Psychiatrie : ein kuezes Lehrbuch für Studierende und Ärzte / von Emil Kraepelin.

Contributors

Kraepelin, Emil, 1856-1926.
Royal College of Physicians of Edinburgh

Publication/Creation

Leipzig : Ambr. Abel, 1893.

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/k9us9rn5

Provider

Royal College of Physicians Edinburgh

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by the Royal College of Physicians of Edinburgh. The original may be consulted at the Royal College of Physicians of Edinburgh. 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

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



H C 1. 44

R51208

PSYCHIATRIE

Ein kurzes Lehrbuch

für

Studirende und Aerzte

von

Dr. Emil Kraepelin
Professor in Heidelberg

Vierte, vollständig umgearbeitete Auflage

Leipzig
Verlag von Ambr. Abel (Arthur Meiner)
1893

Uebersetzungsrecht vorbehalten.

Druck von Otto Dürr, Leipzig.

Dem Andenken

Bernhard von Guddens

gewidmet.

Vorwort zur vierten Auflage.

Seitdem mich ein freundliches Geschick in das Vaterland zurückgeführt hat, war es mir vergönnt, unter günstigeren Bedingungen, als je zuvor, meine ganze Aufmerksamkeit der Sammlung von klinischen Beobachtungen zuzuwenden. Die Folge davon ist eine weitgehende Umgestaltung des vorliegenden Buches gewesen. Namentlich der zweite Theil desselben wurde trotz Beibehaltung der früheren Gesammtanordnung fast vollständig neu geschrieben. Mein Bestreben bei dieser Arbeit war die Erreichung möglichster Naturwahrheit. Den einzelnen Darstellungen liegen überall so zahlreiche Krankengeschichten zu Grunde, dass ich glaube, jeden Satz, soweit nichts Anderes angegeben ist, durch eigene Erfahrung belegen zu können. In dieser persönlichen Färbung, deren Einheitlichkeit absichtlich nicht durch Herbeiziehen zahlreicher Literaturangaben gestört wurde, liegt die Eigenart des Buches. In ihr liegen naturgemäss auch seine Schwächen. Hoffentlich beeinträchtigen sie nicht allzusehr die Erfüllung der Aufgabe, welcher diese Arbeit dienen soll, der Verbreitung ärztlicher Kenntnisse auf einem Gebiete, dessen gewaltige praktische Bedeutung jeder Tag eindringlicher verkündet.

Heidelberg, den 14. September 1893. **E. Kraepelin.**

Inhaltsverzeichniss.

Seite

Einleitung 1
Lehrbücher der Psychiatrie 3

Die allgemeine Pathologie und Therapie des Irreseins.

I. Allgemeine Aetiologie 5
A. Aeussere Ursachen 6
1. Körperliche Ursachen 6
Hirnkrankheiten 6
Hyperaemie — Anaemie — Stauung — Traumen — Localisation der psychischen Störungen.
Nervenkrankheiten 12
Periphere Nervenkrankheiten (Reflexpsychosen) — Allgemeine Neurosen.
Allgemeine Erkrankungen 14
Acute Infectionskrankheiten (Fieber, Erschöpfung) — Chronische Ernährungsstörungen — Chronische Infectionskrankheiten (Syphilis, Ergotismus, Pellagra).
Vergiftungen 20
Stoffwechselproducte — Giftige Gase — Alkohol — Morphium — Cocain — Andere giftige Genussmittel — Blei; Quecksilber.
Organerkrankungen 26
Sinnesorgane (Ohren, Augen) — Lungenaffectionen — Herzleiden — Schilddrüsenerkrankungen — Erkrankungen des Verdauungstractus — Nierenleiden — Genitalerkrankungen (Ausschweifungen, Onanie, Enthaltsamkeit, Menstruationsstörungen, Frauenkrankheiten).
Schwangerschaft, Wochenbett und Säugegeschäft 34

Seite

2. Psychische Ursachen 37

Psychische Ansteckung 38

Epidemien — Zwillingsirresein — Irresein nach hypnotischen Versuchen.

Gemüthsbewegungen 40

Acute und chronische Affecte.

Gefangenschaft 42

Krieg 43

Ueberanstrengung 43

Rohe und wahre Ursachen 45

B. Innere Ursachen (Praedisposition) 47

1. Allgemeine Praedisposition 48

Lebensalter 48

Kinderpsychosen — Pubertätsentwickelung — Lebenshöhe — Involution — Greisenalter.

Geschlecht 54

Race und Nationalität 56

Cultur 56

Beruf 57

Civilstand 58

Politische und religiöse Bewegungen 58

Kosmische Einflüsse 59

2. Individuelle Praedisposition 59

Erblichkeit 59

Entwickelungsstörungen 64

Erziehung 64

Grundlage der Praedisposition 66

II. Allgemeine Symptomatologie 69

A. Störungen des Wahrnehmungsvorganges 70

Sinnestäuschungen 70

Elementare Trugwahrnehmungen — Perceptionsphantasmen (Hallucination und Illusion) — Reperception — Apperceptionsphantasmen — Reflexhallucinationen — Gesichts-, Gehörs-, Geruchs-, Geschmacks-, Gefühlstäuschungen.

Trübungen des Bewusstseins 85

Störungen der Auffassung 86

B. Störungen der intellectuellen Leistungen 89

Störungen des Gedächtnisses 90

Erinnerungslosigkeit — Gedächtnissschwäche — Partielle Amnesie — Störungen der zeitlichen Localisation — Erinnerungsfälschungen.

Seite

Störungen in der Bildung der Vorstellungen und Begriffe . . . 97
Associative und apperceptive Verbindungen — Erschwerte und verschwommene Begriffsbildung.
Störungen im Ablaufe der Vorstellungen 100
Verlangsamung und Beschleunigung der psychischen Functionen — Zwangsvorstellungen — Ideenflucht — Verwirrtheit.
Störungen des Urtheils und der Schlussbildung 107
Wahnideen (hypochondrische, telepathische, Verfolgungswahn, Versündigungswahn, Grössenwahn) — Entstehung der Wahnideen — Localisation derselben.
Störungen des Selbstbewusstseins 119
C. Störungen des Gefühlslebens 121
Störungen in der Stärke der Gefühle 121
Herabsetzung und Steigerung der gemüthlichen Erregbarkeit.
Qualitative Gefühlsstörungen 126
Psychische Hyperalgesie — Angst — Idiosynkrasien — Euphorie — Ekstase.
D. Störungen des Handelns 131
Herabsetzung der Willensimpulse 131
Steigerung der Willensimpulse 134
Zwangshandlungen 135
Automatie und Stereotypie 137
Hypnose — Befehlsautomatie — Nachahmungsautomatie — Negativismus — Zwangsbewegungen — Verbigeration.
Krankhafte Triebe 141
Conträre Sexualempfindung — Perversitäten des Geschlechtstriebes — Monomanien.
Handlungen in Folge von Wahnideen und Gefühlsstörungen . . 143
Mimik — Sprache und Schrift — Beziehungen zur Rechtspflege.
III. Verlauf, Ausgänge und Dauer des Irreseins 148
A. Verlauf des Irreseins 148
Beginn der Erkrankung 149
Höhe der Erkrankung 150
Reconvalescenz 153
B. Ausgänge des Irreseins 155
Heilung 155
Unvollständige Heilung 158
Unheilbarkeit 161
Tod 162
C. Dauer des Irreseins 164
IV. Allgemeine Diagnostik 166
A. Untersuchungsmethoden 166
Anamnese 167

Seite

Status praesens 169
Körperliche Untersuchung — Psychischer Zustand — Feinere Untersuchungsmethoden (Aufmerksamkeit, Ermüdbarkeit, Gedächtniss, Uebungsfähigkeit, Zeitsinn, Schnelligkeit der psychischen Functionen, Statistik der Associationen).
Beobachtung 182
Autopsie 183

B. Kriterien des Irreseins 183
Krankhafte Processe und Zustände — Grenzgebiete (Beschränktheit, moralische Schwäche).

C. Simulation und Dissimulation 189

V. Allgemeine Therapie 193

A. Prophylaxis 193
Heirathen Geisteskranker — Erziehung — Berufswahl — Allgemeine Prophylaxe.

B. Körperliche Behandlung 197
Arzneimittel 197
Narkotica (Opium, Morphium, Codein, Eschholtzia, Hyoscin, Hyoscyamin, Duboisin, Haschisch, Piscidia, Boldin) 197
Schlafmittel (Chloralhydrat, Chloralamid, Paraldehyd, Amylenhydrat, Sulfonal, Trional, Tetronal, Urethan, Ural, Hypnon, Methylal, Alkohol) 201
Chloroform, Aether, Bromaethyl 206
Bromsalze 206
Amylnitrit, Digitalis, Cytisin, Cornutin 208
Blutentziehungen, Derivantien 209
Physikalische Heilmethoden 209
Hydrotherapie — Kälte — Elektrotherapie — Massage.
Diätetische Massregeln 211
Ernährung — Mastcur — Beruhigung (Bettlagerung) — Isolirung — Mechanische Beschränkung.

C. Psychische Behandlung 215
Allgemeine Regeln — Beschäftigung — Suggestion.

D. Behandlung einzelner Symptome 222
Psychische Erregung — Angst — Schlaflosigkeit — Selbstmordneigung — Zerstörungssucht — Unreinlichkeit — Masturbation — Nahrungsverweigerung (künstliche Fütterung, Kochsalzinfusion).

E. Die Irrenanstalt 230
Historisches — Wirkung der Anstalt — Verbringung in die Anstalt — Stadtasyle (Wachabtheilung) — Colonien — Familiare Verpflegung — Entlassung aus der Anstalt.

Seite

Die specielle Pathologie und Therapie des Irreseins.

Die Eintheilung der Seelenstörungen 239

I. Die Delirien 246

A. Das Fieberdelirium 246

Grade der Störung — Grundlage derselben — Prognose — Behandlung.

B. Das Intoxikationsdelirium 250

Vergiftungen durch Mikroorganismen (Initialdelirien) — Delirien durch nicht organisirte Gifte.

II. Die acuten Erschöpfungszustände 254

A. Das Collapsdelirium 254

Krankheitsbild — Dauer — Ausgang — Diagnose (Delirium acutum) — Behandlung.

B. Die acute Verwirrtheit (Amentia) 260

Meynert's Amentia — Asthenische Verwirrtheit — Verlauf — Ursachen — Diagnose — Behandlung.

C. Die Dementia acuta 267

Manische und stuporöse Form — Verlauf — Ursachen — Pathologische Grundlage — Diagnose — Behandlung.

III. Die Manie 275

Krankheitsbild — Leichtere und schwerere Formen — Grundlage der Krankheit — Abgrenzung (periodische Formen) — Behandlung.

IV. Die Melancholie 288

A. Melancholia simplex 288

Krankheitsbild — Verlauf — Prognose — Ursachen — Grundlage der Krankheit — Diagnose — Behandlung.

B. Die Angstmelancholie 304

Krankheitsbild — Verlauf — Ausgang — Grundlage der Krankheit — Diagnose — „Hypochondria gastrica" — Behandlung.

C. Melancholia attonita 310

Krankheitsbild — Verlauf — Ausgang — Grundlage der Krankheit — Diagnose — Behandlung.

V. Der Wahnsinn 318

A. Der hallucinatorische Wahnsinn 319

a. Einfache Formen 319

Vergiftungswahnsinn (acute und subacute Form) — Gefangenenwahnsinn.

Seite.

b. Aengstlich-stuporöse Formen 326
c. Progressive Formen 331
d. Labile Formen 334

B. Der depressive Wahnsinn 340

Krankheitsbild — Verlauf — Prognose — Grundlage der Krankheit — Behandlung.

VI. Die periodischen Geistesstörungen 348

A. Deliriöse Formen 349

Krankheitsbild — Ursachen — Diagnose — Behandlung.

B. Manische Formen 352

Formen mit kurzen Zwischenzeiten 353
Formen mit langen Zwischenzeiten 356

Typische Manie — Hypomanie — Manische Erregung mit Sinnestäuschungen und Wahnideen — Stupor.

C. Circuläre Formen 363

Depressives Stadium 363

Einfache Hemmung — Typische Melancholie — Deliriöse Depression.

Expansives Stadium 366

Typische Manie — Manischer Stupor — Hypomanie.

Continuirliche und discontinuirliche Formen 371

Ursachen — Grundlage der Krankheit — Prognose — Diagnose — Behandlung.

D. Depressive Formen 379

Typische Melancholie — Depressiver Wahnsinn — Leichte Verstimmung.

VII. Die Verrücktheit (Paranoia) 384

Definition der Krankheit.

A. Depressive Formen 386

Der hallucinatorische Verfolgungswahn 386
Der phantastische Verfolgungswahn 391

Hypochondrischer Verfolgungswahn — Sexueller Verfolgungswahn — Eifersuchtswahn — Physikalischer Verfolgungswahn — Besessenheitswahn.

Die hypochondrische Verrücktheit 400
Der combinatorische Verfolgungswahn 402
Der Querulantenwahn 407

B. Expansive Formen 410

Der hallucinatorische Grössenwahn 410
Der combinatorische Grössenwahn 416

Die erotische Verrücktheit.

Seite

Verlauf der Verrücktheit 424
Verbindung mit periodischen Erregungszuständen — „Katatonische Verrücktheit“ — „Paranoia completa“.
Ursachen der Verrücktheit 428
„Originäre Verrücktheit“.
Prognose 430
Behandlung 432

VIII. Die psychischen Entartungsprocesse 435

A. Die Dementia praecox 435
Leichte Formen — Schwere Formen (Hebephrenie).

B. Die Katatonie 445
Krankheitsbild — Verlauf — Ausgang — Ursachen — Diagnose — Behandlung.

C. Die Dementia paranoides 456
Depressive Formen — Expansive Formen.

IX. Die allgemeinen Neurosen 467

A. Das neurasthenische Irresein 467
Erworbene Neurasthenie 467
Angeborene Neurasthenie 476
Constitutionelle psychische Depression — Zwangsvorstellungen (Onomatomanie, Grübelsucht) — Zwangsbefürchtungen (Zweifelsucht, Berührungsfurcht, Platzangst, Kleiderangst) — Zwangsimpulse.
Die traumatische Neurose (Schreckneurose) 487

B. Das hysterische Irresein 491
Hysterischer Charakter — Hypochondrie — Dämmerzustände (Schlafanfälle, Nachtwandeln, Delirien, läppische Erregung) — Depressionszustände — Wesen der Hysterie — Verlauf — Prognose — Diagnose — Behandlung.

C. Das epileptische Irresein 507
Periodische Verstimmungen — Dämmerzustände — Prae- und postepileptisches Irresein (Nachtwandeln, epileptischer Stupor, acutes ängstliches Delirium, räsonnirendes Delirium) — Ursachen — Prognose — Diagnose („Mania transitoria“) — Behandlung.

X. Die chronischen Intoxikationen 526

A. Der Alkoholismus 526
Rausch — Pathologische Rauschzustände — Alkoholischer Schwachsinn — Delirium tremens der Trinker — Hallucinatorischer Wahnsinn — Chronisches Delirium — Dipsomanie — Eifersuchtswahn der Trinker — Alkoholparalyse.

Seite

B. Der Morphinismus 551
Acute Morphiumwirkung — Chronische Vergiftung — Abstinenzsymptome — Behandlungsmethoden.

C. Der Cocainismus 566
Charakterveränderung — Cocainwahnsinn.

XI. Die Dementia paralytica 573
Psychische Symptome 574
Körperliche Symptome 584
Klinische Krankheitsbilder 593
Demente Form (weibliche, ascendirende Paralyse) 594
Depressive Form (hypochondrische, ängstliche Paralyse) . . . 597
Expansive Form (circuläre Paralyse) 601
Agitirte Form (galoppirende Paralyse) 608
Verlauf der Krankheit 611
Ausgang 613
Pathologische Anatomie 614
Ursachen der Paralyse 619
Diagnose 622
Behandlung 624

XII. Die erworbenen Schwächezustände 628
A. Die Dementia senilis 628
Einfacher Altersblödsinn 629
Depressionszustände 632
Hypochondrische Formen — Melancholische Formen — Aengstliche Formen.
Manische Formen 636
Deliriöse Formen 637
B. Der Schwachsinn bei organischen Hirnerkrankungen 639
Diffuse Erkrankungen 639
Gliose der Hirnrinde — Diffuse Hirnsklerose — Lues hereditaria tarda — Multiple Sklerose.
Localisirte Erkrankungen. 641
Geschwülste — Abscesse — Blutungen — Embolien, Thrombosen.

XIII. Die psychischen Entwickelungsanomalien 646
A. Die Idiotie 646
Verschiedene Grade — Anergetische und erethische Formen — Ursachen — Pathologische Anatomie — Diagnose — Behandlung.
B. Der Cretinismus 656
Krankheitsbild — Ursachen und Wesen des Cretinismus — Bekämpfung desselben.

Seite

C. Der angeborene Schwachsinn 661
Intellectueller Schwachsinn 661
Anergetische und erethische Formen.
Moralischer Schwachsinn 670
Uebergänge zum „geborenen Verbrecher".
Emotiver Schwachsinn 673
Impulsiver Schwachsinn 675
Brandstiftungstrieb — Stehltrieb — Mordtrieb — Geschlechtliche Verirrungen (Sadismus, Masochismus, Fetischismus) — Monomanien, „Forza irresistibile".
Degeneratives Irresein, „Psychopathische Minderwerthigkeiten" . . 682
D. Die conträre Sexualempfindung 683
Krankheitsbild — Psychische Hermaphrodisie — Effeminatio, Viraginität — Androgyne, Gynandrier — Verlauf — Häufigkeit — Erkennung — Ursprung und Wesen des Zustandes — Behandlung.
Register 693

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 zum grossen Theile einem durchaus eigenartigen Gebiete der Lebenserscheinungen angehört, dem Gebiete der sog. psychischen Vorgänge. Psychische Vorgänge, Vorstellungen, Gemüthsbewegungen, Willenserregungen spielen sich als solche einzig in der inneren Erfahrung des einzelnen Individuums ab; sie sind der objectiven Beobachtung nicht unmittelbar, sondern nur insoweit zugänglich, als man aus gewissen äusseren Veränderungen, der Sprache, den Geberden, den Handlungen, auf ihr Vonstattengehen 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 einer 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 Entwickelung 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 fast 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 Jahrzehnten unter dem Einflusse der mächtigen Fortschritte in der Medicin zu einer „physiologischen" Auffassung der psychischen Erscheinungen und Erkrankungen. 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 genaue 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 Vorgängen 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 Verrichtungen ist uns bisher physiologisch absolut unverständlich; wir wissen in Wahrheit nur dieses Einzige, dass er überhaupt besteht 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 körperlichen 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. Aufl. 1876. Eine 5. Auflage ist 1892 von Levinstein-Schlegel herausgegeben worden.

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. 4. Auflage. 1890.

J. Salgó (Weiss), Compendium der Psychiatrie. 2. Auflage. 1889.

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.

J. L. A. Koch, Kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie. 2. Auflage. 1889.

Th. Meynert, Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. 1890.

Th. Kirchhoff, Lehrbuch der Psychiatrie. 1892.

Fr. Scholz, Lehrbuch der Irrenheilkunde. 1892.

Aus der neueren französischen Literatur wären hier etwa noch die grösseren Werke von Dagonet (1876), Luys (1881), Ball (2. Aufl., 1890), Voisin (1883), Régis (2. Auflage, 1892), aus der englischen diejenigen von Maudsley (deutsch von Böhm, 1870), Clouston (1887), Savage (deutsch von Knecht, 1887), aus der amerikanischen dasjenige von Spitzka (1883) und Hammond (1883), sowie aus der russischen dasjenige von Kowalewski (1887) zu erwähnen.

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 die nothwendige Folge 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 ergänzen. Je weniger ein Mensch zu Geisteskrankheiten veranlagt ist, um so stärker muss der Reiz sein, der sein psychisches Gleichgewicht erschüttert, 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 körperlichen 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 jede Beeinträchtigung der psychischen Erscheinungen durchaus von einer Störung im Ablaufe der körperlichen Vorgänge begleitet werden muss.

1. Körperliche Ursachen.

Hirnkrankheiten. Unter den körperlichen 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 die letzte Grundlage aller Formen des Irreseins ohne Ausnahme in krankhaften Vorgängen oder Zuständen der Rinde des Grosshirns zu suchen ist. Von einer eingehenden Kenntniss jener feineren Hirnpathologie sind wir freilich heute noch so weit entfernt, dass diese letztere vor der Hand mehr eine nothwendige Annahme, als eine wissenschaftliche Thatsache genannt werden muss. Unter den uns bisher bekannten Cerebralerkrankungen verlaufen jedoch in der That zumeist diejenigen mit psychischen Erscheinungen, welche entweder gerade in der Rinde ihren Sitz haben, oder welche doch durch Erhöhung des Hirndruckes, Störungen der Blutvertheilung u. dergl. die Rinde in Mitleidenschaft ziehen. Es kommt indessen vor, dass selbst directe Rindenerkrankungen, namentlich wenn sie sich langsam entwickeln, die psychischen Leistungen, wenigstens anscheinend, völlig unbeeinflusst lassen. Zur Erklärung derartiger Thatsachen ist einmal die so vielfach bestätigte Möglichkeit einer weitgehenden Stellvertretung gesunder Rindenpartien für erkrankte, dann aber der Umstand in Erwägung zu

*) Nothnagel, Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten. 1879. Wernicke, Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. 1881. Gowers, Vorlesungen über die Diagnostik der Gehirnkrankheiten, deutsch v. Mommsen. 1886.

ziehen, dass eine leichte Verminderung der psychischen Leistungsfähigkeit, besonders wo sie sich ganz allmählich einstellt, mit unseren heutigen unvollkommenen Hülfsmitteln schwer aufzufinden und genau zu bestimmen ist.

Ihren psychischen Ausdruck finden die krankhaften Störungen unserer Hirnfunctionen einerseits in dem acuten Auftreten von Reizungs- oder Lähmungserscheinungen, andererseits aber in der Entwickelung dauernder Zustände von Herabsetzung der psychischen Leistungsfähigkeit oder Widerstandsfähigkeit. Als eine der einfachsten Ursachen functioneller Reizung darf die fluxionäre Hyperämie gelten, wie sie bei den verschiedensten Anlässen sich zu entwickeln pflegt, unter denen das Fieber, die Wärmebestrahlung des Kopfes, gewisse Gemüthsbewegungen, manche Herzfehler und Störungen der Gefässinnervation vielleicht die wichtigsten sind. Die unter solchen Verhältnissen beobachteten psychischen Reizungserscheinungen werden daher zum Theil gewiss auf die Blutüberfüllung 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 Hirnoberfläche. Ausgiebigere Reizerscheinungen können ferner ausgelöst werden durch den örtlichen Druck rasch entstehender Exsudate, Blutungen (eitrige Meningitis, Pachymeningitis interna hämorrhagica, Rindenapoplexien), schnell wachsender Geschwülste, sowie endlich durch manche Gifte, welche das centrale Nervengewebe direct chemisch beeinflussen.

Die psychischen Symptome, welche derartigen Reizeinwirkungen entsprechen, sind im Allgemeinen Unruhe, Schlaflosigkeit, in den höheren Graden Delirien, Ideenflucht, Sinnestäuschungen, Angstzustände oder Exaltation, Jactation, heftige motorische Erregung. Mit diesen psychischen Erscheinungen verbinden sich dann die nervösen Störungen auf motorischem oder sensorischem Gebiete, welche speciell von dem Sitze und der Art der Reizursache abhängig sind und daher in erster Linie für die Erkennung des körperlichen Leidens Verwerthung finden.

Alle jene Ursachen, die eine erheblichere plötzliche oder allmähliche Beeinträchtigung der Hirnernährung 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, gegeben. In grösserem Umfange und mit dem raschen Erfolge völliger Bewusstlosigkeit wird dieselbe hervorgerufen durch den Versuch 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. Functionell gleichwerthig mit der Anämie sind Stauungen, z.B. in Folge von chronischen Hyperämien (Feuerarbeiter), Gefässerkrankungen oder von Herzfehlern, da auch sie die mangelhafte Zufuhr leistungsfähigen Blutes bedeuten. Ebenso wirken ferner jene chemischen Veränderungen der Ernährungsflüssigkeit, welche dieselbe zur Erfüllung ihrer Aufgabe mehr oder weniger untauglich machen. 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 Druckes im Schädel über ein bestimmtes individuelles Mass hinaus sehr rasch zur Compression der Hirnvenen in ihren peripheren Theilen, weiterhin aber zur Entstehung von Gefässschwingungen mit erheblicher Verlangsamung der Kreislaufsgeschwindigkeit und deren Folgezuständen (Stauungen, Oedeme). Die grössere oder geringere Leichtigkeit, mit welcher eine derartige Drucksteigerung im einzelnen 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 Druck im Schädel unverändert, und die Blutversorgung erleidet keine Störung. Sind aber die Ausgleichsvorrichtungen mangelhaft entwickelt, so genügt schon eine mässige Zunahme des Schädelinhaltes, um das Auftreten der Gefässschwingungen zu veranlassen und damit das erste Stadium einer schweren Ernährungs-

*) Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Blutcirculation in der Schädel-Rückgratshöhle. 1892.

störung einzuleiten. Vielleicht verdient gerade nach dieser Richtung die neuerdings von Thoma festgestellte Thatsache besondere Beachtung, dass von sämmtlichen Gefässen des Körpers das Gebiet der Carotis interna bei weitem am meisten zur Erkrankung an Arteriosklerose disponirt ist. Weit günstiger liegen bei einer Zunahme des Schädelinhaltes die Verhältnisse dann, wenn sich dieselbe langsam, allmählich einstellt, 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 ziemlich lange hintangehalten werden: jede acute Volumsvermehrung des Schädelinhaltes dagegen hat unausbleiblich die rasche Erstickung der Hirnrinde zur Folge. Umgrenzte derartige Ernährungsstörungen werden durch die Vorgänge der Embolie und Thrombose bedingt; ob hier eine Lähmung der psychischen Functionen eintritt, hängt ebenso, wie bei den örtlichen Druckwirkungen kleinerer Geschwülste (z. B. Cysticerken), von der Ausdehnung und vielleicht von dem Sitze der Störung ab. Endlich müssen natürlich auch alle krankhaften 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 unmittelbar 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 Entwickelung der Rindenlähmung. Abgesehen von den Reizsymptomen, die in solchen Fällen vielfach aufzutreten pflegen, macht sich allmählich eine Abnahme der psychischen Leistungen geltend, Erschwerung der Auffassung und Verarbeitung äusserer Eindrücke, Gedächtnissschwäche, Ideenarmuth und Verlangsamung des Vorstellungsverlaufes, Kritiklosigkeit, bei höherer Ausbildung geradezu Schlafsucht, traumartige Benommenheit, Blödsinn, ferner weinerliches, verdriessliches Wesen oder Stumpfheit und Theilnahmlosigkeit bis zur völligen Apathie. Das gleiche Bild kann sich natürlich auch im Anschlusse an eine acute Hirnlähmung, ein Trauma (Eisenbahnunglück), eine Apoplexie u. dergl., entwickeln, wenn sich die augenblickliche Störung ausge-

glichen hat und eine dauernd 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 Zeichen der Reizung und der Lähmung zusammen; es wird ausserdem noch begleitet von den mannigfachen nervösen Störungen, die ebenfalls der Reizung oder Lähmung dieser oder jener Hirntheile 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.

Als eine letzte Art von psychischen Veränderungen, die durch Hirnerkrankungen bedingt werden kann, hatten wir die Erzeugung eines chronischen Zustandes verminderter psychischer Widerstandsfähigkeit bezeichnet. Diese Störung scheint sich vor Allem im Anschlusse an traumatische Einwirkungen*) zu entwickeln. Sie ist gekennzeichnet durch eine raschere geistige Erschöpfbarkeit, erhöhte Ablenkbarkeit und Zerstreutheit, grosse gemüthliche Reizbarkeit und Empfindlichkeit gegen die verschiedenartigsten, das Hirn treffenden Schädlichkeiten, insbesondere gegen den Alkohol. Bisweilen ist dieser Zustand, zu dem sich übrigens sehr gewöhnlich die Erscheinungen verminderter Leistungsfähigkeit hinzugesellen, nur das erste Anzeichen tieferer, fortschreitender organischer Hirnerkrankungen, die dann in ihrem weiteren Verlaufe allmählich andersartige psychische Krankheitsbilder erzeugen. Am häufigsten sind unter solchen Umständen progressiver Blödsinn mit Lähmungssymptomen, häufig wiederkehrende Aufregungszustände oder epileptisches Irresein, namentlich psychisch-epileptische Anfälle. Andererseits aber kann auch jener Zustand verminderter Widerstandsfähigkeit lange Zeit hindurch stationär (functionell) bleiben, bis etwa ein mehr zufälliger Anlass auf Grund der durch sie erzeugten Prädisposition eine acute, selbständige psychische Erkrankung zur Entwickelung gelangen lässt.

Die regelmässige Verbindung gröberer und ausgedehnterer Erkrankungen der Hirnrinde mit greifbaren psychischen Störungen legt im Hinblicke auf die neuerdings so sehr in den Vordergrund

*) Guder, Die Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. 1886.

des Interesses gerückten Localisationsuntersuchungen die Frage nahe, wie weit wir etwa jetzt schon im Stande sind, aus bestimmten psychischen Erscheinungen allein Rückschlüsse auf den Sitz der ihnen zu Grunde liegenden Ernährungsstörung in der Hirnrinde zu ziehen. Die allgemeine Möglichkeit einer derartigen topischen Diagnostik kann bei dem heutigen Stande der Localisationsfrage nicht wol mehr in Zweifel gezogen werden, ja es liegen sowol klinische wie experimentelle, wenn auch nur sehr vereinzelte Thatsachen vor, welche Ausblicke nach der angedeuteten Richtung hin zu eröffnen scheinen. Dahin gehören in erster Linie jene Beobachtungen über Paraphasie, welche es gestatten, Störungen in der Verknüpfung von Begriffen mit den zugehörigen sprachlichen Symbolen auf Verletzungen in der Gegend der linken dritten Stirnwindung zu beziehen und vielleicht auch für die Localisation der vielfachen paraphasischen Störungen bei Irren ohne gröbere Hirnerkrankungen fruchtbar gemacht werden können. Weiterhin legen es die von Charcot und Wilbrand mitgetheilten Fälle von Verlust der optischen Phantasiebilder im Zusammenhalte mit vielfachen Erfahrungen an operirten Thieren nahe, die Ursache ähnlicher Störungen bei verschiedenen Formen acuter und chronischer Psychosen in der Hinterhauptsrinde zu suchen. Endlich hat bekanntlich Goltz die interessante Beobachtung gemacht, dass Verlust der vorderen Rindengebiete bei Hunden neben anderen Veränderungen grosse Reizbarkeit und directionslose Unruhe erzeugt, während Exstirpation der Hinterhauptslappen im Gegentheil Trägheit und Stumpfheit selbst bei vorher bösartigen Thieren zur Folge hat. Auch diese Ergebnisse würden sich etwa mit den bekannten klinischen Erscheinungen agitirter und apathischer Schwachsinnsformen einigermassen in Parallele setzen lassen.

Selbstverständlich indessen sind alle diese Analogien, so lange wir nur sehr grobe Veränderungen des feinen Gehirnmechanismus pathologisch-anatomisch zu erkennen vermögen, mit grosser Vorsicht zu verwerthen. Denkbar wäre es wol, dass uns etwa eine eingehende Kenntniss mikrochemischer Reactionen, wie das die verwickelten Bilder der Nissl'schen und vielleicht auch die räthselhafte Launenhaftigkeit der Golgi'schen Färbungsmethode andeuten, dereinst feinere Structur- und Functionsverschiedenheiten des centralen Nervengewebes auffinden lässt und uns so eine massgebende Prüfung

der oben ausgesprochenen Vermuthungen ermöglicht. Man wird jedoch kaum erwarten dürfen, auf Grund von psychischen Symptomen jemals zu einer so sicheren Localdiagnose zu gelangen, wie das schon jetzt vielfach an der Hand isolirter nervöser Reizungs- oder Ausfallserscheinungen (Krämpfe, Lähmungen, Gesichtsfelddefecte) möglich ist. Abgesehen von dem bisher fast völligen Mangel verwerthbarer Methoden zur genaueren Bestimmung feinerer psychischer Störungen, scheinen mir Gründe der allergewichtigsten Art mit Entschiedenheit dafür zu sprechen, dass alle höheren psychischen Vorgänge, die Bildung und Verknüpfung von Vorstellungen, die Entstehung von Gefühlen und Willensentschlüssen, regelmässig mit Erregung umfangreicher Gebiete des nervösen Centralorgans einhergehen. So sehr daher auch an sich die Uebertragung der sinnreichen Unterscheidung zwischen Herd- und Allgemeinsymptomen aus der Hirnpathologie im engeren Sinne auf die Psychopathologie zu wünschen wäre, so steht doch leider zu befürchten, dass die Anwendbarkeit derselben hier nur eine sehr beschränkte wird sein können. Allerdings deutet die ausserordentliche Mannichfaltigkeit der psychischen Krankheitsbilder darauf hin, dass die einzelnen Bestandtheile derselben bis zu einem gewissen Grade von einander unabhängig sind. Es fragt sich indessen, ob diese relative Selbstständigkeit mehr auf eine Verschiedenheit des Entstehungsortes, als auf eine solche der physiologischen Entstehungsbedingungen zurückzuführen ist.

Nervenkrankheiten. Weniger unmittelbar, als bei den directen Erkrankungen des Schädelinhaltes, gestaltet sich der ursächliche Zusammenhang mit psychischen Krankheiten bei denjenigen Leiden, denen als nächster Angriffspunkt andere Theile des Nervensystems dienen. Für die bei Tabes beobachteten Seelenstörungen freilich ist es mir am wahrscheinlichsten, dass sie nur Symptome jener degenerativen Hirnerkrankung darstellen, welche nicht so selten zu dem Rückenmarksleiden sich hinzugesellt.

Durch die Annahme reflectorischer Circulationsstörungen in Folge von heftigen Reizungen peripherer Nervengebiete hat man zum Theil jene Fälle psychischer Erkrankung zu erklären versucht, welche sich bisweilen an schwere Operationen oder Nervenverletzungen anschliessen und unter dem Namen des Delirium traumaticum zusammengefasst worden sind. Allein es handelt sich hier

zumeist wol um alkoholische, in anderen Fällen um septicämische oder auch um Erschöpfungsdelirien, deren Eintreten gelegentlich noch durch hohes Alter oder psychopathische Prädisposition begünstigt wird. Dagegen sind vereinzelte Beobachtungen bekannt, in denen anscheinend durch die dauernde Zerrung von Nerven, welche in Narben eingeheilt waren (meist Quintusäste), chronisch verlaufende psychische Störungen hervorgerufen wurden (Reflexpsychosen). Dieselben bestanden in einer gewissen Benommenheit mit zeitweiligen Anfällen gewaltthätiger Aufregung, auch Sinnestäuschungen, die bisweilen durch Druck auf die schmerzhafte Narbe ausgelöst werden konnten. Nur dort, wo dann die Excision dieser letzteren zur Heilung führt, ist natürlich die Annahme eines wirklichen Causalzusammenhanges zwischen ihr und der Psychose statthaft. Derartige Beobachtungen erinnern auch klinisch sehr an die bekannten ätiologischen Beziehungen der Epilepsie zu peripheren Nervenreizungen und sind vielleicht geradezu unter diesem Gesichtspunkte zu erklären. Möglicherweise handelt es sich hier überall um eine directe irritirende Wirkung lebhafter Schmerzen auf ein zu epileptoiden Störungen besonders prädisponirtes Gehirn.

Eine sehr grosse ursächliche Bedeutung wird zumeist jenen allgemeineren Erkrankungen des Nervensystems zugeschrieben, die man als Neurosen bezeichnet. In der That pflegen dieselben ganz gewöhnlich mit leichteren psychischen Störungen einherzugehen, ja sie verknüpfen sich sogar häufig genug mit schweren und schwersten Formen des Irreseins. Allein es ist gewiss zutreffender, die verschiedenartigen bei ihnen beobachteten Geistesstörungen nicht sowol als die Folge der Neurosen, sondern vielmehr als die Wirkungen einer und derselben centralen Ursache aufzufassen, welche auch jenen zu Grunde liegt. Bei der Chorea*) sieht man hauptsächlich erhöhte psychische Reizbarkeit, kindisches, launenhaftes Wesen, raschen Stimmungswechsel, Schlaflosigkeit, in schweren Fällen verwirrte Aufregungszustände vom Charakter des Collapsdeliriums oder der Amentia; bei der Tetanie habe ich ebenso wie Frankl-Hochwart vorübergehende deliriöse Zustände mit Sinnestäuschungen beobachtet, die vielleicht als Vergiftungssymptome aufgefasst werden dürfen. Die Epilepsie endlich und die Hysterie führen nicht

*) Köppen, Archiv für Psychiatrie, XX, 3.

nur regelmässig zu mehr oder weniger ausgeprägten degenerativen Charakterveränderungen, sondern sie bilden auch die Grundlage für eine ganze Reihe verschiedenartiger, mehr vorübergehender psychischer Störungen, welche im speciellen Theile eingehendere Besprechung finden werden.

Allgemeine Erkrankungen. Der durchgängige Zusammenhang aller Theile des Organismus macht es leicht erklärlich, dass ausser den am Nervensystem unmittelbar und allein angreifenden Schädlichkeiten auch eine ganze Reihe sonstiger Erkrankungen durch ihre allgemeinen und mittelbaren Wirkungen mehr oder weniger stark das Centralorgan unseres Bewusstseins in Mitleidenschaft ziehen und somit Störungen der psychischen Functionen herbeiführen können. Am leichtesten verständlich ist dieser Zusammenhang bei den acuten Infectionskrankheiten*) mit ihren rasch hereinbrechenden gewaltigen Umwälzungen der gesammten Lebensvorgänge. Das gemeinsame wirkende Element bei der ganzen Reihe derselben ist das organisirte Gift, welches bald direct das centrale Nervensystem beeinflusst, bald durch Erzeugung allgemeinerer Krankheitserscheinungen (Fieber), oder durch Vermittelung gewisser Organerkrankungen Ernährungsstörungen in der Hirnrinde hervorbringt. Im Einzelnen gestaltet sich natürlich dieser Zusammenhang ausserordentlich verschieden, je nach der besonderen Beschaffenheit des Krankheitsgiftes und der Art seiner Localisation im Körper. Am wichtigsten sind von diesen Krankheiten für die Entstehung psychischer Störungen Typhus, acuter Gelenkrheumatismus, Pneumonie, acute Exantheme, Kopfrose, Influenza,**) Wechselfieber und Cholera.

Eine directe giftige Wirkung der betreffenden Krankheitsgifte auf das Gehirn ist einigermassen sicher bisher nur für den Typhus, die Pocken und das Wechselfieber, vielleicht auch die Influenza, weil nur bei ihnen unzweifelhafte Beobachtungen psychischer Störung während des fieberlosen oder doch sehr gering fieberhaften Verlaufes (im Vorläuferstadium) vorliegen, bevor andere Ursachen haben zur Entwicklung gelangen können. Beim Gelenkrheumatis-

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

**) Iutrosinski, Influenzapsychosen, Dissertation, 1890; Kirn, Volkmanns klin. Vorträge, Neue Folge, XIII, 1890.

mus kommt aber, wenn auch selten, eine Localisation des Giftes in den Hirnhäuten vor, die dann natürlich ebenfalls psychische Reizungs- und Lähmungserscheinungen hervorruft. Eine weitere wirksame Ursache bei dem Zustandekommen des Irreseins in acuten Infectionskrankheiten ist sicherlich das Fieber, einmal durch die Steigerung der Körperwärme, 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 deutlich bei dem typischen Verlaufe der Typhuscurve herauszustellen pflegt, allerdings vielleicht auch auf toxische Einflüsse bezogen werden kann. Diese letztere Annahme gewinnt durch die Erfahrung an Wahrscheinlichkeit, dass bei manchen anderen Leiden, z. B. bei der Tuberculose, lange dauernde beträchtliche Temperatursteigerungen verhältnissmässig selten mit psychischen Störungen einhergehen. Eine sehr wichtige Rolle für die Entstehung der Delirien bei Infectionskrankheiten spielt jedenfalls nicht selten der Zustand der Kreislaufsorgane, vielleicht auch der Lungen, da wir jene Störungen nicht nur verhältnissmässig häufig bei begleitenden Herzerkrankungen (Gelenkrheumatismus), sondern bei den verschiedensten Formen der Herzinsufficienz, sogar neben kaum fieberhaften Temperaturen auftreten sehen (Septicämie). Wie viel gerade bei den so leicht delirirenden Säufern auf die Herzschwäche und die Gefässerkrankungen, wieviel auf die dauernden Giftwirkungen im Gehirn zurückzuführen ist, lässt sich schwer sagen; wahrscheinlich ist das Verhältniss in den einzelnen Fällen ein sehr verschiedenes, wie sich auch klinisch alle Uebergangsformen vom typischen Delirium tremens bis zum gewöhnlichen Fieberdelirium hier beobachten lassen.

Das Symptomenbild der Fieberdelirien setzt sich im Allgemeinen aus den Erscheinungen der Hirnreizung und der Lähmung zusammen, die sich in der verschiedenartigsten Weise mit einander verbinden können und in den schwersten Graden der Störung, bei denen wol immer tiefgreifende Circulationshemmungen, Stauungen, Oedeme sich entwickeln, endlich in völlige Functionslähmung der Hirnrinde, in komatöse und soporöse Zustände übergehen.

Der Wirkungsweise einiger der genannten Infectionskrankheiten in mancher Beziehung verwandt ist diejenige der Lyssa, insofern es sich auch hier wol um eine directe Vergiftung der nervösen

Centralorgane handelt. Emminghaus*) führt als einleitende Symptome depressive 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.

Wesentlich anders dagegen, als bei den Fieberdelirien, gestaltet sich wahrscheinlich der Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung bei jenen ziemlich häufigen Geistesstörungen, welche sich nicht auf der Höhe, sondern nach dem Ablaufe acuter Infectionskrankheiten entwickeln. Allerdings könnte man auch hier in manchen Fällen an mehr mittelbare Giftwirkungen der infectiösen Krankheitsursache denken, etwa analog den neuritischen Erkrankungen, welche sich an Pocken, Typhus, Influenza und namentlich an Diphtherie bisweilen anschliessen. Allein einmal sind jene Psychosen gerade nach Diphtherie verhältnissmässig selten, und andererseits zeigen sie zumeist in ihrem klinischen Verlaufe eine so grosse Aehnlichkeit mit den durch nicht infectiöse erschöpfende Einflüsse verursachten Formen des Irreseins, dass wir genöthigt werden, auch hier der durch schwere und andauernde Fieberzustände, durch die allgemeinen Ernährungsstörungen, vielfach auch durch verschiedenartige Begleiterkrankungen bedingten Erschöpfung des gesammten Organismus die ätiologische Hauptrolle zuzuschreiben. Dies gilt besonders für Typhus und Gelenkrheumatismus. Auf der anderen Seite sehen wir, namentlich bei der Pneumonie, aber auch nach acuten Exanthemen, Erysipel, Influenza, schweren Anginen die psychische Störung sich unmittelbar an einen plötzlichen Abfall der Körperwärme und der Pulsgeschwindigkeit anschliessen. Endlich giebt es dann noch eine Anzahl von Fällen im Gefolge des Typhus, der Variola, der Intermittens, bei denen es sich offenbar um dauernde organische Veränderungen in der Hirnrinde handelt, die wir doch wol als Ueberreste der durch die infectiöse Krankheitsursache bewirkten Ernährungsstörungen im Centralnervensystem aufzufassen haben. Abgesehen von diesen schwersten Formen, kommt übrigens der psychopathischen Veranlagung bei der Entstehung der Erschöpfungspsychosen eine weit

*) Archiv der Heilkunde XV, p. 239; Allg. Zeitschr. für Psychiatrie XXXI, 5.

grössere Bedeutung zu, als bei den Fieberdelirien. Offenbar sind die Erkrankungsursachen im letzteren Falle viel mächtigere; sie überwältigen ohne viel Unterschied auch ein kräftiges Nervensystem, während dort vorzugsweise nur die weniger widerstandsfähigen Organisationen den schwächenden Einflüssen unterliegen.

Bis zu einem gewissen Grade spiegelt sich dieser Unterschied der ätiologischen Bedingungen auch in dem klinischen Bilde der Erschöpfungspsychosen wider. Während die Fieberdelirien in der Hauptsache überall die gleichen Gruppen von Erscheinungen erkennen lassen, sehen wir hier, wo die persönliche Anlage stärker hervortritt, eine ganze Reihe verschiedenartiger und selbständiger sich entwickelnder Krankheitsformen zur Ausbildung gelangen. Dies gilt natürlich nicht für die mit organischen Veränderungen (Infiltration der Rinde, Degeneration der Ganglienzellen, Pigmentembolien) einhergehenden Psychosen, welche einfach eine mehr oder weniger ausgesprochene allgemeine Abnahme der psychischen Leistungen, das Bild des Schwachsinns bis zum tiefsten apathischen Blödsinn darbieten. Die meist sehr trübe Prognose ist hier einfach an die Möglichkeit oder Unmöglichkeit einer Rückbildung der bestehenden Gewebsveränderungen geknüpft.

Wo die krankmachende Ursache in Form von plötzlichem kritischem Sinken der Temperatur und der Pulsfrequenz sehr acut hereinbricht, entstehen unvermittelt rasch verlaufende Collapsdelirien mit Sinnestäuschungen, völliger Verwirrtheit, Ideenflucht und Aufregungszuständen. In anderen Fällen verschwinden die Fieberdelirien mit dem Eintritte der Reconvalescenz nicht, sondern spinnen sich, wenn auch in veränderter Form, noch einige Zeit hindurch fort. Viel häufiger aber kommt die Psychose erst in den ersten Tagen oder Wochen nach dem Ablaufe der Erkrankung, oft unter dem Einflusse mehr zufälliger Reize (Gemüthsbewegungen), zum Ausbruche, um nun bald die Form der Amentia, der acuten Demenz, bei weniger stürmischer Entwickelung diejenige neurasthenischer oder melancholischer Zustände anzunehmen; seltener, und wol nur auf Grund bestimmter psychopathischer Veranlagung, beobachtet man auch hallucinatorischen oder depressiven Wahnsinn. Der Zusammenhang der psychischen Störung mit der acuten Krankheit ist bei der zuletzt genannten Gruppe nicht nur innerlich, sondern häufig auch zeitlich viel lockerer, als bei den früheren. Zuweilen beginnt

die Psychose bei dem wenig widerstandsfähigen Reconvalescenten erst Wochen oder gar Monate nach dem Ablaufe der hier eigentlich nur noch prädisponirenden Erkrankung, ja wir wissen, dass namentlich nach Typhus unter Umständen selbst Jahre lang eine reizbare Schwäche zurückbleiben kann, welche den günstigen Boden für die Entwickelung späterer Geistesstörungen bildet.

In ähnlicher Weise, wie bei diesen letzterwähnten Formen, dürfte sich die Entstehungsweise derjenigen Psychosen gestalten, welche wir im Anschluss an gewisse chronische und die allgemeine Ernährung schwer beeinträchtigende körperliche Erkrankungen beobachten. Es muss dabei vorerst dahingestellt bleiben, ob als die pathologische Grundlage solcher Geisteskrankheiten nur functionelle, oder aber, wenigstens in den schwereren Fällen, nicht auch 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 oder chronische Inanition, schwere Stoffwechsel- und Blutkrankheiten (Diabetes, Carcinome, Leukämie, Myxödem) bedingt werden kann, zunächst eine grössere Ermüdbarkeit, sowie eine geringere Widerstandsfähigkeit gegenüber den kleinen und grossen Schädlichkeiten und Reizen des Lebens in ihrem Gefolge zu haben. Damit ist dann eine schwerwiegende Prädisposition zur Entstehung verschiedenartiger psychischer Störungen gegeben. Namentlich Melancholien mit hypochondrisch-seniler Färbung, sowie deren Uebergangsformen zum depressiven Wahnsinn entwickeln sich leicht auf solcher Grundlage.

Wesentlich nach denselben Gesichtspunkten muss zum Theil wol die ätiologische Bedeutung mancher chronischen Infectionskrankheiten beurtheilt werden; auch hier sind ja zumeist die Bedingungen zur Entstehung von Inanitionszuständen verwirklicht. Bei der Tuberculose kommt es hie und da zu acuten Geistesstörungen von der Art der Collapsdelirien mit vorwiegend expansiver Färbung, entsprechend der so häufig beobachteten Euphorie der Phthisiker. In anderen Fällen sehen wir hier den Alkoholismus eine wesentliche ätiologische Rolle spielen, und endlich können natürlich gelegentlich auch meningitische Processe den psychischen (und nervösen) Reizerscheinungen zu Grunde liegen.

Bei der Syphilis*) tritt dagegen, anders als bei der Tuberculose, wol die Wirkung des specifischen Krankheitsgiftes ganz in den Vordergrund. Hier haben wir es fast überall mit greifbaren, auf die Infection als solche zurückführenden pathologischen Veränderungen im Centralnervensystem zu thun. In Folge dessen sind auch die syphilitischen Geistesstörungen regelmässig von mannigfaltigen nervösen Erscheinungen begleitet, deren verschiedenartige Verbindung im Einzelnen häufig überhaupt erst die Erkennung des Leidens 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, häufig auf der Reizwirkung gummöser Neubildungen an der Convexität der Hirnrinde beruhend, zeigt anfangs mässige Verstimmung und Gereiztheit bis zu depressiven oder expansiven Aufregungszuständen, im weiteren Verlaufe Abnahme der Intelligenz, Gedächtnissschwäche, Langsamkeit des Denkens, Oberflächlichkeit und Veränderlichkeit der Affecte, daneben aphasische Störungen und 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 einfachem Schwachsinn und länger dauernden Lähmungen beherrscht, ein Zeichen häufiger Verstopfung von 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

*) Heubner, v. Ziemssen's Handbuch, Bd. XI, 1; Rumpf, Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. 1887.

ausführlicher zu schildernden Dementia paralytica darbietet. Eine irgendwie befriedigende Abgrenzung ist hier nicht mehr möglich, um so weniger, als auch in der Aetiologie der progressiven Paralyse die Syphilis, freilich wol nur als vorbereitende Ursache, eine ungemein wichtige Rolle spielt.

In weit beschränkterem Masse, als die Syphilis, wird der Ergotismus, die Vergiftung mit Mutterkorn, Ursache psychischer Störungen.*) Bisweilen scheinen hier directe Intoxikations- (oder Collaps-?) delirien vorzukommen; in der Mehrzahl der Fälle dagegen ist vielmehr an secundäre Giftwirkungen in der Hirnrinde zu denken. Allerdings ist der schwierige Nachweis pathologisch-anatomischer Veränderungen im Gehirn hier noch nicht gelungen, und da die Krankheitserscheinungen bei geeigneter Behandlung wieder verschwinden können, so besteht die Möglichkeit, dass es sich hier nur um „functionelle", vielleicht etwa vasomotorische Störungen handelt. Die psychischen Symptome waren im Allgemeinen diejenigen einer Herabsetzung hauptsächlich der intellectuellen Functionen, mehr oder weniger ausgesprochene Benommenheit des Sensoriums bis zum Stupor, Verlangsamung des Denkens, Gedächtnissschwäche, Verwirrtheit; daneben häufige Angstzustände und tiefes Krankheitsgefühl. Bisweilen treten articulatorische Sprachstörungen ein; ferner sind regelmässig epileptische Krämpfe und die objectiven Anzeichen einer in mehreren Fällen durch die Leichenöffnung festgestellten, nicht fortschreitenden Rückenmarksaffection (Hinterstrangsklerose) vorhanden.

Dem Ergotismus in ätiologischer und klinischer Beziehung offenbar sehr ähnlich ist das hauptsächlich in Oberitalien vorkommende Pellagra, welches sehr wahrscheinlich auf den Genuss von verdorbenem Mais zurückzuführen ist und ausser Verdauungsstörungen und Hautaffectionen auch chronische Rückenmarks- (Hinterseitenstrangsklerose nach Tuczek) und Geisteskrankheiten (psychische Depression mit Selbstmordneigung, seltener Aufregungszustände, schliesslich Blödsinn) zur Folge hat.

Vergiftungen. In Verwandtschaft zu allen diesen infectiösen oder endemischen Giftwirkungen stehen als weitere Ursachen geistiger

*) Siemens, Archiv für Psychiatrie XI, 1. u. 2; Tuczek, ibid. XIII, 1: XVIII, 2.

Störung 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 arbeiten, gestaltet sich auch dieser Vorgang etwas verschieden. Wenn die Unzulänglichkeit der Kreislaufsorgane die nächste Todesursache bildet, so müssen die Bestandtheile des venösen Blutes allmählich die Erscheinungen rascherer oder langsamerer Hirnlähmung herbeiführen. Ungenügende 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 Ansammlung von Gallenbestandtheilen im Blute (Cholämie) kommen Benommenheit und psychische Depression, bei der acuten gelben Leberatrophie (Icterus gravis) furibunde Delirien mit starker motorischer Erregung und Sinnestäuschungen, im weiteren Verlaufe Sopor und Koma zur Beobachtung u. s. f.

Von giftigen Gasen ist hauptsächlich das Kohlenoxydgas zu erwähnen, welches den Sauerstoff aus dem Hämoglobin verdrängt und Hirnhyperämie erzeugt. Auch hier entwickeln sich die Anzeichen psychischer Reizung (ängstliche oder ekstatische Aufregungszustände), denen diejenigen der Lähmung (Bewusstlosigkeit) folgen. Eine gewisse Verworrenheit und Schwäche der psychischen Leistungen pflegt die Vergiftung einige Zeit lang zu überdauern, ja es kommt sogar bleibender Blödsinn in Folge von Erweichungsherden 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.*)

*) Baer, Der Alkoholismus. 1878.

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 mindestens 10 Mal so stark betheiligt, als das weibliche; nur in den niederen Gesellschaftsschichten ist dieses Verhältniss 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, welcher häufig ausser dem Aethylalkohol auch noch die weit verderblicher wirkenden höheren Alkohole (namentlich den Amylalkohol) enthält, und der in Südfrankreich und Oberitalien verbreitete Absynth (ätherisches Oel der Artemisia Absynthium). Im biertrinkenden Süddeutschland und selbst in den Weinländern 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 werden zunächst die Gefässnerven gelähmt, bei grösseren Dosen auch Athmung und Herzbewegung verlangsamt; weiterhin findet sicherlich noch eine directe giftige Wirkung auf die Hirnrinde statt, die wahrscheinlich in einer fortschreitenden allgemeinen Lähmung mit anfänglicher vorübergehender Steigerung der centralen motorischen Erregbarkeit besteht. Beim chronischen Alkoholmissbrauch wird ausser dem centralen auch das periphere Nervensystem in mehr oder weniger ausgedehntem Masse ergriffen (degenerative Neuritis). Sodann kommt es zur Entwickelung von Gefässerkrankungen und dauernden Circulationsstörungen mit ihren Folgezuständen (Blutaustritte, Trübungen, Ver-

dickungen der Hirnhäute, Infiltration und weiterhin Atrophie der Rindensubstanz u. s. w.), ferner zu einer tieferen Entartung der Blutmasse (Abnahme des Fibrins) und endlich durch Vermittelung der vielfachen alkoholischen Organerkrankungen (Herzverfettung, Magenkatarrh, Lebercirrhose, Nierenschrumpfung) zu einer allgemeinen, folgenschweren Störung der ernährenden und ausscheidenden Functionen des gesammten Organismus. Ja, diese Degeneration erstreckt sich sogar noch über den Bereich des Individuums hinaus auf seine Nachkommenschaft 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 ähnlicher Schädlichkeiten, die zumeist mit dem Missbrauche jenes Genussmittels Hand in Hand zu gehen pflegen. Der Schnaps ist vorzugsweise das Getränk des armen Mannes, der von ihm Anregung und Erwärmung erwartet, ja dem er zum Theil die Nahrung zu ersetzen hat; die tägliche Noth des socialen Elendes, der Armuth, ungenügende Ernährung, schlechte hygienische Verhältnisse u. s. f. ebnen seinem Einflusse hier den Weg. So kommt es, dass der Anfangs nur aus bestimmtem Anlass, nach starker Anstrengung, am Lohntage oder in verführerischer Gesellschaft genossene Schnaps allmählich zum Lebensbedürfnisse wird und der Gewohnheitstrinker nun regelmässig, Tag für Tag, auch allein und nur um des Alkohols willen zur Flasche greift. Umgekehrt aber ist es gerade der Alkohol, der durch seine vernichtenden Wirkungen auf das körperliche, geistige und sociale Wohlergehen 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. Die Gefahr, auf diese schiefe Ebene zu gerathen, ist wegen der euphorischen Wirkungen des Alkohols und wegen der überall bereiten, zur Volksunsitte gewordenen Verführung weit grösser, als gemeinhin angenommen wird. Ich bin zwar der Ansicht, dass die nachtheiligen Folgen eines mässigen Alkoholgenusses und selbst eines gelegentlichen Uebermasses im Interesse einer heilsamen Agitation gegen den schweren Nothstand der Trunksucht vielfach in zu schwarzen Farben gemalt werden. Allein es

ist zweifellos, dass in den gebildeten Kreisen kaum weniger als in den breiten Massen unseres Volkes der Alkoholmissbrauch mit einer Nachsicht geduldet, ja mit einem Wohlwollen gezüchtet wird, welches als eine der wichtigsten Ursachen für die gewaltige, verderbenbringende Macht jener Volksseuche betrachtet werden muss. Alljährlich zahlen wir nicht nur an Landstreichern und Tagedieben oder ähnlich werthlosem Menschenmateriale, sondern auch an begabten, ja genialen Naturen dem Gifte einen reichen Tribut. Freilich sind es vorzugsweise haltlose und schwache Charaktere, welche dem Einflusse des Alkohols unterliegen, aber wir dürfen dabei nicht vergessen, dass dieses Gift gerade selbst die Energie und Widerstandskraft des Menschen vernichtet und sich auf diese Weise die Prädisposition schafft, welche ihm den endlichen Sieg ermöglicht.

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 und an Häufigkeit noch immer mit erschreckender Schnelligkeit zunehmende psychische Entartungsform haben uns die letzten Jahrzehnte in der Morphiumsucht kennen gelehrt, wie sie sich bei lange fortgesetztem Gebrauche von Morphiumeinspritzungen entwickelt. Auch beim Morphium begegnen wir im Allgemeinen einer Verbindung von lähmenden und erregenden Wirkungen des Giftes auf das centrale Nervensystem; wie es indessen scheint, betreffen die ersteren mehr die motorischen, die letzteren mehr die sensorischen und intellectuellen Leistungen. Da das anfängliche Wohlbehagen schon nach einigen Stunden einer sehr quälenden Erschlaffung und Depression weicht, die nur durch das Mittel selbst wieder beseitigt werden kann, so bildet sich überall dort, wo dem Kranken das Morphium zugänglich ist, ein beständiger Wechsel zwischen

scheinbarem Wohlbefinden unter dem Einflusse des Giftes und jenem unangenehmen Nachstadium des morphinistischen Katzenjammers heraus. Dazu kommt, dass mit der Zeit eine wachsende Gewöhnung an das Mittel eintritt, welche gebieterisch eine oft ins Unglaubliche gehende Erhöhung der Dosis fordert. Auf diese Weise entsteht das Bild des chronischen Morphinismus mit seinen schweren Folgen für die körperliche, intellectuelle und moralische Leistungsfähigkeit, mit dessen Betrachtung im Einzelnen wir uns späterhin noch sehr eingehend zu beschäftigen haben werden.

Zur Milderung der Abstinenzsymptome bei der Morphiumentziehung ist in neuerer Zeit das Cocain vielfach in Anwendung gezogen worden. Nur zu bald hat sich indessen herausgestellt, dass dieses Mittel noch schlimmere Gefahren mit sich führt, als das Morphium. Die psychische Degeneration des Cocainisten schreitet weit rascher, nicht nur als beim Morphinisten, sondern auch als beim Trinker fort, und führt sehr bald zu hochgradigster Abschwächung der gesammten psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit. Ausserdem aber entwickelt sich unter dem Einflusse jenes Giftes ein typisches Krankheitsbild, welches die Züge des acuten hallucinatorischen Wahnsinns in ganz eigenartiger Gestaltung trägt.

In grösster Ausdehnung werden ferner noch das Opium, das Haschisch, der Fliegenschwamm und eine Reihe ähnlicher Droguen in verschiedenen Ländern zur Erzeugung narkotischer Rauschzustände gewohnheitsmässig angewandt; alle diese Genussmittel führen bei dauerndem Missbrauche ähnliche Entartungszustände herbei, wie die bisher genannten. Vereinzelte derartige Beobachtungen liegen bei uns auch für die gewohnheitsmässige Einathmung des Chloroforms und Aethers vor; der letztere hat in manchen Gegenden Irlands bereits vollständig die Rolle des Alkohols übernommen. Zu lange fortgesetzte Anwendung der Bromsalze führt eine Abschwächung der psychischen Leistungen bis zur völligen Demenz mit gleichzeitigen nervösen Lähmungserscheinungen herbei. Vorübergehende deliriöse Verwirrtheit mit heiterer oder ängstlicher 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, namentlich das Kauen

von Schnupftabak bei Seeleuten, wie er zweifellos nervöse Störungen hervorzurufen im Stande ist (Amblyopie), in ätiologische Beziehungen zum Irresein gesetzt hat. Derselbe soll nicht nur unter den Entstehungsursachen der Dementia paralytica eine gewisse Rolle spielen, sondern eine eigenartige Psychose erzeugen können, welche im Beginne mit Sinnestäuschungen und depressiver, später expansiver Verstimmung einhergeht, schliesslich aber zur allmählichen Verblödung führt.

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, expansiven oder depressiven Aufregungszuständen mit Sinnestäuschungen, die nicht selten mit stuporösen oder komatösen, bisweilen sehr schweren Zufällen abwechseln und von epileptiformen Krämpfen 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 Entwickelung gelangen, Schwäche des Gedächtnisses und Urtheils, Gemüthsstumpfheit und Apathie.

Organerkrankungen. Eines der schwierigsten und umstrittensten Capitel in der Aetiologie der Psychosen ist die Lehre von dem Einflusse einzelner Organerkrankungen. Hier ist der Zusammenhang naturgemäss stets ein sehr verwickelter, selbst durch die statistische Methode nicht immer sicher nachweisbarer, so dass die Deutung der einzelnen Erfahrung bis zu einem gewissen Grade zumeist dem persönlichen Ermessen des Beobachters überlassen bleibt. Unter den Erkrankungen der Sinnesorgane sind es namentlich Ohrenleiden, welchen ein Einfluss auf die Entstehung von Psychosen zuzukommen scheint. Einerseits findet man bei Gehörshallucinanten so häufig alte Mittelohrerkrankungen mit Veränderungen der elektrischen Acusticusreaction*), dass man sich der Annahme eines gewissen Zusammenhanges nicht wol erwehren kann, dann aber sieht man bis-

*) Buccola, Rivista di freniatria sperimentale, 1885, 1.

weilen bestehende subjective Geräusche mit der Entwickelung psychischer Störungen sich verschlechtern und wieder bessern (gemeinsame Ursache?). Endlich hat man hier und da auch ängstliche Aufregungszustände bei acuteren oder bei Verschlimmerung chronischer Ohrenleiden beobachtet. Augenerkrankungen pflegen, soweit sie nicht Theilerscheinungen eines Gehirnleidens sind, in keiner näheren Beziehung zum Irresein zu stehen. Man hat indessen nach Kataraktoperationen und überhaupt nach längerem Aufenthalte im Dunkelzimmer*) deliriöse Zustände mit lebhaften Sinnestäuschungen, namentlich des Gesichtes, aber auch des Gehörs, seltener reine Gesichtshallucinationen bei klarem Bewusstsein auftreten sehen, welche eine interessante Analogie mit den in der Einzelhaft beobachteten Störungen darbieten. Hier wie dort scheint der Ausschluss gewohnter Sinnesreize das Auftreten der Trugwahrnehmungen zu begünstigen. Im Uebrigen sind hier vor Allem das Greisenalter, in zweiter Linie schlechte Ernährung, Gemüthsbewegungen, bisweilen wol auch alkoholische Gewohnheiten als Entstehungsursachen zu berücksichtigen.

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 Athmungsfläche mit ihren Folgen für den Gasaustausch, dann aber die Beklemmungsgefühle bei emphysematischen und namentlich asthmatischen Beschwerden wol auch auf den Ablauf der psychischen Vorgänge 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 Entartung des Herzmuskels) durch venöse Stauungen und allgemeine Abschwächung des Blutkreislaufes von Bedeutung werden. Im ersteren Falle scheinen vorzugsweise Aufregungszustände, im letzteren häufiger depressive Formen zur Ausbildung zu kommen. Als Andeutung der-

*) v. Frankl-Hochwart, Jahrbücher f. Psychiatrie IX, 1 u. 2, 1889.

**) Witkowski, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXII, p. 347. Karrer in Hagen, Statistische Untersuchungen über Geisteskrankheiten. 1876. Mickle, Goulstonian lectures, März 1888.

artiger Einwirkungen darf wol schon die in der Breite des Normalen gelegene bekannte gemüthliche Reizbarkeit Herzkranker gelten. Dass ausserdem die Beklemmungsgefühle und das Herzklopfen nicht ohne Einfluss sind, ist sehr wahrscheinlich. Ungenügend studirt ist bisher noch die Bedeutung der Gefässerkrankungen bei Psychosen. Zwar werden circulatorische und vasomotorische Störungen, deren Bestehen im einzelnen Falle sich kaum beweisen noch widerlegen lässt, bei jeder Gelegenheit für die widersprechendsten Erscheinungen verantwortlich gemacht, allein unsere Kenntniss der thatsächlichen pathologisch-anatomischen Verhältnisse lässt noch Vieles zu wünschen übrig. Nur bei Lues, Alkoholismus, Dementia senilis, Dementia paralytica sind ausgedehnte und tiefgreifende Veränderungen an den Gefässen beschrieben, die ohne Zweifel zu den Entartungsvorgängen in der Hirnrinde in nahen Beziehungen stehen.

Vielleicht dürfen wir an dieser Stelle auch der eigenthümlichen psychischen Störungen gedenken, welche man im Zusammenhange mit Schilddrüsenerkrankungen beobachtet hat. Bei jugendlichen Individuen erzeugt die Atrophie oder Degeneration jenes Organs die kretinistische Entartung des gesammten Organismus, wie sie neuerdings von Grützner experimentell bei Thieren erzeugt worden ist. Auch ich sah Zurückbleiben des Körperwachsthums nach Herausnahme der Schilddrüse bei einem jungen Fuchse. Dagegen stellt sich beim Erwachsenen nach operativer Entfernung der ganzen Schilddrüse das Bild der Kachexia strumipriva ein, dessen wesentliche Züge in einem allmählich fortschreitenden Schwachsinn mit myxödematösen Veränderungen der Haut und gewissen nervösen Reizerscheinungen (Krampfanfälle, Tetanie) bestehen. Eine nahe Verwandtschaft zu diesem Krankheitsbild zeigt dasjenige des spontanen Myxödems, welches höchst wahrscheinlich durch eine Atrophie der Schilddrüse zu Stande kommt. Hier gesellen sich zu dem leichteren oder schwereren Schwachsinn noch die Erscheinungen einer psychischen Depression, nicht selten auch lebhafte Angstzustände hinzu. Als die gemeinsame Grundlage aller dieser Störungen sind wol Blutveränderungen anzusehen, welche durch den Ausfall der Schilddrüsenfunction herbeigeführt werden. Möglicherweise spielt die gleiche Ursache beim Zustandekommen jener psychischen Alterationen eine Rolle, die wir beim Morbus Basedowii gelegentlich beobachten; freilich kommen dabei wol auch vasomotorische und

Herzinnervationsstörungen in Betracht. Am häufigsten sind es die Erscheinungen einer Herabsetzung der psychischen Widerstandsfähigkeit, die uns hier begegnen, erhöhte gemüthliche Reizbarkeit, Stimmungswechsel und grosse Ermüdbarkeit.

Eine sehr weitgehende ursächliche 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 veranlagten Personen, ein ganz unverkennbarer. Es scheint sich bei diesem Zusammenhange einerseits um die psychische Wirkung unangenehmer dauernder Organgefühle, dann aber vielleicht auch um Störungen der Blutvertheilung im Organismus durch Stauungen in den grossen abdominellen Venenplexus zu handeln. Für letztere Erklärung spricht die bekannte Erfahrung von Nicolai (des „Proktophantasmisten" aus Goethe's Walpurgisnacht), dessen Hallucinationen durch eine Blutentziehung am After verschwanden. Bei chronischen Magen- und Darmleiden 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 Leistungen antwortet. 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 Entwickelung des Zustandes von sehr grosser Bedeutung werden können. Bei schwerem Darniederliegen aller psychischen Leistungen scheint allerdings häufiger Herabsetzung der Salzsäureabscheidung im Magen vorzukommen; auch starke Schwankungen des Salzsäuregehaltes im Magensaft sind bei verschiedenartigen Geistesstörungen nicht selten.*) Parasiten im Darm können durch die Beeinträchtigung der Ernährung, mehr wol noch auf dem Wege reflectorischer Reizung bei Kindern deliriöse Erregungs-

*) Leubuscher und Ziehen, Klinische Untersuchungen über die Salzsäureabscheidung des Magens bei Geisteskranken, 1892.

zustände, 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 Anlass geben. Der psychischen Erscheinungen ist bereits kurz gedacht worden.

Weitaus die grösste Beachtung haben von Seiten der Irrenärzte im Hinblick auf die Entstehung des Irreseins die mannigfaltigen physiologischen und pathologischen Vorgänge in den Genitalorganen 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 Krankheitszustände im Bereiche der Geschlechtsorgane einen entscheidenden Einfluss auf das psychische Leben auszuüben vermögen, wenn auch der Zusammenhang im Einzelnen bisher nur mit Hülfe mehr oder weniger wahrscheinlicher Vermuthungen construirt werden kann.

Als eine erste Gruppe von Schädlichkeiten, die hier in Betracht kommen, hat man geschlechtliche Ausschweifungen und Onanie**) bezeichnet. Von vornherein ist sehr zu beachten, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle diese Vorgänge nicht sowol die Ursache des Irreseins, als vielmehr einfach Anzeichen einer erhöhten nervösen Reizbarkeit, einer krankhaften Anlage darstellen. Sie werden in der Regel nur dort eine sehr erhebliche Ausdehnung gewinnen und nur dort einen wirklich verderblichen Einfluss auszuüben vermögen, wo sie auf bereits prädisponirtem Boden erwachsen sind. Andererseits werden, namentlich von Melancholikern, Neurasthenischen, hypochondrischen Paralytikern häufig in offenbar krankhafter Weise Jahre oder gar Jahrzehnte zurück-

*) Hagen, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. XXXVIII, 1; Vassale, Rivista sperimentale di freniatria XVI, 1890.

**) v. Krafft-Ebing, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXI, 4.

liegende „Jugendsünden“ als die Ursache ihrer Leiden angegeben; die Lectüre einer gewissen Klasse von Schriften, welche die Folgen der Onanie in den grellsten Farben schildern, liefert dazu nicht selten die Anregung.

Dennoch lässt sich die Möglichkeit einer gelegentlichen wirklichen Schädigung des Nervensystems durch die hier besprochenen Ursachen nicht ganz in Abrede stellen, zumal ja auch auf diesem Gebiete ohne Zweifel das Mass der individuellen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit ein äusserst verschiedenes ist. Es wäre denkbar, dass einmal (wol nur bei Männern und im jugendlichen Alter) der Säfteverlust eine gewisse Bedeutung für die Gesammternährung gewinnen kann; es wäre ferner möglich, dass die häufige starke Erregung des Nervensystems die allgemeine Reizbarkeit desselben steigert und seine Widerstandsfähigkeit herabsetzt. Dann ist aber namentlich noch auf die psychische Bedeutung aller triebartig gewordenen, eingewurzelten Leidenschaften hinzuweisen, auf den entsittlichenden 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 Geschlechtsverkehr, da sie ja ihr Ziel viel häufiger und leichter zu erreichen vermag, als der letztere. Beachtenswerth sind übrigens auch wegen ihrer offenbar psychisch-nervösen Entstehungsweise jene vereinzelten 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 heilen zu können.

Aus dem Umstande, dass regelmässig die Hauptursache der aus der Masturbation hervorgehenden Geistesstörungen in der psychopathischen Veranlagung des Erkrankten liegt, erklärt sich die Mannigfaltigkeit der hier beschriebenen Krankheitsbilder, in deren Zügen eben zumeist einfach die psychische Entartung sich ausprägt. Am häufigsten wird bei Onanisten eine fortschreitende Abnahme der psychischen Leistungsfähigkeit berichtet, Unvermögen zur Auffassung und geistigen Verarbeitung äusserer Eindrücke, Gedächtnissschwäche, 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 Verstimmung. Dazu gesellen sich dann mannigfaltige nervöse Störungen, besonders abnorme Gemeinempfindungen, aus denen sich nicht selten unsinnige Wahnideen von dämonischer oder geheimnissvoller physikalischer (magnetischer, elektrischer, sympathischer) Beeinflussung herausentwickeln. Wir erkennen darin unschwer das Bild der Dementia praecox und der ihr verwandten Krankheitszustände.

Auch die geschlechtliche Enthaltsamkeit ist bisweilen unter den Ursachen des Irreseins aufgeführt worden. Leider sind alle statistischen Belege über die Erkrankungshäufigkeit der Ehelosen u. s. f. für die Entscheidung dieser Frage aus nahe liegenden Gründen von nur sehr zweifelhaftem Werth. Im Allgemeinen lehrt indessen die Erfahrung, dass bei gesunden Individuen nach länger dauernder Enthaltsamkeit allmählich die geschlechtliche Erregbarkeit abnimmt, dass die Natur somit selber die hier etwa drohenden Gefahren beseitigt. Etwas anders liegen, wie es scheint, die Dinge bei psychopathisch veranlagten Personen. Erzwungene Enthaltsamkeit, namentlich nach vorheriger Gewöhnung an geschlechtliche Befriedigung, disponirt hier jedenfalls zur Onanie und kann auf diese Weise verderbliche Folgen nach sich ziehen, wenn man auch andererseits bei Menschen mit krankhafter sexueller Reizbarkeit häufig genug die Masturbation neben und trotz geregelten geschlechtlichen Verkehrs sich entwickeln sieht. Wo die Enthaltsamkeit eine freiwillige ist, muss sie wol richtiger als Folge und nicht als Ursache einer krankhaften Anlage aufgefasst werden, die ja so oft mit unvollständiger Ausbildung der Genitalorgane und des Geschlechtstriebes einhergeht. Eine nicht unbedeutende Rolle bei der Entstehung mannigfacher nervöser und psychischer Störungen scheinen aber nach vielfachen Erfahrungen für das weibliche Geschlecht häufige sexuelle Reizungen ohne gehörige Befriedigung zu spielen, wie sie mit der Durchführung des „Zweikindersystems“ nicht selten verbunden sind.

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 krankhafte Grade (äusserste Verstimmung, lebhafte Erregung) erreichen kann.

Störungen der Menstruation*) scheinen nicht selten in einem gewissen Zusammenhange mit psychischen Zustandsveränderungen zu stehen; so hat man nach plötzlichem Aufhören der Menses 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 recht häufig eine Veränderuug des Krankheitsbildes 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 Feststellung 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 Gesammtorganismus wirken können, wurde bereits angedeutet.

Nicht selten sind bekanntlich die Menstruationsstörungen nur Begleiterscheinungen von Erkrankungen der Genitalorgane,**) unter denen namentlich chronische Entzündungen, Lageveränderungen, Geschwülste des Uterus von Wichtigkeit sind. Allen derartigen Leiden, wie auch denjenigen der Ovarien und Tuben, dem Pruritus vulvae, Vaginismus hat man vielfach eine grosse Bedeutung für die Entstehung des Irreseins zugeschrieben, die man sich durch die Annahme einer Ausstrahlung der bestehenden Reizungszustände auf das Centralorgan des Bewusstseins zu erklären suchte. Diese Ansicht stützt sich zunächst auf gewisse Beobachtungen, in denen durch das Einlegen eines passenden Pessariums, durch die Behandlung eines Cervicalkatarrhs und dergleichen eine bestehende Psychose gebessert oder gar zur Heilung gebracht wurde. Im Allgemeinen

*) v. Krafft-Ebing, Archiv f. Psychiatrie, VIII, 1; Powers, Beitrag zur Kenntniss der menstrualen Psychosen, Diss. 1883.

**) L. Mayer, Die Beziehungen der krankhaften Zustände und Vorgänge in den Sexualorganen des Weibes zu Geistesstörungen. 1870; Hegar, Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden und die Castration bei Neurosen. 1885.

dürfte in allen solchen Fällen stets die Hauptursache der Geistesstörung in der krankhaften Anlage des Individuums gelegen sein, von der wir ja wissen, dass sie unter dem Einflusse der verschiedensten Anlässe, ja „von selbst", d. h. durch die Wirkung der normalen Reize des täglichen Lebens, zum Irresein führen kann. Dass 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 vielfach noch das formenreiche Krankheitsbild der Hysterie betrachtet, weil gerade bei diesem Leiden durch die Beseitigung leichterer oder schwererer körperlicher Störungen ausserordentlich überraschende Besserungen des Gesammtzustandes erreicht werden. Man hat daher zur Heilung Hysterischer nicht selten die operative Entfernung erkrankter oder sogar gesunder Ovarien ausgeführt. Auf der anderen Seite ist es indessen bemerkenswerth, dass gerade im Anschlusse an grosse gynäkologische Operationen mehrfach das Auftreten psychischer Erkrankung beobachtet worden ist (künstliches Klimakterium). Den Geschlechtsleiden bei Männern scheint eine irgend erhebliche ursächliche Bedeutung für das Irresein nicht zuzukommen.

Schwangerschaft, Wochenbett und Säugegeschäft. Dagegen zeigt sich die hervorragende Rolle, welche das Geschlechtsleben auch für die psychische Persönlichkeit des Weibes spielt, weiterhin in jener Gruppe von Geistesstörungen, deren Entwickelung 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 14% aller in Irrenanstalten beobachteten Geistesstörungen bei Frauen auf dieselben zurückzuführen. Davon kommen 3% auf die Schwangerschaftspsychosen. Der ursächliche Zusammenhang 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) ver-

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

mittelt 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 Schwangerschaften wiederholt rasch verlaufende, deliriöse Aufregungszustände eintreten. Am günstigsten gestalten sich die in den ersten Monaten zur Entwickelung gelangenden Störungen; die später beobachteten pflegen länger zu dauern. Durch die Geburt wird die Psychose gewöhnlich nicht erheblich beeinflusst; vielmehr geht jene meist ohne besondere Reactionserscheinungen von statten. In einem von mir beobachteten Falle gebar eine stuporös-melancholische Frau ihr todtes Kind in den Nachtstuhl, ohne einen Laut von sich zu geben, so dass man erst später durch die Blutung auf das Ereigniss aufmerksam wurde; auch hier dauerte die Geistesstörung noch mehrere Monate lang fort. Keinesfalls kann daher aus dieser letzteren etwa die Indication zur künstlichen Frühgeburt hergeleitet werden.

Weit häufiger (bei 6,8% aller in die Irrenanstalten aufgenommenen Frauen; unter etwa 400 Wöchnerinnen bei je einer) wird das Wochenbett*) Ursache des Irreseins. Für die Pathogenese ist hier einerseits auf die Schmerzen, den Blutverlust, die raschen Kreislaufsänderungen, sowie auf die psychischen Einwirkungen des Geburtsactes selbst und etwaiger Störungen bei demselben Gewicht zu legen. Unter dem Einflusse dieser Ursachen können sich während der Geburt plötzliche deliriöse Aufregungszustände, bisweilen mit Neigung zu impulsiven Gewaltacten entwickeln, die gerade deswegen eine grosse forensische Bedeutung besitzen 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. Andere erdrosseln ihre Kinder oder lassen dieselben doch unbeachtet ohne Nahrung und Pflege zu Grunde gehen.

Die eigentlichen Puerperalpsychosen dagegen beginnen gewöhnlich erst am 5. bis 10. Tage des Wochenbettes (auch bisweilen nach einem Abortus mit starkem Blutverlust). Sie müssen mit den mäch-

*) Hansen, Zeitschr. f. Geburtshülfe u. Gynäkologie, XV, 1.

tigen Umwälzungen der ersten Tage des Wochenbettes (Ausscheidungen, Gewichtsabnahme), vielfach auch wol mit infectiösen Erkrankungen der Genitalorgane in Zusammenhang gebracht werden. Wo schwere infectiöse Erkrankungen zu Grunde liegen — Mastitis, Endokarditis ulcerosa (Westphal), Parametritis, Perimetritis und ähnliches — hat die psychische Störung natürlich in der Regel wesentlich den Charakter der Fieberdelirien mit baldigem Ausgange in komatöse Zustände.

Sonst aber sind am häufigsten, besonders bei jüngeren Individuen, das rasch verlaufende Collapsdelirium und die Amentia, der ein kurzes Stadium erhöhter Reizbarkeit in depressivem oder expansivem Sinne, Schlaflosigkeit, Unruhe vorherzugehen pflegt. In schweren Fällen kann sich an die anfänglichen deliriösen Aufregungszustände ein kürzeres oder längeres Stadium acuter Demenz anschliessen, aus dem die Kranke erst ganz allmählich, nach Monaten oder selbst Jahr und Tag, wieder erwacht. 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 Grundlage, auf welcher sich in weniger unmittelbarem Anschlusse alle möglichen 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 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 (4,9% aller weiblichen Aufnahmen in Irrenanstalten) die psychischen Erkrankungen der Lactationsperiode. Körperliche Erschöpfung durch Wochenbett und das Säugegeschäft, ferner örtliche Erkrankungen der Genitalien sind hier als die wesentlichen ursächlichen Momente zu betrachten. Ausserdem aber spielt die psychopathische Veranlagung eine massgebende Rolle. Dementsprechend sehen wir neben der Amentia häufiger Melancholien und subacuten hallucinatorischen Wahnsinn sich

entwickeln. 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 unmittelbaren, körperlichen Einwirkung der besprochenen Krankheitsursachen auch ihres psychischen Einflusses zu gedenken. Man hat von diesem Gesichtspunkte aus auch wol die gemischten Ursachen als eine Zwischengruppe zwischen den körperlichen und den psychischen hingestellt. Abgesehen von der aus unserer Grundanschauung sich mit Nothwendigkeit ergebenden allgemeinen Forderung, dass alle Störungen der psychischen Leistungen an solche der Hirnthätigkeit geknüpft sein müssen, ist der eigentliche Mechanismus der psychischen Einwirkungen begreiflicherweise noch völlig unbekannt; nur einzelne Glieder des vermutheten Zusammenhanges 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 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 bei grossem Kummer darthut. Das wichtigste Bindeglied bei der Entstehung des Irreseins aus psychischen Ursachen ist aber wol ohne Zweifel die hier niemals fehlende Beeinträchtigung des Schlafes. Wo die lebhafte Erregung des Gehirns die Möglichkeit des Ruhens und eines gehörigen Ersatzes des 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. Zu der Wirkung psychischer Schädlichkeiten pflegt sich aber fast immer noch diejenige mannigfacher körperlicher Schwächungen durch Elend, Entbehrungen, schlechte Ernährung, unregelmässige Lebensweise, Ausschweifungen aller Art, hinzuzugesellen, so dass es im Einzelfalle gänzlich unmöglich ist, den Antheil der verschiedenen Ursachen an dem Zustandekommen des

psychopathischen Gesammtergebnisses auch nur annähernd festzustellen. Griesinger ist der Ansicht, dass im Allgemeinen die psychischen Ursachen in der Aetiologie des Irreseins ziemlich bedeutend die Rolle der körperlichen überwiegen. Eine genauere Feststellung dieses Verhältnisses dürfte übrigens aus den früher angeführten Gründen nur einen sehr untergeordneten wissenschaftlichen Werth haben.

Nirgends vielleicht spielt die persönliche Eigenart, 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 Unterschiede vielleicht 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" ausdrückt! So kommt es, dass psychische Ursachen allein im Allgemeinen bei gesund entwickelten, rüstigen Persönlichkeiten wol nur äusserst selten wirkliche Geistesstörungen zu erzeugen im Stande sind, während sie auf dem Boden einer krankhaften Constitution zweifellos zu den wichtigsten Veranlassungen des Irreseins gerechnet werden müssen.

Psychische Ansteckung. 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 Krämpfe (Mädchenschulen) auf gleiche Weise ausgelöst werden können, ist eine sehr bekannte Thatsache. Die Medicinalgeschichte berichtet uns ferner von dem endemischen Auftreten religiöser Aufregungszustände in grösserem Massstabe, offenbar ebenfalls unter dem Einflusse der Nachahmung*), und an-

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

scheinend ganz ähnliche 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 Handlungen eines Menschen 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 erkranken (inducirtes Irresein*), folie à deux); ich selbst hatte Gelegenheit, im Zeitraum von acht Tagen drei mit religiöser Aufregung und Sinnestäuschungen erkrankte Geschwister in die Anstalt aufzunehmen. Die Psychose kann dabei entweder einfach durch die gemüthliche Erregung, welche sie bei der Umgebung erzeugt, als Gelegenheitsursache krankmachend wirken, oder aber es werden geradezu gewisse Krankheitserscheinungen durch eine Art von Suggestion dauernd oder vorübergehend von einer Person auf die andere übertragen. Namentlich bei Verrückten und Querulanten macht man bisweilen die Beobachtung, dass sie die eine oder andere Person ihrer Umgebung gänzlich in ihre Wahnideen hineinziehen und dieselbe von der Berechtigung ihrer Ansprüche vollständig überzeugen. Die secundär Erkrankten sind in solchen Fällen regelmässig krankhaft veranlagte, beschränkte Personen mit sehr geringer psychischer Widerstandsfähigkeit. Nicht ohne Weiteres mit dem inducirten Irresein zusammenzuwerfen sind natürlich jene selteneren, aber interessanten Fälle, in denen Geschwister (besonders Zwillinge!) auch ohne gegenseitige Beeinflussung eine mitunter geradezu verblüffende Aehnlichkeit in den Krankheitserscheinungen darbieten.

Eine gewisse Verwandtschaft mit dem Vorgange der psychischen Ansteckung zeigen die in der neueren Zeit mehr beachteten Erfahrungen von geistigen Störungen im Anschlusse an hypnotische Versuche. Die Gefahr liegt hier in dem Umstande, dass bei stark neuropathisch belasteten Personen der wiederholt ihnen aufge-

*) Lehmann, Archiv f. Psychiatrie, XIV, 1; Jakowenko, Wjestnik Psychiatrii, 1887; Werner, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XLIV, 4 u. 5; Wollenberg, Archiv f. Psychiatrie, XX, 1.

drungene hypnotische Zustand bisweilen später in Folge von Autosuggestion von selbst häufig und immer häufiger wiederkehren kann, wie ich es in einem schliesslich mit Selbstmord endenden Falle zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Hauptursache der Psychose liegt auch hier wol immer in der krankhaften Anlage, doch mahnen solche Vorkommnisse jedenfalls zu grosser Vorsicht in der praktischen Handhabung des Hypnotismus.

Gemüthsbewegungen. 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 der Mensch an demselben nimmt! Die äussere Ursache des Affectes ist dabei an sich gleichgültig; „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, seinen Glauben, sein Wissen, seine Familie u. dergl. 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 plötzlichen 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 Entstehung des Irreseins von entschiedenem Belange sein.

Als symptomatische Formen beobachten wir nach rasch einwirkenden Gemüthsbewegungen ganz vorwiegend das Collapsdelirium und die Amentia, in sehr schweren Fällen acute Demenz. Bei stärker

psychopathisch veranlagten Personen können sich auch ängstliche oder stuporöse Melancholien oder Wahnsinnsformen, nach leichteren Einwirkungen manische Aufregungszustände entwickeln. Vielfach scheint das Bild der Psychose noch durch die Art des auslösenden Affectes beeinflusst zu werden und sich in Vorstellungskreisen zu bewegen, die denselben hervorriefen. In Folge von Angst und Verzweiflung sehen wir vorzugsweise depressive, nach zornigen Affecten gewöhnlich wüthende Aufregungszustände und unter dem Einflusse des Schrecks zumeist stuporöse Formen der psychischen Störung entstehen. Allein dieses Verhalten zeigt durchaus keine zwingende Regelmässigkeit; auch ein heiteres Delirium mit völligem Verlust der Erinnerung für den veranlassenden Vorfall kann z. B. auf einen schreckhaften Eindruck hin zur Entwickelung 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 deutlichen Uebergang des normalen Schmerzes einer Mutter über den Tod ihres Kindes in den krankhaften Affect direct 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 einer mit vielfachem Stimmungswechsel verbundenen Amentia 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 krankhafte Störung des Seelenlebens zu verursachen. Den Einfluss schnell eintretender, aber kurz dauernder Schädlichkeiten vermag auch der psychische Organismus oft leichter zu verwinden, als jene langsamen, fortdauernden 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 Kreislaufsstörungen mögen hier als die körperlichen Einflüsse angesehen werden, deren Wirkung derjenigen der psychischen Ursachen 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 ungewohnte, 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. Es sind ganz vorwiegend schwer neurasthenische und melancholische Zustände, bei stärkerer psychopathischer Veranlagung die chronischen Formen des hallucinatorischen und der depressive Wahnsinn, die wir unter solchen Verhältnissen sich ausbilden sehen. Im Ganzen ist jedoch hier der Zusammenhang zwischen äusserem Anlass und geistiger Störung ein weit weniger durchsichtiger und zwingender, das klinische Bild und der Verlauf dieser letzteren ungleich selbständiger, als bei den Psychosen nach acuten Gemüthsbewegungen.

Gefangenschaft. Eine ganze Reihe von psychischen Ursachen findet sich vereinigt in der Gefangenschaft, namentlich in der Einzelhaft, die erfahrungsgemäss einen grossen Procentsatz (2—3%) von Geistesstörungen erzeugt.*) In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle besteht hier schon eine mehr oder weniger schwere krankhafte Veranlagung, theils auf Grund angeborener Entartung, theils durch mannigfache Lebensschicksale (uneheliche Geburt, schlechte Erziehung, Krankheiten, Traumata, Alkoholismus) erworben. Dazu kommen die besonderen hygienischen Verhältnisse des Gefängnisslebens (Kost, ungenügende Bewegung, Mangel frischer Luft), die Nachwirkungen der Untersuchungshaft, der Verlust der persönlichen Freiheit und vor Allem die Einsamkeit, welche dem Eingesperrten zur grübelnden Beschäftigung mit den eigenen Gedanken gründliche Musse giebt und ihn die Angst vor der Zukunft, die Reue über das Begangene um so lebendiger empfinden lässt, je weniger ihn sein Bildungsgrad und sein Charakter zur moralischen Selbsterziehung befähigt. Der Ausbruch der Psychose erfolgt bisweilen schon in den ersten Tagen oder Wochen (Untersuchungshaft), häufiger nach einigen Monaten, selten nach Ablauf des ersten Jahres. Bei Weitem am häufigsten wird in der Stille des Isolirzimmers das Krankheitsbild des hallucinatorischen Wahnsinns, namentlich der acut auf-

*) Gutsch, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XIX, p. 1; Kirn, ibidem XLV, p. 1.

tretenden, rasch verlaufenden Formen, meist mit heftigen Angstzuständen und Selbstmorddrang, seltener mit expansiven Wahnideen und Sinnestäuschungen, beobachtet. Diese, zum Theil allerdings von ihm als acute hallucinatorische Melancholie aufgefassten Zustände bezeichnet Kirn als die geradezu charakteristische Psychose der Einzelhaft. Wo indessen nicht sowol die Isolirung, als vielmehr andersartige Einflüsse die hauptsächliche Ursache der Psychose bilden, können natürlich auch alle möglichen anderen Formen psychischer Erkrankung zur Beobachtung gelangen. Ausser den verschiedenen Arten des Schwachsinns mit oder ohne Epilepsie und periodischen, triebartigen Aufregungen („Zuchthausknall") kommt hier namentlich die hallucinatorische Verrücktheit mit Grössen- und Verfolgungsideen, sowie der Querulantenwahn in Betracht.

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 veranlagte 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 Erkrankungen in der Armee 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 Ueberanstrengungen, Schlaflosigkeit und tiefgreifende, anhaltende gemüthliche Erregungen. Die klinischen Bilder sind demgemäss einmal schwere neurasthenische Zustände, Unfallspsychosen 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

*) Allgemeine Zeitschr. f. Psychiatrie, XLII.

**) Sanitätsbericht über die deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich 1870/71, Bd. VII.

Irreseins sehr gewöhnlich mit einer erst 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 äusseren Schädlichkeiten die eigentliche Psychose zum Ausbruch gelangt. Es lässt sich daher hier die unmittelbar krankmachende von der vorbereitenden Wirkung auch theoretisch nicht mehr trennen. Geistige Thätigkeit und Gemüthsbewegung beruhen auf den normalen Leistungen 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 Arbeitsleistung zunächst zu einer bleibenden Erhöhung der Reizbarkeit, zu jenem Zustande, den wir als reizbare Schwäche bezeichnen, und der dann endlich bei Fortdauer der Erregung in die Erschöpfung, in die Abschwächung aller psychischen Leistungen übergeht. Die grössere oder geringere Schnelligkeit, mit welcher diese Zustandsveränderungen sich im einzelnen Falle ausbilden, hängt natürlich ganz von der ursprünglichen persönlichen 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 sind regelmässig die Erscheinungen der Neurasthenie, Erhöhung der psychischen Reizbarkeit, Zerstreutheit, Verstimmung, hypochondrische Befürchtungen, Schlaflosigkeit, verbunden mit mannigfaltigen „nervösen“ Störungen, im weiteren Verlaufe dagegen Erschöpfung, Unfähigkeit zu geistiger Anstrengung, wachsendes Ruhebedürfniss und Apathie. Diese Störungen, deren leichteste Formen ein Jeder an sich gelegentlich beobachten kann, wenn irgend eine Lebenslage erhöhte Anforderungen an seine psychischen Leistungen stellt (Examen), entwickeln sich zu dauernden Zustandsveränderungen dort, wo übermässige Reize immer von Neuem auf den Menschen einwirken, oder dort, wo der Organismus von vornherein nicht die genügende Elasticität besitzt, um die schädigenden Einflüsse in der Ruhe rasch und erfolgreich ausgleichen zu können.

Praktisch kommt die Ueberanstrengung als Ursache psychischer Störungen hauptsächlich nach zwei Richtungen in Betracht, einmal

als Uebermass rein intellectueller Leistung bei Schülern, Studenten, Gelehrten, dann aber als Ueberbürdung mit Pflichten verschiedener Art bei Krankenpflegerinnen, Erzieherinnen, Eisenbahnbeamten u. s. f. Die erstere Form birgt ernstere Gefahren nur für jugendliche oder bereits prädisponirte Individuen; hier können vor Allem Dementia acuta oder bei chronischerer, tiefer greifender Einwirkung Dementia praecox zur Entwickelung gelangen, während sich sonst die in der Regel einfach neurasthenischen Erscheinungen bei längerer Ruhe leicht wieder zu verlieren pflegen. Im zweiten Falle wird die geistige Ueberanstrengung meist von beständiger gemüthlicher Anspannung, vom Gefühle der Verantwortlichkeit sowie von körperlichen Strapazen begleitet. Wir begegnen daher hier im Allgemeinen schwereren und länger dauernden psychischen Erkrankungen, ausser den oben genannten besonders Melancholien und den verschiedenen Formen des Wahnsinns; auch für die Entstehungsgeschichte der Paralyse scheint die gemüthliche Ueberanstrengung eine gewisse Bedeutung zu haben.

Rohe und wahre Ursachen. Das Endziel der ätiologischen Forschung ist ohne Zweifel die Feststellung eines derart gesetzmässigen Zusammenhanges zwischen Ursache und Wirkung, dass in jedem einzelnen Krankheitsfalle derselben Schädlichkeit überall die nämliche Störung entspricht und umgekehrt. Thatsächlich sehen wir indessen, dass man bisher den gleichen äusseren Einwirkungen die Erzeugung verschiedenartiger Formen des Irreseins zuschreibt, und dass dieselben psychischen Erkrankungen anscheinend aus einer Reihe differenter Ursachen hervorgehen. Dieser Widerspruch, der sich übrigens bei allen unentwickelten Erfahrungswissenschaften wiederfindet, hat seinen Grund einmal darin, dass uns die wichtigste Gruppe der Ursachen, das grosse Gebiet der krankhaften Praedisposition, dem Wesen nach fast ganz unbekannt ist, weiterhin aber in dem Umstande, dass wir wesentlich nur die rohen, nicht aber die wahren Ursachen und Wirkungen zu berücksichtigen vermögen. Wäre z. B. eine bestimmte chemische Veränderung in der Zusammensetzung des Blutes die wahre Ursache einer bestimmten Psychose, so könnten sehr verschiedene rohe Ursachen, etwa eine Krebskachexie, häufige Blutungen, chronische Malariainfection, Erkrankungen der blutbildenden Organe u. s. f. neben anderen Wirkungen gerade den gemeinsamen Effect haben, dass die Ernährungsflüssigkeit nach der

hier in Betracht kommenden Richtung hin functionsunfähig wird. Umgekehrt ist es gewiss möglich, dass psychische Störungen, die der äusserlichen Betrachtung völlig verschieden erscheinen, in Wahrheit doch nahe verwandt, etwa nur verschiedene Stadien oder Stärkegrade eines und desselben Krankheitsprocesses sind. Den Grössen- und den Kleinheitswahn des Paralytikers wird man vielleicht zunächst als Anzeichen diametral entgegengesetzter Störungen anzusehen geneigt sein, bis man entdeckt, dass sie beide in der psychischen Schwäche, sowie in der Benommenheit der Kranken eine gemeinsame Grundlage haben.

Diese Ueberlegungen können uns die Unvollkommenheit unserer jetzigen ätiologischen Vorstellungen verständlich machen und zugleich vielleicht den Weg zeigen, den wir weiterhin zu gehen haben werden. Immerhin lässt auch der heutige Stand unseres Wissens wenigstens in grossen Umrissen einige allgemeine Beziehungen zwischen Ursache und Krankheitsform erkennen. Massgebend erscheint überall die Schnelligkeit, mit welcher die Ursache einwirkt. Alle plötzlich den Organismus treffenden Schädlichkeiten erzeugen im Ganzen dieselben Krankheitsbilder, mögen sie selbst körperlichen oder psychischen Ursprungs sein. Regelmässig begegnen wir hier auch acut verlaufenden Geistesstörungen, deren eine Gruppe die Vergiftungs- und die ihnen nahe verwandten Fieberdelirien darstellen, während auf der anderen Seite die Erscheinungen der acuten Hirnerschöpfung stehen. In beiden Gruppen können wir ferner verschiedene Stärkegrade der Störung unterscheiden, von den leichtesten Anzeichen einer erhöhten psychischen Erregbarkeit an durch die eigenthümlichen deliriösen Zustände hindurch bis zum schwersten und unter Umständen dauernden Darniederliegen aller psychischen Leistungen. Wo dagegen die Ursachen langsam einwirken und damit selbst erst eine gewisse Prädisposition, eine allmähliche Umwandlung in dem Gesammtverhalten des Organismus erzeugen, da sehen wir zumeist subacut oder chronisch verlaufende Psychosen sich entwickeln. Hierher gehören die verschiedenen Formen der Melancholie und des Wahnsinns einerseits, die Entartungszustände bei chronischen Vergiftungen, die Dementia paralytica und verwandte Erkrankungen andererseits, je nachdem die Krankheitsursachen ausgleichbare Functionsstörungen oder tiefer greifende Veränderungen in der Zusammensetzung unseres Nervengewebes herbei-

führen. Selbstverständlich aber werden diese Beziehungen zwischen Ursache und Krankheitsform überall auf das durchgreifendste beeinflusst durch den ursprünglichen Zustand der erkrankenden Person. Wo bereits im Organismus die Entstehungsbedingungen der Psychose gegeben sind, kann sehr wol eine acut einwirkende Schädlichkeit zum Ausbruche einer chronisch verlaufenden Geistesstörung den Anlass geben, und umgekehrt können lange fortgesetzte leise Reize, die vom gesunden Menschen einfach ausgeglichen werden, bei krankhafter Veranlagung sich summiren und zu plötzlichen, rasch vorübergehenden Entladungen führen. Noch verwickelter werden die Verhältnisse durch den Umstand, dass wir praktisch mit den verschiedensten Graden der Prädisposition zu rechnen haben und demnach im Leben alle möglichen Beziehungen zwischen rohen äusseren Ursachen und klinischen Formen der Geistesstörung zur Beobachtung kommen können. Die hier bestehenden Gesetzmässigkeiten sind daher ausserordentlich schwer zu entwirren. Dass sie aber in gleicher Weise vorhanden sind, wie auf allen übrigen Gebieten körperlichen und geistigen Geschehens, vermögen wir auch heute schon mit grösster Wahrscheinlichkeit zu erkennen.

B. Innere Ursachen (Prädisposition).

Mit der Betrachtung der psychopathischen Veranlagung betreten wir jenes zweite grosse Gebiet der ätiologischen Forschung, welches sich mit den in der Persönlichkeit des Erkrankten selbst gelegenen Ursachen beschäftigt. Der Versuch, ein vollständiges Verständniss für die Entstehung der Erkrankung zu gewinnen, weist uns zurück auf die gesammte Entwickelungsgeschichte 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 Hauptklassen abzutrennen, in allgemeine und individuelle, je nachdem sie sich auf grössere Gruppen von Personen insgesammt 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 Bedingungen sind es, die man zumeist unter der Bezeichnung der allgemein prädisponirenden Ursachen zusammenfasst, nämlich einmal die Herabsetzung der psychischen und körperlichen Widerstandsfähigkeit, wie sie durch die besondere Veranlagung oder die besonderen Lebensverhältnisse einer Gruppe von Personen begründet wird, dann aber auch die von den gleichen Umständen abhängige grössere oder geringere Häufigkeit der äusseren Ursachen psychischer Erkrankung. Streng genommen, kann natürlich nur im ersteren Falle von einer wirklichen Prädisposition die Rede sein, doch empfiehlt es sich aus praktischen Gründen, auch die Betrachtung der letztgenannten Verhältnisse hier anzuschliessen.

Lebensalter. Von den anthropologischen Eigenschaften, welche die Entwickelung der psychischen Persönlichkeit entscheidend beeinflussen, sind die wichtigsten das Lebensalter und das Geschlecht. Das Gehirn des Neugeborenen ist in gewisser Beziehung ein leeres Blatt; es ist wol die Anlage vorhanden, welche dasselbe zu seinen späteren verwickelten Leistungen befähigt, und es bestehen gewiss auch Dispositionen, welche die Entwickelung dieser Leistungen in eine bestimmte Bahn zwingen, aber der Inhalt des Bewusstseins ist noch äusserst dürftig, die Verknüpfung der einzelnen psychischen Vorgänge 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 grosse 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 Bewusstseinsinhalts beruht auf einer grösseren Empfänglichkeit, und hat somit auch eine geringere Widerstandsfähigkeit gegen äussere Eindrücke zur Folge. Die grössere Erregbarkeit des Interesses geht naturgemäss mit einer leichteren Ablenkbarkeit und Zerstreutheit

desselben einher; die Leichtigkeit, mit der sich die Vorstellungen an einander knüpfen, schliesst den Hang zu phantastischer Auffassung und „märchenhafter Belebung“ der Aussenwelt in sich. Dazu gesellt sich eine grosse Unbeständigkeit der Stimmungen und Affecte sowie die Neigung zu raschem, unüberlegtem Handeln. Physiologisch drückt sich diese Eigenthümlichkeit des Kindesalters, wie wir durch Soltmann's 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 in sich schliesst. In der That spricht für diese Ansicht die tägliche Beobachtung, indem sie uns zeigt, wie gewisse Schädlichkeiten, die der Erwachsene ohne Störung erträgt, z. B. leichte fieberhafte Temperatursteigerungen, im Kindesalter alsbald ausgeprägte Schwankungen des psychischen Gleichgewichts 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 Zählung. Dazu kommt, dass eine grosse Zahl jener Schädigungen, 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 Beobachter 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 Geistesthätigkeit machen es begreiflich, dass einmal

*) Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters, 1887; Moreau, la folie chez les enfants, deutsch von Galatti. 1889.

solche Krankheitsbilder im Kindesalter nicht zur Entwickelung gelangen können, welche ihrem Wesen nach eine allmähliche Umwandlung eben der psychischen Persönlichkeit bedeuten, und dass andererseits gerade hier, sobald die Störung einmal eine tiefergreifende geworden ist, ein gänzlicher Verfall des Seelenlebens sehr rasch eintreten muss, wo beim Erwachsenen der Erwerb der gesunden Vergangenheit noch lange den krankhaften Mangel der augenblicklichen psychischen Leistungsfähigkeit wenigstens theilweise zu verdecken vermag. So lange wir beim Kinde in der ersten Lebenszeit überhaupt noch nicht von einer eigentlichen psychischen 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 gemüthliche Schwankungen (ängstliche oder expansive Erregung) oder ganz einfache Störungen 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 Entwickelungshemmung des Gehirns, wie sie durch fötale Erkrankungen bedingt wird, und ebenso jede dauernde tiefere Beeinträchtigung seiner Leistungen gerade hier das klinische Bild des Blödsinns und Schwachsinns in seinen verschiedenen Graden, wie es symptomatisch durch die Entwickelungsstufe jedes Neugeborenen dargeboten wird, zu einem dauernden Zustande werden lassen. Die geringe Zahl eigentlicher psychopathischer Krankheitsprocesse im Kindesalter wird daher durch ein ausgedehntes Gebiet von Fällen angeborener oder in den ersten Lebensjahren erworbener psychischer Schwäche (Idiotie) weit mehr als ausgeglichen.

Mit der fortschreitenden Ausbildung der psychischen Persönlichkeit und mit dem gleichzeitigen Hervortreten mannigfacher neuer Krankheitsursachen nimmt die Häufigkeit und symptomatische Reichhaltigkeit der Geistesstörungen allmählich zu. Namentlich die Pubertätsperiode mit ihren mächtigen Umwälzungen auf körper-

lichem und psychischem Gebiete sowie mit den gesteigerten Anforderungen an die gesammte Arbeitskraft ist es, die hier eine bedeutsame Rolle spielt. Die eigenthümlichen Stimmungsschwankungen dieser Zeit (erhöhte Reizbarkeit, Neigung zur Schwärmerei und Sentimentalität) können sich zu ausgeprägten depressiven oder expansiven Krankheitsformen entwickeln, vielfach den ersten Vorläufern periodisch wiederkehrender Störungen; die unbestimmten, triebartigen, der Geschlechtssphäre entstammenden Gefühle geben den günstigen Boden ab für masturbatorische Aufregungen und allerlei impulsive Handlungen, 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 hervorzutreten beginnt. In den kleinen Kämpfen 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 Gemüthsstumpfheit. 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 vorzeitige Verblödung oder eine durchgängige Verfälschung des gesammten Bewusstseinsinhaltes herbeiführen. Gleichwol vermag der Schutz, welchen die heranwachsende Jugend im elterlichen Hause zu geniessen pflegt, die Morbidität dieser Altersklasse noch verhältnissmässig günstig zu gestalten. Auf den nun folgenden Entwickelungsstufen mit ihren allmählich immer wachsenden Gefahren nimmt die Häufigkeit der psychischen Erkrankungen noch stetig zu.

Die nächste Periode umfasst das Alter der Jugendblüthe, bis etwa zum 25. Lebensjahre. Die in der Pubertätszeit angebahnte Entwickelung des Verstandes und des Charakters schreitet fort, um allmählich zu einem gewissen Abschlusse zu gelangen. Noch immer besteht eine grössere Empfänglichkeit, ein lebhafteres und unbeständigeres Gefühlsleben, 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 Schädlich-

keiten beginnen jetzt mit der grösseren Selbständigkeit der Lebensstellung und den erhöhten Anforderungen an die geistigen und moralischen Kräfte ihre Wirksamkeit zu entfalten; die Unzulänglichkeit der persönlichen Anlage tritt daher nunmehr deutlicher hervor, wenn sie so lange in den geschützteren 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 krankhafte Entwickelung ihrer Vorstellungskreise und ihrer Gefühle von den „rüstigen" Individuen ab. Die angeborene neurasthenische sowie die hysterische Veranlagung macht sich jetzt in ihren eigenthümlichen Erscheinungen geltend; circuläre oder periodische Erkrankungen kündigen sich in ausgesprocheneren Anfällen an; die Neigung zu paranoischen Wahnbildungen, aber auch zu raschem geistigem Verfall, tritt deutlicher hervor. Als typische Psychosen dieses Lebensalters fordern die Dementia praecox und die Katatonie ihre Opfer. Die geringere Widerstandsfähigkeit auch der kräftiger Veranlagten zeigt sich in der relativen Häufigkeit der Erschöpfungspsychosen, namentlich in der schweren Form der Dementia acuta.

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 körperlichen und geistigen 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 rascherem Fortschritte angewachsen, als jene. Die Schwierigkeiten der Lebensführung vergrössern sich mit der zunehmenden Selbständigkeit und der Sorge um Weib und Kind; aus der weiter reichenden Verantwortlichkeit entspringen ernstere Conflicte 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 den Menschen aussetzt, die verhängnissvollen Vorgänge des Geschlechtslebens beim Weibe und — last, not least — die verderbliche Wirkung der Ausschweifungen in Baccho et Venere

(Syphilis!). Die verschiedensten ätiologischen und symptomatischen Gruppen des Irreseins gewinnen daher in diesem Alter ihre weiteste Verbreitung; dennoch darf als einigermassen charakteristisch für dasselbe besonders die allgemeine Paralyse angesehen werden; auch die ausgebildeten Formen der Verrücktheit stehen wegen ihrer langsamen Entwickelung hier noch mit im Vordergrunde.

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 nnd Aufregungen in Wegfall kommt, 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 Eindrucksfähigkeit eine bedeutsame Rolle zu. Der Gesichtskreis verengt sich, die Reproductions- und Combinationsfähigkeit nimmt ab, das Gefühlsleben verödet und zieht sich mehr und mehr 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 allzugrossen Schwankungen des gemüthlichen Gleichgewichts bewahrt. Zudem ist dieses Lebensalter ja gewissermassen bereits „durchseucht“; die grosse Mehrzahl der psychischen Invaliden ist schon früher den verderblichen Einflüssen der Krankheitsursachen 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 die somatischen Veränderungen, welche sich in dieser Periode vollziehen, das Klimakterium der Frauen, die Atheromatose der Gefässe, die Rückbildungsvorgänge im Nervensysteme und in den verschiedensten Organen. Wenn daher auch einerseits die psychische Empfänglichkeit beim Greise abgenommen hat und andererseits die meisten jener Krank-

heitsursachen, welche die kräftigsten Lebensalter bedrohen, hier wegzufallen pflegen, so birgt doch schon der normale Gang der Ereignisse eine Reihe von Gefahren für die geistige Gesundheit des Menschen 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 zur Auffassung und Verarbeitung neuer Eindrücke, Verwirrtheit und Zerfahrenheit, Oberflächlichkeit der Affecte, hypochondrische Befürchtungen, nächtliche Unruhe, dabei Neigung zu rascher Verblödung sind die hervorstechendsten Züge der hierher gehörigen Krankheitsbilder, unter denen die ungemein typischen senilen Melancholien und (namentlich bei Frauen im Klimakterium) der depressive Wahnsinn im Vordergrunde stehen. Bemerkenswerth ist die Häufigkeit von Gehirnsymptomen, Schwindel, apoplektiformen 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 Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern erkennen lässt. In Wirklichkeit dürfte es kaum zweifelhaft sein, dass das Weib mit seiner zarteren Organisation, mit der geringeren Ausbildung des Verstandes und dem stärkeren Hervortreten des Gefühlslebens weniger Widerstandsfähigkeit gegen die körperlichen und psychischen Ursachen des Irreseins besitzt, als der Mann. Allein die Bedeutung dieser Veranlagung für die wirkliche Häufigkeit psychischer Erkrankungen wird ausgeglichen durch die verhältnissmässig geschützte Stellung, die das Weib dem unvergleichlich mehr gefährdeten Manne gegenüber einnimmt. Alle jene Schädlichkeiten, die der Kampf um's 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.*) Allerdings dürfte gerade hier die relative Häufigkeit ursprünglicher psychopathischer Veranlagung wesentlich in Rechnung zu ziehen sein.

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 Zeitpunkte 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 paralytica, die Intoxikationspsychosen, die Verrücktheit mit ihrer vorzugsweise intellectuellen Störung, die erworbene Neurasthenie überwiegen beim männlichen Geschlechte, während dem weiblichen die grosse Gruppe der hysterischen Erkrankungen vorzugsweise eigenthümlich ist; auch Collapsdelirien, Amentia, sowie Melancholien und depressiver Wahnsinn sind hier verhältnissmässig häufig, letztere ganz besonders im höheren Lebensalter.

---

*) v. Oettingen. Moralstatistik. 3. Auflage. 1882, p. 767 ss.

Race und Nationalität. Sehr wenig Sicheres lässt sich bei dem jetzigen Stande der Statistik und der grossen Schwierigkeit der Frage über den prädisponirenden Einfluss der Race und Nationalität aussagen. Man kann eben nicht ermitteln, wie weit die sich herausstellenden statistischen Unterschiede nicht vielmehr durch die socialen Unterschiede bedingt sind; jedenfalls sind die häufigen Angaben über Seltenheit des Irreseins bei „Naturvölkern" aus dem genannten und vielen anderen Gründen mit grosser Vorsicht aufzunehmen. Jene 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 Culturentwickelung, die man als die Ursache einer grösseren Häufigkeit des Irreseins angeschuldigt hat. Soweit die bisher allerdings noch ziemlich unzulänglichen Anfänge einer internationalen Irrenstatistik reichen, scheint wol in dem civilisirteren Westeuropa, namentlich in der Schweiz, das Verhältniss der Geisteskranken zur Bevölkerung ein höheres zu sein, als im Osten. Allein dieses Ergebniss hat wegen der verschiedenen Zuverlässigkeit der Vergleichszahlen nur einen sehr zweifelhaften Werth; im Allgemeinen dürften doch heute überall im Durchschnitt auf 1000 Einwohner eines Landes etwa 3 Geisteskranke zu rechnen sein. Andererseits kann allerdings kaum in Abrede gestellt werden, dass die rasche 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 ein rascheres Fortschreiten aufweist, als das allgemeine Anwachsen der Bevölkerung. Dieses Verhalten wird treffend illustrirt einmal durch die ebenfalls unzweifelhafte Steigerung der Selbstmordhäufigkeit, 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 den grössten Beitrag zu der raschen Vermehrung der Geisteskrankheiten und des Selbstmordes liefern. Je schärfer und verwickelter sich

der Wettbewerb der Menschen 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 Entwickelung, und sie beruht insofern sogar theilweise auf einem stärkeren Hervortreten echter Menschenliebe, 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 Wirksamkeit der mit ihnen verknüpften Schädlichkeiten begründet; höchstens könnte man aus der Wahl mancher künstlerischen Berufsarten, z. B. des dichterischen und schauspielerischen, einen bisweilen zutreffenden Rückschluss auf die grössere psychische Empfänglichkeit des Individuums machen. Auch die Berufslosigkeit (Vagabunden, Gewohnheitsverbrecher u. s. f.) dürfte vielfach eine ähnliche Deutung (unvollkommene oder abnorme Entwickelung 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. Geistige Ueberanstrengung kann bei Gelehrten oder im jugendlichen Alter bei Schülern prädisponirend wirken oder auf anderweitig vorbereitetem Boden dem Ausbruche des Irreseins Vorschub leisten. Gerade die Erkrankungen an Dementia praecox sieht man auffallend häufig bei jungen Leuten, die wegen besserer Fortschritte in der Schule dazu bestimmt werden, einen Beruf zu ergreifen, der höhere Anforderungen an ihre geistige Leistungsfähigkeit stellt. Gemüthliche Erregungen spielen bei Militärs im Kriege, bei Börsenmännern, bei Künstlern, bei Gouvernanten ihre verderbliche Rolle. Matrosen, Schankwirthe, Prostituirte sind dem Einflusse aufreibender Excesse, besonders in Alkoholicis, ausgesetzt, während der Fluch der Noth, der Entbehrung, der Nahrungssorgen, hygienischer Missstände hauptsächlich die hand-

arbeitenden Massen der Bevölkerung drückt. Körperliche Ueberanstrengung, Strapazen, Nachtwachen sind die Schädlichkeiten, welche der Militärdienst 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 ausgesetzt 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 Hinblicke 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 Entwickelung, 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 Verwittweten 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 Bedingungen des Lebens ist endlich noch der politischen und religiösen

Stürme zu gedenken, welche gelegentlich die Massen in stärkere Erregung versetzen. Die wirkliche ätiologische Bedeutung derartiger Vorgänge 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 Einflüsse. Ueber die prädisponirende Wirkung kosmischer Einflüsse liegen bisher noch keine sicheren Angaben vor, wenn sich auch nach Analogie 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 und vielleicht auch in heisserem Klima häufiger zur Entwickelung kommen, als im Winter und im Norden.

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 ähnliche Gesichtspunkte einen Einblick in das zweifache Wesen jener vielgestaltigen Krankheitsursachen 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 in mancher Beziehung wichtigste Frage Aufschluss zu geben hat, über die Frage nach dem Einflusse der Erblichkeit. Die Bedeutung dieser Verhältnisse in der Entstehungsgeschichte

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 90%). Der Grund für diese grossen Unterschiede liegt hauptsächlich in der verschieden 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 Erscheinungsform neuropathischer Veranlagung angesehen und somit bei der Feststellung hereditärer Verhältnisse in Rechnung gebracht werden müssen, so ergiebt sich, dass im Mittel bei mindestens 30 bis 40% 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 Zusammenhang zwischen diesen Störungen erweist, und dass uns ferner gänzlich der statistische Nachweis für die Häufigkeit einer derartigen erblichen Veranlagung bei der grossen Masse nicht geisteskranker Personen mangelt. Müssen wir somit jene Zahlenangaben lediglich als Erfahrungsthatsachen ansehen, ohne in ihnen zunächst etwa den Ausdruck eines „Gesetzes" zu erblicken, so steht dennoch die allgemeine Bedeutung der Erblichkeit in der Entstehungsgeschichte 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, Gross-

*) Legrand du Saulle, Die erbliche Geistesstörung, übersetzt von Stark. 1874; Saury, étude clinique sur la folie héréditaire. 1886.

tante, Vetter u. s. f.) zurückbezieht. Am stärksten 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 Veranlagung 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 wegen der so häufigen gekreuzten Vererbung nicht unerheblich stärker gefährdet sind, als die männlichen.

Die Wirkung der Erblichkeit lässt je nach Art und Stärke gewisse Verschiedenheiten erkennen. Wo die hereditären Einflüsse sich häufen, wie das namentlich bei Verwandtschaftsheirathen in neuropathisch veranlagten Familien der Fall zu sein scheint, da entsteht schliesslich eine „organische Belastung", da treten bei der Nachkommenschaft die schwereren Formen psychischer Entartung, besonders intellectuelle und moralische Störungen hervor. Morel giebt für diese fortschreitende 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, Entwickelungshemmungen. Es würde also diese Art der Züchtung von selbst mit Nothwendigkeit den Untergang des entarteten Geschlechtes herbeiführen. Von einer so einfachen Regelmässigkeit ist natürlich bei diesen ungemein verwickelten und nur in den gröbsten Umrissen bekannten Verhältnissen keine Rede; doch scheint in der That vielfach das häufigere Auftreten angeborener Schwächezustände, bisweilen neben hervorragender Begabung bei anderen Familiengliedern, das Endstadium hereditärer Entartung anzukündigen. Von sonstigen psychischen Erkrankungen sind es namentlich das periodische und noch mehr das circuläre Irresein, die epileptischen, hysterischen und die angeborenen neurasthenischen Geistesstörungen, endlich die Verrücktheit, besonders die originäre Form derselben, welche am häufigsten gerade auf ererbter Grundlage sich entwickeln. Relativ wenig durch die Erblichkeitsverhältnisse beeinflusst zeigen sich die Delirien, die Erschöpfungszustände und die progressive

Paralyse, während Manie und Melancholie, der Wahnsinn und der Alkoholismus eine Art Mittelstellung einnehmen. Es ergiebt sich somit, dass hereditär belastete Individuen im Allgemeinen die Neigung haben, constitutionell, dauernd oder doch in häufiger wiederkehrenden Anfällen zu erkranken. Je mehr die eigentliche Ursache der Psychose im Menschen selber ihren Sitz hat, desto geringfügiger braucht eben auch hier der äussere Anstoss zu sein, um eine dauernde und in der Regel unheilbare Störung der gesammten Persönlichkeit herbeizuführen. Nicht selten erscheint dabei die Störung, rein symptomatisch genommen, als eine verhältnissmässig geringe, da wir es mehr mit einem eigenartig, degenerativ entwickelten Menschen, als mit einem Krankheitsprocesse von typischem Ablaufe zu thun haben. Gerade die Mischung ausgeprägter Krankheitserscheinungen mit verhältnissmässig normalen psychischen Leistungen, wie sie auf diese Weise zu Stande kommt, darf bis zu einem gewissen Grade als charakteristisch für die Psychosen auf erblicher Grundlage angesehen werden.

Nur bei den schwersten Formen der erblichen Entartung werden pathologische Zustände als solche vererbt; in der Regel findet nur die Uebertragung einer krankhaften Disposition, einer geringeren Widerstandsfähigkeit des psychischen Organismus statt, welche erst dann zur wirklichen Erkrankung führt, wenn ungünstige Einflüsse auf dem Boden der hereditären Anlage ihre verderbliche Wirksamkeit entfalten. So erklärt es sich, dass der Beginn der Geistesstörung bei erblich Belasteten besonders gern in jene Lebensabschnitte zu fallen pflegt, in denen aus inneren oder äusseren Gründen das psychische Gleichgewicht stärkeren Schwankungen ausgesetzt ist, namentlich in das Pubertätsalter, ferner in die Zeit des Kampfes um eine selbständige Lebensstellung und der beginnenden senilen Rückbildung resp. des Klimakteriums beim Weibe. Wenn wir diesen Erfahrungen gegenüber bei „rüstigen“, nicht erblich belasteten Individuen im Allgemeinen Geistesstörungen nur durch intensiv wirkende Schädlichkeiten entstehen und dann entweder in Genesung oder aber in mehr oder weniger schweres psychisches Siechthum ausgehen sehen, so bedarf es kaum besonderer Betonung, dass es natürlich zwischen diesen beiden Grenzfällen alle möglichen Uebergänge geben muss, deren Entstehung sich eben aus der sehr verschiedenen ursächlichen Bedeutung erklärt, welche der erblichen

Veranlagung in der Reihe der einzelnen klinischen Formen des Irreseins zukommt. Ebenso ist es selbstverständlich, dass die Beziehungen zwischen Heredität und bestimmten psychischen Krankheitsbildern zunächst nur statistische sind, dass also im gegebenen Falle die erbliche Veranlagung zweifellos auch durch eine Häufung andersartiger ungünstiger Momente ersetzt werden, und dass umgekehrt auch ein hochgradig hereditär belastetes Individuum an einer acuten, nicht periodischen, heilbaren Psychose erkranken kann.

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 nach einander mit Selbstmord endigen, oder es kann bei gleichen Anlässen, im gleichen Lebensalter dieselbe Erkrankung bei Vorfahren und Nachkommen zur Entwickelung 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 nach Siolis sorgfältigen Untersuchungen 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 Aequivalenten die krankhafte Grundlage, während die Ausbildung der Störungen im Einzelnen durch verschiedenartige zufällige Ursachen 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 Weiterentwickelung derselben massgebend werden.

Als körperliche Anzeichen der erblichen Entartung (stigmata hereditatis) pflegt man gewisse Entwickelungsanomalien zu betrachten, welche sich mit einiger Häufigkeit bei erblich belasteten Individuen vorfinden. Dahin gehören Verbildungen des Schädels, der Zähne,

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

der Ohren,*) Asymmetrien, Innervationsstörungen, mangelhafte Ausbildung der Genitalien, umschriebenes Ergrauen der Haare 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.

Entwickelungsstörungen. Fast gänzlich unbekannt ist bisher der Einfluss solcher Schädlichkeiten auf die Veranlagung des Individuums, welche, ohne erbliche zu sein, die erste Zeit seiner Entwickelung betreffen, obgleich dieselben höchst wahrscheinlich bisweilen von sehr einschneidender Bedeutung sein können. So wird angegeben, dass Berauschtheit während des Zeugungsactes Epilepsie der Nachkommen zur Folge haben, dass heftige Gemüthsbewegung der Mutter während der Schwangerschaft eine psychopathische Veranlagung des Kindes hervorrufen kann. Dass ferner allerlei körperliche Ursachen, ungenügende Ernährung, hohes oder sehr jugendliches Alter der Eltern, endlich Krankheiten dieser letzteren oder des Fötus für die Hirnentwickelung und somit auch für die psychische Anlage des Individuums eine grosse, wenn auch noch nicht im Einzelnen bestimmbare Wichtigkeit erlangen dürften, bedarf keiner weiteren Ausführung. Dagegen muss es heute, namentlich im Hinblicke auf die Verhältnisse bei Thieren, zum Mindesten als recht zweifelhaft gelten, ob wirklich, wie man vielfach gemeint hat, nahe Verwandtschaft der Eltern an sich schon eine Entartung der Kinder zur Folge hat. Die anscheinend in diesem Sinne sprechenden positiven Erfahrungen lassen sich vielmehr höchst wahrscheinlich auf eine cumulative Vererbung von Krankheitsanlagen in bereits degenerirten Familien zurückführen. Wo beide Eltern völlig gesund sind, wird die Entwickelung der Nachkommenschaft durch die Blutsverwandtschaft schwerlich in krankmachender Weise beeinflusst.

Erziehung. Unserem unmittelbaren Verständnisse leichter zugänglich erscheint die Bedeutung der Erziehung für die Entwickelung der psychischen Persönlichkeit. Allerdings wissen wir heute

---

*) Binder, Archiv f. Psychiatrie, XX, 1889, p. 514.

noch nicht, wieweit die Erziehung überhaupt in das Wesen des Menschen einzugreifen und dasselbe umzugestalten vermag. Die Anschauungen über diesen Punkt schwanken zwischen fatalistischem Zweifel und hoffnungsvollem Optimismus vielfach hin und her. Die einfache Erfahrung scheint mir zu lehren, dass hier die verschiedenartigsten Verhältnisse in der Natur wirklich vorkommen. So gewiss es Menschen giebt, die von vorn herein auf die psychische Erkrankung unrettbar zutreiben, ja, die schon geisteskrank geboren werden, so gewiss alle wesentlichen Eigenschaften des Verstandes und Charakters schon beim Kinde in der Anlage vorhanden sind, so unzweifelhaft ist es auch, dass die Art der Jugenderziehung für die weitere Ausbildung jener Anlagen und damit auch für die gesammte Gestaltung der Lebensschicksale von eingreifender Bedeutung werden kann. Wir erkennen das nicht nur aus der starken Betheiligung der unehelich Geborenen und Verwahrlosten am Verbrechen, am Selbstmord und Irresein, sondern auch an der Ausbildung von Menschentypen je nach den Eindrücken der Kindheit. Die Gegensätze zwischen Stadt- und Landbevölkerung, die Eigenthümlichkeiten der Strand-, Gebirgs- und Grenzbewohner verwischen sich auch dann nicht, wenn die Menschen später in ganz andere Verhältnisse hineingeworfen werden. Allerdings ist hier überall, wie bei den Verbrecher-, Gelehrten- und Künstlerfamilien, der Einfluss der Erblichkeit von demjenigen der Erziehung schwer abzutrennen.

Die allgemeinen Aufgaben der Erziehung sind einmal die intellectuelle Ausbildung des Kindes, die dasselbe befähigt, Erfahrungsmaterial zu sammeln und zu verarbeiten, dann aber die Begründung eines constanten, das Handeln nach einheitlichen sittlichen Grundsätzen leitenden Charakters. Nach beiden Richtungen hin kann die Pädagogik hinter den Anforderungen zurückbleiben, die der Kampf des Lebens an die Leistungs- und Widerstandsfähigkeit des socialen Menschen stellt. Vernachlässigung der Verstandesbildung giebt denselben 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 des-

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

Den Einflüssen der Erziehung schliessen sich diejenigen der späteren Lebenserfahrungen an, bald bessernd und veredelnd, bald zerrüttend und untergrabend, was jene schuf. Alle die schon früher aufgezählten körperlichen und psychischen Ursachen, Traumen, Krankheiten und Vergiftungen aller Art, Ueberanstrengungen, Gemüthsbewegungen, Excesse u. s. f., können hier, soweit sie nicht geradezu eine psychische Erkrankung herbeiführen, umwandelnd und vorbereitend auf das Individuum einwirken. Auch hier zeigt uns die typische Gestaltung, welche die einzelnen Stände, Berufsarten und sonstigen socialen Gruppen ihren Mitgliedern in der gesammten Auffassung, der Moral, in der Lebensführung und selbst in allen möglichen Aeusserlichkeiten aufprägen, dass nicht nur die Anlage des Einzelnen seine Lebensschicksale bestimmt, sondern dass umgekehrt auch eine Rückwirkung dieser letzteren auf die besondere Entfaltung seiner persönlichen Eigenart stattfindet.

Grundlage der Prädisposition. Nichtsdestoweniger giebt es wol gewisse Eigenschaften, welche von vornherein für den Menschen charakteristisch sind und durch keinerlei spätere Einwirkungen sich mehr verwischen lassen. Dafür spricht die überraschende Deutlichkeit, mit welcher schon bei ganz kleinen Kindern in den ersten Lebensjahren Verschiedenheiten hervortreten, die sich trotz aller nivellirenden Einflüsse durch das ganze Leben hindurch erhalten. Es liegt nahe, hier an Unterschiede in der körperlichen Veranlagung zu denken. Abweichungen in den Grössenverhältnissen der einzelnen Organe untereinander, in der chemischen Zusammensetzung der Gewebe könnten wol auch jene Differenzen in den Lebensleistungen zur Folge haben, welche uns als dauernde persönliche Eigenthümlichkeiten entgegentreten.

Das besondere Merkmal der psychopathischen Veranlagung ist, soweit ich sehe, die allgemeine Eigenschaft der herabgesetzten Widerstandsfähigkeit im Bereiche des gesammten Seelenlebens. Sie kennzeichnet sich auf intellectuellem Gebiete durch die beiden einander wahrscheinlich nahe verwandten Erscheinungen stärkerer Ermüdbarkeit und Ablenkbarkeit. Die Grösse der geistigen Arbeitsleistung in einer bestimmten Zeit nimmt hier bei dauernder Anstrengung ungemein rasch ab und wird in besonders hohem Maasse durch die Zufälligkeiten der äusseren und inneren Disposition beeinflusst. Im Bereiche der Gefühle begegnen wir erleichterter Auslösung stärkerer Gleichgewichtsschwankungen, grösserer gemüthlicher Erregbarkeit, aber geringer Nachhaltigkeit der Affecte. Dem entspricht endlich leichte Bestimmbarkeit des Handelns durch äussere und innere Einflüsse, Haltlosigkeit auf der einen, zwangsmässige Pedanterie auf der anderen Seite. In stärkerer Ausbildung geht die psychopathische Prädisposition geradezu in bestimmte krankhafte Zustände über, bei deren Besprechung wir späterhin die einzelnen klinischen Gestaltungen verminderter psychischer Widerstandsfähigkeit eingehender zu betrachten haben werden.

Physiologisch kann man den hier geschilderten Zustand etwa mit demjenigen der Asthenie in Parallele setzen, 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.

Ohne Zweifel kennzeichnet sich auch auf dem Gebiete der psychischen Leistungen das erste Stadium der Ermüdung durch eine Zunahme der Erregbarkeit, welche erst bei dauernder Arbeit weiterhin einem fortschreitenden Nachlasse derselben Platz macht. Bei rüstigen, leistungsfähigen Menschen vollzieht sich dieser ganze Vorgang langsam und allmählich, während die geringere Widerstandsfähigkeit sich eben durch das rasche Auftreten der Erregbarkeitssteigerung kennzeichnet. Schon unter dem Einflusse der normalen Lebensreize stellt sich dieser Zustand leicht und häufig ein, und kann bei oberflächlicher Beurtheilung unter Umständen sogar den Anschein einer erhöhten Leistungsfähigkeit erwecken, bis die geringe Ausdauer und Stetigkeit auf allen Gebieten des Seelenlebens

die Sachlage klärt. So lange uns eine genauere Kenntniss dieser Verhältnisse fehlt, ist es daher vielleicht gestattet, in etwas zugespitzter Form den Zustand der psychopathischen Prädisposition wesentlich als den Ausdruck einer dauernden leichteren Erschöpfbarkeit unserer nervösen Centralorgane aufzufassen.

II. Allgemeine Symptomatologie.

Die Gesammtheit 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 körperlichen Krankheitserscheinungen, nervöse Reizungs- und Lähmungssymptome aller Art, vasomotorische, trophische etc. Störungen, gehören ihrer Natur nach dem Gebiete der Neuropathologie an; sie bieten als solche nichts für das Irresein Charakteristisches und werden daher erst später, bei der 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 geistige Verarbeitung des Erfahrungsmaterials, die Schwankungen des gemüthlichen Gleichgewichts und die Umsetzung der centralen Erregungszustände in Handlungen. Auf diesen drei Gebieten werden wir daher die Elementarstörungen der psychischen Leistungen aufzusuchen haben, aus deren verschiedenartiger Verbindung wir die klinischen Krankheitsbilder hervorgehen sehen. Bei weitem die grösste Mannigfaltigkeit der Erscheinungen bietet dabei unserer Analyse diejenige Gruppe von psychischen Vorgängen dar, welche die Sammlung sinnlicher Eindrücke und dann weiter die Verarbeitung derselben zu Vorstellungen und Begriffen, sowie die Ausbildung der höheren logischen Gedankengänge zum Gegenstande hat.

A. Störungen des Wahrnehmungsvorganges.

Die Wahrnehmung eines äusseren Sinnesreizes steht im Allgemeinen in Abhängigkeit von zwei verschiedenen Bedingungen, nämlich einmal von Bau und Leistung des gesammten peripheren und centralen Sinnesgebietes, dann aber von dem Zustande des Bewusstseins, welches den zugeführten Eindruck in sich aufnehmen soll. Alle Störungen, welche das eine oder das andere dieser beiden Gebiete in krankhafter Weise verändern, müssen auch im Stande sein, die Auffassung der Aussenwelt in mehr oder weniger hohem Grade zu beeinträchtigen. Wo die peripheren reizaufnehmenden Organe leistungsunfähig geworden sind (Blindheit, Taubheit), oder wo sich unüberwindliche Leitungshindernisse entwickelt haben, welche die Fortleitung der Reize unmöglich machen, fallen bestimmte Arten von Sinnesvorstellungen in dem Erfahrungsschatze einfach aus. Hier hängt es von der allgemeinen psychologischen Wichtigkeit derselben, sowie von der Möglichkeit einer Stellvertretung durch andere Sinne ab, wie weit dadurch die Gesammtausbildung der psychischen Persönlichkeit zurückgehalten wird. Wenn auch vereinzelte Fälle bekannt sind, in denen durch eine überaus mühevolle Erziehung sogar der Verlust des Gesichtes und Gehörs mit Hülfe des Tastsinnes einigermassen wieder ausgeglichen werden konnte, so bleiben doch nicht unterrichtete Taubstumme lebenslänglich auf der Stufe des Schwachsinnes stehen, während Blinde durch den Sinnesdefect in ihrer geistigen Entwickelung durchaus nicht in höherem Grade zu leiden pflegen.

Sinnestäuschungen. Ein weit grösseres klinisch-psychiatrisches Interesse nehmen indessen diejenigen Anomalien des Wahrnehmungsvorganges in Anspruch, welche nicht auf dem vollständigen Fehlen, sondern auf functionellen Störungen im Gebiete der Sinnesbahn 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 angemessene ist, eine Täuschung über die Natur der Reizquelle entstehen. So ist, streng genommen,

der Lichtblitz, die Klangempfindung bei elektrischer 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 Blutüberfüllung des Auges, das Brausen und Klingen in den Ohren die Vorstellung drohender Feuers- und Wassersgefahren und dergl. wachrufen und auf diese Weise das Zustandekommen einer wirklichen, nicht ausgeglichenen 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 Organe, in denen sich die einzelnen Wahrnehmungselemente, wie sie von der Peripherie geliefert werden, zu einem Gesammteindrucke verbinden, der sodann als Sinnesvorstellung ins Bewusstsein gelangt. Ueber die anatomische Lage dieser Centren können wir freilich bisher nichts Sicheres aussagen; am wahrscheinlichsten ist es jedoch, namentlich im Hinblick auf die klinischen und experimentellen Erfahrungen über die „Seelenblindheit“, dass, wenigstens beim Menschen und bei höheren Thieren, 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 welche Einflüsse ohnedies gesteigert ist. Unter solchen Umständen kann daher irgend eine mehr oder weniger zusammengesetzte Sinnesvorstellung in das Bewusstsein eintreten, die nicht durch einen peripheren Reiz, sondern durch central bedingte, physiologische oder krankhafte Erregungszustände in der betreffenden Sinnesbahn hervorgerufen wurde. Da dieselbe gleichwol auf einen äusseren Gegenstand bezogen wird, so haben

wir es demnach hier mit einer Fälschung des Wahrnehmungsvorganges zu thun, die auf einer Täuschung über den wahren Ursprung der Sinnesreizung beruht.*)

Diese Gruppe der Sinnestäuschungen, die man wegen ihrer vermuthlichen Entstehung in den „Perceptionscentren" vielleicht als Perceptionsphantasmen bezeichnen kann, ist es, welche der normalen Wahrnehmung symptomatisch am nächsten steht. Allerdings pflegen diese Täuschungen beim gesunden Menschen, bei dem sie sich häufig vor dem Einschlafen einstellen (hypnagogische Hallucinationen), nur ganz ausnahmsweise (im Bereiche des Gehörs) eine grössere Lebhaftigkeit zu gewinnen; unter krankhaften Verhältnissen dagegen werden die Gegenstände wirklich gesehen, die Stimmen wirklich gehört u. s. f.; eine Berichtigung der Fälschung ist nur mit Hülfe der anderen Sinne möglich. Vom sonstigen Gedankengange sind sie im Allgemeinen unabhängig und treten auch deswegen dem Bewusstsein 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, bisweilen sinnlosen Worte, häufiges Wahrnehmen desselben Geruches, Sehen bestimmter Figuren, Thiere und dergl. Da sie auf centralen Erregungszuständen beruhen, so sind sie von der Thätigkeit der peripheren Sinnesorgane im Allgemeinen unabhängig und kommen auch bei gänzlicher Vernichtung der Sinnesnerven und ihrer ersten Endigungen, der Nervenkerne, zur Beobachtung.

Es hat jedoch den Anschein, dass auch periphere Einwirkungen bisweilen in den höheren Centren direct oder auf reflectorischem Wege Erregungszustände auszulösen vermögen, die zur Entstehung von Sinnestäuschungen führen. Dies geschieht offenbar um so leichter, je grösser die Reizbarkeit jener Centren ist. Unter krankhaften Verhältnissen genügen bisweilen schon die gewöhnlichen Lebensreize, um die besprochenen Fälschungen des Wahrnehmungsvorganges zu erzeugen; in anderen Fällen treten sie sogleich hervor,

---

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

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. Sie schwinden daher auch, sobald der Kranke sich beruhigt oder durch ein Gespräch, interessante Lectüre, die Versetzung in eine neue Umgebung u. dergl. abgelenkt wird. Endlich spricht noch für die Mitwirkung von Reizzuständen in den Sinnesorganen das gelegentlich beobachtete Vorkommen von einseitigen Gehörstäuschungen, sowie der Nachweis, dass bei Gehörshallucinanten häufiger chronische Erkrankungen des Mittelohrs, sowie Anomalien in der elektrischen Reaction des Acusticus*) vorhanden sind. Ausser der einfachen Hyperästhesie findet man hie und da paradoxe Reaction des nicht armirten Ohres und namentlich auch die schwerste Form der Störung, die Umkehrung der Formel für die einfache Hyperästhesie. Wie Jolly gezeigt hat, gelingt es hier auch gar nicht selten, durch elektrische Reizung des Acusticus die Täuschungen hervorzurufen, und Nägeli war in der Lage, bei einer Verbrennung seiner Hornhaut mit heissem Spiritus an sich selbst längere Zeit ausgeprägte Gesichtshallucinationen von vollkommener sinnlicher Deutlichkeit zu beobachten.

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 Gesichts, 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 Forscher 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 hinzugetretene subjective Elemente zu betrachten sind: Illusionen.**) Im Einzelfalle ist diese Trennung nicht selten äusserst

*) Jolly, Archiv f. Psychiatrie, IV, Buccola, Rivista di freniatria sperimentale, XI, 1885.

**) Sully, Die Illusionen. Internat. wissenschaftliche Bibliothek, 1883.

schwierig oder gänzlich unmöglich. So sind wir namentlich bei den Contactsinnen (Geruch, Geschmack, Hautsinn) fast niemals im Stande, mit Sicherheit das Vorhandensein irgend einer äusseren Reizursache (Zersetzungsvorgänge in Mund- oder Nasenhöhle, Temperaturschwankungen und dergl.) auszuschliessen, noch weniger natürlich bei den Störungen des Gemeingefühls. Auch beim Gesicht geben nicht selten uncontrolirbare Reize, z. B. das Eigenlicht der Retina, beim Gehör entotische Geräusche u. s. f. gewissermassen das erste Material für die Ausbildung der Trugwahrnehmungen ab. In anderen Fällen jedoch ist die verschiedenartige Entstehungsweise ohne Weiteres klar. Der Furchtsame, der ragende Baumstämme, wallende Nebel für Gespenster hält („Erlkönig"), der Kranke, der aus dem Läuten der Glocken, dem Kritzeln der Feder, dem Bellen der Hunde, dem Knarren der Wagen Schimpfworte und Vorwürfe heraushört — sie haben zweifellos „Illusionen", während wir die typischen Gesichtsphantasmen 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 Zuthaten.

Das Gemeinsame dieser ganzen Gruppe von Sinnestäuschungen liegt in der vollkommen sinnlichen Deutlichkeit derselben. Der centrale Erregungszustand entspricht durchaus demjenigen beim normalen Wahrnehmungsvorgange, 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 Sinnestäuschungen dar, die nichts Anderes sind, als Erinnerungsbilder von besonderer Intensität. Das Wiederauftauchen 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 bedeutende persönliche 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.

Unter pathologischen Verhältnissen kann offenbar die Reproduction von Erinnerungsbildern nicht selten einen so hohen Grad von sinnlicher Deutlichkeit erreichen, dass sie von den Kranken als wirkliche Wahrnehmungen besonderer Art aufgefasst werden. 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 eine besondere Ursache 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 Vermittelung 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 Anschauung würde namentlich gut die Thatsache erklären, dass zwischen der Sinnestäuschung von vollkommenster sinnlicher Deutlichkeit und der abgeblasstesten Reproduction eine ununterbrochene Reihe von Uebergangsstufen liegt, 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 die centrifugale Reizung, die „Reperception“, wie Kahlbaum sie genannt hat, in sehr geringer Stärke immer stattfindet, und dass erst dann, wenn dieser Vorgang eine krankhafte

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 Stärke 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 Grenzfall wäre in den früher besprochenen, auf örtlichen Reizungsvorgängen beruhenden Perceptionshallucinationen gegeben, die dem Kranken ganz fremdartig, als etwas von aussen sich Aufdrängendes gegenüberstehen.

Auf der anderen 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 begrenzen, dass die Eindrücke nicht eigentlich sinnliche, sondern „innerliche“ gewesen sind, die aber dennoch wegen ihrer aufdringlichen Deutlichkeit 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 Gruppe der Reproductionen, die man auch als psychische Hallucinationen (Baillarger), Pseudohallucinationen (Hagen) oder Appercep tionshallucinationen (Kahlbaum) bezeichnet hat, zumeist mehrere oder alle Sinnesgebiete in zusammenhängender Weise umfassen, und dass sie stets in nahen Beziehungen zu dem sonstigen Bewusstseinsinhalte 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 selbständig verhalten.

Eine interessante Erläuterung erhält die Theorie der Sinnestäuschungen durch eine eigenthümliche Störung, die man als „Doppeldenken“ bezeichnet hat. Sie besteht wesentlich in dem hallucina-

torischen Mitklingen der Gedanken des Patienten. Unmittelbar an die auftauchende Vorstellung schliesst sich eine deutliche Gehörswahrnehmung des gedachten Wortes. Am häufigsten tritt dieses Mithalluciniren beim Lesen, etwas seltener beim Schreiben auf, also dann, wenn eine Vorstellung sich mit einer gewissen Stärke 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 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 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 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 lebhafte Affecte die klare und sachliche Auffassung unserer Umgebung trüben. Auch der ruhigste naturwissenschaftliche Beobachter ist nicht immer ganz sicher, dass seine Wahrnehmungen sich nicht unmerklich den Anschauungen anpassen, mit denen er an seinen Gegenstand herantritt; der eifrige Leser ergänzt und verbessert die Versehen des Setzers aus dem Schatze seiner Vorstellungen, ohne ihrer nur gewahr zu werden, und die Affecte sind bekanntlich im Stande, in unserer Gesammtauffassung der Umgebung eine so rasche und durch-

greifende Umwandlung herbeizuführen, dass die einzelnen Eindrücke in sehr stark veränderter, mit eigenen Zuthaten verfälschter Gestalt in unser Bewusstsein gelangen. Bei Geisteskranken sind aber die Bedingungen für die Entstehung von Apperceptionsillusionen häufig ausserordentlich günstige: lebhafte Affecte, grosse Deutlichkeit der reproducirten Vorstellungen und endlich — ein später noch näher zu berücksichtigender Umstand — Unfähigkeit zu einer kritischen Sichtung und Berichtigung des Erfahrungsmaterials. So kommt es, dass hier vielfach die sinnlichen Eindrücke in der Auffassung des Kranken ganz abenteuerliche 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 Beimischungen ergänzen und auslegen, 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 Vermischung von Wahrnehmung mit selbst erzeugten Bestandtheilen 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 bis-

weilen sehr hochgradig und zugleich in sehr bizarren Formen entwickelt; die Kranken fühlen sich mit der Suppe „ausgefüllt", von ihrer Nachbarin „eingenäht", „eingestrickt" und Aehnliches. Namentlich Bewegungsempfindungen, wie sie sich schon normaler Weise so häufig an Sinneseindrücke anschliessen, scheinen vielfach auf diesem Wege zu entstehen.*) Es giebt Kranke, welche die in ihrer Umgebung gesprochenen Worte in ihrer Zunge fühlen, denen ein Blick, eine Berührung eigenthümliche Spannungs- oder Erschlaffungsempfindungen im Körper erregt. Dabei ist indessen zu berücksichtigen, dass es sich hier vielfach gewiss nicht um die einfache Uebertragung der Sinnesreize auf eine andere Bahn, sondern um Apperceptionshallucinationen handelt, die lange vorbereitet sind und auf dem Wege einer mehr oder weniger klar bewussten Ueberlegung sich an irgend eine Wahrnehmung anknüpfen.

Eine sehr bemerkenswerthe Eigenschaft der Sinnestäuschungen, welche einmal auf ihre Entstehungsweise hindeutet, andererseits ihre Wichtigkeit als psychopathisches Symptom kennzeichnet, ist die gewaltige, unwiderstehliche Macht, welche sie alsbald über den gesammten Bewusstseinsinhalt des Kranken zu erhalten pflegen. Es ist wahr, dass auch bei psychisch völlig gesunden Menschen ausnahmsweise einmal eine ausgesprochene Hallucination auftreten kann, und dass im Beginne der Geistesstörung die Täuschungen wegen ihres unwahrscheinlichen Inhaltes häufig genug corrigirt werden, allein man sieht fast immer, wie andauernde Sinnestäuschungen rasch jede gesunde Kritik überwältigen, und wie schon nach kurzer Zeit selbst die unsinnigsten und abenteuerlichsten Annahmen von dem Kranken erfunden werden, um an der Wahrheit der Trugwahrnehmungen allen besonnenen Gegengründen zum Trotz festzuhalten. Ja, wenn etwa in der Reconvalescenz die Ueberzeugung von der täuschenden Natur der Phantasmen sich schon zu festigen beginnt, wird der Kranke im Augenblicke der Hallucinationen selbst doch fast regelmässig wieder von ihnen mit fortgerissen.

Diese eigenartige Erscheinung, welche in der Ohnmacht der wirklichen Wahrnehmungen, des offenbaren Augenscheins, gegenüber der krankhaften Täuschung ein weitere Erläuterung findet, kann

*) Cramer, Die Hallucinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken und ihre klinische Bedeutung, 1889.

eben deswegen natürlich nicht etwa in der sinnlichen Deutlichkeit der Trugwahrnehmung ihren tieferen Grund haben; im Gegentheil scheint die Erfahrung dafür zu sprechen, dass die Macht der Phantasmen mit dem Zurücktreten des alltäglich sinnlichen Charakters eher wächst, als abnimmt. Jener Grund ist daher vielmehr in dem tiefgehenden, dem Kranken vielleicht selber unbewussten Zusammenhange mit den ihm geläufigen Ideenkreisen, in der inneren Uebereinstimmung der Täuschungen mit seinen krankhaften Befürchtungen und Wünschen zu suchen. In vollem Masse kann dies natürlich nur für jene Fälle gelten, in denen nicht eine tiefere Trübung des Bewusstseins, wie etwa bei Deliranten und Epileptikern, jede klare Vorstellungsverbindung überhaupt ausschliesst. Wenn aber auch dort wenigstens der allgemeine Inhalt der Phantasmen ungefähr der gleichzeitigen Stimmung entspricht, so ist das in weit höherem Masse im hallucinatorischen Wahnsinn und in der Verrücktheit der Fall. Es sind daher hier nicht etwa die Täuschungen, welche nach Art gewöhnlicher Sinneserfahrungen als äussere Ursachen in das Denken und Handeln des Kranken eingreifen, sondern dieselben sind nichts Anderes, als ein Anzeichen des krankhaften Gesammtzustandes, geradeso wie die phantastischen Gedankengänge und die abnormen Stimmungen. 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, bei dem sie den Schlussstein einer langen Kette geheimer Ahnungen und dunkler Combinationen bildet, 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.

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 werden entweder als übersinnliche Offenbarungen oder täuschende Vorspiegelungen aufgefasst, oder

aber sie gleichen in ihren etwas fremdartigen und phantastischen Formen, in ihrem raschen Wechsel und ihrer Vielgestaltigkeit den Trugwahrnehmungen des lebhaften, unruhigen Traumes, besitzen jedoch eine noch grössere Deutlichkeit. Ungleich mehr der wirklichen 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 schwarzer Hund, Löwenköpfe, die zum Fenster hineinsehen, huschende Schatten, Blut, ein Leichenantlitz, oder die Gegenstände der Umgebung haben ein ganz anderes Aussehen angenommen, zeigen bestimmte Gesichter, Todtenköpfe, bewegen, verändern sich und dergl. Hierhin gehören auch gewisse Fälle von Personenverwechselung, bei welchen die Kranken in fremden Personen ihre Angehörigen wiederzuerkennen glauben oder umgekehrt ihre Angehörigen nicht als solche recognosciren, behaupten, dass dieselben Personen immer andere Gesichter und Gestalten annehmen, Fratzen schneiden u. Aehnl. 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 der Täuschung verhindern, werden selbst gröbere und fremdartigere Verfälschungen der Gesichtswahrnehmung als wirkliche Sinneserfahrungen hingenommen und verarbeitet.

Weit verderblicher aber sind in dieser Beziehung jene Gehörstäuschungen, welche als „Stimmen“ auftreten, ein Ausdruck, den der wahre Gehörshallucinant fast immer sogleich richtig versteht. Der Grund dafür liegt offenbar in der tiefgreifenden Bedeutung, welche die Ausbildung der Sprache für unser Denken besitzt. Da wir zumeist in Worten denken, pflegen die „Stimmen“ in sehr innigem Zusammenhange mit dem Gesammtinhalte des Bewusstseins zu stehen, ja sie sind häufig nichts, als der sprachliche Ausdruck dessen, was die Seele des Kranken bewegt, und haben daher für ihn eine weit grössere überzeugende Gewalt, als alle sonstigen sinnlich concreten Täuschungen und insbesondere als die wirklichen Reden der Umgebung selbst. 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 Täuschungen 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 dadurch meist einen ausserordentlichen Einfluss auf sein Handeln. Die fortwährenden Schmähungen, Beschimpfungen und höhnischen Bemerkungen, der Jammer gemisshandelter Angehöriger machen den Kranken misstrauisch und aufgeregt, und bringen ihn zu entrüsteter Reaction gegen seine vermeintlichen Peiniger; 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. Die Unmöglichkeit einer 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 Trugwahrnehmungen, 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 die Gemüthsbewegungen nach und nach ihre gesunde Lebhaftigkeit eingebüsst haben, wenn der Kranke mit einem gewissen stumpfen Gleichmuthe seine Täuschungen über sich ergehen lässt, verlieren dieselben allmählich die gewaltige Macht über seinen Willen. Die lange Gewohnheit lehrt ihn sogar bisweilen, die Trugwahrnehmungen unbeachtet zu lassen; sie giebt ihm eine gewisse Fertigkeit in der äusserlichen Correctur derselben und bewahrt ihn vor gemeingefährlichen Handlungen. 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 zu betrachten sind die sogenannten „inneren Stimmen“, „Einflüsterungen“, die „Weltsprache“, das „Telephoniren“, „Telegraphiren“ und dergl. Es handelt sich hier um Wahrnehmungen, die von dem Kranken selbst nicht als sinnliche aufgefasst werden. Hier ist vielfach die innige Beziehung zu dem eigenen Gedankengange sehr deutlich. Entweder schliesst

sich dieses leise Sprechen in der Art der Rede und Wechselrede im Bewusstsein des Kranken aneinander, so dass die Wahnidee einer förmlichen stillen Unterhaltung mit fernen Personen entsteht. Oder aber die „Gewissensstimmen“ begleiten jede Handlung des Kranken mit entsprechenden Bemerkungen, feuern ihn an, kritisiren ihn oder die Umgebung, ertheilen ihm Verbote, und können auf diese Weise anscheinend einen sehr erheblichen Einfluss auf sein Thun und Lassen ausüben, während sie in Wirklichkeit nichts sind, als der unwillkürliche sprachliche Ausdruck seiner mehr oder weniger klar bewussten Gedankengänge. In allen diesen Fällen entwickelt sich ebenso wie bei dem früher beschriebenen „Doppeldenken“ leicht die Idee, dass die eigenen Gedanken der Umgebung bekannt seien, oder gar, dass sie durch fremde Einwirkung gemacht und beeinflusst würden. „Ich bin durchsichtig“, sagte mir ein derartiger Kranker.

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 Dinge, Menschenfleisch, Koth, Arsenik, Canthariden in seinem Essen, die ihm von seinen Feinden beigebracht werden. Diese Trugwahrnehmungen deuten, soweit sie eben in dem Ideenkreise des Kranken und nicht in peripheren Störungen ihre Ursachen haben, vielfach auf eine tiefere Umwälzung in der ganzen Stellung desselben zur Aussenwelt hin. Dasselbe gilt von den entsprechenden Paraesthesien des Haut- und Muskelsinnes sowie des Gemeingefühls. Hier ist ja die ausschliessende Controle etwaiger äusserer Einwirkungen an sich überaus leicht und einfach; wo also dennoch die Wahnideen des Elektrisirtwerdens, des Besessenseins, der Verwandlung einzelner Körpertheile, des Verschwindens 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 tiefere Störung der gesammten 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 meist 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 Umstand von hervorragender Wichtigkeit, nämlich das Verhalten unseres Bewusstseins. 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 im Anschlusse an Fechners Anschauungen 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 völlig dunkel; wir wissen nur, dass der Bestand 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 erkennen, da uns in die innere Erfahrung eines Individuums kein unmittelbarer Einblick, sondern nur ein Rückschluss aus seinem äusseren Verhalten möglich ist. Aus diesem letzteren allein entnehmen wir mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit,

ob dasselbe als Ausdruck psychischer Vorgänge zu betrachten ist oder nicht.

Denjenigen Zustand, in welchem die Umsetzung physiologischer in psychische Processe 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 gewisse Stärke 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; ein ähnliches Princip ist bereits benutzt worden, um die Festigkeit des Schlafes in den einzelnen Stadien desselben zu bestimmen. 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 deutlichsten sehen wir ja in der alltäglichen Erscheinung des Traumes, dass die Schwellenwerthe für innere und äussere Reize eine sehr verschiedene Grösse besitzen können.

Störungen der Auffassung. Die grosse Mehrzahl der Eindrücke, welche wir tagtäglich in uns aufnehmen, ist an sich ziemlich undeutlich und verschwommen; sie werden erst dadurch zu klaren und verwerthbaren Wahrnehmungen, dass sie in den bereitliegenden Erinnerungsbildern gewissermassen Resonatoren vorfinden, durch deren Miterregung der sinnliche Reiz verstärkt wird. Durch diesen Vorgang, den Wundt als „Apperception“ bezeichnet, bildet sich auch sofort die Verknüpfung der einzelnen Wahrnehmung mit unserer Gesammterfahrung, ein Zusammenhang mit zahlreichen anderen Vorstellungen und damit das „Verständniss“ des vorliegenden Eindruckes. Gerade die Beobachtungen über die tagtäglichen Illusionen zeigen uns am besten, in wie hohem Masse die sinnliche Erfahrung immerfort durch die Resonanz unseres Erinnerungsschatzes beeinflusst wird.

Sobald diese Mitwirkung unseres früheren geistigen Erwerbes beim Wahrnehmungsvorgange fortfällt, wird derselbe unklar und inhaltlos. Es können sich wol einzelne sehr starke Eindrücke in unser Bewusstsein eindrängen, aber sie haften nicht und werden nicht verstanden, da ihnen die Einordnung in das System unserer Vorstellungen und Begriffe mit allen ihren Folgen für die weitere geistige Verarbeitung fehlt. In dieser Lage befinden wir uns z. B gegenüber dem völlig Unverständlichen, sofern nicht etwa durch besondere Nebenumstände, Erwartungsaffecte und dergl. die Anregung bestimmter Vorstellungen durch die Wahrnehmung vermittelt wird. Die Einzelheiten einer Maschinenausstellung, eines auf dem Kopf stehenden Landschaftsbildes entgehen uns vollkommen, obgleich die sinnlichen Eindrücke an sich ebenso intensiv auf uns wirken, wie auf den Ingenieur, oder wie das aufrechtstehende Bild. Andererseits kann der Verlust der normalen Anknüpfung unserer Wahrnehmungen an die frühere Erfahrung auch durch das Verhalten unseres Bewusstseins bedingt sein. Auf diese Weise werden natürlich nicht nur einzelne Wahrnehmungen unverständlich, sondern die Helligkeit des gesammten Bewusstseinsinhaltes nimmt ab; es entwickelt sich eine „Trübung“ desselben, ein Dämmerzustand.

Dieser Vorgang vollzieht sich regelmässig, sobald die Resonanzfähigkeit unserer Vorstellungen gegenüber äusseren Eindrücken abnimmt, sei es durch Sinken ihrer allgemeinen Erregbarkeit, sei es durch das Auftreten von Eigenerregungen. Im ersteren Falle werden nur sehr intensive oder sehr beziehungsreiche äussere Reize noch Erinnerungsbilder anzuregen im Stande sein. Diesem Verhalten begegnen wir bei der einfachen Ermüdung und den ihr verwandten pathologischen Zuständen schwerer und schwerster geistiger Erschöpfung. Hier fassen wir nicht mehr auf, weil wir abgestumpft sind und höchstens noch durch eine stärkere Anstrengung ganz vorübergehend das Verständniss des Dargebotenen erzwingen können. Ebensowenig vermögen die psychischen Resonatoren der Differenzirung äusserer Eindrücke zu dienen, sobald sie durch lebhafte innere Reize angeregt werden. Jede intensive geistige Arbeit macht uns mehr oder weniger verständnisslos gegenüber dem Inhalte äusserer Wahrnehmungen. Auf pathologischem Gebiete begegnen wir dieser Unfähigkeit, sich in der Aussenwelt zurechtzufinden, überall bei starken Erregungszuständen im Bereiche der Vorstel-

lungen, beim „Phantasiren“. In der Regel geht dabei auch die Ordnung in dem eigenen Gedankeninhalte verloren; die Kranken sind unbesinnlich, wie im Fieberdelirium, Collapsdelirium und verwandten Psychosen. Doch giebt es auch Formen, in denen nur das klare Verständniss der Umgebung gestört ist, während die Kranken über sich selbst und ihre eigenen Zustände sich noch Rechenschaft zu geben vermögen. Diesen leichteren Graden der Desorientirtheit begegnet man namentlich beim Wahnsinn, bei gewissen Formen der psychischen Epilepsie und ganz besonders ausgeprägt im Delirium tremens.

Endlich aber befinden wir Alle uns gewissermassen in einem normalen Dämmerzustande während der ersten Zeit unserer psychischen Entwickelung, so lange eben die Einwirkungen der Aussenwelt noch keine bleibenden Spuren in unserer Erinnerung zurückgelassen und damit jenes Netz psychologischer Beziehungen geknüpft haben, welches alle kommenden Lebenserfahrungen sofort mit dem geistigen Erwerbe der Vergangenheit in Verbindung setzt. In den schwereren Formen der psychischen Entwickelungshemmungen ist die Möglichkeit einer fortschreitenden Aufhellung dieses geistigen Dämmerlebens für immer abgeschnitten; das Bewusstsein bleibt hier dauernd von einem unklaren Gemisch einzelner verschwommener Vorstellungen und dunkler Gefühle erfüllt, in welchem keine deutliche Auffassung, keine übersichtliche Ordnung und Gruppirung möglich ist.

Die wichtigste Folge des Einflusses, den allmählich der erworbene Vorstellungsschatz auf die Wahrnehmung erlangt, ist die Möglichkeit einer Auswahl unter den sich darbietenden Eindrücken. Der Bewusstseinsinhalt des Kindes steht in hilfloser Abhängigkeit von der zufälligen Umgebung; es nimmt nur die jeweils intensivsten Reize wahr, ohne Rücksicht auf den inneren Zusammenhang der Dinge, weil ihm jene allgemeinen Vorstellungen fehlen, welche auch die weniger aufdringlichen Wahrnehmungen als wesentliche Glieder in der Kette der Erfahrungen hervortreten lassen. Beim Erwachsenen dagegen wird der Wahrnehmungsvorgang mehr und mehr durch die besonderen Dispositionen beherrscht, welche sich allmählich aus der individuellen Lebenserfahrung heraus entwickeln. Wir üben uns darin, einzelne Eindrücke vorzugsweise zu beachten, indem sich die Resonanz unserer Vorstellungen für sie fortschreitend

verstärkt, so dass schon leise Anklänge genügen, um in unserem Inneren lebhaften Widerhall zu finden. Andererseits gewöhnen wir uns daran, alltägliche Reize unbeachtet zu lassen und ihnen keinen Einfluss auf den Ablauf unserer psychischen Vorgänge mehr einzuräumen. Diese Ausbildung bestimmter „Gesichtspunkte", gewisser Richtungen unseres „Interesses" gestattet uns eine überaus mannigfache 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 Gegenstandes mit der grössten Schärfe auffassen.

