstände, und die Mannigfaltigkeit dieser giftigen Quellen des Wohlbehagens ist daher eine merkwürdig reiche. Für unsere psychiatrische Erfahrung kommen indessen naturgemäss nur einige wenige derartige Mittel in Betracht, von denen sich als die bei weitem wichtigsten der Alkohol, das Morphinum und das Cocain präsentiren.

A. Der Alkoholismus.

Die nächste Veränderung, welche die acute Alkoholvergiftung, der Rausch, auf dem Gebiete des Seelenlebens herbeiführt, ist eine Beschleunigung der psychischen Vorgänge, namentlich der Willensbewegungen (Erleichterung der motorischen Uebertragung), welche zumeist nicht auf eine directe Anregung, sondern auf einen Wegfall centraler Hemmungen zurückgeführt wird. An dieses erste Stadium schliesst sich sehr bald ein zweites an, welches hauptsächlich durch die verlangsamte und erschwerte Auffassung äusserer Eindrücke charakterisirt ist. Symptomatisch drücken sich diese beiden Phasen, aus einerseits in dem Gefühle der erhöhten Leistungsfähigkeit, in der grösseren Lebhaftigkeit, der Neigung zu allerlei unmotivirten, unüberlegten und zwecklosen, ja impulsiven Handlungen, andererseits in der Unfähigkeit zu dauernder Anspannung der Aufmerksamkeit und genauer Verfolgung eines schwierigeren Gedankenganges, sowie weiter in der Kritiklosigkeit gegen eigene und fremde Leistungen. Bei noch weitergehender Vergiftung verliert der Trinker immer mehr die Herrschaft über seine Willenshandlungen, wie über seinen Vorstellungsverlauf; es treten Coordinationsstörungen (lallende Sprache, Schwanken) und endlich völlige Lähmung, Verwirrtheit und gänzliche Bewusstlosigkeit auf. Dieser regelmässige Ablauf des Rausches kann in sehr erheblicher Weise Modificationen erfahren dort, wo nicht ein normales, rüstiges, sondern ein weniger widerstandsfähiges, durch irgend welche Momente „prädisponirtes“ Gehirn von demselben betroffen wird. Hier gelangen dann bisweilen die sog. pathologischen Rauschzustände zur Beobachtung, die sich namentlich durch das Auftreten heftiger affectiver Erregung mit tiefer Bewusstseinsstörung und der Neigung zu impulsiven Gewaltacten (Mord, Selbstmord) auszeichnen.

Manche dieser kurz skizzirten Züge finden wir wieder in dem psychischen Krankheitsbilde des chronischen Alkoholismus. Das wesentlichste, die Situation von Anfang an beherrschende Symptom ist hier das allmähliche Schwin-

den jener constanten Motive des Handelns, die man als „moralischen Halt“, „Charakter“ zusammenzufassen pflegt. Das Individuum verliert mehr und mehr die Fähigkeit, nach feststehenden Grundsätzen zu handeln, und wird auf diese Weise zum willenlosen Spielball augenblicklicher Antriebe und Versuchungen. So kommt es, dass die mächtigen Motive der Ehrliebe, der Gatten- und Kindesliebe, der Scham nach und nach ihre Wirkung auf ihn verlieren gegenüber den unmittelbaren Verlockungen momentaner Begierden, namentlich der immer unbezwinglicher werdenden Neigung zum Alkohol. Trotzdem er immer und immer wieder den festen Entschluss fasst, dem Alkohol, den er mehr oder weniger klar als die Quelle seines physischen, moralischen, socialen und ökonomischen Ruins erkennt, definitiv und für immer zu entsagen, trotzdem er unaufgefordert seine guten Vorsätze mit den heiligsten Versprechungen und Schwüren bekräftigt und sich beleidigt fühlt, wenn man leise Zweifel an der Aufrichtigkeit derselben äussert, genügt doch ausnahmslos oder fast ausnahmslos bereits die erste beste Gelegenheit, um den schwachen Willen zu überwältigen und alle die auf Sand gebauten Vorsätze ohne Weiteres über den Haufen zu werfen. Ist es doch gerade das durch den Alkohol hervorgerufene Gefühl erhöhter Leistungsfähigkeit, das den Kranken über den Zustand reuevoller Ernüchterung hinwegführt und ihn das Elend seiner ganzen Lage wieder für einige Zeit vergessen lässt. In Folge dieser immer wiederholten Siege der wachsenden Leidenschaft über das sich abstumpfende Pflichtgefühl schreitet die sittliche Depravation des Trinkers mit Riesenschritten fort und vernichtet sehr bald jede Möglichkeit einer Wiederherstellung der früheren Selbstbeherrschung. Hand in Hand mit dem Verluste des moralischen Haltes geht die Neigung zu raschen Gewaltacten und brutalen Handlungen, Misshandlungen der Angehörigen, unmotivirten Zerstörungen u. dergl.

In bemerkenswerthem Gegensatze zu der Rücksichtslosigkeit und Heftigkeit des Trinkers in seinen häuslichen Verhältnissen steht die Gefügigkeit und Lenksamkeit desselben bei längerer Enthaltbarkeit, unter dem Drucke äusseren Zwanges in der Irrenanstalt, im Gefängnisse u. s. w.

Dem Unerfahrenen erscheint es oft vollkommen unbegreiflich, wie es denn möglich war, dass der anscheinend so ruhige und gutmüthige Mensch in der Freiheit so rohe und unsinnige Gewaltacte begehen konnte. Offenbar spiegelt sich in diesem Verhalten der vollständige Mangel an wirklicher Energie beim Trinker wieder. Die Arbeitsfähigkeit zeigt regelmässig eine sehr bedeutende Abnahme, nicht nur weil häufige Räusche die Continuität der Beschäftigung durchbrechen, sondern namentlich auch, weil der Trinker zu jeder nachhaltigen und länger dauernden Anstrengung seiner physischen und psychischen Kräfte unfähig geworden ist.

Etwas später, als die bisher besprochenen Störungen, aber niemals gänzlich fehlend, entwickelt sich beim Alkoholisten eine allmähliche Abschwächung der Intelligenz. Die psychische Leistungsfähigkeit nach dieser Richtung hin, die Auffassung und Verarbeitung neuer Eindrücke, wie die Reproduction, beginnt mehr und mehr zu leiden. Stillstand, dann Rückgang der intellectuellen Entwicklung, Schwäche des Gedächtnisses, Verarmung des Vorstellungsschatzes und Verengerung des Gesichtskreises sind die unausbleiblichen Folgen. In nahem Zusammenhange mit diesen Veränderungen steht das Hervortreten egoistischer Anschauungen und Bestrebungen, sowie die Verfälschung der äusseren Auffassung durch kritiklos assimilirte subjective Elemente (Wahnideen), ein Vorgang, der durch die Häufigkeit wirklicher Sinnestäuschungen bei Alkoholikern ausserordentlich begünstigt wird.

Vor Allem ist in dieser Richtung bemerkenswerth die Thatsache, dass kein Trinker jemals sich selber irgend welche Verschuldung an seiner Trunksucht beizumessen geneigt ist. Viele stellen überhaupt trotz der beweisendsten Anzeichen das Potatorium schlankweg in Abrede und suchen die allenfalls gelegentlich genossenen Alkoholquantitäten als äusserst harmlos und in bedeutend verkleinertem Massstabe hinzustellen; sie weisen namentlich darauf hin, dass sie niemals oder doch nur sehr selten wirklich „betrunken“ gewesen seien, eine Beweisführung, welche selbst bei Voraussetzung völliger Glaubwürdigkeit angesichts der

sehr subjectiven Kriterien und sehr verschiedenen Empfindlichkeit gegen den Alkohol selbstverständlich nur geringen Werth hat. Andere geben zwar mit einigen Umschweifen ihre Alkoholexcesse zu, stellen dieselben jedoch als absolut nothwendig, durch ihre besonderen Lebensverhältnisse bedingt dar. Es ist interessant, zu sehen, wie kein einziger Beruf sich völlig unfruchtbar an zwingenden Motiven für den Alkoholgenuss erweist. Während den Schmied, den Schlosser, den Glasarbeiter die Hitze des Feuers zur Schnapsflasche treibt, thut beim Droschkenkutscher, beim Nachtwächter die nächtliche Kälte denselben Dienst; die Ziegelarbeiter finden beim Kneten in der Nässe, die Müller und Maurer beim Einathmen des trockenen Staubes ihre Rettung im Trinken, ja ein Angestellter einer Dampfschiffahrtsgesellschaft gab mir an, dass man „in einem so grossen Geschäft“ ohne den Alkohol nicht auskommen könne.

Fast noch häufiger, als durch die Beschäftigung, wird die Trunksucht durch ökonomische und häusliche Verhältnisse motivirt. Bald ist es der Kummer über den Rückgang des Verdienstes, über den Verlust einer Stellung, bald ist es die schlechte Wohnung oder die ungenügende Ernährung, vor Allem aber das unglückliche eheliche Leben, welches den Trinker nach seiner Angabe dem Potatorium in die Arme geführt hat. Regelmässig ergibt sich hier bei genauer Nachforschung, dass der Causalnexus ein umgekehrter gewesen ist, dass die angeblichen Ursachen des Potatoriums in Wirklichkeit als mittelbare oder unmittelbare Folgen desselben angesehen werden müssen.

Der allgemeinen Störungen, welche der chronische Alkoholismus in den verschiedensten Organen des Körpers regelmässig erzeugt, ist bereits früher kurz gedacht worden. Es soll daher an dieser Stelle nur noch einmal auf die nahen aetiologischen Beziehungen des Potatoriums zur Epilepsie hingewiesen werden. Vereinzelte epileptische Krampfanfälle sind bei Trinkern eine überaus häufige Erscheinung, aber auch die Entwicklung einer ganz typischen Epilepsie mit zumeist schweren Krampferscheinungen wird durchaus nicht selten beobachtet. Umgekehrt sieht man häufig, dass die Anfälle der Epileptiker durch das Potatorium in ihrer

Stärke und Häufigkeit erheblich verschlimmert werden, ja die Krämpfe können oft genug sogar direct durch einen Rausch, bisweilen auch schon durch ganz geringe Alkoholgaben, mit der Sicherheit eines Experimentes zur Auslösung gebracht werden.

Die Prognose des ausgeprägten chronischen Alkoholismus ist regelmässig eine sehr trübe. Allerdings werden uns einzelne Fälle berichtet, in denen die Entwöhnung vom Schnaps und damit die Beseitigung der durch ihn erzeugten Störungen glücklich gelang. Allein in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sinkt der Gewohnheitstrinker nach jeder Richtung hin allmählich tiefer und immer tiefer, bis zum völligen körperlichen und geistigen Ruin, wenn nicht irgend eine der zahlreichen, seine geschwächte Constitution vor Allem bedrohenden Krankheiten (Pneumonie, Apoplexie, Nephritis) das Ende schon früher herbeiführt.

Die Erkennung des Trinkers ist in den vorgeschrittenen Stadien sehr leicht. Abgesehen von dem vernachlässigten, heruntergekommenen Aeusseren, welches lebhaft mit der socialen Stellung contrastirt, deuten die schwimmenden Augen, das gedunsene, häufig durch kleine erweiterte Venen geröthete Gesicht, die stark belegte, oft zitternde Zunge, ein leichter Tremor der gespreizten Finger und der fuselige Geruch des Athems unverkennbar auf die chronische Vergiftung hin. Die genauere Prüfung lässt ausserdem fast immer leichtere oder schwerere neuritische Symptome, besonders an den unteren Extremitäten, entdecken; es bestehen Herabsetzung der Sensibilität, bisweilen bei gleichzeitiger Hyperalgesie, Abnahme der groben Kraft, Muskelatrophie, Unsicherheit der Bewegungen und Schwinden der Reflexe. Ungemein häufig sah ich Schwanken bei geschlossenen Augen, wenigstens beim Stehen auf einem Beine. Auch am Opticus hat man eine alkoholische Neuritis (Abblassung der temporalen Papillenhälfte) kennen gelernt.

Die Behandlung des chronischen Alkoholismus muss sich im wesentlichen darauf beschränken, den Trinker vom Genusse des Alkohols zu entwöhnen und ihn so lange Quarantaine halten zu lassen, bis die Gefahr eines Rückfalls

überwunden zu sein scheint. Die Dauer dieser zwangsweisen Entziehung des Alkohols, welche wol nur in geschlossenen Anstalten erfolgreich durchgeführt werden kann, sollte selbst beim ersten Versuche niemals weniger als 8—10 Monate betragen, wenn auch das vollkommen correcte Verhalten des Patienten ein grösseres Vertrauen zu rechtfertigen scheint. Auch dann noch sind Rückfälle die Regel, und jeder Rückfall erschwert die Wiederherstellung und verlängert die Prüfungszeit beträchtlich. Als Zufluchtsort für den Trinker dienen heute in allen schwereren Fällen die Irrenanstalten; es erscheint jedoch aus vielen Gründen sehr viel zweckmässiger, die Last auf eigene „Trinkerasyle“ abzuwälzen, deren Einrichtung dem speciellen Zwecke besser angepasst werden und dem Bedürfnisse ihrer Insassen in vollkommenerem Masse gerecht werden kann.

Ungleich grössere Aussicht auf Erfolg, als die Behandlung des ausgebildeten Alkoholismus, gewährt die Prophylaxe desselben. Die verschiedenartigsten Factoren sind berufen, in dieser Richtung zusammenzuwirken. In der Einschränkung der Schnapsproduction und des Detailverkaufs (Gothenburger System), in der öffentlichen Belehrung über die schweren Gefahren des Alkoholismus, endlich aber in der Einbürgerung harmloser Anregungsmittel (Kaffee, Thee) und auch schon in der Verdrängung wenigstens der gefährlicheren Formen des Schnapses mit Hilfe unverfälschter Biersorten sind uns, wie die Erfahrung lehrt, die Mittel an die Hand gegeben, welche es uns ermöglichen, den furchtbaren Begleiter und Feind zugleich unserer Civilisation nicht nur an seiner weiteren Ausbreitung zu verhindern, sondern ihm allmählich auch das schon gewonnene übergrosse Terrain in hartem Kampfe nach und nach wieder abzurufen.

Auf der durch den chronischen Alkoholismus gebildeten Grundlage können sich mehr oder weniger spontan eine Anzahl eigenartiger psychischer Störungen entwickeln, welche zum Theil wenigstens in ihrem klinischen Auftreten selber schon den Rückschluss auf das aetiologische Moment gestatten, aus welchem sie hervorgegangen sind. Die bei weitem häufigste dieser Störungen, welche vielleicht keinem wirklichen Trinker erspart bleibt, ist das Delirium tremens.

In der Regel pflegt sich das Delirium tremens an irgend eine Gelegenheitsursache, namentlich eine Verletzung oder eine acute Erkrankung (Pneumonie) anzuschliessen, doch kann es auch ohne besonderen äusseren Anlass, gewissermassen als ein bestimmtes Entwicklungsstadium der chronischen Alkoholvergiftung, zum Ausbruche kommen. Nach den Prodromalerscheinungen einer erhöhten psychischen (unruhiger Schlaf, Verstimmtheit, Schreckhaftigkeit) und sensoriellen (Hyperaesthesiae, subjective Geräusche, Blitze) Erregbarkeit, welche bisweilen einige Tage, meist jedoch nur wenige Stunden andauern, entwickelt sich in rascher Steigerung der Symptome das volle Krankheitsbild, welches vor Allem durch lebhaft und zahlreiche phantastische Sinnestäuschungen der verschiedensten Gebiete bei mässiger, traumartiger Benommenheit und durch gewisse typische motorische Störungen charakterisirt wird.

Unter den illusionären und hallucinatorischen Trugwahrnehmungen, welche anfangs nur des Nachts, dann aber auch bei Tage hervortreten und den Kranken lebhaft beschäftigen, pflegen diejenigen des Gesichtes zu überwiegen. Die Phantasmen sind von grosser sinnlicher Deutlichkeit, vielfach schreckhaften und unangenehmen Inhalts. Meist sehen die Kranken massenhafte kleine und grössere Thiere (Spinnen, Ameisen, Wanzen, Schlangen, Ratten, Hunde u. s. f.), zahllose Menschenmengen, die entweder auf sie eindringen (feindliche Reiter, Gensdarmen) oder in langen, phantastisch gruppirten Zügen an ihnen vorbeimarschiren, einzelne gefährdende Spukgestalten, kleine Männer, die unter den Möbeln herumhuschen, Teufel, „Feuerrüpel“, Gespenster. Andere glauben im Wirthshause zu sein, bestellen Schnaps oder eine Portion Kalbsbraten, sehen Gläser und Flaschen vor sich, greifen nach denselben und trinken sie aus, serviren den „Gästen“, oder sie wähnen sich mit irgend einer Arbeit beschäftigt, nähen mit imaginären Fäden, klopfen mit einem eingebildeten Hammer u. dergl. Alle diese Handlungen werden mit solcher Ausführlichkeit vorgenommen, dass an der vollen sinnlichen Lebhaftigkeit der hallucinatorischen Objecte gar kein Zweifel sein kann. Dazu gesellen sich die Trugwahrnehmungen von brausenden Ge-

räuschen, unbestimmtem Tumult, lautem, wirrem Geschrei, von Glockengeläute, Kanonenschüssen und Salven, bisweilen auch von deutlichen Stimmen. Durch verschiedenartige abnorme Empfindungen auf der Haut entsteht die Idee, dass Ameisen, Kröten, Spinnen auf derselben entlang kriechen; der Kranke fühlt sich von feinen Fäden eingesponnen, gebissen, gestochen, geschossen, hüpf über die an der Erde gezogenen Drähte und sucht sich auf alle Weise vor diesen Einwirkungen zu sichern.

Die Umgebung wird häufig verkannt, doch gelingt es fast immer leicht, die Aufmerksamkeit des Kranken für kurze Zeit von seinen Phantasmen abzulenken und von ihm auf einfache Fragen zutreffende Antworten zu erhalten. Eigentliche Ideenflucht besteht nicht. Die Stimmung ist im Zusammenhange mit den Sinnestäuschungen vorwiegend eine ängstlich erregte, bisweilen aber auch ausgelassen und exaltirt. Charakteristisch ist die fortwährende motorische Unruhe, die sich in angestrenzter imaginärer Arbeit, in unablässigem Wischen und Reiben, um die Schmarotzer zu entfernen, in Versuchen, unsichtbare Fäden zu zerreißen oder sich aus dem Munde zu ziehen, endlich in Fluchtbestrebungen, Verkriechen, Aufstehen aus dem Bette, oder in brüsken Angriffen gegen das eigene und gegen fremdes Leben Luft macht.

Der Schlaf ist im Delirium tremens gänzlich aufgehoben; die Erregung dauert ohne jede oder doch nur mit sehr geringen Unterbrechungen fort. Die Ernährung ist durch die ängstliche Unruhe der Kranken, durch den regelmässig bestehenden Katarrh des Mundes und Magens, sowie durch häufige Vergiftungsideen mit Nahrungsverweigerung empfindlich beeinträchtigt. Die Temperatur ist, wo keine gleichzeitige körperliche Erkrankung besteht, meist normal, doch werden nicht selten plötzliche, beträchtliche Steigerungen der Eigenwärme beobachtet, die vielleicht direct auf nervöse Störungen zurückgeführt werden müssen. In einzelnen Fällen erreicht die Temperatursteigerung eine perniciöse Hartnäckigkeit und Höhe (bis zu 43°) mit letalem Ausgange (Delirium tremens febrile von Magnan). Die Athmung ist frequent, ebenso der Puls; häufig treten

profuse Schweisse auf. Der Harn ist nicht selten eiweiss-haltig.

Auf sensorischem Gebiete bestehen vielfache Par-aesthesien, Hyperaesthesien, Anaesthesien und Analgesien, wie sie den chronischen Alkoholismus überhaupt zu begleiten pflegen. Schwer verletzte (z. B. gebrochene) Glieder werden mit der grössten Rücksichtslosigkeit bewegt. Die Reflex-erregbarkeit ist abnorm gesteigert, besonders hochgradig kurz vor epileptischen Anfällen. Die Zunge und die gespreizten Finger zeigen stets einen ausgesprochenen Tremor, der sich auch noch weiter über Gesicht und Extremitäten ausbreiten kann. Die Gesichtszüge sind schlaff; häufig machen sich einzelne unwillkürliche Zuckungen und Mitbewegungen bemerkbar. Alle willkürlichen Bewegungen geschehen plump, unsicher, obgleich oft mit grosser Kraft; auch der Gang ist meist unsicher und taumelnd. Nicht selten werden epileptische Krampfanfälle beobachtet.

Die Prognose des Delirium tremens ist eine vielfach getrübe. Die Mortalität stellt sich nach meinen Erfahrungen auf 15—20%. Die Gefahr einer Erschöpfung mit raschem Collapse liegt bei der heruntergekommenen Constitution der Alkoholiker mit ihren verschiedenen Organ-affectionen sehr nahe, zumal eben häufig ernste Erkrankungen die Gelegenheitsursache für den Ausbruch des Deliriums abgeben. Endlich führt auch die Unruhe und Angst der Kranken in einzelnen Fällen den tödtlichen Ausgang durch Selbstmord, Verletzungen oder Verschlimmerung sonst harmloser, begleitender Leiden herbei. Die Autopsie pflegt sehr hochgradige venöse Stauungen und Oedeme des Schädelinhaltes zu ergeben. Verhältnissmässig selten ist der Ausgang in anderweitige Geistesstörungen (acute Demenz, hallucinatorischer Wahnsinn). Die Genesung vollzieht sich unter dem Eintritte von Schlaf, bisweilen rasch und mit einem Male, meist aber unter allmählichem Zurücktreten der Sinnestäuschungen, die oft noch in beschränktem Grade fortbestehen, wenn der Kranke schon im Stande ist, sie zu corrigiren. Gewöhnlich überschreitet die Dauer des Deliriums die Zeit von 1—2 Wochen nicht. Die Erinnerung an die Phantasmen ist im Gegensatze zu den Krankheits-

zuständen mit sehr tiefer Bewusstseinstörung oft eine ganz klare und detaillirte.

Die Diagnose des Delirium tremens bietet bei genauer Beachtung des Krankheitsbildes gewöhnlich keinerlei Schwierigkeiten; höchstens könnten manche Aufregungszustände der Paralytiker etwa mit demselben verwechselt werden. Abgesehen von der Anamnese wird hier namentlich die grössere Verwirrtheit der Paralytiker, die längere Dauer der Störung und die besondere Natur der motorischen Symptome die Unterscheidung ermöglichen; allerdings kommt es bisweilen vor, dass sich bei paralytischen Aufregungszuständen in Folge von krankhaften, gehäuften Excessen die alkoholischen Erscheinungen mit denjenigen der Paralyse in unentwirrbarer Weise vermischen.

Die Behandlung hat sich vor Allem jedes schwächenden Eingriffes zu enthalten und für die möglichste Conservirung der Kräfte durch gute Ernährung (Milch) und Darreichung stimulirender Mittel, besonders des gewohnten Nervenreizes, des Alkohols, Sorge zu tragen. Schon prophylaktisch ist bei somatisch erkrankten Trinkern stets die Möglichkeit eines eintretenden Delirium tremens ins Auge zu fassen und daher nach den angedeuteten Gesichtspunkten zu verfahren. In einer grossen Zahl von Fällen wird man mit dem rein expectativen Verfahren vollständig auskommen. Bisweilen jedoch erscheint es nothwendig, die Unruhe und Schlaflosigkeit direct zu bekämpfen. Die gewöhnlichen Schlafmittel, selbst das Paraldehyd, versagen hier häufig; man wird daher bei gutem Kräftezustande und namentlich intacten Kreislaufsorganen einen Versuch mit Morphinumchloral oder vielleicht noch besser mit Hyoscin machen können. Wo die Zeichen vorgeschrittener Alkoholdegeneration vorliegen, bei schwereren Complicationen und bei Fieber wird dagegen an Stelle des contraindicirten Chloralhydrat das Opium (subcutan 0,03 gr Extr. Opii aquosi alle 3—4 Stunden, bis Schlaf eintritt) warm empfohlen. Dabei ist die Herzthätigkeit sorgfältig zu controliren und durch starke Gaben von alkoholreichem Weine, Grog oder medicamentösen Stimulantien anzuregen. Rasches Abbrechen der Opiumbehandlung muss vermieden werden. Bei grosser Schwäche

endlich und drohendem Collapse ist nur von einem analeptischen, excitirenden Verfahren ohne Narkotica noch etwas zu hoffen; erst bei eingetretener Besserung kann zur Erzielung des Schlafes wieder zum Opium gegriffen werden. In drei sehr schweren Fällen erzielte Krafft-Ebing noch mit Zincum aceticum (4—6 gr pro die, in schleimigem Vehikel und starker Verdünnung) einen überraschenden Erfolg.

Von grösster Wichtigkeit ist endlich bei der notorischen Gefährlichkeit dieser Kranken für sich und Andere eine sorgfältige, unausgesetzte Ueberwachung derselben. Betten mit hohen gepolsterten Wänden, die das Herausspringen erschweren und Selbstverletzungen verhindern, sind sehr empfehlenswerth, aber nur dann, wenn beständig Pflegepersonal in unmittelbarer Nähe sich befindet; im andern Falle kann das Hinausklettern des ungeschickten Kranken über die hohe Seitenwand zu schweren Verletzungen Veranlassung geben. Die Reconvalescenz ist durch die Sorge für Beseitigung der Verdauungsstörungen und gute Ernährung, sowie durch Regelung des Schlafes zu unterstützen.

Eine gewisse Verwandtschaft mit dem Delirium tremens besitzt der ebenfalls auf alkoholischer Basis leicht sich entwickelnde acute hallucinatorische Wahnsinn, dessen Bild wir schon früher zu entwerfen Gelegenheit hatten, da derselbe nicht ausschliesslich, wenn auch sehr häufig, auf die angedeutete Entstehungsursache zurückweist. Auch hier treten ganz besonders die Hallucinationen in den Vordergrund, allein die Besonnenheit pflegt in weit höherem Masse erhalten zu sein; die lebhaft motorische Unruhe, sowie der charakteristische Tremor fehlen ganz, und der Verlauf der Störung ist fast immer ein langsamerer.

Eine weitere Störung, welche zunächst bisweilen mit dem gewöhnlichen Delirium tremens zusammengeworfen wird, in Wirklichkeit jedoch sich durch sehr markirte Eigenthümlichkeiten von demselben unterscheidet, ist der dipsomanische Anfall. Die Krankheitsform der Dipsomanie nimmt gewissermassen eine Zwischenstellung ein zwischen den alkoholischen und den periodischen Psychosen; sie lässt sich auffassen als die periodische Wiederkehr eines unwiderstehlichen Dranges nach dem Ge-

nusse alkoholischer Getränke. Von einer gewissen ätiologischen Bedeutung scheint dabei die hereditäre Disposition zu sein (Trinker in der Ascendenz). Bisweilen tritt die Krankheit auch bei Leuten auf, die schon vorher mehr oder weniger zu Alkoholexcessen geneigt waren; häufig indessen sind die Befallenen während der Intervalle durchaus nüchterne Menschen, welche keinen Tropfen alkoholischer Getränke zu sich nehmen.

Ganz anders im Anfall. Nach den prodromalen Erscheinungen innerer Unruhe, erhöhter Reizbarkeit, Eingenommenheit des Kopfes, Appetitmangel, Schlaflosigkeit bricht der Trieb zum Genusse des Alkohols plötzlich mit elementarer Gewalt hervor. Nicht selten wird derselbe durch unangenehme Gemeingefühle, Beklemmung u. dergl. genährt, die der Kranke durch die Berausung zu beseitigen sucht. Fast ohne Unterbrechung fängt er an, Wein, Bier, Schnaps, selbst Spiritus, Tag und Nacht in unglaublichen Quantitäten herunterzustürzen. Unbekümmert um irgend welche socialen, moralischen und ökonomischen Rücksichten treibt er sich in den Kneipen herum, versäumt seine sonstigen Obliegenheiten, kehrt nicht mehr nach Hause zurück und giebt das letzte Geldstück daran, ja er verkauft und versetzt die Kleidungsstücke von seinem Leibe, um seine krankhafte Gier zu befriedigen. Dabei besteht Schlaflosigkeit, vollständiger Appetitmangel und eine deutliche motorische Erregung. Trotz der grossen Mengen des genossenen Alkohols kommt es doch nicht zu sinnloser Betrunkenheit. Nach einigen Tagen oder Wochen hört das Trinken plötzlich auf; es stellt sich unter intensivem Ekelgefühle ein häufig von Delirien und Sinnestäuschungen begleiteter Collapszustand ein, in welchem auch die körperlichen Folgen der Excesse, Erbrechen, Anorexie, Magenkatarrh, Unsicherheit der Bewegungen, Tremor stark hervortreten. Aus ihm geht der Kranke in relativ normalem Befinden hervor, zeigt oft eine tiefe Reue über das Vorgefallene und einen Abscheu gegen den Alkohol, gewöhnlich aber auch die Erscheinungen einer geringen psychischen Widerstandsfähigkeit, erhöhte gemüthliche Reizbarkeit und leichte Bestimmbarkeit.

Trotz aller guten Vorsätze wiederholen sich die Anfälle in regelmässigen Intervallen ohne besonderen äusseren Anlass in genau gleicher Weise. Die Zwischenzeiten betragen einige Wochen oder Monate (Quartalsäuer), seltener Jahre; sie pflegen sich bei längerem Bestande des Leidens allmählich zu verkürzen, wobei zugleich mehr und mehr die gemüthliche Schwäche und namentlich auch die körperlichen Folgen der gewaltigen Schädlichkeiten hervortreten.

Die Prognose der Dipsomanie ist eine sehr schwere, wenn auch vielleicht nicht absolut hoffnungslose. Die Erkennung der Krankheit gründet sich vor Allem auf den triebartigen Charakter und die regelmässige Wiederkehr der Anfälle in bestimmten Intervallen. Die Behandlung hat in erster Linie die Aufgabe, den masslosen Consum des Alkohols zu verhindern, was in der Regel nur durch die gewaltsame Abschliessung möglich ist. Die Aufregung selbst freilich wird auf diese Weise nicht beseitigt, aber es wird wenigstens den üblen Folgen derselben vorgebeugt. Wirkliche Heilungen werden in neuerer Zeit aus Russland, wo die Krankheit relativ häufig ist, nach der Behandlung mit Strychnininjectionen berichtet; eigene Erfahrungen stehen mir über dieselbe bisher nicht zu Gebote. Ausserdem wäre vielleicht ein Versuch mit der Anwendung des Bromkalium in grossen Dosen zu empfehlen.

Neben diesen acut verlaufenden Psychosen haben wir als dem Alkoholismus eigenthümlich eine chronische Form des Irreseins aufzuführen, welche sich klinisch dem Kreise der Verrücktheit einreihen lässt, den sog. Eifersuchts- wahn der Trinker. Diese Störung entwickelt sich unmittelbar aus gewissen Grundzügen, welche wir schon früher im alkoholistischen Schwachsinn vorgefunden haben. Die aus der Trunksucht als nothwendige Folge hervorgehenden ehelichen Zerwürfnisse und die dadurch bedingte Entfremdung der Ehegatten, die Abneigung der Frau und vielleicht auch die allmählich sich einstellende Impotenz bringen den Trinker, der ohnedies nur zu sehr geneigt ist, die Schuld für das von ihm heraufgeführte Unheil in seiner Umgebung zu suchen, allmählich auf die Idee, dass eine sträfliche Neigung seiner Frau zu anderen Männern der wahre Grund

der veränderten Stellung sei, welche dieselbe zu ihm einnimmt. Für die Richtigkeit dieser Voraussetzung liefert ihm die tendenziöse Beobachtung allerlei Beweise, welche seiner geschwächten Kritik als vollkommen sicher und unumstösslich erscheinen. Ein freundlicher Blick, eine versteckte Anspielung, die er auffängt, ein mysteriöser Brief, der ihm in die Hände fällt, ein im Dunkeln an ihm vorbeihuschendes Paar, welches er zu erkennen glaubt, lassen ihn an dem Thatbestande des Ehebruchs keinen Augenblick mehr zweifeln.

Hier und da gesellen sich zur Vervollständigung des Indicienbeweises auch wirkliche hallucinatorische Wahrnehmungen hinzu, eine Gestalt, die er nächtlicher Weise ins Schlafzimmer treten sieht, eine höhnische Bemerkung, die ihm aus dem Nebenzimmer oder von der Strasse herauf zugerufen wird u. Aehnl. Oder aber der Kranke merkt aus dem ganzen feindseligen Verhalten seiner Frau, aus der Schnur, die er als Aufforderung zum Erhängen in seinem Bette, auf dem Tische findet, oder aus ihrem Unwillen über sein schroffes Vorgehen gegen den beargwöhnten Nachbar oder Geschäftsführer, dass es mit seinem Verdachte volle Richtigkeit hat.

Eine weitere Ausbildung über dieses allerdings mannigfach variirte Thema der ungerechtfertigten Eifersucht hinaus gewinnt der Wahn in der Regel nicht, doch bleibt er innerhalb dieser Grenzen durchaus fixirt und einer jeden Correctur völlig unzugänglich. Natürlich entwickelt sich aus ihm eine immer wachsende Erbitterung gegen die Frau, gegen den vermeintlichen Nebenbuhler, ein trotz der sonstigen Schwäche des Trinkers sehr tiefgehender und leidenschaftlicher Hass, der ausnahmslos zu brutalen Scenen und häufig genug zu verhängnissvollen Angriffen auf Leben und Gesundheit führt. Ich kenne aus eigener Erfahrung zwei Fälle, in denen derartige Trinker in blinder Eifersucht und unter dem Einflusse des Alkohols ihre Frauen erschossen. Die Wurzeln der Psychose wird man unschwer bei der Mehrzahl aller Trinker auffinden; leider aber wird die grosse Gefährlichkeit der ausgebildeten Störung nur allzu leicht verkannt, da die Intelligenz der Kranken für die

oberflächliche Betrachtung oft nahezu normal zu sein scheint, und da ihre Wahnideen fast keine phantastischen Elemente enthalten, sondern sich soweit im Bereiche des Möglichen, ja des Wahrscheinlichen bewegen, dass zuweilen nur eine genaue Kenntniss der wirklichen Verhältnisse die pathologische Natur ihrer ganzen Auffassungsweise zu enthüllen vermag.

Wir haben endlich an dieser Stelle noch kurz des Krankheitsbildes der alkoholischen Paralyse zu gedenken, einer Psychose, die sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als eine einfache Combination der Symptome des chronischen Alkoholismus mit denjenigen der dementen, weit seltener der expansiven progressiven Paralyse darstellt. Zu der Gedächtnisschwäche und der gemüthlichen Stumpfheit auf der einen gesellen sich Sinnestäuschungen, Eifersuchtswahnideen auf der anderen Seite; die Ataxie des Paralytikers wird complicirt durch den Tremor und die neuritischen Störungen des Alkoholisten. Ausserdem scheinen epileptiforme Anfälle besonders häufig zu sein. In der Regel ging der Alkoholismus hier der Entwicklung der Paralyse schon lange Zeit voraus; bisweilen aber auch liefert erst diese letztere den Anstoss zu den gehäuften Excessen, aus denen sich die alkoholistischen Symptome herleiten.

Auf der anderen Seite giebt es vereinzelte Fälle von Alkoholismus, in denen neben leichten motorischen Störungen (Tremor, Sprachstörung, Anfälle) ein florider Grössenwahn mit expansiver Stimmung ganz von der Art des paralytischen acut zur Ausbildung kommt, um nach einigen Monaten bis auf die Residuen einer mässigen Dementia wieder zu verschwinden. Wie es scheint, kann damit die Erkrankung definitiv abgeschlossen sein, während sie bei der ersterwähnten Form regelmässig den traurigen Ausgang der typischen Dementia paralytica nimmt. Es muss daher zweifelhaft erscheinen, ob man ein Recht hat, diese letzteren, günstig verlaufenden Fälle der alkoholischen Paralyse ohne Weiteres zuzurechnen (Pseudoparalyse).