Natürlich ist die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit dauernd einer bestimmten Gruppe von Wahrnehmungen zuzuwenden, sich geistig zu concentriren, für die gesammte psychische Entwickelung von der allergrössten Bedeutung. Je ablenkbarer ein Mensch ist, je mehr seine Auffassung durch die Zufälligkeiten der äusseren Reize statt durch innere, der eigenen Erfahrung entspringende Motive geleitet wird, desto weniger ist er im Stande, sich ein zusammenhängendes und einheitliches Verständniss der Aussenwelt zu erwerben. Bruchstückweise und unvermittelt werden sich die einzelnen verschiedenartigen Wahrnehmungen aneinander schliessen, ohne jenes innere Band, welches durch die systematische Auswahl nach Massgabe leitender Allgemeinvorstellungen gebildet wird. Grosse Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit ist daher ein wichtiges Zeichen einer Herabsetzung der psychischen Widerstandsfähigkeit. Die leichtesten Grade derselben beobachten wir in jenem Zustande von Zerstreutheit, welcher sich bei geistiger Ermüdung einstellt. In krankhafter Ausbildung dagegen ist dieses Symptom in neurasthenischen Zuständen entwickelt, bei Reconvalescenten nach psychischen Erkrankungen, noch ausgeprägter bei manchen Erschöpfungspsychosen, in der Manie und in der Paralyse. Endlich aber giebt es gewisse angeborene Schwachsinnsformen, bei denen eine ausserordentliche Ablenkbarkeit die wesentliche dauernde Grundlage des gesammten Krankheitszustandes bildet.

B. Störungen der intellectuellen Leistungen.

Das durch die Sinne gelieferte und mittels der Apperception aufgefasste Erfahrungsmaterial bildet die Grundlage aller weiteren geistigen Arbeit und somit auch des gesammten Vorstellungsschatzes

des Menschen. Man begreift daher, dass die aufgeführten Störungen der Sinneserkenntniss, wie sie durch die Sinnestäuschungen, durch Aufhebung und Verdunkelung des Bewusstseins, endlich durch die Unfähigkeit zu planmässiger Auswahl der Eindrücke erzeugt werden, nicht ohne die weitreichendsten Folgen für die Gestaltung des gesammten Bewusstseinsinhaltes und der psychischen Persönlichkeit bleiben können. Je unvollkommener und verfälschter die Nachrichten von der Aussenwelt zur Wahrnehmung gelangen, desto lückenhafter und unzuverlässiger wird die Anschauung bleiben, welche sich im Bewusstsein des Menschen 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 des Gedächtnisses. 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 Vorstellungsverbindung oder durch eine Willensanstrengung des Subjectes, das Besinnen, vermittelt werden kann. Diese Disposition, diese bleibende Spur, welche die einmal gemachte Wahrnehmung auf längere Zeit hinaus dem Erfahrungsschatze des Menschen einreiht 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 in Beziehung getreten war, je mehr er, mit anderen Worten, das Interesse des Menschen erregt hatte.

Die dauerndste und treueste Erinnerung finden wir daher überall dort vor, wo eine Erscheinung oder eine Folge von Eindrücken in möglichster Klarheit aufgefasst und, noch besser, mit Hilfe der auswählenden Aufmerksamkeit nach bestimmten Gesichtspunkten verfolgt wurde. Wir werden daher erwarten dürfen, dass Trübungen des Bewusstseins, wie sie die Sammlung äusserer Erfahrung beschränken, so auch die weitere Verwerthung der

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

etwa noch gemachten unvollständigen Wahrnehmungen beeinträchtigen, da die Reproductionsfähigkeit derselben hier eine äusserst geringe ist und rasch gänzlich verschwindet. Aus dem Fehlen der Erinnerung an einen gewissen Zeitabschnitt wird daher meistens auf eine Aufhebung des Bewusstseins während derselben zurückgeschlossen, ja streng genommen ist die Erinnerungslosigkeit, die Amnesie, fast der einzige Anhaltspunkt, welcher 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 psychisches Leben also Bewusstsein, bestehen kann, ohne dass doch die Spuren der Eindrücke und Vorstellungen fest genug im Gedächtnisse haften, um ohne Schwierigkeit eine Wiedererneuerung derselben zu gestatten. Ganz ähnlich sind sicherlich jene Bewusstseinsstörungen der Epilepsie, vieler Delirien, des schweren Rausches, des Hypnotismus zu beurtheilen, in denen die klinische Beobachtung häufig genug unzweideutige Anzeichen psychischer Thätigkeit aufzufinden vermag, trotzdem nachher nicht die mindeste Erinnerung an dieselbe besteht oder wachgerufen werden kann. 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 weiterhin auch dort Beeinträchtigungen der Erinnerung zu erwarten haben, wo zwar das deutliche Bewusstwerden der Wahrnehmungen nicht aufgehoben ist, wo sich aber ihre Anknüpfung an die bestehenden Vorstellungen nur in unvollkommenem Masse vollzieht. Diese Störung ist es, auf welcher vornehmlich die bekannte Erscheinung der Gedächtnissschwäche beruht, welche die verschiedensten Zustände des gesunden und krankhaften psychischen Lebens begleitet. Schon die einfache Ermüdung lässt zwar im Augenblick noch klare Vorstellungen von unserer zufälligen Umgebung in uns entstehen, aber sie bedingt, wie sich durch den Versuch darthun lässt, wegen der geringeren Erregbarkeit unseres Interesses

ein rascheres Verschwimmen und Schwinden derselben aus unserer Erinnerung. Im späteren Greisenalter ist dieser Zustand fast immer ein dauernder. Die Auffassung neuer Eindrücke geschieht gewohnheitsmässig ohne rechte innere Antheilnahme, 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. Mit dieser Erfahrung steht die Thatsache in bestem Einklange, dass von allen Vorstellungsverbindungen, mit denen wir zu arbeiten pflegen, etwa 70% aus der Jugend stammen.

In krankhafter Ausprägung begegnet uns die hier besprochene Erscheinung bei der Dementia paralytica und bei anderen Formen der fortschreitenden Verblödung. Obgleich die Erfassung 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 zunimmt, erlischt schliesslich auch die Reproductionsfähigkeit der geistigen 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.

Ganz ähnliche praktische Folgen, wie die bisher aufgeführten Störungen, hat natürlich die erhöhte Ablenkbarkeit des Interesses für die Gestaltung des Erinnerungsschatzes. Wo die einzelnen Wahrnehmungen in bunter, zusammenhangsloser Folge sich aneinanderreihen, bleiben sie ebenfalls nur in sehr geringem Grade reproductionsfähig. Die Erinnerung an Zustände höhergradiger Zerfahrenheit der Aufmerksamkeit pflegt daher regelmässig eine summarische und verworrene zu sein. Wir versuchen vergebens, uns den Gedankengang eines Aufsatzes zu vergegenwärtigen, bei dessen Lectüre wir zerstreut waren und alle Augenblicke den Faden verloren.

Nur kurz erwähnt soll hier werden, dass ausser den zeitlich begrenzten Erinnerungslücken bekanntlich auch der Verlust be-

stimmter Gruppen von Vorstellungen aus dem Gedächtnisse beobachtet wird, ein Vorgang, dessen bestgekanntes Beispiel durch die amnestische Aphasie, die Unfähigkeit der Reproduction einzelner oder aller sprachlicher Klangbilder dargestellt wird, und der sich, wie es scheint, in ähnlicher Weise auch auf dem Gebiete gewisser Gesichtsvorstellungen abspielen kann. Aeusserst merkwürdige und interessante Beispiele derartiger ganz umschriebener Gedächtnisslücken hat neuerdings Rieger bei der Untersuchung eines Falles von schwerer Hirnverletzung beobachtet. Die Deutung solcher Erfahrungen ist ausserordentlich schwierig. Zumeist pflegt man sie auf die Unterbrechung bestimmter Leitungsbahnen zu beziehen, doch reicht diese Erklärung höchstens für gewisse sehr grobe Störungen aus. Beachtenswerth erscheint es, dass auch unter normalen Verhältnissen das Gedächtniss für verschiedene Gruppen von Vorstellungen individuell sehr verschieden entwickelt ist. Das Orts-, Zahlen- und Namen-, Farben-, Tonhöhen-, Formengedächtniss sind anscheinend in hohem Masse von einander unabhängig. Manche Erfahrungen sprechen ferner dafür, dass auch die motorischen und sensorischen Bestandtheile der einzelnen Vorstellungen, die sprachliche Bezeichnung und die sinnlichen Elemente, mit verschiedener Festigkeit haften können, so dass schliesslich auch eine allgemeinere Störung je nach der besonderen Zusammensetzung der gegebenen Vorstellung eigenthümlich begrenzte Ausfallserscheinungen zur Folge haben könnte. Für die Psychiatrie im engeren Sinne sind jedoch derartige Symptome noch nicht nutzbar gemacht worden.

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 Erinnerungen in eine fortlaufende Reihe einordnet, deren Endpunkt der gegenwärtige Augenblick bildet, während das Anfangsglied mehr oder weniger weit in die Vergangenheit zurückreicht. Nur die jüngsten Bestandtheile 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 regelmässig mehr oder weniger ausgesprochen 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. Oder aber die Bilder der letzten Vergangenheit verblassen so schnell, dass sie ihm weit zurückzuliegen scheinen, und er sich schon Monate in der Umgebung glaubt, in die er gerade erst eingetreten ist. 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 Hilfe seines unzuverlässigen Gedächtnisses angewiesen, der Aufgabe einer zeitlichen Localisation gegenüber steht.

Endlich aber ist es auch die Treue der Erinnerung, die inhaltliche Uebereinstimmung der Reproduction mit der vergangenen Erfahrung, welche bei Geisteskranken mannigfaltige und erhebliche Störungen darbieten kann. Wir wissen aus Versuchen, 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 Grössenmass-

stabes 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 Gefühlsschwankungen, die Wahnideen sehr häufig nachträglich die Reminiscenzen aus der Vergangenheit in krankhafter Weise verfälscht. Dem Melancholischen erscheint sein ganzes Vorleben als eine Kette von trüben Erfahrungen oder schlechten Handlungen; der Verfolgungs- und der Grössenwahn werfen ihren 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 eigenen Zuthaten, 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 Einzelangaben verleiten. Meist liegen solche Erlebnisse Jahre, selbst Jahrhunderte oder Jahrtausende zurück; nur von Paralytikern und Altersblödsinnigen 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 Apper-

ceptionsillusionen, 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 Vorbild gewöhnlich einige Monate oder seltener Jahre zurückdatirt wird.

Die letzte Form der Erinnerungsfälschung, der wir hier noch zu gedenken haben, ist am besten von Sander beschrieben worden. Schon im gesunden Leben begegnet es uns bisweilen, namentlich in der Jugend und im Zustande einer gewissen Abspannung, dass sich uns in irgend einer Situation plötzlich die Vorstellung aufdrängt, als hätten wir dieselbe schon einmal in ganz 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 vorauseilt, 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 mittelbar oder häufiger unmittelbar bekannt recognoscirt werden, ist hier die ganze Situation mit allen Einzelheiten vermeintlich nur das getreue Abbild eines identischen Erlebnisses aus der eigenen Vergangenheit. So kommt es, dass in den seltenen Fällen, in denen sich diese Fälschung Wochen, Monate, ja durch Jahrzehnte 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 Erinnerungen, 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 Auffassung des verschwommenen Bewusstseinsinhaltes zurückführen.

Störungen in der Bildung der Vorstellungen und Begriffe. Wie sich bei dem Vorgange der Illusion ein äusserer Eindruck mit reproducirten Wahrnehmungselementen zu einem Gesammtbilde 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 bilden; in mannigfaltigster Combination verschmelzen und verknüpfen sie sich mit einander zu mehr oder weniger zusammengesetzten psychischen Gebilden, deren einzelne Bestandtheile nur durch eine sorgfältige Zerlegung noch von einander getrennt werden können.

Zwei grosse Gruppen von derartigen zusammengesetzten Gebilden 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 eine bewusste Auswahl der constituirenden Gebilde aus der ganzen Zahl der sich darbietenden Associationen getroffen wird. Dort finden wir die widerstrebendsten Bestandtheile 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 wesentlicher Zusammenhang der einzelnen Elemente, der nur durch neuen Erfahrungserwerb wieder aufgehoben werden kann. Die Associationen bieten der Vorstellungsthätigkeit das Rohmaterial zur Verarbeitung dar; aus ihnen

bilden sich durch Befestigung des Nothwendigen und Ausscheidung des Zufälligen die festgefugten Grundlagen aller geistigen Arbeit, die Begriffe, auf deren Schärfe, Klarheit und Vollständigkeit die gesammte Verstandesentwicklung des Menschen beruht. Aus den Begriffen leiten sich durch Zerlegung die Urtheile, aus diesen durch logische Gedankenarbeit 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 stufenweise Entwicklung der Verstandesthätigkeit eine innige Abhängigkeit derselben von allen jenen Vorgängen zur Folge haben muss, die wir als die Vorbedingungen der höchsten geistigen Leistungen kennen gelernt haben. Jede Verfälschung der Sinneswahrnehmung, jede Störung des Gedächtnisses muss sich in der Bildung der Begriffe widerspiegeln, und die Unvollkommenheiten dieser letzteren werden dann weiter für die verwickeltere logische Gedankenarbeit verhängnissvoll.

Auf den niederen Stufen des geistigen Lebens, wie sie hauptsächlich von dem erworbenen oder angeborenen Blödsinn dargestellt werden, findet überhaupt keine engere Verknüpfung der einzelnen, in das Bewusstsein eintretenden Wahrnehmungen statt. Nur durch das lockere Band der zufälligen Aufeinanderfolge einer bruchstückweisen Reproduction fähig, fehlt ihnen jener innere Zusammenhang, der durch die begriffliche Verarbeitung, sowie durch die Einordnung in das System des früher erworbenen 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 geistige Verarbeitung von Erfahrungsmaterial möglich ist, der aus gesunden Tagen vorhandene Schatz von Vorstellungen und Begriffen eine mehr oder weniger vollständige Ausgleichung der krankhaften Wirkungen herbeiführen.

Die geringe Ausbildung der Vorstellungsverbindungen ist eine Störung, welche uns in gradweiser Abstufung bei sehr verschiedenen Krankheitsformen, so auch innerhalb der Gesundheitsbreite wieder begegnet. Wo dieselbe, wie das bei den leichteren 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 gleichartiger 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 das Kennzeichen der ersteren, Ideenarmuth und Gedächtnissstumpfheit dasjenige der letzteren Störung.

Ganz regelmässig finden wir diese Erscheinungen in grösserer oder geringerer Ausbildung bei allen länger dauernden und tiefer in die geistige Persönlichkeit des Kranken eingreifenden Psychosen, das Zurücktreten und Verblassen der höheren und allgemeineren geistigen 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“ darstellt, in der Dementia paralytica hervor, wo die Geschwindigkeit des psychischen Verfalles den Vergleich der einzelnen Stufen desselben mit einander sehr erleichtert.

Kaum viel weniger verderblich, als die mangelnde Ausbildung der Vorstellungsverbindungen pflegt für das Seelenleben die krankhafte Uebererreglichkeit der Phantasie zu werden, welche mit abnormer Leichtigkeit die associative Brücke zwischen den verschiedenartigsten Ideen zu schlagen weiss. Ihr genügen schon entfernte Aehnlichkeiten und theilweise Uebereinstimmungen, um zwei Vorstellungen in nahe Beziehungen zu setzen; der Mangel an Zwischengliedern wird rasch durch immer bereite Combination ergänzt und die Widersprüche in mehr oder weniger willkürlicher Umgestaltung verwischt. So entwickelte mir ein kranker Ingenieur einmal an der Hand umfangreicher und sehr eingehender Zeichnungen die Idee, durch die verschiedenartige Anordnung gewisser architektonischer Ornamente ganze Musikstücke in symbolischer Form wiederzugeben und auf diese Weise Auge und Ohr gleichzeitig künstlerisch anzuregen. Eine solche Subjectivität der Ideenverbindung, welche die Fühlung mit dem sicheren Boden der Wirklichkeit mehr und mehr verliert, macht natürlich 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 Grundlage höherer Geistesarbeit tauglich macht; sie werden verschwommene und unklare psychische Gebilde, mit deren Hilfe 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. Es ist daher leicht verständlich, dass die hier geschilderte Störung, als deren Ausdruck uns der Hang zum Schwärmen und Träumen, der unpraktische Mangel des Interesses für das Wirkliche und Einzelne begegnet, nicht ohne die schwersten Folgen für die psychische Gesammtentwicklung bleiben kann. Sie bildet die Signatur für gewisse Formen des angeborenen Schwachsinns und der auf ihrem Boden sich mit Vorliebe entwickelnden originären Verrücktheit.

Störungen im Ablaufe der Vorstellungen. Die successive Verknüpfung von Vorstellungen und Begriffen mit einander nimmt, wie sich durch Messungen zeigen lässt, eine bestimmte, nicht unbeträchtliche Zeit (etwa 0,5—1,0″) in Anspruch, deren Dauer je nach der Leichtigkeit wechselt, mit welcher sich die Elemente an einander

fügen. Sie gestattet umgekehrt Rückschlüsse auf die innigeren oder entfernteren Beziehungen der psychischen Vorgänge zu einander. 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 psychischer Depression und beim Schwachsinn selbst die einfachsten psychischen Leistungen, wie das Wahrnehmen eines Sinneseindruckes und die Ausführung einer Willkürbewegung, durchschnittlich etwas längere Zeit in Anspruch nehmen, als bei Gesunden. Bei verwickelteren Vorgängen lässt sich dieses Verhalten noch deutlicher nachweisen. Auch die einfache Beobachtung zeigt hier schon, dass die einzelnen Vorstellungen einander langsam und träge folgen. Die Antworten werden zögernd und nach längerer Pause hervorgebracht, höhere geistige Leistungen entweder gar nicht oder nur unter grossem Zeitaufwande ausgeführt. Im einen Falle, bei psychischer Depression, scheint diese Verlangsamung auf einer allgemeinen Hemmung der psychischen Vorgänge 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 zu thun, als deren vorübergehendes physiologisches Gegenstück wir den Zustand der Ermüdung betrachten können. Dass in diesem letzteren, ebenso wie unter dem Einflusse depressiver Affecte, schon die einfachsten und noch mehr die verwickelteren psychischen Vorgänge regelmässig eine Verlängerung ihrer Zeitdauer erfahren, lässt sich ebenfalls durch Messungen ohne Schwierigkeit nachweisen. Überall sieht man hier zugleich die Schwankungen der gemessenen Werthe, die Buccola mit Recht als das Dynamometer der Aufmerksamkeit bezeichnet hat, in mehr oder weniger beträchtlichem Masse zunehmen. Während sonst die psychischen Vorgänge gerade bei langsamerer Arbeit gleichmässiger zu verlaufen pflegen, geht also hier die Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit mit einer unvollkommenen Beherrschung der Aufmerksamkeit einher, ein Zeichen, dass auch die psychische Widerstandsfähigkeit abgenommen hat.

Beschleunigung der psychischen Functionen ist ohne Zweifel ein sehr viel selteneres Vorkommniss bei Geisteskranken,

als die Verlangsamung derselben. Nach der klinischen Erfahrung sollte man diese Erscheinung etwa in maniakalischen Zuständen, namentlich in denjenigen des circulären Irreseins, erwarten. In der That hat Marie Walitzkaja bei Maniakalischen Verkürzungen der Associationszeit bis auf die Hälfte, ja bis auf ein Drittel der normalen Dauer gefunden. Der Annahme einer derart erheblichen Beschleunigung der Vorstellungsverbindungen widersprechen indessen meine eigenen Erfahrungen durchaus, so dass ich jenes Ergebniss einstweilen als durch Fehlerquellen getrübt betrachten muss. Im Ganzen scheinen für eine grosse Zahl von Geisteskranken weniger Veränderungen in der mittleren Dauer ihrer psychischen Vorgänge, als vielmehr abnorm grosse Schwankungen zwischen den gewonnenen Einzelwerten, allerdings mit der vorwiegenden Neigung zu längeren Zahlen, charakteristisch zu sein.

Das Verhalten der fortlaufenden geistigen Arbeit bei Geisteskranken ist bisher leider fast gar nicht untersucht worden. Dasselbe würde nicht nur über die absolute Grösse der Arbeitsleistung, die natürlich sehr von der Vorbildung abhängt, sondern auch über die Uebungsfähigkeit, sowie namentlich über die Ermüdbarkeit und Ablenkbarkeit voraussichtlich werthvolle Aufschlüsse liefern. Gerade nach den beiden letzteren Richtungen hin finden wir bei angeborenen und erworbenen Schwächezuständen so häufige und eingreifende Störungen, dass an der grundlegenden Bedeutung derselben nicht gezweifelt werden kann. Einiges Material in dieser Richtung liegt mir bereits vor, doch ist dasselbe noch zu lückenhaft, als dass sich schon jetzt weiterreichende Schlüsse daraus ableiten liessen.

Ausser diesen mehr formalen Störungen haben wir nunmehr aber auch noch gewisse Veränderungen des Vorstellungsverlaufes einer kurzen Betrachtung zu unterziehen, bei denen der Inhalt der Gedankenreihen eine mehr oder weniger tiefgreifende Beeinflussung erfährt. Wie es scheint, ist die gemeinsame Grundlage hier der dauernde oder vorübergehende Verlust der Herrschaft des Kranken über seine Ideenkreise, die Unfähigkeit, nach bestimmten Motiven aus der Zahl der sich darbietenden Associationen Auswahl zu treffen. Auf diese Weise kann sich dann entweder eine und dieselbe Vorstellungsgruppe immer von Neuem wieder dem Bewusstsein aufdrängen, oder aber es erlangen gewisse allgemeine Richtungen

der associativen Anknüpfung die Oberhand und zwingen dadurch den Gedankengang in ganz bestimmte Bahnen hinein.

Beide Störungen sind der normalen Erfahrung geläufig. Wir Alle wissen, dass sich bei uns gewisse stehende Wendungen und Ideenverbindungen ausbilden, die mit erstaunlicher Unvermeidlichkeit bei gegebenem Stichworte auftauchen und ablaufen, ohne unser Zuthun, ja selbst gegen unseren Willen. Ich konnte nachweisen, dass von einer grösseren Gruppe eingeübter Associationen nach fast zwei Jahren noch etwa 70% in stereotyper Weise wiederkehrten. Wie oft begegnet es uns ferner, dass wir irgend eine Vorstellungsgruppe, meist solche von rhythmischer Gliederung, einen Vers oder eine Melodie, „nicht los werden können“ und, vielleicht 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. Experimentelle Erfahrungen lehren diese Erscheinung als Ermüdungssymptom kennen. Man hat derartige Vorstellungen, die sich gegen unsern Willen in unser Bewusstsein 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 Menschen widersprechenden Inhalte entspringen. Die einzelnen klinischen Formen dieser Störung, die regelmässig auf dem Boden einer verminderten psychischen Widerstandsfähigkeit zur Entwickelung kommt, werden wir späterhin noch einer näheren Betrachtung zu unterziehen haben.

Eine schwerwiegende Bedeutung für das psychische Leben

*) Wille, Archiv f. Psychiatrie, XII, 1; Meynert, Wiener klin. Wochenschr. 1888, 5—7.

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 Eindringlinge 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 gesammten 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.

Auch das Vorherrschen bestimmter Richtungen in den Ideenverbindungen ist uns eine wohlbekannte Erscheinung. Nicht nur die individuelle Lebenserfahrung pflegt regelmässig die Art der associativen Bewegung zu beeinflussen, sondern wir sehen, dass in noch höherem Masse vielleicht die persönliche Veranlagung hier eine wichtige Rolle spielt. Die Neigung zu abstractem Denken oder zu rhetorischem Schwunge, zu lyrischer Schwärmerei oder praktischer Sinnlichkeit sind constitutionelle Eigenthümlichkeiten, die sich in den gewohnheitsmässigen Gedankengängen überall geltend machen. Noch eigenartiger gestaltet sich der nicht so seltene Drang, überall Wortspiele und -verdrehungen anzubringen, Citate zu produciren oder aber, wie man es bei einzelnen grossen Rechenkünstlern beobachtet hat, umfangreiche Rechnungen auszuführen.

Wie es scheint, kommen derartige Störungen vielfach dadurch zu Stande, dass die verschiedenartigen Bestandteile, aus denen sich unser Erfahrungsmaterial zusammensetzt, in verschiedener Stärke entwickelt sind, oder dass durch eine allgemeine Störung überall eine bestimmte Seite unserer Vorstellungen das Uebergewicht über die anderen gewinnt. Manche Erfahrungen sprechen dafür, dass z. B. der Gegensatz zwischen den sensorischen und den motorischen Elementen der Vorstellungen eine gewisse Rolle spielt. Es giebt Zustände, in denen die Ideenverbindung ganz vorzugsweise durch einzelne sinnliche Erinnerungsbilder vermittelt zu werden scheint, so im Traume, in gewissen Vergiftungsdelirien, namentlich im Opiumrausch. Lebhafte Phantasievorstellungen schliessen sich hier in

bunter Folge an einander, entwickeln sich auseinander, losgelöst von dem festgefugten Gerüste der abstracten Vorstellungen. In Folge dessen entsteht eine lockere Reihe phantastischer Situationen ohne inneren Zusammenhang und ohne Correctur durch die allgemeineren Lebenserfahrungen, deren schärferes Hervortreten in unserem Bewusstsein sofort die zahlreichen Widersprüche und die innere Unwahrheit der deliriösen Erlebnisse deutlich erkennen lassen würde. Andererseits aber dürfte nicht selten vielmehr ein Ueberwiegen der motorischen Beziehungen, insbesondere auf Grund der motorischen Sprachvorstellungen, sich herausbilden. Es kommt dann zu einer Häufung sprachlich eingeübter Associationen, gewohnheitsmässiger Wortverbindungen, oder aber zur Verknüpfung nach der Klangähnlichkeit. Regelmässig geht auch hierbei natürlich der innere Zusammenhang der Ideen mehr oder weniger verloren. In leichten Andeutungen tritt diese Störung schon bei der normalen Ermüdung hervor; unser Gedankengang lenkt dabei mehr und mehr in die Bahnen eingeübter Redensarten ein. Auf pathologischem Gebiete beobachten wir sie namentlich bei solchen Psychosen, welche mit motorischen Reizerscheinungen einhergehen. Der Redeschwall reisst hier den Gedankengang gewissermassen vollständig mit sich fort. Die Kranken sind nicht im Stande, zusammenhängend zu erzählen, da sich überall stehende Redewendungen einschieben, die der Ideenverbindung eine neue Richtung geben, so dass sie „vom Hundertsten ins Tausendste“ kommen und schon nach wenigen Augenblicken das ursprüngliche Ziel ihrer Reden aus dem Auge verlieren. „Der Nagel an der Wand“ begann eine solche Kranke, auf einen Nagel zeigend, fuhr aber sodann fort: „hört seine eigene Schand.“

Man bezeichnet diese Erscheinung mit dem Namen der Ideenflucht, obgleich in der Regel eine Beschleunigung der Ideenfolge gar nicht vorhanden ist. Nur das Aussprechen der Gedanken ist erleichtert, sodass jede auftauchende Vorstellung sich sofort in eine Sprachbewegung umsetzt, die dann andere eingeübte oder ähnliche Redewendungen nach sich zieht, während wir unter normalen Verhältnissen zahllose derartige motorische Antriebe einfach unterdrücken. Unter dem Einflusse des Alkohols geht uns bekanntlich diese letztere Fähigkeit verloren, und es entwickeln sich nun jene halb ideenflüchtigen, halb stereotypen Reden, in denen der Einfluss der motorischen Sprachvorstellungen deutlich genug über denjenigen des Ge-

dankeninhaltes überwiegt. In den höheren Graden der Ideenflucht schreitet die Lockerung des begrifflichen Zusammenhanges der Vorstellungen immer weiter, bis schliesslich jede inhaltliche Verknüpfung in einer sinnlosen Aneinanderreihung von Assonanzen, Alliterationen, Reimen, Citaten und Bruchstücken verloren geht. Diese chaotische Folge von Vorstellungen 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.

Das gemeinsame Resultat aller Störungen, welche den Einfluss der constanten psychischen Persönlichkeit auf den Ablauf der Vorstellungen beeinträchtigen oder vernichten, ist das Auftreten einer sehr wichtigen und häufigen Krankheitserscheinung, der Verwirrtheit. Sie bedeutet den Verlust des inneren Zusammenhanges zwischen den Vorstellungen und die daraus sich ergebende Unfähigkeit, dieselben zu ordnen und zu überblicken. Die Entstehungsweise dieses Symptoms ist wahrscheinlich eine vielfach verschiedene; dasselbe bildet in stärkerer oder schwächerer Ausprägung gewissermassen das allgemeine Prodromalstadium der acuten Psychosen. Eine ganz besonders wichtige Rolle spielen dabei jedenfalls die Affecte, deren gewaltigen Einfluss auf den klaren Zusammenhang unserer Gedanken uns schon die normale Erfahrung kennen lehrt, von den leisesten Regungen der Verlegenheit und Befangenheit an bis zu den mächtigen Gefühlsschwankungen der Angst, des Zornes und der Verzweiflung.

Weiterhin vermag ein abnorm starkes Hervortreten der sinnlichen Elemente unserer Vorstellungen anscheinend eine deliriöse, Vorherrschen der psychomotorischen Erregung dagegen die charakteristische Erscheinung der ideenflüchtigen Verwirrtheit zu erzeugen. Bei rascher Steigerung der combinatorischen Phantasiethätigkeit entwickelt sich jene Form der Verwirrtheit, welche wir bei dem plötzlichen Anstürmen neuer Gedanken und ungeahnter Consequenzen empfinden; uns schwindelt der Kopf, weil wir nicht im Stande sind, die massenhaft aufschiessenden Vorstellungen zu ordnen und zu überblicken. Diese „combinatorische Verwirrtheit“ findet sich als Episode in jenen Krankheitsformen, in deren weiterem Verlaufe das rasch entstandene phantastische Material zu einem dauernden Wahnsystem verarbeitet wird, ähnlich wie auch wir die uns anfangs verwirrende neue Idee allmählich unsern Gedankenkreisen assimiliren

und dadurch die innere Einheit und den Zusammenhang derselben wiederherstellen. Ein solcher Patient bezeichnete mir diese verwirrende Ueberproduction an phantastischen Combinationen als eine wahre „Hunnenschlacht des Geistes“. Vielleicht kann ferner auch das Auftauchen massenhafter Sinnestäuschungen eine hallucinatorische Verwirrtheit einfach in der Weise hervorrufen, wie beim Gesunden die Orientirung verloren geht, wenn er sich plötzlich in ein unentwirrbares Gemisch neuer rätselhafter Sinneseindrücke versetzt sieht. Bei alten Paranoikern und in gewissen Formen des hallucinatorischen Wahnsinns sehen wir allerdings, dass vollkommene Ordnung der Gedanken trotz zahlreicher Sinnestäuschungen bestehen kann. Im Ganzen ist übrigens zu bemerken, dass die hier theoretisch auseinandergehaltenen Formen der Verwirrtheit sich praktisch fast immer mit einander verbinden. Fast alle acuten Psychosen gehen mit lebhaften Affecten einher; zu den Störungen im Ablaufe der Vorstellungen gesellen sich sehr häufig Sinnestäuschungen, sodass es im einzelnen Falle kaum möglich erscheint, den Anteil genauer zu bestimmen, der den verschiedenen Ursachen beim Zustandekommen der Verwirrtheit zugeschrieben werden muss.

Endlich bedarf es kaum noch einer besonderen Ausführung, dass sich auch mit der Entwickelung des Schwachsinns, mit dem Fortschreiten des geistigen Verfalles der Zusammenhang der Vorstellungen lockert. Leider sind die auf diese Weise zu Stande kommenden mannigfaltigen Formen der secundären Verwirrtheit in ihren Einzelheiten bisher noch sehr wenig bekannt.

Störungen des Urtheils und der Schlussbildung. Die höchsten und verwickeltsten Leistungen auf intellectuellem Gebiete sind Urtheil und Schluss. Da sie sich aufbauen auf den vorbereitenden Functionen der Wahrnehmung, des Gedächtnisses, der Bildung und Verbindung von Vorstellungen, so ist es natürlich, dass alle Beeinträchtigungen irgend eines dieser Vorgänge regelmässig in mehr oder weniger nachhaltiger Weise das in Urtheil und Schluss sich darstellende Endresultat der geistigen Arbeit in Mitleidenschaft ziehen müssen. Abgesehen davon jedoch kann eben die logische Verarbeitung des Vorstellungsmateriales selbst gewissen krankhaften Störungen unterliegen, welche für das ganze psychische Leben in der Regel äusserst verhängnissvoll werden.

Die wichtigste dieser Störungen ist die Neigung zu subjectiver

Interpretation der Aussenwelt. Wenn schon im gesunden Leben vielfach die Versuchung an uns herantritt, an geringfügige und vieldeutige thatsächliche Anhaltspunkte zu weitgehende Wahrscheinlichkeitsschlüsse zu knüpfen oder ohne zureichenden Grund Causalverhältnisse zwischen zufällig zusammenfallenden Ereignissen zu vermuthen, so begünstigt unter pathologischen Verhältnissen der Hang zu phantastischer Verbindung der Vorstellungen und Wahrnehmungen in ganz hervorragendem Masse das Suchen nach Beziehungen der Dinge, wo die Vorstellungen in Beziehung getreten sind, die Vermuthung eines realen Zusammenhanges der Erscheinungen auf Grund des leicht geschürzten psychologischen Bandes derselben. Für den Kranken kann der harmloseste äussere Vorgang zum tiefsinnigen Symbol verborgener Ereignisse werden; in die nüchternsten Thatsachen wird ein versteckter und entlegener Sinn hineingeheimnisst. Der Flug eines Vogels ist ihm ein verheissungsvolles Zeichen für die Zukunft, eine zufällig beobachtete Geberde signalisirt drohende Gefahr, der Fund einiger Kastanien bedeutet die Zusicherung künftiger Weltherrschaft.

Auf diese Weise entsteht nicht selten jenes wichtige psychopathische Symptom, welches man als „Wahnidee“ bezeichnet. Jede Wahnidee ist eine krankhaft verfälschte Vorstellung, die regelmässig in irgend einer Beziehung zu den persönlichen Verhältnissen des Individuums steht. 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 in der intellectuellen Verarbeitung von Vorstellungen, die allerdings wieder von anderer Seite her, z. B. durch Gefühle und Affecte, beeinflusst werden können.

Ein physiologisches Seitenstück der Wahnidee gewissermassen ist 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 absonderlicheren 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 Be-

sitz ergriffen haben. Nur die Feststellung des Durchschnittsaberglaubens bei der Umgebung des Kranken kann hier einen einigermassen sicheren Anhalt an die Hand geben.

Regelmässig stehen die Wahnideen in nahem Zusammenhange mit 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 Ausdeutungen 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 Entwickelung 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 aus.

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 studierten Leiden 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, schwerer Blutstockungen, 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 Empfindungen 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 mit Gestank erfüllt, in einen Kikerikihahn verwandelt, von 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 Schlafe vorgenommen werden oder ganz mystischer Natur sind (Telepathie). 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, hypnotischer Fernewirkungen geneigt, die durch allerlei Maschinen, Telephone, galvanische Batterien, sympathetische Manipulationen von unsichtbaren Feinden vermittelt werden. Die Ausbildung derartiger Hypothesen ist bisweilen eine äusserst eingehende und spitzfindige. Die Idee der Metamorphose findet noch eine weitere Entwickelung in dem ebenfalls culturhistorisch wichtigen Wahne der Thierverwandlung, des Abgestorbenseins, der Verwandlung in andere Personen, namentlich solche anderen Geschlechts, in leblose Dinge u. s. f.

Ueberaus häufig ist das allgemeine 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 Menschen zur Aussenwelt erstrecken. Sehr gewöhnlich beginnt derselbe mit der wahnhaften Deutung 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 seine Wahrnehmungen unter dem neugewonnenen Gesichtspunkte zu verwerthen. Ueberall entdeckt er geheime Verschwörungen gegen sich, Andeutungen drohender Ge-

fahren, überall Spione, die ihn auf Schritt und Tritt beobachten und verfolgen. Wohin er kommt, fühlt er die Aufmerksamkeit auf sich gerichtet; harmlose Bemerkungen, Zeitungsartikel, Gassenhauer, Predigten 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. Vermeintliche Vergiftungsversuche und sexuelle Attentate pflegen dabei eine grosse Rolle zu spielen.

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. An jede seiner Aeusserungen oder Handlungen knüpft sich sehr bald die Idee, dass er dadurch Andere geschädigt, getäuscht, ins Unglück gebracht habe. 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, lebendig begraben 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 ihren Ursprung zu nehmen; begegnen wir doch ähnlichen, allerdings gewöhnlich rasch vergessenen „Ahnungen“ auf dem Hintergrunde einer gemüthlichen Erregung nicht selten auch im alltäglichen Leben.

Auch die exaltirten Wahnideen können unmittelbar den eigenen Körper zum Gegenstande haben. Hier gewährt uns die Euphorie der Phthisiker und die Selbsttäuschung Betrunkener ein normales Beispiel für jene Störungen des Selbstbewusstseins, in denen das Gefühl erhöhter Leistungsfähigkeit in Widerspruch mit dem wirklichen Verhalten geräth. 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 Grössenvorstellungen, dass der eigene Koth Gold, der Urin Rheinwein sei und Aehnliches. Zuweilen gewinnen auch Ideen depressiven Inhaltes durch die Art ihrer Verwerthung Seitens der Kranken den Charakter von expansiven. Wir hören solche Patienten mit grosser Genugthuung sich dessen rühmen, dass ihnen schon 30000 Mal das Haupt abgeschlagen worden sei, dass sie den schrecklichsten Kopfkrankheiten ausgesetzt gewesen seien, jeden Tag einen Centner Strychnin eingeblasen bekämen. Hier dienen die unerhörten Gefahren nur dazu, die eigene Kraft und Wichtigkeit in ein um so glänzenderes Licht zu setzen.

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 das Gefühl geistiger Leistungsfähigkeit in so ausserordentlichem Masse, dass der Kranke sich für ein Universalgenie, für einen grossen Entdecker uud Weltverbesserer 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 ähnlicher Weise umgewandelt. Nach der einen Seite hin beziehen sich dieselben 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, wider.

Depressive und exaltirte Wahnideen sind indessen durchaus nicht etwa als gegensätzliche und einander ausschliessende Richtungen der Vorstellungsthätigkeit zu betrachten, sondern *sie verbinden sich sogar sehr gewöhnlich mit einander*. Der vermeintlich Verfolgte sieht die Ursache der gegen ihn gerichteten Feindseligkeiten in seinen besonderen Vorzügen, in seinen natürlichen Ansprüchen auf ein grosses Besitzthum, in seiner Anwartschaft auf einen Fürstenthron, und umgekehrt glaubt der wahnhafte Sprössling aus hohem Hause, der Besitzer ideeller Reichthümer die Nicht-

anerkennung 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. Das Zustandekommen 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 Verbindung der Vorstellungen und endlich Verfälschungen der Wahrnehmung, namentlich Sinnestäuschungen, sind die wesentlichen 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 gesammte 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 Bestandtheile, die geistige 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 Verstandes dar. Sie sind nicht so sehr ein Ausdruck der persönlichen Weltauffassung, als vielmehr Vorstellungen, die aus irgend einem Grunde (Affect, Sinnestäuschungen) vorübergehend

die Herrschaft über den Bewusstseinsinhalt des Kranken erlangt haben, ohne darum bereits von demselben fest assimilirt worden zu sein. Sie werden nicht geistig verarbeitet, haften daher nicht lange und pflegen die spätere Erfahrung nicht dauernd massgebend zu beeinflussen. Für den Augenblick vermögen sie wol die Herrschaft über den Bewusstseinsinhalt zu gewinnen, aber sie verlieren schliesslich 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 Gleichgewichtsstörung 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 gesammten Erfahrungsinhalt gewinnen kann, und wie die grössten Absurditäten trotz ihrer handgreiflichen Unhaltbarkeit, trotz des unmittelbar entgegenstehenden Zeugnisses der Sinne, dennoch unbeirrt festgehalten werden. Allerdings begegnet es auch dem Gesunden gelegentlich, dass ihm einzelne absonderliche 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 sein Denken und Handeln — sie schwinden, sobald er beginnt, den Bewusstseinsinhalt kritisch zu verarbeiten. Wir werden durch diese Ueberlegung auf die zweite und wichtigste Störung geführt, welche ausnahmslos der Entwickelung 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 Bestandtheile 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 dauernden Wahnsystems stets auf eine tiefe Erkrankung der gesammten psychischen Persönlichkeit hindeutet, auf eine einschneidende Unzulänglichkeit seiner intellectuellen Leistungen. Je unsinniger 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 Berichtigung auszuführen. Gerade auf diesem Gebiete ist es überaus wichtig, sich bei der Beurtheilung der geistigen Leistungsfähigkeit des Kranken nicht durch die gedächtnissmässige Beherrschung einfacher logischer Gedankenreihen und des Vorstellungsmaterials aus gesunden Tagen täuschen zu lassen. Die Thatsache, dass er nicht im Stande ist, seine Wahnideen zu corrigiren, zeigt auf das Unzweideutigste die wahre Grösse der geistigen Schwäche an. In diesem Sinne ist die Auffassung der fixen Idee als einer isolirten, „partiellen“ Störung, als eines „Herdsymptoms“ bei sonstiger psychischer Gesundheit 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 allgemeinen psychischen Leistungen 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 lebhafte Gefühle und Affecte das klare Urtheil trüben, und dass daher kein Gebiet des menschlichen Denkens gröberen Täuschungen ausgesetzt ist, als die Selbsterkenntniss, wird auch durch das Verhalten der

Wahnideen bestätigt, nur in vergrössertem Massstabe. Nach dem Beispiel des Splitters im fremden und des Balkens im eigenen Auge sehen wir daher oft unsere Kranken die Wahnideen Anderer ohne Weiteres corrigiren, während es ihnen unmöglich ist, die anscheinend selbstverständliche Nutzanwendung auf den eigenen, durchaus analogen Fall zu ziehen. Man wird indessen darum die geistige 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 Stauungserscheinungen 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 Verstandesleistungen auszuführen. Die Beobachtung des progressiven psychischen Verfalls, wie er von dem Auftreten immer unsinnigerer Wahnideen bis zur völligen Zusammenhangslosigkeit derselben untereinander begleitet wird, zeigt auf das Deutlichste, dass es sich hier um ein einheitliches Grundleiden handelt, welches sich als eine zunehmende Unfähigkeit zu 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 sachlichen, ruhigen Ueberlegungen fähig; ebenso machen die gewaltigen Affecte des Wahnsinns oder der Melancholie die nüchterne Berichtigung der immer wieder aufsteigenden, gefühlsstarken Wahnvorstellungen häufig unmöglich. Erst dann, wenn mit dem Zurücktreten der krankhaften Affecte die Wahnideen nicht verschwinden, sondern dauernd den Bewusstseinsinhalt beherrschen, schliessen wir mit Recht auf ein tieferes Ergriffensein der Intelligenz. Bei wirklich gesunder Verstandesthätigkeit müssten ja die wahnhaften Vorstellungen aus den Zeiten gemüthlicher Erregung nach dem Abklingen derselben mit der gleichen Leichtigkeit und Sicherheit ausgemerzt werden, wie wir täglich die abenteuerlichen Phantasien des Traumes oder der Fieberdelirien berichtigen, Zustände, denen gerade das Fehlen

einer kritischen Sichtung des Bewusstseinsinhaltes gemeinsam ist. 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 unsern 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 Verstandesthätigkeit 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 der Mensch im Stande sein, sie zur kritischen Verarbeitung seines jeweiligen Bewusstseinsinhaltes zu benutzen, und desto willenloser wird er den wahnhaften Erfindungen seiner geschäftigen Phantasie sich hingeben, bis schliesslich auch die ungeheuerlichsten Ideen in dem angesammelten Erfahrungsschatze keinen Widerspruch mehr wachrufen.

Es bedarf kaum noch der Ausführung, dass nach der hier vertretenen Anschauung über die Entstehung der Wahnideen von einer strengeren anatomischen Localisirung dieser letzteren im Gehirn nicht nur heute, sondern principiell nicht die Rede sein kann. Die Wahnidee an sich ist zunächst eine Phantasievorstellung, wie jede andere, wie etwa die Traumvorstellungen auch, bei denen wir ja

ebenfalls gewisse stereotype Gestaltungen beobachten. Ihre besondere Stellung im Seelenleben des Kranken aber und ihre eigenartige Ausbildung erhält sie durch das augenblickliche oder dauernde Verhalten der gesammten psychischen Persönlichkeit. Sie ist also nicht sowol die Wirkung eines umschriebenen Krankheitsvorganges, als vielmehr das Zeichen einer allgemeinen Beeinträchtigung der gesammten Hirnleistung. Man hat allerdings versucht, jeder einzelnen Vorstellung eine besondere Rindenzelle als Sitz anzuweisen, sodass etwa die Aufnahmefähigkeit des Hirns einfach durch die Zahl eben jener Zellen bestimmt würde, und man könnte von diesem Standpunkte aus immerhin die Erkrankung gewisser Ganglienzellengruppen oder Fasersysteme für das Auftreten von Wahnideen verantwortlich machen. Allein jene Hypothese ist im Hinblicke auf psychologische und klinische Thatsachen ebenso unhaltbar, wie etwa die Anschauung, dass die Zahl der möglichen optischen Bilder von der Menge der empfindenden Elemente in unserer Netzhaut abhängig sei. Zudem sehen wir thatsächlich auch Wahnideen regelmässig nicht bei corticalen Herderkrankungen, sondern vielmehr bei solchen allgemeinen Störungen (Vergiftungen, Affecte, angeborene Schwächezustände) auftreten, welche die Verrichtungen der ganzen Hirnrinde in Mitleidenschaft ziehen.

Störungen des Selbstbewusstseins. Als Selbstbewusstsein bezeichnen wir die Summe aller jener Vorstellungen, aus denen sich für uns das Bild unserer körperlichen und geistigen Persönlichkeit zusammensetzt. Diese Vorstellungsgruppe bildet den dauernden Hintergrund unseres Seelenlebens und übt daher auf den Ablauf unserer gesammten psychischen Vorgänge einen massgebenden Einfluss aus. Ihr Inhalt wie ihr Umfang wird wesentlich durch die Lebenserfahrungen des Einzelnen bestimmt. Es ist daher erklärlich, dass alle Umstände, welche jene letzteren in krankhafter Weise beeinflussen, die Auffassung der eigenen Persönlichkeit und ihres Verhältnisses zur Aussenwelt in Mitleidenschaft ziehen müssen. Verfälschungen des Selbstbewusstseins sind denn auch überaus häufige Störungen, deren wichtigste Formen wir bei der Besprechung der Wahnideen bereits gestreift haben.

Regelmässig wächst in der Krankheit die Bedeutung der eigenen Person im Verhältnisse zur Umgebung, sei es in expansivem oder depressivem Sinne. Wie jeder körperliche Krank-

heitsprocess die Aufmerksamkeit des Patienten auf seine eigenen Zustände lenkt, und alle sonstigen Interessen dahinter mehr oder weniger zurücktreten, so begünstigen auch psychische Störungen ganz allgemein die natürliche Neigung des Menschen, seiner Person eine ganz besondere Wichtigkeit beizulegen. Namentlich bei traurigen und ängstlichen Verstimmungen tritt das krankhafte Bestreben, alle Ereignisse und Einrichtungen in der Umgebung in Beziehungen zum eigenen Ich zu setzen, meist sehr deutlich hervor. Geradezu typisch ist ferner diese Verfälschung des Selbstbewusstseins in jener schweren Form psychischer Erkrankung, deren wesentlichstes Symptom eben eine chronische Umgestaltung der gesammten Weltanschauung bildet, in der Paranoia. Durch die krankhafte Combination wird hier das Verhältniss der eigenen Person zur Aussenwelt allmählich vollständig „verrückt", so dass schliesslich das Denken und Handeln des Kranken für den Unbefangenen ganz unverständlich wird, während der Eingeweihte von dem pathologisch veränderten Standpunkte aus den inneren Zusammenhang des verfälschten Selbstbewusstseins vielleicht noch zu erkennen vermag.

Bei weit vorgeschrittener psychischer Schwäche geräth schliesslich auch das Selbstbewusstsein in Verfall, freilich meist ziemlich spät. Es giebt Kranke, namentlich Epileptiker, deren Vorstellungsschatz schon eine hochgradige Verarmung aufweist, die sich in irgendwie verwickelten Verhältnissen gar nicht mehr zurechtfinden, aber dennoch über ein wohlerhaltenes Selbstbewusstsein verfügen, über ihre eigenen Zustände Rechenschaft geben können und ihre spärlichen Gedanken in vollkommener Ordnung erhalten. Wie es scheint, pflegen namentlich die secundären Schwächezustände, die Ausgangsstadien schwerer acuter und subacuter Psychosen, am häufigsten zu einer Zertrümmerung des Selbstbewusstseins zu führen, ähnlich wie wir den Vorgang sich in der Paralyse mit besonderer Schnelligkeit vollziehen sehen. Hier sind es dann schliesslich 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 Menschen 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 auf dem Gebiete des Verstandes, 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 Gefühlsäusserungen 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 halten, als die eingreifendsten Störungen im Gemüthsleben.

Störungen in der Stärke 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 verstandesmässig aufgefasst und auch verarbeitet werden, ohne irgend welche Regungen im Innern des Kranken wachzurufen. In den

höchsten Graden dieser Störung, in denen völlige Stumpfheit besteht, wie bei gewissen tiefen Blödsinnszuständen, ist allerdings regelmässig auch die sonstige psychische Thätigkeit auf ein sehr geringes Mass herabgesetzt.

Weit interessanter aber und klinisch wichtiger, als derartige Formen des geistigen Bankerotts 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 geistigen Entwickelung in Wirksamkeit treten. Mit anderen 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 eignen 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 Innern anzuregen. Es fallen also für ihn alle jene Motive und Hemmungen fort, welche dem Gesunden aus der Rücksicht auf seine Umgebung entspringen. Theilnahmlosigkeit 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 eine gewisse Findigkeit 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 Unfähigkeit 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 lebhafte Erregung versetzen, aber er blasst in der Erinnerung rasch ab, während z. B. die leiseren, aber andauernden 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 Eigenschaften eines gesunden, normal entwickelten Mannes betrachtet.

Auch nach dieser Richtung hin wird sich daher die mangelhafte Ausbildung der höheren Gefühle und das Vorherrschen grober Eigenliebe in dem Krankheitsbilde des Schwachsinnes geltend machen müssen. Wo nicht eine hochgradige Stumpfheit 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 Unlustausbrüche, in dem raschen Abklingen und der geringen Nachhaltigkeit solcher Aufwallungen den Mangel der constanten, höheren Gefühle zum Ausdrucke gelangen. Schon in der Gesundheitsbreite sind Menschen, 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. Andererseits ist das stärkere Hervortreten der Eigenliebe und der Sinnlichkeit (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 Entartung können auch gewisse einfache Lust- und Unlustgefühle schwinden, besonders solche, die einen mehr ästhetischen Charakter haben. Dahin gehören vor Allem das Gefühl für Reinlichkeit und die Ekelgefühle. Allerdings sind dieselben schon unter normalen Verhältnissen bei verschiedenen Menschen sehr verschieden ausgebildet; dennoch aber deutet der gänzliche Verlust derselben, wie er sich in dem rücksichtslosen Herumschmieren und Verzehren der ekelhaftesten Dinge (sogar der eigenen Ausleerungen) kundgiebt, stets auf 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 starke 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.

In der Regel kommt die Abstumpfung der normalen Gefühlsreactionen, selbst wenn sie nicht angeboren, sondern erworben ist, dem Kranken gar nicht zum Bewusstsein; er merkt es nicht, dass er gleichgiltiger und theilnahmloser geworden ist, weil ihm eben auch Neigung und Fähigkeit zur Beachtung der feineren gemüthlichen Regungen in seinem Inneren gänzlich verloren gegangen sind. Eine Ausnahme von diesem Verhalten tritt uns häufig in den einfachen Formen der Melancholie entgegen. Hier beklagen sich die Kranken auf das Lebhafteste 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. Gerade diese Unempfindlichkeit wird dann als eine äusserst qualvolle Veränderung des eigenen Innern empfunden. Ob dabei wirklich die Verstimmung erst nachträglich aus der peinlichen Wahrnehmung der Gefühlsabstumpfung ihren Ursprung nimmt, oder ob vielmehr die Abschwächung der Gefühle durch einen krankhaften melancholischen Affect be-

dingt wird, ähnlich wie der Gesunde unter dem Einflusse einer gemüthlichen Depression „den Sinn“ für seine sonstigen Interessen verliert, muss zunächst zweifelhaft bleiben.

Das Gegenstück zu den bisher besprochenen Störungen bietet die Steigerung der gemüthlichen Erregbarkeit dar. Dieselbe kann entweder eine theilweise, auf einzelne Gebiete des Gefühlslebens beschränkte, oder eine allgemeine sein. Im ersteren Falle spielt sich die Störung regelmässig im Bereiche der grob egoistischen Regungen ab und verknüpft sich demgemäss gewöhnlich mit einer Abstumpfung der höheren Interessen. Namentlich eine krankhafte Zornmüthigkeit (iracundia morbosa) mit heftigen, explosiven Ausbrüchen bis zum völligen Verluste der Besonnenheit begegnet uns häufiger bei degenerirten Individuen, Schwachsinnigen, Idioten, Hysterischen, bisweilen auch ohne greifbare intellectuelle Störung. Ein weiteres charakteristisches Beispiel bietet uns die Reizbarkeit der Epileptiker mit ihren rücksichtslos gewaltthätigen Reactionen gegen jede wirkliche oder vermeintliche Beeinträchtigung ihrer persönlichen Rechte. So sehen wir auch im Leben gerade bei anscheinend torpiden Naturen bisweilen den unvermutheten Ausbruch brutaler Leidenschaften, wenn durch einen Zufall gerade der empfindliche Punkt bei ihnen getroffen wurde.

Wo die Steigerung in der Gefühlsbetonung sich auf jeden neuen Eindruck und auf den ganzen Vorstellungsverlauf erstreckt, da ist das innere Gleichgewicht natürlich dauernd ein äusserst schwankendes, der Stimmungshintergrund in beständiger Bewegung begriffen; ein kleiner Anlass genügt, um die Gefühle der Lust und Unlust in massloser Heftigkeit wachzurufen. Eine derartige Veränderung hat mit Nothwendigkeit raschen Wechsel der Affecte, 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 oder Delirirenden haltlos von einem Gegenstande auf den andern überspringt, so wird auch die Gemüthslage nicht durch die Summe der früheren Lebenserfahrung bestimmt und gleichmässig 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 entgegengesetzte Einflüsse abgelenkt, um dann ebenso unvermittelt wieder mit der früheren Stärke hervorzubrechen. Ganz ähnliche Erfahrungen pflegt man in den ersten Stadien der progressiven Paralyse zu machen.

Leichtere Formen dieser Störung kommen bei Geisteskranken überaus häufig zur Beobachtung, insbesondere bei gewissen Formen des angeborenen Schwachsinns und bei Hysterischen, auch in der Reconvalescenz nach Erschöpfungszuständen. Sie kennzeichnen sich durch häufigen unmotivirten Wechsel der Stimmung, Launenhaftigkeit, heftige Gefühlsreactionen auf geringe Anlässe, Neigung zur Schwärmerei und zum Pessimismus. Als normales Beispiel derselben kann in gewissem Sinne das Verhalten des weiblichen und kindlichen Gemüthslebens gelten, wie es sich ja im Allgemeinen durch eine grosse 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 Erscheinungen, 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. Auch diese 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 Reactionsweise bewegt.

Als typische Erscheinungsform der allgemeinen Gefühlsumwandelung 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; auch die normale Freude am Dasein selbst wandelt sich in das Gefühl des schmerzlichen Lebensüberdrusses um. Gerade diejenigen Beziehungen, die ihn früher am nächsten berührten, werden jetzt für ihn eine Quelle beständiger trüber Gemüthsverstimmung, weil an diesem Punkte die gesteigerte Empfindlichkeit besonders leicht und häufig Erschütterungen des inneren Gleichgewichts herbeiführt. Wie den Bekümmerten der Anblick heiteren Lebens sein Leid nur noch tiefer empfinden lässt, so erweckt auch hier — nur in noch ausgedehnterem Masse — selbst freudiger Anlass durch eine Art Contrastwirkung immer nur schmerzliche Gefühle. Dort aber ist die gemüthliche Verstimmung durch erfahrenes Leid begründet; hier ist sie eine ursprüngliche elementare Störung des Gefühlslebens. Dort ist sie eine mehr oder weniger rasch vorübergehende Schwankung, die 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 abnorme Gefühlsreaction die Auffassung desselben im Sinne der Unlust umwandelt. Regelmässig gewinnt die psychische Hyperalgesie eine entscheidende Einwirkung auf die Richtung des Vorstellungsverlaufes, aus dem sie dann ihrerseits wieder neue Nahrung zieht. In sehr ausgeprägter Form beobachten wir diese Störung bisweilen in der Reconvalescenz nach schweren Depressionszuständen, wenn die übrigen Krankheitserscheinungen, namentlich die psychische Erregung, bereits verschwunden sind. Die Kranken werden ungemein verdriesslich, missmuthig, mit Allem unzufrieden, zerfallen mit sich und ihrer Umgebung, ärgern sich über jede Kleinigkeit und queruliren, oft gegen ihre bessere Einsicht, in der unerträglichsten Weise, bis dann allmählich die gesteigerte Unlustreaction sich ebenfalls verliert.

In nicht seltenen Fällen erhebt sich das Gefühl des psychischen Schmerzes zu dem Affecte der Angst. Zweifellos ist die Angst Geisteskranker an und für sich häufig genug durchaus nicht als ein

krankhaftes Symptom zu betrachten, dort nämlich, wo dieselbe durch Sinnestäuschungen, Wahnideen und dergl. vollständig begründet erscheint. Man würde es im Gegentheil für pathologisch halten müssen, wenn ein Kranker etwa in der Erwartung seiner sofortigen Hinrichtung keinerlei gemüthliche Erregung verrathen würde Es giebt indessen auch Angstzustände, die nicht in dieser Weise durch Vorstellungen begründet sind, sondern sich ganz unvermittelt hervordrängen. 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 grundlos dasselbe ist. Fast regelmässig geht die Angst hier mit der Empfindung von Druck und Beklemmung in der Herzgegend einher (Präcordialangst); 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. Uebrigens wissen wir ja, dass die Angst schon unter normalen Verhältnissen das gesammte Nervensystem in lebhafte 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 am häufigsten bei gewissen Formen der Melancholie und des Wahnsinns, auch in der Paralyse beobachtet, ferner bei der Lyssa und bei manchen körperlichen, mit Kreislaufsstörungen 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 Hülflosigkeit gegenüber einer drohenden Gefahr. Auf ihm beruht die Kleinmüthigkeit und Verzagtheit in so vielen, namentlich senilen und constitutionellen Depressionszuständen. Das sind die Kranken, die jedem kommenden Ereignisse mit banger Furcht entgegensehen, stets die schlimmsten Möglichkeiten 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 allmählichen 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, Angstanfälle, welche, 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 ihre Kleider ihnen nicht richtig sitzen, 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 beim Ankleiden, 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. Einige andere ähnliche Zustände werden später noch nähere Berücksichtigung finden.

Ebenfalls in dieses Gebiet gehören jene abnorm entwickelten Unlustaffecte, welche wir nicht selten bei Neuropathischen auftreten sehen, sobald sie irgendwie in Beziehung zu anderen Menschen treten sollen. Schon aus dem täglichen Leben ist uns die Hemmung bekannt, welche die Befangenheit auf unser Denken und Handeln ausübt, und es giebt zahlreiche Gesunde, die in Gegenwart Anderer nicht uriniren oder keinen Brief schreiben können. Bei krankhafter Veranlagung können diese Hemmungen eine gewaltige Ausdehnung gewinnen und die geistige Freiheit in der empfindlichsten Weise beeinträchtigen. Um sich gegen die beständigen Einengungen durch zwangsmässige Unlustaffecte einigermassen zu schützen, umgeben sich die Kranken nicht selten mit einem System bizarrer Vorsichtsmassregeln, welche der äusseren Einwirkung ebenso wenig Spielraum lassen, wie der eigenen freien Entschliessung.

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. Wie es scheint, ist es namentlich die ausserordentliche Leichtigkeit, mit welcher hier die Umsetzung der Vorstellungen in Handlungen von Statten geht, welche so lebhafte Lustgefühle erzeugt, dass der Kranke sich glücklicher und gesünder fühlt, als je in seinem Leben. Ganz dieselbe Störung liegt wahrscheinlich der „Seligkeit“ des Alkoholrausches zu Grunde. Anders dürfte es sich dagegen mit jenen eigenthümlichen, als Ekstase bezeichneten Verzückungszuständen verhalten, die wir in manchen Formen des Wahnsinns und der Verrücktheit beobachten. Hier sind die motorischen Aeusserungen gehemmt; es fehlt vollständig die Thatenlust, das Gefühl der „Gehobenheit“, der Erleichterung der Bewegungen. Statt dessen ist die Phantasie in lebhafter Thätigkeit; herrliche Visionen wechseln einander ab, und das Bewusstsein des Kranken ist von einem Gefühle stiller, seliger Wonne und tiefster Befriedigung erfüllt, das ihn weit über alle Noth des Daseins erhebt und häufig in religiösem Sinne verarbeitet wird. Die Bewusstseinsstörungen des Haschisch- und Opiumrausches, sowie manche Träume sind als verwandte Zustände zu betrachten. Jener krankhaften Lustgefühle, welche die Perversitäten des Geschlechtstriebes begleiten, werden wir später zu gedenken haben.

Zu beachten bleibt, dass bisweilen 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 verständlich, begründet sind. Besonders bei Verrückten beruht die gemüthliche Veränderung, abgesehen von der Steigerung oder Abstumpfung der Erregbarkeit, gewöhnlich auf intellectueller Grundlage.

D. Störungen des Handelns.

Das praktisch wichtige Resultat aller 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 unter Umständen in einen entschiedenen Gegensatz zu den Willkürhandlungen treten kann. 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 verändert, so dass wir also bei der Betrachtung der Störungen, welchen Triebe und Willkürhandlungen unterworfen sind, überall auf die gegenseitigen Beziehungen dieser beiden Grundlagen unseres Handelns Rücksicht zu nehmen haben werden.

Herabsetzung der Willensimpulse. Einfache Herabsetzung aller Impulse findet sich in den schwersten Formen des angeborenen und erworbenen Blödsinns. Regelmässig sind hier auch der Vorstellungs-

verlauf verlangsamt und träge, die Gefühlsschwankungen einförmig und von geringer Stärke. 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 völlige 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.

Wenn im Allgemeinen diejenigen Triebe, welche der Selbsterhaltung dienen, am längsten noch mit einer gewissen Stärke Handlungen auszulösen pflegen, so können doch in manchen Fällen gerade einzelne dieser Triebe stark herabgesetzt oder erloschen sein, wo im Uebrigen noch eine beträchtliche Lebhaftigkeit des Strebens besteht. So wird häufig Mangel des Nahrungsbedürfnisses beobachtet, trotzdem sogar geordnete Willkürhandlungen ausgeführt werden. Am häufigsten ist dabei allerdings diese Störung durch mehr oder weniger klare Vorstellungen begründet und als eine krankhafte Unterdrückung des wol vorhandenen Triebes aufzufassen; hie und da liegen demselben auch Erkrankungen der Verdauungsorgane zu Grunde, welche die Entstehung des Hungergefühles verhindern.

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 diese Störung mit dem Namen der Abulie. Die Intelligenz kann hier erhalten sein, und es kann eine klare Einsicht in die Krankhaftigkeit, sowie ein peinliches Gefühl der Veränderung bestehen (Depressionszustände). Solche Kranke erkennen die Nothwendigkeit dieser oder jener Handlung auf das Klarste, aber sie vermögen dieselbe nicht auszuführen, „weil sie nicht wollen können“, weil ihnen die Möglichkeit eines selbständigen, thatkräftigen Antriebes fehlt. Bisweilen ist dabei überhaupt die Stärke der Willenserregungen herabgesetzt; in anderen Fällen aber ist es eben nur die einheitliche Leitung, welche krankhaft gestört ist, während ungeordnete, triebartige Ausbrüche (Unruhe, Selbstbeschädigungsversuche) von grosser augenblicklicher Heftigkeit in auffallendem Gegensatze zu der von den Kranken selbst immer

wieder bejammerten Energielosigkeit die Gewalt der inneren Bewegung deutlich erkennen lassen.

Während hier die Abulie aus einer krankhaften Hemmung der gesunden Willensantriebe hervorgeht, ist sie auf dem grossen Gebiete des Schwachsinns die Folge mangelhafter Entwickelung eines zweckbewussten, von bestimmten Grundsätzen geleiteten Willens überhaupt. Im Gegensatze zu der peinlich empfundenen, erzwungenen Unfähigkeit dort, entwickelt sich daher hier eine 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 das Ergebniss eines durch Anlage und Lebenserfahrung bestimmten, feststehenden Charakters, sondern als der Ausdruck zufälliger, augenblicklicher 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 Thatkraft, voller Halbheiten und Unbegreiflichkeiten. 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 zeitweise 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 praktisch ausserordentlich wichtige und leicht verkannte Störung uns ohne scharfe Grenze in die Breite des Normalen zu den schwachen, haltlosen Naturen hinüberführt, die stets einer leitenden Hand bedürfen, wenn sie nicht straucheln sollen, die ihr Leben lang hülflose Kinder bleiben, sobald sie in Verhältnisse und Kämpfe hineingeworfen werden, welche Thatkraft und rasche Entschlossenheit erfordern.

Gewissermassen auf der Grenze des Gesunden stehend und vielfach unzweifelhaft in das Krankhafte hinüberreichend sind die dauernden Entartungszustände, welche durch eingewurzelte schädliche Gewohnheiten über den Charakter des Menschen heraufbeschworen werden, häufiger allerdings vielleicht erst den günstigen Boden abgeben, auf dem jene letzteren sich übermächtig zu entwickeln vermögen. Der Trinker, der Morphinist, der Spieler, der

Onanist, auch wenn sie gerade keine auffallenden psychischen Krankheitssymptome darbieten — sie verlieren sehr bald die Herrschaft über ihre Leidenschaften; sie werden unfähig zu einheitlichem Handeln und zur thatkräftigen Ueberwindung schwieriger Lebenslagen. Sinken sie doch schliesslich zu willenlosen Sclaven ihrer triebartigen Begierden herab, die sie trotz besserer Einsicht, selbst um den Preis ihres Lebensglückes, nicht mehr zu besiegen im Stande sind. Bei jenen Giften spielt jedenfalls eine unmittelbar toxische Willenslähmung die Hauptrolle, wie sie sich durch Versuche auch für eine Reihe von anderen Stoffen nachweisen lässt, die ebenfalls dauernde Charakterentartung erzeugen.

Steigerung der Willensimpulse. Eine Steigerung der Willensimpulse tritt überall dort hervor, wo die Umsetzung psychischer Erregung in Bewegungen abnorm erleichtert ist. Sobald daher jene Hemmungen aufhören, zu wirken, welche normaler Weise zahllose in uns aufsteigende Antriebe unterdrücken, sind die Bedingungen für die Entwickelung der allgemeinsten Form dieser Störung, des Bewegungsdranges, gegeben. Die leichtesten Grade desselben können wir jederzeit im ersten Stadium des Alkoholrausches beobachten. Bei Kranken macht sich derselbe zunächst in einer gewissen Geschäftigkeit und Unstetigkeit, grosser Gesprächigkeit, Neigung zum Renommiren, lebhaften Geberden, im Sammeln und Zusammenkaufen unnützer Dinge, dem Inangriffnehmen zahlreicher Pläne und Unternehmungen, ohne Durchführung eines einzigen, in unsinnigen Ausschweifungen, in zwecklosem Herumtreiben und Reisen bemerkbar. Bei den schweren Formen kommt es weiterhin zu beständigem Schreien und Singen, Laufen, Tanzen, zum Entkleiden, 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. Auch hier tritt auf das Deutlichste jene für den Verlust des gesunden Willens charakteristische Unbeständigkeit der einzelnen Antriebe, jener rasche Wechsel in der Richtung des Handelns hervor, der in eigentümlichem Gegensatze zu der unvermittelten Rücksichtslosigkeit steht, welche die Bestrebungen des Kranken auszeichnet. Von den schwersten Formen dieser Willensstörung, die vor Allem der Manie und der Paralyse angehören, führen uns leichtere Abstufungen, denen wir im circulären und

periodischen Irresein begegnen, ganz allmählich zu gewissen schwachen Andeutungen bei gesunden Personen hinüber; es sind das jene zerfahrenen Menschen, die trotz steter Geschäftigkeit doch nie etwas Brauchbares leisten, die Alles mit Begeisterung ergreifen und nichts fertig bringen, deren Lebensgeschichte eine einzige Kette von unüberlegten und übereilten Handlungen darstellt.

Nach den verschiedenen Richtungen des Begehrens hin pflegt die Steigerung des Trieblebens hauptsächlich als krankhaftes Nahrungsbedürfniss (Bulimie) und als abnorme sexuelle Begierde (Nymphomanie bei Frauen, Satyriasis bei Männern) aufzutreten. Im ersteren Falle kann die Gefrässigkeit so weit gehen, dass nicht nur alle irgendwie durch Gewalt oder List zugänglichen Esswaren 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, Schimpfereien und Beschuldigungen, in 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 aus, in leichteren Formen durch Putzen und Coquettiren, Wechsel zwischen herausforderndem und verschämtem oder sentimentalem Wesen, durch Händedrücken, Briefschreiben, verständnissvolle Blicke u. dgl. Diese Symptome können in sehr verschiedenartigen Krankheitszuständen zur Beobachtung kommen; sie sind in der Regel einfach Theilerscheinungen psychischer Erregung bei Tobsüchtigen, Paralytischen, Hysterischen, senil Dementen, hier und da vielleicht auch durch örtliche Reize an den Genitalien hervorgerufen.

Zwangshandlungen. 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 aus krankhaften, zwangsmässigen Impulsen entspringen und sie nicht selten zur Vollbringung von Thaten treiben, gegen die sich ihre Einsicht und ihre gesunden Gefühle vergebens sträuben. In der überwiegenden Mehr-

zahl 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 Personen und im Verlaufe verschiedener Psychosen bisweilen auftretenden „Zwangshandlungen“. Die Vorstellung einer Handlung drängt sich hier mit gebieterischer Gewalt in das Bewusstsein des Kranken, so dass er trotz heftigen Kämpfens den pathologischen Antrieb 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 völlig zu überwältigen. Selbstmord, Mord und Brandstiftung kommen auf diese Weise zu Stande; ausserdem sind aber auch zahllose Verkehrtheiten und Gewaltacte, die man die Kranken begehen sieht, Zerstören von Gegenständen, Zerchlagen von Scheiben, Entkleiden, Kothessen (Koprophagie) gar nicht selten auf den gleichen Ursprung zurückzuführen. Der Mangel jedes verstandesmässig greifbaren Motivs, die Raschheit und Heftigkeit der Ausführung sind es, welche die Zwangshandlungen kennzeichnen. 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 Lage, 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.

Eine andere Entstehungsweise haben gewisse, in den Irrenanstalten sehr häufige, ebenfalls zwangsmässig von Statten gehende, aber sich durch die fortwährende Wiederholung von den eigentlichen Zwangshandlungen abgrenzende Bewegungen. Sie stellen zumeist 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. Durch ihre ursprüngliche psychische Motivirung unterscheiden sich diese Erscheinungen von den sogleich zu besprechenden eigentlichen Zwangsbewegungen oder Stereotypen.

Automatie und Stereotypie. Den Zwangshandlungen nahe verwandt sind gewisse Störungen, welche Kahlbaum vor längerer Zeit bereits als katatonische beschrieben hat. Dieselben zerfallen in zwei Hauptgruppen, welche zwar äusserlich sehr verschieden zu sein scheinen, aber eine gemeinsame Entstehungsweise haben müssen, da sie häufig ganz unvermittelt in einander übergehen. Die Schilderung der ersten Klasse von Symptomen, die wir insgesammt unter dem Namen der Automatie zusammenfassen können, knüpft am besten an die bekannten hypnotischen Erscheinungen*) an, da der Zustand, der ihnen zu Grunde liegt, mit demjenigen der Hypnose grosse Aehnlichkeit zu haben scheint.

Es gelingt bekanntlich bei einer sehr grossen Zahl von Individuen (80—90%), durch verschiedenartige Manipulationen, namentlich durch

---

*) Rieger, Der Hypnotismus. 1884; Beaunis, études physiologiques et psychologiques sur le sonnambulisme provoqué,' 1886; Forel, Der Hypnotismus, 2. Auflage, 1891; Moll, Der Hypnotismus, 2. Auflage.

lebhafte Erweckung der Vorstellung des Einschlafens, eine Alteration des Bewusstseins in dem Sinne zu erzielen, dass das gesammte Seelenleben in eine mehr oder weniger vollständige Abhängigkeit von dem Willen des Experimentators geräth. Durch Suggestion, d. h. durch energisches Anregen dieser oder jener psychischen Vorgänge mit Hülfe des Wortes oder geeigneter Handlungen, kann unter solchen Umständen nicht nur der Inhalt der Wahrnehmungen ganz nach Belieben frei erzeugt oder modificirt, nicht nur frei erfundene Erinnerungen können mit allen Einzelheiten dem Individuum eingepflanzt werden, um bei ihm weitere phantastische Verarbeitung zu finden, sondern vor Allem stehen auch seine Handlungen, ja sogar viele seiner unwillkürlichen Functionen gänzlich unter dem Einflusse der gebieterisch die eigenen Willensregungen knebelnden Eingebungen. Der Hypnotisirte sieht, hört, riecht, schmeckt, fühlt Alles das, was der Experimentator ihm vorredet, und er nimmt von der wirklichen Umgebung nichts wahr, was ihm gewissermassen wegdisputirt wird. Er beschwört bona fide, Dinge erlebt zu haben, die nie geschehen sind, und leugnet mit derselben kategorischen Ueberzeugungstreue das jüngst Vergangene; er vermag kein Glied zu rühren ohne Erlaubniss des Hypnotiseurs und begeht auf Geheiss dieses Letzteren unbedenklich die unsinnigsten, selbst verbrecherische Handlungen. In einer ganzen Reihe von Fällen dauert dieser nur mangelhaft durch den Ausdruck Befehlsautomatie gekennzeichnete Zustand auch nach dem Erwachen aus der Hypnose noch kürzere oder längere Zeit hindurch fort (Möglichkeit posthypnotischer Suggestionen), bis der eigene Wille wieder die Herrschaft über den Ablauf der psychischen Functionen gewinnt; zuweilen aber kann trotz völliger Rückkehr des Normalzustandes im Voraus für einen fernliegenden Termin (anscheinend selbst bis zu einem Jahre) der spontane Eintritt suggerirter Wahrnehmungen und Handlungen erzwungen werden (Suggestion à échéance). Ja, es kann hie und da die hypnotische Willenslähmung sogar ohne eigentliche Hypnose, wenigstens ohne irgend tiefere Bewusstseinstrübung, in anscheinend wachem Zustande erzielt werden. Die Erinnerung an alle diese psychischen Beeinflussungen ist nach dem Erwachen aus der Hypnose bald völlig erhalten oder doch durch äussere Anregungen wieder wachzurufen, bald getrübt, bald ganz erloschen; jedenfalls ist auch ihr Verhalten in hohem Grade von dem Willen des Experimentators abhängig.

Wenn uns das Wesen dieser viel discutirten Erscheinungen zur Zeit noch in vielen Beziehungen räthselhaft ist, so lässt sich ein psychologisches Verständniss für dieselben immerhin durch die Annahme gewinnen, dass es sich dabei um die vorübergehende Beseitigung jenes regulirenden Einflusses handelt, welchen unser Wille fortdauernd auf den Ablauf unserer psychischen Functionen durch Unterdrückung dieser und Begünstigung jener Bewusstseinsvorgänge ausübt. Die Analogie der hypnotischen mit unseren Traumzuständen ist gerade unter diesem Gesichtspunkte eine so handgreifliche, dass wir kaum erst des so häufig beobachteten Ueberganges zwischen Hypnose und Schlaf oder umgekehrt bedürften, um eine physiologische Verwandtschaft Beider anzunehmen. Auch im Traume acceptiren wir kritiklos die widerspruchsvollsten Wahrnehmungen nnd Vorstellungscombinationen als baare Wirklichkeit; wir erfinden Erinnerungen und vergessen die alltäglichen Erfahrungen; wir begehen ohne Gewissensbisse die zwecklosesten und schändlichsten Handlungen, um uns andererseits auf das Peinlichste in der Ausführung unserer einfachsten Absichten immer und immer wieder gehemmt zu sehen. Nur ist es hier das unwillkürliche, höchstens episodisch durch äussere Reize beeinflusste Spiel unserer eigenen Vorstellungen und Gefühle, welches durch die Ausschaltung der regulirenden Einflüsse freie Bahn gewinnt, während bei der Hypnose der fremde Wille gewissermassen in unser entfesseltes Seelenleben hineingreift und nunmehr als unumschränkter Machthaber in dem herrenlosen Gebiete schalten kann.

Ein solcher Versuch, den Träumenden von aussen her zu beeinflussen und dadurch ohne Weiteres die Hypnose herzustellen, gelingt freilich nur unter besonders günstigen Umständen. Zumeist pflegt der Schläfer dabei zu erwachen, wenn er überhaupt der Einwirkung zugänglich ist. Die Hypnose dagegen dauert trotz der Wahrnehmungen von aussen fort: sie ist nichts als ein leichter Schlaf mit der Autosuggestion, nicht ohne fremde Hülfe erwachen zu können.

Was nun die Erscheinungen der Automatie denjenigen der Hypnose so ähnlich macht, das ist vor Allem die willenlose Zugänglichkeit der Kranken gegenüber äusserer Beeinflussung. Sie zeigen regelmässig die eigenthümliche Erscheinung der wächsernen Biegsamkeit (flexibilitas cerea): ihre Glieder lassen sich ohne den geringsten

Widerstand in jede beliebige Lage bringen und behalten dieselbe so lange bei, bis man ihnen einen anderen Anstoss giebt oder bis sie in Folge hochgradiger Muskelermüdung zitternd dem Gesetze der Schwere folgen. Seltener gelingt es, die Kranken durch die Einleitung einfacher, regelmässiger Bewegungen zur fortgesetzten Wiederholung derselben zu veranlassen oder die Nachahmung energisch vor ihren Augen ausgeführter Geberden zu erreichen (Nachahmungsautomatie). Häufiger schon beobachtet man das willenlose Nachreden vorgesagter Worte (Echolalie). Andeutungen der Automatie, besonders der flexibilitas cerea, werden bei den verschiedenartigsten Krankheitszuständen gelegentlich beobachtet. Ich sah sie bei Verrückten, Hysterischen, Epileptischen, Maniakalischen, acut Dementen, Paralytikern und Alkoholisten, bei traumatischem Hirnabscess und bei enormem Hydrocephalus mit Hemiplegie, hier aus begreiflichen Gründen nur auf der nicht gelähmten Seite. Endlich aber findet sie sich in der ausgesprochensten Weise in jenem Krankheitsbilde, welches späterhin als Katatonie abgegrenzt werden wird.

Gerade bei der zuletzt genannten Krankheitsform gesellt sich zu den Erscheinungen der Automatie regelmässig eine zweite Gruppe von Störungen hinzu, die ich mit dem Gesammtnamen der Stereotypie bezeichnen möchte. Sie besteht in langer Fortdauer oder häufiger Wiederkehr derselben Muskelinnervationen. Nach der einen Seite hin kommt es hier zur Fixirung ganz bestimmter Stellungen, die trotz aller äusseren Einwirkungen Wochen, Monate, Jahre lang unverändert festgehalten werden. Die Kranken stehen in der gleichen, oft sehr unbequemen Haltung stets in derselben Ecke oder liegen mit gespannten Gliedern im Bette, so dass man sie ohne Schwierigkeit an dem starr gekrümmten Arme in die Höhe heben kann. Jeder Veränderung der Gliederstellung setzen sie den äussersten, aber nur passiven Widerstand entgegen (Negativismus), der sich nicht selten auch auf die Nahrungsaufnahme erstreckt. Auch in der mimischen Musculatur bemerkt man starre Spannung, tiefe Stirnfalten, rüsselförmig vorgeschobene Lippen (Schnauzkrampf), Seitwärtsrichtung der Bulbi und dergl. Sprachliche Aeusserungen pflegen gar nicht zu erfolgen (Mutacismus), höchstens einzelne ausser jedem Zusammenhang mit der Situation stehende Ausrufe. Weit mannigfaltiger gestalten sich naturgemäss die Bewegungsstereotypen (Zwangsbewegungen). Dahin gehören alle Arten nicht psychisch motivirter, aus unklaren

Antrieben zahllose Male wiederholter Handlungen, Purzelbäume, rhythmisches Klopfen, Herumgehen in absonderlichen Stellungen, Aufspringen, Niederfallen, Herumrollen und Kriechen am Boden, bizarre Essgewohnheiten u. s. f. In der Regel ist es ganz unmöglich, die Kranken in ihrem Beginnen zu hindern, trotzdem sie sich dabei rücksichtslos anstrengen und sogar verletzen. Auf sprachlichem Gebiete äussert sich die Stereotypie in stunden- ja tagelanger Wiederholung derselben, oft ganz unsinnigen, bisweilen in der Umgebung aufgefangenen Sätze und Redensarten (Verbigeration); dasselbe Symptom kehrt auch in den Schriftstücken wieder.

Wie schon erwähnt, stehen Automatie und Stereotypie wahrscheinlich in sehr nahen Beziehungen zu einander. Es ist bisweilen sogar möglich, durch gewisse Kunstgriffe ohne Weiteres Erscheinungen der einen Gruppe in die entsprechenden der anderen überzuführen. Gemeinsam ist beiden die willenlose Unterwerfung des Handelns unter zufällige Einflüsse, sei es dass dieselben von aussen einwirken oder im Innern des Kranken selbst entstehen. Im letzteren Falle dauert der Antrieb lange Zeit hindurch fort und wird zur Stereotypie in Haltung und Bewegung, im ersteren kann er meist durch einen weiteren Eingriff wieder abgelöst werden. Regelmässig aber erstrecken sich diese Störungen in der geschilderten Weise nur auf die niederen psychischen Functionen. Irgendwie verwickeltere Suggestionen und Stereotypen, welche eine höhere geistige Arbeitsleistung voraussetzen, werden nicht beobachtet, wahrscheinlich deswegen, weil hier überall eine tiefgreifende Störung des gesammten Seelenlebens überhaupt erst das Zustandekommen der Erscheinungen ermöglicht. Gerade unter diesem Gesichtspunkte ist es bemerkenswerth, dass wir bei Idioten ebenfalls Bewegungsstereotypen beobachten (rhythmisches Hin- und Herwiegen, Händeklatschen, Pfauchen und Blasen), welche anscheinend automatischen, nicht gehemmten Hirnerregungen ihre Entstehung verdanken.

Krankhafte Triebe. Einen viel reicheren psychischen Inhalt, als diese mehr elementaren Störungen der Willkürbewegungen, haben die krankhaften Triebe, welche den Willen entweder von Jugend auf oder im Verlaufe einer erworbenen psychischen Erkrankung nach einer bestimmten Richtung hin in abnorme Bahnen lenken. Hier kommt es daher nicht zu einzelnen einfachen Zwangsbewegungen, sondern zu sehr verwickelten, planmässig vorbereiteten

Handlungen. Von den früher betrachteten Zwangshandlungen wiederum grenzen sich die Aeusserungen der krankhaften Triebe dadurch ab, dass es dort einzelne begrenzte Acte sind, zu welchen die Störung drängt, während hier dauernd ein ganzes Gebiet unseres Strebens von abnormen Antrieben beherrscht wird. Dort kommt daher auch das Gefühl des Erzwungenen, Fremdartigen der Handlung viel lebhafter zur Entwickelung, als hier, wo der Kranke sich zwar des Unmoralischen seiner Neigungen bewusst ist, sie aber zugleich doch begreiflich und vielleicht sogar sehr natürlich findet. Zu den fast immer angeborenen abnormen Trieben gehört vor Allem 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 der Jugend geltend und wird nur selten auch als vorübergehendes Symptom während anderer psychischer Krankheiten beobachtet. Auch einige weitere 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 vorkommen, sind höchst wahrscheinlich auf eine ursprüngliche degenerative Veranlagung zurückzuführen.

Ferner werden bei Personen, die ebenfalls regelmässig anderweitige Zeichen psychischer Entartung, namentlich Anomalien im Gefühlsleben, erkennen lassen, bisweilen gewisse krankhafte Antriebe beobachtet, die man früher als eigene Krankheitsformen, als „Monomanien“ (Esquirol) aufzufassen pflegte. Sie sind indessen nur Theilerscheinungen einer krankhaften Ausbildung der gesammten psychischen Persönlichkeit im Sinne des impulsiven Schwachsinns. 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. Aehnlich hat man auch einen Mordtrieb, einen Brandstiftungstrieb (Pyromanie), einen Wollusttrieb (Aidoiomanie)

u. s. f. unterschieden. Gemeinsam ist allen diesen Störungen die degenerative Grundlage; sie sind Anzeichen einer unvollkommenen Veranlagung des Gemüths- und Trieblebens, welche die Ausbildung eines festen, leitenden Charakters verhindert, die Widerstandsfähigkeit des Individuums gegen äussere und innere Antriebe herabsetzt und somit dem Drängen augenblicklicher Impulse jeweils 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, welche 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 herausentwickeln 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 Gefühlserregungen wider, die sein Inneres bewegen. Der Deprimirte steht theilnahmslos, vor sich hinstarrend, an der Wand, oder er sitzt, schlaff in sich zusammengesunken, mit bekümmerten Zügen da; der Aengstliche wandert ruhelos, an den Nägeln kauend, das Gesicht zerzupfend und die Hände ringend auf und ab, rutscht bald knieend am Boden herum, bald drängt er mit lautem Jammern zur Thüre hinaus, während der Tobsüchtige, unter lebhaften Ausdrucksbewegungen, schwatzend, lachend, singend, tanzend und allerlei Schabernack treibend, dem Gefühle erhöhter Leistungsfähigkeit Luft zu machen sucht. Den Gehörshallucinanten 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 vielleicht die papiernen Orden und in der Tasche die selbstverfassten

*) Sikorsky, Neurolog. Centralblatt, 1887, 20, 21.

Beglaubigungsdocumente seines Prätendententhums. Die Melancholia attonita endlich und der apathische Blödsinn lassen in dem fast völligen 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 illustrirt wird, dass laienhafte Besucher der Anstalt bei der Mehrzahl der Kranken das Vorhandensein einer Geistesstörung 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 und unsauberer Correcturen, indem gleichzeitig hier wie in der Sprache die ataktischen Störungen in charakteristischer Weise hervortreten. Verrückte dagegen sind namentlich durch die Neigung zur Bildung von neuen, selbsterfundenen Wörtern 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.

Sehr beachtenswerth, wenn auch noch gar nicht näher studirt, sind endlich gewisse eigenthümliche Störungen der Sprache und Schrift, welche man bisweilen in Zuständen secundärer Verwirrtheit zu beobachten Gelegenheit hat. Die Kranken sind in Haltung und Benehmen durchaus correct, verstehen an sie gerichtete Auseinandersetzungen und führen selbst etwas verwickeltere Aufträge richtig aus; sie sprechen und schreiben geläufig und in zusammenhängenden Sätzen, aber der Inhalt ihrer Schriftstücke ist ein fast völlig unverständliches Gewirr von zum Theil sinnlos zusammengewürfelten Wörtern, deren allgemeine Tendenz sich bei längerer Bekanntschaft mit ihnen ungefähr wenigstens aus einzelnen normalen Anklängen errathen lässt. Diese Beobachtungen erinnern sehr an die Aeusserungen mancher Paraphasischer, noch mehr aber an die oft ganz ähnlichen Reden, die wir im Traume zu halten pflegen. Offenbar handelt es sich dort, wie hier, um den dauernden oder vorübergehenden Verlust der Fähigkeit, Vorstellungen und deren sprachliche Symbole in richtiger Weise mit einander zu verknüpfen.

Auch nach den anderen Richtungen des Handelns sind natürlich die krankhaften Störungen im Bereiche des Verstandes 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, zu Selbstmord und Selbstverstümmelung, zu Nahrungsverweigerung oder zu Bussübungen, andererseits aber zu Angriffen aller Art, zum Verfassen von Annoncen, Flugschriften, Beschwerden, zu Mord und Todtschlag, oder zur Ersinnung der mannigfachsten Schutzmassregeln gegen seine vermeintlichen Verfolger, zu Beschwörungen, geheimnissvollen Massnahmen und Einrichtungen, zu menschenfeindlicher Absperrung oder zu unstetem 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 Körper aufzuschneiden, um ein vermeintliches lebendes Thier herauszuholen,

das Essen von Nägeln, um sich durch die „Schärfe“ das Blut zu reinigen, habe ich selber erlebt. Aehnliche Handlungen Hysterischer, das Verschlucken von Nadeln, Verletzungen und Einführen von Fremdkörpern in die Genitalien, theatralische Selbstmordversuche gehen in der Regel aus ganz anderen Motiven hervor. Bisweilen sind diese Handlungen offenbar rein impulsiver Natur; zumeist liegt der Beweggrund wol in der krankhaften Sucht, aufzufallen und das allgemeine Interesse zu erwecken.

Die psychische Exaltation hat häufig unsinnige Excesse in Baccho et Venere und auf diese Weise sehr leicht Conflicte mit der öffentlichen Gewalt zur Folge. Oder aber der Kranke sucht sich im Gefühle seiner Souveränetät 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 Berührung 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 Beweggründe, so verschieden die Persönlichkeiten sind, so mannigfaltig gestaltet sich die Handlungsweise, wie sie sich als Ergebniss aus dem Zusammenwirken dieser beiden Bedingungen schliesslich herausentwickelt. 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 Unsinnigkeit und Unbegreiflichkeit der Handlungen der Kranken zunimmt.

Der praktischen Rechtspflege, die es ja gerade mit dem Handeln der Menschen zu thun hat, haben die Störungen desselben bei psychischen Erkrankungen 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 psycholo-

gischen Voraussetzungen für die Dispositionsfähigkeit sowol, wie für die Zurechnungsfähigkeit liegen zum Theil auf dem Gebiete des Verstandes, zum Theil aber in dem Bereiche des Wollens. Beide Zustände erfordern einmal eine klare Auffassung der thatsächlichen Verhältnisse, einen Einblick in die rechtliche oder moralische Bedeutung der einzelnen Willenshandlung, andererseits 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 Gewähr mehr gegeben, während die Herrschaft pathologischer Gefühle und Triebe über die grundlegenden Willensdispositionen des Charakters oder der Verlust dieser letzteren selbst dem Menschen zweifellos die Freiheit eigener Entschliessung im gebräuchlichen Sinne des Wortes rauben. Sowol die Fähigkeit, Rechtsacte zu vollziehen, wie die Zurechnungsfähigkeit und somit die rechtliche Verantwortlichkeit für gemeingefährliche Handlungen ist somit bei Geisteskranken grundsätzlich 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*).

*) v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie, 3. Aufl., 1892. Maschkas Handbuch der gerichtlichen Medicin, Bd. IV, 1882.

III. Verlauf, Ausgänge und Dauer des Irreseins.

Wie die Erscheinungen, so werden auch Verlauf, Ausgänge und Dauer des Irreseins im Allgemeinen durch jene zwei grossen Gruppen von Ursachen bedingt, die wir in der Aetiologie der Psychosen kennen gelernt haben, einerseits durch die Art und Wirkungsweise der krankmachenden Einflüsse, andererseits durch die körperliche und geistige Eigenart der erkrankenden Person. Diese beiden Bedingungen sind es, welche das Wesen und die klinischen Eigenthümlichkeiten des einzelnen Krankheitsprocesses bestimmen; je genauer daher der Antheil eines jeden derselben an der Entstehungsgeschichte des gegebenen Falles bekannt ist, mit desto grösserer Sicherheit wird es möglich sein, die zukünftige Gestaltung dieses letzteren vorauszusagen. Allerdings fehlt für jetzt derartigen Versuchen vielfach noch die nothwendige Grundlage völlig gesicherter, widerspruchsloser klinischer Erfahrung, namentlich aber die Möglichkeit eines tieferen Einblickes in den oft sehr 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 Entwickelungshemmungen, angeboren (z. B. Idiotie, Cretinismus), oder

die Wirkung einer voraufgegangenen 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 fort. Zu beachten ist übrigens, dass dauernde abnorme Zustände sehr häufig den günstigen Boden abgeben, auf welchem andersartige, vorübergehende Krankheitsprocesse ihren typischen Verlauf nehmen können.

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 die Annahme eines gesetzmässigen Ablaufes „der Geisteskrankheit“ in bestimmten Stadien nicht bestätigt und zunächst durch den Hinweis auf die Thatsache einer „primären“ Verrücktheit das künstlich aufgebaute Schema durchbrochen. In der That lässt eben die Beobachtung der Formen psychischer Störung durchaus nicht den nach der angeführten Hypothese erwarteten einheitlichen, sondern einen überaus verschiedenartigen Verlauf derselben erkennen.

Beginn der Erkrankung. Der Beginn einer Geisteskrankheit ist in der Regel ein allmählicher; weit seltener bricht die Störung plötzlich, ohne alle Vorboten über das Individuum herein. Der Grund für dieses Verhalten liegt in der Aetiologie der Psychosen. Es giebt hier nur verhältnissmässig wenige Ursachen, die rasch eine durchgreifende Schädigung in den Centralorganen der psychischen Thätigkeit hervorzubringen vermögen (Gifte, Schreck, Fieber, Gebäract); meistens erleidet der Organismus des Erkrankenden erst nach und nach durch stetig wirkende Einflüsse mehr und mehr hervortretende Veränderungen. Je geringer der Antheil äusserer Ursachen an der Entstehung des Irreseins ausfällt, desto langsamer wird unter sonst gleichen Umständen die Störung sich entwickeln, bis ihre Ausbildung endlich, wo die Bedingungen der Psychose ganz in der eigenthümlichen Anlage der Person gelegen sind, zuweilen Jahrzehnte in Anspruch nimmt, sobald kein heftigerer Anstoss, kein Conflict u. 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 häufiger deprimirte 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. Bei den sehr langsam zur Entwickelung gelangenden Geistesstörungen ist 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 Anhalt 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 Stärke 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 von der Krankheit in Mitleidenschaft gezogen 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 Nahrungsaufnahme an, während die Menses nicht selten mit einer Verschlechterung des ganzen Zustandes einhergehen. Melancholiker erscheinen 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. Die Analogie mit hypnotischen Zuständen liegt hier nahe.

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 Aufregungszustände in Folge von wiederholten Excessen. Bei den epileptischen Bewusstseinsstörungen beruht das intermittirende Auftreten in der eigenthümlichen Periodicität der zu Grunde liegenden vasomotorischen Umwälzungen; die seltenen, den Fiebertypus nachahmenden und an seiner Stelle einsetzenden Psychosen in Folge von Malariavergiftung sind in ähnlicher Weise an die regelmässige Wiederkehr der krankmachenden Veränderung gebunden. Das Individuum ist jedoch hier überall während der freien Zwischenzeiten nicht als gesund zu betrachten, sondern die Krankheitserscheinungen sind nur zurückgetreten. Die psychische Entartung der Trinker und Epileptiker, die Unsicherheit ihres inneren Gleichgewichtes bildet gewissermassen ebenso das Bindeglied zwischen den einzelnen Ausbrüchen des Irreseins, wie die Malariavergiftung mit ihren Zeichen die einzelnen Fieberanfälle 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 nahezu 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; auch hier knüpft sich derselbe besonders häufig an den physiologischen Vorgang der Menstruation an. Es giebt indessen auch Uebergangsformen, in denen die einzelnen Erkrankungen nur im Gefolge ungünstiger äusserer Lebensereignisse auftreten, die allerdings bei rüstigem Gehirn schwerlich eine solche Schwankung des psychischen Gleichgewichts herbeigeführt haben würden; hier sind die Anfälle meist seltenere und unregelmässigere. Auch sonst ist übrigens die Dauer der freien oder relativ freien Zwischenzeiten durchaus keine gleichmässige; sie pflegt aber in einem gewissen Verhältnisse zu derjenigen der einzelnen Anfälle zu stehen. Einige Tage oder Wochen beträgt sie meist bei kurzdauerndem, bis zu einer ganzen Reihe von Jahren bei langsamerem Krankheitsverlauf. Bei starker Häufung kurzdauernder Anfälle kann endlich unter raschem Fortschreiten der psychischen Schwäche der intermittirende Verlauf in einen nur remittirenden oder gar völlig continuirlichen übergehen. Auch während der freien Zwischenzeiten ist übrigens der Mensch in der Regel nicht als völlig gesund zu betrachten; gewisse Charaktereigenthümlichkeiten, verschlossenes oder sehr aufgeregtes 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 voll in seinen früheren Wirkungskreis eingetreten ist.

Ein in mehrfacher Beziehung abweichendes Bild bieten die sogenannten circulären oder cyklischen Psychosen dar. Die krankhafte Umwandlung der ganzen psychischen Persönlichkeit tritt hier oft viel deutlicher hervor. Bisweilen ist das ganze Leben derartiger Kranker ausgefüllt durch immerfort einander ablösende Perioden abwechselnd depressiver und expansiver Geistesstörung: die anscheinend normalen Zwischenzeiten erweisen sich bei genauerer Betrachtung einfach als die allmählich sich vollziehenden Uebergänge aus einem Zustande in den anderen. Der Eintritt dieser Stadien selber ist meist völlig unabhängig von äusseren Anlässen; er vollzieht sich mit der grössten Sicherheit und Regelmässigkeit, offenbar desshalb, weil er schon von den Tagen der Kindheit her, durch die ganze Veranlagung 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 kennzeichnende Eigenthümlichkeit des ganzen Krankheitsprocesses ausmacht, sind hier die Intermissionen oder richtiger Remissionen mehr zufällige Ereignisse, die von ganz unberechenbaren, den Gang des Leidens beeinflussenden Ursachen abhängig sind.

Reconvalescenz. Am häufigsten finden sich Schwankungen zum Bessern oder Schlimmern im Stadium des Abklingens heilbarer Psychosen; sie sind daher im Allgemeinen, soweit sich ein periodisches Leiden ausschliessen lässt, als ein prognostisch günstiges Zeichen anzusehen. Allerdings kommt auch, besonders bei den sehr rasch entstandenen und sehr kurz dauernden Geistesstörungen (alkoholische, epileptische Aufregungen, Collapsdelirien, Fieberdelirien und ähnliche), ein fast plötzliches Verschwinden der ganzen Krankheitserscheinungen vor, z. B. nach einem tiefen Schlafe. In der übergrossen Mehrzahl der Fälle jedoch geschieht die Abnahme einer psychischen Störung ganz allmählich, durch Lyse. Zuerst verliert sich, wo sie vorhanden war, die Verwirrtheit; die Kranken beginnen sich in ihrer Umgebung zurecht zu finden, Arzt und Mitpatienten richtig zu bezeichnen. Weit später schwinden die Zeichen gemüthlicher Erregung, die expansive oder deprimirte Stimmung; die Kranken werden ruhiger, freier, gleichmässiger in ihrem Benehmen. Anfangs besteht diese Besserung vielleicht nur für kurze Zeit, Tage oder Stunden, um einem abermaligen Hervortreten der Krankheitserscheinungen bald wieder zu weichen. Nicht selten beobachtet man gerade in dieser Periode der Krankheit einige Zeit hindurch einen förmlich alternirenden Verlauf der Störung, in der Weise, dass gute und schlechtere Tage ganz regelmässig mit einander wechseln. Nach und nach aber werden die Remissionen ausgiebiger und gewinnen längere Dauer; die Exacerbationen verlieren an Stärke, bis schliesslich nur noch leichte Verschlimmerungen bei besonderen Anlässen den fortschreitenden Gang der Genesung unterbrechen.

Am längsten pflegt sich von den Krankheitssymptomen die Empfindlichkeit des gemüthlichen Gleichgewichts, die leichte Erregbarkeit in depressivem oder expansivem Sinne zu erhalten, auch wenn die intellectuellen Störungen und die dauernden Stimmungsanomalien sich schon längere Zeit ausgeglichen hatten. So lässt sich der Verlauf der Krankheit in seinen einzelnen Phasen am genauesten an dem Verhalten der Gemüthssphäre verfolgen. Sind es doch aber auch gerade die Gefühle, in denen sich unmittelbar die augenblickliche Reactionsweise der Person gegen die Eindrücke und Vorstellungen seines Bewusstseinsinhaltes kundgiebt, 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 Veränderungen im Bereiche des Gefühls, wenn nicht die Krankheit selbst eine so tiefgreifende Umwandlung der psychischen Persönlichkeit hervorgebracht hat, dass dieselbe nicht mehr vollständig die Herrschaft über die Producte ihrer ehemaligen geistigen Arbeit wiederzugewinnen im Stande ist.

Einen vollständigen und praktisch überaus wichtigen Parallelismus mit dem Gesammtverlaufe der psychischen Störungen pflegt das Körpergewicht unserer Kranken darzubieten. Während alle constitutionellen Psychosen nur insoweit erheblichere Schwankungen des Körpergewichtes erkennen lassen, als greifbare Ernährungsstörungen oder etwa vorübergehende Aufregungszustände dasselbe beeinflussen, beginnt jeder eigentliche psychische Krankheitsprocess ausnahmslos mit einem entschiedenen Sinken des Körpergewichtes, welches unter Umständen 20, 30 Pfund und noch mehr in wenigen Monaten und selbst Wochen betragen kann. Während des Krankheitsverlaufes schreitet die Abnahme langsam fort; im Uebrigen pflegen nur geringfügige Schwankungen vorzukommen. Dagegen hebt sich das Körpergewicht regelmässig, sobald eine entscheidende Aenderung im Zustande des Kranken eintritt, falls nicht körperliche Leiden dem entgegenwirken. Der Gang des Körpergewichtes kündigt eine bevorstehende Wendung des Krankheitsverlaufes häufig schon längere Zeit an, bevor dieselbe aus dem sonstigen Symptomenbilde erkennbar ist. Zunahme der

Ernährung bedeutet unter allen Umständen eine Beruhigung des Kranken, die entweder der Genesung desselben oder dem Ausgange in einen unheilbaren Schwächezustand entsprechen kann. Welche dieser beiden Möglichkeiten im einzelnen Falle zutrifft, muss aus der Gestaltung der psychischen Erscheinungen erschlossen werden, welche dort die Rückkehr zur Norm, hier die Anzeichen der beginnenden Verblödung erkennen lassen.

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 oder Sinnestäuschungen, unmotivirte Verstimmungen, erhöhte Reizbarkeit, verlieren sich allmählich; die gesunden Anschauungen und Interessen treten neu hervor; die gewohnten Beschäftigungen werden wieder aufgenommen: die psychische Persönlichkeit mit ihrer ganzen Eigenart knüpft über den krankhaften Zeitraum hinüber 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 Familienpflege ihren günstigen Ablauf finden.

Unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse zeigt es sich, dass die Prognose der Geistesstörungen, entgegen der landläufigen 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 der Unterschied der wirklichen 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 das verbreitete Vorurtheil, wenn es dem einmal geistig Erkrankten häufige Rückfälle seiner Psychose vorher sagt. Diese Meinung beruht auf der bekannten Erfahrung, dass einzelne, besonders aufdringliche Beobachtungen, in diesem Falle vor Allem die periodischen Geistesstörungen, das allgemeine Urtheil weit nachhaltiger beeinflussen, als ganze Reihen einfach negativer Thatsachen. Wie Hagen überzeugend nachgewiesen hat, bleiben etwa $^3/_4$ 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 Krankheitssymptome 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 Gewähr dafür bietet, dass der Reconvalescent die krankhaften 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 Geistesstörung gesammelten Erfahrungsmaterials hin. Dieselbe hat ihren Grund entweder in der Assimilation krankhafter Elemente, welche den Standpunkt der Person 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 nicht 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 Menschen wurzelnden Irreseins ist eine derartige Selbsterkenntniss nicht so selten vorhanden. Darum bleibt aber die Krankheitseinsicht dennoch fast immer ein prognostisch sehr günstiges Zeichen, namentlich wenn sie mit dem Nachlasse stürmischerer Erscheinungen von selber hervortritt. In manchen Fällen allerdings nur dann, wenn ein leichterer oder höherer Grad von Schwäche des Verstandes nebenbei besteht, kommt die Krankheitseinsicht erst sehr spät und zögernd zu Stande, nachdem im Uebrigen bereits sämmtliche Erscheinungen der Geistesstörung sich vollkommen verloren haben.

Ganz regelmässig, wenigstens bei allen länger dauernden Geistesstörungen, geht mit der fortschreitenden Genesung auch eine körperliche Erholung einher, ausser Zunahme des Gewichtes Besserung des Appetites und Schlafes und das Gefühl des Wohlseins, 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. In einer kleinen Anzahl von Fällen hat man das Eintreten psychischer Genesung während oder nach einer fieberhaften Erkrankung (namentlich Typhus, Erysipel, Intermittens), seltener nach stärkeren Blutungen oder Kopfverletzungen beobachtet*). Am häufigsten handelt es sich dabei natürlich um relativ frische Erkrankungen, Melancholie, Manie, Amentia, Wahnsinn, aber bisweilen tritt die günstige Wendung auch nach längerer Dauer und in prognostisch anscheinend aussichtslosen Fällen ein, ja selbst bei ganz alten Verrückten und Schwachsinnigen kann man hie und da während einer intercurrenten Erkrankung die Wahnideen zurücktreten und einer unerwarteten geistigen Regsamkeit Platz machen sehen, hier allerdings immer nur für kurze Zeit. Die Erklärung derartiger Erfahrungen ist dunkel; wir müssen uns mit der Erwägung begnügen, dass sich hier, wie ja auch der gelegent-

*) Fiedler, Deutsches Archiv f. klinische Medicin, 1880, XXVI, 3; Lehmann, Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie, 1887, XLIII, 3; Wagner, Jahrb. f. Psychiatrie, 1887 VII.

lich krankmachende Einfluss der besprochenen Ursachen darthut, offenbar mächtige Umwälzungen in der Ernährung der Hirnrinde vollziehen.

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 Störungen auszugleichen und zum Normalzustande zurückzukehren. In der That sehen wir daher namentlich diejenigen ätiologischen Gruppen von Psychosen die günstigste Prognose darbieten, welche durch stark wirkende, aber gewöhnlich keine dauernde Veränderung hervorbringende Ursachen erzeugt werden (Vergiftungen, acute Krankheiten, Wochenbett, plötzliche Gemüthsbewegungen). Weit ungünstiger schon liegen die Verhältnisse dann, wenn die Krankheitsursachen entweder bleibende organische Störungen hinterlassen (Körperverletzungen, Syphilis, Typhus bisweilen), oder aber wenn sie durch längere Zeit hindurch stetig auf den Menschen einwirken und somit durch Häufung ihres Einflusses nach und nach eine tiefere Veränderung in den Gesammtzuständen desselben herbeiführen (chronische Gemüthsbewegungen 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 Menschen 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 Krankheitsvorgang 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 ge-

nügen, um die krankhaften Zustände auf's neue wieder herbeizuführen.

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 in der Person 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 dargestellt wird. Trotzdem sehen wir bei solchen Personen nicht selten ausgeprägte und schwere psychische Krankheitserscheinungen mit derselben Geschwindigkeit sich wieder verlieren, mit welcher sie aus unbedeutenden Anlässen hervorgewachsen sind.

Das eigentlich Auffallende ist dabei mehr die letztere, als die erstere Erscheinung. Die krankhafte Ausgiebigkeit der Gleichgewichtsschwankung 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 zu beobachten, wo wir glaubten, es mit einer tiefen, dauernden Gemüthsbewegung zu thun zu haben. Aber wie in diesem Beispiele der leiseste Anstoss genügt, das Anzeichen der Krankheit sogleich in voller Stärke hervorzurufen, wie es schliesslich vielleicht durch die blosse Lebensarbeit dauernd fortbesteht, und wie das eigentliche Leiden andererseits lange Zeit vorhanden sein kann, ohne gerade lebhafte Störungen zu verursachen, so haben wir es auch bei den psychischen Invaliden mit einer Verminderung der Widerstandsfähigkeit zu thun, welche schliesslich ohne irgend welchen besonderen Reizanstoss zur Entwickelung abnormer Geisteszustände

führen kann, die eine krankhafte Veränderung der ganzen Persönlichkeit bedeutet, auch wenn sie nicht gerade zur Ausbildung einer bestimmten Psychose Veranlassung giebt. Die Heilung der vorübergehenden Störungen ist daher etwa mit der Beseitigung eines Anfalles von Palpitationen bei einem Herzkranken auf gleiche Stufe 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 eigentlichen Krankheitserscheinungen treten auch hier im Wesentlichen zurück, die Stimmung wird ruhiger und gleichmässiger, Wahnideen und Sinnestäuschungen 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 Vermögenslage und die sociale Stellung günstig, so vermag der Kranke auch wieder in das Leben zurückzukehren und in geordneten Verhältnissen leidlich seine Stellung auszufüllen. Allein die Thatkraft und Festigkeit seines Charakters hat er verloren; schwierigen Lebenslagen und drängenden Conflicten ist er nicht mehr gewachsen. Dieser Zustand pflegt den Endstadien der senilen Psychosen, namentlich aber den Remissionen der Dementia paralytica, selbst den weitgehendsten, eigenthümlich zu sein. Als regelmässiger Ausgang ist die unvollkommene Wiederherstellung

ferner dort zu betrachten, wo der ganze Krankheitsvorgang sich schon auf dem Boden einer von vornherein unzulänglichen Persönlichkeit abspielte. Hier pflegt meist selbst die frühere Höhe nicht wieder erreicht zu werden, sondern das Individuum geht noch mehr geschwächt aus dem Anfalle 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 Gesammtconstitution der Person, 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 Andauern der einmal vollzogenen krankhaften Wandlung, oder aber den Fortschritt derselben bis zum völligen Zerfall der psychischen Persönlichkeit bedeutet. Das erstere ist der Fall bei manchen periodischen und namentlich bei den continuirlich verlaufenden 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 Krankheitszustand 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. Auch nach manchen acuten Psychosen, besonders depressiven Formen, beobachtet man die Rückkehr zu einer Art dauernden Gleichgewichtszustandes mit den Erscheinungen der psychischen Schwäche und einzelnen sonstigen Ueberbleibseln aus der Krankheitszeit. Sie bilden gewissermassen den Uebergang zu den Heilungen mit Defect. Interessant sind hier namentlich manche Ausgänge des hallucinatorischen Wahnsinns und der Amentia mit mässigen Graden der Schwäche.

Diese Kranken sind fähig, sich in einfachen Verhältnissen ohne erhebliche Schwierigkeit zurechtzufinden, sich zu beschäftigen, und besitzen auch eine gewisse oberflächliche Krankheitseinsicht, so dass sie von ihrer Umgebung zeitweise für nahezu

gesund gehalten werden können. Bei den geringfügigsten Anlässen jedoch treten die alten Sinnestäuschungen wieder hervor, und nun lassen sich die Kranken, ein Zeichen ihrer unzulänglichen geistigen und gemüthlichen Widerstandsfähigkeit, vorübergehend gänzlich von denselben beherrschen, bis nach einigen Stunden oder Tagen die Aufregung vorüber und Alles rasch wieder vergessen ist, ohne irgendwie wahnhaft verarbeitet zu werden.

Allen diesen nur sehr langsam sich ändernden Zuständen kann man mit Recht den eigentlich progressiven Krankheitsverlauf gegenüberstellen, wie er bei gewissen Formen des periodischen und epileptischen Irreseins, bei den meisten ungeheilten Fällen der acuten Psychosen, bei der Hebephrenie und den verwandten Krankheitszuständen, namentlich aber in der Paralyse typisch zur Beobachtung gelangt. Diese Entwickelung wird meist dadurch eingeleitet, dass zunächst die Stärke der dauernden gemüthlichen Erregung 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, 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 Schwachsinne 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 verhältnissmässig 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, als bei der erwachsenen geistesgesunden Bevölkerung. Dabei ist die Frage, ob eine psychische Erkrankung an sich zum Tode führen könne, wie diese oder jene körperliche

Krankheit, dahin zu beantworten, dass zwar nicht die Psychose, als eine rein symptomatisch aufgefasste Erscheinung, wol aber der Krankheitsvorgang tödten kann, dessen psychopathischen Ausdruck die Geistesstörung darstellt; ähnlich betrachten wir ja nicht die Albuminurie, sondern die Nephritis, welche ihr zu Grunde liegt, als die Ursache eines gegebenen Todesfalles. Der wichtigste aller derartigen krankhaften Processe ist die diffuse, chronische Degeneration der Hirnrinde, welche die Grundlage der Dementia paralytica bildet. Die fortschreitende Lähmung der nervösen Centralorgane ist es hier, welche entweder unmittelbar, im paralytischen Anfalle, oder durch die Vermittelung von Decubitus, Schluckpneumonien, septischen Phlegmonen u. dergl. den tödtlichen Ausgang herbeiführt. Ferner können syphilitische Hirnerkrankungen, Geschwülste, embolische Processe aus verschiedenen Ursachen, wie sie die Erscheinungen 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 das Gehirnleiden, sondern einzelne Symptome der psychischen Störung das Ende heraufbeschwören. Vor Allem ist hier die Neigung zum Selbstmorde zu nennen, wie sie sich so häufig aus depressiven Wahnideen oder Stimmungen 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. Nächstdem ist es die Nahrungsverweigerung, dann die bis zur äussersten Erschöpfung andauernde Unruhe und Schlaflosigkeit mancher Kranker, schwerer Verlauf chirurgischer Verletzungen wegen der Unmöglichkeit einer geeigneten Behandlung, welche als Todesursachen bei Geisteskranken genannt werden müssen.

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, die ausgiebige Gelegenheit zur Infection, namentlich aber die Stumpfheit 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 Gesammtconstitution 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 Menschen selbst besitzt, da dauert sie das ganze Leben hindurch; je mehr sie dagegen von äusseren Ursachen abhängig ist, und je rascher und vorübergehender die Wirkung derselben ausfällt, desto kürzer ist die Dauer der Krankheit. Fieberdelirien, Vergiftungsdelirien, Collapsdelirien können nach wenigen Tagen, Stunden, ja Minuten schon wieder verschwinden. Aber auch bei neuropathischen Personen, 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 Krankheitserscheinungen 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 anderen 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 eines Jahres werden daher häufig noch als acute oder subacute bezeichnet. Immerhin pflegt die überwiegende Mehrzahl der überhaupt heilbaren Psychosen innerhalb des ersten Jahres den günstigen Ausgang zu nehmen. Heilungen nach mehr als zweijähriger Dauer der Krankheit sind schon ziemlich selten, doch kommen solche Ausnahmefälle in sinkender Zahl selbst nach fünf, acht und zehn Jahren noch vor, ja es werden ganz vereinzelte Beobachtungen berichtet, in denen nach einem Anstaltsaufenthalte von zwei Decennien noch eine unerwartete Genesung sich einstellte.*)

*) Luys, L'Encéphale 1883, 3; Marandon de Montyel, Archives de neurologie 1884, 22; Gucci, Lo Sperimentale, 1888, Aprile.

In derartigen Fällen dürfte es sich allerdings wol nur um „Heilungen mit Defect“ handeln. Ausser der Form der Psychose und der Persönlichkeit 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 unter sonst gleichen Umständen 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 gesammten Persönlichkeit ein möglichst klares und vollständiges Bild zu vermitteln geeignet ist. Die Gesichtspunkte für die Verarbeitung dieses Materials 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 und der Verlauf 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 Auffindung derjenigen Anhaltspunkte welche in ätiologischer Beziehung von Bedeutung sein könnten. Die Hülfsmittel, welche ihr für alle diese Zwecke zu Gebote stehen, sind

*) Morselli, Manuale di semeiotica delle malattie mentali. 1885.

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 vereinzelten Fällen auch die Erhebung eines Leichenbefundes.

Anamnese. Die erste Frage richtet sich auf die Erblichkeitsverhältnisse im weitesten Sinne. Wer hier zuverlässige Angaben erhalten will, wird gut thun, mit seiner Prüfung möglichst in das Einzelne einzugehen und sich nicht mit allgemeinen Antworten zu begnügen. Ausserdem empfiehlt es sich, verschiedene Angehörige, vielleicht auch den Untersuchten selbst, gesondert auszufragen, da oft genug unabsichtlich, aus Unkenntniss oder Mangel an Verständniss, bisweilen sogar absichtlich, wichtige Thatsachen verschwiegen werden. In nicht wenigen Fällen giebt die persönliche Bekanntschaft mit den verschiedenen Familiengliedern (absonderliche Vornamen) dem geübten Beobachter schon an sich genügendes Material zur Beurtheilung der hereditären Verhältnisse an die Hand. Völlige, dauernde Einsichtslosigkeit mit rührendem Optimismus bei den tiefgreifendsten Störungen ihrer Kranken, Kritiklosigkeit gegenüber deren Wahnideen, übertriebene oder affectirte Aengstlichkeit, unsinniges Misstrauen gegen die Anstalt und deren Einflüsse, Neigung zu allen möglichen Quacksalbereien und kindischen Einmischungen in die Behandlung, auf der anderen Seite Gleichgültigkeit, ja Rohheit sind nicht seltene charakteristische Züge bei den „Angehörigen“ degenerirter Kranker.

Bei der historischen Verfolgung des individuellen Lebens wird man naturgemäss sein Augenmerk der Reihe nach auf alle jene Schädlichkeiten zu richten haben, welche wir früher als mögliche Ursachen des Irreseins kennen gelernt haben. Für die Zeit 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, Infectionskrankheiten oder Gehirnleiden (Krämpfe, Lähmungen) im ersten Kindesalter, Entwickelungsstörungen, 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

mannigfachen physiologischen und krankhaften Umwälzungen auf dem Gebiete des körperlichen Organismus, die Ausschreitungen, die Entbehrungen, die deprimirenden Affecte. Oft genug freilich bleibt das Forschen nach einer bestimmteren Ursache vollkommen resultatlos, sei es, dass überhaupt kein greifbarer äusserer Anstoss zur Entwickelung 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 die Anzeichen 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 den Ursachen hat die Anamnese selbstverständlich 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. Die Schnelligkeit der körperlichen und geistigen Entwickelung (Gehen, Sprechen, Lesen), die geistige 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 Seelenleben sich einstellte. Gerade in dieser Hinsicht ist der Arzt den allergröbsten, 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 beachteten 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 einzelnen Krank-

heitsformen voraus. Schon aus den ersten allgemeinen Angaben über die Aetiologie, über die chronische und acute Entwickelung, über das Bestehen von Sinnestäuschungen, Wahnideen, Gedächtniss- und Intelligenzstörungen, depressiven und expansiven Verstimmungen, körperlichen und besonders 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 methodische Erledigung eines bereiten Schemas, welches alle überhaupt möglichen Erscheinungen 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 besondere Form derselben diagnosticiren zu können, so ist doch für die Abgabe eines ärztlichen Urtheils die persönliche Untersuchung auch in den anscheinend 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, da wir in ihnen nicht selten 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 Körperwachsthums, (Zwergwuchs, Kyphosen, graciler Bau, Akromegalie), der Ernährung (Anaemie, Fettpolster, Hautfarbe), der Kräfte (Musculatur), das Vorhandensein von Entwickelungsanomalien (Spina bifida, Hasenscharte, Wolfsrachen, Kryptorchismus, Missbildungen der Ohren, Zähne, Genitalien), Struma,

Myxödem 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 Beweisgründen 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. Von der Grösse des Gehirns vermag uns die Kraniometrie, namentlich nach der von Rieger ausgebildeten 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 Verbildungen des Schädels in Form und Grösse, welche unzweifelhaft über den Bereich jener Fehlerquellen hinausgehen; alle feineren, erst mit Hülfe genauer Messungen feststellbaren Abweichungen können höchstens die allgemeine Vermuthung begründen, dass mit ihnen vielleicht auch Störungen in der Hirnentwickelung einhergehen. Sehr beachtenswert 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 Hülfsmittel 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 dagegen die Prüfung seiner Functionen. Sehen wir zunächst 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 eingehender Functionsprüfung der Sinnesorgane und ihrer Besichtigung mit dem Spiegel kann insbesondere beim Ohr noch die elektrische Untersuchung des Acusticus*) in Frage kommen, welche bisweilen bemerkenswerthe Abweichungen von der Brenner'schen Normalreactionsformel zu Tage fördert. Bereits weit in das psychische Leben hinein reichen jene centralen Störungen der Sinnesthätigkeit, die man als „Worttaubheit" und „Seelenblindheit" bezeichnet hat. Allerdings wird hier, namentlich bei der Seelenblindheit, auch die Diagnose der Gehirnläsion eine ziemlich unsichere. Einigermassen fester wird der Boden unter unseren Füssen wieder auf dem Gebiete der aphasischen und der ihnen verwandten Störungen.**)

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. Andere motorische Störungen, die epileptischen und hysterischen Krämpfe, die hysterischen Lähmungen weisen uns meist sogar unmittelbar auf eine bestimmte, freilich auch nur symptomatische Diagnose hin. Ausserdem giebt es aber noch eine grosse Klasse von Innervationsanomalien, welche in mehr oder weniger nahen Beziehungen zu dem Verhalten des Seelenlebens zu stehen scheinen, da sie bei den Hirnerkrankungen im engeren Sinne ohne psychische Störung nur ausnahmsweise beobachtet werden. Dahin gehört namentlich jene reflectorische Befehlsautomatie aller Muskelgruppen, welche zur flexibilitas cerea führt (Katalepsie), ferner die Stereotypie

*) Chvostek, Beiträge zur Theorie der Hallucination. Jahrb. f. Psychiatrie, XI., 3.

**) Ballet, die innerliche Sprache und die verschiedenen Formen der Aphasie. deutsch v. Bongers, 1890.

in Stellung und Bewegung der Glieder. Ihrer, wie der verschiedenen Arten von Zwangs- und automatischen Bewegungen, die bisweilen sehr bizarre Gestaltung annehmen können, wurde früher bereits kurz gedacht; ihnen schliessen sich endlich noch eine Reihe verwickelterer Störungen der Stimme, der Sprache, der Trieb- und Willkürbewegungen an, die leider im Zusammenhange immer noch wenig studirt worden sind.*)

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 der grossen Abschnitte des Nervensystems localisirt werden kann. Die Prüfung des Haut- und Muskelsinnes im weitesten Umfange, der Sensibilität in ihren verschiedenen Qualitäten, 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 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 Veränderungen entweder Ursachen, oder aber einfache Begleiterscheinungen vor uns haben können. So werden wir uns erinnern, dass schwere allgemeine Ernährungsstörungen (acute Krankheiten, Kachexien, chronische Infectionen und Vergiftungen) häufig genug die Grundlage psychischer Erkrankungen bilden, andererseits aber, dass jede acute Psychose mit durchgreifender Beeinträchtigung des Appetites, des Schlafes und des gesammten Stoffwechsels einherzugehen pflegt.

Selbstverständlich kann aber auch die körperliche 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 Verrichtungen stets unerlässlich sein. Besondere symptomatische Bedeutung hat man bisweilen der Form des Pulsbildes

*) Roller, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XLII, 1886.

beigelegt, aus der man die weitgehendsten Aufschlüsse über Diagnose und namentlich Prognose des Irreseins überhaupt herauslesen wollte. Ohne Zweifel sind den feinen und überraschend vielseitigen Variationen der Sphygmographencurve noch so manche werthvolle Andeutungen für das Verständniss der Circulationsverhältnisse zu entnehmen, und wir begegnen ja in der That, namentlich bei den affectiven psychischen Störungen, auffallenden Aenderungen der Gefässinnervation (Cyanose, Congestionen) überaus häufig. Eine pathognomonische Beziehung zwischen Pulsbild und Irresein besteht indessen nicht, sondern jenes erstere kann im Verlaufe einer und derselben Erkrankung in Folge verschiedenartiger Einflüsse (Affecte, Contractionszustand der peripheren Gefässe, Herzaction) mannigfaltigen Schwankungen unterliegen.*)

Hat uns die körperliche 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 stehen uns für die Erhebung dieses wichtigsten Theiles des Status praesens bisher kaum andere Hülfsmittel zu Gebote, als diejenigen, welche uns die gewöhnliche praktische Lebenserfahrung an die Hand giebt. Die Untersuchung des psychischen Zustandes pflegt daher auch für gewöhnlich in keiner Weise von irgend welchen Zahl- und Massbestimmungen Gebrauch zu machen. Sie begnügt sich vielmehr mit der primitivsten Art der Beobachtung und mit dem einfachsten psychologischen Experimente, der Stellung von Fragen; sie hält sich in ihrem Gange nicht an ein vorherbestimmtes Schema, sondern sie schreitet systemlos vom unmittelbar Vorliegenden und Auffallenden zum Verborgenen und schwerer Auffindbaren fort. Gerade gewisse motorische Aeusserungen sind es somit, welche zumeist den Ausgangspunkt für unsere Untersuchung zu bilden pflegen.

Aus der Körperhaltung, den mimischen Bewegungen, dem Gesichtsausdrucke können in der Regel schon von vornherein einige Aufschlüsse über die Stimmung des Kranken gewonnen werden, über Ausgelassenheit, Angst oder Verzweiflung auf der einen, über Ruhe, Stumpfheit oder Gebundenheit auf der anderen Seite. Durch

*) Ziehen, Sphygmographische Untersuchungen an Geisteskranken. 1887.

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 Schnelligkeit 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 (Aufenthaltsort wie Personen), und ob Krankheitsbewusstsein vorhanden ist; wir gewinnen dabei die Aufklärung, ob wir es mit einem geordneten oder mit einem ideenflüchtigen, deliriösen, verwirrten, stereotypen Gedankengange zu thun haben. Inzwischen werden sich zumeist schon allerlei weitere Anhaltspunkte für die Beurtheilung der übrigen psychischen Leistungen ergeben haben, die uns als Wegweiser für die Auffindung weniger unmittelbar zu Tage tretender Störungen dienen können.

Nicht ganz leicht ist es bisweilen, über das Bestehen von Sinnestäuschungen ins Klare zu kommen. Die einfache Frage über diesen Punkt wird uns nur selten zum Ziele führen, sei es, dass sich dem Kranken die Trugwahrnehmungen unterschiedslos der sonstigen Sinneserfahrung einordnen, sei es, dass er aus irgend welchen Gründen über dieselben eine misstrauische Zurückhaltung bewahrt. Gleichwol pflegen die Bezeichnungen „Stimmen“ und „Bilder“ doch in der Regel vom Hallucinanten 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 verharrt, plötzlichem unmotivirtem Auffahren oder Lachen, lautem Sprechen und dergl. Umgekehrt kann man aber auch gelegentlich zu der Annahme von Sinnestäuschungen kommen, wo es sich nur um eigenthümlich aufgefasste und wiedergegebene wirkliche Wahrnehmungen handelt. Die Erfahrung hat mir gezeigt, dass Vorsicht in dieser Beziehung sehr am Platze ist.

Auch die Erkennung von Wahnideen ist nicht immer ganz leicht. Bisweilen treten dieselben bei der Versetzung in eine neue Umgebung zeitweise in den Hintergrund. Eine ganze Zahl von Kranken pflegt ferner ihre Wahnideen, namentlich im Beginne der Erkrankung und vor Femden, sehr sorgfältig geheim zu halten und jedem

Versuche tieferen Eindringens auszuweichen, bis irgend ein Punkt getroffen wird, der sie in Erregung versetzt, oder bis es gelingt, durch allerlei Suggestivfragen eine Anknüpfung zu finden, mit Hülfe 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 Mannigfaltigkeit 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 entwinden vermag.

Ganz besondere Schwierigkeiten aber können dann erwachsen, wenn der Inhalt der Wahnideen an sich nicht ohne Weiteres, sondern nur auf Grund einer genaueren Kenntniss aller Verhältnisse als krankhaft erkennbar ist. Hier bewegen wir uns nicht selten auf Grenzgebieten, in denen das Urtheil oft erst nach längerer Beobachtung, und auch dann bisweilen nur mit grösster Zurückhaltung abgegeben werden kann. Zudem pflegen die Kranken gerade hier sehr geschickt ihre Wahnideen zu verbergen oder scheinbar vollkommen zutreffend zu begründen.

Andererseits kann die Erkennung bestimmter Wahnideen auch dadurch erschwert werden, dass der Kranke benommen, verwirrt ängstlich und dadurch ausser Stande ist, seine Gedanken zusammenhängend zu äussern. Hier können Monate vergehen, bevor sich einigermassen klar erkennen lässt, welche Vorgänge sich in seinem Bewusstsein abspielen. Wir sind bei dieser Beurtheilung ganz auf die nicht immer zuverlässige Deutung jener unwillkürlichen Aeusserungen angewiesen, in denen sich die Seelenzustände nach aussen kundgeben.

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 Erinnerungen mit phantastischen Einzelheiten werden in dieser Richtung zu verwerthen sein. Im Uebrigen müssen uns hier die Regeln der tagtäglichen praktischen Menschenkenntniss darüber belehren, wie die allgemeine geistige Veranlagung und Leistungsfähigkeit des Patienten beschaffen ist. Unter Berücksichtigung seiner Vergangenheit, seiner Erziehung und Bildungsmittel werden wir im Gespräche ungefähr den Umfang seiner Kenntnisse, seiner Interessen und seiner gegenwärtigen Urtheilsfähigkeit zu ermessen haben. Natürlich kann die so gewonnene allgemeine Orientirung die Gewinnung brauchbarer Typen und Abstufungen immer nur in den allergröbsten Umrissen gestatten. Vielleicht könnte unter Umständen der Versuch der Beschreibung 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 zum Krankenexamen mit herangezogen werden.

Eine tieferdringende Prüfung der Intelligenz unserer Kranken stösst zur Zeit noch auf Schwierigkeiten, die im Hinblick auf die Vielseitigkeit der Frage, sowie auf den weitreichenden Einfluss der Erziehung und Bildung kaum überwindlich erscheinen. Einen glänzenden Versuch zur Eröffnung neuer Bahnen nach dieser Richtung hin hat indessen Rieger*) unternommen, indem er bei einem Kranken mit schwerer Hirnverletzung ein genaues Inventar seines Vorstellungsschatzes und seiner geistigen Leistungen aufnahm. Das von ihm angewandte und eingehend beschriebene Verfahren ist ohne Zweifel auch auf eine Reihe anderer Formen psychischer Störung, namentlich auf Schwächezustände übertragbar. Dabei wird sich voraussichtlich allmählich das besonders Wichtige von dem weniger Bedeutsamen abscheiden und damit die jetzt noch ungemein mühsame und zeitraubende Methode praktisch verwerthbarer werden.

Nicht viel anders steht es mit den Gefühlen, Affecten und Strebungen. Was wir bei der einmaligen Untersuchung auf diesen Gebieten überhaupt zu erkennen vermögen, offenbart sich meist be-

*) Beschreibung der Intelligenzstörungen in Folge einer Hirnverletzung, nebst einem Entwurf zu einer allgemein anwendbaren Methode der Intelligenzprüfung. 1889.

reits 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 Gleichmässigkeit oder häufigen Wechsel der Stimmung, endlich über auffallende Gefühlsäusserungen nach bestimmten Richtungen hin, grundlosen Hass, religiöse Schwärmerei und dergleichen mannigfache gewichtige Aufschlüsse zu liefern. Auf etwa vorhandene krankhafte Neigungen, Selbstmorddrang, gesteigerte geschlechtliche Begierde, Sucht zu kaufen, zu trinken, werden wir ebenfalls bei unserer Prüfung Rücksicht nehmen müssen; was sich aber hier nicht schon unwillkürlich in dem gesammten Benehmen verräth, werden wir häufig genug durch Ausfragen der Kranken auch nicht erfahren, und wir müssen daher zur Vervollständigung unseres Bildes nach dieser Richtung hin die Anamnese mit zur Hülfe nehmen.

Es wird kaum in Abrede gestellt werden können, dass für die wissenschaftliche Betrachtung und auch im Vergleiche mit anderen medicinischen Gebieten die Methode, nach welcher wir den psychischen Status feststellen, eine äusserst unvollkommene genannt werden muss; sie hat fast mehr Aehnlichkeit mit dem Vorgehen des Criminalisten, als mit einer naturwissenschaftlichen Untersuchung. Leider ist es weniger schwer, diesen Mangel zu erkennen, als ihm abzuhelfen. Nicht nur setzt das Gebiet der psychischen Vorgänge an sich der Einführung wirklich exacter Methoden den grössten Widerstand entgegen, der nur allmählich überwunden werden kann, sondern es ist auch nur allzu häufig gar nicht möglich, einen Geisteskranken der Reihe nach systematisch allen den Prüfungen zu unterwerfen, die man etwa für wünschenswerth erachtet. Oft genug ist das Object ein widerwilliges, unzugängliches oder fast unverständliches, so dass selbst eine ungefähre Erkenntniss desselben nur durch sehr grosse Geduld, ein feinfühliges Geschick und eine genaue Vertrautheit mit allen den mannigfachen Erscheinungsformen erreicht werden kann, in denen sich psychopathische Vorgänge zu offenbaren pflegen. Trotz, oder vielmehr gerade wegen aller dieser Schwierigkeiten will ich es nicht unterlassen, hier, wenn auch nur in kurzen Andeutungen, auf einige der Wege hinzuweisen, welche in absehbarer Zeit uns

doch vielleicht gestatten werden, wenigstens bei manchen chronischer verlaufenden Formen des Irreseins Messung und Zählung psychischer Grössen zur Gewinnung eines tieferen Einblickes in die Art der Störungen zu verwerthen. Alle diese Wege sind bereits betreten und praktisch erprobt worden.*)

Als Gang für eine exacte psychische Untersuchung würde sich im Allgemeinen die Verfolgung jener Bahn empfehlen, welche unsere gesammte Erfahrung gegangen ist. Zuerst wären somit der Wahrnehmungsvorgang, das Verhalten der Aufmerksamkeit, das Gedächtniss, dann die Verbindungen der Vorstellungen, die logischen Leistungen, das Selbstbewusstsein, kurz die Intelligenz, endlich die niederen und höheren Gefühle, die Stimmung, die Affecte und die psychomotorischen Entladungen derselben, das Handeln, zu prüfen. Von allen diesen Stationen sind es nur einige wenige, welche für jetzt einer genaueren Prüfung bei Geisteskranken zugänglich erscheinen; sie liegen sämmtlich auf dem Gebiete der intellectuellen Functionen.

In erster Linie ist es der Vorgang der Aufmerksamkeit, der sich uns als Angriffspunkt darbietet. Ich will hier absehen von der Möglichkeit, den Grad der Aufmerksamkeitsspannung direct durch Bestimmung der jeweiligen Reiz- oder Unterschiedsschwelle zu messen, und nur an jene eigenthümlichen Schwankungen der Aufmerksamkeit erinnern, deren Ausgiebigkeit, wie schon Buccola fand, bei Geisteskranken regelmässig eine sehr grosse zu sein pflegt. Zu einer möglichst einfachen Bestimmung derselben, die auf verschiedene Weise geschehen kann, habe ich in letzter Zeit z. B. das fortlaufende Addiren einstelliger Zahlen benutzt. In regelmässigen kürzeren Pausen wurde auf ein Signal durch einen Strich das bis dahin Gearbeitete abgegrenzt, sodass die Schwankungen der Leistung in den einzelnen Zeitabschnitten unmittelbar aus der Menge der addirten Zahlen erkannt werden konnten. Bei längerer Fortsetzung derartiger und ähnlicher Versuche wachsen die Schwankungen der Aufmerksamkeit bedeutend an, indem gleichzeitig die durchschnittliche Grösse der geleisteten Arbeit abnimmt. Diese beiden Veränderungen geben uns ein Mass für die Stärke der in jedem Zeitpunkte vor-

*) Vergl. Kraepelin, Ueber die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel, 1892.

handenen Ermüdung; sie gestatten uns ferner, die Ermüdungsgrösse verschiedener Personen nach derselben Arbeitsdauer mit einander zu vergleichen und damit die relative Ermüdbarkeit genau auszudrücken. Ich habe Ursache, anzunehmen, dass die Grösse der Ermüdbarkeit eine grundlegende Bedeutung für die Beurtheilung der gesammten psychischen Veranlagung eines Menschen besitzt. Es giebt ferner Thatsachen, welche darauf hindeuten, dass dieselbe in nahen Beziehungen zu der Widerstandsfähigkeit gegen psychische Einflüsse, wie gegen lähmende Gifte steht, und die Hoffnung ist daher nicht unberechtigt, einmal in der höhergradigen Ermüdbarkeit eine wesentliche Eigenschaft mancher Formen der psychopathischen Constitution aufzufinden. Allerdings erfordert die praktische Messung der Ermüdbarkeit einstweilen noch grosse Vorsicht, da zufällige Einflüsse leicht das Ergebniss trüben, doch lassen sich diese Schwierigkeiten, wie mir die Erfahrung gezeigt hat, bei einiger Sorgfalt ganz gut überwinden.

Die Untersuchung des Gedächtnisses hat sich einmal auf die Festigkeit zu erstrecken, mit welcher früher erworbene Vorstellungen in unserem Innern haften, dann aber auf die Fähigkeit, jetzt noch neue Vorstellungen zu assimiliren und aufzubewahren. Auf Störungen in der ersteren Richtung pflegen wir gewöhnlich zu fahnden durch die Frage nach gewissen, als selbstverständlich vorausgesetzten Kenntnissen, seien es persönliche Erlebnisse, seien es anderweitig erlernte Daten, namentlich die Rechnungsarten. Auch hier kann man durch reihenartig fortlaufende, systematische Rechenversuche mit periodischer Zeitregistrirung ein Mass für die Leichtigkeit gewinnen, mit welcher der Kranke noch über die in der Kindheit erlernten einfachen Zahlenverbindungen verfügt. In ganz ähnlicher Weise lässt sich die augenblickliche Aufnahmefähigkeit des Gedächtnisses durch Auswendiglernen langer Zahlen- oder sinnloser Silbenreihen ohne erhebliche Schwierigkeit prüfen. Dabei ergiebt sich, dass verschiedene Personen die zu lernenden Reihen mit individuell bestimmter, aber sehr verschiedener Geschwindigkeit memoriren. Wahrscheinlich handelt es sich hier um Abweichungen in der Lernmethode. Berücksichtigt man, dass sich beim Lernen einer Zahlenreihe die Auffassung des Sinneseindruckes mit dem Aussprechen der Bezeichnungen verbindet, so liegt die noch durch allerlei andere Beobachtungen gestützte Annahme nahe, dass sich bei langsamem

Memoriren die Aufmerksamkeit vorzugsweise auf die sensorischen und associativen, bei schnellem Memoriren dagegen besonders auf die motorischen Bestandtheile der Gesammtvorstellung richtet. Erstere werden bei langsamer Einprägung, letztere bei häufiger Wiederholung besser in unserem Gedächtnisse befestigt. Die Geschwindigkeit des Memorirens gestattet demnach einen Schluss auf die gewohnheitsmässige Bevorzugung dieser oder jener Seite unserer Vorstellungen, zunächst bei der vorliegenden Arbeitsleistung. Es ist indessen nicht unwahrscheinlich, dass diesen Verschiedenheiten eine weit über das einzelne Gebiet hinausreichende Bedeutung zukommt.

Weiterhin tritt uns der Einfluss des Gedächtnisses bei fast allen derartigen experimentellen Untersuchungen in der Grösse der im Laufe der Zeit erlangten Uebung entgegen. Da die Uebung in gesetzmässiger Weise die Dauer aller psychischen Vorgänge, wie die Ausgiebigkeit ihrer Schwankungen herabsetzt, so ist es möglich, die Grösse derselben durch einen bestimmten Zahlenausdruck wiederzugeben. Auch die Uebungsfähigkeit ist selbstverständlich eine persönliche Eigenschaft von weitreichendster Bedeutung. Wir werden sie durch den Zuwachs an Schnelligkeit messen, den eine psychische Arbeitsleistung erfährt, wenn sie so oft in bestimmten Zwischenräumen wiederholt wird, bis eine weitere Beschleunigung nicht mehr eintritt. Verwickelt wird die praktische Feststellung der Uebungsfähigkeit durch den Umstand, dass die erreichte Uebung mit verschiedener Geschwindigkeit wieder verloren geht. Allein der Einfluss der verschiedenen Festigkeit der Uebung lässt sich durch geeignete Versuche gesondert studiren und nach seiner Grösse in Anschlag bringen; er liefert uns einen weiteren wichtigen Anhalt für die Beurtheilung der gesunden und kranken Persönlichkeit.

Als eine besondere Form des Gedächtnisses haben wir endlich den Zeitsinn aufzufassen, dessen Störungen bei Kranken ja oft sehr augenfällige sind. Ueber das Verhalten beim gesunden Menschen liegen schon verschiedenartige Untersuchungen vor. Für praktische Zwecke liess ich die Methode dahin vereinfachen, dass eine bestimmte längere Zeitstrecke (30″) von dem Kranken eine gewisse Anzahl von Malen wiedergegeben wurde. Die dabei sich herausstellenden constanten und variablen Fehler geben interessante Aufschlüsse über das Zeitgedächtniss und die dasselbe beherrschenden psychologischen Einflüsse, namentlich über die Ermüdbarkeit.

Das Studium der Vorstellungsverbindungen lässt sich nach drei verschiedenen Richtungen hin ausdehnen. Am häufigsten ist bisher die Schnelligkeit derselben gemessen worden, obgleich sie zuverlässig nur mit Hülfe complicirterer Apparate, z. B. des Hipp'schen Chronoskops, bestimmt werden kann. Allenfalls lässt sich, wo das Gedächtniss ungestört ist, auch durch die oben erwähnten Rechenversuchsreihen auf einfache Weise ein Urtheil über diesen Punkt gewinnen. Jene genaueren Methoden liefern aber nur in den Händen wirklich geübter Untersucher brauchbare Ergebnisse; die meisten bisher an Geisteskranken angestellten derartigen Messungen sind leider werthlos. Meine eigenen Erfahrungen haben mir gezeigt, dass gerade bei der Untersuchung der Associationszeiten die systematische Wiederholung derselben Versuche mit denselben Reizworten nach manchen Richtungen wichtigere und zuverlässigere Ergebnisse liefert, als die meist geübte Vermeidung solcher Wiederholungen. Namentlich der Einfluss der Uebung auf die Schnelligkeit und Festigkeit der Vorstellungsverbindungen lässt sich dabei sehr schön verfolgen. Allein auch ohne Zeitmessungen sind Associationsversuche nicht nur von mannigfachem Interesse, sondern auch ungemein leicht ausführbar. Indem man einfach irgend ein Wort ausspricht und die erste daraufhin im Kranken auftauchende Vorstellung notirt, kann man in kurzer Zeit das Material für eine Statistik der Associationen sammeln, welche namentlich über das gewohnheitsmässige Verhältniss der inneren zu den äusseren Vorstellungsverbindungen, die Häufigkeit der Klangassociationen und Reminiscenzen gewisse Aufschlüsse zu liefern vermag. Auch auf diese Weise lassen sich Werthe für die Festigkeit der einzelnen Associationsgruppen gewinnen. Als Mass für dieselbe habe ich das Verhältniss der bei einer Wiederholung neu auftretenden Associationen zur Gesammtzahl der Versuche benutzt.

Mit diesen kurzen Hinweisen auf die wichtigsten derjenigen psychischen Untersuchungsmethoden, welche es mir bisher gelungen ist, in eine so einfache Form zu bringen, dass sie auch bei einer grösseren Zahl von Geisteskranken ohne Schwierigkeit in Anwendung gezogen werden können, muss ich mich hier begnügen. Wenn es auch zunächst nur unbedeutende Anfänge sind, die uns heute vorliegen, so liefern sie doch immerhin den Beweis, dass es möglich ist, selbst auf unserem schwierigen Forschungsgebiete für exacte naturwissenschaftliche Beobachtungsmethoden allmählich Boden zu gewinnen.

Beobachtung. Es ist leicht verständlich, dass in einigermassen schwierigen Fällen die einfache Untersuchung eines Kranken 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 häufig 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 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 pathologischen Willensäusserungen darbietet. Lebhaftigkeit 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 herausstellen müssen. Endlich ist es nur auf dem Wege fortgesetzter Beobachtung möglich, den fortschreitenden oder gleichbleibenden Verlauf des vermuthlichen Leidens, das Vorkommen von Besserungen, Verschlimmerungen, „Anfällen“ aller Art, das Verhalten

des Schlafes, Appetites, der Verdauung und vor Allem des Körpergewichtes 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 Leichenuntersuchung 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 Seitens des Gehirns völlig nichtssagend aus, oder er bietet doch nur unsichere und vieldeutige Abweichungen, welche durchaus keine weitergehenden Schlussfolgerungen zulassen. Freilich muss man dabei bedenken, dass unsere Untersuchungsmethoden im Hinblicke auf die verwirrende Feinheit und Complicirtheit des Objectes noch ganz 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 und der Dementia senilis 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 klinische Erscheinungen oder Krankheitsbilder entsprechen, wird freilich erst die weitere Erfahrung uns lehren müssen.

B. Kriterien des Irreseins.

Das Bedürfniss nach einer strengen Begriffsbestimmung der Geisteskrankheit, nach einer Abgrenzung dieser letzteren von der Breite des Gesunden, ist in der Geschichte der Psychiatrie der Ausgangspunkt zahlloser, angestrengter Bemühungen, scharfsinniger Auseinandersetzungen und spitzfindiger Beweisführungen gewesen, bis endlich die unvermeidliche Erkenntniss sich immer mehr Bahn zu brechen begann,

dass die Fragestellung von vornherein eine falsche war, dass es hier wirklich scharfe Grenzen und unfehlbare Kennzeichen der Natur der Sache gemäss ebensowenig geben kann, wie bei der Unterscheidung von körperlicher Gesundheit und Krankheit. Die Symptome des Irreseins sind eben durchaus nicht gänzlich 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.

Verhältnissmässig leicht wird indessen 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 eines Menschen den Gedanken an eine krankhafte Natur derselben sehr nahe. Zur Gewissheit wird diese Vermuthung, wenn die hervortretenden Symptome sich widerspruchslos in eines der bekannten klinischen Krankheitsbilder einordnen, und wenn vielleicht auch Ursachen sich auffinden lassen, welche erfahrungsgemäss jene Gruppe von Störungen häufiger zu erzeugen pflegen.

Es darf mit allem Nachdrucke betont werden, dass in solchen Fällen die genaue Erhebung der Anamnese, sorgfältige Ausnutzung aller Untersuchungsmethoden und eine gewisse Zeit fortlaufender Beobachtung bei wirklichem Sachverständniss regelmässig zum Ziele führen wird. Die Psychiatrie ist in der Erkennung von Krankheitsprocessen, auch solchen sehr langsamen Verlaufes, in keiner Weise hülfloser, als etwa die innere Medicin oder die Nervenheilkunde, die ja ebenfalls oft genug erst nach längerer Beobachtung ein sicheres Verständniss schwieriger Krankheitsfälle erreichen. Nur die kühnste Unwissenheit kann sich daher zu der häufig wiederholten Behauptung versteigen, dass der Irrenarzt wegen der Unvollkommenheit der Psychiatrie vielfach Geistesgesunde als krank betrachte und sie daher widerrechtlich ihrer Freiheit beraube. Allerdings sieht der Sachverständige auch hier überall tiefer, als der meist von ganz abenteuerlichen Vorstellungen über das Irresein erfüllte Laie.

Die unerbittliche Forderung, uns niemals mit dem Nachweise einer Geistesstörung im Allgemeinen zu begnügen, sondern unter allen Umständen zu einer bestimmten klinischen Diagnose zu gelangen, wird uns namentlich davor bewahren, einzelne Erscheinungen als pathognomonisch zu betrachten und darüber das Gesammtbild des vorliegenden Falles ausser Acht zu lassen. Früher hat man z. B. viel darüber gestritten, ob Sinnestäuschungen auch bei geistiger Gesundheit vorkommen könnten, und ob der Selbstmord unter allen Umständen als Krankheitserscheinung aufgefasst werden müsse; jetzt wissen wir, dass Beides Symptome sind, welche im einzelnen Falle nur durch den Zusammenhalt mit anderweitigen Beobachtungsthatsachen in ihrer wahren Bedeutung erkannt werden können. Wenn z. B. Esquirol den Selbstmord einfach als eine besondere Form des Irreseins beschrieb, so habe ich in Uebereinstimmung mit den Erfahrungen Anderer durch die Beobachtung geretteter Selbstmörder feststellen können, dass nur 30% derselben wirklich klinisch ausgeprägte geistige Störungen darboten.

Recht schwierig kann sich die Entscheidung über psychische Gesundheit oder Krankheit gestalten, wenn 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 niedergeschlagen haben. Dazu kommt, dass wir ein ausgedehntes Uebergangsgebiet zu verzeichnen haben, auf dem es sich lediglich um die Abschätzung gradweiser Unterschiede handelt, sodass es vielfach 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 wissenschaftlich hochstehender Sachverständiger bei der Beurtheilung solcher Fälle vollständig auseinandergehen: die allgemeinen Grundsätze versagen hier bisweilen durchaus und lassen einzig dem persönlichen Ermessen die Entscheidung zufallen.

Der Irrenarzt ist demnach hier etwa in derselben Lage, wie der Kassenarzt bei der Beurtheilung der Erwerbsfähigkeit, nur mit dem

Unterschiede, dass die Tragweite seines Ausspruches eine häufig viel grössere ist. Es erscheint daher ganz unvermeidlich, dass gelegentlich sein Urtheil als Härte empfunden und von Kranken oder Angehörigen angefochten wird, zumal den Ersteren immer, den Letzteren häufig das Verständniss für die in Betracht kommenden Zustände völlig abgeht. An diesem Punkte liegt wol die Hauptquelle für die namentlich in neuester Zeit mit ebenso viel Unkenntniss wie Gehässigkeit betriebene Agitation gegen die Thätigkeit der Irrenärzte.*) Natürlich würde Niemand froher sein, als diese Letzteren selbst, wenn man sie von der leidigen Verantwortlichkeit für die Beurtheilung der Uebergangsformen zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit befreien wollte. Leider ist dazu wenig Aussicht, da sich schwerlich Jemand finden dürfte, der ihnen diese undankbare Aufgabe dauernd abnimmt.

Das grosse, sicher noch viel zu wenig gekannte Gebiet klinischer Formen, mit dem wir es hier zu thun haben, ist dasjenige des angeborenen Schwachsinns. 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.

Im Bereiche der Intelligenz lassen sich der Hauptsache nach zwei Formen der psychischen Schwäche auseinanderhalten, ungenügende Leistungsfähigkeit des Verstandes einerseits, dann aber Kritiklosigkeit in Folge von überwuchernder Ausbildung der Phantasie. Der ersteren Form, die sich durch das Fehlen abstracter Begriffe, Enge des Gesichtskreises, Ideenarmuth, geringe geistige Regsamkeit kennzeichnet, entspricht in der Gesundheitsbreite jene Form der Dummheit, die man als Beschränktheit zu bezeichnen pflegt. Die höchsten Grade dieser Beschränktheit fallen aber mit den leichteren Fällen des Schwachsinns unterschiedslos zusammen; es giebt kein einziges Merkmal, welches eine andere, als gradweise Abtrennung gestattete.

Dem zweiten klinischen Bilde des Schwachsinns nähert sich die Gruppe der Phantasten (Mystiker) durch die gemeinsamen Züge

*) Man vergleiche nur die durch ihre naive Unwissenheit und Unverfrorenheit geradezu erfrischenden Bücher des Herrn E. A. Schröder: Das Recht im Irrenwesen 1890; Zur Reform des Irrenrechtes 1891.

einer Herrschaft der leichtgläubigen Einbildungskraft über die verstandesmässige Ueberlegung. Auch hier ist es unmöglich, an irgend einem Punkte scharfe Grenzen abzustecken. Den vereinzelten Beispielen einseitiger Begabung bei Schwachsinnigen und Idioten lassen sich manche der sogenannten verkannten Genies, Erfinder und Entdecker 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 der oben zuletzt genannten Form des Schwachsinns erkennen lässt. Die überraschende Kühnheit der Combinationen, die Lebhaftigkeit der Phantasie, der Blick auf das Ganze bei Vernachlässigung der Einzelheiten sind Züge, welche beiden Veranlagungen gemeinsam sind, aber sie werden beim Genie durch die gleichzeitige Ausbildung des abwägenden, prüfenden Verstandes in sicheren Grenzen gehalten, während sie dort die ungezügelte Herrschaft über das geistige Leben an sich reissen. Gleichwol deutet sich doch auch bei unsern Kranken hie und da durch unerwartete Wendungen und vereinzelte treffende Einfälle 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 nicht selten 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 in's Auge fassen wollen. Hier gilt es ganz besonders, jene Handlungen, welche aus krankhaften Voraussetzungen hervorgegangen 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 unklares Angstgefühl, einen triebartigen Drang als die Ursache der That aufzufinden. Die allergrössten Schwierigkeiten indessen beginnen sofort, sobald nicht Veränderungen in der Art der Gefühle, sondern nur gradweise Abstufungen derselben der ärztlichen Beurtheilung unterliegen. Jede menschliche Handlung kommt dadurch zu Stande, dass die treibenden Beweggründe das Ueber-

gewicht über die etwaigen hemmenden Gegengründe 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 Entwickelung aus krankhaften Ursachen hervorgegangen sein. Nun geht aber die pathologische Zornmüthigkeit ganz allmählich in die Leidenschaftlichkeit des Cholerikers über, die ihn vielleicht zum Affectverbrechen treibt, und die wechselnden Verstimmungen des angeboren Neurasthenischen sind nur Steigerungen der oft ebensowenig sachlich begründeten weltschmerzlichen 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 gesunden Beschaffenheit des Gemüthszustandes eine gänzlich verschiedene moralische Beurtheilung erfahren, aber auch die genaueste Zergliederung vermag hier oft die Grenze nicht zu finden, aus dem triftigen Grunde, weil eine solche überhaupt nicht vorhanden ist.

Noch schlagender tritt dieses Verhältniss hervor, wo der krankhafte Mangel der sittlichen Gefühle von der „moralischen Schlechtigkeit“ abgegrenzt werden soll. So wenig wie das Fehlen einer Niere in einem Falle krankhaft sein kann, im andern nicht, so wenig geht es an, eine normale sittliche Verwilderung neben einer pathologischen aufzustellen. Bei der Beurtheilung der Unzulänglichkeit einer Leistung kann es nicht in erster Linie massgebend sein, ob sie angeboren, erworben oder wie immer sie entstanden ist; nur nach der Ausdehnung derselben 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 Ausfall, 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 Entwickelungsstufe des Schwachsinns 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 krankhafte Ausdehnung erlangen kann? Eine anthropologische, naturwissenschaftliche Betrachtung der Unsittlichkeit führt uns unabwendbar 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 Anzeichen der Schwäche im Gemüthsleben zu betrachten ist, welchem nach anderer Richtung die Unzulänglichkeit der Verstandeskräfte genau entspricht.

Es bleibt daher in derartigen Fällen bei der gerichtlichen Diagnostik der Geistesstörung bis zu einem gewissen Grade häufig Sache der persönlichen Ansicht, 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 gradweisen Abstufungen des Schwachsinns, 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 vernachlässigt. Vielleicht wird auch uns noch ein eingehenderes Studium des Schwachsinns zu einer schärferen Erfassung der krankhaften Erscheinungen verhelfen; die Ueberwindung der grundsätzlichen Schwierigkeiten aber und die Gewinnung allgemeiner, unzweideutiger Gesichtspunkte kann sicherlich nur durch eine andere Fassung der richterlichen 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 Be-

*) Fürstner, Archiv f. Psychiatrie, XIX, 3; Fritsch, Jahrb. f. Psychiatrie, VIII, 1 u. 2.

urtheilung durch die schon früher angeführte 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 widerspruchsloses, in sich wahrscheinliches, einheitliches Krankheitsbild zusammenzusetzen, 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. Am häufigsten werden tiefer Blödsinn oder Aufregungszustände („Tobsucht") simulirt; dabei ist es überall die Sucht der Simulanten, zu übertreiben und ihre Geisteskrankheit möglichst glaubhaft zu machen, welche sie widersprechende Erscheinungen durcheinander mischen lässt und auf diese Weise die Unterscheidung von wirklich Kranken ermöglicht. Häufig gelingt es auch, durch allerlei Vexirversuche, durch hingeworfene Bemerkungen gewisse Krankheitserscheinungen zu suggeriren, namentlich völlige Unempfindlichkeit gegen Nadelstiche u. dgl. 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 Irrenärzte theilen mit, dass wirklich geistig gesunde Individuen unter den Simulanten nur in verschwindend 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 namentlich von Verrückten bisweilen mit grosser Gewandtheit geübt wird, um die Entlassung aus der Irrenanstalt zu erreichen. Die Erfolge einer veralteten 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 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 begegnet 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 begründen, dass es recht schwierig wird, die krankhaften Züge klar zu erfassen. Unerfahrene lassen sich daher oft vollständig von solchen Kranken täuschen, und auch die öffentliche Meinung wird gelegentlich immer wieder durch ihre sensationellen Flugschriften beunruhigt, in denen das Justizunrecht der willkürlichen Freiheitsberaubung, die Gefahren der geistigen Ermordung in den grellsten Farben ausgemalt zu werden pflegen. Da diese Patienten nicht selten recht gefährlich sind, so ist äusserste Vorsicht bei der Beurtheilung derselben geboten. Nur dem Arzte ohne wahre Sachkenntniss können daher in schwierigen Fällen schon einige Unterredungen genügen, um das Bestehen einer geistigen Störung auszuschliessen.

Besonders sei hier schliesslich noch auf die Dissimulation be-

sonnener, selbstmordsüchtiger Melancholiker hingewiesen, die bisweilen mit grossem Geschick ihre krankhaften Vorstellungen und Gefühle zu verbergen, Besserung und heitere Stimmung zu simuliren wissen, um den stillen Vorsatz des Selbstmordes bei weniger sorgfältiger Ueberwachung zur Ausführung bringen zu können. Selbst die genaueste Vertrautheit mit dieser höchst beachtenswerthen Gefahr und unausgesetzte Wachsamkeit vermag hier nicht immer vor bitteren Erfahrungen zu schützen.

V. Allgemeine Therapie.

Die leitenden Gesichtspunkte für eine zweckmässige 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 Erblichkeit für die Verbreitung des Irreseins die Beantwortung der Frage, ob ein Geisteskranker heirathen darf 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 unter allen Umständen zu widerrathen, während die blosse Prädisposition, insbesondere die erbliche Anlage, wenn sie nicht bereits in Krankheitserscheinungen zu Tage tritt, trotz der immerhin drohenden Gefahren, doch kein unbedingtes Verbot der Ehe begründen kann.

Ein weiterer bedeutsamer Punkt, an dem die Vorbeugung des Irreseins einzusetzen hat, ist die Erziehung. Gerade abnorm ver-

anlagte Eltern vermögen häufig nicht die rechte Mitte zwischen pedantischer Strenge und weichlicher Verzärtelung zu halten, Einflüsse, welche nur ein kräftig organisirtes Individuum ohne dauernden Schaden für seine Charakterentwickelung 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 Schuljugend erregt. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass kein jugendliches Gehirn auch nur im Entferntesten wirklich das zu leisten im Stande ist, was die Schule vorschriftsmässig verlangt. Wenn schon ein Erwachsener einer sehr einfachen geistigen Arbeitsleistung nicht länger als etwa eine Stunde zu folgen vermag, ohne deutliche, sich rasch steigernde Ermüdungserscheinungen zu zeigen, so tritt in jüngerem Lebensalter und bei den schwierigeren Aufgaben des Schulunterrichtes die Erschlaffung natürlich noch sehr viel rascher ein. Freilich wird sie durch das Einschieben von Erholungspausen immer einigermassen wieder ausgeglichen, allein dieselben können in ihrer heutigen Gestaltung keineswegs als ausreichend betrachtet werden. Glücklicherweise indessen giebt es ein Sicherheitsventil, welches verhindert, dass nicht in Folge der geistigen Ueberanstrengung schwere Gefahren über die heranwachsenden Generationen heraufgeführt werden — das ist die Unaufmerksamkeit, welche gerade dann hülfreich eintritt, wenn die Anspannung nothwendig zu einer Erholung drängt. Gerade die guten, tüchtigen Lehrer sind bekanntermassen deswegen am schädlichsten für ihre Schüler, weil sie deren Aufmerksamkeit auch dann noch zu fesseln verstehen, wenn im Laufe der ausgedehnten Unterrichtsstunden die Ermüdung schon lange das zulässige Mass überschritten hat.

Unter allen Umständen wird gerade vom Standpunkte des Irrenarztes aus eine Reform des Unterrichtes nach verschiedenen Seiten hin angestrebt werden müssen. Vor Allem ist zu berücksichtigen, dass die Ermüdungseinflüsse eine fortschreitende Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit bedingen. Darum ist vor einer Häufung der Lehrstunden zu warnen; viel besser würde die Vertheilung derselben auf zwei tägliche Hauptabschnitte sein, deren erster bald nach dem Erwachen aus dem Schlafe gelegen sein muss, während der zweite etwa zwei Stunden nach der Hauptmahlzeit zu beginnen hätte. Das sind die beiden Tageszeiten, an denen die Er-

müdbarkeit am geringsten ist. Jeder dieser Abschnitte soll durch Pausen in mehrere Unterabschnitte zerlegt werden, in denen ein Wechsel des Lehrstoffes stattfindet, da wir auf diese Weise in der gleichen Zeit erheblich mehr zu leisten vermögen, als bei gleichartigem ununterbrochenem Fortarbeiten. Entsprechend dem Anwachsen der Ermüdung müssen diese Pausen fortschreitend länger werden, wenn sie ihrem Zwecke entsprechen sollen. Aus dem gleichen Grunde werden die schwierigsten Lehrstoffe zuerst zu behandeln und die sogenannten häuslichen Arbeiten bei der Bemessung der Gesammtarbeitszeit sorgfältig mit zu berücksichtigen sein.

Da das mechanisch Eingelernte, wie der Versuch lehrt, sehr rasch wieder aus unserem Gedächtnisse schwindet und zudem nur in äusserst geringem Masse begrifflich verarbeitet wird, so ist das einfache Auswendiglernen zielbewusst und unerbittlich aus dem Lehrplane zu verbannen. Jene Arbeitsleistung ist völlig unnütz und ungemein anstrengend zugleich, alles Gerede von einer Stärkung des Gedächtnisses durch mechanisches Lernen eine sinnlose Fabel. Es darf sogar als nicht unwahrscheinlich bezeichnet werden, dass jene Lernmethode geradezu ein Hemmniss der höheren geistigen Ausbildung werden kann, nicht nur dadurch, dass sie die Arbeitskraft in Anspruch nimmt und damit die Empfänglichkeit nach anderen Richtungen hin vermindert, sondern auch durch allzustarkes Betonen der motorischen Sprachvorstellungen und der rein gewohnheitsmässigen Ideenverbindungen in unserem Seelenleben.

Endlich aber darf selbstverständlich nicht ausser Acht gelassen werden, dass nur in einem gesunden Körper eine gesunde Seele wohnen kann. Die ausgiebigste Pflege und Entwickelung der körperlichen Kraft und Gewandtheit durch Leibesübungen aller Art, reichliche Bewegung im Freien, häufiges Baden, Handfertigkeitsunterricht und dergl. wird das beste Gegengewicht gegenüber den Gefahren abgeben, welche aus der einseitigen nnd übertriebenen Anspannung der geistigen Kräfte erwachsen können. Zu berücksichtigen ist dabei indessen, dass auch körperliche Ermüdung die geistige Leistungsfähigkeit herabsetzt, dass daher anstrengende körperliche Uebungen nicht in die Mitte, sondern nur an das Ende des eigentlichen Schulunterrichtes gelegt werden dürfen.

Im späteren Leben fällt der psychiatrischen Prophylaxe die doppelte Aufgabe zu, einmal das einzelne Individuum vor den nach

seiner besonderen Anlage drohenden Gefahren zu schützen, andererseits jene allgemeineren Ursachen zu bekämpfen, welche erfahrungsgemäss bei der Entstehung psychischer Erkrankungen eine hervorragende Rolle spielen. Nach der ersteren Richtung hin wird ein einsichtsvoller Hausarzt ohne Zweifel sehr segensreich wirken können Hier gilt es vor Allem, zu individualisiren. Da die Leistungs- und Widerstandsfähigkeit der Menschen überaus ungleich vertheilt ist, so wird es Sache des Arztes sein, mit Rücksicht auf diese beiden Eigenschaften die Wahl des Berufes und die gesammte Lebensführung nach Möglichkeit zu überwachen. Namentlich dort, wo eine krankhafte Veranlagung besteht, sind alle Berufsarten, welche die Gefahren geistiger oder gemüthlicher Ueberanstrengung, grosser Verantwortlichkeit in sich schliessen, auf das Entschiedenste zu widerrathen. Hier passen nur Beschäftigungen, welche ein ruhiges, gleichmässiges Leben, ohne Aufregungen und Kämpfe, am besten mit reichlichem Aufenthalte im Freien, gestatten. Ebenso muss bei gefährdeten Individuen von vornherein auf die Fernhaltung von Ausschweifungen, auf die Sorge für ausreichende Erholung und Ernährung, sowie für guten Schlaf in besonderer Weise Bedacht genommen werden. Natürlich kann sich das ärztliche Handeln im einzelnen Falle hier überaus mannigfach gestalten; die zuverlässigste Richtschnur desselben wird dabei immer aus einer genauen Berücksichtigung der ätiologischen Verhältnisse des Irreseins zu entnehmen sein.

Die allgemeine Prophylaxe psychischer Störungen bietet zwar ebenfalls vielfache Angriffspunkte, aber zumeist sehr weitaussehende und über den Bereich der ärztlichen Thätigkeit 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. Ein besonderes ärztliches Interesse haben von denselben vor Allem der Kampf gegen Trunksucht und Syphilis, sowie die Organisation einer schnell und umsichtig arbeitenden Irrenfürsorge, welche nicht nur die Uebertragung der psychischen Entartung auf die Nachkommenschaft bis zu einem gewissen Grade beschränken kann, sondern gewiss auch vielfach im Stande ist, die Entwickelung schwererer Krankheitsformen durch rechtzeitiges Eingreifen zu verhüten. Als ein wichtiger Zweig der allgemeinen Prophylaxis ist

endlich ganz gewiss auch der psychiatrische Unterricht zu betrachten, die Heranbildung ärztlicher Generationen, welchen eine tiefere Kenntniss der Entstehungsbedingungen und der Erscheinungen des Irreseins auch wirklich die Fähigkeit an die Hand giebt, drohenden Gefahren bei Zeiten vorzubeugen und das werdende Uebel in seinem Keime zu ersticken.

In weit höherem Masse, als durch jene allgemeineren Aufgaben pflegt das Interesse des ärztlichen Praktikers durch die Behandlung des einzelnen Falles angeregt zu werden. Die ganze Zahl der Mittel, welche uns 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 Arzneimittel, die physikalischen Heilmethoden und die diätetischen Massregeln, in die letztere die mannigfachen psychischen Einwirkungen, welche durch das Anstaltsleben und insbesondere die zielbewusst handelnde Persönlichkeit des Arztes erzeugt werden.

B. Körperliche Behandlung.

Arzneimittel. Unter den Arzneimitteln 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 auf unsere nervösen Centralorgane beruhigend, besonders, wie es scheint, bei anämischen Zuständen derselben. Eine genaue Kenntniss seines Einflusses auf die verschiedenen psychischen Leistungen fehlt bisher noch. Aufregungen, vor Allem Angstzustände oder solche, die durch schmerzhafte 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 mittelbar Schlaf erzielt wird. Dagegen ist das Opium nicht am Platze bei starken venösen Hyperämien des Gehirns (andauerndes hohes Fieber), grosser körperlicher Hinfälligkeit und namentlich Herzschwäche. Als unangenehme Nebenwirkungen sind die Verdauungsstörungen (Appetitlosigkeit, hartnäckige Verstopfung) zu beachten. Im Allgemeinen wird das Opium von Geisteskranken meist überraschend gut vertragen; nur einige Male schien es mir, als wenn bei sehr hohen Opiumgaben die bekämpften ängstlichen

Aufregungszustände geradezu schlimmer wurden; Vorsicht ist also im einzelnen Falle jedenfalls gerathen. 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—3mal 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 bequemeren (subcutanen) Handhabung ist an die Stelle des Opiums in neuerer Zeit vielfach das Morphium getreten, welches wesentlich dieselben Indicationen und Contraindicationen besitzt, wie jenes Mittel. Das Morphium erzeugt, wie es scheint, in mässigen Gaben wesentlich eine Herabsetzung der centralen Schmerzempfindlichkeit, sowie eine Lähmung des Willens, ohne Erschwerung der intellectuellen Vorgänge. Es ist daher kein Schlaf- sondern ein Beruhigungsmittel; bei chronischem Missbrauche stellt es vorübergehend die verloren gegangene geistige Frische und Leistungsfähigkeit wieder her.

Die Morphiumbehandlung ist ebenfalls zu einer methodischen Cur ausgebildet worden, welche bei chronisch-melancholischen, besonders ängstlichen Zuständen mit Parästhesien, Schmerzen und dergl. in der That oft gute Dienste zu leisten scheint. Im Ganzen muss indessen unser Bestreben dahin gehen, den Gebrauch des Morphiums soweit wie nur irgend möglich einzuschränken. Abgesehen davon, dass einzelne Kranke, namentlich Frauen, schon auf sehr kleine Gaben Morphium (0,01 und weniger) mit recht unangenehmen Symptomen (Erbrechen, Aufregung, Collapse, Ischurie) reagiren, und dass bei Anwendung grösserer Dosen auch nach Stunden noch unvermuthet schwere, selbst tödtlich ausgehende Vergiftungserscheinungen sich einstellen können, ist vor Allem an die kaum hoch genug anzuschlagende schwere Gefahr des chronischen Morphinismus zu erinnern, mit der wir uns später eingehend zu beschäftigen haben werden.

Von den übrigen Bestandtheilen des Opiums ist in letzter Zeit das Codein*) wieder wärmer empfohlen worden. Es soll ähnlich, aber viel schwächer wirken, als das Morphium und selbst bei längerer Anwendung nicht die kachektischen Zustände erzeugen, wie jenes.

*) Fischer, Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte 1888, 19.

Im Wesentlichen scheint es sich um einen minderwerthigen, aber schwerlich ungefährlichen Ersatz des Morphiums zu handeln. Die ebenfalls als Hypnoticum und Anodynum gerühmte, Morphin enthaltende Papaveracee Eschholtzia californica harrt noch weiterer Prüfung.

Dagegen können wir als ein für die psychiatrische Therapie recht werthvolles Mittel das von Gnauck*) zuerst bei Geisteskranken angewandte Hyoscin (Ladenburg) bezeichnen. Dieses Alkaloid (Chlor-, Brom- oder Jodverbindung) erzeugt in subcutaner Gabe von 0,0005—0,001 gr mit nicht übertroffener Sicherheit einen nach 10 bis 15 Minuten eintretenden tiefen Schlaf. Bei innerlicher Anwendung, die wegen der völligen Geschmacklosigkeit des Mittels keine Schwierigkeiten hat, kann die Dosis auf das Doppelte steigen. Die Nebenerscheinungen sollen dabei schwächer ausfallen, als bei der Einspritzung unter die Haut.

Die Narkose wird eingeleitet durch Eingenommenheit des Kopfes, Trockenheit im Halse, Schwere der Zunge, Unsicherheit beim Gehen und eine mehrere Tage, selbst Wochen lang andauernde, hochgradige Mydriasis. Bei grösseren Gaben scheinen Uebelkeit, Unregelmässigkeit des Pulses, Respirationsstörung, Gesichtshallucinationen, selbst Delirien und Collapszustände auftreten zu können, doch haben hier vielleicht gelegentlich Verunreinigungen eine gewisse Rolle gespielt. Ich selbst konnte wenigstens niemals bedrohlichere Erscheinungen beobachten, obgleich ich wegen ungünstiger äusserer Verhältnisse das Mittel durch eine Reihe von Jahren überaus häufig habe in Anwendung ziehen müssen. Nur besteht nach dem Erwachen gewöhnlich das Gefühl von Abgeschlagenheit und ein leichter Druck im Kopfe, der sich meist bald verliert. Das Hyoscin ist demnach ein äusserst energisches Mittel, welches überall dort, wo die dringende Nothwendigkeit besteht, rasch Beruhigung und Schlaf zu verschaffen, zuverlässig und meist ohne schwerere Nachtheile seine Wirkung thut. Schwere tobsüchtige oder deliriöse Erregungszustände bei periodischen Störungen, Paralyse, Epilepsie, unter Umständen auch im Delirium tremens oder Collapsdelirium kommen hauptsächlich in Betracht. Gegen die Angst leistet das Hyoscin nichts. Bei längerem Ge-

*) Charité-Annalen VII; Sohrt, Pharmakotherapeutische Studien über das Hyoscin. Diss. 1886; Konrad, Erlenmeyers Centralbl., 1888, 18; Klinke, ibidem, 1889, 7; Dornblüth, Therap. Monatshefte, 1889, 8, p. 361; Serger, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XLVII. p. 308.

brauche tritt allmählich eine gewisse Gewöhnung ein, welche zu langsamer Erhöhung der Gabe führt. Besondere Störungen, wie etwa Appetitlosigkeit, Rückgang der Ernährung oder dergl. haben sich mir dabei niemals herausgestellt; ebensowenig führt das Aussetzen des Mittels zu Abstinenzsymptomen. Da aber auf der anderen Seite auch keine dauernde Beruhigung erzielt wird, sondern nach dem Verschwinden der Ermattung die Aufregung in alter Weise wiederzukehren pflegt, so dürfte sich das Mittel wegen seiner gewaltigen Wirkung im Ganzen doch mehr für die gelegentliche, wurfweise Anwendung eignen. Ferner wird man gut thun, bei sehr heruntergekommenen Kranken und beim Bestehen von Circulationsstörungen das Mittel zu vermeiden oder doch mit grosser Vorsicht zu handhaben.

Auf Beimengungen von Hyoscin ist wahrscheinlich auch die schlafmachende Wirkung des früher viel angewendeten Hyoscyamin zurückzuführen. Das Mittel ist jetzt wol ziemlich allgemein verlassen worden, da es recht gefährliche Nebenwirkungen mit sich führen kann (Delirien, Collapse, Sinken des Körpergewichtes).

Neuerdings ist zum Ersatz des Hyoscin das Duboisinum sulfuricum*) mehrfach empfohlen worden, da es weniger gefährlich sei. Es wird in Gaben von 1—2 Milligramm subcutan gegeben, scheint ziemlich sicher zu wirken, aber nach den vorliegenden Berichten doch nicht so ganz harmlos zu sein. Ein wesentlicher Vortheil vor dem gut erprobten Hyoscin lässt sich bisher nicht erkennen.

Ueber das Haschisch sind 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 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 Bett-

*) Ostermeyer, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie XLVII, p. 278; Preininger, ibidem XLVIII, p. 134; Belmondo, Rivista sperimentale di freniatria, 1892.

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

ruhe, 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 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).

Ueber ein weiteres vegetabilisches Arzneimittel, welches von Seifert als Hypnoticum angewendet wurde, das Extractum Piscidiae erythrinae, liegen noch keine ausreichenden Erfahrungen vor. Soweit meine Beobachtungen reichen, scheint die Wirkung eine unsichere und wenig nachhaltige zu sein; üble Zufälle habe ich nicht dabei gesehen. Das von Juranville empfohlene Glykosid Boldin aus den Boldoblättern, welches innerlich oder subcutan ohne schädliche Nebenwirkungen Schlaf erzeugen soll, habe ich noch nicht erproben können.

Eine zweite Gruppe von Medicamenten, welche in der psychiatrischen Therapie hervorragende Wichtigkeit erlangt haben, ist diejenige der Schlafmittel*). Vor nunmehr fast zwei Decennien wurde von Liebreich das Chloralhydrat**) in die Praxis eingeführt, welches mit grosser Sicherheit in Gaben von 2—3 gr, meist ohne andere Nachwehen, als eine gewisse Benommenheit des Kopfes, einen länger dauernden, ruhigen Schlaf herbeiführt. Da es ebensowenig, wie die übrigen Hypnotica, Schmerzen stillt, so hat man es bisweilen in Verbindung mit Morphium gegeben. Wegen seiner ätzenden Eigenschaften und seines unangenehmen Geschmackes giebt man das

*) Würschmidt, Ueber einige Hypnotica, deren Anwendung und Wirkung bei Geisteskranken. 1888; v. Krafft-Ebing, Wiener Klinische Wochenschrift, 1890, 2 und 3.

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

Chloralhydrat in stark verdünnter, schleimiger Lösung per Klysma, oder innerlich unter Zusatz von Aqua Menthae piperitae, Syrupus Liquiritiae oder corticum Aurantii. Seine Anwendung findet das Mittel bei schwererer Schlaflosigkeit in den verschiedensten Formen des Irreseins. Leider pflegt sich bei längerem Gebrauche nach und nach eine wachsende Unempfindlichkeit gegen das Mittel einzustellen, die zur Darreichung höherer Gaben verführt. Nach dieser Richtung hin ist indessen grosse Vorsicht geboten, da die fortgesetzte Anwendung des Chloralhydrats Verdauungsstörungen und verschiedenartige angioparalytische Erscheinungen nach sich ziehen kann. Das häufigste Symptom der chronischen Chloralvergiftung ist der sog. „Rash", eine namentlich beim Genusse von Alkohol oder heissen Flüssigkeiten 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 Chloralmissbrauches 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.

Kaum viel mehr Vertrauen, als das Chloralhydrat, scheint das Chloralamid*) zu verdienen, welches zudem weit unsicherer wirkt. Es macht Schlaf in Dosen von 2—3 gr bei einfacher nervöser Schlaflosigkeit, hat aber nicht selten unangenehme Nachwirkungen, Schwindel, Kopfschmerz, Müdigkeit u. dergl.

Einen ausgezeichneten Ersatz dagegen für das Chloralhydrat in allen den Fällen, wo dasselbe bedenklich erscheint oder schlecht ertragen wird, haben uns Cervello und Morselli im 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 bis 15 Minuten sehr regelmässig einen tiefen, ruhigen, dem natürlichen durchaus gleich-

*) Peiper, Deutsche Medicin. Wochenschr. 1889, 32; Alt, Berliner Klinische Wochenschr. 1889, 36.

**) Morselli, gazetta degli ospitali 1883, 4, 5, 6; Referat im Neurolog. Centralblatt II, 9; Berger, Breslauer ärztl. Zeitschr., 1883; Gugl, Zeitschr. f. Therapie, 1883; v. Krafft-Ebing, Zeitschr. f. Therapie, 1887, 7.

enden, 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 sind hier äusserst selten, wirkliche Gefahren anscheinend ausgeschlossen. Muss demnach das Paraldehyd als ein überaus werthvolles 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 Darreichung ist die Vermischung mit Wein oder mit einer aromatischen Tinctur, Syrup und Wasser (Umschütteln!). In sehr vereinzelten Fällen wird es übrigens vom Magen in jeder Form zurückgewiesen; man wird dann allenfalls die Darreichung per Klysma (in Oelemulsion) oder als Suppositorium (mit 20% Paraffin im Wasserbade vereinigt) versuchen können. Bei längerem Gebrauche kann der Appetit leiden; auch scheint dann eine Gewöhnung an das Mittel einzutreten, die zur Anwendung höherer Dosen nöthigt, ohne jedoch ernstere Nachtheile im Gefolge zu haben. Nur bei ganz exorbitantem Missbrauche des Mittels stellen sich Tremor, Abnahme der allgemeinen Ernährung, des Gedächtnisses und der geistigen Leistungsfähigkeit ein, wie v. Krafft-Ebing an Kranken beobachten konnte, welche Jahr und Tag 30—40 gr Paraldehyd pro die genommen hatten.

Die letzten Jahre haben uns in rascher Folge noch mit einer Reihe von Schlafmitteln bekannt gemacht, deren besondere gute und schlechte Seiten gegen einander abzuwägen nach so kurzer Zeit kaum möglich ist. Gewisse Vorzüge vor dem Paraldehyd scheint das von v. Mering zuerst empfohlene Amylenhydrat*) zu haben, da es entschieden den Magen weniger belästigt, als jenes, und auch nicht unangenehm riecht, während der Geschmack nach meinen Erfahrungen bei den Patienten mindestens auf den gleichen Widerwillen stösst. Die wirksame Dosis beträgt 2—5 gr in Schüttelmixtur mit Himbeersyrup, Rothwein oder Extract. Liquiritiae.

*) Lehmann, Neurolog. Centralblatt, 1887, 20; Schlöss, Jahrb. f. Psychiatrie, 1888, 1, 2; Avellis, Deutsche Medicin. Wochenschr., 1888, 1.

Alle die genannten Nachtheile fallen fort bei dem von Kast eingeführten Sulfonal*), welches rasch eine sehr grosse Verbreitung gefunden hat. Das Mittel ist in der That geruchlos, fast geschmacklos und beeinträchtigt die Verdauung erst bei längerem Gebrauche. Dagegen wird es wegen seiner Schwerlöslichkeit relativ langsam resorbirt und wirkt darum nach, sodass grosse Müdigkeit und Schwäche in den Beinen am nächsten Tage nicht seltene Erscheinungen sind. Diese Nachwirkung kann unter Umständen, bei chronisch erregten Kranken, die man an die Bettruhe gewöhnen will, geradezu erwünscht sein. Von sehr langer Dauer ist sie übrigens nicht. Bei fortgesetzter hoher Dosirung tritt nach anfänglich sehr geringer Wirkung bisweilen plötzlich tagelange Schlafsucht auf, wahrscheinlich durch raschere Lösung angesammelter Mengen des Mittels. Jedenfalls ist vor dauernder Darreichung ungelösten Sulfonals zu warnen, zumal es dabei unter Umständen anscheinend zu chronischer Blutzersetzung kommen kann (Hämatoporphyrin im Harn). Am besten giebt man das Mittel 1—2 Stunden vor dem Schlafengehen in grösseren Mengen heisser Flüssigkeit (Thee, Suppe) gelöst. Auf diese Weise und ebenso durch Einmischung in alle möglichen Speisen hat man das Sulfonal vielfach den Kranken ganz ohne ihr Wissen beibringen können.

Dem Sulfonal zum mindesten gleichwerthig scheint das nahe verwandte Trional**) zu sein. Die Wirkung ist in Gaben von 1—3 gr (in heisser Milch oder warmem Rothwein) eine recht sichere und dauert trotz der geringen Löslichkeit des Mittels nicht zu lange an, so dass die unangenehmen Folgeerscheinungen meist ausbleiben. Dagegen scheint es hie und da Magen und Darm etwas zu belästigen. Die Wirkung des Tetronals ist ähnlich, nur vielleicht ein wenig schwächer und unsicherer.

Ein mildes, dafür aber durchaus ungefährliches Hypnoticum ist das von v. Jacksch zuerst geprüfte Urethan, dessen Darreichung (zu 3—5 gr mit Aqua Menthae piperitae) gar keine Schwierigkeiten macht. Es passt daher dort, wo andere Mittel zurückgewiesen

*) Kast, Berl. Klin. Wochenschr., 1888, 16; Therapeutische Monatshefte, 1888, Juli; Rabbas. Berl. Klin. Wochenschr., 1888, 17; Cramer, Münchener Med. Wochenschrift, 1888, 24; Therapeutische Monatshefte, 1888, 24; ibidem, 1888, 8; Otto, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XLV, 4; Vorster, ibidem XLII, 1.

**) Schäfer, Berl. Klinische Wochenchr. 1892, 29; Schultze, Therapeutische Monatshefte, 1891, October.

werden, oder 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, doch wurde mir zweimal von allerdings nicht ganz zuverlässigen Kranken über das Auftreten von Sinnestäuschungen geklagt.

Ueber das von Compari aus Chloralhydrat und Urethan dargestellte, von Bernardino empfohlene Ural fehlt mir eigene Erfahrung. Die Dosis wird auf 2—3 gr angegeben.

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 Gelatinekapseln eingeschlossen werden. Die schlafmachende Wirkung ist keine besonders zuverlässige, das Mittel daher fast wieder vergessen.

Den grossen Vorzug einer subcutanen Anwendbarkeit besitzt das Methylal **). Allerdings sind die Injectionen (1 Theil auf 9 Theile Wasser) ziemlich schmerzhaft, und man muss dieselben häufig wiederholen, bis der Erfolg eintritt. v. Krafft-Ebing empfiehlt das Mittel warm für die Behandlung des Delirium tremens und bei Aufregungszuständen auf anämischer Grundlage; meine eigenen Erfahrungen gestatten mir noch kein sicheres Urtheil. Die Gabe beträgt 0,1 in mehrmaliger Wiederholung; bei innerlicher Darreichung sind sehr viel grössere Dosen erforderlich. Im Ganzen scheint das Problem eines unschädlichen, sicher wirkenden und bequem subcutan anwendbaren reinen Schlafmittels auch mit dem Methylal noch nicht gelöst zu sein.

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 (etwa 40—60 gr) erzielt er dort, wo die Schlaflosigkeit durch erhöhte centrale Reizbar-

*) Mairet et Combemale, Archives de neurologie, XIII, 37; Norman, Journal of mental science, 1887, Jan.; Rottenbiller, Erlenmeyers Centralbl. 1887, 11.

**) Petrazzani, Rivista sperimentale di freniatria, XIII, 2; v. Krafft-Ebing, Therapeutische Monatshefte, 1888, 2.

keit und Uebermüdung bedingt wird, nicht selten recht befriedigende Erfolge. Auch bei Zuständen innerer Spannung und Hemmung (Depression) werden die euphorischen und beruhigenden Wirkungen des Alkohols den Eintritt des Schlafes zu unterstützen geeignet sein. 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. Ausgezeichnete Dienste leistet der Alkohol endlich im Collapsdelirium, namentlich bei Nahrungsverweigerung, schwerer Unruhe und schwachem Pulse. Hier passen die concentrirteren Formen, namentlich der Cognac, wenn nöthig, als Zusatz zur künstlichen Fütterung.

Sehr intensive, allen anderen Mitteln widerstehende Aufregungszustände, die aus irgend einem Grunde (chirurgische Verletzungen, Nothwendigkeit einer kleinen Operation und dergl.) rasches Eingreifen verlangen, können gelegentlich auch zur Anwendung des Chloroforms führen. Schwächliche, nervöse Personen, Hysterische, Trinker sind jedoch 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 der Ersatz des Chloroforms durch Aether. Versuche systematischer Anwendung dieses Mittels bei erregten Kranken haben mir indessen 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 Einathmung 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 Arzneimittel wird durch die Bromsalze (Bromkalium, —natrium, —ammonium, —rubidium u. A.) gebildet, welche anscheinend 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 Stärke der Anfälle während der Dauer ihrer Anwendung verringern; mit dem Aussetzen des Mittels 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 Anwendung der Mittel nicht ohne dauernde ärztliche Ueberwachung durchgeführt werden. Die sorglose Versendung derselben im Grossen an beliebige Laien, wie sie von der Bielefelder Anstalt aus geschieht, ist jedenfalls in hohem Masse gefährlich.

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 oder die drei erstgenannten in gleichem Verhältnisse gemischt (Erlenmeyer'sches Gemisch) entweder als Schlafmittel in einmaliger voller Dosis (3—6 gr) oder aber in methodischer Cur steigend und wieder fallend zu 3—8 gr pro die (Pulver in Oblaten oder Lösung). Eine sehr bequeme, den stark salzigen Geschmack verdeckende Form der Anwendung haben wir 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 Gehirnerscheinungen hervorrufen (Abnahme des Gedächtnisses, Unsicherheit der Bewegungen, Apathie); aber auch der Gebrauch kleinerer Dosen darf höchstens einige Monate lang ohne die Gefahr von Verdauungsstörungen 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 abzuschneiden, namentlich dann, wenn dieselben mit den Menses in Beziehung stehen und von kurzer (1—2 wöchentlicher) Dauer sind. Der Erfolg tritt nicht überall, in einzelnen Fällen aber mit der grössten Sicherheit ein. Von Wichtigkeit ist hier namentlich die rechtzeitige Darreichung bei den ersten Anzeichen des beginnenden Anfalles, dann aber die Anwendung sehr grosser Gaben. Man giebt nicht weniger als 12—15 gr pro die eine Reihe von Tagen hintereinander und geht dann langsam herunter, natürlich unter beständiger Ueberwachung des Zustandes, im Hinblicke auf die Gefahr plötzlicher Collapse oder bronchitischer Erkrankungen.

Die unzweifelhafte Bedeutung der Blutversorgung 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 selbst im günstigsten Falle sehr rasch vorübergehen. Ferner kommt der Digitalis, namentlich in Verbindung mit Opium oder Morphium, nicht selten dort eine beruhigende Wirkung zu, wo Aufregungszutände mit unregelmässigem, frequentem Pulse und Herzschwäche einhergehen (Herzfehler, alte Perikarditis u. s. f.). Vielleicht wird man endlich von den neuesten Mitteln dieser Gruppe, vom Cytisin und noch mehr vom Cornutin mit seiner den Gefässtonus und damit den Blutdruck steigernden Wirkung bei Stauungen und Anaemie in der Schädelhöhle aufmunternde Erfolge zu erwarten haben. Wichtiger freilich noch wären Mittel, welche die Beschaffenheit des Blutes zu verbessern vermöchten. Hoffentlich wird uns die rüstig fortschreitende Pathologie des Blutes bald nach dieser Richtung hin sichere Wege weisen.

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 dureh anaemische und ischaemische Zustände des Gehirns bedingt werden. Wo starke Congestionen oder Entzündungssymptome eine Entlastung des Schädelinhaltes nothwendig erscheinen lassen, können allenfalls

einige Blutegel an den Processus mastoidei oder an der Nasenscheidewand in Anwendung kommen. Ebenso sind auch die einst sehr beliebten ableitenden Mittel (Blasenpflaster, Unguentum tartari stibiati, Drastica) fast völlig veraltet.

Physikalische Heilmethoden. Unter den physikalischen Heilmethoden, die in die irrenärztliche Praxis Eingang gefunden haben, steht obenan 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 pflegt die Erregung meist nur zu steigern, besonders bei ängstlichen Patienten. Einzelne erfahrene Beobachter rühmen zwar den Nutzen der mit ausgeschnittenen Deckeln verschliessbaren Wannen, doch kann ich mich mit dieser Einrichtung nicht befreunden. Man kann die verlängerten lauen, stets auf gleicher Temperatur (32—34° C.) erhaltenen Bäder auch mehrmals täglich anwenden und sogar den ganzen Tag andauern lassen; gegen Abend haben sie 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 darauffolgender Abreibung an. Bei sehr schwächlichen Kranken werden die Vollbäder oft mit Erfolg ersetzt durch hydropathische Einwickelungen 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 Kopfcongestionen bisweilen einen schlafmachenden Einfluss auszuüben im Stande sind. Dem gleichen Zwecke dient die örtliche 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 verschiedenen Einfluss ausüben können, scheint aus einzelnen Beobachtungsthatsachen hervorzugehen.

Im Allgemeinen werden es natürlich vorzugsweise die 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 Reizursachen, durch Herabsetzung der Erregbarkeit und durch Beeinflussung des Blutkreislaufs die drohende psychische Erkrankung schon in ihrem Beginne zu bekämpfen. 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

---

*) Arndt, Archiv f. Psychiatrie II; Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie XXVIII, XXXIV; Erb, Elektrotherapie II, 2. Auflage. 1886. Tigges, Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie XL.

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 des Verfahrens 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 Elektricität bis zu einem gewissen Grade theilen muss. Bei der grossen Mehrzahl der psychischen Krankheiten passt die Massage nur dort, wo eine selbständige körperliche Anzeige für dieselbe vorliegt. In 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 Muskulatur und Anregung des Stoffwechsels oft recht schätzbare Dienste zu leisten. Ihre Rolle in der sogenannten 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 Ursachen, Wochenbett, Blutverluste, acute Krankheiten der Psychose

vorausgegangen sind, und wo die Wage wie die körperliche Untersuchung eine gesunkene Ernährung, Blutleere, 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 Verstimmung, der Aufgeregte durch seine Unruhe 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 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 auszugleichen. Die so überaus häufige Obstipation bekämpft man nur durch ganz milde Mittel, namentlich durch Klystiere (Glycerin, Oel), Eingiessungen, nach Umständen durch Massage und Faradisation des Bauches. Unterstützt werden diese Massnahmen durch Regelung der gesammten Lebensweise, Bewegung in frischer Luft, körperliche, keine geistige Anstrengung erfordernde Beschäftigung, vorzüglich Gartenarbeit u. dergl.

Eine eigenartige 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 Körpermuskulatur bearbeitet wird. Dazu kommt als wichtigster Punkt des Programms die völlige Entfernung des Kranken aus den gewohnten Verhältnissen und die bedingungslose Unterordnung unter

*) Weir Mitchell, fat and blood, 3. Aufl. 1884; Playfair, Die systematische Behandlung der Nervosität und Hysterie, deutsch von Tischler. 1883; Burkart, Volkmanns Klinische Vorträge, 245.

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 tiefgreifende psychische Störung, sondern wo wesentlich dauernde grosse Willensschwäche (Lähmungen) besteht und die Ernährung tief gesunken ist. Es erscheint aber wol möglich, dass der Grundsatz der Ueberernährung in geeigneter Anpassung auch für einzelne Formen von Psychosen, namentlich die Erschöpfungszustände, mit Vortheil in Anwendung gezogen werden kann; so manche Erfahrungen sprechen dafür.

Ganz besondere Berücksichtigung erfordert die diätetische Behandlung der frisch Erkrankten. Hier handelt es sich vor Allem um Beruhigung. Das beste Mittel zur Erreichung dieses Zweckes ist die Bettlagerung, die bisweilen schwierig, unter einigermassen günstigen Verhältnissen (ausreichendes, gut geschultes Personal) aber doch meistens durchführbar ist. Bei einiger Geduld kann man durch diese harmlose Massregel, welche die Unterschiede in der Behandlung psychisch und körperlich Kranker mehr und mehr verwischt, ganz ausserordentliche Erfolge erzielen. Alle frisch Erkrankten gehören zunächst und unter Umständen für längere Zeit ins Bett, was den Genuss frischer Luft durch stundenweises Aufstehen oder Ruhen im Freien nicht ausschliesst. Ferner wird man jene anaemischen und schwächlichen Kranken, die durch ängstliches Herumlaufen ihre Kräfte zu erschöpfen drohen, die Nahrungsverweigerer, endlich die motorisch Erregten so lange wie irgend möglich im Bett zu erhalten suchen, natürlich sämmtlich unter dauernder Ueberwachung. Ohne jeden Zweifel verlaufen die Aufregungszustände aller Art weit milder im Bette, als ausserhalb desselben. In schwierigeren Fällen sinnloser Unruhe, namentlich im Collapsdelirium, in epileptischen und paralytischen Dämmerzuständen, erweisen sich die Betten mit hohen gepolsterten Seitenwänden als ungemein zweckmässig.

Allein es giebt immerhin, namentlich in mangelhaft eingerichteten und überfüllten Anstalten, Kranke, bei denen die Bettbehandlung sich nicht durchführen lässt, und die wegen sehr starker motorischer Unruhe oder rücksichtsloser Gewaltthätigkeit auch nicht wol in der Gesellschaft Anderer gelassen werden können, ohne sich und ihre Umgebung schweren Gefahren auszusetzen.

In solchen Fällen greift man zu dem Nothbehelf der Isolirung im geschlossenen Zimmer, womöglich nur unter steter Ueberwachung von aussen. Hie und da bedarf man auch wol einmal eines Polsterzimmers, doch hat diese Einrichtung im Ganzen den an sie geknüpften Erwartungen nicht entsprochen, namentlich wegen der bei unreinen Kranken unmöglichen Fernhaltung des Gestankes. Die Isolirung ist unter allen Umständen ein Uebel, welches man, namentlich Nachts, im Interesse des Schutzes ruhebedürftiger Kranker vor ihren lärmenden Nachbarn nicht immer wird umgehen können, dessen Dauer aber so kurz wie nur irgend möglich bemessen werden soll.

Längere Isolirung wirkt fast immer sehr schädlich und begünstigt die Verblödung der Kranken sowie das Einwurzeln von üblen Angewohnheiten, namentlich Unreinlichkeit, Onanie, Zerreissen und Gewaltthätigkeit. Mit unermüdlicher Geduld müssen daher in jedem Falle immer und immer wieder Versuche gemacht werden, der Isolirung baldigst ein Ende zu bereiten. Sie ist es in erster Linie, welche die „Anstaltsartefacte" erzeugt, jene Kranken, welche wegen ihrer Verwilderung nach den verschiedensten Richtungen hin den Schrecken der Anstalten bilden. Ich glaube, diese Züge bei periodisch Kranken in neuen Anfällen noch nach Jahren als die Andenken an frühere dauernde Isolirung erkannt zu haben.

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 festzuhalten. Es ist namentlich das Verdienst des Engländers Conolly*), auf die Unzweckmässigkeit, ja Gefährlichkeit 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

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

hat, selbst engere Fühlung mit den Kranken zu gewinnen und dieselben nicht sowol durch die Furcht, als vielmehr durch die kleinen Kunstgriffe des hülfsbereiten Wohlwollens 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 peinliche 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, unter Umständen auch beim schwierigen Transporte sehr gefährlicher und aufgeregter Kranker, kann die menschliche und ärztliche Berechtigung der Zwangsmittel nicht zweifelhaft sein.

In der Regel wird man mit dem einfachen Festbinden durch Bettücher, Handtücher und dergl. auskommen, unter Umständen auch mit dem Anlegen eines oder zweier fester, durch Schrauben verschliessbarer Handschuhe. Bei wirklich grosser Gefahr wird man endlich nicht zögern, zur Anwendung der Zwangsjacke zu greifen, doch kann ich z. B. mittheilen, dass ich in den letzten 6 Jahren keinen Fall mehr erlebt habe, in welchem diese Massregel nothwendig geworden wäre. Die Zwangsjacke ist eine vorn geschlossene, hinten offene Jacke von starkem Segeltuche mit langen Aermeln ohne Oeffnungen, mit Hülfe deren die Arme über der Brust gekreuzt festgehalten werden können. Bei sehr fester Anlegung und langem Liegen derselben entstehen leicht Hautabschürfungen und Druckbrand an den gefährdeten 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 erdrosselt.

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 Aufregungs-

zuständen 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 Persönlichkeiten, welche den Angriffspunkt des irrenärztlichen Handelns bilden, ins Einzelne gehende Vorschriften nicht geben lassen, sondern dass jenes Ziel in jedem Falle wieder auf anderem Wege erreicht werden muss, dessen Auffindung und geschickte Verfolgung jeweils der Einsicht und Erfahrung des Arztes überlassen bleibt.

Mit Recht wird daher wegen dieser grossen persönlichen Verantwortlichkeit vom Psychiater noch eine Summe 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 der Arzt häufig genug ebenso sehr durch seine persönlichen Eigenschaften, wie durch die Arznei, so erweitert sich hier das Feld der psychischen Behandlung selbstverständlich in ganz ausserordentlichem Masse.

Der oberste Grundsatz in der psychischen Behandlung der Geisteskranken ist Offenheit und unbedingte Wahrheitsliebe. Gerade hier wird von Laien und Aerzten immer wieder schwer gefehlt. Man scheut sich in ganz unsinniger und ungerechtfertigter Weise, einem Geisteskranken zu sagen, dass man ihn für krank hält, während diese

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

Erkenntniss doch die erste Grundlage für die ganze Behandlung und nicht selten für den Leidenden selbst geradezu eine Erlösung bedeutet. Freilich giebt es viele Kranke, die sich selbst für völlig gesund halten, aber auch hier hat das unselige Versteckspiel, welches so häufig mit ihnen getrieben wird, schlechterdings keinen Nutzen, da die Kranken ja doch durch die Art, wie man sie behandelt, zu der Erkenntniss kommen müssen, dass man bei ihnen eine geistige Störung vermuthet. Es muss unter allen Umständen für verwerflich erklärt werden, einen Geisteskranken, 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. Weit besser ist es, ihm ruhig und freundlich, aber fest zu erklären, was man von ihm will und zu welchem Zwecke. Man wird dabei fast immer sein Ziel schliesslich erreichen. Im äussersten Nothfalle greife man lieber zur Gewalt, der sich besonnene Kranke regelmässig fügen, wenn sie keinen andern Ausweg sehen. Sie werden ein derartiges Vorgehen stets leichter verzeihen, als die List, deren unvermeidliche Aufdeckung sehr gewöhnlich ein unausrottbares Misstrauen im Gefolge hat.

Den Wahnideen der Kranken gegenüber wird sich der Arzt stets einfach ablehnend verhalten. Er wird ihnen weder durch scheinbares Zustimmen neue Nahrung geben, noch sie in langen Auseinandersetzungen ausführlich bekämpfen, noch viel weniger aber etwa sie ins Lächerliche ziehen und dadurch die Kranken reizen. Ich brauche auch kaum hinzuzufügen, dass der Grundsatz unbedingter Offenheit durchaus nicht dahin führen darf, ohne zwingenden Anlass jeder krankhaften Aeusserung systematisch zu widersprechen, die der Kranke etwa fallen lässt. Vielfach, namentlich bei schwachsinnigen (paralytischen) oder sehr gereizten Kranken wird man sich auf die gelegentliche Feststellung der Krankhaftigkeit des Zustandes beschränken, die geäusserten Wahnideen übergehen, unbeachtet lassen und nur den krankhaften Handlungen entgegentreten, soweit sie eine Schädigung des eigenen oder des Wohles der Mitpatienten in sich schliessen.

Bei allen acuten und subacuten Formen der Geistesstörung ist die Aufgabe der psychischen Therapie wesentlich eine negative, abwartende. Ueberall handelt es sich hier um krankhafte Erregungszustände des Gehirns, die vor allen Dingen Ruhe und

immer wieder Ruhe fordern. Der Arzt hat daher in erster Linie für die möglichste Fernhaltung aller äusseren und inneren Reize zu sorgen. Dahin gehören namentlich der Verkehr mit den nächsten Angehörigen, die lebhaften Gefühlsbeziehungen, welche aus der täglichen Umgebung, dem Berufe der Kranken, aus langen Unterredungen, Vorhaltungen, ja oft auch aus wohlgemeinten Trostworten entspringen. Völlig unmöglich ist es, woran man zunächst denken könnte, den krankhaften Gefühlen und Vorstellungen auf demselben Wege beizukommen, auf dem man die Verstimmungen und Irrthümer der Gesunden bekämpft. Der Deprimirte, 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 dialektisch zu widerlegen, bleiben ohnmächtig gegenüber der Gewalt der inneren Vorgänge, aus denen jene letzteren sich immer von Neuem erzeugen. Versetzung des Kranken in eine fremde, ihm gleichgültige und darum reizlose, ruhige Umgebung, in der man ihm Verständniss ohne Neugier, Wohlwollen ohne Aufdringlichkeit entgegenbringt, ist daher das erste Erforderniss für die Besserung seines Zustandes.

Auch im weiteren Verlaufe ist ein entscheidender Einfluss der psychischen Behandlung auf den Verlauf der Krankheit meist nicht erkennbar. Dennoch steht es fest, dass freundlicher, verständiger Zuspruch das Herz des Aengstlichen und Niedergeschlagenen erleichtern, geduldiges gleichmässiges Entgegenkommen den Gereizten und Erregten beruhigen kann, wenn auch immer nur vorübergehend, ohne Nachhaltigkeit. Vielleicht sind aber diese fortgesetzten Bemühungen nach Ausgleichung der psychischen Schwankungen doch bis zu einem gewissen Grade geeignet, den natürlichen Heilungsvorgang zu unterstützen. Wir dürfen das wenigstens schliessen aus der Erfahrung, dass verkehrte psychische Behandlung, wie sie bisweilen durch Angehörige, schlechtes Personal oder andere Kranke geübt wird, ohne jeden Zweifel die Krankheitszustände nachhaltig verschlimmern kann.

Erst mit dem Beginne einer deutlichen Beruhigung des Kranken erfährt die Aufgabe der psychischen Behandlung eine gewisse Aenderung. So lange die Aufmerksamkeit desselben zwangsweise durch die Störung selbst in Anspruch genommen wird und nur für

krankhafte Gefühle und Vorstellungen im Bewusstsein Raum gegeben ist, pflegt er für die Vorgänge der Aussenwelt meist wenig Sinn zu haben. Trotzdem er, der früher vielleicht keine Stunde müssig sein konnte, nun Wochen und Monate lang die Hände in den Schoss legt, oder sich in zwecklosem Bewegungsdrange erschöpft, empfindet er doch keine Langeweile, da ihm mit der Fähigkeit auch der Antrieb zu nützlicher Thätigkeit verloren gegangen ist. Jeder Versuch, ihn in diesem Zustande wieder den gesunden Vorstellungen und Bestrebungen zugänglich zu machen, bleibt in der Regel ergebnisslos und kann sogar durch die Erregung, in die er den Kranken versetzt, geradezu schädlich wirken. Allmählich indessen tauchen auch die früheren, gesunden Gefühle und Ideenkreise wieder hervor, und es gilt daher, ihnen das Interesse des Kranken mehr und mehr zuzuwenden. Ganz die gleichen Aufgaben erwachsen der psychischen Behandlung schon von vorn herein bei den chronisch sich entwickelnden Geistesstörungen. Allerdings ist es auch hier häufig nöthig, die Kranken erst ein wenig zur Ruhe kommen zu lassen, da nicht selten allerlei Kämpfe und Beunruhigungen der Entdeckung der Psychose voraufgegangen sind, aber doch wird es hier immer in erster Linie darauf ankommen, die Gedanken des Kranken aus ihren abnormen Bahnen abzulenken und sie für eine gesunde Thätigkeit wiederzugewinnen. Je nach der Persönlichkeit des Kranken gestalten sich dabei die Hülfsmittel 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 abzuziehen 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. dgl. in mannigfachster Abwechselung, dienen in gleicher Weise der Erfüllung des Behandlungszweckes. Damit können sich weiterhin Zerstreuungen, Besuche, Spaziergänge, kleine Festlichkeiten in vortheilhafter Weise verbinden.

Weit weniger Erfolg kann man sich von dem Versuche versprechen, durch directe psychische Einwirkung das Zurücktreten der krankhaften Störungen zu beschleunigen und die gesunden Vorgänge zu unterstützen. Durch logische Ueberredungskünste wird man dabei 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 Verweisung auf den Augenschein machtlos, da sie ja eben die Kritik anruft. Aus diesem Grunde beruhen denn auch die in der Jugend der Psychiatrie bei Hypochondern bisweilen vorgenommenen Scheinoperationen, um ihnen Thiere u. dergl. aus dem Leibe zu holen, durchaus auf einer naiven Verkennung des Wesens der Geistesstörung.

Allein es giebt immerhin Kranke, denen es ein Bedürfniss und eine Beruhigung ist, sich immer und immer wieder vom Arzte die pathologische Natur ihrer Vorstellungen 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 beruhigende Massregeln den Aufgeregten die Selbstbeherrschung zu erleichtern. Geduld, liebevolles Eingehen auf die einzelne Persönlichkeit, Nachgiebigkeit ohne Schwäche auf der einen, gleichmässige Festigkeit ohne Starrheit auf der anderen Seite geben hier die leitenden Gesichtspunkte für die ärztliche Thätigkeit ab.

Ein überaus verführerischer Ausblick schien sich in neuester Zeit der psychischen Therapie des Irreseins durch die staunenerregenden Thatsachen der suggestiven Beeinflussung in der Hypnose*) eröffnen zu wollen. Wenn es auf dem angedeuteten Wege gelingt, über die Wahrnehmungen, die Gedanken, den Willen eines Menschen nicht nur für den Augenblick, sondern auch für längere Zeit und sogar ohne sein Wissen eine fast unumschränkte Herrschaft zu erlangen, so muss ein solches Verfahren gerade für den

*) Bernheim, Die Suggestion und ihre Heilwirkung, deutsch von Freud. 1888; Hückel, Die Rolle der Suggestion bei gewissen Erscheinungen der Hysterie und des Hypnotismus. 1888; Wetterstrand, Der Hypnotismus und seine Anwendung in der praktischen Medicin. 1891.

psychischen Arzt, dem die Beseitigung krankhafter Erscheinungen auf allen jenen Gebieten anheimfällt, von kaum hoch genug zu schätzendem Werthe sein. Leider hat die praktische Erfahrung diese Erwartung bisher nur in geringem Masse gerechtfertigt. So leicht es gewöhnlich gelingt, psychisch gesunde Menschen dem Einflusse der Hypnose zu unterwerfen und sie dabei von allem möglichem Schmerz und Unbehagen zu befreien, so wenig zugänglich erweisen sich zumeist Geisteskranke gegen jenes Heilmittel. Die Macht der Suggestion ist hier, wahrscheinlich wegen der häufigen Aufmerksamkeitsstörungen und lebhaften Autosuggestionen, offenbar eine weit geringere, als unter normalen Verhältnissen. Aus diesem Grunde fällt es nicht nur im Allgemeinen schwerer, Geisteskranke zu hypnotisiren, sondern der Einfluss des Arztes wird auch fast niemals ein so wirksamer und namentlich nachhaltiger. So ist es z. B. nicht möglich, in der Hypnose etwa fixirte Wahnideen auszureden, die wir ja gewissermassen als dauernde Autosuggestionen auffassen können. Dagegen scheinen Sinnestäuschungen, Appetit- und Schlafstörungen immerhin der hypnotischen Therapie bis zu einem gewissen Grade zugänglich zu sein. Ebenso lassen sich beim Alkoholismus und in der Morphiumabstinenz so manche Beschwerden überraschend leicht beseitigen; ausserdem jedoch wird in dem Kampfe gegen die eingewurzelte Neigung durch das Gebot des einschläfernden Arztes ein unsichtbarer, aber um so mächtigerer Bundesgenosse gewonnen.

Am nächsten liegt es natürlich, die Suggestion bei jenen Formen des Irreseins in Anwendung zu bringen, bei welchen erfahrungsgemäss psychische Wirkungen ohnedies eine herrschende Rolle im Krankheitsbilde spielen, bei den hysterischen und neurasthenischen Psychosen. Ohne Zweifel ist es hier möglich, unter Umständen auf diese Weise überraschende Erfolge zu erzielen, wie schon die Paradefälle der „Heilmagnetiseure“ lehren; im Ganzen aber scheinen doch vorzugsweise diejenigen Formen jener Neurosen Vortheil von der hypnotischen Behandlung zu ziehen, bei denen die eigentlich psychopathischen Erscheinungen gegenüber den nervösen Beschwerden im Hintergrunde stehen. Zudem sind gerade hier hindernde Autosuggestionen sehr häufig, und es besteht immerhin die Gefahr der Entwickelung autohypnotischer Zustände, wenn dieselbe auch durch grosses Geschick des Arztes und geeignete Handhabung der Methode

meiner Ueberzeugung nach völlig vermieden werden kann. Der Anwendung der Suggestion in der Behandlung der conträren Sexualempfindung werden wir späterhin noch zu gedenken haben.

Wenn nach diesen Erwägungen der Wirkungsbereich der Suggestionstherapie bei Geisteskranken heute auch ein weit beschränkterer genannt werden muss, als zunächst erwartet werden konnte, so liegt in dem bisher Erreichten doch die dringende Mahnung für den Irrenarzt, sich mit der Anwendung dieses Heilverfahrens auf das Eingehendste vertraut zu machen, sei es auch nur, um nicht durch unsachgemässes Vorgehen Schaden anzurichten. Die zweckmässigste und anscheinend ungefährlichste der bisher bekannten Methoden des Hypnotismus ist ohne Zweifel diejenige der Verbalsuggestion, wie sie von Bernheim und seinen Schülern geübt wird. Von einer eingehenderen Beschreibung derselben muss hier einstweilen unter Hinweis auf die angeführten Werke abgesehen werden, nicht nur, weil der Gegenstand selbst noch zu neu und unfertig ist, sondern namentlich deswegen, weil das ganze Verfahren nicht unbedeutende Anforderungen an die persönliche Gewandtheit und Geistesgegenwart des Arztes stellt und deshalb im Einzelnen nur durch die Anschauung erlernt werden kann.

D. Behandlung einzelner Symptome.

Ein Rückblick auf die ganze Reihe der therapeutischen Hülfsmittel 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, örtliche oder allgemeine Krankheiten, Vergiftungen, 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 derselben häufig eine ganz ausserordentliche praktische Bedeutung zukommt.

Zunächst haben wir dabei der psychischen Erregung zu gedenken, deren nachdrückliche Behandlung namentlich dann nothwendig wird, wenn der Affect eine Erschöpfung des Kranken herbeizuführen droht. Vor Allem wird man hier versuchen, die dauernde Bettruhe unter fortgesetzter Ueberwachung durchzuführen, vielleicht unter Beihülfe verlängerter lauer Bäder mit oder ohne Eisbeutel auf dem Kopfe, hydropathischer Einwickelungen oder auch medicamentöser Mittel. Handelt es sich um Angstzustände, so passt vor Allem das Opium und Morphium, besonders wo Paraesthesien, Neuralgien und dergl. bestehen. Bromkalium eignet sich mehr für „nervöse“ Reizbarkeit und Schlaflosigkeit (namentlich bei Neurasthenie und leichten Melancholien). Bei sehr heruntergekommenen Personen sieht man womöglich von einer Arzneiverordnung überhaupt ab; höchstens greift man zum Urethan oder noch besser zum Alkohol. Ist die Erregung hauptsächlich die Folge von äusseren psychischen Einwirkungen, 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, ja unter Umständen mit einem scherzhaften Worte, der Gewährung einer kleinen Vergünstigung über drohende Ausbrüche 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. Versagen alle anderen Mittel und muss dennoch durchaus Ruhe erzielt werden, so kann man zu einem der früher besprochenen Schlafmittel, zum Hyoscin oder Duboisin seine Zuflucht nehmen.

Für die Behandlung der Schlaflosigkeit wird man regelmässig zunächst mit einfach diätetischen Massregeln auszukommen suchen. Bei chronischen Erkrankungen und kräftiger Constitution ist ausgiebige körperliche Bewegung im Freien (Holz- und Gartenarbeit), Gymnastik, Massage am Platze, während bei frischen und leicht erregbaren Kranken stärkere körperliche Anstrengungen nicht selten gerade ungünstig auf den Schlaf wirken. Hier wird man verlängerte laue Bäder mit gleichzeitiger Abkühlung des Kopfes, feuchte Einpackungen, Galvanisation des Kopfes, in geeigneten Fällen vielleicht hypnotische Beeinflussung ins Feld führen können. Mitunter ist auch schon durch Einführung einer Nachmittagsruhe, Sorge

für leicht verdauliches, frühzeitiges Abendessen, Vermeidung des Lesens am Abend, Beseitigung von Thee und Kaffee, abendliche Darmentleerung, rechtzeitiges Schlafengehen, ausgiebiges Lüften des Schlafzimmers und dergl. viel zu erreichen. Muss man zu Arzneien greifen, so versuche man zuerst den Alkohol, dann die Bromsalze in mittleren Dosen; nur im Nothfalle soll zu den Schlafmitteln, resp. bei grosser Angst oder lebhaften Schmerzen zu den Narkoticis übergegangen werden, da es, besonders in chronischen Zuständen, oft recht schwierig ist, die längere Zeit mit solchen Mitteln behandelten Kranken wieder an den natürlichen Schlaf zu gewöhnen.

Sehr sorgfältige therapeutische Beachtung erheischt die Neigung zum Selbstmorde, 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 Anstaltspersonales stellen. Die Gelegenheiten, welche dem bisweilen mit voller Berechnung handelnden Kranken zur Ausführung seines selbstmörderischen Planes dienen können, sind so überaus zahlreich und mannigfaltig, dass nur eine gereifte und mit allen Möglichkeiten 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 verzweifelten 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 Bruch der Halswirbelsäule in Folge eines mächtigen Stosses mit dem Kopfe gegen die Wand in Gegenwart des Pflegepersonales erlebt. Glücklicherweise sind derartige Vorkommnisse nicht häufig, ja es scheint, dass durch die Anstalt 90% der sonst wahrscheinlichen Selbstmorde, und sogar noch mehr, verhütet werden, aber es ist wünschenswerth, sich der Unglücksfälle 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 widerstandsfähige Ausführung aller beweglichen und unbeweglichen Gegenstände, welche dem Kranken zugänglich sind. Die Technik hat in dieser Richtung viele zweckmässige Einrichtungen

geschaffen (Fensterscheiben aus ganz dickem Glase, feststehende, unzerstörbare Möbel, Geschirre aus Leder, Hartgummi, Pappe u. dgl.), die hier nicht einzeln besprochen werden können. Freilich lehrt die Erfahrung, dass es bei alten Anstaltsbewohnern einen einigermassen zureichenden Schutz gegen das Zerstören nicht giebt; jeder abgebrochene Löffelstiel, jedes aufgelesene Drahtstückchen, ja jeder im Munde oder in anderen Verstecken aus dem Garten eingeschleppte Kieselstein wird in ihren Händen zum vielseitigen Werkzeuge, mit Hülfe dessen binnen unglaublich kurzer Zeit Löcher in die cementirten Wände gegraben, die festesten Schrauben gelockert, dicke Scheiben zersplittert und tiefe Rinnen in die Balken des Fussbodens gemeisselt werden. Hier hilft nur die Vorbeugung, welche durch rechtzeitige, dauernde Ueberwachung und Bettruhe jede längere Isolirung vermeidet und die Ausbildung derartiger Zerstörungskünstler nach Möglichkeit verhindert. Gegen das Zerreissen schützt einigermassen, aber nicht vollständig, die Anwendung von Anzügen, Decken und Matratzen aus starkem Segeltuch; die Entkleidung wird durch schrauben- oder schlossartige Verschlüsse der Kleidungsstücke und Schuhe verhindert, welche nur mit besonderen Schlüsseln geöffnet werden können. Bei sehr starker Zerstörungssucht und grosser Körperkraft giebt es in vereinzelten Fällen vorübergehend 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 Ausleerungen, weil daraus grosse hygienische Missstände hervorgehen. Wo es irgend angeht, wird man natürlich auch hier die dauernde Ueberwachung durchzuführen suchen, welche es ermöglicht, den Kranken recht häufig zur Befriedigung seiner Bedürfnisse anzuhalten, andererseits aber sofort einzugreifen, sobald trotzdem eine Verunreinigung geschehen ist. Weiterhin sind reichliches Baden und sorgfältigste Reinigung der Zimmer mit desinficirenden Mitteln die hauptsächlich zu erfüllenden Aufgaben. Ein aufmerksames Wartpersonal 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 anderen 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 Darmentleerung, ausgiebige Bewegung im Freien bis zur Ermüdung, ferner kalte Waschungen, besonders Sitzbäder, nach Umständen Galvanisation des Rückenmarks und endlich eine aufmerksame, geduldige Pädagogik.

Zum Schlusse haben wir noch eines praktisch äusserst wichtigen Symptomes zu gedenken, dessen Behandlung nicht selten recht grosse Schwierigkeiten verursacht, der Nahrungsverweigerung (Sitophobie). In erster Linie wird man hier nach körperlichen Ursachen zu suchen haben, namentlich Magen- oder Mundkatarrhen oder Darmträgheit, die man durch geeignete Massregeln, Auswahl der Speisen, Ausspülen des Magens, Mundes oder Darmes, unter Umständen auch durch Arzneimittel zu bekämpfen hat. Nicht viel Erfolg habe ich von dem anscheinend auch nicht ganz ungefährlichen Orexin gesehen, welches zur Anregung des Appetites empfohlen worden ist.

Am häufigsten hat die Nahrungsverweigerung ihren Grund in mannigfachen Wahnideen, 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 Nahrungsverweigerung 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 bisweilen den passiven Widerstand rasch sehr erheblich zu verstärken. In anderen 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 Abwechselung 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 grimmige Hunger, der allerdings bei längerem Fasten schliesslich ausbleibt, derselben ohnedies ein Ende macht. Ist die Nahrungsverweigerung keine vollständige, 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, nährende Flüssigkeiten in denselben befördert werden. Die Einführung geschieht durch den Mund oder durch die Nase. Das erstere Verfahren zwingt bei starkem Widerstande des Kranken zu gewaltsamer

Eröffnung und Offenhaltung der Zahnreihe durch keilartige Instrumente (Heister'sche Mundsperre), die sogar zu Verletzungen führen kann; letzteres Vorgehen macht den Arzt vom Widerstande des Kranken wesentlich unabhängig, misslingt aber leichter. Bei jeder Fütterung muss der Kranke durch sichere Hände zuverlässig festgehalten werden, um unvermuthete störende Bewegungen zu verhindern; die Einführung der aus weichem, biegsamem Stoffe bestehenden Sonde (Jacques Patent oder dickwandiger Gummischlauch) geschieht langsam und ohne die mindeste Gewalt. In der Regel gleitet dieselbe dabei mit Hülfe einer reflectorisch ausgelösten Schluckbewegung glatt in die Speiseröhre hinein; bei sehr widerstrebenden Kranken kann es indessen vorkommen, dass sie von ihrer Bahn nach vorn zu abgelenkt wird und sich im Munde zusammenknäuelt. Hier muss man geduldig wiederholt von Neuem versuchen, zum Ziele zu kommen; im Nothfalle bleibt dann immer noch der Weg durch den Mund unter der sicheren Führung des Fingers.

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 unempfindlichen Kranken können nämlich die sonst das Eindringen eines Fremdkörpers in die Luftwege begleitenden Erscheinungen der höchsten Athemnoth und der stürmischen Reflexbewegungen gänzlich fehlen; die Sonde gleitet ohne Störung bis an die Gabelung 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 unfehlbare 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 gequirlten rohen Eiern, Zucker und Butter, nach Umständen Zusätze von Wein, Cacao, Fleischpepton, Fleischsaft und dergl.; auch Arzneien können natürlich auf diese Weise mit eingeführt 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 anfänglich vielleicht etwas weniger, später aber ungefähr einen Liter Flüssigkeit ein, der man einen möglichst hohen Nährwerth zu geben bemüht sein muss. Es gelingt auf diese Weise, nahrungverweigernde 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 Begleiterscheinung 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 des Verfahrens, im Nothfalle durch Abstumpfung der Rachenempfindlichkeit mit Hülfe von Narkoticis (Bromkalium, Bepinseln mit Cocain- oder Morphiumlösung), Voranschicken von Eiswasser und Cognac, kann man diese Schwierigkeit meist überwinden. Man begegnet indessen, allerdings glücklicherweise selten, sitophobischen Kranken, die willkürlich erbrechen können und so jede Fütterung unmöglich machen. Da bei ihnen begreiflicher Weise auch die Ernährung durch Klystiere, an die man etwa denken könnte, trotz aller Schutzmittel (hohes Einführen der Sonde, Wattetampons) ungenügend bleibt, so wird die Behandlung solchen Kranken gegenüber bisher thatsächlich machtlos: sie verhungern.

In neuester Zeit ist die Reihe unserer Kampfmittel gegen die Nahrungsverweigerung noch durch die Einführung der subcutanen Kochsalzinfusion bereichert worden.*) Zunächst ist natürlich dieses aus der chirurgischen Klinik herübergenommene Verfahren geeignet, bei erschöpften Kranken den drohenden Kräfteverfall aufzuhalten. Es erscheint darum überall dort angebracht, wo die Zufuhr anregender Nahrungs- und Arzneimittel aus körperlichen Gründen (schwere Mund- oder Magenleiden) unmöglich ist oder eine sehr rasche und ergiebige Füllung des Gefässsystems nothwendig erscheint. Weiterhin aber hat sich herausgestellt, dass im Gefolge der Kochsalzinfusion mit der regelmässigen Besserung des

*) Ilberg, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie XLVIII, p. 620.

Allgemeinbefindens ein erhöhtes Hunger- und Durstgefühl aufzutreten pflegt, welches die Kranken zu freiwilliger Nahrungsaufnahme veranlasst, namentlich dann, wenn die Verweigerung nicht durch klar verarbeitete Wahnideen, sondern nur durch Verwirrtheit und Unruhe bedingt war. Die Methode ist die gewöhnliche; 5—700 gr 0,75%iger, auf 37—39° C. erwärmter, sterilisirter Kochsalzlösung lässt man unter geringem Druck mittels Hohlnadel oder Troikart in die subcutanen Lymphräume einfliessen. Meist sind zwei Einstiche (Brust, Rücken, Oberschenkel) erforderlich; die Geschwulst wird durch vorsichtiges Massiren vertheilt. Das Verfahren kann mehrfach wiederholt werden.

E. Die Irrenanstalt.

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 unseres Zeitalters.*) In früheren Jahrhunderten liess man harmlose Kranke einfach herumlaufen und begnügte sich damit, nur die gefährlichen Irren in Gewahrsam zu nehmen; sie wurden dann in Klöstern, häufiger in Gefängnissen und Zuchthäusern, zusammen mit allem möglichen Gesindel untergebracht, oder aber auch in eigenen, menagerieartigen „Narrenthürmen“ eingesperrt, welche meist in der Stadtmauer lagen und an gewissen Tagen vom Publicum zur Belustigung besucht wurden. So mancher Kranker endlich fiel wol auch den Hexenprocessen zum Opfer und wurde auf die grausamste Weise zu Tode gemartert oder verbrannt.**)

Leider besserte die Ueberwindung dieses finsteren Aberglaubens mehr als ein Jahrhundert lang in dem Loose der unglücklichen Geisteskranken nur wenig. Da man die psychischen Störungen im Allgemeinen für unheilbar hielt, so waren die Irren nichts, als eine Last, deren man sich auf möglichst einfache Weise zu entledigen suchte. So wurden sie denn in schmutzigen, licht- und luftlosen Verliessen zusammengepfercht, an Ketten geschlossen, hungernd und ohne

*) Kirchhoff, Grundriss einer Geschichte der deutschen Irrenpflege. 1890.
**) Snell, Hexenprocesse und Geistesstörung. 1891.

Kleidung der Willkür und der Peitsche roher Wärter (vielfach entlassene Verbrecher!) schutzlos preisgegeben, bis der Tod, barmherziger als die Mitwelt, sie von ihren Leiden erlöste. Selbst nachdem gegen die Mitte des vorigen Jahrhunderts in England die erste eigentliche Irrenanstalt zur Behandlung von Geisteskranken eingerichtet worden war, fand dieses Beispiel nur langsame Nachahmung. Noch um die Wende des Jahrhunderts, als Pinel in Paris das Schicksal der verwahrlosten Geisteskranken zu lindern bemüht war, herrschten fast überall, auf dem Continent wie in England, in den Narrenhäusern die entsetzlichsten Zustände. Ja, noch 1817 sah sich Hayner, der ehrwürdige Vorkämpfer für die humane Behandlung der Irren in Deutschland, veranlasst, auf das Feierlichste gegen die Ketten, die Zwangsstühle, die körperlichen Züchtigungen öffentlich zu protestiren.*)

Nach und nach jedoch kam die Erkenntniss von der Nothwendigkeit einer völligen Neugestaltung der Irrenfürsorge auf ärztlicher Grundlage mit immer wachsender Gewalt zum Durchbruch, und es trat daher in den ersten Decennien dieses Jahrhunderts in den meisten civilisirten Ländern an Stelle der einfachen Aufbewahrung die Errichtung wirklicher Heilanstalten, welche endlich auch den unglücklichen Irren die Wohlthaten einer ärztlichen, auf die Beseitigung ihres Leidens gerichteten Behandlung zu vermitteln bestimmt waren.

Auch jetzt aber noch krankte die praktische Irrenfürsorge an der Unvollkommenheit der wissenschaftlichen Erkenntniss von dem Wesen der Geistesstörungen. Hauptsächlich der Einfluss gewisser speculativ-psychologischer Auffassungen des Irreseins führte zur Ausbildung eines Behandlungssystems, in welchem eine Reihe ausgesuchter Marterwerkzeuge, der Sack, die Drehschaukel, das Tretrad, die Douchen u. s. w. die Hauptrolle spielten. Die Kranken wurden in der verschiedensten Weise gemisshandelt und gequält, aber nicht mehr aus Rohheit, sondern in der wohlgemeintesten Absicht ärztlicher Beeinflussung.

Glücklicherweise ist diese Verirrung verhältnissmässig rasch überwunden worden, und die Behandlungswerkzeuge wanderten

---

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

bald in die Rumpelkammern; dagegen erschien die Anwendung einfacher mechanischer Beschränkung zum Schutze gegen erregte Kranke oder auch zu ihrer psychischen Beeinflussung noch Jahrzehnte hindurch als selbstverständliche Massregel. Lange und schwere Kämpfe hat es gekostet, bis allmählich Conolly's kühne Neuerung mit ihren weitreichenden Folgen für die gesammte Gestaltung der Irrenanstalten überall als selbstverständliche Forderung betrachtet wurde.

Wir dürfen es aber mit Stolz aussprechen, dass die Widerstände gegen den Fortschritt weit weniger bei den Irrenärzten gelegen haben, als in den äusseren Verhältnissen, in der Verständnisslosigkeit und Gleichgültigkeit der Massen, in dem Mangel an verfügbaren Hülfsmitteln. Jahrhunderte lang haben Regierungen und Volk dem Elende der Geisteskranken theilnahmlos zugesehen, und erst, seitdem es Irrenärzte giebt, ist endlich die Bewegung in Fluss gekommen, welche uns auf die heutige Höhe geführt hat. Dieselben Irrenärzte, die man jetzt in merkwürdig anachronistischer Anwandlung gewissermassen als die geborenen Feinde der Kranken und Gesunden zu brandmarken beliebt, sind es gewesen, welche in mühseliger, aufopferungsreicher Berufsarbeit ihren Pflegebefohlenen die Ketten gelöst haben, in welche sie Rohheit und Unkenntniss so lange geschmiedet hatte.

Die heutige Irrenanstalt ist ein Krankenhaus, wie jedes andere, mit dem einzigen, durch den Zustand ihrer Bewohner geforderten Unterschiede, dass Eintritt, Behandlungsart und Austritt nicht vom Belieben des Kranken, sondern unter gewissen Einschränkungen vom Urtheile des sachverständigen Arztes abhängen. Jede Einrichtung der Anstalt dient daher in erster Linie dem Heilzwecke, dessen Erreichung mit allen durch Wissenschaft und Erfahrung gelieferten Hülfsmitteln erstrebt wird. Diese Aufgabe sucht die Anstalt zu lösen, indem sie zunächst den Kranken mit einem Schlage der Einwirkung jener täglichen Reize entzieht, wie sie nur allzu oft 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 Menschenliebe und des Wohlwollens durchdrungenen Hauswesen, 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 seiner Versetzung in die Anstalt.

Leider verhindern auch heute die immer noch im Publicum und selbst bei Aerzten bestehenden Vorurtheile gegen die Anstalt vielfach die rechtzeitige Durchführung dieser segensreichen Massregel. Es erscheint kaum glaublich, wenn trotz der jetzigen Entwickelung unseres Irrenwesens in weiten Kreisen die ebenso unsinnige wie verhängnissvolle Vorstellung fortlebt, dass ein Kranker erst „reif“ für die Irrenanstalt werden müsse, dass sein Zustand sich bei vorzeitiger Aufnahme verschlechtern, dass ihn die Erkenntniss in der Anstalt zu sein, das Zusammensein mit anderen Kranken rasend machen werde. Damit verbindet sich dann weiter die aller Erfahrung Hohn sprechende Meinung, dass ein Gesunder, der etwa versehentlich in eine Anstalt eingesperrt werde, nun in Folge der schrecklichen Eindrücke sehr bald in Geisteskrankheit verfallen müsse u. s. f. Von Paranoikern ohne Krankheitseinsicht hören wir diese Ueberlegungen alle Tage vorbringen; sie sind nur der Widerhall jener verderblichen Bestrebungen, welche das glücklicherweise schwindende Misstrauen gegen die Irrenanstalten durch kritiklose Schauergeschichten von Neuem aufzuregen suchen. Indem sie dahin drängen, die Aufnahme in die Anstalten durch weitläufige Förmlichkeiten, ja durch Anstrengung eines eigenen „Irrenprocesses“ mit Instanzenzug nach Möglichkeit zu erschweren, betrügen sie Tausende hülfsbedürftiger Kranker um die Wohlthat rechtzeitiger Behandlung, ja um die Möglichkeit der Genesung. Denn das hat die Erfahrung auf das Unzweifelhafteste erwiesen, dass die Prognose der Geistesstörungen sich um so günstiger gestaltet, je früher die Verbringung in eine geeignete Anstalt stattfindet.

Nur bei ganz leichten Formen psychischer Verstimmung, bei harmlosen Verrückten, chronischen Schwächezuständen und dergl., und wenn die häuslichen Verhältnisse eine sehr gute Ueberwachung und Pflege gestatten, ist es gerathen, von der Anstaltsbehandlung abzusehen. In allen schwereren, namentlich acuten Erkrankungen jedoch, und ganz unbedingt dann, wenn in der Umgebung des Kranken selbst Schädlichkeiten gelegen sind, oder wenn sich Selbstmordideen, Nahrungsverweigerung, stärkere Aufregung, Unreinlichkeit, Neigung zu Gewaltthätigkeiten

einstellen, ist die schleunigste 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 verworfenen Schritte der Verbringung in das Asyl entschliesst. Die beste Zeit zum erfolgreichen ärztlichen Handeln ist dadurch verloren gegangen, die krankhafte Reizbarkeit zu immer grösserer Höhe und vielleicht zur völligen, unheilbaren Erschöpfung gesteigert worden, sodass 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 Entwickelung der Störung zu erkennen und ohne viel Zeitverlust mit nutzlosem und häufig schädlichem Herumprobiren 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 Anstaltsarzte 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.

Ueber die Förmlichkeiten, unter denen die Verbringung des Kranken in die Anstalt zu geschehen hat, bestehen in den einzelnen Ländern verschiedenartige Bestimmungen. Regelmässig wird dabei die Einwilligung der nächsten Angehörigen oder die Einweisung durch eine Behörde verlangt, ausserdem ein oder mehrere ärztliche oder amtsärztliche Zeugnisse über das Vorhandensein einer Geistesstörung und die Nothwendigkeit der Anstaltsbehandlung. Vielfach besteht dabei der Grundsatz, dass in Nothfällen die Aufnahme des Kranken durch das Fehlen eines oder des anderen schriftlichen Nachweises nicht verzögert werden soll, sondern der Anstaltsarzt nach Befinden das Recht hat, den Kranken provisorisch, gegen Nachlieferung der Papiere, aufzunehmen. Im Grossen und Ganzen geht das Bestreben aller Einsichtigen dahin, die Aufnahmeförmlichkeiten in allen unzweifelhaften Fällen geistiger Störung nach Möglichkeit zu erleichtern. Ich habe sogar Gelegenheit gehabt, 6 Jahre hindurch alle meine Kranken ohne irgendwelche Papiere aufzu-

nehmen, und ich habe keine nennenswerthen Unzuträglichkeiten daraus erwachsen sehen. Freilich ist die Verantwortlichkeit für den Irrenarzt selbst unter diesen Umständen eine viel grössere, als wenn er sich überall auf gesetzliche Vorschriften berufen kann, aber er ist als Sachverständigster auch am meisten dazu befähigt, sie zu tragen, und die Kranken befinden sich dabei ohne Zweifel am wohlsten. Trotzdem ist natürlich in allen schwierigeren Fällen die vorherige Erledigung aller Förmlichkeiten gerade dem Anstaltsarzte dringend erwünscht, damit wenigstens ein Theil der Last auf fremden Schultern ruht, die ihm aus dem unerquicklichen und undankbaren Festhalten widerstrebender, besonnener Kranker in der Anstalt regelmässig zu erwachsen pflegt.

Für die Behandlung des weiteren Verlaufes der psychischen Störung besitzt die Anstalt alle Hülfsmittel, welche irgendwie auf eine günstige Entwicklung desselben hinzuwirken im Stande sind. Dahin gehört ausser den in ihrem Fache besonders ausgebildeten Aerzten ein wohlgeschultes, auf den Umgang mit Geisteskranken eingeübtes, gut disciplinirtes Pflegepersonal, eine grössere Zahl verschieden ausgestatteter Abtheilungen für die einzelnen Gruppen der Kranken (Unruhige, Halbruhige, Ruhige, Gebrechliche, Ueberwachungsbedürftige u. s. f.), sowie die allgemeinen Einrichtungen sonstiger Krankenhäuser.

Im Uebrigen drängt die Verschiedenartigkeit der Aufgaben, welche die Irrenanstalt je nach der Eigenart ihrer Bewohner zu erfüllen hat, mit Nothwendigkeit auf eine Arbeitstheilung hin, auf eine verschiedene Gestaltung der Anstalten nach ihren besonderen Zwecken. Freilich ist die früher meist aufrecht erhaltene Trennung derselben in Heil- uud Pflegeanstalten als unzweckmässig und undurchführbar fast überall verlassen worden. Anstatt dessen beginnt sich immer mehr die Scheidung zwischen kleineren, leicht erreichbaren, für acute Fälle, vorläufige 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 Krankenmateriale die für die Anstalten passenden Fälle auszuwählen und sie denselben zu überweisen.

Den wichtigsten Theil jedes Stadtasyls bildet die Wachab-

theilung, in welcher alle Kranken untergebracht werden, die aus irgend einem Grunde (Selbstmordneigung, Nahrungsverweigerung, Unreinlichkeit, körperliche Erkrankung) Tag und Nacht der unausgesetzten Beobachtung bedürfen. Hierher werden auch die frisch eintretenden, sowie jene unruhigen Kranken versetzt, bei denen die Bettbehandlung durchführbar ist. Bei der Verschiedenartigkeit dieser Elemente besteht die Wachabtheilung am zweckmässigsten aus einer Reihe grösserer und kleinerer, in freier Verbindung stehender und leicht übersehbarer Säle. Dazu gehören weiter noch 1 oder 2 von der Abtheilung aus überblickbare Isolirzimmer für besonders schwierige Kranke. Die Wachabtheilung hat in einem Stadtasyle nach meiner Erfahrung etwa ein Drittel bis die Hälfte aller Kranken aufzunehmen. Unter dieser Voraussetzung kann die Abtheilung für Unruhige sehr klein, die Zahl der Isolirzimmer recht gering sein, und die ganze Anstalt nähert sich dann in allen wesentlichen Zügen einem beliebigen anderen Krankenhause. Dem gegenüber tritt in den grossen Irrenanstalten die Sorge für die Beschäftigung und Unterhaltung der zumeist ruhigen und arbeitsfähigen Kranken in den Vordergrund. Freilich wird auch hier eine Wachabtheilung nothwendig, aber sie kann verhältnissmässig viel kleiner sein. Dafür nehmen die Abtheilungen den Charakter grosser gemeinschaftlicher Wohnhäuser an; wir finden Spiel- und Gesellschaftsräume, Bibliothek, Werkstätten aller Art, grosse Gärten, Viehwirthschaft, Ländereien.

Einen überaus bedeutsamen Fortschritt hat die Ausbildung der grossen Anstalten in der neueren Zeit erfahren durch die Entwickelung der sog. Colonien, in welchen man, soweit wie irgend möglich, die Kranken zu einer freien Beschäftigung mit ländlichen Arbeiten heranzuziehen sucht. In diesem besten und verhältnissmässig billigsten Verpflegungssysteme dürfte die ganze Frage der Irrenfürsorge auf lange Zeit hinaus ihre endgültige Lösung gefunden haben. Den ersten von Köppe 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. Ich selbst habe Gelegenheit gehabt, Kranke, welche Jahre lang in einer grossen geschlossenen Anstalt gelebt hatten, unter dem Einflusse der relativen Freiheit und selbständigeren Beschäftigung in der Colonie auf geradezu überraschende Weise geistig aufleben zu sehen.

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 beschäftigen, hat man auch in Deutschland (Ilten bei Hannover) den glücklichen Versuch gemacht, eine familiare Verpflegung von Irren unter ärztlicher Aufsicht in ausgedehnterem Masse einzurichten. 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 familiare Verpflegung als ein werthvolles und in vieler Beziehung unersetzliches Glied in der ganzen Kette von Einrichtungen anzusehen, welche das schwere Schicksal unserer Kranken zu erleichtern berufen sind.

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 auf sich nehmen 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 Genesenden zu Hause wieder Noth und Sorge, lieblose, rohe Be-

handlung oder die Gelegenheit zu Ausschweifungen wartet. Gerade für ihn ist aber Schonung, Vermeidung jeder Ueberanstrengung und eine nur ganz allmähliche Einführung in die alltägliche Berufslast dringendnothwendig. 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 endgültige, um die Rückversetzung im Falle einer Verschlimmerung zu erleichtern. Auch ungeheilte und sogar unheilbare Kranke werden aus der Anstaltsbehandlung entlassen, wenn sie keine Angriffspunkte für die Behandlung 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. Es giebt sogar gewisse Gruppen von Kranken, denen an sich der Anstaltsaufenthalt geradezu schadet, wenn auch andererseits mit Rücksicht auf die Umgebung ihre Einschliessung unumgänglich erscheint. Namentlich in solchen Fällen wird jede Wendung zum Bessern, soweit das ohne Gefahr geschehen kann, dazu ausgenutzt werden, dem Kranken die Wohlthaten des Lebens in der Freiheit für längere oder kürzere Zeit wieder zugänglich zu machen.

Die specielle Pathologie und Therapie des Irreseins.

Die Eintheilung der Seelenstörungen.*)

Die nächste Aufgabe einer speciellen Pathologie der Geistesstörungen bildet die Begriffsbestimmung und Umgrenzung einzelner Krankheitsformen. Zur Lösung dieser Aufgabe müssten uns einerseits die Anomalien in dem Ablaufe der physiologischen Vorgänge unserer nervösen Centralorgane, andererseits die mit ihnen zusammenhängenden psychischen Functionsstörungen genau bekannt sein. Nur dann offenbar wären wir im Stande, aus den psychischen Symptomen auf die pathologischen körperlichen Grundlagen derselben, sowie weiterhin auf die Ursachen des ganzen Krankheitsprocesses zurückzuschliessen und umgekehrt. Leider sind wir von einer derartigen tieferen Einsicht in die Mechanik der Geisteskrankheiten heute nur allzuweit noch entfernt. Wir können uns aber auch nicht verhehlen, dass gerade die Annäherung an jenes uns zunächst vorschwebende Ziel uns höchst wahrscheinlich immer eindringlicher die Unmöglichkeit einer wirklich durchgreifenden Eintheilung der Seelenstörungen darthun wird.

Ueberall, wo wir den Versuch wagen, Lebensvorgänge ohne Rest und ohne Zwischenstufen in ein Schema einzuordnen, machen wir die Erfahrung, dass sich die anfangs scharf erscheinenden Grenzen bei genauerer Erkenntniss des Gegenstandes immer mehr verwischen, dass von jedem Beobachtungstypus zahllose, unmerklich variirende

*) Kahlbaum, Die Gruppirung der psychischen Krankheiten. 1863; Volkmanns klinische Vorträge, 126; Oebbecke, Vergleichende Uebersicht der Classificationen der Psychosen, Diss. 1886.

Mittelglieder zu den benachbarten Typen hinüberführen. Der Unmöglichkeit einer durchgreifenden Scheidung zwischen normalen und pathologischen Zuständen haben wir früher schon gedacht; ebenso werden wir mit Bestimmtheit erwarten müssen, zwischen den einzelnen schulmässigen „Krankheitsformen" alle möglichen Uebergänge im Leben anzutreffen. Sehen wir doch auch in der inneren Medicin selbst die bestcharakterisirten genera morbi, die acuten Infectionskrankheiten, sich durch die grossen Gruppen der „nicht ausgesprochenen", „abortiven" u. s. w. Fälle allmählich in anders benannte „Krankheitsspecies" hinein verlieren! Eine besonders grosse Ausdehnung wird das Gebiet der Zwischenformen bei den Geistesstörungen durch den Umstand gewinnen müssen, dass die einzelnen Theile des Gehirns nicht functionell gleichwerthig sind. Nicht nur die Art und Stärke der krankhaften Veränderungen, sondern auch ihr besonderer Sitz wird daher vermuthlich eine unübersehbare Folge feinerer Nüancen in der Gestaltung des psychischen Zustandes zu erzeugen im Stande sein.

Wenn wir somit von einer systematischen Eintheilung der Seelenstörungen, etwa im Sinne Linnés, für alle Zeiten, und von einer Aufstellung wissenschaftlich fest begründeter Typen für jetzt noch absehen müssen, so fordert doch das praktische Bedürfniss schon heute wenigstens eine ungefähre Gruppirung des empirisch gewonnenen Materiales, die um so bleibenderen Werth besitzen wird, je weniger sie sich durch verfrühte Speculationen in der nüchternen Verarbeitung der Thatsachen beeinflussen lässt.

Die sicherste Grundlage für eine derartige Eintheilung der Irreseinsformen scheint, namentlich im Hinblicke auf die Erfahrungen der inneren Medicin, zunächst die pathologische Anatomie zu versprechen. Leider indessen liegt die Aussicht auf die Feststellung verwerthbarer Leichenbefunde für die grosse Mehrzahl der Geistesstörungen wegen ihrer anscheinend „functionellen" Natur noch in weiter Ferne. Selbst dort aber, wo wir schon heute gröbere Veränderungen im Gehirne nachzuweisen vermögen, fehlt uns doch durchaus noch das genauere Verständniss für den Zusammenhang der anatomischen Thatsachen mit den klinischen Erscheinungen, so dass wir es höchstens in ganz extremen Fällen (Miss- oder Hemmungsbildungen, ausgedehnte Zerstörungen, hochgradige Atrophie) wagen dürften, am Sectionstische einigermassen zuversichtliche Vermuth-

ungen über den psychischen Zustand während des Lebens auszusprechen. An der Unzulänglichkeit des Beobachtungsmaterials, wie an der Schwierigkeit seiner functionellen Verwerthung sind daher auch die bisherigen Versuche einer pathologisch-anatomischen Eintheilung der Geistesstörungen sämmtlich gescheitert.

Kaum weniger schwerwiegende Einwände lassen sich gegen den Versuch einer ätiologischen Eintheilung der Psychosen vorbringen, die noch in neuester Zeit mit Nachdruck als die allein werthvolle hingestellt worden ist. Allerdings kennen wir schon heute einige Ursachen, deren Einfluss sich in gewissen charakteristischen klinischen Merkmalen geltend macht und somit umgekehrt aus diesen erschlossen werden kann. Dahin gehören namentlich die verschiedenen Formen von Vergiftung und einzelne körperliche Erkrankungen, ferner wahrscheinlich die Erschöpfung, vielleicht manche heftige Gemüthserschütterungen und endlich die schwereren Formen der erblichen Entartung, deren Wesen und Wirkungsweise unserem Verständnisse freilich noch sehr fern liegt. Dem gegenüber sind die Ursachen des Irreseins in der erdrückenden Mehrzahl der Fälle für uns vollständig dunkel, wie jede ehrliche Würdigung der täglichen Erfahrung ohne Weiteres wird eingestehen müssen. Das liegt nicht allein an äusseren Zufälligkeiten, an der Schwierigkeit, gute Anamnesen zu erhalten, sondern ist wol in der Natur der Geistesstörungen selbst begründet. Am häufigsten haben wir es hier mit constitutionellen Erkrankungen zu thun, deren wesentliche Ursachen in den wechselnden inneren Zuständen des Organismus gelegen sind, und auch sonst spielt die Eigenart des Einzelnen für die Gestaltung der Reaction auf äussere Schädlichkeiten in diesem Gebiete vielfach eine völlig entscheidende Rolle. Gerade die Erforschung und Zergliederung geistiger und körperlicher Individualitäten ist indessen leider bisher nicht über die allerersten Anfänge hinausgekommen. Endlich wird zu berücksichtigen sein, dass die Ursachen der Geistesstörungen selten einzeln, sondern meist in Verbindung mit einander wirken, so dass sich auch aus diesem Grunde der causale Zusammenhang der gegebenen Erscheinungen fast niemals mit jener Klarheit durchschauen lässt, wie etwa bei dem Verlaufe einer Infectionskrankheit.

Bei Weitem am häufigsten ist der Weg einer symptomatischen Eintheilung der Geistesstörungen eingeschlagen worden, weil die Erscheinungen des Irreseins dem Beobachter am unmittelbarsten

in die Augen fallen. Auch diese Methode stösst sehr bald auf Schwierigkeiten, sobald es gilt, das Wesentliche vom Zufälligen und Nebensächlichen zu unterscheiden. Sie führt mit einer gewissen Nothwendigkeit zur Ueberschätzung des einzelnen Symptoms, zu der Neigung, alle Krankheitsfälle zu einer Form zusammenzufassen, denen eine bestimmte auffallendere Störung gemeinsam ist. Die Geschichte der Psychiatrie bis auf die Gegenwart herab ist voll von derartigen Verirrungen. Heute freilich sollte allein das Beispiel der Dementia paralytica lehren, dass es pathognomonische Symptome auf dem Gebiete des Irreseins schlechterdings nicht giebt, sondern dass nur das Gesammtbild eines Krankheitsfalles in seiner Entwickelung von Anfang bis zum Ende die Berechtigung zur Vereinigung mit anderen gleichartigen Beobachtungen gewähren kann. Dieselben Einzelerscheinungen können sich, wie die Erfahrung zeigt, unter gewissen Umständen in sonst völlig auseinander gehenden Fällen einstellen, wie etwa Fieber, Husten, Brustschmerzen u. s. f. bei den verschiedenartigsten Lungenerkrankungen. Dazu kommt, dass uns bei der Unvollkommenheit unserer Forschungsmittel die vielleicht durchaus 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. Die aus den gleichen Ursachen hervorgegangenen Krankheitsfälle würden stets auch dieselben Erscheinungen und denselben Sectionsbefund darbieten müssen. Aus dieser Grundanschauung ergiebt sich, dass die klinische Gruppirung der psychischen Störungen sich auf alle drei Kriterien der Classification, denen man noch die aus dem Verlaufe, der Prognose, ja der Therapie gewonnenen Erfahrungen hinzufügen muss, gleichzeitig zu stützen haben wird. Je mehr sich dabei die aus der verschiedenartigen Betrachtung ge-

wonnenen Formen mit einander decken, desto grösser ist die Sicherheit, dass diese letzteren wirklich eigenartige Krankheitszustände darstellen.

Wenn wir in diesem Sinne auch heute schon thatsächlich eine ganze Reihe von Psychosen kennen, die mindestens ebensogut charakterisirt sind, wie die Mehrzahl der körperlichen „Krankheiten", so setzen doch grosse Gebiete des Irreseins den classificatorischen Bestrebungen derartige Schwierigkeiten entgegen, dass man nicht selten eine befriedigende Eintheilung der Seelenstörungen als eine vielleicht überhaupt unlösbare Aufgabe betrachtet hat. Ich kann diese Anschauung nur insoweit theilen, als sie die oben erwähnten principiellen Hindernisse einer Einzwängung von Lebensvorgängen in scharf abgegrenzte Kategorien im Auge hat. Dagegen scheint mir der soeben angedeutete Weg durchaus gangbar. Jedem Irrenarzte ist es bekannt, dass uns bisweilen Fälle begegnen, welche in jeder Beziehung, nach Entstehungsart, allen Einzelheiten der Krankheitserscheinungen und weiterem Verlaufe eine geradezu verblüffende Uebereinstimmung mit einander darbieten. Derartige Beobachtungen werden den natürlichen Ausgangspunkt unserer Eintheilungsbestrebungen zu bilden haben. Durch strenge Ausscheidung aller nicht ganz dem ersten Typus entsprechenden Fälle werden wir zunächst zur Aufstellung zahlreicher kleinerer, wenig von einander abweichender Gruppen geführt, deren nähere und fernere Verwandtschaft sich beim Ueberblick über ein grosses Material unschwer wird erkennen lassen. Die gewissenhafte Zersplitterung der Formen in ihre kleinsten und anscheinend unbedeutendsten Varianten, wie wir sie etwa heute in der Lehre von der Muskelatrophie wiederfinden, ist somit die unerlässliche Vorstufe für die Gewinnung wirklich einheitlicher, der Natur entsprechender Krankheitsbilder.

Bis zur Erreichung dieses Zieles bedarf es noch lange fortgesetzter, sorgfältiger Einzelbeobachtung. Niemand wird daher die lediglich provisorische Bedeutung aller heute möglichen Systeme verkennen wollen, aber man darf dennoch hoffen, dass die weitere Entwickelung der klinischen, alle Eigenthümlichkeiten unseres Gegenstandes gleichmässig verwerthenden Betrachtungsweise uns in nicht allzu langer Zeit zu einer Gruppirung der Psychosen führen wird, welche sich den analogen Leistungen im Bereiche der übrigen Medicin völlig gleichberechtigt an die Seite zu stellen vermag.

Die von mir im Folgenden gewählte Reihenfolge und Abgrenzung der Seelenstörungen lehnt sich in ihren Grundgedanken an die von Schüle und v. Krafft-Ebing aufgestellten Systeme an; sie verzichtet indessen auf die Durchführung einer eigentlichen Disposition und soll nur in grossen Umrissen die innere Verwandtschaft der wichtigsten Symptomencomplexe andeuten, welche uns die klinische Erfahrung heute kennen lehrt. Wenn man will, kann man sich das ganze Gebiet etwa in vier Hauptabschnitte zerlegt denken, welche der Reihe nach die Krankheitsgruppen I—V, VI—IX, X—XII und XIII umfassen würden. Von diesen Abschnitten würde der erste die in der Regel durch äussere Ursachen ausgelösten, heilbaren, acuten und subacuten Krankheitsprocesse von typischem Verlaufe umfassen, während wir es im zweiten mit constitutionellen, wesentlich aus innern Ursachen hervorwachsenden, unheilbaren Zustandsveränderungen von chronischem, stationärem oder periodischem Verlaufe zu thun haben. Im dritten Abschnitte begegnen wir den mit schwereren Störungen der Hirnernährung und selbst tieferen organischen Veränderungen einhergehenden, meist durch äussere Schädigungen erworbenen Erkrankungen mit chronischem, gewöhnlich progressivem Verlaufe, und die letzte Kategorie endlich wird durch die angeborenen, stationären und unheilbaren krankhaften Zustände gebildet. Eventuell könnte man auch die im ersten und dritten Abschnitte aufgeführten Störungen als „accidentelle“ (acute typische und chronische progressive) Psychosen den constitutionellen und angeborenen Anomalien des zweiten und vierten Abschnittes gegenüberstellen. Natürlich ist dabei nicht an scharfe Abgrenzungen zwischen den angeborenen und erworbenen oder zwischen den aus innern und den aus äussern Ursachen hervorgehenden Erkrankungen zu denken, da uns die Erfahrung in beiden Richtungen vollkommen continuirliche Uebergänge aufweist. Ich habe daher im ersten Abschnitte die einzelnen Krankheitsgruppen nach der ätiologischen Bedeutung geordnet, welche bei ihnen nach meiner Auffassung etwa den innern Ursachen, der psychopathischen Praedisposition, zukommt. Während bei den Delirien und den acuten Erschöpfungszuständen die äusseren Ursachen der Erkrankung durchaus dominiren, tritt ihr Einfluss bei der Melancholie und Manie etwas, beim Wahnsinn noch mehr zurück. Der Wahnsinn bildet ätiologisch, symptomatisch und prognostisch den Uebergang zu den constitutionellen Psychosen des zweiten Abschnittes,

wie diese letzteren uns hinwiederum ganz allmählich aus dem Gebiete der im Laufe des individuellen Lebens erworbenen in den Bereich der nicht nur als Disposition, sondern in Form ausgebildeter krankhafter Zustände angeborenen Seelenstörungen hinüberleiten.

Am Schlusse dieser Ausführungen darf ich nicht unterlassen, nachdrücklich darauf hinzuweisen, dass so manche der im Folgenden abgegrenzten Krankheitsbilder nur Versuche sind, einen gewissen Theil des Beobachtungsmaterials wenigstens vorläufig in der Form des klinischen Lehrstoffes darzustellen. Ueber ihre wahre Bedeutung und über ihr gegenseitiges Verhältniss wird erst die dringend nothwendige monographische Durcharbeitung des ganzen Gebietes allmählich Klarheit bringen. Es ist ferner unbestreitbar, dass es uns heute trotz redlichsten Bemühens noch in einer recht erheblichen Zahl von Fällen schlechterdings nicht gelingt, sie in den Rahmen einer der bekannten Formen des „Systems“ einzuordnen. Ja, nach manchen Richtungen hat die Anzahl derartiger Beobachtungen sogar zugenommen, und an die Stelle zuversichtlichen Wissens ist vielfach Unsicherheit und Zweifel getreten. Für den Schüler hat diese Thatsache gewiss etwas Beunruhigendes; dem Forscher bedeutet sie nichts, als den Bruch mit der herkömmlichen Verschwommenheit unserer Diagnosen zu Gunsten einer schärferen Begriffsbestimmung und eines tieferdringenden Verständnisses der klinischen Erfahrungen.

I. 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. Die besondere Art dieser Einwirkung und damit die Färbung des Krankheitsbildes kann sich natürlich je nach der Eigenthümlichkeit des ursächlichen Reizes ausserordentlich verschieden gestalten; unter praktischem Gesichtspunkte indessen lassen sich wesentlich zwei Hauptformen des Deliriums von einander abtrennen: das Fieberdelirium und das Intoxikationsdelirium.

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

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

der Reizung allmählich in diejenigen der Lähmung und völligen Vernichtung der psychischen Functionen hinüberführen.

Der erste Grad des febrilen Deliriums kennzeichnet sich durch allgemeines Unbehagen, Eingenommenheit des Kopfes, Empfindlichkeit gegen stärkere Sinneseindrücke, Reizbarkeit, Unlust zu geistiger Arbeit, leichte Unruhe 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 Sinnestäuschungen verfälscht; die Vorstellungen gewinnen eine grosse Lebendigkeit; der Verlauf derselben 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 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, Lethargie), aus dem er gar nicht oder doch nur durch sehr kräftige Reize vorübergehend erweckt werden kann (Koma vigil).

Die besondere Art der fieberhaften Erkrankung scheint die Gestaltung der Delirien im Ganzen wenig zu beeinflussen. Nur die Schnelligkeit, mit welcher sich das Fieber entwickelt, die Stärke und Dauer desselben, sowie der Zustand der lebenswichtigen Organe ist massgebend. Bei Variola, Scharlach, Erysipel, bisweilen auch beim Gelenkrheumatismus, dürften rasch ausbrechende verwirrte Aufregungszustände überwiegen, während in der Pneumonie und im Typhus mehr die deliriöse Benommenheit und leichter Sopor beobachtet werden.

Als die pathologische Grundlage der Fieberdelirien können einmal das Fieber selbst (Temperatursteigerung, Beschleunigung des Stoffwechsels), sodann Circulationsstörungen (active, später venöse Hyperaemie, namentlich bei Beeinträchtigung der Herzaction) und endlich die Wirkung infectiöser Krankheitsgifte angesehen werden. Vielleicht sind sogar diese letzteren die eigentlich massgebenden Ursachen, so dass wir die Fieberdelirien nur als eine besondere Form der Intoxikationsdelirien anzusehen hätten. Nicht selten kommt jedoch auch dem Alkoholismus eine wesentliche ätiologische Bedeutung zu, vor Allem bei der Pneumonie. Im Uebrigen spielt die Praedisposition bei der eingreifenden Natur der 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 Erkrankungsfälle zu begleiten pflegen; nach meiner Statistik starben 35,6% der Patienten, doch haben dabei nur sehr ausgeprägte Formen der Delirien Verwerthung gefunden. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (70,6%) übersteigt die Dauer der Alienation eine Woche nicht; fast regelmässig schwindet die Störung mit dem Abfalle des Fiebers. Nicht allzu selten indessen bleiben einzelne der auf der Höhe der Erkrankung entstandenen krankhaften Ideen noch einige Zeit uncorrigirt. Der im Delirium gesammelte Reichthum, die prächtigen Equipagen, über welche der Kranke verfügte, das über ihn ge-

sprochene Todesurtheil, die Unthat, die er begangen hat, beglücken und quälen ihn noch so lange, bis allmählich die getrübte Besonnenheit sich vollständig wieder klärt. In einzelnen Fällen nimmt die Psychose einen noch chronischeren, sich über einige Wochen oder Monate hinziehenden Verlauf mit Uebergang in ganz andersartige, selbständig entwickelte Krankheitsbilder (Amentia, acute Demenz, hallucinatorischer Wahnsinn). Wahrscheinlich handelt es sich dabei entweder um prädisponirte Individuen, bei denen das Fieber mehr den äusseren Anstoss zur psychischen Erkrankung gegeben hat, oder aber um tiefere, sich nur langsam ausgleichende Ernährungsstörungen. In vereinzelten Fällen ist eine Rückbildung dieser letzteren überhaupt nicht mehr möglich; hier geht das Delirium direct in unheilbare Schwächezustände über, namentlich nach Typhus und Variola.

Die Behandlung der Fieberdelirien ist im Allgemeinen diejenige des Grundleidens. Ausserdem kann man sich des Eisbeutels auf den Kopf zur Bekämpfung der Hirnhyperaemie bedienen. Einen sehr entschiedenen Einfluss auf die Milderung der Fieberdelirien üben ferner die Anwendung kühler Bäder, sowie kalte Einwickelungen und Abreibungen aus, die man bei gleichzeitiger Herzschwäche zweckmässig mit der Darreichung von Alkohol verbindet. Wenig oder gar nichts leisten die eigentlichen 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 (Gewaltacte begehen, 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, ohne jenes ultimum refugium mit der einfachen Bettbehandlung, im äussersten Nothfalle mit Polsterbett oder Polsterzimmer durchzukommen. Die Anwendung von Schlafmitteln oder Narkoticis dürfte sich meist eher schädlich, als nützlich erweisen. Nach dem Fieberabfalle ist planmässige Wiederherstellung des gesunkenen Kräftezustandes die wesentliche Aufgabe der Behandlung.

B. Das Intoxikationsdelirium.

So gering im Allgemeinen wegen der relativen Seltenheit ihres Vorkommens die praktische Bedeutung der Intoxikationsdelirien sich gestaltet, so gross ist doch das wissenschaftliche Interesse, welches sie in Anspruch nehmen dürfen, weil gerade bei ihnen die ursächliche Abhängigkeit ganz bestimmter psychischer Störungen 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 unmittelbar oder mittelbar 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. Wenn in diesen Fällen die toxische Natur der psychischen Störung wol als zweifellos angesehen werden kann, so erinnern die Delirien bei schwerer Sepsis mit ihrer Unbesinnlichkeit und ihrem mussitirenden Charakter häufig mehr an gewisse Fieberdelirien, auch wenn die Temperatur nahezu oder ganz normal ist. Ob wir es hier mit toxischen Wirkungen oder einfach mit den Folgezuständen der Herzschwäche zu thun haben, mag dahingestellt bleiben; vielleicht ist nicht die Art, sondern der Grad der Ernährungsstörung die Ursache, dass hier die Lähmungserscheinungen gegenüber den Reizsymptomen in den Vordergrund

treten. Endlich giebt es im Verlaufe der Blatternerkrankung zwischen dem Eruptions- und dem Eiterungsfieber eigenthümliche psychopathische Zustände, bei denen ebenfalls an eine toxische Entstehungsweise gedacht werden kann. Es handelt sich um das plötzliche Auftreten sehr deutlicher Gehörs- und Gesichtstäuschungen bei Kranken, die nicht verwirrt, sondern völlig besonnen und nur durch die Trugwahrnehmungen beunruhigt sind. Diese Zustände erinnern anscheinend sehr an gewisse Formen des acuten intoxikatorischen Wahnsinns bei Alkohol- und Cocainmissbrauch, so dass ich im Gegensatze zu einer früher von mir geäusserten Anschauung geneigt bin, sie auf eine Vergiftung durch pathologische Stoffwechselproducte zurückzuführen. Auch Emminghaus hat die von ihm im Harn Pockenkranker gefundenen Fettsäuren mit jenen eigenthümlichen, rasch günstig verlaufenden Zuständen in ursächliche Beziehung gebracht.

Zu den psychischen Alterationen gesellen sich die körperlichen Anzeichen 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, die ihn keine rechte Klarheit über seine Lage gewinnen lässt.

Die Dauer der Störung beträgt in der Regel nur einige Tage, selten mehr als eine Woche. Beim Wechselfieber 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 Collaps. Beim Typhus kann die Störung interessanter Weise mit dem stärkeren Ansteigen des Fiebers gänzlich verschwinden, wie ich zweimal beobachtete, oder aber sie geht direct in febrile Delirien über. 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. So habe ich es bisher dreimal erlebt, dass mir Kranke mit beginnendem Typhus (einmal exanthematischem) als geistesgestört zugeführt wurden. Jedesmal gelang es, aus dem eigenthümlichen Symptomenbilde mit grosser Wahrscheinlichkeit die Diagnose eines Initialdeliriums zu stellen. Die Intermittensdelirien können ebenfalls mit epileptischen Aequivalenten verwechselt werden; die Beachtung der Malariaintoxikation, eventuell die typische Wiederkehr der Anfälle kann davor schützen.

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

Eine grosse, aber bisher wenig gewürdigte und studirte Mannigfaltigkeit 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. Nur einzelne besonders wichtige Formen werden später bei Besprechung der chronischen Intoxikationen nähere Berücksichtigung finden.

Die Dauer solcher 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.

II. Die acuten Erschöpfungszustände.

Unter dem Namen der acuten Erschöpfungszustände möchte ich diejenigen psychischen Störungen zusammenfassen, 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 in bestem Einklange steht. Je nach der Art, wie sich die psychischen Reizungs- und Lähmungserscheinungen mit einander verbinden, können wir eine Anzahl verschiedener Krankheitsbilder von einander abgrenzen, von denen die ersten beiden, das Collapsdelirium und die acute Verwirrtheit (Amentia), eine nahe Verwandtschaft zu den früher besprochenen deliriösen Zuständen aufweisen, während in der letzten Form, dem acuten Schwachsinn, die Situation ausschliesslich durch die Erscheinungen einer hochgradigen Herabsetzung der psychischen Leistungsfähigkeit beherrscht wird.

A. Das Collapsdelirium.

Das Collapsdelirium ist ein äusserst stürmisch sich entwickelnder Zustand hochgradiger Verwirrtheit mit traumhaften Sinnestäuschungen, Ideenflucht, Stimmungswechsel und

lebhafter motorischer Erregung. Die Krankheit beginnt in der Regel ziemlich plötzlich; bisweilen macht sich Schlaflosigkeit und leichte Unruhe schon kurze Zeit vorher bemerkbar. Die Patienten verlieren rasch die Orientirung in ihrer Umgebung, die ihnen verändert und unheimlich vorkommt. Das Bewusstsein trübt sich; es stellen sich allerlei phantastische Illusionen, fast immer auch Hallucinationen ein. Die Tapeten schneiden Fratzen, ein Crucifix nickt mit dem Kopfe, Engel fliegen zum Fenster herein, die Nachbarn rufen draussen, das Armensünderglöckchen läutet. Ihre Reden verwirren sich; sie werden ideenflüchtig und beginnen in unsinnigen Alliterationen, Aufzählungen, selbst in Versen zu sprechen oder zu singen. Regelmässig bestehen zusammenhangslose, wechselnde Wahnideen, bald mehr expansiven, bald mehr depressiven Inhalts. Sie haben den Welterlöser geboren, sollen deswegen ertränkt werden, aber eine Heilige kann nicht untergehen. Der böse Feind stellt ihnen nach, hat sie vergiftet, in drei Theile zerschnitten; die Mächte der Finsterniss sind überwunden. Die Umgebung wird vollständig verkannt; das Krankenzimmer ist die Hölle, der Arzt Christus oder irgend ein Bekannter.

Die Stimmung ist vorwiegend heiter, bisweilen etwas erotisch, doch schieben sich leicht vorübergehend ängstliche oder zornige Affectschwankungen ein. Stets ist lebhafte motorische Erregung vorhanden. Die Kranken bleiben nicht im Bett, drängen hinaus, auch zum Fenster, kriechen zu ihren Mitpatienten hinein, entkleiden sich, zerreissen, schmieren. Sie schwatzen lebhaft, bald laut und pathetisch, bald geheimnissvoll flüsternd, gestikuliren, klatschen in die Hände. Meist ist es unmöglich, von ihnen eine besonnene Antwort zu erhalten; nur hie und da geben sie einmal auf eine einfache Frage flüchtige Auskunft oder folgen sie einer Aufforderung. Vielfach stösst man beim Baden, Entkleiden und sonstigen nothwendigen Massregeln auf ein sinnloses, ganz inconsequentes Widerstreben. Zuweilen scheint ein dumpfes Krankheitsgefühl zu bestehen. Der Schlaf ist auf der Höhe der Krankheit völlig aufgehoben; höchstens kommt es einmal zu einem ganz kurzen, rasch durch die Unruhe wieder unterbrochenen Schlummer. Die Nahrungsaufnahme ist sehr unregelmässig. Die Kranken stossen zeitweise Alles zurück, spucken aus, während sie kurz nachher das Dargebotene gierig hinunterschlingen oder es sich wenigstens einlöffeln lassen.

In schweren Fällen wird das ganze Krankheitsbild sehr bald ausschliesslich durch den rücksichtslosesten Bewegungsdrang beherrscht. Die psychische Thätigkeit scheint sich völlig in ein Chaos verworrener Impulse aufzulösen. Die spärlichen Zeichen einer Auffassung äusserer Reize, die Andeutungen von Sinnestäuschungen schwinden, die sprachlichen Aeusserungen zerfallen in eine Folge einzelner sinnloser Laute. Dabei besteht eine elementare Unruhe, die sich in einfachen, zuweilen ganz stereotypen Bewegungen, in unablässigem Trommeln, Wälzen, Zappeln, Wischen, Schnauben u. dgl. entladet.

Der Ernährungszustand ist im Collapsdelirium stets ein sehr schlechter. Die Kranken sind kühl, blass, oft erschreckend abgemagert und schwach, obgleich sie das in ihrer Unruhe nicht zu empfinden scheinen. Das Körpergewicht sinkt rapide. Der Puls ist klein, häufig sehr verlangsamt. An der Haut finden sich nicht selten Abschürfungen, blaue Flecke u. dergl. in Folge der Rücksichtslosigkeit, mit der die Kranken ihre Glieder bewegen.

Die erste, ausgezeichnete Beschreibung des Collapsdeliriums hat 1866 Hermann Weber gegeben, der dasselbe im Anschlusse an den Temperaturabfall nach acuten Krankheiten beobachtete. Die weitere klinische Erfahrung hat, wie ich glaube, gelehrt, dass der gleiche Symptomencomplex überall da zu Stande kommen kann, wo auf irgend eine Weise tief eingreifende äussere Schädlichkeiten eine plötzliche Erschöpfung herbeiführen.

Es scheint sich dabei um eine ganz acute Gleichgewichtsschwankung in unserem Centralnervensystem zu handeln, welche mit Steigerung der centralen motorischen Erregbarkeit, Abstumpfung gegen äussere Eindrücke und sensorischen Eigenerregungen einhergeht, Erscheinungen, deren erste Andeutungen sich auf experimentellem Wege schon bei der physiologischen Erschöpfung nachweisen lassen. Ausser den acuten Krankheiten, von denen namentlich die Pneumonie, die acuten Exantheme und die Influenza zu nennen sind, kommen als Ursachen vor Allem das Puerperium in Betracht, Blutverluste, fortgesetzte Nachtwachen, vielleicht auch heftige gemüthliche Erregungen. Diese letzteren scheinen besonders als auslösende Ursachen bei einer schon vorbereiteten geringen psychischen Widerstandsfähigkeit von Bedeutung zu sein. Nicht selten sieht man z. B. in der ersten Woche des Puerperiums oder gar noch später die Störung an einen Schreck.

einen Streit sich anschliessen. Die Prädisposition spielt hier schon eine etwas grössere Rolle, als etwa bei den Vergiftungsdelirien, sowol die ererbte, wie namentlich auch die durch chronische Leiden, schlechte Ernährung, Kummer und widrige Lebensschicksale erworbene. Einmal konnte ich die Entwickelung des Collapsdeliriums in der Anstalt bei einer bis dahin nur leicht melancholisch verstimmten Frau direct verfolgen, als sie eine schwere Influenza mit nachfolgender Sprach- und Schlucklähmung durchmachte; bei einem periodisch maniakalischen Kranken beobachtete ich ein typisches Collapsdelirium während der Reconvalescenz von einem schweren Erysipel.

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. Die Täuschungen sind verschwunden; die Kranken beginnen sich zu orientiren, erkennen die Umgebung, haben Krankheitseinsicht, nehmen Nahrung zu sich. Die Erinnerung an die überstandene Psychose ist meist eine ganz unklare; seltener sind die Patienten im Stande, einzelne deliriöse Erlebnisse zusammenhängend zu erzählen. Die motorischen Reizerscheinungen verlieren sich in der Regel langsam. Eine leichte Ideenflucht, grosse Labilität der meist gehobenen Stimmung, querulirendes, missvergnügtes Wesen, Neigung zu vielem Sprechen und eine gewisse Unruhe können noch wochenlang die Wiederkehr der Besonnenheit überdauern. Meist tritt übrigens allmählich sehr deutlich das Gefühl grosser körperlicher Hinfälligkeit und Schwäche hervor, welches dem Kranken die Bettruhe sehr erwünscht scheinen lässt. Der Appetit wird gewöhnlich enorm, und das Körpergewicht steigt fast ebenso schnell, wie es gesunken war, zeitweise täglich 1—2 Pfund, im Ganzen nicht selten um 20, 30, ja 40 Pfund innerhalb weniger Wochen.

In schwereren Fällen führt der Zustand deliriöser Verworrenheit direct in ein kürzeres oder längeres Stadium acuten Schwachsinns über. Die Erregung verliert sich, aber die Kranken werden nicht klar, sondern stumpf, theilnahmlos, unfähig zu den einfachsten psychischen Aufgaben. Bisweilen dauert diese Schwäche nur einige Tage oder Wochen, bisweilen aber auch Monate. Hier kann sich dann eine sehr langsame Reconvalescenz oder seltener sogar der Ausgang in dauernden Blödsinn herausstellen. Der anfänglichen Erregbarkeits-

steigerung folgt also die mehr oder weniger tiefgreifende functionelle Lähmung.

Abgesehen von der letztgenannten Verlaufsart, die man a potiori wol mit mehr Recht dem Krankheitsbilde der acuten Demenz zurechnet, ist der Ausgang des Collapsdeliriums regelmässig ein günstiger, wenn es gelingt, die Kranken am Leben zu erhalten. Die Gefahr eines körperlichen Zusammenbruches ist allerdings wegen des elenden Zustandes der Kranken oft eine recht grosse, namentlich wenn etwa das ursächliche Leiden noch besondere Complicationen nach sich zieht. Dennoch hat man bei dem schnellen Verlaufe der Psychose selbst in anscheinend ganz verzweifelten Fällen bisweilen die Genugthuung, plötzliche, überraschende, günstige Wendungen zu sehen. So konnte ich vor nicht sehr langer Zeit einen jungen Menschen geheilt entlassen, der wenige Wochen früher während eines Collapsdeliriums nach Gelenkrheumatismus, Endokarditis und Chorea mit Eiweiss im Harn, mächtigem Decubitus, einer Temperatur von 33,8° und im Zustande schwerster therapeutischer Morphiumvergiftung fast moribund in die Klinik aufgenommen wurde.

Die Diagnose des Collapsdeliriums ist namentlich für die Behandlung von Wichtigkeit. Sie stützt sich in erster Linie auf die ätiologischen Verhältnisse, den Ernährungszustand und die plötzliche Entstehung der Psychose, kann aber auch aus dem psychischen Verhalten mit grosser Wahrscheinlichkeit abgeleitet werden. Die Verwirrtheit und Desorientirtheit der Kranken, sowie ihre Sinnestäuschungen lassen in erster Linie Verwechselungen mit epileptischen Dämmerzuständen oder dem Delirium tremens möglich erscheinen. Von beiden Formen unterscheidet sich das Collapsdelirium deutlich durch die charakteristische Ideenflucht und den elementaren, nicht, wie dort, durch Vorstellungen oder Angstaffecte motivirten Bewegungsdrang. Dagegen begegnen wir episodisch in der Dementia paralytica deliriösen Aufregungszuständen, die nur unter Berücksichtigung des ganzen bisherigen Krankheitsverlaufes oder der freilich oft unsicheren, eigenartig paralytischen Symptome (geistige Schwäche, absurde Grössen- oder Kleinheitsideen, nervöse Störungen) vom Collapsdelirium zu unterscheiden sind. Der Nachweis länger zurückgehender Prodromalerscheinungen und das Fehlen einer eingreifenden äusseren Schädlichkeit sprechen für Paralyse. Viel-

leicht handelt es sich hier einfach um die Entwickelung eines dem Collapsdelirium ganz analogen Vorganges aus inneren Ursachen in dem invaliden Hirn des Paralytikers.

Der weitere Verlauf entscheidet natürlich die Frage früher oder später, wenn nicht der Tod die Beobachtung abschneidet. Es ist daher erklärlich, dass man bisweilen die schwereren Formen des Collapsdeliriums mit gewissen tödtlich verlaufenden Fällen des paralytischen Deliriums als besondere Krankheit unter dem Namen des „Delirium acutum“ zusammengefasst hat, der sogar bestimmte anatomische Veränderungen (Hirnhyperaemie, Oedem, Auswanderung von weissen und selbst rothen Blutkörperchen in die Lymphräume des Hirns) zu Grunde liegen sollen. Ich habe mich von der selbständigen Berechtigung dieser Krankheitsform bisher nicht überzeugen können. Gegenüber der nahe verwandten Amentia endlich kommt hauptsächlich die acutere Entwickelung, die Heftigkeit der gesammten körperlichen und psychischen Krankheitserscheinungen, das Fehlen deutlicher Remissionen, wie der rasche Verlauf des Collapsdeliriums in Betracht.

Die Behandlung dieser Psychose hat ungemein wichtige und zugleich dankbare Aufgaben zu erfüllen; es giebt keine Geistesstörung, bei welcher das Können des Arztes so entscheidend in das Schicksal des Kranken einzugreifen vermag. Selbstverständlich gehören derartige Patienten so schnell wie möglich auf die Wachabtheilung einer Irrenanstalt. Hier sind hauptsächlich zwei Indicationen zu erfüllen; es gilt, die Kräfte des Kranken zu erhalten und womöglich zu heben, andererseits ihn vor Verletzungen und Schädigungen durch die eigene Unruhe oder durch seine Umgebung zu schützen. Das Letztere geschieht durch dauernde Specialüberwachung im Bett, die meist ohne erhebliche Schwierigkeit durchführbar ist, in ganz besonderen Fällen unter Benutzung eines Polsterzimmers. Das erstere Ziel wird angestrebt durch Sorge für Schlaf und Ernährung. Sehr werthvoll sind hier verlängerte warme Bäder, die ich bei einzelnen Kranken fast den ganzen Tag hindurch fortgesetzt habe. Meist tritt sehr bald eine gewisse Beruhigung ein; die Kranken bleiben dann gern im Bad und fangen häufig an, reichlich Nahrung zu sich zu nehmen. Einwickelungen sind hie und da nützlich, meist aber bei den widerstrebenden Kranken nur eine besondere Form des mechanischen Zwanges und wegen der Be-

hinderung der Athmung unter Umständen nicht unbedenklich. Die Anwendung von Schlafmitteln möchte ich ganz allgemein widerrathen, da ihre Gefahren hier zu ihrem Nutzen in keinem Verhältnisse stehen. Nur der Alkohol in kräftigeren Dosen ist sehr am Platze; er bringt Ruhe, oft raschen Schlaf und wird ausgezeichnet vertragen. Bei sehr grosser Schwäche habe ich auch starken Kaffee und Campher vorübergehend angewendet.

Die Nahrungsaufnahme erfordert sehr sorgfältige Berücksichtigung. Häufiges Anbieten, Auswahl nahrhafter Speisen, besonders flüssiger oder breiiger (Milch, Cognac mit Ei und Zucker, Fleischbrühe mit zerhacktem Fleisch), kann hier viel leisten. Im Nothfalle muss zur Ernährung durch die Sonde gegriffen werden, bei der man den Alkohol nicht vergesse. Nicht selten schlafen die Kranken nach einer solchen Fütterung sofort ein. Wo die Sonde aus irgend einem Grunde (Magenblutung, Erbrechen) nicht vertragen wird oder wo die hochgradige Erschöpfung sehr rasches, energisches Eingreifen erfordert, zögere man nicht, zur Kochsalzinfusion zu schreiten. Rasche Aufhellung des Bewusstseins und spontane Aufnahme von Nahrung ist die gewöhnliche, freilich zunächst nur vorübergehende Wirkung, die nach Bedarf durch Wiederholung der Massregel erneuert werden kann und ohne Zweifel geeignet ist, die Erhaltung des Lebens und damit die Wiederherstellung der Gesundheit in hervorragendem Masse zu unterstützen. Sobald die volle Besonnenheit zurückgekehrt ist, hat die Behandlung nur die Aufgabe, von dem noch sehr empfindlichen Reconvalescenten alle äusseren Schädlichkeiten, namentlich gemüthliche Erregungen, fernzuhalten, bis das frühere körperliche und psychische Gleichgewicht vollkommen erreicht ist. Massgebend für die Beurtheilung der Genesung ist dabei in erster Linie die Wiedererlangung des normalen gleichmässigen Körpergewichts.

B. Die acute Verwirrtheit (Amentia).*)

Unter dem Namen der Verwirrtheit (Amentia) hat Meynert einen Symptomencomplex beschrieben, der hauptsächlich durch das Auftreten einer leichteren oder tieferen Bewusstseinstrübung mit

*) Meynert, Jahrb. f. Psychiatrie, 1881; Klinische Vorlesungen über Psychiatrie, p. 33 ss.; Mayser, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XLII, 1; Wille, Archiv f. Psychiatrie, XIX, 2.

mannichfachen Reizerscheinungen auf sensorischem und motorischem Gebiete gekennzeichnet ist. In Folge einer wesentlich symptomatischen Auffassung des Krankheitsbildes finden sich in demselben eine Reihe von Zuständen vereinigt, die meiner Ueberzeugung nach durchaus von einander unterschieden werden sollten, ausser dem soeben beschriebenen Collapsdelirium z. B. gewisse epileptische und periodische Geistesstörungen. Es scheint mir daher zweckmässiger, die Bezeichnung der Amentia nur für den eigentlichen Kern der Meynertschen Beobachtungen festzuhalten, für diejenigen Fälle, bei welchen sich in Folge einer greifbaren äusseren Schädlichkeit acut ein Zustand traumhafter Verworrenheit und illusionärer oder hallucinatorischer Verfälschung der Wahrnehmung entwickelt, der bei günstigem Verlaufe frühestens nach 2—3 Monaten zur Genesung führt. In gewissem Sinne können wir diese Krankheitsgruppe geradezu als ein protrahirtes Collapsdelirium bezeichnen.

Den Beginn der Krankheit bilden gewöhnlich Schlaflosigkeit und innere Unruhe. Die Kranken fühlen sich beängstigt, aufgeregt, haben Todesahnungen, können ihre Gedanken nicht mehr recht sammeln und klagen über Benommenheit und Verwirrtheit im Kopfe. Im Laufe weniger Tage steigert sich die Störung rasch bis zu völliger Unfähigkeit, sich in der Umgebung und in den Ereignissen zurechtzufinden. Alles erscheint phantastisch verändert; die Personen werden verkannt; vereinzelte oder zahlreichere Hallucinationen stellen sich auf verschiedenen Sinnesgebieten ein, um ebenso, wie die verfälschten wirklichen Eindrücke, zu traumhaft verworrenen, widerspruchsvollen Wahnideen verarbeitet zu werden. Die Kranken sehen Gesichter in der Luft, den ewigen Juden, den Teufel im Ofen, fliegende Vögel, wilde Thiere unter dem Bett, zwei Gehängte am Fenster; sie hören Vorwürfe, Drohungen, Verheissungen. Man ruft sie; es wird ein Lied gesungen, „als ob es keinen Gott mehr gäbe“. Alles ist todt zu Hause; die Gralsritter sind verbrannt, der Stammbaum herumgedreht, die Himmelsleiter zerbrochen; eine Schlacht ist geschlagen durch ihre Schuld; das Gottesgericht wird abgehalten. Es giebt Anfechtungen in der Luft mit Spiegeln und Magnetismus, Verschwörungen, Schlangen und Geister; der Teufel kommt in dreierlei Gestalt. Sie fürchten todtgeschossen, gesotten und gebraten, im Keller hingerichtet zu werden, da sie „der schrecklichste aller Drachen“ sind;

der Todtenwagen fährt schon draussen. In einzelnen Fällen überwiegen Grössenideen: die Kranken sind Prinzen, verkehren geschlechtlich mit Königinnen, verfügen über zahllose Schlösser, unermessliche Reichthümer, produciren die herrlichsten Kunstwerke, sind unsterblich, „der stärkste der Hellenen“. Die Auffassung der wirklichen Umgebung ist stets eine sehr unvollkommene. Die Kranken wissen nicht, wo sie sich befinden, verkennen die Personen, meist ohne jede Rücksicht auf die Aehnlichkeit, halten aber an den einmal gemachten falschen Bezeichnungen oft längere Zeit hindurch fest.

Dabei ist die Aufmerksamkeit der Kranken auf die Umgebung gerichtet; sie bemerken, was um sie herum vorgeht, beachten oft einzelne Namen oder Eigenthümlichkeiten ihrer Mitpatienten in überraschender Weise. Sehr häufig gelingt es gerade hier, durch vorgehaltene Gegenstände, Geberden u. s. w. den Gedankengang der Kranken in bestimmte Richtung zu lenken. Um so auffallender ist aber hie und da die Unfähigkeit, auch nur die einfachsten Vorgänge harmlos aufzufassen und deren Bedeutung zu verstehen. In solchen Fällen erscheint Alles falsch, verwechselt, verdreht. Der Kranke wird mit falschen Thermometern gemessen; 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“. Die alltäglichsten Dinge gewinnen auf diese Weise für ihn den Anschein des Räthselhaften, Unverständlichen und Unheimlichen. Es werden immer so die Thüren auf- und zugemacht; da wird ein Packet auf den Tisch gelegt, und dann nickt Einer mit dem Kopfe; bald heisst es so, bald heisst es so; da sind mit einem Mal so viele Frauen; warum stellen die sich Alle so? Dabei äussert sich gewöhnlich ein deutliches Gefühl dieser Unfähigkeit, zu verstehen; der Kranke klagt, dass er nicht recht denken könne, dass man ihn „ganz irre“ mache, wünscht sich lebhaft fort, damit er endlich aus dieser Verwirrung herauskomme.

Diese letzteren Fälle, in denen die eigentlichen Sinnestäuschungen gänzlich hinter der schweren Auffassungsstörung zurücktreten, sind es, die ich früher als „asthenische Verwirrtheit“ der hallucinatorischen Form gegenübergestellt habe. Die weitere Erfahrung hat mir indessen gezeigt, dass Andeutungen der geschilderten Störung auch bei lebhaften Hallucinationen häufig beobachtet werden, und dass die

beiden Krankheitsbilder einander ätiologisch und klinisch nahe genug stehen, um praktisch unter gemeinsamer Bezeichnung zusammengefasst werden zu können.

Die Stimmung ist in der Amentia eine sehr verschiedene. Bisweilen überwiegt dauernd die freudige Gehobenheit, häufiger eine gewisse Depression. Fast immer findet sich ein deutlicher Wechsel des Zustandes; kurze Episoden unmotivirter Heiterkeit mit sexueller Erregung oder vorübergehende zornige Gereiztheit entwickeln sich auf einer Grundlage leichten ängstlichen Unbehagens. Zeitweise treten auch Anzeichen von Apathie oder von heftigen inneren Spannungszuständen mit explosiven Ausbrüchen, Schreien, Weinen, Schimpfen hervor.

Im Benehmen der Kranken ist meist ein leichter Bewegungsdrang, Unruhe, Umherlaufen, Fortdrängen, Gewaltthätigkeiten, lebhaftes Gesticuliren, ideenflüchtiges Schwatzen unverkennbar. Bei anderen Kranken überwiegen motorische Hemmungen oder Lähmungen. Sie versuchen vergebens, zu sprechen, klammern sich sinnlos an ihre Umgebung an, widerstreben den einfachsten Massregeln, oder sie stehen theilnahmlos, vor sich hinjammernd auf demselben Flecke, lassen sich herumschieben und zeigen wächserne Biegsamkeit oder gar Nachahmungsautomatie. Regelmässig begegnet man auch hier einem vielfachen Wechsel des Verhaltens; innerhalb ganz kurzer Zeiten kann sich das äussere Bild vollständig verändern.

Der Schlaf der Kranken ist stets sehr gestört; nicht selten pflegt sich gerade in der Nacht grössere Unruhe einzustellen. Die Nahrungsaufnahme ist von Anfang an gering, zum Theil wegen Appetitmangels, theils auch wegen ängstlichen Misstrauens der Kranken. Das Körpergewicht sinkt daher beträchtlich; gleichwol bleibt der Ernährungszustand meist ein besserer, als im Collapsdelirium. Die Reflexe sind häufig erhöht, der Puls verlangsamt, die Temperaturen niedrig normal; hie und da besteht Unreinlichkeit.

Die volle Höhe der Erkrankung wird gewöhnlich schon innerhalb der ersten zwei Wochen erreicht. Der weitere Verlauf ist regelmässig ein eigenthümlich schwankender. Die stürmischen Erscheinungen lassen im Ganzen allmählich nach; die Kranken werden etwas zusammenhängender in Gedanken und Reden, um vorübergehend doch wieder völlig desorientirt und sehr unruhig zu sein. Nicht selten kommt es auch zu kurzen, ganz tiefen Nachlässen der Krank-

heit, in denen für Stunden und selbst Tage vollständige Klarheit, Einsicht und Schwinden der Täuschungen beobachtet wird. Treten solche Besserungen plötzlich und unvermittelt ein, so sind sie selten von Bestand. Vielmehr pflegt sich die wirkliche Reconvalescenz fast immer unter ganz allmählichem Nachlassen aller Krankheitserscheinungen zu entwickeln. Dabei verschwindet zuerst die Verwirrtheit, dann die Sinnestäuschungen, weit später erst die motorische Erregung oder die psychische Depression. So kommt es, dass der Uebergang in die Genesung sich in sehr verschiedener Weise vollziehen kann. In den leichtesten, weitaus häufigsten Fällen wird der Eintritt völliger Besonnenheit noch kürzere Zeit, einige Wochen etwa, überdauert von einer einfachen, leicht manischen oder depressiven Verstimmung, die sich je nachdem in Geschäftigkeit, vielem Sprechen, gehobenem Selbstgefühl oder in Misstrauen, Kleinmüthigkeit, Aengstlichkeit, vielfach auch in grosser Reizbarkeit äussert. Die Gesammtdauer der Krankheit pflegt hier 3—4 Monate nicht zu überschreiten.

Bei schwererer Störung werden die Kranken zwar auch nach einigen Monaten klar, aber einzelne Hallucinationen dauern noch längere Zeit hindurch fort, ohne indessen irgendwie wahnhaft verarbeitet zu werden. Die Kranken hören Zurufe, vernehmen im Zwitschern der Vögel, in entferntem Pfeifen gelegentlich eine Aufforderung oder Drohung. Ganz vorübergehend taucht auch wol einmal eine absurde Grössen- oder Verfolgungsidee auf, um sehr bald wieder vergessen zu werden. Dabei besteht ein eigenthümlich querulirendes, reizbares, unzufriedenes Wesen. Die Anstalt ist ein Gefängniss, in dem sich die Kranken widerrechtlich zurückgehalten glauben. Sie sind gar nicht krank, auch nicht krank gewesen, nur etwas aufgeregt über die schlechte Behandlung und das miserable Essen. Alles ist nicht gut genug für sie; man soll sie nur nach Hause lassen; sie seien lange genug da. Ganz allmählich verlieren sich auch diese Krankheitserscheinungen. Die Täuschungen und Wahnideen verschwinden ganz; die Kranken werden freundlicher, zugänglicher und etwas einsichtiger, aber in ihrer geringen gemüthlichen Widerstandsfähigkeit und einem gewissen Mangel an klarem Verständnisse ihrer Krankheit erkennt man deutlich, dass eine dauernde psychische Schwäche zurückgeblieben ist. Bis zur Ausbildung eines einigermassen stationären Zustandes können hier viele Monate, selbst Jahr und Tag vergehen.

Eine letzte Verlaufsart endlich beobachten wir in einzelnen weiteren Fällen. Auch hier verliert sich die Aufregung nach und nach, aber die Kranken werden stumpf, theilnahmlos, gleichgültig; es entwickelt sich ein kürzer oder länger dauerndes Stadium psychischer Lähmung, meist mit Andeutungen von Sinnestäuschungen. Dasselbe führt dann nach einer Reihe von Monaten zu einem ganz allmählichen Erwachen und voller Genesung, oder es geht direct in unheilbaren Schwachsinn leichteren oder schwereren Grades über. Der Abschluss des Krankheitsprocesses wird bei allen diesen Verlaufsarten durch das Ansteigen des Körpergewichtes angezeigt, welches im ersten Falle sehr rasch, bei den letzterwähnten Ausgängen der Krankheit dagegen langsam und mit vielfachen Schwankungen zu erfolgen pflegt.

Der Ausgang in Tod ist bei der Amentia nicht häufig; doch kann bei sehr hochgradiger Erregung im Beginne oder unter besonders ungünstigen somatischen Verhältnissen (Herzfehler, Sepsis) ein Collaps erfolgen; ausserdem bleibt natürlich die Selbstmordgefahr immerhin zu beachten.

Unter den Ursachen der Amentia sind vor Allem erschöpfende Einflüsse zu nennen, namentlich acute Krankheiten, Lactation, Wochenbett, Blutverlust, auch schwere körperliche Ueberanstrengung, Nachtwachen. Im Ganzen hat es den Anschein, als ob hier gegenüber dem Collapsdelirium die langsamer einwirkenden, den Boden erst allmählich vorbereitenden Krankheitsursachen überwiegen, wie gerade das Säugegeschäft oder unter den acuten Krankheiten Typhus und Gelenkrheumatismus. Dementsprechend spielt auch die hereditäre Veranlagung hier eine grössere Rolle, als dort. Die letzte Gelegenheitsursache zum Ausbruche der Störung giebt nicht selten eine heftige Gemüthsbewegung (König Lear). Wenn somit das Collapsdelirium als die rasche Gleichgewichtsschwankung eines bis dahin gesunden Nervensystems unter dem Einflusse plötzlicher übermächtiger Schädlichkeiten erscheint, so haben wir es hier vielleicht mit dem Ausbruche einer schon länger vorbereiteten Katastrophe zu thun. In dem nicht mehr ganz rüstigen Centralorgane genügt schliesslich ein verhältnissmässig geringer Anstoss, um die Störung herbeizuführen. Daraus würde sich einmal das weniger stürmische Auftreten der Krankheit, die geringere Gefahr derselben, andererseits der langsamere, weniger elastische Ausgleich und der gelegentliche Ausgang

in dauernde Schwächezustände erklären. Ich sah in einem Falle von Reconvalescenz nach Lactationsmelancholie im unmittelbaren Anschlusse an eine schwere gemüthliche Erschütterung sich eine Amentia mit späterer Genesung entwickeln; andererseits beobachtete ich bei einer schwer hereditär belasteten Dame, die 25 Jahre früher schon einmal erkrankt war, eine Amentia in Folge eines freudigen, allerdings mit sehr viel Unruhe und Aufregung verbundenen Anlasses. Im ersten Falle dürfte die erworbene, im zweiten die angeborene Disposition das Eintreten der Gleichgewichtsstörung ermöglicht und zugleich die rasche Ueberwindung der immerhin geringfügigen äusseren Schädigung erschwert haben.

Die Diagnose der Amentia in der hier gegebenen Umgrenzung wird unter Berücksichtigung der ätiologischen Verhältnisse, des acuten Beginnes und der charakteristischen Symptome, Verwirrtheit mit illusionären oder hallucinatorischen Täuschungen, wechselnde Stimmung, motorische Erregung mit Ideenflucht oder Andeutungen der Hemmung und Lähmung, meist keine erheblichen Schwierigkeiten bieten. Gegenüber dem Collapsdelirium ist der langsamere, häufig remittirende Verlauf, gegenüber dem acuten hallucinatorischen Wahnsinn die völlige Desorientirtheit und Zusammenhangslosigkeit, in manchen Fällen auch die phantastische Reichhaltigkeit der Täuschungen zu berücksichtigen. Gewisse periodische Psychosen gleichen symptomatisch der Amentia so sehr, dass ich ohne Berücksichtigung der Anamnese und Aetiologie im Einzelfalle die Differentialdiagnose bisher nicht mit voller Sicherheit zu stellen vermöchte.

Die Behandlung der Amentia kann erfolgreich nur in der Anstalt durchgeführt werden. Sie hat in der Hauptsache dieselben Aufgaben, wie diejenige des Collapsdeliriums. Beruhigung wird in erster Linie durch Bettlagerung, weiterhin durch verlängerte Bäder erreicht; auch der Alkohol thut oft sehr gute Dienste. Gelegentliche Gaben von Hypnoticis (Brom, Trional, Paraldehyd) sind hier bei grosser, unbesiegbarer Unruhe eher einmal gestattet. Die Ernährung erfordert sorgfältige Berücksichtigung. | Bei drohender Erschöpfung zögere man nicht, zur Sonde zu greifen, um eine reichliche Nahrungszufuhr zu erreichen. Wenn der Magen gut ist, empfiehlt es sich geradezu, eine gewisse Ueberernährung anzustreben, die nicht selten Beruhigung bringt. Wegen der grossen Neigung zu Rückfällen muss man hier den Kranken in der Reconvalescenz besonders vorsichtig vor Schä-

digungen, namentlich zu frühzeitiger Entlassung hüten. Jedenfalls ist ausser völliger, dauernder Rückkehr der Ruhe, Klarheit und Einsicht immer auch die Wiedererreichung des normalen Körpergewichts abzuwarten, bei dem Drängen der Kranken bisweilen eine unangenehme, aber durchaus nothwendige Geduldsprobe.

C. Die Dementia acuta.

Unter der Bezeichnung der Dementia acuta, des heilbaren Schwachsinns, hat man, namentlich im Verlaufe der letzten beiden Jahrzehnte, ein Krankheitsbild abgegrenzt, welches vor Allem durch die rasche Ausbildung einer tiefgreifenden Lähmung aller höheren psychischen Functionen gekennzeichnet wird; daneben können noch gewisse elementare Reizsymptome bestehen. Je nach der Art und Ausdehnung dieser letzteren lassen sich, wie es scheint, zwei Hauptformen der Krankheit auseinanderhalten, die zwar vielfach in einander übergehen, dennoch aber in der Art ihrer Entwickelung, wie in prognostischer Beziehung gewisse Unterschiede darbieten dürften.

Die erste dieser Formen, welche wir einstweilen als die manische Form der Dementia acuta bezeichnen wollen, beginnt in der Regel mit Schlaflosigkeit, grosser Reizbarkeit, Unruhe, zusammenhangslosem, ideenflüchtigem Reden, Bewegungsdrang, auch wol einzelnen Sinnestäuschungen. Die Kranken können zunächst einige Tage lang das Bild eines Collapsdeliriums oder einer Amentia darbieten, doch fällt bei genauerer Betrachtung deutlich die grosse Gedankenarmuth, die tiefe Verworrenheit, die Wiederkehr derselben Wendungen und die völlige Unfähigkeit zur Auffassung der einfachsten Fragen oder Eindrücke auf.

Der Bewusstseinszustand scheint ein tief traumartig getrübter zu sein. Die Umgebung wird weder erkannt, noch verkannt, soweit sich das aus dem ganz unsinnigen Benehmen der Kranken schliessen lässt. Bisweilen scheint ein dumpfes Gefühl der eigenen Unfähigkeit vorhanden zu sein; ich erinnere mich an eine derartige Patientin, die stundenlang in halb lustigem, halb weinerlichem Tone schrie: Ich habe meinen Verstand verloren; ich will meinen Verstand wieder haben! Ueber das Bestehen irgend welcher Wahnideen lässt sich aus den völlig sinnlosen sprachlichen Aeusserungen

der Kranken gar nichts entnehmen. Die Stimmung ist meist eine gleichmüthige, selbst heitere, plötzlicher Umschlag in Weinen oder zornige Gereiztheit jedoch nicht selten. Der Gesichtsausdruck ist blöde, stumpf, verständnisslos, das Handeln der Kranken ein durchaus läppisches, kindisches, triebartiges, ohne erkennbare psychische Motivirung. Sie wühlen ihre Bettstücke durcheinander, rutschen am Boden herum, kriechen unter die Betten, klatschen in die Hände, machen grosse Sprünge, masturbiren, werden ganz plötzlich brutal, gewaltthätig, klammern sich an ihre Umgebung an, leisten unvermuthet verzweifelten Widerstand u. s. f.; dazwischen besteht nicht selten zeitweise deutliche Katalepsie. Die körperliche Ernährung der Kranken ist meist eine sehr schlechte; die Nahrungsaufnahme stösst wegen ihrer Unruhe vielfach auf Schwierigkeiten, auch der Schlaf ist sehr mangelhaft. Die Reflexerregbarkeit fand ich gewöhnlich erhöht.

Im weiteren Verlaufe der Krankheit kann diese manische Erregung bei schwerem Darniederliegen der gesammten intellectuellen Functionen in allmählich abnehmender Stärke fortbestehen. Nach und nach tritt dann Beruhigung ein, und nun erwacht der Kranke, bisweilen innerhalb weniger Tage, wie aus einer schweren Betäubung, findet sich in seiner Umgebung rasch zurecht, gewinnt volles Verständniss für seine Krankheit und tritt damit in die Reconvalescenz ein, in welcher neben den Erscheinungen erhöhter psychomotorischer Erregbarkeit auch diejenigen leichter Erschöpfbarkeit gewöhnlich noch einige Wochen hindurch deutlich nachweisbar sind. Bei dieser Verlaufsart pflegt die Dauer der ganzen Erkrankung 3—4 Monate nicht zu übersteigen; die Prognose ist eine durchaus günstige.

In anderen Fällen sieht man die manische Erregung schon nach einigen Wochen schwinden, aber es kommt nun nicht sofort zur Genesung, sondern der Kranke geräth in einen Zustand völliger psychischer Lähmung. Er vermag nichts zu verstehen, sich nicht zu orientiren, liegt gleichgültig und theilnahmlos im Bette, oder steht in einer Ecke, ist ausser Stande, von selbst oder auf Fragen irgend ein Wort zu sprechen, muss angekleidet, auf den Abtritt geführt, gewaschen, gefüttert werden, bleibt stehen, wohin man ihn schiebt. Nach und nach gewinnt das Gesicht einen verständnissvolleren Ausdruck; man bemerkt bei eindringlicherem Zureden Er-

röthen, leises Zucken um die Mundwinkel. Der Kranke beginnt einfache Aufforderungen zu befolgen, und endlich erhält man auch einmal auf leichte Fragen eine leise, zögernde, aber zutreffende Antwort. Meist kehrt die Fähigkeit zu geordneter sprachlicher Aeusserung erst wieder, nachdem die Besonnenheit und das Verständniss des Kranken für seine Umgebung in seinem geordneten Benehmen schon längst klar hervorgetreten ist. Die weitere Reconvalescenz pflegt dann schnell und ohne Störung zur völligen Genesung zu führen. Die Erinnerung an die eigentliche Krankheitszeit ist hier, wie bei der vorigen Form, ganz unklar oder völlig erloschen. Das Körpergewicht steigt regelmässig enorm, in einem jüngst von mir beobachteten Falle um 47 Pfund in wenigen Monaten.

Die Dauer der Erkrankung ist bei der zuletzt geschilderten Verlaufsart eine erheblich längere, dürfte 6—9 Monate, auch wol noch mehr betragen. Die Prognose ist auch hier meist eine günstige, doch ist der Uebergang in bleibenden Schwachsinn wol nicht ausgeschlossen.

Bei der zweiten Hauptform der Dementia acuta, die vielleicht als stuporöse Form zu bezeichnen wäre, treten von Anfang an die Erscheinungen der psychischen Hemmung und Lähmung stärker in den Vordergrund. Selten entsteht die Krankheit ganz plötzlich, mit einem Schlage; meist geht vielmehr ein kurzes, höchstens einige Wochen dauerndes Prodromalstadium voraus. Die Kranken werden schlaflos, niedergeschlagen, ängstlich, klagen über Kopfschmerzen, Unfähigkeit zu denken, verlieren den Appetit. Sehr bald geht die Orientirung verloren; die Personen werden verkannt, die Umgebung nicht mehr verstanden. Die Kranken äussern Todesgedanken, glauben sich in phantastischen Situationen, im Himmel, im Grabe, am Nordpol. Einzelne Hallucinationen treten auf; sie sehen die Mutter Gottes, goldene Engel fliegen, hören ihren Namen rufen; das Essen stinkt.

Bei leichteren Graden der nun rasch sich ausbildenden geistigen Lähmung ist der Kranke mit grösster Anstrengung vielleicht noch im Stande, einfache Nachahmungen und Urtheile zu vollziehen, empfindet jedoch deutlich seine Unfähigkeit zu weiterreichenden Leistungen, zusammenhängenden Aeusserungen oder Handlungen. Nicht selten aber verliert er jeden Zusammenhang mit der Aussenwelt,

versteht die an ihn gerichteten Fragen und Aufforderungen nicht mehr, vermag schliesslich vielleicht die einfachsten Eindrücke nicht aufzufassen oder zu verarbeiten, producirt auch selbst keinerlei Wahnideen, ausser etwa einzelnen gelegentlichen Faseleien, dass „Alles verbrannt", „etwas heruntergefallen" sei u. dergl. Eintönige Gehörstäuschungen scheinen hie und da vorzukommen. Auch hier besteht häufig ein gewisses Krankheitsgefühl, wie sich aus Aeusserungen der Kranken über ihre Verwirrung und Geisteszerrüttung entnehmen lässt. Die Stimmung ist vorwiegend gleichgültig und theilnahmlos; die Vorgänge in der Umgebung machen auf sie nicht den geringsten Eindruck. Bisweilen aber, ohne erkennbaren Anlass, 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 expansiver Stimmung oder zornig verwirrtem Schimpfen, durch einen plötzlichen Angstanfall, ja durch einen planlosen Selbstmordversuch unterbrochen. Die Gesichtszüge sind schlaff, ausdruckslos oder auch starr, maskenartig.

Sprachliche Aeusserungen fehlen oft lange Zeit hindurch ganz; man sieht wol einzelne Anstrengungen zum Sprechen, aber sie bleiben ohne Erfolg. Erst wenn man sich nach langem vergeblichem Bemühen fortwendet, bringt der Kranke vielleicht ein einzelnes, leises, unverständliches Wort hervor. In anderen Fällen beobachtet man langsame, flüsternde, verwirrte Selbstgespräche. Vielfach lassen sich die Kranken schieben und lenken wie Automaten; sie sitzen stumm und apathisch da und zeigen ausgeprägte wächserne Biegsamkeit nebst den verwandten Erscheinungen der muskulären Suggestibilität (Starre, stereotype Bewegungen). Oder aber sie stehen tage- und wochenlang in derselben Ecke, an der Thür, leisten allen Eingriffen unsinnigen, verzweifelten Widerstand.

Auch bei diesen Kranken liegen die körperlichen Functionen regelmässig schwer darnieder. Die Nahrungsaufnahme ist bei zeitweisem Widerstreben vielfach ungenügend, ebenso der Schlaf. Freilich liegen die Kranken Nachts ruhig da, aber die genauere Beobachtung lehrt, dass sie trotzdem wenig schlafen, oft viele Stunden hindurch die Augen offen haben. Fast immer besteht vollständige Unreinlichkeit, so dass hinsichtlich dieses Punktes sorg-

fältige Pflege nothwendig wird. Die Hautempfindlichkeit, auch gegen schmerzhafte Reize, erscheint stark herabgesetzt. Die Kranken ertragen Hitze, Kälte, Verletzungen ohne nennenswerthe Reaction. Die Geburt eines Kindes verlief bei einer derartigen Kranken so schmerzlos, dass sie später gar nicht an dieselbe glauben wollte. Auch in der Gleichgültigkeit, mit der unbequeme und auf die Dauer schmerzhafte Stellungen der Glieder lange Zeit hindurch festgehalten werden, zeigt sich die hochgradige Unempfindlichkeit der Kranken. Das Körpergewicht sinkt stets sehr beträchtlich; die Temperatur ist meist subnormal, die Athmung oberflächlich, der Puls klein und verlangsamt; an den Extremitäten zeigen sich leicht Cyanose und Oedeme als Anzeichen der Kreislaufstörungen. Die Menses cessiren; die Pupillen sind weit, reagiren träge. Regelmässig besteht Obstipation, die bisweilen vorübergehend durch ausgiebige Diarrhöen abgelöst wird.

Der weitere Verlauf dieser Fälle ist regelmässig ein sehr schleppender. Der stuporöse Zustand pflegt sich immer über eine Reihe von Monaten, selbst über Jahr und Tag zu erstrecken. Das Erwachen geschieht ganz allmählich in der schon oben geschilderten Weise. Häufig zeigen die Kranken ihren Mitpatienten oder dem Wartpersonal gegenüber schon die deutlichen Anfänge wiederkehrender geistiger Regsamkeit, wenn sie dem Arzte noch tief benommen erscheinen. Auch ein Wechsel der Tage oder Tageszeiten (abendliche Besserung) in dieser Beziehung ist bisweilen erkennbar. Grosse Ermüdbarkeit, Verwirrtwerden bei längeren Unterhaltungen oder beim Briefschreiben überdauert die Rückkehr der Besonnenheit noch längere Zeit, häufig auch ein kindisch-kleinmüthiges oder läppisch-barockes Wesen.

In einer Anzahl von Fällen tritt unter starkem Ansteigen des Körpergewichtes volle Genesung ein, anscheinend um so leichter, je weniger tief die Benommenheit war. Nicht so sehr selten aber wird die völlige Wiederherstellung der geistigen Gesundheit nicht erreicht. Die Kranken gewinnen wol die Orientirung allmählich wieder, aber es stellt sich heraus, dass trotz körperlicher Erholung die psychische Leistungsfähigkeit eine dauernde Einbusse erlitten hat. Der Grad des zurückbleibenden Schwachsinns 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. Von körperlichen Gefahren droht gerade hier vielfach die Entwickelung der Phthise.

Die häufigsten Ursachen der acuten Demenz sind schwere erschöpfende Einflüsse, das Puerperium, acute körperliche Krankheiten, namentlich Typhus, Pocken, Kopfrose, anhaltende körperliche und geistige Ueberanstrengung, heftige plötzliche Gemüthserschütterungen (Schreck). Die erbliche Veranlagung zu Geistesstörungen scheint keine sehr überwiegende Rolle zu spielen; dagegen macht es mir den Eindruck, als ob Mitglieder phthisischer Familien stärker gefährdet seien. Ohne Zweifel ist die Krankheit häufiger im jugendlichen Alter, namentlich während und kurz nach der Pubertätszeit; ich sah mehrere Fälle an übereifrige Vorbereitung zu Schulprüfungen sich anschliessen. Auch der Schwangerschaft dürfte eine gewisse praedisponirende Bedeutung zukommen. Wie es scheint, entwickelt sich die manische Form vorzugsweise nach acut einwirkenden Schädlichkeiten, abgesehen vom Schreck, der, wie die mehr chronischen Krankheitsursachen, häufiger die stuporöse Form erzeugen dürfte.

Es ist demnach vielleicht am richtigsten, die Dementia acuta einfach als einen noch über die Amentia hinausgehenden, tiefer greifenden und darum langsamer sich wieder ausgleichenden Erschöpfungszustand aufzufassen. An Stelle der dort noch vielfach überwiegenden Reizerscheinungen tritt hier mehr und mehr auf dem ganzen Gebiete des psychischen Lebens die Lähmung. Daraus würde sich ungezwungen der Formenreichthum dieser Krankheitsgruppe erklären, da naturgemäss die verschiedenartigsten Verbindungen der Reiz- und Lähmungssymptome auf den einzelnen psychischen Gebieten möglich sind. Das Collapsdelirium und die manisch gefärbten Fälle der Amentia, wie der acuten Demenz zeigen uns neben den überall vorhandenen motorischen Reizerscheinungen schrittweise das Fortschreiten der Lähmung im Bereiche der übrigen psychischen Functionen, während bei den stuporösen Formen auch auf motorischem Gebiete von vorn herein die Lähmung überwiegt. Das Vorhandensein der manischen Symptome deutet daher auf eine geringere Intensität der Störung hin, und in der That sind derartige

Fälle überall prognostisch günstiger. Sie sind es auch, die wir besonders bei der raschen Einwirkung äusserer Ursachen auf rüstige Organisationen entstehen sehen, während die langwierigen, ungünstigen Erkrankungen mit vorwiegender Lähmung häufiger auf dem Boden einer erblich oder erworben prädisponirten, weniger widerstandsfähigen Constitution zu erwachsen scheinen.

Als Grundlage der acuten Demenz haben wir bei der Ausgleichbarkeit aller Symptome wol zumeist functionelle Störungen anzusehen. Für gewisse Fälle indessen, namentlich für solche nach Typhus und Variola, lässt sich die Annahme gröberer anatomischer Veränderungen 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. Demgemäss verlaufen auch die Erkrankungen nach Typhus verhältnissmässig oft ungünstig. Ich sah in einem derartigen Falle später sich noch regelrechte epileptische Krämpfe entwickeln. Emminghaus hat es neuerdings wahrscheinlich gemacht, dass auch sonst bei der acuten Demenz leichte Veränderungen an den Nervenzellen, „trübe Schwellung“ derselben, zur Ausbildung kommen.

Die Unterscheidung der acuten Demenz von der Amentia stützt sich hauptsächlich auf die schwere Beeinträchtigung der intellectuellen Vorgänge. Da es sich nach unseren obigen Ausführungen in beiden Krankheitsprocessen schliesslich wol nur um graduelle Unterschiede handelt, so muss es, was die Erfahrung bestätigt, Uebergangsformen geben. Wichtig ist dabei eigentlich auch nicht die Diagnose, sondern die Prognose, für deren Beurtheilung die nöthigen Anhaltspunkte bereits gegeben wurden. Vor der Verwechslung mit der Katatonie schützt die Berücksichtigung der Aetiologie, des körperlichen Zustandes und das Fehlen des charakteristischen Gesammtbildes trotz vorübergehenden Auftretens einzelner Symptome. Namentlich andauernder Negativismus und bizarre Stereotypie in Haltung und Bewegung spricht für jene Krankheit. Gegenüber der Melancholia attonita ist der Mangel eines einheitlichen, stark hervortretenden depressiven Affectes zu berücksichtigen. Der Uebergang der heilbaren in die unheilbare Demenz wird durch starkes Ansteigen des Körpergewichtes ohne gleichzeitige psychische Besserung angekündigt.

Die Behandlung des acuten Schwachsinns 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, Kefir, Eier, Fleisch), gute Luft, warme Kleidung, eventuell auch die Darreichung medicamentöser Roborantien sind hier in erster Linie am Platze. Bei stärkerer Erregung passen namentlich hydropathische Proceduren, eventuell der Alkohol; vor dem häufigeren Gebrauche von Schlafmitteln ist zu warnen. 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 Faradisation, vortreffliche Dienste zu leisten im Stande sein.

III. Die Manie.*)

Mit dem Namen der Manie bezeichnen wir ein Krankheitsbild dessen wesentliche Züge Ideenflucht, rascher Stimmungswechsel bei vorwiegend expansiver Verstimmung und ein elementarer Bewegungsdrang darstellen. Wir begegnen zwar dieser ungemein häufigen Symptomenverbindung gelegentlich neben anderen Erscheinungen im Verlaufe der verschiedensten Krankheitsprocesse; was die Manie auszeichnet, ist der Umstand, dass hier jene Störungen während der ganzen Dauer der Psychose rein und ohne fremde Begleitsymptome die Situation beherrschen.

Die Entwickelung der Psychose pflegt bei allen schwereren und länger dauernden Erkrankungen mit einem mehr oder weniger ausgesprochenen Stadium depressiver Verstimmung zu beginnen, dessen Dauer von einigen Tagen bis zu mehreren Wochen und selbst Monaten schwanken kann. Der Kranke wird still, in sich gekehrt, weint häufig unmotivirt, klagt über Kopfdruck, Verdauungsstörungen, Beängstigung, äussert einzelne vage hypochondrische oder Versündigungsideen, schläft unruhig, hat schlechten Appetit und kommt rasch in seiner Ernährung herunter. Nach einigen Wochen scheint sich, bisweilen ziemlich plötzlich, eine Besserung des Zustandes einzustellen. Die depressive Verstimmung lässt nach; die Wahnideen treten zurück; der Kranke fühlt sich befreit und erleichtert, wird lebhafter und zugänglicher. Sehr bald indessen, meist schon nach wenigen Tagen, wird es klar, dass dieser Umschwung immer weiter über das Mass des Normalen hinausgreift. Der Kranke fängt an, viel zu erzählen, verliert aber dabei immerfort den Faden; seine Stimmung ist ausserordentlich gehoben und schlägt bei kleinen

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

Anlässen leicht in heftige Zornausbrüche um. Zugleich entwickelt sich eine wachsende motorische Unruhe, die sich in unaufhörlichem Schwatzen, Singen, Schreien, in lebhaften Gesticulationen, Tanzen, Herumlaufen, in allerlei unsinnigen und zwecklosen Handlungen, nicht selten auch in rücksichtslos gewaltsamem Vorgehen gegen seine lebende und leblose Umgebung Luft macht. Auf diese Weise wird der Kranke sehr bald derartig social unmöglich, dass seine schleunigste Verbringung in einen sicheren Gewahrsam zu erfolgen pflegt, häufig unter Benutzung mechanischer Beschränkung.

Mit der wachsenden Unruhe geht rasch die Fähigkeit zur Auswahl und Ordnung der äusseren Eindrücke verloren. Der Kranke fasst Einzelheiten zunächst ohne erkennbare Störung auf, aber seine Aufmerksamkeit schweift sofort auf andere Gegenstände ab, die sich ihm zufällig darbieten. Er ist gänzlich ausser Stande, einem verwickelten Vorgange zu folgen, einen längeren Satz zu lesen, sich auf irgend eine geistige Aufgabe für einige Zeit zu concentriren. Darum bleibt das Bild seiner Umgebung für ihn auch dann unzusammenhängend und lückenhaft, wenn eine schwerere Beeinträchtigung des Wahrnehmungsvorganges an sich gar nicht vorhanden ist. Es muss indessen als sehr wahrscheinlich betrachtet werden, dass die centrale Erregbarkeit für äussere Eindrücke in der Manie meistens bis zu einem gewissen Grade herabgesetzt ist. Dafür spricht namentlich die ganz auffallende Unempfindlichkeit der Kranken gegen Hitze und Kälte, Hunger und Durst, Schmerzen und Verletzungen. Sie setzen sich stundenlang dem glühendsten Sonnenbrande aus, entkleiden sich bei Wintertemperatur, vergessen Essen und Trinken, reissen schonungslos die Verbände von ihren Wunden und misshandeln ihre kranken Körperteile oder gebrochenen Glieder, ohne auch nur ein Zeichen des Unbehagens zu äussern.

Zeitweise auf der Höhe der Erkrankung kann es direct zur Ausbildung einer Bewusstseinstrübung mit undeutlicher und verschwommener Auffassung der äusseren Eindrücke kommen, welche dem Auftreten illusionärer Verfälschungen der Wahrnehmung Vorschub leistet. Namentlich Personenverkennungen sind dann nicht selten; die Aerzte oder Mitpatienten werden mit den Namen von Angehörigen oder Nachbarn begrüsst. Ausgeprägtere Sinnestäuschungen gehören nicht zum Krankheitsbilde der Manie. Nur ganz vorübergehend scheinen einzelne Trugwahrnehmungen mehr unbestimmter Art

vorzukommen; an der Wand ist ein Todtenkopf erschienen, der Teufel hat zum Fenster hereingesehen u. Aehnl.

Sehr auffallend sind regelmässig die Störungen des Vorstellungsverlaufes. Die Kranken vermögen nicht, einen bestimmten Gedankengang systematisch zu verfolgen, sondern sie schweifen immerfort ab, springen von einer Vorstellungsreihe auf eine ganz andere über, um auch diese sofort wieder fallen zu lassen. Eine beliebige Frage wird zunächst vielleicht ganz richtig beantwortet, aber es knüpfen sich daran eine Menge von Nebenbemerkungen, die nur in sehr lockerem oder bald in gar keinem Zusammenhange mit dem Ausgangspunkte mehr stehen. In Folge dieser fortwährenden Einschiebsel und Zwischenfälle sind die Kranken ganz ausser Stande, etwa allein irgend ein verwickelteres Erlebniss zu erzählen, wenn man sie nicht durch consequente Unterbrechungen und Zwischenfragen immer von Neuem auf den angefangenen Weg zurückführt. Der Vorstellungsverlauf wird somit nicht mehr, wie beim Gesunden, durch eine Gesammtvorstellung beherrscht, welche zur Zeit nur eine bestimmte Richtung der Gedankenverknüpfung zulässt und alle nebensächlichen und zufälligen Associationen hemmt. Nicht die von dem ganzen Zusammenhange geforderten, sondern die durch allgemeine Denkgewohnheiten begünstigten Vorstellungen gewinnen daher in jedem Augenblicke die Oberhand. Zunächst kommt es dabei zum Abschweifen von einem Gegenstande auf andere ähnliche oder gewohnheitsmässig damit verbundene, ohne Rücksicht auf das Ziel des ursprünglichen Gedankenganges. Weiterhin beginnen sich dann jene zahlreichen stereotypen Vorstellungsverbindungen hier aufzudrängen, die in unseren sprachlichen Aeusserungen eine so grosse Rolle spielen, die Wortzusammensetzungen, Reminiscenzen, Citate, stehenden Redensarten. Endlich aber, und zwar um so mehr, je stärker die Störung, drängen sich die reinen Klangassociationen in den Vordergrund, bei denen jede Spur einer inneren Beziehung der Vorstellungen verschwunden ist, die Wortanklänge, Reime, Alliterationen. Natürlich geht unter diesen Umständen die Ordnung und der Zusammenhang des Denkens vollständig verloren; es entsteht jenes Symptom, welches wir als ideenflüchtige Verwirrtheit bezeichnen.

Nicht selten werden bei maniakalischen Kranken äussere Eindrücke, namentlich solche aufdringlicher Art, in das ideenflüchtige

Peroriren hineinverflochten und können dann den Anstoss zu einer neuen Wendung des zerfahrenen Gedankenganges geben. Man hat darin bisweilen das Anzeichen einer gesteigerten Empfänglichkeit für äussere Wahrnehmungen erblickt. In Wirklichkeit zeigt sich indessen, dass die Kranken keineswegs genau beobachten, sich vielmehr um die Vorgänge in ihrer Umgebung oft sehr wenig kümmern. Aber wenn sie etwas bemerken, so geschieht das nicht ohne Reaction; sie fassen ihre Wahrnehmung sogleich in Worte und sprechen sie aus, weil die Auslösung von Bewegungsvorgängen bei ihnen erleichtert ist.

Die Stimmung zeigt in der Manie meist den expansiven Charakter, allein sie ist durchaus keine gleichmässige, sondern es findet sich 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 das ganze Krankheitsbild so sehr beherrschen können, dass man bisweilen eine eigene Form der Zorntobsucht (Mania furiosa) aufgestellt hat. Diese Erfahrungen sprechen mit Sicherheit dafür, dass der Manie nicht sowol ein bestimmter Affect, als vielmehr die gemüthliche Erregbarkeit überhaupt, die Leichtigkeit und Raschheit eigenthümlich ist, mit der die verschiedensten Affecte anwachsen und wieder verschwinden. Vielfach ist der Wechsel derselben durch äussere Anlässe, die Behandlung des Kranken Seitens der Umgebung, zufällig auftauchende Vorstellungen, bisweilen vielleicht auch durch den Contrast bedingt.

In engstem Zusammenhange mit der Lebhaftigkeit der gemüthlichen Reactionen scheint das interessante Symptom der manischen motorischen Erregung, des Bewegungsdranges zu stehen. Derselbe ist nicht durch bestimmte Vorstellungen oder Affecte begründet, sondern muss ohne Zweifel als Ausdruck einer elementaren Störung, einer hochgradigen Erleichterung der centralen Auslösung von Bewegungen angesehen werden. Dafür spricht der Umstand, dass der

Bewegungsdrang ein ganz allgemeiner ist. Es sind nicht einzelne zielbewusste Handlungen, welche der Kranke ausführt; die motorischen Aeusserungen lassen überhaupt keine bestimmte Richtung erkennen, sondern der ganze muskuläre Apparat arbeitet dauernd unter einem gewissen Hochdruck, wobei in buntem Wechsel bald dieses, bald jenes Gebiet stärker in Thätigkeit versetzt wird. Der Kranke ist in steter Unruhe, kann nicht lange still sitzen oder liegen, geht herum, springt, läuft, tanzt. Er gesticulirt lebhaft, klatscht in die Hände, schneidet Grimmassen, schmiert und wischt am Boden, an den Wänden und Fenstern herum, poltert und trommelt an der Thür, entkleidet sich, zerschlitzt seinen Anzug in schmale Streifen, um sie hundertfältig verknotet und verschlungen zu phantastischen Drapirungen zu benutzen. Ebenso werden von dem Kranken auch andere irgend erreichbare Gegenstände gern in ihre Bestandtheile zerlegt, um aus ihnen neue Gebilde verschiedener Art zusammenzusetzen, wie es ihm just die productive Phantasie des Augenblicks eingiebt. Was ihm in die Hände fällt, Steine, Holzstückchen, Glasscherben, Nägel sammelt er auf, um mit ihrer Hülfe Wände, Möbel, Fenster zu zerkratzen und kreuz und quer mit Malereien oder Schriftzeichen zu bedecken. Nicht selten dienen ihm dabei in Ermangelung anderer Materialien auch 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 Wartpersonals Luft.