B. Der Morphinismus.

Gegenüber dem Missbrauche alkoholischer Getränke, welcher auf ein fast ehrwürdiges Alter zurückblicken kann, reicht die Geschichte des Morphinismus kaum weiter, als Jahrzehnte zurück, wenn derselbe auch einen gewissen Zusammenhang mit der altasiatischen Sitte des Opiummissbrauches aufzuweisen hat. Die Erfindung der Pravaz'schen Spritze und der durch sie herbeigeführten Verbesserung der Applicationsmethode hatte einen ausserordentlichen Aufschwung im Gebrauche des Morphiums zur Folge, welches sich nur zu bald als ein sicheres und angenehmes Mittel zur Bekämpfung von Schmerzen und Unbehagen aller Art bewährte. Der wirksamste Hebel für die Ausbildung und Verbreitung des Morphinismus lag in dem Umstande, dass der Arzt, unbekannt mit den drohenden Gefahren, aus Rücksichten der Bequemlichkeit dem Kranken die Spritze selbst in die Hand gab, damit er sich je nach Bedarf und nach eigenem Ermessen die ersehnte Euphorie verschaffen könne.

Allein es stellte sich bald heraus, dass unter diesen Verhältnissen das Mittel aus dem Wohlthäter zu einem furchtbaren und fast unbezwinglichen Feinde wurde. Die grosse Mehrzahl der Menschen, welche habituell mässige Quantitäten von Alkohol zu sich nehmen, vermag demselben, wo es sich als nothwendig erweist, leichten Herzens auf kürzere oder längere Zeit zu entsagen. Dagegen zwingt die wahrhaft dämonische Macht des Morphiums denjenigen, der einmal an seinen Gebrauch sich gewöhnt hat, unerbittlich zur Fortsetzung desselben, da jeder Versuch, sich von der Sklaverei des Mittels zu befreien, sofort zu derartig unangenehmen Erscheinungen führt, dass die menschliche Widerstandskraft dadurch gebrochen wird.

Den ersten Anlass zur Entstehung des Morphinismus giebt in der Regel irgend ein leichteres oder schwereres schmerzhaftes Leiden, eine Neuralgie, Ischias, Zahnschmerzen, Schlaflosigkeit, eine psychische Depression, zu deren Beseitigung zunächst vielleicht der Arzt eine Injection macht.

Die durch sie erzielte Wirkung ist zumeist die Beseitigung aller quälenden körperlichen und psychischen Reizmomente und die Erzeugung einer überaus behaglichen, befriedigten Stimmung. Es stellt sich eine allgemeine Beruhigung, aber zunächst gewöhnlich kein Schlaf ein; bunte, wechselnde Bilder, meist angenehmen Inhalts, ziehen im Halbtraum vorüber, bis dann erst nach längerer Zeit, oft nach einer Reihe von Stunden, bei allmählicher Ermüdung ein wirklicher Schlaf zu Stande kommt. Die körperlichen Begleiterscheinungen der Narkose gestalten sich je nach der Dosis des Mittels, namentlich aber nach der Individualität des Menschen verschieden. Ein rasch auftretender metallischer oder bitterer Geschmack, Kollern im Leibe, Myosis und Erbrechen sind häufig. Als Nachwehen der Intoxikation werden Eingenommenheit des Kopfes, Schwindelgefühl, Migräne, profuse Schweisse, grosse Hinfälligkeit und Harnverhaltung beobachtet.

Beim chronischen Gebrauche des Morphiums treten in Folge der sich ausbildenden Gewöhnung die unangenehmen Nebenerscheinungen der Vergiftung mehr und mehr in den Hintergrund, oder sie werden doch durch eine neue Gabe des Mittels rasch wieder beseitigt. So kommt es, dass der Morphinist oft lange Zeit hindurch nur die anregende und zugleich beruhigende Wirkung empfindet, welche ihn über alle kleinen und grossen Unannehmlichkeiten hinwegsetzt, wie sie aus seinem Gesundheitszustande, aus seinem Berufe, aus seinen socialen und häuslichen Verhältnissen entspringen. Dieselbe Gewöhnung aber ist es, welche ihn sehr bald von der ursprünglichen Gabe des Mittels die erhoffte Befriedigung nicht mehr in vollem Masse finden lässt und ihn daher zu einer Steigerung der Dosis antreibt. Zunächst ist der Erfolg ein vollkommener, aber nach einiger Zeit versagt auch das neue Quantum, und so schraubt sich das Bedürfniss allmählich immer höher und höher, bis am letzten Ende auch die grössten Mengen des Mittels (erfahrungsgemäss bis zu 1, 2 gr und mehr in 24 Stunden) den sehnlichsten gewünschten Effect nicht mehr erzielen.

Alle die schon früher gelegentlich hervorgetretenen Beschwerden des Morphinismus erreichen nunmehr ihren

Höhepunkt. Es bemächtigt sich des Kranken eine gewisse Unruhe und Aufregung, die ihn unfähig macht, sich andauernd und erfolgreich irgend einer Beschäftigung zu widmen, seinen Beruf auszuüben, und sich nicht selten zu quälenden Angstzuständen steigert. Zeitweise, namentlich des Abends, treten Hallucinationen auf, besonders des Gesichtes; die Stimmung ist deprimirt, muthlos, bisweilen in plötzliche unmotivirte Heiterkeit umschlagend.

In ganz besonderem Masse aber wird der Charakter der Kranken in Mitleidenschaft gezogen. Sie verlieren nicht nur vollkommen die Fähigkeit, sich selber definitiv und energisch von dem verderblichen Mittel loszusagen, sondern sie machen in eigenthümlichem Zwiespalte mit sich selbst auch dann schon von vornherein den Versuch, die Entziehungscur zu vereiteln, wenn sie aus freien Stücken in dieselbe eingewilligt haben. Kaum ein Morphinist geht in die Anstalt, ohne sich nicht irgendwie heimlich mit einer gehörigen Portion des Medicamentes versehen zu haben; keiner, auch nicht der heiligsten Versicherung eines Morphinisten über diesen Punkt ist jemals blindlings zu trauen. Der Schlaf erleidet meist hochgradige Störungen. Die Kranken liegen viele Stunden lang, ohne einzuschlafen, mit zwangsmässigen, phantastischen Ideen beschäftigt; dafür stellt sich am Tage plötzlich eine unbezwingbare Müdigkeit ein, die sie mitten in der Gesellschaft, in der Unterhaltung trotz aller Gegenanstrengungen überwältigt.

In der sensiblen Sphäre machen sich verschiedenartige Paraesthesien und Hyperaesthesien bemerkbar, namentlich am Herzen, sowie in der Magen- und Blasengegend. Die Reflexerregbarkeit nimmt zu, doch fehlt der Patellarreflex nicht selten; die Bewegungen werden unsicher, bisweilen zitternd. Hier und da wird eine Erschwerung der Sprache, regelmässig werden Paresen in der Musculatur des Auges beobachtet (Doppeltsehen, Accommodationsparese). Die allgemeine Ernährung leidet immer erheblich; das Körpergewicht nimmt ab; die Haut wird welk, schlaff und fahl; das Fettpolster schwindet. Der Appetit vermindert sich; es stellt sich zeitweiliger Heisshunger oder bei grosser Trockenheit des Mundes unstillbarer Durst ein;

die Verdauung ist träge und obstipirt. Von Seiten der Circulationsorgane werden hier und da quälende Herzpalpitationen beobachtet; der Puls ist etwas beschleunigt, bisweilen unregelmässig. Ebenso gehören auch Respirationsstörungen, besonders asthmatische Beschwerden, nicht selten zu dem hier gezeichneten Symptomencomplexe. Im Harn findet sich häufig Eiweiss; die libido sexualis und die Potenz nimmt ab; die Menses cessiren.

Sehr eigenthümliche Erscheinungen des Morphinismus sind endlich die hier und da sich einstellenden Fieberbewegungen, welche entweder einen mehr subacuten Verlauf mit sehr mässigen Erhebungen über die Norm darbieten oder in der Form der Intermittens, in tertianem Typus und mit allen Symptomen der Malariai infection, auftreten. Der Beweis für ihre Zugehörigkeit zum Krankheitsbilde der chronischen Morphinumvergiftung wird durch die Erfahrung geliefert, dass sie durch das Aussetzen des Mittels sofort zum Verschwinden gebracht werden können.

Die Schnelligkeit, mit welcher sich die ganze Reihe dieser Störungen entwickelt, ist eine sehr verschiedene; sie hängt naturgemäss einmal von der Menge des gebrauchten Morphiums und weiterhin von der Widerstandsfähigkeit des Organismus ab. Bisweilen machen sich die ersten Erscheinungen der chronischen Vergiftung schon nach einigen Monaten des Morphinumgebrauches geltend; in andern Fällen können Jahre, selbst viele Jahre vergehen, bevor ernstere Symptome zum Ausbruche kommen. Letzteres ist besonders dann die Regel, wenn der Kranke Selbstbeherrschung genug besass, von Zeit zu Zeit mit der Dosis des Mittels wieder etwas zurückzugehen. Der sonst continuirlich fortschreitende Verlauf des Morphinismus lässt unter diesen Umständen mehr oder weniger ausgiebige Besserungen des Allgemeinzustandes erkennen, welche bei der Fortdauer des Grundübels jedoch nur als Remissionen aufgefasst werden dürfen. Die Dauer des Morphinismus ist eine fast unbegrenzte; schon jetzt sind Fälle bekannt, in denen das Morphinium ohne Unterbrechung 20 Jahre hindurch und länger fortgenommen wurde.

Der Morphinismus ist fast ausschliesslich eine Krank-

heit der besseren Stände, schon aus dem einfachen Grunde, weil er sehr viel Geld kostet. Die grössere Leichtigkeit, sich das Mittel zu verschaffen, lässt das männliche Geschlecht, und hier vor Allem die mit dem ärztlichen Berufe in Beziehung stehenden Personen besonders stark prädisponirt erscheinen, doch wissen auch weibliche Patienten bisweilen mit staunenswerther Energie das Morphium sich zugänglich zu machen. Eine meiner Kranken injicirte und trank schliesslich Opiumtinctur, als sie kein Morphium mehr bekommen konnte.

Die Prognose dieser Störung ist in jedem Falle eine ernste. Zwar der Ausgang in schweres, mit dem Tode endendes Siechthum ist nicht gerade allzu häufig, und die Entziehung des Morphiums gelingt unter den nöthigen Vorsichtsmassregeln fast immer ohne besondere Schwierigkeiten; allein die Gefahr immer und immer wiederholter Rückfälle, welche nothwendig zu einer vollständigen Vernichtung des Lebensglückes führen, ist eine ausserordentlich grosse; kaum mehr, als ein Viertel aller Morphinisten vermag ihr auf die Dauer zu entgehen. Ganz besonders gefährdet sind auch in dieser Beziehung alle diejenigen Personen, denen entweder ihr Beruf die Erlangung des Morphiums besonders leicht macht, oder denen irgend ein chronisches, mit Schmerzen und Beschwerden verbundenes Leiden die Verführung, nach dem erlösenden Mittel zu greifen, immer von Neuem mit unwiderstehlicher Macht aufdrängt.

Eine weitere, ernste Gefahr droht dem Morphinisten in der einfachen Substitution oder der Complication des Morphiums durch ein anderes ähnliches Mittel. Namentlich der Alkohol (Wein, Champagner) ist es, der mit oder ohne ärztlichen Rath zur Milderung der Abstinenzerscheinungen herangezogen wird und den Kranken nur zu häufig dem Alkoholismus in die Arme treibt. In ähnlicher Weise kommt das Chloralhydrat, der Aether, das Chloroform und in neuester Zeit vor Allem das Cocain in Anwendung. Nur selten gelingt es den Kranken, auf diese Weise das Morphium wirklich los zu werden; in der Regel kommt zu dem alten Uebel einfach ein neues, kaum weniger schlimmes hinzu.

Die Erkennung des Morphinismus stützt sich neben der Beachtung der körperlichen Symptome (Myosis, Appetitlosigkeit, Ernährungsstörung) namentlich auf den eigenthümlichen Wechsel der Zustände, welchen der Morphinist darzubieten pflegt. Die geistige Frische und Leistungsfähigkeit, die gehobene Stimmung nach der Injection muss ja nur allzubald einer hochgradigen Ermüdung, Schlaffheit, Energielosigkeit und Depression weichen, so dass dem Beobachter der Contrast zwischen diesen verschiedenartigen Dispositionen kaum verborgen bleiben kann. Für die speciellere Diagnose der Ursache finden sich dann bei näherem Nachforschen bald weitere anamnestiche und thatsächliche Anhaltspunkte; die volle Sicherheit kann aber jederzeit durch die chemische Untersuchung des Harns gegeben werden, in welchem sich das Morphium exact nachweisen lässt.

Die Behandlung des Morphinismus besteht in der Entziehung des Mittels unter ärztlicher Aufsicht. Völlige und dauernde Abgewöhnung des Morphiums aus eigener Initiative des Kranken kommt erfahrungsgemäss niemals oder doch nur extrem selten vor. Aus diesem Grunde kann die Entziehung mit Aussicht auf Erfolg nur in der Weise durchgeführt werden, dass sich der Kranke für einige Zeit bedingungslos in die Hände des Arztes und in Verhältnisse begiebt, welche eine absolute Ausschlussung des Morphiums mit Sicherheit gestatten.

Sobald dem Kranken das gewohnte Reizmittel entzogen wird, treten nach einer kürzeren oder längeren Reihe von Stunden jene Abstinenzerscheinungen hervor, die wir zum Theil schon in dem Bilde des Morphinismus als die Ursachen kennen gelernt haben, welche immer von Neuem den gequälten Kranken zur Spritze greifen lassen. Was aber dort nur angedeutet war und stets durch die neue Intoxikation rasch beseitigt wurde, das tritt hier oft mit grosser Gewalt in den Vordergrund. Quälende Unruhe, Angst, Beklemmungsgefühle, Paraesthesien in den verschiedensten Regionen des Körpers, Hallucinationen mehrerer Sinne stürmen mächtig auf den Kranken ein und lassen ihn sehr rasch alle die guten Vorsätze vergessen, mit denen er sich in die Behandlung des Arztes begeben hat. Dabei

besteht, wenigstens in der ersten Zeit, völlige Schlaflosigkeit, gegenüber der auch die gebräuchlichen Schlafmittel meistens versagen. Speciell das Chloralhydrat pflegt sogar die psychische Erregung bedeutend zu steigern und Zustände von hallucinatorischer, traumartiger Verworrenheit herbeizuführen. Aber auch abgesehen davon kann sich bisweilen unter lebhafter Zunahme der Aufregung ein Krankheitsbild entwickeln, welches die grösste Aehnlichkeit mit dem Delirium tremens der Trinker darbietet, zumal auch die Unsicherheit der Bewegungen und das Zittern der Hände in gleicher Weise sich einzustellen pflegt. Allerdings dauert dieser Zustand, der als eine exquisite Abstinenzerscheinung aufzufassen ist, gewöhnlich nur eine Reihe von Stunden oder doch nicht mehr als 1—2 Tage.

Auch im Bereiche des übrigen Nervensystems macht sich die gewaltige Revolution geltend, welche durch die Entziehung des gewohnten Reizmittels herbeigeführt wird. Es treten unwillkürliche Bewegungen und Spasmen in den Beinen, asthmatische Zufälle, Krampfhusten, Accommodationsparesen, Tenesmen, Blasenkrämpfe und -lähmungen, Erbrechen, Herzpalpitationen, namentlich aber Ohnmachten und gefährliche Collapse mit plötzlichem, rapidem Sinken der Herzaction auf, die sich unter Umständen mehrmals wiederholen und sogar direct in den Tod hinüberführen können. Die secretorischen Functionen, welche unter dem Einflusse des Morphiums darniederlagen, zeigen eine rasch vorübergehende, beträchtliche Steigerung, welche sich in reichlicher Speichel- und Schweisssecretion, sowie in andauernden profusen Diarrhöen kundgiebt.

Alle diese Abstinenzsymptome lassen sich durch das Morphin selbst wieder beseitigen oder doch erheblich mildern. Diese Thatsache ist es, welche zur Aufstellung zweier verschiedener Methoden der Morphinientziehung geführt hat, zu der plötzlichen und zu der allmählichen Entziehungscur. Bei der ersteren lässt man von der habituellen Dosis aus die Morphininjectionen mit einem Schlage vollständig wegfallen, während man im anderen Falle zuerst langsam mit der Gabe heruntergeht oder die Intervalle vergrössert, bevor man endlich mit den Einspritzungen

vollständig abbricht. Beide Methoden haben ihre eifrigen Vertheidiger gefunden. Während bei der plötzlichen Entziehung die Abstinenzerscheinungen ausserordentlich brüsk hervortreten, vorübergehende Delirien und namentlich die Gefahr schwerer Collapse herbeiführen, dafür aber binnen wenigen Tagen ablaufen, erstrecken sich jene Symptome bei der allmählichen Entziehung über eine viel längere Zeit hin und geben, wenn sie auch im Ganzen weniger stürmisch verlaufen, doch keineswegs Sicherheit gegenüber den oben-erwähnten üblen Zufällen. Man wird demnach die Indicationen beider Behandlungsmethoden dahin präcisiren können, dass die plötzliche Entziehung überall dort am Platze ist, wo bei kräftigem, widerstandsfähigem Organismus die Cur rasch durchgeführt werden soll; dagegen wird man die allmähliche Entziehung dann vorziehen, wenn man es mit geschwächten, sehr nervösen und ängstlichen Individuen zu thun hat, bei denen die Dauer der ganzen Procedur keine Rolle spielt.

Wie sich aus dem Vorstehenden ergibt, bedarf die Behandlung der Morphinumabstinenz der vollen und andauernden Aufmerksamkeit des Arztes. Vor Allem muss der Puls unter genauer Controle gehalten werden, so dass bei dem Herannahen der Collapsgefahr ein analeptisches Verfahren (kühle Uebergiessungen, kräftige Hautreize durch den faradischen Pinsel und Sinapismen, Aether- oder Kampherinjectionen, Punsch, Champagner) eingeleitet werden kann. Gegen die hartnäckige Unruhe und Schlaflosigkeit wird man bisweilen durch Eisapplication auf den Kopf, durch laue Bäder oder durch Paraldehyd, wenn es der Kranke nicht erbricht, etwas erreichen können. Die mannigfachen Schmerzen lindert ebenfalls oft die locale Anwendung der Kälte; das Erbrechen wird durch Eispillen und Kataplasmen bekämpft; gegen die Tenesmen und Diarrhoe helfen laue Eingiessungen und Stuhlzäpfchen mit Belladonna.

Eine immerhin werthvolle Bereicherung unserer therapeutischen Hilfsmittel ist auch das Cocain geworden, welches in gelegentlichen, mässigen Dosen viele Beschwerden der Morphinumabstinenz erheblich lindert und deshalb enthu-

siastisch gepriesen worden ist; jedenfalls ist es wegen der Gefahren eines späteren Morphio-Cocainismus mit Vorsicht zu verwenden. Von besonderer Wichtigkeit ist es endlich, in der Entziehungscur gleich von Anfang an auf eine zweckmässige und reichliche Ernährung der Kranken bedacht zu sein, da dieselben wegen ihrer Appetitlosigkeit und Aufregung sonst rasch von Kräften kommen. Die Einführung von flüssiger Nahrung, namentlich Milch, eventuell mit etwas Cognac, pflegt trotz der Neigung zum Erbrechen meist zu gelingen.

Die auffallenderen Abstinenzerscheinungen treten bei der plötzlichen Entziehung oft schon nach wenigen Tagen, bei der allmählichen nach einigen Wochen oder selbst erst Monaten vollständig in den Hintergrund. Der Appetit bessert sich; das Körpergewicht steigt rasch; der Schlaf stellt sich anfangs mit Hilfe von Schlafmitteln, dann aber auch von selber wieder ein, und es tritt bei dem Kranken mehr und mehr das Gefühl der Gesundheit und der geistigen Frische wieder hervor. Allein die Gefahren des Morphinismus sind damit durchaus noch nicht überwunden. Noch viele Monate, ja selbst Jahr und Tag nach der völligen Entwöhnung vom Morphinium kann mit einem Male, häufig im Anschlusse an einen äusseren Anlass, ein körperliches Unwohlsein, die Ausführung einer Morphinium-injection oder dergl. die Neigung zu dem Mittel mit fast unwiderstehlicher Gewalt wieder hervortreten. Mindestens ein Jahr also muss jeder Morphinist sich in irgend einer Form unter eine Ueberwachung stellen, welche jede Neigung zum Rückfalle im Keime erstickt, sei es in der Familie, sei es in der Gesellschaft eines zuverlässigen, eingeweihten Freundes und Berathers. Namentlich dem genesenden Arzte ist es ans Herz zu legen, dass er niemals wieder eine Injection selber ausführt, weil gerade dabei die Gefahr des Rückfalles am drohendsten hervortreten pflegt. In vereinzelten Fällen von sehr lange bestehendem Morphinismus wird die dauernde Entziehung des Mittels schlechterdings nicht vertragen, sondern sie führt zu einem langsam fortschreitenden Siechthum, welches bisweilen die Lebensfähigkeit in höherem Grade beeinträchtigt, als der Morphinis-

mus selbst. Hier muss man sich damit begnügen, die Dosis des Mittels nach Möglichkeit herabzusetzen und den Kranken dauernd unter ärztliche Controle zu stellen.

C. Der Cocainismus.

Der Cocainismus*) ist die modernste der chronischen Intoxikationen. Die euphorischen Wirkungen des Cocains in der Morphiumabstinenz sind es gewesen, welche diesem Mittel sehr rasch eine unerfreuliche Verbreitung verschafft haben. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist daher der Cocainmissbrauch mit dem Morphinismus complicirt, und Beobachtungen von reinem Cocainismus sind bei uns relativ selten, während allerdings in der Heimath der Coca, in Peru, die Folgen dieser chronischen Vergiftung ebenso wol bekannt sind, wie diejenigen des Opiumrauchens in China.

Die nächste Folge des mässigen Cocaingebrauchs ist eine gewisse Anregung der psychischen Functionen, welche den Menschen, wenigstens vorübergehend, leistungsfähiger und ausdauernder macht. Bei längerer Fortsetzung der Injectionen, zu der man durch ein starkes Unbehagen beim Aussetzen des Mittels (Oppressionsgefühl, Unruhe) gedrängt wird, stellt sich eine dauernde nervöse Erregung mit völliger Unfähigkeit zu geistiger Beschäftigung, Energielosigkeit, Abnahme des Gedächtnisses, fast absolute Schlaflosigkeit und Appetitmangel, sowie rasches Sinken des Körpergewichts ein. Die Pupillen sind ad maximum erweitert; der Gang ist unsicher, und es besteht grosse körperliche Schwäche und Hinfälligkeit. Bei einem 14jährigen Knaben, der sich seit sieben Wochen täglich 2—3 gr Cocain einspritzte und in Folge dessen bereits eine Beugcontractur der beiden, von zahlreichen Abscessen durchsetzten Arme davongetragen hatte, traten ausserdem Unreinlichkeit, häufige Schwindelanfälle mit deliriöser Verwirrtheit und zeitweisen Hallucinationen auf. Schwerer gestalten sich

*) Smidt, Neurologisches Centralblatt 1886, 19.

die Symptome bei der Combination von Morphinum mit Cocain, bei welcher ausser einer Mischung mannigfaltiger nervöser Erscheinungen besonders häufig rasch verlaufende Anfälle von acutem hallucinatorischem Wahnsinn beobachtet werden.

Der Verlauf des Cocainismus ist ohne ärztlichen Eingriff ebenso, wie derjenige des Morphinismus, ein progressiver und zu schwerem körperlichem und geistigem Siechthume führender. Allerdings kann, wie es scheint, auch das Cocain bei vorsichtiger Dosirung lange Zeit ohne ernstere Nachtheile fortgebraucht werden, doch sind unsere Erfahrungen gerade über diesen Punkt noch viel zu wenig ausgedehnt.

Die Prognose des reinen Cocainismus dürfte, soweit sich das bisher beurtheilen lässt, unter geeigneter Behandlung eine entschieden günstigere sein, als diejenige des Morphinismus, da die Abstinenzerscheinungen nicht im entferntesten mit derjenigen Gewalt hervortreten, wie dort. Dagegen gestalten sich die Aussichten auf dauernde Wiederherstellung entschieden ungünstiger bei der Combination beider Mittel, umsomehr, als man es ja hier meist schon mit vorangegangenen missglückten Entziehungsversuchen zu thun hat.

Bei der Behandlung des reinen Cocainismus dürfte sich eine rasche, in wenigen Abstufungen durchgeführte Entziehungscur fast immer ohne besondere Schwierigkeiten bewerkstelligen lassen. Ob hier gefährliche Zufälle vorkommen können, ist mir bisher nicht bekannt; ich selbst habe solche nicht beobachtet. Anders gestaltet sich die Sache beim Morphio-Cocainismus. Hier gelten natürlich dieselben Erfahrungen und Grundsätze, wie bei reinem Morphinismus. Am zweckmässigsten wird man wol in solchen Fällen das Morphinum zunächst entziehen und dann mit dem Cocain in einigen Tagen heruntergehen. In einem derartigen Falle, in welchem neben grossen Cocainmengen (1 gr pro die) seit einigen Monaten als Schlafmittel kleine Morphinumdosen genommen wurden, sah ich die Entwöhnung in der angegebenen Weise ohne andere Symptome, als Schlaflosigkeit, Appetitmangel, allgemeines Unbehagen, grosse Muskelunruhe,

ziehende Empfindungen im ganzen Körper sich abspielen. Durch grössere Gaben Paraldehyd (7—10 gr) liess sich indessen auch hier immer ein mehrstündiger Schlaf erzielen. Wenige Tage nach dem Aussetzen auch des Cocains verschwanden alle lästigen Erscheinungen bis auf die noch einige Wochen andauernde Schlafstörung und ein Gefühl grosser körperlicher und geistiger Ermattung, welches mit dem Eintritte eines enormen Appetites und raschem Steigen des Körpergewichtes sich im Laufe der nächsten Monate wieder verlor. Der Versuch, sich aus eigener Initiative von dem Mittel zu befreien, ist beim Cocainismus ganz ebenso, wie bei den verwandten Zuständen, nichts als eine nutzlose, das Selbstvertrauen des Kranken tief schädigende Quälerei; nur der unbedingten ärztlichen Autorität kann die dauernde Erlösung des Kranken von seiner Sklaverei gelingen.

X. Die Dementia paralytica.

Aus der Reihe von Geisteskrankheiten, die mit größeren nervösen Störungen einhergehen und auf eine tiefer greifende, anatomisch definirbare Alteration des Gehirns hindeuten, hat sich im Laufe namentlich der letzten Decennien ein bestimmtes Krankheitsbild herausgehoben, dessen Studium wegen der hervorragenden Betheiligung der psychischen Functionen nicht der Hirnpathologie, sondern vorzugsweise der Psychiatrie anheimgefallen ist. Während die Alienationszustände in Folge von Tumoren, Erweichungsherden, multipler Sklerose u. s. f. eine grosse Einförmigkeit darzubieten pflegen und darum neben den sonstigen nervösen und cerebralen Lähmungs- und Reizungserscheinungen gänzlich in den Hintergrund treten, hat die diffuse, chronische Degeneration der Hirnrinde, als des Centralorgans unseres Bewusstseins, so erhebliche Veränderungen der psychischen Functionen zur Folge, dass sie die wichtigsten Symptome im Krankheitsbilde darstellen, während man die begleitenden nervösen Störungen früher sogar bisweilen als blosse „Complicationen“ auffasste.

Als den klinischen Ausdruck des genannten pathologischen Processes haben wir die sog. Dementia paralytica*), den fortschreitenden Blödsinn mit Lähmung („Gehirnerweichung“) zu betrachten, eine Krankheitsform, die insofern gewissermassen auf der Grenze zwischen Hirnpathologie und „Psychopathologie“ steht und eine Vereinigung

*) Mendel, die progressive Paralyse der Irren, 1880.

beider ermöglicht, als wir hier den Störungen der psychischen Leistungen unmittelbar greifbare Veränderungen des organischen Substrates derselben parallel gehen sehen. Der Grundzug im Krankheitsbilde der Dementia paralytica ist die Schwäche auf allen Gebieten des psychischen Lebens. Die psychische Leistungs- und Widerstandsfähigkeit im Denken, Fühlen und Handeln nimmt ganz allmählich, aber unaufhaltsam ab bis zur völligen Vernichtung der psychischen Persönlichkeit, bis zum denkbar tiefsten Blödsinn. Begleitet wird dieser Vorgang in der Regel von verschiedenartigen psychischen Reizungserscheinungen, Aufregungs- und Depressionszuständen, die sich von den früher geschilderten wesentlich nur durch den gemeinsamen, mehr oder weniger deutlich ausgeprägten Grundzug der Schwäche unterscheiden.

Das erste Anzeichen der herannahenden Krankheit ist auf intellectuellem Gebiete die Unfähigkeit zu dauernder und energischer Anspannung der Aufmerksamkeit, die sich auch direct durch psychische Zeitmessungen darthun lässt. Der Kranke wird zerstreut, leicht ermüdet und geräth in einen Zustand permanenter Abgespanntheit. Jede geistige Anstrengung, auch die gewohnte Arbeit, fällt ihm schwerer, als sonst, da er nicht im Stande ist, sich so zu sammeln und zu concentriren, wie bisher. Er fasst die Vorgänge in seiner Umgebung nicht mehr mit der früheren Klarheit und Schärfe auf und vermag sich selbst im Kreise seiner gewohnten Verhältnisse und Obliegenheiten nur mit grosser Mühe oder gar nicht zu orientiren. Das Bewusstsein trübt sich, und der Kranke lebt nun wie im Traume oder wie in einem leichten Rausche. Oft liefert schon im Beginne der Erkrankung diese eigenthümliche Benommenheit, welche den Patienten bis zu einem gewissen Grade der realen Wirklichkeit entrückt, ein bedeutsames diagnostisches Merkmal. Späterhin kann die Desorientirtheit trotz anscheinender Besonnenheit in einzelnen Fällen bei oberflächlicher Betrachtung sogar den Eindruck eines epileptischen Dämmerzustandes machen, bis dann endlich die Helligkeit des Bewusstseins dauernd und definitiv auf die niedrigst möglichen Grade herabsinkt.

Eine relativ geringe Rolle pflegen in der Paralyse Sinnestäuschungen zu spielen, so gering, dass man früher bisweilen ihr Vorkommen hier überhaupt geleugnet hat. Ohne Zweifel verläuft wol die überwiegende Mehrzahl der Fälle ohne jenes Symptom; ebenso unzweifelhaft ist es aber, dass ausgeprägte Trugwahrnehmungen aller Sinne gelegentlich beobachtet werden. Bisweilen kann man sogar zunächst zweifelhaft sein, ob man es nicht etwa mit einer hallucinatorischen Verrücktheit (besonders Verfolgungswahn) zu thun hat.

Sehr tiefgreifend ist ausnahmslos die Beeinträchtigung, welche das Gedächtniss erleidet, so dass die Störungen auf diesem Gebiete als ganz besonders charakteristisch für die Paralyse angesehen werden dürfen. Im Anfange ist es vielleicht die unsichere und traumhaft verschwommene Auffassung äusserer Eindrücke, welche dieselbe nur kurze Zeit in der Erinnerung haften lässt. Der Kranke vergisst daher, im Gegensatze zu dem normalen Verhalten des Gedächtnisses, namentlich die Ereignisse der jüngsten Vergangenheit. Er weiss nicht mehr, was ihm vor 8 Tagen begegnet ist, mit wem er vorgestern spazieren ging, welche Briefe, welche Arbeiten er zu erledigen hatte, ja er kann sich schliesslich nicht mehr entsinnen, was er vor einer Viertelstunde gethan, ob er schon Mittag gegessen, Besuch erhalten, ob er den ihn täglich begrüssenden Arzt schon einmal gesehen hat.

Namentlich die Möglichkeit einer zeitlichen Localisation geht sehr bald verloren. Da sich dem Kranken die Wahrnehmungen nicht zu jener festgegliederten Kette von Erinnerungsbildern zusammenschliessen, welche uns rückschauend die Distanz der einzelnen Elemente von der Gegenwart abzuschätzen gestattet, hat er keine Ahnung vom Zeitmasse. Es ist ihm ganz unklar, ob seit einem bestimmten Ereignisse, seit seinem Eintritt in die Anstalt Wochen oder Tage verflossen sind; er weiss weder Wochentag, noch Datum, ja oft nicht einmal die Jahreszahl, „weil er keinen Kalender hat“, oder er lässt sich doch in seinen Angaben ausserordentlich leicht irre machen. Einer meiner Patienten fragte mich nach mehrmonatlichem Anstaltsaufenthalte

wochenlang tagtäglich von Neuem, wo er sich denn eigentlich befinde; er müsse geschlafen haben, sei vor Kurzem aufgewacht und sehe sich nun in einer ganz fremden Umgebung. Schon nach einer halben Stunde hatte er die ihm gegebene Auskunft wieder vergessen und war immer wieder höchlichst erstaunt über die Veränderung, die sich mit ihm „während des Schlafes“ vollzogen haben müsse. Der Contrast dieser Unsicherheit mit der anscheinenden Besonnenheit des Kranken ermöglicht oft schon sehr früh die Diagnose der Paralyse.

Ausser den jüngsten Eindrücken wird nach und nach aber ausnahmslos auch der Erwerb der ferneren Vergangenheit mit in die Gedächtnisstörung hineinbezogen. Am leichtesten gehen dem Kranken Eigennamen verloren, besonders aber Zahlen und Daten. Während er frühere Erlebnisse inhaltlich noch leidlich gut reproduciren kann, verwirrt er sich in der Chronologie, giebt sein Geburtsdatum falsch an, verwechselt die Namen seiner Kinder und wird unsicher im Rechnen, ein Symptom, welches namentlich bei Kaufleuten und Beamten oft sehr auffallend und natürlich auch folgeschwer hervortritt. Allerdings scheint das am besten eingeübte Gedächtnissmaterial im Allgemeinen auch am längsten der fortschreitenden Vernichtung Widerstand zu leisten. Schliesslich weiss der Kranke nicht mehr, ob er verheirathet ist oder Kinder hat, womit er sich früher beschäftigte, ja er hat vielleicht sogar sein Alter, seinen Wohnort und selbst seinen Namen vergessen, obgleich er sich äusserlich noch ziemlich geordnet in seiner Umgebung zu bewegen vermag.

In einzelnen Fällen lassen sich neben der allgemeinen Abschwächung des Gedächtnisses auch bestimmte Lücken desselben constatiren, bald von grösserem, bald von geringerem Umfange. Eine meiner Kranken hatte, als sie nach einem kurz dauernden, verwirrten Aufregungszustande wieder zur Besinnung kam, die Erinnerung an die letzten 5 Monate vor dem Eintritte vollständig verloren, obgleich sie in jener Zeit sich verlobt und verheirathet hatte. Während sie im Uebrigen vollkommen klar geworden war, zeigte sie sich höchlichst erstaunt, als nun ihr Mann sich

ihr vorstellte. Nach einem späteren ähnlichen Anfälle vermochte sie sich auch ihres nur kurze Zeit zurückliegenden ersten, sechswöchentlichen Anstaltsaufenthaltes nicht zu entsinnen und erkannte trotz ihrer sonstigen Besonnenheit die Aerzte und Wärterinnen durchaus nicht wieder.