Trotz der hochgradigsten motorischen Erregung, die bisweilen Wochen, ja viele Monate lang mit geringen Unterbrechungen in vollster Intensität fortdauert, fehlt dem Kranken das Ermüdungsgefühl vollständig. Er ist nicht matt und abgespannt; der Verbrauch der Muskelsubstanz erzeugt keine Unlustempfindung, zum Theil wegen der früher besprochenen Abstumpfung seiner Empfindlichkeit, namentlich aber wegen der Leichtigkeit, mit welcher die centrale Auslösung seiner Bewegungen von Statten geht. Bei ihm genügt schon der leiseste Impuls, den Anstoss zu ausgiebigen motorischen Reactionen zu geben, während der Gesunde zur Erzielung des gleichen Erfolges eines unvergleichlich grösseren Aufwandes von centraler Arbeitsleistung bedürfen würde. Darum muss auch eine Simulation dieses Zustandes

nothwendig nach sehr kurzer Zeit an der Unmöglichkeit scheitern, das lähmende Ermüdungsgefühl durch die blosse Willensanstrengung zu überwinden. Mit der gesteigerten centralen motorischen Erregbarkeit hängt endlich auch die explosionsartige Heftigkeit und Rücksichtslosigkeit der Bewegungen zusammen, welche zu der verbreiteten unrichtigen Anschauung geführt hat, dass die Kranken über aussergewöhnliche Körperkräfte verfügen.

In den sprachlichen Aeusserungen des Kranken macht sich die Ideenflucht und der Bewegungsdrang gleichzeitig geltend. Er kann nicht lange still schweigen, perorirt mit erhobener Stimme, singt, johlt, pfeift, reiht zusammenhangslose Sätze, Worte, Silben aneinander, vom pathetisch-Declamatorischen ganz unvermittelt ins humoristisch-Gemüthliche, Drohende, Weinerliche verfallend oder plötzlich in ausgelassenem Lachen endigend. Die eigenthümliche Abgebrochenheit und Zerfahrenheit dieser ideenflüchtigen Aeusserungen in Verbindung mit dem deutlichen Rededrange können den Anschein erwecken, als ob der Vorstellungsverlauf in der Manie ein beschleunigter sei. Man nimmt gewöhnlich an, dass jene Zusammenhangslosigkeit wesentlich durch das Ausfallen ganzer Gedankenreihen bedingt sei welche schneller auf einander folgen, als die Sprachorgane sie ausdrücken können. Genauere Untersuchungen haben mir gezeigt, dass diese Ansicht zum mindesten nicht beweisbar, wahrscheinlich sogar falsch ist.

Es gelingt nämlich ohne Schwierigkeit, auch beim gesunden Menschen deutliche Erscheinungen von Ideenflucht zu erzeugen, z. B. durch kleine Alkoholgaben oder noch stärker durch hochgradige Ermüdung. Hier lässt sich zeigen, dass keineswegs unausgesprochene associative Bindeglieder zwischen den ganz sinnlos aneinander geknüpften Vorstellungen bestehen, und dass der Associationsvorgang thatsächlich sehr beträchtlich verlangsamt ist. Erleichtert und beschleunigt ist dagegen in beiden Fällen die Umsetzung centraler Erregungszustände in Sprachbewegungen. Es scheint daher, dass Ideenflucht dann zu Stande kommen kann, wenn der geistige Inhalt unserer Gedanken zurücktritt gegenüber jenen motorischen Elementen, welche aus den sprachlichen Benennungen entspringen. So wenigstens würde sich auch das Fehlen einer inhaltlichen Einheit der Gedankenreihen erklären, während der äussere, lautliche Zusammenhang oft so sehr in den Vordergrund tritt. Der Ideenflüchtige schwatzt nach dieser Auf-

fassung unsinnig, weil die Verbindung der Vorstellungen nach ihren inneren Beziehungen bei ihm erschwert ist, weil seine Associationen wesentlich durch die motorischen Sprachvorstellungen beeinflusst werden, und weil der erste beste in ihm aufsteigende Impuls ihm sogleich zum Worte wird. Thatsächlich lehrt auch die Beobachtung maniakalischer Kranker, dass sie keineswegs ideenreich, sondern nur wortreich sind und sich häufig ganz stereotyp wiederholen. Sie schwatzen zwar viel, laut, erregt und selbstbewusst, aber der Inhalt ihrer Reden ist sehr dürftig und spricht entschieden nicht für eine erhöhte Productivität. Auch die gelegentlichen Witze solcher Kranker sind fast immer einfache Wortspiele, wie sie eben durch die Neigung zu Klangassociationen hervorgerufen werden. Ebensowenig haben euphorische Aeusserungen der Kranken über ihre erhöhte geistige Leistungsfähigkeit irgendwelche Beweiskraft; wir wissen, dass sich die gleiche Selbsttäuschung, wahrscheinlich wegen der erleichterten Auslösung von Sprachvorstellungen, im Alkoholrausche entwickelt, obgleich sich hier die objective Verlangsamung der Gedankenarbeit deutlich ausmessen lässt.

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 fortdauert. 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 schnell zu sinken; das Körpergewicht zeigt immer eine beträchtliche Abnahme. Die Temperatur ist normal oder hochnormal, besonders bei anhaltender Muskelerregung, der Puls etwas beschleunigt. Im Harn fand Mendel eine auffallende Abnahme des Phosphorsäuregehaltes.

Der Verlauf der Manie ist ein so verschiedener, dass es schwer fällt, an die Einheitlichkeit des bisher geltenden Krankheitsbildes zu glauben. Ich möchte mich indessen hier darauf beschränken, leichtere und schwerere Formen auseinanderzuhalten. Die ersteren entwickeln sich rasch, nach sehr kurzem oder ohne jedes Vorläuferstadium. Während die Krankheitserscheinungen einige Wochen oder Monate in mässiger Stärke fortdauern, bleiben die Kranken orientirt über ihre Umgebung und sind jederzeit zu fixiren. Gelegentliche Grössenideen oder Personenverkennungen werden höch-

stens in der Art übermüthiger Scherze vorgebracht. Immer zeigt der Zustand grosse Schwankungen, vorübergehende heftigere Erregungsausbrüche oder auch ganz plötzliche Nachlässe, die jedoch niemals von Dauer sind. Die endgültige Beruhigung stellt sich stets ganz allmählich ein, indem die Remissionen tiefer und länger ausfallen. Der Eintritt in die volle Genesung vollzieht sich durch ein Stadium leicht manischer Verstimmung hindurch, in welchem namentlich die gemüthliche Reizbarkeit und das gehobene Selbstgefühl noch wochenlang deutlich zu sein pflegen, nachdem die Ideenflucht und der eigentliche Bewegungsdrang völlig geschwunden sind. Diese Fälle bilden in der Praxis bei Weitem die Mehrzahl; sie führen sämmtlich zur Heilung und haben der Manie den Ruf der prognostisch günstigsten Psychose verschafft.

Die schwere Form der Manie beginnt regelmässig mit einer ausgesprochenen, länger dauernden psychischen Depression, aus welcher der Umschlag in der früher geschilderten Weise erfolgt. Die Krankheitserscheinungen sind äusserst stürmische, Desorientirtheit, Personenverkennung, hochgradige ideenflüchtige Verwirrtheit, triebartige motorische Erregung, fast völlige Schlaflosigkeit, rapides Sinken der Ernährung.

Mit geringen Schwankungen können diese Symptome in unverminderter Heftigkeit 8—10 Monate, selbst über ein Jahr andauern, so dass es kaum begreiflich erscheint, wie der Organismus eine so gewaltige Erschütterung erträgt. Endlich macht sich ganz langsam eine Abnahme der Erscheinungen geltend, immer mit vielfachen plötzlichen Rückfällen. Die Kranken werden klarer über ihre Umgebung, zugänglicher, aufmerksamer, gerathen aber sehr leicht wieder in die frühere Ideenflucht hinein. Regelmässig tritt nun eine deutliche psychische Schwäche hervor, Urtheilslosigkeit, Gleichgültigkeit, Energielosigkeit. Mit den letzten Andeutungen der überstandenen Krankheit, der Zusammenhangslosigkeit, der Euphorie, dem unvermittelten Stimmungswechsel, der Geschwätzigkeit und der Unruhe setzen sich jene Erscheinungen der Schwäche zu einem eigenthümlichen Krankheitsbilde zusammen, welches man mit dem Namen der „Moria“ bezeichnet hat. Wo dagegen die manischen Symptome sich rascher verlieren, pflegt der Zustand grosse Aehnlichkeit mit demjenigen der leichteren Grade acuter Demenz darzubieten. Die Kranken sind äusserst leicht ermüdbar, unfähig zu jeder geistigen oder körper-

lichen Anstrengung, meist deprimirt, besorgt wegen ihrer Zukunft, einsilbig, schwerfällig, unentschlossen.

Im weiteren Verlaufe können sich diese Anzeichen der Erschöpfung unter beträchtlichem Steigen des Körpergewichtes nach und nach wieder verlieren, so dass nach etwa einjähriger Dauer der Krankheit der normale Gleichgewichtszustand wieder erreicht ist. Freilich bleibt nicht selten eine geringe Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit und namentlich der gemüthlichen Widerstandsfähigkeit (Reizbarkeit, Bestimmbarkeit) dauernd zurück. Sehr häufig indessen wird bei dieser Form der Ausgang in relative oder volle Genesung überhaupt nicht erreicht. Das Bild der Moria bleibt hier stationär, ein Zeichen dafür, dass der Organismus nicht mehr im Stande ist, die manischen Störungen wieder auszugleichen. Dabei gewinnt dasselbe immer deutlicher die Züge des unheilbaren Schwächezustandes, der geistigen Invalidität. Die Ideenflucht wird zum verworrenen Gefasel, die Affecte werden oberflächlich mit schwachsinnig euphorischer Färbung, der Bewegungsdrang ermässigt sich zu läppischem Grimmassiren. So kann es durch Jahre und Jahrzehnte gleichmässig fortbestehen; meist aber lässt sich ein allmähliches Verblassen der manischen Andeutungen und eine langsame Zunahme des geistigen Verfalles beobachten.

Der Ausgang in Tod ist bei der Manie nicht sehr häufig. Derselbe kann durch verschiedenartige intercurrente Erkrankungen, durch einfache Erschöpfung (Collaps), durch Verletzungen und durch Fettembolien der Lungen in Folge von ausgedehnten Zerquetschungen oder Vereiterungen des Unterhautzellgewebes herbeigeführt werden. Sehr fettreiche Individuen mit ungenügender Leistungsfähigkeit des Herzmuskels sind in der schweren Form der Manie entschieden gefährdet.

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 anhaften, kein zu grosses Gewicht zu legen. Die Theorie der Manie entbehrt daher für jetzt wenigstens leider gänzlich der somatischen Grundlage. Aus dem Krankheitsbilde selber lässt sich nur schliessen, dass die centrale motorische Erregbarkeit beträchtlich erhöht ist, während die sensorische und intellectuelle

Leistungsfähigkeit in höherem oder geringerem Grade herabgesetzt erscheint. Das wäre ein ähnliches Verhalten, wie im ersten Stadium eines leichten Alkoholrausches. In der That werden die Kranken von Unkundigen zunächst nicht selten für angetrunken gehalten. Allerdings ist die motorische Erregung stets eine relativ sehr viel stärkere, als in der Alkoholwirkung.

Die Manie hat das eigenthümliche Schicksal gehabt, früher für eine der häufigsten, jetzt aber für eine der seltensten psychischen Erkrankungen gehalten zu werden. Der Grund dafür liegt natürlich in einer verschieden weiten Abgrenzung des Krankheitsbildes. Ursprünglich umfasste dasselbe noch das Collapsdelirium, einen grossen Theil der Amentia, die manische Form des acuten Schwachsinnes, ja auch wol manche Aufregungszustände der Paralytiker, deren rechtzeitige Erkennung oft schwierig ist. Nach sorgfältiger Ausscheidung aller dieser ihrem Wesen nach sicher andersartigen Krankheitsformen schrumpft das Gebiet der Manie erheblich zusammen. Aber auch jetzt noch lehrt uns die fortschreitende klinische Erfahrung, dass viele anscheinend klassische Fälle von Manie nur die Einleitung oder einen Abschnitt des periodischen oder circulären Irreseins bilden. Namentlich die sehr rasch und günstig verlaufenden Erkrankungen sind in dieser Beziehung verdächtig. Ich möchte sagen, dass man bei einer reinen Manie jenseits der dreissiger Jahre fast immer von einem früheren ähnlichen Anfall zu Ende des zweiten oder zu Anfang des dritten Decenniums hören wird, auch wenn es sich nicht um eine periodische oder circuläre Psychose im engeren Sinne handelt. Wer überhaupt manisch erkrankt, thut dies fast immer im jugendlichen Lebensalter; sehr häufig, wenn auch nicht regelmässig, wiederholt sich dann die Krankheit noch das eine oder andere Mal. Man könnte daher nicht ohne eine gewisse Berechtigung die paradoxe Behauptung aufstellen, dass die Manie ihrem Wesen nach eine periodische Erkrankung ist, und dass die seltenen, ganz isolirten Anfälle in ähnlichem Sinne als rudimentär betrachtet werden müssten, wie wir etwa das Delirium transitorium als die einmalige explosive Aeusserung einer epileptischen Constitution betrachten können. Dafür würde der Umstand sprechen, dass bei solchen Kranken nicht selten das gelegentliche Vorkommen ganz leichter, rasch verlaufender manischer Aufregungszustände berichtet wird, deren krankhafte Natur erst durch den Eintritt des schwereren Anfalls klar wird.

Mit dieser Auffassung würde weiterhin die Beobachtung in einer gewissen Uebereinstimmung stehen, dass die Ursachen der Manie wesentlich constitutionelle zu sein scheinen. Zwar werden eine Reihe von Einflüssen, unter denen acute Erkrankungen, das Puerperium, lebhafte Affecte und Excesse besonders zu nennen sind, für den Ausbruch der Krankheit im einzelnen Falle verantwortlich gemacht, aber sehr häufig ist ein äusserer Anlass überhaupt nicht nachweisbar. Die erbliche oder erworbene Praedisposition dürfte hier schon die Hauptrolle spielen, während jene Schädlichkeiten mehr als auslösende Ursachen zu betrachten sind. Dafür spricht einerseits die Thatsache, dass bei Schwachsinnigen vorübergehende manische Erregungszustände ungemein häufig sind. Sodann aber ist auch die Regelmässigkeit beachtenswerth, mit welcher der erste oder nach Umständen einzige Anfall von Manie sich gerade zwischen dem 18. und 25. Lebensjahre einzustellen pflegt. Dieses Alter ist es, in welchem nach Ausweis der Criminalpsychologie schon beim gesunden Menschen die Neigung zu rücksichtslosen, unbesonnenen Gewaltthätigkeiten und selbstgefälliger Grosssprecherei am stärksten entwickelt ist.

Die schweren Formen der Manie zeigen eine entschiedene Verwandtschaft mit der Amentia, so dass man geneigt sein könnte, auch von dieser Seite her das Gebiet der Krankheit einzuschränken. Die Verschiedenheit der ätiologischen Verhältnisse indessen, das ausgeprägte Vorstadium der Manie, das gänzliche Zurücktreten der Hallucinationen bei starker Ausbildung der besonderen manischen Symptome, die lange, unveränderte Fortdauer des gleichen Zustandes, die ungünstigere Prognose, die Verschiedenheit der Endstadien sind Anhaltspunkte, welche einstweilen praktisch und theoretisch die Abtrennung der beiden Krankheitsbilder von einander gestatten. Die paralytischen Aufregungszustände zeigen oft den manischen Symptomencomplex in vorzüglicher Ausbildung; in diagnostischer Beziehung kommt das lange Vorbereitungsstadium der Paralytiker, der Nachweis nervöser Symptome, insbesondere von Sprach- oder Pupillenstörungen, das Auftreten absurder Grössenideen, endlich auch etwas das Lebensalter und das Geschlecht der Kranken in Betracht. Das Auftreten manischer Erscheinungen bei einem Manne zwischen 30 und 50 Jahren muss immer den starken Verdacht der Paralyse erwecken, wenn nicht etwa vor längeren Jahren ein ähnlicher Anfall vorausgegangen ist.

Die Behandlung der Manie hat vor Allem die Abhaltung äusserer Reize, dann aber die Herabsetzung der psychischen Erregbarkeit ins Auge zu fassen. Zu diesem Zwecke ist die Ueberführung des ohnedies sehr störenden Kranken in die Anstalt dringend geboten. Oft genügt schon diese Massregel, um alsbald einen Nachlass der Krankheitserscheinungen herbeizuführen. In der Anstalt ist vor Allem ein Versuch mit der Bettlagerung unter dauernder Ueberwachung zu machen, deren Durchführung besonders bei sehr schwachen und blutleeren Kranken dringend angezeigt ist (eventuell Bettstellen mit hohen, gepolsterten Seitenwänden oder niedriges Lager auf dem mit Matratzen bedeckten Boden). Kräftige, sehr widerstrebende und gewaltthätige Kranke wird man nicht immer im Bett halten können; man gebe ihnen viel Raum und bringe sie so lange wie möglich ins Freie, in den Garten; Isolirungen sollten nur ganz vorübergehend, im äussersten Nothfalle und zum Schutze anderer Kranker vorgenommen und stets baldigst durch andere Massregeln ersetzt werden. Namentlich sind verlängerte laue oder warme Bäder zu empfehlen, die man passend mit kalter Berieselung oder Eisumschlägen auf den Kopf verbindet. 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 wird man die Hypnotica, eventuell das Hyoscin, nicht immer umgehen können. Für die Behandlung sehr schleppend verlaufender Manien ist neuerdings von Jolly das Opium empfohlen worden.

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 copiöser Mahlzeiten, doch gelingt es 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 wird wegen der Neigung zur Entkleidung nothwendig. Gegen die Unreinlichkeit

schützt nur eine sorgfältige 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 Erschütterungen ist von besonderer Wichtigkeit, da diese Momente die häufigsten Gelegenheitsursachen von Rückfällen darstellen.

Die psychische Behandlung des Tobsüchtigen hat vor Allem auf die Reizbarkeit desselben Rücksicht zu nehmen. 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 widerspenstigen 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.

IV. 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, aus welchem ganz einfache Versündigungs-, bisweilen auch Verfolgungsideen ohne ausgeprägtere Sinnestäuschungen hervorwachsen. Die besondere Färbung und Ausbildung jenes 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 Melancholie sind gekennzeichnet durch die allmähliche Entwickelung einer unmotivirten traurigen Verstimmung mit vagen Beängstigungen und Selbstvorwürfen bei völliger Besonnenheit und ausgeprägtem Krankheitsgefühl. Die Psychose beginnt vielfach mit unbestimmten körperlichen Beschwerden, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Herzklopfen, Ohrensausen. Trübe Gedanken steigen auf, Sorgen, Befürchtungen, Zweifel, Selbstquälereien. Die Kranken fühlen sich 'elend, niedergeschlagen, unlustig, gerathen leicht ins Weinen, haben keine rechte Freude mehr, verlieren das Interesse an ihrer Thätigkeit, vernachlässigen ihre Obliegenheiten und vermögen nur mit grösster Mühe vorübergehend

*) v. Krafft-Ebing, Die Melancholie. 1874; Voisin, de la mélancolie. 1881.

die Neigung zu düsteren Grübeleien zurückzudrängen. Freilich schieben sich regelmässig dazwischen einzelne freiere Tage oder Stunden ein, in denen die Depression nachlässt und die gesunden Regungen wieder die Oberhand gewinnen, aber diese Remissionen werden allmählich seltener und weniger tief. Wenn es daher im Anfange noch den Eindruck machen konnte, als ob die Verstimmung durch irgendwelche Gelegenheitsursachen erzeugt werde, so stellt sich nach und nach ihre krankhafte Entstehungsweise aus inneren Zuständen immer klarer heraus. „Die Angst war grösser, als die Noth", sagte mir eine Kranke, bei welcher sich der melancholische Affect zunächst anscheinend an Geldsorgen angeknüpft hatte. Der Kranke fühlt, dass sich eine tiefgreifende Veränderung in seinem Seelenleben vollzieht, über deren Natur er sich vergeblich Rechenschaft zu geben sucht. Das Körpergewicht nimmt während dieser Zeit rasch ab.

Ihre volle Ausbildung erreicht die Psychose ganz allmählich, nach einer längeren Reihe von Wochen, häufig erst nach 2 bis 3 Monaten. Der Kranke bleibt dabei vollkommen klar, geordnet, orientiert über seine Umgebung. Mehr und mehr aber gewinnen die „schweren Gedanken" Macht über ihn, deren Mittelpunkt regelmässig das eigene Ich bildet. In erster Linie pflegt sich auf diese Weise eine peinliche Selbstkritik zu entwickeln. An die einzelnen Handlungen und Aeusserungen des Kranken knüpft sich der quälende Zweifel, ob es auch richtig war, so zu thun oder zu sprechen, ob er nicht dieses habe unterlassen, jenes anders machen sollen. Alles „reut ihn" sofort; die gleichgültigsten Redensarten scheinen ihm nachträglich eine erschreckende Tragweite zu gewinnen, da er in ihnen überall die klaren Zeichen seiner Thorheit, ja seiner Schlechtigkeit und Verworfenheit wiederfindet.

Bis zu einem gewissen Grade erinnert diese Erscheinung an die auch dem normalen depressiven Affecte eigenthümliche Neigung zu selbstquälerischen Grübeleien, aber die Massenhaftigkeit, mit welcher hier die „Schuldgedanken" das Thun und Treiben des Kranken fortwährend begleiten, sowie die Spitzfindigkeit ihrer Begründung lässt die pathologische Natur der Störung deutlich genug erkennen. Der Kranke ist verzweifelt darüber, dass er immerfort wieder neue Fehler begeht, Alles verkehrt macht, so dumm daher-

redet, alle Leute beleidigt und kränkt. Auch seine Vergangenheit erscheint ihm in der gleichen Beleuchtung. Mit tiefer Beschämung erkennt er, dass sein ganzes Leben eine einzige Kette von Verkehrtheiten und Pflichtvergessenheiten gewesen ist. Er ist ein Scheusal, mit Bosheit angefüllt, hat einmal einen Bettler unfreundlich abgewiesen, bei einer Erkrankung nicht rechtzeitig den Arzt gerufen, den Tod eines Angehörigen durch mangelhafte Pflege verschuldet, unrichtige Aussagen gemacht, Jemanden beim Kauf übervortheilt, im Amte nicht seine volle Kraft eingesetzt. Im Beginne der Krankheit hat er gelogen, übertrieben, seinen Zustand schlechter hingestellt, als er war, sich verstellt, den Arzt und seine Angehörigen hintergangen, sich nicht genug „zusammengenommen“; sonst wäre Alles ganz anders gekommen. Häufig spielen die Selbstanklagen in das religiöse Gebiet hinüber. Der Kranke kann nicht mehr so beten wie früher, hat den Glauben verloren, nicht mit der nöthigen Energie gegen Zweifel angekämpft, die Kirche nicht fleissig besucht, nicht genug Lichter geopfert.

Die Unsinnigkeit und Grundlosigkeit dieser immer neu auftauchenden Selbstbeschuldigungen liegt meistens klar am Tage; seltener bedarf es einer genaueren Nachfrage, um die besondere melancholische Auffassung der Sachlage zu erkennen. In ganz vereinzelten Fällen endlich liegen auch wirkliche ernstere Verschuldungen zu Grunde, mit denen sich der Kranke in gesunden Tagen längst abgefunden hatte, die aber nun von Neuem drohend in seiner Erinnerung auftauchen, wie die Geister der Ermordeten in der bangen Stunde der Entscheidung vor König Richard III.

Die tiefe Ueberzeugung von der eigenen Schlechtigkeit macht es dem Kranken selbstverständlich, dass er für Andere ein Gegenstand des Abscheus und der Verachtung ist. Jedermann muss ihn 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. Seine Gegenwart schon ist eine Beleidigung für die Umgebung. Er ist zu viel da, gehört nicht daher, sollte fort, ist Allen ein Dorn

im Auge. Die Anderen missbilligen seine Anwesenheit, können ihn gar nicht mehr unter sich dulden.

An das bisher gezeichnete Bild des Versündigungswahns, der in stärkerer oder schwächerer Ausprägung ungemein charakteristisch für die einfache Melancholie ist, schliessen sich nicht selten noch andere depressive Vorstellungskreise an, die nach verschiedenen Richtungen hin entwickelt sein können. Entweder handelt es sich um die Befürchtung schwerer Strafen, die sich gewissermassen als Folgerung aus dem Schuldbewusstsein ergiebt. Der Kranke ist so sündhaft und verworfen, dass ihm Gott nicht mehr verzeihen kann; er wird verdammt werden, in die Hölle kommen. Da er seine Angehörigen ins Unglück gebracht hat, wird man ihn vor Gericht stellen, ihm den Process machen, ihn einkerkern, hinrichten. Die Leute stehen schon draussen, die Anklageschrift ist schon geschrieben; er ist ganz verlassen, bittet um gnädige Strafe; wie wird's ihm ergehen! Freilich hat er es nicht anders verdient, ist das Essen nicht werth, das man ihm reicht, will gerne büssen für seine Schlechtigkeit. Nicht selten schildert er daher seine Fehler in recht lebhaften Farben oder bekennt selbst Dinge, die er gar nicht begangen hat, um die Bestrafung zu erreichen, welche ihm die Ruhe seines Gewissens wiedergeben soll.

In anderen Fällen tragen die depressiven Ideen mehr hypochondrischen Inhalt. Der Kranke ist das elendeste, unglücklichste Menschenkind auf der ganzen Welt; so, wie er, hat noch nie ein Wesen gelitten. Alles ist aus und vorbei durch seine eigene Schuld; er ist jetzt so tief hineingerathen, dass eine Genesung gar nicht mehr möglich ist. Jede Hoffnung ist verloren; er muss „verrückt" werden, sein Lebelang in der Anstalt bleiben, sterben. In Folge von alten „Jugendsünden", Onaniren, überstandener Syphilis ist das ganze Nervensystem zerrüttet, die Lunge angegriffen, der Magen vollständig in Unordnung. Endlich erstrecken sich einzelne Befürchtungen auch wol auf die äusseren Verhältnisse des Kranken. Er kann nicht mehr zahlen, wird sein ganzes Vermögen verlieren, aus dem Amte gejagt werden, muss betteln gehen.

Alle diese Vorstellungen werden von dem Kranken bis zu einem gewissen Grade logisch verarbeitet. Er bringt sie mit einander in Beziehung, zieht Schlüsse aus ihnen, entwickelt sie zusammenhängend, ohne Verwirrtheit und ohne grobe Widersprüche. Nicht

selten vermag er auch zeitweise einzelne Ideen zu corrigiren, ihre Krankhaftigkeit zu erkennen, aber wenn es so „über ihn kommt", ist das besonnene Urtheil rasch wieder verloren. Der eigentliche Versündigungswahn pflegt während der ganzen Dauer der Psychose fortzubestehen; eine wirklich klare Krankheitseinsicht ihm gegenüber ist höchstens ganz vorübergehend einmal vorhanden.

In formaler Beziehung lässt sich ausnahmslos eine Verlangsamung und Erschwerung des Denkens nachweisen, die auch von dem Kranken selbst peinlich empfunden und beklagt wird. Es scheint sich dabei nicht um eine einfache Lähmung, sondern um eine Hemmung zu handeln. Nicht die Energie der psychischen Vorgänge ist abnorm gering, sondern die Widerstände sind abnorm gross. Diesen Schluss wenigstens muss man wol aus dem Umstande ziehen, dass keine Bewusstseinstrübung besteht, sondern die einzelnen Vorstellungen mit voller Klarheit und Schärfe hervortreten. Vielfach klagen die Kranken geradezu darüber, dass ihnen so viel einfällt und sie sich an alle möglichen Dinge erinnern müssen, die ihnen längst vollständig entfallen waren. Dabei besteht aber allerdings eine grosse Einförmigkeit des Vorstellungsinhaltes. Dieselben Ideenkreise kehren immer von Neuem wieder, so oft sie auch unterdrückt werden; der Kranke kann gar nichts Anderes mehr denken. Es ist ungemein schwer und vielfach sogar vollständig unmöglich, sein Interesse für irgend etwas Anderes, ausserhalb seiner eigenen Seelenzustände Gelegenes zu erwecken; er kehrt immer sofort wieder zu jenen traurigen Gedanken zurück, die ihn vollständig in Anspruch nehmen. Ganz ähnlich pflegen ja auch im normalen Schmerze alle anderen Regungen sofort zu verstummen.

Gerade diese letztgenannten Erscheinungen zeigen deutlich, wie wesentlich die Rolle ist, welche der Stimmungsanomalie im Krankheitsbilde der Melancholie zugeschrieben werden muss. Sie ist es auch, über welche die Patienten vor allem klagen. „Berg und Thal liegen auf mir," sagte mir eine Bäuerin, die später durch Selbstmord endete. Es entwickelt sich bei den Kranken das Gefühl eines schweren Druckes, einer inneren Beklemmung, die ihnen jede Freudigkeit und jeden Lebensmuth raubt. Meist wird derselbe in die Gegend des Herzens oder des Praecordiums verlegt, seltener in den Kopf. Der Kranke merkt, wie unter diesem unwiderstehlichen

Drucke sein Inneres gleichsam erstarrt. Die Wahrnehmungen und Gedanken bleiben klar, aber dieselben finden keinen Widerhall mehr in seinem Herzen. Er kann sich nicht mehr freuen und nicht mehr grämen, sondern alle gemüthlichen Regungen gehen auf in dem einen dumpfen Gefühle trostlosester Verödung; was ihm früher die höchste Befriedigung gewährte, materielle oder ideelle Genüsse, die Arbeit, der Beruf, vermag ihn jetzt nicht mehr zu fesseln. Selbst die Zuneigung zu den Freunden, zu den Eltern, zu Weib und Kind macht einer resignirten Gleichgültigkeit Platz; er steht ihnen Allen theilnahmlos, ohne innere Beziehung, wie ein Fremder, nicht zu ihnen Gehöriger gegenüber.

Diese Abnahme der gemüthlichen Erregbarkeit wird von dem Kranken regelmässig als ein überaus peinvoller Zustand empfunden. Sie ist es namentlich, welche ihm den eigenen Charakter verabscheuungswürdig, das Dasein freudlos und nicht lebenswerth, die Freuden desselben abgeschmackt und trügerisch, die Vergangenheit inhaltsleer, die Gegenwart unerträglich, die Zukunft finster und trostlos erscheinen lässt.

Die Seelenqual, welche ihm das Bewusstsein der inneren Leere und Verarmung bereitet, steht dabei in eigenthümlichem Gegensatze zu der verzweiflungsvollen Klage, dass er nicht mehr im Stande sei, Freude oder Leid zu empfinden. In Wirklichkeit ist aber auch die gemüthliche Umwandlung, welche sich mit dem Kranken vollzogen hat, durchaus nicht als eine einfache Abstumpfung aufzufassen, wie sie ihm selber erscheint. Allerdings hat sich der Kreis seiner Interessen durch die Krankheit auf die ihm persönlich nächstliegenden Beziehungen eingeengt, aber auf diesem Gebiete zeigt der Patient sogar geradezu eine entschiedene Ueberempfindlichkeit. Sehr gewöhnlich kann man die Beobachtung machen, wie jede Veränderung in seiner unmittelbaren Umgebung, ganz besonders der tägliche Verkehr mit seinen Lieben für ihn die Quelle lebhafter Unlustgefühle, andauernder Beunruhigung wird; ja selbst angenehme, heitere Eindrücke, und bisweilen diese am meisten, erzeugen häufig eine wesentliche Verstärkung des psychischen Schmerzes. So sah ich einen jungen Melancholiker beim Anhören fröhlicher Musik in bitterliches Weinen ausbrechen.

Dass die vermeintliche Gemüthsstumpfheit der Kranken nicht als eine Lähmungserscheinung, sondern nur als Zeichen einer

psychischen Hemmung aufgefasst werden muss, wird weiterhin wahrscheinlich gemacht durch das gelegentliche Auftreten sehr heftiger Affectschwankungen. Häufig klagen die Kranken dauernd über ein Gefühl innerer Unruhe, das sie nicht los werden können und meistens als „Heimweh", Sehnsucht nach den Angehörigen, dem Geschäft, Scheu vor der fremden Umgebung deuten. Dazwischen aber schieben sich in die resignirte Traurigkeit nicht selten ganz unvermittelt lautes Jammern, Thränenausbrüche, stürmische Angstanfälle ein, in denen die Kranken vorübergehend sogar die Orientirung verlieren können. Wie es scheint, wird hier gleichsam durch das Uebermass der schmerzlichen Spannung die psychische Hemmung gewaltsam durchbrochen und so ein Umsatz der Unlusterregung in Ausbrüche leidenschaftlicher Bewegung herbeigeführt.

Zumeist freilich pflegt auch das Handeln des Kranken in gleicher Weise wie der Vorstellungsverlauf regelmässig den Charakter der Gebundenheit und Unfreiheit zu tragen. Ein estnischer Bauer sagte mir, er komme sich vor wie ein Rad am Wagen, das willenlos mitlaufen müsse. Der Kranke ist schlaff, energielos und ausser Stande, sich aufzuraffen; die innere Unlust hat in ihm Muth und Freudigkeit zu thatkräftigem Schaffen unterdrückt. Ruhelos wandert er herum, ohne irgend etwas fertig zu bringen, oder er sitzt vielleicht Stunden und Tage lang in dumpfem Hinbrüten da, die Hände in den Schoss 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 intensivsten Unbehagens. Freilich vermögen besondere Anlässe, eine interessante Unterhaltung, anregende Gesellschaft, die Versetzung in neue Verhältnisse, in leichteren Fällen vielleicht 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 auffällt. Unordentliche

Frisuren, abgerissene Knöpfe, unbeachtet gebliebene Flecken und Defecte an der Kleidung zeigen den Verlust des Interesses für diese sonst vielleicht sehr gepflegten Aeusserlichkeiten und den Mangel an Energie zur Beseitigung der Nachlässigkeiten oft in recht charakteristischer Weise.

Auch im Gesichtsausdrucke der Kranken pflegt sich die traurige Verstimmung deutlich auszuprägen. Die Mundwinkel hängen herab, die Nasolabialfalten sind schärfer markirt, die Augenachsen gesenkt und starr parallel gerichtet; auf der Stirn zeigen sich Längs- und bei ängstlicher Färbung des Affectes gleichzeitig auch Querfalten. In der Körperhaltung documentirt sich die Abwesenheit der elastischen Spannung, das schlaffe Bedürfniss nach möglichster Ruhe und stabilem Gleichgewichte; der Kopf ist gesenkt, der Rücken gebeugt und der ganze Körper nach dem Gesetze der Schwere in sich zusammengesunken. Die Sprache ist gewöhnlich leise und zögernd; alle Bewegungen und Reactionen geschehen meist langsam und ohne Kraft. Bisweilen bildet sich die lähmende Energielosigkeit 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.

Begreiflicherweise leidet unter dieser Willenlosigkeit 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, in ein Correctionshaus schicken, 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 herausentwickelt, 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 in dem Kranken den Wunsch der Vernichtung des Daseins an. Wenn er nur weg von der Welt, nie geboren, als kleines Kind gestorben wäre! Alle würden dann von ihm befreit sein und er selber Ruhe haben. 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 Wurzeln 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 Bade-

wanne 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 hinunterstürzen, den Schädel mit einem schweren Gegenstande zertrümmern, sich aushungern 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.

Parallel mit diesen krankhaften Veränderungen der höheren psychischen Functionen, die in verschiedenen Abstufungen und Spielarten 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 u. dergl. zur Beobachtung; nur aus psychischen Gründen erscheint die periphere Empfindlichkeit bisweilen allgemein 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 Stuhlverstopfung. Starker Belag der Zunge und foetor ex ore pflegen diese Störungen anzuzeigen. Die Wärmeproduction, 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, bisweilen sehr verlangsamt (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.

Der Verlauf der Melancholie ist regelmässig ein typischer, langsames Ansteigen und nach längerer Dauer ein noch langsameres Schwinden der Krankheitssymptome. Während der ganzen Zeit aber pflegt der Zustand fast immer mehr oder weniger regelmässige Schwankungen zum Bessern und zum Schlechtern darzubieten, über deren Bestand man sich weder sanguinischen Hoffnungen noch schwarzseherischen Befürchtungen hingeben darf. Sehr häufig findet sich ein Nachlass der Krankheitserscheinungen gegen Abend, während am Morgen die Verstimmung in verstärktem Masse wiederkehrt. Auch ein periodischer Wechsel zwischen schlimmeren und besseren Zeiten oder Tagen wird bisweilen beobachtet, ohne dass sich eine äussere Ursache dafür auffinden liesse.

Das allmähliche Schwinden der Krankheit nach vielfachen Remissionen und Verschlimmerungen ist durchaus die Regel; plötzlichen, im Verlaufe weniger Tage eintretenden „Heilungen“ ist niemals zu trauen; sie bedeuten gewöhnlich 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 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 (im Anschlusse an eine unruhige Nacht, Verdauungsstörung, psychische Aufregung) dazwischen vorkommen. Nicht selten entwickelt sich in dieser Zeit eine ausserordentliche Reizbarkeit, die von den Patienten selbst als krankhaft empfunden oder auch wol im Sinne des Versündigungswahnes als moralische Verschlechterung aufgefasst wird. An Stelle der früheren Angst und Verzagtheit tritt eine missmuthige, unzufriedene Stimmung. Man kann ihnen nichts mehr recht machen; Alles quält sie, regt sie auf; sie können es nicht mehr aushalten und drängen stark nach Hause, wo sie „besser ihre Ordnung haben". Als ein Zeichen von besonders guter Vorbedeutung ist die Rückkehr des Interesses für die gewohnten Beschäftigungen zu betrachten. Sobald der Kranke wieder beginnt, zu arbeiten, zu lesen, sich zu unterhalten, pflegt die Reizbarkeit bald zu schwinden; er wird einsichtig, geduldig, dankbar und gehorsam. Gleichwol besteht immer noch für einige Zeit eine leichtere Ermüdbarkeit sowie 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.

Eine besondere Verlaufsart der Melancholie kommt bisweilen, namentlich bei Weibern, dadurch zu Stande, dass sich einzelne hysterische Symptome in das Krankheitsbild einmischen. So sah ich mehrmals ganz ausgeprägte, rasch vorübergehende Dämmerzustände mit tiefer Bewusstseinstrübung und traumhaften Sinnestäuschungen als Episoden während einer typischen einfachen Melancholie auftreten. Bei anderen Kranken tragen die Angstanfälle eine hysterische Färbung mit krampfartigen Zwangsbewegungen und grosser psychischer Beeinflussbarkeit. Das Vorhandensein localer nervöser Störungen und ähnlicher Stigmata dürfte auf solche Complicationen hinweisen.

Die Prognose der einfachen Melancholie ist im Allgemeinen eine günstige; selbst jahrelange Dauer derselben schliesst die Hoffnung auf Genesung nicht aus. In ungeheilten Fällen kommt es allmählich zur Entwickelung einer mehr oder weniger hochgradigen psychischen Schwäche, welche sich in dauernder Leistungsunfähigkeit, unvollkommener Correctur der melancholischen Wahnideen

und im Fortbestehen einer kleinmüthigen Verzagtheit, weinerlichem Queruliren oder stumpfsinniger Versunkenheit ohne tieferen Affect kundgiebt. Eine ernste Gefahr für den Ausgang des Leidens wird vor Allem durch die Möglichkeit eines Selbstmordes oder der Erschöpfung in Folge von anhaltender Schlaflosigkeit und Nahrungsverweigerung gebildet. Hochgradige, länger dauernde Apathie begünstigt auch erfahrungsgemäss die Entwickelung der Phthise.

Die Dauer der Krankheit erstreckt sich regelmässig über eine längere Reihe von Monaten, selbst über Jahre; durchschnittlich kann man auf eine Gesammtdauer von $^3/_4$—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.

Unter den Ursachen der einfachen Melancholie ist in erster Linie das Klimakterium zu nennen. Die grosse Mehrzahl der wirklich typischen Erkrankungen betrifft Frauen zwischen 45 und 55 Jahren. Vereinzelt befällt die Psychose auch Männer in gleichem oder etwas höherem Alter. Bei jugendlicheren Kranken wird man meist einzelne hysterische Züge finden; das weibliche Geschlecht überwiegt auch hier bedeutend. Im Ganzen scheint somit die einfache Melancholie auf dem Boden einer angeborenen oder erworbenen Praedisposition zu erwachsen und vor Allem durch jene bisher noch nicht scharf definirbaren körperlichen Wandlungen begünstigt zu werden, welche das Aufhören der Geschlechtsfunctionen beim Weibe begleiten. Vielleicht spielen hier Blutveränderungen die Hauptrolle. Dafür würde wenigstens die Erfahrung sprechen, dass wir auch sonst bei Bluterkrankungen, z. B. beim Myxödem, bei der Krebskachexie, besonders häufig psychischen Depressionszuständen begegnen. Unter den äusseren Ursachen der Psychose sind ebenfalls nur solche Einwirkungen zu nennen, welche geeignet sind, chronische Ernährungsstörungen herbeizuführen, lange fortgesetzte Lactation bei ungenügendem Kräftezustande, anhaltende schwere Gemüthsbewegungen, dauernd sehr ungünstige hygienische Verhältnisse.

Eine pathologische Anatomie der Melancholie giebt es noch nicht. Die gewöhnliche Annahme anaemischer oder passiv hyperaemischer Zustände des Gehirns ist vielleicht im Grossen und Ganzen zutreffend, aber nichtssagend. Als die eigentliche Grunderscheinung

des Krankheitsprocesses pflegt man die depressive Verstimmung zu betrachten, aus der sich, wie Griesinger meinte, durch eine Art „Erklärungsversuch“ insbesondere der Versündigungswahn psychologisch entwickeln sollte. Am richtigsten ist es wol, den hier beobachteten Symptomencomplex, Verstimmung, Versündigungswahn, Energielosigkeit als den Ausdruck eines und desselben elementaren Krankheitszustandes auf den einzelnen Gebieten unseres Seelenlebens zu betrachten, ganz ähnlich, wie wir früher auch die drei Hauptsymptome der Manie als die verschiedenen Seiten der gleichen einheitlichen Functionsstörung angesehen haben. Für diese Auffassung spricht der Umstand, dass wir jener Verbindung von Krankheitserscheinungen im Laufe der verschiedenartigsten Psychosen immer in derselben Weise wiederbegegnen. Ihr Zusammenhang muss also ein sehr tief begründeter sein. Auch der bei manchen Geistesstörungen beobachtete plötzliche Umschlag der gesammten manischen in die gesammten melancholischen Symptome und umgekehrt scheint mir dafür zu sprechen, dass die einzelnen Elemente der beiden Zustände nicht locker und zufällig, sondern nothwendig an einander gebunden sind.

Aus diesen Erörterungen geht hervor, dass der einfache Nachweis der geschilderten melancholischen Krankheitszeichen durchaus noch nicht genügt, um die Diagnose der Melancholie zu begründen. Es giebt kaum eine Krankheitsgruppe, bei der nicht, wie der manische, so auch der melancholische Symptomencomplex zeitweise zur Ausbildung gelangen könnte; namentlich im Beginne subacuter Psychosen findet er sich häufig. Ein grosser Theil dieser rein symptomatischen Zustandsbilder lässt sich durch den Nachweis anderweitiger Krankheitserscheinungen ausscheiden, die der typischen Melancholie fremd sind. Dahin gehören namentlich Sinnestäuschungen, ausgeprägtere Wahnideen, dauernde starke Benommenheit und Desorientirtheit. Bei den Depressionszuständen der Paralytiker kommen ausserdem noch die häufig sehr lange zurückreichenden Prodromalsymptome, besonders Reizbarkeit, Vergesslichkeit, psychische Schwäche, sowie der Nachweis nervöser Störungen als differentialdiagnostische Zeichen in Betracht. Sehr schwierig kann sich die Unterscheidung der einfachen Melancholie von den periodischen oder unter Umständen auch beginnenden circulären Formen gestalten. Einen gewissen Anhalt gewährt hier das Lebensalter. Eine anscheinend typische

Melancholie in jugendlichem Alter muss immer den Verdacht auf ein periodisches oder circuläres Irresein erwecken. Andererseits kann sich dieses letztere auch noch im Klimakterium entwickeln. Ueberdies hat die Melancholie, ähnlich wie die Manie, an sich die Neigung, sich im Leben zu wiederholen, so dass von den einfachen zu den periodischen Formen Uebergänge bestehen. Wer in den ersten Lebensjahrzehnten einmal melancholisch gewesen ist, wird es in den klimakterischen Jahren und ein Decennium später leicht wieder, auch ohne dass man hier schon von einer eigentlichen Periodicität sprechen könnte. Melancholien, die auffallend rasch und günstig verlaufen, sind häufig der Beginn circulärer Psychosen. Bei sehr geringfügiger, andeutungsweiser Ausbildung aller Erscheinungen liegt die Wahrscheinlichkeit periodischer Wiederkehr nahe, häufig mit äusserst schleppendem Verlaufe des einzelnen Anfalls.

Die Behandlung der einfachen Melancholie hat vor Allem für die Entfernung aller den Kranken schädigenden Reize zu sorgen. Dazu gehören namentlich diejenigen Personen und Dinge, welche ihn gemüthlich am meisten berühren, die nächsten Anverwandten, das eigene Heim und die Berufsarbeit. Bei ganz leichter Erkrankung kann unter Umständen ein einfacher Aufenthaltswechsel, die Unterbringung bei einer befreundeten, verständnissvollen Familie genügen. Dringend zu warnen ist vor „Zerstreuungen", anstrengenden Reisen, forcirten Curen, lebhafter Geselligkeit, die ebenso, wie pädagogische und moralisirende Massregeln immer rasch verschlimmernd wirken. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird die Verbringung in die Anstalt nothwendig sein, ganz unbedingt dann, wenn irgendwie Selbstmordneigung hervortritt.

Das beste Beruhigungsmittel ist die Bettlagerung, die man namentlich bei schwachen oder sehr gequälten Kranken mit kurzen Unterbrechungen zum Aufenthalte im Freien lange Zeit hindurch fortsetzen kann. Besondere Aufmerksamkeit erfordert ferner die Sorge für eine gute, kräftige Ernährung. Der Kranke wird regelmässig zum Essen angehalten; die Appetitlosigkeit und Verdauungsträgheit wird durch Eingiessungen oder milde Laxantien, unter Umständen durch Magenausspülungen, sowie durch passende Auswahl der Speisen bekämpft. Meist gelingt es besser, in häufiger Wiederholung 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 selbstverständlich auch die Regelung des Schlafes. Bei der langen Dauer der Krankheit ist von der Anwendung der medicamentösen Mittel möglichst abzusehen, da sie meist nicht sehr lange hintereinander fortgegeben werden können. Höchstens wird man etwa einen Versuch mit dem Bromkalium machen. Häufig thut der Alkohol recht gute Dienste, der in kleinen Gaben die innere Spannung mildert, in grösseren direct Schlaf erzeugt. Bei stärker hervortretenden Beängstigungen pflegt Opium oder Morphium Erleichterung zu gewähren. In der Hauptsache wird man sich auf diätetische Massregeln beschränken müssen, auf abendliche verlängerte Bäder (33—34° C.), Priessnitz'sche Einpackungen, mässige Bewegung im Freien u. dgl.

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 sogenannten „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 krankhaften Triebe vorkommen, und die Besserung bisweilen nur eine scheinbare und zur Täuschung der Umgebung simulirte 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 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 Hülfsmittel, das Interesse wieder in die gewohnten Bahnen zu leiten. Demselben Zwecke dient anregende, nicht ermüdende Beschäftigung, Lectüre u. dergl., sobald mit dem Nachlasse der Verstimmung eine freiere Hingabe an dieselbe möglich wird. Diese Entwickelung 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. Besuche seitens der nächsten Angehörigen wirken namentlich auf der Höhe der Krankheit nicht selten sehr aufregend, machen dem Kranken das Herz schwer; hier ist besondere Vorsicht geboten.

Von Wichtigkeit ist es endlich, den Kranken nicht zu früh aus der Anstaltsbehandlung zu entlassen; unvorhergesehene Selbstmorde können die Folge davon sein. Bisweilen kehren die Kranken auch von selbst wieder zurück, da sie merken, dass sich ihr Zustand zu Hause sofort wieder verschlechtert. „Mich hat gleich Alles gereut," sagte mir ein solcher Kranker. Sehr häufig hat man freilich den besonnenen, über „Heimweh" klagenden, stark drängenden Kranken und noch mehr ihren Angehörigen gegenüber einen schweren Stand. Erst wenn das ungeduldige Drängen verschwindet, 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. Die Angstmelancholie.

Unter dem Namen der Angstmelancholie (Melancholia activa) wollen wir diejenigen Formen der melancholischen Verstimmung zusammenfassen, bei denen der Affect der Angst das am meisten in

die Augen springende Symptom bildet. Schon bei der einfachen Melancholie finden sich zwar sehr häufig Beängstigungen, welche vorübergehend sogar recht heftig werden können; in den hier besprochenen Fällen aber begleitet eine starke ängstliche Erregung von vorn herein dauernd den ganzen Verlauf der Psychose.

Die Krankheit beginnt mit Schlaflosigkeit, schweren ängstlichen Träumen und psychischer Depression. Die Kranken hören auf, zu arbeiten, ziehen sich zurück von ihrer Umgebung, laufen planlos herum, werden reizbar und ungeduldig. Es entwickelt sich eine wachsende innere Unruhe und Erregung, die sie Nachts aus dem Bette treibt, sie an jeder geordneten Thätigkeit hindert und sich deutlich in ihren verstörten Mienen, ihrem unsteten Wesen und gelegentlichen Affectausbrüchen kundgiebt. Nicht selten kommt es schon in diesem Stadium zu einem plötzlichen energischen Selbstmordversuche. Die Besonnenheit kann dabei vollständig erhalten sein. Die Kranken wissen, wo sie sich befinden, vermögen auch über ihren Zustand Auskunft zu geben, klagen über die schreckliche Angst, halten sich aber nicht für krank. Sie meinen, es werde irgend etwas Entsetzliches passiren, sie müssten sterben, seien verloren und verdammt; Alles gehe zu Grunde. Im weiteren Verlaufe der Krankheit stellt sich gewöhnlich unter dem Einflusse des Affectes eine leichtere oder schwerere Bewusstseinstrübung ein. Der Kranke vermag nicht mehr klar und unbefangen aufzufassen; die Umgebung kommt ihm verändert, unheimlich, grauenhaft vor; es geschehen schreckliche Dinge; man schaut ihn so eigenthümlich an, will ihm etwas verbergen, bedroht ihn; Alle sind aufgeregt um seinetwillen.

Ausgeprägtere Sinnestäuschungen lassen sich dabei nicht nachweisen, höchstens solche ganz elementarer oder illusionärer 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“; das Licht auf dem Tische ist ein Todtenlicht, der rasselnde Wagen draussen ein Leichenwagen. Dem entsprechend gewinnen auch die Befürchtungen des Kranken bisweilen einen ganz phantastischen Inhalt. Man wird ihn ins Gefängniss werfen, ihm heimlich Gift beibringen, ihn ertränken, im Keller abschlachten, dahin fortschleppen, wo Niemand ist; er kann nicht sterben, muss allein bleiben auf der Welt.

In anderen Fällen sind die ängstlichen Ideen ganz inhaltlos und unbestimmt; 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). Nicht selten gesellen sich Versündigungsideen hinzu, können aber auch ganz fehlen. Der Kranke ist faul, schlecht, hat den Tod verdient, die ganze Welt ins Unglück gestürzt, die Sünde wider den heiligen Geist begangen, Deutschland verrathen.

Ihren symptomatischen Ausdruck findet die Angst in den verstörten, gespannten Gesichtszügen der Kranken, in dem Widerstreben gegen jede Beeinflussung und vor Allem in ihrer motorischen Unruhe. Unfähig, ein geordnetes Gespräch zu führen oder sich zusammenhängend zu beschäftigen, können sie schliesslich auch nicht mehr ruhig sitzen oder liegen, springen immer von Neuem wieder auf, um rastlos umherzuwandern, drängen zur Thüre hinaus, da sie nicht mehr da bleiben können, „so starkes Heimweh haben"; sie ringen die Hände, halten leise oder laute Selbstgespräche, seufzen und stöhnen oder brechen in verzweifeltes Jammern aus. Alle derartigen Kranken können aus naheliegenden Gründen ihrer Umgebung und namentlich sich selbst in hohem Grade gefährlich werden. Nicht selten kommt es bei ihnen zu den wol als „Raptus melancholicus" bezeichneten, plötzlichen intensiven Steigerungen des ängstlichen Affectes mit traumartiger Bewusstseinstrübung und verschwommenen Vorstellungen schreckhaften Inhaltes, in denen sie sich zu grässlichen Selbstverstümmelungen, Selbstmord- und Mordversuchen hinreissen lassen. Meist besteht dabei vollständige, psychisch bedingte Analgesie.

Der Schlaf dieser Kranken ist regelmässig sehr bedeutend gestört. Die Angst lässt ihnen keine Ruhe; sie können es nicht lange im Bette aushalten, sondern steigen immer und immer wieder heraus, wollen fort, entfliehen, oder sie jammern und klagen ohne Unterbrechung die ganze Nacht hindurch, rufen laut um Hülfe, 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 sehr

häufig 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 in Folge von Vergiftungs- oder Versündigungsideen. Es giebt indessen auch Kranke, die trotz aller Aufregung gut essen oder sich doch willenlos füttern lassen. Das Körpergewicht sink 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.

Der Verlauf der Krankheit ist stets ein langwieriger. Unter vielfachen Schwankungen zum Besseren und zum Schlechteren zieht sich die Psychose über viele Monate, oft über Jahr und Tag hin. In günstigen Fällen werden die Nachlässe der Angst allmählich deutlicher und dauernder; die Befürchtungen und Versündigungsideen treten mehr zurück, und die Kranken fangen nach und nach an, Theilnahme und Verständniss für ihre Umgebung zu zeigen, sich zu beschäftigen, an die Interessen ihrer gesunden Vergangenheit wieder anzuknüpfen. Zugleich bessern sich Schlaf und Ernährung, und das Körpergewicht steigt. Gewöhnlich bleibt aber noch lange Zeit hindurch eine gewisse Verzagtheit und Kleinmüthigkeit, sowie eine grosse Empfindlichkeit gegen gemüthliche Erregungen zurück, welche aufmerksame Beachtung Seitens der Umgebung verdienen. Ich bin sogar nicht ganz sicher, ob nicht eine leichte Schwäche in dieser Beziehung auch bei günstigstem Verlaufe dauernd fortbesteht.

Am häufigsten ist jedenfalls, wie ich im Gegensatze zu meiner früheren Auffassung jetzt glauben muss, der Ausgang der Psychose in geistiges Siechthum. Die Stärke des ängstlichen Affectes lässt freilich nach längerer Dauer der Krankheit immer nach, aber die äusseren Zeichen desselben bleiben zurück, Unruhe, Neigung zum Jammern und Klagen, unsinniges Widerstreben, oberflächliche Erregbarkeit. Dabei sind die Kranken innerlich stumpf, theilnahmlos, gleichgültig geworden. Sie sind unfähig, sich zu beschäftigen, zeigen kein Interesse für ihre Umgebung, für ihre Angehörigen, fassen trotz voller Besonnenheit und Orientirtheit nur mit Anstrengung auf, was man ihnen sagt. Volle Krankheitseinsicht gewinnen sie nicht, halten

auch wol an einzelnen auf der Höhe der Psychose entstandenen Wahnideen dauernd fest. Zuweilen entwickelt sich auch hier ein Zustand äusserster Gereiztheit und Unzufriedenheit, der Jahre lang fortbestehen kann.

Die active Melancholie in der hier beschriebenen Form ist ganz vorzugsweise eine Erkrankung der höheren Lebensalter etwa zwischen dem 50. und 65. Jahre; auch hier scheint mir das weibliche Geschlecht stärker vertreten zu sein, als das männliche. Die ererbte Praedisposition dürfte im Ganzen keine sehr grosse Rolle spielen, mehr der erworbene Zustand des Gesammtorganismus, namentlich das vorzeitige Greisenalter. Die öfters als Ursachen betrachteten Gemüthsbewegungen geben zumeist wol nur den letzten Anstoss zum Ausbruche der lange vorbereiteten und nicht selten in leichten Verstimmungen, unmotivirten Befürchtungen sich bereits ankündigenden Psychose. Sie bildet gewissermassen den Uebergang von den klimakterischen zu den eigentlich senilen Geistesstörungen, und erwächst offenbar wesentlich aus den körperlichen Rückbildungsvorgängen, welche das Greisenalter einleiten; daher auch ihre ungünstige Prognose. Ich möchte es bei der typischen Gestaltung dieser Erkrankung zunächst dahin gestellt sein lassen, ob die vereinzelten symptomatisch ähnlichen Fälle bei jugendlicheren Individuen überhaupt mit hierher gerechnet werden dürfen. Unmöglich wäre es ja freilich nicht, dass auch dort sich ausnahmsweise einmal ein ähnlicher, vielleicht nur vorübergehender Invaliditätszustand ausbilden könnte, wie er sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle erst im 6. und 7. Lebensjahrzehnt entwickelt.

In der Regel allerdings dürfte es sich bei jugendlicheren Personen um wesentlich andersartige Erkrankungen handeln. Namentlich die Dementia paralytica kommt hier in Betracht, welche ganz ähnliche Symptomenbilder liefern kann. Die Vorläufer der acuten Verschlimmerung, namentlich Gedächtnissschwäche, Anfälle, Sprachstörungen und andere nervöse Erscheinungen, die tiefere Bewusstseinstrübung, das Auftreten ganz absurder Wahnideen, das Sinnlose, Triebartige der Angst mit gelegentlichem, ganz unvermitteltem Umschlag in Euphorie können neben der Berücksichtigung des Lebensalters als Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose dienen. Der depressive Wahnsinn unterscheidet sich von der activen Melancholie durch das starke Hervortreten der phantastischen Wahnideen und

Sinnestäuschungen bei geringerem Affecte. Eine ganz scharfe Abgrenzung lässt sich indessen hier ebensowenig durchführen, wie gegenüber der einfachen Melancholie, bei welcher Andeutungen von Präcordialangst wenigstens episodisch sehr häufig vorhanden sind. Nach beiden Richtungen giebt es Uebergänge.

Neuerdings endlich hat Alt*) einen Symptomencomplex beschrieben, der in mancher Beziehung an das Bild der Angstmelancholie erinnert und wesentlich durch krankhafte Störungen der Magenverdauung (Erweiterung des Magens mit Anacidität oder Hyperacidität) bedingt sein soll. Es handelt sich um das Auftreten lebhafter Angstanfälle, namentlich nach dem Essen resp. nach Diätfehlern mit hypochondrischer Verstimmung, einzelnen Illusionen, Zwangsvorstellungen, abnormen Sensationen an den verschiedensten Punkten des Körpers, neuralgischen Beschwerden, Herzklopfen, Tremor der Hände und Steigerung der Reflexe. Der Magen ist dabei empfindlich, aufgetrieben, die Zunge stark belegt; es besteht Foetor ex ore, Sodbrennen, Aufstossen, Stuhlverstopfung. Alle diese Erscheinungen schwinden ungemein schnell bei rationeller Behandlung des Magenleidens (Ausspülung, zweckmässige Diät, Regelung des Säuregehaltes). Alt bezeichnet die Psychose als „Hypochondria gastrica“. Die Kranken standen meist zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre.

Die Behandlung der activen Melancholie hat vor Allem die Beruhigung des Kranken zu erstreben. Seine Versetzung in die Anstalt, in eine ruhige, ihn so wenig wie möglich beengende und reizende Umgebung ist daher das erste Erforderniss, jeder Versuch einer häuslichen Behandlung schon wegen der Selbstmordgefahr durchaus verwerflich und gefährlich. In den meisten Fällen wird Bettbehandlung nothwendig sein, deren Durchführung hier freilich oft recht schwierig ist und einen besonderen Aufwand an Personal erfordert. Gepolsterte Betten leisten bei der grossen Unruhe der Kranken bisweilen gute Dienste; im äussersten Nothfalle muss wol auch einmal zur vorübergehenden Isolirung im gepolsterten Zimmer gegriffen werden. Unter allen Umständen aber ist eine genaue, fortdauernde Ueberwachung unerlässlich, da die Kranken sich oft in hohem Grade gefährlich sind, mit dem Kopfe

*) Archiv f. Psychiatrie XXIV, 2.

gegen die Wand rennen, Scheiben (auch bisweilen sehr dicke!) zertrümmern, um sich mit den Scherben zu verletzen u. s. f.

Unter den directen Beruhigungsmitteln spielen hier die wichtigste Rolle das Morphium und noch mehr das Opium, dessen systematische Anwendung in rasch steigender Dosis (bis zu dreimal täglich 50 oder selbst 60 Tropfen der Tinctur) gerade bei Angstzuständen mit Recht weite Verbreitung gefunden hat. Es giebt indessen einzelne Fälle, in denen nicht nur keine Besserung, sondern geradezu eine Steigerung der Angst eintritt; darum ist Vorsicht geboten. Ausserdem kommen natürlich zur Erzielung von Schlaf alle jene medicamentösen und diätetischen Mittel in Betracht, deren Indicationen früher eingehend besprochen worden sind. Von ersteren möchte ich besonders die gelegentliche Anwendung des Alkohols empfehlen, der Euphorie und Beruhigung zu schaffen geeignet ist und zugleich meist gern genommen wird. Bei sonstigen Arzneien, mit denen man wegen ihres zweifelhaften Nutzens möglichst sparsam sein sollte, wird man meist mit der subcutanen oder allenfalls der Application per Klysma weiter kommen, als mit der innerlichen Darreichung, da die Kranken dieser letzteren vielfach ein grosses Misstrauen (Vergiftungsideen) entgegenbringen und leicht zur Nahrungsverweigerung veranlasst werden. Ebenso findet die Anwendung der Bäder, Einwickelungen u. s. f. ihre Grenze an dem ängstlichen Widerstande der Kranken. Anwendung von Gewalt vermehrt nur das Uebel, das man bekämpfen will.

In sehr vereinzelten 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 Entwickelung 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 im Kopf, schweren Gedanken und Träumen, Versündigungsideen, unstetem, 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 Aussenwelt wird dabei erschwert und getrübt; der Kranke erkennt zwar noch im Allgemeinen seine Umgebung, verliert aber sehr bald das klare Verständniss für die einzelnen Vorgänge und für seine ganze Lage: „es wird dunkel im Kopfe“. Ohne dass eigentliche Sinnestäuschungen vorhanden sind, erscheint ihm doch die Umgebung unheimlich und drohend; gleichgültige Wahrnehmungen haben eine besondere Beziehung auf ihn, enthalten Andeutungen über geheime Fehltritte oder bevorstehende Strafgerichte.

Regelmässig ist der Kranke vollständig von Wahnvorstellungen schwer beängstigenden, grauenvollen Inhaltes beherrscht. Er ist sündhaft, verloren, unheilbar, ansteckend, ausgetrocknet, vom bösen Feinde bezwungen, der verworfenste, schlechteste Mensch, aus der Kirche ausgeschlossen, in den Bann gethan, hat seine Familie entehrt, seine Eltern in's Grab getrieben. Es ist überall hin berichtet worden; die Criminalpolizei kommt, wird ihn vor den Richter stellen; heute geht es in die Hölle; Alles wird abgeschlachtet. Dabei ist der Vorstellungsverlauf 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 gesammten psychischen Lebens seinem Wollen ein unüberwindliches Hinderniss entgegenstellt. Darum erfährt man über die Vorgänge, die sich in seinem Innern abspielen, nur äusserst wenig aus gelegentlichen, kurz abgebrochenen Bemerkungen: Wie wird mir's gehen; so ist's noch Keinem ergangen; was hab' ich gethan; ich hab' ein schönes Leben geführt; mir geschieht's schon recht; wann komme ich denn in's Gefängniss?

Meist ist der Kranke fast völlig stumm, giebt keinerlei Antwort, jammert höchstens einmal leise und kaum verständlich vor sich hin. Mit gespanntem Gesichtsausdrucke 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. Hie und da wächst die namenlose Angst so mächtig an, dass sie die Hemmung gewaltsam durchbricht und zu vorübergehenden, bisweilen äusserst heftigen Erregungsparoxysmen führt. Der Kranke beginnt laut zu jammern, monoton zu schreien, unternimmt unvermuthet einen energischen Selbstmordversuch oder stösst und schlägt plötzlich brutal auf seine Umgebung los, drängt blind zur Thür hinaus.

Die Nahrungsaufnahme bietet meist grosse Schwierigkeit. Die Kranken dürfen nicht essen, müssen fasten; wenn sie essen, passirt ein Unglück, sterben ihre Geschwister. Man muss daher gelegentlich zur Sondenfütterung greifen, wenn es auch meist gelingt, durch einfaches Eingeben genügend Nahrung zuzuführen. Für ihre sonstigen körperlichen Bedürfnisse pflegen die Kranken vielfach noch selbst Sorge zu tragen. Nur in sehr schweren Fällen mit tieferer Bewusstseinstrübung sind sie zeitweise 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 wehren sich auf das Verzweifeltste gegen die Bettlagerung, stehen im Hemde da, oder sie sitzen, leise stöhnend,

Nächte lang aufrecht, liegen ruhig und unbeweglich, aber mit offenen Augen, ohne zu schlafen.

Das Körpergewicht und die allgemeine Ernährung sinkt rasch und sehr bedeutend; die Athmung ist verlangsamt und oberflächlich, der Puls klein und gespannt, die Temperatur subnormal. Regelmässig treten als Zeichen allgemeiner Circulationsherabsetzung an einzelnen Stellen, namentlich an den Füssen, Oedeme auf. Das Gesicht erscheint eigenthümlich gedunsen, fahl, die Schleimhäute cyanotisch, die herabhängenden Hände kalt, dick und ebenfalls bläulich verfärbt; die Menses cessiren; es besteht hartnäckige Verstopfung.

Der weitere Verlauf der Krankheit ist ein äusserst einförmiger. Monate können vergehen, ohne dass sich irgend eine nennenswerthe Veränderung im Zustande des Kranken vollzieht. Die Prognose der Melancholia attonita ist keine ganz ungünstige. Die Erkrankung muss zwar stets als eine recht ernste angesehen werden, aber es scheint doch, dass etwa die Hälfte der Fälle, vielleicht noch etwas mehr, schliesslich in Genesung übergeht. Freilich pflegen sich die Zeichen einer beginnenden Besserung des Zustandes erst nach mindestens halbjähriger Dauer, oft noch viel später einzustellen.

Zuerst wird der Gesichtsausdruck des Kranken freier; die Spannung in den mimischen Muskeln, wie in der ganzen Körperhaltung und in den Bewegungen lässt allmählich etwas nach. Man sieht, wie sich beim Befragen des Kranken die Lippen bewegen 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 ziemlich unklare 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.

Die ganze Dauer der Erkrankung kann sich auf 1—2 Jahre und selbst noch länger erstrecken.

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. Manche dieser Kranken lernen es noch, sich wieder einigermassen zu beschäftigen, aber sie verrichten ihre Arbeit in rein mechanischer Weise, ohne eigenes Nachdenken. Im Laufe der Zeit pflegt die Verblödung rasch zuzunehmen, wenn ihr nicht durch eine zweckmässige Beschäftigung entgegengearbeitet 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, 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 Melancholia attonita scheint, im Gegensatze zu den bisher besprochenen Formen der Melancholie, vorzugsweise jüngere Personen, etwa zwischen dem 25. und 40. Lebensjahre, zu befallen. Das männliche Geschlecht ist vielleicht stärker, sicher nicht schwächer betheiligt, als das weibliche. Die erbliche Veranlagung dürfte eine gewisse Rolle spielen. Unter den auslösenden Ursachen sind heftige

Gemüthsbewegungen, besonders der Schreck, in erster Linie zu nennen.

Man könnte somit daran denken, dass die verschiedenen Formen der Melancholie gewissermassen nur in vergrössertem Massstabe normale Affectzustände wiederholen. Lässt sich 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 wäre, welche dem Schreck und der rasch zu gewaltiger Höhe anwachsenden Angst eigenthümlich ist. Von einem durchgängigen ätiologischen Zusammenhange zwischen bestimmtem Affect und entsprechender Psychose ist dabei freilich nicht die Rede. Auch die sonstigen Unterschiede in den Entstehungsursachen der einzelnen Formen deuten darauf hin, dass hier noch ganz andersartige Bedingungen eine wesentliche Rolle spielen.

Die Diagnose der Melancholia attonita ist keine leichte. Man rechnete früher zu ihrem Gebiete eine Reihe von Krankheitsbildern, welche wol richtiger von ihr abgetrennt werden. Indessen besteht auch heute noch keine volle Einigkeit über die Umgrenzung. Nach meiner Ansicht sollte man mit jenem Namen nur diejenigen Fälle bezeichnen, in welchen sich die eigenartige melancholische Symptomengruppe mit starrer ängstlicher Hemmung acut oder subacut entwickelt, um nach einer längeren Reihe von Monaten zur Heilung oder zu dem oben beschriebenen psychischen Schwächezustande ohne weitere Wahnideen, ohne Sinnestäuschungen, ohne Verwirrtheit zu führen.

Von diesem Standpunkte aus würden zunächst jene Beobachtungen auszuscheiden und der acuten Demenz anzureihen sein, bei denen es sich um eine einfache Hemmung oder Lähmung aller psychischen Vorgänge handelt. Aeusserlich sind solche Kranke den hier beschriebenen zeitweise recht ähnlich, aber es fehlen gänzlich die charakteristischen Kleinheitsideen und der starke, Alles beherrschende ängstliche Affect mit seinen Folgen. Jene Kranken fürchten sich nicht, handeln nicht überlegt, sind ganz inconsequent in ihrem Widerstreben und machen keine Selbstmordversuche. Beim Erwachen aus der Krankheit sind sie zwar sehr schwerfällig, aber

sofort lenksam, gleichmüthiger Stimmung, haben keine Erinnerung an die Höhe der Psychose; sie werden gesund oder einfach schwachsinnig, blöde, ohne die kleinmüthige Verzagtheit, welche den ungünstigen Ausgangszuständen der Melancholia attonita eigen ist. Zudem pflegt dort das Lebensalter ein etwas jugendlicheres zu sein; die Ursache bilden erschöpfende Einflüsse, nicht, wie hier, einmalige heftige Gemüthserschütterungen.

Auch im Vergleiche mit der Katatonie ist vor Allem auf den dauernden, sehr deutlich hervortretenden Angstaffect gegenüber dem Stimmungswechsel oder der Stumpfheit jener Kranken hinzuweisen. Das Auftreten von Haltungs- und Bewegungsstereotypen dort wird die Sachlage sogleich aufklären. Die Katatoniker sind ebenfalls meist jünger und pflegen ohne nachweisbaren äusseren Anlass zu erkranken. Die ängstlich-stuporösen Formen des hallucinatorischen Wahnsinns endlich lassen sich von der Melancholia attonita zunächst nur durch den schwierigen Nachweis von Sinnestäuschungen oder ausgebildeteren Verfolgungsideen ohne Versündigungswahn abtrennen. Der weitere Verlauf wird aber auch hier regelmässig die Diagnose ermöglichen.

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 Aufgaben derselben sind im Wesentlichen die gleichen, 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 Bedürfnisse), 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 Morphiuminjectionen denken. Ich glaube jedoch in mehreren Fällen eine erschreckende Verschlimmerung des Angstzustandes mit brutalen Affectausbrüchen und dem Auftreten von Hallucinationen bei der Anwendung sehr hoher Opiumgaben beobachtet zu haben; wenigstens verloren sich alle diese Erscheinungen mit der (natürlich vorsichtigen) Abnahme der Opiumdosis sehr rasch. Im Ganzen wird die Behandlung eine wesentlich abwartende sein

müssen, da jede therapeutische Vielgeschäftigkeit auf sehr grossen Widerstand Seitens der Kranken zu stossen pflegt. Für empfehlenswerth halte ich gelegentliche Versuche mit Alkohol (Wein, Grog), sowie laue Bäder mit kühlen Ueberrieselungen. In der Reconvalescenz habe ich gegen die schweren vasomotorischen Störungen mit undeutlichem Erfolge die allgemeine Faradisation angewendet.

Die psychische Behandlung vermeide auf der Höhe der Krankheit nach Möglichkeit jede Beunruhigung des Patienten, jedes ungeduldige Eindringen auf ihn, welches 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.

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 Störungen, welche sich durch das starke Hervortreten zusammenhängender Wahnideen und Sinnestäuschungen von den ersteren, durch die begleitenden Affecte, die raschere Entwickelung und die günstigere Prognose von dieser letzteren abtrennen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die fortschreitende Erfahrung, wie sie uns schon zur Ausscheidung dieser Gruppe selber heute zwingt, im weiteren Verlaufe die Auflösung derselben in eine Reihe einzelner Krankheitsformen herbeiführen wird; einstweilen aber sei es noch gestattet, das ganze Zwischengebiet mit dem Sammelnamen 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.

Von den Krankheitsbildern, aus denen sich nach meiner früheren Darstellung der Wahnsinn zusammensetzte, hat sich im Laufe der Zeit der hallucinatorische Wahnsinn als der eigentliche Kern des Ganzen erwiesen. Bei dem ausserordentlichen Formenreichthum, den die zahlreichen hierher gehörigen Fälle darbieten, erschien es zweckmässig, die einzelnen klinischen Verlaufsarten des hallucinatorischen Wahnsinns in kleinere Untergruppen einzuordnen, denen ich vor der Hand die Bezeichnungen der einfachen, der ängstlich-stuporösen, der labilen und der progressiven Formen beigelegt habe. Der depressive Wahnsinn steht diesen Krankheits-

bildern selbständiger gegenüber; in einem ätiologischen System der Zukunft würde er wahrscheinlich den Uebergang von der klimakterischen Melancholie zum senilen Schwachsinn bilden. Der früher unterschiedene expansive Wahnsinn deckt sich theilweise mit den oben erwähnten labilen Formen des hallucinatorischen Wahnsinns, zum Theil mit gewissen periodischen Erkrankungen. Den viel umstrittenen „katatonischen" Wahnsinn endlich habe ich, neueren Erfahrungen entsprechend, hier gänzlich ausgeschieden und in nähere Verbindung mit den psychischen Entartungsprocessen gebracht.

A. Hallucinatorischer Wahnsinn.

a. Einfache Formen. Als einfachen hallucinatorischen Wahnsinn möchte ich diejenigen Fälle bezeichnen, in denen bei völliger oder nahezu völliger Klarheit des Bewusstseins Gehörstäuschungen, seltener zugleich einfache Gesichtstäuschungen auftreten, um die Grundlage eines rasch entstehenden und sich wesentlich im Bereiche des Möglichen haltenden Verfolgungswahns abzugeben. Der Beginn der Erkrankung ist fast immer ein plötzlicher; nur in den langsamer verlaufenden Formen geht derselben ein kurzes Vorläuferstadium voran, mit unmotivirter Verstimmung, Reizbarkeit, Erschwerung des Denkens, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit. Der Kranke hört, häufig zuerst des Nachts, allerlei unbestimmte Geräusche, Rauschen, Glockenläuten, Schiessen, dann einzelne Aeusserungen oder auch ganze Gespräche, die sich mit seiner Person beschäftigen. Von der Strasse her, vom Gang draussen, aus dem Nebenzimmer tönen die Stimmen, bisweilen flüsternd, bisweilen mit vollkommener sinnlicher Deutlichkeit. Hie und da werden sie nur mit einem Ohre wahrgenommen. Meist sind es die Stimmen bekannter Personen; seltener wird ihnen überirdischer, göttlicher oder teuflischer Ursprung zugeschrieben.

Der Inhalt dieser Täuschungen ist für den Kranken meist wenig angenehm. Er hört Vorwürfe und Drohungen; er sei ein Lump, ein Taugenichts, habe über Kaiser und Krone geschimpft, eine goldene Uhr gestohlen, wichtige Papiere zerrissen; es ist ein Preis auf ihn gesetzt; man wird ihn durchprügeln, mit Steinen werfen, erschiessen. Die Stimmen beziehen sich dabei auf alle möglichen Erlebnisse aus der Vergangenheit, hecheln in Spottliedern und Knittelversen sein früheres Leben durch, oder begleiten mit höhnischen,

neckenden Bemerkungen seine Handlungen, machen sich über seine Kleidung lustig, lachen über seine Angst, registriren seine Bewegungen. Häufig setzen sich auf diese Weise lange, eingehende Unterhaltungen zusammen, Berathungen über die zweckmässigste Art, dem Kranken zu Leibe zu gehen, Wechselreden zwischen Verfolgern und Vertheidigern, ganze Gerichtsverhandlungen. Ein derartiger Kranker meiner Beobachtung hörte mit allen Einzelheiten, wie einer seiner Freunde sich durch eine geheime Thür in das Schlafzimmer seiner Frau schlich, sich dort mit ihr über den betrogenen Ehemann weidlich amüsirte und schliesslich seine jugendliche Tochter vergewaltigte. Ein Anderer hörte im Gasthause den Wirth mit Frau und Tochter streiten, ob man ihn erschiessen solle oder nicht; unterdessen begehrten Verwandte unten Einlass, und auf der Strasse schrie Jemand: „Das ist ja ein Bordell!" In diesen Fällen spielt sich Alles so natürlich ab, dass der Kranke auch keinen Augenblick an der Wirklichkeit des von ihm vermeintlich durchlebten Abenteuers zweifelt. Fast immer wenden sich die Stimmen nicht geradezu an ihn, sondern er ist gewissermassen nur unfreiwilliger Zuhörer; seltener werden ihm einzelne Schimpfworte direct zugerufen oder Befehle ertheilt. Ausser den Gehörstäuschungen bestehen in einzelnen Fällen ganz vorübergehend solche des Gesichts, meist ziemlich unbestimmten Inhalts. Der Kranke sieht Alles blau, Funken vor den Augen, nimmt drohende Gestalten, Schatten wahr, die auf ihn zukommen, ihn berühren. Fliegen schwirren in der Luft; Ungeziefer kriecht auf dem Bett herum.

In Verbindung mit den Hallucinationen entwickelt sich regelmässig bei dem Kranken die Ueberzeugung, dass er Gegenstand der allgemeinen Aufmerksamkeit ist, dass alle Welt über ihn spricht, ihn beobachtet und bedroht. Offenbar hat man seinen ganzen Lebensschicksalen nachgespürt, Mittel und Wege gefunden, ihn auf das Genaueste zu überwachen, jede seiner Bewegungen, ja jeden Gedanken sofort zu bemerken. Es müssen besondere Vorrichtungen bestehen, die das ermöglichen, geheime Löcher in den Wänden, elektrische Signalapparate, Spiegel u. dergl. Die Feinde stehen draussen und lauern ihm auf, versammeln sich in einem nahe gelegenen Hause, schiessen zum Fenster herein. In Folge dessen wird er misstrauisch gegen seine Umgebung, die alle seine Wahrnehmungen einfach in Abrede stellt, hinter seinem

Rücken aber, wie er durch die Stimmen erfährt, gegen ihn complottirt. Gelegentlich werden nun auch wirkliche Eindrücke im Sinne der Verfolgungsideen gedeutet. Ein älterer Student, dem noch das Abiturientenexamen fehlte, sah in harmlosen Gesten Vorübergehender den Hinweis auf seinen Schnurrbart und seine Glatze und damit den stummen Vorwurf seines Versäumnisses.

Das Bewusstsein ist dabei meist vollkommen ungetrübt. Höchstens besteht eine ganz geringe, erst bei genauerer Beobachtung auffallende Benommenheit. Der Kranke ist besonnen, über seine Umgebung orientirt, denkt im Ganzen folgerichtig, und vermag über seine Krankheitserscheinungen zusammenhängende Auskunft zu geben, ist freilich meist sehr zurückhaltend. Eine klare Krankheitseinsicht ist nicht vorhanden; vielfach betrachtet er die Zumuthung einer Geistesstörung geradezu als einen besonders heimtückischen Schachzug seiner Verfolger, die ihn nunmehr auch noch „närrisch“ machen wollen. Gleichwol hat der Kranke oft ein deutliches Gefühl für die Veränderung, die sich mit ihm vollzogen hat und giebt daher bisweilen auf die plötzliche Frage, wie lange er schon krank sei, zunächst unbefangen die richtige Antwort, auch wenn er sich vorher für völlig gesund erklärt hat. Hie und da scheinen übrigens vorübergehend doch gewisse Zweifel an der Wirklichkeit der Täuschungen aufzutauchen, so dass die Möglichkeit der Krankheit zugegeben wird, allein es bleibt dabei gewöhnlich unsicher, ob die sehr misstrauischen Kranken nicht einfach dissimuliren.

Die Stimmung der Kranken lässt meist eine gewisse resignirte Apathie erkennen, die nur zeitweise ängstlicher Unsicherheit weicht. Im Beginne kommt vorübergehend auch wol lebhaftere ängstliche Erregung vor. Die Kranken sind ruhig, mit sich selbst beschäftigt, kümmern sich wenig um die Vorgänge in ihrer Umgebung, geben einsilbige, ausweichende, aber zutreffende Antworten, erzählen nichts aus eigenem Antriebe. Zeitweise begehen sie absonderliche Handlungen, die sich später aus ihren Wahnideen erklären. Ein derartiger Kranker sprang stundenlang im Zimmer umher, um seinen Feinden kein sicheres Ziel zu bieten, und brachte dabei mit seinem Taschenmesser ein knackendes Geräusch hervor, damit man glauben solle, er besitze einen Revolver. Andere verkriechen sich unter die Betten, legen sich an der Fensterwand auf den Boden, um nicht getroffen zu werden, machen Selbstmordversuche

oder verschaffen sich Waffen, um im Nothfall ihr Leben so theuer wie möglich zu verkaufen. Der Schlaf der Kranken ist regelmässig erheblich gestört, weniger der Appetit, der nur bisweilen durch Vergiftungsideen beeinträchtigt wird. Das Körpergewicht pflegt zu sinken.

Nach ihrem Verlaufe lassen sich im Allgemeinen acute und subacute Formen der Psychose auseinanderhalten, die mir jedoch ohne scharfe Grenzen in einander überzugehen scheinen. Die ersteren haben häufig nur eine Dauer von wenigen Tagen bis zu 2 oder 3 Wochen. Die Genesung tritt plötzlich ein; meist nach einem tiefen Schlafe fällt es dem Kranken wie Schuppen von den Augen, dass er das Opfer von Sinnestäuschungen geworden ist. In den subacuten Fällen kann sich die Krankheit über eine längere Reihe von Monaten hinziehen, meist mit vielfachen Nachlässen und Verschlimmerungen. Die Täuschungen verlieren sich hier ganz allmählich, treten oft vorübergehend noch wieder auf, auch wenn vorher schon volle Krankheitseinsicht bestand. Nach Ilbergs Untersuchungen ist ein protrahirter Verlauf namentlich in den Fällen zu erwarten, in denen ausser den Gehörshallucinationen noch Täuschungen auf anderen Sinnesgebieten vorkommen; auch das gelegentliche Auftreten vereinzelter Grössenideen neben dem Verfolgungswahn deutet auf eine längere Krankheitsdauer hin. Die Erinnerung an die Krankheitszeit ist regelmässig eine durchaus klare und erstreckt sich auf alle Einzelheiten.

Die Prognose der hier besprochenen Formen muss im Allgemeinen als eine sehr günstige bezeichnet werden. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle erfolgt vollständige Genesung. Nur selten kommt es zur Entwickelung eines psychischen Schwächezustandes mit unvollkommener Correctur der Wahnideen und gelegentlichem Wiederauftauchen der Täuschungen, namentlich im Anschlusse an gemüthliche Erregungen. Niemals aber wird die systematische Fortbildung des Verfolgungswahns, mit anderen Worten der Uebergang der Psychose in wirkliche Paranoia beobachtet. Alle entgegenstehenden Angaben glaube ich einstweilen für diagnostische Trugschlüsse halten zu müssen.

Unter den Ursachen des einfachen hallucinatorischen Wahnsinns spielt der Alkoholmissbrauch eine hervorragende Rolle, dessen Spuren

sich bisweilen durch leichten Tremor der Hände verrathen. Namentlich gehäufte Excesse scheinen dabei in Betracht zu kommen, denen die Krankheit nach einem Zwischenstadium von wenigen Tagen zu folgen pflegt. Andererseits sind mir eine Anzahl, besonders subacut verlaufener Fälle bekannt, in denen dem Ausbruche der Erkrankung länger dauernde Gemüthsbewegungen deprimirender Art voraufgegangen waren, auch ohne nennenswerthen Alkoholmissbrauch. In welcher pathologischen Veränderung der gemeinsame Angriffspunkt dieser beiden Gruppen von Ursachen liegt, vermag ich nicht zu übersehen. Es will mir indessen scheinen, als wenn die Fälle mit ganz reinen Gehörstäuschungen häufiger ohne ausgesprochene alkoholische Grundlage beobachtet werden. Die überwiegende Mehrzahl meiner fast sämmtlich männlichen Kranken stand zwischen dem 25. und 40. Lebensjahre.

Die Diagnose der Störung stützt sich auf die ganz acute Entwickelung, den günstigen Verlauf, die völlige Besonnenheit der Kranken und den eigenthümlichen Charakter der Hallucinationen, welche sich meist nicht direct an den Patienten wenden, sondern von ihm nur als gewissermassen unfreiwilligem Zuhörer aufgefasst werden. Es ist indessen zu beachten, dass der ganze Symptomencomplex hier und da auch im Verlaufe einer Dementia paralytica beobachtet wird. Bei verdächtigem Lebensalter wird man daher immer mit dieser Möglichkeit zu rechnen haben und die länger dauernden Prodromalerscheinungen, die Anzeichen der psychischen Schwäche, wie die etwa nachweisbaren nervösen Störungen sorgfältig berücksichtigen müssen. Die Behandlung ist eine wesentlich abwartende, doch kann der Gebrauch eines Schlafmittels vielleicht zur rascheren Genesung mit beitragen.

Nahe verwandt mit der hier beschriebenen Erkrankung sind jene ätiologisch besonders interessanten Formen des hallucinatorischen Wahnsinns, die wir so häufig in der Einzelhaft sich entwickeln sehen. Nach einigen unbestimmten Vorboten, weinerlicher, deprimirter oder gereizter Stimmung, innerer Unruhe, Ohrensausen, Schlaflosigkeit, stellen sich hier plötzlich in der Nacht Hallucinationen des Gehörs, seltener des Gesichts oder der übrigen Sinne ein. Der Inhalt der Täuschungen ist ein neckender, höhnender, oder feindselig, beunruhigend, seltener erfreulich und beglückend. Der Kranke wird verspottet, kritisirt, lächerlich gemacht; er hört, dass er nunmehr

verloren sei, dass in feierlicher Gerichtssitzung sein Verdammungsurtheil ausgesprochen wird. Er wird beschimpft und geschmäht, schrecklicher Verbrechen angeklagt und mit furchtbaren Strafen bedroht, oder gar aufgefordert, selbst ohne Zögern die verdiente Todesstrafe an sich zu vollziehen. Auch seine Familie wird mit zur Rechenschaft gezogen, gefoltert, sein Bruder im Duell für ihn getödtet; man belauscht ihn, fängt jedes Wort auf und weiss sogar aus seinen geheimsten Gedanken neue Anklagepunkte gegen ihn zu schmieden. Das ganze Haus ist mit Gensdarmen umstellt, die jedes Entrinnen unmöglich machen; auf dem Hofe hört er schon mit dumpfen Schlägen das Schaffot zimmern und die Menge schreien, welche sich auf die Hinrichtung eines solchen Scheusals freut. Oder aber es ist die Begnadigung vom Könige gekommen, der gleich selbst eintreffen wird, um ihn zu befreien; Gott verkündet ihm, dass er erhöht, dass ihm seine Sünde vergeben werden soll. Hie und da sieht der Kranke auch schreckliche Gestalten, die das Zimmer erfüllen und auf ihn eindringen; häufiger sind Blitze, bläuliche Nebel, ein fahler Lichtschein, Schlangen, Todtenköpfe, ein leuchtendes, rasch wieder verschwindendes Bild.

Auf Grund dieser oft auch bei Tage andauernden Täuschungen, denen sich bisweilen noch unangenehme Gerüche, Geschmacksempfindungen, abnorme Sensationen hinzugesellen, entwickelt sich sehr rasch bei dem Kranken eine wahnhafte Auffassung seiner Lage. Obgleich sein Bewusstsein wenig getrübt und er im Stande ist, zusammenhängende Auskunft zu geben, vermag er Wahrheit und Täuschung nicht von einander zu trennen und verliert die Orientirung in seiner wirklichen Umgebung. Versündigungs- und Verfolgungsideen schliessen sich an die hallucinatorischen Wahrnehmungen an, und alle Auseinandersetzungen über die krankhafte Natur dieser letzteren werden durch die uncontrolirbaren Stimmen, welche dem Kranken den Arzt mit im Complot zeigen und seine Worte Lügen strafen, sofort paralysirt. Die Stimmung ist meist ängstlich erregt, mit heftigen Exacerbationen, oder gereizt, selten gehoben. Der Kranke ist finster, zurückhaltend, remonstrirt gegen die Stimmen, oder spricht nur leise, flüsternd, um von den Lauschern nicht gehört zu werden. Plötzliche unsinnige Handlungen, Fluchtversuche, Gewaltthätigkeiten, namentlich aber impulsive Selbstmordversuche kommen häufig vor. Bisweilen bestehen Andeutungen von Katalepsie.

Schlaf und Nahrungsaufnahme sind sehr gestört; das Körpergewicht sinkt rasch.

Der weitere Verlauf der Krankheit scheint sehr wesentlich durch den Umstand bestimmt zu werden, ob die Einzelhaft fortdauert oder nicht. Im letzteren Falle ist die Prognose eine günstige. Alle Störungen können binnen wenigen Tagen vollständig schwinden, indem der Kranke wie aus einem Traume erwacht. Seltener zieht sich die Psychose noch über längere Zeit, Wochen oder selbst Monate hin. Die Genesung kündigt sich dann dadurch an, dass der Kranke nicht mehr so auf die Täuschungen achtet, zugänglicher wird, sich zu beschäftigen beginnt und allmählich Krankheitseinsicht erlangt. Fortdauer der Einzelhaft begünstigt die Entwickelung secundärer Schwächezustände mit unvollständigem Schwinden der Wahnideen, episodischem Wiederauftauchen der Sinnestäuschungen und apathischer oder erregbarer Stimmung.

Die Entstehungsbedingungen des hallucinatorischen Gefangenenwahnsinns liegen in jenen deprimirenden Gemüthsbewegungen, denen Sträflinge und Untersuchungsgefangene in so hohem Masse ausgesetzt sind. Das Auftreten von Sinnestäuschungen wird zudem durch die Monotonie der Einsamkeit, die Einschränkung der äusseren sinnlichen Anregungen entschieden begünstigt; daher auch die besonderen Gefahren des Dunkelarrestes. Endlich aber spielt die psychopathische Anlage hier zweifellos eine sehr bedeutsame Rolle. Wir hätten es somit in der Aetiologie beider Formen des einfachen hallucinatorischen Wahnsinns mit der Einwirkung dauernder deprimirender Affecte auf Personen mit geringer moralischer Widerstandskraft zu thun. Im einen Falle wäre diese Schwäche häufiger durch den notorisch in dieser Richtung wirkenden Alkoholeinfluss, im letzteren besonders durch die angeborene Praedisposition verursacht. Aus dieser Uebereinstimmung der Entstehungsbedingungen würde sich die nahe klinische Verwandtschaft der Formen, wie mir scheint, befriedigend erklären. Die grössere Reichhaltigkeit der Täuschungen im Gefangenenwahnsinn würde dann vielleicht auf die besonderen Verhältnisse der Einzelhaft zurückgeführt werden dürfen.

In diagnostischer Beziehung ist darauf hinzuweisen, dass einerseits bei den so häufig in Gefängnissen vertretenen Epileptikern episodisch hallucinatorisch begründete Verfolgungsideen auftreten können, die sich von der hier besprochenen Form durch das plötzliche

Entstehen und Verschwinden, die kurze Dauer und die Unabhängigkeit von der Art der Inhaftirung unterscheiden. Andererseits kann sich im Gefängnisse auch wahre Paranoia entwickeln, oder sie kann, nachdem sie vorher unerkannt bestanden hat, in der Einzelhaft erst klar hervortreten. Hier wird die Diagnose aus der chronischen Entstehungsweise, der logischen Durcharbeitung und Systematisirung der Wahnideen, dem Fehlen primärer Stimmungsanomalien und dem stationären Verlaufe des Krankheitsprocesses abzuleiten sein. Endlich ist noch auf das gelegentliche Vorkommen der Amentia, namentlich bei Untersuchungsgefangenen im Anschlusse an heftige Gemüthserschütterungen, hinzuweisen. Die schwere Bewusstseinstrübung und Verworrenheit dieser Kranken, sowie der stürmische Beginn und Verlauf der Psychose ermöglichen hier die Unterscheidung.

Die Behandlung des Gefangenenwahnsinns erfordert vor Allem die rasche Befreiung des Kranken aus der Einzelhaft. Prophylaktisch sollte bei stark prädisponirten Personen überhaupt von vorn herein nur die gemeinsame Haft in Anwendung gezogen werden. Im Uebrigen ist ein mehr exspectatives Verfahren, sorgfältige Ueberwachung, gute Ernährung, Bewegung im Freien, verlängerte Bäder am Platze.

b. Aengstlich-stuporöse Formen. Zu einer zweiten Gruppe des hallucinatorischen Wahnsinns möchte ich diejenigen Fälle zusammenfassen, in denen die Angst derartig den Krankheitsverlauf beherrscht, dass sich neben ausgeprägtem Verfolgungswahn mit Sinnestäuschungen andauernde Erregung und zeitweise auch ängstliche Spannungszustände entwickeln. Der Ausbruch der Psychose vollzieht sich in der Regel ganz plötzlich, nachdem höchstens einige unbestimmte Prodromalerscheinungen vorangegangen sind, Schlaflosigkeit, leichte Unruhe, Verstimmung, Misstrauen. Die Kranken werden ängstlich, lebhaft erregt, klagen über Schwere und Schmerzen im Kopf und äussern wahnhafte Befürchtungen, sie seien verloren, haben die Gnade Gottes verwirkt; es sei etwas Schreckliches passirt; man habe ihnen Gift gegeben, sie beraubt, verrathen, ihre Kinder vertauscht. Sehr häufig kommt es schon jetzt, in den ersten Tagen der Krankheit, zu einem energischen Selbstmordversuche. Einer meiner Kranken machte in blinder Angst einen schweren Angriff auf seinen Vater.

Bei genauerer Beobachtung stellt sich heraus, dass die Kranken

an massenhaften Sinnestäuschungen leiden. Sie erkennen zwar ihre Umgebung, aber Alles kommt ihnen verändert, verwechselt, unheimlich vor. Sie sehen schwarze Ringe, Funken vor den Augen, fliegende Engel, den Teufel mit leuchtenden Augen, drohende Männergestalten. Vielfach handelt es sich dabei wol um illusionäre Vorgänge; eine meiner Kranken erkannte auf einem schneebedeckten und dann umgepflügten Felde die Leichen aller jener Menschen, die sie ins Unglück gebracht habe. Die Speisen schmecken bitter, nach Gift; sie haben so einen eigenen Geruch; im Körper fühlen die Kranken elektrische Beeinflussungen. Durchaus im Vordergrunde des Krankheitsbildes aber stehen die Gehörstäuschungen. Die Kranken hören Stimmen von der Decke, aus dem Himmel, aus der Tiefe, vom Keller her. Gott spricht zu ihnen, bedroht sie mit furchtbaren Strafen; alle ihre Gedanken werden ausgesprochen und Jedermann bekannt gemacht; Verfolger rufen draussen: Wir haben ihn! Ganz besonders aber hören die Kranken, wie ihre Angehörigen schrecklichen Martern und Misshandlungen unterzogen werden. Der Vater ist oben eingesperrt und muss verhungern; die Verwandten werden gemordet, müssen für die Sünden der Kranken büssen; die Kinder schreien und jammern, rufen um Hülfe, werden in ein Fass mit Nägeln gesteckt, gespiesst, lebendig verbrannt.

In Verbindung mit diesen hallucinatorischen Wahrnehmungen entwickeln sich bei den Kranken zahlreiche Wahnideen, namentlich im Sinne der Verfolgung. Es wird Allen schlecht gehen; man will sie umbringen, vergiften, zerstückeln, ihnen die Zehen abhacken, sie den Hunden vorwerfen. Bisweilen gesellen sich auch Versündigungsideen hinzu. Die Sünden werden ihnen nicht vergeben, weil sie in die Anstalt gekommen sind; sie haben ihre Eltern verrathen, das Abendmahl mit niedrigen Gedanken im Herzen genommen. Gerade in diesen letzteren Fällen pflegt die Neigung zum Allegorisiren der äusseren Eindrücke deutlich hervorzutreten. Eine derartige Kranke meinte von den Schnüren eines Inductionsapparates, das seien die Schlangen, die sich um ihr Herz geschlungen hätten; ein anderer Patient sah in einer leeren Bierflasche den stummen, freilich unbegründeten Vorwurf, dass er ein heimlicher Trinker sei, und zerschlug dieselbe auf dem Kopfe seiner Frau.

Das Bewusstsein der Kranken ist während der grössten Zeit der Psychose nicht schwerer getrübt. Sie können über ihre Perso-

nalien, Vorleben, sowie über ihre Zustände meist zusammenhängend Auskunft geben, wobei sie freilich durch ihren Affect bisweilen sehr abgelenkt oder gehemmt werden. In der Regel wissen sie genau, wo sie sich befinden, wie sehr auch die Auffassung ihrer Lage durch Wahnideen beeinflusst wird. So bezeichnete eine Kranke die Anstalt als das Fegefeuer, ihre Mitpatienten als arme Seelen, während sie sich gleichzeitig Vorwürfe darüber machte, dass sie nicht hätte in die Irrenanstalt gehen sollen, da sie ja gar nicht geisteskrank sei. Während der ersten stürmischen Periode der Krankheit können indessen die Kranken wol zeitweise auch völlig die Orientirung verlieren; namentlich Personenverkennungen sind dann nicht selten. Krankheitseinsicht ist nicht vorhanden, vielfach auch nicht einmal deutliches Krankheitsgefühl.

Auf affectivem Gebiete tritt von vorn herein eine lebhafte ängstliche Erregung in den Vordergrund. Die Kranken sind unruhig, bleiben nicht im Bett, drängen hinaus, widerstreben, jammern Tag und Nacht über die schrecklichen Stimmen und das Unglück, welches über sie und ihre Angehörigen hereingebrochen ist. Hie und da reagiren sie auf die Hallucinationen auch mit Ausbrüchen zorniger Gereiztheit und wüthendem Schimpfen gegen die vermeintlichen Verfolger, oder aber sie liegen in tiefer Zerknirschung tage- und wochenlang verzweiflungsvoll auf den Knieen und beten. Zu irgend einer Beschäftigung sind sie nicht fähig. Sie werden viel zu sehr von ihren Wahnideen in Anspruch genommen, die sich bisweilen geradezu an den Versuch einer Arbeit anknüpfen. So meinte eine meiner Kranken, dass sie beim Häkeln mit jeder Masche eine Seele vom Himmel herunter häkele. Meist wandern sie ruhelos herum, bestürmen den Arzt mit Klagen und Bitten, oder sie stehen mit cyanotisch geschwollenen Füssen lauschend an der Thür, klammern sich in stummer Angst an die Vorübergehenden an, machen gelegentlich rücksichtslose Selbstmordversuche, selbst unter den Augen des Personals. Bisweilen beobachtet man triebartiges Masturbiren.

Schlaf und Ernährung sind stets sehr gestört; häufig besteht energische, aber inconsequente Nahrungsverweigerung; das Körpergewicht sinkt rasch und erheblich.

Nach den ersten Wochen oder Monaten pflegt die anfängliche Erregung allmählich etwas nachzulassen, aber die Krankheit nimmt dennoch regelmässig einen ungemein schleppenden Verlauf. In

manchen Fällen dauert das weinerliche, ängstliche Wesen trotz der Abnahme tieferen Affectes viele Monate hindurch mit geringen Schwankungen unverändert fort. Sehr häufig indessen kommt es zu kürzerem oder länger dauerndem Versinken in stuporöse Zustände mit ängstlicher Spannung. Die Kranken werden still, unzugänglich, geben gar keine oder nur kurze, mühsame, abgerissene Antworten, lassen aber in ihren starren Gesichtszügen, in ihrem rasch wachsenden Widerstande gegen jede äussere Einwirkung, in der Nahrungsverweigerung, der Schlaflosigkeit und gelegentlichen episodischen Erregungen deutlich das Fortbestehen des ängstlichen Affectes erkennen.

Eine entscheidende Besserung der Psychose pflegt sich kaum früher, als nach Jahresfrist, oft erst sehr viel später einzustellen. Die Kranken werden allmählich freier, gehen mehr aus sich heraus, beginnen wieder Interesse an ihrer Umgebung und Neigung zur Beschäftigung zu zeigen. Sie halluciniren zwar noch fort, halten auch an ihren Wahnideen fest, sind aber den Auseinandersetzungen des Arztes bis zu einem gewissen Grade zugänglich und gewinnen bisweilen ein ganz gutes Verständniss für ihre Mitpatienten, deren Eigenthümlichkeiten sie vielleicht sogar mit einem gewissen Humor auffassen, um aber sehr leicht wieder in den ängstlichen, klagenden Ton zu verfallen. „Ich darf nicht lachen," sagte mir eine solche Kranke, „mein Herz ist ja traurig!" Unter langsamer, aber sehr bedeutender Zunahme des Körpergewichtes, Besserung des Schlafes und Appetites treten die krankhaften psychischen Erscheinungen nach und nach immer mehr zurück. Die Stimmung wird ruhiger und gleichmässiger, die Sinnestäuschungen verschwinden, und auch die Wahnideen verlieren sich; es kommt sogar zu einer gewissen Krankheitseinsicht. Freilich scheint es sich dabei nicht eigentlich um eine klare, kritische Correctur der Krankheitserscheinungen, sondern mehr um ein Verblassen und Vergessen derselben zu handeln. Das Ueberstehen einer geistigen Störung wird wol im Allgemeinen zugegeben, aber im Einzelnen kommt es nicht überall zu einer unumwundenen und durchgreifenden Abscheidung der krankhaften Züge, trotzdem die Erinnerung an die durchlebte Zeit ziemlich gut zu sein pflegt.

In der That ist der Ausgang derjenigen Fälle, welche der vorstehenden Schilderung zu Grunde liegen, überall ein eigenthüm-

licher geistiger Schwächezustand gewesen; die Möglichkeit, dass auch einmal eine vollständige Genesung zu Stande kommen könne, soll damit nicht ausgeschlossen werden. Die von mir beobachteten Kranken waren nach ein- bis zweijähriger Dauer der Psychose für die oberflächliche Betrachtung gesund. Bei genauerer Prüfung stellte sich indessen heraus, dass die Gehörstäuschungen nicht vollständig verschwunden waren, sondern gelegentlich mit oder ohne äusseren Anlass ganz vorübergehend wieder auftraten. Von fixirten Wahnideen, geschweige denn von einem „System", war gar keine Rede; sobald aber die Täuschungen sich zeigten, tauchten auch einzelne der alten Wahnvorstellungen wieder auf. Die Kranken wurden für einige Stunden, eine Nacht erregt, ängstlich oder gereizt, warfen einmal ihr Essen in's Zimmer, schimpften zum Fenster hinaus, weinten unmotivirt, beruhigten sich aber stets sehr rasch, führten ihr sonderbares Benehmen auf die „Stimmen" und auf ihre alte Krankheit zurück, um dann Monate und selbst Jahr und Tag in bescheidenem Wirkungskreise ein fast vollkommen normales Verhalten zu zeigen. Ein gewisser Mangel an Urtheil, Stumpfheit des Interesses bei gemüthlicher Erregbarkeit, Unfreiheit und Unselbstständigkeit im Handeln war dabei allerdings stets unverkennbar.

Es erscheint daher selbstverständlich, dass bei diesen Kranken nicht selten spätere Recidive vorkommen, die sich indessen durch die deutliche psychische Schwäche, die geringere Intensität der Erscheinungen und den rascheren Verlauf sehr wesentlich von der ersten Erkrankung unterscheiden. In einem derartigen Falle wurden in ganz verschiedenen Zwischenräumen drei solcher Rückfälle beobachtet, davon zwei im Anschluss an Todesfälle naher Verwandter; die Rückkehr in den relativ normalen Zustand erfolgte jedesmal nach wenigen Monaten, während die erste Erkrankung etwa ein Jahr gedauert hatte.

Ob die hier von mir geschilderte Gruppe von Beobachtungen eine eigene und einheitliche Krankheitsform darstellt, muss die Zukunft lehren. Möglich wäre es, dass die Fälle mit stark hervortretenden Versündigungsideen sich noch von denjenigen abgrenzen lassen, bei denen ausschliesslich Verfolgungswahn besteht. Bei jenen ersteren schien mir die Ausbildung des Krankheitsbildes phantastischer und die ängstliche Erregung grösser zu sein, während hier die stuporösen Zustände häufiger waren. In diagnostischer

Beziehung ist gegenüber der Amentia auf die grössere Besonnenheit der Kranken, den inneren Zusammenhang ihrer Wahnideen, das Fehlen manischer Symptome, die verschiedenartige Aetiologie, den weit schleppenderen Verlauf, den ungünstigen Ausgang in einen ganz bestimmt charakterisirten Schwächezustand hinzuweisen. Vor der Verwechselung mit Paranoia schützen die allgemeinen körperlichen und psychischen Anzeichen der acuten Psychose, vor derjenigen mit Melancholie die ausgebildeten Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen.

Ueber die Ursachen der Krankheit vermag ich keine völlig befriedigenden Angaben zu machen. Jedenfalls spielt die psychopathische Praedisposition eine entschiedene Rolle. Mehrfach handelte es sich um schon ursprünglich schwach und haltlos veranlagte Geschöpfe, namentlich Mädchen. Ausserdem scheinen auch hier dauernde depressive Affecte und chronisch schwächende Einwirkungen für die Entwickelung der Psychose von Bedeutung zu sein. Die Mehrzahl meiner Kranken stand zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre.

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 die Bettruhe, ferner verlängerte Bäder, Einpackungen, endlich das Opium, Morphium, der Alkohol oder auch gelegentliche Hypnotica nothwendig werden können; natürlich ist genaue Ueberwachung unerlässlich. Im Uebrigen handelt es sich wesentlich um die Fernhaltung von Schädlichkeiten, unter denen die Besuche der nächsten Angehörigen besonders zu beachten sind, dann aber um die Sorge für zweckmässige und ausreichende Ernährung. Bei eintretender Beruhigung ist eine vorsichtige geistige Diätetik, Ablenkung durch Unterhaltung, Beschäftigung, Spaziergänge u. s. f., am Platze. Hat der körperliche Zustand völlig die Norm erreicht, so dass der Krankheitsprocess abgeschlossen erscheint, so wird unter günstigen äusseren Umständen die dauernde Rückkehr in die häuslichen Verhältnisse meist ohne Schwierigkeiten durchführbar sein.

c. Progressive Formen. In dieser Gruppe möchte ich eine Reihe von Beobachtungen zusammenfassen, bei welchen sich subacut zusammenhangslose Verfolgungs- und später auch Grössenideen mit lebhaften Sinnestäuschungen und Affecten entwickeln, um zumeist in einen Zustand geistiger Schwäche und

Verworrenheit hinüberzuführen. Im Beginne der Psychose sind die Kranken traurig, ängstlich, verstört, zurückhaltend und können zunächst für Melancholiker gehalten werden, bis sich herausstellt, dass sie auf das Lebhafteste halluciniren. Sie hören, dass die Todesstunde da sei; nur eine halbe Stunde ist Aufschub, dann werden sie aufgehängt, auf 100 Jahre in die Leichenkammer gelegt. Die nächsten Angehörigen sollen gefoltert werden; Alle werden ermordet, sind schon gestorben; die Familie ist entehrt, die Frau ist untreu. Sie werden belauscht; 10000 Pariser Telephonstimmen sind im Bett; sie sind mannstoll, Gottes nicht werth, vom ersten Athemzuge an sündig, haben den Menschen nicht gegeben, was ihnen gebührt. In den Speisen ist Gift, Samen im Kaffee; ihnen wird Leichengift eingespritzt. In den Mustern der Tapeten zeigen sich Fratzen; die Bilder irgend eines Buches beziehen sich auf ihr Schicksal, sollen sie an ihre Verbrechen mahnen. Die ganze Umgebung erscheint verändert; die Personen wechseln ihre Gesichter; draussen ist Krieg; es wird eingebrochen; irgendwo ist ein Dieb versteckt.

Trotz dieser mannigfachen Täuschungen und Wahnideen sind die Kranken ziemlich klar, über ihren Aufenthaltsort orientirt und im Stande, zusammenhängend zu erzählen. Sie besitzen keine oder doch nur ganz unvollkommene Krankheitseinsicht. Gerade die Selbstverständlichkeit, mit der sie bei äusserer Besonnenheit die absurdesten Wahnvorstellungen festhalten, ist bisweilen sehr auffallend.

Die Stimmung ist ängstlich, misstrauisch; bald überwiegt die unzugängliche, stumme Verzweiflung, bald mehr die Erregung und Unruhe mit lautem Jammern und Klagen. Selbstmordversuche sind nicht selten. Die Nahrungsaufnahme ist sehr unregelmässig, der Schlaf hochgradig gestört; das Körpergewicht sinkt rasch.

Nach einigen Monaten ändert sich das ganze Krankheitsbild ziemlich plötzlich. Die Depression tritt gänzlich zurück; die Kranken werden lebhaft, heiter, selbstbewusst und beginnen massenhafte Grössenideen zu äussern. Es geschehen Wunder; sie sind gestorben und wieder auferstanden, viermal heilig geboren, haben die Kraft, alle Menschen zu erlösen. Der Kaiser ist im Hause; die Personen der Umgebung sind Berühmtheiten und hohe Herrschaften. Die Kranke ist mit dem Arzte verheiratet, schwanger, hat durch ein Wunder ein Kind geboren. Alles hat eine besondere Bedeutung; auch vergangene Ereignisse wiesen bereits auf die Zukunft hin; die

Bäder sind Wunderbäder von 100° Wärme; Gottes Gestalt sitzt unter dem Fussboden. Daneben bestehen die Verfolgungsideen fort. Der Kranke muss um sein Leben kämpfen; diese Nacht ist die letzte; Alle sind Betrüger, gemeine Menschen. Politik und Religion stehen auf dem Spiele; im Ofen ist ein Mensch eingemauert. Man macht ihm Bilder vor; das Essen verwandelt sich in Menschenköpfe; es werden sexuelle Angriffe ausgeführt. Die Menschen verdoppeln und vervierfachen sich; ein Anderer hat seinen Kopf auf.

Die ausserordentliche Zusammenhangslosigkeit und Zerfahrenheit dieser Wahnideen lässt meist schon jetzt einen gewissen Grad geistiger Schwäche erkennen. Die Kranken sind nicht mehr im Stande, eine geordnete Unterhaltung zu führen, sondern gerathen nach kurzer Zeit in ein halb verworrenes, halb ideenflüchtiges Delirium, aus dem sich die geschilderten Wahnideen nur bruchstückweise herauserkennen lassen. Dabei besteht ein sehr gehobenes Selbstgefühl, welches sich meist in gezierter Ausdrucks- und Sprechweise, gespreizten, theatralischen Geberden, in der Neigung zum Posiren, zu abenteuerlichem Aufputze der Kleidung kund giebt. Die Kranken sind reizbar, oft unvermuthet brutal, gewaltthätig, vielleicht im Zusammenhange mit den Sinnestäuschungen. Zeitweise beobachtet man plötzliche, rasch vorübergehende Angstanfälle oder sexuelle Erregung mit obscönem Reden und rücksichtslosem Masturbiren. In der Regel besteht auch längere Zeit hindurch ein deutlicher Bewegungsdrang. Die Kranken halten grosse Reden, verfassen bogenlange, verworrene Schriftstücke, bekritzeln die Wände, fangen alle möglichen Dinge an, ohne irgend etwas zu Ende zu bringen, drängen hinaus, gehen im Sturmschritt spazieren. Der körperliche Zustand pflegt sich langsam zu heben.

Wie es scheint, ist in einzelnen Fällen hier noch eine Besserung, ein Zurücktreten der Sinnestäuschungen, Wahnideen und der Erregung, sowie das Gewinnen einer gewissen Krankheitseinsicht möglich. Wahrscheinlich dürfte es sich dabei jedoch um Heilungen „mit Defect“ handeln. In der Mehrzahl der Fälle dagegen kommt es unter Andauer der Sinnestäuschungen zu einem rasch fortschreitenden psychischen Verfall. Schon nach Verlauf von ein bis zwei Jahren, bisweilen noch früher, sind die Kranken meist vollkommen schwachsinnig und verworren. Sie haben zwar noch eine ungefähre Kenntniss von ihrer Umgebung, produciren aber auf An-

reden sofort ein ganz unsinniges, zusammenhangsloses Gefasel. Die Erregung verliert sich nach und nach; höchstens bleibt die Neigung zum Zerreissen, zu affectirtem oder possenhaftem Sprechen und Benehmen noch längere Zeit zurück. Dieser Zustand kann viele Jahre hindurch stationär bleiben, so dass sogar noch das Heranziehen zu ganz einfachen Beschäftigungen möglich ist.

Offenbar handelt es sich bei dieser Psychose um einen schweren, tiefgreifenden Krankheitsprocess. Hereditäre Veranlagung findet sich fast regelmässig und kündigt sich in mannigfachen abnormen Charakterzügen, auffallender Pedanterie, exaltirtem Wesen, einseitiger künstlerischer Begabung u. dergl. an. Nicht selten sind schon früher flüchtigere Störungen des psychischen Gleichgewichts voraufgegangen. Eine meiner Kranken hatte 6 Jahre vorher einen Anfall ängstlich-stuporösen hallucinatorischen Wahnsinns durchgemacht, war genesen, nur etwas misstrauisch und reizbar geblieben. Die neue Erkrankung zeigte den oben geschilderten, halb depressiven, halb expansiven Verlauf und führte zu dauernder Verworrenheit. Die Mehrzahl meiner Kranken stand zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre.

Die Diagnose der Psychose kann in den ersten Monaten zweifelhaft sein. Die schwere psychische Depression mit massenhaften Hallucinationen und Wahnideen erinnert an die im vorigen Abschnitte besprochenen ängstlich-stuporösen Formen, aber die Kranken sind weniger benommen, gehen mehr aus sich heraus. Mit dem Wechsel des Krankheitsbildes kann die Möglichkeit eines circulären Irreseins erwogen werden. Abgesehen von dem Lebensalter, spricht dagegen die immer deutlicher werdende Zerfahrenheit und Verworrenheit des Vorstellungsverlaufes, die hier nicht als Theilerscheinung psycho-motorischer Erregung, sondern als das Zeichen eines fortschreitenden geistigen Verfalles zu betrachten ist.

Die Behandlung kann nur eine exspectative sein. Die Kranken bedürfen meist dauernd des Anstaltsaufenthaltes, Anfangs wegen der Selbstmordgefahr, später wegen der häufigen Erregungszustände.

d. Labile Formen. In dieser letzten Gruppe finden sich alle diejenigen Beobachtungen vereinigt, welche neben den allgemeinen Symptomen des hallucinatorischen Wahnsinns einen sehr eigenthümlichen, unregelmässigen Wechsel zwischen

depressiver und manischer Verstimmung darbieten. Zunächst möchte ich dabei derjenigen Fälle gedenken, bei denen die psychische Depression vorherrscht, während sich manische Erregungszustände ganz plötzlich und unvermittelt als kürzer oder länger dauernde Episoden einschieben.

Den Beginn der Erkrankung bildet regelmässig eine traurig-ängstliche Verstimmung mit Sinnestäuschungen und Verfolgungs- bisweilen auch Versündigungsideen. Die Kranken sind niedergeschlagen, schlaflos, beunruhigt, glauben sich von ihrer Umgebung verachtet und verspottet. Sie hören einzelne beschimpfende oder drohende Aeusserungen, die von der Strasse herauf oder aus dem Nachbarhause herübertönen: „da hinten steht sie," „hergelaufenes Kellnerinnenmensch," „so eine Tochter möchte ich nicht haben," „er wird castrirt," „heute Nacht muss die Lisbeth sterben"; es wird vom Erstechen gesprochen. Bisweilen ist der Inhalt der Stimmen ein ganz gleichgültiger, sogar unverständlicher, oder sie begleiten alle Handlungen des Kranken, kritisiren, mischen sich in die Gedanken hinein. Sie werden dann im Körper localisirt: Das Herz und die Lungen sprechen; der Magen macht laute Bemerkungen. In der Nacht kommt Jemand ins Zimmer; es sind weisse Gestalten, Männer mit Zipfelhauben da; an der Tasse klebt Blut; überall ist ein furchtbarer Geruch; das Fleisch stinkt wie die Pest; im Essen ist Gift; der Körper wird elektrisirt, syphilitisch gemacht, der Oeffentlichkeit preisgegeben.

Der Kranke bemerkt, dass er unter polizeilicher Ueberwachung steht; man verfolgt ihn wie einen Hasen, hält ihn für einen Dieb. Alles erscheint verändert; fremde Menschen kommen ihm bekannt vor; man sieht ihn „so schwarz" an. In der Zeitung steht schon, was man mit ihm vorhat; wenn er Fleisch essen soll, so bedeutet das, es werde ihm schlecht gehen; man wird ihn in ein Zuchthaus, in ein Bordell schleppen. Trotz dieser weitgehenden Verfälschung ihrer Auffassung sind die Kranken höchstens ganz vorübergehend etwas verwirrt, bleiben über ihre Umgebung vollkommen orientirt und erscheinen auf den ersten Blick wol leicht benommen, aber ganz geordnet. Krankheitsgefühl ist häufig vorhanden, aber kein klares Verständniss für die einzelnen Krankheitserscheinungen. Die Stimmung wechselt; regelmässig aber kommt es zeitweise zu lebhaften Angstzuständen mit starker Selbstmordneigung. Meist sind

die Kranken gegenüber ihrer Umgebung sehr misstrauisch und zurückhaltend, benehmen sich im Ganzen correct, wenn auch etwas sonderbar abweisend.

Schon im Beginn der Psychose fällt es auf, dass sich zwischen die vorwiegend depressiven Wahnvorstellungen ganz unvermittelt einzelne Grössenideen einmischen. Der Kranke glaubt die Aufmerksamkeit hochgestellter Damen auf sich gezogen zu haben; Heirathsgedanken tauchen auf; er hat den deutschen Kaiser gesehen; es ist ein Vermögen für ihn deponirt worden. Im weiteren Verlaufe verwandelt sich plötzlich die ängstliche Verstimmung in maniakalische Heiterkeit mit Ideenflucht und Bewegungsdrang, in welche sich hie und da Andeutungen ekstatischer Verzückung mit Katalepsie einschieben können. Die Kranken werden ausgelassen, lustig, lachen, geben schnippische, bisweilen affectirt grobe oder ganz unverständliche, beziehungslose Antworten, sprechen viel, singen Gassenhauer, zeigen erotische und sexuelle Erregung, wollen einen Prinzen heirathen, beginnen zu masturbiren. Auch die Stimmen nehmen an diesem Umschwung theil, fordern die Kranken auf, recht zu schreien, sagen ihnen vor, was sie thun sollen. Solche Paroxysmen dauern in der Regel nur wenige Tage oder selbst nur Stunden, können sich aber mehrfach wiederholen. In den Zwischenzeiten sind die Kranken wieder leicht ängstlich benommen, deprimirt; nur hie und da deutet sich durch ein Lächeln, eine humoristische Bemerkung oder unmotivirte Gereiztheit die Gleichgewichtsstörung auf dem Gebiete der Stimmung an. In körperlicher Beziehung bestehen auch hier die Erscheinungen der acuten Psychose, schlechter Schlaf, Abnahme des Appetites und Sinken des Körpergewichts.

Nach einer Reihe von Monaten und vielfachen Schwankungen des Zustandes pflegen unter fortschreitender Besserung der allgemeinen Ernährung ganz allmählich auch die psychischen Krankheitssymptome zu schwinden. Die Stimmen verlieren ihre Macht über den Kranken; er hört ihnen halb ärgerlich, halb belustigt zu, bis sie sich endlich vollständig verlieren. Die Wahnideen treten zurück, die Stimmung wird gleichmässig, und der Kranke gewinnt eine klare Einsicht in die überstandene Störung. In der Regel läuft der ganze Krankheitsprocess in 6—8 Monaten ab, kann sich aber auch über ein Jahr hin erstrecken. Die Prognose scheint eine durchaus günstige zu sein.

Mit dieser Form scheint mir eine zweite Gruppe von Fällen nahe verwandt zu sein, bei welcher die manischen Symptome vorwiegend das Krankheitsbild beherrschen, während ängstliche und depressive Verstimmungen nur vorübergehend stärker hervortreten. Die Psychose beginnt regelmässig ganz acut. Die Kranken werden schlaflos, aufgeregt, unruhig, bald ängstlich, bald auffallend lustig, laufen von Hause fort und äussern plötzlich allerlei phantastische Verfolgungs- und Grössenideen. Zugleich stellen sich massenhafte Hallucinationen ein. Der Schutzengel, die Jungfrau Maria spricht; Gottes Stimme ertönt und ertheilt Befehle, der Kranke soll den Hund tödten, der Kirche eine Schenkung machen, eine Aufgabe lösen fürs Vaterland. Auch die Nachbarn hört er über sich sprechen; sein ganzer Lebenslauf wird erzählt; neckende Bemerkungen werden über ihn gemacht, er sei „jungfernstichig“, man vigilire auf ihn, 50 Mädchen erwarten ihn.

Die Stimmen kommen zum Theil aus der Ferne oder von oben, aus den Wänden, sitzen aber auch in den einzelnen Körpertheilen, als Kopfstimme, Magenstimme; selbst die Zehen sprechen. Aeussere Geräusche werden zu Worten; das Knarren der Dielen, das Pfeifen der Locomotiven, die Fussstapfen der Menschen enthalten abgerissene Aussprüche, Aufforderungen, Scherze, Verhöhnungen. Vor den Augen erscheinen Phantasien; der Kranke sieht Alles blau oder grün, sieht Flammen, Leute, die ihn erschlagen wollen, einen Sarg und ein Grab, den Heiland, die Gräfinnen von Belfort und Neapel, König Ludwig und Moltke. Dabei riecht es so kurios, nach Pech, Anis, Fleisch, Collodium; die Speisen schmecken nach Gift. Weisser und gelber Dunst geht aus dem Munde; die Zunge ist gefühllos, der Körper wird elektrisirt, die Geschlechtstheile geschliffen; fremdes saures Blut circulirt in der rechten Kopfhälfte, schäumt und kocht darin, das Glied wird durch Elektricität steif gemacht.

An diese mannigfaltigen krankhaften Wahrnehmungen schliessen sich ebenso bunte und unsinnige Wahnideen an. Der Kranke glaubt sich verfolgt, wird von seinen Feinden angegriffen, muss alle Sinne durchmachen, den Kunstsinn, Freisinn, Irrsinn, Stumpfsinn; überall sind geheime Vorrichtungen, um ihn zu beeinflussen; man hat ihn „presshefig“ gemacht. Er besitzt Gottes Stimme, ist reich, Papst und Kaiser, hat Frankreich und Russland geschlagen, wird vom Grossherzog zur Audienz befohlen, ist im Himmel gewesen. Sehr be-

merkenswerth ist dabei die Neigung, beliebigen Wahrnehmungen eine symbolische Bedeutung beizulegen. Auf einem alten Zettel entdeckt er das Zeichen von Oesterreich und Deutschland; die Buchstaben seines Namens weisen auf königliche Abstammung hin; die Schwalben fliegen genau nach den Winken seiner Hand; weisse Schürzen „haben am Ende was zu bedeuten."

Alle diese Wahnideen stehen nur in lockerem Zusammenhange unter einander und werden vielfach auch nur kurze Zeit festgehalten, um bald wieder von anderen, völlig widersprechenden Vorstellungen abgelöst zu werden. Freilich kehren einzelne Grundzüge häufig wieder und werden auch mit einem gewissen Ernste gegen Einwände vertheidigt; im Ganzen jedoch scheint es sich mehr um plötzliche Einfälle zu handeln, die sich dem Kranken aufdrängen, ohne eine tiefere Wurzel in der Gesammtrichtung seines Denkens zu haben. Am meisten sprechen für diese Auffassung die regelmässig vorhandenen Andeutungen von Ideenflucht.

Man bemerkt deutlich, dass die Kranken nicht im Stande sind, einen bestimmten Gedanken ganz systematisch zu verfolgen, sondern sehr bald den Zusammenhang verlieren, abschweifen, zufällige Wahrnehmungen hineinflechten und plötzlich in oft ganz überraschender Weise mit einigen sinnlosen Redensarten schliessen. Namentlich in Briefen oder Zeichnungen ist diese Störung meist sehr auffallend. Ein derartiger Kranker antwortete mir auf meine Bitte, einen unverständlichen Satz näher zu erklären: „Rechts Stern, rechts Bouquet, links Peitsche, links parallel, das ist — jetzt können wir's schlafen lassen."

Diese Erscheinung ist um so bemerkenswerther, als die Kranken dabei vollständig besonnen, orientirt und geordnet erscheinen. Sie geben richtige Auskunft über ihre Verhältnisse, sind klar über ihre Umgebung und vermögen lange Gespräche zu führen. Bisweilen besteht auch ein entschiedenes Krankheitsgefühl, wenigstens beantworten sie die Frage nach dem Beginne der Krankheit fast immer ganz prompt. Von einer Einsicht in die krankhafte Natur der einzelnen Erscheinungen ist dagegen keine Rede; sie glauben für den Augenblick ganz fest an die Wirklichkeit der Verfolgungen und Verheissungen, allerdings ohne dieselben geistig weiter zu verarbeiten oder daraus Folgerungen für ihr Handeln zu ziehen.

Die Stimmung der Kranken ist im Beginne meist ängstlich

und niedergeschlagen. Einer meiner Kranken nahm deshalb die Sterbesacramente. Späterhin ist ein vielfacher Wechsel zu beobachten. Meist sind die Kranken eigenthümlich lustig, zu humoristischen Bemerkungen geneigt, bisweilen hochfahrend, gereizt; dazwischen hinein schieben sich aber auch nicht selten heftige Angstanfälle. Auch unter ihrer heiteren Stimmung verbirgt sich zuweilen eine deutliche Aengstlichkeit. In dem Benehmen der Kranken macht sich vor Allem eine gewisse Unruhe geltend. Sie sprechen schnell, wenn auch nicht gerade viel, machen plötzliche, ganz unmotivirte Bemerkungen, bisweilen in theatralischer Betonung, gehen viel herum, gesticuliren in auffallender Weise, beschreiben Zettel mit zusammenhangslosen Zeichen oder Sätzen. Nicht selten kommt es zu absonderlichen Handlungen in Folge der Sinnestäuschungen und Wahnideen. Einer meiner Kranken entfernte den Blumenschmuck von dem Grabe seiner Frau, weil sie es ihm befohlen hatte, forderte seine Schwiegermutter zum Coitus auf, „um sie zu prüfen“; ein Anderer urinirte durch das Gitter zum Fenster hinaus, um die Elektricität abzuleiten. Noch ein Anderer hielt den Harn zurück, dass die Blase sich bis zum Nabel ausdehnte, weil ihm plötzlich der Gedanke gekommen war, er müsse das thun. Hie und da beobachtet man Andeutungen von Katalepsie.

In somatischer Beziehung sind die Klagen über Schwindel und Kopfschmerzen bemerkenswerth. Der Schlaf ist sehr unruhig, die Nahrungsaufnahme ziemlich regelmässig. Das Körpergewicht sinkt.

Der Verlauf der Psychose ist meist ein subacuter. Trotz zeitweiser Besserungen mit mehr oder weniger vollständiger Krankheitseinsicht und gelegentlicher, vorübergehender Angstzustände erhält sich der maniakalische Grundzug in wechselnder Intensität mindestens durch einige Monate hindurch. Unter stetigem Ansteigen des Körpergewichtes treten die Täuschungen ganz allmählich zurück; der Kranke „achtet nicht mehr so darauf.“ Das Benehmen wird geordneter, die Stimmung gleichmässiger, und es kommt nun bisweilen innerhalb weniger Tage zu einer vollständigen Correctur der Wahnideen. Die Dauer des ganzen Krankheitsprocesses dürfte meist etwa 5—6 Monate betragen; es giebt aber auch viel langsamer verlaufende Fälle. Die Prognose scheint fast immer eine günstige zu sein. Ich kannte einen wahrscheinlich hierher gehörigen Kranken, der

nach 5jähriger Dauer der Psychose soweit wieder hergestellt wurde, dass er selbständig seine Gärtnerei weiter betreiben konnte.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die wichtigste Ursache auch der im Vorstehenden geschilderten Krankheitsbilder in der psychopathischen Praedisposition gesucht werden muss. Thatsächlich findet sich auch regelmässig mehr oder weniger schwere hereditäre Belastung. Die Psychose entsteht vorzugsweise in der Zeit zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre; chronisch schwächende körperliche Ursachen scheinen eine gewisse Rolle zu spielen. Ich halte es wegen der klinischen Verwandtschaft des Krankheitsbildes mit gewissen Formen des periodischen Irreseins für sehr möglich, dass es auch hier sich eigentlich um periodische Erkrankungen handelt, doch bin ich noch nicht im Stande, diese Auffassung sicher zu beweisen.

Die Behandlung ist eine wesentlich exspectative. Im Anfange ist Bettruhe und dauernde Ueberwachung geboten, späterhin Ablenkung, Lectüre, Unterhaltungen, leichte Beschäftigung. Vorsicht ist bei der Beurtheilung der sehr häufigen Remissionen am Platze, weil durch verfrühte Entlassung Schaden gestiftet werden kann. Nur nach völliger Rückkehr des Körpergewichtes zur Norm schwindet die Gefahr des Rückfalles. Unter dieser Voraussetzung kann hier bisweilen sogar dann an die Entlassung gedacht werden, wenn das volle, unumwundene Verständniss für die Krankheit noch nicht in befriedigendem Masse erreicht ist.

B. Der depressive Wahnsinn.*)

Das Krankheitsbild des depressiven Wahnsinns ist gekennzeichnet durch die subacute Entwickelung phantastischer, meist mit vereinzelten Sinnestäuschungen einhergehender Wahnideen bei gleichzeitiger depressiver Verstimmung. Das erste Stadium der Erkrankung erstreckt sich meist über einige Wochen, bisweilen selbst über Monate hin. Die Kranken werden reizbar, verstimmt, ängstlich, empfindlich gegen Geräusche, äussern allerlei grundlose Befürchtungen und klagen über Druck im Kopfe, Unruhe am Herzen, abnorme Empfindungen im Körper. Der Schlaf wird schlecht, vielfach durch ängstliche Träume oder selbst durch nächt-

*) Péon, De la mélancolie avec délire. 1874.

liche, unbestimmte Sinnestäuschungen (Geräusche oder Lichtschein 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. Seine Eingeweide sind nicht mehr in Ordnung; der Magen verdaut nicht mehr; das Blut stockt; die Glieder vertrocknen; der Kopf ist ganz dumm geworden.

Weiterhin kommt es regelmässig zur Entwickelung von Versündigungs- und Verfolgungsideen. Der Kranke ist an allem Unglück Schuld, hat schreckliche Verbrechen begangen, gelogen und betrogen, die Anstalt verrathen, Alle geschlachtet, durch seine unsinnigen Reden die ganze Welt zu Grunde gerichtet und wegen seiner Scheusslichkeiten tausendfach den Tod verdient. Städte und Länder sind um seinetwillen verwüstet worden; jedesmal, wenn er sich im Bette umdreht, wird ein Mensch hingerichtet. In der Nacht schläfert man ihn ein, bringt ihn fort, lässt ihn tolle Streiche begehen, für die man ihn später verantwortlich machen wird, ohne dass er etwas davon weiss. Er ist nicht werth, dass man mit ihm spricht, ihn auch nur ansieht; man soll ihn doch nur erschiessen, in ein finsteres Loch werfen, lebendig begraben, ihm die Zunge herausreissen, den Kopf abschlagen.

Jedenfalls wird nun das schreckliche Strafgericht alsbald über ihn hereinbrechen. Er ist bereits völlig verarmt und mittellos, kann das Essen, das Bett nicht mehr bezahlen, darf sich höchstens vom Abfall nähren und auf der Diele schlafen. Es wird ein entsetzliches Unglück geschehen; Alles wird untergehen um seinetwillen. Die Polizei wird kommen, um ihn zur Verantwortung zu ziehen; er wird dann den grässlichsten Martern unterzogen, mit Blausäure oder Arsenik vergiftet, an eine Leiche festgebunden, im Abgrunde wilden Thieren vorgeworfen, auf einer Kuhhaut zur Richtstätte geschleppt werden. In einzelnen Fällen nehmen die Wahnvorstellungen einen „nihilistischen“ Charakter an. Die Welt existirt nicht mehr; es ist Alles gefälscht und nur Schein; alle Menschen sind todt, verbrannt, verhungert, weil es nichts mehr zu essen giebt, weil der Kranke in seinen ungeheuren Magen Alles hineingeschlungen hat.

Niemand isst oder schläft mehr; er selbst lebt auch nicht mehr, ist nur noch ein Automat, ganz klein, winzig zusammengeschrumpft, unsichtbar.

Einen merkwürdigen Gegensatz zu solchen verzweiflungsvollen Erzählungen bilden nicht selten unvermittelt dazwischen sich einschiebende Grössenideen. Die Kranken erzählen mit geheimnissvoller Miene, dass man sie für die Jungfrau Maria halte, die nun bald mit Christus niederkommen werde, dass man immer glaube, sie könnten Wunder thun, Gold machen und alle Krankheiten heilen; sie sollen in einem „silbernen Kessel" gesotten werden; der Kaiser soll kommen und sie ansehen.

Regelmässig werden nun auch die Wahrnehmungen des Kranken in der durchgreifendsten Weise verfälscht. 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. Man spielt nur Comödie mit ihm, sucht ihn zu täuschen; die Angehörigen, die er ins schrecklichste Unglück gebracht hat, verstellen sich, weil sie dazu gezwungen werden. 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 Verliessen; die Bäume im Walde, die Felsen erscheinen unnatürlich, als wenn sie künstlich gemacht und eigens für ihn dort aufgebaut wären. Die Personen, die ihn besuchen, sind nicht die richtigen, werden ihm vom Arzte nur vorgemacht, 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.

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 zusammen-

gefunden 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. Die mit einem bezeichnenden Blicke gemachte Bemerkung, dass Zahnschmerzen glücklicherweise einmal aufhören, kündigt ihm zu seinem Schrecken an, dass er niemals aufhören, sondern unsterblich sein 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.

Die grosse Mehrzahl dieser Ideen entsteht auf dem Wege einfacher wahnhafter Erfindung. Die Kranken machen auch meist keinen Versuch, dieselben irgendwie zu begründen; sie wissen, dass es so ist; es ist ihnen eben so gewesen, als ob dies oder jenes geschehen werde. Freilich lässt sich fast immer das Bestehen einzelner Sinnestäuschungen nachweisen, aber dieselben spielen bei der eigentlichen Wahnbildung eine verhältnissmässig geringe Rolle. Vielfach handelt es sich auch wol um Illusionen. 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, sich bewegt, oder dass demselben die abscheulichsten Ingredienzien, Würmer, Grünspan, Blut, Menschenfleisch, Sperma, ganz kleine abgeschnittene Köpfe mit grinsenden Fratzen beigemischt sind. Die kleinen Knötchen seiner Bettleinwand erscheinen ihm wie zahlloses Ungeziefer; am Fenster erblickt er Todtengesichter, die Skelette seiner Angehörigen, an den Bäumen aufgehängte Leichen, oder er sieht Schlangen auf dem Boden kriechen, Katzen, kleine Männer im Zimmer herumlaufen, glaubt bis an die Kniee im Blute zu waten. 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.

Trotz aller dieser tiefgreifenden Störungen der Wahrnehmung und Intelligenz ist ein gewisser Grad von Besonnenheit bei den Kranken fast immer noch erhalten. Sie geben zutreffende Auskunft über ihre persönlichen Verhältnisse und sind nicht selten im Stande, ziemlich zusammenhängend zu erzählen, sowie neue Eindrücke, freilich in krankhafter Weise, weiter zu verarbeiten. Bisweilen besteht sogar ein dumpfes Bewusstsein von der Natur der Störung; die Kranken klagen, dass man sie durch das Essen, die Arzneien ganz verwirrt gemacht, hypnotisirt habe, dass sie immerfort Unsinn reden, bald dies, bald jenes Verbrechen bekennen müssten, verrückt geworden seien. In anderen Fällen fehlt den Kranken die Fähigkeit vollkommen, selbst die absurdesten Widersprüche zu erkennen und zu corrigiren; sie 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 immer man auch mit ihnen anfange.

Die Stimmung der Kranken zeigt manche Verschiedenheiten. Zumeist sind sie scheu, bekümmert, ängstlich, zurückhaltend und geben oft nur wenige Andeutungen über die Wahnideen, welche sie so sehr beschäftigen; nur vorübergehend schieben sich heftigere Affectausbrüche mit Weinen und lautem Klagen ein. Sehr auffallend ist ein eigenthümlich humoristischer Zug, dem man bei längerer Krankheitsdauer nicht selten begegnet. Die Kranken sind ärgerlich und verzweifelt, lachen dabei über sich selbst, ihre Dummheit, Vorkommnisse in ihrer Umgebung, machen einzelne witzige Bemerkungen und jammern zugleich wieder darüber, dass sie lachen, da ihnen nichts weniger als froh zu Muthe sei. Auf der andern Seite giebt es eine ganze Anzahl von Fällen, die man vielleicht als agitirte Form jener ersteren gegenüberstellen könnte, in denen bei stärkerer Bewusstseinstrübung die intensivste ängstliche Aufregung den ganzen Krankheitsverlauf begleitet. Die Kranken sind ausser sich vor Furcht, zittern am ganzen Körper, flehen um Gnade, stöhnen und jammern, Anfangs leise, dann immer lauter, stundenlang dieselben stereotypen Wendungen wiederholend, bis sie schliesslich nur noch unarticulirte, heisere Laute auszustossen vermögen. Sie ringen die Hände, gesti-

culiren mit den Armen und dem Kopfe, zupfen sich Nase, Finger, Lippen, Ohrläppchen blutig, schlagen sich mit der Faust vor die Stirn, zerraufen sich die Haare, zerschlitzen ihre Kleider, wälzen sich am Boden, drängen mit blindem Ungestüm fort, legen sich nicht ins Bett und setzen allen äusseren Einwirkungen, allen Beschwichtigungsversuchen den verzweifeltsten Widerstand entgegen. Hier sowol, wie bei den ruhigeren Kranken, sind energische Selbstmord- und Selbstverstümmelungsversuche nicht selten.

Die Nahrungsaufnahme bereitet gewöhnlich grosse Schwierigkeiten, da die Kranken ihren Abscheu vor dem „entsetzlichen Essen“ kaum zu überwinden vermögen und das Dargereichte hartnäckig zurückweisen, selbst wieder ausspucken. 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, sich grössere Beruhigung einstellt. Die allgemeine Ernährung pflegt langsam, bei grösserer Unruhe und Nahrungsverweigerung sehr rasch zu sinken.

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 Entwickelung 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 respectirt 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. Eine nicht unbedeutende Zahl von Kranken wird man unheilbaren Schwächeformen anheimfallen sehen; einzelne gehen ausserdem durch Selbstmord oder chronische Erschöpfung zu Grunde. Bei ungünstigem Verlaufe schwinden zwar

die Sinnestäuschungen, aber die auf der Höhe der Krankheit entstandenen Wahnideen und die kleinmüthige, ängstliche Stimmung verlieren sich nicht ganz und treten namentlich bei geringfügigen Anlässen (Gemüthsbewegungen) leicht wieder hervor. In anderen Fällen kehrt 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.

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 Prädisposition hier eine erheblich grössere ätiologische Rolle zu spielen. Auffallend häufig sind bereits in früheren Jahren psychische Erkrankungen vorhergegangen. Am wichtigsten aber für die Würdigung der Erkrankung ist wol der Umstand, dass sie in klassischer Ausbildung fast ausschliesslich zwischen dem 40. und 60. Lebensjahre, namentlich im Anfange der 50er Jahre, und zwar überwiegend beim weiblichen Geschlechte vorkommt. Wir haben in ihr neben der Melancholie die typische Psychose des Klimakteriums vor uns. Es erscheint daher gerechtfertigt, die Krankheit als die Reactionsform eines nicht mehr ganz „rüstigen“ Gehirns und als den Uebergang von der Melancholie zu den senilen Depressionszuständen aufzufassen. Von der ersteren unterscheidet sie sich durch die überaus phantastische Entwickelung der intellectuellen Störungen, von jenen letzteren durch die Intensität der Affecte, den grösseren Ideenreichthum und das geringere Hervortreten der psychischen Schwäche. Gegenüber den ängstlich-stuporösen Formen des hallucinatorischen Wahnsinns ist auf die geringere Rolle der Sinnestäuschungen, namentlich der Gehörshallucinationen, den phantastischen Inhalt der Wahnideen, das Lebensalter und den wesentlich andern Ausgang der Krankheit hinzuweisen. Mit der Verrücktheit endlich ist dieselbe wegen des subacuten Beginnes und Verlaufes, der lebhaften Affecte, der günstigeren Prognose, sowie des widerspruchsvollen und zerfahrenen Inhaltes der Wahnideen nicht zu verwechseln.

Die Behandlung des depressiven Wahnsinns ist im Wesent-

lichen eine exspectative, 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 am besten durch die Bettbehandlung 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 nach den oft besprochenen Grundsätzen namentlich durch hydropathische Massregeln bekämpft; bei stärker hervortretender Angst ist die vorsichtige Durchführung einer methodischen Opium- oder Morphiumcur zu 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 der Rückkehr in die häuslichen Verhältnisse gemacht werden; auch dann jedoch bedarf der Reconvalescent noch auf längere Zeit hinaus der Ruhe und Schonung.

VI. Die periodischen Geistesstörungen.*)

Als periodische Geistesstörungen bezeichnen wir diejenigen Psychosen, welche sich ohne äusseren Anlass mehrfach im Leben wiederholen. Dieselben sind daher einmal abzutrennen von den einfachen Rückfällen, welche bei Reconvalescenten eine mehr oder weniger weitgehende Erneuerung der soeben verschwindenden Krankheitserscheinungen herbeiführen, andererseits aber auch von denjenigen vielfach recidivirenden Formen des Irreseins, welche durch immer wiederkehrende Gelegenheitsursachen häufiger frisch erzeugt werden, wie etwa die alkoholischen Delirien. Nicht selten sieht man die periodischen Geistesstörungen in ziemlich regelmässigen Zeiträumen sich wieder einstellen, ja es giebt Formen, deren einzelne Anfälle man mit der grössten Sicherheit jeweils vorherzusagen vermag. Hier ist offenbar die Krankheit lediglich durch periodische Umwälzungen im Innern des Organismus bedingt, die sich mit der gleichen Pünktlichkeit vollziehen, wie der Eintritt des Schlafes, der Menstruation, des epileptischen Anfalls.

Die einzelnen Ausbrüche der Psychose sind hier nicht selbstständige Erkrankungen, sondern nur die äusseren Zeichen eines dauernden Krankheitszustandes, der aus sich selbst heraus allmählich den Anfall vorbereitet. Auch in den anscheinend normalen Zwischenzeiten sind die Kranken keineswegs wirklich gesund, was sich häufig genug geradezu in dem Fortbestehen einzelner krankhafter Eigenthümlichkeiten kundgiebt. Auf der anderen Seite aber kommt es auch häufig vor, dass die Zwischenzeiten zwischen den einzelnen Ausbrüchen der Störung vollständig unregelmässige sind. Der Grund dafür liegt bisweilen darin, dass die geringere Widerstands-

*) Kirn, Die periodischen Psychosen. 1878.

fähigkeit des Organismus in gewissen Lebensaltern gerade dann die Entwickelung einer Gleichgewichtsschwankung ermöglicht, welche zu andern Zeiten nicht zu Stande kommen kann. Wir sehen dann, dass etwa zwischen dem 15. und 25., sowie später zwischen dem 45. und 55. Jahre die Anfälle sich häufen, während sie in der Zwischenzeit seltener sind. Oder aber es spielen doch gewisse äussere Schädlichkeiten, die nur hie und da gerade einwirken (Wochenbett), im einzelnen Falle wenigstens eine auslösende Rolle.

Die letzterwähnte Möglichkeit zeigt uns den Uebergang der periodischen zu den einfachen Psychosen. Je grösser die Bedeutung wird, welche der äusseren Ursache für den Ausbruch der Störung zukommt, desto mehr nähern wir uns diesen letzteren und umgekehrt. Es erscheint fraglich, an welchem Punkte wir hier die Grenze setzen sollen. Streng genommen, sollten nur die Fälle mit ganz regelmässigen Intervallen zu den periodischen Formen gerechnet werden. Allein die Erfahrung lehrt, dass zwischen ihnen und den weniger typisch wiederkehrenden Psychosen eine durchgängige und sehr nahe klinische Verwandtschaft besteht. Ja, ich habe schon früher ausgeführt, dass die meisten wesentlich auf affectiver Grundlage verlaufenden Geistesstörungen, die Manie, die Melancholie und gewisse Formen des Wahnsinns, eine entschiedene Neigung zu mehrfacher Wiederholung deutlich erkennen lassen. Gerade diese Krankheitsbilder sind es denn auch, aus denen sich die einzelnen Anfälle des periodischen Irreseins bei Weitem am häufigsten zusammenzusetzen pflegen. Ausserdem kommen hie und da noch Symptomencomplexe zur Beobachtung, wie sie sonst dem an anderer Stelle zu besprechenden epileptischen Irresein mit seiner ausgeprägten Periodicität eigenthümlich sind. Soweit es heute möglich ist, die grosse Mannichfaltigkeit der einzelnen Krankheitsfälle in bestimmte Gruppen einzuordnen, werde ich demnach im Folgenden deliriöse, manische, circuläre und depressive Formen des periodischen Irreseins auseinanderhalten.

A. Deliriöse Formen.

Bei den deliriösen Formen handelt es sich um periodische, rasch verlaufende Anfälle tiefer Bewusstseinstrübung mit Sinnestäuschungen, phantastischen Wahnideen und meist

auch Erregungszuständen. Der Anfall beginnt gewöhnlich ganz plötzlich; nur Schlaflosigkeit, Unruhe oder ängstliche Verstimmung kann sich schon 1—2 Tage vorher bemerkbar machen. Die Kranken werden rasch verwirrt, verkennen ihre Umgebung und verlieren vollständig die zeitliche und örtliche Orientirung. Sofort treten massenhafte Sinnestäuschungen auf. Es brennt; Vögel fliegen in der Luft herum; Geister werfen ihnen Schlangen ins Gesicht; an den Wänden huschen Schatten. Sie hören Glockenläuten, Schiessen, Wasserrauschen; die Stimme Gottes kündigt ihnen das jüngste Gericht, die Erlösung von allen Sünden an. Der Kaffee riecht nach Todten, die Hände wie verwest; das Essen schmeckt wie Ziegen- oder Menschenfleisch, das Wasser nach Schwefel. Der Kopf ist ganz taumelig, voll Fieberhitze; die Kranken glauben gehoben, in Abgründe geworfen zu werden; Alles stürzt um sie her zusammen. Zugleich entwickeln sich zerfahrene, traumhafte Wahnideen. Ein schreckliches Unglück bricht herein; der Kranke soll vergiftet, geköpft werden, ist ganz allein auf der Welt. Alles ist vernichtet, die Angehörigen sind sämmtlich gestorben. Er hat das grosse Loos gewonnen, ist zum Kaiser ausgerufen, der verheissene Held, der die Welt erlösen soll. Das 1000jährige Reich ist angebrochen; die grosse Schlacht mit dem Antichristen wird geschlagen.

Die Stimmung ist während dieses Deliriums sehr wechselnd, bald ängstlich verzweifelt, bald ausgelassen heiter oder verzückt, bald theilnahmlos und gleichgültig. Im Anfange sind die Kranken meist sehr erregt, schwatzen, schreien, tanzen herum, entkleiden sich, zerstören, lassen unter sich gehen, schmieren und werden oft ohne äusseren Anlass in rücksichtsloser Weise gewaltthätig gegen ihre Umgebung oder gegen sich selbst. Sie sind gar nicht zu fixiren, geben keinerlei Auskunft; in ihren völlig sinnlosen Reden zeigt sich hochgradige Ideenflucht. Zeitweise werden sie plötzlich ruhig, sind aber dabei nicht klar, sondern benommen, unbesinnlich, verworren, bis ebenso rasch die Erregung wieder beginnt. Während der ersten Zeit pflegt fast völlige Schlaflosigkeit zu bestehen. Die Nahrung wird häufig verweigert; die Ernährung sinkt sehr schnell. Der Kopf erscheint nicht selten stark geröthet; die Reflexe sind lebhaft; bisweilen beobachtet man deutliches Zittern am ganzen Körper ohne alkoholische Grundlage.

Das acute Stadium des Anfalls ist gewöhnlich nur von kurzer

Dauer. Nach einigen Tagen, spätestens nach 3—4 Wochen, pflegt ziemlich rasch Beruhigung einzutreten. In einzelnen Fällen verlieren sich sämmtliche Krankheitserscheinungen von einem Tage zum andern; meist jedoch vollzieht sich dieser Nachlass mehr allmählich. Einzelne Täuschungen, Reste der Wahnideen und namentlich der Stimmungsanomalien bleiben noch kurze Zeit zurück, nachdem die Aufregung und Verwirrtheit bereits geschwunden sind. Die Kranken sind zunächst noch misstrauisch, einsichtslos, unzufrieden, reizbar, auch wol leicht ideenflüchtig, namentlich in Schriftstücken, redselig oder unzugänglich, drängen fort, bis dann im Laufe einiger Wochen nach und nach auch die letzten Krankheitszeichen zurücktreten. Die Erinnerung an die deliriöse Zeit ist meist eine ziemlich unklare; bisweilen besteht sogar fast völlige Amnesie.

Der erste Anfall des periodischen Deliriums pflegt sich entweder um das 20. Lebensjahr herum oder erst im Laufe des 5. Decenniums einzustellen. Die Zwischenzeiten betragen gewöhnlich etwa 2 Jahre, bisweilen auch weit mehr; wie es scheint, können sich dieselben bei häufiger Wiederkehr allmählich verkürzen. Die einzelnen Anfälle gleichen einander meist sehr, doch kann es vorkommen, dass einmal die ängstliche, ein anderes Mal die heitere Verstimmung mehr überwiegt. Die Dauer der Erkrankungen wechselt in so fern etwas, als hie und da unentwickelte Anfälle vorkommen, in denen die nur angedeuteten Krankheitserscheinungen sich sehr rasch wieder verlieren; andererseits kann sich auch gelegentlich die Reconvalescenz durch das Auftreten von Recidiven besonders in die Länge ziehen. In den Zwischenzeiten zwischen den Anfällen ist, namentlich bei rascherer Wiederkehr dieser letzteren, ein gewisser Grad von geistiger Schwäche, Einsichtslosigkeit, Beschränktheit, Stumpfheit und Willenlosigkeit nicht zu verkennen. Vielfach ist dieselbe schon von vorn herein vorhanden, doch scheint sie bei längerem Bestande des Leidens entschieden zuzunehmen.

Die Ursachen der Erkrankung liegen ohne Zweifel wesentlich in krankhafter Veranlagung. Regelmässig findet sich hereditäre Belastung, die sich gewöhnlich auch in angeborenem Schwachsinn oder in auffallenden Eigenthümlichkeiten der geistigen oder körperlichen Entwickelung klinisch zu erkennen giebt. Die einzelnen Anfälle entstehen meist ohne jeden äusseren Anlass; hie und da jedoch scheinen sie auch durch heftige gemüthliche Erregungen, Schreck,

Aerger und dergl. ausgelöst zu werden. Die Prognose des einzelnen Anfalles ist günstig.

Die Diagnose des periodischen Deliriums wird sich in der Regel leicht stellen lassen, wenn bereits einer oder mehrere Anfälle vorangegangen sind. Unter solchen Umständen kann nur die Abgrenzung von einer epileptischen Geistesstörung in Frage kommen. Abgesehen von dem vollständigen Fehlen aller sonstigen epileptischen Krankheitszeichen ist namentlich auf die Ideenflucht und den elementaren Bewegungsdrang hinzuweisen, welche dem hier besprochenen Delirium gegenüber jenen Psychosen eigenthümlich sind. Der einmalige Anfall kann in hohem Masse einem Collapsdelirium gleichen, doch dürfte der gute Ernährungszustand und das Fehlen einer genügenden äusseren Ursache schon hier meistens den Verdacht einer periodischen Geistesstörung begründen. Gegenüber der Amentia ist ausserdem auf den durchschnittlich weit rascheren Verlauf der Störung hinzuweisen.

Die Behandlung des Leidens ist eine wesentlich symptomatische; sie hat alle die Aufgaben zu erfüllen, welche überhaupt bei stürmisch verlaufenden Geistesstörungen erwachsen, genaue Ueberwachung der Kranken, Sorge für ausreichende Ernährung und Schlaf, Versuche, möglichst rasch durch diätetische oder medicamentöse Einwirkungen Beruhigung herbeizuführen. Alles Einzelne ist bei Gelegenheit des Collapsdeliriums eingehend besprochen worden. Ein Mittel, die Wiederkehr der Anfälle zu verhindern, kennen wir bisher noch nicht; möglicherweise könnte das Bromkalium in grossen Dosen hier nützen, wenn es gelänge, schon bei den ersten leisen Anzeichen des herannahenden Anfalles einzugreifen.

B. Manische Formen.

In einer zweiten Gruppe fassen wir alle diejenigen Beobachtungen zusammen, welche in sämmtlichen Anfällen den manischen Symptomencomplex, Ideenflucht, Stimmungswechsel und Bewegungsdrang, darbieten. Je nach den besonderen klinischen Eigenthümlichkeiten lassen sich hier wieder eine Reihe von Untergruppen auseinanderhalten. Am wichtigsten scheint mir dabei die Abtrennung der Fälle mit kurzen von denen mit langen Zwischenzeiten zwischen den einzelnen Aufregungszuständen zu sein.

Bei der ersten dieser Formen dauern die Anfälle nicht länger, als höchstens 3—4 Wochen, bisweilen nur wenige Tage; ebenso pflegen die Intervalle die Dauer einiger Wochen nicht erheblich zu übersteigen. Das eigentliche Krankheitsbild ist fast immer das einer echten, ganz acut sich entwickelnden und rasch verlaufenden Manie. Nachdem höchstens leichte Andeutungen des beginnenden Anfalles, unmotivirtes Lächeln, Blitzen der Augen, Herumwandern, voraufgegangen sind, werden die Kranken von einem Tage zum andern, oft mitten in der Nacht, unruhig, aufgeregt, verwirrt, stark ideenflüchtig, sind in gehobener Stimmung, reizbar 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, bisweilen um 5—8 Pfund in 24 Stunden (Fürstner).

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. Mehrfach schien mir die anfänglich heitere und übermüthige Stimmung späterhin mehr reizbar und unwirrsch zu werden. Der Kranke ist 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 hinzustellen. Eine gewisse körperliche Erholung pflegt sich dann rasch zu vollziehen, doch bleibt das Körpergewicht auch während des nun folgenden Intervalles häufig 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, welches in auffallender Weise überwiegt, pflegt sich die Erregung häufig 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 etwa zum 30. Lebensjahre zu befallen; sie kann indessen dann in immer wiederholtem Wechsel zwischen Anfall und Intervall Jahre und selbst Jahrzehnte andauern. Zuweilen kann sich, wie es scheint, auch einmal ein etwas länger dauernder Anfall mit ganz leichter manischer Erregung in die Reihe der rasch verlaufenden Tobsuchtsparoxysmen einschieben. Bei sehr langer Dauer der Krankheit bleibt der regelmässige Typus derselben meist nicht unverändert; vielmehr haben die Anfälle die Neigung, sich im Laufe der Zeit immer mehr auszudehnen, und es kommt auf diese Weise allmählich nicht selten zu einem Zustande dauernder ideenflüchtiger Verwirrtheit und Aufregung, der nur hie und da in unregelmässigen, selteneren Zwischenräumen durch plötzlich eintretende und ebenso 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.

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. Auch im günstigsten Falle wird es sich dann wol immer um eine Heilung mit Defect, um das Zurückbleiben eines gewissen Grades von Schwachsinn handeln. 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 manische Krankheitsbild, vor Allem aber zweifellos die weitere Beobachtung, die rasche Wiederkehr der Tobsuchtsanfälle, eine 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 verwischtem 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 selbst in einem ganz desolaten Falle durch die immer wieder aufgenommene Brombehandlung nach und nach die Häufigkeit und Dauer der freien Intervalle noch bedeutend zunehmen sehen. Endlich aber giebt es frische Fälle, bei denen man durch die systematische Bekämpfung der Paroxysmen einen dauernden, unzweifelhaften Heilerfolg erzielt; selbst die Erscheinungen einer mässigen Bromvergiftung sollten hier von der Verfolgung des Curplans nicht abschrecken, da trotz derselben die psychische Genesung sich herauszustellen pflegt. Jedenfalls hüte man sich, die Medication plötzlich abzubrechen.

Die zweite Untergruppe der periodisch-manischen Psychosen ist durch die beträchtlich längere Dauer der freien Zwischenzeiten gekennzeichnet, welche hier im Anfange zum mindesten ein Jahr, vielfach sogar eine ganze Anzahl von Jahren zu betragen pflegen. Die klinische Färbung des Aufregungszustandes trägt in einer ersten Reihe von Fällen 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 einige Wochen dauernden depressiven Vorstadium schlägt der Zustand des Kranken plötzlich um. Er wird verwirrt, ideenflüchtig, schlaflos; die Stimmung wird ausgelassen, heiter, bisweilen auch überaus reizbar, zu heftigen Zornausbrüchen geneigt, und es stellt sich lebhafter Bewegungsdrang ein, Schwatzen, Singen, Pfeifen, Tanzen, Zerreissen, Schmieren, sinnloses Schimpfen und Gewaltthätigkeiten. Dieser Zustand höchster Erregung dauert bisweilen nur sehr kurze Zeit an. Schon nach wenigen Tagen kann ziemlich plötzliche Beruhigung eintreten. Meist bleiben allerdings dann noch für eine oder mehrere Wochen leichte Unruhe, gehobene, reizbare Stimmung und eine eigenthümliche Einsichtslosigkeit, Klagen über miserable Behandlung, Unzufriedenheit, Drängen nach sofortiger Entlassung zurück. In diesem Zustande können sehr geringfügige Anlässe zu schweren Rückfällen führen, bis dann unter rasch fortschreitender körperlicher Erholung allmählich völlige Beruhigung und damit auch die Krankheitseinsicht zu Stande kommt. In der Mehrzahl der Fälle indessen pflegt der Anfall erheblich länger zu dauern. Unter vielfachen Schwankungen zum Besseren und zum Schlechteren erstreckt sich die Erregung über 3—6 Monate, nicht selten auch noch länger, um dann ganz allmählich abzunehmen.

Eine zweite Reihe von Beobachtungen ist dadurch ausgezeichnet, dass sich statt einer eigentlichen Tobsucht regelmässig nur ein ganz leichter Erregungszustand mit völliger Erhaltung der Besonnenheit entwickelt. 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 fängt an, sich auffallend zu kleiden, Gesellschaft, bisweilen recht unpassende, aufzusuchen, kleinere und

grössere Excesse zu begehen, ungewöhnlich viel Geld zu verthun, sich auf Reisen zu begeben. Ein derartiger Kranker erbot sich plötzlich der Polizei, einen lange gesuchten politischen Verbrecher sofort zur Stelle zu schaffen, verlieh dabei dem Beamten in scherzhafter Weise eine Phantasieuniform, lud durch die Zeitung „die ganze Haute volée“ zum Ballfest in einem Aussichtspavillon ein. 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 sarkastischen oder humoristischen 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 jemals. Alle seine extravaganten Handlungen versteht er als völlig harmlose oder sogar fein durchdachte und wol 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 bald mehr gutmüthig, humo-

ristisch, bald gereizt, zu Zornausbrüchen geneigt, wo er sich in seiner freien Bewegung behindert fühlt. Dem Arzte begegnet er mit lustiger Selbstironie oder auch grob und patzig, da er keinen Arzt braucht und sich selber curiren kann. Das Selbstgefühl ist 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, verfertigt sich Ringe aus Garnresten; 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, Brotreste, Cigarrenstümpfe, Steine, trockene Blätter, Fäden, Papierfetzen, Glasscherben, Nägel, Eisenstückchen und 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 Ohrläppchen 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 ge-

ringen 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 mindestens über 3—6 Monate, oft auch weit länger erstreckenden Krankheitsverlaufes.

Es muss endlich darauf hingewiesen werden, dass es noch eine Reihe von Beobachtungen giebt, in denen das Bild der maniakalischen Erregung durch das Auftreten ausgeprägter Wahnideen und Sinnestäuschungen complicirt wird. Der Anfall beginnt in der Regel mit Schlaflosigkeit, Unruhe, denen sich häufig noch Kopfschmerzen, Ohrensausen und ähnliche Symptome hinzugesellen. Es kommt nun meist zu einer rasch sich steigernden manischen Erregung, in welcher die Kranken häufig, aber nicht immer, die Orientirung über ihre Lage verlieren. Sie sehen Schlangen und Leichen, den Teufel, die Franzosen, arme Seelen. Die Personen ihrer Umgebung sind ganz verändert, werden für historische Grössen, Ludwig XIV., Caesar, Elisabeth gehalten. Sie hören verworrenes Getöse, werden verhöhnt und verspottet; es wird ihnen befohlen, dass sie nicht essen sollen; Gott bestimmt sie zu etwas Höherem. In der Nacht werden giftige Dünste in's Zimmer geleitet, sexuelle Attentate auf sie ausgeführt; sie fühlen elektrische Schläge; die Speisen schmecken nach Gift. Ihre Gedanken werden ihnen eingegeben; sie sind verhext, verzaubert, werden durch Mittel aufgeregt, sind allen möglichen Verfolgungen ausgesetzt; man quält sie. Sie haben übernatürliche Kräfte, sind eine Art Erlöser, adelig, Husarenofficier; es ist Krieg draussen; Alles geht durcheinander.

Die Stimmung ist dabei vorwiegend heiter, expansiv, reizbar, namentlich im Beginne, doch kommt es gelegentlich auch zu Angstanfällen und namentlich zu leicht stuporösen Zuständen. Die Kranken werden dann still, unzugänglich, unwirrsch, liegen tagelang stumm da, vielfach mit geschlossenen Augen, werden ganz unvermuthet einmal brutal, gewaltthätig, schleudern das Essen von sich, verunreinigen sich, entkleiden sich plötzlich.

Nach einigen Monaten werden die Kranken rasch klar, sind aber noch Wochen oder selbst Monate lang in reizbarer, unverträglicher Stimmung, lärmend, anspruchsvoll, einsichtslos; häufig

kommt es zu kleinen Rückfällen in schwerere tobsüchtige Erregung. Die volle Beruhigung pflegt erst nach 4—5 monatlicher Krankheitsdauer, bisweilen noch später zu erfolgen. Die Erinnerung an die Zeit der Wahnideen und Sinnestäuschungen ist eine ziemlich verworrene; „es war wie ein Traum."

Vielleicht stehen zu dieser letztgeschilderten Form die merkwürdigen Fälle in einer gewissen Verwandtschaft, welche uns im Verlaufe einer periodischen Manie das Auftreten kürzer oder länger dauernder Anfälle von Stupor zeigen. Die Kranken, die im Uebrigen typisch maniakalische Erkrankungen, wol auch mit einzelnen Grössenideen und zeitweisem Verlust der Besonnenheit, darbieten, werden mitten aus anscheinender Gesundheit heraus ganz plötzlich stumm, ausgeprägt kataleptisch, verweigern die Nahrung, sind aber dabei vollständig klar und zeigen in gelegentlichem Lächeln, einzelnen impulsiven Handlungen, abgerissenen humoristischen Bemerkungen die expansive Färbung ihrer Stimmung. Nach Tagen, Wochen oder selbst Monaten verschwindet der Zustand fast ebenso rasch, wie er gekommen war. Die Kranken haben ganz genaue Erinnerung an die verflossene Zeit, vermögen aber ihr absonderliches Benehmen durchaus nicht zu motiviren. „Ich wollte keinen Willen haben," sagte mir ein derartiger Kranker. Er hatte die Nahrung verweigert, um leichter zu werden und dadurch die Gesundheit zu erlangen, fühlte sich aber durch den Hunger veranlasst, grosse Mengen Milch durch die Nase einzuschlürfen und an einer Semmel leidenschaftlich zu riechen. Bei diesen absonderlichen Veranstaltungen lächelte er selbst, sprach aber kein Wort und liess sich nicht davon abbringen.

Die wesentliche Ursache der im Vorstehenden beschriebenen Krankheitsformen ist überall in der psychopathischen Praedisposition zu suchen, welche in der Mehrzahl der Fälle durch erbliche Belastung, bisweilen vielleicht auch durch Kopfverletzungen erzeugt wird. Gewöhnlich treten gewisse, nach dieser Richtung hin beachtenswerthe 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 am häufigsten zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre; bisweilen sind früher, bis ins Pubertätsalter zurück, schon schwächer ausgebildete Erregungszustände voraufgegangen. In ein-

zelnen Fällen werden auch zwischen den eigentlichen Anfällen unregelmässige Andeutungen unmotivirter trauriger Verstimmungen, Arbeitsunlust und Lebensüberdruss beobachtet. Diese Erscheinung deutet ebenso wie die gelegentlichen depressiven Einleitungsstadien auf die nahe Verwandtschaft dieser Erkrankungen mit dem circulären Irresein hin. Von äusseren Anlässen sind die einzelnen Anfälle meist völlig unabhängig; nur hie und da scheinen sie sich einmal an eine heftige Gemüthsbewegung, ein körperliches Unwohlsein oder dergl. anzuschliessen. Die Kranken selbst fühlen das Herannahen der Psychose bisweilen schon Tage oder gar Wochen vorher, ohne sich darüber klare Rechenschaft zu geben. Eine meiner Patientinnen machte häufig einige Zeit vor dem Ausbruche des Anfalls einen sonst ganz unmotivirten Besuch in der Anstalt, bei dem sie noch keine Spur von Krankheitssymptomen zeigte. Andere haben noch Zeit, vor dem Beginne der Erregung ihr Haus zu bestellen und sich dann freiwillig in die Behandlung zu begeben; ein derartiger Kranker sprang einmal mitten in der Nacht über die hohe Mauer in die Anstalt herein, nachdem er schon mehrere Stunden weit gelaufen war.

Die einzelnen Anfälle pflegen sich bei demselben Kranken ziemlich genau zu gleichen, bisweilen bis in die kleinsten Züge hinein; es giebt aber auch vielfache Ausnahmen von dieser Regel. Namentlich kommt es öfters vor, dass sich in eine Reihe von Anfällen ohne Trübung der Besonnenheit einmal ein typischer Tobsuchtsparoxysmus hineinschiebt. Die Dauer der Anfälle zeigt nicht selten die Neigung, mit häufigerer Wiederkehr allmählich zuzunehmen, wenn auch trotz langen Bestandes der Krankheit gelegentlich ein Anfall unerwartet rasch verlaufen kann. Die Zwischenzeiten pflegen sich nach und nach zu verkürzen. Ich sah bei einer Kranken im Laufe von 13 Anfällen die Dauer dieser letzteren von 3—4 auf 6—7 Monate wachsen, während die Intervalle von 1 Jahre auf 5—6 Monate abnahmen.

Die Prognose dieser Formen ist daher im Allgemeinen eine trübe. Die Krankheit kehrt immer wieder und lässt namentlich bei stürmischer verlaufenden Anfällen eine allmählich wachsende geistige Schwäche zurück. In besonders ungünstigen Fällen kann es früher oder später zur Entwickelung eines bleibenden Zustandes leichter maniakalischer Erregung mit kindischem Sammeltriebe kommen. Auf der andern Seite giebt es Fälle genug, in denen die Anfälle so

leicht und durch so lange Zwischenzeiten von einander getrennt sind, dass es zu keiner bemerkbaren dauernden Schädigung des Seelenlebens kommt. Hie und da lässt auch, wie es scheint, in vorgerücktem Alter die Intensität und die Zahl der Anfälle von selber nach.

Die Diagnose der hier besprochenen Krankheitsformen ist stets mit grösster Wahrscheinlichkeit zu stellen, sobald man es nicht mehr mit dem ersten Anfalle zu thun hat. Höchstens kann die Unterscheidung von paralytischen Aufregungszuständen in Frage kommen, mit denen das Krankheitsbild bisweilen sehr grosse Aehnlichkeit darbietet. Zumeist wird hier der frühe Beginn der Psychose zur richtigen Erkenntniss führen. Recht selten sind die Fälle, in denen der erste Anfall so spät eintritt, dass wir das Lebensalter nicht gegen die Diagnose der Paralyse verwerthen können. Dann wird die Uebereinstimmung der beobachteten Anfälle untereinander, das Fehlen einer höhergradigen geistigen Schwäche, der Gedächtnissstörung und der nervösen Symptome, auch das relativ normale Verhalten des Kranken im Intervalle für das Vorhandensein einer periodischen Psychose sprechen. Ein manischer Anfall in jugendlichem Alter muss stets den Verdacht auf ein periodisches Leiden erwecken, um so mehr, wenn er ohne genügenden Anlass auftritt, und wenn die Besonnenheit dabei wenig getrübt ist. Andererseits scheinen auch die mit Wahnideen und Sinnestäuschungen einhergehenden manischen Aufregungszustände, wie ich sie früher unter den labilen Formen des Wahnsinns beschrieben habe, häufig, vielleicht sogar regelmässig den periodischen Erkrankungen anzugehören.

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 nicht selten bedeutend herabsetzt. Gleichwol ist es zweifellos, dass ein ruhiges Leben in geordneten Verhältnissen, namentlich der Schutz vor Alkoholmissbrauch, 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.

C. Circuläre Formen.*)

Die grosse Gruppe der circulären Formen umfasst alle diejenigen Fälle, in denen die einzelnen Anfälle des periodischen Irreseins nicht einander gleichartig sind, sondern bald eine manische, bald eine depressive Färbung darbieten. Die klinischen Eigenthümlichkeiten, welche diese beiden entgegengesetzten Arten von Anfällen zeigen, können dabei im Einzelnen ausserordentlich verschieden sein, so dass hier eine sehr grosse Mannichfaltigkeit von Krankheitsbildern entsteht.

Für die depressiven Zustände ist am meisten charakteristisch eine einfache psychische Hemmung ohne Sinnestäuschungen und ohne ausgeprägte Wahnideen. Der Kranke ist still, einsilbig, menschenscheu, missmuthig; seine Vergangenheit wie seine Zukunft erscheint ihm in gleichmässig trübem Lichte; er fühlt sich namenlos unglücklich, ohne doch sagen zu können, warum. Sein Leben ist verpfuscht; er passt nicht für seinen Beruf, will umsatteln. 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. Ueberall sieht er nur die Schattenseiten und Schwierigkeiten; die Menschen um ihn herum sind nicht so gut und uneigennützig, wie er gedacht hat; eine Enttäuschung und Ernüchterung folgt der andern. An allen Ecken und Enden kostet es Geld, mehr wie er bezahlen kann. Sein wirthschaftlicher Ruin ist unausbleiblich; er fängt daher an, zu sparen und zu knausern, sich und Andern nichts mehr zu gönnen, trägt seine schlechtesten Kleider, isst sich nicht mehr satt. Mit einer gewissen dumpfen 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.

Ganz besonders auffallend ist der vollständige Mangel an Energie. Der Kranke sitzt oft tagelang, stumpf vor sich hinbrütend, die Hände in den Schoss gelegt, verzweifelnd da, unfähig, sich zu irgend einer

*) Emmerich, Schmidt's Jahrbücher CXC, 2; Pick, Circuläres Irresein, Eulenburgs Realencyclopädie, 2. Auflage.

Handlung emporzuraffen. Selbst die alltäglichsten Verrichtungen, das Aufstehen, Ankleiden, Waschen, kosten ihm eine unerhörte Anstrengung. Beim Spazierengehen bleibt er in der Hausthüre oder an der nächsten Ecke stehen, unschlüssig, wohin er sich wenden soll. Gerade wegen dieser schweren Willensstörung kommt es nur selten zum Auftreten von Selbstmordideen, noch seltener zum wirklichen Tentamen suicidii. In einzelnen Fällen kann die Hemmung bis zur völligen reactionslosen Aufhebung aller Willensäusserungen fortschreiten.

Zumeist 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. Vielfach wird indessen die Wiederkehr der Verstimmung auf äussere Zufälligkeiten, unangenehme Erfahrungen, Aenderungen in den Verhältnissen u. dergl. zurückgeführt. Für den unbefangenen Beobachter ist es dabei deutlich, dass die psychische Wirkung jener Einflüsse überhaupt erst durch die krankhaft pessimistische Veränderung der gemüthlichen Reactionsweise zu Stande gekommen war.

Meist klagen die Kranken auch 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. Sie stehen meist sehr spät auf, bleiben auch wol Tage oder Wochen lang ganz liegen. Der Gesichtsausdruck und die Körperhaltung ist schlaff und matt, die Augen glanzlos; die Haut ist fahl, runzelig, welk; das Körpergewicht pflegt zu sinken.

Wenn bei der soeben beschriebenen Form die einfache Hemmung der gesammten psychischen Functionen ohne einen selbständigen, bestimmten Affect den Hintergrund des Krankheitsbildes zu liefern scheint, so nähert sich die Depression in einer zweiten Reihe von Fällen mehr dem Verhalten der typischen Melancholie, bisweilen auch mit ängstlicher Färbung. Die Kranken werden traurig,

verstimmt, schlaflos, fühlen sich innerlich beunruhigt und hören auf, zu arbeiten. Es entwickelt sich rasch bei ihnen ein Versündigungs- und Kleinheitswahn, seltener einzelne Verfolgungsideen. Sie sind unnütz auf der Welt, ganz verworfen und schlecht, haben nicht Alles gebeichtet, können nicht mehr beten, haben Alle unglücklich gemacht, sind Schuld am Krieg. Das Vermögen reicht nicht mehr; sie kommen nicht durch, sind unheilbar krank, unglücklich für's ganze Leben, werden eingesperrt, von den Gensdarmen abgeholt. Ueber ihre Umgebung sind sie dabei orientirt, haben auch nicht selten ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl. Die Stimmung ist bald resignirt, niedergeschlagen, hoffnungslos, bald mehr ängstlich und weinerlich, mit gelegentlichen heftigeren Affectausbrüchen. In ihrem Benehmen sind die Kranken still, theilnahmlos, selbst stuporös, mit Andeutungen von Katalepsie, oder unstät und aufgeregt mit Selbstmordneigung, die freilich nicht sehr energisch zu sein pflegt. Die körperlichen Begleiterscheinungen dieser Zustände sind die gleichen, wie bei melancholischen Erkrankungen.

Wir haben endlich noch eines dritten Formenkreises zu gedenken, innerhalb dessen sich die depressive Phase des circulären Irreseins abspielen kann. Derselbe ist gekennzeichnet durch das Auftreten einer tieferen Bewusstseinstrübung und die Ausbildung phantastischer Sinnestäuschungen und Wahnideen. Nach kurzdauernden Prodromalerscheinungen, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Unfähigkeit zu denken, Reizbarkeit, beginnen die Kranken plötzlich, zu halluciniren, und versinken rasch in einen traumartig stuporösen Zustand. Ihre Umgebung verändert sich in der abenteuerlichsten Weise: das Zimmer dehnt sich aus ins Unendliche, wird zum Himmel, in welchem sie Gott auf dem Throne sitzen sehen, oder zum engen Grabe, in dem sie ersticken, während draussen Todtengebete gemurmelt werden. Die ganze Welt verbrennt und erstarrt dann wieder zu Eis; der Kranke ist der letzte Mensch, der ewige Jude, allein in der Verwüstung, in Sibirien. Draussen wird das Schaffot aufgeschlagen; eine zahlreiche Gesellschaft beobachtet und verspottet ihn; der Ofen macht bissige Bemerkungen. Man lässt ihn nackt auf der Strasse herumlaufen, stellt ihn als siamesischen Zwilling öffentlich aus, fordert ihn auf, sich aufzuhängen, um seine Schande zu begraben. Die Gesichter um ihn herum verzerren sich; die Personen haben eine mystische Bedeutung, sind historische

Grössen, Gottheiten. Der Kranke selbst ist anderen Geschlechtes geworden, geschwollen wie ein Fass; er ist von hoher Abkunft, der Welterlöser, ein Schlachtross. Während dieser bunten, wechselnden, zusammenhangslosen Delirien, die von massenhaften hallucinatorischen und illusionären Täuschungen aller Sinne begleitet werden, sind die Kranken äusserlich meist stark gehemmt, ausser Stande, ein Wort zu sprechen oder selbst für ihre Bedürfnisse zu sorgen. Ohne lebhafteren Affect zu verrathen, liegen sie stumm, unzugänglich, theilnahmlos im Bett; nur der gespannte, scheue Gesichtsausdruck und das Widerstreben gegenüber äusseren Einwirkungen, bisweilen auch einzelne Zwangsstellungen oder -bewegungen, sowie unvermuthete impulsive Handlungen (Selbstmordversuche), deuten auf die Vorgänge in ihrem Innern hin. Sie schlafen wenig, essen unregelmässig, sind nicht selten unrein und kommen in ihrer Ernährung rasch herunter.

Kaum weniger mannichfaltig, als das Bild der depressiven Phase kann sich dasjenige der expansiven Anfälle gestalten. In einer ersten Gruppe von Beobachtungen entwickelt sich der Symptomencomplex einer typischen Manie, Ideenflucht, heitere, aber leicht wechselnde Stimmung und flotter Bewegungsdrang bei erhaltener Orientirung. Hie und da steigert sich die Erregung zu tieferer Verworrenheit, namentlich im Beginne eines Anfalls oder ganz episodisch, seltener während längerer Zeiträume. Im letzteren Falle wird auch das gelegentliche Auftreten von Sinnestäuschungen und zusammenhangslosen Wahnvorstellungen, Grössenideen sowol wie Verfolgungsideen, beobachtet. Eine weitere Gruppe von Kranken bietet eigenthümliche, manisch-stuporöse Zustände dar. Die Kranken sind gewöhnlich ganz unzugänglich, mit sich selbst beschäftigt, kümmern sich nicht um ihre Umgebung, geben keine Antwort, sprechen höchstens leise vor sich hin, lächeln unmotivirt, nesteln an ihren Kleidern oder Bettstücken herum, drapiren sich in phantastischer Weise, Alles ohne Zeichen von äusserer Unruhe oder Affect. Nicht selten lässt sich Katalepsie nachweisen. Zeitweise werden sie lebhafter, schimpfen, springen aus dem Bett, werfen ihr Essen ins Zimmer, entkleiden sich plötzlich, zerreissen ein Kleidungsstück oder misshandeln ohne äussere Veranlassung einen Mitpatienten, um sofort wieder in ihre frühere Unzugänglichkeit zurückzuversinken. Höchst wahrscheinlich be-

stehen hier Sinnestäuschungen und Wahnideen, wenn auch die Kranken selbst später meist wenig Auskunft über diese Zeiten zu geben vermögen. Die manische Färbung solcher Zustände wird durch die gelegentlich hervortretende heitere, humoristische Stimmung, das vollständige Fehlen der Angst, sowie durch den Gegensatz gegenüber den zugehörigen depressiven Stadien sehr deutlich. Nicht selten bildet dieser manische Stupor gewissermassen den letzten Ausläufer der langsam sich ausgleichenden tobsüchtigen Erregung.

Als die eigentlich charakteristische Gestaltung der manischen Phase des circulären Irreseins ist endlich die Ausbildung eines ganz leichten Exaltationszustandes mit völliger Erhaltung der Besonnenheit zu betrachten. Mit den ähnlichen Krankheitsbildern der periodischen Manie werden diese Formen wol als „Hypomanie“, „Mania sine delirio“, „Mania mitis“ zusammengefasst oder als „Manie“ im engeren Sinne der mit stärkerer Erregung und Verwirrtheit einhergehenden „Tobsucht“ gegenübergestellt. Es scheint indessen, dass die Störung im circulären Irresein meist noch leichter zu verlaufen pflegt, als bei der periodischen Manie. Schüle spricht daher von einer „Mania mitissima“. 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, un-

vermittelte 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 Schriftstücken und namentlich in den oft eifrig betriebenen Reimereien pflegt dann doch eine leichte Ideenflucht regelmässig deutlich hervorzutreten.

Die Stimmung des Kranken ist vorwiegend eine gehobene, heitere, durch das Gefühl der erhöhten Leistungsfähigkeit beeinflusste. Er fühlt sich glücklich und froh, nicht selten in etwas überschwänglicher Weise, sieht sich von lieben, edlen Menschen umgeben, findet volle Befriedigung in den Genüssen der Freundschaft, der Kunst, der Humanität. Bisweilen entwickelt sich ein ausgeprägt humoristischer Zug, die Neigung, allen Dingen und Ereignissen die scherzhafte Seite abzugewinnen, Spitznamen zu erfinden, sich selbst und Andere harmlos zu verspotten. Meist treten jedoch gerade die Bedürfnisse und Wünsche der eigenen Person gänzlich in den Vordergrund. Auf der andern Seite besteht regelmässig eine grosse gemüthliche Reizbarkeit. Der Kranke wird rücksichtslos und selbst brutal, wo er mit seinen Wünschen und Neigungen auf Widerstand stösst; geringfügige äussere Anlässe können heftige Zornesausbrüche mit kräftigem Schimpfen und Neigung zu Gewaltthätigkeiten herbeiführen. 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. Es duldet ihn nicht lange im Bett; in aller Frühe, um 4 Uhr bereits, steht er auf, kramt herum, arbeitet, macht Morgenspaziergänge. Er beginnt Gesellschaften, Vergnügungen zu besuchen, viele und lange Briefe zu schreiben, ein Tagebuch zu führen, 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, zahlt plötzlich ohne Nöthigung sämmtliche Geschäftsschulden, streut das Geld mit vollen Händen aus, baut Luftschlösser und stürzt sich mit raschem Enthusiasmus in unberechenbare, seine Kräfte weit übersteigende Unternehmungen. In Folge eines plötzlichen Einfalles unternimmt er weite, planlose Reisen, sammelt alle möglichen unnützen Dinge bei sich an, macht eine Menge zweckloser Einkäufe und Tauschgeschäfte, auch ohne einen Pfennig in der Tasche, weil jedes neue Object seine Begierde reizt. Selbst der gelegentliche Diebstahl und die Uebervortheilung wird in dieser krankhaften Lust am Besitze bisweilen nicht gescheut, um irgend einen erwünschten Gegenstand zu erlangen.

Im äusseren Benehmen des Kranken macht sich gewöhnlich erhöhtes Selbstgefühl, die Sucht hervorzutreten, dann aber Unruhe und Unstetigkeit bemerkbar. Mit theatralischem, gespreiztem Gebahren verbinden sich sehr lebhafte und exaltirte Ausdrucksbewegungen. Die Kleidung ist auffallend, vielleicht stutzerhaft, aber gleichzeitig nachlässig, salopp. Die Schrift zeigt grosse, prätentiöse Züge, viele Ausrufungs- und Fragezeichen, Unterstreichungen neben mannichfachen 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, zu imponiren; er spricht viel und gern, laut, mit besonderer Betonung, in gesuchten Ausdrücken, 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 mit lustiger Bonhommie unpassende Vertraulichkeiten gegen Fremde oder höher stehende Personen heraus, schliesst mit dem ersten Besten Freundschaft und Dutzbrüderschaft und geräth in die mannichfaltigsten Conflicte 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. Eine meiner Kranken erliess in diesem Zustande regelmässig Heirathsannoncen, die schliesslich den Erfolg hatten, dass sie thatsächlich mit einem wenig vertrauenswürdigen Individuum die Ehe einging.

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 depressiven Stadiums vielleicht ganz richtig beurtheilte, keinen Augenblick von der pathologischen Natur seiner heiteren Stimmung überzeugen. Dieses Verhalten erinnert 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 Spitzfindigkeit zu motiviren.

Die Mannichfaltigkeit dieses Krankheitsbildes im Einzelnen ist trotz aller typischen Züge eine sehr grosse. Je leichter der eigentlich pathologische Vorgang den Menschen berührt, desto mehr muss ja seine persönliche Eigenart in der Gestaltung der Symptome mit zur Geltung kommen. Namentlich in der Art und Heftigkeit der gemüthlichen Reactionen machen sich die Verschiedenheiten bemerkbar. Während manche Kranke in dieser Zeit ungemein liebenswürdig, gutmüthig, lenksam, umgänglich sind und höchstens durch ihre Ruhelosigkeit für die Umgebung störend werden, gehören Andere wegen ihrer Reizbarkeit, ihrer Herrschsucht und ihres rücksichtslosen Thatendranges mit zu den schwierigsten und unangenehmsten Patienten.

Gerade die eigenthümliche Mischung von Besonnenheit mit echt tobsüchtigem Handeln, vielfach auch die grosse Anstaltserfahrung macht sie überaus erfinderisch in Mitteln, ihre zahlreichen Gelüste zu befriedigen, die Umgebung zu hintergehen, sich allerlei Vortheile zu verschaffen, fremdes Eigenthum in ihren Besitz zu bringen. Ihre Mitkranken pflegen sie bald vollständig zu beherrschen, sie auszubeuten, dem Arzte in technischen Ausdrücken über sie zu berichten, sie zu bevormunden und zu terrorisiren.

Die körperlichen Erscheinungen der manischen Phase sind je nach der besonderen Gestaltung derselben etwas verschieden. Bei den Formen mit stärkerer Erregung ist der Schlaf stets sehr gestört, weniger die Nahrungsaufnahme. Das Körpergewicht sinkt regelmässig recht bedeutend. Bisweilen beobachtet man Kopfcongestionen, geröthetes Gesicht, injicirte Conjunctiven, starkes Schwitzen am Kopfe, Kälte der Extremitäten. Einige Male sah ich in Folge des anhaltenden Schreiens hochgradige Ausdehnung und Schlängelung der oberflächlichen Venen am Halse. In den hypomanischen Formen ist von besonderem Interesse der durchgängige Gegensatz auch des körperlichen Verhaltens gegenüber demjenigen in der depressiven Phase. Der Appetit ist gesteigert, der Schlaf fest und ungestört, aber von kurzer Dauer; das Körpergewicht steigt. Die Haut gewinnt frische Farbe und Spannung, die Bewegungen werden elastisch und kräftig, das spärlich gewordene Haar wächst nach, bisweilen mit verjüngtem Pigment.

Die Zusammensetzung der einzelnen Krankheit aus den im Vorstehenden geschilderten entgegengesetzten Zuständen kann sich in ausserordentlich verschiedener Weise vollziehen. Vor Allem haben wir continuirliche und discontinuirliche Verlaufsarten zu unterscheiden. Bei den ersteren dauert das Irresein ohne eigentliche freie Zwischenzeiten vom ersten Anfall bis zum Ende der Krankheit oder des Lebens ununterbrochen fort, während im letzteren Falle zwischen den einzelnen Ausbrüchen des Leidens längere Zeiträume mehr oder weniger vollständiger geistiger Gesundheit sich einschieben. Diese letzteren, übrigens sehr zahlreichen Formen bilden den Uebergang zu den früher besprochenen periodischen Erkrankungen, von denen sie sich nur durch die verschiedenartige Färbung der einzelnen Anfälle abgrenzen.

Die continuirlichen Formen zeigen uns den immer wiederholten

regelmässigen Wechsel von Depression und Erregung. Der Uebergang der beiden Phasen in einander vollzieht sich bisweilen ganz plötzlich und dann regelmässig in der Nacht. Der deprimirte Kranke wacht zur gegebenen Zeit wider sonstige Gewohnheit sehr früh auf und ist nun manisch; der Erregte fühlt sich eines Morgens müde, abgeschlagen, gehemmt. Häufiger sieht man den Wechsel der Zustände sich schon von langer Hand vorbereiten. Der Gesichtsausdruck und die Haltung des bis dahin deprimirten Kranken wird allmählich freier, sein Auge lebhafter; der Appetit und die Ernährung hebt sich. Seine Haut gewinnt die frühere Spannung, seine Bewegungen ihre 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 ins Auge und macht oft längere Zeit hindurch den Eindruck eines Reconvalescenten.

Indessen deutet sich die krankhafte Natur der anscheinenden Besserung oft schon jetzt an. Einzelne Handlungen tragen vielleicht bereits einen manischen Anstrich, während im Ganzen noch die Zeichen der Hemmung überwiegen. Ich behandle eine Kranke, die nach schwerer Depression trotz völliger Besonnenheit kaum im Stande ist, ein Wort hervorzubringen, dabei körperlich aufblüht, häufig lächelt und zum allgemeinen Erstaunen kürzlich blitzschnell eine Ohrfeige austheilte. Mehr und mehr gewinnt dann die expansive Erregung die Oberhand. „Charfreitag ist heute, aber bei mir ist schon Ostern geworden," schrieb eine Kranke in ihr Tagebuch.

In ähnlicher Weise spielt sich die entgegengesetzte Wandlung ab. Das Körpergewicht, welches sich auch bei typisch manischer Phase in der letzten Zeit gehoben hatte, beginnt langsam wieder zu sinken. Nun lässt die Vielgeschäftigkeit allmählich nach; die grossen Pläne treten in den Hintergrund; der Kranke „hat keinen solchen Muth mehr"; die Stimmung wird ruhiger, ernster, trüber. Hie und da tauchen einzelne Reflexionen über getäuschte Hoffnungen, verfehlte Anläufe, schwere Lebenserfahrungen auf; die Bewegungen werden langsamer, schlaffer, energieloser, der Gesichtsausdruck matt, abgespannt, der Blick müde, und nun treten auch alle die übrigen Erscheinungen der früheren Depressionszustände eine nach der andern wieder hervor.

Der typische Verlauf dieser allmähligen Uebergänge ist oft in

hohem Grade frappirend. Bis in die kleinsten Einzelheiten der Lebensführung, in alle Neigungen und Abneigungen hinein, pflegt sich dieser schlagende Gegensatz der Zustände zu erstrecken, so dass man glauben möchte, zwei vollständig verschiedenartige Menschen vor sich zu haben. Trotzdem müssen die physiologischen Grundlagen der beiden Phasen sehr nahe mit einander verwandt sein. Dafür sprechen nicht nur die Fälle mit plötzlichem Umschlag des Krankheitsbildes, sondern die weitere Thatsache, dass auch bei allmählichem Eintritte der Wandlung nicht selten sich ganz vereinzelte manische Tage mitten in die Zeit der Depression einschieben können und umgekehrt. Die Kranken gehen verstimmt und gehemmt zu Bett, wachen plötzlich auf und fühlen, als ob ein Schleier von ihrem Hirn weggezogen wäre, verbringen den Tag in manischer Schaffensfreudigkeit, um am nächsten Morgen zerschlagen, mit schwerem Kopfe das ganze Elend ihres Zustandes wieder in sich vorzufinden. Oder, wie ich es kürzlich erlebte, der hypomanische Kranke unternimmt ganz unvermuthet einen schweren Selbstmordversuch.

Den Beginn der ganzen Krankheit scheint bei Weitem am häufigsten die Depression zu bilden; er fällt fast regelmässig in das Entwickelungsalter oder wenig später. Nicht immer ist jedoch der continuirliche Verlauf von vorn herein ausgesprochen. Es giebt zahlreiche Fälle, in denen wir zunächst einzelne Perioden unmotivirter Verstimmung oder extravaganter Ausgelassenheit beobachten, die als einfache „Launen“ „erwachende Lebenslust“, u. dergl. gelten oder mit irgend welchen Zufälligkeiten in Beziehung gesetzt werden. Ohne Zweifel bleibt es häufig bei solchen Andeutungen. Sie bilden die Uebergänge zu jenen normalen Schwankungen des gemüthlichen Gleichgewichtes, die so oft bei nervösen Menschen schon eine gewisse Regelmässigkeit der Aufeinanderfolge, eine auffallende Unmotivirtheit und Unabhängigkeit von äusseren Anlässen erkennen lassen. In anderen Fällen wird die krankhafte Natur der Zustände allmählich deutlicher, und sie beginnen sich in bestimmtem Wechsel an einander zu schliessen. Das geschieht meistens im Verlaufe des dritten Lebensjahrzehnts, bisweilen auch erst im fünften, nachdem bis dahin nur einzelne sporadische Anfälle meist depressiver, seltener expansiver Art voraufgegangen sind. In die Zeit des Klimakteriums fällt häufig auch überhaupt der erste Anfall eines continuirlich weiterverlaufenden circulären Irreseins.

Die klinische Form der Anfälle kann eine sehr verschiedene sein. Für die manische Phase scheint mir das Bild der Hypomanie, für die depressive dasjenige der einfachen Hemmung zu überwiegen, doch kommen hier auch nicht selten die hallucinatorisch-stuporösen Zustände zur Beobachtung. Die verschiedenen Anfälle gleicher Färbung pflegen bei continuirlichem Verlaufe einander sehr ähnlich zu sein; weit seltener tritt etwa eine Manie in einen Cyclus hypomanischer Phasen, ein Stupor in die Reihe der melancholischen Verstimmungen ein u. s. f. Bisweilen ist die Uebereinstimmung der einzelnen Anfälle eine so weitgehende, alle kleinen und kleinsten Züge umfassende, dass man mit einem gewissen Rechte von einer „photographischen" Gleichheit der Bilder hat sprechen können. Die Dauer der Phasen bei demselben Kranken pflegt im Allgemeinen auch ziemlich gleich zu bleiben, doch kommen hier, namentlich bei den einleitenden, sporadischen Anfällen, stärkere Abweichungen vor. Im Durchschnitte beträgt die Dauer eines einzelnen, aus Depression und Exaltation zusammengesetzten Anfalles etwa 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.

Die discontinuirlichen Formen verlaufen dauernd in einzelnen, durch längere Intervalle von einander abgegrenzten Anfällen. Dabei knüpfen sich entweder je eine depressive und expansive Phase eng aneinander, oder die ganze Krankheit löst sich in eine Reihe ganz selbständiger, bald depressiver, bald expansiver Anfälle auf. Die Färbung dieser Anfälle kann dabei regelmässig wechseln, oder es können sich in eine Reihe gleichartig gefärbter Erkrankungen nur vereinzelte entgegengesetzte Anfälle hineinschieben. Die Verschiedenheit der Krankheitsbilder wird durch die Möglichkeit aller dieser Varianten, die sich zudem bei dem gleichen Individuum allmählich in einander umwandeln können, eine so grosse, dass eine eingehendere Schilderung weder möglich noch nothwendig erscheint. Das Gemeinsame ist überall der Wechsel periodisch wiederkehrender depressiver oder manischer Krankheitszustände.

Unter den klinischen Formen der einzelnen Phasen scheinen mir hier typisch-manische und melancholische Anfälle gegenüber den schwächer ausgeprägten Krankheitszuständen zu überwiegen.

Die Dauer der jeweiligen Anfälle ist hier zumeist kürzer, als bei der vorigen Gruppe, durchschnittlich etwa 8—12 Monate. Wo die einzelnen Phasen als selbständige Anfälle auftreten, pflegen die Krankheitserscheinungen häufig schon nach 4—6 Monaten zu schwinden. Das gegenseitige Verhältniss der beiden Phasen ist ein sehr wechselndes. Bisweilen erhebt sich die Depression kaum über die Rolle eines „Vorstadiums" länger anhaltender manischer Erregung, während in anderen Fällen die expansive Phase nur als kurze Episode in einer dauernden, zeitweise sich steigernden depressiven Verstimmung erscheint. Auch die einzelnen Anfälle bei demselben Individuum zeigen sowol in ihrer Dauer, wie in der Ausbildung der Krankheitserscheinungen nicht selten grosse Abweichungen untereinander. Unvollständige, wenige Tage oder Wochen dauernde Anfälle können neben solchen von vielmonatlichem Verlaufe vorkommen; die mildeste Hypomanie kann beim nächsten Male durch eine schwere Tobsucht ersetzt werden. Im Grossen und Ganzen freilich lässt sich immerhin mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf einen gleichartigen Verlauf der einzelnen Erkrankungen rechnen.

Der Beginn der Psychose fällt hier so gut wie ausschliesslich in das zweite, höchstens noch in die erste Hälfte des dritten Decenniums. In der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist der erste Anfall ein depressiver, nicht selten in der Form eines leichten Stupors; derselbe geht dann entweder unmittelbar in eine manische Phase über, oder diese letztere folgt einige Jahre später als selbstständiger Anfall. Endlich können auch zunächst mehrfach nur Depressionszustände auftreten, bevor einmal der Umschlag in die manische Erregung oder ein besonderer manischer Anfall sich einstellt. Die Zwischenzeiten zwischen den einzelnen Ausbrüchen der Krankheit betragen meist einige Jahre; sie pflegen sich bei längerer Dauer der Psychose allmählich zu verkürzen. Sehr bemerkenswerth ist die Thatsache, dass die Anfälle bisweilen von der Mitte des 3. bis zum 5. Decennium erheblich seltener werden oder ganz aussetzen, um dann von Neuem wiederzukehren. Bei rascher Wiederholung der Anfälle erscheinen die Kranken auch in den Zwischenzeiten meist nicht vollkommen normal. Wenn auch keine deutlichen Krankheitszeichen mehr nachweisbar sind, so ist doch eine gewisse Unfreiheit und Unselbständigkeit, gedrücktes, menschenscheues Wesen, leichte Ermüdbarkeit und Herabsetzung der Arbeitskraft

vielfach unverkennbar. Hier liegt der Uebergang zu den continuirlich verlaufenden Formen; freilich kann der geschilderte Zustand Jahr und Tag vollkommen stationär bleiben.

Die Ursachen des circulären Irreseins sind, wie diejenigen der periodischen Psychosen überhaupt, wesentlich constitutionelle. Fast ausnahmslos findet sich schon erbliche psychopathische Veranlagung, die sich klinisch öfters auch in allerlei Eigenthümlichkeiten des Charakters kundgiebt, namentlich in Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, Haltlosigkeit. Nicht selten findet sich bei den Kranken eine vortreffliche intellectuelle oder ästhetische Begabung. Das weibliche Geschlecht mit seiner grösseren gemüthlichen Erregbarkeit ist anscheinend für das circuläre Irresein etwas stärker disponirt, als das männliche. Unter den gegen 60 selbst beobachteten Fällen, welche der vorstehenden Schilderung zu Grunde liegen, stellt sich das Verhältniss der beiden Geschlechter etwa wie 3:2.

Gerade die Entstehung der Erkrankung aus dem Innern der Persönlichkeit heraus macht uns die Unabhängigkeit der einzelnen Anfälle von äusseren Anlässen, die so häufig ganz erstaunliche Uebereinstimmung derselben untereinander, sowie die Vorliebe der Psychose für gewisse Lebensalter vollkommen erklärlich. Das Klimakterium und in noch weit höherem Grade das Entwickelungsalter sind eben diejenigen Lebensabschnitte, in welchen sich auch unter normalen Verhältnissen gemüthliche Gleichgewichtsschwankungen am leichtesten entwickeln. Je mehr sich die Psychose dem continuirlichen Verlaufe nähert, desto selbständiger wird sie gegenüber äusserer Beeinflussung, desto typischer wiederholen sich alle kleinen Züge der einzelnen Anfälle.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die circulären Psychosen mit den manischen Formen des periodischen Irreseins in allernächster Verwandtschaft stehen. Die periodische Manie mit depressivem Vorstadium ist von gewissen Arten der circulären Erkrankung nur noch künstlich zu trennen. Das ist erklärlich, wenn wir bedenken, dass expansive und depressive Zustände hier überall nur für die oberflächliche Betrachtung Gegensätze sind. Der häufige unvermittelte Uebergang beider in einander zeigt, dass sie nur verschiedene Seiten eines und desselben krankhaften Grundzustandes darstellen, der ebenso leicht die eine wie die andere Färbung annehmen kann. Schon in der einfachen Manie sehen wir ja häufig

genug diesen plötzlichen Umschlag aus einer Stimmung in die andere. Die wesentliche gemeinsame Eigenthümlichkeit der manischen und circulären Formen des periodischen Irreseins ist demnach das Auftreten eines labilen Gleichgewichtszustandes auf gemüthlichem und psychomotorischem Gebiete, der in unregelmässigem oder regelmässigem Wechsel bald eine Erleichterung, bald eine Erschwerung der hier sich abspielenden psychischen Vorgänge zur Folge haben kann.

In welcher Weise sich dabei gerade der Umschlag nach dieser oder nach jener Seite vollzieht, so dass im einzelnen Falle die typische Regelmässigkeit des Verlaufes entsteht, ist freilich durchaus unklar. Wir können vorerst nur darauf verweisen, dass in unserem Nervensysteme die Neigung zu periodischem Ablaufe der Hemmungs- und Erregungsvorgänge auf den verschiedensten Gebieten wiederkehrt. Meynert hat die Erklärung für den Wechsel gegensätzlicher Zustände in periodischen Störungen der vasomotorischen Innervation gesucht. In Folge von gesteigerter Reizbarkeit des Gefässcentrums soll sich ein verstärkter Contractionszustand im gesammten Arteriengebiete mit gleichzeitiger Hirnanaemie als Ursache der depressiven 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 manischen Stadiums betrachtet wird. Zweifellos ist es, dass 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.

Die Prognose des circulären Irreseins muss im Allgemeinen als ungünstig bezeichnet werden. Es giebt allerdings eine kleine Zahl von Fällen, in denen anscheinend völlige Heilung eintritt, namentlich bei jugendlichen Individuen und kurzer Dauer der einzelnen Anfälle. In der Regel aber kehrt die Krankheit immer wieder und zeigt dabei nicht selten die Neigung, sich mehr der continuirlichen Verlaufsart zu nähern. Diese letztere Form dürfte die prognostisch ungünstigste sein. Trotzdem pflegt die Intelligenz der Kranken auch bei langer Dauer des Leidens nur wenig oder gar nicht zu leiden, wenn die Anfälle in milderen Formen verlaufen.

Schwere, langdauernde Erkrankungen indessen, besonders manische, bleiben nicht ohne schädigenden Einfluss auf das gesammte Seelenleben. Solche Kranke sind während der Remissionen zwar besonnen, orientirt, behalten ein leidliches Gedächtniss, aber sie werden schliesslich dauernd zerfahren, reizbar, ungemein schwankend in ihrer Stimmung, leicht von einem Extrem ins andere fallend, oder stumpf, gleichgültig und willenlos. Regelmässig handelt es sich dabei um Individuen, bei denen die Krankheit in der Entwicklungszeit begonnen hat, während die klimakterischen Formen leichter zu verlaufen scheinen. Bisweilen soll im höheren Lebensalter die Intensität, Dauer und Häufigkeit der Anfälle abnehmen; ich selbst habe das bisher nicht beobachtet.

Die Diagnose einer circulären Psychose bietet keine Schwierigkeiten, sobald bereits ein längerer Krankheitsverlauf vorliegt. Im Beginne des Leidens wird man oft unsicher sein, doch hat man ein Recht, kurzdauernde, leichte Depressionszustände im Entwickelungsalter als äusserst verdächtig zu betrachten, namentlich, wenn sie sich ohne äusseren Anlass entwickeln, und noch mehr, wenn ihnen eine Periode auffallend gehobener Stimmung nachfolgt. Manische Erregungen in diesem Alter gehören häufiger einer periodischen Manie, als dem circulären Irresein an. Im späteren Lebensalter wird der circuläre Verlauf des Leidens vielfach aus der Geringfügigkeit der klinischen Erscheinungen erschlossen werden können, doch gestattet die einzelne Phase nicht mit Sicherheit die Abgrenzung von einer anderen periodischen Psychose. Die progressiven Formen des Wahnsinns können ein circuläres Irresein vortäuschen. Ausser dem höheren Lebensalter der Kranken kommt das starke Hervortreten der Sinnestäuschungen und Wahnideen und namentlich die Fortdauer dieser Störungen bei nur sehr mässiger manischer Erregung in Betracht. Hinsichtlich der Abgrenzung von der Paralyse, die ebenfalls gelegentlich dem circulären Irresein ähnelt, gelten die schon bei der periodischen Manie besprochenen Grundsätze. In allen den letztgenannten Fällen wird übrigens die Beobachtung des weiteren Verlaufes ziemlich bald volle Klarheit bringen.

Die Aufgaben der Behandlung sind im Wesentlichen symptomatische und werden somit durch die Art der einzelnen Krankheitsbilder bestimmt. Zur Bekämpfung der Anfälle hat man Bromkalium,

Opium und Morphium 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 expansive Stadium weniger stürmisch sich gestalten. Dass schon der Anstaltsaufenthalt wegen des Schutzes und der Pflege, die er gewährt, ebenfalls sehr viel zum milderen Verlaufe der Erkrankung beitragen kann, hatte ich wiederholt deutlich zu erfahren Gelegenheit.

D. Depressive Formen.

Die letzte grosse Gruppe der periodischen Psychosen ist gekennzeichnet durch die häufigere Wiederkehr mehr oder weniger typisch ausgebildeter Depressionszustände. Auch hier empfiehlt es sich, an der Hand der klinischen Erfahrung der Uebersichtlichkeit halber mehrere eigenartig entwickelte Krankheitsbilder auseinander zu halten.

Zunächst begegnen uns Beobachtungen, bei denen die einzelnen Anfälle in allen Stücken leichten, einfachen melancholischen Erkrankungen entsprechen. Die Kranken werden verstimmt, niedergeschlagen, fühlen sich beunruhigt, unfähig zu arbeiten, verlieren den Appetit und können nicht mehr schlafen. Selbstvorwürfe und Versündigungsideen, meist sehr unbestimmten Inhaltes, treten auf. Der Kranke hätte sein Leben anders einrichten, nicht in die Anstalt kommen, sich mehr zusammennehmen sollen. Er ist schwer krank, schlimmer daran, als alle Anderen, kann nie wieder gesund werden; es ist vorbei mit ihm für immer. Am Leben, an der Arbeit, an der Familie hat er keine Freude mehr; es wäre besser für ihn und seine Umgebung, wenn er fort wäre von der Welt. Trotzdem kommt es verhältnissmässig selten zu energischeren Selbstmordversuchen, weil der Affect nicht sehr heftig zu sein pflegt und der Kranke Besonnenheit und meist auch Selbstbeherrschung genug besitzt, die sich ihm aufdrängenden krankhaften Antriebe zu bekämpfen. Regelmässig besteht ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl; der Kranke kommt daher nicht selten freiwillig in die Anstalt, wenn er nicht von vorn herein Alles für nutzlos hält. An dieser Ansicht vermag auch der Hinweis auf frühere, glücklich verlaufene Anfälle nichts zu ändern; damals war Alles ganz anders, damals war noch die Möglichkeit einer Wiederherstellung, jetzt nicht mehr.

In seinem Benehmen ist der Kranke meist völlig correct, vermag sich Fremden gegenüber sehr zu beherrschen, sich zu unterhalten, lässt sich durch äussere Anregungen vorübergehend ablenken; sobald er aber sich selbst überlassen ist, findet er keine Ruhe, wandert stundenlang planlos herum, raucht übermässig, beschäftigt sich nicht, und kann sich nicht dazu entschliessen, die einfachsten Angelegenheiten zu erledigen. Der Schlaf ist immer sehr mangelhaft, der Appetit mässig, die Verdauung träge; das Körpergewicht sinkt.

Die Dauer dieses Zustandes beträgt in der Regel einige Monate; dann stellt sich eine langsame Besserung ein. Nicht selten kündigt sich diese Aenderung des Krankheitsbildes durch die Umwandlung der früheren Depression in eine mehr gereizte, unzufriedene, nörgelnde Stimmung an, die sich in Klagen über die Anstalt, das Essen, das Personal, in kleinen Scenen und einsichtslosem Fortdrängen Luft schafft. Nach einer durchschnittlichen Gesammtdauer von 4 bis 6 Monaten kommt es schliesslich unter vielfachen Schwankungen zu vollständiger Heilung. Freilich bleibt auch an dem Genesenen häufig eine gewisse Unentschlossenheit und Willenlosigkeit deutlich bemerkbar. Die Krankheit beginnt meist im fünften Lebensdecennium, selten schon etwas früher, wenn auch die Andeutungen einer geringen psychischen Widerstandsfähigkeit vielleicht bereits in der Jugend vorhanden waren. Die Zwischenzeiten zwischen den Anfällen betragen gewöhnlich einige, bisweilen selbst 6—8 Jahre; die einzelnen Anfälle pflegen einander sehr ähnlich zu sein.

Durch die Schwere der Erscheinungen hebt sich von dieser Form eine weitere ab, in welcher die periodische Erkrankung das Bild eines depressiven Wahnsinns annimmt. Der Anfall entwickelt sich meist ziemlich rasch. Es treten schwere Versündigungs- und Kleinheitsideen auf. Der Kranke ist von Allen verachtet und verspottet, unfähig, nichts nütze mehr auf der Welt, kann nichts mehr bezahlen, wird schimpflich aus seiner Stellung gejagt. Sehr häufig gesellen sich abenteuerliche hypochondrische Vorstellungen dazu. Das Herz schlägt nicht mehr, ist nur ein todtes Stück Fleisch. Magen und Darm sind verschwunden, das Blut eingetrocknet, die Thränen versiegt, der Leib verfault, abgestorben; überall zeigen sich die verheerenden Folgen der Syphilis. Der Kranke möchte sterben, weg von der Welt, aber das ist unmöglich. Man kann ihn mit der Axt vor den Kopf schlagen, ihm die Brust aufschneiden, ihn ins

Feuer werfen — er wird trotzdem am Leben bleiben. Bisweilen werden ganz vereinzelte Sinnestäuschungen beobachtet.

Die Stimmung ist meist weinerlich, gedrückt, seltener ängstlich erregt. Vielfach fällt ein gewisses Missverhältniss zwischen dem Inhalte der Wahnideen und der Geringfügigkeit des Affectes auf. Solche Kranke pflegen bei völliger Besonnenheit ihre ungeheuerlichen Vorstellungen in stereotyper Weise ziemlich gleichmüthig zu wiederholen, ohne sich durch die handgreiflichsten Widersprüche beirren zu lassen, während sie die Personen ihrer Umgebung bisweilen ganz scharf kritisiren, sich selbst über sie in treffenden Bemerkungen lustig machen. Andere dagegen gehen sehr wenig aus sich heraus, schliessen sich ganz ab, sprechen nur nothgedrungen und über gleichgültige Dinge, um erst in der Reconvalescenz über die unsinnigen Ideen zu berichten, von denen sie beherrscht waren. Hier bestehen meist starke psychische Hemmungen, die sich zeitweise selbst bis zu leichten Stuporzuständen steigern können. Selbstmordneigung ist nicht selten; auch hartnäckige Nahrungsverweigerung wird häufiger beobachtet, beides namentlich in den zuletzt erwähnten Fällen. Die körperlichen Erscheinungen sind die gewöhnlichen des depressiven Wahnsinns.

Die Entwickelung der Krankheit pflegt sich im vierten oder fünften Lebensdecennium anzubahnen. Der einzelne Anfall dauert etwa 8—10 Monate, bisweilen auch länger. Die Zwischenzeiten betragen meist einige Jahre. Die späteren Anfälle sind häufig schwerer, als die früheren.

Wir haben endlich noch einer letzten Gruppe von Fällen zu gedenken, bei welcher das Krankheitsbild nur eine einfache innere Beunruhigung ohne die eigentlichen melancholischen Symptome darbietet. Die Psychose beginnt häufig ziemlich plötzlich, etwa im Anschlusse an eine heftige Gemüthsbewegung, einen Schreck einen Unglücksfall. Bei dem Kranken stellt sich mit einem Male das Gefühl des Druckes und der Beklemmung in der Herzgegend oder im Praecordium ein, Zusammenschnüren im Halse, dumpfe Beengung im Kopfe ohne eigentlichen Schmerz. Er wird traurig, verstimmt, kleinmüthig, hat an nichts mehr Freude, fühlt sich unfrei und gebunden, weil die Herzensangst jede andere gemüthliche Regung in seinem Innern unterdrückt. Die Besonnenheit ist dabei vollständig erhalten; der Kranke hat ein ganz klares Verständniss

für seinen Zustand und sucht im Gefühle seiner Hülfsbedürftigkeit meist selbst den Arzt oder die Anstalt auf. Es bestehen keinerlei Versündigungsideen oder Selbstvorwürfe. Zwar steigen in ihm auch „böse Gedanken“ auf, aber dieselben beziehen sich nicht auf die Vergangenheit, sondern es sind religiöse Zweifel, trübe Befürchtungen für die Zukunft und namentlich der zwangsmässig wiederkehrende Antrieb, dem trostlosen Leben ein Ende zu machen. Auch hier indessen kommt es nur selten zu wirklich ernsthaften Selbstmordversuchen. Bisweilen bitten die Kranken selbst um Ueberwachung, wenn sie sich nicht mehr genügende Widerstandsfähigkeit zutrauen. Sie sind dauernd ruhig; nur hie und da findet man sie am ganzen Leibe zitternd und lebhaft klagend über die innere Angst, die sie nicht mehr zu unterdrücken vermögen. Sie geben über ihre Zustände jederzeit bereitwillig und zusammenhängend Auskunft; zu einer anhaltenden Beschäftigung sind sie nicht fähig, da die Angst sie ganz in Anspruch nimmt. Energielos und verzagt gehen sie jeder Anstrengung oder Erregung aus dem Wege; das Einzige, was sie suchen, ist Ruhe.

Der Schlaf dieser Kranken ist meist recht gestört; dagegen pflegt der Appetit leidlich zu sein, wenn sie auch „keinen rechten Genuss“ vom Essen haben. Das Körpergewicht sinkt langsam; die Verdauung ist träge.

Der Verlauf der Krankheit ist meist ein sehr schleppender. Der Zustand zeigt ganz unregelmässige Schwankungen, bleibt aber innerhalb gewisser Grenzen ausserordentlich einförmig. Die Dauer kann eine sehr lange sein, sich selbst über eine Reihe von Jahren erstrecken. Der erste Anfall pflegt auch hier in höherem Lebensalter aufzutreten. Jedenfalls erhält die Krankheit erst im fünften Lebensjahrzehnt ihre volle Ausbildung; höchstens sind einzelne rudimentäre Anfälle vorausgegangen. Die Zwischenzeiten zwischen den Anfällen betragen Anfangs eine Reihe von Jahren, können sich späterhin immer mehr verkürzen. Ueberhaupt hat die Krankheit eine grosse Neigung zu einer Art Versumpfung, insofern die Remissionen nach und nach unvollständiger werden und schliesslich eigentlich ein continuirlicher Verlauf mit periodischen Verschlechterungen und Besserungen sich herausbildet.

Die periodischen Depressionszustände gehen ohne scharfe Grenze in die einfachen Krankheitsbilder über, denen sie entsprechen. Wir

haben ja schon früher darauf hingewiesen, dass auch bei diesen letzteren ungemein häufig die Neigung zu einer Wiederkehr der gleichen Erkrankung beobachtet wird. Die periodischen, wie die einfachen Formen, nehmen ihren Ursprung besonders gern in dem Lebensalter der beginnenden Involution oder erleiden wenigstens dann eine Verschlimmerung, wenn sie schon einige Zeit früher aufgetreten sind. Gleichwol müssen sie als durchaus constitutionelle Erkrankungen aufgefasst werden. Erbliche Belastung spielt daher eine wichtige Rolle in ihrer Aetiologie, besonders bei der letzten Gruppe; ausserdem dürfte aber auch die erworbene Disposition vielfach wesentlich mit in Betracht kommen.

Die Erkennung eines periodischen Depressionszustandes ist unter Umständen recht schwierig. Namentlich die zweite Form kann beim männlichen Geschlechte bisweilen erst dann sicher von der Paralyse abgegrenzt werden, wenn mit dem Zurücktreten der Krankheitszeichen keinerlei Andeutungen psychischer Schwäche oder organischer Erkrankung sich nachweisen lassen. Bei späteren Anfällen ist die Diagnose natürlich leichter. Die erste und mehr noch die letzte mehr chronisch verlaufende Form kann mit einfach neurasthenischen Zuständen verwechselt werden. Davor schützt der Mangel jeder ausreichenden Erkrankungsursache, die ausserordentliche Einförmigkeit des Krankheitsbildes und die Unzugänglichkeit gegenüber jenen therapeutischen Massnahmen, welche bei der Neurasthenie regelmässig rasche Besserung bringen. Mit gewissen Formen der constitutionellen Neurasthenie ist die hier geschilderte Erkrankung nahe verwandt; sie unterscheidet sich von jenen nur durch das späte Auftreten und die Regelmässigkeit der Schwankungen im Zustande. Die Diagnose der Periodicität kann sich hier mit einiger Wahrscheinlichkeit auf die Geringfügigkeit der Krankheitserscheinungen stützen.

Die Behandlung der periodischen Depressionszustände erfordert für die zweite Gruppe von Fällen unter allen Umständen, für die anderen Formen wenigstens dann unbedingt die Verbringung des Kranken in die Anstalt, wenn irgendwie Selbstmordneigung sich bemerkbar macht. Im Uebrigen gelten die gleichen Grundsätze wie bei der Behandlung der entsprechenden einfachen Psychosen. Man wappne sich namentlich bei der zuletzt geschilderten Form mit grosser Geduld. Versuchsweise Entlassung ist hier weit eher einmal am Platze, als bei nicht periodischen Formen.

VII. Die Verrücktheit (Paranoia).*)

Als Verrücktheit bezeichnen wir die chronische Entwickelung eines dauernden Wahnsystems bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit. Die Störung liegt hier wesentlich auf dem Gebiete der intellectuellen Vorgänge, in einer krankhaften Auffassung und Verarbeitung der äusseren und inneren Erfahrung. Sie führt mit Nothwendigkeit zu einer tiefgreifenden Umwandlung der gesammten Lebensanschauung, zu einer „Verrückung" des Standpunktes, welchen der Kranke gegenüber den Personen und Ereignissen seiner Umgebung einnimmt.

Nach der früher von Griesinger vertretenen Anschauung war die Verrücktheit stets das secundäre Stadium einer voraufgegangenen 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 verschiedener 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 jener chronische Wahnsinn mit der „originären" Verrücktheit in innigerer Verwandtschaft zu stehen, als mit den Krankheitsbildern, welche oben unter der Bezeichnung Wahnsinn

---

*) Snell, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie XXII, p. 368; Griesinger, Archiv für Psychiatrie I, p. 148; Sander, ibid. p. 387; Westphal, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie XXXIV, p. 252; Mercklin, Studien über primäre Verrücktheit. 1879; Amadei e Tonnini, Archivio italiano per le malattie nervose, 1884, 1, 2; Werner, Die Paranoia, 1891.

beschrieben worden sind. Für verfehlt halte ich die von Westphal empfohlene und noch vielfach festgehaltene Aufstellung einer „acuten" Verrücktheit, weil durch diese Ausdehnung der Bezeichnung eine wesentliche Eigenthümlichkeit der Verrücktheit, der chronische, constitutionelle Charakter derselben, verwischt und so 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 Formenreichthum und das Vorkommen zahlreicher Uebergänge, andererseits aber der Mangel eines zuverlässigen Eintheilungsprincipes den klaren Ueberblick über den Stoff und die zutreffende Gruppirung der einzelnen klinischen Symptomencomplexe ausserordentlich erschwert. Dazu kommt, dass bei dem ungemein 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 Gruppirung 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 können.

Weit besser scheint sich zunächst die Entstehungsweise der Wahnideen für die Gruppirung der Krankheitsbilder zu eignen. Entweder nämlich sind es Sinnestäuschungen, aus denen dieselben hervorgehen; ferner kann es sich um wahnhafte Combinationen aus wirklichen Wahrnehmungen handeln, oder endlich die krankhaften Ideen treten als rein phantastische Erfindungen (Primordialdelirien) ins Bewusstsein. Indessen, so verschieden diese Entstehungsarten der Wahnideen auf den ersten Blick zu sein scheinen, so lehrt

doch eine genauere Betrachtung, dass die Differenz in Wirklichkeit eine verhältnissmässig geringe ist. Abgesehen davon, dass im gegebenen Falle sehr häufig die einzelnen Erscheinungen sich mit einander verbinden, ist es ja unzweifelhaft, dass sie alle schliesslich ihren gemeinsamen Ursprung aus der allgemeinen Richtung des Denkens und Fühlens nehmen. 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.

Wenn demnach das Ueberwiegen des einen oder anderen Vorganges höchstens gewisse Schlüsse auf Verschiedenheiten des jeweiligen psychischen Gesammtzustandes gestattet, so ist die differente Entstehungsart der Wahnideen nur in beschränktem Masse zur Abgrenzung verschiedener Formen der Verrücktheit verwerthbar. Thatsächlich hat man daher bis jetzt fast immer den Inhalt und die Färbung des Wahnsystems in erster Linie als Eintheilungsgrund berücksichtigt. Freilich 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 Gruppirung 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 Entwick-

lung 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 bisweilen, 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 verschwiegenen Inhalt lange gehegter Befürchtungen zur schrecklichen Gewissheit werden lassen. Er hört, dass man ihn schmäht, mit Vorwürfen überhäuft, anklagt, bedroht. „Der hat gestohlen, seinen Meister verschwätzt, muss per Schub heim, wird hingerichtet; die Haussuchung wird's erweisen, da wird die Frau schön gucken; dir wird's gemacht, du bist ein Lausbub.“ Bei weiblichen Kranken ist es namentlich die Geschlechtsehre, gegen welche sich die „Verfolgung“ richtet; „die hat vier Kinder, ist ein Mensch, eine Hure, schwanger, angesteckt, radical caput gemacht, hat ihr Kind umgebracht.“

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, womöglich aus der Welt zu schaffen sucht; offenbar haben sich die Personen seiner Umgebung, zunächst wol die Mitbewohner des Hauses, zu einem Complott 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. In der Regel sind diese Täuschungen so deutlich, dass der Kranke sie wörtlich wiedergeben kann und sie als gewöhnliche Sinneswahrnehmungen betrachtet, sogar genau die Stimmen zu erkennen vermag. Bisweilen jedoch ist es ein leises Flüstern und Wispern, „Telephoniren“, dessen Inhalt nur ganz im Allgemeinen aufgefasst wird. Oefters beobachtet man

hallucinatorisches Mitklingen der Gedanken, besonders beim Lesen. Die Stimmen klappen dabei nach, oder sie eilen auch wol voraus: „ich kann schneller lesen, wie du!“

Dazu kommt, dass der Kranke gewöhnlich auch ausser den Gehörstäuschungen noch allerlei Wahrnehmungen macht, die ihn in seinem schrecklichen Verdachte bestärken. Das Essen zeigt bisweilen einen sonderbaren Geschmack oder Geruch „nach todten Menschen“; im Kaffee ist Urin oder Phosphor, Ricinusöl in der Bouillon. Er spürt nach der Mahlzeit Bauchweh, Aufgetriebensein, Jucken am ganzen Körper. Nachts ist ein schwefelartiger Dampf im Zimmer; die Bettstelle erscheint heiss, wie wenn elektrisirt würde; er empfindet Geräusche im Kopf, wie von einem Uhrwerk, einem Mühlrad. Schmerzen bei der Menstruation deuten auf Entjungferung in Chloroformnarkose hin. Einzelne Sachen verschwinden auf geheimnissvolle Weise oder finden sich verschoben, an andere Stellen gelegt; die Kleider weisen unerklärliche Löcher, Flecken, Abnutzungszeichen auf; das Gesicht erscheint im Spiegel verzerrt, gedunsen, die Personen oder Gegenstände der Umgebung zeitweise ganz auffallend verändert. Auch das ganze Benehmen der Hausgenossen, die spöttischen Mienen der Vorübergehenden, ihre bezeichnenden Blicke und Geberden, Bemerkungen in Zeitungen und Briefen, bedeutsame Träume oder sonstige ganz gleichgültige Ereignisse werden von ihm im Sinne seiner immer bestimmtere Gestalt gewinnenden Verfolgungsideen verwerthet. Es wird Sympathie angewendet; Alles ist wie umgewechselt; es ist ein „nächtlich-religiöser, geheimer, meuchelmörderischer Staatsbürgerkrieg.“

Vergebens versucht der Kranke, diesen heimtückischen Anfeindungen, in welche nachgerade eine ganze „Clique“ oder „Partei“ verwickelt zu sein scheint, 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 schreck-

lichen 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 übertönen wusste. Vielfach führt jedoch die immerwährende Qual der höhnenden und neckenden „Stimmen“ den Kranken nach vergeblichen Fluchtversuchen zu energischerer Reaction. Zunächst vielleicht wendet er sich an diejenigen, welche er für seine Verfolger hält, um sie wegen ihres feindseligen Verhaltens zur Rede zu stellen. So kann es kommen, 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.

Ein weiterer 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 Selbsthülfe, 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 Mittel 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, merkt er, dass es auch hier nicht recht geheuer ist. 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 („Deckenläufer", „Hinterwändner") das alte Treiben wieder aufnehmen, oder er hört, wie sie sich nunmehr seiner Angehörigen bemächtigt haben, sie nicht zu ihm lassen oder sie in der grässlichsten Weise martern, so dass ihr Schreien und Jammern zu ihm herüberschallt. Jeder Versuch, ihn von der Irrthümlichkeit seiner 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 mundtodt oder gar wirklich geisteskrank zu machen.

Während der ganzen Entwickelung dieses Wahnsystems bleibt der Kranke andauernd vollkommen klar, besonnen, geordnet. Er vermag in zusammenhängender Weise seine krankhaften Ideen darzulegen, zu begründen, Einwände zu bekämpfen. Wirkliche Krankheitseinsicht dagegen fehlt ganz, auch wenn er selbst seine Täuschungen als „Stimmen" bezeichnet und auf starkes Drängen einmal ausweichend zugiebt, dass er möglicher Weise krank sein könne. Die Stimmung pflegt vielfache Schwankungen darzubieten. Während der Kranke sich im Allgemeinen ruhig verhält und sich auch bis zu einem gewissen Grade zu beschäftigen vermag, wird er zeitweise gereizt, erregt, spricht oder schimpft laut vor sich hin oder macht sogar plötzliche, äusserlich nicht motivirte Angriffe auf einzelne Personen seiner Umgebung. An diesen gelegentlichen, meist mit Häufung der Täuschungen einhergehenden Ausbrüchen, sowie dem eigenthümlich lauschenden Gesichtsausdruck kann man bisweilen solche chronische Hallucinanten erkennen, ohne sonst etwas von ihnen erfahren zu haben.

Im weiteren Verlaufe bleibt der Zustand der Kranken meist

lange Zeit hindurch unverändert, doch beobachtet man, besonders in der ersten Periode der Krankheit, nicht selten zeitweises Schwinden oder doch Nachlassen der Täuschungen. Dagegen variiren diese letzteren meist dauernd das gleiche Thema, wenn auch die Rolle der Verfolger allmählich auf andere Personen übergehen kann. Im Laufe der Jahre wird der Inhalt der Stimmen gewöhnlich ein absurderer; namentlich kommt es nicht selten zu verzwickten, symbolisirenden Wortneubildungen. Die Verfolgungen werden als Abkreuzungen, Synkopen, Sympathie u. dergl. bezeichnet. Nunmehr gesellen sich häufig auch einzelne Grössenideen zu dem bis dahin herrschenden Verfolgungswahn hinzu, die theilweise wenigstens auch in den Sinnestäuschungen ihren Ausdruck finden. Gegenüber den Verfolgern treten Beschützer auf; der Kaiser interessirt sich für den Kranken und sucht die Machinationen der Gegner zu paralysiren, hat den Befehl zur Befreiung und Entlassung gegeben, eine grosse Summe für ihn deponirt. Die Stimmen sind vom Grossherzog angestellt, um ihn gesund zu machen.

Gleichzeitig pflegt auch die Stärke der gemüthlichen Reaction gegen die Täuschungen allmählich nachzulassen. Ermüdet von dem ungleichen Kampfe werden die Kranken stumpfer, gleichgültiger und können es lernen, sich nicht mehr sonderlich um die quälenden Hallucinationen zu bekümmern, ohne jedoch eine klare Einsicht in die Krankhaftigkeit derselben zu gewinnen. Nur hie und da verräth dann noch eine vorübergehende Aengstlichkeit oder ein Schimpfparoxysmus, dass die Täuschungen ihre Macht noch nicht vollständig verloren haben. Freilich bedeutet dieser endlich gefundene Modus vivendi gegenüber den Krankheitserscheinungen nichts weniger, als eine Genesung; die Urtheilslosigkeit und Interesselosigkeit des Kranken auch auf den sonstigen Gebieten seines geistigen Lebens zeigt deutlich, dass wir es einfach mit einem Zustande dauernder Invalidität zu thun haben.

Die hier geschilderte Form des einfachen hallucinatorischen Verfolgungswahns pflegt sich ganz überwiegend häufig in späterem Lebensalter, im Laufe der 40er Jahre zu entwickeln. Nicht selten beobachtet man dieselbe bei Strafgefangenen; auch die „Psychose der Schwerhörigen“ dürfte zumeist dieser Krankheitsform angehören. Die erbliche Veranlagung spielt eine wesentliche Rolle.

Der phantastische Verfolgungswahn. Unter dieser gemeinsamen

Bezeichnung möchte ich der Uebersichtlichkeit halber eine Reihe von Krankheitsbildern zusammenfassen, in denen neben mehr oder weniger zahlreichen Sinnestäuschungen die phantastische Verarbeitung derselben und namentlich auch die freie Erfindung stärker hervortritt. Schon beim hallucinatorischen Verfolgungswahn, namentlich den in früherem Lebensalter auftretenden Erkrankungen, ist die Mitwirkung der Phantasie vielfach recht deutlich. Immerhin aber pflegt sich der Wahn dort noch im Bereiche des an sich Möglichen zu halten, während es hier regelmässig zur Entwickelung ganz abenteuerlicher und unsinniger Wahnsysteme kommt. Namentlich die Vorstellung der körperlichen Beeinflussung ist allen diesen Formen gemeinsam.

Zunächst kommt eine Gruppe von Fällen in Betracht, in denen es sich vorzugsweise um das Auftreten von Vergiftungs- und Verwechselungsideen handelt. Die Kranken fühlen sich von ihrer Umgebung zurückgesetzt, chicanirt, feindselig behandelt; sie merken es „an Allem“. Man thut ihnen dies und jenes zum Spott, stellt verfängliche Fragen an sie; in den Zeitungen werden sie „herumgeschmiert“, in Pasquillen carikirt; Theaterstücke enthalten Verhöhnungen ihrer Person; die Reden Vorübergehender sind auf sie gemünzt. Die Kinder auf der Strasse pfeifen und singen ihnen zum Schabernack; die Nachbarn foppen sie mit Geberden und Anspielungen. Irgend ein Mensch trägt seine grosse Nase, sein rothes Gesicht nur zur Schau, um sie zu ärgern; ein zufälliger Passant scheint ihnen einen lebensgefährlichen Angriff zu planen. In diese Verfolgungsideen, welche sich zunächst an wirkliche, aber krankhaft gedeutete Wahrnehmungen anknüpfen, werden fernerhin auch die Empfindungen des eigenen Körpers hineingezogen. Schmerzen im Rücken und in den Beinen, Schwere im Körper, Reissen und Ziehen im Leibe deutet darauf hin, dass die Gesundheit durch künstlich angewandte Mittel geschädigt ist; im natürlichen Körper geht so etwas nicht vor. Ein gelegentliches Bauchgrimmen oder eine vorübergehende Eingenommenheit des Kopfes macht es dem Kranken 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 Miserere in Folge jenes Vergiftungsversuches befürchten. In der Nacht werden ihm „Bilder“ vorgemacht, um ihn zu ärgern;

er beklagt sich bitter, dass man ihn gänzlich ruinirt 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. Die Gesichter, die Stimmen bekannter Personen verändern sich; auch das eigene Antlitz erscheint plötzlich im Spiegel anders, als früher. Man verwechselt die Bilder und Möbel, bringt immerfort andere Menschen herbei, um ihn zu reizen und zu ärgern. Alle stecken unter einer Decke und kennen genau den Schwindel, den man mit ihm treibt, so unbefangen sie sich auch stellen. Die Fragen, die man an ihn richtet, sind daher der reine Hohn, und er pflegt sie daher auch einfach mit dem misstrauischen Hinweise darauf zu beantworten, dass man ja ohnedies schon Alles besser wisse, als er, und ihn daher mit weiteren Belästigungen verschonen möge. Die ganze Umgebung erscheint ihm als eine organisirte Räuberbande, welche systematisch darauf ausgeht, ihn zur Verzweiflung zu treiben. Er geräth dadurch meist in eine äusserst erbitterte Stimmung, welche leicht zu allerlei krankhaften Reactionen führt, zu hartnäckiger Nahrungsverweigerung in Folge von Vergiftungsideen, oder weil der Stuhlgang nicht mehr kommt wie früher, zu gewaltthätigen Angriffen auf bekannte oder unbekannte Personen, zu auffallenden öffentlichen Attentaten, um die Aufmerksamkeit auf die eigene Nothlage zu lenken, endlich auch zu energischen Selbstmordversuchen.

Meist gerathen die Kranken auf diese Weise in die Irrenanstalten, wo sich regelmässig ein gewisser Grad geistiger Schwäche, Urtheilslosigkeit, Zerfahrenheit, Gemüthsstumpfheit und bornirter Eigensinn nachweisen lässt. Im Laufe der Jahre nimmt diese Schwäche deutlich zu. Die Kranken bleiben zwar völlig klar und orientirt, aber ihre Wahnideen werden nach und nach confuser und zusammenhangsloser; einzelne Grössenideen mischen sich hinein, und ihre geistige Leistungsfähigkeit schwindet, während sie als mechanische Arbeiter vielleicht noch leidlich verwerthbar sind.

Als eine Unterart dieses hypochondrisch gefärbten Verfolgungswahns dürfen wir vielleicht den sexuellen Verfolgungswahn betrachten. Derselbe wird fast ausschliesslich beim weiblichen Geschlechte beobachtet und knüpft sich häufig 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 wird auf den Boden gesetzt, ihr Kopf auf die Seite gelegt und sie fühlt nun deutlich, wie der Coitus mit ihr vollzogen wird, hört auch wol 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. Die Kranke fühlt Sprechen in ihren Genitalien, merkt, dass ihr die Gedanken gemacht werden. Nicht selten nimmt der Wahn allmählich eine expansive Gestaltung an. Die Begattung ist eine „göttlich-geistliche“; die Kranke hat eine hohe Mission, wird Himmelskönigin, ist mit dem Erlöser oder dem Weltkaiser schwanger.

Endlich lässt sich an dieser Stelle wol am besten der Eifersuchtswahn einfügen, den wir namentlich bei Frauen im Klimakterium, bisweilen auch schon im 4. Decennium 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 in's Bett legen. Wenn auch die sofort ausgeführte Controle ein negatives Resultat ergiebt, so steht ihre Ueberzeugung nichtsdestoweniger fest, und sie ist 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 heimliche 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 Entwickelung 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.

Eine weit mannichfaltigere Entwickelung, als in allen bisher besprochenen Formen, erfährt das Wahnsystem im sogenannten physikalischen Verfolgungswahn. Hier werden in ganz kritikloser Weise die unsinnigsten Annahmen gemacht, um die überaus verschiedenartigen Täuschungen auf eine einheitliche feindselige Ursache zurückzuführen; die Störung der Intelligenz greift daher offenbar viel tiefer.

Die Entwickelung der Erkrankung pflegt sich zunächst in ähnlicher Weise zu vollziehen, wie bei den andern Formen. Der Kranke bemerkt, dass er zurückgesetzt, feindselig überwacht, in der Presse angegriffen, von der Bühne oder von der Kanzel herab verhöhnt wird; er hört einzelne Schimpfworte, „Schuft", „Heuchler", „Zuchthauspack", auf der Strasse, verdächtiges Lispeln und Flüstern in seiner Wohnung, und schliesst aus diesen und zahlreichen ähnlichen Wahrnehmungen auf das Bestehen einer geheimen Partei, die ihn aus politischen, religiösen, persönlichen Gründen zu vernichten sucht. Nach diesem Einleitungsstadium macht der Kranke eines Tages die Entdeckung, dass seine Verfolger ihn direct körperlich zu beeinflussen vermögen, indem er in einem lebhaften Affectzustande mit Häufung der Stimmen allerlei abnorme Sensationen in seinem Körper ebenfalls auf die Einwirkung seiner Feinde zurückführt. Es wird ihm nun klar, dass diese Letzteren über Hülfsmittel verfügen, durch die sie aus der Ferne die mannichfaltigsten Veränderungen und Störungen in seinem Körper herbeiführen („Telepathie"). Gewöhnlich malt ihm seine lebhaft erregte Phantasie die näheren Details dieser Einwirkungen auf das Genaueste aus. Häufig sind es magnetische und elektrische Batterien, mit welchen die Verfolger operiren, Lichtmaschinen, grosse Hohlspiegel u. dergl., von denen die Kranken nach längerer Bekannt-

schaft mit ihren Feinden bisweilen ausführliche Zeichnungen entwerfen.*) Oder aber es handelt sich um Zaubersprüche, Sympathie, Hypnotismus, je nach dem Bildungsgrade des Kranken. Einer meiner Kranken fühlte sich „in öffentlicher hypnotischer Haft", trotz anscheinender Freiheit im erweiterten Käfig, da die „Hypnotisten" ihn durch die hypnotische Augenkraft vollständig in ihrer Gewalt hatten.

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. Im Ohr sitzt ein Magnet; 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, „Schweinemord" auf ihn verübt, der Darm „aufgewickelt und in Platten abgelagert", „Seichzauber getrieben", der Stuhlgang verhindert, der Athem versetzt, der Koth in's Hirn gepumpt, das Geschlecht „wagerecht herausgezogen und senkrecht wieder hineingesteckt", der Samen abgetrieben, die Zähne ausgeschlagen. Meist werden diese verschiedenartigen Empfindungen mit eigenen Namen belegt und ganz genau beschrieben, das Fingerzucken, Fleischschwellen, Blutstillen und Blutfliessenlassen, Ereignissmachen, Bombenbersten, Hummerknacken u.s.f.

Ein besonders raffinirtes Manöver der ebenfalls oft phantastisch benannten Verfolger besteht in dem „Abziehen" der Gedanken. Die Kranken merken, dass ihre Gedanken durch feindliche Machinationen beliebig gelenkt (suggerirt) werden können. Beim Versuche, zu arbeiten, werden sie plötzlich „desanimirt" und müssen dann aufhören, oder es kommen ihnen gute Gedanken, die aber offenbar nicht ihre eigenen, sondern eingegeben sind. Sie wissen schliesslich gar nicht mehr, ob sie aus sich heraus denken oder „suggestirt" werden. Bisweilen werden die Gedanken sogar laut (Doppeldenken) und daher der ganzen Welt bekannt. Ihre Seele ist „offen"; Jedermann

*) Haslam, Erklärungen der Tollheit, übersetzt v. Wollny. 1889.

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.

In manchen Fällen werden die 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 geben 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, suffisantem, hochmüthigem Wesen, spielen hohe Verwandtschaften, Kronprätendentschaft, vermeintliche Erbansprüche, geheimnissvoller sexueller Rapport mit einer Prinzessin, religiöse Mission 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 letzteren 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 empört und entrüstet über die fortwährenden telepathischen Beeinflussungen, denen sie ausgesetzt sind, und machen ihrer Erbitterung je nach Gemüthsart und Bildungsgrad in Zeitungsannoncen, Flugblättern, Eingaben an Behörden, Broschüren*) Luft, in denen sie den ganzen niederträchtigen Schwindel aufdecken, oder sie greifen zur Selbsthülfe, zu gewaltthätigem Vorgehen gegen ihre vermeintlichen Peiniger. Einer meiner Kranken, der sich von mir beeinflusst glaubte, suchte mich von Zeit zu Zeit auf, machte mir Vorstellungen über meine Schlechtigkeit und forderte mich dringend auf, ihn „loszulassen".

Nicht selten kommt es auch, namentlich in der ersten Zeit der Erkrankung, zu heftigen, meist ängstlichen Aufregungszuständen und selbst zu energischen Selbstmordversuchen. Da den Kranken 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", die unablässige Wiederholung

*) Wollny, Ueber Telepathie, 1888; Sammlung von Actenstücken, 1888; Teffer, Ueber die Thatsache des psycho-sexualen Contactes oder die actio in Distans, 1891.

gewisser Worte, oder besondere Vorrichtungen an der Bettstelle (Drähte, phallusartige Amulete), mit Hülfe 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 psychopathisch stark prädisponirtem Boden, am häufigsten schon in früherem Lebensalter (20er Jahre); ich sah zwei Geschwister unabhängig von einander ganz die nämlichen unsinnigen Ideen produciren.

Der Verlauf der Krankheit ist regelmässig ein fortschreitender. Die Besonnenheit bleibt freilich vollständig erhalten; die Kranken sind dauernd im Stande, zusammenhängend und folgerichtig ihre Wahnideen darzulegen, allein ihr ganzes psychisches Leben wird doch viel stärker in Mitleidenschaft gezogen, als bei dem einfachen hallucinatorischen Verfolgungswahn. Die Aufmerksamkeit ist in hohem Masse durch die abnormen Sensationen in Anspruch genommen; das Wahnsystem gewinnt eine weit umfassendere, die gesunden Vorstellungskreise in den Hintergrund drängende Entwickelung, und die Arbeitsfähigkeit der Kranken wird stets schwer beeinträchtigt. Gleichwol giebt es auch hier einzelne Fälle, in denen der Zustand viele Jahre nahezu stationär zu bleiben scheint.

Die hypochondrische Verrücktheit. Im Anschlusse an die zuletzt geschilderten Formen haben wir noch eines nicht gerade sehr häufigen Krankheitsbildes zu gedenken, welches dadurch eine eigenartige Stellung einnimmt, dass eine Reihe von wahnhaften, höchst peinlichen Veränderungen und Vorgängen im Körper nicht, wie beim physikalischen Verfolgungswahn, auf äussere Einwirkungen zurückbezogen, sondern als der Ausdruck eines schweren, unheilbaren Leidens angesehen werden.

Ihren Ausgangspunkt nimmt die Psychose nicht selten von wirklich vorhandenen, objectiv begründeten Beschwerden, Magendarmkatarrhen, Uterinleiden, nervösen Affectionen, namentlich auch, wie es scheint, von masturbatorischen Excessen. Dazu pflegen sich meist allerlei abnorme Empfindungen im Körper zu gesellen, welche in Verbindung mit den objectiven Krankheitssymptomen, oft auch für sich allein, von dem Kranken zu höchst phantastischen Vorstellungen über die Art und Ausdehnung der pathologischen

Zustände verarbeitet werden. Es besteht Blutstockung, Störung im inneren Gefässgang; es hat keinen vollständigen Lauf mehr; Alles ist todt, kein inneres Leben mehr da, Wackeln und Zittern im ganzen Körper. Die Haut ist lose; unter derselben sitzen schmerzhafte Geschwüre; im Rückenmark fühlt der Kranke 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 Kritiklosigkeit gewinnt auch die Natur der Krankheit grotteskere 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. Mit der Ausbildung dieser krankhaften Ideenkreise treten alle anderen Vorstellungen und Gefühle mehr und mehr in den Hintergrund. Seine früheren natürlichen Interessen, sein Beruf, seine Familie verlieren ihren Reiz für den Kranken, der sich schliesslich nur noch mit dem Gedanken an seine Leiden beschäftigt und dasselbe Thema in unerschöpflichen Wiederholungen stets von Neuem bearbeitet. Jeden Zweifel an seiner körperlichen Erkrankung 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 Stimmung des Hypochonders ist gewöhnlich eine depressive, verzweifelte und reizbare; es kann zu heftigen Angstanfällen mit lautem Stöhnen, Herumwälzen im Bett, krampfartigen Verdrehungen der Glieder kommen. In anderen Fällen begegnet man einer im Hinblick auf den erschrecklichen Inhalt der Klagen ganz auffallenden Affectlosigkeit. Die Arbeitsfähigkeit der Kranken wird meist schwer beeinträchtigt. Abgesehen von ihrer Gleichgültigkeit gegen jede Beschäftigung hindert sie das Bewusstsein ihrer Schwäche und Unfähigkeit. Sie unternehmen daher nicht selten zahllose Kuren, laufen zu den verschiedensten Aerzten, fallen allen möglichen

Quacksalbern in die Hände, suchen sich durch innerliche und äusserliche Anwendung der ekelhaftesten Dinge, unter denen ihr eigener Urin eine gewisse Rolle spielt, wiederherzustellen. Nicht selten verlangen sie eingreifende Operationen, um irgend einen Fremdkörper, ein Thier oder dergl. aus ihrem Leibe zu entfernen. Es ist indessen bei der wesentlich phantastischen Entstehungsweise des Wahnes leicht erklärlich, dass alle hie und da immer noch unternommenen Scheinoperationen gänzlich erfolglos bleiben müssen.

Wie weit das im Vorstehenden kurz angedeutete Krankheitsbild wirklich in das Gebiet der Paranoia hineingehört, vermag ich nicht zu sagen. Jedenfalls weicht es von den übrigen Formen in vieler Beziehung ab. Eine ganze Anzahl der Fälle entwickelt sich erst in höherem Lebensalter, im 6. und 7. Decennium, und steht offenbar in naher Beziehung zu den übrigen so häufig hypochondrisch gefärbten Psychosen des Seniums. Eine zweite Gruppe von Fällen dagegen beginnt schon sehr früh auf hereditär schwachsinniger Grundlage, namentlich bei Masturbanten. Für diese letzteren, zweifellos degenerativen Psychosen dürfte die Zugehörigkeit zu dem grossen Formenkreise der Paranoia noch am meisten Wahrscheinlichkeit für sich haben.

Der combinatorische Verfolgungswahn. Gewissermassen auf einer höheren Stufe der Intelligenz, als die bisher betrachteten Formen, spielt sich der combinatorische Verfolgungswahn ab. Die Wahnbildung geschieht hier wesentlich durch krankhafte Schlüsse aus wirklichen Wahrnehmungen. Die Beeinträchtigung wird nicht am eigenen Körper empfunden, sondern sie macht sich nur im Bereiche der socialen Beziehungen der Kranken geltend.

Die Entwickelung 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. Aus den Gesprächen der Tischgesellschaft entnimmt er, dass ein geheimes Einverständniss besteht; die gleichen Redewendungen werden mit auffallender Absichtlichkeit bei ganz bestimmten Gelegenheiten zu Tode gehetzt. Man pfeift in bemerkenswerther Weise gewisse Lieder, um damit auf kleine Erlebnisse in seiner Vergangenheit hinzuweisen, ihm Winke für sein Handeln zu geben. In Theaterstücken, Zeitungsartikeln finden sich besondere Beziehungen auf sein Thun und Treiben; der Geistliche auf der Kanzel, ein Wahlredner macht „in der Bildersprache“ nicht misszuverstehende Anspielungen über seine Person. Er begegnet plötzlich immerfort denselben Menschen, die ihn anscheinend beobachten, ihm wie zufällig folgen; 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. Die Droschkenkutscher, Eisenbahnschaffner, Arbeiter unterhalten sich über ihn. Ueberall ist die Aufmerksamkeit auf ihn gerichtet; seine Kleidung wird trotz ihrer Ungewöhnlichkeit von zahlreichen Unbekannten nachgeahmt. Einzelne Bemerkungen, die er hat fallen lassen, werden sofort zur öffentlichen Parole. Einer meiner Kranken hatte Gelb als die Farbe des Verstandes bezeichnet; am nächsten Tage trug alle Welt gelbe Rosen, um ihm, da die Rose das Symbol des Schweigens ist, anzudeuten, dass er klug sein und schweigen solle, — „Wer will all das aufzählen, was hier zu mir spricht!“

Alle diese Erfahrungen sind an sich ganz gleichgültigen Inhalts; sie erscheinen „Jedem nicht Eingeweihten ganz natürlich“, als Zufälligkeiten, aber der Kranke merkt nur zu deutlich, dass Alles mit dem ausgesuchtesten Raffinement „gemacht“ wird, dass es sich um die „künst-

liche Erzeugung von Zufällen" handelt, hinter der sich ein abgekarteter Handel, irgend ein niederträchtiger Anschlag verbirgt. Allerdings wird das ganze Spiel äusserst geschickt in Scene gesetzt, um ihn zu düpiren und ihm jede Möglichkeit einer wirksamen Vertheidigung gegen alle die versteckten Gemeinheiten, gegen das ganze Spionir- und Beobachtungssystem zu benehmen. So oft er Jemanden direct zur Rede stellt und zu erkennen giebt, dass er Alles durchschaut, thut man ganz unschuldig und erfindet allerlei Ausflüchte; man steuert nicht direct, sondern auf Umwegen dem Ziele zu, indem man anscheinend gewisse Parallelzwecke verfolgt, während die wirklichen Zwecke nur in verschleierten Andeutungen berührt werden. Man kommt ihm freundlich entgegen, um seine Wachsamkeit zu täuschen, macht ihm allerlei Vorspiegelungen mit geheimen Hintergedanken, deren wahren Sinn der Kranke sofort erkennt. Ein junger Jurist, der als Sohn seiner Mutter ohne Weiteres deren feindselige Absichten durch Intuition zu verstehen glaubte, betrachtete die telegraphische Nachricht von deren Tode als eine „kindische Mystification" und war nicht zu einer Regelung der Erbangelegenheiten zu bewegen, da er überzeugt war, dass die Mutter noch lebe und sich nur zum Zwecke ihrer Wiederverheirathung von ihm lossagen wolle.

Wie schon aus dem Inhalte der Wahnideen hervorgeht, entspringen dieselben durchweg aus der vorurtheilsvollen Deutung wirklicher Wahrnehmungen. Nur hie und da kommt einmal eine Gehörstäuschung vor, meist ein einzelnes Wort oder ein kurzer Satz: „der säuft"; „da kommt der stinkige Prophet". Allerdings haben die Kranken öfters gehört, dass an einem Nebentische über ihre intimsten Verhältnisse gesprochen wurde, dass man einander allerlei schmähliche Dinge über sie erzählte, aber es scheint sich dabei doch fast immer um die phantasievolle Deutung einzelner Mienen, Geberden oder zufällig aufgefangener Aeusserungen zu handeln. In der Regel geben daher die Kranken selbst zu, dass sie selten oder nie den objectiven Beweis für die Richtigkeit ihrer Auffassung erbringen könnten. Man geht eben so schlau vor, dass sich die Erkenntniss des inneren Zusammenhanges aller der scheinbaren Zufälligkeiten nur vom Standpunkte jener subjectiven Ueberzeugung aus gewinnen lässt, „die einmal unerschütterlich bestand und bestehen wird", wie ein Kranker sagte. Der Kranke fühlt daher auch bisweilen, dass ein Uneingeweihter seinen Gedankengängen nicht

überall folgen kann, und fürchtet dann, dass seine Verfolger sich diese Sachlage zu Nutze machen möchten, um ihn für einen mit Verfolgungswahnsinn Behafteten zu erklären.

Durch die fortgesetzte vorurtheilsvolle Verarbeitung seiner Erfahrungen wird dem Kranken klar, dass eine weitverbreitete Verschwörung gegen ihn im Werke ist. Es werden Verleumdungen über ihn ausgestreut, er habe sich durch Ausschweifungen ein Nervenleiden zugezogen, sei der Paederastie ergeben. Man hat seine Photographie in Bordells gesandt, um ihn dort als Stammgast hinzustellen; es wurden gefälschte Rechnungen veröffentlicht, als ob er täglich enorme Mengen Alkohol trinke. Man will ihn aus dem Wege räumen, mit Gewalt unterdrücken, wahnsinnig machen, zu geschlechtlichen Perversitäten, zur Onanie verführen. Diesen Zweck verfolgt, wie er annimmt, eine mit erstaunlichen Mitteln arbeitende Organisation, der nicht nur alle möglichen Privatpersonen aller Stände, sondern auch Beamte, Gerichte, Zeitungsschreiber, Geistliche, Schriftsteller als geheime Agenten angehören. Die Triebfeder derselben sind entweder einzelne, bestimmte Personen, oder es handelt sich um einen allgemeinen Bund der Freimaurer, Socialisten, welcher, durch furchtbare Eide zusammengehalten, aus besonderen Gründen den Kranken in seine Gewalt zu bringen trachtet.

Mit diesen Vorstellungen verknüpfen sich nicht selten gewisse Grössenideen. Schon die Ungeheuerlichkeit des ganzen Apparates, den der Kranke gegen sich in Scene gesetzt wähnt, deutet auf eine sehr bedeutende Ueberschätzung der eigenen Persönlichkeit, des vermeintlichen Mittelpunktes derartiger Kraftanstrengungen hin. Meist halten sich indessen diese Ideen in den Grenzen einer gewissen selbstgefälligen Eitelkeit. Der Kranke betrachtet sich als besonders talentvoll, genial, als bedeutenden Dichter, Musiker, Gelehrten, legt grossen Werth auf sein Aeusseres, hält etwas auf sich, glaubt sich berufen, eine hervorragende Stellung in der Welt einzunehmen. Nur selten begegnet man hier Grössenideen von phantastischerer Gestaltung.

Die Stimmung des Kranken steht mit seinen Wahnvorstellungen in innigstem Zusammenhange. Er empfindet die vermeintlichen Verfolgungen als eine Art „geistiger Folter“, fühlt sich dauernd beunruhigt und gequält, wird argwöhnisch, menschenscheu,

gereizt. Da er überall Geheimbündelei vermuthet, zieht er sich zurück, führt gelegentlich Scenen mit seinen Freunden und Verwandten herbei, die diesen gänzlich unverständlich bleiben. Er schreibt ohne erkennbaren Grund beleidigende Briefe, lässt Annoncen zur Entkräftung der gegen ihn vorgebrachten versteckten Anschuldigungen einrücken, ruft die Hülfe der Behörden an, wechselt plötzlich seine Stellungen oder sucht sich durch Reisen den fortwährenden Anzapfungen zu entziehen.

Dieses letztere Mittel hilft nicht selten für einige Zeit. Allein sehr bald bemerkt er, dass man ihm wie einer bereits signalisirten Persönlichkeit begegnet und über ihn und sein gesammtes Vorleben vollständig orientirt ist. In allerlei Andeutungen spinnen sich geheime Fäden aus seiner früheren in die jetzige Umgebung hinein. Man spionirt ihm überall nach; einzelne Personen, die er trotz vermeintlicher Verkleidung, falscher Bärte, gefärbter Haare überall wiedererkennt, folgen ihm auf Schritt und Tritt, überwachen ihn beständig, so dass seine Lage „oft schlimmer ist, als die eines steckbrieflich Verfolgten“. Seine Vorstellungen von der Ausdehnung und den Machtmitteln der ihn verfolgenden Bande wachsen dabei in's Ungeheuerliche. Zugleich wird seine Lebensführung, wie sein äusseres Benehmen, immer unsteter und zerfahrener. Die Fähigkeit zu andauernder sachlicher Beschäftigung, zur regelmässigen Erfüllung bestimmter Berufspflichten wird durch die fortwährende gemüthliche Beunruhigung empfindlich beeinträchtigt, auch wenn die Intelligenz an sich anscheinend völlig normal ist.

Den letzten Anlass zur Verbringung des Kranken in die Anstalt bildet auch hier gewöhnlich irgend eine Reaction desselben auf die vermeintlichen, gegen ihn gerichteten Angriffe. Er hat etwa eine Verleumdungsklage eingereicht, Drohungen ausgestossen, oder ist sogar in seiner Erregung einmal gewaltthätig geworden. Die Aufnahme in die Anstalt ist für ihn ein neuer raffinirter Schachzug seiner Gegner, die ihm schon längst angedeutet haben, dass er mit Wahnsinn endigen müsse. Zunächst fügt er sich, da er sicher ist, dass man seine geistige Gesundheit bald erkennen werde. In allen seinen Aeusserungen hält er sich sehr zurück, weicht eindringlicheren Fragen aus und verbirgt oft lange Zeit das Nest seiner Wahnideen hinter einem äusserlich correcten Benehmen, bis ihm ein besonderer Anlass, ein Affect dieselben her-

auslockt. Allmählich wird ihm jedoch klar, dass sich das versteckte Verfolgungssystem auch in der Anstalt fortsetzt. Die Aerzte sind gedungen, ihn unschädlich und womöglich wirklich geisteskrank zu machen, da man ihm auf andere Weise nicht beizukommen vermochte. Seine Mitpatienten sind gar nicht krank, sondern bestochene Simulanten, welche ihn durch ihr Verhalten, ihre unsinnigen Streiche „prüfen" sollen; hinter einzelnen derselben vermuthet er Polizeiagenten oder irgendwelche hervorragende Persönlichkeiten im Incognito. Er dringt daher sehr energisch auf seine Entlassung, schreibt Briefe über Briefe, um dieselbe zu erwirken, verfasst Beschwerden wegen widerrechtlicher Freiheitsberaubung, macht Fluchtversuche und führt nicht selten den erbitterten Kampf um seine Menschenrechte mit grossem Geschicke und äusserster Hartnäckigkeit.

Der combinatorische Verfolgungswahn pflegt sich meist im Laufe des dritten, seltener des vierten Lebensjahrzehntes zu entwickeln. Meist handelt es sich um hereditär krankhaft veranlagte, nicht selten bis zu einem gewissen Grade künstlerisch begabte Personen.

Der weitere Verlauf der Krankheit 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.

Der Querulantenwahn. Der bisher besprochenen Gestaltung des combinatorischen Verfolgungswahnes steht als durchaus eigenartige Entwicklungsform der Querulantenwahn gegenüber. Der Beginn der Erkrankung fällt meist in das vierte Decennium oder etwas später. Den Grundzug im Krankheitsbilde liefert hier die Idee der rechtlichen Benachtheiligung und der fanatische Drang, gegen das vermeintlich erlittene Unrecht bis auf das Aeusserste anzu-

kämpfen. Allein es ist keine Sinnestäuschung, kein Primordialdelirium, welches dem Kranken 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 naiven Identificirung der persönlichen Interessen mit dem öffentlichen, allgemeinen Wohle. „Er sucht das Recht, kann es aber nicht finden“, sagte ein Zeuge im Entmündigungsverfahren von einem Querulanten.

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 verschaffen. 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. Jede Unterredung mit einem Querulanten pflegt sehr bald auf seine Beeinträchtigungsideen zu führen, welche, je länger desto mehr, sein ganzes wirkliches Interesse in Anspruch nehmen. Von jedem, noch so entlegenen Punkte aus führt sein Gedankengang immer wieder auf dieses Centrum zurück. Er überschüttet dann den Hörer mit Behauptungen über die Schlechtigkeit seiner Gegner, die sich bei genauerer Prüfung zum Theil als ganz aus der Luft gegriffen, zum Theil als arg entstellte Klatschgeschichten erweisen. Für die Richtigkeit jeder seiner Aussagen beruft er sich sogleich auf eine Menge namhaft gemachter Zeugen, welche indessen meist gar keine oder nur ganz unbestimmte Angaben zu machen wissen und dann von dem Kranken der Parteilichkeit, Bestechlichkeit oder des Meineids bezichtigt werden, weil sie nicht recht ausgesagt haben. Widerspruch pflegt den Kranken sehr zu reizen und führt nicht selten zu heftigen Zornausbrüchen.

Mit der wachsenden Leidenschaft nimmt auch die Lust am Processiren selbst zu, so dass die Kranken schliesslich schon aus geringfügigem oder ganz ohne Anlass sich aus einem Rechtsstreite in den anderen stürzen, dass ihnen nicht der Sieg, sondern der Kampf selber Beweggrund zum Kampfe wird. Sie ergreifen mit Freuden jede Gelegenheit, auch für Andere Briefe, Eingaben, Proteste, Streitschriften zu schreiben, und gerathen auf diese Weise bisweilen geradezu in die Laufbahn der Winkeladvokaten hinein. Solche 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 Publikum 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 grottesken Anschuldigungen meist nicht mehr zu verkennen. In der Anstalt sind die sonst so erregbaren Kranken regelmässig gutmüthig und lenksam, wenn man sie nicht durch Widerspruch und Berühren des wunden Punktes geflissentlich reizt. Eine weitere Ausbildung pflegt das Wahnsystem, im Gegensatze zu den früher besprochenen Formen, meist nicht mehr zu erfahren; allerdings ist ein Zurücktreten desselben, abgesehen vielleicht von der sehr allmählich zunehmenden Stumpfheit der Kranken, ebensowenig zu erwarten.

B. Expansive Formen.

Der hallucinatorische Grössenwahn. Unter diesem Namen sei es gestattet, zunächst eine Anzahl von Krankheitsbildern zusammenzufassen, in deren Entwickelung hallucinatorische Wahrnehmungen, namentlich auf dem Gebiete des Gehörs und Gesichts, eine hervorragendere Rolle zu spielen scheinen. In einer ersten Gruppe von Fällen bleibt dabei die Ausbildung des Wahnsystems eine ähnlich dürftige, wie beim einfachen hallucinatorischen Verfolgungswahn. 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, beunruhigt und erschreckt; 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 schimpfte auf Anordnung der Flüsterstimmen alle verschleierten Damen, denen er begegnete, so dass er mehrfach deswegen mit der Polizei in Conflict gerieth. In einzelnen Fällen kann es sogar auf Grund hallucinatorischer Befehle zu plötzlichen Gewaltacten, Zerstörungen, Selbstverstümmelungen kommen. Häufig gesellen sich zu den Stimmen noch andersartige Trugwahrnehmungen hinzu, welche in ähnlicher Weise gedeutet zu werden pflegen. Wunderbare Durchleuchtungs- und Durchströmungsgefühle lassen den Kranken erkennen, dass der Geist Gottes von seinem Leibe Besitz genommen hat; eine Vision von Sternen und Lichtpunkten deutet auf künftigen Sieg und Ruhm; 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 den Kampf in heiliger Sache 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. 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 sind vollkommen erhalten; in der ersten Zeit der Psychose besteht sogar bisweilen eine Art Krankheitsbewusstsein, allerdings gewöhnlich mit hypochondrischer Färbung. Ein gewisser Grad geistiger Schwäche ist regelmässig vorhanden. Der Verlauf der Krankheit pflegt ein sehr langsamer zu sein; der Zustand des Kranken bleibt viele Jahre hindurch fast stationär.

Eine ungleich mannigfaltigere Entwickelung hat eine zweite Gruppe von Beobachtungen aufzuweisen, in welcher neben den Sinnestäuschungen die phantastische Erfindung eine grössere Rolle spielt. Fast immer beginnen diese Erkrankungen mit depressiven Wahnideen. Der Kranke fühlt sich unglücklich, verstimmt, macht sich allerlei Vorwürfe, dass er durch Selbstbefleckung Körper und Geist für immer ruinirt, fremdes Eigenthum unrechtmässig für sich behalten habe, hängt viel religiösen Grübeleien nach, betet fleissig, singt Kirchenlieder und trägt sich mit Todesgedanken, um grosses Unglück zu verhüten. Oder aber er merkt, dass seine Umgebung ihm feindlich gesinnt ist. Man hustet auffällig hinter seinem Rücken, streckt ihm die Zunge heraus, chicanirt und verspottet ihn, ist ihm aufsässig; die Frau ist untreu, will ihn vergiften. Nunmehr stellen sich einzelne Gehörstäuschungen ein, Telephonstimmen, Signale aus der Luft durch den Sprachschalter. Alle sprechen über ihn; er soll zum Scharfrichter geführt werden, den Tod durch eine Lokomotive finden; das Gift ist schon im Glas, er hat's schon; „wenn er wüsste, dass ich da wäre,“ ruft eine fremde Mannesstimme. Schwindelanfälle treten auf, Begattungsempfindungen, Durchzuckung im Körper,

Schlaffheit der Glieder; das Hirn dreht sich wie in Wickeln. Gleichzeitig steigen massenhafte „vermuthende Gedanken", Ahnungen, Eingebungen auf. Der Kranke muss sein ganzes früheres Leben durchdenken, „in vier Stunden 19 Jahre durch sein Gehirn durchschlagen"; er müsste ein Buch schreiben, wenn er Alles aufzeichnen wollte, was ihm in den Kopf kommt.

Schon während der ersten depressiven Periode lässt sich deutlich der eigentlich expansive Charakter des Krankheitsprocesses erkennen. Die Stimmung des Kranken ist zwar zeitweise niedergeschlagen oder gereizt, ja es kann sogar zu einem plötzlichen brüsken Selbstmordversuche oder ähnlichen Gewaltacten kommen. Allein es tritt doch von vorn herein ein eigenthümlich ekstatisch-schwärmerischer Zug oder ein stark gehobenes Selbstgefühl in auffallenden Gegensatz zu dem selbstquälerischen oder feindseligen Inhalte der Wahnideen. Der Kranke hat „bewunderungswürdig gelitten", durch sein Leiden die Sünden der Welt gesühnt. Dem entsprechend gehen auch schon früh Wahrnehmungen expansiver Art neben jenen ersteren einher, um im weiteren Verlaufe der Krankheit mehr und mehr das Uebergewicht zu erlangen.

Manchmal sind es einfach lebhafte, phantastische Träume, die der Kranke zu seinen wirklichen Erlebnissen in Beziehung setzt. In diesen „nächtlichen geistigen Verschleuderungen" führt ihn die Gewalt Gottes in fremde Länder, bringt ihn in Verkehr, auch sexuellen, mit hohen Personen, und giebt ihm durch mannigfache Darstellungen aussichtsreiche Verheissungen für die Zukunft. Häufiger jedoch kommt es zu einzelnen, mit klarem Bewusstsein aufgefassten visionären Scenen. Der Kranke erwacht in der Nacht mit unbeschreiblichen Wonnegefühlen; seine Augen werden von dem Lichte geblendet, welches sein Schlafzimmer erfüllt. Er sieht Gott in Gestalt eines Sterns, eine herrliche Gestalt in köstlichem Gewande, die Mutter Gottes, Engel mit goldenen Flügeln, welche eine Königskrone tragen, das Christkind, welches ihn an der Hand führt, ihm die Weltkugel überreicht, den Kaiser mit einer strahlenden Sonne. Dabei hört er eine Stimme, die in mehr oder weniger klaren Ausdrücken ihm seine hohe Mission verkündet: „Das ist mein lieber Sohn, an dem ich Wohlgefallen habe", „dir sind deine Sünden vergeben", „du musst bekennen" und dergl. Oder es entsteht ein Getöse; die Schwerter klingen, die Hähne krähen, als ob

Krieg und Kampf wäre. Bisweilen wiederholen sich solche Erlebnisse mehrmals in längeren Zwischenräumen.

Seltener treten auch bei Tage einzelne illusionäre Wahrnehmungen auf, an welche sich wahnhafte Deutungen anschliessen. Der Kranke sieht in einer Lichtflamme das Schwert, das ihm Gott gegeben, einen Spiess und einen Galgen, schimmernde Seidenraupen an der Wand; auf dem Zifferblatt der Uhr heben sich zwei Ziffern bedeutungsvoll ab; ein ungewöhnlich heller, früher nie bemerkter Stern leuchtet plötzlich durch die Wolken.

Dazu gesellen sich sehr häufig eigenthümliche Wahrnehmungen nicht sinnlicher Natur, die als „Gewissensstimmen," als „innere Stimmen, die nicht mit Worten sprechen", bezeichnet werden. Sie sind es, welche dem Kranken das tiefere Verständniss für alle seine wunderbaren Erlebnisse eröffnen. Durch sie erfährt er, dass er besonders von Gott begnadet, Christus oder Braut Christi, ein gewaltiger Menschengeist ist, Grosses vollbringen, alle Kämpfe siegreich überstehen, die Bürgerkrone für das Land erringen werde. Gerade diese Offenbarungen pflegen für ihn eine besonders grosse überzeugende Kraft zu haben. „Ich habe unzählich viele und gar keine Beweise," sagte mir eine derartige Kranke. Ausserdem werden indessen auch wirkliche Wahrnehmungen einfach von dem Kranken im Sinne seiner Ideen verarbeitet. Zunächst weiss er freilich vielfach noch nicht, was Alles bedeuten soll, ist aber sicher, dass ihm später Alles klar werden wird. Ein Besuch aus der Hauptstadt hängt mit seiner Berufung auf den Thron zusammen; der Geistliche auf der Kanzel legt seine Sachen aus; in den Büchern weist Alles auf ihn hin. Eine Kranke strickte sich ihr zukünftiges Leben „als ein schönes, frommes Leben am Strickstrumpf ab".

Mit den inneren Stimmen verbindet sich regelmässig die Vorstellung der Beeinflussung durch eine höhere Macht. Der Kranke fühlt sich ganz in Gottes Hand; sein Körper ist wie eine Maschine, die man sprechen lässt, wenn man auf den Knopf drückt. Seine Gedanken werden ihm gemacht, aus dem Kopfe gezogen, werden laut, so dass auch Andere sie hören. Mit der Entwickelung der Grössenideen tritt der Verfolgungswahn allmählich mehr in den Hintergrund, doch pflegen sich einzelne Züge desselben noch längere Zeit zu erhalten. Die Beeinträchtigungen und Demüthigungen werden nun vom Kranken gewissermassen als Prüfungen aufgefasst, als

Vorbereitung für seinen künftigen hohen Beruf. Er wird es abwarten, wird schon das Ziel erreichen, wegen dessen man ihn Jahre lang gepeinigt hat; weil er stark im Glauben gewesen ist, hat er die Trübsal überstanden, um erhöht zu werden. Hie und da kommt es noch zu „Anfechtungen“ durch den bösen Feind, der sexuelle Angriffe, „Gedankensammeln“, Hohlheit im Unterleibe bewirkt, doch folgt solchen Anfällen in der Regel eine um so freudigere und stolzere Erhebung zu himmlischen oder weltlichen Würden.

Im Zusammenhange mit der Richtungsänderung des Wahns wird die Stimmung der Kranken allmählich eine immer gehobenere, bald im Sinne eines selbstgefälligen Hochmuths, bald in dem einer verzückten Schwärmerei. Meist besteht erhöhte sexuelle Erregbarkeit, die sich in geschlechtlichen Verdächtigungen, erotischen Träumen, Masturbation und sinnlicher Ausmalung der religiösen Beziehungen zum „Seelenbräutigam“ oder der „Seelenbraut“ auszudrücken pflegt. Eine gewisse Steigerung der gemüthlichen Reizbarkeit führt zu gelegentlichen explosiven Handlungen. Den Anlass dazu giebt entweder eine plötzlich auftauchende Wahnvorstellung, eine Mitkranke sei die Person, mit welcher der Mann früher Unzucht getrieben habe, irgend eine unangenehme Sensation, die als Vergiftungszeichen, als geschlechtlicher Angriff gedeutet wird, oder auch ein ganz unklarer Antrieb durch die innere Stimme, als müsse es so geschehen. In Haltung und Benehmen prägt sich das gehobene Selbstgefühl deutlich aus, in der überlegenen Miene, dem befriedigten Gesichtsausdruck, der gewählten, oft auch geschraubten Sprache, den affectirten Bewegungen. Die Schriftzüge werden nicht selten gross und prätensiös, wunderlich verschnörkelt, während der Inhalt der Aufzeichnungen durch Wortverdrehungen, Neubildungen, weit her geholtes Symbolisiren bis zur völligen Unverständlichkeit krankhaft verändert wird.

Die Arbeitsfähigkeit der Kranken leidet durch die Entwickelung des Wahns, namentlich in der ersten Zeit, meist beträchtlich. Obgleich sie völlig besonnen sind, werden sie doch durch ihre krankhaften Ideen und Stimmungen derart beeinflusst, dass eine stetige, geregelte Thätigkeit häufig unmöglich wird. Sie wechseln in Folge der Beeinträchtigungsideen häufig ihre Stellungen, laufen im Anschlusse an eine Vision plötzlich davon, lassen Alles liegen, weil sie nicht mehr nöthig haben, zu arbeiten, sondern nur noch ihrer hohen Mission leben müssen. Auch sonst kommt es vielfach zu auffallenden und

selbst gefährlichen Handlungen, Skandalscenen in der Kirche, öffentlichen Predigten, Angriffen auf Geistliche, geschlechtlichen Ausschweifungen, weil die Kranken in einem beliebigen Manne den ersehnten Bräutigam erblicken, zu unsinnigem Fasten und schweren Selbstquälereien oder gar Selbstverstümmelungen auf Grund verrückt ausgelegter Bibelstellen.

Im weiteren Verlaufe ist regelmässig die allmähliche Entwickelung einer psychischen Schwäche zu constatiren. Die Grössenideen der Kranken werden zusammenhangsloser und zerfahrener; sie knüpfen sich nicht mehr an wirkliche Wahrnehmungen und Erlebnisse an, sondern entspringen frei und unvermittelt der phantastischen Erfindung. Dabei bleibt jedoch die Orientirung, das Verständniss für die wirklichen Vorgänge in der Umgebung und ein gewisses Mass geistiger Regsamkeit dauernd erhalten, so dass die Kranken sich ohne Schwierigkeit mit mehr mechanischer Thätigkeit, Handwerkerei, Abschreiben, Zeichnen, Lesen, weiblichen Handarbeiten beschäftigen, nach einzelnen Richtungen durch Ausdauer und Geschick sogar Hervorragendes leisten können und auf diese Weise nicht selten recht nützliche Glieder im Anstaltsorganismus werden.

Der combinatorische Grössenwahn. Wir haben nun endlich noch derjenigen Fälle zu gedenken, in deren Entwickelung die Sinnestäuschungen vollständig zurücktreten gegenüber der wahnhaften Deutung wirklicher Wahrnehmungen und weiterhin auch gegenüber der freien phantastischen Erfindung. Gerade diese Formen scheinen häufiger schon in sehr frühem Lebensalter, zu Ende des zweiten oder in der ersten Hälfte des dritten Jahrzehnts einzusetzen, ähnlich wie der combinatorische Verfolgungswahn. Mit voller Sicherheit lässt sich allerdings der Beginn des Krankheitsprocesses selten ermitteln, nicht nur wegen der überaus schleichenden Entwickelung, sondern namentlich auch deshalb, weil die Kranken die Neigung haben, nachträglich noch weit zurückliegende, wirkliche oder erfundene Erlebnisse mit ihrem Wahne in Beziehung zu bringen.

In der ersten Zeit der Krankheit scheint meist eine gewisse psychische Depression vorhanden zu sein. Der Kranke fühlt sich unglücklich, unbefriedigt, nicht an der richtigen Stelle im Leben. Die natürlichen Interessen seines Alters lassen ihn gleichgültig; er kann nicht mitthun wie seine Kameraden, ist aus ganz anderem Holze geschnitzt, als sie. Er merkt, dass man kein Verständniss für seine

Eigenart hat, ihn zurücksetzt, ihn anders behandelt, als seine Geschwister. Es entwickelt sich ein geheimer, allmählich wachsender Gegensatz zwischen ihm und seiner Umgebung; er steht seinen Eltern, seinen nächsten Angehörigen als ein Fremder, als Mensch aus einer anderen Welt gegenüber; sein Verhältniss zu ihnen ist ein kaltes, äusserliches, unnatürliches. Er zieht sich daher von ihnen zurück, begegnet ihnen schroff, abweisend, sucht die Einsamkeit auf, um ungestört seinen Gedanken nachhängen zu können, beschäftigt sich mit unpassender und unverstandener Lectüre. Dabei besteht in seinem Innern eine tiefe Sehnsucht nach etwas Grossem und Hohem, ein geheimes Drängen nach kühner Bethätigung, die stille Hoffnung auf ein unfassbares Glück, die sich in dem Aufbau und der detaillirten Ausmalung unwirklicher Situationen, phantastischer Luftschlösser befriedigt, in denen die eigene Person die Heldenrolle spielt. Mehr und mehr befestigt sich in ihm die Ueberzeugung, zu etwas „Besonderem“ geboren, „nicht wie der grosse Haufe gebacken“ zu sein. Er glaubt an seine „Bestimmung“, an eine Mission, die er zu erfüllen hat. Alle praktischen Misserfolge können ihn dabei nicht entmuthigen. „Um den Glauben mir zu nehmen“, schrieb ein Kranker, „müsste die Stimme meiner innersten Seele ausgerodet, die Seele selbst oder mein Leben vernichtet werden: per aspera ad astra!“

Aus diesen und ähnlichen Gedankengängen schiesst endlich, vielleicht nach jahrelangem, unklarem Grübeln, in dem Kranken 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. In einem Streite gebraucht der Vater einen heftigen Ausdruck, den er seinem wirklichen Kinde gegenüber niemals anwenden würde. Der Kranke merkt, dass seine Eltern im Nebenzimmer flüstern, bei seinem Eintritte erblassen, ihn mit besonderem Ernste begrüssen; 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, der Büste Napoleon's 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 Entwickelung eine Reihe von anderen Vorstellungskreisen krystallisiren.

Indem der Kranke die Erfahrungen seiner Vergangenheit durchmustert, fällt es ihm wie Schuppen von den Augen. Mit voller Klarheit treten ihm eine Menge von Einzelheiten entgegen, die er früher gar nicht beachtet hat, die aber jetzt plötzlich eine hohe Bedeutung für ihn gewinnen. Sein Gedächtniss schärft sich, wie er meint, in erstaunlichem Masse, so dass sein ganzes vergangenes Leben wie ein aufgeschlagenes Buch vor ihm liegt. Nicht selten entwickeln sich jetzt massenhafte Erinnerungsfälschungen. Der Kranke weiss noch ganz genau, wie er als kleines Kind seinen wirklichen Eltern aus einem schönen Schlosse geraubt, in der Welt herumgeschleppt und schliesslich bei seinen falschen Eltern untergebracht wurde. Vielfache Aeusserungen und Handlungen dieser Letzteren, der Zuschnitt und die Farbe seiner Kleidung, die Behandlung in der Schule, prophetische Träume, alle kleinen und grossen Ereignisse seines Lebensganges haben von seiner frühesten Jugend an auf seine Abstammung, seinen zukünftigen hohen Beruf hingewiesen. Ein Kranker behauptete, schon früher sei Alles wahr geworden, was er sich dachte.

Reicher fast noch, als bei der rückschauenden Betrachtung, fliesst die Quelle der Bestätigungen durch gegenwärtige Wahrnehmungen. Mit besonderer Genugthuung erkennt der Kranke, 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 verblümte Anspielungen auf sein Schicksal. Er liest etwas vom Antichrist und weiss sofort, dass er gemeint ist und zu Christus verklärt werden soll. 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 Vorüber-

gehenden 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. So schloss eine Kranke aus der Aeusserung ihrer Mutter, „sie sitze wie eine Henne auf den Eiern", dass sie schwanger sei, und als von Auerhahnjagd gesprochen wurde, war ihr klar, dass ihr Bruder ihretwegen ein Pistolenduell habe.

Hie und da spielen jedoch auch vereinzelte Sinnestäuschungen hinein, namentlich nächtliche Visionen, das Sehen von Sternen, glänzenden Figuren, göttlichen Erscheinungen. Dabei ertönt eine Verheissung; den Kranken wird der Segen Esaus auf die linke, der Segen Jacobs auf die rechte Schulter verliehen, die Krone des Lebens aufs Haupt gesetzt.

Parallel mit dem Ausbau der Grössenideen geht regelmässig die Entwickelung 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. Seine Vorgesetzten, Kameraden, Examinatoren beleidigen ihn in auffallender Weise, suchen ihn zu unterdrücken. In den Speisen, welche ihm vorgesetzt werden, bemerkt er gelegentlich Gift; feine Tropfen spritzen aus der Luft auf ihn herab, Schüsse werden auf ihn abgefeuert; eine plötzliche Beklemmung überfällt ihn, 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, „auf Betreiben der Mächte Weimar, Schweden und England" Alles daran, um ihn, den zukünftigen Herrscher, auf die eine oder die andere Weise zu Grunde zu richten. Auch hier greifen nicht selten einzelne Hallucinationen, namentlich des Gehörs, aber auch auf anderen Sinnesgebieten, in die Ausbildung des Wahnsystems mit ein.

Natürlich triumphirt der Kranke 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. In Folge aller dieser Erfahrungen entsteht ein ausgedehntes Netz geheimnissvoller Beziehungen, dessen Mittelpunkt der Kranke bildet. Er ist Thronerbe, Reformator, Friedensfürst, Kaiser und Papst in einer Person, Messias, Gottesgebärerin, erhält seine Gedanken von Gott, wird zum auserwählten Werkzeuge des Himmels, ja zum Centrum der Welt.

Sehr gewöhnlich gesellt sich zu diesen Vorstellungen noch eine besondere Gruppe von Wahnideen, die auch den einzigen Inhalt des combinatorischen Grössenwahns bilden kann (erotische Verrücktheit.) Der Kranke macht nämlich 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; häufiger jedoch erfährt er davon nur auf Umwegen, durch verblümte 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 Vermittelung Anderer, durch die Zeitung

und in Form versteckter Bemerkungen; auf dieselbe Weise weiss er sich durch gelegentliches Fallenlassen von Anspielungen mit dem Gegenstande 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 Vermitttelung von verblümten 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 nicht selten 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 dem 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 getrübt wird.

Auf diese Weise kann sich das Wahnsystem in vieljähriger combinatorischer Thätigkeit sehr weit entwickeln, ohne dass irgend eine Person in der Umgebung des Kranken etwas von den krankhaften Vorgängen in dessen Innern ahnt. Allerdings erscheint seine gesammte Lebensführung oft sonderbar und unverständlich. Trotz guter Anlagen bringt er doch nichts Rechtes fertig, sondern hat überall Misserfolge, macht Ausgaben, die weit über seine Verhältnisse hinausgehen, ist hochfahrend und rechthaberisch, geräth leicht in Conflicte, hält nirgends lange aus und verlässt unmotivirt seine Stellungen. Auch fällt wol hier und da einmal eine räthselhafte Aeusserung, eine unbegreifliche Handlung des Kranken auf, bizarre

Lebensgewohnheiten, ungewöhnliche Kleidung, fanatischer oder schwärmerischer Cultus gewisser einseitiger religiöser, künstlerischer populär-wissenschaftlicher Bestrebungen, allein man pflegt alle diese Dinge berechtigten Eigenthümlichkeiten einer stark entwickelten Individualität oder einfachen Charakterfehlern zuzuschreiben, ohne die tiefere Bedeutung derselben zu durchschauen.

Die Entdeckung geschieht zumeist erst dann, wenn der Patient nach den langen Prüfungs- und Vorbereitungsjahren den Augenblick für gekommen erachtet, die still gereiften Pläne zur Verwirklichung zu bringen. Er lässt seine bisherige Beschäftigung im Stich und beginnt 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. Er schreibt einen Brief und, da derselbe erfolglos bleibt, einen zweiten und dritten, macht schliesslich den Versuch, persönlich zu den in sein Wahnsystem verflochtenen Personen und Behörden vorzudringen. Ein derartiger Kranker (Franzose), dem es in Baden klar geworden war, dass hier und nirgendwo anders sein wahres Vaterland liege, ging einfach auf die Polizei und verlangte, man solle ihn zu seinem Vater führen, den er in einem Bilde des Grossherzogs sogleich erkannt hatte. Bei mehr religiöser Färbung des Grössenwahns tritt der Kranke öffentlich als Apostel hervor, sucht sich eine Gemeinde zu gründen, einen neuen Gottesdienst in eigenartigen Formen einzuführen, predigt in Wort und Schrift, unterbricht den Geistlichen in der Kirche.

Auch die Verfolgungsideen können zu plötzlichen Conflicten führen. Ein Student, der sich für einen Napoleoniden hielt, brachte seiner Mutter, seinen beiden Schwestern und sich selbst schwere Verletzungen bei, weil der sonderbare Geschmack der Suppe ihm einen Vergiftungsversuch anzeigte. Solche und ähnliche Handlungen geben in der Regel den Anlass zur Verbringung in die Anstalt.

Anfangs über diese Massregel in hohem Grade enttäuscht und entrüstet, erkennt der Kranke bald genug, dass dieselbe nichts ist, als ein nothwendiges Glied in der Kette der Prüfungen, 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. Er wird mit besonderer Aufmerksamkeit behandelt; man giesst ihm Rosenöl in sein Badewasser, macht ihm verblümte Complimente, spielt ihm Zeitungen und Bücher in die Hand, deren Inhalt sich auf ihn bezieht. Es kann ihm daher 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.

Andererseits fehlt es freilich auch nicht an Versuchungen und Anfechtungen. Aus vielfachen kleinen Erlebnissen schliesst er, dass die Macht seiner Widersacher ebenfalls bis in die Anstalt reicht, dass auf ihr Intriguenspiel allerlei Verleumdungs- und Einschüchterungsversuche zurückzuführen sind; er glaubt auch einige der Räuber wiederzuerkennen, die ihn in der Jugend seinen Eltern entführt haben. Ein Kranker schloss aus einem gelegentlich gehörten Schimpfworte, dass man ihn eines vor Jahren vorgekommenen Mordes beschuldige.

Der weitere Verlauf der Krankheit ist regelmässig ein sehr langsamer, meist viele Jahre hindurch fast stationärer. Die Kranken bleiben ruhig, besonnen, bewahren andauernd eine äusserlich correcte Haltung und vermögen sich vielfach sogar recht gut geistig zu beschäftigen. Ein einfacher Bauernsohn, der sich für den Kaiser und Papst in einer Person, späterhin sogar für unsterblich hielt, lernte im Laufe einiger Jahre unter meinen Augen mit äusserst unzulänglichen Hülfsmitteln nicht weniger als acht verschiedene alte und neuere Sprachen leidlich lesen, um sich die für seinen Beruf nöthige Bildung zu verschaffen. Erst nach sehr langer Dauer der Krankheit pflegt sich eine langsam zunehmende psychische Schwäche

geltend zu machen, Nachlassen der geistigen Regsamkeit bei im Wesentlichen unverändertem Fortbestehen des einmal entwickelten Wahnsystems. In vereinzelten Fällen kann es, wie es scheint, nun nachträglich noch zur Ausbildung körperlicher Beeinflussungsideen mit hallucinatorischen Wahrnehmungen im eigenen Innern kommen. Ich kannte eine Kranke, die nach vieljährigem Bestehen eines typischen combinatorischen Grössenwahns anfing, darüber zu klagen, dass ihre Feinde, die „Ogulisten", ihr eine „Sprechmaschine" in die Brust gesetzt hätten.

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 Entwickelung der Krankheit sich wesentlich auf psychischem Gebiete vollzieht. Es thut dem Kranken nicht nur „nichts weh", wie er oft als Beweis 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. Nur durch Vermittelung gewisser Wahnvorstellungen kann zeitweise Schlaflosigkeit, Nahrungsverweigerung, können örtliche Kreislaufstörungen (anhaltendes Stehen oder Knieen) und sonstige körperliche Schädigungen herbeigeführt werden. Ausserdem kommt es auch vorübergehend einmal zu heftigeren gemüthlichen Gleichgewichtsschwankungen, welche ebenfalls mit den körperlichen Begleiterscheinungen acuter Aufregungszustände einhergehen können.

In einzelnen Fällen bildet sich eine wahre Complication der Verrücktheit mit periodischen Aufregungszuständen heraus, welche in manischer Form mit Ideenflucht, Stimmungswechsel und Bewegungsdrang zu verlaufen pflegen und bald nur wenige Wochen, bisweilen jedoch selbst Jahr und Tag andauern können. Die Kranken sind während dieser Zeiten entweder völlig verwirrt, so dass die Wahnideen ganz in den Hintergrund treten, oder aber sie bleiben ziemlich besonnen, produciren reichliche Verfolgungsideen in ideenflüchtiger Weise, sind gereizt, lärmend, zu Gewaltthätigkeiten geneigt. Oefters treten in solchen Erregungszuständen Hallucinationen auf, auch wenn sie dem paranoischen Krankheitsbilde vollkommen fehlten. In den Zwischenzeiten, die nach Monaten oder Jahren gemessen werden, bieten die Kranken ein einfaches verrücktes Wahnsystem

(meist Grössenideen) dar, welches bei diesen klinischen Formen allerdings regelmässig bald das deutliche Gepräge der psychischen Schwäche zu gewinnen pflegt.

Eine weitere eigenthümliche Verlaufsart ist durch das Auftreten gewisser katatonischer Erscheinungen ausgezeichnet (katatonische Verrücktheit). Die Kranken werden einsilbig, in sich gekehrt, schliesslich ganz stumm, wechselnd kataleptisch oder negativistisch widerstrebend, nehmen verzwickte Stellungen an, drapiren ihre Bettstücke in auffallender Weise, verharren lange Zeit in derselben Lage. Typische Verbigeration scheint nicht vorzukommen. Aufforderungen werden in der Regel befolgt, wenn auch langsam, zögernd und erst nach mehrfacher eindringlicher Wiederholung. Auf Fragen erhält man keine oder nur leise, wortkarge 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. Dasselbe geht gelegentlich aus einzelnen ganz geordneten, überlegten Handlungen, Lächeln bei scherzhaften Vorkommnissen, einer treffenden Bemerkung, oft auch aus dem intelligenten Ausdruck des Gesichtes hervor. Für die Befriedigung ihrer Bedürfnisse sorgen die Kranken vielfach selber, essen allein und halten sich reinlich.

Als körperliche Begleiterscheinungen werden Gefässlähmungen, Cyanose, Oedeme, Temperatursenkung und Pulsverlangsamung, oberflächliche Athmung, Schlafstörung und Abnahme des Körpergewichtes beobachtet; bisweilen entwickelt sich Phthise.

Die Dauer dieses Zustandes beträgt in der Regel einige Monate, kann sich aber auch mit vorübergehenden Schwankungen durch Jahre erstrecken. Die Lösung erfolgt meist allmählich, in einzelnen Fällen aber auch von einem Tage zum andern. Ganz überraschend ist es, dass die Kranken nunmehr sich an ihr eigenthümliches Verhalten zwar genau erinnern, aber nicht das mindeste Verständniss für die Absonderlichkeit desselben zeigen, auch nur ganz ungenügende Begründungen vorzubringen vermögen. Die Aerzte, die Feinde haben es gemacht, dass sie so sein mussten; die Gewissensstimme hat es ihnen eingegeben. Am häufigsten scheinen sich solche katatonische Episoden im Verlaufe des physikalischen Verfolgungswahns oder doch dort zu entwickeln, wo Ideen einer körperlichen Beeinflussung

vorhanden sind. Vielfach beobachtet man nach dem Erwachen aus dem Zustande eine erhebliche Zunahme der psychischen Schwäche mit sehr abenteuerlichen Wahnideen.

Sieht man von diesen besonderen klinischen Gestaltungen der Paranoia ab, so kann man im Verlaufe dieser Krankheit im Allgemeinen regelmässig mehrere, aufeinander folgende Stadien unterscheiden. Das erste derselben ist die Zeit der Vorbereitung. Während derselben tauchen allerlei unbestimmte Ahnungen auf, meist im Sinne des Verfolgungswahnes, einzelne vieldeutige Wahrnehmungen, ein ganz leiser, sich nach und nach verstärkender Verdacht. Meist dauert dieses Stadium der Krankheit, in welchem keine auffallendere Störung nach aussen hin wahrnehmbar ist, ein oder mehrere, bisweilen sogar viele Jahre. Man hat zwar vielfach im Anschlusse an die alte Griesinger'sche Lehre behauptet, dass eine typische chronische Paranoia sich auch acut, aus einer manischen oder melancholischen Erkrankung heraus, entwickeln könne. Ich muss jedoch dem mit aller Entschiedenheit widersprechen. Die chronische Verrücktheit entwickelt sich immer ganz langsam und schleichend. Jener entgegengesetzten Auffassung liegt nach meiner Ansicht eine Verwechselung mit den zwar ähnlichen, aber doch klinisch wesentlich anders charakterisirten secundären Schwächezuständen nach ungeheiltem Wahnsinn zu Grunde.

Die zweite Stufe in der Entwickelung der Krankheit ist durch Ausbildung des eigentlichen Wahnsystems gekennzeichnet. Durch Sinnestäuschungen, Combinationen oder phantastische Erfindung gewinnen die lange schon in dem Kranken schlummernden Ideen volles Leben und ziehen mehr und mehr sein gesammtes Denken und Handeln in ihre Kreise. Die Krankheit wird somit nunmehr auch für die Umgebung deutlich. Während dieser ebenfalls meist viele Jahre in Anspruch nehmenden Periode kommt es nicht selten zeitweise zu lebhafterer Productivität. In verhältnissmässig kurzer Frist und regelmässig unter einer gewissen inneren Erregung macht die Wahnbildung rasche Fortschritte, die Täuschungen häufen sich. Es ist wie bei einer neuen Entdeckung, die plötzlich das ganze Interesse in Anspruch nimmt und Gedankenkreise anregt, welche zunächst möglichst schnell geistig verarbeitet werden müssen. Nach solchen Perioden kann dann aber wieder ein längerer Stillstand eintreten, und es können sogar mit zunehmender Beruhigun

einzelne, voreilig gezogene Schlussfolgerungen als unzutreffend erkannt werden. Wo sich ein derartiges Anwachsen und Nachlassen der Krankheitserscheinungen mehrfach wiederholt, kann man mit einem gewissen Recht von einer „schubweisen“ Entwickelung der Paranoia sprechen.

Der einmal ausgebildete Wahn bleibt in der Verrücktheit lange Jahre hindurch wesentlich stationär. Nur ganz langsam verlieren sich im weiteren Verlaufe einzelne Elemente desselben und schieben sich neue an ihre Stelle. Regelmässig aber wird der Wahn allmählich zusammenhangsloser, widerspruchsvoller, unsinniger. Das ist ein Zeichen der sich ausbildenden psychischen Schwäche, welcher das letzte Stadium der Krankheit angehört. Der Beginn dieses Stadiums wird bei den Kranken mit Verfolgungswahn vielfach durch den Eintritt der sogenannten „Transformation“, durch das Auftauchen von Grössenideen in Begleitung oder an Stelle des Verfolgungswahns angezeigt, deren ungünstige prognostische Bedeutung wir schon früher bei der Besprechung des Wahnsinns kennen zu lernen Gelegenheit hatten.

Magnan*) hat an diesen Entwickelungsgang die Aufstellung einer eigenen psychischen Krankheitsform geknüpft, des „délire chronique à évolution systematique“ (Paranoia completa, Möbius). Unter dieser Bezeichnung fasst er alle diejenigen Fälle chronischer Wahnbildung zusammen, bei welchen auf die Periode der Vorbereitung unter dem Eintritt von Sinnestäuschungen verschiedener Art ein Stadium der Verfolgung, dann ein solches der Grössenvorstellungen und endlich der Schwachsinn folgt. Die Dauer der einzelnen Abschnitte und die Schnelligkeit, mit der sie einander ablösen, kann dabei eine sehr verschiedene sein. Von den im Vorstehenden beschriebenen Formen würden der Schilderung Magnans im Wesentlichen der hallucinatorische Verfolgungs- und Grössenwahn in seinen verschiedenen klinischen Varietäten entsprechen. Die combinatorischen Formen will Magnan vollständig davon abtrennen; sie gehören nach seiner Ansicht zu einer wesentlich andern Gruppe von Psychosen, zum „Irresein der Entarteten“.

So berechtigt ohne Zweifel Magnans Forderung ist, bei der Aufstellung von Krankheitsformen nicht nur ein beliebiges Zustands-

*) Psychiatrische Vorlesungen, deutsch von Möbius, Heft 1, 1891.

bild oder gar ein einzelnes Symptom, sondern den Gesammtverlauf der Fälle zu berücksichtigen, so kann ich mich doch der hier von ihm vollzogenen Abgrenzung nicht anschliessen. Es giebt chronische Hallucinanten mit Verfolgungswahn, die niemals Grössenideen darbieten; es giebt aber auch solche, bei denen neben den Verfolgungsideen von vorn herein Grössenwahn besteht, so dass die Unterscheidung der von Magnan auseinandergehaltenen Stadien häufig nicht möglich ist. Andererseits ist auch bei rein combinatorisch Erkrankten, ja sogar bei Querulanten die Entwickelung eines Grössenwahns nach der Zeit der Verfolgung durchaus nicht selten. Dass ferner zwischen den Formen mit und ohne Sinnestäuschungen vollkommen fliessende Uebergänge bestehen, kann man, wie ich glaube, nicht ernsthaft bestreiten. Endlich aber muss mit Entschiedenheit darauf hingewiesen werden, dass sich unter denjenigen Kranken, auf welche Magnans Beschreibung passt, namentlich unter denjenigen mit physikalischem Verfolgungswahn, zum Mindesten ebenso viele deutlich „Degenerirte“ finden, als unter den Querulanten und combinatorisch Verrückten, deren Psychose er dem Irresein der Entarteten zurechnet.

In der That glaube ich, dass die Paranoia sich in allen ihren Formen durchweg auf dem Boden einer krankhaften Constitution entwickelt. Weitaus am häufigsten handelt es sich dabei um eine angeborene abnorme Veranlagung, die wiederum vielfach mit grösster Wahrscheinlichkeit auf eine erbliche Entartung zurückzuführen ist. Wir machen daher auch die Beobachtung, dass sich sehr vielfach, namentlich in den frühzeitig einsetzenden Krankheitsfällen, die pathologische Eigenart des Individuums schon in allerlei körperlichen Symptomen andeutet. In morphologischer Beziehung kommen hier namentlich jene Anomalien in Betracht, die wir schon früher als „stigmata hereditatis“ kennen gelernt haben, auffallende Schädelconfiguration, Entwickelungshemmungen, Missbildungen, Strabismus, in functioneller dagegen die Andeutungen eines leicht erregbaren Gehirns, Delirien bei geringen Temperatursteigerungen, Krämpfe in der Jugend, gelegentliche Ohnmachten, sehr früh sich regender, mangelnder oder pervers entwickelter Geschlechtstrieb.

Weit wichtiger aber sind die psychischen Eigenthümlichkeiten der Kranken, welche sich bisweilen bis in die Kindheit zurück verfolgen lassen. Verzögerung der geistigen Entwickelung, nament-

lich späte und unvollkommene Ausbildung der Sprache, auf der andern Seite unheimliche Frühreife können in solchen Fällen die ursprüngliche krankhafte Veranlagung anzeigen. Häufig genug erkennt man bereits im ersten und zweiten Lebensjahrzehnt, dass es sich um eine von Hause aus abnorme psychische Verarbeitung der Lebensreize handelt, welche auf allen Gebieten des Denkens und Fühlens ein verschobenes Spiegelbild der Welt und eine eigenartige Reactionsweise des Individuums zu Stande bringt. Derartige Knaben grenzen sich 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 Eigenart der Erziehung keine grossen Schwierigkeiten bereiten, so gelten sie oft als Musterkinder, zumal ihre Begabung und vor Allem die Entwickelung ihrer Phantasie das Durchschnittsmass zum mindesten zu erreichen pflegt. Mathematische und exact naturwissenschaftliche Studien sind freilich 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 Veranlagung.

Die Beobachtung, dass die Entwicklung der Krankheit zuweilen bis weit in die Jugend zurückreicht, hat Sander veranlasst, derartige Fälle unter dem Namen der „originären Paranoia“ zusammenzufassen. Namentlich gewisse Formen des combinatorischen Grössenwahns gehören hierher, bei denen das Wahnsystem die ganze Lebensgeschichte des Kranken im Sinne einer vornehmen Abstammung romantisch umgestaltet. Ich habe mich indessen im Laufe der letzten Jahre davon überzeugen können, dass auch in diesen Fällen sich der Beginn der Krankheit mit einiger Sicherheit höchstens bis in die Entwickelungsjahre, meist nur bis in die erste Hälfte des 3. Decenniums zurück verfolgen lässt. Alle weiter in die Vergangenheit hineinreichenden Erzählungen der Kranken sind höchst wahrscheinlich immer nachträgliche Erfindungen. Andererseits entwickelt sich der combinatorische und der physikalische Verfolgungs-

wahn ebenfalls häufig in verhältnissmässig frühem Lebensalter und auf schwer degenerirter Grundlage, so dass diesem ätiologischen Verhältnisse nach meiner Erfahrung kein bestimmt umgrenztes Bild zugewiesen werden kann. Neisser hat dann als kennzeichnendes Merkmal der von Sander geschilderten Gruppe das dort in der That besonders häufige Symptom der Erinnerungsfälschungen bezeichnet und die Abgrenzung einer „confabulirenden Paranoia" vorgeschlagen. Die Entstehungsgeschichte und der klinische Verlauf der Fälle mit Erinnerungsfälschungen ist jedoch, wie mir eine grössere Reihe von Beobachtungen zeigt, ein so verschiedener, dass ich mich einstweilen nicht entschliessen kann, dieselben zu einer Einheit zusammenzufassen.

Die im Eingange dieses Abschnittes gegebene Begriffsbestimmung der Paranoia macht es selbstverständlich, dass wir die Prognose der Krankheit unter allen Umständen als durchaus ungünstig betrachten müssen. Zwar stellt sich mit dem Zurücktreten lebhafterer Affecte, namentlich in der ersten Zeit der Krankheit, bisweilen eine gewisse Besserung dadurch heraus, dass der Kranke manche der acut aufgetretenen Wahnideen corrigirt, andere wenigstens seltener äussert und in seinem Handeln besonnener wird. Hie und da hat man sogar 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.

Im Ganzen erzeugt der Krankheitsprocess regelmässig eine allmählich fortschreitende psychische Invalidität, wenn auch für die oberflächliche Betrachtung bisweilen Jahre lang ein völliger Stillstand einzutreten scheint. Die Schnelligkeit, mit welcher sich diese Verblödung vollzieht, ist eine ausserordentlich verschiedene. Wahrscheinlich spielt dabei unter Anderem die individuelle Veran-

lagung eine gewisse Rolle. Im Uebrigen scheinen die Fälle mit reinen Gehörshallucinationen, der Querulantenwahn und der einfache combinatorische Verfolgungswahn am langsamsten erhebliche Grade von psychischer Schwäche zu erreichen, während der physikalische Verfolgungswahn und die verschiedenen Formen des Grössenwahns ziemlich bald jene Zusammenhangslosigkeit und Unsinnigkeit der Ideen darzubieten pflegen, welche auf eine tiefere Störung der Kritik schliessen lassen. Vielleicht könnte hier die psychische Schwäche vielmehr der günstige Boden sein für die Entwickelung des besonderen klinischen Bildes, als die Folge eines eigenartigen Krankheitsprocesses. Mir ist jedoch die letztere Annahme deswegen wahrscheinlicher, weil sich für jetzt wenigstens ein bestimmter Zusammenhang zwischen Höhe der ursprünglichen geistigen Veranlagung und klinischer Gestaltung der Paranoia nicht hat nachweisen lassen.

Ueberall indessen, auch dort, wo die Wahnbildung sich in engen Grenzen hält, bei den einfachen Gehörshallucinanten, 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. 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 Flicken. Bemerkenswerth ist es, dass sich diese völlige Beruhigung weit weniger schnell und durchgreifend bei den Kranken mit Verfolgungsideen zu vollziehen pflegt. Zum Theil ist diese Erfahrung auf den höheren Grad von Schwachsinn zurückzuführen, welcher die Ausbildung des Grössenwahns begleitet; andererseits wirken aber die Unlustgefühle überhaupt viel mächtiger und andauernder auf unseren Willen, als die Lustgefühle. So kommt es, dass wir bei den vermeintlich Verfolgten und Gepeinigten nicht nur die ängstliche oder zornige Verstimmung sich auffallend lange in grösserer Intensität erhalten sehen, sondern dass bei ihnen auch noch in sehr späten Stadien der Krankheit gelegentlich unvermuthete, heftige Affectausbrüche sich einstellen, wie sie

bei den Göttern und Fürsten der Irrenanstalt fast niemals mehr beobachtet werden.

Die Dauer dieser ganzen Entwickelung nimmt regelmässig eine längere Reihe von Jahren, selbst Jahrzehnte in Anspruch. In dieser Eigenthümlichkeit, in dem langsamen, schleichenden Beginne der Krankheit ohne erkennbaren Anlass, sowie in dem starken Hervortreten der intellectuellen Störungen, dem Ausbau eines dauernd festgehaltenen Wahnsystems ohne selbständige Stimmungsanomalien, liegen die Anhaltspunkte für die Erkennung derselben. Bei längerer Beobachtungsdauer werden diese Kriterien regelmässig genügen, die prognostisch so ungemein wichtige Abgrenzung der Paranoia von andern, ihr zeitweise ähnlichen Krankheitsformen zu ermöglichen.

Eine pathologische Anatomie der Verrücktheit giebt es noch nicht. Man hat zwar vielfach gerade die Paranoia als eine „partielle" Geistesstörung betrachtet und bezeichnet, bei welcher isolirte Störungen in unserem Gehirn vorauszusetzen wären, und noch in neuester Zeit ist der Versuch gemacht worden, in dem klinischen Bilde der Verrücktheit psychische „Herdsymptome" aufzufinden. Nach meiner Ueberzeugung sind derartige Versuche für die Haupterscheinungen der Paranoia völlig aussichtslos. Gerade der ausgesprochen constitutionelle Charakter der Krankheit macht es in hohem Grade unwahrscheinlich, dass wir hier etwa an bestimmt localisirte pathologische Processe und an gröbere anatomische Veränderungen zu denken hätten. Vielmehr werden wir ausgedehnte functionelle Störungen im gesammten Centralorgane unseres Bewusstseins, allerdings vorzugsweise in denjenigen Organen vorauszusetzen 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 Sinnestäuschungen ist für die Erklärung des Krankheitsvorganges leider 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 Behandlung der Verrücktheit hat der Natur der Sache nach nur einen geringen Spielraum; sie ist wesentlich eine sympto-

matische und exspectative. Ihr wichtigstes Hülfsmittel 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 ruhig 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 Beweis, 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 eignen sich jedoch, wo die Verhältnisse einigermassen günstig sind und eine gewisse Ueberwachung gestatten, sehr häufig auch 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, die Anregung gesunder Interessen durch Lectüre und namentlich 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. Beschäftigungslosigkeit, längere Isolirung begünstigt die Ausbildung der Wahnideen und der Verblödung. Die Sinnestäuschungen 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 zur Sondenfütterung zwingen.

VIII. Die psychischen Entartungsprocesse.

Das Gemeinsame derjenigen Krankheitsbilder, welche wir unter dem Namen der psychischen Entartungsprocesse zusammenfassen wollen, liegt in der ungemein raschen Entwickelung eines dauernden psychischen Schwächezustandes, dessen Entstehungsweise meist aus einzelnen Begleiterscheinungen noch deutlich erkannt werden kann. Im Gegensatze zu den sonstigen in secundären Schwachsinn ausgehenden Psychosen liegt hier die geistige Invalidität von vornherein oder doch nach sehr kurzer Zeit klar am Tage. Nirgends kommt es zu bleibenden, durchgebildeten Wahnsystemen; andererseits greift der körperliche Entartungsvorgang, der diesen Krankheitsformen höchst wahrscheinlich zu Grunde liegt, niemals so tief, dass er den Bestand des Lebens selbst gefährden würde. Nach der besonderen Art, wie sich die psychischen Störungen entwickeln, sei es uns gestattet, drei Haupttypen als Dementia praecox, als Katatonie und als Dementia paranoides auseinanderzuhalten. Zwischen diesen Formen giebt es zahlreiche Uebergänge.

A. Die Dementia praecox.

Als Dementia praecox bezeichnen wir die subacute Entwickelung eines eigenartigen, einfachen geistigen Schwächezustandes im jugendlichen Alter. In einer ersten Reihe von Fällen vollzieht sich dieser Vorgang ohne irgendwelche auffallenderen Begleiterscheinungen, so dass der Schwachsinn bereits sehr weit vorgeschritten zu sein pflegt, bevor überhaupt der Verdacht einer geistigen Störung bei der Umgebung des Kranken auftaucht. Meist handelt es sich um Individuen von mässiger oder

geringer geistiger Begabung, die jedoch bisweilen wegen ihres grossen Fleisses in der Schule leidlich gut vorwärts kommen, so lange es sich wesentlich um Gedächtnissaufgaben handelt. Je weiter sie aber fortschreiten, desto schwerer wird es ihnen, mit ihren Kameraden Schritt zu halten, so dass sie zeitweise zu ganz ungewöhnlichen Ueberanstrengungen getrieben werden, um einigermassen den normalen Anforderungen zu genügen. Gewöhnlich sind die Kranken dabei von Jugend auf still, zurückhaltend, ohne weiterreichende Interessen, etwas bornirt und eigensinnig.

Der Beginn der eigentlichen Krankheit fällt regelmässig in die Zeit zwischen dem 15. und etwa dem 23. Lebensjahre. Es stellt sich heraus, dass die geistige Leistungsfähigkeit des Kranken allmählich entschieden abnimmt. Zwar zeigt er vielleicht noch den gleichen oder sogar grösseren Fleiss, als früher, sitzt unermüdlich bei den Büchern, verschlingt massenweise ganz unpassende und für ihn unverdauliche Lectüre, beschäftigt sich anscheinend mit entlegenen und schwierigen Problemen. Allein er vermag in Wirklichkeit nichts mehr recht aufzufassen, verwickelteren Auseinandersetzungen durchaus nicht zu folgen, seine Aufmerksamkeit nicht zu concentriren. Er ist zerstreut, schweift mit seinen Gedanken planlos umher, träumt und brütet ohne tieferes Interesse, ohne erkennbares Ziel, liest ungezählte Male immer wieder dasselbe von vorn, ohne es zu begreifen, lässt sich bisweilen sogar beim einfachen Abschreiben Varianten, Auslassungen und willkürliche, unpassende Zusätze zu Schulden kommen.

Das Gedächtniss bleibt während dieser krankhaften Umwälzung zunächst wesentlich unberührt. Der Kranke verfügt dauernd über ein unter Umständen sehr ausgedehntes Wissen, über vorzügliche Sprachkenntnisse. Bisweilen vermag er auch noch bis zu einem gewissen Grade mechanisch auswendig zu lernen, während er in anderen Fällen Tage braucht, um sich einige Vocabeln oder Bibelsprüche nothdürftig einzuprägen. Immer aber ist er gänzlich unfähig zu einer wirklichen Assimilirung und geistigen Verarbeitung neuer Vorstellungen. Die einzelnen Elemente seiner Erfahrung beeinflussen einander nicht mehr, treten nicht in gegenseitige Beziehung, liefern keine Begriffe, Urtheile und Schlüsse mehr. Daher kommt es trotz guten Gedächtnisses doch nothwendig zu einer mehr oder weniger rasch fortschreitenden geistigen Verarmung; daher fällt bei dem

Kranken vor Allem eine unbegreifliche Urtheilslosigkeit und Zerfahrenheit seines gesammten Denkens in die Augen.

Das Bewusstsein des Kranken ist dauernd vollständig klar; er verliert keinen Augenblick die Orientirung in seiner Umgebung, in seinen Verhältnissen, und er empfindet nicht selten mehr oder weniger deutlich, dass es mit seinen Verstandeskräften bergab geht. Selbstverständlich macht der Kranke in seinem Berufe keinerlei Fortschritte mehr, besteht keine Prüfung, bringt keine verwickeltere geistige Leistung mehr zu Stande, fängt Alles am verkehrten Ende, in ganz unzweckmässiger Weise an. Allmählich verliert er gewöhnlich auch das Interesse an geistiger Beschäftigung und Anregung überhaupt, bewegt sich nur noch in altgewohnten, stereotypen Ideenkreisen und wendet sich vielleicht schliesslich ganz irgend einer mechanischen Thätigkeit zu, dem Holzsägen, Abschreiben, der Gärtnerei, oft in schroffem Gegensatze zu früheren hochfliegenden Plänen und Hoffnungen. Mehr oder weniger schnell pflegen nun auch die Ueberbleibsel einstiger geistiger Arbeit zu verblassen; der Gesichtskreis verengert sich mehr und mehr, bis schliesslich nur noch einzelne, besonders fest wurzelnde Reminiscenzen dafür zeugen, dass es nicht ein unbestellter oder unfruchtbarer, sondern ein durch Krankheit verwüsteter Acker ist, mit dem wir es zu thun haben.

Die Stimmung des Kranken pflegt namentlich im Beginne des Processes allerlei Schwankungen darzubieten. Häufig beobachtet man reizbares, rechthaberisches Wesen, unmotivirten Wechsel zwischen auffallender Ausgelassenheit mit gehobenem Selbstgefühl und ängstlicher Verzagtheit. Späterhin wird man meist durch die Gleichgültigkeit überrascht, mit welcher der Kranke seine Unfähigkeit und seine Misserfolge hinnimmt. Obgleich er zugiebt, Vieles verkehrt gemacht zu haben, „sehr unverständig“ gewesen zu sein, ist er doch mit seiner Lage ganz zufrieden, ohne Sorgen für die Zukunft, macht sich gar keine Gedanken über seinen Zustand, sondern lebt unbekümmert in den Tag hinein, bald mehr stumpf und gleichgültig, bald in unbestimmter sanguinischer Erwartung irgend eines künftigen Glückes.

Im Handeln der Kranken macht sich gewöhnlich ein eigenthümlich kindischer, läppischer Zug bemerkbar. Sie sind haltlos, unselbständig, in einem Augenblicke unsinnig hartköpfig, im nächsten ohne Weiteres lenksam und bestimmbar. Sie vernachlässigen ihr

Aeusseres, leben unregelmässig, verlegen wichtige Gegenstände, vergessen ihre Pflichten, begehen allerlei thörichte, alberne Handlungen. Einer meiner Kranken, der es mit vieler Mühe zum Volksschullehrer gebracht hatte, zeigte sich bei seiner Anstellung plötzlich gänzlich unfähig, Schule zu halten, spielte statt des Unterrichts mit den Schulkindern Fangens, legte sich im Viehstall „aus Muthwillen" in eine Krippe, steckte den Kopf in den Brunnen, weil er wegen seiner grossen Sünden recht gut noch eine Taufe brauchen könne. Sehr auffallend ist dabei meist das häufige affectlose Lachen, welches sich bei jeder Unterredung ohne den geringsten Anlass ungezählte Male wiederholt. Bisweilen wird auch Gesichterschneiden, Grunzen, Neigung zu stereotypen Haltungen und Bewegungen oder zu gezierten, gespreizten Geberden beobachtet.

Auf dem Gebiete der sprachlichen Aeusserungen begegnet uns theatralisches Declamiren, häufiges Wiederholen bestimmter Moderedensarten, altbackener Witze, hochtönender Phrasen, absichtliche Verdrehung der Wörter, affectirtes Lispeln, Einmischung ungewöhnlicher, mundartlicher oder fremdsprachiger Ausdrücke und Sätze. Manche dieser Eigenthümlichkeiten pflegen noch deutlicher in den Schriftstücken der Kranken hervorzutreten. Dazu kommt eine gewisse nachlässige Zusammenhangslosigkeit im Gedankengange, mehrfacher Wechsel der Construction in lang ausgesponnenen Satzbildungen, Vermengung verschiedenartiger Bilder, unvermitteltes Einstreuen plötzlicher Einfälle, poetischer Ergüsse, oft auch eine äusserlich saloppe Form, ungleichmässige Handschrift, Verschnörkelungen einzelner Buchstaben, Unterstreichungen, Mangel oder Ueberfluss an Interpunctionszeichen. Solche Briefe sind nicht selten so ungemein charakteristisch, dass aus ihnen allein die Diagnose der hier besprochenen besonderen Schwachsinnsform mit voller Sicherheit abgeleitet werden kann.

Der weitere Verlauf dieser Fälle ist insofern ein verschiedener, als die Verblödung bald rascher, bald langsamer fortschreiten, namentlich aber auf sehr verschiedener Stufe Halt machen kann. Fast immer zieht sich der Krankheitsprocess über ein oder mehrere Jahre hin, wenn auch bisweilen schon innerhalb einiger Monate eine deutliche Zunahme der geistigen Schwäche erkennbar ist. Nach Abschluss der eigentlichen Entwickelungszeit, etwa von Mitte oder Ende des dritten Lebensjahrzehntes an scheint der Gesammtzustand

ziemlich stationär zu bleiben und nur diejenigen Veränderungen zu erleiden, welche durch das allmähliche Schwinden des früheren geistigen Materiales ohne Wiederersatz durch neue Verstandesarbeit bedingt werden. Wahrscheinlich giebt es eine ganze Menge von Individuen, deren geistiger Schiffbruch in dieser Lebensperiode vollständig verkannt wird, weil sie aus demselben noch so viel Leistungsfähigkeit haben retten können, dass sie in bescheidenem Wirkungskreise den Kampf ums Dasein zu bestehen vermögen. So manche jener fleissigen und vielleicht sogar nach gewissen Richtungen begabten Schüler dürften hierher gehören, die anfangs zu höheren Hoffnungen berechtigten, später jedoch trotz aller Solidität und Gewissenhaftigkeit zur Enttäuschung ihrer Erzieher nur mit der grössten Mühe zu Stande bringen, was die anscheinend weit schwächer veranlagten Kameraden spielend erreichten. Hier kann natürlich nur eine genaue Kenntniss und Verfolgung des einzelnen Falles den Nachweis der krankhaften Veränderung erbringen. In anderen Fällen kommt es innerhalb weniger Jahre zu einer derartigen geistigen Invalidität, dass die Möglichkeit einer selbständigen Lebensführung gänzlich ausgeschlossen bleibt, wenn auch im Rahmen der Anstalt oder in der Familienpflege noch ein gewisses Mass geistiger oder praktischer Bethätigung erhalten werden kann. Endlich aber scheint der Krankheitsprocess hier und da auch zum tiefsten, dauernden Blödsinn mit völliger Vernichtung aller höheren psychischen Leistungen fortzuschreiten, doch tritt dieser Ausgang hier jedenfalls sehr viel seltener ein, als bei der nunmehr zu besprechenden Krankheitsform.

Die zweite, wahrscheinlich grössere Gruppe der Fälle, welche wir glauben der Dementia praecox zurechnen zu sollen, ist dadurch ausgezeichnet, dass die Entwickelung des Schwachsinns dauernd oder zeitweise von stärkeren Schwankungen des gemüthlichen Gleichgewichtes begleitet wird. In der Regel beginnt die Psychose mit den Symptomen allgemeinen Unwohlseins, Kopfschmerzen, Ohrensausen, Benommenheit, unangenehmen Empfindungen in verschiedenen Körpertheilen, Schlaflosigkeit und Appetitstörungen. Die Kranken werden scheu, in sich gekehrt, niedergeschlagen, ängstlich, hören auf, zu arbeiten, äussern vage Befürchtungen, namentlich hypochondrischen Inhaltes, bisweilen auch Selbstmordgedanken oder einzelne Verfolgungs- und Versündigungsideen, dass man sie beobachte, erschiessen,

vergiften wolle, dass sie ein schlechtes Leben geführt hätten. Hie und da treten vorübergehend Gehörs- oder Gesichtstäuschungen auf.

Dieses erste Stadium kann unter allmählichem Verblassen der Wahnvorstellungen und Schwinden des Affectes innerhalb einiger Monate oder Jahre ganz unmerklich und ohne weitere Zwischenfälle in einfachen Blödsinn hinüberführen. Vielfach jedoch kommt es wenigstens zeitweise zu mehr oder weniger ausgebildeten expansiven Erregungszuständen, bisweilen unter plötzlichem Umschlagen der Stimmung. Die Kranken werden heiter, ausgelassen, gesprächig, erzählen allerlei selbsterfundene Erlebnisse, äussern dürftige, verworrene Grössenideen. Sie haben viel Geld, eine ganze Stube voll Gold, schöne Kleider, wollen zum Kaiser, zur grossen Armee, Pfarrer, Schauspielerin werden, fortreisen. Ueber ihre Umgebung sind sie dabei nur mangelhaft orientirt, erkennen wol einzelne Personen, wissen aber nicht genau, wo sie sich befinden, haben keine rechte Ahnung, was mit ihnen geschieht, vermögen ihre Lage gar nicht zu beurtheilen. Regelmässig ist eine lebhafte sexuelle Erregung vorhanden. Die Kranken erzählen, dass sie seit 50 Jahren verheirathet seien, 22 Frauen hätten, verlangen ein Mädchen, fordern zum Coitus auf, masturbiren. Die motorische Unruhe ist meist gar nicht sehr gross; nur ausnahmsweise und bei ungenügender Pflege kommt es zu lauterem, anhaltendem Schwatzen und Schreien, zu störendem Klopfen, Zerreissen und Sichentkleiden. Sich selbst überlassen, haben die Kranken die Neigung, fortzulaufen, herumzuvagiren; sie verkommen dabei rasch, begehen allerlei läppische, unsinnige Handlungen, geschlechtliche Excesse und gerathen gewöhnlich sehr bald in Conflict mit der öffentlichen Ordnung.

Auch die expansive Erregung, die sich übrigens häufig durch einzelne Grössenideen, euphorische Stimmung, unmotivirtes Lachen nur leicht andeutet, pflegt nicht sehr lange auf ihrer Höhe zu bleiben. Nach einigen Monaten, oft auch schon viel früher, treten die Erscheinungen zurück und der Zustand scheint sich zu bessern. Allein die Kranken werden zwar ruhiger, aber gleichgültig, theilnahmlos, stumpf, verlieren jedes Verständniss für ihre Umgebung, kümmern sich nicht mehr um das, was um sie her vorgeht. Meist werden sie unsauber beim Essen, schlingen gierig, verschütten, schmieren mit den Speisen herum; sie verunreinigen sich, halten Koth und Urin zurück, lassen den Speichel über ihre Kleider fliessen. Jede eigene Willens-

regung kann schliesslich erlöschen; sie bleiben stehen oder sitzen, wo sie sich gerade befinden, stumm in sich versunken, höchstens zeitweise blöde vor sich hinlächelnd oder auch wol einmal leise einige unsinnige Worte oder Sätze murmelnd; sie müssen dann an- und ausgekleidet, gefüttert, geschoben werden.

Aeusseren Einwirkungen gegenüber verhalten sie sich bald ganz passiv, kataleptisch, bald widerstrebend. Die spärlichen Antworten, die man von ihnen erhält, sind meist völlig beziehungslos, verrathen nur hin und wieder ein gewisses Verständniss der Frage; eindringliche einfache Aufforderungen werden bisweilen noch richtig befolgt, einzelne von früher bekannte Personen zutreffend benannt. Hie und da gelingt es auch wol, Reste von Schulkenntnissen, correctes Lesen oder Schreiben, richtige Lösung einer Rechnung, das Haften einer historischen, geographischen, sprachlichen Reminiscenz nachzuweisen. Manchmal erhalten sich deutliche Ueberbleibsel der früheren Erregung, verwirrtes, unverständliches Schwatzen, läppisches Lachen, gezierte Bewegungen und Ausdrücke, stürmisches Auf- und Abrennen. Häufig zeigen die Kranken wenigstens vorübergehend Perioden reizbarer Stimmung, drängen plötzlich zur Thüre hinaus, fangen an zu schimpfen oder begehen einen impulsiven Gewaltakt, werfen eine Schüssel zu Boden, zerreissen ein Kleidungsstück, versetzen einem Schlafkameraden unversehens einen Hieb. Auch Zupfen und Nesteln an den Kleidern, abenteuerliche Drapirungen derselben, Ausreissen der Kopf- oder Barthaare, beharrliches Zerkratzen einzelner Körperstellen, rücksichtsloses Masturbiren wird vielfach beobachtet.

Nicht immer werden, wie es scheint, die soeben geschilderten schwersten Formen des apathischen Blödsinns erreicht. Vielmehr giebt es auch hier Kranke, welche auf der Stufe des oben beschriebenen eigenartigen Schwachsinns stehen bleiben. Im Ganzen aber müssen solche mildere Verlaufsarten gegenüber der grossen Menge verblödender Fälle als seltene Ausnahmen betrachtet werden.

Körperliche Störungen gehen mit der Entwickelung der Dementia praecox nur dann einher, wenn dieselbe lebhaftere Affectschwankungen darbietet. Während dieser letzteren pflegen Appetit, Schlaf und allgemeine Ernährung mehr oder weniger empfindlich zu leiden; hie und da kommt es auch zu länger dauernder Nahrungsverweigerung. Mit eintretender Beruhigung hebt sich das Körpergewicht regelmässig wieder, und die Kranken gewinnen meist ein

blühendes Aussehen. Vielfach finden sich angeborene körperliche Entartungszeichen, Kleinheit oder Verbildungen des Schädels, kindlicher Habitus, mangelhafte Zähne u. dergl. Zweimal beobachtete ich eigenthümliche, halb an Chorea, halb an Athetose erinnernde Bewegungsstörungen, die ich am besten mit dem Ausdrucke „athetoide Ataxie“ kennzeichnen zu können glaube.