Sehr häufig wird der Defect der Erinnerung ausgefüllt durch die Phantasie. Gerade weil die wirklichen Reminiscenzen verblassen und verschwinden, hat die freie Erfindung einen weiten Spielraum. Nicht nur Träume, Gehörtes und Gelesenes werden nun als Erlebnisse in die eigene Vergangenheit zurückverlegt, sondern auch eine Menge rein phantastischer Vorstellungen, wie sie gerade der Augenblick producirt. Der Kranke hat fabelhafte Abenteuer erlebt, grosse Schlachten geschlagen, mit zahlreichen Celebritäten auf vertrautem Fusse gestanden, seit unvor-denklichen Zeiten alle historischen Ereignisse gelenkt und mitgemacht. Selbst in die jüngste Zeit, für die eben seine wirkliche Erinnerung höchst unvollkommen ist, werden solche erfundene Reminiscenzen zurückverlegt; der Kranke erzählt bona fide, dass er vor einer halben Stunde Besuch gehabt, gestern beim Kaiser gespeist, sich am Morgen mit einer Prinzessin verlobt habe.

Es ist leicht verständlich, dass diese tiefgreifenden Störungen der Auffassung und der Reproduction nicht ohne schwere Folgen für die gesammte intellectuelle Arbeit des Kranken bleiben können. Was uns beim Paralytiker in dieser Richtung vor Allem auffällt, ist der schon sehr früh deutlich hervortretende Mangel an Kritik. Die durch Erfahrung erworbenen, feststehenden Normen, nach welchen wir die Welt beurtheilen, die Correctur, welche uns die Beobachtung der thatsächlichen Verhältnisse gegenüber den Constructionen der Phantasie an die Hand giebt, gehen ihm ganz unmerklich verloren, und er findet sich mit einem Male wieder in einer Traumwelt, in welcher Alles der eigenen Vorstellung, dem eigenen Wunsche, der eigenen Befürchtung entspricht. Im Nu ist daher seine ganze Umgebung, sind seine gesammten Verhältnisse in seinem Sinne verändert, weil er sie mit besonderen Augen ansieht und nicht

fähig ist, den schneidenden Contrast seiner gefärbten Auffassung mit der Wirklichkeit wahrzunehmen.

Wir sind diesem Vorgange einer totalen Verfälschung der Weltanschauung durch subjective Voraussetzungen schon wiederholt, z. B. beim depressiven Wahnsinn und bei der Verrücktheit begegnet. Allein was denselben hier durchaus von jenen Formen unterscheidet, das ist der Charakter der Schwäche, der ihm von Anfang an eigenthümlich ist. Dort stehen alle die einzelnen phantastischen Elemente, welche sich in die Auffassung hineinmischen, in einem gewissen inneren Zusammenhange mit einander, ja sie werden bei der Verrücktheit zu einem einheitlichen Systeme, oft nicht ohne Scharfsinn, weiter verarbeitet und festgehalten — hier dagegen schiessen bunt durcheinander die verschiedenartigsten Ideen empor, um ohne die mindeste Rücksicht auf die handgreiflichsten Widersprüche sofort assimilirt, aber ebenso schnell wieder vergessen zu werden. Was wir also dort erst nach sehr langer Dauer der Krankheit sich herausbilden sehen, den Zerfall des Systems und das Auftreten von ganz absurden, weit über das Mögliche hinausgehenden Vorstellungen, das kommt hier sehr früh, zumeist sogar bereits mit der Entwicklung von Wahnideen überhaupt, zur Beobachtung.

Damit hängt auch der Umstand zusammen, dass beim Paralytiker der Wahn nichts weniger als constant zu sein pflegt, sondern sich häufig fortwährend durch innere Anstösse, wie durch äussere Einflüsse verändert. Während der Verrückte, wenigstens in den ersten Perioden der Erkrankung, sein System wol bereichert, aber dasselbe zumeist in allen wesentlichen Punkten dauernd gleichlautend reproducirt, bietet jede Darstellung des paralytischen Wahnes zahlreiche und bedeutende Abweichungen von den früheren Versionen dar. Der Graf von gestern ist heute vielleicht Kaiser und morgen der jüngste Lieutenant, ja es gelingt nicht selten, durch Suggestivfragen und durch lebhafte Animirung des Kranken, ihn binnen wenigen Minuten zu einer raschen Selbststeigerung seiner Ideen bis ins Ungeheuerliche hinein zu treiben. Andeutungen dieses Verhaltens finden sich freilich auch bei Verrückten, aber immer nur in

beschränktem Masse und erst bei weit vorgeschrittener psychischer Schwäche oder unter dem Einflusse lebhafter Affecte.

Der völlige Mangel einer corrigirenden und systematisirenden Kritik beim Paralytiker lässt dem Fluge der Einbildungskraft einen ungemessenen Spielraum. So kommt es, dass gerade hier, ganz ähnlich wie im Traume, die Phantasie gewöhnlich in der üppigsten Weise sich breit macht und die abenteuerlichsten, absurdesten Wahnvorstellungen heraufführt. In der Erregung ist die Productivität des Paralytikers bisweilen eine so ausserordentliche, dass man diesen Reichthum an phantastischen Ideen wol als das „Brillantfeuerwerk eines rapid der Nekrobiose zueilenden Hirnlebens“ bezeichnet hat, während er in Wirklichkeit nichts bedeutet, als ein ungezügelter, kritikloses Spieltraumhafter Combinationen. Es liegt auf der Hand, dass unter diesen Umständen von einer Krankheitseinsicht in der Paralyse zumeist nicht die Rede sein kann. Im Gegentheil fühlen sich die Kranken häufig gesunder, als jemals, oder sie bemerken doch wenigstens nicht, dass ihre ganze geistige Kraft völlig gebrochen ist, eben weil ihnen die Fähigkeit verloren gegangen ist, ihren jetzigen Zustand mit demjenigen in längst vergessenen gesunden Tagen zu vergleichen. Gleichviel kann im Beginne der Krankheit sogar völlige Klarheit über die Natur des Leidens und das bevorstehende Schicksal vorhanden sein. Ich besitze den Brief eines Obersten, in welchem derselbe den Entschluss ankündigt, sich das Leben zu nehmen, weil er an Gehirn-erweichung leide und ein blöder Tölpel werden müsse. Der weitere Verlauf der Krankheit rechtfertigte seine Ahnung nur zu vollkommen. Dass die Kranken wenigstens das Herannahen eines schweren, unheilbaren Leidens deutlich empfinden, ist nicht gerade selten. „Wenn Sie wüssten, wie mir zu Muthe ist“, sagte mir ein derartiger, damals noch gar nicht als Paralytiker erkannter Patient, „so würden Sie nicht mehr an meine Wiederherstellung glauben.“ Nicht zu verwechseln mit dieser wirklichen Krankheitseinsicht sind jene Fälle, in denen allerlei nervöse oder auch rein phantastische Beschwerden wol den Patienten sich

selbst für krank halten lassen, ohne dass er doch die wahren Symptome seines Leidens als solche auffasst und anerkennt.

Kaum geringere Störungen, als die Intelligenz, bietet die Stimmung der Kranken dar. In der ersten Zeit der Paralyse ist es namentlich die erhöhte Reizbarkeit, welche der Umgebung aufzufallen pflegt. Der Kranke ist launenhaft, leicht verstimmt und verdriesslich, geräth bei geringfügigen Anlässen in rasch vorübergehende, unmotivirt heftige Aufregung, in der er die Herrschaft über sich selbst vollständig verliert und sich wol gar gelegentlich zu Thätlichkeiten hinreissen lässt. Auf der andern Seite ist schon jetzt nicht selten eine gewisse Stumpfheit und Torpidität gegenüber weiter reichenden Interessen bemerkbar, die auf ein Zurücktreten der höheren, logischen, ethischen und ästhetischen Gefühle hindeutet. Die Freude an geistiger Arbeit, an künstlerischen Genüssen, an den gemüthlichen Beziehungen zur Umgebung, zur eigenen Familie weicht einer trägen Indolenz, die zu der sonstigen Reizbarkeit des Kranken in auffallendem Widerspruche steht.

Die gleichen Eigenthümlichkeiten, leichte Erregbarkeit auf der einen, Mangel an tieferen, nachhaltigeren Gefühlen auf der andern Seite, erhalten sich meist auch während des weiteren Verlaufes der Krankheit. Dabei zeigt die Färbung der Stimmung einen durchgehenden Parallelismus mit dem Inhalte der Wahnideen, vielleicht weil dieser letztere wesentlich durch jene bestimmt wird. Grössenideen werden von befriedigter, oft überaus glückseliger Stimmung begleitet, während wir auf der anderen Seite tiefe Depression oder intensive Angstzustände in Verbindung mit quälenden Wahnvorstellungen beobachten. Regelmässig aber ist es nicht eine und dieselbe Färbung des Stimmungshintergrundes, welche den ganzen Krankheitsverlauf begleitet. Mitten hinein in das Uebermass der Freude bricht plötzlich ein Thränenstrom, oder das hypochondrische Elend wird durch die stolze Befriedigung über irgend einen exorbitanten Vorzug abgelöst. Ganz besonders bemerkenswerth ist es, dass es häufig gelingt, diese raschen Wandlungen durch die Anregung geeigneter Vorstellungen, ja schon durch den Tonfall

der Stimme, den Gesichtsausdruck gewissermassen experimentell herbeizuführen und ebenso wieder zu beseitigen. Wo gar keine Wahnideen zur Entwicklung kommen, oder wo sie bereits verblasst sind, da trägt auch die Stimmung meist keine ausgeprägtere Färbung; höchstens eine Art blöder Zufriedenheit oder Missvergnügtheit kann das Fortschreiten der gemüthlichen Stumpfheit bis zu ihren höchsten Graden noch längere Zeit begleiten.

Natürlich wird durch diese Störungen der Charakter des Kranken vollkommen umgewandelt. An Stelle der früheren Festigkeit und Selbständigkeit tritt eine fortschreitende Willensschwäche und Haltlosigkeit; die constanten Willensdispositionen einerseits, die constanten Hemmungen andererseits gehen ihm verloren. Während die eigene innere Regsamkeit, die „Initiative“, nach und nach schwindet, lässt er sich von beliebigen Einfällen oder äusseren Anstössen widerstandslos zu häufig recht planlosen und unsinnigen Handlungen, selbst zu Verbrechen verleiten, ohne die Tragweite und die Bedeutung derselben irgendwie zu übersehen. Ohne Ueberlegung und ohne Bedenken sucht er seine wahnhaften Pläne auszuführen, nicht in der systematischen, consequenten, von langer Hand vorbereitenden Art des Verrückten, sondern er drängt zur Realisirung, sobald ihm nur der Gedanke aufgestiegen ist, um ihn im nächsten Augenblicke wieder über etwas Anderem, Grösserem zu vergessen und fallen zu lassen. Daher die ungemessene Zahl der Projecte und Unternehmungen, die der Paralytiker gleichzeitig in Angriff nimmt, daher die ausserordentliche Geschwindigkeit, mit welcher er bisweilen durch seine unsinnige Geschäftigkeit die grössten Summen zu verschleudern im Stande ist.

Im Benehmen des Kranken macht sich die Paralyse als eine Abstumpfung gegen die Anforderungen des Anstandes und der Sitte geltend, die ihn, wie den Angetrunkenen, zahlreiche Tactlosigkeiten, Ungenirtheiten und grobe Verstösse begehen lässt, ohne dass er das mindeste Verständniss dafür besässe. Jene anerzogenen feinen Hemmungen und Antriebe, welche auch die äussere Form unseres Thuns und Lassens jederzeit nach der Rücksicht auf unsere Um-

gebung reguliren, gehen dem Paralytiker sogar schon sehr früh verloren, am leichtesten und vollständigsten natürlich dort, wo nicht eine lange pedantische Gewohnheit oder natürliche Anlage dieselben sehr tief dem Wesen des Menschen eingeprägt hat. Im letzteren Falle kann man auch recht blödsinnige Kranke noch die Schablone der Verkehrsformen leidlich gut sich bewahren sehen.

Was der Paralyse vor Allem ihr eigenartiges klinisches Gepräge verleiht, sind die nervösen Störungen, welche den ganzen Verlauf derselben begleiten. Als sehr constante Erscheinung im Beginne der Erkrankung beobachtet man starke Kopfschmerzen, die meist als ein dumpfer, aber äusserst intensiver Druck geschildert werden, als ob das Gehirn mit grosser Gewalt zusammengepresst würde. Am häufigsten sind dieselben in der Stirngegend localisirt. Dazu gesellen sich oft die Anzeichen congestiver Zustände (Ohrensausen, Funkensehen, Schwindelgefühl). Von Seiten der Sinnesorgane lässt sich anfangs oft abnorme Erregbarkeit, später nicht selten eine leichtere oder schwerere Abstumpfung der Empfindlichkeit constatiren, die aber zweifellos in der Regel vorzugsweise auf den psychischen Zustand, speciell die mangelnde Aufmerksamkeit, zurückzuführen ist. Eine eigenthümliche Sehstörung, die häufig nach paralytischen Anfällen hervortritt und sich bei negativem Augenspiegelbefunde durch Erschwerung des Erkennens und der Localisation von Gegenständen charakterisirt, ist von Fürstner beschrieben und auf Herdaffectationen in der Hinterhaupteinde zurückgeführt worden. Auch hier dürften complicirtere psychische Anomalien eine wichtige, wenn nicht die Hauptrolle spielen. Auf der andern Seite jedoch sind auch greifbare pathologische Befunde am peripheren Sinnesorgane, am Auge, zu verzeichnen. Atrophie der Sehnerven verschiedenen Grades wird in 4—5, nach Möli's Angaben sogar in 12 Procent beobachtet; ausserdem hat man bisweilen über eine keineswegs charakteristische „Retinitis paralytica“ und eine ganze Reihe anderer, sehr inconstanter Veränderungen am Auge berichtet.

Sehr auffallend sind die Störungen auf dem Gebiete des Hautsinnes. Im Prodromalstadium der Krankheit

stellen sich öfter allerlei vage, „rheumatoide“ Schmerzen oder abnorme Empfindungen ein, die bisweilen längere Zeit das einzige hervortretende Symptom der Krankheit bilden. Ich sah einen derartigen Kranken, der über reissende Schmerzen unter dem linken Schulterblatte klagte und schon seit Monaten vergeblich deswegen behandelt worden war, ohne dass man die Paralyse erkannt hätte. Im weiteren Verlaufe entwickelt sich ausnahmslos früher oder später eine bedeutende Herabsetzung aller Qualitäten der Hautempfindlichkeit, vor Allem aber eine sehr hochgradige Analgesie. Namentlich wenn man die Aufmerksamkeit des Kranken durch Fragen ablenkt, gelingt es zur grössten nachträglichen Verwunderung desselben sehr häufig schon in relativ frühen Stadien, eine Nadel quer durch eine Hautfalte hindurch zu stechen, ohne dass er dessen gewahr wird. Gerade diese Unempfindlichkeit gegen Schmerz begünstigt das Zustandekommen von allerlei Verletzungen, besonders ausgedehnten Verbrennungen, weil der Kranke die Gefahr nicht bemerkt und sich ihr daher auch nicht entzieht. Ich kannte einen Hauptmann, der sich in einer Nacht die Hand mit den Zähnen zerfleischte, weil ihm dieselbe als etwas Fremdes, gar nicht zu ihm Gehöriges erschien.

Ganz besonders in den Vordergrund treten bei der Paralyse die motorischen Störungen, als deren wichtigste wir wol die „paralytischen Anfälle“ zu bezeichnen haben. Die leichtesten Formen derselben bestehen in rasch vorübergehenden Schwindelattaquen, häufig von kurz dauernder Unfähigkeit, zu sprechen, oder Anstossen der Zunge, seltener von leichten Hemiparesen begleitet. Erheblich ernster sind die epileptiformen Anfälle. Ihnen gehen meist allerlei Prodromalsymptome, Unbesinnlichkeit, grössere Apathie, Schwerfälligkeit der Bewegungen, Herüberhängen nach einer Seite, voraus, bis dann der Kranke plötzlich zu Boden sinkt und nun Krämpfe auftreten, deren eigenthümliche Localisation zumeist auf ihren Ursprung in der Hirnrinde hinweist. Zuerst stellt sich etwa ein leises Zucken in den Gesichtsmuskeln mit Verdrehen der Augen und nystaktischen Bewegungen derselben ein; dann schreitet die Erregung auf den Hals, die obere Extremität, die Respira-

tionsmuskeln, den Bauch, die untere Extremität derselben Seite fort, um endlich auch auf die entgegengesetzte Seite hinüberzugreifen, während sie vielleicht auf der zuerst befallenen schon wieder nachlässt. Dieser Turnus, von dem allerdings oft nur einzelne Elemente zur Entwicklung kommen, kann sich mit kürzeren oder längeren Zwischenpausen, in denen der Kranke komatös oder unbesinnlich mit Armen und Beinen agierend daliegt, sehr häufig hintereinander, bisweilen 20-, 30-, ja 80- und 100 Mal innerhalb 24 Stunden wiederholen. In der Regel allerdings pflegt der Anfall schon nach einer oder einigen Stunden vorüber zu sein, doch wird nicht zu selten eine Dauer von mehreren, selbst bis zu 14 Tagen beobachtet. Die Körpertemperatur ist meist etwas, selten beträchtlich erhöht, der Befund von Eiweiss sehr inconstant. Blase und Mastdarm sind häufig gelähmt, so dass es zu Harnretention und Koprostase mit deren Folgezuständen, Pyelitis, Nephritis, Periproktitis kommen kann, wenn nicht für rechtzeitige Entleerung beider Organe gesorgt wird. Die active Nahrungsaufnahme ist wegen Lähmung der Schlingmuskulatur unmöglich. Da ausserdem die Kehlkopfreflexe oft gänzlich aufgehoben sind, so entspringt eine ernste Gefahr für den Kranken aus der Aspiration von Speichel aus der mit reichlichen Zersetzungsproducten erfüllten Mundhöhle; in der That finden wir bei der Mehrzahl der im Anfalle zu Grunde gehenden Paralytiker Schluckpneumonien (sog. „hypostatische Pneumonien“) als Todesursache. Endlich fordert auch der bei solchen Kranken überaus leicht entstehende Decubitus zahlreiche Opfer.

Das Erwachen aus dem Anfall geschieht immer allmählich, oft durch ein Stadium grosser Verwirrtheit und Benommenheit hindurch. Aber auch weiterhin bemerkt man regelmässig eine erhebliche Zunahme der psychischen Schwäche, in einzelnen Fällen plötzlichen tiefen Blödsinn nach einem bis dahin nahezu normalen Verhalten. Gleichzeitig bleiben gern allerlei körperliche Symptome zurück, Hemiparesen, Zwangsbewegungen, Sprachstörungen, Aphasie, die sich meist bald wieder verlieren, zuweilen aber auch dauernd bestehen bleiben.

Eine letzte Form der paralytischen Anfälle sind die apoplektiformen Insulte, welche ganz in der Art gewöhnlicher Schlaganfälle mit plötzlicher Bewusstlosigkeit, Zusammenbrechen, stertorösem Athmen und nachfolgender Hemiplegie, Contracturen, aphasischen Störungen verlaufen, häufig genug aber auch ganz unvermuthet dem Leben ein Ende machen. Alle diese verschiedenen Formen können in jeder Phase der Krankheit auftreten, doch beobachtet man im Allgemeinen die leichteren Anfälle mehr im Beginne, die schwereren häufiger in den späteren Perioden. Ganz pflegen sie nur selten zu fehlen, wenn auch ihre Zahl in verschiedenen Fällen eine sehr verschiedene ist; bisweilen kann man sie alle paar Tage oder doch alle paar Wochen sich einstellen sehen. Den äusseren Anstoss zum Entstehen der Anfälle sollen Gemüthsbewegungen, Excesse, starke Indigestionen, Koprostase geben können, doch herrscht über diesen Punkt noch keine rechte Klarheit; meist ist ein Anlass gar nicht eruirbar.

In einer gewissen Beziehung zu den paralytischen Anfällen scheinen die kataleptischen Erscheinungen zu stehen, die man bisweilen in der Paralyse beobachtet. Leichtere Andeutungen derselben sind in der dem Anfalle folgenden Benommenheit nicht allzu selten; in einzelnen Fällen aber sieht man kataleptische Zustände mit ausgebildeter *Flexibilitas cerea* längere Zeit hindurch, selbst Wochen und Monate lang, fortbestehen. Derartige Kranke können dann natürlich leicht zur Verwechselung mit katatonisch Verrückten Veranlassung geben; nur die Berücksichtigung der Anamnese und des weiteren Verlaufes vermag davor zu schützen.

Regelmässige Störungen bietet der motorische Apparat des Auges dar. Zwar gehören Paresen der Augenmuskeln oder gar complete Ophthalmoplegie zu den seltneren Vorkommnissen; dagegen sind Myosis, Differenz, träge Reaction oder Starre der Pupillen fast ausnahmslos vorhanden; auch einseitige oder doppelseitige Ptosis findet sich häufig, seltener Mydriasis. Die Gesichtszüge sind schlaff (Verstreichen der Nasolabialfalten), ausdruckslos, zeigen häufig fibrilläre Zuckungen und ausgiebige Mitbewegungen, wenn man den sehr leicht in Verwirrung gerathenden Kranken auffordert,

abwechselnd verschiedene coordinirte Bewegungen auszuführen, die Augen zu schliessen, den Mund zu öffnen, die Zunge vorzustrecken u. s. f.; bisweilen bemerkt man auch Ungleichheit der Gesichtshälften. Die Stimme ist rau und verliert ihren gewohnten Klang (Stimmbandparese), hie und da das erste Symptom der Paralyse. Die Zunge weicht nicht selten ab, zeigt starke fibrilläre Zuckungen, wird ungeschickt, stossweise und unter zahlreichen Mitbewegungen, Aufreissen der Augen, Stirnrunzeln, ja selbst unter Zuhilfenahme der Finger hervorgestreckt. Das Schlucken ist namentlich in den letzten Stadien der Krankheit sehr erschwert; der Kranke verschluckt sich leicht, ohne aber wegen der Unempfindlichkeit des Kehlkopfeinganges immer in genügend energischer Weise darauf zu reagiren. Häufig beobachtet man bei vorgeschrittenem Blödsinn lange fortgesetztes, rhythmisches Zähneknirschen, welches fast als pathognomonisch für die Paralyse angesehen werden darf.

Zu den allerwichtigsten Symptomen der Paralyse gehören die Veränderungen, welche die Sprache erleidet. Wir haben dabei zu unterscheiden zwischen aphasischen und articulatorischen Störungen. Zustände vorübergehender, selten länger dauernder Aphasie schliessen sich ungemein häufig an paralytische Anfälle an. Einer meiner jetzigen Kranken konnte wochenlang den Namen keines einzigen Gegenstandes finden, den man ihm zeigte, obgleich er die Dinge selbst erkannte. Weit hartnäckiger pflegt die Paraphasie zu sein, die viele Monate unverändert fortbestehen kann. Hier werden entweder einzelne Dinge mit unrichtigen Namen belegt, oder es kehren gewisse stereotype Bezeichnungen fälschlicherweise bei den verschiedensten Gelegenheiten wieder, oder endlich die Sprache geht vollständig in einem Gemisch unsinniger, häufig wiederholter Silbencombinationen unter. Ich kannte einen sehr gebildeten Kranken, bei dem das erste auffallende Symptom der Paralyse ein leichter Schlaganfall war, nach welchem er einige Stunden hindurch die 5 oder 6 Sprachen, die er beherrschte, in ganz unverständlicher Weise durcheinander warf. Viel seltener ist Worttaubheit, die sich zudem wegen des Schwachsinn der Kranken nur sehr schwierig diagnosticiren lässt.

Häufiger, als diese centralen Sprachanomalien, sind Articulationsstörungen, die sich zunächst vielleicht ebenfalls nur im Gefolge der paralytischen Anfälle, später aber dauernd geltend machen. Dieselben lassen sich in zwei verschiedene Gruppen zerlegen, welche sich im einzelnen Falle freilich meist mit einander combiniren, in paretische und ataktische, coordinatorische Störungen. Die Schwerfälligkeit in den Bewegungen der Lippen- und Zungenmuskulatur macht es dem Kranken schwer, complicirtere Buchstabenverbindungen rasch im Zusammenhange auszusprechen, so dass die Sprache durch das schleifende Hinübergleiten über die mangelhaft articulirten Lautverbindungen undeutlich und verschwommen wird (schmierende, lallende Sprache). Da die Störung ganz der bei bulbären Sprachlähmungen beobachteten analog ist, so dürfte sie auf Läsionen in der Medulla, speciell auf solche des Facialis und Hypoglossus zurückzuführen sein. Unter die zweite Gruppe von Sprachstörungen gehört vor Allem das „Silbenstolpern“, das Versetzen und Auslassen von einzelnen Buchstaben und Silben. Beliebte Beispiele zur Demonstrirung dieses Verhaltens sind „dritte reitende Artilleriebrigade“ (drittende reitere Artrilleriebrade), „Elektricität“ (Ektriticät), „Initiative“ (Icinitive). Ebendahin ist die hie und da beobachtete eigenthümliche Verdoppelung oder Anhängung tonloser Silben zu rechnen. Oft wird namentlich die letzte Silbe eines Wortes trotz sichtlichen Widerstrebens vom Kranken drei-, viermal und öfter wiederholt, bis seine Sprachwerkzeuge endlich zur Ruhe kommen.

Am deutlichsten pflegen die coordinatorischen Sprachstörungen, wie Rieger festgestellt hat, beim lauten Lesen hervorzutreten. Der Kranke producirt hier bei mehrmaliger Wiederholung oft immer wieder neue Silben- und Wortcombinationen, die nur eine bruchstückweise und entfernte Aehnlichkeit mit dem Originale darbieten. Dabei glaubt er, vollständig correct abgelesen zu haben, ohne doch den Inhalt des Gelesenen zu verstehen. Wieweit hier die sinnliche Auffassung der Vorlage, die Verknüpfung der Wortzeichen mit den Begriffen einerseits, den Bewegungsvorstellungen andererseits, wie weit endlich die Coordination

der Impulse an dem Zustandekommen der verwickelten Störung betheiligt ist, lässt sich heute noch nicht entscheiden.

Ganz ähnliche Störungen, wie die Sprache, lässt die Schrift erkennen. Die einzelnen Züge sind unregelmässig und unsicher, ohne doch die rhythmischen Zitterlinien des Tremor senilis darzubieten; die Striche fahren häufig über die Grenzen hinaus. Auf der andern Seite begegnet uns das Analogon des Silbenstolperns in Versetzung der Buchstaben und Silben, Auslassungen und Wiederholungen derselben. Geringe Rücksicht wird auf die räumliche Oekonomie der Schriftstücke genommen. Der Kranke kümmert sich nicht darum, ob er mit der Linie oder der Seite auskommt, schreibt quer und schräg durch- und übereinander, oft auch noch auf beide Seiten des Couverts. Dabei laufen Klexe, Fettflecken, Unsauberkeiten in Menge mit unter, so dass die Entzifferung oft völlig unmöglich wird. In manchen Fällen wird auch längere Zeit hindurch wahre Paragraphie beobachtet; ich sah eine weibliche Kranke, die sich mündlich durchaus geläufig und fast ohne Andeutung einer Sprachstörung ausdrücken konnte, auf dem Papier aber nur ganz unsinnige Buchstabencombinationen zu Stande brachte. Bei weit vorgeschrittener Krankheit besteht meist völlige Agraphie. Die Kranken sitzen rathlos vor ihrem Briefbogen da, ohne etwas Anderes, als einige unsichere Linien mühsam hinzumalen, um nach manchen vergeblichen Versuchen ihre Bemühungen aufzugeben, weil sie „Rheumatismus in der Hand“ oder „keine Brille“ da hätten.

Weniger, als die Störungen bei den so überaus feinen und complicirten Functionen des Schreibens und Sprechens, fallen zunächst die Innervationsanomalien bei gröberen Bewegungen ins Auge. Freilich wird der Paralytiker sehr bald zu allen Beschäftigungen untauglich, welche eine besondere Handfertigkeit erfordern, zum Clavierspielen, zum Einfädeln von Nähnadeln, zum Ausführen feiner mechanischer Arbeiten. Späterhin treten diese Störungen deutlicher hervor. Die Ungeschicklichkeit beim Zugreifen, Knöpfen, die stossweise, in Absätzen erfolgende Innervation beim Drücken der Hand lässt erkennen, dass die Fähigkeit zu

einer feineren Regulirung der Bewegungen verloren gegangen ist, wenn auch die grobe Kraft, abgesehen von den bisweilen an die Anfälle sich anschliessenden Hemiparesen, noch vollkommen normal erscheint. Der Gang ist unsicher, breit-spurig, schlüpfend; zu Zeiten, namentlich vor einem Anfalle, hängt der Kranke ganz nach einer Seite hinüber. Dazu gesellen sich gewöhnlich noch die Zeichen einer Affection der Hinterstränge (Romberg'sches Symptom, Ataxie, Schleudern) oder Seitenstränge (Steifigkeit, spastischer Gang). Schliesslich werden die Kranken immer dauernd bettlägerig, gewöhnlich mit mehr oder weniger ausgesprochenen Contracturen.

Die Reflexerregbarkeit ist in der Regel erhöht, bisweilen so stark, dass eine heftige Bewegung gegen das Gesicht des Kranken ein Zusammenfahren des ganzen Körpers zur Folge hat. Die Sehnenreflexe sind je nach dem Sitze der Rückenmarksaffection bald hochgradig gesteigert, so dass Fussklonus und saltatorischer Reflexkrampf (beim Aufsetzen der Zehen auf den Boden) auftritt, bald aber auch vollständig erloschen (in etwa 20 % der vorgeschrittenen Fälle). Fehlen des Patellarreflexes scheint sich auch hier besonders häufig mit absoluter Pupillenstarre und Myosis zu verbinden. Die elektrische Erregbarkeit der Musculatur ist anfangs erhöht, später herabgesetzt.

Von Seiten der Blase sind auch ausserhalb der Anfälle häufig Störungen vorhanden, sowol Incontinenz, wie Retention, erstere meist als Folge der letzteren (Harnträufeln). Die Trägheit des Mastdarms kann zu enormen Koprostasen führen; andererseits besteht in allen vorgeschrittenen Fällen völlige Unfähigkeit, den Koth zurückzuhalten, zum Theil vielleicht wegen Lähmung der Sphinkteren, namentlich aber deswegen, weil der Kranke die herannahende Entleerung ebensowenig bemerkt, wie die Füllung der Blase bis zum Nabel. Die sexuelle Potenz erlischt, nachdem Anfangs nicht selten die geschlechtliche Erregbarkeit stark gesteigert war.

Unter den vasomotorischen Störungen sind vor Allem die häufigen intensiven Congestionen zum Kopfe, Erytheme, lange dauernde Röthung der Haut und selbst Quaddelbildung bei leichten Reizen, Cyanose zu nennen.

Die Sphygmographencurve zeigt öfters allmähliches Ansteigen und Erniedrigung der Gipfelwelle („tarde“ Pulsformen), Erscheinungen, die sich auf eine langsamere und wenig energische Ausdehnung der Gefässwand beziehen lassen. An den zugänglichen Arterien, besonders den Temporales, wird nicht selten starke Schlängelung und Rigidität beobachtet. Mit diesen Gefässveränderungen stehen ohne Zweifel auch die sog. „trophischen“ Störungen in aller nächster Beziehung. Es sind eine ganze Anzahl von Symptomen der Paralyse, deren Auftreten man vielfach als eine directe Folge der Degeneration gewisser trophischer, unmittelbar die Ernährung der Organe regulirender Nervenbahnen ansieht, der Decubitus, die Rippenbrüche, die Ohrblutgeschwulst, ja auch die so häufigen Pneumonien, die man wol auf einen Nachlass der Vagusinnervation zurückgeführt hat. Ein unbestreitbares theoretisches und fast noch mehr praktisches Verdienst Guddens ist es, den Nachweis geführt zu haben, dass alle jene Störungen nicht aus inneren Ursachen, sondern ganz ausnahmslos unter der Einwirkung äusserer Schädlichkeiten sich entwickeln.

Freilich wird man kaum umhin können, eine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Organismus bei Paralytikern als begünstigendes Moment anzunehmen, da hier sehr schwere Symptome schon bei verhältnissmässig geringen Reizen zu Stande kommen. Die Entstehung des Decubitus erklärt sich in erster Linie dadurch, dass die Kranken wegen ihrer Unempfindlichkeit nicht, wie jeder Gesunde, durch unangenehme Druckgefühle zu häufigem Lagewechsel angetrieben werden, oder doch wegen ihrer Unbehilflichkeit denselben nicht auszuführen vermögen, sondern wie ein Klotz im Bette liegen. Unter diesen Umständen kann man schon nach 1—2 Stunden, besonders bei Uebereinanderliegen der abgemagerten Beine oder beim Sitzen auf einer harten Nachtstuhlkante starke Röthung, Quaddeln- und selbst Blasenbildung entstehen sehen, während eine einzige unbewachte Nacht vollauf genügt, um eine mehrere Centimeter in die Tiefe greifende Gangrän zu erzeugen. Rippenbrüche und Othämatome kommen bei Paralytikern relativ häufig und bisweilen in schreckenerregender Ausdehnung zu Stande, weil die Kranken

sehr ungeschickt, dabei unruhig und vor Allem ausser Stande sind, sich zu vertheidigen und zu beklagen, so dass sie hilflos den Insulten ihrer Umgebung preisgegeben erscheinen. Möglicherweise spielen auch hier besondere prädisponirende Momente mit eine Rolle, abnorme Brüchigkeit der Rippen, primäre Ernährungsstörungen im Ohrknorpel, doch steht die Thatsache unzweifelhaft fest, dass mit der besseren Ausbildung und Ueberwachung des Wartepersonals die Zahl der Rippenbrüche, wie der Othämatome regelmässig abnimmt.

Von den übrigen Functionen des Organismus sind es namentlich der Schlaf, der Appetit und das Körpergewicht, welche durch die Paralyse vielfach in Mitleiden-schaft gezogen werden. Der Schlaf ist in den ersten Stadien der Krankheit vielfach sehr gestört, später in den Erregungszuständen oft zeitweise ganz aufgehoben, während er gegen das Ende hin wieder besser wird, obgleich hier bei dem blödsinnigen Hindämmern der Kranken ein sicheres Urtheil über diesen Punkt kaum möglich ist. Der Appetit pflegt Anfangs und in der Aufregung herabgesetzt zu sein, um späterhin gewöhnlich in förmliche Gefrässigkeit überzugehen. Dem entsprechend sieht man das Körpergewicht im Beginn und auf der Höhe der Krankheit sinken, dann aber bei dauernder Beruhigung sehr bedeutend, bis weit über die Norm hinaus ansteigen und endlich gegen das Ende hin wieder unaufhaltsam bis zum tiefsten Marasmus herabgehen.

Je nach der mannichfaltigen Gruppirung und Ausprägung der einzelnen, bis hierher besprochenen Symptome setzen sich eine Anzahl verschiedener Krankheitsbilder zusammen, welche zwar vielfache Uebergänge unter einander darbieten, dennoch aber die Aufstellung gewisser typischer Gestaltungen gestatten. Wir wollen im Folgenden als hauptsächliche Verlaufsarten der Paralyse die demente, die depressive, die expansive und die agitirte Form derselben auseinanderzuhalten suchen.