Die erste genauere und in vieler Beziehung geradezu mustergültige Schilderung gewisser Formen der Dementia praecox verdanken wir Hecker*), der 1871 im Anschlusse an Kahlbaums Aufstellungen unter dem Namen der Hebephrenie solche Fälle beschrieb, bei denen sich nach einem melancholischen Eingangsstadium ein solches der Manie entwickelt, um rasch in einen ganz eigenartigen Schwachsinnszustand auszugehen. Als Hebephrenie in diesem Sinne würde somit nur ein kleiner Theil der hier in der Dementia praecox vereinigten Beobachtungen zu bezeichnen sein. Daraszkiewicz**) hat daher den Begriff der Hebephrenie dahin erweitert, dass er auch die „schweren Formen“ umfasst, welche zu tiefem Blödsinn führen. Vielleicht wäre es bei dem jetzigen Stande der Frage am zweckmässigsten, den Namen der Dementia praecox nur für die erste der von mir abgegrenzten Gruppen, für die Fälle mit schleichender Entwicklung eines meist mässigen Schwachsinns beizubehalten, während als Hebephrenie die mit Erregungszuständen verlaufenden, prognostisch ungünstigeren Formen zu bezeichnen wären. An ihrer nahen Verwandtschaft und dem Vorkommen aller möglichen Uebergänge kann freilich kein Zweifel sein.

Alle im Vorstehenden geschilderten Erkrankungen erwachsen auf dem Boden der psychopathischen Veranlagung, die sich häufig genug in körperlichen und geistigen Anomalien des Kindesalters, verspäteter und ungenügender Entwickelung bereits kund giebt. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle scheint erbliche Belastung vorhanden zu sein. Die Krankheit entwickelt sich charakteristischer Weise in demjenigen Lebensalter, in welchem überhaupt die krankhafte Veranlagung zuerst und am stärksten sich geltend zu machen pflegt. Wie schon Hecker gezeigt hat, ist es diese Entstehungszeit, welche dem schwachsinnigen Endstadium der Psychose sein eigen-

*) Virchows Archiv LII., p. 394.

**) Ueber Hebephrenie, insbesondere deren schwere Form. Diss. Dorpat, 1892.

thümliches Gepräge verleiht. Hecker ist sogar geneigt, die Ausgänge seiner Hebephrenie geradezu als ein Stehenbleiben des gesammten psychischen Lebens auf der Entwickelungsstufe der Pubertätsjahre zu betrachten. Wenn gegen diese Auffassung auch die Häufigkeit tiefer Verblödung spricht, welche eben einen Rückschritt, nicht einen einfachen Stillstand der geistigen Ausbildung darthut, so finden wir doch in dem vorzeitigen Schwachsinn viele Züge wieder, welche uns aus den normalen Entwickelungsjahren wohl bekannt sind. Dahin gehört die Neigung zu unpassender Lectüre, die naive Beschäftigung mit den „höchsten Problemen", die unreife „Schnellfertigkeit" des Urtheils, die Freude an Schlagwörtern und klingenden Redensarten.

Schon bei einer früheren Gelegenheit wurde ferner darauf hingewiesen, dass sich im Entwickelungsalter gewisse psychische Wandlungen vollziehen, die wir vielleicht als das normale Vorbild leichter manischer Verstimmungen betrachten dürfen. Der unmotivirte Stimmungswechsel, Niedergeschlagenheit und Ausgelassenheit, die gelegentliche Reizbarkeit und Impulsivität der Pubertätszeit begegnen uns beim vorzeitigen Schwachsinn in schärferer, vielfach direct manischer Ausprägung. Auch die Abgerissenheit der Gedankengänge, das bald gespreizte, grosssprecherische, bald verlegene, scheue Wesen, das alberne Lachen, die läppischen Scherze, die affectirte Sprechweise, die gesuchte Derbheit und die gewaltsamen Witze sind Erscheinungen, welche beim Gesunden wie beim Kranken auf jene leichte innere Erregung hindeuten, mit welcher die Umwälzungen der Geschlechtsentwickelung einherzugehen pflegen.

Die Annahme einer degenerativen Grundlage der Dementia praecox wird stark unterstützt durch die vollständig ungünstige Prognose dieses Leidens. Ich muss es für ausgeschlossen halten, dass eine Genesung der Kranken jemals möglich ist. Zwar können die acuten Störungen nach einigen Wochen oder Monaten wieder verschwinden, so dass die Umgebung den Eindruck einer wirklichen Besserung des Zustandes gewinnt. Dem aufmerksamen Beobachter indessen entgeht es nicht, dass stets ein mehr oder weniger hochgradiger, unheilbarer geistiger Defect zurückbleibt. Wie schon früher betont, scheint diese Invalidität bei den affectiven Formen regelmässig tiefer zu greifen, als bei den einfachen. Die Erziehungsfähigkeit nach Ablauf des eigentlichen Krankheitsprocesses pflegt eine sehr geringe zu sein; es gelingt meist nur, den Bestand einiger-

massen zu erhalten. Alle diese Erfahrungen weisen mit ziemlicher Bestimmtheit darauf hin, dass dem hier sich abspielenden Krankheitsprocesse greifbare, wenn auch vielleicht sehr feine, pathologisch-anatomische Veränderungen zu Grunde liegen dürften.

Unter solchen Umständen ist es natürlich von grosser praktischer Bedeutung, den einzelnen Fall von Dementia praecox frühzeitig und sicher zu erkennen. In dem kritischen Lebensalter kommt hauptsächlich die Abgrenzung von der Paranoia und von den periodischen, bisweilen auch von den Erschöpfungspsychosen in Betracht. Gegenüber der Paranoia ist auf die raschere Entwickelung, die Dürftigkeit und Zerfahrenheit der etwa vorhandenen Wahnideen und den sehr bald deutlichen, zunehmenden Schwachsinn hinzuweisen. Die Verwechselung mit beginnendem circulärem oder periodisch-manischem Irresein wird bisweilen sehr nahe liegen; schleppender Beginn mit länger zurückreichenden Vorläufern, geringe Intensität der Krankheitserscheinungen und die Zeichen erworbener Demenz ohne tiefere Bewusstseinstrübung sprechen mehr für die hier geschilderten Zustände. Von den Erschöpfungspsychosen kommt namentlich die acute Demenz in Betracht, deren plötzlicher Beginn mit schwerer Verworrenheit im Anschlusse an eine eingreifende äussere Schädigung meist die Unterscheidung mit genügender Sicherheit ermöglichen wird. Zudem muss sich in allen bisher angedeuteten Zweifelsfällen die Sachlage bei weiterer Beobachtung in einigen Monaten vollständig klären.

Schwieriger ist es bisweilen, die Dementia praecox von angeborener Imbecillität zu unterscheiden. Noch vor Kurzem sind mir mehrere hochgradig blödsinnige Kranke aus einem Arbeitshause zugeführt worden, die zahlreiche Strafen wegen Bettelns, Vagabondirens u. dergl. erhalten hatten und nicht die geringste Auskunft über ihre Vergangenheit zu geben vermochten. Aber gerade der hohe Grad der Störung, der an sich ein Leben in der Freiheit vollständig ausschloss, wies darauf hin, dass hier ein erworbenes Leiden vorliegen musste. Später gelang es dann auch, Ueberreste einstiger leidlicher Schulbildung nachzuweisen, sowie in einem Falle Briefe zu erlangen, aus welchen hervorging, dass der jetzt völlig verblödete Kranke noch wenige Jahre zuvor im Stande gewesen war, planmässig zu reisen und seine Gedanken gewandt und fliessend wiederzugeben. Von besonderer praktischer Wichtigkeit ist die

Kenntniss solcher Fälle für den Militärarzt, da die Krankheitserscheinungen nicht selten gerade kurz vor und während des Dienens einsetzen und dann leicht für absichtliche Verstellung gehalten werden.

Die Behandlung der Dementia praecox bietet wenig Angriffspunkte. Man darf jedoch vielleicht annehmen, dass rechtzeitige Schonung des erkrankten Gehirns, Bekämpfung der Schlaflosigkeit, Aufregung, Nahrungsverweigerung bis zu einem gewissen Grade den psychischen Verfall aufzuhalten und die Rettung des noch nicht Vernichteten begünstigen kann. Ist das acute Stadium der Krankheit überwunden, so wird es sich wesentlich darum handeln, die noch vorhandenen geistigen Fähigkeiten durch vorsichtige, systematische Uebung nach Möglichkeit vor der drohenden Inactivitätsatrophie zu bewahren.

B. Die Katatonie.

Unter dem Namen der Katatonie*) hat Kahlbaum ein Krankheitsbild beschrieben, welches der Reihe nach die Symptome der Melancholie, der Manie, des Stupors, bei ungünstigem Verlaufe auch der Verwirrtheit und des Blödsinns darbietet und ausserdem durch das Auftreten gewisser motorischer Krampf- und Hemmungserscheinungen, eben der „katatonischen" Symptome, charakterisirt wird. Die von ihm gegebene, in vieler Beziehung interessante Darstellung sollte zeigen, dass alle bis dahin als Melancholia attonita, Stupor, acute Demenz u. s. w. bezeichneten Zustände in Wirklichkeit nur Phasen einer einzigen Psychose seien, welche, analog der Dementia paralytica, trotz äusserlicher Verschiedenheiten des Verlaufes doch eine Anzahl durchaus typischer somatischer und psychischer Symptome aufweise. Wenn ich nun auch diese Zusammenfassung ätiologisch, klinisch und prognostisch oft recht von einander abweichender Zustände bisher für eine schematisirende Ueberschätzung ähnlicher Einzelzüge halten muss, so sehe ich mich doch durch gewisse Erfahrungen veranlasst, hier eine bestimmte Gruppe von Fällen aus dem Gebiete der „Katatonie" als eigenartige Krankheitsform herauszuheben. Es handelt sich dabei im Wesent-

*) Kahlbaum, Die Katatonie oder das Spannungsirresein. 1874; Neisser, Ueber die Katatonie. 1887. Behr, Die Frage der Katatonie oder des Irreseins mit Spannung. Diss. Dorpat, 1891.

lichen um das acute oder subacute Auftreten eigenthümlicher, in Stupor und späteren Schwachsinn übergehender Erregungszustände mit verworrenen Wahnideen, einzelnen Sinnestäuschungen und den Erscheinungen der Stereotypie und Suggestibilität in Ausdrucksbewegungen und Handlungen.

Die Psychose beginnt fast ausnahmslos mit den Anzeichen einer leichteren oder schwereren psychischen Depression. Die Kranken werden still, gedrückt, theilnahmlos, ängstlich, klagen über Kopfschmerzen, Erschwerung des Denkens, verlieren Schlaf und Appetit, hören auf zu arbeiten, bleiben viel im Bett liegen. Bald tauchen allerlei unbestimmte Wahnvorstellungen auf, Selbstbeschuldigungen, Verfolgungsideen, hypochondrische Klagen. Die Kranken fürchten, verloren zu sein, nicht in den Himmel zu kommen, haben nicht recht gehandelt. Menschen und Thiere wissen ihre Schlechtigkeit; man hat sie vergiftet, verrückt gemacht. Sie haben durch Onanie ihren Körper verdorben; es geht etwas im Kopfe herum; das Gehirn ist zerrissen, die Eingeweide sind los. In dieser Stimmung kann es zu energischen Selbstmordversuchen kommen. Oefters treten auch Sinnestäuschungen auf. Die Mutter Gottes erscheint; Engel fliegen in der Luft; die Leute sagen der Kranken nach, dass sie geboren, ein Kind umgebracht habe; das Bett beginnt zu sprechen. Meist ist es indessen trotz mancher Andeutungen schwer, über das Bestehen von Hallucinationen Gewissheit zu erlangen, da die Kranken über ihre Zustände keine Auskunft zu geben, sondern rasch in mehr oder weniger tiefen Stupor zu versinken pflegen. Bisweilen gehen der Entwickelung dieses Stupors noch einzelne Grössenideen voraus. Eine meiner Kranken lief zum Ortsvorsteher, um ein grosses Vermögen abzuholen, das sie dort für sich hinterlegt glaubte; eine Andere traf Vorbereitungen zur Hochzeit mit einem ihr ganz fremden Herrn, der ihr angeblich durch Zeichen seine Liebe erklärt hatte.

Einige Wochen oder Monate nach diesen einleitenden Stadien treten immer stärker die vielfach schon im Beginne leicht angedeuteten katatonischen Erscheinungen hervor, und es kommt nun zur Entwickelung eines ungemein eigenartigen, aus anscheinend ganz widersprechenden Zügen sich zusammensetzenden Krankheitszustandes. Was zunächst ins Auge fällt, sind die von Kahlbaum mit dem Namen des „Negativismus“ bezeichneten Symptome. Die Kranken hören

vollständig auf zu sprechen (Mutacismus) oder lispeln doch nur hier und da leise einige unverständliche Worte; sie sind gänzlich unzugänglich gegen jede äussere Einwirkung, reagiren nicht auf Anreden, Berührungen und selbst Nadelstiche; nur selten führt ein sehr kräftiger Reiz langsame Ausweichbewegungen oder auch einmal einen unvermuthet gewandten und energischen Angriff herbei. Auch ein gelegentliches leises Blinzeln, stärkere Röthung oder Schwitzen des Gesichtes, Zucken um die Mundwinkel deuten bei solchen Versuchen darauf hin, dass weniger die Auffassung der Eindrücke, als die Auslösung einer Willensreaction auf dieselben gestört ist. Jeder Versuch eines activen Eingreifens in Haltung oder Bewegung der Kranken begegnet zeitweise hartnäckigem und unüberwindlichem Widerstande. Man fühlt, wie sich sofort jeder Muskel auf das Aeusserste anspannt, sobald man irgend eine Lageveränderung mit dem Kranken vornehmen will. Drückt man gegen die Stirn, so schnellt der Kopf beim Loslassen federnd nach vorn; berührt man das Hinterhaupt, so strebt er dem Fingerdruck entgegen nach hinten. Den psychischen Ursprung dieses prompten Widerstrebens erkennt man am besten in den nicht seltenen Fällen, in welchen die Kranken auch auf sprachliche Beeinflussungen in der gleichen Weise reagiren. Es ist dann nicht nur möglich, den Kranken dadurch zum Vorwärtsgehen zu veranlassen, dass man ihn scheinbar zurückdrängt und umgekehrt, sondern er setzt sich auf den Nachtstuhl, wenn man es ihm energisch verbietet, steht still, sobald man ihn gehen heisst und ähnliches.

Als eine negativistische Erscheinung ist auch wol die bei unseren Kranken häufige Nahrungsverweigerung aufzufassen. Sie hören bisweilen ganz plötzlich auf zu essen, und sind nun auf keine Weise zur Fortsetzung der Mahlzeit zu bewegen, beissen krampfhaft die Zähne aufeinander, pressen die Lippen zusammen, sobald man sich mit dem Löffel nähert. Bemerkenswerth ist es, dass die Kranken bei dieser, wie bei jeder beliebigen Beeinflussung regelmässig nur passiv widerstreben, höchstens einige plumpe Abwehrbewegungen machen, niemals aber mit jenem verzweifelten Aufwande aller Kampfmittel der Einwirkung zu entgehen suchen, den wir bei ängstlichen Kranken beobachten.

In naher innerer Beziehung zum Negativismus steht offenbar die sehr auffallende Neigung unserer Kranken zu dauerndem Festhalten der gleichen Muskelspannung, ja jener erstere ist

vielleicht nichts, als die einfache Folge aus diesem allgemeinen psychomotorischen Beharrungsvermögen. In Folge dessen sehen wir die Kranken Tage, Wochen, ja viele Monate hindurch genau dieselbe Stellung einnehmen. In eigenthümlicher Haltung, oft starr in sich zusammengekrümmt, sitzen oder liegen sie regungslos da, lassen sich nach Belieben herumrollen oder auch an irgend einem Körpertheil wie ein Packet in die Höhe heben, ohne die Lage ihrer Glieder irgendwie zu verändern. Die Augen sind dabei entweder geschlossen, werden bei jeder äusseren Annäherung fest zusammengekniffen unter starker Aufwärtsrollung der Bulbi, oder sie sind weit offen, starren mit erweiterten Pupillen in die Ferne, fixiren niemals. Der Gesichtsausdruck ist unbeweglich, maskenartig; die Lippen sind öfters rüsselartig vorgeschoben („Schnauzkrampf"), zeigen hier und da leichte, rhythmisch-zuckende Bewegungen.

Auch im Gange der Kranken pflegen sich analoge Eigenthümlichkeiten bemerkbar zu machen. Häufig ist es freilich ganz unmöglich, Gehversuche zu erzielen. Die Kranken lassen sich einfach steif hinfallen, sobald man sie auf die Füsse stellen will. In anderen Fällen marschiren sie mit gestreckten Knieen, auf den Zehenspitzen, auf dem äusseren Fussrande, mit gespreizten Beinen, stark zurückgebeugtem Oberkörper, kurz in irgend einer ganz bizarren, aber mit Aufbietung aller Kräfte, entgegen jeder äusseren Einwirkung festgehaltenen Stellung. Die einzelnen Bewegungen geschehen langsam, gezwungen, als ob ein gewisser Widerstand zu überwinden wäre, oder ruckweise und dann oft blitzschnell.

Endlich dürfte auf das allgemeine Beharrungsvermögen der Kranken auch vielfach ihre Unreinlichkeit zurückzuführen sein. Sie halten Urin und Koth oft lange Zeit zurück und lassen ihn dann einfach unter sich gehen, nehmen nicht die geringste Lageveränderung vor, um sich den unangenehmen Folgen zu entziehen. Ein wirklicher Negativismus zeigt sich häufig darin, dass sie auf dem Abtritt nicht zur Entleerung zu bewegen sind, um gleich darauf den Fussboden oder das Bett in ausgiebigster Weise zu verunreinigen. Der Speichel wird oft bis zum Aeussersten im Munde angesammelt, um dann plötzlich fontänenartig hervorzuquellen, oder er läuft immerfort am Kinn über die Kleider herab, wahrscheinlich weniger, weil die Secretion vermehrt ist, als weil die psychomotorisch erstarrten Kranken keine Schluckbewegungen ausführen.

Einen eigenthümlichen Gegensatz zu diesen Erscheinungen, in denen sich überall das elementare Widerstreben gegen jede Veränderung des augenblicklichen Zustandes ausdrückt, bilden die vielfach hervortretenden Anzeichen gerade einer erhöhten Beeinflussbarkeit von aussen her. Dahin gehört vor Allem die ausnahmslos kürzere oder längere Perioden hindurch bestehende Katalepsie, die in solchen Zuständen ihre höchste Ausbildung zu erreichen pflegt. Seltener und meist nur vorübergehend begegnet man auch der Echolalie oder gar der Echopraxie. Die Kranken wiederholen dann einfach ganz mechanisch die an sie gerichteten Reden oder auch irgendwelche zufällig aufgefasste Aeusserungen; sie ahmen lebhaftere Geberden nach, die man ihnen in eindringlicher Weise vormacht. Bisweilen sieht man sie sogar stundenlang Alles mitthun, was irgend eine bestimmte Person ihrer Umgebung thut, ihr Alles nachsprechen, in gleichem Schritt hinter ihr hergehen, sich mit ihr an- und auskleiden und ähnliches.

Die beiden nur anscheinend entgegengesetzten Zustände des ausgeprägtesten Widerstrebens und der vollständigen Hingabe an äussere Einflüsse gehen bei den Kranken regellos und ganz unvermittelt in einander über. Zwar kann unter Umständen Wochen und Monate lang nur das eine Verhalten bemerkbar sein, aber es finden sich immer Zeiten, in denen sich eine plötzliche Wandlung feststellen lässt, ja es gelingt nicht so selten, durch geeignete suggestive Beeinflussung unmittelbar die Starre in Katalepsie überzuführen und umgekehrt. Eine noch grössere Mannichfaltigkeit aber gewinnt das Krankheitsbild durch den Umstand, dass sich regelmässig allerlei impulsive Acte mitten in jene Zustände hineinschieben, deren Ausbildung im Einzelnen dann vielfach durch die allgemeinen Eigenthümlichkeiten unserer Kranken beeinflusst wird.

Am häufigsten und auffallendsten sind die tonischen und klonischen, bald ganz einfachen, bald sehr verwickelten Zwangsbewegungen, die bisweilen das erste alarmirende Krankheitszeichen bilden. Die Kranken werden plötzlich am ganzen Körper starr, sinken zu Boden, bleiben in der Stellung eines Gekreuzigten liegen, verdrehen die Augen, rollen sich um ihre Längsachse; sie drehen sich auf den Zehenspitzen herum, rotiren Rumpf und Kopf, pendeln hin und her, proniren die Arme bis zum Aeussersten, wirbeln die Fäuste mit grosser Geschwindigkeit um einander. Diese Symptome können vielfach den Eindruck wahrer Krämpfe machen, erinnern

jedoch am meisten an hysterische Erscheinungen, denen sie bisweilen zum Verwechseln gleichen.

Bei anderen motorischen Leistungen ist der psychische Ursprung deutlicher. Die Kranken schlagen die verwegensten Purzelbäume, tanzen in grottesker Haltung und Drapirung herum, lassen sich immerfort niederfallen und springen wieder auf, machen plötzlich einige Luftsprünge, um sich dann mit gewaltigem Anlauf über die hohe Lehne köpflings ins Bett zu stürzen, erklettern hastig einen Stuhl, einen Tisch, das Fenstergitter, um dort zu defäciren, schleppen ihr Bett, ihre Matratze stundenlang im Kreise herum und klopfen bei einer bestimmten Stelle jedesmal an die Wand, bewegen sich im Sturmschritt auf derselben Strecke hin und her, schleudern jedes Hinderniss rücksichtslos bei Seite, versetzen unvermuthet einem harmlosen Nachbar eine schallende Ohrfeige. Alle die geschilderten, sehr verschiedenartigen Handlungen werden mit der grössten Kraft und Energie durchgeführt, so dass es meist gänzlich unmöglich ist, den äusserst gewandt und schnell sich bewegenden Kranken an seinem Vorhaben zu hindern. In Folge dessen kommt es bisweilen zu massenhaften Hautabschürfungen, kleinen und grösseren Verletzungen, da der Kranke seine Glieder nicht im geringsten schont, die offenen Stellen immer wieder anschlägt und die ihm hinderlichen Verbände ohne Weiteres herunterreisst.

Weniger bedenklich, als die zuletzt genannten, glücklicher Weise nicht allzu häufigen Erscheinungen, sind die eigenthümlichen sprachlichen Impulse der Kranken. Sie beginnen nach vielleicht wochenlanger regungsloser Stummheit plötzlich überlaut einige ganz unverständliche Schreie auszustossen, wie ein Hund zu bellen, mit verschmitzter Miene einen zeitgemässen Gassenhauer zu grölen. Oder sie machen im Tone ruhiger Unterhaltung einzelne abgerissene, völlig beziehungslose Bemerkungen, ohne sich irgendwie um die wirklich an sie gerichteten Fragen zu kümmern. Sehr gewöhnlich ist endlich das früher bereits besprochene Symptom der Verbigeration, in welchem sich, wie in so vielen ihrer sonstigen motorischen Aeusserungen, die Neigung der Kranken zur Stereotypie, zur Wiederholung der gleichen Impulse, auf das deutlichste kundgiebt. Irgend ein kürzerer oder längerer, häufig durchaus sinnloser Satz (z. B. „Gekreuzigter Krex in e Umkrexhaus“) wird stunden- und tagelang in derselben, oft rhythmischen Betonung ununterbrochen wiederholt,

bald laut, bald flüsternd, bald sogar in bestimmter Melodie. Bisweilen versprechen sich die Kranken einmal, oder es drängt sich ein in der Umgebung gehörtes Wort hinein; so kann der Spruch allmähliche Wandlungen erfahren, deren Ergebniss man dann nach einigen Stunden vorfindet. Auch in den schriftlichen Productionen der Kranken lässt sich die Verbigeration oft wiederfinden, in dem endlosen Wiederholen der gleichen Schnörkel, Zahlen, Buchstaben, Worte oder Sätze. In einem Falle, der allerdings mehr dem Gebiete der Dementia praecox als der Katatonie angehörte, ergab sich sogar das Bestehen eintöniger Gehörstäuschungen, die tagelang dieselben unsinnigen und von dem Kranken selbst ganz gleichgültig hingenommenen Sätze wiederholten, so dass man hier von einer „hallucinatorischen Verbigeration“ sprechen konnte. Wahrscheinlich ist diese Erscheinung gar nicht so selten, wenn wir auch von den Patienten nicht viel darüber erfahren.

Eine ganze Reihe weiterer seltsamer Gewohnheiten unserer Kranken dürfte in gleicher Weise ihre Entstehung irgendwelchen unvermittelt aufsteigenden Antrieben verdanken, die dann wegen der Neigung zur Stereotypie immer wiederkehren. Dahin sind wol so manche der bereits erwähnten eigenthümlichen Stellungen und der automatenartigen Bewegungen zu rechnen, die wir hier beobachten, das krampfhafte Andrücken der gespreizten Finger an einzelne Körpertheile, das zwangsmässige Kopfschütteln und namentlich gewisse Sonderbarkeiten beim Essen. Fast niemals nehmen die Kranken, die bald ohne erkennbaren Anlass die Nahrung verweigern, bald sich mit Gier auf das Essen stürzen und dann häufig ihre Nachbarn rücksichtslos ausplündern, ihre Mahlzeiten in normaler Weise zu sich. Vielfach greifen sie einfach mit den Händen in den Teller hinein, stopfen hastig den Mund so voll wie möglich und schlingen herunter, fast ohne zu kauen. Andere schlecken die Suppe wie ein Hund oder giessen sie unter reichlichem Verschütten direct in den Mund, pressen den Gemüseteller glatt auf ihr Gesicht und lecken ihn so allmählich aus. Eine meiner Kranken fasste zwar den Löffel ganz richtig mit der rechten Hand, führte ihn aber hinter ihrem Kopfe herum von der linken Seite zum Munde. Nicht selten verschlingen die Kranken ganz unglaubliche Mengen der verschiedensten Nahrungsmittel, aber auch ganz unverdauliche Dinge, hie und da sogar ihre eigenen Excremente.

Während der Entwickelung dieses vielgestaltigen Krankheitsbildes ist das Bewusstsein der Patienten ohne Zweifel dauernd etwas getrübt. Allein es lässt sich dennoch fast regelmässig feststellen, dass die Orientirung den Kranken keineswegs vollständig verloren gegangen ist. Trotzdem dieselben Monate lang schwer benommen erscheinen, ihre Umgebung vollständig ignoriren und die unsinnigsten Handlungen begehen, überraschen sie plötzlich dadurch, dass sie die Namen der Wärterinnen oder der anderen Kranken kennen, sich über irgend ein Vorkommniss beklagen, geordnete Auskunft über ihre Verhältnisse geben, einen zusammenhängenden Brief mit zutreffender Schilderung ihres Aufenthaltes, der Bitte um Abholung verfassen. Selbst eine gewisse Krankheitseinsicht ist bisweilen vorhanden. Eine Kranke, welche die katatonischen Bewegungstereotypen in höchster Ausbildung darbot, sagte mir: „ich muss aber immer so dumme Bewegungen machen; dass ist doch zu einfältig.“ Freilich erfährt man über die Motive des ganzen zwangsmässigen Benehmens von den Kranken nie etwas Anderes, als dass sie nicht hätten sprechen dürfen oder können, dass eine Kraft über sie gekommen sei und sie gezwungen habe, dass sie so oder so hätten handeln müssen, dass man es ja so gewollt habe.

Die Stimmung der Kranken zeigt nach den anfänglichen stärkeren Affectschwankungen keine sehr auffallenden Veränderungen. Meist sind die Kranken im Zusammenhalte mit ihrem sonderbaren Benehmen merkwürdig gleichgültig; nur gelegentlich beobachtet man einmal kindische Weinerlichkeit, Gereiztheit, Ausgelassenheit oder Zeiten ekstatischer Verzückung. An körperlichen Symptomen sind namentlich vasomotorische Störungen bemerkenswerth, Cyanose der Extremitäten und der Schleimhäute, Gedunsenheit des Gesichts, Oedeme an den Unterschenkeln, lebhafte Röthung und sogar Quaddelbildung bei leichten mechanischen Reizen. Die Reflexe sind fast ausnahmslos gesteigert, bisweilen auch die mechanische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven; der Puls ist klein, verlangsamt, die Temperatur niedrig, die Athmung oberflächlich, der Schlaf wol immer hochgradig gestört, wenn die Kranken auch ruhig liegen; das Körpergewicht sinkt beträchtlich, auch dann, wenn die Nahrungsaufnahme eine reichliche ist.

Der Verlauf der Krankheit ist, wie schon die Fülle einander entgegengesetzter Erscheinungen vermuthen lässt, ein sehr wechselnder.

Bisweilen allerdings folgt auf die anfängliche Depression einfach ein mehr oder weniger langes Stadium des Stupors mit Negativismus, Katalepsie und einzelnen impulsiven Handlungen, welches unmittelbar in dauernden Schwachsinn übergeht. Hier verlieren sich nach einer längeren Reihe von Monaten oder auch nach Jahr und Tag ganz allmählich die katatonischen Erscheinungen bis auf einzelne Reste. Die Kranken werden freier in ihren Bewegungen, geordneter in ihren Handlungen, sind aber vollkommen stumpf, theilnahmlos, vermögen keinerlei oder doch nur sehr einfache Auskunft zu geben, haben kaum irgendwelche Erinnerung an ihre Vergangenheit, noch weniger an ihre Krankheit. Nur hie und da lässt noch eine finstere Miene, ein impulsiver Act, ein ausdrucksloses Lächeln auf seichte Affectschwankungen schliessen. Spuren von Katalepsie, Andeutungen von Haltungs- oder Bewegungsstereotypen, Unreinlichkeit, unmotivirte Nahrungsverweigerung oder Gefrässigkeit sind nicht selten. Die Arbeitsfähigkeit ist sehr gering oder ganz aufgehoben.

Häufiger als dieser unmittelbare Uebergang in Blödsinn ist das zeitweise Auftreten manischer Erregungszustände. Bisweilen schieben sich dieselben nur ganz vorübergehend in den Stupor ein. Die Kranken werden plötzlich ausgelassen, heiter, gesprächig, fangen an zu singen, zu tanzen, läppisch zu lachen, zu zerstören, zu schmieren, gewaltthätig zu werden, um nach kurzer Zeit ebenso rasch wieder in die frühere Regungslosigkeit zu versinken. In anderen Fällen dagegen hält eine leichtere oder schwerere tobsüchtige Erregung Wochen und Monate hindurch an, so dass man mit einiger Berechtigung von einem „manischen Stadium“ sprechen kann. Auch in diesen Zuständen jedoch ist die katatonische Grundstimmung vielfach erkennbar. Das Benehmen und die Handlungen der Kranken pflegen etwas Stereotypes, Gespreiztes, Zwangsmässiges zu haben, im Gegensatze zu der planlosen Beweglichkeit und Geschäftigkeit in der Manie; einzelne der früher besprochenen eigenartigen Symptome mischen sich in den Complex der manischen Erscheinungen hinein. Nicht selten werden dabei allerlei Grössenideen und phantastische Erfindungen von den Kranken geäussert. Regelmässig besteht lebhafte sexuelle Erregung, die sich in Zärtlichkeiten, rücksichtslosen Entblössungen und Masturbation zu entladen sucht. Gewöhnlich pflegen solche manische Stadien sich an den Stupor anzuschliessen. In manchen Fällen beobachtet man einen mehrfachen regellosen

Wechsel zwischen Starre und Erregung; hie und da kommen auch Zeiten lebhafter Angst vor. Stets aber können ganz unerwartet Stunden oder Tage nahezu normalen Verhaltens sich einstellen, in denen die Kranken ruhig und zusammenhängend Auskunft zu geben vermögen, freilich ohne Verständniss für ihre Lage und ihre Krankheit.

Den Ausgang der Katatonie in dem hier abgegrenzten Sinne bildet regelmässig ein erheblicher Grad von geistiger Schwäche, der nicht selten bis zu tiefem apathischem Blödsinn fortschreitet. Spätestens nach 2—3 Jahren pflegt dieser Endzustand erreicht zu sein. Auch die Erregung schwindet allmählich ganz, oder macht sich doch nur gelegentlich noch in einer gewissen Unruhe, einzelnen Gewaltacten, lebhafterem Gesticuliren geltend. Das Körpergewicht steigt enorm; die Kranken werden blühend und corpulent, wenn sich nicht, was häufig der Fall ist, jetzt oder schon früher phthisische Erkrankungen entwickeln. Kahlbaum hat die Prognose der Katatonie nicht als so ungünstig betrachtet und eine ganze Anzahl von Heilungen berichtet. Ich möchte jedoch bezweifeln, dass seine Fälle wirklich gleichartig waren; ausser manchen, wie ich glaube, periodischen Formen hat er zur Katatonie auch Beobachtungen von Dementia acuta gerechnet, die nach meiner Auffassung wesentlich anders zu beurtheilen sind. Alle Fälle mit ausgeprägt katatonischen Erscheinungen, die ich im Laufe längerer Jahre gesehen habe, sind ausnahmslos in der oben geschilderten Weise ungünstig verlaufen.

Alle diese Fälle betrafen Personen zwischen dem 19. und 26. Lebensjahre. Nur bei einer Kranken trat die Psychose erst im Beginne des 4. Decenniums auf, nachdem elf Jahre früher eine viermonatliche Geistesstörung nicht eruirbarer Art voraufgegangen war. Auch hier erfolgte der Ausgang in einen Schwachsinn ohne Affect, ohne Sinnestäuschungen und ohne Wahnideen. Die Katatonie dürfte demnach in naher Verwandtschaft zur Dementia praecox stehen, eine Anschauung, welche durch die Häufigkeit katatonischer Andeutungen bei dieser letzteren Psychose, sowie durch das Vorkommen gewisser Uebergangsfälle zwischen beiden Formen noch mehr gestützt wird. Das weibliche Geschlecht scheint mir ein leichtes Uebergewicht zu haben. Erbliche Praedisposition war etwa in der Hälfte der Fälle vorhanden; die sonstige Veranlagung der Kranken liess meist keine auffallenderen Eigenthümlichkeiten erkennen. Mehrfach waren dem Ausbruche der Krankheit heftige Gemüthserschütterungen vorangegangen.

Die Diagnose der Katatonie hat durchaus das klinische Gesammtbild zu berücksichtigen, die subacute Entwickelung der eigenartigen, aus Negativismus und Stereotypie, aus Suggestibilität und Impulsivität zusammengesetzten Gruppe von Erscheinungen nach einer einleitenden psychischen Depression. Einzelne Glieder aus dieser Reihe, namentlich die Katalepsie, kommen bei den verschiedensten Psychosen gelegentlich zur Beobachtung. Der katatonische Symptomencomplex scheint demnach, ähnlich wie der manische oder melancholische, nur das Zeichen eines gewissen allgemeinen Hirnzustandes zu sein, der sich am ausgeprägtesten gerade bei einem bestimmten, zum Schwachsinn führenden und in jugendlichem Lebensalter auftretenden Krankheitsprocesse entwickelt. Am meisten ähneln der Katatonie symptomatisch gewisse Fälle von Paralyse, bei denen alle oder nahezu alle charakteristischen Erscheinungen vorhanden sein können. Ausser dem höheren Lebensalter und der verschiedenartigen Entwickelung der Krankheit werden hier die körperlichen Störungen, die besonderen psychischen Veränderungen der Paralytiker und der weitere Verlauf entscheiden. Ebenso wird auch der Verlauf und das Fehlen der eigenartigen Bewegungsstereotypen die Abgrenzung gewisser periodischer Erkrankungen gestatten, welche zeitweise katatonische Zustandsbilder darbieten können. Die acute Demenz unterscheidet sich von der Katatonie durch die tiefgreifende Verworrenheit und die deutlichen Anzeichen der psychischen Lähmung im Gegensatze zu der Besonnenheit und gelegentlichen Activität bei dieser letzteren Psychose. Für die Melancholia attonita und die stuporösen Formen des Wahnsinns entscheidet namentlich der dauernde ängstliche Affect, für die katatonische Paranoia das Bestehen eines allmählich ausgebildeten Wahnsystems.

Die Behandlung der Katatonie hat unter Umständen recht schwierige Aufgaben zu lösen. Die Bekämpfung der Nahrungsverweigerung erfordet bisweilen Sondenfütterung, diejenige der katatonischen Erregung Narkotica, Schlafmittel, Bäder, Einwickelungen u. dergl., freilich Alles meist mit geringem Erfolg. Gewöhnlich schwinden die bedrohlichen Symptome eines Tages ganz von selbst, nachdem man sich lange vergeblich bemüht hat, sie zu beseitigen. Dennoch habe ich eine Kranke unter starker Temperatursenkung (33,8°) trotz enormer Essgier einfach an höchster körperlicher Er-

schöpfung zu Grunde gehen sehen, da alle Versuche gescheitert waren, den sinnlosen, zwangsmässigen Bewegungsdrang zu beseitigen. Sorgfältige chirurgische Berücksichtigung erfordern in den Aufregungszuständen die häufigen Verletzungen, welche leicht zu Infectionen führen können.

C. Die Dementia paranoides.

Mit der hier zum ersten Male gebrauchten, vorläufigen Bezeichnung der Dementia paranoides sei es uns gestattet, jene eigenthümlichen Krankheitsfälle zu charakterisiren, welche nach schneller Entwickelung gänzlich unsinniger, verworrener Verfolgungs- und Grössenideen ohne ausgeprägtere Affectschwankungen überraschend früh in Schwachsinn übergehen. Die Zahl derartiger, meist zur Paranoia gerechneten Beobachtungen ist eine ziemlich grosse, doch ist dieses Gebiet der klinischen Psychiatrie noch sehr wenig durchforscht, so dass wir uns einstweilen mit einer kurzen Skizzirung der wichtigsten uns hier begegnenden Erfahrungen begnügen müssen.

Wir fassen dabei zunächst die Fälle mit überwiegender Ausbildung von Verfolgungsideen ins Auge. Die Krankheit pflegt mit den allgemeinen Erscheinungen einer leichten Verstimmung, Schlaflosigkeit, innerer Unruhe, Unlust zur Arbeit zu beginnen. Meist sind jedoch diese Symptome so unbestimmter Art, dass sie von der Umgebung kaum beachtet, sondern erst nachträglich als krankhaft erkannt werden. Dennoch ist schon im Verlaufe weniger Monate unvermerkt eine derartig tiefgreifende Umwälzung in dem gesammten Seelenleben der Kranken eingetreten, dass dieselben bei scheinbar klarem Verstande die unnatürlichsten und folgenschwersten Handlungen begehen können. Eine meiner Kranken brachte ihren Kindern schwere Verletzungen bei, um ihnen durch den Tod das nach ihrer Meinung gefährdete Seelenheil zu verschaffen; eine Andere erschlug fast ihren ruhig schlummernden Mann, um ihn von seinen Leiden zu erlösen, da ihr der Gedanke kam, er liege im Sterben. Es zeigt sich somit sehr bald eine ganz merkwürdige Schwäche des Urtheils, die besonders deutlich in den nunmehr auftauchenden Wahnideen erkennbar ist. Das Vieh frisst nicht mehr wie früher, ist verhext; der Mann ist verändert, hat keinen rechten Glauben

mehr; in den Speisen ist Gift. Alles ist Blendwerk; das Weltende steht vor der Thür; der Pfarrer ist todtgeschlagen und eingegraben worden. Es werden nächtliche Einspritzungen vorgenommen, die Muttergefühle herausgedreht, die Nerven ausgerissen; der Leib wird bis in den Hals hinein durchsucht, am After gezupft, das Blut ausgedörrt, das Fleisch vom Körper abgemacht, die Gedanken gelesen, das Gesicht verzerrt und heimlich photographirt. Die Kranken sind von den „Sozonalisten“ ausgeschrieben, werden von der Fabrik, von der Kirche mit einem Rad lebendig herausgeschmissen, von boshaften Menschen abgemartert.

Dazu gesellen sich häufig einzelne Grössenideen. Eine Kranke meinte, sie habe sollen dem Kaiser seine Frau machen, könnte beim Kronprinz sein, wenn sie wollte, habe mit zwei jungen Pferden die Kaiserpost aufgemacht; eine andere hielt sich für eine Fürstin. Meist bestehen auch Gehörstäuschungen. Alle schwätzen aus der Wand; durch das Telephon wird das ganze Land aufgemacht; es sind Männer im Hause; es ist eine Listigkeit und Heimlichkeit hinter dem Kranken; er ist in ganz Deutschland als Spion bekannt gemacht.

Alle diese ungeheuerlichen Ideen werden von dem Kranken vollkommen ruhig, aber nicht in zusammenhängender Erzählung, sondern in einzelnen, abgerissenen, barocken Aeusserungen vorgebracht. Meist sind die Kranken ziemlich einsilbig, sprechen wenig, zeitweise vielleicht gar nicht, geben über ihre persönlichen Verhältnisse kurze, zutreffende Antworten, verblüffen dann aber plötzlich durch die ruhige Selbstverständlichkeit, mit der sie den vollendetsten Unsinn vorbringen, die abenteuerlichsten Widersprüche festhalten und jeden Einwand durch eine neue Absurdität entwaffnen. Dabei sind sie dauernd besonnen, fassen die an sie gerichteten Fragen auf, vermögen sich, abgesehen von ganz vorübergehenden Störungen, über ihre Umgebung zu orientiren. Ein gewisses dumpfes Krankheitsbewusstsein, meist wol mit hypochondrischer Färbung, scheint im Beginne öfters vorhanden zu sein; die Kranken klagen über Schwäche, Hinfälligkeit, Zittern in den Beinen, Erschwerung des Denkens. Eine wirkliche Einsicht in die Krankheitserscheinungen fehlt dagegen stets vollkommen.

Die Stimmung der Kranken ist meist gleichgültig, theilnahmlos, in auffallendem Gegensatze zu dem aufregenden Inhalte ihrer Wahnideen. Zeitweise jedoch kommt es zu plötzlicher Gereiztheit

mit der Neigung zu äusserst rücksichtslosen Gewaltacten. Die Kranken werden brutal gegen einen Mitpatienten, weil er sie am Gesichte gezupft, einen grossen Verlust am Körper gemacht, als falsches Auge geleuchtet hat. Eine meiner Kranken machte Nachts gefährliche Angriffe auf die Wärterinnen, weil sie ihr mit der Wachuhr den Leib herausrissen. Auch Zeiten freudiger Gehobenheit mit sexueller Erregung oder ängstliche Verstimmung werden hie und da beobachtet.

Das Benehmen der Kranken ist im Allgemeinen geordnet, doch kommen einzelne Sonderbarkeiten vor, übereifriges Beten, nächtliches Aufstehen, Herumrücken mit der Bettstelle, unmotivirtes Lachen, Queruliren, plötzliches Schimpfen oder Zerstören. Zu regelmässiger Beschäftigung sind sie meist nicht zu bewegen, liegen vielfach tagelang im Bette oder auf den Bänken herum, ohne das Bedürfniss nach einer Thätigkeit zu empfinden. Ihre Ausdrucksweise pflegt allmählich eine eigenthümlich fremdartige zu werden. Sie bilden neue Worte und Wendungen, die entweder gar nicht oder nur dem ungefähren Sinne nach verständlich sind, auch auf Befragen von ihnen durchaus nicht erläutert werden. In diese Redeweise verfallen sie sofort, sobald sie das Gebiet der concreten Erfahrungen ihrer gesunden Vergangenheit verlassen.

Weit häufiger, als die bisher beschriebene Form, sind die Fälle mit üppig wucherndem, verworrenem Grössenwahn. Auch hier pflegt die Krankheit zunächst durch Verfolgungsideen eingeleitet zu werden. Der Kranke wird zerstreut, abgespannt, reizbar, klagt über Kopfschmerzen, Mattigkeit, allgemeines Unbehagen, tritt nach einiger Zeit mit der Behauptung hervor, dass man ihn überall scharf beobachte, eigenthümliche Fragen an ihn richte, gegen ihn intriguire, ihn vergiften wolle, alle seine Gedanken offenkundig mache. Ungemein rasch gewinnen diese Vorstellungen einen durchaus absurden Inhalt. Ein junger Offizier erzählte schon wenige Monate, nachdem die ersten Veränderungen bei ihm wahrgenommen waren, sein Arzt habe ihm den Kopf abgeschnitten, den Leib geöffnet, die Gedärme herausgenommen; er habe einen Pferdefuss bekommen. Nachts werden mephitische Dämpfe ins Zimmer gelassen, die Genitalien aus dem Leibe gezerrt, Schröpfköpfe angesetzt; es wird Magie angewandt, mit Magneten eingewirkt. Die Kranken sind dabei verstimmt, ängstlich, misstrauisch gegen ihre Umgebung, zeitweise auch benommen, unruhig, sitophobisch.

Ganz plötzlich stellen sich nun auch zerfahrene Grössenideen ein. Ein Briefträger, der bis dahin noch mit Unterbrechungen Dienst gethan hatte, unterschrieb eines Tages ein amtliches Schriftstück als „Generalfeldmarschall“, verlangte Helm. und Generalsuniform, bezeichnete sich als den Sohn Kaiser Wilhelms und erkannte an den Fingernägeln seines Vorgesetzten, dass derselbe sein Bruder sei. Unaufhaltsam vollzieht sich die Production des blühendsten und unsinnigsten Grössenwahnes ohne Mass und Ziel. Der Kranke ist vertauschtes Kind, Graf Eberstein, Monarch, Maria Theresia, nach der Weltordnung Kaiserin von Frankfurt, Ideal der Frauenwelt, allerheiligste Göttin, Präsident von Amerika aus Hamburg, Kaiser von Deutschland, Pius IX. und Leo XIII. in einer Person, ist Jesasus Christasus Heilandasus, „Sinngott“, Arzt, Dichter, Entdecker, Universalgenie, Perle und Inbegriff des Weltalls; er weiss Alles, kann Alles, gebietet über Alles. Er stammt vom Herzog von Brabant, von den Propheten ab, dem ersten Abglanz der Sonne, ist gar nicht auf natürliche Weise zur Welt gekommen, wurde im Amazonenstrom aufgefischt, aus Blut und Speichel zusammengerieben, hat schon viele Male gelebt, die fabelhaftesten Dinge durchgemacht, alle historischen Begebenheiten geleitet, alle Kriege geführt, ist durch Himmel und Hölle geflogen; er war selber Alexander und Cäsar, Mahomet und Luther, Goethe und Humboldt. Zehnmal wurde er geboren, ist 50 mal gestorben, immer durch Aufsetzen eines frischen Schädels wieder neu belebt, durch Gypsverbände klein gezogen worden; er hat die schönsten Weiber, unzählige Kinder, besitzt die Afrikanermethode des Lebens; da kann man gar nicht sterben.

Das Reich Gottes ist auf ihn herniedergekommen, sein Gedächtniss bis in die Wolken ausgebildet worden; durch ihn werden die Jahrhunderte belohnt und Deutschland befreit. Der liebe Gott hat ihm Alles gezeigt; er kann Vulkane essen, trägt sein Gehirn auf der Schulter, hat sich unserm Herrgott als Wildsau zur Verfügung gestellt. Er besitzt die prachtvollsten Schlösser in fremden Welttheilen mit selbsterfundenen wunderbaren Namen, wo er von Geistern bedient wird, grossartige Ländereien auf der Sonne, auf den Sternen, ein unermessliches Vermögen; er wird die Prinzessin heirathen, den Glaubenskampf durchkämpfen, die Welt erlösen auf Krieg, als oberste Herrin eingesetzt werden, ist Braut des Kaisers Augustus, als französischer Fahnenträger aufgestellt, weiss, was die Fahnen bedeuten,

die von der Gedächtnisskrönung auf ihn Bezug haben; es ist ein Wunder, wie es nicht mehr in dem Jahrhundert vorkommt.

Entsprechend diesem ungeheuerlichen, vielfach an die Dementia paralytica erinnernden Grössenwahn gestalten sich auch die nebenher laufenden Verfolgungsideen. Entsetzliche Kämpfe hat der Kranke schon mit feindlichen Mächten zu bestehen gehabt von Anbeginn der Welt; 2000mal ist er vergiftet, mit Höllenmaschinen in die Luft gesprengt, auf den Geist getödtet 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 wiederhergestellt und seine Widersacher zerschmettert.

Regelmässig sind zahlreiche Sinnestäuschungen vorhanden. Die Kranken sehen Geister, Gespenster, Männerköpfe mit Blut; Engel steigen vom Himmel herab; der liebe Gott, Kaiser Wilhelm in Galauniform erscheint ihnen, von Fahnen und Sternen umgeben. Sie sprechen alle Tage mit dem lieben Gott, werden nach Befehl vom Telegraphen zum Jesus Christus von Oesterreich ernannt; die Herzensstimme spricht von Macht und Reichthum, die Ohrenstimme sagt Gönnersprüche. In der Nacht, im Traume unternehmen die Kranken wunderbare Reisen über die ganze Erde, auf herrlichen Schiffen, in die schönsten Marmorsäle, ja durch das Weltall, zum Erdtheil hinter dem Monde, haben nächtlichen Umgang mit Prinzessinnen. „Ich bin weit draussen, wenn ich gleich in der Irrenanstalt bin," sagte mir ein Kranker, „und habe nicht nöthig, Selbstbefriedigung zu treiben."

All dieser sinnlose Gallimathias wird von dem Kranken in geläufiger Rede vorgebracht, oft auch in bogenlangen, nur in grossen Zügen verständlichen Elaboraten niedergeschrieben. Meist ist es schwierig, dem einmal entfesselten Redestrom Einhalt zu thun. Gleichwol besteht kein Rededrang und keine Ideenflucht; der Kranke schweift nicht planlos ab, hält an seinem bestimmten Gedankengange fest, spricht auch meist nicht ohne Anlass und ohne Zuhörer. Bei längerer Bekanntschaft mit ihm bemerkt man, dass gewisse Wendungen und Vorstellungen häufig wiederkehren, namentlich wenn die anfängliche Productivität allmählich nachlässt.

Jeder Hinweis auf die völlige Ungereimtheit und Zusammenhangslosigkeit der von ihm geäusserten Ideen prallt an dem Kranken machtlos ab, vermag ihn höchstens in gereizte, ärgerliche Stimmung zu versetzen. Trotzdem laufen häufig Aeusserungen mit unter, die auf ein gewisses Krankheitsgefühl hinzudeuten scheinen. „Es kann schon sein, dass ich geisteskrank bin", sagte mir ein Kranker; „ich weiss eben so gar nichts mehr von mir". Ein Anderer erzählte, wie er im Beginne der Krankheit „einen Ruck im Gedächtniss" verspürt habe. „Die Uebernahme ist durch die Kopfkrankheit und das angespannte Gedächtniss erfolgt"; „Sie haben ja gar keine Ahnung, wie viel in meinem Kopf vorgeht; ich meine oft, er müsste mir zerspringen."

Das Bewusstsein der Kranken ist in einzelnen Fällen ziemlich klar, meist aber etwas getrübt, namentlich nach längerer Dauer der Psychose. Sie wissen zwar häufig, wo sie sich befinden, fassen einfache Anreden auf und geben über ihre persönlichen Verhältnisse auf eindringliche Fragen richtige, wenn auch mit unsinnigen Zusätzen verbrämte Antworten. Ihre nächsten Angehörigen erkennen sie regelmässig, bisweilen auch einzelne Personen ihrer späteren Umgebung. Fast überall jedoch besteht die Neigung, Fremde mit irgend welchen historischen oder selbsterfundenen Namen zu belegen oder sie mit früheren Bekannten zu identificiren. Die Aerzte sind verkappte hohe Staatsbeamte, die Mitpatienten der Kronprinz, Makart, Richard Wagner; ein neu eintretender Kranker wird als hoher Potentat begrüsst. Die Auffassung der wirklichen Personen ist dabei oft eine ganz unklare und verschwommene; eine meiner Kranken fragte noch nach jahrelangem Anstaltsaufenthalte den eintretenden Arzt regelmässig: „War der Herr schon einmal da?"

Bisweilen erscheint dem Kranken jede neue Person als alter Bekannter, nicht weil er sie einfach verkennt, sondern weil sich an den neuen Eindruck eine Menge von Erinnerungsfälschungen anschliessen. Ihm fällt sofort ein, dass er mit dem betreffenden Herrn früher schon Jahre lang zusammen gelebt, mit ihm auf dem Monde gejagt hat, von ihm geköpft worden ist. Diese Art der Personenverkennung ist offenbar nur eine Theilerscheinung der hier bestehenden Neigung zu traumhaft üppiger, zügellos freier phantastischer Erfindung.

Die Intelligenz der Kranken leidet stets rasch und sehr be-

trächtlich. Zwar haften im Anfange manche der früher erworbenen Kenntnisse noch leidlich gut, aber sehr bald geht die Fähigkeit zu irgend geordneten geistigen Leistungen mehr und mehr verloren. Die Kranken vermögen längeren Auseinandersetzungen nicht mehr zu folgen, haben weder Interesse noch Verständniss für Lectüre, mischen in ihre mündlichen und schriftlichen Aeusserungen sogleich ihre verworrenen, wahnhaften Abschweifungen. Einer meiner Kranken schrieb eine Anzahl von Briefen an gar nicht existirende Personen mit erfundenen Adressen ohne irgend eruirbaren Zweck.

Die Stimmung ist regelmässig eine gehobene. Die Kranken sind sehr selbstbewusst, hochfahrend, anspruchsvoll, betrachten sich als die Hauptpersonen, verlangen besondere Berücksichtigung. Manche Kranke zeigen dauernd eine gewisse Unruhe und grosse gemüthliche Reizbarkeit. Sie gehen hastig auf und ab, poltern des Nachts mit ihren Möbeln, kleiden sich indecent, zerkratzen sich, haben Neigung zum Schimpfen und zu gewaltthätigen Handlungen bei geringfügigem Anlass. Lebhafte sexuelle Erregbarkeit ist ebenfalls sehr häufig.

In anderen Fällen ist das Benehmen der Kranken äusserlich geordnet, so dass sie sogar zu allerlei mechanischen Beschäftigungen heranzuziehen sind, doch pflegen sie dabei sehr launisch und wetterwendisch zu sein. Ihre Sprache wird nach und nach dunkel und schwer verständlich, namentlich durch das Einmischen selbsterfundener Ausdrücke und Wendungen, die allmählich stereotyp zu werden und sich häufig zu wiederholen pflegen. Bisweilen kommt es zu einer barocken Häufung von Superlativen, indem die Kranken mit Aufgebot aller sprachlichen Hülfsmittel ihre allerherrlichsten geistigen Vorzüge wie die allergrässlichsten Martertode zu schildern suchen, die sie täglich und stündlich zu erleiden haben. Auch die Schriftzüge werden verschnörkelt, gross, anspruchsvoll, so dass schliesslich unter Umständen wenige Buchstaben oder Worte die Bogenseite füllen. Auf diese Weise entstehen dann jene gewaltigen Bündel von Eingaben, Aufrufen, Erlassen, in denen der Kranke unter zahllosen Wiederholungen seine verworrenen Grössen- und Verfolgungsideen niederlegt.

Auffallendere körperliche Störungen sind gewöhnlich bei den Kranken nicht zu bemerken. Der Appetit kann wol während der ersten Zeit in Folge von Vergiftungsideen leiden, ist aber später

meist vortrefflich. Der Schlaf wird zeitweise durch nächtliche Unruhe gestört. Das Körpergewicht zeigt nur unregelmässige Schwankungen; meist gewinnen die Kranken sehr bald ein blühendes Aussehen. Einige Male konnte ich eine sehr bedeutende Erhöhung der vasomotorischen Erregbarkeit beobachten, intensives Erröthen bei den leisesten Gemüthsschwankungen, schon beim einfachen Sprechen.

Der gemeinsame Verlauf der im Vorstehenden beschriebenen Krankheitsformen ist der rasche Uebergang in unheilbaren Schwachsinn. Die Kranken der ersten Gruppe werden dabei nach und nach immer stiller, stumpfer und theilnahmloser, so dass sich die Fortdauer der Störung wie eines gewissen psychischen Lebens überhaupt schliesslich bisweilen nur noch in gelegentlichen, rasch vorübergehenden Erregungsausbrüchen kundgiebt. Solche Zeiten grösserer Reizbarkeit kehren häufig in ziemlich regelmässigen Zwischenräumen wieder, namentlich in Verbindung mit den Menstrualperioden. Die zuletzt geschilderten Kranken pflegen geistig regsamer, productiver zu bleiben, aber sie sind darum nicht minder schwachsinnig. Ihre weitschweifigen Reden werden allmählich zu völlig zusammenhangslosem Gefasel; die Affectschwankungen gehen mehr und mehr in einer gleichmässigen kindischen Euphorie unter; das ganze Thun und Treiben wird zerfahren und planlos. Gleichwol kann bisweilen trotz tiefgreifender geistiger Invalidität noch eine gewisse mechanische Correctheit in der äusseren Haltung dauernd fortbestehen.

Die Schnelligkeit, mit welcher die Verblödung zu Stande kommt, ist nicht immer die gleiche. In manchen Fällen wird man schon nach wenigen Monaten von den deutlichen Zeichen der geistigen Schwäche überrascht, während bei andern Kranken selbst 1—2 Jahre vergehen können, bevor die Affectlosigkeit, mit welcher die ungeheuerlichsten Wahnvorstellungen vorgebracht und festgehalten werden, den endgültigen Zusammenbruch der kritischen Leistungsfähigkeit klarstellt. Die Ursachen für diese Verschiedenheiten dürften zum Theil wenigstens in der grösseren oder geringeren Widerstandsfähigkeit der einzelnen Personen gegenüber dem Krankheitsprocesse zu suchen sein. Sicherlich spielt hier die ursprüngliche Veranlagung eine gewisse Rolle, namentlich auch der Grad der erblichen Entartung.

Von Wichtigkeit ist ferner das Lebensalter der Kranken. Etwa zwei Drittel meiner Patienten standen im 3., der Rest im 4. Decennium. Die Dementia paranoides entwickelt sich somit gern

während oder bald nach der Jugendblüthe und dürfte in näheren Beziehungen zu den hebephrenischen Erkrankungen stehen, mit denen sie die Entwickelung abenteuerlicher Wahnideen und den raschen Verlauf in Schwachsinn gemein hat. In der That schien mir bei den früh beginnenden Fällen der Dementia paranoides durchweg die Verblödung schneller und weiter fortzuschreiten, als bei den in reiferem Alter einsetzenden Erkrankungen, sei es, dass der frühere Beginn schon als Anzeichen einer schwereren Entartung zu betrachten ist, sei es, dass beim voll entwickelten Individuum eine grössere Widerstandsfähigkeit besteht. Jedenfalls ist es erklärlich, dass wenigstens der gedächtnissmässige Niederschlag der bisherigen Lebensarbeit, der Schatz stereotyp gewordener Begriffe, Vorstellungsverbindungen und Willensreactionen, um so langsamer der krankhaften Vernichtung anheimfällt, je länger er Zeit gehabt hat, sich zu fixiren. Von Interesse ist es, dass hier bisweilen mehrere oder selbst viele Jahre vor dem eigentlichen Ausbruche der Krankheit einzelne rasch verlaufende manische Aufregungszustände mit Grössenideen und oft auch Sinnestäuschungen beobachtet werden, welche an die Krankheitsbilder des periodischen Irreseins erinnern. Ein unmittelbarer Zusammenhang dieser früheren Psychosen mit der Dementia paranoides lässt sich meist nicht erweisen; vielmehr scheint sich in ihnen nur jene schwere psychopathische Veranlagung auszudrücken, welche weiterhin das Auftreten des von Wahnbildungen begleiteten Verblödungsprocesses begünstigt.

Nach den vorstehenden Erörterungen wäre die Dementia paranoides als ein der Hebephrenie ganz analoger, nur in späterem Lebensalter oder auf etwas widerstandsfähigerem Boden sich abspielender Krankheitsprocess aufzufassen. Die üppige Production von bunten Wahnideen, der wir bei diesem letzteren so häufig begegnen, könnte dahin gedeutet werden, dass die Phantasiethätigkeit hier längere Zeit die Vernichtung der kritischen Hemmungen des Verstandes überdauerte, während wir bei der Hebephrenie beide Functionen gleichzeitig schwinden sehen. Vielleicht ist es übrigens nützlich, darauf hinzuweisen, dass ja auch bei der Dementia paralytica neben den Formen mit luxuriirender Wahnbildung die wahrscheinlich viel zahlreicheren Fälle einhergehen, in denen die einfache fortschreitende Verblödung nur ganz episodisch oder gar nicht von Wahnvorstellungen begleitet wird.

Eine fein durchgeführte Unterscheidung der Dementia paranoides von der ersten Hauptform der psychischen Entartungsprocesse hat daher kaum mehr, als schematischen Werth. In die hier besprochene Gruppe habe ich alle diejenigen Fälle einbezogen, bei denen die Wahnideen sehr stark hervortraten oder durch längere Zeiträume gleichmässig festgehalten wurden. Die Fortdauer einzelner oder massenhafter verworrener Wahnideen im Stadium vorgeschrittenen Blödsinns lässt auch die Ausgangszustände dieser Formen noch mit ziemlicher Sicherheit von denjenigen der Dementia praecox abgrenzen, bei denen wir einfache geistige Schwäche höheren oder geringeren Grades ohne jene Ueberbleibsel früherer Wahnbildungen anzutreffen pflegen. Gegenüber den langsam entstehenden, fast stationären Wahnsystemen der Paranoia ist auf die rasche Entwickelung der Psychose, die Unsinnigkeit und Zusammenhangslosigkeit des Wahns, seine Veränderlichkeit und den Ausgang in baldige Verblödung hinzuweisen. Freilich werden diese Formen heute noch der Paranoia zugezählt. Ihre häufige Entwickelung aus anfänglichen Depressions- oder Exaltationszuständen dürfte wesentlich mit dazu beigetragen haben, die alte Annahme einer „secundären“ Entstehung der Paranoia zu stützen.

Mit dem paralytischen Grössenwahn können manche Fälle der Dementia paranoides zeitweise sehr grosse Aehnlichkeit haben, da beiden Erkrankungen die Schwäche des Urtheils bei lebhafter Regsamkeit der Phantasie eigenthümlich ist. Abgesehen von dem durchschnittlich jüngeren Lebensalter und dem Fehlen der sonstigen psychischen (Gedächtniss) und nervösen paralytischen Störungen, wird der weitere Verlauf, das gleichmässige Fortbestehen der Wahnbildung durch längere Zeit hindurch unsere Kranken allmählich erkennen lehren. Den progressiven Formen des hallucinatorischen Wahnsinns steht die Dementia paranoides sehr nahe; ich halte es sogar für möglich, dass es sich in beiden Krankheitsbildern um einen und denselben Process handelt, welcher nur dort mehr mit den Anzeichen der acuten Psychose, mit schwererer anfänglicher Depression, deutlicherer Abgrenzung der Stadien und stärkerem Hervortreten der Sinnestäuschungen gegenüber der freien phantastischen Wahnbildung hier verläuft. Weitere Erfahrungen müssen darüber Klarheit bringen, ob nicht vielleicht die dort geschilderten Fälle in die Gruppe der Dementia paranoides einfach mit einzubeziehen sind.

Die Behandlung der Dementia paranoides ist eine wesentlich exspectative. Die Kranken bedürfen, weil sie häufig sich selbst oder noch mehr Anderen gefährlich sind, meist der Ueberwachung in einer Irrenanstalt; gelegentlich ist hier bei grösserer Reizbarkeit, Unruhe, Nahrungsverweigerung, Kothverhaltung ein symptomatisches Eingreifen nothwendig. Späterhin kann es sich nur um möglichste Erhaltung der noch vorhandenen Arbeitsfähigkeit durch individualisirende Auswahl passender Beschäftigung handeln.

IX. 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 gesammten 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 zu gleichmässiger 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 lösen, 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 Stimmung in erheblichem Masse zu leiden. Der Kranke wird aufgeregt, missmuthig, verdriesslich, reizbar, heftig und ungerecht; 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. In anderen Fällen dagegen bemächtigt sich des Kranken das Gefühl einer unüberwindlichen Schlaffheit und Apathie; er verliert die Freude an seinen liebsten Vergnügungen und vermag sich zu keinem Entschlusse mehr aufzuraffen, da ihm Alles gleichgültig geworden ist. Diese natürlich keineswegs principiellen Verschiedenheiten in dem Verhalten des Interesses und der gemüthlichen Reaction sind es, welche zur Abgrenzung einer erethischen und einer torpiden Form der Neurasthenie geführt haben, je nachdem die Erscheinungen der erhöhten Reizbarkeit oder diejenigen der Erschöpfung mehr in den Vordergrund treten. Die erstere scheint mehr durch gemüthliche Aufregungen, die letztere mehr durch intellectuelle Ueberanstrengung verursacht zu werden.

Gleichzeitig mit diesen psychischen Veränderungen macht sich stets auch eine Reihe von körperlichen Symptomen bemerkbar. Zunächst und am intensivsten wird vor Allem der Kopf in Mitleidenschaft 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 Empfindungen; häufig erweisen sich dann die Austrittsstellen der Trigeminusäste 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 ermüden lässt. Bisweilen werden leichte Zuckungen in einzelnen Muskeln, besonders des Gesichts, von dem Kranken wahrgenommen, die ihn sehr beunruhigen; auch über 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 mannichfachster Art und Localisation. Längs der Wirbelsäule werden rieselnde, schauernde, ziehende Paraesthesien wahrgenommen; in den Beinen, den Hoden, den 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 der Haut oder übermässige Schweisssecretion unangenehm bemerkbar. Auf dem Gebiete der Geschlechtsfunctionen wird erhöhte Erregbarkeit, Neigung zu häufigen Pollutionen oder psychisch bedingte Impotenz beobachtet. Der Appetit ist meist gering, der Leib aufgetrieben, die Zunge belegt, der Stuhlgang träge und nur durch medicamentöse oder mechanische Nachhülfe zu erreichen. Bei leerem Magen stellen sich peinliche, nagende Empfindungen ein, die durch Essen sich rasch beseitigen lassen (Heisshunger). 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 wiederherzustellen. In anderen Fällen besteht dauernd eine unüberwindliche Schläfrigkeit, die den Kranken bei der geringsten Anstrengung, selbst in grosser Gesellschaft, im Theater zum Einschlafen bringt.

Regelmässig stellt sich im Anschlusse an den geschilderten, mehr oder weniger entwickelten Symptomencomplex ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl ein. 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 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 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 den Anschauungen 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; einzelne Akneknötchen 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 der Krankheit 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.

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 wesentliche Entstehungsbedingungen der Neurasthenie, welche durch ihren Namen sehr zutreffend als Erschöpfung des Nervensystems gekennzeichnet wird, in einer Ueberanstrengung des Gehirns. Namentlich scheint es die mit lebhafter gemüthlicher Erregung, mit grosser Verantwortung verbundene Thätigkeit zu sein, welche das Zustandekommen der Neurasthenie in besonderem Masse begünstigt. Der stille Gelehrte ist ihr in weit geringerem Grade 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

*) Die Nervenschwäche, ihre Symptome, Natur, Folgezustände und Behandlung, deutsch von Neisser, 2. Aufl. 1883; v. Ziemssen, Klinische Vorträge IV, 2. 1888; Bouveret, Die Neurasthenie, deutsch von Dornblüth 1893; F. C. Müller, Handbuch der Neurasthenie. 1893; Löwenfeld, Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. 1893.

männliche Geschlecht. Weiterhin ist natürlich auch die allgemeine Lebensweise und die Ernährung von grosser Bedeutung. Ein überhastetes, unregelmässiges und excedirendes Leben ohne die ausreichende Erholung durch Ruhe und Schlaf führt auch bei weit geringeren Leistungen viel rascher zur Neurasthenie, als der geregeltere Tageslauf etwa des Beamten und Lehrers.

Es liegt indessen auf der Hand, dass in der Aetiologie der Neurasthenie überall neben den von aussen einwirkenden Ursachen vor Allem die ursprüngliche körperliche und geistige Veranlagung des Menschen eine ausserordentlich wichtige Rolle spielt. Wahrscheinlich ist es bei genügend langer und starker Einwirkung gewisser Schädlichkeiten, namentlich der Schlaflosigkeit und dauernder gemüthlicher Erregung, möglich, schliesslich jeden, auch den widerstandsfähigsten Organismus neurasthenisch zu machen. Allein von jenen leistungsfähigen, robusten Naturen, deren Nervensystem mit staunenswerther Geschwindigkeit und Elasticität alle Schädigungen sofort wieder ausgleicht, welche ihm durch die unermüdliche Lebensarbeit zugefügt werden, führt eine continuirliche Reihe von Uebergängen hinüber zu solchen 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. Der gleiche klinische Zustand kann somit im einen Falle durch eine schwere äussere Schädigung bedingt werden, während wir ihn in einem andern Falle vielleicht als den einfachen Ausdruck einer unzulänglichen Veranlagung betrachten müssen. So verschieden die Grade der ursprünglichen psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit sind, so verschieden wird sich naturgemäss auch hier das Verhältniss zwischen den äusseren und inneren Ursachen gestalten müssen.

Die Entwickelung der Neurasthenie ist in der Regel eine allmähliche, doch kommt es auch vor, dass im Anschlusse an rasch eintretende und intensiv wirkende Schädlichkeiten (Schreck; Influenza) der ganze Symptomencomplex ziemlich plötzlich zu seiner Höhe ansteigt. Wie es scheint, können diese acut auftretenden Formen als Uebergang zu den eigentlichen Erschöpfungspsychosen angesehen werden. Der Verlauf der Krankheit vollzieht sich fast immer in vielfachen Schwankungen, Besserungen und Verschlimmer-

ungen. 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, namentlich gegen die eigene Person. Ganz besonders charakteristisch für die Neurasthenie ist auch ein Wechsel der Symptome. Bei längerer Dauer der Krankheit können die spinalen Symptome der „Myelasthenie" in mannichfachster Weise durch diejenigen der „Phrenasthenie" 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.

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 Gedächtnissstörung 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, oder sobald er, von allen Sorgen und Pflichten seines Berufes entlastet, rückhaltlos Ruhe und Erholung geniessen kann. 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.

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 todtem 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 erkauft 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 Hülfsmittel 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; nur im Nothfalle wird man vorübergehend seine Zuflucht zu den eigentlichen Schlafmitteln nehmen. Man hüte sich vor dem Morphium!

Eine recht wesentliche Bedeutung hat bei neurasthenischen Zuständen fast immer die psychische Therapie. Vielfach kann eine vorsichtige Suggestivbehandlung den Eintritt gemüthlicher Beruhigung, die Wiederkehr des Schlafes und die Beseitigung mancher quälender Beschwerden überraschend schnell herbeiführen. Ausserdem aber trägt eine aufmerksame, geduldige, aber feste Pädagogik sicher sehr viel dazu bei, 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 Rückfällen führt, wenn nicht die Berufsverhältnisse und die Lebensweise dauernd derart geregelt werden, dass sie sich der individuellen Constitution in geeigneter Weise anpassen. Wer die Folgen der täglichen Arbeit in einer fortschreitenden Abstumpfung seiner Leistungs-

fähigkeit 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.

Wenn wir oben darauf hinweisen mussten, dass die psychopathische Veranlagung in der Aetiologie der einzelnen neurasthenischen Erkrankung eine sehr verschieden wichtige Rolle spielt, und dass sich somit eine strenge Scheidung zwischen erworbener und angeborener Neurasthenie nicht durchführen lässt, so lehrt die klinische Erfahrung doch, dass sich die stärkere Betheiligung der persönlichen krankhaften Veranlagung mehr oder weniger deutlich in dem klinischen Krankheitsbilde ausprägt. Einerseits ist es natürlich der chronische, constitutionelle, prognostisch ungünstige Charakter der Störung, der hier in Betracht kommt, dann aber sind es immerhin auch einzelne symptomatische Züge, welche um so stärker und andauernder hervorzutreten pflegen, je weniger die psychische Veränderung aus äusseren Ursachen und je mehr sie aus einer krankhaften Veranlagung ihren Ursprung genommen hat.

Das einfachste der Krankheitsbilder, welche ich in diesem Sinne für die „angeborene“ Neurasthenie in Anspruch nehmen möchte, ist eine constitutionelle psychische Depression, die von Krafft-Ebing als „melancholische folie raisonnante“ bezeichnet worden ist. Die gewöhnlich schwer neuropathisch belasteten Kranken sind meist intellectuell normal und selbst gut entwickelt, aber sie haben von Jugend auf die unüberwindliche Neigung, allen Lebensereignissen die düstere Seite abzugewinnen. Sie sind nur empfänglich für die Sorgen, Mühsale und Enttäuschungen des Daseins, ohne die Fähigkeit des unbekümmerten, befriedigten Genusses, der rückhaltlosen Hingabe an die Gegenwart zu besitzen; jeder Augenblick der Freude wird ihnen durch die Erinnerung an trübe Stunden, durch Selbstvorwürfe und noch mehr durch phantasievolle Befürchtungen für die Zukunft vernichtet. Nur ganz vorübergehend vermag ein äusserer Anlass sie einmal aus ihrer Verstimmung herauszureissen, ein lebhaftes Interesse in ihnen anzuregen, allerdings nur, um sie in baldigem Rückschlag ihre unglückliche Gemüthsverfassung um so stärker empfinden zu lassen. Das Leben, die Thätigkeit ist eine Last, die sie mit resignirtem Pflichtgefühl oder in galliger Verbitterung gewohnheits-

mässig tragen, ohne durch die Lust an der Existenz, die Freude am Schaffen entschädigt zu werden. Den Grundzug des Zustandes bildet das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit, der krankhaften Behinderung oder zwangsmässiger Beeinflussung im Ablaufe der psychischen und nervösen Leistungen. Geistige Anstrengungen führen rasch zu erhöhter Reizbarkeit oder unverhältnissmässiger Ermüdung; die Kranken fühlen sich abgespannt, benommen, erschöpft, ruhebedürftig, oder erregt, reizbar, unfähig, ihrer eigenen Gedanken Herr zu werden. Vielfach wechseln Ausbrüche unmotivirter, massloser Heftigkeit, feindseliges Misstrauen, Zanksucht, schroffes Auftreten gegen die liebsten Freunde mit energieloser Verzagtheit, reuiger Zerknirschung und verzweifelter Selbstquälerei. Gleichzeitig bestehen mannichfaltige „nervöse“ Symptome, wie sie bereits oben geschildert wurden, namentlich Druck oder Schmerzen im Kopfe, abnorme Empfindungen in den verschiedensten Partien des Körpers, Wallungen, Pulsiren, Vibriren, ferner Schlaflosigkeit, Appetitmangel, Verdauungsbeschwerden, Verstopfung.

Das hier kurz skizzirte Krankheitsbild stellt die allgemeine Grundlage dar, auf welcher sich die später zu besprechenden Formen des neurasthenischen Irreseins, aber auch andersartige schwere Psychosen entwickeln können, und es bedeutet in diesem Sinne eigentlich nichts Anderes, als eine besondere Art der psychopathischen Veranlagung. Auf der andern Seite bildet dieser Zustand den Uebergang zu jenen degenerativen Formen des periodisch-depressiven Irreseins, welche wir vielleicht mit einer gewissen Berechtigung als regelmässig wiederkehrende Verschlimmerungen der hier geschilderten Störungen auffassen können. Endlich aber lernen wir bisweilen in der eigenthümlich märtyrerhaften Auffassung der eigenen Lage, in dem hypochondrischen Cultus der Krankheitserscheinungen auch Andeutungen kennen, welche uns auf die Verwandtschaft der angeborenen Neurasthenie mit den hysterischen Zuständen hinweisen.

Die Entwickelung der constitutionellen Depression vollzieht sich in der Regel langsam, kann aber durch ungünstige Lebensschicksale, erhöhte Anforderungen an die psychische Leistungs- und Widerstandsfähigkeit sehr beschleunigt werden. Der Verlauf bietet manchmal gewisse Schwankungen dar, ist meistens jedoch nahezu stationär. Die Behandlung folgt den oben aufgestellten allgemeinen Regeln, pflegt aber, im Gegensatze zu den erworbenen Formen der Neur-

asthenie und zu den Wundercuren bei Hysterischen, nur unsichere und vorübergehende Erfolge aufzuweisen.

Als weitere Erscheinungsformen vorzugsweise der angeborenen Neurasthenie können wir eine Reihe von Zuständen betrachten, deren gemeinsame Eigenthümlichkeit in dem zwangsweisen Auftreten unwiderstehlich sich aufdrängender Vorstellungen, Gefühle und Impulse*) besteht. Der Kranke hat die Herrschaft über seinen Bewusstseinsinhalt bis zu einem gewissen Grade verloren; er ist nicht mehr im Stande, den Verlauf seiner Vorstellungen nach inneren Motiven zu lenken und unangenehme Gefühle 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 unwirkliche Situationen ausmalen, Reden halten, Briefe schreiben müssen.

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 aufregenden 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 („Onomatomanie“). Noch Andere empfinden den peinlichen Zwang, die Genitalgegend der Personen ihrer Umgebung betrachten, sich dieselben nackt, in schlüpfrigen Situationen vorstellen zu müssen.

---

*) Westphal, Archiv f. Psychiatrie, VIII, p. 737; Kaan, der neurasthenische Angstaffect bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grübelzwang. 1893.

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 Entwickelung 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.*) Nahe verwandt damit ist 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. Andere werden das Gefühl nicht los, etwas Auffallendes, Hässliches an sich zu haben, ihrer Umgebung unangenehm zu sein. Oder sie fürchten, sich lächerlich zu machen,

*) Griesinger, Archiv für Psychiatrie I, p. 626; Berger, ibid. VI, p. 217.

sich unpassend zu benehmen, auf dem Abtritt beobachtet, in peinlicher Lage vom Harndrang überfallen zu werden, ja sie fürchten sich schliesslich vor ihren eigenen, sie in ihrer Bewegungsfreiheit empfindlich beeinträchtigenden Befürchtungen.

Wo derartige zwangsmässige Befürchtungen den gesammten Kreislauf der Tagesbeschäftigungen fast unablässig begleiten, gewinnen sie den Charakter der Zweifelsucht („folie du doute"*). Bei jeder beliebigen harmlosen Handlung drängt sich dem Kranken der Gedanke auf, dass er vielleicht nicht recht daran gethan habe. Er hätte vielleicht lieber das Glas Wasser nicht trinken sollen, hat sich möglicherweise durch das Essen jener Speise geschadet oder durch das Einnehmen dieser Arznei seine Genesung vereitelt. Wäre er nicht von Hause gereist, so wäre es besser gewesen; so ist vielleicht dort ein Unglück geschehen, Jemand krank geworden, Feuer ausgebrochen. Diese beständigen Zweifel und Befürchtungen machen es dem Kranken bisweilen vollständig unmöglich, einen Entschluss zu fassen, sich zu entscheiden, einen Plan durchzuführen. Namentlich sobald es sich um irgend eine verantwortliche Thätigkeit handelt, wird der Ansturm von Zwangsbefürchtungen, wie übrigens schon beim gesunden Menschen, am heftigsten. So wird der meist schon von jeher etwas pedantische Kranke von der Besorgniss gequält, dass er eine Thür nicht gehörig geschlossen, einen abgesandten Brief nicht zugeklebt, dass er ihn verwechselt, dass er sich beim Geldzählen geirrt, einen Auftrag falsch gegeben oder ausgerichtet 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. Durch allerlei Merkzeichen, schriftliche Buchung und ähnliche Kunstgriffe sucht er sich dauernd die Möglichkeit einer rückschauenden Controle aller irgend wichtigen Handlungen zu erhalten. 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

*) Legrand du Saulle, la folie du doute. 1875.

Mal, bevor er sie abgiebt, macht nächtliche Runden durchs Haus, um sich zu überzeugen, dass nirgends mehr ein Funke glimmt.

Analoge, namentlich beim weiblichen Geschlechte häufiger beobachtete Besorgnisse sind diejenigen, sich zu verunreinigen (Mysophobie), sich oder Andere zu vergiften, Nadeln zu verschlucken. Neuerdings pflegen sich diese Befürchtungen gern an die modernen Vorstellungen von der Infection durch mikroskopische Krankheitserreger anzuknüpfen. Der Kranke fürchtet sich, Messing oder Kupfer wegen der Gefahr der Grünspanvergiftung zu berühren, kann nichts zu sich nehmen, ohne es immerfort auf Nadeln und Glasscherben zu untersuchen, die er etwa mit verschlucken, in seinen Kleidern verschleppen könnte. Er fühlt sich keinen Augenblick sicher, ob er nicht irgendwo durch Anstreifen einen gefährlichen Infectionsstoff aufgefangen habe, der sich nun auch noch weiter auf andere Personen übertragen könne.

Auch diese Ideen gewinnen regelmässig einen sehr weitgehenden Einfluss auf das Handeln der Kranken; sie führen zu dem von Legrand du Saulle beschriebenen „délire du toucher", der Berührungsfurcht. Es entwickelt sich eine peinliche, alle anderen Rücksichten in den Hintergrund drängende Reinlichkeitsliebe, die im Anfange sich vielleicht noch innerhalb der hier sehr dehnbaren Grenzen hält, später aber nicht selten derartige Dimensionen annimmt, dass sie dem Kranken und noch mehr seiner Umgebung das Leben aufs Aeusserste verbittert. Mit der grössten Sorgfalt sucht der Kranke alle Berührungen, namentlich die unmittelbaren, zu vermeiden, öffnet die Klinken mit dem Ellenbogen, trägt möglichst viel Handschuhe. Hat aber doch eine Berührung stattgefunden, so werden sofort nach einem oft sehr durchdachten System die umfangreichsten Waschungen vorgenommen, die sich nicht nur auf die Hände, sondern auf den ganzen Körper, sogar auf Möbel und Kleidungsstücke erstrecken können. Bisweilen sind es nur Berührungen bestimmter Art, welche diese Reaction hervorrufen, während andere den Kranken gleichgültig lassen. Natürlich wird durch die ganz ins Ungeheuerliche gehenden Waschungen mehr und mehr die gesammte Zeit des Kranken in Anspruch genommen, so dass er schliesslich zur Erfüllung seiner sonstigen Pflichten vollständig unfähig wird. Ein wenigstens ungefähres Verständniss für die Unsinnigkeit dieses Treibens ist trotz der Unmöglichkeit, davon abzulassen, regelmässig vorhanden.

Bisweilen beobachtet man auch die Befürchtung, irgend etwas Werthvolles zu vernichten oder zu verschleppen. Eine junge Dame, die ich kannte, wurde von der Angst verfolgt, möglicherweise wichtige Briefe, namentlich Testamente, ins Feuer zu werfen oder auszukehren, ja sie glaubte, das schon ungezählte Male gethan zu haben. In Folge dessen hatte sie eine unüberwindliche Scheu vor allem Papier, schliesslich sogar vor gedruckten Büchern. Jedes noch so kleine Fetzchen Papier bewahrte sie auf das Sorgfältigste auf und war erst beruhigt, wenn sie es mir übergeben hatte. Sie war dabei vollständig klar und besonnen, frei von sonstigen Wahnideen, aber von Hause aus wenig intelligent.

Wenn sich alle diese Erscheinungen als bizarre Uebertreibungen jener zweckmässigen leisen Affecte darstellen, welche auch das gesunde Handeln fortgesetzt begleiten, so haben wir in gewissen Befürchtungen abergläubischen Inhalts krankhaft verzerrte Aeusserungen der mystischen Neigungen des Menschen vor uns. Analog der verbreiteten Furcht vor der Zahl 13, vor der Unheil verkündenden Begegnung mit alten Weibern u. s. f., begegnen wir bei Kranken der Angst vor einzelnen Gegenständen, Worten, Farben und namentlich Zahlen, der Idee, durch ein bestimmtes Thun oder Lassen Unheil heraufzubeschwören. Natürlich werden sie durch solche Besorgnisse zu allerlei Sicherheitsmassregeln veranlasst. Es kommt auf diese Weise zu den mannichfachsten eigenthümlichen Gewohnheiten, welche für den Kranken eine Art symbolischer Bedeutung gewinnen und ihm Beruhigung verschaffen, auch wenn er über ihre Unsinnigkeit durchaus im Klaren ist. Dahin gehört das geflissentliche Vermeiden oder Aufsuchen und Aussprechen einzelner Zahlen oder Worte, die Ausführung bestimmter, an sich zweckloser Bewegungen, das Innehalten der gleichen Reihenfolge bei gewissen Beschäftigungen, das zwangsmässige Beachten hergebrachter oder selbsterfundener Augurien.

Ungleich häufiger, als die letztgenannten, schon auf eine schwere psychische Degeneration hinweisenden Krankheitsbilder, sind jene auch bei der erworbenen Neurasthenie bisweilen beobachteten Zustände, in denen bei gewissen Anlässen plötzlich mit überwältigender Macht die unbestimmte Furcht vor einer grossen drohenden Gefahr ohne klare Vorstellung von dem Wesen derselben über den Patienten hereinbricht. Die bekannteste dieser Formen ist 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. 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 Herrn, der Monate lang Tag und Nacht immer Jemanden um sich haben musste. Später, mit der Besserung des körperlichen Zustandes, verlor sich diese Erscheinung, aber die Platzangst bestand in allmählich abnehmender Stärke fort. Schliesslich konnte der Kranke auch diesen Zuständen vorbeugen, 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 gesunden Menschen in verschiedenen Graden sehr häufige Höhenangst, das Gefühl 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), beim Gehen über Brücken, endlich bei den verschiedensten Gelegenheiten, in denen die Kranken die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich gerichtet wissen, besonders bei öffentlichen Reden, Plaidoyers, Vorträgen. In den höchsten

*) Westphal, Archiv für Psychatrie III, p. 138; Cordes ibid. III, p. 521; X, p. 48.

Graden dieser Störung sind die Kranken nicht im Stande, zu schreiben, zu gehen, zu essen, Urin zu lassen, auf den Abtritt zu gehen, 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 Statten gehen, jenes Gefühl völligen Schwindens aller Gedanken, welches den ungeübten Redner bisweilen plötzlich auf das Peinlichste in dem Flusse seines Toastes unterbricht.

In die gleiche Gruppe von Störungen gehört das hie und da bei unsern Kranken beobachtete Symptom der Kleiderangst. Wie der Gesunde sich bisweilen in einem neuen Anzuge zunächst nicht recht wohl fühlt, so entsteht hier, namentlich beim erstmaligen Tragen eines Kleidungsstückes, ein sehr lebhaftes Unbehagen, welches sich mit wirklichen körperlichen Empfindungen verbinden kann. Die Kranken merken deutlich, dass die Aermel drücken, die Taille nicht ganz gerade sitzt, der Schuh zu kurz ist, aber trotz zahlloser Aenderungen bleibt Alles beim Alten, so dass die Kranken schliesslich überhaupt neue Kleidungsstücke nicht mehr ertragen können, immerfort an dieselben denken müssen und erst dann aufathmen, wenn sie das gewohnte Habit wieder tragen. In einzelnen Fällen kann es dahin kommen, dass die Kranken, wenn ihre Kleider zu sehr verschlissen sind, allen Ernstes dauerndes Bettliegen als einzigen Ausweg ins Auge fassen, obgleich sie sich der Lächerlichkeit dieser Perspective klar bewusst sind.

Eine gemeinsame Eigenthümlichkeit fast aller Arten von „Phobien" sind die „Krisen". Sobald man den Kranken zwingt, das von ihm Gefürchtete zu thun, oder ihn daran hindert, jene Schutzmassregeln zu treffen, welche ihn beruhigen, kommt es zu Aufregungszuständen ängstlicher, nicht selten auch zorniger Art, mit rücksichtsloser Empörung gegen den von aussen gegen die krankhaften Erscheinungen gerichteten Zwang. Es ist oft ganz erstaunlich, wie der bis dahin einsichtige und selbst die Befreiung von seinem Leiden herbeisehnende Kranke plötzlich vollkommen umgewandelt erscheint und auf das Leidenschaftlichste gegen den Helfer Front macht, sobald derselbe versucht, wirklich den Kampf mit der psychischen Störung aufzunehmen.

Wir haben zum Schlusse noch jener eigenthümlichen, ebenfalls im gesunden Leben häufig beobachteten, aber bei krankhafter Veranlagung 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. Daraus entspringt dann die Furcht vor allen äusseren Anlässen, welche derartige Impulse wachrufen können. Die Kranken wagen es nicht mehr, Feierlichkeiten beizuwohnen, gerathen in äusserste Angst vor allen gefährlichen Instrumenten. Einer meiner Kranken, ein überaus gutmüthiger, weichherziger Mensch, musste schon von Weitem allen Arbeitern aus dem Wege gehen, die Aexte, Sägen und dergl. trugen, weil ihm deren Anblick immer den Antrieb aufdrängte, Jemanden umzubringen. Thatsächlich pflegen derartige Impulse nie zu Handlungen zu führen; es handelt sich eigentlich mehr um Befürchtungen, die sich hier gegen die vermeintlich aus dem eigenen Innern drohenden Gefahren richten. Nur auf sprachlichem Gebiete setzen sich die krankhaften Antriebe häufiger in wirkliches Zwangsreden um; die Kranken können der Versuchung nicht widerstehen, bei besonders feierlicher Gelegenheit oder im Gebet an Stelle der beabsichtigten Worte sacrilegische oder obscöne Wendungen zu setzen („Koprolalie"). Die Anfangs nur durch eine Art Contrastwirkung sich aufdrängenden Vorstellungen greifen also auf das ihnen nächstliegende motorische Gebiet der sprachlichen Ausdrucksbewegungen hinüber.

Der Verlauf aller hier geschilderten schweren Formen der Neurasthenie ist gewöhnlich ein sehr chronischer, aber vielfachen Schwankungen unterworfener. Meist reicht ihre Entstehung bis in die Jugendzeit oder doch ins Pubertätsalter zurück. Nicht selten giebt irgend ein äusserer Anlass, eine Gemüthsbewegung, ein hingeworfenes Wort, eine auffallendere Lebenserfahrung den ersten Anstoss zum Auftauchen der Krankheitserscheinungen. Bei einer meiner Kranken begann die „Waschmanie" nach einem Samariterkurs, in welchem eindringlich die Gefahren der Wundinfection besprochen worden waren. In anderen Fällen treten die Störungen

bei irgend einer körperlichen Indisposition, nach einer fieberhaften Erkrankung, im Wochenbett, in Folge von Ueberarbeitung zum ersten Male hervor. Gerade die Geringfügkeit solcher äusseren Anlässe zeigt deutlich genug, dass die wesentliche Ursache der eigenartigen psychischen Symptome ausschliesslich in der angeborenen oder erworbenen krankhaften Veranlagung zu suchen ist. Ausnahmslos fast lassen sich hier bei einzelnen oder mehreren Familiengliedern die Neigung zu peinlicher Pedanterie, übertriebener Aengstlichkeit oder grüblerischer Schwarzseherei nachweisen, selbst wenn ausgebildetere Psychosen nicht vorgekommen sind. Auch die Kranken selber pflegen von Jugend auf schon die Andeutungen jener Charaktereigenthümlichkeiten darzubieten, als deren Zerrbild sich die spätere Störung auffassen lässt.

Die Prognose der constitutionellen Neurasthenie ist im Allgemeinen eine ungünstige. Zwar gelingt es nicht selten, namentlich bei den einfachen Zwangsvorstellungen, der Platzangst und den verwandten Erscheinungen, die krankhaften Störungen für kürzere oder längere Zeit zum Schwinden zu bringen, aber die Gefahr von Rückfällen ist bei der tief in der Gesammtpersönlichkeit wurzelnden Grundursache stets eine ausserordentlich grosse. Bei der Grübelsucht, der Berührungsfurcht, den Zwangsimpulsen scheinen die Aussichten auf Besserung am schlechtesten zu sein; hier wird sogar häufiger ein im Ganzen progressiver Verlauf beobachtet.

Die Erkennung dieser Zustände bietet in ausgeprägten Fällen keinerlei Schwierigkeit, doch kommen naturgemäss zahlreiche Uebergänge zur Gesundheitsbreite vor, in denen die geschilderten Störungen nur angedeutet sind. Das Auftreten von Zwangsimpulsen weist auf eine Verwandtschaft mit dem impulsiven Irresein hin, welches wir später ebenfalls als eine Form der degenerativen Veranlagung kennen lernen werden. Die Behandlung kann vielleicht schon mit der prophylaktischen Berücksichtigung der krankhaft veranlagten Kinder, mit rechtzeitiger und ausgiebiger Förderung der körperlichen Entwickelung, Bekämpfung der bedrohlichen Charaktereigenschaften durch eine vernünftige Erziehung einsetzen. Späterhin werden alle Einflüsse nach Möglichkeit abzuweisen sein, welche die körperliche und psychische Widerstandsfähigkeit schwächen. Gegen die eigentlichen Krankheitserscheinungen hilft, soviel ich sehe, nur eine ausdauernde, geduldige Pädagogik, welche allmählich das stark gesunkene

Selbstvertrauen wieder zu heben und den Kranken Schritt für Schritt zum Siege über den pathologischen Zwang zu führen sucht. Zur Unterstützung, namentlich in den Krisen, dient zweckmässig die hypnotische Suggestion, doch versagt sie in schweren Fällen vielfach. Auch kleine Alkoholgaben erleichtern das Ueberwinden der Angstanfälle. Vor dem Morphium ist wegen der Gefahr der Gewöhnung dringend zu warnen.

Mit den schwereren neurasthenischen Erkrankungen steht in offenbar naher Verwandtschaft ein im letzten Jahrzehnt besonders von Westphal und seinen Schülern*), sowie von Charcot näher studirter Symptomencomplex, den wir zunächst mit Oppenheim als „traumatische Neurose“ bezeichnen wollen, obgleich der Name „Schreckneurose“ offenbar zutreffender wäre. Es handelt sich dabei um ein aus mannichfaltigen nervösen und psychischen Erscheinungen zusammengesetztes Krankheitsbild, welches sich in Folge von heftigen Gemüthserschütterungen, plötzlichem Schreck, grosser Angst ausbildet und daher nach schweren Unfällen, besonders nach Eisenbahnkatastrophen u. dergl. beobachtet wird. Auch manche der nach Selbstmordversuchen gelegentlich auftretenden Störungen sind, wie Möbius wahrscheinlich gemacht hat, hierher zu rechnen.

Bei den bis dahin wenigstens anscheinend ganz gesunden Individuen entwickelt sich im Anschlusse an das meist vorübergehende Bewusstlosigkeit erzeugende Trauma ganz allmählich, in Wochen oder selbst Monaten, ein Zustand, welcher sich psychisch durch depressive Verstimmung mit ängstlichen Befürchtungen der verschiedensten Art und Unfähigkeit zu jeder geistigen Anstrengung charakterisirt. Die Kranken erscheinen still, gedrückt, wortkarg, kümmern sich wenig um die Vorgänge in ihrer Umgebung und sind immerfort durch ihre eigenen quälenden Gedanken in Anspruch genommen. In einzelnen Fällen bestehen typische Zwangsvorstellungen, Agoraphobie, Grübelsucht; meist aber treten hypochondrische Ideen dominirend in den Vordergrund. Die Kranken werden den Eindruck des erlittenen Unfalles nicht mehr los, fühlen sich durch denselben in ihrem Gesundheitszustande auf das Schwerste geschädigt

*) Oppenheim, Die traumatischen Neurosen, 2. Auflage. 1892; Schultze, Sammlung klinischer Vorträge. N. F., 14 (Innere Medicin No. 6); Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, I, 5 u. 6, p. 445.

und beobachten mit peinlicher Aufmerksamkeit alle Vorgänge an ihrem Körper, welche ihnen mit ihrem Leiden in Zusammenhang zu stehen scheinen.

In gemüthlicher Beziehung sind sie auffallend erregbar, 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. Auch hier kann sich die Angst anfallsweise zu förmlichen Krisen steigern, welche die Kranken sogar bisweilen zum Selbstmorde führen. Das Gedächtniss ist trotz der Klagen über Abnahme desselben meist gut, wenn sich auch eine gewisse Zerstreutheit und Vergesslichkeit, auf dem mangelnden Interesse und der Aufmerksamkeitsstörung beruhend, häufig nachweisen lässt. Die Arbeitsfähigkeit der Kranken wird durch ihre hypochondrische Energielosigkeit, wie durch die zahlreichen nervösen Beschwerden stets auf das Empfindlichste beeinträchtigt oder ganz aufgehoben. Eine weitere Ausbildung gewinnen die psychischen Störungen in der Regel nicht; nur hie und da wird das Auftreten von Dämmerzuständen, acuten hallucinatorischen Aufregungen oder noch seltener von ausgebildetem Schwachsinn beobachtet. Im letzteren Falle handelt es sich wol immer um wirkliche Kopfverletzungen.

Der Schlaf der Kranken ist regelmässig durch ängstliche Träume hochgradig gestört, der Appetit gering; das Körpergewicht sinkt. Im Kopfe bestehen allerlei abnorme Sensationen, Druck, Eingenommenheit, Schwindelgefühl, unangenehme Bewegungsempfindungen, im Rücken und Kreuz das Gefühl von Spannung und Steifigkeit, in den vom Trauma betroffenen Theilen mannichfache Paraesthesien und Schmerzen. Ausserdem wird über asthenopische Beschwerden, Ohrenklingen und -sausen, Herzklopfen, Abnahme der Potenz, Erschwerung der Harnentleerung und Stuhlverstopfung, bisweilen auch über hartnäckiges Erbrechen geklagt. Objectiv lassen sich in einzelnen Fällen Sensibilitätsstörungen in sehr wechselnder Ausbreitung, Analgesie neben hyperaesthetischen Stellen, Einschränkung des Gesichtsfeldes, ferner Steigerung der Sehnenreflexe, Lähmungserscheinungen der verschiedensten Art, Langsamkeit und Unischerheit der Bewegungen, Geh- und Sprachstörungen, leichter Tremor, bedeutende Pulsbeschleunigung, Ohnmachten und selbst

ausgebildete epileptiforme Anfälle nachweisen. Alle diese Erscheinungen weichen in ihrem atypischen Auftreten durchaus von dem Symptomenbilde organischer Hirn- oder Rückenmarkserkrankungen ab und werden durch ihre Localisation, ihr wechselndes Verhalten und den verschlimmernden Einfluss psychischer Erregung als functionelle gekennzeichnet. Nur ganz vereinzelt werden auch Störungen beobachtet, welche mit Sicherheit auf eine organische Grundlage hinweisen, so reflectorische Pupillenstarre und Sehnervenatrophie.

Der Verlauf der traumatischen Neurose ist ein chronischer, die Prognose zweifelhaft. Zwar werden viele Fälle nach monate- und selbst jahrelanger Dauer geheilt oder doch gebessert; immerhin aber kommt es nicht selten zu einem langsam fortschreitenden Siechthum, welches bisweilen mit Entwickelung von Herzhypertrophie und Arteriosklerose einherzugehen scheint.

Die Deutung dieses Krankheitsbildes hat den Anlass zu interessanten Erörterungen gegeben. Während Westphal und seine Schüler dasselbe Anfangs unter Betonung gelegentlicher objectiver Befunde auf schleichende organische Veränderungen im Centralnervensystem zurückführten, hat Charcot alle diese Fälle der Hysterie zugetheilt. Mit Recht ist indessen geltend gemacht worden, dass der Begriff der hysterischen Neurose durch diese Erweiterung noch viel verschwommener und unklarer wird, als er es leider heute schon ist. Neuerdings setzt Charcot die traumatische Neurose in Parallele zu den hypnotischen Zuständen, indem er meint, dass während der heftigen Bewusstseinsalteration durch den Schreck das ganze Symptomenbild auf dem Wege einer später stabil werdenden Autosuggestion entstehe. Andererseits hat Oppenheim die Annahme einer organischen Grundlage, abgesehen von gewissen Ausnahmefällen, aufgegeben. Die wesentlich psychische Entstehungsweise des gesammten Symptomencomplexes darf somit jetzt als allgemein anerkannt gelten.

Gleichwol bestehen noch beträchtliche Meinungsverschiedenheiten über die Umgrenzung des Krankheitsbildes. Vielfach ist darauf hingewiesen worden, dass nach Traumen sehr verschiedenartige Störungen entstehen können und darum eine einheitliche Zusammenfassung derselben unstatthaft sei, dass man vielmehr locale und allgemeine Neurosen, hysterische, neurasthenische, hypochondrische, melancholische Zustände u. dergl. auseinanderhalten müsse. In der

That kann die Gemüthserschütterung, wie sie allen traumatischen Neurosen gemeinsam ist, schwerlich als die wirkliche und einheitliche Ursache derselben betrachtet werden. Bei grossen Unglücksfällen pflegen ja auch nicht alle Betheiligten, sondern immer nur ganz vereinzelte Personen an der Schreckneurose zu erkranken. Daraus geht hervor, dass zweifellos der individuellen Veranlagung eine ungemein wichtige Rolle bei der Entstehung jener Störung zugeschrieben werden muss. Die gleiche Mannichfaltigkeit, die wir in den Erscheinungsformen der krankhaften Praedisposition beobachten, wird uns daher auch in den Krankheitsbildern entgegentreten, welche hier anscheinend durch die gleiche äussere Ursache hervorgerufen werden. So sehen wir denn klinisch bald die hysterischen, bald die neurasthenischen, hypochondrischen, melancholischen Züge im einzelnen Falle sich stärker ausprägen, je nach der besonderen Richtung, welche der krankhaften Gleichgewichtsstörung durch die Eigenthümlichkeiten der gegebenen Constitution vorgezeichnet wird.

In diesen eigenartigen Entstehungsbedingungen liegt die Erklärung für die viel umstrittenen diagnostischen Schwierigkeiten bei der Beurtheilung der traumatischen Neurosen. Das Wechselvolle, Launenhafte, Atypische der Krankheitsbilder, welches allen wesentlich aus innern Ursachen entstehenden Psychosen gemeinsam ist, macht die Feststellung einzelner pathognomonischer Symptome unmöglich. Dazu kommt die Unsicherheit aller bisher aufgefundenen objectiven Krankheitszeichen und endlich die Möglichkeit einer Simulation, welche bei der gerade hier so häufig sich erhebenden Entschädigungsfrage ziemlich nahe liegt. Die zuletzt genannte diagnostische Gefahr ist, wie ich glaube, vielfach überschätzt worden. Wir stehen derselben ja häufig genug auch bei der einfachen Hysterie mit ihrer Neigung zur Uebertreibung und zur Erfindung seltsamer Krankheitserscheinungen gegenüber. Hier wie dort sind alle Einzelvorschriften für die „Entlarvung“ von Simulanten nahezu werthlos; das Massgebende ist überall die Uebereinstimmung des klinischen Gesammtbildes mit einer der bekannten Erscheinungsformen der psychopathischen Constitution. Nicht selten giebt übrigens die bequeme Diagnose der „traumatischen Neurose“ den Anlass zum Uebersehen wichtiger Krankheitszeichen. Namentlich beginnende Paralysen werden bisweilen unter jenen Sammelbegriff untergebracht. Noch jetzt behandle ich einen Kranken, dessen Beschwerden Monate lang

mit einem Fall auf das Gesäss in ursächliche Verbindung gebracht wurden, bis ich vor dem Schiedsgericht nachweisen konnte, dass hier nicht die traumatische „Neurose" allmählich in eine „Psychose" übergegangen sei, wie angenommen worden war, sondern dass es sich einfach um die Entwickelung einer progressiven Paralyse handelte, welche mit dem auch an sich unbedeutenden Trauma in gar keiner Beziehung stand.

Die Therapie ist im Wesentlichen eine allgemein kräftigende und ablenkende; im Einzelnen sind Bäder, Massage, elektrische Behandlung, namentlich Galvanisation des Kopfes, unter Umständen hypnotische Suggestion, endlich die Anwendung der Bromsalze von Nutzen.

B. Das hysterische Irresein.

Wenn es heute kaum möglich erscheint, eine kurze und präcise Definition der Hysterie*) überhaupt aufzustellen, so tritt uns diese Schwierigkeit in fast noch höherem Grade entgegen beim Hinblicke auf das hysterische Irresein. Wir geben gelegentlich einer ganzen Reihe von psychopathischen Zuständen den Beinamen des „Hysterischen", ohne immer mit genügender Klarheit die Begründung desselben durchführen zu können. Ja, es kann kaum in Abrede gestellt werden, dass vielfach ein nicht zu rechtfertigender 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 mannichfaltigen körperlichen Reactionen wirksam zeigen, seien es Anaesthesien oder Paraesthesien, seien es Ausdrucksbewegungen, Lähmungen, Krämpfe oder Secretionsanomalien.

Die gemeinsame krankhafte Grundlage aller tiefer greifenden Formen des hysterischen Irreseins wird durch eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Entartung des Charakters gebildet. Die Intelligenz und das Gedächtniss pflegen durch die Hysterie, selbst bei sehr langem Bestehen, nicht wesentlich zu leiden; vielmehr

*) Möbius, Schmidts Jahrbücher 199, 2, p. 185 (Literatur). Pitres, Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, 1891; Gilles de la Tourette, traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. 1891.

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 ausnahmlos 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, wetterwendisch, launenhaft; aus unmotivirter Ausgelassenheit verfallen sie binnen kürzester Frist und bei geringfügigstem Anlasse oder auch ganz ohne denselben in zornige, entrüstete, 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 gleichgültig gegen fremdes Leid, rücksichtslos gegen ihre Umgebung, oft auch gegen ihre allernächsten Angehörigen, die sie nicht selten in unglaublichster Weise tyrannisiren und ausbeuten. 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 Aufbauschung der Wichtigkeit aller jener Verhältnisse, welche das eigene Ich unmittelbar angehen. Daher entspringt auch die Gewohnheit, sich in alle möglichen fremden Angelegenheiten unberufen einzumischen, zu intriguiren, sich zum Mittelpunkte, zur Hauptperson zu machen. Nicht selten treibt die Kranken das Verlangen, um jeden Preis die Aufmerksamkeit der näheren und ferneren 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 die nimmer ruhende Unzufriedenheit, das ungemein anspruchsvolle Wesen, sowie die erstaunliche und für die Umgebung oft in hohem Grade quälende Empfindlichkeit der Hysterischen gegenüber vermeintlichen Zurücksetzungen und Vernachlässigungen zusammen. Aus ihr erklärt sich ferner das peinliche Nörgeln und Herumdeuteln an den Worten der Umgebung, die schadenfrohe, kleinliche Rachsucht, die fortwährenden Eifersüchteleien, sowie die Leidenschaftlichkeit, mit welcher sie auf die vermeintliche Bevorzugung anderer Personen zu reagiren pflegen. Dazu kommt vielfach eine gewisse unruhige Geschäftigkeit, die in bemerkenswerthem Gegensatze zu ihrer stets in den Vordergrund gestellten Kränklichkeit und Hülfsbedürftigkeit steht. Immer neue Wünsche tauchen auf; Veränderungen in der Ausstaffirung des Zimmers, in der Kleidung, der Nahrung werden vorgenommen, der Verkehr gewechselt, und in zahllosen Briefen und Billets ergiesst sich ein Strom von Aufträgen, Bitten, Forderungen Auseinandersetzungen, Beschwörungen und Klagen. Diese egoistische Ausbildung ihres Charakters bei vollständiger Erhaltung der Besonnenheit und Intelligenz, diese Empfindlichkeit und Launenhaftigkeit, diese unermüdlichen Prätensionen, dieser Hang, zu klatschen, zu schmähen, zu medisiren, sind es, durch welche Hysterische ihre Umgebung bisweilen zu völligen Sclaven ihrer Einfälle zu machen verstehen, und durch welche sie zum Schrecken der Aerzte und Anstalten werden können, welche mit ihrer Behandlung sich zu befassen gezwungen sind.

Vielleicht der wichtigste Zug im Krankheitsbilde der Hysterie ist endlich die regelmässig nachweisbare eigenthümliche Willensstörung. Die Kranken sind auf der einen Seite haltlos, leicht bestimmbar, allen möglichen Einflüssen zugänglich, auf der andern Seite unfähig, ihrer krankhaften Regungen Herr zu werden, eine schädliche Gewohnheit abzulegen. Daher der auffallende Gegensatz zwischen der Hartnäckigkeit, mit welcher sie öfters bestimmte absonderliche oder selbst gefährliche Handlungen immer wiederholen,

und der ausserordentlichen Empfänglichkeit für äussere Einwirkungen. Dieselbe Kranke, die ohne ersichtlichen Grund monate- und jahrelang ihre Nahrungsaufnahme auf ein Minimum beschränkt, hülflos im Bett liegen bleibt, sich heimlich immer wieder Verletzungen zufügt, kann durch ein einziges Wort, einen plötzlichen Einfall in ihrem ganzen Verhalten vollständig umgewandelt werden. Freilich muss bei dem geschilderten Zustande der Kranken allen solchen Wirkungen naturgemäss die Nachhaltigkeit fehlen; der nächste Augenblick schon kann Eindrücke bringen, welche die Wiederkehr der alten oder das Auftreten neuer krankhafter Willensrichtungen herbeiführen, um selbst sehr bald von noch anderen Beeinflussungen abgelöst zu werden.

Auf dieser freilich in sehr verschiedenem Masse ausgebildeten hysterischen Grundlage können sich nun eine Reihe verschiedener 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 nahe Beziehungen 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 ins 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 feinster Detaillirung und effectvollen Superlativen bei jeder Gelegenheit in den Vordergrund geschoben werden.

Dieses Leiden bildet gewöhnlich den Mittelpunkt der gesammten Interessen der Kranken. Es giebt ihnen eine Art Ausnahmestellung gegenüber allen andern Menschen und wird vielfach mit einem ge-

wissen heimlichen Stolze erduldet. Wir machen dann die merkwürdige Beobachtung, dass die Kranken trotz ihrer beweglichen Klagen und trotz ihrer Arztbedürftigkeit doch gänzlich unfähig erscheinen, ernsthaft und zielbewusst an ihrer Wiederherstellung zu arbeiten. Sobald von ihrer Ausdauer und Consequenz die gewissenhafte Durchführung eines langwierigen Curplans gefordert wird, pflegen sie ungemein rasch zu versagen. Ihnen fehlt mehr oder weniger vollständig das Gefühl der eigenen Verantwortlichkeit für ihre Gesundheit, die elementare Sehnsucht nach Genesung. Der Arzt hat dafür zu sorgen, dass sie sich wohl fühlen; ihn klagen sie an bei jeder Störung. Nicht für sich, sondern ihm zum Gefallen unterziehen sie sich der Behandlung, die ihnen daher keine Unbequemlichkeiten zumuthen darf. Nur wo es ganz absonderliche, neu erfundene Methoden oder grosse Operationen gilt, sind sie gern bereit, erstaunliche Dinge zu ertragen.

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 (ein schwarzer Mann mit einem langen Messer, die Mutter im Leichengewande, geschlechtliche Angriffe), 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.

Regelmässig begegnen wir endlich bei unseren Kranken in stärkerer oder schwächerer Ausbildung jenen Symptomen, die wir als charakteristisch für die hysterische Neurose zu betrachten pflegen („Stigmata“). Namentlich sind es Lähmungen einzelner Glieder verschiedenen Grades, Gehstörungen (Astasie-Abasie), Ovarie, unüberwindliche Appetitlosigkeit, hartnäckiges Erbrechen, Secretionsanomalien, Aphonie, Sehstörungen, Anaesthesien und Hyperaesthesien, Globus, Clavus, Ohnmachtsanfälle und Krämpfe, welche das Krankheitsbild

in mannichfaltigster Weise begleiten. Allen diesen Störungen, deren Schilderung im Einzelnen hier nicht unsere Aufgabe sein kann, ist der Umstand gemeinsam, dass sie in ihrem Auftreten und Verschwinden auf sehr bemerkenswerthe 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 dem Drucke auf das hyperaesthetische Hypogastrium, der energischen Anwendung des faradischen Pinsels oder einer kalten Uebergiessung. Dieses Verhalten entspricht durchaus der weiteren Erfahrung, dass die Kranken, wenn sie unbefangen sind und sich unbeachtet 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, trotzdem eine geschickte Beobachtung ergiebt, dass sie mit grösster Schlauheit (in der Nacht, mit Hülfe anderer Kranker) sich Nahrung zu verschaffen oder ihre Excremente zu beseitigen wissen, während sie mit verzweiflungsvoller Duldermiene oder resignirtem Trotze an ihrer Behauptung festhalten. Auch habe ich es erlebt, dass eine solche Kranke sich mit einer Scheere heimlich, aber systematisch ziemlich schwere Verwundungen in der Vagina beibrachte, um Blasenblutungen vorzutäuschen. Man darf indessen nicht ausser Acht lassen, dass

uns die Neigung zu einer Art Simulation einzelner Symptome bei einer Reihe von anderen psychischen Erkrankungen gelegentlich begegnet. Es wäre daher durchaus 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 Krampfanfälle, viele Tage, ja Wochen lang mit geringen freieren Intervallen hinziehen. Bisweilen gleichen die Dämmerzustände ganz dem gewöhnlichen Einschlafen („Schlafanfälle“). Die Gesichtszüge der Kranken nehmen plötzlich den Ausdruck der Ermüdung an; die Augen schliessen sich; der Kopf sinkt herab; die Glieder werden schlaff, und die Kranken scheinen mit tiefen, regelmässigen Athemzügen zu schlafen. Meist erwachen sie nach kurzer Zeit von selbst wieder, oder es gelingt, sie durch energische Reize zu erwecken. Sie scheinen dann zunächst noch schlaftrunken, blicken beim Erwachen verstört um sich und wissen gar nicht, wie alles gekommen.

Solche Schlafanfälle bilden den Uebergang zu den Erscheinungen

des Nachtwandelns oder Somnambulismus, wie sie bei Hysterischen während des natürlichen Schlafes beobachtet werden. 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 ins Bett zu legen und am anderen Morgen mit höchst unklarer Erinnerung an das Geschehene zu erwachen. Nicht selten ist es möglich, 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 oder faradische Ströme genügen häufig nicht, um den krankhaften Zustand zu beseitigen.

Noch reger gestaltet sich die psychische Thätigkeit bei einer weiteren Form der Dämmerzustände. Hier stellen sich bei mässig getrübtem Bewusstsein massenhafte Hallucinationen ein, welche die Kranken entweder in unangenehme, aufregende Situationen oder in ekstatische Zustände mit Wonnegefühlen und himmlischen Visionen versetzen, Stimmungen, die sich dann natürlich in dem ganzen Benehmen, den Reden und den Ausdrucksbewegungen widerspiegeln. Eine meiner Kranken kämpfte in solchen Zuständen heftig mit einem imaginären Arzte, der ihr, nach ihren abgerissenen Ausrufen zu schliessen, Gewalt anthun wollte; eine andere sah ganze Berge von Papier vor sich, durch deren Anbrennen sie die Vernichtung ihres Anwesens und ihres Wohlstandes herbeiführte. 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 Versündigungsideen 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 mannichfaltiges und über Jahr und Tag hin sich erstreckendes Krankheitsbild zusammensetzen.

Da die Hysterie im Wesentlichen eine besondere Art der krankhaften Veranlagung darstellt, werden natürlich auch die verschiedenartigsten, nicht eigentlich hysterischen Psychosen auf dieser Grundlage durch Beimischung einzelner besonderer Züge eine eigenartige Färbung annehmen können. Schon früher wurde erwähnt, dass Melancholien bei jugendlicheren Personen häufiger hysterische Andeutungen zeigen, namentlich Dämmerzustände und vorübergehende

hallucinatorische Angstanfälle mit krampfartiger Erregung. Ausserdem wäre etwa zu erwähnen, dass man bisweilen auch eine „hysterische Verrücktheit“ unterschieden hat, deren Eigenthümlichkeit in dem Vorkommen sexueller Verfolgungs- und Grössenideen liegen soll. Ich habe mich von der Berechtigung einer solchen Form bisher nicht überzeugen können.

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, ähnliche Symptomencomplexe bei Männern unter dieselbe Bezeichnung zu subsumiren. Indessen die „männliche Hysterie“ ist heute, wie wir der Pariser Schule ohne weiteres zugestehen müssen, keine seltene Krankheit mehr, und es lässt sich nicht in Abrede stellen, dass eine scharfe Trennungslinie zwischen den allgemeinen Neurosen der beiden Geschlechter schwerlich gezogen werden kann. Weder die eigenthümlichen Krampferscheinungen, noch die Charakterveränderung, noch die Dämmerzustände fehlen bei Männern vollständig, wenn sie auch beim weiblichen Geschlechte eine viel grössere Ausdehnung und typischere Entwickelung zu erlangen pflegen. Recht häufig ist die Hysterie bei Kindern beiderlei Geschlechts. Freilich beobachten wir hier meist nur einzelne Krankheitserscheinungen, halbseitige Blindheit, Reflexkrämpfe, Lähmungen, Schreianfälle, krampfhaftes Husten, läppische Dämmerzustände. Alle diese Symptome werden leicht durch körperliche Störungen, aber auch durch Gemüthsbewegungen, namentlich durch psychische Ansteckung ausgelöst (Schulepidemien).

Aus den angeführten Erfahrungen geht jedenfalls soviel hervor, dass den legendären Beziehungen der Hysterie zu dem weiblichen Sexualsysteme nicht diejenige Unverbrüchlichkeit zukommt, welche ihnen, selbst bis in die neueste Zeit, vielfach zugeschrieben worden ist. Ebenso muss uns der Umstand, dass gerade eine Reihe sehr tiefgreifender Erkrankungen der Geschlechtsorgane zwar recht schwere 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 Erscheinungen schon lange vor dem Eintritte der Geschlechtsreife, sehen wir sie doch endlich auch bei voll-

kommen gesunden Genitalorganen in deutlichster Weise sich entwickeln.

Auf der anderen 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, vielleicht auch einmal 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, wie früher ausgeführt, in einer krankhaften Veranlagung des gesammten Nervensystems gelegen ist, dass wir aber beim Weibe in den Genitalorganen eine der ergiebigsten Quellen für jene äusseren Reize und Schädlichkeiten zu suchen haben, welche nun auf dem prädisponirten Boden die hysterischen Erscheinungen auslösen. Die constitutionelle Entartung ist es, welche den aus der empfindlichsten Sphäre andringenden Reizen mehr oder weniger entgegenkommt oder bei besonderer Ausbildung selbst ohne stärkeren äusseren Anstoss die krankhaften Störungen des nervösen und psychischen Lebens herbeiführen kann. Nur so erklärt es sich, dass ein und dasselbe organische Leiden in einem Falle fast symptomlos verläuft, im zweiten leichte nervöse Beschwerden, im dritten aber die ganze Mannichfaltigkeit der hysterischen Erscheinungen zu erzeugen im Stande ist.

Wie sich aus den vorstehenden Erörterungen von selber ergiebt, 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 schwereren Erscheinungen 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 in hohem Grade dem hysterischen Irresein eigenthümlich.

Es ist gewissermassen eine Reihe von „Zufällen", welche sich auf der gemeinsamen Grundlage 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 die eigentlichen Anfälle psychischer Störung anbetrifft, eine durchweg günstige; dafür aber wird man fast immer mit Sicherheit beim nächsten Anlasse eine Rückkehr dieser oder einer anderen Form des Leidens erwarten dürfen. Nur die Hysterie der Kinder scheint sich öfters mit fortschreitender körperlicher Entwickelung bis auf eine gewisse Prädisposition völlig zu verlieren. Bei Erwachsenen ist an eine wirkliche Umänderung der hysterischen Constitution, sowie der aus ihr hervorwachsenden Charaktereigenthümlichkeiten schwerlich zu denken. Dagegen werden sehr bedeutende und ans Wunderbare grenzende therapeutische Erfolge bisweilen in solchen Fällen erzielt, in denen sich äussere Momente (Sexualerkrankungen, ungeeignete Lebensweise, schädlicher Einfluss der Umgebung) als wesentliche auslösende Ursache der Krankheitserscheinungen erkennen lassen. Andererseits giebt es, wie es scheint, vorzugsweise beim männlichen Geschlecht, schwere Formen der Hysterie mit hochgradigen hypochondrischen Beschwerden, welche sich dem ärztlichen Eingreifen auf die Dauer nahezu ganz unzugänglich erweisen und eine Art fortschreitenden Verlaufes zeigen mit stetiger oder schubweiser Verschlechterung des gesammten Krankheitsbildes.

Schon die Schwierigkeit einer scharfen Begriffsbestimmung des hysterischen Irreseins deutet 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 constitutionellen Neurasthenie zu verzeichnen, wenn sich auch gewisse Merkmale aufstellen lassen, welche zumeist eine Abgrenzung beider Gebiete von einander ermöglichen. Der Neurasthenie im engeren Sinne fehlen die Lähmungen, die Anaesthesien, die Krämpfe, die Dämmerzustände; an ihrer Stelle begegnen wir den Zwangsvorstellungen, Zwangsgefühlen und Zwangsimpulsen. Die traumatische Neurose nähert sich in ersterer Beziehung der Hysterie, aber ihr Krankheitsbild ist weit einförmiger; die ungünstig ausgehenden Fälle ähneln sehr den schweren, fort-

schreitenden Formen der Hysterie. Zwischen der constitutionellen psychischen Depression und der hysterischen Veranlagung giebt es fliessende Uebergänge.

Auch für die Abgrenzung der Hysterie gegenüber dem epileptischen Irresein ergeben sich Schwierigkeiten. Vielfach ermöglicht freilich schon die Beobachtung des einzelnen Krampfanfalles die Unterscheidung. 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 Mannichfaltigkeit in seiner Ausbildung zu besitzen, als der fast immer gleichförmige epileptische Insult. Tonische und klonische Muskelcontractionen des ganzen Körpers und einzelner Theile, Zwerchfellkrämpfe, Opisthotonus („arc de cercle"), Jactation, Herumrollen an der Erde, Purzelbäume und ähnliche, mehr an willkürliche Actionen erinnernde Bewegungen wechseln miteinander, 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 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. Im Allgemeinen lässt sich nur sagen, dass die letzteren besonders häufig mit sehr intensiven Angstanfällen und der Neigung zu brutalen, gewaltthätigen Reactionen einhergehen, während die hysterischen Dämmerzustände in der Regel ruhiger, theatralischer, weniger impulsiv zu verlaufen pflegen. Das Verhalten der Erinnerung ist in beiden Fällen ein wechselndes. Bei längerer Beobachtung wird sich übrigens auf Grund anderweitiger Anhaltspunkte, aus dem Vorhandensein der hysterischen Stigmata, aus der Art der Krampfanfälle, sowie auch aus dem gesammten psychischen Verhalten der Kranken regelmässig eine Abgrenzung ermöglichen lassen. Dem hysterischen Charakter ist die sprunghafte Launenhaftigkeit, der rasche Wechsel der Stimmung, die Abhängigkeit von äusseren Beeinflussungen eigenthümlich, während bei dem

Epileptiker die rohe Zornmüthigkeit, der bornirte Eigensinn und eine gewisse selbständige Periodicität der Zustände in den Vordergrund tritt. Zudem pflegt bei letzterem die geistige Schwäche meist häufiger und hochgradiger zu sein, als dort.

Da die wahren inneren Ursachen der Hysterie wol nur in geringem Masse einer prophylaktischen Therapie durch eine gesundheitsgemässe, einfache Erziehung zugänglich sind, so wird die Behandlung des Leidens zunächst darauf ausgehen, wenigstens die auslösenden Ursachen nach Möglichkeit zu beseitigen. Dabei können allerlei körperliche Störungen, namentlich solche der Verdauungsorgane und des Genitalsystems, in Betracht kommen. Gerade dieses letztere hat von jeher den Hauptangriffspunkt der Heilbestrebungen bei der Hysterie gebildet. In der That übt die Beseitigung greifbarer Veränderungen an den Genitalien bisweilen einen sehr günstigen Einfluss auf die Krankheitserscheinungen aus. Freilich wird man dabei gut thun, sich hinsichtlich der Dauer der erzielten Besserungen keinen allzu sanguinischen Hoffnungen hinzugeben. Andererseits können die genannten Eingriffe unter Umständen auch entschiedene Verschlechterungen des Zustandes zur Folge haben.

In neuerer Zeit ist man sogar vor sehr eingreifenden Operationen, bis zur Castration, nicht zurückgeschreckt, um auf diese Weise den Hysterischen Hülfe zu bringen. Wie es scheint, 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 vielfach der psychische Eindruck der Operation wirksamer war, als der chirurgische Effect derselben. Endlich aber hat sich gezeigt, dass nur zu häufig jener Erfolg keinen dauernden Bestand hatte, oder dass die Verstümmelung sogar schwere Depressionszustände nach sich zog. Eine sichere und allseitig anerkannte Feststellung 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 be-

einträchtigt, dass gegenüber der Möglichkeit der Besserung des Zustandes die Unannehmlichkeiten und Gefahren einer Operation gänzlich in den Hintergrund treten.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird man sich darauf beschränkt sehen, die Erscheinungen des hysterischen Irreseins zu bekämpfen. Einer besonderen Verbreitung hat sich für diesen Zweck bei den leichteren hypochondrischen Formen mit Lähmungen, Schlaflosigkeit, Verdauungsstörungen und starker Abmagerung die Weir Mitchellsche 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 Gruppe durch den Versuch zu erprobender 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 Heilergebniss 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 Massregeln, welche durch die gelegentlichen psychischen Gleichgewichtsschwankungen selbst gefordert werden, wird man indessen auch hier auf eine Verbesserung der allgemeinen Körperconstitution durch die Sorge für zweckmässige Ernährung, für ausreichende Bewegung in frischer Luft und genügenden Schlaf sein Augenmerk zu richten haben. Demselben Zwecke dienen ferner Bäder mit kühlen Ueberrieselungen, Massage, Gymnastik, allgemeine Faradisation. Von Medicamenten kommt als Beruhigungs- und Schlafmittel namentlich das Bromkalium in Betracht, ferner bei der gewöhnlich anaemischen Körperconstitution etwa das Eisen und zur Coupirung leichterer „Anfälle“ die Tinctura Valerianae, Aqua Laurocerasi u. dergl. Ausserdem können auch noch manche der übrigen Schlafmittel hie und da in Frage kommen, doch soll man mit letzteren möglichst sparsam sein. Das Morphium

*) Burkart, Volkmanns Klinische Vorträge, 245.

führt bei Hysterischen ausserordentlich leicht zur Gewöhnung und muss daher unter allen Umständen vermieden werden. 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. Ohne jeden Zweifel beruhen die Erfolge, welche hier durch die verschiedensten Methoden, durch elektrische und diätetische Curen, durch Hydro-, Metallo-, Klimatotherapie, von Naturärzten, Homöopathen und Magnetiseuren erzielt werden, wesentlich oder vollständig auf dem Glauben der Kranken. Diese Erfahrung muss die Richtschnur des gesammten ärztlichen Handelns bei Hysterischen bilden. Es ist daher für den Arzt vor Allem nothwendig, sich das unerschütterliche Vertrauen und damit die unerlässliche Autorität über die Kranken 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 aufgestellten Behandlungsplane erreicht wird. Das feste Vertrauen der Kranken, dass ihnen geholfen werden wird, ist das mächtigste therapeutische Hülfsmittel 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 andern Form psychischer Erkrankungen. Dass unter diesen Umständen auch mit Hülfe der hypnotischen Suggestion gute Resultate erzielt werden können, liegt auf

der Hand; leider sind aber gerade die schwersten Formen der Hysterie jener Methode der psychischen Einwirkung oft nur in beschränktem Masse zugänglich. Je grösser die Suggestibilität, desto leichter bilden sich störende Eigensuggestionen und desto rascher wird der Einfluss der ärztlichen Eingebung durch andere widerstrebende Vorstellungen wieder vernichtet.

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., Muhamed) 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 Entartung entgegengeführt werden. Zudem lassen sich auch bei jenen hervorragenden Persönlichkeiten fast immer wenigstens einige 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 Gewaltthätigkeiten. Die Kranken sind für gewöhnlich oft gutmüthig, hülfsbereit, wenn auch stets ausgeprägte Egoisten. Bei jedem Conflict aber zeigen sie sich äusserst empfindlich, jähzornig, machen dann wegen irgend einer Kleinigkeit lebensgefährliche Angriffe, mag es ausgehen wie es will. Eine ihnen vermeintlich oder wirklich zugefügte Beleidigung können sie sehr lange Zeit hindurch nicht wieder vergessen, gerathen bei jeder Erinnerung daran leicht wieder in Wuth und suchen sich in irgend einer Weise dafür zu rächen. Ganz besonders leicht treten schwere Wuthanfälle auf, wenn sie sich unter dem Einflusse des Alkohols befinden, der ja ohnehin die triebartige

*) Gowers, on epilepsy and other chronic diseases. 1881; Féré, les épilepsies et les épileptiques. 1890.

Entladung von Affectzuständen in hohem Masse begünstigt. Ja, die Mehrzahl der sog. pathologischen Rauschzustände dürfte nichts anderes sein, als die besondere Reaction eines epileptisch veranlagten Gehirns auf die acute Alkoholvergiftung. Auf der andern Seite besteht vielfach ein unglaublich hartnäckiger, bornirter Eigensinn, der den Kranken allen Ueberredungsversuchen gegenüber taub macht und ihn mit der grössten Rücksichtslosigkeit eine einmal gefasste Idee festhalten und durchführen lässt.

In innigem Zusammenhange mit dieser Entartung 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. Die Orientirung, die Besonnenheit und der Zusammenhang des Gedankenganges bleibt vollständig erhalten, aber die geistige Regsamkeit geht allmählich verloren. Der Kranke vermag keine wesentlich neuen Erfahrungen mehr in sich aufzunehmen und zu verarbeiten, sondern bewegt sich mit Vorliebe in gewohnten Bahnen. Stehende Redensarten, Gemeinplätze, Bibelverse, Sprichwörter pflegen daher eine grosse Rolle in seinen Aeusserungen zu spielen. Ihm fehlt jener Ueberblick über die Lebenserfahrungen, welcher uns befähigt, überall das Wichtige von dem Nebensächlichen zu trennen und einen Gedankengang geradeswegs einem bestimmten Ziele zuzuführen. So kommt gerade hier ein sehr häufiges und eigenartiges Symptom zu Stande, die Weitschweifigkeit der Epileptiker. Bei jeder Erzählung beginnt der Kranke mit Daten, deren Beziehung zur Frage zunächst kaum erkennbar ist, und er häuft dabei an jedem Punkte eine solche Menge von ganz gleichgültigen Nebenumständen, dass seine Darstellung schlechterdings nicht von der Stelle zu rücken scheint. Jeder Versuch, ihn durch Zwischenfragen zu einer rascheren Entwickelung des Wesentlichen zu veranlassen, pflegt zu scheitern; der Kranke nimmt den Faden einfach an der unterbrochenen Stelle wieder auf. Dabei verliert er jedoch niemals den Zusammenhang. Im Gegensatze zu dem Ideenflüchtigen, den jede Ablenkung sofort den Ausgangspunkt völlig vergessen lässt, kommt der Epileptiker immer schliesslich zum Ziel, freilich erst nach ganz unerhörten Umschweifen. Dem entspricht die Erfahrung, dass die Erzählungen unserer Kranken vielfach in allen Ausdrücken

und Wendungen stereotyp sind; der Vorstellungsverlauf schlängelt sich jedesmal durch die gleichen gewundenen Pfade, und er muss es thun, um überhaupt sein Ziel zu erreichen.

Hand in Hand mit dieser stereotypen Weitschweifigkeit geht regelmässig eine fortschreitende Verarmung des Vorstellungsschatzes. 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. Bisweilen kommt es zu fabulirenden Erzählungen, die von dem Kranken stets in derselben Weise wieder vorgebracht und schliesslich auch wol von ihm selbst geglaubt werden. In einzelnen Fällen werden wirkliche Erinnerungstäuschungen beobachtet, indem sich den Kranken vor den Anfällen oder auch dauernd die Vorstellung aufdrängt, als hätten sie die gegenwärtige Situation schon einmal durchlebt. Bei sehr hochgradiger Ausbildung des epileptischen Schwachsinns 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 Schwachsinns 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 ständige Wiederholung derselben Gedankengänge und Wendungen handelt.

Es ist natürlich, dass bei der Verarmung 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 Familienglieder, beschränkt. Gleichzeitig beobachtet man bei ihnen eine auffallende Euphorie gegenüber ihrer Krankheit. Sie meinen nach jedem Anfall, derselbe sei nur noch ganz klein gewesen; sie seien nun bald ganz gesund, fühlen sich, Gott sei Dank, recht wohl. Ausserdem sind es religiöse Vor-

stellungen, welche mit ungemeiner 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 hülflosen 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, weil sie immer so brav gewesen sind und immer so fleissig gebetet haben.

Auch in ihrem Benehmen können die Kranken trotz hochgradigster geistiger Schwäche dauernd durchaus geordnet bleiben. Sie beschäftigen sich mit irgend einer Arbeit, schreiben zusammenhängende, aber inhaltslose und stereotype Briefe, begrüssen den Arzt, vielfach sogar mit einer gewissen umständlichen Höflichkeit, kleiden sich correct und halten auf Ordnung und Herkommen, geben allen Vorgesetzten in Anrede und Titel die Ehre, die ihnen nach ihrem Dafürhalten gebührt. Oefters entwickelt sich bei ihnen ein etwas theatralisch gespreiztes Wesen und eine eigenthümlich verzwickte Redeweise. Einer meiner Kranken sprach von dem „immer allgegenwärtigen, verzweifelten Täuschungssinn."

Die im Vorstehenden geschilderte chronische Entartung der Epileptiker ist in den einzelnen Fällen ausserordentlich verschieden ausgebildet. Häufig nur leise angedeutet oder nur bei besonderen Gelegenheiten erkennbar, beherrscht sie in andern Fällen das Krankheitsbild derartig, dass die Diagnose der Epilepsie ohne Weiteres schon aus der Eigenart des Schwachsinns abgeleitet werden kann, wie es mir häufig gelungen ist. Sie bildet die Grundlage, auf welcher sich eine Reihe mehr episodischer Störungen entwickeln können, deren gemeinsame Eigenthümlichkeit in ihrer selbständigen, von äusseren Einflüssen unabhängigen Periodicität liegt.

Zunächst haben wir dabei jener vielleicht keinem Epileptiker fehlenden Gleichgewichtsschwankungen zu gedenken, welche ohne auffallende Bewusstseinstrübung mit den Anzeichen einer starken gemüthlichen Spannung einhergehen. Die Kranken werden plötzlich finster, mürrisch, ziehen sich zurück, grüssen nicht, bleiben von der Arbeit weg, oder sie beginnen zu queruliren, zu schimpfen, ihre Entlassung zu verlangen, sich in stehenden Wendungen über eine längst erlittene Benachtheiligung zu beklagen. Dabei sind sie regelmässig sehr reizbar, drohend, gerathen leicht mit ihrer Umgebung in

Streit und schlagen bei dem geringsten Anlasse brutal drauf los. Hie und da stellen sich auch einzelne Verfolgungsideen und deutliche Gehörstäuschungen ein. Man will ihnen ans Leben, sie heimlich überfallen und zerstückeln. Einer meiner Kranken erklärte sich gerne bereit, sich von den Aerzten ordnungsmässig hinrichten zu lassen, protestirte aber gegen die vermeintlichen Absichten der andern Patienten, ihn hinterrücks niederzumachen. Er sass daher, heimlich mit selbstverfertigten, recht gefährlichen Waffen ausgerüstet, die ganze Nacht wachend im Bett, um sein Leben so theuer wie möglich zu verkaufen. Nach einem oder wenigen Tagen pflegen diese Zustände ebenso rasch zu schwinden, wie sie gekommen sind. Der Kranke ist wieder zugänglich, gutmüthig, harmlos, will nichts mehr von den „Verfolgungen“ wissen, lacht über seine „Einbildungen“.

Ungemein häufig nehmen die gemüthlichen Schwankungen der Epileptiker die Form innerer Beängstigungen an. Ohne irgend welchen Anlass wird es den Kranken plötzlich schwer ums Herz; es steigen ihnen traurige Gedanken, trübe Ahnungen, Versündigungsideen auf. Ihr Leben ist verpfuscht; es ist Alles umsonst; sie haben den Kelch verunreinigt, sind unbussfertig gewesen. Meist gesellt sich auch das Gefühl von Benommenheit und Druck im Kopf hinzu, Erschwerung des Denkens und innere Unruhe. Sie sind dann unfähig zu arbeiten, beginnen entweder zu beten, oder sie laufen planlos herum, greifen zum Alkohol, machen einen impulsiven Selbstmordversuch, über dessen Beweggründe und Ausführung sie sich später oft selbst keine Rechenschaft zu geben vermögen. Auch diese Störungen pflegen einige Stunden oder Tage nicht zu überdauern.

Seltener ist das anfallsweise Auftreten expansiver oder ekstatischer Stimmungen. Die Kranken werden erregt, laufen mit glänzenden Augen, geröthetem Kopfe und freudig gehobenem Gesichtsausdrucke herum, springen und jauchzen, begehen allerlei muthwillige Streiche, werfen Alles durcheinander, necken die Mitpatienten, beten laut und pathetisch, äussern auch wol religiöse Grössenideen oder prahlen mit hoher Abkunft und vornehmer Verwandtschaft. Ideenflucht scheint dabei nicht vorzukommen, wol aber grosse gemüthliche Reizbarkeit mit Neigung zu raschen Gewaltakten. Die Dauer ist meist eine kurze.

In der Regel zeigen die einzelnen Anfälle bei dem gleichen Kranken eine ausserordentliche Uebereinstimmung untereinander.

Man bemerkt sofort an einer bestimmten Redensart, einer kleinen Aenderung im Benehmen, im Gesichtsausdruck, dass wieder etwas im Gange ist, dass „ein schlechter Wind weht“. Die gleichen Klagen, die gleichen, oft corrigirten Wahnideen kehren wieder, die gleichen Antriebe und Handlungen, um der inneren Erregung einen Ausweg zu schaffen. Freilich giebt es auch unvollkommene Anfälle, in denen die gewöhnlichen Erscheinungen nur theilweise oder nur in schwachen Andeutungen ausgebildet sind oder sehr rasch wieder vorübergehen. Die Zwischenzeiten zwischen den Anfällen sind bisweilen ganz regelmässige, so dass man den Eintritt der Erscheinungen mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit vorhersagen kann. Meist jedoch wechseln die Intervalle; zeitweise kann es zu einer Häufung der Störungen kommen. Durchschnittlich pflegen sich dieselben etwa alle paar Wochen oder Monate einzustellen, in einzelnen Fällen auch wol nur ein oder zwei Mal im Jahre.

Die zweite grosse Gruppe der periodischen psychischen Zufälle bei Epileptikern zeigt uns eine mehr oder weniger tiefe Trübung des Bewusstseins. Wir können bei ihrer Schilderung ausgehen von der schweren Bewusstseinsstörung, welche regelmässig den epileptischen Krampfanfall begleitet. Die Auffassung 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, einige eigenthümliche, stereotype Bewegungen, krampfhaftes Lachen gerade noch andeutet. Die einfachsten Erscheinungen der psychischen Epilepsie sind leichte Schwindelanfälle (petit mal), Ohnmachten, Schlafparoxysmen oder momentane Bewusstlosigkeit (absence). Im letzteren Falle bricht der Kranke vielleicht plötzlich in seiner Beschäftigung, in der Unterhaltung ab und verharrt regungslos in der eingenommenen Stellung, um nach wenigen Secunden ohne Bewusstsein des Vorgefallenen fortzufahren, als ob nichts geschehen wäre. Bisweilen gehen diesen verschiedenartigen, meist sehr rasch verlaufenden Anfällen auraähnliche Empfindungen

voran. Während der länger dauernden psychischen Anfälle wird häufiger ausgeprägte Dikrotie des Pulses (Erschlaffung der Arterienwand) beobachtet.

Vielfach gewinnt die Bewusstseinstrübung im epileptischen Anfalle insofern eine grössere Selbständigkeit, als sie entweder schon vor dem Beginne der Krämpfe einsetzt oder häufiger das Ende derselben überdauert. Auf diese Weise entstehen jene Dämmerzustände, die man als prae- oder post-epileptisches Irresein zu bezeichnen pflegt. In der Mehrzahl der Fälle beschränken sich dieselben 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 Lage sie sich befinden, verkennen die Personen, suchen sich zu entkleiden, legen sich ins Bett, machen Gehbewegungen, wie um eine Treppe zu ersteigen, stecken allerlei erreichbare Gegenstände in die Tasche. Unzweifelhaft finden dabei nicht selten lebhafte Sinnestäuschungen statt. Ganz ähnliche Störungen können auch unabhängig von den Krampfanfällen, als psychische Epilepsie auftreten. Es handelt sich dabei um Anfälle von traumhaften Hallucinationen oder triebartigem Davonlaufen, 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 einem solchen 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 einem versteckten Winkel zusammentrug. Ein anderer Kranker zündete sein Bett an, in der Absicht, sich Kaffee zu kochen. In manchen Fällen tritt eine gewisse sexuelle Erregung stärker in den Vordergrund. Die Kranken masturbiren, selbst coram publico, entblössen ihre Genitalien auf der Strasse, begehen geschlechtliche Attentate. Nicht so selten geben derartige Zustände bei Soldaten Veranlassung zu ärztlichen Explorationen, da in ihnen leicht Insubordinationsvergehen, auch Desertionen begangen werden.

Als leichteste Formen dieser Dämmerzustände können wir vielleicht das Nachtwandeln bezeichnen. Andeutungen desselben (lautes Sprechen im Schlaf, Aufrichten und lebhafte Bewegungen im Bette) kommen allerdings zweifellos auch ohne epileptische Grundlage bei jugendlichen, nervös veranlagten Individuen zur Beobachtung. Die Handlungen der Kranken sind auch hier 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 $^1/_2$ 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 ihm. 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 kaum möglich. Die Auffassung der Umgebung scheint eine traumhaft verfälschte zu sein; 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 genügen schon energisches Anreden oder doch Anspritzen

mit kaltem Wasser und ähnliche stärkere Reize, um den Nachtwandler aus seinem Zustande zu erwecken. 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.

Wahrscheinlich ebenfalls auf epileptische Grundlage zurückzuführen sind jene vereinzelten 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, unter Fortspinnen beängstigender Traumvorstellungen, in grosser Gefahr und begehen in ihrer Verwirrung bisweilen äusserst gefährliche Handlungen, namentlich Angriffe auf Schlafkameraden.

Die höchsten Grade von Bewusstseinstrübung werden im epileptischen Stupor erreicht, der sich meist an einen Krampfanfall anschliesst, seltener als selbständiger psychischer Anfall auftreten kann. Die Kranken zeigen dabei einen schwer benommenen, stieren Gesichtsausdruck, sprechen nicht oder bringen höchstens einzelne abgerissene, zusammenhangslose, stotternde Worte hervor. Aeusserlich verhalten sie sich ruhig, bleiben im Bett liegen, kümmern sich nicht um die Vorgänge in ihrer Umgebung, reagiren auf keine Anrede. Bei äusseren Einwirkungen widerstreben sie meist sehr heftig, unter Umständen auch durch plötzliche, brutale Angriffe, doch wird in einzelnen Fällen wenigstens zeitweise Katalepsie beobachtet. Aus den Ausdrucksbewegungen der Kranken, ihrem ängstlichen Zusammenkauern, Kopfschütteln, Händefalten, Knieen lässt sich entnehmen, dass sie wahrscheinlich von verworrenen Wahnideen beherrscht sind, welche am häufigsten einen schreckenerregenden, grauenvollen, hie und da jedoch auch einen beglückenden, religiös-ekstatischen Inhalt zu haben scheinen. Die Nahrung wird in der Regel ganz oder theilweise verweigert; energische Selbstmordversuche sind nicht selten.

Die Dauer dieses Zustandes beträgt gewöhnlich 1—2 Wochen,

nur bei sehr schwerem Verlaufe erheblich mehr. Die Lösung ist fast immer eine allmähliche. Der Kranke wird im Verlaufe einiger Tage klarer, orientirt sich wieder über seine Umgebung, hat keine oder nur sehr unklare Erinnerung an den Anfall, weiss höchstens anzugeben, dass ihm allerlei Schreckliches vorgekommen sei und er grosse Angst gehabt habe. In einzelnen Fällen, namentlich bei häufigem Auftreten solcher Stuporzustände, verschwindet, wie es scheint, die Benommenheit und Verworrenheit überhaupt nicht vollständig. Es vergehen Monate unter langsamer, von kleinen Rückfällen, auch wol von Krampfanfällen immer wieder unterbrochener Besserung, aber der Kranke bleibt schliesslich dauernd unklar, zerfahren, stumpf und schwachsinnig.

Die praktisch bei Weitem wichtigste Geistesstörung der Epileptiker ist das epileptische ängstliche Delirium, welches viel häufiger, als der Stupor, auch ohne Verbindung mit Krampfanfällen, beobachtet wird. Die Entwickelung des Zustandes vollzieht sich rasch, innerhalb einiger Minuten oder längstens Stunden. Häufig gehen allerdings schon kurze Zeit Verstimmungen, abnorme Sensationen und Benommenheit voraus, bis dann plötzlich der eigentliche Anfall losbricht. Vielfach wird die Einleitung durch eine ganz bestimmte, sich regelmässig wiederholende Sinnestäuschung gebildet; namentlich bemerkenswerth ist das Sehen von rothen Gegenständen, Blut, Flammen, Mann im rothen Mantel u. s. f. Der Kranke verliert völlig die Orientirung; seine Umgebung verändert sich. Er sieht sich von Teufeln, Gespenstern, wilden Thieren, grossen Volksmassen umgeben, die oft concentrisch gegen ihn anrücken. Schlachten werden geschlagen, ein furchtbares Blutbad angerichtet; er watet im Blut und schreitet über Leichen. Man führt ihn in einen unterirdischen Gang, in welchem auf schrecklichen Marterwerkzeugen Menschen und Thiere zerstückelt werden. Alles stürzt über ihm zusammen; Luft und Licht wird ihm abgeschnitten; das jüngste Gericht bricht herein; er fährt in die Hölle. Zugleich bemächtigt sich seiner die äusserste Todesangst, so dass er zitternd sein Ende erwartet, ein Stossgebet nach dem andern stammelt oder in pathetischen Worten sein Leben in Gottes Hände legt. Bisweilen erscheinen auch Gott und Christus, schenken ihm die Freiheit, verheissen ihm Gnade, krönen ihn zum Friedenskaiser, doch sind solche freudige Ekstasen regelmässig nur rasch vorübergehende Episoden.

Die Grundstimmung des ganzen Anfalles bleibt immer ängstliche oder zornige Erregung, welche den Kranken nur allzuhäufig zu jenen grässlichen Gewaltthaten treibt, die sich durch die rücksichtslose Brutalität ihrer Ausführung auszuzeichnen pflegen. In dem verzweifelten Drange, sich den vermeintlichen furchtbaren Gefahren zu entziehen oder sein Leben zu retten, greift er blindlings zur ersten besten Waffe, um sie gegen sich selbst oder gegen seine Umgebung zu richten; mit stark geröthetem Kopfe und stierem Gesichtsausdrucke, stumm oder kurze, abgerissene Sätze, ein unarticulirtes Schreien und Brüllen ausstossend, wüthet er unter Aufgebot seiner ganzen Kraft plan- und ziellos, Alles zerstörend und vernichtend, was ihm erreichbar ist. In anderen Fällen sind es ganz bestimmte Handlungen, welche der Kranke unter dem Einflusse einer in ihm auftauchenden Idee, einer Sinnestäuschung, eines Impulses begeht. So erinnere ich mich eines Falles, in welchem ein Brauknecht durch den Teufel in Gestalt eines schwarzen Hundes zur Zerschmetterung seines schlafenden Kameraden veranlasst wurde. Ein anderer Kranker ging mit den Worten: „Bist du ein Jude, so musst du sterben“ auf einen ihm gänzlich unbekannten Mann los und brachte ihm mit einem bereit gehaltenen Messer eine schwere Verletzung bei; noch ein Anderer endlich fühlte bei einer Procession, wie sich sein Arm hob und mit voller Wucht auf eine arme alte Frau niedersauste, die am Wege sass. Hier können die Kranken für die oberflächliche Betrachtung einen ziemlich geordneten Eindruck machen und ihre Handlung zunächst in unsinniger, aber doch zusammenhängender Weise motiviren.

Die Erinnerung an das Geschehene kann während des Anfalles 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. Endlich kommt es auch vor, dass die Erinnerung, die zunächst völlig erloschen war, nach einigen Tagen oder Wochen wenigstens in dunklen Umrissen wieder auftaucht. 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, oder wenn der Thäter zuerst

hartnäckig leugnet, später aber, anscheinend auf eindringlichen Vorhalt hin, dennoch gesteht! Hingewiesen sei hier nur auf den Umstand, dass wir auch unsere Träume sehr häufig unmittelbar nach dem Erwachen noch zu reproduciren vermögen, während sie später unserem Gedächtnisse völlig entschwinden, und dass sie plötzlich von selbst wieder auftauchen, nachdem wir uns lange vergebens bemüht haben, uns ihrer zu entsinnen.

Die Dauer des ängstlichen epileptischen Deliriums beträgt oft nur einige Stunden, höchstens ein bis zwei Wochen. Die Besonnenheit kehrt bisweilen nach einem längeren Schlafe plötzlich zurück; meist aber erfolgt die Aufhellung des Bewusstseins allmählich, so dass sich vorübergehend deliriöse und normale Vorstellungen in eigenthümlicher Weise mischen. Einer meiner Kranken bezeichnete am letzten Tage eines solchen Deliriums mich als Gott, den klinischen Praktikanten als Christus, während er doch die ihm bereits vertrauten Räume der Klinik richtig erkannte. Unter Umständen kann der Kranke schon ganz klar und gesund erscheinen, während er in Wirklichkeit noch sehr benommen und von mannichfachen Verfälschungen der Auffassung beherrscht ist, ein Verhalten, welches sich dann nachträglich erst bei vollkommener Genesung herausstellt.

Eine etwas seltnere Form der epileptischen Dämmerzustände ist das protrahirt verlaufende räsonnirende Delirium, welches ebenfalls im Anschlusse an einen Krampf oder als selbständiger, psychischer Anfall beobachtet wird. Die Bewusstseinstrübung ist hier weniger tief, so dass die Kranken äusserlich fast ganz besonnen erscheinen. Dennoch wird die Auffassung der Aussenwelt sehr stark beeinträchtigt; mannichfache 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 Gewaltthaten auf Grund von verschiedenartigen Wahnideen, die indessen meist nicht näher geäussert werden. In anderen Fällen wird das Bewusstsein erfüllt durch ein traumartig phantastisches Delirium mit Wahnideen, Personenverkennung, 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. Sehr bekannt ist der von Legrand du Saulle mitgetheilte Fall eines Pariser Kaufmanns, der aus einem solchen Anfalle plötzlich auf der Rhede von Bombay wieder erwachte. Solche Zustände können Wochen, ja eine Anzahl von Monaten dauern; es können sich auch mehrere, durch kurze Intervalle getrennte Anfälle aneinanderreihen.

Die Häufigkeit der epileptischen Delirien bei einem Kranken ist ausserordentlich verschieden. Während sie sich bisweilen in ganz kurzen Zwischenräumen wiederholen, giebt es andererseits Fälle, in welchen neben sonstigen epileptischen Zufällen nur ein oder zwei Male im Leben ausgeprägte Delirien auftreten. Bei zahlreichen Epileptikern kommt es überhaupt niemals dazu. Die einzelnen Delirien bei demselben Kranken pflegen eine sehr grosse Uebereinstimmung in ihrem Inhalt und Verlauf darzubieten. So begann das fast alljährlich wiederkehrende protrahirte Delirium bei einem meiner Kranken regelmässig damit, dass er behauptete, von einem Beamten der Polizei geschossen worden zu sein. Er gerieth dann in einen halb traumhaften, halb besonnenen, mehrfach von Krampfanfällen unterbrochenen Dämmerzustand hinein, aus dem er nach mehreren Wochen eines Morgens klar, aber ohne jede Erinnerung an die Zwischenzeit erwachte.

Die Grundlage des epileptischen Irreseins ist ohne Zweifel in krankhaften Hirnveränderungen zu suchen, die wol in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle angeboren sind. Die Erblichkeit, namentlich Alkoholismus bei den Ascendenten, sowie die sonstige Veranlagung spielt hier eine grosse Rolle. Häufig deutet sich die Entartung in körperlichen Erscheinungen an, besonders Verbildungen des Schädels, Mikrocephalie, Hydrocephalie, Asymmetrien, oder in der „epileptischen Physiognomie“, welche durch die breite Stirn, die eingedrückte breite Nase, durch vorspringende Backenknochen, wulstige Lippen und glänzende Augen mit auffallend weiten Pupillen gekennzeichnet wird. Auch sonstige Degenerationszeichen finden sich nicht selten. Ausserdem begegnen uns öfters die Reste früherer Hirnerkrankungen, Hemiparesen, Hemiathetose, Contracturen.

In diesen letzteren Fällen ist die Epilepsie im engsten Sinne des Wortes eine symptomatische, der einfache Ausdruck einer groben Hirnläsion. Solche Störungen entwickeln sich regelmässig in jugendlichem Alter, bisweilen schon vor der Geburt. Abgesehen von den eigentlichen Missbildungen handelt es sich wesentlich um encephalitische Processe, seltener einmal um multiple Tuberkel oder dergl. Zumeist jedoch müssen wir heute noch von einer „genuinen" Epilepsie sprechen, deren Entstehungsweise uns bis jetzt nicht näher bekannt ist. Zwar sind mancherlei Befunde in Epileptikerhirnen erhoben worden, namentlich sklerotische Veränderungen am Ammonshorn, aber die Beziehung solcher Thatsachen zu dem klinischen Symptomenbilde ist einstweilen noch eine gänzlich unklare.

Andererseits wissen wir, dass die Erscheinungen der Epilepsie mit gewissen äusseren Einflüssen in ursächlichem Zusammenhange stehen können, sei es, dass jene letzteren wirklich die Krankheit erzeugen, sei es, dass sie auf vorbereitetem Boden nur den letzten Anstoss zu ihrem Ausbruche geben. Dahin gehören einmal schwere Kopfverletzungen, dann aber vor Allem der Alkoholmissbrauch. Wie wir später sehen werden, ist das Auftreten schwerer Epilepsie beim chronischen Alkoholismus nicht selten; weit häufiger aber und überzeugender ist die verderbliche Wirkung, welche selbst sehr mässige Alkoholgaben bei Epileptikern auszuüben pflegen. In zahlreichen Fällen kann der Anfall mit der Sicherheit eines Experimentes durch jenes Genussmittel ausgelöst werden. Ferner verfüge ich über eine Anzahl von Beobachtungen, in denen einfache Beängstigungen bei Epileptikern durch Alkoholgenuss regelmässig in schwere Dämmerzustände übergeführt wurden. Einer meiner Kranken, ein Student, verfiel regelmässig nach Commersen in ein epileptisches Delirium, in welchem er mehrfach nur mit genauer Noth an der Ausführung des Selbstmordes verhindert werden konnte. Sobald solchen Kranken der Alkohol entzogen wird, verlaufen die Anfälle, wovon ich mich vielfach auf das Bestimmteste habe überzeugen können, ganz leicht. So verlor sich bei einem Kranken, dessen schwere, sein Leben wiederholt auf das äusserste gefährdende Dämmerzustände jeweils mit einem starken Alkoholexcess begonnen hatten, die einleitende Verstimmung in der Anstaltsüberwachung binnen zwei Tagen ohne irgend weitere Störung.

Endlich aber erscheint mir die Thatsache von allergrösstem

theoretischem, wie praktischem Interesse, dass durch die Entziehung des Alkohols vielfach nicht nur die Schwere der Anfälle, sondern auch ihre Häufigkeit in ganz erstaunlichem Masse beeinflusst werden kann. Seitdem ich mein Augenmerk auf diese Verhältnisse gerichtet habe, sind mir eine ganze Reihe von Fällen, namentlich schwerer psychischer Epilepsie vorgekommen, in denen durch die Herbeiführung dauernder, vollständiger Alkoholabstinenz die so lange in mehrwöchentlichen Zwischenräumen auftretenden Anfälle bei zum Theil Jahr und Tag fortgesetzter Beobachtung gänzlich oder bis auf seltene, ganz leichte Verstimmungen, Schwindelgefühle oder dergl. verschwanden. Alle diese, zum Theil ganz überraschenden Erfahrungen haben mich zu der Ueberzeugung gebracht, dass auch ein mässiger oder gelegentlicher Alkoholgenuss bei manchen Epileptikern die schlummernde krankhafte Anlage erst zur Entwickelung bringt.

Die Prognose des epileptischen Irreseins hängt sehr wesentlich von der Ursache des Leidens und von dem Zeitpunkte seines Auftretens ab. Wo gröbere organische Erkrankungen zu Grunde liegen, ist natürlich eine Besserung nicht zu erwarten; im Gegentheil beobachtet man vielfach sogar ein allmähliches Fortschreiten der geistigen Schwäche, namentlich in den Entwickelungsjahren. Dagegen kann die genuine Epilepsie heilen und ist auch häufig den therapeutischen Massnahmen bis zu einem gewissen Grade zugänglich. Die schweren postepileptischen, stuporösen und deliriösen Zustände pflegen sich besonders gern nach Serien von starken Krampfanfällen einzustellen, während sich die rein psychischen Anfälle mehr mit den leichteren Formen der Epilepsie zu verbinden scheinen.

Die Gefahr des epileptischen Schwachsinns ist im Allgemeinen am grössten, wenn häufige und schwere Krampfanfälle vorkommen, und vor Allem, wenn das Leiden in frühem Lebensalter auftritt. Auch abgesehen von den beträchtlichen Hindernissen, welche die Krankheitserscheinungen selbst der geistigen Ausbildung entgegensetzen, bleibt hier die gesammte psychische Entwickelung regelmässig zurück, oft sogar auf den niedrigsten Stufen. Weit seltener und wol nur bei den leichten Formen der Epilepsie kann sich die Störung auf das gemüthliche Verhalten beschränken, während die Kinder intellectuell normal oder sogar besonders gut veranlagt sind. In höherem Lebensalter ist Zunahme der geistigen Schwäche im Verlaufe der Krankheit oft ebenfalls deutlich; namentlich aus sehr

langdauerndem Stupor sieht man den Kranken bisweilen erheblich blödsinniger erwachen, als er vorher war.

Die Diagnose des epileptischen Irreseins bereitet keine nennenswerthen Schwierigkeiten, sobald man Gelegenheit hat, das Vorhandensein der charakteristischen Krämpfe festzustellen, deren unterscheidende Eigenthümlichkeiten wir bei Besprechung der hysterischen Anfälle bereits aufgeführt haben. Die Fälle sind jedoch 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, ohne Ideenflucht, der ängstlichen Stimmung, der Planlosigkeit und Brutalität der Handlungen ohne Bewegungsdrang, sowie der abrupte Verlauf für die Annahme einer epileptischen Grundlage spricht. 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 auffallende Uebereinstimmung öfter sich wiederholender Dämmerzustände als ein wichtiger Anhaltspunkt für die Diagnose der Epilepsie herangezogen werden.

Allein selbst nach Abrechnung aller derjenigen Fälle, in denen man an der Hand der aufgeführten Gründe zur Annahme eines epileptischen Irreseins geführt wird, bleiben noch eine Reihe von Beobachtungen übrig, welche zwar eine grosse Aehnlichkeit 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 so weit gegangen, auch hier ohne Weiteres aus theoretischen Gründen eine epileptische Ursache vorauszusetzen. Der psychisch-epileptische Anfall wurde von Samt gewissermassen als ein Aequivalent des Krampfparoxysmus betrachtet,

*) Archiv f. Psychiatrie, V. u. VI.

und jene zweifelhaften Formen waren ihm daher nichts Anderes, als Epilepsie, bei welcher sämmtliche 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.

Im Ganzen möchte ich glauben, dass die völlige klinische Uebereinstimmung in Entstehungsweise und Ablauf uns berechtigt, auch dann die gleiche Grundlage für eine psychische Störung anzunehmen, wenn sie nicht mehrfach, sondern nur ein einziges Mal im Leben auftritt. Ganz abgesehen davon, dass jene kleinen, gelegentlichen Anzeichen, die wir sonst als gültige Symptome der Epilepsie anerkennen, sehr leicht übersehen oder vergessen werden können, ist es durchaus denkbar, dass ein an sich periodisches Leiden auf weniger stark prädisponirter Grundlage nur ein einziges Mal, unter besonders ungünstigen Umständen, zum Ausbruche gelangt. Es giebt thatsächlich zahlreiche Epileptiker, bei denen mehrmals Krämpfe oder Ohnmachten auftreten, aber nur einmal ein Dämmerzustand; andererseits sehen wir vielfach diesen letzteren sich wiederholen, während etwa nur ein einziger Ohnmachtsanfall beobachtet wurde. Wenn diese klinischen Spielarten wirklich vorkommen, so könnte uns wol ein einziger, gut charakterisirter Dämmerzustand ebenso die Diagnose der Epilepsie ermöglichen, wie das ohne Zweifel ein typischer Krampfanfall thut. Aus diesen Gründen kann ich nicht umhin, nunmehr auch die sog. „Mania transitoria“*) oder besser das Delirium transitorium als eine Form des acuten epileptischen Deliriums anzusehen. Es handelt sich dabei um einen plötzlich entstehenden, nur einmal im Leben auftretenden, furibunden Erregungszustand mit tiefer, traumhafter Bewusstseinstrübung, der sehr rasch verläuft und keinerlei Erinnerung hinterlässt. Das gesammte klinische Bild scheint bis ins Einzelne dem epileptischen Delirium zu gleichen; ich selber habe leider noch niemals Gelegenheit gehabt, einen Fall zu sehen, den ich mit Bestimmtheit dem Delirium transitorium hätte zurechnen können.

Die Behandlung des epileptischen Irreseins wird, soweit das

---

*) Schwartzer, die transitorische Tobsucht. 1880; Venturi, le pazzie transitorie. 1888.

möglich ist, in erster Linie eine causale Bekämpfung der Epilepsie selber in Angriff zu nehmen haben, wie sie bald in der Trepanation (Knocheneindrücke am Schädel, corticale Herderkrankungen), bald (Reflexepilepsie) im Ausschneiden von Narben, der Beseitigung cariöser Zähne, dem Ausbrennen der Nase, bald auch (Gummata, Periostitis) in einer antiluetischen Cur zu bestehen hätte. Eine ganz besondere Wichtigkeit möchte ich dabei aus früher erörterten Gründen der Durchführung dauernder und vollständiger Enthaltsamkeit gegenüber dem Alkohol auch in jenen Fällen beilegen, in denen es sich nicht um eine eigentliche Alkoholepilepsie handelt. Jeder Epileptiker ist in höherem oder geringerem Grade intolerant gegen Alkohol und ist, wie ich glauben muss, dazu disponirt, durch denselben gelegentlich in schwere geistige Störung zu verfallen, sich selbst und Andern in hohem Grade gefährlich zu werden. Von symptomatisch-medicamentösen Mitteln können vor Allem die Bromsalze (5—6 gr pro die in mehreren Dosen) durch Verminderung der Anfälle zunächst indirect die psychischen Störungen günstig beeinflussen. Freilich kommt es nicht selten vor, dass sich unmittelbar nach dem Aussetzen des Mittels die Krämpfe und mit ihnen auch die psychischen Störungen rasch wesentlich 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. Nur gegen den epileptischen Schwachsinn ist das Bromkalium wirkungslos; er macht seine langsamen Fortschritte, selbst wenn es gelingt, die Anfälle mehr oder weniger vollständig zu unterdrücken. Unter allen Umständen ist beim Auftreten der Zeichen des Bromismus sofortiges, aber langsames Herabgehen mit der Bromgabe nothwendig. Man kann dann eventuell einen Versuch mit

Amylenhydrat (5—8 gr pro die) machen, welches ebenfalls Zahl und Stärke der epileptischen Anfälle herabzusetzen scheint.

In symptomatischer Beziehung erheischen die epileptischen Dämmerzustände eine äusserst sorgfältige Ueberwachung der Kranken wegen der grossen Gefahr, welche dieselben für sich und ihre Umgebung repräsentiren. Allmählich scheint in neuester Zeit auch auf diesem Gebiete der humanen Fürsorge ein Fortschritt sich anzubahnen. Den ersten praktischen Versuch einer Epileptikeranstalt in grösstem Massstabe hat Pastor v. Bodelschwingh in Bielefeld gemacht. Leider ist indessen schon jetzt erkennbar, dass hier die Wohlthaten des Krankenhauses durch eine specifisch theologische Auffassung und Behandlung der ohnedies zur Frömmelei neigenden Kranken vielfach beeinträchtigt werden.

X. 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 Mannichfaltigkeit dieser giftigen Quellen des Wohlbehagens ist daher eine merkwürdig reiche. Für die psychiatrische Erfahrung in unserer Heimath kommen indessen naturgemäss nur einige wenige derartige Mittel in Betracht, von denen sich als die praktisch bei weitem wichtigsten der Alkohol, das Morphium und das Cocain präsentiren.

A. Der Alkoholismus.*)

Die Einwirkung, welche die acute Alkoholvergiftung, der Rausch, auf unser Seelenleben ausübt, besteht, soweit bis jetzt bekannt ist,

*) Magnus Huss, Chronische Alkoholkrankheit oder Alkoholismus chronicus, deutsch von v. d. Busch. 1852; Magnan, de l'alcoholisme. 1874; v. Speyr, Die alkoholischen Geisteskrankheiten, Diss. 1882.

wesentlich in einer dauernden Erschwerung der Auffassung und Verarbeitung äusserer Eindrücke, sowie in einer centralen Erleichterung der Auslösung von Willensimpulsen. Diese letztgenannte Erscheinung schwindet nach einiger Zeit, um alsdann einer Lähmung auch auf psychomotorischem Gebiete Platz zu machen. Je grösser die Alkoholgabe und je grösser die persönliche Empfindlichkeit gegen das Gift, desto rascher und stärker macht sich die lähmende Wirkung geltend, bis sie schliesslich schon von Anfang an, wenige Minuten nach dem Genusse des Alkohols, deutlich in den Vordergrund tritt. Die Muskelkraft wird durch den Alkohol nur ganz kurze Zeit und in sehr unbedeutendem Masse gesteigert, darauf aber andauernd und erheblich herabgesetzt.

Alle diese zunächst durch das Experiment gefundenen und genauer analysirten Einzelheiten finden wir ohne Weiteres in dem uns praktisch bekannten Bilde des Rausches wieder. Schon sehr kleine Mengen Alkohol beeinträchtigen, wie alle guten Beobachter übereinstimmend angeben, deutlich die Fähigkeit zu höherer geistiger Arbeit. Wir vermögen unsere Gedanken nicht mehr so gut zu concentriren, längeren, verwickelteren Auseinandersetzungen nur ungenügend zu folgen. Bei stärkerer Vergiftung fällt die Erschwerung der Auffassung und der Verstandesthätigkeit immer mehr ins Auge. Der Betrunkene versteht nicht mehr recht, was man ihm sagt und was um ihn herum vorgeht, vermag nicht zuzuhören, aufzupassen, irgend einen Gedankengang festzuhalten. Er verliert jedes Urtheil über seine eigenen und fremde Verstandesleistungen, jeden Ueberblick über die Bedeutung und Tragweite seiner Handlungen. Gleichzeitig stellen sich gewisse qualitative Störungen im Ablaufe der Vorstellungsverbindungen ein. Einerseits fällt die Neigung zur Wiederholung stereotyper Wendungen, gewohnheitsmässiger Redensarten, andererseits das Vorwiegen rein sprachlicher Associationen auf, das Reimen, die an den Haaren herbeigezogenen Wortwitze, das Sprechen im Jargon, das Radebrechen in fremden Sprachen. Zum Schlusse geht die Fähigkeit zur Auffassung und geistigen Verrbeitung immer mehr verloren; der Berauschte wird unempfindlich und unbesinnlich bis zur vollständigen Bewusstlosigkeit. Die Erinnerung pflegt nach dem Verfliegen des Rausches auch für diejenigen Stadien nur sehr mangelhaft zu sein, in denen der psychische Zusammenhang im Sprechen und Handeln noch bis zu einem gewissen Grade erhalten war.

Parallel den intellectuellen Störungen geht die Entwickelung der psychomotorischen Reizerscheinungen. Sie beginnt mit jener leichten „Angeregtheit“, wie wir sie schon bei kleinen Alkoholgaben empfinden, mit dem Wegfall der feinen Hemmungen, welche im täglichen Leben unser Handeln und Benehmen jederzeit auf das Genaueste reguliren. Wir werden unbekümmerter, sorgloser, muthiger, fühlen uns freier, ungebundener, sprechen und handeln ungenirter, aber auch rücksichtsloser. Wegen der Erleichterung der motorischen Auslösung erscheint uns unsere Kraft und Leistungsfähigkeit erhöht, im Gegensatze zu deren objectiv nachweisbarer Herabsetzung. Daher die weit verbreitete, vollkommen unrichtige Anschauung, dass der Alkohol „stärke“. Bei fortschreitender Berauschung nimmt die motorische Erregbarkeit zunächst noch zu. Die Ausdrucksbewegungen werden lebhafter; der Betrunkene fängt an, zu gesticuliren, überlaut zu sprechen, Reden zu halten, zu grölen, zu lärmen, auf den Tisch zu schlagen. Ein Wort, ein Einfall genügt, um irgend eine unsinnige Reaction hervorzurufen, und es kommt auf diese Weise zu allerlei impulsiven, unüberlegten, ja verbrecherischen Handlungen, über deren Entstehungsweise der Thäter sich selbst nachträglich kaum oder gar nicht Rechenschaft zu geben vermag. Das Ende bilden Coordinationsstörungen, lallende Sprache, schwankender Gang, vollständige Lähmung.

Auf gemüthlichem Gebiete entspricht dem ersten Stadium des Rausches eine entschiedene Euphorie, heitere, rosige Stimmung, Zurücktreten der Sorgen und Verdriesslichkeiten des Alltagslebens. Wir werden jovialer, zugänglicher, liebenswürdiger. Sehr bald indessen steigert sich die Reizbarkeit. Es kommt nun leicht zu stärkeren Affectschwankungen, zu tactloser Ueberschwänglichkeit oder zu Zornausbrüchen und leidenschaftlichen Aufwallungen mit brutaler Reaction. Die höheren ethischen Gefühle treten zurück; der Betrunkene wird roh, gemein, schamlos. Die wachsende sexuelle Erregbarkeit führt ihn zu wüsten Excessen.

Der allgemeine Verlauf des Rausches wird in sehr verschiedener Weise beeinflusst durch die Individualität. Bei grosser Ermüdbarkeit stellt sich die Lähmung auch auf motorischem Gebiete verhältnissmässig früh und ohne ausgeprägtere Reizerscheinungen ein. Andererseits können bei Personen mit stärkerer gemüthlicher Erregbarkeit gerade jene letzteren in den Vordergrund treten. Während

dort rasch Schläfrigkeit und Stumpfheit die Oberhand gewinnen, kommt es hier sofort zu unbändiger Streitsucht, grobem Unfug und selbst blutigen Gewaltthaten. Lebhafte Affecte können im ersteren Falle, bei Vorwiegen der Lähmungserscheinungen, zu plötzlicher Ernüchterung führen. Im letzteren Falle dagegen wird durch sie die Erregung noch gesteigert, so dass unter dem Einflusse einer verhältnissmässig sehr geringfügigen Alkoholmenge ganz unvermittelt die unsinnigsten und gefährlichsten Handlungen begangen werden. Die abnorme gemüthliche Erregbarkeit nach Alkoholgenuss ist der forensischen Psychiatrie in der Form der sog. „pathologischen Rauschzustände“ wohlbekannt. Solche Störungen entwickeln sich wol ausschliesslich bei psychopathisch veranlagten Personen, vielfach unter der vorbereitenden Mitwirkung zufälliger stärkerer Affectschwankungen. Ganz besonders häufig sind pathologische Rauschzustände bei Epileptikern mit ihrer bekannten psychomotorischen Reizbarkeit und ihrer Empfindlichkeit gegen Alkohol; nächstdem scheinen namentlich gewisse Fälle emotiven Schwachsinns den günstigen Boden abzugeben.

So manche der in der acuten Alkoholvergiftung uns entgegentretenden Züge finden wir wieder in dem psychischen Krankheitsbilde des chronischen Alkoholismus. Das wesentlichste, die Situation von Anfang an beherrschende Symptom ist hier das allmähliche Schwinden jener constanten Motive des Handelns, die man als „moralischen Halt“, „Charakter“ zusammenzufassen pflegt. Der Trinker verliert mehr und mehr die Fähigkeit, nach feststehenden Grundsätzen zu handeln, und wird auf diese Weise zum willenlosen Spielball zufälliger äusserer Verlockungen, namentlich aber der immer unbezwinglicher werdenden Neigung zum Alkohol. In sehr naiver Weise pflegt er diese Willensschwäche einzugestehen, indem er als vollständig genügende Entschuldigung für einen Excess die Thatsache anführt, dass man ihn zum Trinken aufgefordert, ihm etwas bezahlt habe, dass Wein „auf dem Tische stand“. Auch wenn er immer und immer wieder den festen Entschluss fasst, dem Alkohol, den er mehr oder weniger klar als die Quelle seines körperlichen, sittlichen, gesellschaftlichen und wirthschaftlichen Unterganges erkennt, endgültig und für immer zu entsagen, auch wenn er vielleicht unaufgefordert seine guten Vorsätze mit den heiligsten Versprechungen und Schwüren bekräftigt

und sich beleidigt fühlt, sobald man leise Zweifel an der Aufrichtigkeit derselben äussert, genügt doch nahezu 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.

Unter immer wiederholtem Siege der wachsenden Leidenschaft über das sich abstumpfende Pflichtgefühl schreitet die sittliche Entartung des Trinkers mit Riesenschritten fort. Die mächtigen Motive der Ehrliebe, der Gatten- und Kinderliebe, der Scham verlieren ihre Wirkung über ihn. Er kümmert sich nicht mehr um das Wohl und Wehe seiner Angehörigen, giebt sie einfach dem Elend Preis, wird gleichgültig gegen ihre Bitten und Vorwürfe, wie gegen gesellschaftliche Massregelungen und die Verachtung seiner Standesgenossen. Ohne Rücksicht auf seine Bildung, seine Stellung betrinkt er sich öffentlich, schliesst wahllos Dutzbrüderschaften, verhandelt seine zartesten Familienangelegenheiten mit wildfremden Menschen. Meist entwickelt sich dabei ein gewisses erhöhtes Selbstgefühl, welches in handgreiflichen Prahlereien einen um so stärkeren Ausdruck findet, je weniger der Kranke seine zwingendsten Pflichten zu erfüllen im Stande ist.

In engster Verbindung damit steht 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 Alkoholmengen 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 der sehr verschiedenen Empfindlichkeit gegen den Alkohol selbstverständlich nur geringen Werth hat. Andere geben zwar mit einigen Umschweifen ihre Alkoholexcesse zu, stellen dieselben jedoch als durchaus nothwendig, durch ihre besonderen Lebensverhältnisse bedingt dar. „Wie kann man ohne Wein und Bier schwer arbeiten!“ sagte mir ein

Lastträger; die Andern würden ihn ja auslachen, wenn er nicht tränke. 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 Dampfschifffahrtsgesellschaft 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 wirthschaftliche und häusliche Verhältnisse begründet. 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 ergiebt sich hier bei genauer Nachforschung, dass der Zusammenhang ein umgekehrter gewesen ist, dass die angeblichen Ursachen der Trunksucht in Wirklichkeit als mittelbare oder unmittelbare Folgen derselben angesehen werden müssen.

Hand in Hand mit der moralischen Verblödung geht eine Erhöhung der gemüthlichen Reizbarkeit, namentlich während der Alkoholwirkung. Aus ihr entwickelt sich dann die berüchtigte Streitsucht der Trinker, ihre Neigung zu unfläthigem Schimpfen, raschen Gewaltacten und Rohheiten, Misshandlungen der Angehörigen, zwecklosen Zerstörungen. In bemerkenswerthem Gegensatze zu der Rücksichtslosigkeit und Heftigkeit des Trinkers in seinen häuslichen Verhältnissen steht die Gefügigkeit und Lenksamkeit desselben bei längerer Enthaltsamkeit unter dem Drucke äusseren Zwanges in der Irrenanstalt, im Gefängniss u. s. w. Dem Unerfahrenen erscheint es oft vollkommen unbegreiflich, wie es denn möglich war, dass der anscheinend ganz ruhige und gutmüthige Mensch in der Freiheit so rohe und unsinnige Gewaltthaten begehen konnte. Sehr eigenartig ist dabei vielfach der reumüthige, ja süssliche Ton der Briefe, welche von Betheuerungen, guten Vorsätzen und frommen, moralischen Redensarten strotzen, während ein Entlassungsversuch binnen kürzester Frist die ganze Haltlosigkeit des Trinkers aufs deutlichste vor Augen führt.

Etwas später, als die Störungen auf moralischem Gebiete, aber niemals gänzlich fehlend, entwickelt sich beim Alkoholisten eine allmähliche Abschwächung der Intelligenz. Die psychische Leistungsfähigkeit nach dieser Richtung hin, das Festhalten und Verarbeiten neuer Eindrücke, beginnt mehr und mehr zu leiden. Stillstand, dann Rückgang der geistigen Ausbildung, Schwäche des Gedächtnisses, Verarmung des Vorstellungsschatzes und Verengerung des Gesichtskreises sind die unausbleiblichen Folgen. In schweren Fällen kommt es schliesslich zur Entwickelung eines ausgeprägten Schwachsinns. Der Kranke bleibt zwar besonnen und orientirt, verliert aber in Folge schiefer und einseitiger Auffassung und häufig auch einzelner wirklicher Sinnestäuschungen das richtige Verständniss für die Vorgänge in seiner Umgebung. Nach derselben Richtung wirkt seine Vergesslichkeit, welche ihm unvermerkt ein völlig verzerrtes, mit eigenen Zuthaten durchsetztes Bild seiner Erlebnisse unterschiebt. Bei seinen aufdringlichen, eintönigen Erzählungen geräth er daher sehr bald in ein endloses Gefasel, voll der gröbsten Widersprüche und Unwahrscheinlichkeiten.

Regelmässig entwickelt sich beim Trinker im Laufe der Zeit eine gewisse Unruhe und Unstetigkeit. Er kann nicht lange stillsitzen, treibt sich gern ziellos herum, in den Kneipen oder auf der Landstrasse. Seine Arbeitsfähigkeit zeigt daher eine sehr bedeutende Abnahme, nicht nur weil häufige Räusche die Continuität der Beschäftigung durchbrechen, sondern namentlich auch, weil er zu jeder nachhaltigen und länger dauernden Anstrengung seiner körperlichen und geistigen Kräfte unfähig geworden ist. In Folge dessen pflegt es mit seinen wirthschaftlichen Verhältnissen rasch bergab zu gehen. Er verdient wenig oder garnichts mehr, verbraucht aber verhältnissmässig viel und greift nun zu allerlei Auskunftsmitteln, um sich das Geld zum Trinken zu verschaffen. Zunächst hört er auf, für seine Familie zu sorgen, sucht im Gegentheil noch von ihr so viel wie möglich zu erpressen. Mehr und mehr bevorzugt er die Getränke, welche ihn am raschesten und billigsten in den Rauschzustand versetzen, treibt sich in den schmutzigsten Winkelkneipen und in der verkommensten Gesellschaft herum. Sobald der Credit bei Kneipwirthen und Saufkameraden erschöpft ist, geht es ans Versetzen und Verkaufen des persönlichen, dann aber auch des Eigenthums der Angehörigen, und nicht zu selten schliesst die weitere

Laufbahn mit Zechprellereien, Schwindeleien, Betrügereien, mit Hehlerei und Diebstahl ab.

Der allgemeinen Störungen, welche der chronische Alkoholismus in den verschiedensten Organen des Körpers regelmässig erzeugt, ist bereits früher gedacht worden. Es soll daher an dieser Stelle nur noch kurz auf die schweren Veränderungen im Nervensystem hingewiesen werden. Ausser Schwindel und Kopfschmerzen, sowie dem Tremor an Zunge und gespreizten Fingern fallen namentlich die bekannten neuritischen Symptome ins Auge, Schwäche der Arme und Beine, Unsicherheit beim Stehen und Gehen, Muskelatrophie, schmerzhafte Druckpunkte, Anaesthesien, Hyperaesthesien, Paraesthesien. Die Reflexe sind vielfach gesteigert, seltener erloschen. Am Opticus hat man ebenfalls eine alkoholische Neuritis (Abblassung der temporalen Papillenhälfte) kennen gelernt; bisweilen bestehen Augenmuskellähmungen. Ueberaus häufig sind bei Trinkern vereinzelte epileptische Krampfanfälle, aber auch die Entwickelung einer ganz typischen Epilepsie mit zumeist schweren Krampferscheinungen (häufig Zungenbiss) wird in etwa $^1/_3$ der Fälle beobachtet. Es liegt nahe, in solchen Fällen an organische Hirnveränderungen zu denken. Freilich gleichen sich die auffallenden Erscheinungen des chronischen Alkoholismus selbst bei vorgeschrittener Erkrankung bisweilen mit überraschender Schnelligkeit wieder aus. Aber die zurückbleibende Schwäche, namentlich auf dem Gebiete des Willens, ist doch ein so hartnäckiges Symptom, dass wir im Hinblicke auf die Giftwirkungen des Alkohols am peripheren Nervensystem auch eine dauernde greifbare Schädigung der Centralorgane für überaus wahrscheinlich halten müssen. Leider fehlt es hier noch an Untersuchungen mit genügend zuverlässigen Methoden. Pachymeningitische Erkrankungen und Gefässveränderungen sind häufige Befunde.

Unter den Ursachen des chronischen Alkoholismus spielt eine nicht geringe Rolle die angeborene oder vererbte Disposition. Die Neigung zum Trinken wird in hohem Masse auf die Nachkommenschaft übertragen, wahrscheinlich in Form einer verringerten moralischen Widerstandsfähigkeit überhaupt, während die Verführung zum Alkoholismus insbesondere durch staatliche Einrichtungen und gesellige Gewohnheiten in mehr als ausreichender Weise besorgt wird. Namentlich die Zeiten „flotten“ Lebensgenusses fordern unter den haltlos veranlagten Personen ihre sicheren Opfer. Andererseits ist es die Noth,

das Elend, namentlich aber die verhängnissvolle Gedankenlosigkeit und Unwissenheit der Massen, welche sie wehrlos dem für unentbehrlich gehaltenen Missbrauche in die Arme treiben. Tagtäglich trinken Tausende und Abertausende gerade deswegen Wein, Bier oder Schnaps, weil sie davon überzeugt sind, dass der Alkohol die körperliche Leistungsfähigkeit erhöhe, eine „Stärkung" des Organismus bewirke. Wenn diese Anschauung schon für die acute Alkoholwirkung durch die objective Messung im Wesentlichen widerlegt wird, so ist sie für den chronischen Gebrauch geistiger Getränke zweifellos grundfalsch. Gegen diesen gefährlichen Unfug, an dem wir Aerzte zum guten Theil mit Schuld tragen, kann nicht energisch genug zu Felde gezogen werden. Gar nicht selten knüpft sich die Entwickelung des chronischen Alkoholismus direct an das zum Frühstück verordnete Gläschen Portwein oder Sherry an. So beobachtete ich kurz hintereinander zwei Frauen, welche dadurch schwerer Trunksucht verfallen waren, dass ihnen vom Arzte „zur Stärkung" nach hartnäckigen Menorrhagien der regelmässige Genuss alkoholreichen Weines empfohlen wurde. Zu welchen entsetzlichen Folgen endlich eine solche therapeutische Vergiftung bei jugendlichen Personen führt, hat unlängst Demme*) in sehr beherzigenswerther Weise geschildert.

Die Mengen alkoholischer Getränke, welche der Einzelne zu sich nimmt, sind sehr verschieden. Manche Personen vertragen von vorn herein sehr wenig, und umgekehrt scheint sich auch bei alten Trinkern bisweilen wieder eine verminderte Widerstandsfähigkeit gegen den Schnaps einzustellen. Andererseits berichtet Siemerling**) von einem Arbeiter, der in 24 Stunden 3 Liter Nordhäuser mit Bittern, von einem andern, der 2 Liter Spiritus mit Kümmel trank, sowie von einer Reihe ähnlicher Leistungen. Der Schnaps ist überall bevorzugt.

Die Prognose des ausgeprägten chronischen Alkoholismus ist gewöhnlich eine sehr trübe. Allerdings vermag man durch rechtzeitiges, energisches Eingreifen in einer Anzahl von Fällen die dauernde Entwöhnung vom Schnaps durchzusetzen und damit die durch ihn erzeugten Störungen zum Verschwinden zu bringen. Die freilich noch nicht sehr ausgedehnten Erfahrungen der Trinkerasyle

*) Ueber den Einfluss des Alkohols auf den Organismus des Kindes. 1891.
**) Charité-Annalen, XVI, p. 373 ss. 1891.

scheinen zu zeigen, dass immerhin $^1/_4$—$^1/_3$ derjenigen Kranken, welche sich einer längeren, systematischen Behandlung unterwerfen, dauernd und vollständig geheilt werden, während ein gleicher Bruchtheil wenigstens eine sehr wesentliche, anhaltende Besserung erfährt. Leider hat die Behandlung der Alkoholisten heute noch mit sehr grossen praktischen Schwierigkeiten zu kämpfen, zu deren Beseitigung bis jetzt nicht mehr als die ersten Schritte haben gethan werden können. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sinkt daher 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 vorgeschritteneren 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. Vielfach fällt frühzeitiges Altern auf. Die genauere Prüfung lässt ausserdem fast immer leichtere oder schwerere neuritische Symptome entdecken, besonders an den unteren Extremitäten. Seltener gelingt auch der Nachweis einer der sonstigen, dem chronischen Alkoholismus eigenthümlichen Organerkrankungen.

Die einzige Aufgabe, welche die Behandlung des chronischen Alkoholismus zu lösen hat, ist die Herbeiführung einer dauernden, völligen Enthaltsamkeit von allen alkoholischen Getränken. Alle Versuche, den Trinker etwa zu einem mässigen Genusse von Spirituosen zurückzuführen, scheitern erfahrungsgemäss an dem Umstande, dass eben gerade der Alkohol die Selbstbeherrschung vernichtet, die Ausführung impulsiver Handlungen begünstigt und direct zu Excessen verführt. Wer einmal, sei es aus Anlage oder durch äussere Verhältnisse, zum Trinker geworden ist, kann nur durch bedingungslose Enthaltsamkeit den Gefahren eines Rückfalles entgehen, aus dem einfachen Grunde, weil jene letztere unvergleichlich leichter durchzuführen ist, ausserordentlich viel geringere Anforderungen an die Willenskraft stellt, als das Einhalten irgendwie fixirter

Mässigkeitsgrenzen. Wenn mir demnach auch die grundsätzliche Verdammung jedes Alkoholgenusses für den gesunden Menschen an sich über das Ziel hinauszuschiessen scheint, so betrachte ich für den Trinker allerdings die unverbrüchliche Bewahrung voller Abstinenz als die nothwendige Vorbedingung seiner Wiederherstellung. In einer grossen Anzahl von Fällen empfinden die Kranken ihre hülflose Ohnmacht gegenüber dem Genussmittel stark genug, um selbst den hier angedeuteten, einzig möglichen Ausweg aus ihrem Zustande einzuschlagen. Bei kurzem Bestande des Leidens und grosser ursprünglicher Willenskraft kann die Entziehung sogar ohne weiteres äusseres Hülfsmittel von dem Kranken durchgeführt und das erreichte Resultat dauernd, je länger, um so leichter, festgehalten werden. Sehr häufig indessen sind die Trinker von vorn herein oder in Folge ihres Alkoholismus so willensschwach, dass sie den in ihren häuslichen Verhältnissen, ihrem Berufe, ihrem Verkehr liegenden Verführungen nicht aus eigener Kraft zu widerstehen vermögen. In solchen Fällen passt die Verbringung in ein „Trinkerasyl", wie sie heute, allerdings in noch gänzlich ungenügender Zahl, bereits in den meisten Ländern bestehen.

Endlich aber giebt es auch Trinker genug, denen die Einsicht in ihr eigenes Elend, sowie das Streben, sich aus demselben zu befreien, völlig fehlt, oder welche aus andern Gründen (Wahnideen) jedem Versuche einer Freiheitsbeschränkung kategorischen Widerstand entgegensetzen. Die zwangsweise Durchführung der Entziehung bei solchen Menschen kann heute nur in der Weise geschehen, dass sie als geisteskrank in eine Irrenanstalt verbracht werden. Da indessen der Alkoholismus als psychische Störung gesetzlich bisher keineswegs anerkannt wird, so besteht thatsächlich in einer erschreckend grossen Zahl von Fällen die rechtliche Unmöglichkeit, den verblendeten Trinker von der Vernichtung seiner eigenen, wie der Existenz seiner Familie auch gegen seinen Willen zurückzuhalten. Dass hier die Nothwendigkeit staatlichen Eingreifens zum Mindesten ebenso dringend ist, wie etwa bei der zwangsweisen Behandlung syphilitischer Prostituirter, von dem Verfahren gegenüber gemeingefährlichen Geisteskranken garnicht zu reden, bedarf keiner weiteren Ausführung.

Die Entziehung des Alkohols kann in der Regel eine ganz plötzliche sein. Ich habe bisher erst in einem einzigen Falle durch

den unvermittelten Wegfall des gewohnten Alkohols schwerere Störungen eintreten sehen. Es handelte sich um einen jungen Mann mit einem Herzfehler, welchem in der Heilanstalt, die er wegen seiner Trunksucht aufgesucht hatte, ärztlicherseits täglich eine Flasche Cognac verordnet worden war. Hier sah ich mich wegen der Neigung zum Collaps genöthigt, neben andern Mitteln noch einige Tage lang kleine Alkoholmengen zu geben. Meist jedoch pflegen sich die geringen anfänglichen Störungen, Schlaflosigkeit, einzelne Hallucinationen, Appetitlosigkeit schon nach wenigen Tagen erheblich zu bessern oder völlig zu verlieren. Die weitere Erholung schreitet nun ungemein schnell vorwärts. Gleichwol sollte die Dauer der Anstaltsbeaufsichtigung in einigermassen schweren Fällen nicht unter $^3/_4$—1 Jahr, nach Recidiven noch längere Zeit betragen, da namentlich die psychische Widerstandsfähigkeit immer noch erheblich geschwächt bleibt, auch wenn der Kranke in allen übrigen Beziehungen, selbst hinsichtlich seiner Krankheitseinsicht, schon vollständig genesen erscheint. Hie und da sieht man übrigens erst nach vielmonatlichem, zunächst widerwilligem Anstaltsaufenthalte doch allmählich ein besseres Verständniss für die Sachlage und damit Zugänglichkeit für die Bemühungen des Arztes zu Stande kommen. Alle diese Umstände spielen ebenso wie die Persönlichkeit des Kranken überhaupt und seine äusseren Verhältnisse eine wichtige Rolle für die Abmessung der Behandlungsdauer. Jedenfalls soll die Wiedereinführung in die Freiheit nach anfänglich strengster Ueberwachung nicht plötzlich, sondern ganz allmählich geschehen, um das Selbstvertrauen des Kranken zu kräftigen und seine Widerstandsfähigkeit praktisch zu erproben. Branntweinbrennern, Weinreisenden, Schankwirthen u. s. f. ist eine Aenderung ihres Berufes dringend anzurathen. Als moralisches Pressionsmittel zur Erleichterung der Alkoholentwöhnung ist in neuerer Zeit mehrfach mit Erfolg auch die hypnotische Suggestion mit herangezogen worden (Forel).

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 Herabsetzung der Schnapsproduction, der Monopolisirung und Einschränkung 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 Hülfe 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 abzuringen. Wie es scheint, sind nach dieser letzteren Richtung hin, durch die Kräftigung des Enthaltsamkeitsentschlusses die in England, Amerika, Skandinavien, Finnland, der Schweiz sich rasch entwickelnden „Mässigkeitsvereine“ eine beträchtliche moralische Einwirkung auszuüben im Stande gewesen. Gerade für den Trinker mit seiner Willensschwäche bildet der Rückhalt, den die Vereinigung bietet, ein sehr wichtiges Hülfsmittel im Kampfe mit der Verführung. Der sich durch das Vereinsleben, durch den Gedankenaustausch, die eigenartige Literatur entwickelnde Fanatismus ist ein wohlthätiges, vielleicht sogar nothwendiges Werkzeug zur Rettung jener ungezählten Schaaren, welche vereinzelt, auf sich selbst gestellt, unfehlbar zu Grunde gehen würden. Die wichtigsten in Betracht kommenden Vereinigungen sind der Alkoholgegnerbund (Internationaler Verein zur Bekämpfung des Alkoholgenusses), der Verein des blauen Kreuzes und der Orden der Guttempler. Freilich steht diesen Gesellschaften die Legion jener „gemüthlichen“ Vereinigungen gegenüber, welche unter irgend einem Aushängeschilde nichts anderes sind, als fruchtbare Brutöfen des „feuchtfröhlichen“ deutschen Kneipalkoholismus.

Auf der durch den chronischen Alkoholismus gebildeten Grundlage können sich eine Anzahl eigenartiger psychischer Störungen entwickeln, welche zum Theil wenigstens in ihrem klinischen Auftreten selber schon den Rückschluss auf die Grundursache gestatten, aus welcher sie hervorgegangen sind. Die bei weitem häufigste dieser Störungen, welche vielleicht nur wenigen wirklichen Trinkern erspart bleibt, ist das Delirium tremens.*)

Vielfach pflegt sich das Delirium tremens an irgend eine Gelegenheitsursache, namentlich eine Verletzung oder eine acute Er-

*) Rose, Delirium tremens und Delirium traumaticum. 1884.

krankung (Pneumonie) anzuschliessen, so dass man es vielleicht mit einem gewissen Rechte als das „Collapsdelirium der Trinker“ auffassen kann. Selten sind die Fälle, in denen lediglich erzwungene Abstinenz (Verhaftung, Cur) den Anlass zum Ausbruche der Erkrankung giebt; ich habe das nur ein einziges Mal sicher beobachtet. Dagegen scheinen Affecte, Aufregungen eine auslösende Rolle zu spielen. Einen Bauern sah ich erkranken, als er die Reise nach Amerika antrat. Auch gehäufte Excesse dürften nicht ohne Bedeutung sein. Namentlich aber ist, wie ich glaube, auf die schwere chronische Schädigung der allgemeinen Ernährung Gewicht zu legen. Von den meisten Deliranten erfährt man, dass sie in Folge ihres Magenkatarrhs seit Wochen oder Monaten sehr wenig Nahrung zu sich genommen haben.

Nach den Prodromalerscheinungen einer erhöhten psychischen (unruhiger Schlaf, Verstimmtheit, Schreckhaftigkeit) und sensoriellen (Hyperaesthesie, subjective Geräusche, Blitze, feurige Sterne) 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 lebhafte und zahlreiche phantastische Sinnestäuschungen der verschiedensten Gebiete bei meist 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 kleinere und grössere Gegenstände, Staub, Flocken, Münzen, Schnapsgläschen, Flaschen. Noch häufiger sind Thiere, welche sich immerfort zwischen die Beine drängen, in der Luft herumschwirren, das Essen bedecken, Spinnen, Käfer, Wanzen, Schlangen, Gewürm, Ratten, Hunde. Zahllose Menschenmengen dringen auf die Kranken ein (feindliche Reiter, Gensdarmen) oder marschiren in langen, phantastisch gruppirten Zügen an ihnen vorbei; einzelne gefahrdrohende Spukgestalten, Missgeburten, kleine Männer, Teufel, „Feuerrüpel“, Gespenster stecken den Kopf in die Thüre, huschen unter den Möbeln herum. Seltener sind geputzte, lachende Mädchen oder lascive Scenen. Dazu gesellen sich die Trugwahrnehmungen von brausenden Geräuschen, unbestimmtem

Tumult, lautem, wirrem Geschrei, Musik, Vogelgesang, von Glockengeläute, Kanonenschüssen und Salven, bisweilen auch von deutlichen Stimmen, Scheltworten, Drohungen und Anklagen. Durch verschiedenartige abnorme Empfindungen auf der Haut entsteht bei dem Kranken die Idee, dass Ameisen, Kröten, Spinnen auf derselben entlang kriechen; die Genitalien werden ihm abgefressen; er fühlt sich von feinen Fäden eingesponnen, gebissen, gestochen, geschossen. Er sammelt Geld, das er massenhaft herumliegen sieht und deutlich in der Hand fühlt, aber es zerrinnt wie Quecksilber. Was er anfasst, schwindet, kriecht zusammen oder wächst ins Ungeheure, um wieder zu zerfallen, fortzurollen, wegzufliessen. Nicht selten kann man dem Kranken gewisse Täuschungen (Ungeziefer am Rocke, eine Nadel in der Hand) durch energisches Einreden direct suggeriren.

Gerade bei derartigen Versuchen sieht man deutlich, dass viele dieser Trugwahrnehmungen mehr als Illusionen aufzufassen sind. Die kleinen Knoten und Unregelmässigkeiten des Gewebes erscheinen wie Flöhe auf dem Bettzeug, die Schrammen der Tischplatte als Nadeln, Flecke am Boden als Münzen; in den Wänden öffnen sich geheime Thüren; die Kranken sehen undeutlich, verschwommen, wie im Nebel; man bemerkt an ihrem Gebahren, wie sie sich abmühen, klarere Bilder zu bekommen. Trotzdem lässt sich keine schwerere Sehstörung nachweisen; alle einzelnen Eindrücke werden richtig wahrgenommen und aufgefasst; auch Anreden werden wenigstens bei eindringlicherer Wiederholung regelmässig verstanden nnd sachgemäss beantwortet.

Das Bewusstsein der Kranken ist in leichterem oder schwererem Grade getrübt. Auch dort, wo anscheinend die sinnliche Wahrnehmung äusserer Reize ganz prompt erfolgt, bietet die weitere Verarbeitung derselben ausnahmslos die schwersten Störungen dar. Die Umgebung wird von den Kranken immer verkannt. Sie begrüssen Arzt und Mitpatienten auf Befragen mit den Namen alter Bekannter, identificiren die Räume mit irgend welchen Localitäten in der Heimath, am häufigsten mit Wirthshäusern, Brauereien u. dergl. Alle diese Bezeichnungen können binnen Kurzem wechseln, wenn die Kranken ihren Aufenthaltsort geändert zu haben glauben, während sie andererseits wirkliche Reisen gewöhnlich ganz ignoriren. Auch die Schätzung der durchlebten Zeiträume ist eine ganz unsichere. Meist erscheint den Kranken die Dauer des Deliriums ungemein

lang. Sie berichten daher später über ihre krankhaften Erlebnisse, als wenn Wochen oder Monate darüber hingegangen wären.

Alle die hier angedeuteten Züge erinnern an unsere Erfahrungen im Traume, bei denen uns ja auch die klare Auffassung von Ort und Zeit vollständig verloren zu gehen pflegt, selbst wenn im Uebrigen der Zusammenhang unseres Gedankenganges leidlich gut erhalten ist. Auch im Delirium tremens pflegen die Kranken trotz ihrer Desorientirtheit nicht eigentlich verwirrt zu sein. Vielmehr sprechen sie meist ganz geordnet und erzählen in verständlicher Weise, wenn auch mit häufigen Unterbrechungen, allerlei phantastische Erlebnisse, freilich ohne deren Unsinnigkeit klar zu begreifen. Ganz wie in gewissen Träumen reiht sich während des Deliriums eine Scene voll abenteuerlicher Einzelheiten an die andere. Der Kranke durchlebt mit offenen Augen in bunter Folge die merkwürdigsten und widerspruchsvollsten Episoden und vermischt dabei oft unentwirrbar wirkliche Eindrücke mit deliriösen Elementen. Einer meiner Kranken sah sich vor ein geheimes Gericht gestellt, bei welchem Trinker und Temperenzler um ihn kämpften. Andere werden zum Tode verurtheilt, mit scheusslichem Gewürm eingesperrt, ins Bad geführt, vom Arzt untersucht, von Studenten mit Champagner überschwemmt, machen Festtafeln und weite Spaziergänge mit, finden sich dann plötzlich wieder eingesperrt und ihrer Kleider beraubt.

Sehr gewöhnlich spielt in den deliriösen Erlebnissen die gewohnte Thätigkeit eine hervorragende Rolle („Beschäftigungsdelirium"). Die Kranken glauben im Wirthshause zu sein, bestellen Schnaps oder eine Portion Kalbsbraten, sehen Getränke 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 Hantirungen werden mit grosser Ausführlichkeit vorgenommen, genau wie im wirklichen Leben.

Die Stimmung der Kranken steht im Allgemeinen mit dem Inhalte der Delirien in nahem Zusammenhange. Sie ist daher bald ängstlich, schreckhaft, bald heiter und vergnügt. Bei dem raschen Wechsel der deliriösen Scenen ändert sich auch der Stimmungshintergrund häufig ganz unvermittelt; Lachen und Todesfurcht folgen kurz aufeinander. Meist bildet sich auf diese Weise ein eigenthümliches, ungemein typisches Gemisch von geheimer Angst und

Galgenhumor heraus. Der Kranke wird durch die Schreckbilder und die Unklarheit seiner Lage beunruhigt, empfindet aber doch gleichzeitig mehr oder weniger deutlich die lächerlichen Unmöglichkeiten und Widersprüche in seinen deliriösen Erlebnissen.

Im Benehmen und Handeln des Kranken fällt regelmässig eine gewisse Unruhe auf. Er ist völlig ausser Stande, sich wirklich geordnet zu beschäftigen, sondern wird durch die Täuschungen vollkommen in Anspruch genommen. Selten lässt er als passiver Zuschauer die wechselnden Eindrücke einfach an sich vorüberziehen; meist veranlassen ihn dieselben zu lebhaften Reactionen. Er antwortet laut auf die rufenden Stimmen, vertheidigt sich gegen die Vorwürfe, drängt zur Thür hinaus, weil es bereits die höchste Zeit zu seiner Hinrichtung sei, Alle schon auf ihn warten. Ueber die wunderlichen Thiere amüsirt er sich, schreckt vor den schwirrenden Vögeln zurück, sucht das Gewürm wegzuwischen, die Käfer zu zertreten, greift mit gespreizten Fingern nach den Flöhen, sammelt das überall herumliegende Geld auf, sucht die ihn umspinnenden Fäden zu zerreissen, hüpft mit peinlicher Anstrengung über die an der Erde gezogenen Drähte hinweg. Dazu gesellen sich die mannichfachsten Handlungen, welche aus dem oben erwähnten Beschäftigungsdelirium hervorgehen. Verhältnissmässig selten kommt es auch wol einmal zu plumpen Angriffen auf die für feindselig gehaltene Umgebung oder zu ernsthafteren Selbstmordversuchen. Häufiger verunglücken die Kranken in ihren deliriösen Unternehmungen. Einer meiner Kranken stürzte sich im Arrestlocal aus Angst vor dem eintretenden Diener zwei Treppen hoch aus dem Fenster und brach den Radius; ein Student zwängte sich durch das Fenster seines Zimmers, um auf einen hallucinirten Bahnsteig zu gelangen, fiel auf das Geländer des einen Stock tiefer gelegenen Balkons und blieb dort im weichen Schnee liegen, ohne sich verletzt zu haben.

Der Schlaf ist im Delirium tremens nahezu gänzlich aufgehoben; die Unruhe pflegt sich gegen Abend zu steigern und dauert ohne jede oder doch nur mit sehr geringen Unterbrechungen fort, wenn nicht der Eintritt soporöser Zustände eine ungünstige Wendung des Krankheitsverlaufes ankündigt. Die Ernährung ist durch die ängstliche Erregung 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. In einzelnen Fällen erreicht die Temperatursteigerung eine perniciöse Hartnäckigkeit und Höhe (bis zu 43°) mit letalem Ausgange (Delirium tremens febrile von Magnan); es dürfte sich hier wol immer um Infection handeln, für deren Zustandekommen bei der Unempfindlichkeit und geringen Widerstandsfähigkeit der Kranken überall die günstigsten Bedingungen gegeben sind. Die Athmung ist frequent, ebenso der Puls; häufig treten profuse Schweisse auf. Der Harn ist nicht selten eiweisshaltig.

Auf sensiblem Gebiete bestehen vielfache Paraesthesien, 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 Reflexerregbarkeit ist bedeutend gesteigert, besonders hochgradig kurz vor epileptischen Anfällen. Die Zunge und die gespreizten Finger zeigen stets einen ausgesprochenen, vibrirenden Tremor, der sich auch noch weiter über Gesicht und Extremitäten ausbreiten kann. Bisweilen beobachtet man Zähneknirschen. In einzelnen, besonders schweren Fällen treten auch stärkere Muskelstösse und selbst tonische Spannungen auf, wahrscheinlich als Theilerscheinungen der Alkoholepilepsie. 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. Häufig werden epileptische Krampfanfälle beobachtet, in einer grossen Anzahl von Fällen als Einleitung der ganzen Erkrankung.

Der Verlauf des Delirium tremens ist meist ein rascher und günstiger. 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 Krankheitszuständen mit sehr tiefer Bewusstseinstrübung oft eine ganz klare und detaillirte. In ungünstig verlaufenden Fällen treten früher oder später die psychischen

Lähmungserscheinungen stärker hervor. Die Kranken werden unbesinnlich, deliriren ganz zusammenhangslos; die Bewegungen werden schwächer und schlaffer; der Puls wird klein, frequent, unzählbar, und unter rascher Zunahme der Benommenheit tritt der Tod ein. Dieser Ausgang ist nach meinen Erfahrungen in etwa 15—20% der Fälle zu erwarten. Die Gefahr einer Erschöpfung mit tödtlichem Collapse liegt bei der heruntergekommenen Constitution der Alkoholiker mit ihren verschiedenen Organleiden 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 Leichenöffnung pflegt sehr hochgradige venöse Stauungen und Oedeme des Schädelinhaltes zu ergeben. Verhältnissmässig selten ist der Ausgang in anderweitige Geistesstörungen.

Die Diagnose des Delirium tremens bietet bei genauer Beachtung des Krankheitsbildes gewöhnlich keinerlei Schwierigkeiten. Immerhin können gewisse acut auftretende paralytische Aufregungszustände, besonders bei vorhergehendem stärkerem Alkoholmissbrauche zu diagnostischen Zweifeln Anlass geben, wenn man nicht die Entwickelung des ganzen Krankheitsbildes, die grössere Verwirrtheit und Schwäche der Paralytiker, sowie die sonstigen Symptome dieses Leidens berücksichtigt. Vom Collapsdelirium unterscheidet sich das Delirium tremens durch das Fehlen der Ideenflucht und des lebhaften, elementaren Bewegungsdranges, sowie durch die viel grössere Besonnenheit der Kranken.

Die Behandlung hat sich vor Allem jedes schwächenden Eingriffes zu enthalten und für die möglichste Conservirung der Kräfte durch gute Ernährung (Milch) 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 zuwartenden Verfahren vollständig auskommen. Bisweilen jedoch erscheint es nothwendig, die Unruhe und Schlaflosigkeit direct zu bekämpfen. Zu diesem Zwecke wird man sich des Paraldehyd, des Sulfonal oder Trional bedienen; das Chloralhydrat ist nicht ungefährlich. Freilich versagen oft alle Schlafmittel. Krafft-Ebing hat dringend die bis

zum Eintreten des Schlafes alle 2—3 Stunden wiederholte subcutane Anwendung des Methylal (0,1 gr) angerathen, welche den grossen Vorzug haben soll, die Dauer des Deliriums abzukürzen. Wo die Zeichen vorgeschrittener Alkoholdegeneration vorliegen, bei schwereren Complicationen und bei Fieber wird auch 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. Rasches Abbrechen der Opiumbehandlung muss vermieden werden. Den Alkohol kann man für gewöhnlich vollkommen entbehren, doch halte ich ihn bei Herzschwäche und Neigung zu Collapsen für nothwendig. Ausserdem ist hier ein analeptisches, excitirendes Verfahren ohne Narkotica am Platze (Aether, Campher, starker Kaffee, kühle Uebergiessungen).

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 anderen 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.

Weit seltener, als das Delirium tremens, hat man bei Trinkern Gelegenheit, gewisse andere episodische Geistesstörungen zu beobachten. Vor allem ist hier der acute hallucinatorische Wahnsinn zu nennen, der meist unter dem Namen der acuten alkoholischen Verrücktheit beschrieben wird. Das Bild desselben ist früher bereits eingehend geschildert worden. Ferner kommen bisweilen eigenthümliche chronisch-deliriöse Zustände vor. Die Kranken halluciniren dauernd ganz in der Art der gewöhnlichen Deliranten, sind dabei unvollkommen orientirt und wechselnder, bald gereizter oder ängstlicher, bald gleichmüthig-humoristischer Stimmung. Klare Einsicht in die krankhafte Natur der Täuschungen ist nicht vorhanden; andererseits werden auch keine eigentlichen Wahnideen ausgebildet. Einer meiner Kranken suchte sich mehrfach durch Schiessen gegen die ihn bedrohenden Gestalten zu vertheidigen. Regelmässig besteht

bereits ein höherer Grad von alkoholischem Schwachsinn. Die Dauer solcher Zustände kann sich über Jahre hinaus erstrecken. Nach Aussetzen des Trinkens pflegen sich die Täuschungen ganz allmählich zu verlieren, während die geistige Schwäche fortbesteht. Endlich giebt es noch einzelne Fälle von chronischem Alkoholismus, in denen häufiger, namentlich des Nachts, einzelne Hallucinationen ohne weitere psychische Störung und mit voller Einsicht in die Krankhaftigkeit der Erscheinung auftreten. Vielleicht handelt es sich dabei nur um die erste Entwickelungsstufe des chronischen alkoholischen Deliriums. Hier verschwinden die Täuschungen sofort mit dem Aufhören des Alkoholmissbrauches.

Eine wesentlich andere Bedeutung, als den bisher betrachteten alkoholischen Störungen kommt jenem höchst auffallenden Krankheitsbilde zu, welches man mit dem Namen der Dipsomanie zu bezeichnen pflegt. Die Eigenthümlichkeit desselben besteht in der periodischen Wiederkehr eines unwiderstehlichen Dranges nach dem Genusse alkoholischer Getränke. In der Regel gehen dem dipsomanischen Anfalle gewisse Prodromalerscheinungen voraus, Unbehagen, Beklemmungsgefühle, tiefe Traurigkeit, Lebensüberdruss, erhöhte Reizbarkeit, Eingenommenheit des Kopfes, Appetitmangel, Schlaflosigkeit. Gleichzeitig bemächtigt sich des Kranken eine lebhafte innere Unruhe und damit die triebartige Begierde, sich durch den Alkoholgenuss Erleichterung zu verschaffen, so dass er Alles stehen und liegen lässt und „im hellen Galopp“ der Kneipe zueilt. Fast ohne Unterbrechung fängt er an, Wein, Bier, Schnaps, selbst Spiritus Tag und Nacht in unglaublichen Quantitäten herunterzustürzen. Unbekümmert um irgend welche gesellschaftlichen, sittlichen 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 Kleidungstücke 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 vielfach doch nicht zu sinnloser Betrunkenheit. Nach einigen Tagen oder Wochen hört das Trinken plötzlich auf; es stellt sich unter intensivem Ekelgefühl 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 mehr oder weniger regelmässigen Intervallen ohne besonderen äusseren Anlass in genau gleicher Weise. Die Zwischenzeiten betragen einige Wochen oder Monate („Quartalsäufer"), 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 Dipsomanie kann sich bei Menschen entwickeln, welche während der Zwischenzeiten durchaus nüchtern sind und keinen Tropfen geistiger Getränke zu sich nehmen. Andererseits aber tritt sie häufig bei Personen auf, welche an sich schon zu Alkoholmissbrauch geneigt waren, ohne vielleicht geradezu Trinker zu sein. Erbliche Veranlagung zur Trunksucht oder zu Geistesstörungen spielt zweifellos eine gewisse ätiologische Rolle. In manchen Fällen wird die Bedeutung des Krankheitsbildes dadurch geklärt, dass es während des Anfalls gelegentlich zur Entwickelung von Dämmerzuständen mit nachfolgender Amnesie kommt. Hier wird man an einer epileptischen Grundlage des Leidens kaum zweifeln können. Freilich dauern in solchen Fällen die sinnlosen Alkoholexcesse oft nur sehr kurze Zeit. Ich kenne einen Kranken, der nach einigen Tagen reizbarer Verstimmung ganz plötzlich davonlief, jede ihm erreichbare Menge schwerster alkoholischer Getränke hinunterstürzte und dann in tiefer Bewusstlosigkeit irgendwo aufgefunden wurde, einmal auf dem Eise eines Flusses, wo er die Nacht zugebracht hatte. Benimmt man diesen Kranken durch Internirung die Möglichkeit des Alkoholgenusses, so geht die geschilderte Verstimmung, die ganz an die periodische Reizbarkeit der Epileptiker erinnert, ohne weitere Folgen binnen wenigen Tagen vorüber.

Ich vermag nicht mit Sicherheit zu sagen, ob alle Fälle von Dipsomanie gleichartig sind. Die überwiegende Mehrzahl der von

mir selbst beobachteten Kranken gehörte mit voller Sicherheit oder doch mit grosser Wahrscheinlichkeit dem Kreise der epileptischen Geistesstörungen an. Freilich bildete die Epilepsie überall nur die Grundlage, während die weitere Gestaltung der klinischen Erscheinungen durch den Alkoholmissbrauch beherrscht wurde. Endlich war es zweifellos, dass durch den episodischen oder dauernden Alkoholgenuss die Neigung zur Entwickelung der einleitenden Verstimmung ausserordentlich begünstigt wurde. Das kann uns nicht Wunder nehmen, wenn wir die bekannten ursächlichen Beziehungen des Alkohols zur Epilepsie überhaupt berücksichtigen. Für die eigentliche Grundlage der Dipsomanie glaube ich somit im Allgemeinen epileptische periodische Verstimmungen halten zu müssen, die entweder nur auf persönlicher krankhafter Veranlagung oder auf dem Boden chronischen Alkoholmissbrauches erwachsen. Diese Verstimmungen geben den Anlass zu jenen plötzlichen unsinnigen Excessen, welche dann unter Umständen ihrerseits wieder pathologische Rauschzustände oder gelegentlich auch wirkliche epileptische Dämmerzustände auslösen können.

Die Erkennung der Krankheit bietet bei dem typisch-periodischen Verlaufe nicht die geringsten Schwierigkeiten. Die Prognose muss, in Uebereinstimmung mit der soeben entwickelten Anschauung über das Wesen des Leidens im Ganzen als eine ungünstige bezeichnet werden. Gleichwol ist die Behandlung nicht selten im Stande, einen sehr erheblichen Einfluss auf die Gestaltung der Krankheit zu gewinnen. Ich habe mich in mehreren Fällen davon überzeugen können, dass mit der zunächst zwangsweisen Durchführung vollständiger Enthaltsamkeit vom Alkohol nicht nur alle schweren Störungen während des Anfalles ausblieben, sondern dass namentlich auch die Anfälle selbst allmählich seltener und wesentlich leichter wurden. Je länger die völlige Abstinenz bestanden hatte, desto glatter kamen die Kranken über die Zeiten der Verstimmung hinweg. Schliesslich schien dabei der eigenartige Drang nach Alkohol überhaupt zu schwinden. Jedenfalls muss ich nach meinen Beobachtungen die grundsätzliche Beseitigung jeglichen Alkoholgenusses bei Dipsomanen als unumgänglich nöthig und zugleich erfolgreich bezeichnen. Wo die dauernde Unterbringung der Kranken in einer Anstalt nicht möglich ist, sollte wenigstens mit dem Eintritt der Verstimmung sofort die Ueberführung in eine Wachabtheilung bis

zum Ende des Anfalles (Bettruhe!) erfolgen. In neuerer Zeit werden aus Russland, wo die Krankheit relativ häufig ist, Heilungen durch Strychnininjectionen berichtet; eigene Erfahrungen stehen mir über dieselben bisher nicht zu Gebote. Ausserdem wäre vielleicht ein Versuch mit der Anwendung des Bromkalium in grossen Dosen zu empfehlen.

Neben diesen zumeist acut verlaufenden Psychosen haben wir als dem Alkoholismus eigenthümlich eine recht häufige chronische Form des Irreseins aufzuführen, welche klinisch dem Bilde der Verrücktheit gleicht, den sog. Eifersuchtswahn der Trinker. Diese Störung entwickelt sich unmittelbar aus gewissen Grundzügen, welche wir schon früher im alkoholischen 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 seinem geschwächten Urtheil als vollkommen sicher und unumstösslich erscheinen. Die Einmischung des Nachbarn bei einer ehelichen Scene, ein freundlicher Blick, eine versteckte Anspielung, die er auffängt, ein geheimnissvoller 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

Hie und da gesellen sich zur Vervollständigung des Indicienbeweises auch wirkliche Sinnestäuschungen hinzu, eine Gestalt, die er nächtlicher Weile ins Schlafzimmer treten sieht, eine höhnische Bemerkung, die ihm aus dem Nebenzimmer oder von der Strasse herauf zugerufen wird und Aehnliches. 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 mannichfach variirte Thema der ungerechtfertigten Eifersucht hinaus gewinnt der Wahn in der Regel nicht, doch bleibt er innerhalb dieser Grenzen durchaus fixirt und einer jeden besseren Einsicht 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 rohen Auftritten 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. Auf der andern Seite ist es natürlich auch oft schwierig, die thatsächliche Berechtigung der von den Trinkern vorgebrachten Eifersuchtsideen auszuschliessen. Das Thun und Treiben des Trinkers führt vielfach zu einer wirklichen, ernsten und dauernden Entfremdung der Ehegatten, welche dem Ehebruche die Wege ebnen muss. So typisch daher die Klagen der Trinker über eheliche Untreue sind, so nothwendig ist doch gerade hier der klare Nachweis ihrer Grundlosigkeit, bevor wir berechtigt sind, sie als krankhaft zu betrachten.

In manchen Fällen wird unser Urtheil dadurch unterstützt, dass die anfangs schroff und leidenschaftlich vorgebrachten Eifersuchtsideen nach längerer Entziehung des Alkohols allmählich von selbst zurücktreten und bisweilen sogar geradezu als krankhaft anerkannt werden. Durch diese, leider nicht sehr häufigen Besserungen, ja Heilungen des Wahnes unterscheidet sich die krankhafte Eifersucht der Trinker trotz der äusserlichen Uebereinstimmung sehr wesentlich von der eigentlichen, constitutionellen und grundsätzlich unheilbaren Verrücktheit.

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 Verbindung der Zeichen des chronischen Alkoholismus mit denjenigen der dementen, seltener der expansiven progressiven Paralyse darstellt. Zu der Gedächtnissschwäche und der gemüthlichen Stumpfheit auf der einen gesellen sich Sinnestäuschungen, Eifersuchtswahnideen auf der anderen Seite; die Ataxie des Paralytikers wird begleitet von dem Tremor und den neuritischen Störungen des Alkoholisten. Ausserdem scheinen epileptische Anfälle besonders häufig zu sein. In der Regel ging der Alkoholismus hier der Entwickelung der Paralyse schon lange Zeit voraus; bisweilen aber auch liefert erst diese letztere den Anstoss zu den gehäuften Excessen, aus denen die alkoholistischen Symptome entspringen.

Auf der anderen Seite giebt es vereinzelte Fälle von Alkoholismus, in denen neben leichten motorischen Störungen (Tremor, Sprachstörung, Ataxie, Anfälle) ein blühender Grössenwahn mit expansiver Stimmung ganz von der Art des paralytischen acut zur Ausbildung kommt, um nach einigen Monaten bis auf die Grundzüge eines mässigen Schwachsinns wieder zu verschwinden. Die Erkrankung ist hier damit endgültig abgeschlossen, während sie bei der erstenerwähnten Form regelmässig den traurigen Ausgang der typischen Dementia paralytica nimmt. Offenbar handelt es sich einfach um besonders schwere und eigenartig verlaufende Fälle von chronischem Alkoholismus (alkoholische 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 zwei Jahrzehnte zurück, wenn derselbe auch einen gewissen Zusammenhang mit der altasiatischen Sitte des Opiummissbrauches aufzuweisen hat. Die Erfindung der Pravaz'schen Spritze und die durch sie herbeigeführte

*) Fiedler, Deutsche Zeitschr. f. prakt. Medicin 1874, 27, 28; Levinstein, Die Morphiumsucht. 3. Auflage, 1883; Erlenmeyer, Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. 3. Auflage, 1887.

Verbesserung der Anwendungsart 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 Morphiums 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 gewohnheitsmässig kleinere Mengen 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 sich einmal an seinen Gebrauch 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.

Die psychischen Wirkungen des Morphiums, soweit sie bis jetzt bekannt sind, bestehen, wesentlich verschieden von denjenigen des Alkohols, in einer Erleichterung und Anregung der intellectuellen und in einer Erschwerung der psychomotorischen Vorgänge. Dieses Verhalten, welches sich durch Untersuchungen bei Morphinisten hat bestätigen lassen, macht es uns verständlich, dass uns der Morphiumrausch in eine Art angenehmer Träumerei versinken lässt, in welcher bunte, wechselnde Phantasiebilder an uns vorüberziehen, während sich gleichzeitig eine sanfte Erschlaffung auf unsere Glieder legt. Wir begreifen es auch, dass Morphinisten gerade unter dem Einflusse des Mittels sich noch zu geistiger Arbeit angeregt fühlen, welche sie in dem Zustande ihrer gewöhnlichen dauernden Energielosigkeit nicht mehr zu leisten vermögen. Das gefährlichste Element der Morphiumwirkung aber ist gerade die eigenthümliche, ruhige Euphorie, welche sich von derjenigen des Alkoholrausches sehr charakteristisch durch das vollständige Fehlen der psychomotorischen Reizerscheinungen, des bekannten Bewegungsdranges, unterscheidet. Wie beim Alkohol, ist übrigens auch hier die Gestaltung des Vergiftungsbildes im

Einzelnen in hohem Masse von der persönlichen Anlage abhängig. Ebenso gestalten sich die körperlichen Begleiterscheinungen der Narkose je nach der Individualität des Menschen, natürlich aber auch nach der Dosis des Mittels verschieden. Ein rasch auftretender metallischer oder bitterer Geschmack, Kollern im Leibe, Myosis und Erbrechen sind häufig. Als Nachwehen der Vergiftung werden Eingenommenheit des Kopfes, Schwindelgefühl, Migräne, profuse Schweisse, grosse Hinfälligkeit und Harnverhaltung beobachtet.

Die Entwickelung des Morphinismus nimmt praktisch bei Weitem am häufigsten ihren Ausgang von der ausgezeichneten schmerzstillenden Wirkung des Mittels. Irgend ein leichteres oder schwereres schmerzhaftes Leiden, eine Neuralgie, Ischias, Zahnschmerzen, Schlaflosigkeit, eine psychische Depression giebt den Anlass zur ersten Injection. Die durch sie erzielte Wirkung ist zumeist die Beseitigung aller quälenden körperlichen und psychischen Reizmomente und die Erzeugung einer überaus behaglichen, befriedigten Stimmung. Dieser günstige Erfolg ist es, welcher immer von Neuem zu einer Wiederholung der Einspritzung treibt, namentlich, wenn das quälende Leiden noch fortbesteht. Ganz unmerklich aber wird der Gebrauch des Mittels zum Selbstzweck, zum Lebensbedürfniss, auch wenn der ursprüngliche Anlass längst beseitigt ist. In ähnlicher Weise wie bekanntlich die Gründe zum Trinken nach Bedarf jederzeit bei der Hand sind, fehlt es bald auch nicht an mehr oder weniger verschämten Vorwänden für die Morphiumeinspritzung. Das tritt um so sicherer ein, als anscheinend das Morphium bei längerer Einwirkung wirklich die moralische Widerstandsfähigkeit gegenüber allen möglichen kleinen Unannehmlichkeiten und Schmerzen beträchtlich herabsetzt. In Folge dessen wird das Verlangen des Kranken nach dem beruhigenden Mittel immer häufiger und dringender. Der entscheidende Schritt ist die Ausführung der Einspritzung durch den Kranken selbst, mit oder ohne Vorwissen des Arztes. Von diesem Augenblicke an ist sein Schicksal besiegelt; er ist dem Morphinismus verfallen.

Meist sucht er sich nunmehr von dem Arzte möglichst unabhängig zu machen. Er kauft sich eine Spritze, oft auch Wage und Gewichte, bezieht sein Morphium direct oder durch Vermittelung von Leidensgefährten aus der Droguenhandlung, die ihm das Mittel in unverdächtiger Packung zusendet. Die Lösung bereitet der Kranke

sich selbst, schliesslich oft nach Gutdünken. Andere ziehen es vor, Recepte zu fälschen; ich besitze ein solches Beispiel. Auch ein College bediente sich der Pseudonyme, um nicht in den Verdacht des Morphinismus zu kommen. Vielfach findet man bei den Kranken ausser verrosteten und stumpfen Nadeln ganz trübe, halbverschimmelte Flüssigkeiten, die sie sich trotzdem einspritzen, sogar durch die Kleider hindurch. Die Folge sind häufige Abscesse. Vereinzelte Kranke greifen, wenn ihnen die Beschaffung der Spritzen zu schwierig wird, zur innerlichen Anwendung des Morphiums, auch zur Opiumtinctur, indem sie sich die nöthige Dosis jeweils unter dem Vorwande von Leibschmerzen allmählich in verschiedenen Apotheken zusammenschwindeln.

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 2, 3 gr und mehr in 24 Stunden) den sehnlichst gewünschten Erfolg nur ganz vorübergehend noch erzielen.

Alle die schon früher gelegentlich hervorgetretenen Beschwerden des Morphinismus erreichen nach und nach ihren Höhepunkt. Das Gedächtniss wird vielfach unsicher; die geistige Leistungsfähigkeit, namentlich die Productivität, nimmt ab und kann nur unter dem unmittelbaren Einflusse des Morphiums noch auf einer gewissen Höhe erhalten werden. Auf diese Weise kommt es zu einem beständigen Wechsel zwischen Stunden relativen Wohlbefindens und solchen apathischer Erschlaffung oder nervöser Unruhe, ein Zustand,

der natürlich eine geregelte, systematische Thätigkeit völlig unmöglich macht. Die Stimmung ist ebenfalls vielfachen Schwankungen unterworfen, bald deprimirt, muthlos, hypochondrisch, bald zuversichtlich und übermüthig; nicht selten stellen sich vorübergehende heftige Angstanfälle ein.

In ganz besonderem Masse aber wird der Charakter der Kranken in Mitleidenschaft gezogen. Sie verlieren nicht nur vollkommen die Fähigkeit, sich selber endgültig und thatkräftig 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 Menge des Mittels versehen zu haben; keiner, auch nicht der heiligsten Versicherung eines Morphinisten über diesen Punkt ist jemals blindlings zu trauen. Selbst Aerzte sind darin ganz unzuverlässig. Ein College brachte das Morphium unter dem Holzbelag einer grossen Haarbürste versteckt mit sich und erzwang durch einen äusserst brutalen Auftritt seine sofortige Entlassung, als ihm die Benutzung der Bürste unmöglich gemacht wurde. Der Schlaf erleidet meist hochgradige Störungen. Beim Einschlafen treten zeitweise Hallucinationen auf, besonders des Gesichtes; die Kranken liegen viele Stunden lang wach, 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, ataktisch. Hie und da werden Erschwerung der Sprache, 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, namentlich für Fleischspeisen, vermindert sich; es stellt sich zeitweiliger Heisshunger oder bei grosser Trockenheit des Mundes unstillbarer Durst ein; die meist bestehende Verstopfung

wechselt mit vorübergehender Diarrhöe. Von Seiten der Circulationsorgane werden hie und da quälende Herzpalpitationen beobachtet; der Puls ist etwas beschleunigt, bisweilen unregelmässig. Das Ohrensausen, die Benommenheit, die Schwindel- und selbst Ohnmachtsanfälle, sowie die reichlichen kalten Schweisse und das Frösteln der Morphinisten sind wol ebenfalls auf vasomotorische Störungen zurückzuführen. Ferner gehören auch Respirationsstörungen, besonders asthmatische Beschwerden, nicht selten zu dem hier gezeichneten Symptomencomplexe. Die libido sexualis und die Potenz nimmt ab; die Menses cessiren. Levinstein betrachtet endlich noch Eiweissgehalt des Harns, sowie eigenthümliche tertiane Fieberanfälle als gelegentliche Symptome des Morphinismus, doch haben andere Beobachter seine Angaben nicht bestätigen 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 Morphiumgebrauches geltend; in anderen 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 Gabe des Mittels wieder etwas zurückzugehen. Der sonst gleichmässig 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 in gewissem Sinne eine fast unbegrenzte; schon jetzt sind Fälle bekannt, in denen das Morphium ohne Unterbrechung 20 Jahre hindurch und länger fortgenommen wurde.

Der Morphinismus ist fast ausschliesslich eine Krankheit 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. Man kann rechnen, dass 75% der Morphinisten Männer und von diesen wieder mindestens die Hälfte Aerzte

sind. Dazu kommen noch in grosser Zahl deren Angehörige, namentlich die Frauen. Weiterhin ist natürlich die Gefahr, dem chronischen Missbrauche des Morphiums zu verfallen, um so grösser, je angenehmer sich die ganze Wirkung des Mittels im einzelnen Falle gestaltet; es giebt Menschen, bei denen bereits die erste Injection in diesem Sinne über das ganze fernere Leben entscheidet. Endlich ist offenbar die Disposition zum Morphinismus auch wesentlich von der psychischen Veranlagung abhängig. Ich habe immer den Eindruck gehabt, dass eine grosse Zahl von Morphinisten, ebenso wie viele Trinker, schon vor der chronischen Vergiftung einen bedeutenden Grad von Charakterschwäche dargeboten haben. Dafür spricht die bisweilen staunenswerthe Geringfügigkeit der Beweggründe (Neugierde, Verführung), welche zum Missbrauche des Mittels geführt haben, sowie der unglaubliche Leichtsinn, mit welchem Morphinisten vielfach Propaganda machen, ihren Leidensgefährten Morphium verschaffen und in einer Art „esprit de corps“ die energische Verfolgung ihrer Helfershelfer zu verhindern suchen. Ein junger Morphinist erzählte mir, dass in dem russischen Regiment, in welchem er diente, fast alle Offiziere „zu ihrem Vergnügen gespritzt“ hätten; ein morphinistischer Arzt veranlasste seine Braut ohne jeden Grund, ebenfalls Morphium zu gebrauchen, und diese verführte wiederum ihre intimste Freundin, sich diesen Genuss zu verschaffen.

Es muss indessen an dieser Stelle mit aller Schärfe die schwere Anklage gegen den ärztlichen Stand erhoben werden, dass er es ist, den wir für das Dasein und die erschreckende Verbreitung des Morphinismus in allererster Linie verantwortlich zu machen haben. Gäbe es keine Aerzte, so gäbe es auch keinen Morphinismus. Die Unwissenheit und der Leichtsinn der Aerzte sind es, welche den Kranken tagtäglich bei den geringfügigsten Anlässen mit dem höchst gefährlichen Mittel bekannt machen, das so leicht seine ganze Zukunft vernichten kann. Namentlich sind es allerdings jene zahlreichen Aerzte, die selbst unter dem Banne des Morphiums stehen, welche mit merkwürdiger Regelmässigkeit zu wahren morphinistischen Infectionsherden werden. Ich kannte einen derartigen Collegen, — und solche Beispiele sind leider nicht selten — der bei seiner zahlreichen Clientel jede beliebige Klage durch eine Morphiuminjection zu beseitigen pflegte und so gewissermassen das Haupt einer ganzen Morphinistengemeinde wurde. Dieser Mann handelte freilich unver-

antwortlich, aber wenigstens uneigennützig. Viel schlimmer ist es, dass sich in unserm Stande Subjecte finden, welche die Noth der Morphinisten planmässig ausnützen, um ihnen für schweres Geld die ihnen unentbehrlichen Recepte zu schreiben! Ich besass das Recept eines Arztes, der einem Morphinisten nicht weniger als 1 gr Morphium in einmaliger Gabe zu beliebiger Verwendung aufgeschrieben hatte.

Die Prognose des Morphinismus ist in jedem Falle eine sehr ernste. Hie und da kommen plötzliche Todesfälle vor. Die Kranken greifen, namentlich nach Entziehungscuren, die Gabe einmal viel zu hoch, oder es entwickeln sich unter dem Einflusse der Ersatzmittel des Morphiums chronische Herzaffectionen, welche zu unvorhergesehenen Collapsen führen. Andererseits ist der Ausgang in schweres, mit dem Tode endendes Siechthum bei reinem Morphinismus nicht gerade allzu häufig, und die Entziehung des Mittels 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; nur eine sehr geringe Zahl von Morphinisten vermag ihr auf die Dauer zu entgehen. Mit voller Sicherheit kann ich von mehreren Dutzend Morphinisten, die ich in den letzten Jahren behandelt habe, höchstens 2—3 für dauernd geheilt halten, also etwa 10 Procent. 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 aus der Verbindung des Morphiums mit anderen ähnlichen Mitteln. 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 neuerer Zeit vor Allem das Cocain in Anwendung. So gut wie niemals gelingt es den Kranken, auf diese Weise das Morphium wirklich los zu werden oder auch nur durch ein anderes

Mittel zu ersetzen; in der Regel kommt zu dem alten Uebel einfach ein neues, kaum weniger schlimmes oder noch schlimmeres hinzu.

Die Erkennung des Morphinismus stützt sich neben der Beachtung der körperlichen Vergiftungssymptome (Myosis, Appetitlosigkeit, Ernährungsstörung), sowie der oft sehr ins Auge fallenden Injectionsspuren (glänzende, ovale Narben, schwielige Verhärtungen oder selbst atonische Geschwüre, meist an den Armen, aber auch an Bauch und Oberschenkeln), 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 Niedergeschlagenheit weichen, so dass dem aufmerksamen Beobachter der Gegensatz zwischen diesen verschiedenartigen Dispositionen kaum verborgen bleiben kann. Für die Erkenntniss der besonderen Ursache finden sich dann bei näherem Nachforschen bald weitere anamnestische und thatsächliche Anhaltspunkte. Leider lässt sich das Morphium in den Ausscheidungen der Kranken nur sehr schwierig nachweisen, da es zum grössten Theile in den Koth übergeht. Die volle Sicherheit über das Bestehen des Morphinismus kann man sich durch eine zuverlässige Isolirung des Kranken verschaffen. Hat man diesem Letzteren wirklich jede Möglichkeit einer heimlichen Morphiumzufuhr abgeschnitten, so darf der Eintritt oder das Ausbleiben der Abstinenzerscheinungen als ein untrügliches experimentum crucis gelten.

Die wichtigste Aufgabe bei der Bekämpfung des Morphinismus ist ohne Zweifel die Prophylaxe, die leider noch sehr im Argen liegt. Einen Theil dieser Aufgabe hat die Gesetzgebung zu lösen gesucht, indem sie den Verkauf des Morphiums ohne besondere ärztliche Vorschrift in jedem einzelnen Falle verbietet. Es ist öffentliches Geheimniss, dass die Morphinisten diese Bestimmungen ohne erhebliche Schwierigkeit zu durchbrechen oder zu umgehen wissen. Die besten Helfershelfer sind ihnen dabei gewisse, namentlich morphinistische Aerzte. Nach meinen Erfahrungen kann ich daher nur aus voller Ueberzeugung der von Lewin*) aufgestellten Forderung zustimmen, dass jedem an Morphinismus leidenden Arzte bis zum Nachweise seiner

*) Berliner klinische Wochenschrift, 1891, 51.

dauernden und vollständigen Heilung das Recht der Praxis entzogen werden sollte. Freilich stehen der Durchführung einer solchen Massregel sehr grosse Schwierigkeiten im Wege. Aber auch in anderer Richtung können wir Aerzte zur Bekämpfung des Morphiummissbrauches ausserordentlich viel thun. Wir sollten es uns zum festen Grundsatze machen, bei allen chronischen Erkrankungen nur dann zum Morphium zu greifen, wenn dieselben durchaus unheilbar sind und zum Tode führen. Aber auch hier, ebenso bei acuten Leiden, soll das Morphium nur dann und nur so lange gegeben werden, als es unumgänglich nothwendig ist. Einfache neurasthenische und hysterische Beschwerden mit Morphium zu behandeln, muss unbedingt als ärztlicher Kunstfehler gelten. Gewissenlos ist es endlich, unter welchem Vorwande es auch sei, irgend einem Kranken Spritze oder Lösung zum eigenen Gebrauche in die Hand zu geben und überhaupt grössere Mengen des Mittels zu verschreiben, deren Verwendung nicht genau überwacht werden kann.

Die Behandlung des entwickelten 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 Ausschliessung des Morphiums mit Sicherheit gestatten. Allerdings ist es, namentlich im Hinblick auf die moralische Unzuverlässigkeit der Morphinisten, nicht immer leicht, sich nach dieser Richtung hin ausreichende Gewähr zu verschaffen. Die Erfahrung zahlloser schlauer Betrügereien Seitens der Kranken, ihrer Angehörigen und Freunde, der Mitpatienten, des Wartpersonals predigt eindringlich die Nothwendigkeit des äussersten, unermüdlichsten Misstrauens. Ein kranker College bewog einen Wärter durch Schenken eines Anzugs und das Versprechen, ihn als Diener anzustellen, zur heimlichen Besorgung eines Morphiumreceptes.

Es muss daher zum mindesten als eine gefährliche Selbsttäuschung betrachtet werden, wenn manche Aerzte glauben, bei der Behandlung des Morphinismus das Sicherungsmittel der genauesten

Ueberwachung und einen gewissen äusseren Zwang entbehren zu können. Ich besitze den Bericht eines Arztes, der im Hinblick auf die Milde der von ihm geübten Entziehungscur seine Kranken frei schalten und walten liess und ihnen nur mittheilte, dass sie selbst die Verantwortung trügen, wenn sie sich ohne sein Wissen Morphium verschafften. Die Folge davon war, dass die Kranken unter seiner Behandlung, freilich ohne sein Wissen, noch mehr spritzten, als vorher.

Sobald dem Kranken das gewohnte Reizmittel entzogen wird, treten nach einigen (5—6) Stunden jene Abstinenzerscheinungen hervor, die wir zum Theil schon in dem Bilde des Morphinismus als die Ursachen kennen gelernt haben, welche den gequälten Kranken immer von Neuem 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, häufiges Gähnen, Niesen, 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 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, namentlich bei Herzschwäche, 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, bei dessen Zustandekommen vielleicht der therapeutische Alkoholgenuss eine gewisse Rolle spielt, gewöhnlich nur eine Reihe von Stunden oder doch nicht mehr als 1—2 Tage.

Auch im Bereiche des übrigen Nervensystems macht sich die gewaltige Umwälzung geltend, welche durch die Entziehung des gewohnten Reizmittels herbeigeführt wird. Es treten unwillkürliche Bewegungen und Zuckungen in den Beinen, asthmatische Zufälle, Krampfhusten, Accommodationsparesen, Tenesmen, Blasenkrämpfe und

-lähmungen, Erbrechen, Herzpalpitationen, namentlich aber Ohnmachten und gefährliche Collapse mit plötzlichem, raschem 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 Schweissabsonderung, sowie in andauernden starken Durchfällen kundgiebt; bisweilen tritt Eiweiss im Harn auf. Die Schwere der Abstinenzerscheinungen ist eine ausserordentlich verschiedene. Sie hängt von der Grösse der Dosis, der Länge der Gewöhnung, dem Allgemeinzustande der Kranken und der persönlichen Veranlagung ab. Bisweilen beschränken sich die Störungen auf einige Durchfälle, Schwitzen, lebhaftes Unbehagen und Schlaflosigkeit, während in anderen Fällen die allerschwersten, das Leben bedrohenden Symptome auftreten. Eine Entziehung ganz ohne Beschwerden giebt es indessen nach meinen Erfahrungen nicht. Wo die Erscheinungen auffallend gering sind oder gar völliges Wohlbefinden besteht, wird sicher heimlich Morphium zugeführt. Noch vor einiger Zeit wurde ich auf einen derartigen Betrug dadurch aufmerksam, dass ich den betreffenden Kranken, einen Collegen, bei der Visite behaglich schlafend antraf.

Alle Entziehungserscheinungen lassen sich nämlich durch das Morphium selbst wieder beseitigen oder doch erheblich mildern. Diese Thatsache ist es, welche zur Aufstellung zweier verschiedener Hauptmethoden der Morphiumentziehung geführt hat, zu der plötzlichen und zu der allmählichen Entziehungscur. Bei der ersteren lässt man von der gewohnten Dosis aus die Morphiuminjectionen mit einem Schlage vollständig wegfallen, während man im anderen Falle zuerst langsam mit der Gabe heruntergeht oder die Zwischenzeiten vergrössert, bevor man endlich mit den Einspritzungen vollständig abbricht. Beide Methoden haben ihre eifrigen Vertheidiger gefunden. Während bei der plötzlichen Entziehung (Levinstein) die Abstinenzerscheinungen meist ausserordentlich schroff hervortreten, von vorübergehenden Delirien und namentlich der Gefahr schwerer Collapse begleitet sind, dafür aber binnen wenigen Tagen ablaufen, gestalten sich jene Symptome bei der allmählichen Entziehung (Burkart) weniger stürmisch, erstrecken sich aber über eine viel längere Zeit.

Gerade dieser Umstand erschwert natürlich den völligen Ausschluss jeder unberufenen Morphiumzufuhr ungemein, namentlich wenn man den besonnenen Kranken, was bei einer Curdauer von 3—4 Wochen schwer zu umgehen ist, etwas freiere Bewegung gestattet; die Möglichkeit eines Betruges liegt daher ausserordentlich nahe. Um dieser Gefahr einerseits, den oben geschilderten lebenbedrohenden Zufällen andererseits auszuweichen, hat Erlenmeyer mit seiner „schnellen" Entziehungsmethode, die sich über 1—2 Wochen erstreckt, einen Mittelweg eingeschlagen, der in der That für die überwiegende Mehrzahl der Fälle am angemessensten erscheint. Da jeder Morphinist weit mehr Morphium zu nehmen pflegt, als für sein Wohlbefinden nothwendig ist („Existenzminimum"), wird zunächst sofort auf die Hälfte oder selbst ein Drittel des gewohnheitsmässigen Gebrauches heruntergegangen und dann allmählich planmässig die Dosis weiter vermindert; die Abendeinspritzung fällt zuletzt fort.

Die Behandlung der Morphiumabstinenz bedarf überall 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; im Nothfalle wird man nicht zögern, durch eine Morphiuminjection die schweren Erscheinungen zu beseitigen. Gegen die hartnäckige Unruhe und Schlaflosigkeit wird man bisweilen durch Eisapplication auf den Kopf, durch laue Bäder oder durch ein Schlafmittel, wenn es der Kranke verträgt, etwas erreichen können. Die mannichfachen Schmerzen lindert ebenfalls oft die locale Anwendung der Kälte; gegen die Tenesmen und Diarrhöe helfen laue Eingiessungen und Stuhlzäpfchen mit Belladonna. Das Erbrechen wird durch Eispillen und Kataplasmen bekämpft. Da das Morphium auch bei subcutaner Anwendung sehr rasch in den Magen gelangt, hat neuerdings Hitzig Magenausspülungen empfohlen, welche nicht nur die genannte Erscheinung, sondern auch das Gesammtbild der Abstinenz in sehr günstiger Weise beeinflussen sollen.

Zur Erleichterung der Entziehung empfiehlt Burkart, zunächst die innerliche Anwendung des Morphiums an Stelle der Einspritzung zu setzen und endlich auch fernerhin durch Opiumgaben den Ausfall

des gewohnten Genussmittels weniger fühlbar zu machen. Da indessen erfahrungsgemäss und aus naheliegenden Gründen der Opiummissbrauch nicht selten denjenigen des Morphiums einfach ersetzt, so ist der Nutzen dieses Verfahrens nicht recht verständlich. Das in neuerer Zeit so enthusiastisch angepriesene Cocain darf wol nach den jetzt vorliegenden Erfahrungen einfach als ein minderwerthiger und zugleich sehr gefährlicher Ersatz für das Morphium angesehen werden; es lindert viele Beschwerden der Morphiumabstinenz, wirkt aber immer nur für kurze Zeit und führt in jedem Falle die äusserst bedenkliche Wahrscheinlichkeit eines späteren Morphio-Cocainismus herauf. Vor seiner Anwendung kann daher nicht eindringlich genug gewarnt werden. Ueber den Werth des ebenfalls als Erleichterungsmittel bei der Morphiumentziehung empfohlenen Nitroglycerin und Sparteïn werden erst weitere Erfahrungen zu entscheiden haben. Ebenso vermag ich ein eigenes Urtheil über die Erfolge der Hypnose in diesen Zuständen zur Zeit nicht abzugeben. Dagegen ist es ohne Zweifel von besonderer Wichtigkeit, 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. Gerade nach dieser Richtung werden Magenausspülungen voraussichtlich nützlich sein.

Die auffallenderen Abstinenzerscheinungen treten bei der plötzlichen Entziehung oft schon nach wenigen Tagen, bei der schnellen etwas langsamer und 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 Hülfe von Schlafmitteln, hydropathischen Proceduren, 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 Morphium kann mit einem Male, häufig im Anschlusse an einen äusseren Anlass, ein körperliches Unwohlsein, die Ausführung einer Morphiuminjection, oder bei Rückkehr in die alte Umgebung, in eine auf-

reibende Thätigkeit die Neigung zu dem Mittel mit fast unwiderstehlicher Gewalt wieder hervortreten. Namentlich 6—8 Monate nach Wiederaufnahme der Arbeit pflegt sich ein Zustand von Nervosität einzustellen, welcher dem genesenen Morphinisten ausserordentlich gefährlich ist und eine Ausspannung und Erholung dringend nothwendig macht. Auch späterhin kehren noch öfters in schwächerer Andeutung ähnliche Mahnungen zum Ausruhen wieder.

Unter diesen Umständen müssen wir dem entlassenen Morphinisten ernstlich rathen, jede Schwankung seiner nervösen und psychischen Widerstandsfähigkeit genau zu beachten und sich mindestens ein Jahr lang nach beendeter Cur in irgend einer Form unter eine gewisse Ueberwachung zu stellen, welche jede Neigung zum Rückfalle im Keime erstickt, sei es in der Familie, sei es in der Gesellschaft eines zuverlässigen, eingeweihten Freundes. 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 hervorzutreten pflegt. Forel empfiehlt ferner, wie mir scheint, mit vollem Recht, jedem Morphinisten, gleichzeitig die volle Enthaltsamkeit von geistigen Getränken durchzuführen. Nicht selten ist es der Leichtsinn der Berauschtheit oder der Missmuth des Katzenjammers, welche die mühsam bewahrte Selbstbeherrschung über den Haufen werfen und zum Rückfall führen. Endlich habe ich es in mehreren Fällen erreicht, dass die Genesenen sich dazu entschlossen, einige Jahre lang 1—2mal jährlich eine strenge Quarantäne von 2—3tägiger Dauer in einer geschlossenen Anstalt durchzumachen. Auf diese Weise wird dem Kranken selbst ein gewisser moralischer Halt gegeben; seine Angehörigen werden beruhigt, und ein etwaiger Rückfall kann nicht allzulange unentdeckt bleiben. Freilich pflegen nur diejenigen wiederzukommen, welche abstinent geblieben sind; von den Rückfälligen hört man meist erst auf Umwegen oder gar nicht.

Die vollständige und dauernde Entziehung des Morphiums erweist sich selbst beim besten Willen des Arztes und des Patienten in einer Reihe von Fällen als undurchführbar. Abgesehen von jenen Kranken, denen das Leben wegen irgend eines unheilbaren, schmerzhaften Leidens nur durch das Morphium erträglich wird, sieht man bei älteren Personen jenseits der 50er Jahre, sowie bei sehr lange (Jahrzehnte) bestehendem Morphinismus nicht selten

die Entziehung des Morphiums zu einem langsam fortschreitenden Siechthum führen, welches die Lebensfähigkeit in höherem Grade beeinträchtigt, als der Morphinismus selbst. Hier muss man sich damit begnügen, die Gabe des Mittels nach Möglichkeit niedrig zu halten und den Kranken dauernd unter ärztliche Aufsicht 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 wohlbekannt sind, wie diejenigen des Opiumrauchens in China.

Die nächste Wirkung des Cocains ist eine unter Steigerung der Pulsfrequenz und Sinken des Blutdruckes eintretende rauschartige Erregung mit behaglichem Wärmegefühle und ausgesprochenem Wohlbefinden. Der Mensch wird lebhaft, geschwätzig, fühlt sich leistungsfähiger und kräftiger. Freilich folgt ziemlich bald die Erschlaffung. Grössere Gaben erzeugen deliriöse Erregungszustände mit Neigung zu plötzlichen Collapsen. Bei längerer Fortsetzung der Einspritzungen, zu der man durch ein starkes Unbehagen beim Aussetzen des Mittels (Beklemmungsgefühl, Herzklopfen, Ohnmacht) gedrängt wird, stellt sich eine dauernde nervöse Erregung mit leichter Ideenflucht und völliger Unfähigkeit zu geistiger Beschäftigung, Energielosigkeit und Abnahme des Gedächtnisses ein. Der Kranke entwickelt eine planlose Vielgeschäftigkeit, ist ungemein redselig und weitschweifig im mündlichen Verkehre, schreibt langathmige Briefe ohne ersichtlichen Zweck und verabsäumt dabei seine wichtigsten Obliegenheiten. Er wird unzuverlässig und vergesslich, unordentlich

*) Erlenmeyer, op. cit. p. 154 ss; Thomsen, Charitéannalen XII, 1887, p. 405; Heymann, Berliner Klin. Wochenschr. XXIV, 1887, p. 278; Obersteiner, Wiener Klin. Wochenschr. 1888, 19; Saury, Annales médico-psychologiques, 1889, p. 439.

und kopflos in seiner ganzen Lebensführung, vernachlässigt sein Aeusseres und geräth mit seiner Berufsthätigkeit, mit seinen gesellschaftlichen und wirthschaftlichen Verhältnissen in raschen und unaufhaltsamen Verfall. Die Stimmung schwankt zwischen überschwänglichem Wohlbefinden, grosser Reizbarkeit und geheimer misstrauischer Angst bei gleichzeitiger Abstumpfung der moralischen Gefühle, die sich in der auffallenden Unempfindlichkeit der Kranken gegen die nächstliegenden Forderungen der Sittlichkeit kundgiebt.

Diese tiefgreifende psychische Entartung wird regelmässig von den Anzeichen schweren körperlichen Siechthums begleitet. Die allgemeine Ernährung liegt trotz reichlicher Nahrungszufuhr darnieder; das Körpergewicht sinkt ungemein rasch. Das Aussehen wird greisenhaft, die Hautfarbe fahl, die Gesichtszüge schlaff, ausdruckslos, müde, der Gang unsicher; es besteht grosse körperliche Schwäche und Hinfälligkeit. Die Reflexe sind gesteigert; häufig beobachtet man lebhafte Muskelunruhe und selbst krampfartige Zuckungen. Die Pupillen sind stark erweitert; die Zunge zittert. Der Puls ist beschleunigt; dazu kommt Herzklopfen, Athemnoth, Neigung zu Ohnmachten. Die Schweissabsonderung ist vermehrt; die Potenz schwindet trotz gleichzeitiger geschlechtlicher Aufregung. Der Schlaf ist stets sehr gestört, zeitweise völlig aufgehoben, so dass die Kranken zu Schlafmitteln, namentlich zum Morphium greifen. Bei einem 14jährigen Knaben meiner Beobachtung, der sich seit sieben Wochen täglich 2—3 gr Cocain einspritzte und in Folge dessen bereits eine Beugecontractur der beiden, von zahlreichen Abscessen durchsetzten Arme davon getragen hatte, traten ausserdem Unreinlichkeit, sowie häufige Schwindelanfälle mit deliriöser Verwirrtheit und zeitweisen Hallucinationen auf.

Auf der allgemeinen Grundlage der cocainistischen Entartung entwickelt sich überaus häufig ein ganz bestimmtes Krankheitsbild von der Form des acuten hallucinatorischen Wahnsinns. Der Beginn der Erkrankung ist meist ein rascher. Nachdem eine reizbare, misstrauische, ängstliche Stimmung mit grosser Ruhelosigkeit und Unstetigkeit kurze Zeit vorhergegangen ist, treten plötzlich Hallucinationen auf verschiedenen Sinnesgebieten hervor. Der Kranke hört Schimpfworte, Anspielungen, Drohungen, Gespräche, die sich auf sein gegenwärtiges Thun und Treiben, auf frühere Erlebnisse, ja auf seine geheimsten Gedanken beziehen. Seine Umgebung er-

scheint ihm unheimlich, verändert. Er sieht Bilder, die ihm wie mit einer Laterna magica vorgespiegelt werden, namentlich aber zahllose winzige Gegenstände, die von ihm als Flöhe, Bakterien, Krätzmilben, Krystalle aufgefasst und bisweilen auch unter dem Mikroskope wiedergefunden werden. Besonders stark ausgebildet pflegen die Gefühlstäuschungen zu sein. Der Kranke empfindet ein lebhaftes Hautjucken, das er auf elektrische oder magnetische Beeinflussung zurückführt; er glaubt mit Nadeln gespickt, ausgesogen, mit Fäden umsponnen, von Ungeziefer aufgezehrt zu werden.

Diese letzten Erfahrungen zeigen uns deutlich den grossen Einfluss, den hier die wahnhafte Deutung auf die Verfälschung der Wahrnehmung hat. Ziehen in den Gliedern wird von dem Kranken als Zeichen einer feindseligen Vergiftung betrachtet; starkes Herzklopfen führt zu der Befürchtung einer bevorstehenden Herzruptur. In Folge der Gehörstäuschungen glaubt sich der Kranke überall bedroht und beobachtet. Man liest seine Gedanken mit Hülfe geheimnissvoller Vorrichtungen; in den Wänden und Thüren sind versteckte Oeffnungen, durch die man ihn überwacht; seine Papiere werden durchstöbert und gelesen; in verleumderischen Briefen werden Niederträchtigkeiten und Verdächtigungen über ihn ausgestreut. Von allen Seiten drohen Gefahren, denen sich der Kranke durch Beschwerden bei der Polizei, durch Wohnungswechsel, überstürzte Reisen, durch Drohungen und schliesslich sogar durch feindliche Angriffe zu entziehen sucht. Sehr häufig greift er zum Revolver und schiesst auf seine vermeintlichen Widersacher, um sein Leben so theuer als möglich zu verkaufen, oder er macht seiner verzweifelten Lage durch Selbstmord ein Ende. Einer meiner Kranken, dem das Blut in Strömen aus der Brust hervorzuquellen schien und der daher seinen Tod herannahen glaubte, beschwor seine gleichfalls unter dem Einflusse des Cocains stehende Frau, mit ihm zu sterben, worauf sie sich sofort mit Hyoscin vergiftete.

Eine sehr eigenthümliche, aber anscheinend typische Störung in diesen Zuständen ist der unsinnige Eifersuchtswahn der Cocainisten. Wenn schon der sonstige Inhalt der Täuschungen vielfach ein geschlechtlich obscöner ist, so bemächtigt sich des Kranken ferner die Idee, dass seine Frau ihm von jeher untreu gewesen sei. Er hört und glaubt, dass sie von allen Seiten Liebesbriefe empfangen, mit zahllosen Männern geschlechtlich verkehrt habe. Sie ist blass ge-

worden, als sie plötzlich von ihrem Manne überrascht wurde, hat schnell ein Papier versteckt, ist schon auf der Hochzeitsreise mit einem fremden Herrn im Abtritt verschwunden, in der Tanzstunde von Lieutenants mit aufs Zimmer genommen worden. Ein College erzählte mir mit dem Ausdrucke tiefsten Bedauerns, seine Frau sei leider krank, nymphomanisch gewesen; sie habe ihm selber gestanden, dass sie sich mit jedem Dienstmann und Droschkenkutscher vergangen habe; er meine fast, sie sei schon unkeusch auf die Welt gekommen. Auch dieser Wahn kann gelegentlich zu gefährlichen Angriffen auf die vermeintlich Schuldigen führen.

Das Bewusstsein der Kranken ist trotz der zahlreichen, nicht corrigirten Sinnestäuschungen und Wahnideen andauernd so klar, dass sie nicht nur über ihre Umgebung orientirt, sondern auch im Stande sind, zusammenhängend und ziemlich geordnet über ihre Vorstellungen und Zustände Auskunft zu geben. Nur vorübergehend kommt es unter lebhafteren Affectschwankungen einmal zu stärkerer Bewusstseinstrübung und Verworrenheit. Niemals besteht jedoch klare Krankheitseinsicht; auch bei anscheinend vollkommener Besonnenheit werden die unsinnigen Wahnideen festgehalten und folgerichtig gegen alle Einwände vertheidigt. Die Kranken weisen den Verdacht der Geistesstörung bestimmt zurück, suchen vielleicht gar den Nachweis zu führen, dass diese oder jene Person ihrer Umgebung plötzlich verrückt geworden sei. Die Stimmung ist erregt, reizbar zeitweise zornig und erbittert, am häufigsten misstrauisch und deprimirt. Vielfach sind die Kranken sehr zurückhaltend in der Mittheilung ihrer krankhaften Ideen, weichen den Fragen aus, stellen Alles in Abrede. Ihr Benehmen kann, abgesehen von den Zeiten deliriöser Benommenheit, bis auf eine gewisse Unruhe normal erscheinen, wenn nicht einzelne geradezu durch Wahnideen hervorgerufene Handlungen die schwere geistige Störung verrathen. Die körperlichen Begleiterscheinungen sind diejenigen der chronischen Cocainvergiftung.

Die ganze Entwickelung des Cocainwahnsinns pflegt sich ziemlich schnell, oft binnen wenigen Wochen zu vollziehen. Dabei schliessen sich deutliche Verschlimmerungen mit Zunahme der Täuschungen und der Erregung an die einzelnen Cocaingaben an. Die Mengen des verwendeten Giftes pflegen rasch zu wachsen, bis auf einige Gramm in 24 Stunden. Daneben werden zur Bekämpfung

der Schlaflosigkeit regelmässig andere Mittel, am häufigsten Morphium, aber auch Chloralhydrat, Sulfonal, Hyoscin u. s. f. genommen. Sobald das Cocain ausgesetzt wird, pflegen die stürmischen deliriösen Zustände sehr rasch, innerhalb weniger Tage, zu verschwinden, während die Wahnideen erst nach Wochen oder selbst Monaten und die Erscheinungen der psychischen Entartung noch weit langsamer sich verlieren.

Die Entstehung des Cocainismus schliesst sich, wie früher bemerkt, fast immer an einen anfänglichen Morphinismus an. Bei dem Versuche, sich von demselben zu befreien, greift der Kranke mit oder ohne Zureden des Arztes zum Cocain, welches ihm zunächst und ganz vorübergehend Erleichterung verschafft, ihn dann aber wegen der wachsenden Unruhe und Schlaflosigkeit zwingt, zum Morphium zurückzukehren. Einer meiner Kranken spritzte Anfangs nur Morphium ein, pinselte sich aber dann wegen Zahnschmerzen die Mundschleimhaut mit Cocain. Wenn wir es demnach praktisch fast immer mit einer Verbindung beider Mittel zu thun haben, so dürften doch die hier geschilderten Krankheitserscheinungen wesentlich oder ausschliesslich auf die Cocainwirkung zu beziehen sein. In dem zuletzt erwähnten Falle traten die ersten Gehörstäuschungen: „Der wird verhaftet!“ bald nach der Anwendung des Cocains auf, und wir wurden erst durch sie dazu veranlasst, nach etwaigem Gebrauche dieses Mittels zu forschen, von dem der Kranke bis dahin nichts angegeben hatte. Auch sonst ist die Entwickelung stürmischer psychischer Störungen bei reinem Morphinismus so überaus selten, bei der Verbindung mit Cocainismus dagegen so regelmässig, dass die ursächliche Bedeutung gerade des Cocains für die eigenartige, schwere Degeneration und den hallucinatorischen Wahnsinn der Morphio-Cocainisten nicht wol bezweifelt werden kann.

Der chronische Cocainismus besitzt eine grosse, unverkennbare Aehnlichkeit mit dem Alkoholismus, die sich bis in gewisse Einzelheiten hinein erstreckt. Die Sinnestäuschungen der Cocainisten erinnern durchaus an diejenigen der Alkoholdeliranten, die Eifersuchtsideen an den bekannten Wahn der Trinker. Auch die acute Wirkung des Cocains scheint derjenigen des Alkohols verwandt zu sein. Gleichwol bestehen bestimmte Unterschiede.. Die Cocainentartung bricht weit gewaltiger und unwiderstehlicher über den Menschen herein als der Alkoholismus; die schwersten Störungen werden sehr viel

rascher erreicht. Der Cocainwahnsinn steht symptomatisch etwa in der Mitte zwischen dem Delirium tremens und dem alkoholischen Wahnsinn; er nähert sich jenem durch die Mannichfaltigkeit der Täuschungen, diesem durch die grössere Besonnenheit. Der Eifersuchtswahn tritt hier acut und frühzeitig, beim Trinker erst spät und als chronische Störung auf. Endlich zeigt sich überall ein unmittelbar verschlimmernder Einfluss jeder einzelnen Cocaingabe auf die psychischen Erscheinungen, während der Verlauf der alkoholischen Psychosen durch den Fortgebrauch des Giftes gar nicht oder nur unerheblich verändert wird.

Die Prognose des Cocainismus ist eine ausserordentlich trübe. Der acute Cocainwahnsinn freilich scheint regelmässig zu heilen, sobald die Zuführung des Giftes dauernd verhindert wird. Dagegen ist die Zerstörung der moralischen Widerstandsfähigkeit hier eine weit tiefergreifende und nachhaltigere, als bei Alkohol und Morphium. Die Kranken werden daher fast ausnahmslos rückfällig, oft nach sehr kurzer Zeit.

Eine einigermassen wirksame Bekämpfung des Cocainismus kann nur von der Vorbeugung desselben ausgehen. Jede nicht rein örtliche Anwendung des Mittels muss als unzulässig angesehen, sein Gebrauch bei der Morphiumentziehung geradezu als Gewissenlosigkeit gebrandmarkt, noch besser als Kunstfehler bestraft werden. Wir Alle haben als Aerzte die Pflicht, das Publicum auf das Eindringlichste vor dem gefährlichen Gifte zu warnen und unnachsichtlich die niederträchtige Ausbeutung der Kranken durch Händler und Aerzte zur Anzeige zu bringen. Dass die Entziehung der Praxis bei cocainistischen Aerzten noch dringender geboten ist, als bei morphinistischen, bedarf nach den Schilderungen der Cocainwirkung und nach meinen eigenen, geradezu schrecklichen Erfahrungen keiner weiteren Ausführung.

Die Entziehung des Cocains allein pflegt nur von geringfügigen Störungen begleitet zu sein, die theilweise auch wol noch als Vergiftungserscheinungen zu betrachten sind. Dazu gehören Unruhe, Schlaflosigkeit, Herzklopfen, Athemnoth, endlich plötzliche, collapsartige Ohnmachten. Im Allgemeinen wird daher das Mittel in wenigen Abstufungen oder sogar mit einem Schlage entzogen werden können. Natürlich ist dabei sorgfältige Ueberwachung und unter Umständen ein analeptisches Verfahren mit Alkohol, Kaffee, kühlen

Uebergiessungen u. s. f. am Platze. Die Schlaflosigkeit wird durch laue Bäder, Sulfonal, Trional bekämpft, gleichzeitig auf möglichst kräftige Ernährung Bedacht genommen. Bei der regelmässigen Verbindung mit Morphinismus wird man am zweckmässigsten zunächst das Cocain entziehen und dann erst mit dem Morphium heruntergehen. Selbstverständlich kann jede derartige Cur nur in einer Anstalt und unter sicherem Ausschlusse jedes unberufenen Verkehrs nach Aussen geschehen. Ist doch die moralische Unzuverlässigkeit dieser Kranken weit grösser, als selbst diejenige der reinen Morphinisten! Für die weitere Behandlung der Kranken nach vollendeter Entziehung aller Mittel gelten die früher ausführlich besprochenen Grundsätze. Nur empfiehlt es sich, hier überall noch vorsichtiger und misstrauischer zu verfahren, als dort.

XI. Die Dementia paralytica.

Aus der Reihe von Geisteskrankheiten, die mit gröberen nervösen Störungen einhergehen und auf eine tiefer greifende, anatomisch erkennbare Veränderung des Gehirnes hindeuten, hat sich seit den Schilderungen Bayles (1822) und Calmeils (1826), namentlich aber im Laufe der letzten Jahrzehnte ein bestimmtes Krankheitsbild herausgehoben, dessen Studium wegen der hervorragenden Betheiligung der psychischen Functionen nicht der Hirnpathologie, sondern vorzugsweise der Psychiatrie anheimgefallen ist. Während die Geistesstörungen in Folge von Geschwülsten, 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 und mannichfaltige Veränderungen der psychischen Leistungen zur Folge, dass sie vielfach die wichtigsten Erscheinungen im Krankheitsbilde darstellen, während man die begleitenden nervösen Störungen früher sogar bisweilen als blosse „Complicationen“ auffasste.

Als den klinischen Ausdruck des genannten pathologischen Vorganges 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 beider ermöglicht, als wir hier den Störungen der psych-

*) Voisin, traité de la paralysie générale des aliénés. 1879; Mendel, Die progressive Paralyse der Irren. 1880; Mickle, general paralysis of the insane. 2. ed. 1886.

ischen Leistungen unmittelbar greifbare Veränderungen des organischen Trägers derselben parallel gehen sehen. Der Grundzug im Krankheitsbilde der Dementia paralytica ist die fortschreitende Schwäche auf allen Gebieten des psychischen Lebens. Allmählich, aber unaufhaltsam nimmt die Leistungs- und Widerstandsfähigkeit im Denken, Fühlen und Handeln 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.

Auf dem Gebiete der Intelligenz zeigt sich schon beim ersten Herannahen der Krankheit eine auffallende Unfähigkeit zu dauernder Anspannung der Aufmerksamkeit, die sich auch durch messende Methoden leicht nachweisen lässt. Der Kranke wird zerstreut, ermüdet ungemein rasch bei geringfügigen geistigen Anstrengungen, muss bald pausiren. Jede geistige Leistung, auch die gewohnte Arbeit, fällt ihm schwer; trotz häufiger Anläufe kommt er nicht vorwärts, stockt bei jeder kleinen Schwierigkeit, verliert leicht den Faden, wiederholt dieses und übersieht jenes. Er fasst die Vorgänge in seiner Umgebung nicht mehr mit der früheren Klarheit und Schärfe auf, verliert den Ueberblick und vermag sich schliesslich selbst im Kreise seiner gewohnten Verhältnisse und Obliegenheiten nur mit grosser Mühe oder gar nicht mehr zurecht zu finden. Das Verständniss für verwickeltere Gedankengänge, für feinere Anspielungen und Witze geht verloren. Der Kranke vermag Erzählungen nicht mehr in ihrem Zusammenhange zu begreifen, verwechselt und verkennt Personen und Gegenstände, übersieht wichtige Einzelheiten oder Unordnungen, die ihm früher nicht entgangen wären, verirrt sich in ihm sonst bekannten Gegenden. Ich entsinne mich eines Zimmermanns, der eines Tages sogar den Arbeitsplatz nicht mehr auffand, auf dem er bis dahin regelmässig beschäftigt gewesen war.

Auf diese Weise entwickelt sich eine mehr oder weniger ausgesprochene Bewusstseinstrübung, und der Kranke lebt nun wie im Traume oder wie in einem leichten Rausche. Einer meiner Kranken wurde daher geradezu vom Untersuchungsrichter für betrunken gehalten. Oft liefert schon im Beginne des Leidens diese eigenthüm-

liche Benommenheit, welche den Kranken bis zu einem gewissen Grade der 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. Der Kranke versteht wol die an ihn gerichteten Fragen, erzählt ziemlich geordnet, hat aber keine Ahnung, wo er ist, mit wem er spricht, in welcher Lage er sich befindet, beachtet die Vorgänge in seiner Umgebung nicht, sondern lebt in einer ganz anderen Welt. In den letzten Stadien der Krankheit sinkt dann die Helligkeit des Bewusstseins dauernd und endgültig auf jene niedrigst möglichen Grade herab, welche eine Auffassung und Verarbeitung äusserer Eindrücke völlig ausschliessen.

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. In vereinzelten Fällen treten sie so sehr in den Vordergrund, dass die psychische Störung in hohem Grade dem Bilde des hallucinatorischen Wahnsinns gleicht. Bisweilen hört man die Kranken mit verstellter Stimme auf ihre eigenen Aeusserungen antworten, so dass eine Art Zwiegespräch mit einer imaginären Person zu Stande kommt, ohne dass es sich jedoch um wirkliche Gehörstäuschungen handelt. Vielmehr werden hier Rede wie Gegenrede von den Kranken laut vorgebracht, während es bei den Unterhaltungen mit „Stimmen“ entweder ganz stumm hergeht oder doch nur die Erwiderungen der Kranken auf ihre hallucinatorischen Wahrnehmungen dem Hörer zugänglich sind.

Sehr tiefgreifend ist ausnahmslos die Beeinträchtigung, welche das Gedächtniss erleidet, so dass die Störungen auf diesem Gebiete als ganz besonders kennzeichnend für die Paralyse angesehen werden dürfen. Im Anfange ist es vielleicht die unsichere und traumhaft verschwommene Auffassung äusserer Eindrücke, welche dieselben 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 den ihn täglich begrüssenden Arzt schon einmal gesehen hat. Das Gefühl dieser Unsicherheit und Vergesslichkeit führt die Kranken bisweilen dazu, sich über jedes kleine Erlebniss, jeden Einfall, den sie haben, sofort Aufzeichnungen zu machen, in denen sie sich freilich später selbst nicht mehr zurechtfinden.

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 den Abstand der einzelnen Elemente von der Gegenwart abzuschätzen gestattet, so vermag er namentlich die seit der Erkrankung gemachten Erfahrungen nicht mehr in einen bestimmten Zeitabschnitt der Vergangenheit einzuordnen. Es gelingt ihm nicht, sich die Aufeinanderfolge seiner Erlebnisse und deren Zusammenhang unter einander ins Gedächtniss zurückzurufen. Die Zeitgrenzen verschwimmen in einander und verwischen sich; es wird ihm unklar, ob seit einem bestimmten Ereignisse, seit seinem Eintritt in die Anstalt Monate, Wochen oder Tage verflossen sind. Schliesslich weiss er 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. Nicht selten schreibt er z. B. als heutiges Datum Jahr und Tag seiner Geburt, kann ohne Weiteres zu ganz unmöglichen Zusammenstellungen („30. Februar“) verleitet werden. Auch die gewöhnlichen Hülfsmittel des gesunden Menschen, ein Blick auf die Landschaft, der Stand der Sonne, die Helligkeit, die Temperatur u. s. f. nützen ihm nichts, da er sie nicht zu verwerthen versteht. Trotz des geheizten Ofens glaubt er der Versicherung, dass es Sommer sei, und die frischen Kirschen auf dem Tische erregen ihm keinen Zweifel darüber, ob wir uns wirklich im December befinden. Einer meiner Kranken 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. Andere leben so sehr im Augenblicke, dass sie nicht einmal die Tageszeit

mehr auffassen, nicht wissen, ob seit dem Aufstehen kürzere oder längere Zeit verflossen ist, ob sie schon zu Mittag gegessen haben; sie kleiden sich Vormittags aus, weil es Zeit zum Zubettgehen sei, sind gegen Abend entrüstet, dass man ihnen den Kaffee noch nicht gebracht habe. So hochgradig sind die Störungen freilich nur bei sehr weit vorgeschrittener Krankheit, aber sie sind doch oft auch schon im ersten Beginn auffallend genug, um mit grosser Wahrscheinlichkeit die Erkennung der Paralyse zu ermöglichen.

Ausser den jüngsten Eindrücken wird nach und nach aber ausnahmslos auch der Erwerb der ferneren Vergangenheit mit in die Gedächtnissstörung hineingezogen. Am leichtesten gehen dem Kranken Eigennamen verloren, besonders aber Zahlen und Daten. Während er frühere Erlebnisse inhaltlich noch leidlich gut vorbringen kann, verwirrt er sich in der Chronologie, giebt sein Geburtsdatum falsch an, verwechselt die Namen seiner Kinder und wird unsicher im Rechnen, eine Störung, welche namentlich bei Kaufleuten und Beamten oft sehr auffallend und natürlich auch folgenschwer hervortritt. Bisweilen enthüllen schon die beiden einfachen Fragen nach Alter und Geburtsjahr diese Schwäche, indem die Kranken zwei widersprechende Angaben machen, ohne deren Unvereinbarkeit zu bemerken. Auch der hülfesuchende Blick, mit welchem sie sich bei solcher Gelegenheit nach ihrer Umgebung umsehen, das zögernde Nachdenken oder die ausweichende Antwort, das sei aufgeschrieben, stehe im Taufschein, der Herr Doctor wisse es, genügen, um dem kundigen Arzte sofort die Sachlage klar zu legen.

Unaufhaltsam vollzieht sich nunmehr eine fortschreitende Verarmung des Vorstellungsschatzes, welche schliesslich zur völligen Vernichtung des gesammten geistigen Besitzstandes führt. Natürlich ist die Schnelligkeit, mit welcher sich dieser Vorgang abspielt, eine sehr verschiedene. Sie wird wol in erster Linie durch die Art und Stärke der Krankheitsursachen bestimmt, dann aber auch durch den Umfang der persönlichen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit. Ich glaube bemerkt zu haben, dass Personen von sehr bedeutendem und sicherem Wissen weit länger noch über eine grössere Anzahl von Vorstellungen verfügten, als Ungebildete und Beschränkte. Die Reihenfolge, in welcher allmählich der geistige Erwerb verloren geht, dürfte wesentlich von der Festigkeit abhängen, mit welcher die einzelnen Elemente haften. Stark eingeübte Gedankenverbindungen

widerstehen am längsten; der Kaufmann pflegt später die Herrschaft über das Einmaleins zu verlieren, als der Bauer. Bisweilen haften einzelne ganz nebensächliche Vorstellungen, die durch ein zufälliges Ereigniss in den Vordergrund gedrängt wurden, auffallend fest. Ein bereits sehr blödsinniger Kranker wiederholte Monate lang bei jeder Unterredung die Zimmernummer der Wasserheilanstalt, in der er sich bis zur Aufnahme in die Klinik befunden hatte. Schliesslich weiss der Kranke nicht mehr, ob er verheirathet ist, ob er Kinder hat, womit er sich früher beschäftigte, ja er hat vielleicht sogar sein Alter, seinen Wohnort und selbst seinen Namen vergessen, obgleich er sich noch halbwegs geordnet in seiner Umgebung zu bewegen vermag.

In einzelnen Fällen lassen sich neben der allgemeinen Abschwächung des Gedächtnisses auch Lücken desselben feststellen, 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 Anfalle 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 Ausfall 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 Reihe rein erfundener Vorstellungen, wie sie gerade der Augenblick hervorbringt. Der Kranke hat fabelhafte Abenteuer erlebt, grosse Schlachten geschlagen, mit zahlreichen Berühmtheiten auf vertrautem Fusse gestanden, seit unvordenklichen Zeiten alle historischen Ereignisse gelenkt und mitgemacht. Er hat England zerstört, die Perser vernichtet, Tausende der schönsten Frauen geraubt, das Zahlensystem, die elektrische Umwandlung von Holz in Gold erfunden, die Gedichte des Hafis verfasst, mit den Wikingern

Amerika entdeckt. Auf diese Weise geräth der Kranke bisweilen in ein ganz eigenthümliches, bunt wechselndes Spiel der abenteuerlichsten Vorstellungen hinein, welches in hohem Grade an unser Traumleben erinnert und in merkwürdigem Gegensatze zu seinem sonstigen, leidlich geordneten Benehmen steht. Am ausgeprägtesten scheinen sich solche traumhafte Dämmerzustände mit reichlichem Fabuliren bei den Kranken mit Opticusatrophie einzustellen; sie können Monate und Jahre dauern. Andererseits beobachten wir nicht selten gelegentlich, dass gerade die Erinnerung an die jüngste Zeit durch einzelne frei erfundene Reminiscenzen verfälscht wird. Der Kranke erzählt in gutem Glauben, dass er vor einer halben Stunde eine Mittheilung, einen Brief empfangen, Besuch gehabt, gestern beim Kaiser gespeist, sich am Morgen mit einer Prinzessin verlobt, eine Reise gemacht habe. In der Regel kann man solche Erzählungen durch Suggestivfragen hervorrufen und beeinflussen. Dabei merkt man dann meist, dass die Kranken sich bei den aus ihnen herausgelockten Aeusserungen anfangs unsicher fühlen, sich aber allmählich in die Ueberzeugung hineinreden, dass Alles wirklich so gewesen ist.

Eine weitere, folgenschwere und schon früh deutlich hervortretende Störung auf dem Gebiete des Verstandes ist die Urtheilslosigkeit der Paralytiker. Die durch Erfahrung erworbenen, feststehenden Grundbegriffe, nach welchen wir die Welt beurtheilen, die Fähigkeit, durch Beobachtung des Thatsächlichen die Gebilde unserer Phantasie zu berichtigen, 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 völligen Verfälschung der Weltanschauung durch subjective Voraussetzungen schon wiederholt begegnet, namentlich bei der Verrücktheit. Allein was demselben hier von Anfang an ein ganz eigenartiges Gepräge verleiht, das ist die zu Grunde liegende geistige Schwäche. Bei der Verrücktheit stehen alle die einzelnen phantastischen Elemente, welche sich in

die Auffassung hineinmischen, in einem gewissen inneren Zusammenhange mit einander, ja sie werden zu einem einheitlichen Systeme, oft nicht ohne Scharfsinn, weiter verarbeitet und festgehalten — hier dagegen schiessen bunt durch einander die verschiedenartigsten Ideen empor, um ohne die mindeste Rücksicht auf die handgreiflichsten Widersprüche hingenommen, aber ebenso schnell wieder vergessen zu werden. Daher die ausserordentliche Unsinnigkeit und Abenteuerlichkeit der paralytischen Wahnideen, welche sofort über das Wahrscheinliche oder auch nur Mögliche mit verblüffender Unbefangenheit weit hinauszuschweifen pflegen. Wo die Regsamkeit der Einbildungskraft die Vernichtung der Kritik überdauert, kann die Massenhaftigkeit und Ueppigkeit der Wahnbildungen zeitweise eine sehr grosse sein. Man wird hier unwillkürlich an gewisse Formen der psychischen Entartungsprocesse erinnert, bei denen ja ebenfalls von vorn herein der geistige Verfall das Krankheitsbild beherrscht.

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 wieder vorbringt, 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 Anregung des Kranken, ihn binnen wenigen Minuten zu einer raschen Selbststeigerung seiner Ideen bis in's Ungeheuerlichste hinein zu treiben. Andeutungen dieses Verhaltens finden sich freilich bisweilen auch bei Verrückten, aber immer nur in beschränktem Masse und erst bei weit vorgeschrittener psychischer Schwäche oder unter dem Einflusse lebhafter Affecte.

Die Zerfahrenheit und Zusammenhangslosigkeit des Gedankenganges, die Unfähigkeit zu kritischer Selbstprüfung machen es erklärlich, dass eine wirkliche Krankheitseinsicht in der Paralyse zumeist nicht zu Stande kommen kann. Im Gegentheil fühlen sich die Kranken häufig gesünder, 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. Nur im Beginne der Krankheit ist bisweilen ein richtiges Verständniss für die Natur des Leidens und das bevorstehende Schicksal vorhanden. Ich besitze den Brief eines Obersten, in welchem derselbe den Entschluss ankündigt, sich das Leben zu nehmen, weil er an Gehirnerweichung 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 hypochondrische Beschwerden wol den Patienten sich selbst für krank halten lassen, ohne dass er doch die wahren Zeichen 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 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 Gleichgültigkeit, 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 anderen Seite, erhalten sich meist auch während des weiteren Verlaufes der Krankheit. Dabei zeigt die Färbung der Stimmung eine durch-

gehende Uebereinstimmung mit dem Inhalte der Wahnideen, vielleicht weil dieser letztere wesentlich durch jene beeinflusst wird. Grössenideen werden von befriedigter, oft überaus glückseliger Stimmung begleitet, während wir auf der andern Seite tiefe Niedergeschlagenheit oder heftige Angstzustände in Verbindung mit quälenden Wahnvorstellungen beobachten. Regelmässig aber ist es nicht eine und dieselbe Färbung des Stimmungshintergrundes, welche den ganzen Krankheitsverlauf begleitet. Vielmehr ist ein unvermittelter Wechsel der Gefühlsregungen in so hohem Masse der Paralyse eigenthümlich, dass sich auf ihn bisweilen geradezu die Erkennung der Krankheit stützt. Mitten hinein in das Uebermass der Fröhlichkeit bricht plötzlich ein Thränenstrom, oder das hypochondrische Elend wird durch die kindische Freude über irgend einen ausserordentlichen 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 Entwickelung kommen, oder wo sie bereits verblasst sind, da trägt auch die Stimmung meist keine ausgeprägtere Färbung; höchstens eine Art blöder Zufriedenheit oder reizbarer 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, welche sich in auffallender Weichheit und Empfindsamkeit, zuweilen auch in einer Art blödsinnigen, impulsiven Eigensinns kundgiebt. Während die eigene innere Regsamkeit, die „Initiative“, mehr und mehr schwindet, lässt sich der Kranke bei geschicktem Angreifen fast immer leicht nach jeder beliebigen Richtung hin lenken. Namentlich die von den Angehörigen meist sehr gefürchtete Verbringung in die Anstalt geht oft zu deren grösster Ueberraschung ohne jede Schwierigkeit von Statten. Die sorglose Selbstverständlichkeit, mit welcher Paralytiker sich ohne Weiteres in der Anstalt einzuleben pflegen, das schöne Zimmer, die gute Verpflegung, die Behandlung rühmen und gern „noch eine Zeitlang dableiben“, zeigt ihre Willensschwäche vielleicht am deutlichsten.

Ein paar freundliche Worte, ein Scherz, eine ausweichende Antwort genügen dann, den Kranken immer wieder zu beruhigen, auch wenn er täglich seine Abreise auf „morgen“ anberaumt, seine Unentbehrlichkeit zu Hause betont und seine dringenden Zukunftspläne auseinandersetzt. Auf diese Weise wird er alsbald unfähig zu irgendwelcher geordneten Arbeitsleistung, da er seine Obliegenheiten zum Theil einfach vergisst oder vernachlässigt, zum Theil aber lückenhaft, unordentlich und fehlerhaft erledigt. Ein sehr fein gebildeter, vollständig besonnener Herr bat sich am Tage seines Eintritts in die Klinik ein Conversationslexikon zur Lectüre aus und wünschte am nächsten Tage einen neuen Band, da er den ersten ausgelesen habe.

Andererseits pflegt der Kranke auch widerstandslos den in ihm auftauchenden Antrieben und Einfällen zu folgen. Seine Handlungen tragen daher den Stempel des Unüberlegten und Planlosen. Einer meiner Kranken sprang aus dem Fenster des zweiten Stockwerks, um einen unten bemerkten Cigarrenstumpf aufzusuchen, und zog sich dabei einen Fibulabruch zu; ein Anderer wollte sich an einem ganz dünnen Faden von oben herunterlassen und stürzte dabei in die Tiefe. Selbst Verbrechen können auf diese Weise begangen werden, ohne dass der Kranke im Stande wäre, die Tragweite und Bedeutung derselben irgendwie zu übersehen. Häufig gesellt sich dazu eine überstürzte Vielgeschäftigkeit. In rascher Folge und ohne Besinnen sucht der Kranke seine wahnhaften Pläne auszuführen, nicht in der zähen, folgerichtigen, von langer Hand vorbereitenden Art des Verrückten, sondern er thut bereits die einleitenden Schritte, sobald ihm nur der Gedanke aufgestiegen ist, um ihn im nächsten Augenblicke wieder über etwas Anderem, Grösserem zu vergessen und fallen zu lassen.

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, leicht Tactlosigkeiten, Ungenirtheiten und selbst 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 Umgebung regeln, gehen dem Paralytiker sogar schon sehr früh verloren, am leichtesten und vollständigsten natürlich dort, wo nicht eine lange 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 regelmässige Erscheinung im Beginne der Erkrankung beobachtet man starke Kopfschmerzen, die meist als ein dumpfer, aber äusserst heftiger Druck geschildert werden, als ob das Gehirn mit grosser Gewalt zusammengepresst würde. Am stärksten pflegt derselbe in der Stirngegend zu sein. Dazu gesellen sich oft die Anzeichen von Blutwallungen (Ohrensausen, Funkensehen, Schwindelgefühl). Von Seiten der Sinnesorgane lässt sich anfangs oft gesteigerte Erregbarkeit, später nicht selten eine leichtere oder schwerere Abstumpfung der Empfindlichkeit feststellen, die aber zweifellos in der Regel vorzugsweise auf den psychischen Zustand, insbesondere 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 Herderkrankungen in der Hinterhauptsrinde zurückgeführt worden. Auch hier dürften verwickeltere psychische Störungen 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; bisweilen bildet sie das erste Anzeichen des herannahenden Leidens. Ausserdem hat man bisweilen über eine keineswegs charakteristische „Retinitis paralytica“ und eine ganze Reihe anderer, mehr gelegentlicher, recht verschiedenartiger Veränderungen am Auge berichtet.

Sehr auffallend sind die Störungen auf dem Gebiete des Hautsinnes. Im Beginne des Leidens stellen sich öfter allerlei unbestimmte, „rheumatoide“ Schmerzen oder abnorme Empfindungen ein, die bisweilen längere Zeit das einzige hervortretende Zeichen 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. Andere gelten lange Zeit als Neurastheniker oder Unfallsnervenkranke. 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 Schwindelanwandlungen, 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 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, den Arm, die Athmungsmuskeln, den Bauch, das Bein derselben Seite fort, um endlich auch auf die entgegengesetzte Seite hinüberzugreifen, während sie vielleicht auf der zuerst befallenen schon wieder nachlässt. Diese Reihenfolge, von der allerdings oft nur einzelne Elemente zur Entwickelung kommen, kann sich mit kürzeren oder längeren Zwischenpausen, in denen der Kranke schwer benommen oder unbesinnlich Arme und Beine bewegend 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 im Harn sehr inconstant. Blase und Mastdarm sind häufig gelähmt, so dass es zu Harnverhaltung und Kothstauung mit deren Folgezuständen, Pyelitis, Nephritis, Periproktitis, kommen kann, wenn nicht für rechtzeitige Entleerung beider Organe gesorgt wird. Die selbständige 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 (gelegentliche Parotitis); 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 hier bei ungenügender Pflege 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 fast 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, im Ganzen seltene Form der paralytischen Anfälle sind die apoplektiformen Insulte, welche ganz in der Art gewöhnlicher Schlaganfälle mit plötzlicher Bewusstlosigkeit, Zusammenbrechen, stertorösem Athmen eintreten und bald mit nachfolgender Hemiplegie, Contracturen, aphasischen Störungen, bald ohne jede Folgeerscheinung 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, Magenüberfüllung, Kothstauung geben können, doch herrscht über diesen Punkt noch keine rechte Klarheit; meist ist ein Anlass gar nicht erkennbar.

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. Andererseits giebt es auch hie und da Kranke, welche daneben die besonderen Symptome der Katatonie in mehr oder weniger starker Entwickelung darbieten, namentlich Negativismus, Zwangsbewegungen und Verbigeration. Vor der Verwechselung mit Katatonikern schützt hier das Lebensalter, die Art der Entwickelung des Leidens und das Auftreten sonstiger, der Paralyse eigenthümlicher, psychischer oder körperlicher Krankheitszeichen.

Regelmässige Störungen bietet der motorische Apparat des Auges dar. Zwar gehören Paresen der Augenmuskeln oder gar vollständige Ophthalmoplegie zu den seltneren Vorkommnissen; dagegen sind Enge, Ungleichheit, 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; bisweilen bemerkt man auch Ungleichheit der Gesichtshälften. Ungemein häufig sind 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. Man sieht es wie eine Art „Wetterleuchten“ durch die ganze Gesichtsmuskulatur hindurchzittern, während der Kranke angestrengt die einzelnen, ihm gestellten Aufgaben zu lösen sucht. Die Stimme ist rauh und verliert ihren gewohnten Klang (Stimmbandparese), hie und da das erste Zeichen 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 Zuhülfenahme der Finger hervorgestreckt. Um die Muskelstösse zu verhindern, klemmt der Kranke die Zunge beim Vorzeigen bisweilen unwillkürlich zwischen den Zähnen fest. 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 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 Schwachsinns der Kranken nur sehr schwierig erkennen lässt. Noch vor Kurzem indessen beobachtete ich einen Kranken, der nach seinen paralytischen Anfällen selbst die einfachsten Anreden durchaus nicht verstand, mimischen Aufforderungen aber meist sofort nachkam. Hie und da kommt auch eine Art Echolalie vor. Die Kranken fassen das Gesagte nicht auf, wiederholen es aber regelmässig ganz mechanisch.

Häufiger, als diese centralen Sprachanomalien, sind Articulationsstörungen, die sich zunächst vielleicht ebenfalls nur im Gefolge der paralytischen Anfälle, später aber dauernd geltend machen. Die-

selben lassen sich in zwei verschiedene Gruppen zerlegen, welche sich im einzelnen Falle freilich meist mit einander verbinden, in paretische und ataktische, coordinatorische Störungen. Die Schwerfälligkeit in den Bewegungen der Lippen- und Zungenmuskulatur macht es dem Kranken unmöglich, verwickeltere 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). Das Wort „Flanelllappen" eignet sich gut zur Darstellung dieser Störung. Da dieselbe ganz der bei bulbären Sprachlähmungen beobachteten analog ist, so dürfte sie auf Erkrankungen in der Medulla, insbesondere 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), Exterritorialität" (Extrorialität) u. a. m. 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 zur Ruhe kommen. Nicht zu selten begegnet man endlich auch typischem „Scandiren".

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 richtig 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 Anordnung 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 Umschlags. Dabei laufen Klexe, Fettflecken, Unsauberkeiten in Menge mit unter, so dass die Entzifferung nicht selten völlig unmöglich wird. In manchen Fällen wird auch längere Zeit hindurch wahre Paragraphie beobachtet; ich sah eine 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 verwickelten Leistungen 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 ataktischen Störungen deutlicher hervor und können in einzelnen Fällen sehr auffallend werden. Die täppische Langsamkeit und 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 ziemlich normal erscheint. Hie und da beobachtet man ausgeprägtes Intentionszittern. Der Gang wird allmählich unsicher, breitspurig, schlürfend; 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 und Muskelatrophien.

Die allgemeine 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 Untersuchung der Sehnenreflexe erweist sich häufig als sehr schwierig, da die Kranken ihre Muskeln durchaus nicht entspannen. Gelingt es endlich, durch Zuhülfenahme der bekannten Kunstgriffe (psychische Ablenkung, Jendrassik'sches Verfahren) zum Ziele zu kommen, so findet man die Sehnenreflexe je nach dem Sitze der Rückenmarkserkrankung 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 Muskulatur soll anfangs erhöht sein; später ist sie 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 massigen Kothstauungen führen; andererseits besteht in allen vorgeschrittenen Fällen völlige Unfähigkeit, den Koth zurückzuhalten, zum Theil vielleicht wegen Lähmung der Schliessmuskeln, 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 Blutwallungen 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 kräftige Ausdehnung der Gefässwand beziehen lassen. An den zugänglichen Arterien, besonders den Temporales, wird nicht selten

starke Schlängelung und Starre als Anzeichen atheromatöser Erkrankung beobachtet. Mit diesen Gefässveränderungen stehen ohne Zweifel auch die sog. „trophischen“ Störungen in allernächster Beziehung. Es giebt eine ganze Anzahl von Begleiterscheinungen der Paralyse, deren Auftreten man vielfach als eine unmittelbare Folge der Entartung gewisser trophischer, die Ernährung der Organe regulirender Nervenbahnen ansieht, den Decubitus, die Rippenbrüche, die Ohrblutgeschwulst, ja auch die so häufigen Pneumonien, die man wol auf einen Nachlass der Vagusinnervation zurückgeführt hat. Ein unbestreitbares wissenschaftliches 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 Störungen 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 Unbehülflichkeit 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 hülflos den Misshandlungen ihrer Umgebung preisgegeben erscheinen. Möglicherweise spielen auch hier besondere begünstigende Ursachen 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 Wartpersonals die Zahl der Rippenbrüche wie der Othämatome regelmässig abnimmt.

Störungen der Eigenwärme sind in der Paralyse überaus häufig. Flüchtige, aber oft recht bedeutende Temperatursteigerungen werden vielfach beobachtet, ohne dass sich immer ein greifbarer Anlass dafür erkennen liesse. Bisweilen fördert dann eine Eingiessung gewaltige Kothmassen zu Tage; die Blase ist überfüllt, oder es wird irgendwo ein Rippenbruch entdeckt. In anderen Fällen mögen leichte bronchitische oder pneumonische Störungen zu Grunde liegen. Seltener dürften diese Fieberbewegungen unmittelbar mit der Hirnerkrankung im Zusammenhange stehen. Dagegen ist eine solche Beziehung wahrscheinlich bei den Wärmesteigerungen, welche die paralytischen Anfälle zu begleiten pflegen. Bei längerer Dauer dieser letzteren treten allerdings gewöhnlich noch andere fiebererregende Ursachen hinzu, namentlich Schluckpneumonien. In den letzten Stadien der Paralyse kommt es nicht selten zu anhaltender beträchtlicher Temperatursenkung, die von den Kranken auffallend gut ertragen wird. Ich sah vor nicht langer Zeit einen Paralytiker unter massenhafter Nahrungsaufnahme mit Temperaturen bis zu 30,8 herunter wochenlang munter und lebhaft erregt bleiben.

Von den übrigen Leistungen des Organismus sind es namentlich der Schlaf, der Appetit und das Körpergewicht, welche durch die Paralyse durchgehends in Mitleidenschaft 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. Bei manchen Kranken entwickelt sich eine förmliche Schlafsucht, so dass sie eigentlich nur dann wach sind, wenn sie essen oder wenn man sich gerade mit ihnen beschäftigt, während sie unmittelbar nachher sofort wieder einschlafen. 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 unter massiger Fettansammlung sehr bedeutend, bis weit über die Norm hinaus ansteigen und endlich gegen das Ende hin wieder unaufhaltsam bis zum tiefsten Marasmus herabgehen.

Die Mannichfaltigkeit der Krankheitsbilder, welche sich aus den bis hierher besprochenen einzelnen Störungen erfahrungsgemäss zu-

sammensetzen, ist eine so grosse, dass es kaum möglich erscheint, eine auch nur einigermassen befriedigende Uebersicht über die klinischen Gestaltungsformen der Paralyse zu geben. Wenn wir auch überall dem gemeinsamen Grundzuge der psychischen Schwäche, den Zeichen des organischen Hirnleidens und endlich dem unerbittlich bis zur Vernichtung des geistigen und körperlichen Lebens fortschreitenden Verlaufe begegnen, so können doch die gegebenen Beobachtungen in ihrer Entwickelung wie in ihren Zustandsbildern derartig von einander abweichen, dass dem Anfänger die allgemeine Zusammengehörigkeit durch den starken Eindruck widersprechender Einzelheiten völlig verdeckt wird. Erst eine vorgeschrittenere Erfahrung lehrt uns, dass alle die anscheinend so verschiedenartigen Gestaltungsformen unvermittelt und unberechenbar in einander übergehen können und nur die oben gekennzeichneten Grundzüge „den ruhenden Pol in der Erscheinungen Flucht“ abgeben. Alle klinische Einzelschilderung, alle Abgrenzung von typischen Krankheitsbildern auf dem grossen Gebiete der Paralyse hat daher zunächst nur einen sehr bedingten Werth. Immerhin wollen wir der Uebersichtlichkeit halber in Folgendem versuchen, hergebrachter Weise als hauptsächlichste Verlaufsarten der Paralyse die dementе, die depressive, die expansive und die agitirte Form derselben auseinanderzuhalten. Vielleicht lehrt uns einmal eine bessere Kenntniss der ursächlichen oder der pathologisch-anatomischen Verhältnisse des Leidens unter neuen Gesichtspunkten auch für die klinischen Beobachtungen eine zuverlässigere Gruppirung erreichen.

Die demente Form der Paralyse zeichnet sich aus durch ein ganz allmähliches, schleichendes Fortschreiten des Verblödungsprocesses, ohne ausgeprägtere Wahnideen und ohne lebhaftere Affectzustände. Die ersten, aber lange Zeit hindurch von der Umgebung übersehenen Anzeichen der herannahenden Krankheit sind Unfähigkeit zu geistiger Anstrengung, Gedankenarmuth, Vergesslichkeit und Zerstreutheit, unmotivirte Launenhaftigkeit und Reizbarkeit neben auffallender Gleichgültigkeit 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 gemüthliche Erregbarkeit pflegt dabei meist mehr und mehr zu schwinden. Der Kranke wird stumpf, theilnahmlos, zeigt nicht das geringste Interesse mehr für die Personen und Dinge, die ihn am nächsten angehen. Die Vorhaltungen, die ihm wegen seiner 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. Vielfach fällt bei ihm eine Art schwachsinniger Zufriedenheit auf, die sich in seinem stillvergnügten Lächeln, den freundlichen Mienen bei jeder Anrede und den herzlichen Begrüssungen ganz fremder Personen kundgiebt. Trotz des raschen geistigen Verfalles fühlt sich der Kranke doch ganz gesund und leistungsfähig, ist überall „gern da", findet Alles ausgezeichnet und vortrefflich. In andern Fällen dagegen besteht doch eine gewisse allgemeine Vorstellung von der tiefgreifenden Veränderung, die sich mit der eigenen Persönlichkeit vollzogen hat. Der Kranke klagt selbst über die Langsamkeit und Schwerfälligkeit seines Denkens, über seine Vergesslichkeit, und sucht deswegen ärztliche Hülfe 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 dem Schwachsinn und der Energielosigkeit der Kranken häufig ergebnisslos 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, zeitweise ganz verworren 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 vielleicht seine nächsten Angehörigen und Freunde nicht mehr. Hie und da taucht nun auch wol ganz vorübergehend einmal eine flüchtige Wahnvorstellung in dem Kranken auf, dass man ihn bestohlen habe, dass er an der Schwindsucht leide, eine ungewöhnlich schöne Stimme besitze, eine reiche Frau heirathen werde. Dabei ist er nach Aussage der Angehörigen meist „unendlich gut", andauernd ruhig, harmlos, lenksam und reagirt auf alle Anreden mit freundlichem, ausdruckslosem Lächeln. In anderen Fällen begegnet man vielmehr einem eigenthümlich abstossenden, negirenden Wesen. Die Kranken geben auf jede Anrede unwirsche, zurückweisende Antworten ohne klares Motiv, ohne eigentlichen Affect und ohne sich durch freundliches Zureden beeinflussen zu lassen; sie sträuben sich gegen die bestgemeinten Massregeln und lassen auch in diesem bornirten Widerstande den bereits weit vorgeschrittenen Blödsinn erkennen.

Sehr deutlich tritt gewöhnlich ein stumpfsinniges, rücksichtsloses Interesse für gröbere Genüsse hervor. Der Kranke isst, trinkt, raucht, so lange ihm die Genussmittel erreichbar sind, unempfindlich gegen alle sich aus seiner Gier ergebenden Folgen. Gerade 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. Die Angehörigen gewöhnen sich, wie es scheint, so sehr an den allmählich fortschreitenden Untergang der psychischen Persönlichkeit, dass sie oft gar nicht von der Schwere der Störung zu überzeugen sind und die bescheidensten geistigen Regungen als Anzeichen nahezu völliger Gesundheit betrachten. „Er weiss doch noch Alles", meinen sie, wenn der Kranke seine Frau erkennt oder sich zufällig zu entsinnen vermag, dass er Kinder besitzt. 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. Ein Anderer, ein Arzt, kam unmittelbar aus seiner umfangreichen Praxis

selber ins Krankenhaus, um sich ein Panaritium operiren zu lassen. Als er sich hier in der Nacht verirrte und in die Frauenabtheilung gerieth, wurde entdeckt, dass er bereits hochgradig blödsinnig war und die Dosirung des Morphiums nicht mehr kannte.

Die demente Form ist vielleicht die häufigste Verlaufsart der Paralyse überhaupt, wenn sie auch dem Irrenarzte verhältnissmässig seltener vorzukommen pflegt. Sehr bemerkenswerther Weise gehört namentlich die 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 vereinzelten Fälle, in denen die sehr langsame Entwickelung 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 4—5 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 Krankheitsgefühle des Eingangsstadiums, welches im Uebrigen die gleichen, schon oben geschilderten Symptome einer allmählich fortschreitenden Schwäche des Gedächtnisses und der Intelligenz, einer erhöhten augenblicklichen Reizbarkeit neben gemüthlicher Stumpfheit und Energielosigkeit darbietet. Es sind daher zumeist hypochondrische Ideen, in denen sich die Verstimmung der Kranken ausdrückt. Sie sind unheilbar krank, syphilitisch, innerlich verfault; es haben sich Gefässveränderungen entwickelt, weil ihnen früher einmal ein Blutegel angesetzt wurde; der Schädel ist weich geworden, an einer Stelle aufgetrieben, das Gehirn eingetrocknet. Meist bestehen mannichfache unangenehme Empfindungen in den

*) Jacobsen, Dementia paretica hos Kvinden. 1891.

verschiedensten Partien des Körpers. Die Kranken suchen daher wegen allerlei wenig greifbarer Beschwerden die Hülfe 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 ganz unsinnigen Inhalt. Sie haben keine Nase, keine Augen mehr, haben zwei Leiber; der Schlund, der Mastdarm ist ihnen zugewachsen, durch einen Kork verschlossen, so dass sie weder etwas geniessen, noch etwas entleeren können. Der Schädel ist leer; die Eingeweide sind verfault, mit Milben vollgestopft. Der Magen, ja auch die Matratze füllen sich immerfort mit Urin; das Essen steigt in den Kopf hinein oder fällt nur gerade so hinunter; die Lungen sind verschwunden. Es ist Musik im Leibe; Alles ist mit Gestank erfüllt. Der Kopf ist ganz klein zusammengeschrumpft, ausgewechselt oder gänzlich verloren gegangen, die Zunge angefroren, der Leib aufgeblasen. Arme und Beine haben sich ungeheuerlich ausgedehnt; die Ohren sind von Holz, die Zunge von Gold; in der Seite stecken 3000 Mark. Der ganze Mensch ist verdoppelt, viereckig, in ein Pferd verwandelt, unsichtbar, bereits gestorben, ist „schon längst nichts mehr gewesen", begraben, eine „lebendige Leiche." 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, manipulirt unablässig an seiner Zunge, am After, an den Genitalien herum, sitzt mehrere Stunden täglich auf dem Nachtstuhl in der verzweiflungsvollen Erwartung dessen, was da kommen soll; er vermeidet ängstlich jede Lageveränderung, weil er seine ungeheueren Hände nicht bewegen kann oder die winzigen Beine unter der Last des mächtigen „Kikerikikopfes" zusammenbrechen müssten.

Seltener, als die hypochondrische Form der depressiven Paralyse, ist das Auftreten von Versündigungsideen. Unter den allgemeinen Zeichen allmählicher Verblödung wird der Kranke wortkarg, in sich gekehrt, verstört, betet viel und bringt einzelne abgebrochene Selbstanklagen vor, er habe einen Meineid geleistet, gestohlen, Deutschland verrathen, Alles ermordet und ins Unglück gestürzt, die ganze Welt zu Grunde gerichtet, etwas Schreckliches begangen. Einer

meiner Kranken schrieb einen langen Brief an den Erzbischof, in welchem er mit genauen Zahlenangaben die verschiedenartigsten Unkeuschheiten aufführte, die er sich habe zu Schulden kommen lassen. Bisweilen werden die Vorwürfe von hallucinatorischen Stimmen erhoben, die den Kranken in grosse Angst versetzen. Im Anschlusse an die Versündigungsideen fürchtet der Kranke gewöhnlich, dass die Polizei kommen, ihn aufgreifen, arretiren, vergiften, verbrennen werde; er sieht in den Personen seiner Umgebung Spione und gedungene Mörder.

Solche und ähnliche Verfolgungsideen können auch den einzigen Inhalt des depressiven Wahnes bilden. Dieselben werden dann meist von Gehörstäuschungen begleitet. Der Kranke hört von der Strasse herauf, im Sausen des Windes, in den Fusstritten seiner Umgebung Stimmen, die ihn bedrohen, beschimpfen und der scheusslichsten Verbrechen beschuldigen. Man will ihn und seine armen Kinder umbringen, ihm den Leib aufschneiden; er soll fortgeschleppt, vor ein Kriegsgericht gestellt werden. Im Essen ist Gift, Ungeziefer, Menschenfleisch; er soll gestohlen, sich mit Thieren vergangen haben. Von Knoten werden immerfort schreckliche Verbrechen vollführt; es wird bei ihm eingebrochen, Feuer angelegt. Ein harmloses Geräusch im Nebenzimmer kündigt ihm zu seinem grössten Entsetzen die Räuber an, die sich im nächsten Augenblicke auf ihn stürzen werden. Ein derartiger Kranker meiner Beobachtung verwüstete 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.

Die Besonnenheit pflegt sich bei diesen letzteren Formen der depressiven Paralyse vielfach zu trüben. Die Kranken verlieren meist rasch die Fähigkeit zu ruhiger Auffassung ihrer Lage und ihrer Umgebung; sie sind ganz von verworrenen Schreckbildern erfüllt, die sie in die namenloseste Angst versetzen. Gerade hier kommen häufig Angstzustände zur Beobachtung, welche an Heftigkeit vielleicht Alles übertreffen, was man bei anderen Krankheitsformen zu erleben pflegt. Die Kranken sind in fassungslosester Verzweiflung, schreien unausgesetzt aus Leibeskräften, sehen sich mit dem Ausdrucke des Entsetzens bei jedem Geräusche um, in der Erwartung, von irgend etwas Schrecklichem betroffen zu werden. Sie sind ganz unfähig zu irgend einem Entschlusse, sitzen rathlos im Hemde oder

vor ihrem Essen da, ohne sich zum Ankleiden oder Zugreifen aufraffen zu können. Schliesslich wagen sie sich nicht mehr aus ihrem Zimmer, ja aus ihrem Bette heraus, in welchem sie, am ganzen Leibe zitternd und schwitzend, mit hochgezogener Decke liegen, um jedem äusseren Eingriffe einen blinden, rücksichtslosen Widerstand entgegenzusetzen. Durch keinerlei Beeinflussung sind sie zu den einfachsten Massregeln zu bringen, so dass die Bettlagerung, das Aufstehen, An- und Auskleiden immer erst nach verzweifeltem Ringen mit dem vollständig verwirrten Kranken erreicht werden kann. Nicht selten kommt es zu gewaltthätigen, aber meist sehr unüberlegten und unsinnigen Selbstmordversuchen oder Selbstverstümmelungen. Einer meiner Kranken suchte sich das Scrotum aufzureissen; ein Anderer hieb sich mit einem Beile glatt die gesammten äusseren Genitalien ab, weil ihm Stimmen vorwarfen, dass er sich vor Jahren von einem Herrn hatte manustupriren lassen; er wollte sich an dem Gliede strafen, mit dem er gesündigt hatte. Noch Andere verschlucken grosse Gegenstände, um sich zu tödten; ich fand noch vor Kurzem im Darm eines derartigen Kranken eine dicke Weichselcigarrenspitze und zwei mehrere Zoll lange Schrauben.

Die Dauer der heftigen Angstzustände schwankt zwischen Stunden und Wochen. Nicht selten verschwindet die ängstliche Spannung ganz plötzlich, um ebenso unvermittelt sich wieder einzustellen. Im Uebrigen sind die Kranken niedergeschlagen und verstimmt, aber ruhig, oft auch im Zusammenhalte mit den von ihnen geäusserten Ideen auffallend affectlos. Zuweilen schieben sich vorübergehend Zeiten gehobener Stimmung mit einzelnen kindischen Grössenvorstellungen dazwischen. Ueberhaupt fehlt der gemüthlichen Erregung durchaus jene Nachhaltigkeit und Einheitlichkeit, welche den nicht paralytischen Depressionszuständen eigenthümlich ist.

Wir haben hier endlich noch kurz einer kleinen Gruppe von Fällen zu gedenken, in denen systematisirte Verfolgungsideen entwickelt werden. Die Kranken sind ruhig, vollkommen besonnen, geordnet und erzählen in zusammenhängender Weise, dass man seit einiger Zeit etwas gegen sie im Schilde führe, sie aus dem Wege räumen wolle, dass sie beobachtet würden, unter polizeilicher Ueberwachung stünden, wahrscheinlich fälschlich irgend eines Verbrechens bezichtigt würden. Der Inhalt jener Darlegungen gleicht zunächst ganz denjenigen der Paranoiker. Erst bei genauerer Prüfung ent-

decken wir einzelne handgreifliche, von dem Kranken aber gar nicht bemerkte Widersprüche in seinen Erzählungen, trotzdem er anscheinend ganz klar und intelligent ist. Wiederholte Darstellungen desselben Vorganges weichen von einander ab; es gelingt verhältnissmässig leicht, den Kranken in seiner Auffassung wankend zu machen und zum Eingeständnisse zu bringen, dass er sich geirrt habe. Er zieht aus seinen wahnhaften Vorstellungen nicht die naheliegenden Schlussfolgerungen für sein Handeln, sondern zeigt gerade in dieser Beziehung eine auffallende Weichheit und Unschlüssigkeit. Einer meiner Kranken, ein sehr thatkräftiger und umsichtiger Grosskaufmann, der bei längerer Unterhaltung sonst vollständig normal erschien, behauptete in aller Gemüthsruhe, dass seine Frau ihn durch geschlechtliche Ueberreizung und durch planmässige, geheimnissvolle Anspielungen mit Hülfe der Spiritisten geisteskrank zu machen und zum Selbstmorde zu treiben suche, um in den Besitz seiner Lebensversicherung zu gelangen. Trotzdem liess er sie sich von Amerika nachkommen und suchte sie soviel wie irgend möglich in seiner Nähe zu haben.

Im weiteren Verlaufe aller im Vorstehenden geschilderten Formen wird allmählich der Inhalt der verschiedenen 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 gleichförmigen Unempfindlichkeit eines stumpfen Blödsinns unter. Die gesammte Dauer der Erkrankung ist hier im Allgemeinen eine kürzere, als bei der dementen Paralyse und dürfte im Durchschnitte etwa 2—3 Jahre in Anspruch nehmen.

Die expansive Form. Bei der expansiven Paralyse folgt auf die einleitenden Erscheinungen, deren Gang vollständig der früher gegebenen Schilderung entspricht, zunächst ebenfalls eine kürzer oder länger dauernde Zeit der Depression, an welche sich aber dann ein Zustand heiterer Erregung mit blühendem Grössenwahn anschliesst. Die Depression hält sich vielfach im Rahmen einer einfachen, traurigen oder missmuthigen Verstimmung mit einzelnen hypochondrischen Klagen oder leichten Versündigungsideen. Das ganze Leben ist verpfuscht, der Körper ruinirt; der Kranke hat nicht als ehrlicher Mensch gehandelt, unwürdig communicirt. Nicht selten indessen beobachten wir hier auch die soeben geschilderten

Erscheinungen der depressiven Paralyse in voller Ausbildung, mit mächtigen Affecten und beängstigenden Wahnvorstellungen. Die Dauer solcher Zustände kann sich über viele Monate, selbst über Jahr und Tag hin erstrecken.

Die Wandlung des Krankheitsbildes vollzieht sich gewöhnlich ganz allmählich, seltener plötzlich und unvermittelt binnen wenigen Tagen. Die Angst und Traurigkeit verliert sich; die quälenden Wahnideen treten in den Hintergrund, allein der Kranke gewinnt keine Einsicht in sein Leiden, zeigt vielmehr einen merkwürdigen Mangel an Verständniss für seine wahre Lage. Seine Menschenscheu ist verschwunden; er wird zugänglich, lebhaft und gesprächig, beginnt „aufzuleben“ und geräth nun gewöhnlich rasch in jenen eigenartigen Erregungszustand, welcher vor Allem als klinisches Krankheitsbild der Dementia paralytica bekannt geworden ist.

Als auffallendste Erscheinung, welche auch die volksthümliche Bezeichnung des ganzen Leidens bestimmt hat, stellt sich alsbald der paralytische Grössenwahn ein, die „Megalomanie“. Der Inhalt desselben umfasst die gesammten Beziehungen des Kranken, seine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, sein Wissen, seine äussere Stellung, seinen Besitz, seine Zukunft. Zunächst halten sich die Grössenideen vielleicht noch im Bereiche des Denkbaren und Möglichen und machen den Eindruck kindisch aufdringlicher Prahlereien. Der Kranke fühlt sich so kräftig, wie noch nie, ist auffallend gut conservirt, sehr gebildet, versteht viele Sprachen, hat wunderschöne Töchter. Er macht vortreffliche Gedichte, hat eine ausgezeichnete Stimme, verkehrt nur mit feinen Leuten, ist sehr angesehen, kann jeden Tag die besten Partien machen. Sein Geschäft geht glänzend, wirft ein schönes Geld ab; er wird es bedeutend vergrössern, überall Filialen anlegen, das grosse Loos gewinnen, sich ein Schloss bauen, Reichstagsabgeordneter werden. Schon jetzt indessen tritt die bedeutende psychische Schwäche des Kranken in der widerspruchsvollen Zerfahrenheit seines Wahnes, in der traumhaften Unbefangenheit, mit der er seine Luftschlösser aufbaut, und in der Urtheilslosigkeit gegenüber den nächstliegenden Einwänden nur allzu deutlich hervor. Ein armer Gemeindeschreiber erzählte mir triumphirend, dass er für jeden Tag seines Anstaltsaufenthaltes 1000 Rubel Entschädigung verlangen und dann mit dem erhaltenen Gelde herrlich und in Freuden leben werde. Andere berauschen sich an dem

Plane, von nun an einfach alle Waaren mit 50% Nutzen zu verkaufen oder sämmtliche Lotterieloose zu erwerben, damit ihnen das grosse Loos sicher nicht entgehen könne.

In der Regel nimmt die Unsinnigkeit und Abenteuerlichkeit des Grössenwahns rasch und unaufhaltsam zu. Der Kranke glaubt über ungeheure Körperkräfte zu verfügen, kann zehn Elephanten heben, ist der schönste Adonis der Welt, „schläft wie Tausend in einer Nacht", 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 sämmtliche Sprachen der Welt, plaudert mit dem lieben Gott, trinkt täglich hundert Flaschen Champagner, kann tausend Weiber befriedigen, alle Krankheiten curiren, Todte auferwecken, wird niemals sterben. Dabei ist er Graf, Fürst, „Kaiser, Gott und Rothschild", einstimmig zum deutschen Kaiser gewählt, „der höchsten Natur zugetheilt", Obergott, „seine eigene Grossmutter im Cubus", besitzt sämmtliche hohe Orden, blauseidene Wäsche, Berge von Gold, ein ungeheures Vermögen, Millionen mal Milliarden, ausgedehnte Jagdgründe, 600 Orloftraber, ungezählte Viehheerden in Marmorställen, 100000 Schiffe, jedes hundert Fuss lang und hundert Fuss breit, mit 10000 elektrischen Schrauben, Königreiche, Erdtheile, ja die ganze Welt. Er hat grosse Reisen gemacht, war in Amerika, Jerusalem und Kamerun, überall auf seinem eigenen Kriegsschiffe; er wird die Kaiserin heirathen, jedem der Mitpatienten eine Million schenken, dem Arzte eine Million Gehalt zahlen „und die Kost", eine Brücke über den Ocean nach Indien bauen, einen Thurm errichten in einem Garten, der tausend Meilen lang ist, mit goldenem Dach, mit eigenem Theater und Circus; er wird eine Flugmaschine erfinden und im Weltall herumfliegen, ein Bergwerk bis nach Californien durch die Erde graben u. s. f. Meist spiegeln sich die persönlichen Lebensverhältnisse und Interessen in diesen Ideen wieder, aber immer in unsinniger Verzerrung. Frauen prahlen mit ihrer Schönheit, ihrem Schmuck, 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 ungeheuerlich über das Mögliche hinauszugehen pflegen, wie diejenigen der Männer.

Das Bewusstsein der Kranken ist während der Entwickelung des Grössenwahnes meist leicht getrübt. Die Umgebung wird nur unvollkommen und bruchstückweise von ihnen aufgefasst und verstanden. Ueber Zeit, Ort und Umstände vermögen sie sich keine klare Rechenschaft zu geben, wie sich bei eingehender Prüfung bald herauszustellen pflegt. Sie kümmern sich auch wenig um die wirklichen Vorgänge, sind vielmehr ganz von ihren traumhaften Glücksvorstellungen und Plänen in Anspruch genommen. Der Zusammenhang ihres Gedankenganges ist regelmässig ein sehr lockerer. Wie sie der Augenblick eingiebt, folgen die verschiedenartigsten Ideen einander, in buntem Wechsel, unverarbeitet, voll der handgreiflichsten Widersprüche. Seltener werden einzelne Bestandtheile des Wahnes längere Zeit hindurch festgehalten; meist wird Alles rasch wieder vergessen oder durch Neues verdrängt. Vielfach besteht deutliche, bisweilen sogar hochgradige Ideenflucht. Namentlich in den Schriftstücken der Kranken, bei den Aufzählungen ihrer Wünsche, Aufträge und Pläne pflegt diese Erscheinung klar hervorzutreten.

Die Stimmung des Kranken ist, übereinstimmend mit dem Inhalte seines Wahnes, freudig gehoben, selbstbewusst und hoffnungsvoll. Sie steigert sich vielfach zu ganz überschwänglicher, unbeschreiblicher Glückseligkeit. Der Kranke 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 wunderschön und 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 Verstand.

Andererseits jedoch besteht häufig auch eine ausserordentliche Reizbarkeit. Namentlich Zweifel oder Widerspruch gegenüber den Grössenideen bringen den Kranken leicht in heftigen, aber rasch verrauchenden Zorn, um so mehr, wenn er gerade nichts auf die Einwände zu erwidern weiss. Auch andern Kranken gegenüber wird er bisweilen rücksichtslos gewaltthätig, da er nicht das geringste Verständniss für deren Zustand hat, sondern sie ohne Weiteres für freche Schwindler und für vollständig gesund erklärt. Er droht

dann, durch seine Artillerie Alles zusammenschiessen, die ganze Gesellschaft in Ketten schliessen, „von 100 Kamerunnegern mit eisernen Peitschen durchprügeln“ zu lassen. Nicht selten beobachtet man ganz plötzliches Umschlagen der Stimmung in tiefe Depression oder lebhafte Angst mit krampfhaftem Weinen und einzelnen hypochondrischen oder Verfolgungsideen. Freilich pflegen solche Anwandlungen einige Stunden oder Tage nicht zu überdauern.

Auf psychomotorischem Gebiete fällt an dem Kranken fast immer eine gewisse Erregung auf, die sich unter Umständen zu sehr erheblichen Graden steigern kann. Der Kranke ist unstät, vielgeschäftig, unternehmungslustig, treibt sich planlos herum, knüpft überall Bekanntschaften an, benimmt sich auffallend, lärmend, spricht laut, geräth leicht in Streit, fängt an, stark zu trinken, zu rauchen, zu schnupfen, geschlechtlich zu excediren. Sehr bald beginnt er auch, an die Verwirklichung der grossen Pläne zu gehen, welche ihm aus dem Gefühle unbegrenzter Leistungsfähigkeit und aus seinem lebhaften Thatendrange hervorwachsen. Ohne jede Ueberlegung nimmt er die verschiedenartigsten Projecte in Angriff, die nicht nur über sein Verständniss und seine Geldmittel, sondern sehr bald auch über das Mögliche überhaupt hinausgehen. Allerdings bleibt es regelmässig bei einigen unsinnigen einleitenden Schritten, weil rasch eine neue Idee die frühere verdrängt. Er vergrössert plötzlich sein Geschäft, fängt an, zu bauen, schliesst eine ganz unpassende Ehe oder betreibt seine Scheidung, um eine vornehme Partie zu machen, telegraphiert an Souveräne mit der Bitte um hohe Orden oder Titel, macht grossartige Geschenke, kauft auf, was ihm vor das Gesicht kommt, und bestellt ungemessene Mengen der verschiedensten Gegenstände, die er zur Ausführung seiner Pläne zu brauchen glaubt. Einer meiner Kranken, der reich und Liebhaberphotograph war, sandte eine Depesche ab, mit dem Ersuchen, ihm für seinen Gebrauch Pyrogallussäure im Werthe von 200000 Mark zu senden. Andere studiren die Anzeigentheile der Zeitungen und nehmen kurzer Hand Alles in Anspruch, was dort angeboten wird, Papageien und Köchinnen, Kaleschen, Landhäuser und Heirathsparthien. Auf diese Weise erklärt sich die ausserordentliche Geschwindigkeit, mit welcher die Kranken grosse Summen verschwenden, die heilloseste Verwirrung anrichten und über sich selbst wie über ihre Angehörigen die schwersten Unannehmlichkeiten heraufbeschwören.

Dazu kommt, dass sich in ihrem ganzen erregten und kopflosen Handeln deutlich jene Abstumpfung des sittlichen Gefühles geltend zu machen pflegt, welche durch die Erkrankung regelmässig herbeigeführt wird. Die Kranken werden nicht nur nachlässig in ihrem Aeusseren, unsauber und unordentlich in der Kleidung, sondern sie verlieren auch das Verständniss für die einfachsten Anforderungen des Anstandes, erzählen schmutzige Geschichten, befriedigen ihre Bedürfnisse ohne Rücksicht auf die Umgebung, rühmen in cynischer Weise die geschlechtlichen Vorzüge ihrer Frauen oder Töchter, zeigen sich mit öffentlichen Dirnen auf der Strasse oder suchen dieselben bei Bekannten einzuführen. Ja, wir sehen die Kranken sogar nicht selten geradezu gefährliche und verbrecherische Handlungen begehen, kleine Diebstähle, plumpe Betrügereien, unsittliche Angriffe. Meist verfahren sie dabei so unüberlegt, dass sie sofort entdeckt werden. Einer meiner Kranken ergriff auf dem Bahnhofe ohne Weiteres den Koffer eines neben ihm sitzenden Reisenden und wollte damit verschwinden. Da er nachher trotz des offenkundigsten Augenscheines oft einfach Alles ableugnet, wird der Kranke bisweilen für einen ganz besonders frechen und geriebenen Gauner gehalten. Erst dann, wenn er die verschiedensten Vergehen gegen die öffentliche Ordnung, gegen die Schamhaftigkeit, Widerstand gegen die Staatsgewalt u. s. f. begangen und seine Familie binnen kurzer Zeit an den Bettelstab gebracht hat, wird er endlich, gemisshandelt und gemassregelt, heruntergekommen, von Ausschweifungen erschöpft, als krank in die Anstalt eingeliefert.

Vielfach 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 begründen weiss. Für die Beobachtung in der Anstalt kann er, der bisweilen nachdrücklich seine Befreiung verlangt, abgesehen von einem gewissen Grade des Schwachsinns, unter Umständen annähernd gesund erscheinen, doch ergiebt sich nach einem Entlassungsversuche früher oder später in dem Handeln des Kranken ausnahmslos die tiefe Störung, welche seine gesammte Persönlichkeit erfahren hat. Andererseits kann das unsinnige Grössendelirium auch längere Zeit, oft viele Monate und selbst Jahr und Tag hindurch in allmählich immer ausschweifenderer und zerfahrenerer Form fortdauern. Man bemerkt sehr bald, dass die ursprüngliche Regsamkeit und Reich-

haltigkeit des Vorstellungslebens mehr und mehr verloren geht. Die Wahnideen werden dürftiger und zusammenhangsloser, widerspruchsvoller; die Stimmung wird matter und theilnahmloser, 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 Grössenwahns 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: „gutes Essen", „Millionen", „schöne Pferde", „goldene Kaiserin", bis endlich auch die letzte derartige Erinnerung mit der vollständigen Vernichtung der psychischen Persönlichkeit erlischt. Die Dauer der expansiven Paralyse kann man im Mittel auf 3—4 Jahre veranschlagen; sie ist indessen sehr grossen Schwankungen unterworfen. Nicht selten erfährt man, dass schon mehrere Jahre vor dem deutlicheren Hervortreten der einleitenden Störungen vorübergehend einzelne Krankheitserscheinungen, namentlich Schwindelanfälle, Reizbarkeit u. dergl. beobachtet wurden. Ich sah noch 1884 einen Fall, in welchem durch derartige Vorboten ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Kriege von 1870 wahrscheinlich wurde.

Das Schwanken zwischen depressiven und expansiven Zuständen, wie wir es soeben 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, hypochondrische Verzweiflung oder völlige Stumpfheit abwechseln. Diese Verlaufsart hat man auch wol als circuläre Form der Paralyse bezeichnet. Die äussere Aehnlichkeit mit gewissen Fällen von circulärem Irresein ist bisweilen eine sehr grosse. Trotzdem wird man sie von diesem letzteren wegen ihrer schleppenden Entstehungsweise in reiferem Lebensalter, wegen der Unregelmässigkeit der einzelnen Phasen, wegen der deutlichen Anzeichen zunehmender psychischer Schwäche, wegen der nervösen

Störungen und des fortschreitenden Verlaufes bei längerer Beobachtung immer abzugrenzen im Stande sein.

Die agitirte 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 eine Einleitungszeit mit den früher geschilderten Erscheinungen voraus; dieselbe 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.

Die Art der psychischen Erregung selbst kann sich sehr verschieden gestalten. Verhältnissmässig häufig begegnet man gerade bei dieser Entwickelungsweise der Paralyse ganz leichten Aufregungszuständen mit anscheinend völliger Erhaltung der Besonnenheit. Die Kranken sind dabei 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 Verwirklichung; sie prahlen in aufdringlicher Weise mit ihren ausgezeichneten Fähigkeiten, ihren hohen Verbindungen, ihren glänzenden Aussichten und ihrer wunderbaren Vergangenheit, ohne es dabei mit der Wahrheit sehr genau zu nehmen. Sie stehen in nahen Beziehungen zu Angehörigen des Fürstenhauses, erfreuen sich des besonderen Allerhöchsten Vertrauens, sind durch Ordensverleihungen ausgezeichnet worden; sie haben eine sehr gewählte Erziehung genossen, an verschiedenen Universitäten ihre Lehrer durch ihre Begabung in Erstaunen gesetzt, eine Menge Preise gewonnen, sind Meister in allen ritterlichen Künsten, Lieblinge der Frauenwelt, haben im Kriege Wunder der Tapferkeit verrichtet, mehrfach durch ihr persönliches Einschreiten den Sieg herbeigeführt. Auf grossen Reisen haben sie äusserst merkwürdige Erlebnisse durchgemacht, sind wiederholt in höchster Lebensgefahr gewesen, aus der sie sich immer wieder durch ihre unerhörte Kraft und Klugheit befreit haben. Sie werden jetzt über ihre Thaten öffentliche Vorträge halten, ein Buch schreiben, welches das grösste Aufsehen erregen und ihnen bedeutende Summen

einbringen muss; sie werden sich um einen Sitz im Reichstage bewerben, glänzende Reden halten und ohne Zweifel binnen Kurzem ins Ministerium berufen werden.