Die demente Form der Paralyse zeichnet sich aus durch ein ganz allmähliches, schleichendes Fortschreiten des Verblödungsprocesses ohne ausgeprägtere Wahnideen und ohne lebhaftere Affect-

zustände. Die ersten, aber lange Zeit hindurch von der Umgebung übersehenen Anzeichen der herannahenden Krankheit sind Unfähigkeit zu geistiger Anstrengung, Vergesslichkeit und Zerstreutheit, unmotivirte Launenhaftigkeit und Reizbarkeit neben auffallender Indolenz in wichtigen Angelegenheiten, Energielosigkeit und Klagen über Schmerzen oder Druckempfindungen im Kopfe. Der Kranke ermüdet rasch, schläft gelegentlich in Gesellschaft ein; er wird unsicher und leicht bestimmbar in seinem Urtheile, in seinen Entschlüssen, dabei oft zu Zeiten wieder in Kleinigkeiten sonderbar eigensinnig. Bei Dingen, die ihm sonst durchaus geläufig waren, irrt er sich und muss sich lange besinnen, um sich ganz einfache Daten zu vergegenwärtigen, mit denen er vielleicht täglich zu manipuliren hatte. So kommt es, dass er anfängt, in seinen gewohnten Verrichtungen unordentlich und nachlässig zu werden. Er versäumt seine Dienststunden, wichtige Correspondenzen, vergisst die Adressen auf seinen Briefen, verliert oder verlegt werthvolle Objecte, Geld, Acten, kommt mit seinen Arbeiten gar nicht oder nicht rechtzeitig zu Stande und lässt sich unbegreifliche Versehen zu Schulden kommen, orthographische Schnitzer, grobe Rechenfehler u. dergl., ohne es selbst recht zu bemerken. Die Vorhaltungen, die ihm wegen dieser Verstöße gemacht werden, nimmt er ohne nachhaltige Reaction hin; er versteht kaum, was man von ihm will, da er den Ueberblick über seine Berufsthätigkeit bereits vollkommen verloren hat. Bisweilen allerdings macht sich ihm doch eine gewisse allgemeine Vorstellung von der tiefgreifenden Veränderung geltend, die sich mit seiner Persönlichkeit vollzogen hat; er klagt selbst über die Langsamkeit und Schwerfälligkeit seines Denkens, über seine Vergesslichkeit, und sucht deswegen ärztliche Hilfe auf, ja er rafft sich vielleicht sogar in der mehr oder weniger klaren Furcht vor dem bevorstehenden Leiden zu einem Selbstmordversuche auf, wenn derselbe auch bei der Demenz und der Energielosigkeit der Kranken häufig resultatlos bleibt. Mir selbst sind mehrere derartige Fälle vorgekommen.

Nach und nach geht aber auch jenes dumpfe Krankheitsbewusstsein verloren. Der Kranke wird allmählich

immer interesseloser, blöder, vergesslicher und zieht sich auf einen immer mehr zusammenschrumpfenden Schatz von einfachen Vorstellungen und Verkehrsformen zurück. Er hört gänzlich auf, sich um seine häuslichen und Berufsangelegenheiten zu kümmern, kommt mit den einfachsten Aufgaben nicht zu Stande, verirrt sich in seiner eigenen Wohnung und erkennt seine nächsten Angehörigen und Freunde nicht mehr. Hier und da taucht nun auch wol ganz vorübergehend einmal eine hypochondrische oder expansive Vorstellung in dem Kranken auf, dass er die Schwindsucht habe oder eine ungewöhnlich schöne Stimme besitze. Dabei ist er meist „unendlich gut“, andauernd ruhig, harmlos, lenksam und reagirt auf alle Anreden mit freundlichem, ausdruckslosem Lächeln. Allerdings begegnet man in einzelnen Fällen vielmehr einem eigenthümlich abstossenden, negirenden Wesen. Die Kranken geben auf jede Anrede unwirrsche, zurückweisende Antworten ohne klares Motiv, ohne eigentlichen Affect und ohne sich durch freundliches Zureden beeinflussen zu lassen; sie sträuben sich gegen die wohlgemeintesten Massregeln und documentiren auch in diesem bornirten Widerstande den bereits weit vorgeschrittenen Blödsinn.

Auf der anderen Seite tritt gewöhnlich ein rücksichtsloses Interesse für grob materielle Genüsse hervor. Der Kranke isst, trinkt, raucht, so lange ihm die Genussmittel erreichbar sind, unempfindlich gegen alle sich aus seiner Gier ergebenden Consequenzen. Gerade durch den Appell an seinen Appetit lässt er sich schliesslich am leichtesten und bedingungslos leiten; aus dieser Quelle entspringen die letzten Lustgefühle, welche die gleichmässige Apathie des Stimmungshintergrundes bisweilen noch vorübergehend erhellen. In der Regel wird die Krankheit, da der Patient ganz aufhört, zu klagen, viel schläft, einen vorzüglichen Appetit zeigt und an Körpergewicht stark zunimmt, von der Umgebung erst dann gewürdigt, wenn der Blödsinn schon sehr weit gediehen ist. Mir wurde ein derartiger Kranker zugeführt, der noch den verantwortungsvollen Posten eines Cassirers bekleidete, als er sich bereits häufig verunreinigte und ganz einfache Additionen nicht mehr auszuführen im Stande war.

Die demente Form ist vielleicht die häufigste Verlaufsart der Paralyse überhaupt, wenn sie auch dem Irrenarzte relativ seltener vorzukommen pflegt. Sehr bemerkenswerther Weise gehört die ganz überwiegende Mehrzahl der Erkrankungen beim weiblichen Geschlechte diesem Typus an, ohne dass wir dafür ausser etwa der geschützteren Stellung des Weibes gegenüber Excessen und äusseren Schädlichkeiten, irgend einen Grund aufzufinden vermöchten. Ferner scheinen jene vereinzelt Fälle, in denen die Entwicklung der Krankheit mit den Erscheinungen der Tabes beginnt, an die sich erst später die paralytischen Symptome anschliessen (ascendirende Form) ebenfalls zumeist das Bild des einfachen fortschreitenden Blödsinns darzubieten.

Die Dauer der dementen Form ist, entsprechend ihrem schleichenden Verlaufe, gewöhnlich eine verhältnissmässig lange; sie beträgt im Durchschnitte 3—4 Jahre, doch habe ich auch Fälle von weiblicher, wie von ascendirender Paralyse beobachtet, die 8—10 Jahre und selbst noch länger dauerten.

Die depressive Form der Paralyse ist charakterisirt durch depressive Verstimmung und Wahnideen, welche den ganzen Krankheitsverlauf bis zur völligen Verblödung des Kranken begleiten. Ihren Ausgangspunkt nimmt die psychische Depression häufig von dem Krankheitsgeföhle des Prodromalstadiums, welches im Uebrigen die gleichen, schon oben geschilderten Symptome einer allmählich fortschreitenden Schwäche des Gedächtnisses und der Intelligenz, einer erhöhten momentanen Reizbarkeit neben gemüthlicher Apathie und Energielosigkeit darbietet. Es sind daher zumeist hypochondrische Ideen, in denen sich die Verstimmung der Kranken ausdrückt. Sie sind unheilbar krank, syphilitisch, innerlich verfault; sie haben Schmerzen und Paraesthesien in den verschiedensten Partien des Körpers, und sie suchen daher häufig wegen allerlei wenig greifbarer Beschwerden die Hilfe des Arztes auf, der sie beim Mangel oder bei Nichtbeachtung eines objectiven Befundes für neurasthenisch, hysterisch, hypochondrisch erklärt.

Allmählich gewinnen die Klagen der Kranken einen groteskeren Inhalt. Der Schlund, der Mastdarm ist ihnen

zugewachsen, so dass sie weder etwas geniessen, noch etwas entleeren können; die Eingeweide sind ihnen vertrocknet; das Essen steigt in den Kopf hinein; die Lungen sind verschwunden. Der Kopf ist ganz klein zusammengeschrumpft oder gänzlich verloren gegangen; Arme und Beine haben sich kolossal ausgedehnt oder sind von Glas, von Holz, von Butter; der ganze Mensch ist bereits gestorben, unsichtbar, verdoppelt, viereckig, in ein Pferd verwandelt. Alle diese „mikromanischen“ Vorstellungen versetzen den Kranken in lebhaftes Unbehagen und vermögen, wenn sie auch zumeist nicht weiter verarbeitet werden, doch sein Benehmen oft lange Zeit zu beeinflussen. Er bemüht sich wochenlang mit aller Energie, durch seinen zugewachsenen Schlund etwas hindurch zu bringen, sitzt mehrere Stunden täglich auf dem Abtritte in der verzweiflungsvollen Erwartung dessen, was da kommen soll, oder er schützt ängstlich seine gläsernen Beine vor jeder Berührung, die ihn nach seiner Meinung zum Krüppel machen könnte.

Ausser diesen hypochondrischen können aber auch Verfolgungsideen, bisweilen mit Gehörstäuschungen, den Inhalt des depressiven Wahnes bilden. Der Kranke wird ängstlich, äussert Versündigungsideen, „er habe gestohlen“, „Deutschland verrathen“, „Jemanden umgebracht“, „die ganze Welt zu Grunde gerichtet“, und er fürchtet daher, dass die Polizei kommen, ihn aufgreifen, arretiren werde, sieht in den Personen seiner Umgebung Spione und gedungene Mörder. Jeder Entschluss, und sei es der einfachste und selbstverständlichste, kostet ihm eine enorme Anstrengung; er sitzt rathlos im Hemde oder vor seinem Essen da, ohne sich zum Ankleiden oder Zugreifen aufraffen zu können; er wagt sich schliesslich nicht mehr aus seinem Zimmer, ja aus seinem Bette heraus, in welchem er, am ganzen Leibe zitternd und schwitzend, mit hochgezogener Decke liegt, um jedem äusseren Eingriffe einen blinden, verzweifelten Widerstand entgegenzusetzen. Bisweilen auch beginnt der Kranke zu halluciniren, hört von der Strasse herauf Stimmen, die ihn bedrohen, beschimpfen und der scheusslichsten Verbrechen beschuldigen, so dass er in seiner Angst nicht selten zu einem täppischen Selbstmordversuche seine Zuflucht

nimmt. Oder aber er fürchtet, dass man bei ihm einbrechen, ihn bestehlen wolle und geräth plötzlich bei irgend einem harmlosen Geräusche in die grösste Aufregung, da er als Ursache desselben Räuber vermuthet. Ein derartiger Kranker meiner Beobachtung demolirte in seiner Angst sein ganzes Zimmer und hätte um ein Haar seine Frau umgebracht, die er für einen Einbrecher hielt, bis man sie mit genauer Noth aus seiner Gewalt befreite.

Gerade bei diesen letzteren Formen der depressiven Paralyse pflegt die Stimmung der Kranken noch stärker in Mitleidenschaft gezogen zu werden, als beim hypochondrischen Wahn. Es kommen hier bisweilen Angstzustände zur Beobachtung, welche an Intensität vielleicht Alles übertreffen, was man bei anderen Krankheitsformen zu erleben pflegt. Die Patienten sind in namenloser Verzweiflung, schreien unausgesetzt aus Leibeskräften, sehen sich mit dem Ausdrücke des Entsetzens bei jedem Geräusche um, in der Erwartung, von irgend etwas Schrecklichem betroffen zu werden, und sind durch keinerlei Beeinflussung zu den einfachsten Massregeln zu bringen, so dass die Bettlagerung, das Aufstehen, An- und Auskleiden immer erst nach verzweifelterm Ringen mit den vollständig verwirrten Kranken erreicht werden kann. Allein diese Angstzustände bilden nur Episoden im Krankheitsverlaufe. Zumeist sind die Kranken deprimirt und verstimmt, aber ruhig, oft auch im Zusammenhalte mit den von ihnen geäusserten Ideen auffallend affectlos. Zuweilen schieben sich auch vorübergehend Zeiten gehobener Stimmung mit einzelnen kindischen Grössenvorstellungen dazwischen. Ueberhaupt fehlt dem Affecte durchaus jene Einheitlichkeit und Consequenz, welche den früher besprochenen Depressionszuständen (Melancholie, depressiver Wahnsinn) eigenthümlich ist.

Im weiteren Verlaufe wird allmählich der Inhalt der Wahnideen immer dürftiger, während die allgemeine Färbung der Stimmung und namentlich gelegentliche Angstzustände sich bis zur völligen Verblödung erhalten können. Schliesslich allerdings geht auch der Affect in der monotonen Unempfindlichkeit des apathischen Blödsinns unter. Die Dauer dieser Form ist im Allgemeinen eine kürzere, als

diejenige der dementen Paralyse und dürfte im Durchschnitte etwa drei Jahre in Anspruch nehmen.

Die expansive Form. Bei der expansiven Paralyse folgt auf die Prodromalerscheinungen, deren Gang vollständig der früher gegebenen Schilderung entspricht, zunächst ebenfalls ein kürzer oder länger dauerndes Stadium der Depression, an welches sich aber dann eine Periode der Exaltation mit floridem Grössenwahn und heiterer, expansiver Stimmung anschliesst. Im depressiven Stadium wird der Inhalt des zuweilen mit mächtigen Affecten und nächtlichen Schreckbildern hereinbrechenden Wahnes ganz, wie bei der vorigen Form, durch hypochondrische, Verfolgungs-, namentlich aber Versündigungsideen, die Meinung, das ganze Leben verpfuscht, nicht als ehrlicher Mensch gehandelt zu haben, repräsentirt.

Das Schwinden der Depression, die sich in einzelnen Fällen über Jahr und Tag hin erstreckt, vollzieht sich gewöhnlich ganz allmählich, seltener plötzlich und unvermittelt binnen wenigen Tagen. Der Affect verliert sich; die Wahnideen treten in den Hintergrund; allein der Kranke wird doch nicht frei und einsichtig, sondern zeigt gelegentlich einen merkwürdigen Mangel an Kritik und Verständniss für seine Situation. Er beginnt nunmehr „aufzuleben“; seine Menschenscheu ist verschwunden; er wird lebhaft und gesprächig, nimmt seine früheren Beschäftigungen wieder auf und kann nun dem Fernerstehenden kurze Zeit hindurch vielleicht annähernd genesen erscheinen.

Indessen der intimeren Umgebung des Kranken entgeht es nicht, dass sich eine tiefgreifende Umwandlung in seiner ganzen Persönlichkeit vollzogen hat, welche sich zunächst und am eindringlichsten in seinem Wesen und Benehmen kund zu geben pflegt. Der Kranke beginnt sein Aeusseres zu vernachlässigen, wird salopp und unordentlich in seinem Anzuge, benimmt sich in Gesellschaften, seinem Vorgesetzten gegenüber mit auffallender Ungenirtheit, erzählt obscöne Geschichten, knüpft mit wildfremden Menschen cordiale Freundschaften an, befriedigt seine Bedürfnisse ohne Rücksicht auf die Umgebung. Die Stimmung ist dabei gehoben, überaus hoffnungsvoll und glücklich; gleichzeitig

jedoch besteht oft grosse Reizbarkeit und Neigung zu rücksichtsloser Reaction, selbst zu Thätlichkeiten, wo sich dem Kranken Widerspruch oder Hindernisse in den Weg stellen.

Regelmässig macht sich in diesem Zustande auch eine grosse motorische Unruhe und Geschäftigkeit bemerkbar. Zunächst beginnt der Kranke allerlei Excesse und Extravaganzen zu begehen. Der solide Familienvater gewöhnt sich mit einem Male das Rauchen und Schnupfen an, kleidet sich auffallend, stutzerhaft, treibt sich in Wirthshäusern herum, will sich scheiden lassen, um eine reiche und vornehme Partie zu machen, zeigt sich mit öffentlichen Dirnen auf der Strasse oder sucht dieselben bei Bekannten einzuführen.

Gleichzeitig beginnt sich auch der für die Paralyse in so hohem Masse charakteristische Grössenwahn (Megalomanie) einzustellen. Anfangs hält sich derselbe noch im Bereiche des Denkbaren und Möglichen; bald aber pflegt er rasch und unaufhaltsam die abenteuerlichsten und bizarrsten Formen anzunehmen. Sein Inhalt bezieht sich einmal auf die eigene körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, andererseits auf die äussere Stellung, den Besitz, die Pläne des Kranken. Er fühlt sich so gesund, wie niemals, ist jung, schön, besitzt eine ausgezeichnete Stimme, ungeheure Körperkräfte, wiegt vier Centner, hat eine eiserne Brust, geht in einer Minute tausend Meilen weit, kann fliegen; sein Urin ist Rheinwein, seine Excremente Gold; er hat alle Wissenschaften studirt, spricht sämtliche Sprachen der Welt, kann alle Krankheiten curiren, Todte auferwecken. Dabei ist er Graf, Fürst, Kaiser, Gott und Obergott, „seine eigene Grossmutter im Cubus,“ besitzt sämtliche hohe Orden, blau-seidene Wäsche, ein ungeheures Vermögen, Millionen mal Milliarden, ausgedehnte Jagdgründe, ungezählte Viehheerden in Marmorställen, Königreiche, Erdtheile, ja die ganze Welt. Er wird sich ein schönes Haus bauen lassen mit einem Garten, der tausend Meilen lang ist, mit goldenem Dach, mit einem eigenen Theater und Circus; er wird eine Flugmaschine erfinden und im Weltall herumfliegen, einen Tunnel durch die Erde graben u. s. f. Meist spiegeln sich die individuellen Lebensverhältnisse und Interessen in diesen Ideen wieder,

aber fast immer in absurder Verzerrung. Frauen coquettiren mit ihrer Schönheit, ihren prächtigen Kleidern und Schmucksachen, ihren zahlreichen und schönen Kindern, deren sie täglich zwei oder mehrere gebären, erwählen sich die höchsten Würdenträger zu Männern. Bemerkenswerth ist es, dass im Allgemeinen die Grössenideen der weiblichen Paralytiker sich in bescheideneren Grenzen zu halten und nicht so exorbitant über das Mögliche hinauszugehen pflegen, wie diejenigen der Männer.

Parallel mit dem Grössenwahne steigert sich auch die Stimmung des Kranken zu den höchsten Graden der Exaltation. Er ist überschwänglich glücklich, selig, unbeschreiblich zufrieden; er dankt dem Himmel unter heissen Freudenthränen, dass ihm eine solche Wonne beschieden sei. Die ganze Welt möchte er umarmen und beglücken, wie er selbst dadurch beglückt ist, dass sich nun sein Schicksal so unbeschreiblich herrlich gestaltet hat. Alles, was ihn umgiebt, ist unübertrefflich und köstlich; seine Mahlzeiten, seine Wohnung, seine Kleider sind eines Königs werth, seine Freunde und Bekannten ausgezeichnete, edle, hochgebildete Männer, seine Kinder vollendete Muster an Wohlerzogenheit und Intelligenz.

Aus diesem Gefühle unbegrenzter Leistungsfähigkeit im Verein mit dem völligen Mangel an Urtheil und Einsicht erklärt sich leicht die ungeheuerliche Ausdehnung, welche der Thatendrang des Kranken alsbald erlangt. Ohne jede Ueberlegung nimmt er ungezählte Projecte in Angriff, die nicht nur über seine intellectuellen und finanziellen Kräfte, sondern sehr bald auch über das Mögliche überhaupt hinausgehen. Allerdings bleibt es regelmässig bei einigen unsinnigen einleitenden Schritten, weil sehr bald eine neue Idee die frühere verdrängt. Er telegraphirt an Souveräne, bestellt, ohne die mindeste Rücksicht auf sein wirkliches Vermögen, ungemessene Quantitäten der verschiedensten Gegenstände, die er zur Ausführung seiner Pläne zu brauchen glaubt, macht grossartige Geschenke, kauft auf, was ihm vor das Gesicht kommt, und genirt sich auch gar nicht, in einer gewissen dummpfiffigen Manier leicht entdeckte Betrügereien oder Diebstähle vor den Augen der Eigenthümer zu be-

gehen, die er nachher einfach ableugnet. Häufig erst dann, nachdem er auf diese Weise mit dem Strafgesetze in Conflict gerathen ist, die verschiedensten Vergehen gegen die öffentliche Ordnung, gegen die Schamhaftigkeit, Widerstand gegen die Staatsgewalt u. s. f. begangen, seine Familie finanziell binnen kurzer Zeit ruinirt hat, wird er endlich, gemisshandelt und gemassregelt, in reducirtem Zustande, von Excessen erschöpft, als krank in die Anstalt eingeliefert.

In einzelnen Fällen tritt nunmehr eine gewisse Beruhigung ein, in welcher der Kranke seine Grössenideen und Pläne zum Theil ableugnet, zum Theil aber auch mehr oder weniger geschickt zu motiviren weiss. Für die Beobachtung in der Anstalt kann er, der energisch seine Befreiung verlangt, abgesehen von einem gewissen Grade des Schwachsinn, unter Umständen annähernd normal erscheinen, doch ergibt sich nach einem Entlassungsversuche früher oder später auch hier in dem Handeln des Kranken ausnahmslos die tiefe Störung, welche seine gesamte Persönlichkeit erfahren hat. Häufiger dauert das absurde Grössendelirium längere Zeit, oft viele Monate und selbst Jahr und Tag hindurch in allmählich immer ausschweifenderer Form an. Allein man bemerkt sehr bald, dass die ursprüngliche Productivität und Originalität der Phantasie mehr und mehr verloren geht. Die Wahnideen werden immer dürftiger und zusammenhangsloser, inconsequenter; die Stimmung wird matter und apathischer und der Thatendrang beschränkt sich schliesslich auf das Verfassen von unentzifferbaren Briefen und Depeschen, das Entwerfen kindisch ungeschickter Zeichnungen und Pläne und das Schreiben endloser Zahlenreihen, in denen sich das unermessliche Vermögen des Kranken oder der Gewinn ausdrückt, den er durch seine Unternehmungen zu erzielen hofft.

Nach und nach wird der Kranke immer blödsinniger und stumpfer, wenn auch ein matter Abglanz des expansiven Stadiums bisweilen noch lange Zeit seinen Stimmungshintergrund erhellt. Zufrieden, mit freundlichem, glücklichem Gesichte, sitzt er da und lallt vielleicht noch mit kaum verständlicher Sprache einzelne aus den Grössenideen herübergenommene Worte: „Millionen“, „schöne Pferde“, „goldene

Kaiserin“, bis endlich auch die letzte derartige Reminiscenz mit der vollständigen Vernichtung der psychischen Persönlichkeit erlischt.

Der Wechsel zwischen depressiven und expansiven Zuständen, wie wir ihn hier kennen gelernt haben, kann sich in einzelnen Fällen mehrmals hintereinander wiederholen, so dass kürzere oder längere Stadien heitersten Grössenwahns mit dem Versinken in ängstliche Verstimmung oder völlige Apathie abwechselt. Diese Verlaufsvarietät hat man auch wol als circuläre Form der Paralyse bezeichnet. Mit den eigentlichen circulären Psychosen wird man sie wegen ihrer unvermittelten Entstehungsweise, wegen der Unregelmässigkeit der einzelnen Phasen, wegen der deutlichen Anzeichen rasch fortschreitender psychischer Schwäche, wegen der nervösen Störungen und des weiteren Verlaufes nicht leicht verwechseln.

Die agitierte Form der Paralyse unterscheidet sich von der expansiven Form hauptsächlich dadurch, dass bei ihr ein ausgeprägtes depressives Stadium der Krankheit fehlt und von vornherein die expansive Färbung der Stimmung, wie des Vorstellungsinhaltes in den Vordergrund tritt. Allerdings geht auch bei ihr dem eigentlichen Ausbruche der Krankheit zumeist ein Prodromalstadium mit den früher geschilderten Erscheinungen voraus; dasselbe ist jedoch häufig nur angedeutet, und in einzelnen Fällen entgehen die etwa vorhandenen leichten Vorläufersymptome so sehr der Umgebung des Kranken, dass die Psychose anscheinend aus völlig heiterem Himmel hereinbricht.

Der Charakter der psychischen Erregung selbst kann sich sehr verschieden gestalten. Relativ häufig begegnet man gerade bei dieser Entwicklungsweise der Paralyse ganz leichten Aufregungszuständen, welche eine Zeit lang an gewisse Formen der periodischen Tobsucht erinnern können. Die Kranken sind vollkommen klar und besonnen, aber in sehr gehobener Stimmung; sie sehen ihre Umgebung, namentlich aber ihre eigene Person und deren Leistungsfähigkeit in rosigstem Lichte. Sie bauen allerlei Luftschlösser und thun auch Schritte zu deren Realisirung; sie renommiren

in aufdringlicher Weise mit ihren ausgezeichneten Fähigkeiten, ihren hohen Verbindungen, ihren brillanten Aussichten und ihrer wunderbaren Vergangenheit, ohne es dabei mit der Wahrheit sehr genau zu nehmen. Immerhin halten sich diese Erzählungen und Pläne an sich noch im Bereiche des Möglichen oder sogar Wahrscheinlichen, ja man entdeckt, dass dieselben fast überall an die allerdings stark ausgeschmückte Wirklichkeit anknüpfen, und man kann daher bisweilen für den Augenblick zweifelhaft werden, ob man es mit wirklichen Wahnideen oder mit bewussten Aufschneidereien zu thun hat. Gewöhnlich bleibt der Inhalt dieser Productionen durchaus nicht constant; der Kranke variirt seine Auseinandersetzungen bei jeder neuen Wiederholung und verwickelt sich dabei in die schreiendsten Widersprüche, ohne es selbst zu merken; er geräth in einsichtslose, zornige Erregung, sobald man ihn auf dieselben aufmerksam zu machen sucht. Diese eigenthümliche phantastische Urtheilslosigkeit ist es, welche, abgesehen von etwa vorhandenen nervösen Störungen, fast immer die Abgrenzung dieser Zustände von denjenigen der periodischen Manie sehr bald ermöglicht, selbst dann, wenn durch Remissionen der Erregung die Aehnlichkeit des klinischen Bildes noch vergrößert wird.

In einer weiteren Reihe von Fällen entwickelt sich von vornherein sofort jener floride, ins Unsinnige gehende Grössenwahn, wie wir ihn bei der expansiven Form kennen gelernt haben. Binnen wenigen Tagen wird der Kranke von allen seinen früheren Leiden und Gebrechen geheilt; er avancirt zum höchsten Gott, der ewig gelebt und das Weltall erschaffen hat; er commandirt über fabelhafte Reichtümer, deren Werth in Zahlen überhaupt nicht ausgedrückt werden kann. Hier pflegt auch die Aufregung eine sehr viel stärkere zu sein. Der Kranke ist Tag und Nacht unruhig, ohne Unterbrechung mit seinen ungeheuerlichen Plänen beschäftigt, Befehle in alle Himmelsrichtungen telephonirend; er schläft fast gar nicht, nimmt sehr unregelmässig Nahrung zu sich, da er unvergleichlich viel Besseres zu beanspruchen hat, und nimmt an Körpergewicht sehr rasch ab. Sehr häufig macht hier nach kürzerer oder län-

gerer Zeit ein schwerer paralytischer Anfall dem Leben oder doch der Aufregung plötzlich ein Ende. Die Dauer dieser letzteren Form ist daher zumeist eine kürzere, als diejenige der erst beschriebenen Verlaufsart; sie beträgt häufig nur 1—2 Jahre, während wir bei jener immerhin auf eine Durchschnittsdauer von 2—3 Jahren rechnen dürfen.

Als eine Unterform gewissermassen der agitirten Paralyse können wir ein letztes Krankheitsbild bezeichnen, welches man auch wol mit dem Namen der galoppirenden Paralyse belegt hat. Die wesentliche Eigenthümlichkeit derselben besteht in dem überaus raschen, tödtlichen Verlaufe der Erkrankung unter den Erscheinungen hochgradigster psychischer und nervöser Erregung mit plötzlichem Collapse. In der Regel schliesst sich dieses letzte Stadium der Krankheit an das Bild der agitirten Paralyse an; seltener geht demselben ein depressives Stadium voraus. Unter rasch sich steigernder Erregung wird der Kranke vollkommen verwirrt und unbesinnlich, stösst nur unarticulirte Laute oder stereotype, unsinnige Silben aus, wälzt sich am Boden, zappelt mit Armen und Beinen, schläft nicht, nimmt keine Nahrung zu sich, sondern spuckt Alles wieder aus, lässt Koth und Urin unter sich gehen und kommt in seiner Ernährung rapide herunter. Der Puls ist klein und frequent, die Temperatur erhöht (38—39°). Nach einigen Tagen oder Wochen, nachdem vielleicht schon wiederholt apoplektiforme oder epileptiforme Anfälle dagewesen sind, werden die Bewegungen des zeitweise soporösen Kranken unsicher und zitternd; die Mundhöhle ist trocken, Lippen und Zunge mit dickem, schwärzlichem, fuliginösem Belage bedeckt; es stellen sich profuse Diarrhöen, kalte Schweisse, Sehnenhüpfen, grosse Neigung zu Decubitus ein, und unter zunehmender Erschöpfung erfolgt, bisweilen nach vorübergehender Besonnenheit, der Exitus letalis.

Dieses Krankheitsbild ist es, welches ohne Zweifel bisweilen mit unter der Bezeichnung des Delirium acutum zusammengefasst worden ist. Es gilt dies namentlich für diejenigen Fälle, in denen die Prodromalerscheinungen wenig oder gar nicht ausgesprochen sind. Was mir diese An-

schauung vor Allem wahrscheinlich macht, ist der Umstand, dass man hier und da Gelegenheit hat, einen Kranken aus diesem Zustande sich noch einmal vorübergehend erholen und nunmehr die vorher nicht bemerkten Symptome der Paralyse unzweifelhaft hervortreten zu sehen. Die Dauer der galoppirenden Paralyse beträgt oft nur wenige Monate, wenn sich auch meist wegen der Unbestimmtheit der Prodromalerscheinungen der Beginn der Krankheit nicht genau eruiren lässt.

Der Verlauf aller im Vorstehenden beschriebenen Formen der Paralyse kann durch zwei verschiedene Momente fast stets in unberechenbarer Weise modificirt werden, durch paralytische Anfälle und durch Remissionen. Die ersteren können jederzeit einen unvorhergesehenen bedeutenden Fortschritt aller Krankheitserscheinungen oder auch plötzlichen Tod zur Folge haben; ihre Häufigkeit und Schwere scheint in keiner bestimmten Beziehung zu der besonderen klinischen Form der Paralyse zu stehen. Auf der anderen Seite sieht man ausgiebige Remissionen der psychischen und nervösen Störungen in nahezu allen Stadien der Paralyse, mit Ausnahme des allerletzten, den Ablauf der Krankheit verzögern. Am häufigsten scheinen derartige Besserungen bei der expansiven und agitirten Form vorzukommen; selten und wenig ausgeprägt beobachtet man sie bei der dementen Form. Der Eintritt der Beruhigung vollzieht sich bisweilen ganz rasch, von einem Tage zum andern, wenn auch die volle Höhe der Remission erst allmählich, vielleicht im Laufe von Monaten, erreicht wird. Der Kranke erscheint klar, besonnen, geordnet; die Wahnideen treten zurück und werden von ihm als Träume und Phantasien bezeichnet; er kann sich oft selbst nicht genug wundern, wie ihm nur all das „dumme Zeug“ in den Kopf hat kommen können. Gleichwol geräth er vielleicht in den ersten Tagen gelegentlich immer wieder in seine früheren Ideen hinein, um erst auf ernstes Zureden die Wahnschaffigkeit derselben von Neuem einzusehen und zuzugestehen. Die Erinnerung an die Zeit der Krankheit ist zunächst oft eine verworrene, doch tauchen nach und nach viele Reminiscenzen wieder deutlicher auf. Allmählich kommt sogar

eine gewisse Krankheitseinsicht zu Stande, wenn auch manche der verkehrten Handlungen noch in krankhafter Weise motivirt oder als durch äussere Umstände und Einwirkungen veranlasst dargestellt werden. Mit dieser mangelhaften Klarheit über die Vergangenheit verbindet sich häufig eine sanguinische Einsichtslosigkeit hinsichtlich der Zukunft. Der Kranke fühlt sich nunmehr vollständig gesund und weiss ganz bestimmt, dass er es auch in Zukunft bleiben wird; die Mahnungen des Arztes schlägt er daher leichthin in den Wind. Die Stimmung ist bald eine selbstzufriedene, vergnügte, bald aber auch gedrückt und apathisch, indem der Kranke sich müde, abgespannt, erholungsbedürftig fühlt und über allerlei körperliche Beschwerden klagt, namentlich über Druck und Schmerzen im Kopfe.

Nach und nach kann sich der Zustand des Kranken immer mehr bessern, so dass er, besonders in den engen, geschützten Verhältnissen der Anstalt, den Eindruck eines nahezu oder völlig normalen Menschen macht, wenn auch den nächsten Angehörigen und Freunden eine leichte Abschwächung der Intelligenz und des Gedächtnisses, eine Abstumpfung seines Interesses und seiner gemüthlichen Reaction, sowie ein gewisser Mangel an Energie und Consequenz kaum jemals verborgen bleibt. Dennoch sind manche derartige Kranke im Stande, selbst den verantwortungsvollen Beruf eines Eisenbahnbeamten, Officiers, Arztes in der Remission mit Erfolg wieder aufzunehmen. In der Regel allerdings sind diese Nachlässe nur von kurzer Dauer (einige Monate); die Fälle, in denen die Kranken länger, als ein Jahr oder gar 3, 4, 5 Jahre relativ gesund bleiben, sind immerhin als vereinzelte Ausnahmen zu betrachten.

Die letzten Stadien der Krankheit sind allen Formen derselben, mit Ausnahme etwa der galoppirenden Paralyse, gemeinsam. Der Kranke wird immer stumpfer und blöder; er kennt die Gegenstände und Personen seiner Umgebung nicht mehr und ist schliesslich kaum viel mehr, als ein vegetirender Körper, in dem das psychische Leben gänzlich oder fast gänzlich erloschen ist. Zugleich machen auch die nervösen Störungen unaufhaltsame Fortschritte. Der Kranke wird nahezu vollkommen unempfindlich, verliert die Möglich-

keit der selbständigen Bewegung, kann weder gehen noch stehen, noch am Ende auch sitzen; er magert immer mehr ab und ist dauernd hochgradig unrein, so dass er wie ein Kind nach jeder Richtung hin der sorgfältigsten Pflege bedarf. Bis zu diesen tiefsten Stufen des apathischen Blödsinns und der allgemeinen Lähmung giebt es allerdings zahlreiche Uebergangsformen, die sich durch die verschiedene Erhaltung der geistigen Regsamkeit, durch Ueberreste depressiver oder expansiver Stimmungen oder Vorstellungen, sowie endlich durch die verschiedenartige Ausbreitung der nervösen Störungen von einander abgrenzen.

Der Ausgang der Paralyse ist regelmässig der Tod. Freilich sind einzelne Fälle bekannt geworden, in denen eine Remission der Krankheitserscheinungen andauernd ein Jahrzehnt und darüber Stand hielt, so dass man hier von einer Heilung der Paralyse zu sprechen berechtigt ist. Allein derartige Beobachtungen sind so extrem selten (lange nicht 1⁰/₀ der Fälle), dass sie gegenüber dem gewöhnlichen Verlaufe gar nicht in Betracht kommen. Herbeigeführt wird der tödtliche Ausgang durch die verschiedensten Ursachen. Abgesehen von den in den ersten Stadien doch bisweilen glückenden Selbstmordversuchen, können im ganzen Verlaufe der Krankheit paralytische Anfälle plötzlich und unerwartet dem Leben ein Ende machen. In der letzten traurigen Periode der Psychose sind Schluckpneumonien (Speichel, Speisen), namentlich während der Anfälle, die bei weitem häufigste Todesursache; ausserdem aber kommen noch gelegentlich pyaemische und septische Processe oder Fettembolien in Betracht, wie sie sich bei der Unruhe und Unempfindlichkeit der Kranken aus Verletzungen aller Art, in Folge von Decubitus oder Blasenkatarrh (Pyelitis) entwickeln können. Endlich aber ist der gewissermassen natürliche Ausgang der Paralyse, wie man ihn bei einzelnen Kranken beobachtet, welche allen jenen Gefahren glücklich entgangen sind, der einfache Marasmus, der Tod in Folge von Herzschwäche. In solchen Fällen magern die Kranken schliesslich zum Skelett ab; die gesammte Körpermuskulatur wird extrem atrophisch; die Temperatur sinkt häufig dauernd sehr tief unter die Norm; der Puls wird langsam

und immer schwächer, schliesslich nicht mehr fühlbar, bis endlich das Leben vollkommen erlischt.

Die pathologische Anatomie der Paralyse zeigt uns in den nervösen Centralorganen eine Reihe von Veränderungen, welche in ihrer Gesammtheit bis zu einem gewissen Grade für diese Krankheit charakteristisch erscheinen. Als wesentlich sind nicht zu betrachten die bisweilen beobachteten Hyperostosen und Exostosen des Schädels, die auch bei Gesunden nicht ganz selten vorkommen. Wichtiger sind schon die Veränderungen der Hirnhäute. Recht häufig findet man Pachymeningitis interna und Haematome der Dura, bald nur zarte, schleierartige Anflüge, bald dicke, mehrfache Schichtung zeigende Schwarten, meist auf der Scheitelhöhe. Die Pia ist in Folge von zelliger Infiltration regelmässig getrübt, verdickt, bisweilen sehr beträchtlich; hier und da finden sich eingelagerte Knochenplättchen; ihre Venen sind stark erweitert, besonders bei der galoppirenden Paralyse, zeigen auch häufig verdickte Wandungen; die Pacchionischen Granulationen sind nicht selten auffallend entwickelt. Das Gehirn ist bei länger bestehenden Fällen stets atrophisch; das Gewicht desselben kann selbst bei Männern von normaler Körpergrösse bis auf 900 gr herabsinken. Die Windungen sind verschmälert, besonders in den vorderen Partien; es finden sich stellenweise förmliche Einsenkungen. Die Rinde ist, namentlich am Vorderhirn, häufig mit der Pia so fest verwachsen, dass sich diese nicht ohne Substanzverlust von ihr ablösen lässt. Das Ependym der Ventrikel, vorzüglich des vierten, zeigt oft reichliche, stark entwickelte, knötchenartige Granulationen.

Die mikroskopische Untersuchung bietet vor Allem in der Rinde ausgesprochene Veränderungen. Die Gefässe sind sichtlich vermehrt, vielfach erweitert; in ihren Wandungen bemerkt man abnorme Kernwucherung; stellenweise kommt es zur völligen Obturation und Obliteration. Auch in der Grundsubstanz zeigen sich die Kerne stark vermehrt; die Bindegewebszellen sind enorm entwickelt; namentlich findet man die als Spinnenzellen bezeichneten, mit zahlreichen Ausläufern versehenen Formen in grosser Anzahl und un-

gewöhnlicher Ausbildung vertreten. Bei Weitem am wichtigsten aber sind natürlich die Veränderungen an den nervösen Elementen. Die Nervenzellen zeigen regelmässig die Spuren atrophischer Processe. Der Zellenleib und die Fortsätze sind geschrumpft, letztere weit weniger zahlreich und ausgebildet, als bei normalen Zellen; das Protoplasma zeigt die verschiedenen Stadien einer fettigen und pigmentösen Degeneration. In weit vorgeschrittenen Fällen erweist sich auch die Zahl der Ganglienzellen in erheblichem Masse reducirt, bis schliesslich kaum noch functionsfähige Elemente in der Hirnrinde vorhanden zu sein scheinen.

Fast noch hochgradiger sind die atrophischen Veränderungen an den Nervenfasern. Es ist Tuzek's*) Verdienst, dieselben zuerst mit feineren Methoden (Exner'sche, Weigert'sche Methode) genauer studiert zu haben. Dabei hat sich herausgestellt, dass bei allen länger dauernden Fällen von Paralyse sowol die aus der weissen Substanz in die Hirnrinde einstrahlenden „Radiärfasern“ als auch die in der äussersten Rindenschicht der Hirnoberfläche parallel laufenden „zonalen Rindenfasern“ in höherem oder geringerem Grade atrophiren, so dass in den spätesten Stadien kaum noch Nervenfasern in der Rinde nachzuweisen sind. Am stärksten pflegt dieser Faserschwund in den vorderen Partien des Gehirns ausgesprochen zu sein, doch lässt sich nach Zacher's neuesten Untersuchungen eine gesetzmässige Beziehung zwischen der Intensität und der Localisation der Störung nicht mit Bestimmtheit feststellen. Ebenso wenig scheint ein durchgehender Zusammenhang zwischen den Gefässveränderungen und der Faseratrophie zu bestehen, ja es kann nicht mehr zweifelhaft sein, dass jene atrophischen Vorgänge gar nicht ausschliesslich der Paralyse, sondern unter Umständen auch anderen Psychosen, namentlich der nahe verwandten Dementia senilis, sowie sonstigen z. B. den epileptischen Blödsinnsformen, zukommen können. Allerdings dürfte die Häufigkeit, die Ausdehnung und die Intensität jener Veränderungen bei der Paralyse eine weit

*) Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur Pathologie der Dementia paralytica, 1884.

grössere sein, als bei irgend einer anderen psychischen Erkrankung.

Der Nachweis atrophischer Vorgänge an den nervösen Elementen einerseits, stärkerer Wucherungen des Bindegewebes andererseits hat auch in der Pathologie der Paralyse zwei verschiedenen Erklärungsversuchen Raum gegeben, von denen der eine die interstitiellen, der andere aber die parenchymatösen Veränderungen als den Ausgangspunkt des ganzen Krankheitsprocesses auffasst. Mir persönlich scheinen die Erfahrungen, welche man über die multiple degenerative Neuritis zu machen Gelegenheit hat, die Möglichkeit eines irgendwie veranlassten „primären“ atrophischen Processes ohne vorhergehende Erkrankung des interstitiellen Gewebes unzweifelhaft darzuthun, während auf der andern Seite die Verdichtung und Wucherung des Bindegewebes sich auch nach einfachen secundären Degenerationen beobachten lässt.

Ausser diesen feineren Veränderungen finden sich in der Rinde gelegentlich noch kleinere erweichte Partien, welche sich durch die leichte Ablösbarkeit der oberflächlichen Rindenschichten oder auch der ganzen Rindendecke von der weissen Substanz bemerkbar machen. Ausgedehntere Zerstörungen in der Rinde, wie man sie speciell zur Erklärung der paralytischen Anfälle vermuthen sollte, sind dagegen sehr selten; selbst bei einer viele Monate andauernden Hemiplegie mit vollständiger Paraphasie liess sich ein bestimmter Herd im Gehirne nicht auffinden. Wir müssen daher wol annehmen, dass es sich bei den paralytischen Anfällen wesentlich um Circulationsstörungen oder circumscribed Oedeme handelt, welche wegen der Gefässerkrankungen leicht zu Stande kommen und sich schwer wieder ausgleichen, andererseits aber wegen der Verminderung der functionsfähigen Nervenelemente rasch sehr ernste Symptome herbeiführen müssen.

Wahrscheinlich finden sich ähnliche Veränderungen, wie in der Rinde, auch in den übrigen Partien des Gehirns, wie das im Hinblick auf die enorme Gewichtsabnahme eigentlich schon als erwiesen angesehen werden darf. Speciell in den grossen Ganglien, sowie in den Nervenkerneln der Me-

dulla oblongata, namentlich im Hypoglossuskern, sind dieselben auch schon gesehen worden.

Im Rückenmarke beobachtet man ausser pachymeningitischen und leptomeningitischen Veränderungen namentlich zwei Formen der Erkrankung, nämlich chronische Myelitis der Hinterseitenstränge mit reichlicher Bildung von Körnchenzellen, dann aber graue Degeneration der Hinterstränge, die sich im Halsmark bisweilen nur auf die Goll'schen Stränge beschränkt. Vereinzelt finden sich auch noch eine Reihe weiterer Veränderungen, zerstreute sklerotische Herde, diffuse Myelitis u. s. f.

Ob sich an den peripheren Nerven nicht hier und da Veränderungen nachweisen lassen, ist nicht genügend untersucht worden, doch lässt sich nach den neuesten Befunden bei Tabes und Angesichts der enormen Muskelatrophie im letzten Stadium der Paralyse fast mit Sicherheit erwarten, dass auch hier degenerative Processe in den peripheren Nerven häufiger vorkommen. Die Befunde in den übrigen Organen (Phthisen, Pneumonien, Niereninfarcte) stehen zu meist nicht in directer Beziehung zu dem paralytischen Krankheitsprocesse; nur das fast ausnahmslos beobachtete Atherom der Aorta dürfte als eine Theilerscheinung der allgemeinen Gefässerkrankung aufzufassen sein.

Die Dementia paralytica ist eine sehr häufige Krankheit; im Durchschnitte gehören etwa 10—12 % aller Aufnahmen in Irrenanstalten ihr an, doch ist dieses Verhältniss ausserordentlichen Schwankungen unterworfen. Wie es scheint, ist die Häufigkeit der Paralyse in stetiger Zunahme begriffen. Von den beiden Geschlechtern ist das männliche ungefähr 4—7 mal so stark unter den Erkrankten vertreten, als das weibliche; bei Frauen höherer Stände ist die Krankheit überaus selten. Unter den Altersklassen überwiegen diejenigen zwischen dem 35.—40. (30.—45.) Lebensjahre; auch das Klimakterium scheint von Einfluss zu sein. In den ersten beiden Decennien kommt die Paralyse kaum jemals, im dritten noch immer recht selten vor, doch scheint in neuester Zeit die Paralyse jüngere Lebensalter häufiger zu befallen. Ledige Personen scheinen mehr disponirt zu sein, als Verheirathete; jugendliche weibliche Paralysen sind

auffallend häufig Prostituirte. Grosse Städte liefern einen sehr bedeutend höheren Procentsatz von Paralytikern, als die Landbevölkerung. Unter den Berufsarten sind Officiere, Kaufleute, Feuerarbeiter, Eisenbahnbeamte relativ zahlreich vertreten. Der Einfluss der erblichen Anlage tritt hier gegenüber den sonstigen Geistesstörungen mehr in den Hintergrund.

Unter den Ursachen der Paralyse haben wir in allererster Linie der Syphilis zu gedenken. Dieselbe findet sich auffallend häufig in der Anamnese der Paralytiker, wenn sich auch directe syphilitische Krankheitserscheinungen nur verhältnissmässig selten nachweisen lassen. Damit stimmt die Erfahrung überein, dass es anscheinend vorzugsweise leichte syphilitische Erkrankungen sind, welchen ein ätiologischer Zusammenhang mit der Paralyse zukommt, und dass andererseits regelmässig eine längere Reihe von Jahren zwischen der Infection und dem Auftreten der Paralyse zu liegen pflegt. Ueber die Häufigkeit, mit welcher die Syphilis als Vorgängerin der Paralyse beobachtet wird, gehen die Angaben ausserordentlich weit auseinander (11 bis 77%). Rieger hat festgestellt, dass Jemand, der syphilitisch inficirt war, im Allgemeinen 16—17 mal so stark für die Paralyse prädisponirt ist, als der Nicht-Syphilitische. Jedenfalls steht der Zusammenhang zwischen Syphilis und Paralyse über allem Zweifel fest; auch manche Punkte der oben angeführten allgemeinen Prädisposition, insbesondere die Seltenheit der Paralyse bei Frauen der besseren Stände, ihre Häufigkeit bei Officieren, Kaufleuten, Prostituirten, sind mit grösster Wahrscheinlichkeit in dieser Richtung zu deuten.

Es hat daher in älterer wie in neuerer Zeit auch nicht an Forschern gefehlt, welche die Paralyse, ebenso wie die ihr offenbar nahe verwandte Tabes, einfach als syphilitische Erkrankung des centralen Nervensystems auffassen zu können glaubten. So stellt Strümpell die Paralyse in Parallele mit den diphtherischen Lähmungen, indem er annimmt, dass dort, wie hier, durch den organisirten Infectionsträger, also bei der Paralyse den Syphilisbacillus, nach Ablauf der ersten Periode der Krankheit ein chemisches Gift erzeugt

werde, welches nun in eigenthümlicher Weise auf die verschiedenen Abschnitte des Nervensystems zerstörend einzuwirken im Stande sei. Es muss zunächst dahingestellt bleiben, ob diese Hypothese wenigstens für diejenigen Fälle zutreffend ist, in denen wirklich Syphilis vorausgegangen ist, doch erscheint es nicht ganz unmöglich, vielleicht einmal gerade diese ätiologische Gruppe als eine besondere Form innerhalb des grossen Rahmens der Paralyse sich abgrenzen zu sehen, so wenig sich auch bis heute unterscheidende Merkmale derselben herausfinden lassen. Auf der anderen Seite aber muss mit Entschiedenheit betont werden, dass die Zahl jener Paralytiker, bei denen die Anamnese die Syphilis negirt, doch immerhin noch viel zu gross ist, als dass es sich hier bei diesen letzteren um ein einfaches Uebersehen oder Verleugnen jener Krankheit handeln könnte. Für die unbefangene Betrachtung ergiebt sich daher heute noch der Standpunkt, dass wir in der Syphilis zwar ein sehr wichtiges, aber eben doch nur eines von den ätiologischen Momenten der Paralyse zu sehen haben. Vielleicht sind es gerade die Fälle mit stärkerer Betheiligung der Blutgefässe, welche auf die Syphilis mehr oder weniger direct zurückgeführt werden dürfen.

Von sonstigen Ursachen, denen man in der Aetiologie der Paralyse eine gewisse Rolle zuzuschreiben pflegt, sind auf somatischem Gebiete der Alkoholismus, Insolation, Wärmebestrahlung des Kopfes und Kopfverletzungen zu nennen. An diese letzteren schliesst sich die Erkrankung in einzelnen Fällen unmittelbar an; in anderen tritt sie erst nach mehreren Jahren hervor, so dass man mehr eine prädisponirende Wirkung des Traumas anzunehmen hat. Endlich haben wir noch der psychischen Ursachen zu gedenken, welche namentlich den letzten Anstoss zur Entwicklung der Psychose auf dem bereits vorbereiteten Boden abzugeben scheinen. Geistige Ueberanstrengungen, heftige Gemüthsschwankungen und ganz besonders andauernde Unruhe und Aufregung verdienen vor Allem Berücksichtigung. So fordert der Krieg mit seiner Anspannung der gesammten psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit, das Börsenspiel, Excesse, der aufreibende Kampf ums Dasein in

dem lebhaften Getriebe der grossen Städte regelmässig zahlreiche Opfer.

Die Diagnose der Paralyse ist eine der wichtigsten Aufgaben des Irrenarztes, weil von ihr fast immer sehr einschneidende Massregeln, namentlich auch ökonomischer Natur (Entmündigung, Liquidation von Geschäften), abhängig sind. In den ersten Stadien der Krankheit ist die Abgrenzung der Paralyse von neurasthenischen Zuständen bisweilen ebenso schwierig, wie durch die Situation dringend gefordert. Das wichtigste Kriterium wird hier immer in dem Nachweise der Schwäche auf intellectuellem und gemüthlichem Gebiete liegen, in der Stumpfheit, der eigenthümlichen Urtheilslosigkeit, dem Mangel an wirklich klarer Einsicht in die eigentlichen Krankheitssymptome gegenüber dem Affecte, der ungetrübten Intelligenz und der peinlichen Selbstprüfung des Neurasthenischen. Dazu kommt der kaum bemerkte, aber sehr auffallende Defect der Erinnerung auf der einen und die objectiv gar nicht zu verificirenden Klagen über Abnahme des Gedächtnisses auf der anderen Seite und endlich vor Allem der Nachweis greifbarer nervöser Störungen, von denen jedoch auf leichte Schwindelanfälle, auf gelegentliches Stottern, Zittern der Zunge und eine mässige Steigerung der Sehnenreflexe kein allzu grosses diagnostisches Gewicht gelegt werden darf. In einzelnen Fällen klärt hier ein unzweifelhafter paralytischer Anfall mit Sprachstörung plötzlich die Sachlage; bisweilen jedoch vermag erst der weitere Verlauf die Diagnose zu sichern.

Die depressiven Zustände der Paralytiker können nicht allzu selten zur Verwechselung mit melancholischen Erkrankungen oder depressivem Wahnsinn Anlass geben, vor Allem natürlich dann, wenn, wie so häufig, die nervösen Störungen erst in einer späteren Periode der Krankheit hervortreten. Bei Männern zwischen dem 30sten und 50sten Lebensjahre wird man in derartigen Zuständen die Möglichkeit einer Paralyse immer im Auge behalten müssen; wahrscheinlich wird diese letztere, wenn sehr intensive Kopfsymptome oder einzelne leichtere nervöse Störungen vorhanden sind, wenn die Intelligenzstörung eine ungewöhnliche Urtheilslosigkeit und Zerfahrenheit, der Affect eine

gewisse Schwäche aufweist, indem sich unmotivirt Zeiten eigenthümlich lustiger Verstimmung, vielleicht sogar mit ganz auffallenden episodischen Grössenideen einschieben.

Dem gegenüber sind die expansiven Stadien der Paralyse durch ihre rasche Entstehungsweise, durch die Ungeheuerlichkeit und Zusammenhangslosigkeit des Grössenwahns, sowie durch die begleitende Gedächtnisschwäche und die nervösen Symptome zumeist so gut charakterisirt, dass ihre Diagnose sehr bald klar zu sein pflegt. In welcher Weise sich gewisse Formen der agitirten Paralyse mit sehr leichter Erregung von der periodischen Manie abtrennen lassen, ist schon oben näher erwähnt worden.

Ganz besondere Schwierigkeiten kann die Differentialdiagnose gegenüber der Dementia senilis, den disseminirten Herderkrankungen und manchen Formen des Alkoholismus bieten. Für die erstere spricht hohes Alter, Stationärbleiben des Zustandes und der meist dürftigen Wahnideen, sowie geringere Entwicklung der motorischen Störungen, die mehr den Charakter einfacher Lähmungen und Paresen haben. Die Diagnose einer syphilitischen Herderkrankung oder der multiplen Sklerose gründet sich auf das meist jugendlichere Lebensalter und den Nachweis von Herdsymptomen, bei ersterer besonders an den Augenmuskelnerven; diffuse Affectionen der Hirnrinde vermögen wir heute von der Paralyse nicht mit Sicherheit zu unterscheiden. Bei den hierher gehörigen alkoholischen Psychosen ist bisweilen das starke Hervortreten von Hallucinationen, ein grösserer Zusammenhang des Vorstellungsverlaufs und geringere Ausbildung der Sprachstörung zur Abgrenzung von der Dementia paralytica zu verwerthen; in einzelnen Fällen sichert erst der absolut oder relativ günstige Verlauf die Diagnose.

Bei der Behandlung der Paralyse hat man in erster Linie häufig genug einer Causalindication dadurch zu genügen gesucht, dass man mit energischen antisypilitischen Curen gegen die Kranken vorging. Die Erfahrung lehrt indessen regelmässig, dass hier, ähnlich wie bei der Tabes, weder durch Inunctions- noch durch Injectionscuren, noch auch durch Jodkalium zweifellose therapeutische Erfolge erzielt werden. Remissionen der Krankheit kommen allerdings

ebenso, wie bei jeder anderen Behandlungsmethode, namentlich unter dem Einflusse der Anstaltsruhe, nicht selten vor. Auf der andern Seite habe ich in mehreren Fällen, in denen Syphilis sicher vorausgegangen und zum Theil noch in frischen Symptomen vorhanden war, im unmittelbaren Anschlusse an eine Schmiercur raschen Verfall der Kräfte und plötzliches Auftreten intensiver Aufregungszustände beobachtet. Ich kann daher einstweilen nur rathen, sich im Allgemeinen mit der Darreichung von Jodkalium oder zunächst überhaupt mit symptomatischer Behandlung der Paralyse zu begnügen.

Das wichtigste Erforderniss einer solchen ist in den ersten Stadien vor Allem Ruhe, Entfernung des Erkrankten aus den gewohnten Verhältnissen und Beschäftigungen, sowie eine sorgfältige körperliche wie geistige Diätetik. Aufgeregte Patienten und solche mit Selbstmordneigung gehören unbedingt in eine Anstalt, um sie und ihre Umgebung vor den Folgen ihrer Handlungen zu schützen; ruhige und lenksame Kranke in besseren Vermögensverhältnissen können, soweit eine sachverständige Behandlung und Ueberwachung möglich ist, auch in privater Pflege erhalten werden. Zu vermeiden sind jedoch frequente Badeorte mit ihren vielfachen Zerstreuungen und Aufregungen, anstrengende Reisen, alle schwächenden Eingriffe, forcirte Hunger-, Kaltwasser-, Badecuren u. s. f. Ausser der Ruhe ist Sorge für kräftige Ernährung, Regelung der Verdauung, Bewegung in frischer Luft, Vermeidung von Alcoholicis, von Tabak, Kaffee, Thee von Wichtigkeit; auch eine milde, nicht eingreifende hydropathische Behandlung (Abreibungen, laue Bäder, Einwicklungen; keine Douche) wird empfohlen.

Die Aufregungszustände der Paralytiker sind nur in geringem Grade einer medicamentösen Behandlung zugänglich. Sehr häufig hilft indessen schon die Versetzung in eine ruhige Umgebung, nöthigenfalls Isolirung, sowie die Ablenkung durch ein freundliches und geschicktes, der Stimmung des Kranken angepasstes Entgegenkommen, das nicht selten den Gefährlichen und Wüthenden im Handumdrehen gefügig und gutmüthig macht. In andern Fällen aber, namentlich bei den Angstzuständen, versagen alle

Mittel. Morphium sowol, wie Chloral, letzteres wegen der häufigen Gefässveränderungen mit Vorsicht zu gebrauchen, ferner das Paraldehyd und Hyoscin sind hier mit wechselndem Erfolge in Anwendung gezogen worden; auch die hydropathischen Beruhigungsmethoden verdienen Berücksichtigung, sind aber wegen des Widerstrebens der Kranken häufig nicht durchzuführen.

Die meiste Sorgfalt erfordert die Behandlung der Paralytiker im letzten, bettlägerigen Stadium und besonders in den Anfällen. Schon vorher ist es vielfach notwendig, sorgfältig auf die Reinhaltung der Kranken zu achten und die Nahrungsaufnahme zu überwachen, wegen des mangelhaften Kauens nur gut zerkleinerte, leicht verdauliche Speisen einzuführen und das gierige Schlingen durch vorsichtiges Eingeben zu verhindern, da sonst leicht tödtliche Erstickungszufälle vorkommen. Im Anfälle und bei sehr erschöpften, blödsinnigen Kranken ist vor Allem der Entstehung von Decubitus vorzubeugen. Dieser Indication dienen minutiöseste Reinlichkeit, häufige Waschungen der gefährdeten Theile mit kaltem Wasser oder einer spirituösen Sublimatlösung, sorgfältige Beseitigung aller Falten, Brodkrumen u. dergl. aus dem Bette, die Anwendung von Wasser- oder Luftkissen und endlich ein regelmässiger, durch Wärterhände bewirkter Wechsel der Lage, so dass der Kranke (in schweren Fällen alle $\frac{1}{2}$ Stunde Tag und Nacht) von einer Seite auf die andere, auf den Rücken, den Bauch u. s. f. herumgedreht wird. Diese von v. Gudden eingeführte Massregel, welche bis zu einem gewissen Grade auch der Entstehung von „hypostatischen“ Pneumonien entgegenarbeitet, ermöglicht es, den sonst für unvermeidlich gehaltenen Decubitus von den Paralytikern (10⁰/₀ derselben sollen daran zu Grunde gehen) fast ganz fernzuhalten und jedenfalls gefahrdrohende Formen desselben vollständig zu verhüten. Weit schwieriger ist es, den einmal entstandenen Decubitus wieder zur Heilung zu bringen, zumal der Kranke durch seine Unruhe und Abreißen des Verbandes dieselbe oft sehr erschwert. Eine regelrechte chirurgische Behandlung hat mich bei rechtzeitigem Einschreiten dennoch stets zum Ziele geführt, wo

eine Nachlässigkeit des Wartepersonals die Prophylaxe verabsäumt und (in wenigen Stunden!) das Uebel herbeigeführt hatte.

Die Entleerung des Mastdarms und der Blase bedarf im paralytischen Anfalle gewöhnlich nur anfangs einer Nachhilfe durch Eingiessung resp. Einführung des (sorgfältigst gereinigten und desinficirten!) Katheters; später vollzieht sie sich regelmässig von selbst, wenn man nicht durch zu langes Warten abnorme Füllung und dadurch Lähmung beider Organe hat entstehen lassen, die dann zu dauernder Kunsthilfe zwingt. Auch ausserhalb des Anfalles sind übrigens diese beiden Punkte wol zu beachten, wenn man nicht anhaltendes Urinträufeln und Incontinenz des Mastdarms riskiren will. Ich habe bei einem Paralytiker, der bereits 2 Jahre lang katheterisirt worden war, nach 2 mal täglich wiederholten Blasenausspülungen (Tanninlösung) in Zeit von 4 Wochen die spontane Entleerung sich wiederherstellen und dann auch in einem 13 Tage dauernden paralytischen Anfalle nicht versagen sehen. Bei demselben Kranken entstand trotz andauernden tiefsten Komas und fast völliger Pulslosigkeit unter der oben erwähnten Behandlung bis zum Tode keine Spur von Decubitus. Die Ernährung hat im Anfalle stets durch die Sonde zu geschehen (nur bei mehrtägigen Anfällen nöthig); blosses Eingiessen in den Mund ist im höchsten Grade gefährlich. Sorgt man dann noch für häufige Reinigung und Desinfection des Mundes durch Auswischen mit einem feuchten Lappchen (Kali chloricum) und für Feuchterhaltung der Hornhaut durch regelmässiges (alle $\frac{1}{2}$ Stunde) Bewegen der meist halbgeöffneten Augenlider (Vermeidung von Ulcerationen), so kann es gelingen, die Kranken noch nach 8—14 Tagen aus dem paralytischen Anfalle sich erholen zu sehen.

XI. Die erworbenen Schwächezustände.

Gegenüber den bisher besprochenen Formen psychischer Störung, in denen wir die mannigfachsten Symptome auf den einzelnen Gebieten des Seelenlebens sich mit einander mischen sehen, haben wir nunmehr einiger Krankheitsbilder zu gedenken, welche sich lediglich oder wesentlich aus den Erscheinungen der psychischen Schwäche zusammensetzen. Modificirt werden dieselben durch den Umstand, dass sie regelmässig das Product einer gewissen pathologischen Entwicklung sind und darum, abgesehen etwa von den vorgeschrittensten Formen, eben in ihrem klinischen Auftreten noch Reste des früheren gesunden Lebens oder voraufgegangener Krankheitsprocesse erkennen lassen. Eine ganze Reihe der eigentlich hierher gehörigen Zustände, den epileptischen, alkoholischen Schwachsinn, die Endstadien der Paralyse haben wir schon früher bei anderem Anlasse zu berühren Gelegenheit gehabt; an dieser Stelle bleibt uns hauptsächlich noch übrig, auf die *Dementia senilis*, den Schwachsinn bei organischen Hirnerkrankungen und endlich die sog. secundären Schwächezustände einen kurzen Blick zu werfen.

A. Die Dementia senilis.

Schon in der allgemeinen Aetiologie des Irreseins sind in grossen Umrissen die Veränderungen geschildert worden, welche die psychische Persönlichkeit im Alter regelmässig zu erleiden pflegt. In ihrer stärksten Ausprägung führen

diese Veränderungen zu einem Krankheitsbilde, dessen Grundzug eine fortschreitende Verblödung bildet. Die ersten Anzeichen des herannahenden Altersschwachsinn zeigen sich in der Regel nicht vor dem Beginne der 60er Jahre, doch stellt sich bei schon ursprünglich invaliden oder durch aufreibende Affecte und schwere Ueberarbeitung „verbrauchten“ Individuen bisweilen schon erheblich früher, selbst bereits gegen Ende des 5. Decenniums, ein vorzeitiges geistiges und körperliches Greisenthum heraus (*senium praecox*).

In der Regel ist es zunächst eine gewisse Vergesslichkeit, welche an dem Kranken auffällt. Zwar die Erinnerung an längst entschwundene Tage haftet noch fest, ja die Reminiscenzen aus früher Kindheit tauchen nicht selten mit erstaunlicher Lebhaftigkeit wieder auf, um in weitschweifiger Breite immer von Neuem vorgebracht zu werden, aber das Gedächtniss für die jüngste Vergangenheit beginnt immer zahlreichere und unbegreiflichere Lücken aufzuweisen. Der Kranke vergisst, was er gestern, vorgestern gethan hat, erzählt im Laufe einer Unterhaltung dieselben alt bekannten Geschichten zum zweiten Male, ohne es zu bemerken, verirrt sich in seiner neuen Wohnung, weiss sich auf die Namen alter Bekannter nicht zu besinnen und verwechselt die Personen seiner Umgebung.

Offenbar beruhen alle diese Störungen in erster Linie auf der Unfähigkeit des Greises, neue Eindrücke in sich aufzunehmen und zu verarbeiten. Die Anpassungsfähigkeit und Elasticität des Denkens ist dahin; das stabil gewordene Spiel altgewohnter Vorstellungskreise erhält sich noch in stereotyper Action, aber es ist keiner weiteren Entwicklung mehr fähig, keiner Anregung von aussen mehr zugänglich. So geht die Gegenwart fast spurlos, ohne zu haften, an dem Kranken vorüber; sie ist schon nach kurzer Zeit völlig vergessen, weil sie sein Interesse nicht zu erregen vermag und darum nur dunkel und unklar erfasst wird.

Ganz ähnlich, wie in der Paralyse, kann auch hier die Lücke wirklicher Erinnerungen durch allerlei Phantasiebilder ausgefüllt werden, die der Kranke vorübergehend oder dauernd für wirkliche Erlebnisse hält; er hat gestern

mit den Soldaten auf der Hauptwache Karten gespielt, eine goldene Badewanne verfertigt, dem Kaiser einen Besuch gemacht, eine Spazierfahrt unternommen. Zeitweise erklärt er dann vielleicht alle diese Erzählungen für „Unsinn“, um doch sehr leicht wieder in ähnliche Fasseleien hineinzugerathen.

Die Intelligenz der Kranken zeigt regelmässig tiefe, einschneidende Störungen. Die Fähigkeit zu geistiger, selbst schablonenmässiger Arbeit schwindet, und die Kritik versagt vollständig gegenüber den nicht zu selten hervortretenden vereinzelt kindischen Wahnideen. Der Inhalt dieser letzteren ist bald ein expansiver, bald ein depressiver. Die Kranken zeigen eine absurde Eitelkeit, renommiren mit körperlichen Vorzügen oder hohen Bekanntschaften, oder sie bekunden ein ängstlich-albernes Misstrauen gegen ihre Umgebung, fürchten, bestohlen oder vergiftet zu werden. Ganz besonders häufig sind hypochondrische Ideen, die Vorstellung, syphilitisch, inwendig verfault, zugewachsen, in ein Thier verwandelt zu sein. Zeitweise werden die Kranken völlig verwirrt, schwatzen ganz zusammenhangslos alles Mögliche durcheinander, wännen sich in längst verschwundenen Situationen und vermögen sich durchaus nicht in der gegenwärtigen Umgebung zu orientiren.

Im Gemüthsleben macht sich gleichzeitig eine gewisse Verödung geltend. Der Kranke wird stumpf, theilnahmslos gegenüber seinen gewohnten Gefühlsbeziehungen, gegenüber dem Wohl und Wehe seiner nächsten Angehörigen. Häufig tritt dafür das Interesse am eigenen Ich dominirend in den Vordergrund. Die Befriedigung seiner persönlichen Bedürfnisse und Launen wird ihm zur Hauptsache; unduldsam und verständnisslos gegenüber fremden Anschauungen und Wünschen, fühlt er sich durch jeden Widerspruch gereizt und beleidigt. Dabei sind die Affecte oberflächlich, flüchtig und energielos; weinselige Rührung, läppische Freude, klägliches Verzagen werden durch die geringfügigsten Anlässe hervorgerufen, um ebenso rasch wieder zu verschwinden. Allerdings kommen, namentlich in den ersten Stadien der Krankheit, nicht selten auch längere Perioden mit dauernd depressiver oder expansiver Verstimm-

ung zur Beobachtung. Der Geschlechtstrieb ist bisweilen abnorm gesteigert und äussert sich in lasciven Reden, sexuellen Renommagen, Heirathsprojecten, aber auch in unzüchtigen Handlungen, namentlich an Kindern, für deren criminelle Bedeutung der geschwächten Intelligenz gewöhnlich die klare Einsicht mangelt.

Nicht selten gesellt sich zu diesen Störungen eine auffallende Unruhe und Geschäftigkeit. Die Kranken beginnen gegen ihre Gewohnheit, zu excediren, laufen planlos herum, machen unsinnige Einkäufe und Pläne, sammeln allen möglichen Plunder bei sich an, schwatzen viel durcheinander und gerathen durch ihr unvernünftiges Treiben in mannigfache Conflict. Auch in der Nacht finden sie keine Ruhe, sondern führen durch vielfaches Aufstehen, Herumwandern im Hause, Kramen in alten Scharteken, unvorsichtiges Hantiren mit Licht allerlei Störungen und selbst ernste Gefahren herbei. Am Tage sind die Kranken dann häufig müde und schläfrig, nicken mitten im Gespräche oder bei der Mahlzeit ein.

Die körperlichen Begleiterscheinungen der Dementia senilis sind ausser der regelmässigen Alteration des Schlafes ein beträchtlicher Rückgang des allgemeinen Kräftezustandes, gewöhnlich auch eine Abnahme des Appetits. Dazu können sich eine Reihe von Erscheinungen gesellen, welche auf leichtere oder tiefere Veränderungen in der Hirnernährung hindeuten. Sehr häufig sind leichte Schwindelanfälle mit vorübergehenden aphasischen Störungen, ferner Hemiparesen des Gesichtes, der Zunge, der Extremitäten; endlich liegt die Gefahr wirklicher Apoplexien und Hemiplegien hier überall ausserordentlich nahe. An den geschlängelten, rigiden Arterien, an dem harten, aber kleinen und verlangsamten Pulse lassen sich oft schon im Leben die Zeichen der arteriosklerotischen Veränderungen erkennen, welchen wir wol nicht mit Unrecht die wichtigste Rolle in der Entstehungsgeschichte der Dementia senilis zuschreiben dürfen.

Der Verlauf des Altersblödsinns ist, wie das in der Natur der Sache liegt, im Allgemeinen ein progressiver, doch werden meist vielfache Schwankungen beobachtet. So

können die mit lebhafteren Affecten und grösserer Verwirrtheit einhergehenden, acut sich entwickelnden Alterationen als einfache Episoden nach kürzerer oder längerer Zeit wieder einer Periode relativer Ruhe und Klarheit weichen. Allein das eigentliche Grundleiden macht dabei regelmässig sichere Fortschritte, ganz besonders rasch natürlich, sobald sich etwa organische Läsionen des ohnehin mangelhaft ernährten Gehirns, Blutungen oder Embolien, hinzugesellen. In den höchsten Graden der Dementia senilis, die freilich nur von einer kleineren Zahl der Kranken erreicht werden, verarmt der Vorstellungsschatz schliesslich bis auf einige wenige, völlig stereotype und oft ganz sinnlose Wendungen, die bei jeder Frage mit freundlich-stupidem Lächeln vorgebracht und auch sonst ungezählte Male wiederholt werden. Die Kranken haben keine Ahnung mehr davon, wo sie sich befinden, vermögen sich in ihrer Verwirrtheit nicht mehr allein an- und auszukleiden, finden ihr Bett nicht, sind zu den einfachsten Verrichtungen unfähig, hilflos und unrein, dabei aber meist lenksam und gutmüthig heiter. Hie und da zeigt sich als Residuum früherer Erregung auch wol noch die Neigung zum Zerstören und namentlich zum Schmieren und Sammeln; die Kranken kriechen und wischen am Boden herum, wühlen ihre Bettstücke durcheinander, werfen Kuss-hände, tanzen und springen in läppischer Ausgelassenheit durch das Zimmer.

Die Prognose der Dementia senilis ergibt sich aus den vorstehenden Auseinandersetzungen von selbst. Als den Ausgang der Krankheit haben wir fortschreitende Schwächezustände oder eigentlich richtiger den Tod anzusehen, wenn derselbe auch selbst nach der Entwicklung hochgradigsten Blödsinns bisweilen noch ziemlich lange auf sich warten lässt. Die pathologische Anatomie zeigt uns in schwereren Fällen makroskopisch, wie mikroskopisch deutliche Atrophie der Nervensubstanz. Das Hirngewicht ist verringert; das Volumen hat abgenommen (compensatorische Schädelverdickungen und hydropische Serumansammlungen); die Windungen sind verschmälert. Die Ganglienzellen erscheinen in verschiedener Weise degenerirt (fettig, pigmentös, verkalkt); ebenso lässt sich ein mehr oder we-

niger ausgedehnter Schwund der Fasermassen nachweisen. Ausserdem trifft man gelegentlich auf Erweichungsherde und Blutungen in Rinde und Marklager; pachymeningitische Erkrankungen, namentlich Hämatome, sind verhältnissmässig häufig.

Der unmerkliche Uebergang der ausgeprägten Formen des Altersblödsinns in die gewöhnlichen psychischen Veränderungen des Seniums macht eine scharfe Abgrenzung derselben von der Norm unmöglich. Bis zu einem gewissen Grade ist daher die Definition des Pathologischen hier vollkommen willkürlich, wenn auch das Auftreten von Wahnideen und stärkeren Erregungszuständen natürlich an der Ueberschreitung der Gesundheitsbreite keinen Zweifel mehr zulässt. Praktisch kaum weniger schwierig, obgleich theoretisch leichter kann sich in einzelnen Fällen die Differentialdiagnose zwischen der Dementia senilis und der Paralyse, namentlich den dementen Formen derselben, gestalten. Beruhen doch beide auf anatomischen Veränderungen, welche, soweit wir heute sehen, sehr viele Analogien mit einander darbieten. Wie schon früher angedeutet, ist es namentlich das höhere Alter der Kranken, der Mangel der charakteristischen Sprach- und Schriftstörungen, der Spinalerscheinungen, das gelegentliche Hervortreten wirklicher Herdsymptome, endlich auch der langsamere Verlauf und die geringere Productivität in den Wahnideen, welche für die Abtrennung der Dementia senilis verwerthet werden können.

Die Behandlung der Krankheit hat naturgemäss nur einen sehr engen Spielraum. Sorgsame körperliche Pflege und Ueberwachung der oft gebrechlichen und schlecht genährten Kranken, Bekämpfung der Aufregungszustände und Schlaflosigkeit durch Urethan, durch vorsichtige Anwendung von Morphinum oder Opium (Pulvis Doveri), zuweilen auch passend durch Spirituosen (abendliches Bier) und diätetische Massregeln ist so ziemlich Alles, was geschehen kann. Sehr häufig ist die Anstaltsbehandlung unnöthig und unter günstigen häuslichen Verhältnissen durch die familiäre Verpflegung vollständig zu ersetzen.

B. Der Schwachsinn bei organischen Hirnerkrankungen.

In ähnlicher Weise, wie bei der Paralyse, sehen wir auch bei dem an organische Hirnerkrankungen sich anschliessenden Schwachsinn psychische Störungen mit nervösen Reizungs- oder Ausfallserscheinungen sich combiniren. Die besondere Gestaltung der klinischen Krankheitsbilder ist dabei wesentlich durch die Ausdehnung, den Sitz und die Art der cerebralen Läsion bedingt. Wir werden daher unter diesem Gesichtspunkte vor Allem diffuse und streng localisirte Affectionen auseinander zu halten haben.

Eine erste Gruppe von Störungen, welche sich uns hier darbietet, sind die diffusen, über einen grösseren Rindenbezirk sich erstreckenden Hirnerkrankungen. Vielleicht ist es gerade auf diesem Gebiete der Zukunft vorbehalten, uns noch eine Anzahl verschiedener pathologischer Processe von einander unterscheiden zu lehren, die wir jetzt in der grossen Kategorie des „fortschreitenden Blödsinns mit Lähmung“, der *Dementia paralytica*, zusammenwerfen. Ein Anfang in dieser Richtung ist bereits gemacht mit der besonders von Fürstner*) und seinen Schülern näher studirten „Gliose der Hirnrinde“, vorwiegend tumorartigen, multiplen Gliawucherungen in den oberflächlichen Rindenschichten mit Höhlenbildung und Schwund der nervösen Elemente. Die Krankheit entwickelt sich überaus chronisch bei Individuen, welche schon von Jugend auf einzelne, als Initialsymptome zu deutende Störungen (Krämpfe, Imbecillität, Reizbarkeit) dargeboten haben; später stellt sich dann eine fortschreitende Demenz ein mit Gedächtnisschwäche, Sprachstörung, Opticusatrophie und häufig auch tabischen Symptomen. In einer gewissen Verwandtschaft zu dieser Form steht vielleicht auch jener Krankheitsprocess, den man als diffuse Hirnsklerose bezeichnet, eine ausgedehnte Vermehrung des Bindegewebes in einer oder in beiden Hemisphären, die ebenfalls mit allmählich fortschreitendem Schwachsinn und mannichfachen centralen Ausfalls- und

*) Fürstner und Stühlinger, Arch. f. Psychiatrie XVII. 1.

Reizungserscheinungen einhergeht, Hemiplegien, Krampfanfällen, Steigerung der Patellarreflexe und Spasmen in den Beinen.

Zweifelhaft in Bezug auf ihre Zugehörigkeit zu dem hier besprochenen Gebiete erscheinen bisher die besonders von Westphal und seinen Schülern*) näher studirten psychischen Störungen nach heftigen Erschütterungen, namentlich Eisenbahnunfällen. Bei den bis dahin ganz gesunden Individuen entwickelt sich im Anschlusse an das meist vorübergehende Bewusstlosigkeit erzeugende Trauma ein Krankheitsbild, welches sich psychisch durch depressive Verstimmung mit ängstlichen Befürchtungen der verschiedensten Art und der Unfähigkeit zu jeder geistigen Anstrengung charakterisirt. Die Kranken sind still, gedrückt, wortkarg, kümmern sich wenig um die Vorgänge in ihrer Umgebung und sind immerfort durch ihre eigenen quälenden Gedanken in Anspruch genommen. Sie haben alle Energie verloren, gerathen ungemein leicht in Verlegenheit und Verwirrung, können sich nicht zusammenhängend über ihren Zustand aussprechen und fühlen sich dauernd durch das Gefühl innerer Beklemmung und Beängstigung in ihrem Denken und Handeln gehemmt. Das Gedächtniss ist trotz der Klagen über Abnahme desselben meist gut, wenn sich auch eine gewisse Zerstreuung und Vergesslichkeit, auf dem mangelnden Interesse und der Aufmerksamkeitsstörung beruhend, häufig nachweisen lässt. In einzelnen Fällen werden vorübergehende Dämmerzustände und Sinnestäuschungen beobachtet.

Der Schlaf ist regelmässig durch ängstliche Träume hochgradig gestört, der Appetit gering; das Körpergewicht sinkt. Im Kopfe bestehen allerlei abnorme Sensationen, Druck, Eingenommenheit, unangenehme Bewegungsempfindungen, im Rücken und Kreuz das Gefühl von Spannung und Steifigkeit. Ausserdem wird über asthenopische Beschwerden, Ohrenklingen und -sauen, Herzklopfen, Abnahme der Potenz, Erschwerung der Harnentleerung und Stuhlverstopfung, bisweilen auch über hartnäckiges Erbrechen ge-

*) Oppenheim, Arch. f. Psychiatrie XVI, 3.

klagt. Objectiv lassen sich Sensibilitätsstörungen in sehr verschiedenartiger Ausbreitung, Analgesie neben hyperaesthetischen Stellen, häufig Einschränkung des Gesichtsfeldes, ferner Herabsetzung der Reflexe, Langsamkeit und Unsicherheit der Bewegungen, Schwäche, leichter Tremor, in vereinzelten Fällen auch Sehnervenatrophie und reflectorische Pupillenstarre nachweisen.

Die Deutung dieses complicirten Krankheitsbildes hat zu einer interessanten Controverse Veranlassung gegeben. Während Westphal dasselbe wegen der objectiven Befunde auf schleichende organische Veränderungen im Centralnervensystem zurückführte, hat Charcot alle diese Fälle ohne Weiteres der Hysterie zugetheilt. Mit Recht ist indessen betont worden, dass der Begriff der hysterischen Neurose durch diese Erweiterung noch viel verschwommener und unklarer wird, als er es leider heute schon ist. Auf der anderen Seite kann nicht verkannt werden, dass manche, um nicht zu sagen viele der geschilderten Fälle sehr an gewisse Formen der Neurasthenie, namentlich an jene chronisch verlaufenden Erkrankungen erinnern, welche man als „melancholische folie raisonnée“ zu bezeichnen pflegt. Mit dieser letzteren theilen die hier beschriebenen Psychosen auch die anscheinend wenig günstige Prognose.

Allein mit der Behauptung einer Zusammengehörigkeit beider Formen ist offenbar das Wesen der „Unfallpsychosen“ durchaus noch nicht erschöpft. Einzelne Fälle lassen sich schlechterdings nicht anders erklären, als durch die Annahme mehr oder weniger disseminirter, organischer Krankheitsprocesse in Gehirn und Rückenmark. Im Grunde genommen ist diese Combination der Symptome bei dem einmal als Schreck, dann aber als mechanisches Trauma wirkenden Causalmomente durchaus erklärlich. Dass schwer neurasthenische Zustände bisweilen unter dem Einflusse heftigen Schreckes entstehen, wissen wir; ich kenne z. B. einen derartigen Fall, der sich an die Erlebnisse einer gefahrvollen Feuersbrunst anschloss. Andererseits aber ist es zweifellos, dass durch die traumatische Läsion Continuitätstrennungen, Blutungen, chronische Circulationsstörungen im Gehirn erzeugt werden können, deren Folgen sich auch in periodischen

Aufregungszuständen oder in einfachem Schwachsinn mit „moralischer“ Degeneration und verminderter Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol documentiren können. Ja, selbst die Entwicklung von Tumoren knüpft sich bekanntlich nicht selten an das Trauma an, so dass die Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit von gröberen organischen Veränderungen in manchen Fällen von Unfallpsychosen der Charcot'schen Deutung gegenüber als völlig erwiesen gelten darf. Wahrscheinlich wird auch die pathologische Anatomie diese Anschauung bald genug zu bestätigen im Stande sein. Im Ganzen halte ich demnach auf Grund eigener Erfahrungen die hier besprochenen Störungen für schwer neurasthenische Zustände, denen sich je nach der besonderen Einwirkungsart der traumatischen Ursache bald mehr, bald weniger ausgesprochene Symptome einer disseminirten oder diffusen cerebrospinalen Erkrankung hinzugesellen können.

Bei der multiplen Sklerose ist die Intensität und Ausdehnung der psychischen Erscheinungen je nach der Localisation und Grösse der einzelnen Herde sehr verschieden. Wo überhaupt das Gehirn in beträchtlicherem Masse betheiligt ist, sehen wir in der Regel einen einfachen fortschreitenden Schwachsinn, Abnahme der Intelligenz und des Gedächtnisses ohne Verwirrtheit oder Aufregung, allmählich zunehmende Stumpfheit und Energielosigkeit sich entwickeln. Unter Umständen können derartige Kranke grosse Aehnlichkeit mit dementen Paralytikern darbieten; die Beachtung der mehr auf einzelne Herde hinweisenden nervösen Symptome, eventuell auch der scandirenden Sprache, des Intentionszitterns, Nystagmus, sowie der Mangel jener eigenartigen, tieferen Bewusstseinstrübung, welche den Paralytiker auszeichnet, ermöglichen jedoch fast immer die Diagnose.

Die multiple Sklerose bildet gewissermassen den Uebergang von den diffusen zu den strenger localisirten Erkrankungen des Gehirns. Im Bereiche dieser letzteren haben wir hauptsächlich zwei grössere Gruppen von Läsionen von einander zu trennen, die Tumoren auf der einen, die Blutungen, Embolien, Thrombosen auf der anderen Seite. Bei den Tumoren pflegen die psychischen Symptome meist

wesentlich durch die Steigerung des intrakraniellen Druckes, weniger durch ihre Localisation bedingt zu werden. So kommt es, dass dort, wo die Geschwülste sehr langsam wachsen, oder wo sie mehr zerstören, als verdrängen, die psychischen Erscheinungen lange Zeit hindurch gering sein können; ich sah einen Kranken, dem eine über faustgrosse, im Anschlusse an ein Trauma aufgetretene tuberculöse Geschwulst den grössten Theil des rechten Stirnhirns mit der Rinde vernichtet hatte, bis wenige Tage vor seinem Tode keinerlei Störung der Besonnenheit und Intelligenz darboten, nur eine mässige, von dem Patienten selbst bemerkte Gedächtnisschwäche. Ganz ähnlich verhalten sich oft mächtige Abscesse. Bei denjenigen Geschwülsten dagegen, welche den Druck in der Schädelhöhle erheblich steigern, stellt sich zunächst eine gewisse Benommenheit und Unbesinnlichkeit ein; die Aufmerksamkeit der Kranken wird nur durch relativ kräftige Reize und auch dann nur für kürzere Zeit erregt; sie liegen apathisch oder sich unter unerträglichen Kopfschmerzen herumwälzend da, ohne von ihrer Umgebung Notiz zu nehmen. Nach und nach werden sie immer stumpfer und somnolenter, obgleich vielleicht noch gar keine ausgeprägteren Herdsymptome hervortreten. Nicht selten beobachtet man bis in das letzte Stadium der Somnolenz hinein einzelne Hallucinationen auf Sinnesgebieten, die für normale Reize völlig unerregbar geworden sind, namentlich, wie es scheint, bei Kleinhirntumoren. In einem derartigen, von mir beobachteten Falle glaubte der amaurotische Kranke (Potator) lange Reisen zu machen, sah bunte Gegenden und kleine Schnapsgläser vor sich, nach denen er griff; ein anderer derartiger Kranker, der kein Trinker war, sah trotz völliger Atrophie der Optici ebenfalls monatelang wechselnde „Bilder“ und hörte bei allmählich fortschreitender und schliesslich vollständiger Taubheit sehr häufig seinen Namen und allerlei Schimpfworte rufen. Stärkere Aufregungszustände sind bei Tumoren selten.

Ein wesentlich anderes Bild, als bei den Hirngeschwülsten, pflegen die psychischen Symptome bei Blutungen und Embolien darzubieten. Abgesehen von den allerersten Stadien derselben, besteht hier keine Benommenheit, son-

den die Kranken sind vollständig klar und über ihre Umgebung orientirt. Am meisten in die Augen fällt gewöhnlich neben den nervösen Störungen zunächst die Stimmung der Patienten. Sie sind weinerlich, reizbar und aufgeregt, jammern und klagen viel über ihre Lähmung, sind aber meist durch eine freundliche oder scherzende Bemerkung ebenso leicht wieder zu beruhigen und umzustimmen, allerdings nur für kurze Zeit. Das Gedächtniss lässt regelmässig eine mehr oder weniger ausgeprägte Einbusse erkennen. Die Erinnerung an die jüngste Vergangenheit haftet nicht zuverlässig; namentlich leicht aber entfallen dem Kranken einzelne Kategorien von Vorstellungen, Eigennamen und Zahlen, Störungen, welche bereits als die ersten Andeutungen der amnestischen Aphasie zu betrachten sind. Die Beurtheilung der Intelligenz wird gerade durch das Hineinspielen aphasischer und paraphasischer Symptome oft sehr erschwert; die Kranken erscheinen dadurch bei flüchtiger Untersuchung oft weit blödsinniger, als sie wirklich sind. So stellte sich bei einem jugendlichen Herzkranken meiner Beobachtung, der zunächst eine wahrscheinlich embolische linksseitige Hemiplegie mit Hemianaesthesie, Hemianakusie, Abducens- und Trigeminus-Lähmung, Gesichtsfeldeinschränkung, kurz darauf aber eine mit Krämpfen auftretende rechtsseitige Hemiparese erlitt, ein eigenthümlicher Agrammatismus ein, der ihn vollständig kindisch erscheinen liess, da er ohne jede Construction nur in Infinitivsätzen nach Art der Kinder sprach. Als sich diese Anomalie nebst sämtlichen übrigen Symptomen allmählich verlor und er mit einer gewissen Anstrengung auch die immer noch vorhandene Neigung zum Reden in Infinitiven überwinden konnte, stellte sich heraus, dass die Intelligenz vollkommen erhalten war und sogar nicht unbeträchtlich über das Normalmass hinausging.

Ohne Zweifel aber wird das dauernde Bestehen aphasischer Störungen und der mit ihnen verbundene Verlust verwerthbarer Vorstellungen niemals ohne empfindliche Einwirkung auf den gesammten Ablauf der intellectuellen Vorgänge bleiben können. Am meisten wird die Intelligenz wol immer durch die in der Hirnrinde localisirten Herde

geschädigt, doch scheint mir die Erfahrung zu lehren, dass auch subcorticale und selbst bulbäre Blutungen oder Embolien häufig mit einer gewissen Abschwächung der geistigen Fähigkeiten einhergehen. Auf welchem Wege dieser Zusammenhang vermittelt wird, und ob hier nicht häufig Hirnaffectio und Schwachsinn von den gleichen Ursachen (Gefässerkrankungen) erzeugt werden, lässt sich zur Zeit schwer sagen.

Nicht selten erlangen gerade die psychischen Störungen nach Hirnblutungen eine bedeutende praktische Wichtigkeit durch die an sie sich knüpfenden forensischen Beziehungen. Die intellectuelle Schwäche und Urtheilslosigkeit der Apoplektiker, ihre Reizbarkeit auf der einen, ihre leichte Bestimmbarkeit auf der andern Seite stellen den Arzt bei Testamentsstreitigkeiten vor die Frage nach dem Vorhandensein der Dispositionsfähigkeit. Eine allgemeine Beantwortung derselben lässt sich selbstverständlich überhaupt nicht geben; die Schwäche auf den verschiedenen Gebieten des psychischen Lebens kann von den allerleichtesten, noch der Normalbreite angehörenden Schädigungen alle Grade bis zum tiefsten, reactionslosen Blödsinn durchmessen, so dass es im einzelnen Falle dem Verständnisse und Tacte des Arztes überlassen bleiben muss, an welchem Punkte er die Grenze des Pathologischen stecken will.

Die verschiedenen Formen des Schwachsinnns bei organischen Hirnaffectio sind im Ganzen überaus häufige Erkrankungen, wenn sie auch dem Psychiater nur selten, sondern zumeist dem inneren Mediciner oder dem Neuropathologen zu Gesicht kommen. Ihre Dauer entspricht regelmässig derjenigen des ursächlichen Krankheitsprocesses; das Gleiche gilt hinsichtlich ihrer Prognose. Die Diagnose stösst bisweilen auf Schwierigkeiten, von denen einige schon oben erwähnt wurden. Diffuse Rindenerkrankungen vermögen wir heute in vielen Fällen schlechterdings noch nicht von der dementen Paralyse abzutrennen. Auch die multiple Sklerose und selbst Tumoren können hie und da zur Verwechslung mit der Paralyse Anlass geben; das Auftreten streng localisirbarer, wenn auch multipler Herdsymptome wird meist davor schützen. Bei den Unfallpsychosen liegt wegen des mehr subjectiven Charakters der

Störungen nicht selten der Verdacht auf Simulation nahe, namentlich dort, wo wichtige pecuniäre Interessen, Entschädigungsfragen, mit hineinspielen. Der Nachweis objectiver Symptome (Opticusatrophie, Fehlen der Sehnenreflexe), sonst aber auch die Einheitlichkeit und die Uebereinstimmung des Krankheitsbildes mit sonstigen Erfahrungen werden hier wol immer die Alternative entscheiden. Die Behandlung der hier besprochenen Psychosen liefert ausser der Nothwendigkeit gelegentlicher Beruhigungs- und Schlafmittel (Urethan, Bromkalium) keine besonderen Indicationen.

C. Die secundären Schwächezustände.

Vielfach im Verlaufe unserer bisherigen Schilderungen haben wir derjenigen Formen psychischer Störung zu gedenken Gelegenheit gehabt, welche nicht primär, als selbstständige Erkrankungen, sondern secundär als die Endstadien anderer ungeheilter Psychosen zur Entwicklung gelangen. Wenn wir hier trotzdem noch einmal im Zusammenhange auf dieselben zurückkommen, so geschieht das hauptsächlich deshalb, weil man einige dieser secundären Symptomen-complexe mit besonderen Namen belegt hat und weil der Arzt denselben in der Praxis häufig genug begegnet, ohne im einzelnen Falle die Entstehungsgeschichte eruiren zu können. Das Gemeinsame dieser Krankheitszustände ist die Mischung der Erscheinungen psychischer Schwäche mit Ueberbleibseln der vorhergegangenen Psychose. Je nach der Art dieser Mischung pflegt man wol eine secundäre Verrücktheit und einen secundären Schwachsinn oder Blödsinn von einander zu unterscheiden.

Die **secundäre Verrücktheit** trägt ihren Namen im Gegensatze zu der früher besprochenen „primären“ Verrücktheit, welche man der bis dahin immer für secundär gehaltenen „partiellen Verrücktheit“ gegenüberstellte. Man fasst jetzt unter jener Bezeichnung alle diejenigen secundären Schwächezustände zusammen, welche noch mehr oder weniger ausgedehnte Residuen von Wahnideen erkennen lassen. Somit ergibt sich, dass dieselben sich aus allen jenen ungeheilten Psychosen herausentwickeln können, in deren

Krankheitsbild wahnhafte Elemente eine Rolle spielen. Vor Allem kommen hier somit der Wahnsinn und die verschiedenen Formen der „primären“ Verrücktheit selber in Betracht. Der Zeitpunkt, an welchem man den Uebergang der Krankheit in secundäre Verrücktheit als vollzogen annimmt, ist bis zu einem gewissen Grade willkürlich. Beim Wahnsinn kann man im Allgemeinen als Grenze das Schwinden des Affectes und das Ansteigen des Körpergewichtes ohne gleichzeitiges Zurücktreten der Wahnideen ansehen, während bei der Verrücktheit das Aufhören der Productivität und der Verlust systematischer Geschlossenheit in den wahnhaften Ideenkreisen das stärkere Fortschreiten der psychischen Schwäche signalisirt.

Selbstverständlich geht mit dieser intellectuellen Verblödung ausnahmslos eine Verödung des Gemüthslebens Hand in Hand. Freilich können auch jetzt noch kümmerliche Reste früherer Affecte der Stimmung eine dauernde Färbung verleihen, aber dieselben besitzen keine packende Lebhaftigkeit mehr; sie documentiren sich eigentlich nur in gewohnheitsmässigen Ausdrucksbewegungen, ohne wirklich das apathisch gewordene Individuum im Innern zu ergreifen. Dennoch sind gelegentliche raptusartige Aufregungszustände mit blinder Zerstörungswuth gar nicht selten. Im Uebrigen werden die Handlungen des Kranken durch die von ihm geäußerten Wahnideen kaum mehr beeinflusst; er zieht nicht mehr die praktischen Consequenzen aus denselben, sondern er lässt sich hauptsächlich nur noch durch die Gewohnheit vergangener Tage und durch die natürlichen Triebe in seinem Thun bestimmen.

Im weiteren Verlaufe der secundären Verrücktheit kann sich der innere Zusammenhang zwischen den einzelnen wahnhaften wie gesunden Residuen vollständig verlieren, so dass der Kranke auf alle Fragen verblüffend unsinnige Antworten giebt und durchaus unverständlich wird. In dem beschränkten Kreise seiner gewohnten Handlungen ist er dabei vielleicht noch ganz correct. Diesen Zustand bezeichnete Griesinger als „allgemeine Verrücktheit“ oder besser Verwirrtheit.

Das körperliche Verhalten secundär Verrückter

pflegt ausser einer häufiger beobachteten Decrepidität keine Besonderheiten darzubieten. Namentlich dort, wo die Kranken zu einer regelmässigen Thätigkeit unter günstigen hygienischen Bedingungen herangezogen werden können, pflegen ihre körperlichen Functionen mit grosser Regelmässigkeit von Statten gehen. Von besonderem Interesse ist es, dass bisweilen unter dem Einflusse fieberhafter Erkrankungen selbst bei weit vorgeschrittener psychischer Schwäche ein vorübergehendes, vollständiges Zurücktretten aller Krankheitserscheinungen, speciell der Wahnideen, mit gleichzeitigem Auftauchen früherer gesunder Vorstellungsrerien beobachtet wird, eine günstige Veränderung, welche jedoch leider niemals von Bestand ist, sondern im Gegentheil meistens sogar einer Verschlechterung des Gesamtzustandes nur zu bald wieder weicht.

Der secundäre Schwachsinn und Blödsinn. Unter dieser Bezeichnung fassen wir diejenigen Zustände zusammen, welche durch eine einfache Abschwächung der psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit ohne die Beimischung wahnhafter Elemente charakterisirt sind. Die leichtesten Formen dieser Invaliditätszustände sind jene schon früher ausführlich besprochenen Heilungen mit Defect, bei denen zwar die stürmischen Krankheitserscheinungen weichen, ohne dass doch die frühere gesunde Persönlichkeit in ihrem ganzen Umfange sich wiederherstellte. Oft genug zeigt sich diese Veränderung nur der allernächsten Umgebung, oft genug tritt sie nur dann hervor, wenn der anscheinend „Genesene“ in schwierige Lebenslagen, vor wichtige Entscheidungen u. dergl. gestellt wird. Sehr beachtenswerth ist der Umstand, dass sich kleine Abschwächungen der psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit ganz besonders im Bereiche des Gefühlslebens, in erhöhter Reizbarkeit und Labilität der Stimmung, Abstumpfung der höheren Interessen zu zeigen pflegen.

Den Heilungen mit Defect stehen klinisch nahe jene früher ausführlich besprochenen Schwächezustände, wie sie sich im Verlaufe der chronischen Intoxikationen und gewisser allgemeiner Neurosen (Hysterie, Epilepsie) fast regelmässig herausbilden.

Von den leichtesten Formen des secundären Schwachsinns führt uns eine ununterbrochene Stufenfolge zu den schwersten Krankheitsbildern des völligen psychischen Verfalles, des Blödsinns. Im Bereiche dieser letzteren werden gewöhnlich noch zwei verschiedene Gruppen von Zuständen einander gegenüber gestellt, der agitirte und der apathische Blödsinn. Die erstere dieser beiden Formen, welche meist das Endstadium ungeheilter Manien oder bisweilen auch einiger, mit lebhafterer Erregung einhergehender Verrücktheitsformen zu bilden scheint, ist ausgezeichnet durch das Bestehen einer dauernden oberflächlichen Erregung neben vollständiger Zusammenhangslosigkeit des Vorstellungsverlaufes. Jede Spur einer inneren Einheit ist verloren gegangen; in meist sehr stereotypem Wechsel folgen sinnlose Reihen von krankhaften und gesunden, aber gänzlich unzusammenhängenden Vorstellungen einander, begleitet von den äusserlichen Zeichen einer meist exaltirten Stimmung, Geschwätzigkeit, blödem Lachen, läppischem Herumspringen, Gesichterschneiden u. s. f. Von jener Form der Verwirrtheit, die wir früher als höchste Steigerung der Ideenflucht kennen gelernt haben, unterscheidet sich dieser Zustand sehr wesentlich durch die Langsamkeit und Einförmigkeit des Vorstellungsverlaufes, den Mangel tieferer Affecte und die Unveränderlichkeit des Krankheitsbildes. Die gesunde psychische Persönlichkeit ist hier nicht blos vorübergehend in den Hintergrund gedrängt, sondern sie ist dauernd und vollständig vernichtet.

Im apathischen Blödsinn ist die Umsetzung der physiologischen Processe in psychische Erscheinungen auf ein Minimum beschränkt. Die Apperception, die deutliche Erfassung äusserer und innerer Vorgänge, ist überhaupt nicht mehr möglich; nur unklare, verschwommene Vorstellungen oder dunkle Gemeingefühle wechseln einander träge im Bewusstsein ab. Selbst die natürlichen Bedürfnisse vermögen kaum oder gar nicht mehr, den Kranken zu irgend einer activen Willenshandlung zu veranlassen; er ist fast unempfindlich gegen Hunger und Durst, gegen Hitze und Kälte, wie gegen den körperlichen Schmerz geworden. Die

Muskelspannung und die Elasticität der Körperhaltung ist verloren gegangen. Mit ausdruckslosen Gesichtszügen, schlaff in sich zusammengesunken, sitzen die Kranken, ohne ein Wort zu sprechen oder auf eine Anrede zu reagiren, Tagaus, Tagein unbeweglich da, wohin man sie schiebt, bis irgend ein äusserer Anstoss sie zu einem Wechsel ihrer Lage oder ihres Aufenthaltsortes antreibt. Sie müssen daher angekleidet, zu Bette gebracht, gefüttert, auf den Abort geführt, gereinigt werden, wie die Kinder.

In körperlicher Beziehung ist ein tiefes Darniederliegen der Kreislaufs- und Athmungsthätigkeit, der Wärmeproduction und in weiterem Verlaufe meist auch der Verdauung zu constatiren. Oedeme, Cyanose, Herabsetzung der Körpertemperatur, Verstopfung oder hartnäckige chronische Diarrhöen kommen nicht selten zur Beobachtung. Am häufigsten und unmittelbarsten schliesst sich der apathische Blödsinn an die Dementia acuta an, so dass hier der Uebergang vom heilbaren in den unheilbaren Zustand höchstens durch das Ansteigen des Körpergewichts ohne gleichzeitige psychische Besserung markirt wird. Auch nach schweren activen und namentlich stuporösen Melancholien sieht man diesen Uebergang unter Nachlass der ängstlichen Aufregung oder Spannung und unter dem Auftreten einer völligen Erschlaffung häufiger sich vollziehen. Seltener bildet der apathische Blödsinn mit vollständigem Zurücktreten aller wahnhaften Elemente das letzte Glied eines langsam fortschreitenden Verblödungsprocesses nach Wahnsinn und Verrücktheit.

Als die Grundlage des secundären Schwachsinn und Blödsinn hat man ohne Zweifel schwere Functionsbeeinträchtigungen der Hirnrinde zu betrachten. Nicht selten finden dieselben ihren greifbaren Ausdruck in einer nachweisbaren Atrophie des Gehirns (z. B. nach Typhus). Sehr häufig jedoch rechtfertigt der Leichenbefund nach dem heutigen Stande unseres Wissens das klinische Bild durchaus gar nicht, so dass wir an Veränderungen der Nervenmasse denken müssen, deren Nachweis unseren bisherigen Hilfsmitteln noch unmöglich ist.

Den secundären Schwächezuständen gehört der bei

weitem grösste Theil der Bewohner unserer Irrenanstalten an; sie sind lediglich Object der Pflege und zwar einer oftmals recht mühseligen und wenig lohnenden. Auch bei ihnen kann eine passende, einfache Beschäftigung, an die sie in früheren Stadien der Krankheit gewöhnt werden, und die sie auch im weiteren Verlaufe mechanisch fort-treiben, noch einen gewissen Rest von Activität und geistigem Leben lange Zeit erhalten und zugleich auch den körperlichen Zustand vor zu rascher Decrepidität bewahren. Ist eine Beschäftigung nicht mehr möglich und dauernde, tiefe Apathie zur Entwicklung gelangt, so pflegt auch das vegetative Leben nicht sehr lange mehr fortzubestehen. Namentlich häufig ist es die Phthise, welche hier einen günstigen Boden für ihre Entwicklung findet und endlich den geistigen in den leiblichen Tod hinüberführt.

XII. Die psychischen Entwicklungsanomalien.

Die letzte Gruppe psychischer Krankheitsbilder, welcher wir uns nunmehr zuzuwenden haben, umfasst alle jene Zustände, welche sich auf dem Boden einer pathologischen Entwicklung des Individuums herausbilden. Die krankmachende Ursache wirkt hier auf den Organismus ein zu einer Zeit, wo die psychische Persönlichkeit erst in ihrer Anlage vorhanden ist, und sie schafft ein Product, welches in allen wesentlichen Punkten das ganze spätere Leben hindurch unverändert und unheilbar fortbesteht. Die übergrosse Mehrzahl aller in dieser Weise erwachsenden Krankheitsformen bietet das allgemeine Gepräge der psychischen Schwäche in den verschiedensten Abstufungen und Färbungen dar, deren Haupttypen wir als die Idiotie, den Cretinismus und den angeborenen Schwachsinn auseinanderhalten können; weiterhin aber werden wir auch einer höchst eigenartigen qualitativen Entwicklungsanomalie zu gedenken haben, der conträren Sexualempfindung.

A. Die Idiotie.

Unter dem Namen der Idiotie pflegt man alle jene hochgradigeren psychischen Schwächezustände zusammenzufassen, deren Entstehungszeit in die Fötalperiode oder die ersten Lebensjahre fällt. Streng genommen ist diese Definition nicht ganz wissenschaftlich, insofern sie auf der einen Seite Entwicklungsanomalien, auf der anderen Seite aber durch Krankheitsprocesse erworbene Störungen mit einander vereinigt; in der Praxis fehlen uns

aber bisher noch brauchbare Kriterien, welche gestatten, auch klinisch die Symptome einer Hemmungsbildung von denjenigen einer krankhaften Zerstörung wichtiger Hirntheile zu unterscheiden.

Die psychische Ausbildung der Idioten lässt eine grosse Zahl von verschiedenen Formen erkennen, deren Abgrenzung von einander jedoch wegen der wesentlich nur graduellen Differenzen grosse Schwierigkeiten darbietet. Als Eintheilungsprincip hat man zumeist das Verhalten der Sprache (gänzlichen Mangel, Vorhandensein einzelner Worte, stufenweise reichere Entwicklung derselben) benutzt, weil ja in der That die Entfaltung der intellectuellen Functionen in sehr nahen Beziehungen zur Lautsprache steht. Allein die Fähigkeit des Sprechens deckt sich durchaus nicht immer mit der weit wichtigeren des Verstehens. Es scheint mir daher zweckmässiger, bei einer Betrachtung dieser Zustände an das Verhalten der fundamentalsten psychischen Leistung, der Apperception, anzuknüpfen.

In den niedersten Formen der Idiotie ist die Erfassung eines Eindrucks durch die Aufmerksamkeit gänzlich unmöglich. Es kommt gar nicht zur Bildung von klaren Vorstellungen und associativen Verbindungen; das Gefühlsleben bleibt auf den Wechsel dunkler Gemeingefühle beschränkt, und die durch sie hervorgerufenen Handlungen, die sich höchstens noch auf die Nahrungsaufnahme beziehen, behalten den Charakter des Triebartigen. Die Kranken sind absolut theilnahmlos gegenüber allen äusseren Vorgängen, meist auch gemüthlich gänzlich unerregbar; zu den einfachsten zweckmässigen Handlungen sind sie unfähig, vermögen z. B. nicht den zufällig zwischen die eigenen Zähne gerathenen Finger in Sicherheit zu bringen. Sie gehen ohne die liebevollste Pflege, die für ihre Fütterung, Reinhaltung u. s. f. unermüdliche Sorge trägt, rasch zu Grunde. Häufig sind automatische, Jahraus, Jahrein in stereotyper Weise sich abspielende Bewegungen.

Ein etwas höherer Stand des Seelenlebens ist dort erreicht, wo wenigstens passiv, durch besonders auffallende Eindrücke, die Aufmerksamkeit des Kranken für einige Zeit erregt werden kann, wenn auch eine active Direction der-

selben nach inneren Motiven noch nicht stattfindet. Hier werden wenigstens einzelne deutliche Sinneswahrnehmungen dem Bewusstsein zugeführt und wol auch eine beschränkte Anzahl von einfachen Vorstellungen gebildet, allein dieselben sind doch vielfach sehr unvollständig und entbehren des inneren Zusammenhanges. Die Fähigkeit zur Abstraction, zur Auffindung gemeinsamer Bestandtheile in verschiedenen Wahrnehmungen, wie sie die Grundlage der Begriffsbildung ausmacht, bleibt rudimentär. Die Sprache, wie das Verständniss und damit der geistige Verkehr mit der Umgebung ist meist wenig entwickelt; es kommt nicht zur Ausbildung einer wirklichen psychischen Persönlichkeit. Egoistische, grobsinnliche Gefühle beherrschen die Stimmung und werden Motive für ein nur auf Befriedigung elementarer Gelüste gerichtetes Handeln; der Geschlechtstrieb tritt schon in den ersten Lebensjahren hervor und führt zu eifrig betriebener, rücksichtsloser Masturbation. In ganz vereinzelter Fällen entwickeln sich gewisse einseitige Fähigkeiten, Geschicklichkeit in der Holzschnitzerei, auffallendes Zahlen- oder Klanggedächtniss, aber Alles ohne Geist und höheres Verständniss, als einfache maschinenmässige Routine.

Je nach der Leichtigkeit, mit welcher die Aufmerksamkeit angezogen und abgelenkt werden kann, unterscheidet man zwei, allerdings nur in ihrer extremen Ausprägung sehr deutlich von einander abgegrenzte Formen, die anergische (apathische) und die erethische (versatile). Im ersteren Falle sind die Kranken nur schwer aus ihrem stumpfen Hinbrüten aufzurütteln; der Vorstellungsverlauf bleibt langsam und träge, die Reproduction wegen der Armuth des Ideenschatzes und bei dem Mangel an Anknüpfungspunkten dürftig, meist in einzelnen, gewohnheitsmässigen Bahnen sich bewegend. Bisweilen zeigt sich hier eine Neigung zu heftigen, unbändigen Wuthausbrüchen, wenn einmal das torpide psychische Gleichgewicht gestört wird. Meist handelt es sich um Individuen von plumpem, grobem, disproportionirtem Körperbau. Bei den versatilen Formen wandert die Aufmerksamkeit, bald hier, bald dort angezogen, planlos hin und her und erfüllt das Bewusstsein mit buntem, innerlich zusammenhanglosem und daher rasch vergessenem Inhalte. Rascher,

oberflächlicher Wechsel der Stimmung und eine äusserliche ziellose Unruhe und Beweglichkeit, die sich in Händeklatschen, Herumspringen, Gesticuliren, Lachen und Schreien kundgibt, vervollständigen das Bild. Körperlich sind die Kranken meist wohlgebildet, aber von kindlichem, grazilem Habitus.

Ausser den psychischen sind es aber auch eine ganze Reihe von somatischen Symptomen, welche die Idiotie zu begleiten pflegen. Durchschnittlich findet sich ein geringeres Längenwachsthum, sogar bis zum Zwergwuchse; damit verknüpft sich ein Zurückbleiben der gesamten Körperentwicklung, pueriler Habitus, Ausbleiben des Bartes und der Schamhaare, geringe Ausbildung der Genitalien, Fehlen der Menstruation. Die Sinne, besonders das Gehör, aber auch Geschmack und Geruch, sind oft ausserordentlich stumpf. Ferner beobachtet man in grösserer oder geringerer Häufigkeit jene kleinen Entwicklungsanomalien, welche man als „Degenerationszeichen“ anzusehen pflegt, Missbildungen an Augen, Ohren und namentlich an den Knochen des Gesichtsskeletts. Wildermuth konnte derartige Abnormitäten in 80 $\frac{0}{100}$ der Fälle nachweisen; ausserdem bestanden vielfach noch Steigerung oder Fehlen der Sehnenreflexe, sowie Coordinationsstörungen an den unteren Extremitäten, den Augenmuskeln, namentlich aber beim Sprechen, Abstossen der Endsilben, mangelhafte Articulation einzelner oder der meisten Consonanten mit Verstümmelung und Verunstaltung der Wörter. Häufig sind auch Symptome, welche auf vorangegangene Hirnerkrankungen hinweisen, halbseitige Lähmungen und Paresen, Contracturen, Spasmen (in einzelnen Fällen brettartige Steifigkeit des ganzen Körpers), partielle Wachsthumshemmungen, Krämpfe verschiedenster Art, choreatische, athetotische Bewegungen, Paroxysmen plötzlichen Blasens und Schüttelns, ganz besonders aber Epilepsie.

Unter den Ursachen der Idiotie scheint, soweit es sich um einfache Entwicklungshemmungen handelt, die hereditäre psychopathische Belastung eine gewisse Rolle zu spielen. Dagegen können sich cerebrale Erkrankungen, wie sie sich im jugendlichen Lebensalter ja häufig durch das Auftreten von Krämpfen ankündigen, eine sehr verschieden-

artige ätiologische Grundlage haben. Am wichtigsten sind wol in dieser Richtung acute Infectiouskrankheiten, namentlich Typhus und Blattern, weniger Scharlach und Erysipel. Weiterhin sind Traumen, vielleicht auch Ueberhitzung des Kopfes, längere Asphyxie während und nach der Geburt, starke Compression des Kopfes durch ein enges Becken oder die Zange bisweilen unter den mittelbaren Ursachen der Idiotie aufgezählt worden.

Eine ganz besondere Bedeutung hat man früher dem Einflusse der Nahtverknöcherung am Schädel auf die Ausbildung des Gehirns zugeschrieben, indem man vorzeitige Synostosen als die Ursache abnormer Kleinheit oder asymmetrischer Gestaltung desselben ansah. Durch neuere Untersuchungen hat sich indessen herausgestellt, dass, in der Regel wenigstens, die Entwicklung des Schädels weit mehr durch die Wachstumsverhältnisse des Gehirns bestimmt wird, als umgekehrt. Die Gesetze, welche diesen letzteren zu Grunde liegen, sind noch zum grössten Theile ebenso unklar, wie die Wachstumsbedingungen überhaupt; es scheint, dass die Weite der Blutgefässe, die Menge, namentlich aber auch die Beschaffenheit des zugeführten Ernährungsmaterials von entschiedener Bedeutung sein kann. Natürlich ist die Berücksichtigung der Schädelconfiguration, wenn man in ihr auch nicht die Ursache der Hirnanomalien sieht, dennoch bisweilen von grossem Werthe, insofern sie bis zu einem gewissen Grade einen Rückschluss auf die Art dieser letzteren gestattet. Mikrocephalie ist nothwendig mit abnormer Kleinheit des Gehirns verbunden, die durch gleichzeitigen Hydrocephalus noch beträchtlicher ausfallen kann, als der Augenschein vermuthen lässt. Verkürzung der Schädelbasis (Tribasilarsynostose) geht mit einer Verkümmerung der basalen Hirntheile einher; Verkleinerung der Schädelkapsel nach irgend einer Richtung mit abnormer Verknöcherung der auf letzterer senkrecht stehenden Nähte deutet auf eine geringe Ausbildung der betroffenen Rindenpartien hin.

Allein es können sich bei diesen partiellen Störungen nach andern Richtungen hin compensatorische Verschiebungen sowol des Schädels, wie des Gehirns ent-

wickeln, die eine völlig normale Entfaltung aller einzelnen Hirntheile ermöglichen. In der That finden sich nicht so selten ziemlich hochgradige Verbildungen des Schädels bei geistig durchaus gesunden, ja hochstehenden Individuen, so dass wir jene Befunde im Allgemeinen mehr als eine Hindeutung auf die Möglichkeit gleichzeitiger anderer Veränderungen, denn als die nothwendige Ursache krankhafter Functionsstörungen selbst ansehen dürfen. Jedenfalls bieten sie einstweilen ein weit grösseres anthropologisches und anatomisches, als speciell psychiatrisches Interesse, zumal die Versuche, sie zu bestimmten klinischen Bildern in Beziehung zu bringen, bisher noch wenig erfolgreich gewesen sind. Nur scheint die Verkümmernng der Basis mehr mit den tieferstehenden apathischen Formen der Idiotie in Zusammenhang zu stehen, während man bei abnormer Kleinheit der Schädelkapsel meist die versatilen Formen beobachtet.

Die pathologische Anatomie der Idiotie zeigt uns bei Weitem am häufigsten die Residuen krankhafter Processe. Hauptsächlich kommen hier encephalitische, meningitische und hydrocephalische Erkrankungen in Betracht, die partielle Zerstörungen (z. B. Porencephalie) und Veränderungen der Hirnrinde oder allgemeine Atrophie derselben durch Steigerung des intrakraniellen Druckes herbeiführen können. Seltener finden sich Entwicklungshemmungen und Missbildungen, Heterotopien der Hirnsubstanz, Fehlen des Balkens, des Kleinhirns, Ungleichheit der beiden Hemisphären, Windungsarmuth oder Windungsanomalien, Kleinheit des ganzen Grosshirns u. s. f. Auch dort, wo diese Verbildungen nicht in directer Beziehung zu dem Centralorgane der psychischen Functionen stehen, lassen sie doch einen Rückschluss auf die pathologische Natur der Gesamtanlage zu.

Die Prognose der Idiotie ist, dem Wesen der Krankheit entsprechend, im Allgemeinen eine durchaus ungünstige; der Idiot wird niemals im Stande sein, die geistige Reife des normal entwickelten Menschen zu erreichen. Gleichwol ist es eine Frage von grosser praktischer Bedeutung, im einzelnen Falle sich darüber klar zu werden, wie weit der

bestehende Defect die Möglichkeit einer psychischen Fortentwicklung zulässt, wie weit der Kranke bildungsfähig ist oder nicht. In der ersten Kindheit lässt sich darüber in der Regel ein sicheres Urtheil kaum gewinnen; wird doch oft von den Angehörigen das Bestehen einer Anomalie im dritten oder vierten Lebensjahre überhaupt erst bemerkt. Auch späterhin ist eine prognostische Aussage ohne längere Beobachtung häufig nicht leicht. Die Möglichkeit einer Fesselung der Aufmerksamkeit des Kindes für einige Zeit, das längere Haften einer Erinnerung (Wiedererkennen von Gegenständen, Sträuben gegen früher erfahrene unangenehme Einwirkungen), der Nachweis eines Verständnisses für die Sprache können als günstige Anzeichen angesehen werden, während das Bestehen schwerer Epilepsie die Prognose trübt. Im letzteren Falle geht häufig nach und nach auch der geistige Erwerb verloren, den der Kranke in seinen ersten Lebensjahren sich hatte zu eigen machen können.

Die Erkennung der Idiotie bietet nur in der frühen Kindheit erheblichere Schwierigkeiten. Allerdings können auch jetzt schon einzelne Symptome, eine gewisse Torpidität gegenüber äusseren Einflüssen oder fortwährende unmotivirte Unruhe, Mangel der Aufmerksamkeit, des Lachens und Weinens, weiterhin aber die Symptome cerebraler Erkrankungen, Krämpfe, Lähmungen und dergl. die Vermuthung einer Idiotie nahe legen; Sicherheit wird aber erst der weitere Verlauf der Entwicklung, verspätetes Gehenlernen und vor Allem das gänzliche oder theilweise Ausbleiben der Sprachbildung und des Sprachverständnisses zu geben vermögen. Auf der andern Seite wird die Abgrenzung der Idiotie von den leichteren Formen des Schwachsinnns immer bis zu einem gewissen Grade willkürlich sein; man pflegt im Allgemeinen alle diejenigen Individuen der ersten Gruppe zuzurechnen, deren geistige Entwicklung seit den frühen Kinderjahren höchstens nach der Seite des Gedächtnisses, nicht aber nach derjenigen des Urtheils und des Weltverständnisses Fortschritte gemacht hat.

Die Behandlung der Idiotie wird in der Hauptsache immer eine pädagogische sein müssen, und sie kann wegen der besonderen Liebe, Geduld und Sachkenntniss, welche

die mühselige Erziehung von Idioten erfordert, mit Aussicht auf Erfolg nur in den eigens für die Bedürfnisse dieser armen Kranken eingerichteten Idiotenanstalten durchgeführt werden. Die häusliche Pflege tiefstehender Idioten bringt, namentlich bei den erethischen Formen, nicht selten schwere Nachtheile mit sich, indem einerseits die intellectuelle und moralische Fortbildung derselben in der Familie überaus erschwert ist, während die Kranken andererseits durch schlimme Beeinflussung der Geschwister, durch Gewaltthätigkeiten, unvermuthete Fahrlässigkeiten, Brandstiftungen, sexuelle Attentate gelegentlich in nicht geringem Grade gefährlich werden können. Eine Art causaler Therapie der Idiotie kann unter Umständen mit der Bekämpfung epileptischer Anfälle durch Bromkalium, Atropin, Ueberosmiumsäure (Wildermuth) angestrebt werden, um so wenigstens das Fortschreiten des psychischen Verfalles bis zu einem gewissen Grade zu hindern.

B. Der Cretinismus.

Der Cretinismus ist ausgezeichnet durch die Verbindung eines idiotischen psychischen Zustandes mit gewissen körperlichen Begleiterscheinungen. Die geistige Entwicklung der Cretinen ist gewöhnlich eine sehr geringe, wenn auch die allertiefsten Blödsinnsstufen nicht gerade häufig erreicht werden. Die anergetischen Formen überwiegen bei Weitem die erethischen. In körperlicher Beziehung handelt es sich meist um Zwergwuchs mit unersetztem, aber meist noch kindlichem Habitus, grosse Köpfe mit hässlichen, runzligen, „trotz kindischer Unreife alten“ Zügen, tiefliegende Augen, aufgeworfene, an der Wurzel tief eingedrückte Nase, dicke Lippen, wulstige Augenlider, gedunsene, wulstige, hypertrophische Haut und bisweilen enorme Vergrößerung der Schilddrüse.

Der Cretinismus tritt in stärkerer Ausbildung nur endemisch auf, namentlich in grossen Gebirgsstöcken mit ihren Ausläufern, so in Europa besonders in den Alpen und Pyrenäen. Die näheren Ursachen dieser endemischen Lo-

calisation sind noch völlig unbekannt; man hat die verschiedenartigsten Momente, grosse Feuchtigkeit, Stagnation der Luft, schlechtes Trinkwasser, Gehalt der Luft und des Bodens an gewissen Substanzen, geologische Formation, ungünstige hygienische Verhältnisse dafür verantwortlich gemacht, ohne doch bisher eine einheitliche Erklärung auffinden zu können. Sicherlich sind die Ursachen allgemeine, denn sie pflegen, wo sie wirksam sind, den Typus der Gesamtbevölkerung mehr oder weniger stark modificirend zu beeinflussen und auch auf Kinder zu wirken, die von gesunden, eingewanderten Eltern an den befallenen Oertlichkeiten erzeugt werden. Andererseits ist der Cretinismus einer hereditären Uebertragung fähig, auch nach der Auswanderung aus der inficirten Gegend; er pflegt sich unter solchen Umständen erst nach wiederholter Kreuzung mit gesundem Blute zu verlieren. Die einzelnen Formen des Cretinismus sind nicht alle untereinander gleich; sie zeigen einmal zahlreiche graduelle Abstufungen, dann aber auch Verschiedenheiten nach der Art der Verbildungen. Am häufigsten scheint jedoch die schon oben erwähnte tribasilar-synostotische Form mit Verkümmern der Schädelbasis zu sein.

Alle diese eigenthümlichen Thatsachen scheinen darauf hinzuweisen, dass wir als die Ursache des Cretinismus eine Schädlichkeit anzusehen haben, welcher eine gewisse Selbstständigkeit der Entwicklung neben der Entstehung unter bestimmten allgemeinen hygienischen Bedingungen zukommt, ein Verhalten, welches mit grosser Wahrscheinlichkeit auf einen organisirten Infectiousstoff nach Art der Malariafermente hinweist. Namentlich der jugendliche, resp. fötale Organismus scheint diesem, offenbar wenig flüchtigen endemischen Contagium besonders leicht zugänglich zu sein. Dass die Veränderungen an der Schilddrüse, wie an der Körperbedeckung, auch sonst in einem gewissen Zusammenhange mit Störungen der Gehirnfunktionen stehen können, zeigen uns die psychischen Degenerationen, wie sie nach Totalexstirpation des Kropfes und beim Myxödem der Haut bisweilen beobachtet werden.

Sehr selten ist der cretinistische Typus des Kindes

schon bei der Geburt ausgesprochen; in der Regel tritt derselbe erst nach einigen Monaten oder selbst Jahren hervor. Die psychische Entwicklung bleibt vollständig zurück; das Kind lernt erst in der zweiten Hälfte des ersten Decenniums oder gar nicht gehen, ist apathisch, träge, schläft und isst viel. Die Zähne werden schlecht, die Zunge vielfach dick und fleischig, die Haut derb und runzlig. Die Pubertät tritt spät oder gar nicht ein; die männlichen Individuen sind impotent, die weiblichen meistens steril. Im weiteren Verlaufe bleibt der körperliche und geistige Zustand stationär; gewöhnlich erreichen die Cretinen kein hohes Lebensalter. Eine Prophylaxe des Cretinismus könnte durch Verbesserung der hygienischen Verhältnisse, sowie durch Kreuzung mit gesunden Individuen angestrebt werden.

C. Der angeborene Schwachsinn.

Den schweren Beeinträchtigungen des gesammten psychischen Lebens, wie wir sie als Idiotie geschildert haben, pflegt man alle die zahlreichen Zwischenstufen zwischen jener letzteren und den normalen Zuständen unter dem Namen des angeborenen Schwachsinnns oder der Imbecillität gegenüberzustellen. Von der Idiotie unterscheiden sie sich nur durch den geringeren Grad der psychischen Schwäche, so dass sie daher auch wol mit den früher geschilderten Formen als Idiotie im weiteren Sinne classificatorisch vereinigt worden sind.

Die Mannigfaltigkeit der Formen in dem grossen Bereiche des angeborenen Schwachsinnnes ist eine sehr bedeutende; um uns den Ueberblick über dieselben zu erleichtern, wollen wir vier Haupttypen hier auseinanderhalten, den anergischen, den erethischen, den moralischen und den impulsiven Schwachsinn. Freilich ist eine irgendwie strenge Abscheidung, wie das Studium der einzelnen Krankheitsbilder selber lehren wird, schlechterdings undurchführbar, da die Grenzen überall in einander fliessen; nur gewisse allgemeine Gesichtspunkte sollen hier gegeben werden, um das Verständniss dieses so ausser-

ordentlich schwierigen Gebietes wenigstens einigermaßen zu erleichtern.

Als die Grundzüge der anergischen Schwächezustände können wir eine Unfähigkeit zur Abstraction mit ihren Folgen für die psychische Entwicklung, sowie eine mangelhafte Ausbildung der höheren Gefühle bezeichnen. Die Erkenntniss der Aussenwelt beschränkt sich auf das unmittelbar Gegebene und Naheliegende; die Vorstellungen behalten ihre concreten Formen, ohne sich zu Begriffen zu erweitern. Es können keine allgemeinen Verhältnisse aufgefasst, keine grossen Gesichtspunkte gewonnen werden, sondern nur das Einzelne und Kleinliche geht in den Erfahrungsschatz des Individuums ein. Der Vorstellungsverlauf ist, wie Buccola durch directe Messungen nachgewiesen hat, verlangsamt; der Ideenkreis bleibt, abgesehen von einer gewissen Beherrschung der alltäglich aufgenommenen Wahrnehmungen, ärmlich und bewegt sich meist in stereotypen Wendungen. Bei dem Mangel an selbständiger geistiger Thätigkeit ist das Urtheil der Kranken ein sehr beschränktes, unsicheres und wird vielfach durch äusserlich angelernte Producte fremder Intelligenz („Schlagworte“) entscheidend beeinflusst. Ein Ueberblick über den Zusammenhang der Lebensereignisse, eine weitergehende Voraussicht der Folgen eigener und fremder Handlungen wird nicht erreicht; die Phantasie, die Fähigkeit zu activer Reproduction und Verknüpfung gewonnener Vorstellungen, ist nur sehr unvollkommen ausgebildet.

Durch die Beschränktheit des Gesichtskreises gewinnen die Zustände und Interessen der eigenen Persönlichkeit eine ganz unverhältnissmässige Wichtigkeit für das Individuum. Je ärmer die Erfahrung, desto grösser ist die Rolle, welche das Ich in derselben spielt. So kommt es, dass hier stets eine mehr oder weniger scharf ausgeprägte egoistische Richtung des Gedankenganges und weiterhin auch der Gefühle sich ausbildet. Die höheren, logischen, ethischen, ästhetischen Gefühle, wie sie sich an die abstracten Producte der intellectuellen Thätigkeit, die Begriffe des Wahren, Guten, Schönen, zu knüpfen pflegen, bleiben unentwickelt auf Kosten der niedrig egoistischen Regungen,

die das Gemüthsleben des Kranken in massgebender Weise beeinflussen. Die Stimmung entbehrt daher jenes inneren Gleichgewichtes, wie es durch die Ausbildung der höheren Gefühle begründet wird; die Gemüthlosigkeit des Kranken wird gelegentlich durch Affectausbrüche von brutaler Heftigkeit durchbrochen. Diese eigenthümliche Charakteranlage macht die Kranken auf der einen Seite energielos, unselbständig in ihrem Handeln, und sie befähigt dieselben andererseits unter Umständen zu impulsiven Gewaltacten von bestialischer Grausamkeit aus geringfügigen Motiven. Sehr häufig verbindet sich bei ihrem Thun eine gewisse Schlauheit im Einzelnen mit Unsinnigkeit und Kopflosigkeit im ganzen Plane und in der Ausführung. Dabei fehlt den Kranken regelmässig nicht nur das Verständniss, sondern auch jedes Gefühl für das Pathologische ihres Zustandes.

Die Entwicklung der Störung kündigt sich meist schon frühzeitig an. Es sind das die Kinder, die vielleicht erst sehr spät sprechen lernen und entweder gar nicht in die Schule geschickt werden können oder doch trotz aller angewandten Mühe nicht vorwärts kommen, weil sie zwar unter vielen Schwierigkeiten Einzelnes mechanisch auswendig zu lernen, aber nichts selbständig zu verarbeiten im Stande sind. Sehr gewöhnlich bleiben dieselben auch körperlich unentwickelt und auf der Stufe des kindlichen Habitus bis in das dritte Jahrzehnt hinein stehen. Bisweilen finden sich auch einzelne nervöse Anomalien, schiefes Gesicht, plumpe Züge, Strabismus, schlechtes Gehör, die auf eine greifbare Grundlage der ganzen Störung hinweisen. Im späteren Leben sind die Kranken meist unfähig zu irgend einer fruchtbaren Beschäftigung und nur zu den allereinfachsten mechanischen Verrichtungen zu gebrauchen, die sie mit pedantischer Zuverlässigkeit ausführen; in einzelnen Fällen wird aber auch eine hervorragende einseitige Virtuosität, technische Fertigkeit, Anlage zur Musik, zum Zeichnen, beobachtet, allerdings stets ohne die Fähigkeit zu tieferer geistiger Arbeit selbst auf diesen Gebieten.

Leichtere Formen dieses Schwachsinnns sind oftmals überaus schwer zu diagnosticiren. Trotz der Beschränktheit ihres Urtheils und Gesichtskreises vermögen die Kranken

es doch vielfach, sich in einfachen Verhältnissen noch leidlich gut zurechtzufinden, ohne dass man sie gerade für abnorm hält, weil sie rein gedächtnissmässig eine gewisse Summe von Erfahrung zu beherrschen wissen und den gewohnten Kreislauf ihrer Beschäftigungen mit mechanischer Sicherheit, ja sogar mit einer gewissen kleinlichen Routine regelmässig durchlaufen. Wo aber ein mächtiger Affect, eine Entscheidung, eine Versuchung an sie herantritt, wo die Situation Umsicht, Energie und Selbständigkeit des Handelns erfordert, da tritt unvermuthet die ganze geistige und gemüthliche Unfähigkeit des Individuums zu Tage, um allerdings dann meist nicht sowol vom pathologischen, wie vom moralischen Standpunkte aus beurtheilt zu werden.

Zu den anergetischen Schwächezuständen stehen die erethischen in mancher Beziehung in einem gewissen Gegensatze. An Stelle der Apathie zeigt sich eine abnorme Beweglichkeit des Interesses an den Eindrücken der Aussenwelt. Je leichter aber die Aufmerksamkeit überhaupt erregt wird, je weniger sie sich nach inneren Motiven planmässig der Verfolgung ausgewählter Erscheinungen zuwendet, desto leichter wird sie auch wieder von ihrem Gegenstande abgelenkt, desto mehr ist ihre Richtung von dem zufälligen Wechsel äusserer Reize abhängig, und desto ungenauer, oberflächlicher und flüchtiger werden die einzelnen Elemente der Sinneserfahrung von ihr erfasst. Ganz analogen Störungen begegnen wir auf dem Gebiete des Vorstellungsverlaufes. Die Leichtigkeit, mit der hier die Verknüpfung und Verschmelzung der Vorstellungen vor sich gehen, begünstigt ein lebhaftes und ausschweifendes Spiel der Phantasie, aber sie verhindert zugleich die ruhige, einheitliche und klare Gedankenfolge; sie führt zu einer überwiegenden Ausbildung der associativen Vorstellungsverbindungen und beeinträchtigt die Entwicklung scharfer, bestimmt umgrenzter Begriffe, auf deren Existenz ja weiter die Möglichkeit aller höheren intellectuellen Functionen, der Urtheile und der logischen Schlüsse beruht. Aus den unsicher und einseitig erfassten Erfahrungselementen setzen sich auf diese Weise unter steter Einmischung associativ hinzutretender, subjectiver Bestandtheile verschwommene,

dehnbare, vielfach verfälschte Begriffe zusammen, welche die geeignete Grundlage für schiefe und verschrobene Urtheile, für falsche und phantastische Analogieschlüsse und somit zur Ausbildung einer absonderlichen, verkünstelten und einseitigen Lebens- und Weltanschauung abgeben. Dass in derselben die Vorstellungsgruppe der eigenen Persönlichkeit eine ganz hervorragende Bedeutung erlangt, erscheint bei der Leichtigkeit, mit der sich die Beziehungen zwischen äusseren Eindrücken und jenem permanenten Inhalte unseres Bewusstseins knüpfen, sowie bei der Kritiklosigkeit des Subjectes, wie sie sich als eine nothwendige Folge der vagen Verschwommenheit und Unklarheit der Begriffe herausstellt, leicht begreiflich.

Der Oberflächlichkeit, Phantasterei und Selbstüberschätzung entspricht im Gefühlsleben Intensität und rascher Wechsel der Affecte. Jeder äussere Eindruck ist von einer lebhaften Gefühlsbetonung begleitet, der Stimmungshintergrund in beständigem Schwanken begriffen. Depression und Exaltation, Verzweiflung, Schwärmerei und Enthusiasmus folgen einander, wo die normale psychische Constitution nur leise und leicht überwundene Störungen des gemüthlichen Gleichgewichtes erkennen lässt. Das affective Leben des Individuums befindet sich somit in einer hilflosen Abhängigkeit von den zufälligen Eindrücken der äusseren Umgebung, deren Einflüsse es nicht durch eine gewohnheitsmässige Seelenruhe zu paralysiren im Stande ist. So kommt es, dass auch das Handeln, dessen Motive ja gerade die Gefühle bilden, nicht auf Grund der constanten Bewusstseinsdispositionen eines „Charakters“ sich einheitlich und consequent entwickelt, sondern wesentlich unter der Herrschaft augenblicklicher, rasch wechselnder Stimmungen und Einfälle sich vollzieht. Wankelmüthigkeit und Haltlosigkeit, Unüberlegtheit und Leichtsinn nach der einen, Rücksichtslosigkeit und Vielgeschäftigkeit nach der andern Seite hin sind die praktischen Aeusserungen dieses Verhaltens.

Auch hier ist nur die Erkennung der ausgebildeteren Formen leicht; auf dem Uebergangsgebiete wird die scharfe Abgrenzung des Normalen vom Pathologischen vielfach

gänzlich unmöglich. Dahin gehören jene schwachen und oberflächlichen, leichtgläubigen Naturen, die von Vielem etwas und nichts gründlich lernen, die alles Neue mit Enthusiasmus ergreifen, ohne irgend etwas zu Ende zu führen. Ein geringfügiger Anstoss, eine auftauchende Idee, ein schlechter oder guter Rath genügt, um sie, die jeder Verführung widerstandslos zugänglich sind, zu leichtsinnigen, unüberlegten, ja schlechten Streichen und Excessen aller Art hinzureissen. So führen sie, sich selbst überlassen, ein wechselreiches Dasein in steten Conflicten mit sich selbst und ihrer Umgebung, oft abenteuerlich, phantastisch und romanhaft, voller Unbegreiflichkeiten und Inconsequenzen.

Gerade diese letztgeschilderten Formen der Schwächezustände, deren Grundzug eine Verminderung der Widerstandsfähigkeit auf allen Gebieten des psychischen Lebens darstellt, sind es vornehmlich, welche wir als die Basis der psychopathischen Prädisposition zu betrachten haben. Auf dieser Basis entwickeln sich nicht selten die verschiedenen Formen des Wahnsinns und der Verrücktheit, die allgemeinen Neurosen und das periodische Irresein. Mehrfach sah ich bei Wahnsinnigen noch die Residuen alter cerebraler Kinderlähmungen; Merklin berichtet das Gleiche bei Fällen von Verrücktheit, Paralyse und Zwangsvorstellungen.

Bei der dritten Hauptform des angeborenen Schwachsinn, dem moralischen Irresein (folie morale, moral insanity), ist es die Störung im Bereiche des Gemüthes, welche vor Allem in die Augen fällt. Wir können dieselbe präcisiren als Mangel oder Schwäche jener Gegenmotive, welche den socialen Menschen von der rücksichtslosen Befriedigung seiner unmittelbaren egoistischen Neigungen zurückhalten. Damit hängt häufig zusammen die ganz abnorme Ausbildung gewisser elementarer Triebe, die bisweilen schon an sich selbst den Charakter des Krankhaften tragen. Der Mangel des Mitgefühls zeigt sich oft schon in früher Jugend in grausamen Thierquälereien; der Geschlechtstrieb erwacht ausserordentlich früh (sogar schon im 4., 5. Jahre) und mit unbezwinglicher Gewalt, so dass er bald zu onanistischen und sexuellen Excessen verschiedener Art führt. Unbändige Wildheit,

Legramm (ganz Barock)
47. 84)

Verstecktheit, Falschheit, schlaues Raffinement, Neigung zu brutalen Gewaltthaten, zu Lug und Trug, zum Diebstahl und zu Ausschweifungen, Mangel des Ehrgefühls und jeglicher Anhänglichkeit an Eltern und Geschwister, unverhülltes Hervortreten der ausgeprägtesten Selbstsucht lassen nicht selten schon beim Kinde die Keime der späteren krankhaften Charakterentwicklung erkennen. Alle pädagogischen Einwirkungen bleiben fruchtlos, weil die pathologischen Triebe immer von Neuem mit unwiderstehlicher Gewalt hervortreten, weil die Ausbildung der höheren ethischen Gefühle, die ein dauerndes Gegengewicht gegen den Druck der niederen egoistischen Strebungen zu liefern bestimmt sind, hier keinen Boden findet. Bald ist es mehr eine stumpfe Gemüthlosigkeit, welche dieser Störung zu Grunde liegt, bald mehr eine vage Verschwommenheit der Gefühle, die keine einheitliche Ausprägung constanter Willensdispositionen gestattet.

Die Intelligenz kann dabei innerhalb der Grenzen des praktischen Lebens annähernd normal entwickelt sein, ja sogar sich zu einer gewissen Schlauheit erheben, die den Laien vielfach überrascht, allein es fehlt regelmässig die Fähigkeit zur Gewinnung allgemeiner Gesichtspunkte oder doch die Schärfe und Klarheit der Begriffe, wo noch eine Art verschwommener Abstraction möglich ist. Sehr häufig macht man die Beobachtung, dass solche Individuen in ihrer Schülerlaufbahn bis zu einem gewissen Punkte, so lange es sich um eine rein gedächtnismässige Erlernung einfacher Dinge handelt, sogar bedeutende Fortschritte machen, dann aber, wo eigene, selbstständige Verarbeitung des Lehrstoffes gefordert wird, rasch vollständig versagen. Es ist das Verdienst der italienischen Psychiatrie, die Spuren dieser krankhaften Anlage, dieses hauptsächlich im Gemüthsleben hervortretenden Defectes, auch im Verbrecherthum und zwar bei bestimmten Kategorien desselben, beim „geborenen“ Verbrecher (*delinquente nato*) nachgewiesen zu haben. Noch mehr, die aus ihr hervorgegangene sog. anthropologische Schule der Criminalistik ist emsig bemüht, den directen psychopathischen Ursprung solcher Naturen und die somatischen Begleitsymptome klar-

zustellen, welche im Allgemeinen, wie im Einzelnen den Rückschluss auf die tiefere, organisch-degenerative Begründung jener Form der psychischen Schwäche gestatten sollen.

Freilich sind wir von der Möglichkeit einer somatischen Diagnose des moralischen Irreseins noch recht weit entfernt, und selbst bei genauer Kenntniss des ganzen klinischen Krankheitsbildes hat die richtige Auffassung desselben häufig genug ihre Schwierigkeiten. Dazu kommt, dass nicht selten solche Kranke, welche in der Freiheit der Schrecken ihrer Angehörigen und Nachbarn waren und in stetem Conflict mit dem Strafgesetze lebten, im Schutze der Irrenanstalt harmlos und lenksam werden. Die volle Ausdehnung des bestehenden Defectes verräth sich eben häufig erst dann, wenn höhere Anforderungen an die sittliche Leistungsfähigkeit des Kranken gestellt werden und die Nothwendigkeit einer selbständigen Lebensführung an denselben herantritt.

In naher Verwandtschaft mit dem moralischen Irresein steht endlich jene letzte Form des angeborenen Schwachsinn, die man als impulsives Irresein zu bezeichnen pflegt. Auch hier handelt es sich um Individualitäten, die in Folge von Entwicklungshemmungen, häufig auf der Basis hereditärer Disposition, von Hause aus psychische Invaliden sind. Die Schwäche documentirt sich dabei hauptsächlich in der geringen Widerstandsfähigkeit gegenüber plötzlich aufsteigenden Antrieben. Wir sind diesem Charakterzuge auch in den übrigen Krankheitsbildern der Imbecillität bereits wiederholt begegnet; was denselben aber beim impulsiven Irresein durchaus in den Vordergrund stellt, ist der Mangel irgend eines intellectuell erfassten Beweggrundes der krankhaften Handlungen, eben die „impulsive“, triebartige Ausführung derselben. Der „moralisch Irre“ tödtet und stiehlt aus egoistischen Motiven ohne irgend welches Bedenken, während hier die That gar kein bestimmtes überlegtes Ziel hat; der Kranke handelt, weil er den für ihn unwiderstehlichen Antrieb in sich fühlt, zu handeln. So kommt es denn, dass die Willensäußerungen derartiger Patienten stets den Stempel des Unvorbedachten,

des Zwecklosen, ja des Widersinnigen tragen, weil sie eben nicht durch einen zielbewussten Plan, sondern durch einen plötzlich auftauchenden und sofort zur Action drängenden, häufig sehr unklaren Impuls motivirt werden.

Der Inhalt dieser „Zwangshandlungen“ ist oft ein ganz gleichgültiger, und zahlreiche Individuen mit „bizarren Einfällen“, unvermittelt hervortretenden und ebenso rasch wieder verschwindenden Velleitäten, unbegreiflichen Launen bilden die Uebergänge von den schweren, unzweifelhaft krankhaften Formen des impulsiven Irreseins zum normalen Verhalten. Weit grössere praktische Wichtigkeit haben jedoch jene Fälle in Anspruch zu nehmen, in denen Impulse sich geltend machen, welche die Umgebung oder das eigene Leben und Wohlergehen gefährden. Die klinische Erfahrung lehrt, dass hier im einzelnen Falle meist nur eine bestimmte Richtung der krankhaften Antriebe hervortritt. Wahrscheinlich am häufigsten ist die Neigung zur Brandstiftung, wie sie besonders bei jugendlichen Personen weiblichen Geschlechtes vor und während der Pubertätsentwicklung beobachtet wird. Wie es scheint, wird gerade zu dieser Zeit die psychische Widerstandsfähigkeit durch den inneren Kampf dunkler Gefühle besonders stark herabgesetzt, so dass nun Individuen die Erscheinungen des impulsiven Irreseins vorübergehend zeigen können, welche im späteren Leben nur mässige Grade psychischer Schwäche an den Tag legen.

Eine zweite Hauptrichtung der pathologischen Impulse ist die Neigung, zu verletzen und zu tödten. Auch ihr begegnen wir beachtenswerther Weise bisweilen bei jungen Mädchen. Ich behandle augenblicklich eine schon von Emminghaus*) kurz erwähnte Kranke, die im Alter von 13 Jahren zwei ihrer Pflege anvertraute Kinder, darunter ihr eigenes Brüderchen, einfach erstickte aus keinem anderen Motive, als weil ihr „die Lust dazu kam.“ Weiterhin begegnen wir namentlich beim weiblichen Geschlechte, und zwar vorzugsweise in der Zeit sexueller Alterationen (Menstruation, Gravidität), aber auch habituell, der Neigung,

*) Die psychischen Störungen im Kindesalter, 1887, p. 241.

gelegentliche impulsive Diebstähle zu begehen. Regelmässig haben wir es auch hier mit psychopathisch, meist hereditär veranlagten Personen zu thun, in deren Krankheitsbild jene Neigung nur ein einziges, wenn auch vielleicht das hervorstechendste Symptom bildet.

Alle bis hierher genannten krankhaften Impulse zeigen hie und da einen höchst merkwürdigen Zusammenhang mit dem Geschlechtstriebe. Brandstiftung, Diebstahl, Mord, Miss-handlung kann in einzelnen Fällen mit entschiedenen Wollustgefühlen für den Thäter verbunden sein, eine Complication, welche natürlich die ohnedies schon gewaltige Macht der Antriebe noch bedeutend zu steigern vermag. Hier sei erinnert an die höchst merkwürdigen Geständnisse jener Individuen, welche beim Anblicke von Schuhschnallen, Taschentüchern, Schürzen in sexuelle Erregung geriethen und so zur unersättlichen Begehung von Diebstählen ausschliesslich jener Gegenstände getrieben wurden, an die „Piqueurs“, welche geschlechtliche Befriedigung in der blutigen Verletzung jugendlicher Frauenspersonen fanden, an manche Lustmörder, denen erst das Erwürgen und Zerfleischen ihres Opfers den höchsten Genuss bereitete, und endlich an die räthselhafte Erscheinung des Sergeant Bertrand, welcher, von unwiderstehlichem sexuellem Drange getrieben, mit grösstem Geschicke frisch bestattete Leichen wieder ausgrub, schändete und zerstückelte.

In schweren Fällen impulsiven Irreseins bleiben die krankhaften Antriebe nicht auf ein einzelnes Gebiet beschränkt, sondern sie durchkreuzen regellos das gesammte Handeln des Patienten. Ich kannte einen derartigen Kranken, der trotz sonstiger Besonnenheit längere Zeit hindurch kein Fenster sehen konnte, ohne plötzlich mit der Hand hineinzufahren, der ohne jedes vernünftige Motiv unvermuthet auf der Strasse hinkniete, blitzschnell den Kopf in den Nachtstuhl steckte, ohne dieser unsinnigen Antriebe Herr werden zu können. Andere fahren auf irgend einen glänzenden Gegenstand los, kriechen plötzlich unter der Bank durch oder schlagen einen Purzelbaum. Meist ist das ganze sonstige Wesen dieser Kranken dabei kindisch und kleinküthig-weinerlich.

Die intellektuelle Veranlagung der Kranken weist nur in denjenigen Fällen keine schärfer hervortretenden Störungen auf, in denen sich das impulsive Irresein nur in einer gewissen Periode des Lebens praktisch geltend macht. Eine genaue Prüfung wird aber auch dann selten die Anzeichen einer gewissen Beschränktheit oder phantastischen Verschwommenheit, namentlich aber ein Zurückbleiben der gesamten geistigen Ausbildung hinter der durch das Lebensalter geforderten vermissen lassen. Noch deutlicher pflegen die Störungen auf gemüthlichem Gebiete hervorzutreten; nach dieser Richtung hin haben wir es regelmässig mit schwachen, haltlosen, oft auch kindisch eigensinnigen oder verschlossenen, brutalen Naturen zu thun.

Einzelne Züge des hier gezeichneten Krankheitsbildes sind uns bereits früher bei der Schilderung gewisser Formen schwerer, constitutioneller Neurasthenie begegnet. In der That müssen wir ja erwarten, dass sich Uebergänge zwischen beiden Gruppen von Zuständen werden auffinden lassen. Je mehr dort das äussere Causalmoment gegenüber der psychopathischen, degenerativen Veranlagung in den Hintergrund tritt, desto stärker sehen wir gerade die impulsiven Symptome vorwiegen, bis sie schliesslich bei der hier besprochenen Form angeborener psychischer Schwäche das bei Weitem hervorstechendste Merkmal der ganzen Störung bilden.

Die Thatsache des impulsiven Irreseins hat in einer früheren Periode der Psychiatrie als Grundlage der Lehre von den „Monomanien“ eine wichtige Rolle gespielt. Jetzt ist die für die wissenschaftliche Auffassung psychopathischer Zustände gefahrdrohende Annahme isolirter krankhafter Triebe in der klaren Erkenntniss untergegangen, dass man es hier mit einer originären, allgemeinen psychischen Invalidität zu thun hat, deren schwächster Punkt gerade in dem Mangel einer Herrschaft über die allerdings vielfach in pathologischer Stärke und Richtung entwickelten Triebe gelegen ist. Das italienische Strafgesetzbuch nimmt auf das impulsive Irresein Rücksicht in der Anerkennung einer „Forza irresistibile“ (unwiderstehlichen Gewalt) als Strafausschlussgrund, freilich eine Fassung, welche vielfachen „Missbräuchen“ im Sinne der Justiz Thür und Thor öffnet.

denfalls sollte man das Bestehen des impulsiven Irreseins dort annehmen, wo wirklich der triebartige Charakter des Handelns ohne irgend welches klare Motiv deutlich hervortritt, und wo sich auch im übrigen Bereiche des Seelenlebens die Anzeichen einer psychopathischen Veranlagung erkennen lassen.

Alle bis hierher geschilderten Formen des originären Schwachsinn sind der klinische Ausdruck frühzeitig sich geltend machender krankhafter Störungen im Centralorgane unseres Bewusstseins, und sie sind daher im Allgemeinen stationär, ohne eine wesentliche Besserung oder Verschlechterung im Laufe des Lebens zu zeigen. Von einer eigentlichen Behandlung derselben kann daher kaum die Rede sein. Dennoch wird nicht selten die Aufnahme derartiger Kranker in die Anstalt nothwendig, um sie vor ihrer oft unverständigen Umgebung und diese letztere vor ihren gefährlichen Handlungen zu schützen, oder um die Hilflosen und Gebrechlichen zu verpflegen. Ausser den allgemeinen Regeln der Anstaltsbehandlung überhaupt, Beschäftigung, guter Ernährung, Ueberwachung und humaner Disciplin, sind hier meist keine besonderen Indicationen zu erfüllen.

D. Die conträre Sexualempfindung.

Die verschiedenartigen Anomalien des Geschlechtstriebes, welchen wir auf dem Gebiete des impulsiven Irreseins begegnet sind, bilden gewissermassen einen Uebergang zu jener eigenartigen originären Veranlagung, welche man nach ihrem wichtigsten Symptome als „conträre Sexualempfindung“ zu bezeichnen pflegt. Es handelt sich hier um eine mit dem ersten Erwachen des Geschlechtstriebes deutlich hervortretende sexuelle Neigung zu Personen desselben Geschlechts, während das andere Geschlecht dem Patienten in dieser Hinsicht gleichgültig bleibt oder sogar Abscheu und Ekel einflösst. Die ersten Kenntnisse über diese höchst merkwürdige Entwicklungsanomalie verdanken wir Casper; später haben

namentlich Westphal und Krafft-Ebing*) unser Wissen über dieselbe bedeutend gefördert.

In der Mehrzahl der Fälle scheint die Störung Männer zu betreffen, oder sie ist doch bei ihnen den Aerzten leichter und häufiger bekannt geworden; fast immer ist hereditäre psychopathische Anlage vorhanden. Der Geschlechtstrieb pflegt sich früh und kräftig zu entwickeln, und er führt den Kranken, der sich oft lange Zeit selbst ein Räthsel ist, häufig nach wiederholt missglückten Versuchen normalen Geschlechtsverkehrs, endlich zu einem schwärmerischen und leidenschaftlichen, „Freundschaftsbündniss“ mit einer Person des gleichen Geschlechtes, die entweder ähnliche Neigungen verräth oder doch wenigstens die Aeusserungen der perversen Liebe duldet. In einzelnen Fällen bleibt es hier bei einem einfachen Liebesspiel mit sentimentalen Briefen, Eifersuchtsszenen, brünstigen Küssen und Händedrücken; meist aber schreitet dasselbe zu wollüstigen Umarmungen und gegenseitiger Masturbation, seltener zu wirklicher Paederastie fort. Häufig besteht das erotische Verhältniss längere Zeit, viele Jahre hindurch fort; auf der anderen Seite giebt es allerdings auch Unbeständige, welche im Laufe der Zeit häufiger in ihren Neigungen wechseln.

Trotz ihres Widerwillens gegen das andere Geschlecht gehen einzelne der Kranken die Ehe ein, theils in der freilich eitlen Hoffnung, sich dadurch von ihrem abnormen Triebe zu heilen, theils in dem Wunsche, Kinder zu besitzen. Nicht immer sind diese Ehen unglücklich, da die Kranken bisweilen, abgesehen vom sexuellen Verkehre, mit grosser Pflichttreue ihre eigenthümliche Stellung auszufüllen verstehen. Ja, es gelingt denselben sogar, Nachkommenschaft zu erzeugen, allerdings nur, wenn sie sich während des Geschlechtsactes mit Aufbietung ihrer Phantasie in die Arme einer jungen und schönen Person gleichen Geschlechtes zu versetzen vermögen, wie auch mir ein derartiger Patient versicherte. Dasselbe Verhalten macht sich in sexuellen Träumen geltend.

*) Westphal, Archiv f. Psychiatrie, II, 1; v. Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis, 1886.

Regelmässig bestehen ausser der conträren Sexualempfindung noch eine Reihe anderweitiger Züge psychopathischer Anlage, welche nicht selten an gewisse Eigenthümlichkeiten des anderen Geschlechtscharakters erinnern. Bei Frauen findet sich ein sehr entschiedenes, emancipirtes Auftreten, Freude an männlicher Kleidung und Haartracht, bei Männern nicht selten weibisches, weichliches Wesen, stark entwickeltes Gemüthsleben, Sinn für aesthetische Genüsse, poetische Veranlagung, Neigung zu weiblichen Arbeiten und Verkleidungen. Die intellectuelle Seite kann normal entwickelt sein, doch macht sich häufig ein gewisser Hang zu unklarer Phantasterei geltend; vereinzelt besteht auch wirklicher Schwachsinn. Hier und da entsprechen dem psychischen Gesamtbilde Andeutungen im körperlichen Habitus, bei Frauen der Viragotypus, bei Männern grössere Weichheit und Rundung der Formen, stärkeres Fettpolster, breite Hüften oder selbst Entwicklungshemmungen an den Genitalien.

Die conträre Sexualempfindung ist nach den Versicherungen aller derartiger Kranker keineswegs selten, obgleich die bisher vorliegende Casuistik aus begreiflichen Gründen noch nicht 50 Fälle umfasst. Dennoch ist die Angabe von Ulrichs, der in einer Reihe von Schriften diese Anomalie aus eigener Erfahrung behandelt hat, wahrscheinlich beträchtlich übertrieben; er nimmt nämlich auf 200 Männer je einen „Urning“ an, wie er die hier geschilderten Kranken nennt. Auf Grund dieser Angabe plaidirt jener Autor sogar für die staatliche Anerkennung der conträren Sexualempfindung und namentlich für die Sanctionirung dauernder, förmlicher Ehebündnisse.

Das Wesen und die Entstehung der conträren Sexualempfindung ist dunkel. Ulrichs spricht von einer „*anima muliebris in corpore virili inclusa*“, und in der That scheint der eigenthümliche Gegensatz zwischen sexueller Constitution und sexueller Neigung mit den vereinzelt Andeutungen auch einer körperlichen Zwitterstellung auf eine Divergenz in der Entwicklung der Centralorgane und des peripheren Sexualsystems hinzudeuten. Wissen wir doch, dass die geschlechtliche Differenzirung erst in einer

relativ späten Entwicklungsperiode sich vollzieht, und dass der Geschlechtstrieb in seinen ersten dunklen Regungen häufig genug zu schwärmerischen Freundschaften zwischen Personen desselben Geschlechtes mit entschieden sinnlicher Färbung führt, bevor er seine definitive Richtung nimmt. Nicht im Einklange stehen mit jener Auffassung die allerdings nicht häufigen und vielleicht ganz andersartigen Fälle, in denen die conträre Sexualempfindung nicht angeboren ist, sondern im Laufe anderer, namentlich periodischer Psychosen erworben wird.

Die Prognose der Störung ist im Allgemeinen eine schlechte, doch scheint es allerlei leichtere Uebergangsformen zu geben, in denen weiterhin der perverse Trieb mehr in den Hintergrund tritt oder durch eine gewisse Energie überwunden werden kann. Die Diagnose bietet in ausgeprägten Fällen keinerlei Schwierigkeiten, da die Kranken sich über ihren Zustand vollkommen klar zu sein pflegen. Die Unterscheidung von der einfach aus dem Bedürfnisse gesteigerten sexuellen Raffinements hervorgegangenen Paederastie ist in der originären Entstehungsweise und der durchaus einseitigen Richtung der Störung, dem dauernden vollständigen Mangel des normalen Triebes, gegeben. Von einer Behandlung dieser mit der Persönlichkeit des Menschen aufwachsenden und tief in ihr wurzelnden Anomalie kann selbstverständlich nicht die Rede sein.

Register.

A.

Aberglaube 95.
 Ablenkung 195.
 Absence 407.
 Abstinenzerscheinungen 417.
 438.
 Absynth 20.
 Abulie 122.
 Acetal 182.
 Acusticus, Reaction des 156.
 Aengstlichkeit 119.
 Aequivalent, hereditäres 56.
 — psychisch-epileptisches 415.
 Aether 24. 183.
 Aetiologie, allgemeine 4.
 Affecte 36.
 Agoraphobie 119. 382.
 Agraphie 460.
 Aidoimanie 128.
 Alkohol 20. 183.
 Alkoholismus 22. 418.
 Alter 41.
 Altersblödsinn 490.
 Alt-Scherbitz 200.
 Amnesie 82.
 Amylnitrit 185.
 Anaesthesia dolorosa 115.
 Analgesie 114.
 — der Paralytiker 455.
 Anamnese 152.
 Anergetischer Schwachsinn 345.
 Anfälle, apoplektiforme 457.
 — epileptiforme 455.
 — paralytische 455.

Angst 37. 117.
 Anode 187.
 Anorexie 121.
 Apathie 112.
 Aphasie 458. 501.
 — amnestische 84.
 Apperception 77.
 — active 79.
 Apperceptionshallucination 68.
 Apperceptionsillusion 69.
 Apoplexie 9.
 Association, Störungen der 88.
 Asthenie 60.
 Asthenopie, neurasthenische 376.
 Athetose 156.
 Atropin 24. 261.
 Aufregung 15.
 Auscultation des Kopfes 156.
 Ausgänge des Irreseins 141.
 Autopsie 164.

B.

Bäder 186.
 Befehlsautomatie 127.
 Beginn des Irreseins 135.
 Begriff 89.
 Belastung, organische 55.
 Benehmen der Irren 129.
 Beobachtung 162.
 Berührungsfurcht 119. 380.
 Beruf 51.
 Beschäftigung 195.
 Beschränktheit 91.

Beschränkung, mechanische 191.
 Besessenheitswahn 335.
 Besessensein 97.
 Besserung 146.
 Bettlagerung 190.
 Bettsucht 219.
 Bewegungsdrang 124.
 Bewusstlosigkeit 8. 77.
 Bewusstsein 77.
 — doppeltes 137.
 — Helligkeitsgrade desselb. 77.
 — Trübungen desselben 76.
 Blasenpflaster 186.
 Blatterndelirien 13. 259.
 Bleivergiftung 24.
 Blödsinn, agitirter 506.
 — apathischer 506.
 — secundärer 506.
 Blutentziehung 186.
 Blutverlust 15.
 Brandstiftungstrieb 128. 526.
 Bromäthyl 183.
 Bromsalze 24. 183.
 Bromwasser, kohlen-saures 184.
 Bulimie 124.

C.

Cannabinon 178.
 Cannabinum purum 178.
 — tannicum 178.
 Carotidencompression 7.
 Castration 402.
 Cerebrasthenie 386.
 Chapman'scher Schlauch 187.
 Charakter 122.
 Chinin 24.
 Chloralhydrat 24. 180.
 Chloroform 24. 183. 261.
 Chlorose 15.
 Cholaemie 19.
 Cholera 13.
 Chorea 12.
 Civilstand 52.
 Circuläres Irresein 138. 314.
 Classification der Psychosen 209.
 Claustrophilie 383.
 Claustrophobie 383.
 Cocain 23. 179.

Cocainismus 442.
 Collapsdelirium 14. 270.
 Coloniales System 200.
 Commotio cerebri 7.
 Conium 24.
 Constitutionell - affectives Irre-
 sein 381.
 Contagion, psychische 35.
 Conträre Sexualempfindung 127.
 529.
 Cretinismus 516.
 Cultur 50.
 Cyklisches Irresein 138. 314.
 Cysticerken 8.
 Cytisin 185.

D.

Dämmerzustand 78. 395. 408.
 Darmkrankheiten 26.
 Datura 24.
 Dauer des Irreseins 150.
 Decubitus 462. 488.
 Degenerationszeichen 57. 512.
 Délire du toucher 119. 380.
 Delirien 255.
 Delirium acutum 267.
 — blandes 257.
 — febriles 13. 255.
 — furibundes 256.
 — mussitirendes 257.
 — postepileptisches, räsonniren-
 des 411.
 — toxisches 258.
 — traumaticum 11.
 — tremens febrile 426.
 — — morphinicum 23. 439.
 — — potatorum 22. 423.
 Dementia acuta 276.
 — paralytica 445.
 — — agitirte 473.
 — — ascendirende 466.
 — — circuläre 473.
 — — demente 463.
 — — depressive 466.
 — — expansive 469.
 — — galoppirende 475.
 — senilis 490.
 Diätetik 189.

Diagnose des Irreseins 164.
 Digitalis 185.
 Dipsomanie 428.
 Dispositionsfähigkeit 132.
 Dissimulation 171.
 Doppeldenken 69. 334.
 Douche 186.
 Drastica 186.
 Drucksteigerung, intrakranielle 7.

E.

Eifersuchtswahn 345.
 — der Trinker 430.
 Entwicklungen, hydropathische 186.
 Eisenbahnunglück 9. 497.
 Ekelgefühle, Verlust der 114.
 Eklipsis 407.
 Ekstase 120.
 Elektrotherapie 187.
 Embolie 8. 500.
 Encephalopathia saturnina 24.
 Enthalttsamkeit, sexuelle 29.
 Entkleidung, Neigung zur 203.
 Entlassung 207.
 Entwicklungsanomalien 58. 509.
 Entziehungscur 439.
 Epilepsie 12. 421.
 — psychische 407.
 Epileptischer Charakter 405.
 — Dämmerzustand 408.
 — Krampf 407.
 — Stupor 410.
 Epileptisches Aequivalent 415.
 — Irresein 405.
 Erblichkeit 53.
 — atavistische 55.
 — collaterale 55.
 — directe 55.
 — indirecte 55.
 Erethischer Schwachsinn 521.
 Ergotismus 18.
 Erinnerungsfälschung 86.
 Erinnerungslosigkeit 82.
 Erklärungsversuch 216.
 Erregung, psychische 201.
 Erschöpfung 15. 40.
 Erschöpfungszustand, acuter 267.
 Erziehung 58. 174.

Erysipelas 13.
 Euphorie 120.
 Exantheme, acute 13.
 Excesse 15.
 — sexuelle 27.

F.

Familiare Verpflegung 200.
 Faradischer Strom 187.
 Fieber 13.
 Fieberdelirien 13. 255.
 Flexibilitas cerea 337. 457.
 Fliegenschwamm 24.
 Folie à deux 36.
 — du doute 380.
 — morale 523.
 — raisonnante 317. 381.
 Forza irresistibile 528.
 Fütterung, künstliche 205.

G.

Galvanischer Strom 187.
 Ganglienzellen, Veränderungen derselben 15. 278. 480.
 Gase, giftige 19.
 Gedächtniss 82.
 Gedächtnisschwäche 83.
 Gefangenschaft 38.
 Gefäßsschwingungen 7.
 Gefühle 110.
 — abstracte 113.
 — egoistische 112.
 — sinnliche 113.
 Gefühlstäuschung 75.
 Gehirnerweichung 445.
 Gehörstäuschung 72.
 Gelegenheitstrinker 22.
 Gelenkrheumatismus 13.
 Gelüste der Schwangeren 126.
 Gemüthliche Erregbarkeit, Steigerung derselben 115.
 Genie 167.
 Genitalerkrankungen 27. 30.
 Geruchstäuschung 75.
 Geschlecht 48.
 Geschlechtstrieb, Perversitäten desselben 128.
 Geschmackstäuschung 75.

Geschwülste 6. 499.
 Gesichtstäuschung 71.
 Gewohnheitstrinker 22. 418.
 Gheel 200.
 Gleichgültigkeit 111.
 Gliose der Hirnrinde 496.
 Gravidität 31.
 Greisenalter 47.
 Grössenwahn 100.
 — combinatorischer 355.
 — hallucinatorischer 353.
 Grübelsucht 379.

H.

Hallucination 65.
 — der Erinnerung 87.
 — psychische 68.
 — stabile 64.
 Handeln, Störungen desselben 120.
 Haschisch 24. 178. 261.
 Hebephrenie 46.
 Heilung des Irreseins 141.
 — mit Defect 146. 505.
 Heirathen der Geisteskranken 173.
 Hirnarterien 17.
 Hirnblutungen 500.
 Hirnhyperämie 6.
 Hirnkrankheiten 5. 496.
 Hirnsklerose, diffuse 496.
 Höhenangst 383.
 Hydrotherapie 186.
 Hyoscin 178.
 Hyoscyamin 177.
 Hyoscyamus 24.
 Hyperalgesie, psychische 117.
 Hypnon 182.
 Hypnotismus 79. 91. 127.
 Hypochondrie 380.
 Hypomanie 317.
 Hysterie 12. 31.
 — männliche 398.
 Hysterischer Charakter 391.
 — Dämmerzustand 395.
 — Krampf 401.
 Hysterisches Irresein 390.
 Hysteroepilepsie 402.

I.

Icterus gravis 19.
 Ideenarmuth 91.
 Ideenflucht 107.
 Idiosynkrasie 119.
 Idiotie, anergetische 511.
 — apathische 511.
 — erethische 511.
 — versatile 511.
 Illusion 65.
 Impulsives Irresein 525.
 Inanition 15.
 Inducirtes Irresein 36.
 Infectiouskrankheiten 12.
 Initialdelirium 259.
 Initialsymptome 136.
 Initiative 122.
 Intellectuelle Störungen 81.
 Intermittens 13. 259.
 Intimidation 196.
 Intoxikationen, chronische 417.
 Intoxikationsdelirien 258.
 Jodoform 24.
 Iracundia morbosus 168.
 Irrenanstalt 196.
 Irrenarzt 193.
 Irresein, impulsives 525.
 — inducirtes 36.
 — moralisches 523.
 Isolirung 191.
 Jugendalter 45.

K.

Kachexia strumipriva 26.
 Kachexie 16.
 Kälte 187.
 Karzinom 16.
 Karus 257.
 Katalepsie 339. 457.
 Katatonie 339.
 Kathode 187.
 Kawaharz 180.
 Kindesalter 42.
 Klappenfehler 25.
 Kleptomanie 128.
 Klimakterium 48.
 Kohlenoxydgas 19.

Kohlensäurevergiftung 19.
 Koma 257.
 — vigil 257.
 Kopfroße 13.
 Kopfverletzung 9.
 Koprophagie 126.
 Kosmische Einflüsse 53.
 Kranimetrie 155.
 Krankheitseinsicht 142.
 — Mangel derselben 99.
 Krieg 39.
 Kritiklosigkeit 103.
 Künstliche Fütterung 205.
 Kummer 38.

L.

Lactation 15. 33.
 Launenhaftigkeit 116.
 Lebensalter 41.
 Leberatrophie, acute, gelbe 19.
 Lethargie 257.
 Leuchtgas 20.
 Localisation, zeitliche 85.
 Lungenkrankheiten 25.
 Lustmord 128.
 Lyssa 14. 259.

M.

Magenkrankheiten 26.
 Mania 242.
 — chronica 251.
 — furiosa 245.
 — gravis 247.
 — periodica 304.
 — sine delirio 317.
 — transitoria 262.
 Mannesalter 46.
 Massage 188.
 Mastur 190. 403.
 Masturbation 27. 204.
 Medicamente 157.
 Megalomanie 470.
 Melancholia 213.
 — activa 229.
 — attonita 236.
 — periodica 302.
 — simplex 213.
 Meningitis 6.

Menstruation 29.
 Metallgifte 19.
 Metamorphose 96.
 Mikromanie 467.
 Mimik 129.
 Monomanien 128. 528.
 Moral insanity 523.
 Moralisches Irresein 523.
 Morbus Basedowii 10.
 Mordtrieb 128. 526.
 Moria 249.
 Morphinismus 22. 433.
 Morphio-Cocainismus 443.
 Morphinum 176.
 Morphinumabstinenz 438.
 Morphinumintermittens 436.
 Morphinumsucht 22. 433.
 Mutterkorn 18.
 Myelasthenie 386.

N.

Nachtwandeln 395. 408.
 Nahrungsverweigerung 204.
 Nahtverknöcherung 513.
 Narkotica 19. 175.
 Nationalität 50.
 Nervenkrankheiten 10.
 Neurasthenisches Irresein 374.
 Neuritis 21. 422.
 Neurosen, allgemeine 12. 374.
 Nierenkrankheiten 27.
 No-Restraint 192.
 Nostalgie 38.
 Nyktophobie 383.
 Nymphomanie 124.

O.

Obstipation 189.
 Onanie 27.
 Ophthalmoskopie 155.
 Opium 24. 175. 261.
 Organerkrankungen 25.
 Othämatom 462.

P.

Pachymeningitis 6.
 Paederastie 532.

Paragraphie 460.
 Paraldehyd 181.
 Paralyse, agitierte 473.
 — alkoholische 432.
 — ascendirende 466.
 — circuläre 473.
 — demente 463.
 — depressive 466.
 — expansive 469.
 — galoppirende 475.
 — hypochondrische 466.
 — weibliche 466. 471.
 Paranoia 324.
 Paraphasie 458.
 Parasiten im Darm 27.
 Pellagra 19.
 Perception 76.
 Perceptionsphantasmen 64.
 Perikarditis 14. 25.
 Periodische Geistesstörungen
 138. 301.
 — Manie 304.
 — Melancholie 302.
 Periodischer Wahnsinn 313.
 Personenverwechslung 72.
 Petit mal 407.
 Pflegepersonal 199.
 Phenylmethylaceton 182.
 Phthise 149.
 Picae gravidarum 126.
 Pigmentembolie 15.
 Piqueur 527.
 Piscidia erythrina 180.
 Platzangst 119. 382.
 Pneumonie 13.
 Pocken 13. 259.
 Politische Bewegungen 52.
 Porencephalie 514.
 Postepileptisches Irresein 407.
 Praedisposition 41. 59. 523.
 — allgemeine 41.
 — individuelle 53.
 Praeepileptisches Irresein 407.
 Primordialdelirium 326.
 Processe, krankhafte 134.
 Prodrome 136.
 Prognose des Irreseins 141.
 Progressive Paralyse 445.
 Prophylaxis 173.

Pseudohallucination 68.
 Pseudoparalyse 432.
 Psychische Behandlung 192.
 Psychopathologie, gerichtl. 133.
 Pubertätsperiode 44.
 Puerperium 32.
 Pyromanie 128. 526.

Q.

Quartalsäuer 22. 430.
 Quecksilber 24.
 Querulantenwahn 350.

R.

Race 50.
 Radiärfasern 480.
 Raptus melancholicus 232.
 Rash 181.
 Rausch 22. 418.
 Rauschzustände, pathologische
 418.
 Reconvalescenz 139.
 Reflexhallucination 71.
 Religiöse Bewegungen 52.
 Remissionen der Paralyse 476.
 Reperception 68.
 Reproduction, Störungen der-
 selben 82.
 Restraint 192.
 Retinitis paralytica 454.
 Reue 38.
 Rindenapoplexie 6.
 Rindenepilepsie 156.
 Rindenfasern, zonale 480.
 Rippenbrüche 462.

S.

Salacitas 124.
 Salicylsäure 24.
 Santonin 261.
 Satyriasis 124.
 Schilddrüse 26.
 Schlaflosigkeit 15. 180.
 Schlafmittel 180.
 Schluss, logischer 89.
 Schmerzempfindlichkeit, gesteigerte 117.

Schnaps 20.
 Schöpfungsfragen 378.
 Schreck 7. 37.
 Schrift der Geisteskranken 130.
 Schwachsinn, anergetischer 519.
 — angeborener 518.
 — erethischer 521.
 — impulsiver 525.
 — moralischer 523.
 — secundärer 505.
 Schwäche, reizbare 15. 40. 374.
 Schwächezustände, erworbene 490.
 — secundäre 503.
 Schwangerschaft 31.
 Schwefelkohlenstoff 20.
 Schwefelwasserstoff 20.
 Schwellenwerth 77.
 Sectionsbefund 164.
 Seelenblindheit 156.
 Sehstörung der Paralytiker 454.
 Selbstbewusstsein 77. 108.
 Selbstmord 149. 202.
 Sexualempfindung, conträre 127. 529.
 Silbenstolpern 459.
 Simulation 170.
 Sinnestäuschung 62.
 — elementare 63.
 Sitophobie 130.
 Sklerose, multiple 499.
 Somnambulismus 395.
 Sondenfütterung 205.
 Sorge 38.
 Sphygmographie 157.
 Spinnenzellen 479.
 Sprache der Geisteskranken 130.
 Stadtasyl 199.
 Status praesens 154.
 Stauungen, venöse 7.
 Stehltrieb 128.
 Stickstoffoxydul 20. 261.
 Stigmata hereditatis 57.
 Stimmen 72.
 — innere 74.
 Stimmungswechsel 116.
 Stupor 236.
 — epileptischer 410.
 Suggestion 91.

Symptomatologie, allgemeine 61.
 Syphilis 17. 483.

T.

Tabak 24.
 Tabes 10.
 Tarde Pulsformen 462.
 Tellurische Einflüsse 53.
 Tetanie 12. 26.
 Theilnahmlosigkeit 111.
 Therapie, allgemeine 173.
 Thermometrie des Kopfes 156.
 Thierverwandlung 97.
 Thrombose 8.
 Tobsucht 242.
 — transitorische 262.
 Todesursachen 148.
 Trauma 9.
 Tribasilar-synostose 513.
 Triebe, krankhafte 127.
 Trinker 22. 418.
 Trinker-asyl 423.
 Tuberculose 16.
 Tumoren 6. 499.
 Typhus 13. 259.

U.

Ueberanstrengung 39.
 Ueberbürdung 174.
 Unfallpsychosen 497.
 Unheilbarkeit 147.
 Unreinlichkeit 203.
 Untersuchungsmethoden 151.
 Uraemie 19.
 Urethan 182.
 Urning 531.
 Ursachen, äussere 5.
 — innere 41.
 — körperliche 5.
 — psychische 33.
 Urtheil 89.
 Urtheilsdelirien 94.

V.

Verbigeration 339.
 Verblödung 92. 148.
 Vererbung, cumulative 55.
 — gleichartige 56.

Vererbung, Transformation d. 56.

Verfolgungswahn 97.

— combinatorischer 340.

— hallucinatorischer 329.

— physikalischer 333.

— sexueller 344.

Vergiftungen 19.

Verlauf des Irreseins 134.

— alternirender 140.

— continuirlicher 136.

— intermittirender 137.

— progressiver 147.

— remittirender 137.

Verrücktheit 324.

— acute 325.

— allgemeine 505.

— erotische 358.

— hypochondrische 347.

— hysterische 397.

— katatonische 337.

— originäre 360.

— partielle 325.

— primäre 325.

— religiöse 357.

— secundäre 503.

Versündigungswahn 98.

Verwirrtheit 109. 505.

— asthenische 272.

— hallucinatorische 264.

— ideenflüchtige 244.

Verzweiflung 37.

Vision 71.

Vorstellungsverbindungen, ap-
perceptive 89.

— associative 89.

— Erleichterung der 92.

— Erschwerung der 90.

Vorstellungsverlauf, Beschleu-
nigung desselben 107.

— Verlangsamung desselben 106.

W.

Wärmebestrahlung d. Kopfes 6.

Wahnideen 95.

Wahnideen, depressive 96.

— exaltirte 98.

— Entstehung der 95.

— fixe 101.

— hypochondrische 96.

— wechselnde 101.

Wahnsinn 280.

— chronischer 325.

— depressiver 281.

— expansiver 287.

— hallucinatorischer 291. 428.

— periodischer 313.

Wahnsystem 101.

Wahrnehmungsvorgang, Stör-
ungen desselben 62.

Wechselfieber 13. 259.

Weltanschauung 90.

Willensimpulse, Herabsetzung
der 121.

— Steigerung der 123.

Wochenbett 32.

Wollusttrieb 128. 527.

Worttaubheit 156.

Wurstgift 24.

Z.

Zeitmessungen, psychische 158.

Zerstörungssucht 203.

Zerstreutheit 80.

Zonale Rindenfasern 480.

Zorn 37.

Zornobsucht 245.

Zuchthausknall 39.

Zurechnungsfähigkeit 132.

Zustände, krankhafte 134.

Zwangsbefürchtung 379.

Zwangsbewegung 125.

Zwangsfütterung 205.

Zwangsjacke 191.

Zwangshandlung 126. 384. 526.

Zwangsvorstellung 92. 119. 378.

Zweifelsucht 380.

87824