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 Wahnideen oder mit bewussten Aufschneidereien zu thun hat. Gewöhnlich zeigen die verschiedenen Ausführungen des Kranken untereinander durchaus keine Uebereinstimmung; vielmehr ändert er seine Auseinandersetzungen bei jeder neuen Wiederholung ab und kann durch geeignete Beeinflussung zu weiterer Ausmalung veranlasst werden. Dabei verwickelt er sich in die schreiendsten Widersprüche, ohne es selbst zu merken; er geräth in einsichtslose zornige Erregung, sobald man ihn auf dieselben aufmerksam zu machen sucht. Meist lebt er sorglos und unbekümmert in den Tag hinein, drängt gelegentlich auf Entlassung, um seine Pläne verwirklichen zu können, lässt sich aber stets leicht wieder vertrösten.

In einer weiteren Reihe von Fällen entwickelt sich von vornherein sofort ein fast noch blühenderer und unsinnigerer Grössenwahn, als wir ihn schon bei der expansiven Form kennen gelernt haben. Binnen wenigen Tagen wird der Kranke von allen seinen früheren Leiden und Gebrechen geheilt; er rückt auf zum höchsten Gott, der ewig gelebt und das Weltall erschaffen hat. Sonne, Mond und Sterne gehorchen seinen Befehlen; mit Gedankengeschwindigkeit vermag er sich an jeden Punkt des Himmels zu versetzen. Er hat alle Kriege geführt, alle Schlachten gewonnen, die grössten Entdeckungen und Erfindungen gemacht, alle grossen Männer aller Zeitalter persönlich gekannt oder selber erzeugt. Er gebietet über fabelhafte Reichthümer, deren Werth in Zahlen überhaupt nicht ausgedrückt werden kann, über Decillionen oder Decilliarden, baut im Nu die prachtvollsten Schlösser und Dome aus violetter Mondkohle, Diamanten und Edelsteinen, befruchtet Tausende der schönsten Weiber mit den herrlichsten Göttersöhnen. Bisweilen verbinden sich Grössen- und Kleinheitsideen in unentwirrbarer Weise miteinander. Der Kranke ist verzweifelt darüber, dass er sich in seiner Dummheit in die Anstalt begeben hat, statt seine Millionen deutscher Reichs-

patente auszunutzen und sich als Kaiser krönen zu lassen. Dadurch ist ihm der Hals zugewachsen, und er hat unermesslichen Schaden. Aber er wird so viele Milliarden unter die Leute vertheilen, dass Niemand mehr von seiner Verrücktheit sprechen wird.

Hier pflegt auch die Aufregung eine sehr viel stärkere zu sein. Der Kranke ist Tag und Nacht unruhig, ohne Unterbrechung mit seinen unendlichen Plänen beschäftigt, Befehle in alle Himmelsrichtungen telephonirend. Zeitweise kommt es zu starker ideenflüchtiger Verworrenheit mit grosser Reizbarkeit und Gewaltthätigkeit. Der Kranke schläft fast gar nicht, nimmt sehr unregelmässig Nahrung zu sich, da er unvergleichlich viel Besseres zu beanspruchen hat, nimmt an Körpergewicht sehr rasch ab. Häufig macht hier nach kürzerer oder längerer Zeit ein schwerer paralytischer Anfall dem Leben oder doch der Aufregung plötzlich ein Ende; auch rascher Nachlass der Krankheitserscheinungen mit völliger Beruhigung ohne klare Einsicht ist nicht selten. Die Dauer dieser letzteren Form ist zumeist eine kürzere, als diejenige der zuerst 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 Zusammenbruch. In der Regel schliesst sich dieses letzte Stadium der Krankheit an das Bild der agitirten Paralyse an; seltener entwickelt es sich aus einer Depression heraus. 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. Das Körpergewicht sinkt mit erschreckender Schnelligkeit; der Puls ist klein und frequent, die Temperatur erhöht (38—39°), wahrscheinlich meist wegen der zahlreichen Quetschungen und Hautabschürfungen, welche sich der Kranke in seiner sinnlosen Erregung zuzieht. 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 das namentlich für diejenigen Fälle, in denen die einleitenden Erscheinungen wenig oder gar nicht ausgesprochen sind. Was mir diese Anschauung vor Allem wahrscheinlich macht, ist der Umstand, dass man hie und da Gelegenheit hat, einen Kranken aus diesem Zustande sich wieder erholen und nunmehr die vorher vielleicht 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 feststellen lässt.

Wie sich aus den vorstehenden Einzelschilderungen ergiebt, setzt sich der Gesammtverlauf der Paralyse im Allgemeinen aus einem bisweilen ganz unbemerkt bleibenden Einleitungsstadium und aus einer Zeit lebhafterer Krankheitserscheinungen zusammen, an welche sich dann der später zu besprechende Endzustand tiefen Blödsinns anschliesst. Es ist jedoch von grösster Wichtigkeit, zu bemerken, dass in diesen verschiedenen Abschnitten des Krankheitsverlaufes die Stärke der körperlichen Störungen durchaus nicht immer der Ausbildung der psychischen Symptome entspricht. Es giebt einerseits Fälle, in denen selbst schwere Sprach- und Schriftstörungen lange Zeit bestehen können, bevor eine irgend auffallendere Beeinträchtigung des Gedächtnisses oder Verstandes nachweisbar ist. Andererseits aber — und das ist praktisch weit wichtiger — vermögen wir aus dem psychischen Krankheitsbilde sehr häufig die beginnende Paralyse bereits mit voller Sicherheit zu erkennen, während die körperliche Untersuchung durchaus noch keine verwerthbaren Anzeichen liefert. Aus der ungenügenden Berücksichtigung dieser Erfahrung entspringen zahlreiche diagnostische Fehlschlüsse.

Der Verlauf aller Formen der Paralyse kann durch zwei verschiedene Ereignisse fast stets in unberechenbarer Weise beeinflusst 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 gelegentlich ausgiebige Nachlässe 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 Wahnhaftigkeit derselben von Neuem einzusehen und zuzugestehen.

Die Erinnerung an die Zeit der Krankheit ist zunächst oft eine verworrene, doch tauchen nach und nach viele Einzelheiten wieder deutlicher auf. Allmählich kann sogar eine gewisse Krankheitseinsicht zu Stande kommen, wenn auch manche der verkehrten Handlungen noch in krankhafter Weise begründet oder als durch äussere Umstände und Einwirkungen veranlasst dargestellt werden. Mit dieser mangelhaften Klarheit über die Vergangenheit verbindet sich häufig eine siegesgewisse 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 theilnahmlos, 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 gesunden Menschen macht. Den nächsten Angehörigen und Freunden pflegt freilich eine leichte Abschwächung des Verstandes und des Gedächtnisses, eine Abstumpfung seiner geistigen Regsamkeit und seiner gemüthlichen Betheiligung, sowie ein gewisser Mangel an Thatkraft und Nachhaltigkeit kaum jemals verborgen zu bleiben. Dennoch sind manche derartige Kranke im Stande, selbst den verantwortungsvollen Beruf eines Eisenbahnbeamten, Officiers, Arztes während der Besserung mit Erfolg wieder aufzunehmen. In der Regel allerdings sind diese Nachlässe nur von kürzerer Dauer (bis zu einigen Monaten); jene Fälle, in denen die Kranken länger, als ein Jahr, oder gar 3, 4, 5 Jahre annähernd 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; die Schwäche nimmt immer mehr zu; es stellen sich Beugecontracturen und Muskelatrophien ein, so dass er die Möglichkeit der selbständigen Bewegung verliert, weder gehen, noch stehen, noch am Ende auch sitzen kann. Zugleich magert er 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 und 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 die Besserung 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 ungemein selten (lange nicht 1% der Fälle), dass sie gegenüber dem gewöhnlichen Verlaufe gar nicht in Betracht kommen. Ueberdies erhebt sich hier der Verdacht, dass es sich vielleicht um ganz andersartige chronische diffuse Hirnerkrankungen handeln kann, die wir vor der Hand klinisch noch nicht von der dementen Form der Paralyse unterscheiden können. Jedenfalls thut man gut, allen Fällen von „geheilter" Paralyse das äusserste Misstrauen entgegen zu bringen, da Nasse festgestellt hat, dass unter 6 von ihm als geheilt angesehenen Paralytikern nur ein einziger nicht wieder erkrankt ist, bei dem obendrein die Diagnose nicht über allen Zweifel erhaben war.

Herbeigeführt wird der tödtliche Ausgang durch die verschiedensten Ursachen. Abgesehen von den in der ersten Zeit 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. Vereinzelte Kranke gehen durch Ersticken zu Grunde, indem sie sich beim Essen den ganzen Mund mit Speisen, namentlich Brod, vollpfropfen und dann einen Theil derselben in den Kehlkopf hinunterwürgen. 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 Körpermusculatur atrophirt bis zum Aeussersten; 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, doch ist die in weit vorgeschrittenen Fällen häufiger beobachtete allgemeine Verdickung der knöchernen Hülle wol mit Wahrscheinlichkeit als compensatorische Hypertrophie gegenüber der Volumsabnahme des Gehirns aufzufassen. Vielfach sieht man dabei tiefes Einschneiden der Gefässfurchen in die mit Osteophyten reichlich besetzte Knochensubstanz.

Wichtiger sind schon die Veränderungen der Hirnhäute. Die Dura ist theilweise, seltener in ganzer Ausdehnung, mit dem Schädeldache verwachsen; bisweilen lässt sie sich ohne Zerstörung gar nicht von diesem letzteren trennen. Recht häufig findet man Pachymeningitis interna und Haematome der Dura, bald nur zarte, schleierartige Anflüge, bald dicke, mehrfache Schichtung aufweisende Schwarten, meist auf der Scheitelhöhe. Auch unter der Pia bemerkt man öfters mehr oder weniger ausgedehnte Oberflächenblutungen. Die weichen Hirnhäute sind in Folge von zelliger Infiltration regelmässig getrübt, verdickt, bisweilen sehr beträchtlich; hie und da finden sich eingelagerte Knochenplättchen. Ihre Venen sind stark erweitert, besonders bei der galoppirenden Paralyse, zeigen auch häufig verdickte Wandungen; die Pacchioni'schen Granulationen sind nicht selten auffallend entwickelt. Das Gehirn ist bei länger bestehenden Fällen stets atrophisch; das Gewicht desselben sah ich 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, über welche die Pia in Gestalt serumgefüllter Blasen hinwegzieht. Auch die Rinde ist verschmälert und, 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

*) Binswanger, Die pathologische Histologie der Grosshirnrinden-Erkrankung bei der allgemeinen progressiven Paralyse. 1893.

vermehrt, oft in ganz ausserordentlichem Masse; häufig findet man die Anzeichen frischer Gefässneubildung, weitverzweigte Bindegewebszellen, deren Fortsätze mit den Gefässwandungen in Verbindung treten. Grössere Gefässe erscheinen geschlängelt, die Wandungen verdickt mit massenhafter Kernwucherung; stellenweise kommt es zur völligen Obturation und Obliteration. Einmal sah ich die ganze Hirnrinde von unzähligen kleinen capillären Blutungen durchsetzt. 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 ungewöhnlicher Ausbildung vertreten. Weigert konnte mit Hülfe seiner neuen Färbung in der Körnerschicht des Kleinhirns eine hochgradige Wucherung der Neuroglia nachweisen.

Ueber die Veränderungen an den Nervenzellen in der Paralyse wissen wir leider bisher noch wenig Sicheres. Es ist zwar kaum zweifelhaft, dass hier sehr schwere Entartungsvorgänge sich abspielen, aber der genaue Nachweis derselben, die Deutung der einzelnen Bilder, die Abtrennung des wirklich Krankhaften von einfachen Kunstproducten, des Wesentlichen vom Zufälligen und endlich die Aufstellung eines der Paralyse eigenthümlichen Befundes erscheint mir zur Zeit noch nicht möglich. Ich will mich daher, bis die aussichtsreichen Forschungen Nissl's uns hier einen gesicherten Grund und Boden geschaffen haben, mit der Angabe begnügen, dass wir im paralytischen Hirn neben einzelnen anscheinend gesunden eine grosse Zahl krankhaft veränderter Zellen vorfinden, deren auffallendste Eigenthümlichkeit in dem Zerfall der Chromatinkörperchen und der Anhäufung von Pigment besteht.

Sehr hochgradig pflegen die atrophischen Veränderungen an den Nervenfasern zu sein. Es ist Tuczek's*) Verdienst, dieselben zuerst mit feineren Methoden (Exner'sche, Weigert'sche Methode) genauer studirt 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

*) Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur Pathologie der Dementia paralytica. 1884.

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 Untersuchungen eine gesetzmässige Beziehung zwischen der Stärke und der Localisation der Veränderung nicht mit Bestimmtheit feststellen. Ebensowenig 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 andern Psychosen, namentlich der nahe verwandten Dementia senilis, sowie sonstigen, z. B. den epileptischen Blödsinnsformen, zukommen können. Allerdings dürfte die Häufigkeit, die Ausdehnung und die Stärke jener Veränderungen bei der Paralyse eine weit grössere sein, als bei irgend einer anderen psychischen Erkrankung.

Die Aufdeckung eines engeren Zusammenhanges der aufgezählten Befunde mit dem besonderen psychischen Krankheitsbilde hat bisher nicht gelingen wollen. Nur das Eine lässt sich sagen, dass im Allgemeinen die Ausdehnung und Stärke der anatomischen Veränderungen um so grösser ist, je weiter der klinische Verlauf vorgeschritten war. In der ersten Zeit der Erkrankung, vielleicht sogar ziemlich lange, scheinen die Störungen in der Hirnrinde bis zu einem gewissen Grade der Rückbildung fähig zu sein oder doch durch unversehrte Elemente ausgeglichen werden zu können; sonst wären die häufigen, weitgehenden Besserungen der Krankheitserscheinungen nicht denkbar. Zwischen Oertlichkeit der Hirnerkrankung und gewissen Symptomen, den Sprachstörungen, der Worttaubheit, den Krampferscheinungen, dürften die durch die Localisationslehre geforderten allgemeinen Beziehungen auch hier bestehen (besondere Betheiligung der Stirn-, Schläfen-, Centralwindungen). Freilich ist es aus naheliegenden Gründen meist sehr schwierig, solche Beziehungen ohne sehr eingehende und zeitraubende mikroskopische Untersuchungen festzustellen.

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 etwa durch eine chronische Vergiftung veranlassten „primären" Entartungsvorganges ohne ursächliche Erkrankung des interstitiellen Gewebes unzweifelhaft darzuthun. Auf der anderen Seite wird ja die Verdichtung und Wucherung des Bindegewebes auch nach einfachen secundären Degenerationen beobachtet.

Ausser jenen feineren Veränderungen finden sich in der Rinde gelegentlich noch kleinere erweichte Stellen, 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 insbesondere zur Erklärung der paralytischen Anfälle vermuthen sollte, sind dagegen sehr selten; selbst bei einer viele Monate andauernden Hemiplegie mit vollständiger Paraphasie konnte ich einen bestimmten Erweichungsherd im Gehirne nicht auffinden. Wir müssen daher wol annehmen, dass es sich bei den paralytischen Anfällen wesentlich um Kreislaufsstörungen oder umschriebene 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 Erscheinungen herbeiführen müssen.

Aehnliche Veränderungen, wie in der Grosshirnrinde, finden sich auch in den übrigen Theilen des Gehirns, wie das schon im Hinblicke auf die sehr bedeutende Gewichtsabnahme als erwiesen angesehen werden darf. Die Markmassen der Hemisphären zeigen regelmässig einen diffusen Faserschwund, der nur bisweilen einzelne compacte Bündel verschont. Seltener sind zerstreute Entartungsherde oder, im Anschlusse an umschriebenere Rindenläsionen, strangförmige Degeneration bestimmter Leitungsbahnen. In den grossen Ganglien, namentlich im Sehhügel, und ebenso im Kleinhirn ist ausgedehnter Faserschwund nachgewiesen worden. Weigert glaubt auch aus den Gliawucherungen auf den Untergang der Fortsätze der Purkinje'schen Zellen schliessen zu dürfen. Ausserdem finden sich in den Nervenkernen der Medulla oblongata, namentlich in denjenigen des Hypoglossus, ähnliche Veränderungen der Ganglienzellen, wie in der Hirnrinde.

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 Degenerationsherde, diffuse Myelitis u. s. f.

Ob sich an den peripheren Nerven nicht hie und da Veränderungen nachweisen lassen, ist erst wenig**) untersucht worden, doch lässt sich nach den neueren Befunden bei Tabes und Angesichts der hochgradigen Muskelatrophie im letzten Stadium der Paralyse mit Sicherheit erwarten, dass auch hier Entartungsvorgänge in den peripheren Nerven häufiger vorkommen. Die Befunde in den übrigen Organen (Phthisen, Pneumonien, Niereninfarcte) stehen zumeist wol kaum in unmittelbarer Beziehung zu dem paralytischen Krankheitsvorgange; 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 12—13 % aller Aufnahmen in Irrenanstalten ihr an, doch ist dieses Verhältniss ausserordentlichen Schwankungen unterworfen. Von den beiden Geschlechtern ist das männliche ungefähr 3—5mal so stark unter den Erkrankten vertreten, als das weibliche; bei Frauen höherer Stände ist die Krankheit überaus selten. Die relative Häufigkeit der weiblichen Paralyse, namentlich in grossen Städten, scheint allmählich etwas zuzunehmen. Unter den Altersklassen überwiegen diejenigen zwischen dem 35.—40. (30.—45.) Lebensjahre; auch das Klimakterium scheint von Einfluss zu sein. In den ersten beiden Lebensjahrzehnten kommt die Paralyse kaum jemals, im dritten noch immer recht selten vor, doch scheint in neuester Zeit die Paralyse jüngere Lebensalter häufiger zu befallen; Strümpell sah dieselbe sogar bei einem dreizehnjährigen Mädchen, in Verbindung mit Tabes und hereditärer Syphilis.

*) Westphal, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XX, XXI; Virchows Archiv, XXXIX; Archiv f. Psychiatrie, I, XII.

**) Hoche, Beiträge zur Kenntniss des anatomischen Verhaltens der menschlichen Rückenmarkswurzeln. 1891.

Ledige Personen scheinen mehr disponirt zu sein, als Verheirathete; jugendliche weibliche Paralysen sind auffallend häufig Prostituirte. Nicht ganz selten beobachtet man, dass zwei Ehegatten gleichzeitig oder kurz nach einander paralytisch werden. Grosse Städte liefern einen sehr bedeutend höheren Procentsatz von Paralytikern, als die Landbevölkerung. Unter den Berufsarten sind Officiere, Kaufleute, Feuerarbeiter, Eisenbahnbeamte verhältnissmässig 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 Vergangenheit der Paralytiker, wenn sich auch gegenwärtige syphilitische Krankheitserscheinungen nur verhältnissmässig selten nachweisen lassen. Damit stimmt die Erfahrung überein, dass es anscheinend vorzugsweise leichte syphilitische Erkrankungen sind, welchen ein ursächlicher Zusammenhang mit der Paralyse zukommt, und dass andererseits regelmässig eine längere Reihe von Jahren zwischen der Ansteckung und dem Auftreten der Paralyse zu liegen pflegt. Ueber die Häufigkeit, mit welcher die Syphilis als Vorgängerin der Paralyse beobachtet wird, gehen die Angaben sehr weit auseinander (11—77 %). Rieger hat festgestellt, dass Jemand, der syphilitisch inficirt war, im Allgemeinen 16—17mal 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, das Vorkommen paralytischer Ehepaare, sind mit grösster Wahrscheinlichkeit in dieser Richtung zu deuten. Sehr auffallend ist es freilich, dass die Mehrzahl gerade der französischen Irrenärzte die ursächliche Bedeutung der Syphilis für die Paralyse leugnet und statt dessen den Alkoholmissbrauch in den Vordergrund stellt. Unsere Erfahrungen in Deutschland führen nach beiden Richtungen zu durchaus anderen Ergebnissen.

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. Strümpell

hat die Paralyse in Parallele mit den diphtherischen Lähmungen gestellt, indem er annahm, 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. Möbius spricht in ähnlichem Sinne geradezu von einer „Metasyphilis“. Es muss zunächst dahingestellt bleiben, ob diese Auffassung wenigstens für diejenigen Fälle zutreffend ist, in denen wirklich Syphilis vorausgegangen ist, doch erscheint es möglich, 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 sich keine frühere Syphilis nachweisen lässt, 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 eine sehr wichtige, aber eben doch nur eine von den Ursachen der Paralyse zu sehen haben.

Von sonstigen Schädlichkeiten, denen man für die Entstehung der Paralyse eine gewisse Rolle zuzuschreiben pflegt, sind auf körperlichem Gebiete der Alkoholismus, Insolation, Wärmebestrahlung des Kopfes und Kopfverletzungen zu nennen. An diese letzteren schliesst sich die Erkrankung in einzelnen Fällen ziemlich bald an; in anderen tritt sie erst nach mehreren Jahren hervor, so dass man mehr eine vorbereitende Wirkung des Traumas anzunehmen hat. Der Alkoholmissbrauch ist nach meinen Erfahrungen zweifellos weit häufiger Folge, als Ursache der Paralyse. Manche andere Einflüsse, körperliche Erkrankungen, das Wochenbett, können wol nur die Entwickelung der Krankheit beschleunigen. Ebenso scheinen psychische Schädlichkeiten im Ganzen mehr den letzten Anstoss zum Ausbruche der Störung auf bereits vorbereitetem Boden abzugeben. Immerhin soll nicht geleugnet werden, dass eine sehr verantwortungsvolle, mit heftigen Gemüthsschwankungen verbundene Thätigkeit, andauernde Unruhe und Aufregung vielleicht auch zu den unmittelbaren Krank-

heitsursachen gerechnet werden dürfen. Wenigstens sehen wir, dass 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 fordert. Einfache Verstandesarbeit dagegen, und sei sie noch so anstrengend an sich, führt schwerlich zur Paralyse, höchstens zur Neurasthenie.

Als gemeinsames Element scheint allen jenen Ursachen, soweit wir das heute übersehen können, die schwächende Einwirkung auf die Muscularis der Arterienwand zuzukommen, sei dieselbe durch eine Vergiftung, sei sie durch häufige und ausgiebige Caliberschwankungen bedingt. Gerade die Erschlaffung der Muscularis aber giebt, wie Thoma nachgewiesen hat, den regelmässigen Anlass zur Entstehung endarteriitischer Erkrankungen, wie wir sie im paralytischen Gehirn so häufig beobachten. Es muss indessen fraglich erscheinen, ob wir demnach die Entartung des Nervengewebes bei Paralytikern etwa einfach auf eine Störung der Hirnernährung in Folge von Gefässerkrankungen auffassen können, da öfters die Entwickelung beider Störungen in entschiedenem Missverhältnisse steht. Möglicherweise ist der feinere Zusammenhang der Dinge in verschiedenen Fällen ein wesentlich verschiedener. Die klinischen Krankheitsbilder, die wir heute unter dem Sammelnamen der Paralyse zu vereinigen pflegen, werden durch die anatomische Untersuchung vielleicht dereinst in eine Reihe einzelner Formen auseinandergetrennt, deren gemeinsame Eigenthümlichkeit nur in der allmählichen Vernichtung des centralen Nervengewebes besteht.

Die Erkennung der Paralyse ist eine der wichtigsten Aufgaben des Irrenarztes, weil von ihr fast immer sehr einschneidende Massregeln, namentlich auch wirthschaftlicher Natur (Entmündigung, Auflösung von Geschäften), abhängig sind. Wo deutliche körperliche Störungen vorhanden sind, wird im Allgemeinen die Aufdeckung der Krankheit keine Schwierigkeiten bieten. Wir sind aber thatsächlich sehr häufig in der Lage, die Diagnose der Paralyse ausschliesslich oder wesentlich aus dem psychischen Zustande stellen zu müssen. Einzelne Fehlgriffe sind dabei unausbleiblich, doch ist im Allgemeinen die Zuverlässigkeit auch dieser Merkmale eine recht grosse. In den ersten Zeiten der Krankheit ist die Abgrenzung der Paralyse von neurasthenischen Zuständen bisweilen ebenso schwierig,

wie durch die Sachlage dringend gefordert. Der wichtigste Anhaltspunkt 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 Krankheitserscheinungen gegenüber dem Affecte, dem ungetrübten Verstande und der peinlichen Selbstprüfung des Neurasthenischen. Dazu kommt die kaum bemerkte, aber sehr auffallende Unzuverlässigkeit der Erinnerung auf der einen und die objectiv ganz unbegründet erscheinenden Klagen über Abnahme des Gedächtnisses auf der anderen Seite. Endlich kommt natürlich der Nachweis greifbarer nervöser Störungen in Betracht, 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 30. und 50. Lebensjahre wird man die Möglichkeit einer Paralyse immer im Auge behalten müssen; wahrscheinlich wird diese letztere, wenn sehr intensive Kopfsymptome, auffallend tiefe Benommenheit oder einzelne leichtere nervöse Erscheinungen vorhanden sind, wenn die Intelligenzstörung eine ungewöhnliche Urtheilslosigkeit und Zerfahrenheit, der Affect eine gewisse Schwächlichkeit aufweist. Auch sehr rasche Besserung der Niedergeschlagenheit, plötzlicher Umschlag in gehobene, überschwängliche oder gar heitere Stimmung, sowie das unvermittelte Auftauchen einzelner Grössenideen sind sehr verdächtig.

Dem gegenüber sind die expansiven Stadien der Paralyse durch ihre rasche Entstehungsweise, durch die Ungeheuerlichkeit, Zusammenhangslosigkeit und Beeinflussbarkeit des Grössenwahns, sowie durch die begleitende Gedächtnissschwäche, die auf die letzten Tage zurückgehenden Erinnerungsfälschungen und die nervösen Symptome zumeist so gut gekennzeichnet, dass ihre Diagnose sehr bald klar

zu sein pflegt. Gewisse leichtere Erregungszustände der Paralytiker mit Erhaltung der Besonnenheit können periodisch manischen oder, beim Auftreten depressiver Zeiten, circulären Erkrankungen sehr ähnlich sein. Das höhere Lebensalter und die Anzeichen der Schwäche auf dem Gebiete des Verstandes und des Gedächtnisses, die Neigung, zu fabuliren und Luftschlösser zu bauen, sprechen für Paralyse.

Ganz besondere Schwierigkeiten kann die Abgrenzung gegenüber der Dementia senilis, den disseminirten Herderkrankungen und manchen Formen des Alkoholismus bieten. Für die erstere spricht hohes Alter, sehr langsamer Verlauf der Erkrankung, Dürftigkeit der Wahnideen, sowie geringere Entwickelung der motorischen Störungen, die sich auf einfache Lähmungen und Paresen zu beschränken pflegen. 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 Erkrankungen der Hirnrinde vermögen wir heute von der Paralyse nicht mit Sicherheit zu unterscheiden. Alle meine Bemühungen, besondere klinische Merkmale an denjenigen Fällen herauszufinden, in denen deutliche Zeichen verbreiteter Syphilis vorhanden waren, sind bisher vergeblich gewesen. Bei den hierher gehörigen alkoholischen Psychosen ist bisweilen das starke Hervortreten von Sinnestäuschungen, ein grösserer Zusammenhang des Vorstellungsverlaufes und geringere Ausbildung der Sprachstörungen zur Abgrenzung von der Dementia paralytica zu verwerthen; in einzelnen Fällen sichert erst der günstige weitere Verlauf die Diagnose.

Bei der Behandlung der Paralyse hat man in erster Linie häufig genug die Ursache der Krankheit dadurch zu beseitigen gesucht, dass man mit kräftigen antisyphilitischen Massnahmen gegen die Kranken vorging. Die Erfahrung lehrt indessen regelmässig, dass hier noch weniger, als bei der Tabes, durch Quecksilber oder Jodkalium zweifellose Heilerfolge erzielt werden. Nachlässe der Krankheit kommen allerdings ebenso, wie bei jeder anderen Behandlungsart, namentlich unter dem Einflusse der Anstaltsruhe, nicht selten vor. Auf der anderen Seite habe ich in einer Reihe von Fällen, in denen Syphilis sicher voraufgegangen und zum Theil noch in frischen Anzeichen vorhanden war, im unmittelbaren Anschlusse an eine Schmiercur raschen Verfall der Kräfte und plötzliches Auftreten

schwerer Aufregungszustände beobachtet. Ich kann daher in Uebereinstimmung mit der Mehrzahl der Irrenärzte 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 der ersten Zeit vor Allem Ruhe, Entfernung des Erkrankten aus den gewohnten Verhältnissen und Beschäftigungen, sowie eine sorgfältige körperliche und 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 lenkbare Kranke in besseren Vermögensverhältnissen können, soweit eine sachverständige Behandlung und Ueberwachung möglich ist, auch in privater Pflege erhalten werden. Zu vermeiden sind jedoch besuchte Badeorte mit ihren vielfachen Zerstreuungen und Aufregungen, anstrengende Reisen, alle schwächenden Massregeln, angreifende Hunger-, Kaltwasser-, Badecuren u. s. f. Eine sehr gewöhnliche Erfahrung ist rasche Verschlechterung des Allgemeinzustandes und plötzlicher Ausbruch tobsüchtiger Erregung in Folge von Kaltwassermisshandlung. Ausser der Ruhe ist Sorge für kräftige Ernährung, Regelung der Verdauung, Bewegung in frischer Luft, Vermeidung von Alkoholicis, von Tabak, Kaffee, Thee von Wichtigkeit; auch eine ganz milde, gut überwachte hydropathische Behandlung (Abreibungen, laue Bäder, Einwickelungen; keine Douche, keine Ueber- und Untergüsse!) kann gute Dienste leisten.

Die Aufregungszustände der Paralytiker sind nur in geringem Grade der medicamentösen Behandlung zugänglich. Sehr häufig hilft indessen schon die Versetzung in eine ruhige Umgebung, die Bettruhe oder vorübergehende Isolirung, sowie die Ablenkung durch ein freundliches und geschicktes, der Stimmung des Kranken angepasstes Entgegenkommen. Im Nothfalle kann zum Sulfonal oder Trional gegriffen werden. Gegenüber der Erregung in der galoppirenden Paralyse und ebenso bei den schweren Angstzuständen mancher Kranker pflegen alle Mittel zu versagen. Auch Bäder und Einwickelungen sind wegen des hochgradigen Widerstrebens der Kranken häufig nicht durchzuführen. Wenn man auf anderem Wege nichts erreicht, würde ich, da die Kranken meist auch keine Nahrung zu sich nehmen, ein bis zwei Mal täglich die Sondenfütterung

empfehlen, unter Zusatz von je 50—60 gr Alkohol oder von 1 gr Sulfonal. Im Uebrigen wird man sich auf beständige Ueberwachung, Schutz der Kranken vor Verletzungen, sorgfältige Behandlung der entstehenden Hautabschürfungen u. s. w. beschränken müssen.

Die meiste Sorgfalt erfordert die Behandlung der Paralytiker im letzten, bettlägerigen Stadium und besonders in den Anfällen. Schon vorher ist es vielfach nothwendig, 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 Erstickungsanfälle vorkommen. Im Anfalle und bei sehr erschöpften, blödsinnigen Kranken ist vor Allem der Entstehung von Decubitus vorzubeugen. Dieser Aufgabe dienen peinlichste 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 oder die Lagerung auf feine Holzwolle oder Mooswatte, welche rasch jede Verunreinigung aufsaugen. Endlich aber ist ein regelmässiger, durch Wärterhände bewirkter Wechsel der Lage nothwendig, so dass der Kranke (in schweren Fällen alle $^1/_2$ 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 (10 % 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 Wartpersonals die Vorbeugung verabsäumt und (in wenigen Stunden!) das Uebel herbeigeführt hatte. In sehr schweren Fällen habe ich auch mit befriedigendem Erfolge mehrere Tage und selbst Wochen lang das dauernde Wasserbad in Anwendung gezogen.

Die Entleerung des Mastdarms und der Blase bedarf im paralytischen Anfalle gewöhnlich nur anfangs einer Nachhülfe durch Eingiessung resp. Einführung des (sorgfältigst gereinigten und desinficirten!) Katheters; später vollzieht sie sich regelmässig von selbst, wenn man nicht durch zu langes Warten Ueberfüllung und dadurch Lähmung beider Organe hat entstehen lassen, die dann zu dauernder Kunsthülfe zwingt. Auch ausserhalb des Anfalles sind übrigens diese beiden Punkte wol zu beachten, wenn nicht anhaltendes Urinträufeln und Schlussunfähigkeit des Mastdarms entstehen soll. 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 Läppchen (Kali chloricum) und für Feuchterhaltung der Hornhaut durch regelmässiges (alle $^1/_2$ 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

XII. Die erworbenen Schwächezustände.

Gegenüber den bisher besprochenen Formen psychischer Störung, in denen wir die mannichfachsten Symptome auf den einzelnen Gebieten des Seelenlebens sich mit einander mischen sehen, haben wir nunmehr einiger Krankheitsbilder zu gedenken, deren wesentlichen Grundzug die Erscheinungen der erworbenen psychischen Schwäche bilden. Da dieselben regelmässig das Ergebniss eines bestimmten Krankheitsvorganges darstellen, so lassen sich neben ihnen mehr oder weniger deutlich vielfach noch Reste des früheren gesunden Lebens oder voraufgegangener Störungen erkennen. Bisweilen bildet auch der eigenartige erworbene Schwächezustand die Grundlage mehr vorübergehender Schwankungen des psychischen Gleichgewichtes. Wahrscheinlich handelt es sich hier überall um gröbere oder feinere organische Veränderungen im Hirngewebe. Eine ganze Reihe der eigentlich hierher gehörigen Zustände, den epileptischen, alkoholischen, hebephrenischen 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 und den Schwachsinn bei organischen Hirnerkrankungen einen Blick zu werfen.

A. Die Dementia senilis.*)

Schon in der allgemeinen Aetiologie des Irreseins sind in grossen Umrissen die Wandlungen geschildert worden, welche die psychische Persönlichkeit im Alter regelmässig zu erleiden pflegt.

*) Fürstner, Archiv f. Psychiatrie XX, 2.

In ihrer stärksten Ausprägung führen diese Veränderungen zum Krankheitsbilde des Altersblödsinns. Die ersten Anzeichen desselben zeigen sich in der Regel nicht vor dem Beginne der 60er Jahre, doch stellt sich bei schon ursprünglich schwach veranlagten oder durch aufreibende Lebenserfahrungen und schwere Ueberarbeitung „verbrauchten“ Individuen bisweilen schon erheblich früher, selbst bereits gegen Ende des 5. Lebensjahrzehnts, 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 einzelne Erlebnisse aus früher Kindheit tauchen nicht selten mit erstaunlicher Lebhaftigkeit wieder auf, um in weitschweifiger Breite immer von Neuem vorgebracht zu werden. Allein das Gedächtniss für die jüngste Vergangenheit beginnt immer zahlreichere und unbegreiflichere Lücken aufzuweisen. Die Gegenwart geht 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 Erdichtungen ausgefüllt werden, deren subjective Entstehung dem Kranken rasch entschwindet. Halberlebtes und frei Erfundenes mischt sich derart zu höchst unzuverlässigen Erzählungen, dass der Wahrheitskern oft äusserst schwierig oder gar nicht sich herausschälen lässt. Der Kranke vergisst, was er gestern, vorgestern gethan hat, erzählt im Laufe einer Unterhaltung dieselben altbekannten 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.

Auf dem Gebiete des Verstandes zeigt sich die Verblödung vor Allem in der Unfähigkeit des Greises, neue Erfahrungen in sich aufzunehmen und zu verwerthen. Die Anpassungsfähigkeit und Beweglichkeit des Denkens ist dahin; das altgewohnte Spiel erstarrter Vorstellungsverbindungen erhält sich noch in stetem Kreislaufe, aber es ist keiner weiteren Entwickelung mehr fähig, keiner Anregung von aussen mehr zugänglich. Bei dem fortschreitenden Versagen des Gedächtnisses, dem kein neuer Erwerb gegenübersteht, kommt es rasch zu einer Verarmung des Vorstellungsschatzes, deren Folge

uns in der ausserordentlichen Dürftigkeit und Einförmigkeit des Gedankeninhaltes entgegentritt. Die geistige Verarbeitung äusserer Eindrücke, die Bildung von Urtheilen und Schlüssen, die kritische Sichtung und Prüfung aufsteigender Vorstellungsreihen wird immer ungenügender und unsicherer. Daraus erklärt sich der völlige Mangel an Verständniss für fremde Anschauungen und Verhältnisse, die Unbeugsamkeit seniler Vorurtheile und die geringe Widerstandsfähigkeit gegenüber den hier sehr häufig sich einstellenden Wahnideen. Meist pflegen sich diese letzteren im Rahmen übertriebener Krankheitsfurcht, unsinnigen Misstrauens oder kindischer Selbstüberschätzung zu halten.

Auch im Gemüthsleben macht sich eine gewisse Verödung geltend. Der Kranke wird stumpf und theilnahmlos. Seine Empfänglichkeit für die Leiden, aber auch für die Freuden des Daseins erlischt. In den Vordergrund des Interesses tritt mehr und mehr das eigene Ich und die Befriedigung der persönlichen Bedürfnisse und Launen. Das körperliche Wohlbefinden, das Essen und Trinken, die Verdauung, der Schlaf, der Tabak gewinnen eine ganz besondere Wichtigkeit. Verlust der nächsten Angehörigen und ähnliche Schicksalsschläge gehen rasch und spurlos vorüber. Die Familie, der Beruf, seine Lieblingsbeschäftigung wird dem Kranken gleichgültig. Nicht selten scheint die geistige und gemüthliche Abstumpfung mehr oder weniger klar von ihm empfunden zu werden. Er klagt, dass er zu nichts mehr nütz ist, an nichts mehr Freude habe, dass es mit ihm aus und vorbei sei. Dabei nimmt die augenblickliche Erregbarkeit häufig zu. Der Kranke wird rücksichtslos, eigenwillig, rechthaberisch, durch jeden Widerspruch gereizt und beleidigt. Dennoch sind die Schwankungen der Stimmung oberflächlich und ohne Nachhaltigkeit; weinselige Rührung, läppische Freude, klägliches Verzagen werden durch die geringfügigsten Anlässe hervorgerufen, um ebenso rasch wieder zu verschwinden. Der Geschlechtstrieb ist vielfach gesteigert und äussert sich in schamlosen Reden, stutzerhafter Kleidung, zotigen Aufschneidereien, Heirathsplänen, aber auch in unzüchtigen Handlungen, namentlich an Kindern, für deren strafrechtliche Bedeutung dem geschwächten Verstande die klare Einsicht mangelt.

Nicht selten gesellt sich zu diesen Störungen eine auffallende Unruhe und Geschäftigkeit. Die Kranken beginnen, gegen ihre

Gewohnheit ein ausschweifendes Leben zu führen, laufen zwecklos herum, machen unsinnige Einkäufe und Pläne, sammeln allen möglichen Plunder bei sich an, schwatzen viel durcheinander und gerathen durch ihr unvernünftiges Treiben in mannichfache Schwierigkeiten. 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 müde und schläfrig, nicken mitten im Gespräche oder bei der Mahlzeit ein.

Die körperlichen Begleiterscheinungen der Dementia senilis sind ausser der regelmässigen Störung des Schlafes ein sehr beträchtlicher Rückgang des allgemeinen Kräftezustandes, gewöhnlich auch eine Abnahme des Appetits. Die abgemagerten Kranken sehen mit ihren gerunzelten Zügen und der fahlen Gesichtsfarbe meist noch älter aus, als sie wirklich sind; ihre Musculatur ist schwach, die Körperkräfte sind gering. Dazu können sich eine Reihe von Erscheinungen gesellen, welche auf leichtere oder tiefere Veränderungen in der Hirnernährung hindeuten. Sehr häufig sind Schwindelanfälle mit vorübergehenden oder dauernden aphasischen Erscheinungen; bisweilen sah ich geistige Störungen, namentlich Aufregungszustände, sich unmittelbar daran anschliessen. Ferner beobachtet man 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, nicht selten unregelmässigen 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.

Auf der allgemeinen Grundlage des Altersschwachsinns können sich eine Reihe von Krankheitsbildern entwickeln, in deren klinischer Gestaltung mehr oder weniger deutlich der Einfluss der allgemeinen psychischen Rückbildung zum Ausdrucke kommt. Wir sehen dabei ganz ab von denjenigen Störungen, die in jedem und somit auch in hohem Alter eintreten können, wenn auch eine gewisse Färbung derselben durch die Greisenveränderungen sich häufig genug beobachten lässt. Die überwiegende Mehrzahl der eigentlich senilen

Geisteskrankheiten sind Depressionszustände. In ihnen haben wir vielleicht eine krankhafte Steigerung des schon im gesunden Greisenalter so häufig sich entwickelnden Gefühles der wachsenden Unfähigkeit und Unzulänglichkeit vor uns, im Gegensatze zum überquellenden Kraftbewusstsein der Jugendjahre.

In einer ersten Gruppe von Fällen trägt die psychische Verstimmung wesentlich hypochondrische Züge. Sie schliesst sich häufig an körperliche Beschwerden, Verdauungsstörungen, die Influenza, einen Magenkatarrh an. Die Kranken werden besorgt für ihre Gesundheit, fürchten schwer krank zu sein, nicht mehr gesund zu werden, bald sterben zu müssen. Sie fühlen sich sehr schwach, „durch und durch caput", können nichts mehr essen, nichts mehr verdauen, haben keinen Stuhlgang. Oft gewinnen diese Vorstellungen einen ganz abenteuerlichen Inhalt. In allen Gliedern steckt Eiter und geht massenweise mit dem Stuhlgang ab, wird beim Räuspern ausgeworfen. Unter der Haut liegen Würmer und krabbeln; die Haut ist über die Achseln zu eng; der Kranke hat auf der Brust das Panzergefühl. Es ist aus mit ihm; er ist todt, syphilitisch, innerlich verfault, wird das ganze Krankenhaus anstecken, hat keine Augen mehr, kann nicht sitzen, keinen Schritt gehen, nicht mehr athmen, nicht die Hand geben.

Die Stimmung ist dabei meist auffallend gleichgültig. Zeitweise aber kommt es zu heftigen Erregungsausbrüchen, stundenlangem Jammern, Stöhnen, Herumwälzen, lautem Schreien und selbst zu Gewaltthätigkeiten gegen die Umgebung. Widerspruch gegen die hypochondrischen Ideen pflegt zu gereiztem Schimpfen zu führen. Selbstmordneigung ist sehr häufig. Höchst eigenthümlich ist das unvermittelte Eintreten völliger Beruhigung nach stürmischer Aufregung; bisweilen stellt sich vorübergehend heitere Stimmung mit dem Gefühle völliger Gesundheit ein.

Meist sind die Kranken unruhig und unstet, schlafen schlecht, stehen Nachts auf, irren planlos herum, laufen zu den verschiedensten Aerzten, treiben unsinnige Quacksalbereien. Der Appetit ist gewöhnlich gut, auch wenn die Kranken behaupten, keinen Bissen zu sich nehmen zu können; „dies ist der letzte", meinte einer meiner Kranken jedesmal, wenn man ihn auf diesen Widerspruch hinwies. In einzelnen Fällen beginnt diese Erkrankung schon in den Rückbildungsjahren und erinnert dann an gewisse Formen der Hysterie,

von denen sie sich aber durch die grosse Einförmigkeit der hypochondrischen Beschwerden unterscheidet. Gelegentlich sieht man dabei nach längerer Dauer zunächst einen Nachlass der Krankheitserscheinungen, die jedoch später, beim Eintritte des wirklichen Greisenalters, in verstärktem Masse wiederzukehren pflegen.

Bei weitem am häufigsten ähneln die senilen Psychosen melancholischen Zuständen. Von den typischen Melancholien des fünften Lebensjahrzehnts führen fortlaufende Uebergänge zu denjenigen Formen hinüber, welche durchaus dem Gebiete des Altersblödsinns angehören. Die Kranken werden ängstlich, unruhig, schlaflos, menschenscheu und beginnen Versündigungsideen zu äussern. Sie haben einen Fehler gemacht, etwas Schlechtes begangen, eine schwere Schuld auf sich geladen, ohne recht zu wissen, welche. Sie sollen über den Kaiser räsonnirt haben; sie haben ihre Familie ins Unglück gestürzt, nicht recht gelebt, sind verdammt, auf ewig verloren, können nicht mehr selig werden, kommen in die Hölle. Der Teufel wird sie holen; sie werden verhaftet, bestraft, vor Gericht gestellt, im Hemde zum Hause hinausgejagt, hingerichtet, geköpft, verbrannt, müssen zum Schrecken und Abscheu aller Menschen auf der Welt ewig herumirren. Nicht selten vertheidigen sich die Kranken gegen vermeintliche Anklagen, sie hätten das Vaterland nicht verrathen, ihr Kind doch nicht umgebracht, nichts gestohlen. An alle Handlungen und Wahrnehmungen schliessen sich oft die Versündigungsideen an. Sie sind Schuld, dass die Andern so jammern, fortgebracht werden. Alle müssen hungern, wenn sie essen. „Was ich mache, ist verkehrt; ich muss immer Alles wieder zurücknehmen, was ich rede“. Man soll sie daher nur in den Neckar werfen, nackt in den Wald hinauslaufen lassen, am besten, wenn es recht schneit und friert.

Sehr vielfach treten ganz besonders die Verfolgungsideen in den Vordergrund. Sie pflegen sich zunächst an das bekannte Misstrauen der Greise anzuknüpfen. Die Kranken fühlen sich vor ihrer Umgebung nicht sicher. Man ist ihnen feindlich gesinnt, bestiehlt sie, giebt ihnen Gift ins Essen, will ihnen den Zwangskittel anziehen, sie prügeln, zu fremden Leuten thun, ihnen den Bauch aufschneiden und die Därme herausnehmen; „die Wärter freuen sich schon darauf“. Der Arzt ist gar kein Arzt, ist ein Mörder, wird den Kranken vergiften und nach seinem Tode aus-

sprengen, er habe den Kaiser umgebracht. Man hat ihn in ein schlechtes Haus gebracht, ihm Menschenfleisch, das Fleisch seiner Kinder zu essen gegeben, ein ganzes Buch über ihn geschrieben; es geschieht allerhand, was nicht recht ist. Auch die Angehörigen müssen leiden, werden gemartert; „sie werden doch hoffentlich noch daheim sein?“ In einzelnen Fällen werden sog. „nihilistische“ Wahnideen beobachtet. Es ist kein Geld mehr da; Alles ist todt, Alles kommt fort; der Kranke ist allein auf der Welt, hat kein Nachtlager mehr, ist gar nichts mehr; es wird überhaupt nicht mehr Nacht. „Wenn mein Heimathsort noch existirt“, sagte mir eine Kranke, „möchte ich wol gern noch einmal hin“. Alles kommt dem Kranken verändert vor; es ist nichts mehr wie früher. Einer meiner Kranken hielt die Sonne für künstliche elektrische Beleuchtung und beklagte sich über die Schwäche seiner Augen, weil er die eigentliche Sonne (in der Nacht) nicht sehen könne. In der Nacht, im Traume wird dem Kranken eingegeben, wie schrecklich es zu Hause aussieht, dass Alles dort zerstört und verschwunden ist. Bisweilen gesellt sich dazu die Vorstellung häufiger Ortsveränderung. „Ich bin wieder angekommen“, sagte eine Kranke bei jeder Visite, da sie meinte, sie werde immer fortgeführt, sei jede Stunde an einem anderen Ort.

Andeutungen sexueller Wahnideen sind nicht selten. Die soeben erwähnte, 65jährige Kranke beklagte sich über unsittliche Angriffe, glaubte, in die Wochen gekommen zu sein; eine andere im gleichen Alter wähnte sich fortwährend den Nachstellungen alter Junggesellen ausgesetzt, die sich zu ihr ins Bett legten. Vielfach halten weibliche Kranke ihre Mitpatientinnen für verkleidete Männer. Ein älterer Herr wurde seiner Meinung nach gegen seinen Willen allnächtlich in Bordells herumgeschleppt, um dort syphilitisch gemacht zu werden. Endlich kommt es in einzelnen Fällen, namentlich bei vorgeschrittener geistiger Schwäche, auch zur Entwickelung dürftiger Grössenideen. Der Arzt ist der Grossherzog, die Oberin Frau Grossherzogin; die Kranke ist eine Fürstin, verlangt fürstliches Essen.

Deutliche Sinnestäuschungen sind in diesen senilen Depressionszuständen meist nicht nachzuweisen. Nur hie und da scheinen einmal Gehörstäuschungen vorzukommen; es ist so ein „Getöse“; „es wird soviel daher geredet“. Noch seltener sind Gesichtstäuschungen. Eine meiner Kranken gab an, in der Zunge zu fühlen, dass sie immerfort unverantwortliche Sachen schwätze. Da-

gegen sind illusionäre Wahrnehmungen verschiedenster Art, namentlich auch Personenverkennungen, recht häufig. Abgesehen von den Fällen mit einfachem Versündigungswahn pflegt die Orientirung über Zeit und Ort erheblich gestört zu sein.

Die Stimmung ist regelmässig eine niedergeschlagene, kleinmüthige, weit seltener zornig und reizbar. Vielfach kommt es zu sehr hartnäckigen und heftigen Angstzuständen. Die Kranken bleiben nicht im Bett, irren jammernd und stöhnend herum, entblössen ihre Genitalien, knieen, flehen um Gnade, drängen sinnlos hinaus, verkriechen sich, zupfen an Bettstücken, Kleidern, Fingern, Ohrläppchen, Haaren, widerstreben allen Einwirkungen auf das Aeusserste, klammern sich an Vorübergehende an, reissen andere Kranke aus dem Bett, machen planlose Angriffe, lassen vor Angst unter sich gehen. Fast ausnahmslos besteht entschiedene Selbstmordneigung, in voller Uebereinstimmung mit der statistischen Erfahrung, dass auch in der gesunden Bevölkerung die Intensität des Selbstmordes mit wachsendem Lebensalter stetig zunimmt. Freilich führen die Selbstmordversuche hier vielfach nicht zum Ziele, weil die Kranken unüberlegt und kopflos zu Werke gehen. Der Schlaf ist meist sehr gestört, ebenso der Appetit. Nicht selten kommt es zu hartnäckiger Nahrungsverweigerung; das Körpergewicht pflegt sehr beträchtlich zu sinken.

Der weitere Verlauf dieser Erkrankungen gestaltet sich verschieden. Bei den leichteren Formen mit einfachen Versündigungsideen, welche wir mehr bei geistig und körperlich rüstigeren Personen beobachten, können sich die Krankheitserscheinungen nach vielen Monaten allmählich wieder verlieren, so dass es zu einer Art Genesung kommt. Gleichwol pflegt auch hier ein gewisser Grad geistiger Schwäche und eine grosse Neigung zur Wiederkehr gemüthlicher Verstimmungen regelmässig zurückzubleiben. Die Fälle mit tiefergreifender Störung der Besonnenheit und dauernden Angstzuständen verlaufen gewöhnlich ungünstiger. Die Wahnideen schwinden allmählich; die Angst lässt nach oder tritt doch nur anfallsweise noch stärker hervor, aber die Kranken werden blöde, verworren, stumpf und lassen nur noch in einzelnen Aeusserungen oder Handlungen die spärlichen Reste des abgelaufenen Krankheitsvorganges erkennen. Meist ist die Verblödung, die natürlich sehr verschieden hohen Grades sein kann, im Laufe von 1—2 Jahren erreicht. Der körperliche Zustand pflegt sich dabei langsam zu bessern. Endlich

gehen eine ganze Anzahl von Kranken an Entkräftung in Folge der Nahrungsverweigerung und Unruhe, an Pneumonien und auch an Phthise zu Grunde.

Weit seltener, als die bisher beschriebenen, entstehen manische Krankheitsbilder im Greisenalter. Die leichtesten Formen derselben können sich im Rahmen einer Hypomanie mit den deutlichen Zeichen geistiger Schwäche halten. Die Kranken werden schlaflos, reizbar, auffallend heiter, unstät, geschwätzig, ideenflüchtig, putzen sich, führen obscöne Reden, wollen heirathen, machen unsinnige Ausgaben und sind durch ihre planlose Unruhe äusserst störend für ihre Umgebung, bisweilen sogar gewaltthätig. Häufig zeigen sich auch wirkliche Wahnideen und die Neigung zum Fabuliren. Der Kranke ist von Adel, besitzt Millionen; Gott gehorcht ihm auf den leisesten Wink. Gestern hat er beim Kaiser gespeist, im Kriege ein ganzes Regiment eigenhändig umgebracht, fabelhafte Reisen unternommen und Abenteuer erlebt, deren Einzelheiten sich durch Gegenfragen leicht beeinflussen lassen.

Das Bewusstsein und die Orientirung kann dabei ziemlich klar sein. Der Kranke erkennt die Personen, weiss, wo er sich befindet, hält sich aber für ganz gesund und verlangt täglich mit naiver Freundlichkeit seinen „Austrittsschein", da seine Frau ihm gestern geschrieben habe, dass er zu Hause sehr nöthig sei. Bisweilen schlägt die Stimmung ohne äusseren Grund plötzlich in Traurigkeit oder Angst um. Der Kranke weint, weil Niemand so vom Schicksal verfolgt sei, wie er, weil man ihn bestohlen habe, weil er seine Angehörigen nicht mehr sehe, macht auch vielleicht unvermuthet einen Selbstmordversuch, um wenige Stunden später wieder in der alten Weise zu witzeln, seine Gesundheit zu loben und mit seinem Vermögen zu prahlen.

Die Dauer dieser Zustände kann sich ohne wesentliche Veränderung über Jahr und Tag hin erstrecken. Dann kommt es unter Zunahme des Schwachsinns meist allmählich zu einer gewissen Beruhigung. Im Laufe der Zeit 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 unzählige Male wiederholt werden. Die Kranken haben nun keine Ahnung mehr davon, wo sie sich befinden, vermögen sich nicht mehr allein an- und auszukleiden,

sind zu den einfachsten Verrichtungen unfähig, hülflos 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 Kusshände, tanzen und springen in läppischer Ausgelassenheit durch das Zimmer.

Wir haben endlich noch kurz der deliriösen Aufregungszustände des Greisenalters zu gedenken. Die Kranken werden unter starker Trübung des Bewusstseins rasch völlig verwirrt, halluciniren, sprechen ganz zusammenhangslos und gerathen in eine äusserst hochgradige Erregung hinein, welche binnen Kurzem für sie verhängnissvoll werden kann. Aus ihren kaum verständlichen Reden entnimmt man, dass sie sich vergiftet, verhext glauben, dass der Teufel vor der Thüre steht, Leute mit Beilen, Pistolen und Messern hereindringen, dass ein Schaffot gezimmert wird. Die Umgebung wird vollständig verkannt. Die Stimmung ist meist ängstlich, vorübergehend aber auch heiter und vergnügt. Die Kranken sind unruhig, nahezu schlaflos, drängen fort, rütteln an den Thüren, schlagen die Fenster entzwei, schreien laut, rufen um Hülfe, verkriechen sich, rutschen am Boden herum, zerreissen, wischen, schmieren, wälzen und rollen sich, widerstreben sinnlos, verweigern die Nahrung.

Der Verlauf dieser Formen, welche eine gewisse Aehnlichkeit mit der Amentia und dem Collapsdelirium darbieten können, zeigt fast regelmässig Schwankungen, plötzliche Nachlässe mit mehr oder weniger vollständiger Rückkehr der Besonnenheit. Bei einer 68jährigen Kranken sah ich mehrmals monatelange Beruhigungen eintreten, so dass eine Art periodischen Verlaufes zu Stande kam. Meist jedoch dauern die Nachlässe nur Tage oder Stunden. Die Aufregung kann nach einigen Tagen ziemlich rasch schwinden, um dann einem schwachsinnig-ängstlichen oder rührseligen, sich langsam ausgleichenden Nachstadium Platz zu machen. In anderen Fällen dauert sie Monate lang, mit dem Ausgang in bleibende, mehr oder weniger ausgeprägte geistige Schwäche. Sehr vielfach erfolgt auf der Höhe der Erregung in Folge von Erschöpfung, Schluckpneumonien oder zufälligen Erkrankungen und Verletzungen der Tod.

Die pathologische Anatomie des Altersblödsinns 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 entartet (fettig, pigmentös, verkalkt); ebenso lässt sich ein mehr oder weniger 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 Kennzeichnung des Krankhaften hier vollkommen willkürlich, wenn auch das Auftreten von Wahnideen und stärkeren Erregungszuständen natürlich an der Ueberschreitung der Gesundheitsbreite keinen Zweifel mehr zulässt. Andererseits gehen die senilen Geistesstörungen auch ganz allmählich in diejenigen der Rückbildungsjahre über, in denen sich ja gewissermassen die Einleitung des Greisenalters vollzieht. Immerhin scheinen die einfachen Depressionszustände und der depressive Wahnsinn mehr dem früheren Lebensalter anzugehören, während die ausgeprägt hypochondrischen, die ängstlichen und namentlich die deliriösen und manischen Formen erst später aufzutreten pflegen. Zudem ist die Prognose dort überall erheblich günstiger, als hier. Praktisch kaum weniger schwierig, obgleich theoretisch leichter, kann sich in einzelnen Fällen die Unterscheidung 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 Aehnlichkeit mit einander darbieten. Wie schon früher angedeutet, ist es namentlich das höhere Alter der Kranken, der Mangel der charakteristischen Sprach- und Schriftstörungen, der Rückenmarkserscheinungen, das häufigere 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 meist nur einen sehr engen Spielraum. Sorgsame körperliche Pflege und Ueberwachung der oft gebrechlichen und schlecht genährten Kranken, Be-

kämpfung der Schlaflosigkeit durch Urethan oder Sulfonal, der Angst durch vorsichtige Darreichung von Morphium oder Opium (Pulvis Doveri), zuweilen auch passend durch Spirituosen (abendliches Bier) und diätetische Massregeln ist so ziemlich Alles, was geschehen kann. In den deliriösen Aufregungszuständen ist häufiger die Anwendung des Polsterbettes, verlängerter Bäder, sowie Sondenfütterung (mit Alkohol) nothwendig. Andererseits ist bei den ruhigen Schwachsinnsformen sehr häufig die Anstaltsbehandlung unnöthig und unter günstigen häuslichen Verhältnissen durch die familiare Verpflegung vollständig zu ersetzen.

B. Der Schwachsinn bei organischen Hirnerkrankungen.

In ähnlicher Weise, wie bei der Paralyse, sehen wir auch bei dem an sonstige organische Hirnerkrankungen sich anschliessenden Schwachsinn psychische Störungen mit nervösen Reizungs- oder Ausfallserscheinungen sich verbinden. Die besondere Gestaltung der klinischen Krankheitsbilder ist dabei wesentlich durch die Ausdehnung, den Sitz und die Art des Hirnleidens bedingt. Wir werden unter diesem Gesichtspunkte vor Allem diffuse und örtlich begrenzte Erkrankungen auseinander zu halten haben.

Eine erste Gruppe von Störungen, welche sich uns hier darbietet, sind die ausgebreiteten, über einen grösseren Rindenbezirk sich erstreckenden Hirnerkrankungen. Vielleicht ist es gerade auf diesem Gebiete der Zukunft vorbehalten, uns noch eine Anzahl verschiedener Krankheitsvorgänge von einander unterscheiden zu lehren, die wir jetzt unter dem Sammelnamen 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, Imbe-

*) Fürstner und Stühlinger, Archiv für Psychiatrie, XVII. 1.

cillität, Reizbarkeit) dargeboten haben; später stellt sich dann eine fortschreitende Demenz ein, mit Gedächtnissschwäche, 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 Reizungserscheinungen einhergeht, Hemiplegien, Krampfanfällen, Steigerung der Patellarreflexe und Spasmen in den Beinen. Endlich hat Homén*) ein eigenthümliches, bei mehreren Geschwistern beobachtetes Krankheitsbild als vermuthliche Erscheinungsform der Lues hereditaria tarda beschrieben, welches klinisch der dementen Form der Paralyse ähnelt. Das Leiden beginnt im jugendlicheren Lebensalter mit Schwindel, Kopfschmerzen, Unsicherheit des Ganges und fortschreitender Abnahme des Gedächtnisses und der Intelligenz. Dazu gesellen sich später Verlangsamung und Erschwerung des Sprechens, Spasmen, Contracturen, Incontinenz, Schluckstörungen, leichter Tremor und bisweilen auch Krämpfe, während die geistige Schwäche bis zu den höchsten Graden fortschreitet. Der Tod erfolgte nach einer Reihe von Jahren. Die anatomische Untersuchung ergab vor Allem sehr ausgedehnte endarteriitische Gefässerkrankungen, ferner Faseratrophie, namentlich im Stirnhirn, sowie leichte Veränderungen an den Pyramidenzellen und geringe Neurogliawucherung.

Bei der multiplen Sklerose gestaltet sich die Stärke 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, sowie 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,

*) Archiv f. Psychiatrie, XXIV, 1.

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 auseinander zu halten, die Geschwülste auf der einen, die Blutungen, Erweichungen, Embolien, Thrombosen auf der anderen Seite. Bei grösseren Tumoren pflegen die psychischen Störungen 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, den 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 darbieten, nur eine mässige, von dem Kranken selbst bemerkte Gedächtnissschwäche. 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 kurze Zeit erregt; sie liegen apathisch oder sich unter unerträglichen Kopfschmerzen herumwälzend da, ohne von ihrer Umgebung Notiz zu nehmen. Bisweilen tritt Katalepsie auf. Nach und nach werden die Kranken 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 solchen, 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.

Hirnabscesse können lange Zeit ohne jegliche psychische Symptome verlaufen, namentlich, wenn sie sich sehr langsam entwickeln. Ich sah einen Schreiber, der bis zum Eintritte in die Abtheilung seinen Dienst gethan hatte, dann aber unter den Erscheinungen leichter Benommenheit und mit Krampfanfällen erkrankte, die auf das Täuschendste hysterischen glichen. Als er 3 Wochen später in einem solchen Anfalle starb, fand sich ein apfelgrosser Abscess im linken Hinterhauptslappen. Bei frischen traumatischen Abscessen pflegt die Benommenheit im Vordergrunde des Krankheitsbildes zu stehen. Die Kranken verstehen ihre Umgebung und die an sie gerichteten Anreden nicht, geben ganz verkehrte Antworten, deliriren bisweilen in traumhaft zusammenhangsloser Weise. Dazu können sich dann noch Katalepsie, aphasische Störungen, Rindenepilepsie und andere Reizerscheinungen hinzugesellen.

Ein wesentlich anderes Bild pflegen die psychischen Störungen bei Blutungen und Embolien darzubieten. In unmittelbarem Anschlusse an den Schlaganfall sind die Kranken meist benommen, desorientirt, verwirrt, verkennen ihre Umgebung, begehen allerlei verkehrte Handlungen. Bisweilen treten vorübergehend lebhafte Erregungszustände mit lautem Schreien, Fortdrängen, Widerstreben auf. Späterhin jedoch pflegen die Kranken, wenn nicht schon umfangreichere endarteriitische Veränderungen vorliegen, vollständig klar und über ihre Umgebung orientirt zu sein. Am meisten in die Augen fällt gewöhnlich neben den nervösen Störungen eine mehr oder weniger erhebliche Gedächtnissschwäche. Die Kranken irren sich leicht, ohne es zu bemerken, hinsichtlich wichtiger Daten und Ereignisse aus ihrem Vorleben; besonders die zeitliche Localisation ist sehr unsicher. Das Rechnen geht schlecht, selbst wenn früher grosse Fertigkeit darin bestand. Auch die Erinnerung an die jüngste Vergangenheit haftet nicht zuverlässig. Dazu kommt, dass dem Kranken leicht einzelne Kategorien von Vorstellungen, Eigennamen und Zahlen, verloren gehen, 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 vielfach 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- uud 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 sämmtlichen 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. Genau die gleiche Störung, das kindliche Reden in Infinitivsätzen, beobachtete ich vorübergehend bei einer 62jährigen Frau mit Mammakarcinom und alter Lues nach einem Schlaganfall mit Aphasie und starker verwirrter Aufregung.

Wo die Folgen eines apoplektischen Anfalles dauernde sind, wo es sich also um eine theilweise Zerstörung von Hirnsubstanz handelt, pflegt eine gewisse Schwächung der gesammten Verstandesthätigkeit nicht auszubleiben. Namentlich langes Fortbestehen aphasischer Störungen scheint regelmässig eine empfindliche Einbusse der intellectuellen Leistungsfähigkeit und des Vorstellungsschatzes nach sich zu ziehen. Die Kranken zeigen eine Erschwerung und Verlangsamung ihres Denkens, ermüden ungemein leicht, vermögen keinem schwierigeren Gedankengange mehr zu folgen, verlieren in ihren Erzählungen alle Augenblicke den Faden, werden leichtgläubig und urtheilslos. Oft haben sie ein deutliches Gefühl für die Veränderung, die sich mit ihnen vollzogen hat, jammern über ihre Unfähigkeit. „Ich bin so dumm“, klagte mir eine solche Kranke. Die Stimmung ist bald mehr weinerlich, verdriesslich, querulirend, bald sorglos heiter und unbekümmert, immer aber leicht erregbar und zu Schwankungen geneigt. Bisweilen kommt es zeitweise zu lebhafteren Aufregungszuständen mit Ideenflucht, grosser Geschwätzigkeit und Grössenideen, namentlich im Anschlusse an epileptische Anfälle, wie sie bei alten Apoplektikern nicht selten auftreten. Sehr auffallend ist oft die sittliche Stumpfheit, die Gleichgültigkeit gegenüber den Angehörigen, gegenüber den früher sorgfältig gepflegten Lebens-

interessen, die ausgeprägte Selbstsucht und die Unempfindlichkeit gegenüber den Geboten der Sitte und des Anstandes. Der Kranke ist lenksam, leicht bestimmbar, fängt häufig an, zu bummeln, zu trinken, zu vergeuden. Ein derartiger Kranker aus guter Familie, der vor 13 Jahren eine rechtsseitige Lähmung in Folge von Lues erlitten hatte, gerieth dadurch mit dem Strafgesetze in Conflict, dass er bei jeder Gelegenheit ohne klaren Beweggrund Strümpfe stahl.

Auch noch in anderer Richtung können die psychischen Störungen nach Hirnblutungen eine bedeutende forensische Wichtigkeit gewinnen. Die Verstandesschwäche und Urtheilslosigkeit der Apoplektiker, ihre Reizbarkeit auf der einen, ihre leichte Bestimmbarkeit auf der andern Seite stellen den Arzt bei den bisweilen vorkommenden Eheschliessungen, bei Kaufverträgen und 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 in die Gesundheitsbreite fallenden Schädigungen alle Grade bis zum tiefsten Blödsinn erreichen, so dass die Grenze des Krankhaften im einzelnen Falle sich oft nur nach dem persönlichen Ermessen des Arztes abstecken lassen wird.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sind zweifellos die localisirten Blutungen, Embolien, Thrombosen nur Theilerscheinungen ausgebreiteter Veränderungen, namentlich endarteriitischer Gefässerkrankungen. Wahrscheinlich sind in der Regel gerade diese letzteren hier als die wesentlichste Ursache der psychischen Störungen anzusehen. So würde es sich erklären, dass häufig dem apoplektischen Anfalle schon eine deutliche Abnahme der geistigen Kräfte voraufgeht, und dass die allgemeinen psychischen Veränderungen bei sehr verschiedenem Sitze des Herdes doch in der Hauptsache die gleichen zu sein pflegen. Mehrfach habe ich Gelegenheit gehabt, sogar bei bulbären Herderkrankungen die Erscheinungen eines rasch entstandenen Schwachsinns zu beobachten, zu dessen Erklärung die bisweilen durch die Autopsie bestätigte Annahme einer ausgedehnteren Betheiligung der Hirnrinde herangezogen werden musste (chronische Meningitis, Gefässveränderungen). Am nächsten liegt ein solcher Zusammenhang bei den Herderkrankungen des Greisenalters, deren wesentlich symptomatische Bedeutung neben den schweren Störungen

der gesammten Hirnfunctionen wir schon früher kennen gelernt haben.

Die verschiedenen Formen des Schwachsinns bei organischen Hirnleiden sind im ganzen überaus häufige Erkrankungen, wenn sie auch dem Irrenarzte nur selten, sondern zumeist dem inneren Mediciner oder dem Neuropathologen zu Gesicht kommen. Ihre Dauer und Prognose richtet sich natürlich nach der Art des ursächlichen Krankheitsvorganges. Die Abgrenzung mancher dieser organischen Hirnerkrankungen von der Paralyse, namentlich der dementen Form, stösst bisweilen auf grosse Schwierigkeiten. Bei diffusen Rindenaffectionen ist eine sichere Trennung während des Lebens heute nicht selten ganz unmöglich, aber auch die multiple Sklerose und selbst Tumoren können hie und da zur Verwechselung mit der Paralyse Anlass geben. Immerhin wird das Auftreten streng localisirbarer, wenn auch multipler Herdsymptome meist davor schützen. Die Behandlung der hier besprochenen Psychosen findet ausser der Berücksichtigung etwa vorhandener Causalindicationen (Syphilis, operative Eingriffe), sowie der Nothwendigkeit gelegentlicher Beruhigungs- und Schlafmittel (Urethan, Bromkalium) keinen besonderen Wirkungskreis.

XIII. Die psychischen Entwickelungsanomalien.

Die letzte Gruppe psychischer Krankheitsbilder, welcher wir uns nunmehr zuzuwenden haben, umfasst alle jene Zustände, welche sich auf dem Boden einer krankhaften Entwickelung des jugendlichen Menschen 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 einen Zustand, welcher 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 Hauptgruppen wir als Idiotie, Cretinismus und angeborenen Schwachsinn auseinanderhalten können; weiterhin aber werden wir auch an dieser Stelle noch kurz jener eigenartigen Störung zu gedenken haben, die man mit dem Namen der conträren Sexualempfindung zu belegen pflegt.

A. Die Idiotie.

Unter dem Namen der Idiotie*) pflegt man alle jene hochgradigeren psychischen Schwächezustände zusammenzufassen, deren Entstehungszeit vor die Geburt oder in die ersten Lebensjahre fällt. Streng genommen ist diese Abgrenzung nicht ganz wissenschaftlich, insofern sie auf der einen Seite Entwickelungshemmungen, auf der anderen Seite aber durch Krankheitsvorgänge erworbene Störungen mit einander vereinigt. Leider fehlen uns

*) Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters p. 243. s. Sollier, Der Idiot und der Imbecille, deutsch von Brie. 1891.

jedoch bisher noch brauchbare Anhaltspunkte, welche im einzelnen Falle gestatten würden, auch klinisch die Zeichen einer Hemmungsbildung von denjenigen einer krankhaften Zerstörung wichtiger Hirntheile durchgreifend zu unterscheiden.

Die psychische Ausbildung der Idioten lässt eine grosse Zahl von verschiedenen Formen erkennen, deren Abgrenzung von einander wegen des Ineinanderfliessens der Bilder erhebliche Schwierigkeiten darbietet. Als Eintheilungsprincip hat man zumeist das Verhalten der Sprache (gänzlichen Mangel, Vorhandensein einzelner Worte, stufenweise reichere Entwickelung derselben) benutzt, weil ja in der That die Entfaltung der Verstandesthätigkeit 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 grundlegenden psychischen Leistung, der bewussten Wahrnehmung der Aussenwelt, anzuknüpfen.

In den niedersten Formen der Idiotie ist die Erfassung eines Eindruckes durch die Aufmerksamkeit gänzlich unmöglich. Es gelingt nicht, durch irgend einen Reiz Theilnahme zu erwecken, so dass es oft schwer ist, festzustellen, ob die Sinnesorgane überhaupt erregbar sind. Die Kranken sammeln keine Erfahrungen, lernen ihre Umgebung nicht kennen und sind unfähig, irgendwelche klare Vorstellungen, Urtheile oder Schlüsse zu bilden; ebensowenig kann von einem eigentlichen Selbstbewusstsein die Rede sein. 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 gemüthlich meist gänzlich unerregbar. Sie lächeln nicht, erschrecken nicht, äussern kein Unbehagen bei Verunreinigungen, keine Freude bei den Vorbereitungen zur Mahlzeit oder bei kleinen Geschenken. Nur der Hunger oder stärkerer körperlicher Schmerz bringt sie zu eintönigem, ausdruckslosem Schreien. Sie treffen keine Auswahl beim Essen, zeigen kein Verlangen, sich Gegenstände anzueignen, greifen nicht zu, spielen nicht und schreien nicht, wenn man ihnen ein Spielzeug aus der Hand nimmt. Zu den einfachsten zweckmässigen Handlungen sind sie unfähig, vermögen z. B. nicht den zufällig zwischen die eigenen

Zähne gerathenen Zeigefinger in Sicherheit zu bringen, weichen nicht aus, wenn man sie immer wieder an derselben Stelle mit der Nadel sticht, trotzdem sie vielleicht die Miene verziehen und schreien. Der Gesichtsausdruck bleibt meist stumpf und leer, kann aber bei erworbener Idiotie trotz tiefsten Blödsinns intelligent sein.

Von einer Sprachentwickelung ist keine Spur. Das Gehen und Stehen sogar wird erst spät oder gar nicht erlernt; alle Bewegungen bleiben ungeschickt und plump. Bisweilen zeigen die Kranken eine gewisse Unruhe, planloses Herumrennen und Betasten, Kreischen, hartnäckiges Schmieren mit Speichel, Nägelkauen, Zupfen an Haaren und Kleidern, triebartiges Masturbiren. Häufig sind auch einförmige, Jahraus, Jahrein oft rhythmisch sich wiederholende Zwangsbewegungen, Händeklatschen, Blasen und Schnauben, Hin- und Herwiegen des Körpers im Sitzen oder Stehen. Manche Kranke schlagen sich mehrmals taktmässig derb ins Gesicht und weinen dabei vor Schmerz, um wenige Minuten später das gleiche Spiel zu wiederholen, wenn man sie nicht daran verhindert. Die gesammte körperliche Entwickelung dieser tiefststehenden Idioten pflegt erheblich zurückzubleiben. Das Zahnen vollzieht sich spät und unregelmässig; Krampfanfälle sind häufig. Sie gehen ohne die liebevollste Pflege, die für ihre Fütterung, Reinhaltung u. s. f. unermüdliche Sorge trägt, rasch zu Grunde.

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 selbständige Lenkung derselben nach inneren Beweggründen 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. Das Gedächtniss zeigt, namentlich was die Schnelligkeit der Aufnahme anbelangt, eine äusserst geringe Leistungsfähigkeit. Galton fand, dass selbst besser begabte und zu aussergewöhnlichen Gedächtnissleistungen befähigte Idioten nur Reihen von höchstens 3—4 ihnen langsam vorgesagten Buchstaben sofort richtig wiederholen konnten, während normale, gleichaltrige Kinder ohne Schwierigkeit sogar 7—8 Buchstaben nachzusprechen vermochten. Die Fähigkeit zur Abstraction, zur Auffindung gemeinsamer Bestandtheile in verschiedenen Wahrnehm-

ungen, wie sie die Grundlage der Begriffsbildung ausmacht, bleibt mangelhaft; es kommt nicht zur Ausbildung einer geschlossenen psychischen Persönlichkeit.

Die Sprache, wie das Verständniss, und damit der geistige Verkehr mit der Umgebung ist meist wenig entwickelt; sie bleibt in der Unvollkommenheit der Satzbildung, der Einmischung unverstandener Flickwörter, der Unbeholfenheit des Ausdrucks, der Aermlichkeit des Wortschatzes auf kindlicher Stufe stehen. Der beim gesunden Kinde so sehr in den Vordergrund tretende Nachahmungstrieb und die damit zusammenhängende Neigung, zu spielen, sich selbst zu beschäftigen, fehlt ganz oder bis auf schwache Andeutungen. Die Kranken ermüden ungemein leicht, vermögen keiner Anregung längere Zeit hindurch zu folgen. Egoistische, grobsinnliche Gefühle beherrschen die Stimmung und liefern die Antriebe für ein nur auf Befriedigung augenblicklicher Gelüste gerichtetes Handeln. Gelegentlich kommt es zu plötzlichen, unbändigen Wuthausbrüchen, wo die eigenen Wünsche durchkreuzt werden. Tiefere Zuneigung zu einzelnen Personen kommt nicht zu Stande, höchstens eine gewisse hündische Anhänglichkeit; dagegen kann sich bei ungeeigneter, rauher Behandlung ein verstocktes, bösartiges, rachsüchtiges Wesen entwickeln. Der Geschlechtstrieb fehlt ganz oder tritt auch wol schon in den ersten Lebensjahren hervor und kann zu eifrig betriebener, rücksichtsloser Masturbation führen. In ganz vereinzelten Fällen entwickeln sich gewisse einseitige Fähigkeiten, namentlich auffallendes mechanisches Wort-, Zahlen-, Klanggedächtniss oder technische Fertigkeiten einfacher Art.

Je nach der Leichtigkeit, mit welcher die Aufmerksamkeit angezogen und abgelenkt werden kann, lassen sich zwei, allerdings nur in den ausgeprägtesten Fällen von einander abgegrenzte Formen unterscheiden, die anergetische (apathische) und die erethische (versatile). Die Kranken der ersten Gruppe sind 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. Die Stimmung ist meist farblos, gleichgültig, zeigt bisweilen eine gewisse schwerfällige Gutmüthigkeit. Dieser Form gehören namentlich häufig die später genauer zu besprechenden Fälle von cretinistischem Blöd-

sinn mit ihrer eigenthümlichen Körperbildung an. Bei den versatilen Formen wandert die Aufmerksamkeit, bald hier, bald dort angezogen, planlos hin und her und erfüllt das Bewusstsein mit buntem, innerlich zusammenhangslosem 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 kundgiebt, vervollständigen das Bild. Körperlich sind die Kranken oft wohlgebildet, aber von kindlichem, schlankem Gliederbau.

Selbstverständlich giebt es nicht nur zwischen den hier gezeichneten Gegensätzen alle möglichen Uebergangsformen, sondern die einzelnen Fälle zeigen auch sonst in ihren geistigen und gemüthlichen Eigenthümlichkeiten vielfach individuelle Züge. In den schwersten Formen der Idiotie dagegen wird man bisweilen durch die typische Uebereinstimmung mancher Kranker in ihrem psychischen und körperlichen Gesammtverhalten überrascht. Manchmal entwickeln sich auf der idiotischen Grundlage mehr vorübergehende Störungen des psychischen Gleichgewichts, namentlich periodische tobsüchtige Erregungszustände, seltener traurige Verstimmungen oder Angstanfälle. Bei letzteren beobachtet man gelegentlich starke Selbstmordneigung.

Bei der Verschiedenartigkeit der Zustände, welche wir unter dem Sammelnamen der Idiotie zusammenfassen, kann es uns nicht Wunder nehmen, wenn wir auch auf körperlichem Gebiete eine grosse Mannichfaltigkeit der Krankheitszeichen antreffen. Durchschnittlich findet sich ein geringeres Längenwachsthum, sogar bis zum Zwergwuchse; damit verknüpft sich ein Zurückbleiben der gesammten Körperentwickelung, kindlicher Habitus, Ausbleiben des Bartes und der Schamhaare, geringe Ausbildung der Genitalien, Fehlen der Menstruation, späte, unregelmässige und mangelhafte Zahnbildung. Die Sinne, besonders das Gehör, aber auch Geschmack und Geruch, erscheinen oft ausserordentlich stumpf, zum Theil gewiss wegen der Aufmerksamkeitsträgheit der Kranken.

Ferner beobachtet man in grösserer oder geringerer Häufigkeit jene kleinen Entwickelungsstörungen, welche man als Entartungszeichen anzusehen pflegt, Missbildungen an Augen, Ohren, Gaumen, Nase und an den Knochen des Gesichtsskeletts, namentlich falsche Stellung der Kiefern und Zähne. Wildermuth konnte derartige Abweichungen

in 80% der Fälle nachweisen. Ausserdem bestanden vielfach noch Steigerung oder Fehlen der Sehnenreflexe, sowie Coordinationsstörungen an den unteren Extremitäten, den Augenmuskeln (Nystagmus), namentlich aber beim Sprechen, Abstossen der Endsilben, mangelhafte Articulation einzelner oder der meisten Consonanten mit Verstümmelung und Verunstaltung der Wörter*), Plumpheit und Ungeschicklichkeit in allen Bewegungen, unüberwindliche Mitbewegungen, Wiederkäuen, Speichelfluss, Bettnässen, Unreinlichkeit. Häufig sind auch Anzeichen, welche auf vorangegangene Hirnerkrankungen hinweisen, halbseitige Lähmungen und Paresen, Contracturen, Spasmen (in einzelnen Fällen brettartige Steifigkeit des Körpers), partielle Wachsthumshemmungen, Krämpfe verschiedenster Art, choreatische, athetotische Bewegungen, gewohnheitsmässiges Zähneknirschen, Aphasie. Als wichtigste Begleiterin des Krankheitbildes der Idiotie ist endlich die Epilepsie zu nennen, die sich nach Wildermuths Mittheilungen in etwa 30% der Fälle findet. Nicht selten treten epileptische Anfälle verschiedener Art, von ausgeprägten Krämpfen bis zu den leichtesten Erscheinungsformen, bereits in den ersten Lebensjahren auf und müssen dann als prognostisch sehr ungünstiges Zeichen betrachtet werden. Entwickelt sich die Epilepsie erst in späterer Zeit, so ist ihre Bedeutung eine weit geringere.

Unter den Ursachen der Idiotie scheint, soweit es sich um einfache Entwickelungshemmungen handelt, die erbliche krankhafte Belastung eine gewisse Rolle zu spielen. Wir haben ja schon früher gesehen, dass die Idiotie, und wol nicht ohne Berechtigung, als das letzte Glied in der Kette der familiären Entartung aufgefasst worden ist. Insbesondere sollen Trunksucht und namentlich Betrunkenheit der Eltern während des Zeugungsactes, weiterhin nahe Verwandtschaft derselben das Entstehen der Idiotie begünstigen. Dass diese letzteren Punkte nicht als erwiesen gelten dürfen, wurde an anderer Stelle bereits ausgeführt. Sehr verschiedenartige Ursachen können die eigentlichen Hirnerkrankungen haben, wie sie sich im jugendlichen Lebensalter ja häufig durch das Auftreten von Reizerscheinungen (Delirien, Krämpfe) ankündigen. Die Hauptrolle spielen wol acute oder chronische Vergiftungen, namentlich im Verlaufe von Infectionskrankheiten, Typhus, Blattern, Scharlach, seltener

*) Berkhan, Ueber Störungen der Sprache und der Schriftsprache. 1889.

Masern und Erysipel. Auch die ererbte Syphilis kommt hier wahrscheinlich in Betracht. Von grosser ursächlicher Wichtigkeit ist ferner der frühzeitige Missbrauch des Alkohols, vielleicht auch des Opiums, sowie länger dauernde Asphyxie während und nach der Geburt. Eine zweite grosse Gruppe von Ursachen bilden die Kopfverletzungen, Compression des Kopfes durch ein enges Becken oder die Zange, vielleicht auch Ueberhitzung des Kopfes. Als mittelbare Ursachen reihen sich ihnen alle die allgemeinen und persönlichen Schädigungen der Gesundheit an, welche vorzugsweise die niederen Volksschichten treffen und nach dieser oder jener Richtung hin das Fortpflanzungsgeschäft oder die Entwickelung des Fötus in krankhaftem Sinne zu beeinflussen vermögen. Das männliche Geschlecht scheint bei den Idioten zu überwiegen; vielfach stammen sie aus kinderreichen Familien, in denen dann gewöhnlich mehrere Geschwister gleichzeitig schwerere oder leichtere Entwickelungstörungen darbieten.

Eine ganz besondere Bedeutung hat man früher dem Einflusse der Nahtverknöcherung am Schädel auf die Ausbildung des Gehirns zugeschrieben, indem man vorzeitige Knochenverwachsungen als die Ursache abnormer Kleinheit oder asymmetrischer Gestaltung desselben ansah. Durch neuere Untersuchungen hat sich indessen herausgestellt, dass, in der Regel wenigstens, die Entwickelung des Schädels wesentlich durch die Wachsthumsverhältnisse des Gehirns bestimmt wird, und nicht umgekehrt. Die Gesetze, welche diesen letzteren zu Grunde liegen, sind noch zum grössten Theile ebenso unklar, wie die Wachsthumsbedingungen überhaupt; es scheint jedoch, dass die Weite der Blutgefässe, die Menge, namentlich aber auch die Beschaffenheit des zugeführten Ernährungsmaterials von einigem Einflusse sein kann. Natürlich ist die Berücksichtigung der Schädelform, wenn man in ihr auch nicht die Ursache der Hirnstörungen sieht, dennoch bisweilen von grossem Werthe, insofern sie bis zu einem gewissen Grade einen Rückschluss auf die Art dieser letzteren gestattet. Thatsächlich finden sich Verbildungen des Schädels bei Idioten, wie Wildermuth gezeigt hat, in etwa der Hälfte der Fälle. Mikrocephalische Formen überwiegen bedeutend, entweder als gleichmässige Verkleinerung aller Durchmesser oder, seltener, als sog. Aztekentypus mit fliehender Stirn und abgeflachtem Hinterhaupt. Solche Bildungen sind natürlich nothwendig mit abnormer Kleinheit

des Gehirns verbunden, die durch gleichzeitigen Hydrocephalus noch beträchtlicher ausfallen kann, als der Augenschein vermuthen lässt. Eine kleinere Gruppe von Idioten zeigt im Gegentheil auffallend grosse Köpfe, namentlich hydrocephalische Formen mit vorgebauchter Stirn und grosser Breite zwischen den Scheitelhöckern. Da die Schädelnähte verwachsen, sobald der Gegendruck des Hirns an einer Stelle nachlässt, so lassen sich aus der Schädelbildung gewisse allgemeine Schlüsse auf die relative Entwickelung der einzelnen Hirntheile ziehen. Verkürzung der Schädelbasis (Tribasilarsynostose) geht mit einer Verkümmerung der nach unten gelegenen Hirnpartien einher; Verkleinerung der Schädelkapsel nach irgend einer Richtung mit abnormer Verknöcherung der auf letzterer senkrecht stehenden Nähte deutet auf eine geringe Ausbildung der betroffenen Rindengegend hin.

Allein es können sich bei diesen begrenzten Störungen nach anderen Richtungen hin compensatorische Verschiebungen sowol des Schädels, wie des Gehirns entwickeln, 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 Menschen, 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 eigentlich psychiatrisches Interesse, zumal die Versuche, sie zu bestimmten klinischen Bildern in Beziehung zu bringen, bisher noch wenig erfolgreich gewesen sind. Nur scheint die Verkümmerung der Basis mehr mit den tieferstehenden apathischen Formen der Idiotie in Zusammenhang zu stehen, während man bei abnormer Kleinheit der Schädelkapsel mit fliehender Stirn meist die versatilen Formen beobachtet, häufig begleitet von Epilepsie.

Die pathologische Anatomie der Idiotie zeigt uns bei Weitem am häufigsten die Ueberreste krankhafter Vorgänge. Hauptsächlich kommen hier encephalitische, meningitische und hydrocephalische Erkrankungen in Betracht, die theilweise Zerstörungen (z. B. Porencephalie) und Veränderungen der Hirnrinde oder allgemeine Atrophie derselben durch Steigerung des Druckes im Schädel herbei-

führen können. Seltener finden sich Entwickelungshemmungen 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 unmittelbar die Grundlage unseres Seelenlebens betreffen, lassen sie doch einen Rückschluss auf die krankhafte Natur der Gesammtanlage 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 Zustand die Möglichkeit einer psychischen Fortentwickelung 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 Störung 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 frühzeitige Auftreten der Epilepsie die Prognose sehr trübt. Im letzteren Falle kommt es häufiger zur Entwickelung tiefsten Blödsinns, da dem Kranken meist nach und nach auch der geistige Erwerb verloren geht, den er in seinen ersten Lebensjahren sich etwa hatte zu eigen machen können. Die durchschnittliche Lebensdauer der Idioten ist eine verhältnissmässig kurze. Während ein Theil derselben an den Folgen und gelegentlichen Nachschüben der Gehirnerkrankungen zu Grunde geht, erliegen andere den zahlreichen Schädlichkeiten, denen sie wegen ihrer geistigen und körperlichen Unbehülflichkeit ausgesetzt sind, und endlich scheint ihnen auch noch im Allgemeinen eine geringere Widerstandsfähigkeit gegenüber zufälligen Erkrankungen und ungünstigen Lebensverhältnissen zuzukommen.

Die Erkennung der Idiotie bietet nur in der frühen Kindheit erheblichere Schwierigkeiten. Allerdings können auch jetzt schon

einzelne Anzeichen, Unempfindlichkeit gegenüber äusseren Einflüssen und Anregungen, Fehlen der gewöhnlichen Reactionen gegen Hunger und Nässe, beim Anlegen an die Brust, bei Annäherung der Mutter, oder fortwährende planlose Unruhe, Mangel der Aufmerksamkeit, des Lachens und Weinens, Beibehaltung der fötalen Gliederstellung, weiterhin aber die Erscheinungen von Hirnerkrankungen, Krämpfe, Lähmungen und dergl. die Vermuthung einer Idiotie nahe legen. Sicherheit wird aber erst der weitere Verlauf der Entwickelung, verspätetes Gehenlernen und vor Allem das gänzliche oder theilweise Ausbleiben der Sprachbildung und des Sprachverständnisses zu geben vermögen. Auf der anderen Seite wird die Abgrenzung der Idiotie von den leichteren Formen des Schwachsinns immer bis zu einem gewissen Grade willkürlich sein; man pflegt im Allgemeinen alle diejenigen Kranken der ersten Gruppe zuzurechnen, deren geistige Entwickelung 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, selbstverständlich unter steter Berücksichtigung der für jeden einzelnen Fall in Betracht kommenden ärztlichen Grundsätze. Sich selbst überlassen oder in ungünstiger, roher Umgebung pflegen Idioten rasch zu verkommen und zu verthieren, auch bösartig zu werden. Ich erinnere mich an einen kleinen harmlosen Idioten, den sein Vater in bester Absicht deswegen an eine Kette legte, weil er die Neigung hatte, davon zu laufen, und bei seinen Irrfahrten in allerlei Gefahren gerieth, namentlich durch die Misshandlungen und Scherze seiner Nachbarn. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass eine ganze Anzahl jener verwilderten Menschen, die man zu verschiedenen Zeiten in Wäldern aufgefunden und neuerdings als besondere Abart des Menschengeschlechts („homo sapiens ferus“) beschrieben hat, verirrte Idioten waren. Noch vor nicht langer Zeit habe ich einen aus den Wäldern Ungarns stammenden zerlumpten Landstreicher gesehen, dessen eigenthümlicher, hochgradigster Blödsinn sehr wahrscheinlich bis in die früheste Jugend zurückreichte. Auch die häusliche Pflege tiefstehender Idioten bringt nicht selten schwere Nachtheile mit sich, namentlich bei den erregten Formen. Die mühselige Erziehung solcher Kinder erfordert einen derartigen Aufwand von Liebe, Geduld und namentlich auch

Sachkenntniss, wie er in der Familie fast niemals erreichbar ist. Ausserdem aber können die Kranken durch schlimme Beeinflussung der Geschwister, durch Gewaltthätigkeiten, unvermuthete Fahrlässigkeiten, Brandstiftungen, geschlechtliche Angriffe gelegentlich in nicht geringem Grade gefährlich werden.

Mit vollem Rechte hat man daher mehr und mehr die Behandlung der Idioten, die zu einer besonderen Specialität ausgebildet worden ist, in eigens für die Bedürfnisse dieser Kranken eingerichtete Anstalten verlegt. Geregelter Unterricht in möglichst leicht fasslicher Form, von den einfachsten Kenntnissen und Fertigkeiten beginnend, freundliche, liebevolle Pflege der gemüthlichen Regungen, sorgfältige Förderung der körperlichen Ausbildung, Alles unter genauer Beachtung der kleinen persönlichen Eigenthümlichkeiten des Einzelnen, sind die hauptsächlichsten Hülfsmittel, mit denen die Idiotenerziehung arbeitet. Die Erfolge dieser aufopferungsvollen Arbeit sind zwar der Natur der Sache gemäss keine glänzenden und in die Augen springenden, aber sie sind doch weit grösser, als man von vorn herein denken sollte. Eine ansehnliche Zahl geistiger Krüppel verlässt alljährlich die Idiotenanstalten, wenn auch nicht geheilt, so doch derart erzogen, dass sie in bescheidenem Kreise dauernd eine nutzbringende Thätigkeit zu entfalten im Stande sind. Eine Art ursächlicher Behandlung 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. Der thörichte Vorschlag, bei Mikrocephalie auf chirurgischem Wege den Schädel zu öffnen, um dem vermeintlich zusammengepressten Gehirne Raum zu schaffen, beruht auf einer so gründlichen Verwechselung zwischen Ursache und Wirkung, dass er hoffentlich kein längeres Leben haben wird, als die Kranken, die ihm bisher zum Opfer gefallen sind.

B. Der Cretinismus*)

Der Cretinismus ist ausgezeichnet durch die Verbindung eines idiotischen psychischen Zustandes mit den körper-

*) Baillarger et Krishaber, crétin, crétinisme et goitre endémique, dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. 1879 (Literatur).

lichen Begleiterscheinungen einer Verkümmerung oder Entartung der Schilddrüse. Der cretinistische Zustand ist bei der Geburt in der Regel noch nicht vorhanden; in seltenen Ausnahmefällen sind indessen Kinder bereits mit Kröpfen geboren worden. Am häufigsten zeigen sich die ersten Andeutungen des Leidens gegen Ende des ersten Lebensjahres. Die Kinder bleiben in ihrer gesammten körperlichen Entwickelung zurück, zeigen ein blasses, gedunsenes Aussehen. Sie lernen sehr spät oder gar nicht gehen, sind träge und unbeholfen in ihren Bewegungen. Psychisch sind sie stumpf, theilnahmlos, sprechen nicht, schlafen viel, essen ohne Auswahl, vermögen sich nicht reinlich zu halten und bedürfen lange, bisweilen ihr ganzes Leben hindurch, einer sorgfältigen Pflege.

Um das 5. oder 6. Lebensjahr macht sich meist deutlich die Vergrösserung der Schilddrüse bemerkbar, die, bis zum 12. oder 15. Jahre fortschreitend, ganz ausserordentliche Grade erreichen kann. In anderen, weniger häufigen Fällen verschwindet dagegen für die äussere Untersuchung jede Spur der Schilddrüse. Das geringe Längenwachsthum des Knochenskeletts führt zum Zwergwuchs. Dabei pflegen die einzelnen Skeletttheile massig, öfters sogar unförmlich entwickelt zu sein; auch der Kopf ist meist auffallend gross, aber flach, der Hals kurz und dick. Die gesammte Haut ist wulstig, hypertrophisch, hängt an einzelnen Stellen, am Nacken, an den Oberarmen, in Form dicker, nur im Ganzen verschieblicher Platten über der gewöhnlich recht schwächlichen Muskulatur. Namentlich die breiten Gesichter mit den schwammigen Backen und Augenlidern, den dicken Lippen, der aufgestülpten, an der Wurzel tief eingedrückten Nase, bieten einen sehr merkwürdigen Anblick dar. Bei schlechterem Ernährungsstande wird die Haut eigenthümlich faltig, schlaff und runzlig. Der Haarwuchs ist regelmässig spärlich. Die Zähne sind schlecht, cariös, stehen schief, nach vorwärts gerichtet. Die beiden Zahnreihen passen vielfach nicht aufeinander, weil der Unterkiefer gegenüber dem oberen zurücktritt oder vorspringt. Die Zunge ist dick, unbeholfen in ihren Bewegungen, die Sprache daher auch dort, wo sie sich über unarticulirtes Grunzen erhebt, lallend, stammelnd, ungelenk. Die Stimme klingt rauh, heiser, bisweilen fistulös. Die Hautempfindlichkeit ist erheblich herabgesetzt. Alle Bewegungen sind plump, schwerfällig, der Gang langsam und schleppend. Hie und da werden Krampfanfälle beobachtet. Die

Geschlechtsentwickelung tritt spät oder bei den höchsten Graden des Leidens gar nicht ein. Hier unterbleibt bisweilen auch der Zahnwechsel. Die Widerstandskraft der Cretinen gegen Krankheiten und andere Schädlichkeiten pflegt eine sehr geringe zu sein; sie erreichen daher meist kein hohes Lebensalter, nur recht selten das 50. Jahr.

In psychischer Beziehung können die Cretinen alle möglichen Grade der Entartung vom tiefsten Blödsinn bis zum leichten Schwachsinn darbieten, ja es giebt einzelne Personen, welche trotz gewisser körperlicher Anzeichen des Cretinismus, (namentlich Kropf) dennoch in ihrem geistigen Verhalten von der Gesundheitsbreite nicht erkennbar abweichen. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Kranken jedoch findet sich eine ausgeprägte Stumpfheit und Unempfänglichkeit, welche sie mehr oder weniger unfähig macht, Eindrücke in sich aufzunehmen, Erfahrungen zu sammeln, Vorstellungen und Begriffe zu bilden. Sie bleiben daher sehr häufig auf der Stufe des 4—5 jährigen Kindes stehen, öfters auch noch tiefer. Auch die gemüthliche Erregbarkeit der Cretinen ist regelmässig eine sehr geringe; sie sind gleichgültig, phlegmatisch, vielfach kindisch zuthunlich, gutmüthig und lenksam. Zu geregelter Arbeit sind sie meist nicht fähig, theils wegen ihrer Trägheit und Schlaffheit, theils wegen ihrer geringen Kräfte und der grossen Ermüdbarkeit. Gewöhnlich besteht dieser Zustand durch das ganze Leben gleichmässig fort. Nur in einzelnen Fällen können sich, gerade wie bei Idioten, mehr vorübergehende geistige Störungen hinzugesellen, manische Erregungen, Depressionen oder dürftige Wahnbildungen.

Die pathologische Anatomie des Cretinismus liegt leider noch völlig im Argen. Wir wissen über den Hirnbefund nur, dass theilweiser Schwund, Asymmetrien, Erweiterung der Hirnhöhlen vorkommen. Der Schädel ist häufig verdickt. Hier wäre ein Angriffspunkt für die Forschung mit Hülfe der neueren Methoden.

Der Cretinismus tritt bei Weitem am häufigsten endemisch auf, namentlich in den grossen Gebirgsstöcken aller Erdtheile, in Europa besonders in den Alpen und Pyrenäen. Am meisten scheinen die mittleren Abschnitte sehr heisser und feuchter Gebirgsthäler gefährdet zu sein; auch dem Kalkboden wird eine gewisse Bedeutung zugeschrieben. Die letzten Ursachen dieser endemischen Localisation sind bisher noch unbekannt: man hat die verschiedenartigsten Momente, grosse Feuchtigkeit, Stagnation der Luft, schlechtes Trink-

wasser, Gehalt der Luft und des Bodens an gewissen Substanzen, geologische Formation, ungünstige hygienische Verhältnisse, dafür verantwortlich gemacht, ohne doch bisher eine sichere Erklärung auffinden zu können. Immerhin weisen zahlreiche Beobachtungsthatsachen vor Allem auf eine sehr wichtige Rolle des Trinkwassers hin. In der Schweiz hat die Bevölkerung vielfach solche Quellen als „Kropfbrunnen“ bezeichnet, auf deren Benutzung die Entstehung des Cretinismus zurückgeführt wurde. Hie und da hat sich die Beschränkung des Leidens auf einen bestimmten Brunnenbezirk, das Aufhören oder das Auftreten des Cretinismus mit der Schliessung oder Eröffnung einer bestimmten Wasserquelle nachweisen lassen. Meistens freilich pflegt die Ursache des Cretinismus eine weitere Verbreitung zu besitzen und den Typus der Gesammtbevölkerung einer Gegend mehr oder weniger stark zu beeinflussen, so dass eben dadurch jene zahlreichen Abstufungen bis in die Gesundheitsbreite hinein entstehen, denen wir regelmässig neben den schwersten Formen begegnen. Ja, auch die Thiere, Schweine, Hunde, Pferde, Rindvieh, Katzen, besonders aber Maulthiere, können die Zeichen des endemischen Cretinismus darbieten. Erwachsene Fremde, welche sich in den gefährdeten Gegenden niederlassen, erkranken nicht oder höchstens mit ganz leichten Kropfbildungen, während die dort von ihnen erzeugten Kinder gar nicht selten cretinistisch entarten. Andererseits ist der Cretinismus einer erblichen Uebertragung fähig, auch nach der Auswanderung aus der befallenen Gegend; er pflegt sich unter solchen Umständen erst nach wiederholter Kreuzung mit gesundem Blute zu verlieren.

Alle diese eigenthümlichen Thatsachen scheinen darauf hinzuweisen, dass wir als die Ursache des Cretinismus eine Schädlichkeit anzusehen haben, welcher eine gewisse Selbständigkeit der Entwickelung neben der Entstehung unter bestimmten allgemeinen hygienischen Bedingungen zukommt, ein Verhalten, welches mit grosser Wahrscheinlichkeit auf einen organisirten Infectionsstoff hinweist. Namentlich der jugendliche, resp. fötale Organismus scheint diesem, offenbar wenig flüchtigen und vielleicht auf die Nachkommenschaft übertragbaren endemischen Contagium besonders leicht zugänglich zu sein. Nach Allem, was wir über das Myxödem, sowie über die Entartung nach Ausschneidung der Schilddrüse wissen, kann kaum noch ein Zweifel sein, dass auch beim Cretinismus die

Erkrankung der Schilddrüse das erste Glied der Erkrankung darstellt, während die Hautveränderungen, die Wachsthumshemmung, der Blödsinn als die Folgen des Ausfalls der Schilddrüsenfunction anzusehen sind. Ist es doch bereits gelungen, absichtlich bei Thieren und unabsichtlich beim Menschen alle jene Krankheitserscheinungen geradezu experimentell herbeizuführen! Auf diese Weise erklärt es sich einmal, dass es Cretinen mit und ohne Kropf giebt, da die Erkrankung der Schilddrüse natürlich zur Vergrösserung und Entartung, aber auch zur Schrumpfung des Organs führen kann. So erklären sich ferner die verschiedenen Grade des Cretinismus durch die verschiedene Ausbreitung der örtlichen Veränderungen, wie durch die wechselnde Ausbildung stellvertretender Drüsen. Endlich aber begreift man leicht, dass es neben dem endemischen hie und da auch einmal einen Fall von „sporadischem" Cretinismus geben kann, wenn nämlich die Schilddrüse nicht durch den gewöhnlichen, auf bestimmte Gegenden beschränkten Krankheitserreger, sondern durch irgend ein anderes Leiden functionsunfähig wird. Die Aehnlichkeit der cretinistischen mit der Malariaentartung scheint mir eine sehr grosse zu sein; in beiden Fällen handelt es sich um die Erkrankung einer für den Blutstoffwechsel nothwendigen Drüse, in beiden wahrscheinlich um ein organisirtes Ferment, welches im Grundwasser gewisser Oertlichkeiten von gleicher Bodenbeschaffenheit seine günstigen Entwickelungsbedingungen findet und die ganze Bevölkerung heimsucht, den Einen stärker, den Andern weniger.

Aus dieser Erkenntniss der Entstehungsweise des Cretinismus leiten sich leicht die Massregeln für seine Bekämpfung ab. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Entsumpfung des Bodens und Versorgung der Bevölkerung mit gutem Trinkwasser überall mit überraschender Sicherheit eine Abnahme der Endemie herbeigeführt hat. Auch die allgemeine Verbesserung der hygienischen Verhältnisse scheint vielfach günstig gewirkt zu haben, vielleicht weil auf diese Weise die Widerstandsfähigkeit gegen den Infectionsträger gesteigert wurde. Es wäre wenigstens denkbar, dass der vielfach bestätigte Einfluss der Erblichkeit wesentlich mit auf der Vererbung einer geschwächten, wenig widerstandsfähigen körperlichen Anlage beruht. Jedenfalls ist daher reichliche Kreuzung mit gesundem Blute zu empfehlen. Für die einzelne Person kann die Prophylaxe

wirksam dadurch eingreifen, dass die kleinen Kinder möglichst frühzeitig aus der befallenen Gegend fortgeschickt werden, bis sie das gefährdete Alter überschritten haben, am besten auf die Höhe des Gebirges. Erfahrene Beobachter theilen mit, dass diese Massregel selbst dann noch völlige Genesung erzielen könne, wenn bereits die ersten Zeichen der beginnenden Entartung erkennbar seien; auch fortgesetzte kleine Jodkaliumgaben sollen in diesem Stadium von guter Wirkung sein. Gegen das entwickelte Leiden giebt es keine Hülfe.

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 Schwachsinns 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 zu einer grösseren Gruppe vereinigt worden sind.

Die Mannichfaltigkeit der Formen in dem grossen Bereiche des angeborenen Schwachsinns ist eine sehr bedeutende. Um uns den Ueberblick über dieselben zu erleichtern, wollen wir vier Haupttypen hier auseinanderhalten, den intellectuellen, den moralischen, den emotiven 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 ineinanderfliessen; nur gewisse allgemeine Gesichtspunkte sollen hier gegeben werden, um das Verständniss dieses so ausserordentlich schwierigen Gebietes wenigstens einigermassen zu erleichtern.

Im Bereiche des intellectuellen Schwachsinns begegnen uns, ähnlich wie bei der Idiotie, hauptsächlich zwei Gruppen von klinischen Bildern, welche sich durch den Grad der geistigen Regsamkeit der Kranken von einander unterscheiden. Wir wollen sie als anergetische und erethische Formen bezeichnen. Den Grundzug der anergetischen Schwächezustände bildet die Stumpfheit und Unempfänglichkeit. Den Kranken fehlt die Fähigkeit, eine

grössere Zahl von Eindrücken und Lebenserfahrungen in sich aufzunehmen und weiter zu verarbeiten. Ihre Erkenntniss der Aussenwelt beschränkt sich auf das unmittelbar Gegebene und Nächstliegende; was darüber hinausgeht, liegt ausserhalb des geistigen Gesichtskreises und bleibt daher unbemerkt. Vielleicht ist die wesentliche Ursache dieser „Beschränktheit“ darin zu suchen, dass die Vorstellungen ihre concreten Formen behalten, ohne sich zu Begriffen zu erweitern. Gerade der Vorgang der Abstraction, die Verschmelzung der sämmtlichen Einzelerfahrungen zu Allgemeinvorstellungen, ist es ja, welcher es uns ermöglicht, überall das Wesentliche von dem Nebensächlichen zu unterscheiden. Durch sie gelingt es uns ferner, auch für neue Beobachtungen die Anknüpfung an frühere Wahrnehmungen zu finden und endlich eine übersichtliche Ordnung unseres gesammten Gedächtnissmaterials zu erreichen. Bei unseren Kranken geht nur das Einzelne und Kleinliche in den Erfahrungsschatz ein, ohne begriffliche Verarbeitung, ohne Auffassung allgemeinerer Verhältnisse, ohne Gewinnung grösserer Gesichtspunkte. Das Typische trennt sich nicht ab von dem Zufälligen; grundsätzliche Uebereinstimmungen und Unterschiede werden nicht erkannt, sondern durch gelegentliches Beiwerk verdeckt. Neue Eindrücke finden keinen Widerhall in ähnlichen Erlebnissen der Vergangenheit; unvermittelt, ohne innere Beziehungen zu gewinnen, reihen sich die einzelnen Wahrnehmungen aneinander. Es fehlt eben jene psychische Resonanz, welche beim Gesunden die führende Melodie des Vorstellungsverlaufes beständig mit den leisen, immer wechselnden Accorden früherer Erinnerungen begleitet.

So kommt es, dass der gesammte Ideenkreis der Kranken, abgesehen von einer gewissen Beherrschung der alltäglich aufgenommenen Wahrnehmungen, ärmlich bleibt und sich meist in den gleichen Bahnen bewegt. Der Gedankengang ist, wie Buccola durch directe Messungen nachgewiesen hat, verlangsamt. Das Urtheil der Kranken ist bei ihrer Unfähigkeit zu selbständiger Begriffsbildung ein sehr beschränktes, unsicheres, und wird vielfach durch äusserlich angelernte Ergebnisse fremden Nachdenkens („Schlagworte“) entscheidend beeinflusst. Ein Ueberblick über den Zusammenhang der Lebensereignisse, eine weitergehende Voraussicht der Folgen eigener und fremder Handlungen wird nicht erreicht; die Einbildungskraft, die Fähigkeit zu willkürlicher Wiedererweckung

und freier Verknüpfung gewonnener Vorstellungen, ist sehr unvollkommen ausgebildet.

Das Gedächtniss der Kranken pflegt nur in den gröbsten Zügen treu zu sein. Manche ganz unwichtige Einzelheiten werden bisweilen mit grosser Zähigkeit festgehalten, während andere, bedeutungsvolle Thatsachen einfach vergessen sind. Die Erzählungen der Kranken sind daher häufig sehr unzuverlässig, weil sie Manches auslassen, Anderes verwechseln, noch Anderes hinzufügen. Die verschiedenen Berichte über dasselbe Erlebniss stimmen untereinander entweder ganz wörtlich überein, oder sie zeigen mannichfache sachliche Widersprüche. In beiden Fällen ist es schwierig, sich ein Urtheil darüber zu bilden, nicht nur wie der Vorfall sich wirklich abgespielt hat, sondern öfters auch darüber, ob der Kranke absichtlich, fahrlässig oder in gutem Glauben falsch aussagt.

Das Bewusstsein der Kranken ist dauernd ungetrübt; sie erkennen ihre Umgebung, fassen die an sie gerichteten Fragen auf und geben besonnene, wenn auch meist sehr unzulängliche und schwerfällige Auskunft. Häufig kehren in ihren Aeusserungen stehende Redensarten und Kraftworte wieder. Von einer Krankheitseinsicht ist keine Rede; sie halten sich für ganz gesund, verlangen hie und da ihre Freiheit, um sich nunmehr allein fortzubringen, sind den Belehrungen über ihre Lage nur in sehr geringem Masse zugänglich.

Wegen der Beschränktheit des Gesichtskreises gewinnen die Zustände und Angelegenheiten der eigenen Persönlichkeit eine ganz unverhältnissmässige Wichtigkeit für den Kranken. 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 selbstsüchtige Richtung des Gedankenganges und weiterhin auch der Gefühle sich ausbildet. Das körperliche Wohl und Wehe, das alltägliche Thun und Treiben, die Befriedigung der unmittelbarsten Wünsche, Essen und Trinken, der Besitz begehrenswerth erscheinender Dinge bleiben dauernd Mittelpunkt des gesammten geistigen Lebens. Alle Erfahrungen, die nicht augenfällig an diesen Mittelpunkt anknüpfen, lassen den Kranken gleichgültig, erregen keinerlei Theilnahme bei ihm und gehen daher spurlos an ihm vorüber. Vielfach fehlen ihm sogar die natürlichsten Gefühlsbeziehungen zu seinen nächsten Angehörigen. Ihr Wohlergehen erweckt höchstens

seinen Neid, und das oberflächliche Bedauern über den Verlust etwa der Eltern wird schon durch den Pomp des Leichenbegängnisses und den Genuss der neuen Trauerkleider rasch ausgelöscht. Noch stumpfer steht der Kranke fremdem Leide gegenüber. Daher die rohe Gefühllosigkeit beim Anblicke von Noth und Unglück, daher die naive Grausamkeit, welche unsere Kranken so häufig bei ihren Thierquälereien wie bei ihren verbrecherischen Handlungen an den Tag legen. Einer meiner Kranken, der zugleich an ererbter Chorea litt, versuchte am hellen Tage seine alte, aufopfernd für ihn sorgende Mutter mit dem Holzbeile zu erschlagen, um in den Besitz ihres Sparkassenbuches zu gelangen. Er wurde dabei gestört und zu einer langjährigen Zuchthausstrafe verurtheilt, nach deren Verbüssung er endlich in die Irrenanstalt wanderte.

Die Stimmung der Kranken ist gleichmüthig, theilnahmlos, häufig aber auch von einer eigenthümlich leeren, kindischen Heiterkeit. Gelegentlich indessen kommt es auch einmal zu plötzlichen Ausbrüchen leidenschaftlicher Heftigkeit, namentlich wenn sie gereizt werden und sich benachtheiligt oder gekränkt glauben. In ihrem Benehmen sind sie meist harmlos, lenksam, guten, aber auch schlechten Einflüssen zugänglich, zeitweise eigensinnig und querköpfig. Schlechte Behandlung macht sie widerspenstig und gewaltthätig. Zu einer selbständigen Thätigkeit sind sie in der Regel nicht fähig, beschäftigen sich aber unter Anleitung, freilich auch ohne rechten Eifer und ohne tieferes Verständniss. Nur in einzelnen Fällen wird wol auch eine hervorragende einseitige technische Fertigkeit, Anlage zur Musik, zum Zeichnen beobachtet, allerdings stets ohne die Fähigkeit zu werthvollerer Arbeit selbst auf diesen Gebieten.

Leichtere Formen dieses Schwachsinns 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 regelmässig durchlaufen. Wo aber eine mächtige Gemüthsbewegung, eine Entscheidung, eine Versuchung an sie herantritt, wo die Sachlage Umsicht, Thatkraft und Selbständigkeit des Handelns erfordert, da tritt unvermuthet die ganze geistige und gemüthliche

Unfähigkeit des Individuums zu Tage, um allerdings dann meist nicht sowol unter dem Gesichtspunkte der Krankheit, als unter dem der sittlichen Schlechtigkeit beurtheilt zu werden. Selbst schwerere Störungen indessen werden noch merkwürdig häufig verkannt. Namentlich beim Militär scheint das Verständniss für dieselben vielfach zu fehlen. Einer meiner Kranken wurde trotz hochgradigen Schwachsinns nacheinander zu 44 Monaten Gefängniss verurtheilt, Jahre lang aus einem Militärgefängnisse in das andere übergeführt und mehr als 100 Mal polizeilich und disciplinarisch bestraft, bevor er in einer Irrenanstalt für „paranoisch“ erklärt wurde. Vergebens hatte er in richtiger Selbsterkenntniss als Beweggrund seiner wiederholten Desertionsversuche angegeben, er passe nicht zum Soldaten und begreife nicht, was man immer wieder von ihm wolle; man möge ihn in Ruhe lassen!

Die Entwickelung der hier beschriebenen Störung kündigt sich meist schon frühzeitig an. Dem verspäteten Auftreten der ersten geistigen Regungen, des Lächelns, der Nachahmung, der Sprache, folgt das Zurückbleiben in der Schule, wenn auch vielleicht die Unfähigkeit zu selbständiger geistiger Verarbeitung zunächst noch durch einfache Gedächtnissleistungen eine Zeit lang verdeckt wird. Meist sind die Kinder träge, faul, verständnisslos und werden wegen ihrer geringen Begabung zum Spott ihrer Mitschüler. Nur nothdürftig eignen sie sich einige Fertigkeit im Schreiben, Lesen, weniger im Rechnen an, lernen mühselig eine Anzahl von Sprüchen, geographischen oder geschichtlichen Thatsachen auswendig, um sie bald wieder zu vergessen, da der todte Stoff für sie keine Verknüpfung mit den Erfahrungen des wirklichen Lebens eingeht. In den Entwickelungsjahren tritt die geistige Schwäche gewöhnlich deutlich hervor, sei es, dass diese Invaliden sich bei den gesteigerten Anforderungen nunmehr von ihren gesunden, fortschreitenden Kameraden schärfer abheben, sei es, dass unter Umständen hier wirklich nicht nur ein Stillstand, sondern sogar eine theilweise Rückbildung der geistigen Entwickelung eintritt. Fälle der letzteren Art, wie ich sie mehrfach gesehen zu haben glaube, würden den Uebergang zu gewissen Formen der Dementia praecox darstellen. Die weiteren Schicksale unserer Kranken pflegen verschiedenartige, immer wieder an der geistigen Unfähigkeit scheiternde Anläufe zu einer Berufswahl zu sein, endlich thatenloses Dahinleben in Familienpflege, noch

häufiger vielleicht der Uebergang zum Gewohnheitsbettel und zur Landstreicherei. Eine Menge derartiger Kranker findet sich namentlich in den Arbeitshäusern und Gefängnissen, wo sie wegen ihrer Unverbesserlichkeit der Schrecken der Beamten und Aufseher sind, bis sie endlich wenigstens zum Theil spät noch in die Irrenanstalten gelangen.

Zu den anergetischen Schwächezuständen stehen die erethischen nach mancher Richtung in einem gewissen Gegensatze. An Stelle der Stumpfheit zeigt sich eine krankhafte Beweglichkeit der Aufmerksamkeit und der Einbildungskraft. Die Kranken sind empfänglich für neue Eindrücke, machen zahlreiche Wahrnehmungen, werden durch jeden frischen Reiz angezogen, vermögen aber nicht, planmässig und ausdauernd ihre Aufmerksamkeit einem bestimmten Gegenstande zuzuwenden. Sie begnügen sich überall mit dem ersten Anschein, schweifen sofort ab, sind mit der Betrachtung fertig, bevor sie noch recht angefangen haben. Der flüchtig und oberflächlich erfasste Inhalt ihrer Erfahrungen ist daher in hohem Masse von zufälligen Einflüssen abhängig und bietet nur ein sehr lückenhaftes, vielfach stark verzerrtes Bild der Aussenwelt. Aus diesen Bestandtheilen setzen sich dehnbare, verschwommene, vielfach verfälschte Begriffe zusammen, welche die Grundlage für schiefe und halbrichtige Urtheile, sowie für abenteuerliche Analogieschlüsse abgeben. Dem ganzen Denken der Kranken, sobald es sich über das unmittelbar sinnlich Gegebene erhebt, fehlt die feste Grenzlinie klar und scharf ausgeprägter Allgemeinvorstellungen, welche überall das Spiel der leicht beweglichen Phantasie in die geordneten Bahnen des logischen Gedankenganges zwingen. Die Lebens- und Weltanschauung der Kranken wird auf diese Weise in auffallendem Masse unabhängig von der Wirklichkeit. Wichtige und massgebende Thatsachen haben für sie gar kein Gewicht, üben auf ihre Ueberlegungen nicht den geringsten Einfluss, während sie andererseits ernsthaft mit Verhältnissen rechnen, die nur in ihrer Einbildung bestehen. Ein derartiger Kranker begründete seine angebliche tiefe Kenntniss der hohen Politik mit der Angabe, dass ein Verwandter von ihm Aufseher auf einem Gute Herbert Bismarcks sei; er wollte nach seiner Entlassung aus der Anstalt geheimer Polizist werden, trotzdem er bereits mehrfach wegen aller möglichen Schwindeleien längere Freiheitsstrafen verbüsst hatte.

Diese unbekümmerte Vernachlässigung der Wirklichkeit, die Freiheit von dem unbequemen Ballaste der Bedenken und Ueberlegungen, giebt dem Gedankengange etwas eigenthümlich Zerfahrenes und Widerspruchsvolles. Ohne Zögern entwickelt der Kranke heute diese, morgen jene Anschauungen und Pläne, stützt sich im gleichen Satze auf Gründe, die einander ausschliessen, fertigt Einwände siegesgewiss mit ganz unzutreffenden Schlagworten ab. Auch hier ist in der Regel trotz aller anscheinenden geistigen Beweglichkeit die häufige Wiederkehr bestimmter hochtrabender Redensarten und schwülstiger Gemeinplätze sehr deutlich. Der innere Zusammenhang zwischen allen diesen, meist mit grosser Geläufigkeit vorgebrachten Ausführungen ist stets ein sehr lockerer. Der Kranke verliert rasch den Faden, bringt die verschiedensten Dinge durcheinander, berauscht sich förmlich an seinen eigenen klingenden Phrasen und schliesst plötzlich unvermittelt mit einer rhetorischen Frage oder einer sonstigen, besonders schlagenden Wendung. Zu Zeiten lässt sich sogar zweifellose Ideenflucht beobachten, namentlich bei lebhafterer gemüthlicher Erregung. Trotzdem pflegt die Zungengewandtheit der Kranken und der tönende Wortschwall, mit dem sie den Zuhörer überschütten, häufig genug den Unerfahrenen über die Unsinnigkeit und Zerfahrenheit des Inhaltes ihrer Reden zu täuschen, so dass sie nicht als schwachsinnig, sondern sogar als besonders schlau angesehen werden. „Den nehmen wir mit; der ist gescheidter, als wir“, sagte eine Gemeindeabordnung, welche gekommen war, um sich selbst von dem Zustande eines derartigen, in der Anstalt festgehaltenen Kranken zu überzeugen. Freilich brachten sie ihn schon nach kurzer Zeit wieder zurück.

Aus den bisher besprochenen psychischen Eigenthümlichkeiten unserer Kranken erklärt es sich, dass wir bei ihnen häufig der Neigung begegnen, ihre Erinnerungen mit frei erfundenen Zügen auszuschmücken, die Darstellung früherer Erlebnisse derartig subjectiv zu färben und zu verdrehen, dass man die Grenze absichtlicher Schwindelei und fahrlässigen Fabulirens nicht mehr zu erkennen vermag*). Bisweilen bringt erst die actenmässige Verfolgung des Vorlebens Klarheit in den Wust von Wahrheit und Dichtung;

*) Delbrück, die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler. 1891.

in anderen Fällen lässt uns die plumpe Abenteuerlichkeit der Erfindung über den Ursprung derselben nicht im Zweifel. Stets aber pflegen die Kranken trotz der schlagendsten Gegenbeweise an der Richtigkeit ihrer noch dazu vielfach wechselnden, sich selbst widersprechenden Erzählungen festzuhalten und mit der Miene der gekränkten Unschuld jede weitere Erörterung abzulehnen. Diese Erfahrung mahnt zur Vorsicht namentlich gegenüber den häufigen schweren Beschuldigungen, die von den Kranken gegenüber ihren Angehörigen, den Mitpatienten oder dem Wartpersonal vorgebracht werden.

Die wirklichen Kenntnisse sind bei diesen Kranken meist etwas ausgedehnter, als bei den anergetischen Formen. Manche verfügen sogar noch über ein ziemlich gutes Gedächtnissmaterial, geographische, geschichtliche Thatsachen, Citate aus Dichtern und selbst Vocabeln aus fremden Sprachen. Sie sind auch bis zu einem gewissen Grade im Stande, Neues zu lernen, sich in ungewohnte Verhältnisse einzuleben, sich zurechtzufinden, werden rasch mit ihrer Umgebung bekannt, da sie sich um Alles kümmern, fragen, sich überall einmischen.

Der oberflächlichen, sprunghaften Regsamkeit des Verstandes entspricht bei unseren Kranken ein leicht bewegliches Gemüthsleben. Jeder äussere Eindruck ist von lebhafter, aber rasch abklingender Gefühlsbetonung begleitet. Die Stimmungen schwanken vielfach unvermittelt hin und her und gehen leicht ins Masslose und Ueberschwängliche. Niedergeschlagenheit und Uebermuth, Verzweiflung, Schwärmerei und Begeisterung werden durch die geringfügigsten äusseren Anlässe ausgelöst. Häufig wechseln die Gefühlsregungen gegenüber dem gleichen Anstosse in ganz regelloser Weise. Was heute Zorn und Entrüstung hervorruft, ist morgen willkommen; der „Ehrenmann“ wird für sie bald zum niederträchtigen Schurken, dann wieder zum einzigen Freunde auf der weiten Welt. Alle diese Schwankungen der Stimmung erscheinen trotz ihrer augenblicklichen Heftigkeit doch meist oberflächlich, aufgebauscht, theaterhaft. Die Kranken gefallen sich geradezu in stürmischen Ausdrucksbewegungen, in gespreizten und übertriebenen Gefühlsausbrüchen, sind aber auch rasch wieder abzulenken und zu beruhigen. Im Ganzen sind sie gutmüthig und lenksam, doch fehlt niemals eine gewisse Reizbarkeit und Empfindlichkeit. Namentlich Eingriffe in die persönlichen

Ansprüche pflegen mit lebhaften Erregungen beantwortet zu werden. Nicht selten beobachtet man bei ihnen zeitweise, auch in regelmässiger Wiederkehr, stärkere Erregung mit grösserer Geschwätzigkeit, Zerfahrenheit, Unruhe und Reizbarkeit; dabei kommt es dann leicht zu heftigeren Wuthausbrüchen.

Regelmässig besitzen die Kranken ein ungemein gesteigertes Selbstgefühl. Sie zeigen keine Spur von Krankheitsbewusstsein, halten sich im Gegentheil für geistig hochbegabt, ja genial, prahlen in aufdringlichster Weise mit ihren Familienverbindungen, der ausgezeichneten Erziehung, die sie genossen haben, ihren glänzenden Kenntnissen und Aussichten. Bei diesen Erzählungen lassen sie sich sehr leicht zu ganz unsinnigen Uebertreibungen hinreissen, selbst dann, wenn deren Wahrheitswidrigkeit sich auf der Stelle darthun lässt. Mehrere meiner Kranken behaupteten mit Nachdruck, eine Reihe von Sprachen in Wort und Schrift vollkommen zu beherrschen, während die Probe ergab, dass sie nur über einige wenige Brocken derselben verfügten.

In ihrem Benehmen sind die Kranken launenhaft, anspruchsvoll, streitsüchtig. Sie sprechen viel und gern, blicken auf ihre Umgebung herab, drängen sich an den Arzt heran, suchen mit ihren Kenntnissen, ihrer Bildung und ihren Fähigkeiten zu glänzen, kleiden sich auffallend, arbeiten mit sehr wechselndem Eifer. Auch in ihrer ganzen Lebensführung tritt ihr Schwachsinn deutlich hervor. Sie gelten in ihrer Jugend häufig für begabt, aber flatterhaft, leichtsinnig und lügnerisch, fangen später alles Mögliche an, halten nirgends lange aus, springen unstät von einer Beschäftigung zur anderen über, reisen planlos herum, verschwenden, bauen Luftschlösser und gerathen durch ihre Unüberlegtheit, Haltlosigkeit und Vielgeschäftigkeit häufig in schwere Kämpfe mit dem Leben und selbst in die Gefängnisse und Arbeitshäuser. Auch sie liefern einen erheblichen Theil der gewohnheitsmässigen, unverbesserlichen Bummler und Landstreicher.

Die Erkennung dieser Formen ist, wie schon früher erwähnt, nicht immer ganz leicht, da die geistige Regsamkeit und ein gewisser Schatz von Kenntnissen die Kranken weit weniger schwachsinnig erscheinen lässt, als sie wirklich sind. Gudden pflegte daher diese Zustände scherzweise als „höheren Blödsinn“ zu bezeichnen. Nach der Gesundheitsbreite zu finden sich von ihnen her alle mög-

lichen Uebergänge. Dahin gehören jene schwachen und oberflächlichen, leichtgläubigen Naturen, die von Vielem etwas und nichts gründlich lernen, die alles Neue mit Begeisterung 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 Ausschreitungen aller Art hinzureissen. So führen sie, sich selbst überlassen, ein wechselreiches Dasein in steten Kämpfen mit sich selbst und ihrer Umgebung, oft abenteuerlich und romanhaft, voller Unbegreiflichkeiten und Widersprüche.

Bei der zweiten Hauptform des angeborenen Schwachsinns, dem moralischen Irresein (folie morale, moral insanity), ist es die Störung im Bereiche des Gemüthes, welche vor Allem in die Augen fällt. Es handelt sich hier um Mangel oder Schwäche derjenigen Gefühle, welche der rücksichtslosen Befriedigung der Selbstsucht entgegenwirken. Der Verstand dieser Kranken ist innerhalb der Grenzen des praktischen Lebens leidlich gut entwickelt. Sie fassen gut auf, sammeln eine gewisse Summe von Kenntnissen und Erfahrungen, die sie, vielfach mit schlauer Berechnung, zu ihrem Vortheil zu verwerthen wissen, zeigen keine Gedächtnisslücken und keine groben Verstösse in der Folgerichtigkeit ihres Denkens. Dennoch fehlt ihnen meist die Fähigkeit, allgemeine Gesichtspunkte zu gewinnen, höhere Geistesarbeit zu leisten, sich eine zusammenhängende Lebens- und Weltanschauung zu bilden.

Auf sittlichem Gebiete zeigt sich oft schon von früher Jugend an der Mangel des Mitgefühls in grausamen Thierquälereien, boshaften Neckereien und tückischen Misshandlungen der Spielgefährten, in der Unzugänglichkeit gegen jede gemüthliche Beeinflussung. Daraus entwickelt sich weiterhin unverhülltes Hervortreten der ausgeprägtesten Selbstsucht, sowie Fehlen des Ehrgefühls und jeglicher Anhänglichkeit an Eltern und Geschwister. Hierher gehören jene ungeheuerlichen Kinder, welche schon im zartesten Alter ihre Angehörigen zu ermorden trachten, um deren Kleider zu besitzen, und dann mit stumpfer Selbstverständlichkeit über die Einzelheiten ihres Planes berichten, unter ausdrücklichem Bedauern darüber, dass er misslungen sei. Alle erziehlichen Einwirkungen bleiben fruchtlos,

weil eben die werthvollsten Hülfsmittel derselben, Liebe und Ehrgeiz, hier keinen Anknüpfungspunkt finden. Nur die einfache Vergewaltigung vermag noch die Aeusserungen einer wilden Selbstsucht zu unterdrücken. Ihr wird aber sehr bald durch Falschheit, schlaue Verschlagenheit, Hinterlist, durch Verstocktheit, unbändigen Trotz, Neigung zu Lug und Trug begegnet. Dabei schreitet die egoistische Ausbildung der Persönlichkeit immer weiter fort. Das gehobene Selbstgefühl äussert sich in prahlerischer Eitelkeit, Grossthuerei, planlosem Eigensinn, rohen Gewaltthaten, die Genusssucht in Arbeitsscheu, Ausschweifungen, unsinniger Verschwendung.

Es liegt auf der Hand, dass eine derartige Veranlagung mit einer gewissen Nothwendigkeit in die Verbrecherlaufbahn hineintreiben muss. In der That finden wir unter den unverbesserlichen Gewohnheitsverbrechern nicht wenige, welche die Erscheinungen des moralischen Schwachsinns, den vollständigen, unausfüllbaren Mangel der sittlichen Gefühle, in ausgeprägter Form darbieten. Freilich pflegt man derartige Personen gewöhnlich als sittlich „verwahrlost“ und nicht als krank zu betrachten. Richtig ist, dass eine mangelhafte oder schlechte Erziehung, uneheliche Geburt, Aufwachsen unter ungünstigen Bedingungen die volle Ausbildung der sittlichen Gefühle hindert. Allein einerseits sind jene Einflüsse selbst nicht selten einfach der Ausdruck familiärer Entartung, andererseits kann, wie schon früher dargelegt, weniger die Entstehungsweise, als die Grösse des sittlichen Mangels für die ärztliche Beurtheilung massgebend sein. Endlich aber lässt sich in wirklich ausgebildeten Fällen wol immer die angeborene sittliche Unfähigkeit nachweisen. Gerade hier begegnen wir nicht selten einer ausserordentlichen Nachhaltigkeit und Festigkeit des verbrecherischen Willens, der durch keinerlei Lebenserfahrungen aus seiner Bahn gelenkt werden kann, hier aber auch jener merkwürdigen Einseitigkeit und Einförmigkeit des Handelns, welche zur Entwicklung der bekannten, immer wiederkehrenden „Specialitäten“ des Verbrecherthums führt.

Es ist das Verdienst der italienischen Psychiatrie*), zuerst die Beziehungen des moralischen Schwachsinns, der krankhaften Gemüth-

*) Lombroso, Der Verbrecher, deutsch von Fränkel. 1887; Kurella, Naturgeschichte des Verbrechers. 1893; Bär, Der Verbrecher in anthropologischer Beziehung. 1893.

losigkeit, zum Verbrecherthum, und zwar zu bestimmten Formen desselben, nach gewiesen zu haben. Der „geborene“ Verbrecher (delinquente nato) kann wissenschaftlich nicht wol anders, als unter dem Gesichtspunkte einer unvollkommenen Veranlagung aufgefasst werden. Gerade diese Betrachtungsweise hat zum mindesten die eine segensreiche Folge gehabt, dass sie auch den Verbrecher wie andere Erscheinungen der menschlichen Gesellschaft endlich einmal zum Gegenstande einer einfach naturwissenschaftlichen Forschung gemacht hat. Schon jetzt ist die junge Wissenschaft der Criminalpsychologie nicht ohne Erfolg bemüht, mit Hülfe der Statistik die allgemeine Aetiologie des Verbrechens aufzuklären und weiterhin auf dem Wege anthropologischer Messungen wo möglich auch bestimmte körperliche Begleiterscheinungen kennen zu lernen, welche den verschiedenen Formen des geborenen Verbrechers eigenthümlich sein und gewissermassen die Einordnung derselben in einzelne klinische Gruppen ermöglichen sollen. Wir müssen abwarten, zu welchem Ziele diese letzteren Bestrebungen einmal gelangen werden. Für jetzt wird uns, wie ich glaube, die Criminalanthropologie wesentlich nur darüber belehren können, dass auch beim Verbrecher, namentlich beim „geborenen“, mit auffallender Häufigkeit jene functionellen und anatomischen Merkmale zu finden sind, die wir mit mehr oder weniger Recht als den Ausdruck allgemeiner Entartung anzusehen pflegen.

Jedenfalls sind wir von der Möglichkeit einer Erkennung des moralischen Irreseins aus körperlichen Zeichen noch recht weit entfernt, und selbst bei genauer Kenntniss des ganzen klinischen Krankheitsbildes hat die richtige Auffassung desselben häufig genug ihre Schwierigkeiten. Auf der einen Seite führt der moralische Schwachsinn durch das Zwischengebiet der angeborenen verbrecherischen Veranlagung allmählich in solche Zustände hinüber, die zweifellos der Gesundheitsbreite angehören. Wegen dieser Uebergänge begegnet namentlich der Richter der Feststellung eines moralischen Schwachsinns mit starkem Misstrauen. Praktisch wird hier namentlich das Zurückreichen der sittlichen Unfähigkeit bis in die frühe Jugend bei genügender Verstandesbildung, sowie die völlige Unzugänglichkeit für alle auf das Gemüth wirkenden Einflüsse für die Annahme einer krankhaften Persönlichkeit sprechen. Andererseits darf die erworbene Schwächung des sittlichen Willens, wie

sie durch chronische Vergiftungen, anscheinend auch bisweilen durch Kopfverletzungen und andere schwere Schädigungen erzeugt wird, nicht mit dem hier besprochenen moralischen Schwachsinn verwechselt werden. Der Nachweis einer Veränderung der Persönlichkeit von einem bestimmten Zeitpunkte ab wird hier die Unterscheidung ermöglichen. Endlich soll noch darauf hingewiesen werden, dass manche unserer Kranken in der Zucht und im Schutze des Gefängnisses oder der Anstalt kaum auffallendere Störungen darbieten, sondern die ganze Grösse ihrer sittlichen Unfähigkeit erst dann deutlich zeigen, wenn sie sich selbstüberlassen und den mannichfachen Verlockungen des Lebens haltlos preisgegeben sind.

In naher Verwandtschaft mit dem moralischen Irresein steht eine an dieser Stelle kurz zu besprechende, nicht sehr häufige Form der krankhaften Veranlagung, die vielleicht am besten mit dem Namen des emotiven Schwachsinns zu belegen ist. Es handelt sich dabei wesentlich um eine krankhafte Zornmüthigkeit. Die Kranken sind geistig in normaler Weise entwickelt, bisweilen sogar ziemlich gut begabt, haben befriedigende Schulkenntnisse erworben und verfügen über ein zuverlässiges Gedächtniss. Sie sind öfters recht fleissig, geschickt und ausdauernd bei der Arbeit, namentlich wenn sie unter einer gewissen Aufsicht stehen. Meist zeigen die Kranken ein erhöhtes Selbstgefühl, prahlerisches, anmassendes Wesen, trotzigen Eigensinn und die Anzeichen erheblicher Gemüthsrohheit gegenüber Angehörigen und Fremden.

Neben diesen Merkmalen einer leichteren oder schwereren moralischen Verkümmerung fällt aber vor Allem eine ganz ausserordentliche Reizbarkeit auf, die bald nur bei bestimmten Anlässen, bald zu gewissen Zeiten hervortritt. Die Kranken gerathen, wenn sie „geladen“ sind, bei einem verhältnissmässig ganz geringfügigen Anstosse in eine namenlose, unbezähmbare Wuth. Sie zittern am ganzen Leibe, stossen mit erstickter Stimme Schimpfworte, Flüche oder auch nur unarticulirte Schreie aus, greifen blindlings ihre Umgebung an, zerstören, was ihnen unter die Hände kommt, zerschlitzen ihre Kleider, wälzen sich am Boden, beissen sich in Lippen und Hände, suchen sich zu erdrosseln, laufen mit dem Kopfe gegen die Wand. Diese Erregung setzt sich vielfach bis zur völligen Erschöpfung fort, bis die Kranken athemlos, heiser, schweissbedeckt, mit verzerrten Zügen,

ausser Stande sind, ihre Glieder zu rühren. Während dieses Zustandes sind die Kranken allem gütlichen Zureden gegenüber unzugänglich; der Ausbruch erfolgt fast mit der Sicherheit und Gewalt einer Explosion. Sie bleiben aber vollständig orientirt, verlieren nur die Besonnenheit, nicht die Besinnung. Daher richtet sich die Wuth nach Lage der Dinge öfters gar nicht gegen die Umgebung, sondern nur gegen leblose Gegenstände oder gegen die eigene Person. Einer meiner Kranken gerieth jedesmal in einen solchen Anfall, wenn man mit ihm über einen Processgegner sprach, der ihn in schwere Bedrängniss gebracht hatte. Dabei zerstörte er nichts, griff Niemanden an, sondern suchte nur der stürmischen inneren Erregung, deren er nicht Herr werden konnte, in wilden, rasenden Ausdrucksbewegungen einen Ausweg zu verschaffen.

Der einzelne Anfall dauert meistens weniger als eine Stunde, doch bleibt öfters tagelang eine gereizte Stimmung mit Neigung zu neuen Ausbrüchen zurück. Nach dem Eintritte der Beruhigung vermögen sich die Kranken des Vorgefallenen im Allgemeinen zu erinnern, wenn ihnen auch manche Einzelheiten später entfallen sind und sie für die Höhe der Erregung angeben „nicht mehr gewusst zu haben, was sie thun“. Regelmässig bedauern sie nun lebhaft ihre Handlungsweise und zeigen eine mehr oder weniger klare Krankheitseinsicht. Sie beklagen ihr hitziges, jähzorniges Wesen, versichern aber gleichzeitig, dass sie sich beim besten Willen nicht mehr helfen könnten, wenn es so über sie komme. Bisweilen warnen sie wol selbst, man möge ihnen nicht zu nahe kommen, ihnen rechtzeitig alle Waffen abnehmen, sie binden oder einsperren.

Stets findet sich bei diesen Kranken eine ausserordentliche Empfindlichkeit gegen Alkohol. Durch dieses Mittel werden die Anfälle mit der grössten Sicherheit hervorgerufen. Bei völliger Enthaltsamkeit werden sie seltener, ohne jedoch ganz zu verschwinden. Gerade diese Beobachtung und auch die bisweilen bemerkte Regelmässigkeit in der Wiederkehr der Reizbarkeit würde auf eine Verwandtschaft dieser Zustände mit der Epilepsie hindeuten, doch ist es mir in den von mir gesehenen Fällen nicht gelungen, weitere Beweise für eine solche Annahme aufzufinden. Zudem ist ausdrücklich zu bemerken, dass auch der Alkohol hier immer nur Erregung, nicht aber Dämmerzustände mit Sinnestäuschungen, Angst, Personenverkennung erzeugt, wie wir sie beim epileptischen Irresein kennen

gelernt haben. Andererseits ist grosse gemüthliche Reizbarkeit mit masslosen Wuthausbrüchen auch beim moralischen Schwachsinn nicht selten. Was dem gegenüber diese Formen auszeichnet, ist viel geringere Ausbildung der dauernden sittlichen Entartung und, vielleicht damit in Verbindung stehend, die Einsicht in die Krankhaftigkeit des Zustandes.

Wir haben nun endlich noch jener letzten Form des angeborenen Schwachsinns zu gedenken, die man als impulsives Irresein zu bezeichnen pflegt. Die Eigenthümlichkeit dieser Krankheitszustände besteht in dem zeitweisen Auftauchen mächtiger, den Willen überwältigender Antriebe zu bestimmten Handlungen ohne klaren Beweggrund. Der Kranke handelt dabei einfach, weil er den unwiderstehlichen Antrieb in sich fühlt, zu handeln. So kommt es denn, dass solche Willensäusserungen 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 Ausführung drängenden, häufig sehr unklaren Antrieb hervorgerufen werden.

Der Inhalt dieser „Zwangshandlungen“ ist vielfach ein gleichgültiger, und zahlreiche Menschen mit „absonderlichen Einfällen“, unvermittelt hervortretenden und ebenso rasch wieder verschwindenden Antrieben bilden die Uebergänge von den schweren, unzweifelhaft krankhaften Formen des impulsiven Irreseins zum gesunden Verhalten. Eine sehr ernste Bedeutung gewinnen diese Krankheitszustände jedoch dadurch, dass die aufsteigenden Antriebe ungemein häufig die Umgebung oder das eigene Leben und Wohlergehen gefährden. Die klinische Erfahrung lehrt, dass 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 Pubertätsentwickelung beobachtet wird. Bisweilen geht die krankhafte Freude am flackernden Feuer und der unbezähmbare Wunsch, sich diesen Anblick zu verschaffen, bis in die Kindheit zurück. In einem berühmt gewordenen Falle, in welchem ein Student zahllose Brände in immer genau derselben Weise angelegt hatte, liess sich feststellen, dass die Ausführung dieser Handlungen regelmässig unter dem Einflusse des Alkohols erfolgt war.

Eine zweite Hauptrichtung der krankhaften Antriebe ist die dauernde oder vorübergehende Neigung, gelegentliche, unsinnige Diebstähle zu begehen. Solchen Anwandlungen begegnen wir ebenfalls am häufigsten beim weiblichen Geschlechte, und zwar vorzugsweise in der Zeit geschlechtlicher Umwälzungen (Menstruation, Schwangerschaft). Die Krankhaftigkeit dieser Handlungen zeigt sich darin, dass denselben jeder verständige Beweggrund fehlt. Die gestohlenen Gegenstände sind vielfach gänzlich oder doch für den Thäter werthlos, oder sie werden auch später dem Eigenthümer einfach wieder zugestellt. In andern Fällen richtet sich die Begierde des Einzelnen gerade auf eine ganz bestimmte Art von Dingen, die ohne erkennbaren Zweck in grossen Mengen zusammengestohlen werden, so dass man unwillkürlich an gewisse Ausschreitungen des Sammelsports erinnert wird.

Weiterhin aber ist von hervorragender Bedeutung der krankhafte Antrieb, zu verletzen oder zu tödten. Eine besondere Gruppe bilden hier die triebartigen Angriffe junger Mädchen auf die ihrer Obhut anvertrauten Kinder. Ich behandelte 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 Beweggrunde, als „weil ihr die Lust dazu kam.“ Auf diesem Gebiete des impulsiven Irreseins tritt uns am deutlichsten die häufige Verbindung krankhafter Antriebe mit dem Geschlechtstriebe entgegen. Gerade von dem letzteren aus scheinen sich bei psychisch wenig widerstandsfähigen Menschen verhältnissmässig leicht allerlei zwangsmässige Beeinflussungen des Fühlens und Handelns geltend zu machen, die wir wol am zweckmässigsten den Krankheitsbildern des impulsiven Irreseins zurechnen.

Vor Allem haben wir jener eigenthümlichen Erscheinungen zu gedenken, die man nach dem berüchtigten französischen Romanschriftsteller Marquis de Sade als „Sadismus“ bezeichnet hat. Es handelt sich dabei um das Auftreten von geschlechtlichen Wollustempfindungen bei Acten der Grausamkeit. Die betreffenden Personen suchen entweder den Reiz der geschlechtlichen Vereinigung durch mehr oder weniger ernste Misshandlungen zu erhöhen, oder die grausame Handlung erweckt schon an sich die volle sinnliche

*) Die psychischen Störungen im Kindesalter, 1887, p. 241.

Befriedigung, auch beim Fehlen aller gesunden Vorbedingungen für die geschlechtliche Erregung. Der letztere Fall stellt offenbar nur eine weitere krankhafte Entwickelungsstufe des ersteren dar. Was dort nebensächliches, vielleicht sogar völlig entbehrliches Hülfsmittel war, ist hier zur Hauptsache geworden, neben welcher die eigentliche Hauptsache, die geschlechtliche Vereinigung, vollständig in den Hintergrund getreten ist. Thatsächlich finden sich zahlreiche Uebergangsformen von den leichtesten, noch in der Gesundheitsbreite liegenden Anwandlungen bis zu den schwersten, das Leben der Opfer fordernden krankhaften Verirrungen.

Unter den sadistischen Handlungen selbst kommen in erster Linie Geisselungen auf den entblössten Körper in Betracht, die häufiger zur Unterstützung und Vorbereitung der geschlechtlichen Erregung benutzt werden. Als wirklicher Ersatz des Beischlafs dienen sie weit seltener und wol nur in zweifellos krankhaften Fällen. Aehnlich mag es mit der Neigung zum Kneifen und Beissen stehen. Das Stechen und Schneiden tritt bei den von Zeit zu Zeit einmal beobachteten „Mädchenstechern“ geradezu als Form der geschlechtlichen Befriedigung auf. Die Kranken suchen sich an hübsche junge Mädchen heranzudrängen und ihnen mit Dolch oder Messer, deren sie bisweilen eine grosse Auswahl besitzen, eine blutige, aber nicht gefährliche Wunde beizubringen, was ihnen lebhafte Wollustgefühle verursacht. Noch einen Schritt weiter gehen jene Kranken, welche sich die geschlechtliche Befriedigung durch Quälen und Tödten von Thieren zu verschaffen suchen. Dann kommen die Lustmörder, die ihr Opfer vor oder nach dem Geschlechtsacte erdrosseln und dann womöglich aufschneiden, zerreissen, zerstückeln. Gerade in solchen Fällen zeigt sich bisweilen ein buchstäblicher „Blutdurst“, der zum Aussaugen des Opfers und zur wirklichen Menschenfresserei führen kann. Ueberall können eigentlich geschlechtliche Handlungen trotz heftigster geschlechtlicher Erregung vollkommen fehlen. Als eine Abart der Lustmörder sind wol die glücklicherweise recht seltenen Leichenschänder zu betrachten, unter denen der französische Sergeant Bertrand eine traurige Berühmtheit erlangt hat, da er, von unwiderstehlicher geschlechtlicher Begierde getrieben, mit grösstem Geschicke frisch bestattete Leichen wieder ausgrub, schändete und zerstückelte.

Gewissermassen das Gegenstück zum Sadismus bildet die von

v. Krafft-Ebing*) unter dem Namen des „Masochismus" beschriebene Sucht, sich die geschlechtliche Befriedigung durch Erduldung von Schmerzen zu erhöhen oder überhaupt erst zu verschaffen. Die Bezeichnung ist hergenommen von dem Schriftsteller Sacher-Masoch, der in seinen Romanen diese eigenthümliche Erscheinung schilderte. Wegen der bei beiden bestehenden Verbindung von Schmerz und Wollust hat v. Schrenk-Notzing für Masochismus und Sadismus die gemeinsame Bezeichnung „Algolagnie" vorgeschlagen (Schmerzgeilheit); jener ist passive, dieser active Algolagnie.

Auch beim Masochismus begegnen wir vor allem der geschlechtlichen Erregung durch Geisselung, aber hier durch Erdulden derselben. Die unliebsamen Nebenwirkungen erziehlicher Züchtigungen, namentlich der Schläge auf das Gesäss, sind lange bekannt, ebenso die Auffrischung der gesunkenen geschlechtlichen Leistungsfähigkeit durch ähnliche Massregeln. Auch das Flagellantenthum hat vielleicht eine seiner Wurzeln in der sinnlich aufreizenden Wirkung der Geisselhiebe gehabt. In das Gebiet des Krankhaften gehören die Fälle, in denen die geschlechtliche Erregung durch wirklich rohe Misshandlungen, Gebissen-, Gestochen-, Getretenwerden u. Aehnl. ausgelöst wird. Meist werden hier andere Personen vorher zur Ausführung der gewünschten Handlungen angelernt.

Aus naheliegenden Gründen führt die Algolagnie nur verhältnissmässig selten, bei intellectuellem Schwachsinn und grosser sittlicher Stumpfheit, zu jenen wirklich gefährlichen Handlungen, welche in der Entwickelungsrichtung des krankhaften Triebes liegen. Vielfach tragen die Acte, welche ausgeübt oder gewünscht werden, mehr einen symbolischen Charakter, in der Weise, wie schon das Ritzen der Haut ein Sinnbild des Tödtens, das Einpressen der Zähne ein solches des Auffressens darstellt. Der sadistische Trieb kann sich in Handlungen Luft machen, welche ganz allgemein nur die unbeschränkte Herrschaft über das geschlechtliche Opfer ausdrücken (Beschimpfen, Beschmutzen, Fesseln), während der Masochist sich befriedigt fühlt, wenn er in möglichst lebhafter Weise die völlige Unterwerfung unter einen fremden Willen empfindet (Erdulden von Beschimpfung, Bedrohung, Missachtung, ekelhafter Besudelung). Bei der regen Mitarbeit der Einbildungskraft ist die Mannichfaltigkeit

*) v. Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis, 8. Aufl. 1893.

der Kunstgriffe, welche diese Kranken zur Vorbereitung oder zum Ersatz des Beischlafes anwenden oder von Andern fordern, trotz mancher typischer Erscheinungen eine ausserordentlich grosse.

Wir sind im Vorstehenden wiederholt der Erscheinung begegnet, dass bei unseren Kranken ein ursprünglich das Zustandekommen der geschlechtlichen Erregung nur unterstützender Vorgang schliesslich ganz allein schon und ohne Verbindung mit eigentlichem Geschlechtsverkehre die erstrebte Befriedigung herbeizuführen vermag. Man könnte etwa daran denken, dass bei einer krankhaften Steigerung der geschlechtlichen Erregbarkeit bereits der begleitende Vorgang genügt, um dieselbe Wirkung zu erzielen, welche er im gesunden Leben höchstens in Verbindung mit den wirklichen Geschlechtsreizen erreichte, ähnlich wie dem Empfindlichen schon die Probesignale bei der Feuerwehrübung unangenehme Gefühle erwecken. Allein schliesslich kann es so weit kommen, dass nur noch der nebensächliche Reiz, nicht aber mehr der natürliche, oder doch jener unvergleichlich viel stärker, als dieser, die geschlechtliche Befriedigung zu erzeugen im Stande ist. Ganz besonders häufig macht sich eine solche Verschiebung in verschiedenartiger Entwickelung dahin geltend, dass es einzelne bestimmte Körpertheile oder Kleidungsstücke sind, welche zunächst geschlechtlich anregend wirken, dann bei der Ausführung des Beischlafes eine herrschende Rolle spielen und endlich für sich allein in ganz absonderlicher Weise den Geschlechtsgenuss vermitteln. Man bezeichnet diese Störung als „Fetischismus“. Von körperlichen Reizen dienen als Fetische bald Hände oder Füsse, bald Augen, Mund, Ohr, Haare, besonders Zöpfe. Die einfache Betrachtung, Berührung, Liebkosung der betreffenden Theile gewährt dem Fetischisten eine weit höhere geschlechtliche Befriedigung, als der wirkliche Beischlaf. Unter den Kleidungsstücken sind Schuhe und Stiefel sehr bevorzugt, nach v. Krafft-Ebings Ansicht wegen der an sie sich knüpfenden masochistischen Wollust der Unterwerfung, ferner Taschentücher und Unterkleider, endlich Sammet- und Pelzstoffe. Wie die Erfahrung lehrt, werden solche Dinge von den Kranken aus geschlechtlicher Begierde öfters in grossen Mengen zusammengestohlen (Zopfabschneider!) und zu einsamen masturbatorischen Vergnügungen benutzt.

Die geistige Begabung unserer Kranken braucht keine schärfer hervortretenden Störungen aufzuweisen, doch findet sich in schweren

Fällen meist ein höherer oder geringerer Grad intellectuellen Schwachsinns. Auch bei leichteren Abweichungen wird eine genaue Prüfung wol selten die Anzeichen einer gewissen Beschränktheit oder Zerfahrenheit und Verschwommenheit, namentlich aber ein Zurückbleiben der gesammten geistigen Ausbildung hinter der durch das Lebensalter geforderten vermissen lassen. Noch deutlicher pflegen die Störungen auf gemüthlichem Gebiete hervorzutreten; nach dieser Richtung haben wir es regelmässig mit schwachen, haltlosen, oft auch mit kindisch eigensinnigen oder rohen, menschenscheuen, verschlossenen Naturen zu thun.

Auch das impulsive Irresein ist nichts als eine besondere Form der angeborenen Entartungszustände. Trotzdem sehen wir die klinischen Erscheinungen desselben öfters nur während bestimmter Lebensabschnitte, namentlich in den Entwickelungsjahren, hervortreten. Diese Erfahrung entspricht der schon bei verschiedenen Gelegenheiten besprochenen Thatsache, dass es im Verlaufe des menschlichen Daseins gewisse Zeiten giebt, in denen die allgemeine Widerstandsfähigkeit auf körperlichem und seelischem Gebiete besonders gering ist. Gerade der Widerstreit dunkler Gefühle und Antriebe während der Geschlechtsentwickelung wird daher auch günstige Bedingungen für das Anwachsen krankhafter Willensregungen schaffen können, welche im späteren Leben durch das gesunde Wollen einfach in den Hintergrund gedrängt werden.

Ausser dem gemeinsamen Ursprunge aus einer krankhaften Veranlagung theilt das impulsive Irresein mit einigen andern verwandten Formen manche äussere Eigenthümlichkeiten. So kann man die unausrottbare Rückfälligkeit des sittlich unfähigen Gewohnheitsverbrechers mit der zwangsmässigen Wiederholung der gleichen verbrecherischen Handlungen durch unsere Kranken verwechseln. Auch der moralisch Irre legt Feuer an, tödtet und stiehlt, aber er thut es aus selbstsüchtigen Beweggründen, zu irgend einem bestimmten Zwecke oder um zu schaden, während hier einzig der gebieterische Antrieb den Kranken gegen seinen eigentlichen Willen zur Begehung der That zwingt. Sehr häufig ist dabei sogar ein deutliches Gefühl von der Widersinnigkeit, Unnatürlichkeit und Krankhaftigkeit der Handlungsweise vorhanden. Nach einer andern Seite hin nähert sich das impulsive Irresein gewissen Formen der angeborenen Neurasthenie. Allein bei dieser letzteren sind die auftauchenden Antriebe

von lebhaften Gefühlen der Angst und des Abscheus begleitet. Die Kranken wollen durchaus nicht die ihnen vorschwebenden Handlungen begehen; sie fürchten vielmehr, dass sie möglicherweise unterliegen könnten, was thatsächlich nicht geschieht. Hier dagegen, beim impulsiven Irresein, verknüpft sich die Vorstellung der krankhaften That mit dem Gefühle einer gierigen Wollust, welche dem Kranken für die Ausführung volle und ausgiebige Befriedigung verspricht, so dass er nicht ruhen kann, bis er gehandelt hat. Unmittelbar nach der That folgt eine deutliche Erleichterung, beim Misslingen das Bedauern über den Misserfolg. Von Reue ist oft gar keine Spur vorhanden, oder sie kommt doch nur bei geringergradigem sittlichem Defect und erst dann, wenn nach der Aufregung der That jene Gegenvorstellungen auftauchen, welche bis dahin durch die alles beherrschende Begierde zurückgedrängt worden waren. Es ist daher klar, dass wir es hier mit wirklich krankhaften Trieben, dort dagegen nur mit einfachen Zwangsbefürchtungen zu thun haben.

Die Thatsache des impulsiven Irreseins hat auf einer früheren Entwickelungsstufe der Psychiatrie als Grundlage der Lehre von den „Monomanien“ eine wichtige Rolle gespielt. Jetzt ist die für unser wissenschaftliches Verständniss gefahrdrohende Annahme isolirter krankhafter Triebe in der klaren Erkenntniss untergegangen, dass man es hier überall mit einer angeborenen, allgemeinen psychischen Invalidität zu thun hat, deren schwächster Punkt gerade in dem Mangel einer Herrschaft über die allerdings vielfach in krankhafter Stärke und Richtung entwickelten Triebe gelegen ist. Das italienische und spanische Strafgesetzbuch nimmt auf das impulsive und wol auch das emotive Irresein Rücksicht in der Anerkennung einer „forza irresistibile“ (unwiderstehlichen Gewalt), welche unter Umständen den Willen des Thäters vollständig fortreissen und damit als Strafausschliessungsgrund gelten soll. Möglich, dass plötzliche Antriebe von unbezwinglicher Stärke bei den heissblütigen Völkern des Südens häufiger sind, als bei uns; jedenfalls vermag jene Fassung vielfachen „Missbräuchen“ im Sinne der Justiz Thür und Thor zu öffnen. Wie ich glaube, sollte man das Bestehen des impulsiven Irreseins nur dort annehmen, wo wirklich der triebartige Ursprung des Handelns ohne klares, vernünftiges Ziel deutlich hervortritt, und wo auch im übrigen Bereiche des Seelenlebens die Anzeichen einer krankhaften Veranlagung erkennbar sind.

Alle im Vorstehenden geschilderten Formen des angeborenen Schwachsinns sind als der Ausdruck einer krankhaften, vielfach ererbten Entartung zu betrachten. Man hat sie daher wol auch mit den von mir als angeborene Neurasthenie bezeichneten und einigen andern verwandten Zuständen unter der gemeinsamen Bezeichnung des degenerativen Irreseins zusammengefasst. Diese ihre anthropologische Entstehungsweise pflegen sie sehr vielfach durch das Vorkommen der körperlichen Entartungszeichen zu verrathen. Wir finden bei ihnen Zurückbleiben der gesammten Körperentwickelung auf kindlicher Stufe, auffallend jugendliches oder frühzeitig gealtertes Aussehen, örtliche und allgemeine Wachsthumshemmungen des Gehirns und Schädels, schiefes Gesicht, abnorme Zahn- und Kieferstellung, Missbildungen aller Art an Ohren, Gaumen, Geschlechtstheilen, Händen. Seltener sind die Spuren überstandener Gehirnkrankheiten.

Im Wesentlichen bleiben natürlich diese Krankheitsbilder während des ganzen Lebens unverändert, doch ist, wie früher erwähnt, ein Einfluss der physiologischen Zustände oft deutlich erkennbar. Namentlich die geschlechtlichen Umwälzungen, die Pubertätsentwickelung, die Menstruation, die Schwangerschaft, wol auch die Rückbildungsjahre pflegen eine gewisse Rolle zu spielen. Es kommt vor, dass sie den Gesammtzustand dauernd verschlechtern, oder dass sie doch ein stärkeres Hervortreten der Krankheitserscheinungen bewirken. Andererseits sieht man nicht allzuselten, dass sich mit der vollen Ausbildung und Festigung der Persönlichkeit eine überraschend weitgehende Besserung der Störungen herausstellt. Namentlich scheint das beim moralischen, emotiven und impulsiven Schwachsinn vorzukommen. Endlich bedarf es keiner besonderen Erwähnung, dass sich auf dem Boden der hier besprochenen Formen krankhafter Veranlagung auch die verschiedenartigsten vorübergehenden Störungen des psychischen Gleichgewichtes ausbilden können, am häufigsten vielleicht periodische Erregungszustände.

In ihren leichtesten Andeutungen gehen die einzelnen Gestaltungen des degenerativen Irreseins allmählich über in jene mannichfaltigen kleinen Unvollkommenheiten der persönlichen Veranlagung, welche von Koch*) unter dem Namen der „angeborenen, dauernden psychopathischen Minderwerthigkeiten“ beschrieben worden sind.

*) Koch, die psychopathischen Minderwerthigkeiten. 1893.

Dieselben bilden ein grosses und ungemein reiches Zwischengebiet zwischen dem zweifellosen Irresein und der Gesundheitsbreite. Alle die verschiedenen abnormen Züge, die wir in der hysterischen, neurasthenischen, epileptischen Veranlagung, sowie bei den angeborenen Schwächezuständen kennen gelernt haben, namentlich auch geschlechtliche Verirrungen, können sich in schärferer oder schwächerer Ausprägung, einzeln oder gemischt bei sonst rüstigen, leistungsfähigen, ja hochentwickelten Persönlichkeiten wiederfinden. Wir sehen daher in diesen Zuständen vielfach, wie die Entartung unmerklich auch im kräftigen Stamme ihre Wirkung entfaltet; wir sehen aber wol auch eben so oft, wie das gesunde Leben allmählich bis auf die letzten unerheblichen Spuren die krankhafte Entwickelung früherer Geschlechter zu überwinden vermag.

Die Behandlung der angeborenen Schwächezustände sieht sich naturgemäss wesentlich auf eine sorgfältige, die körperliche Entwickelung nach Möglichkeit berücksichtigende und im Uebrigen der Lage des einzelnen Falles angepasste Erziehung beschränkt. Grosse Geduld, gleichmässige, zielbewusste Festigkeit und vor Allem warmherzige Freundlichkeit werden hier manchen ungehofften Erfolg erringen. Sehr wichtig erscheint es mir, bei diesen Kranken von vorn herein dauernde völlige Enthaltsamkeit vom Alkohol zu erstreben, der ihnen nachweislich so häufig schweren Schaden bringt. Eine ganze Reihe von Kranken, namentlich der hier zahlreich vertretenen Gemeingefährlichen, wird nothwendiger Weise der Anstaltspflege anheimfallen, unter deren Schutz sie meistens noch zu einem verhältnissmässig nützlichen und für sie selbst befriedigenden Leben erzogen werden können. Dabei sind ausser den allgemeinen Regeln der Anstaltsbehandlung überhaupt, Beschäftigung, guter Ernährung, Ueberwachung und wohlwollender Führung meist keine besonderen Anzeigen zu erfüllen.

D. Die conträre Sexualempfindung.

Die verschiedenartigen Verirrungen des Geschlechtstriebes, welchen wir auf dem Gebiete des impulsiven Irreseins begegnet sind, bilden in mancher Beziehung einen Uebergang zu jener eigenartigen Umwandlung der geschlechtlichen Neigungen, welche Westphal nach ihrem wichtigsten Zeichen als „conträre Sexualempfindung“

bezeichnet hat. Es handelt sich hier um eine meist in früher Jugend bereits hervortretende geschlechtliche Zuneigung zu Personen desselben Geschlechts („Homosexualität"), während das andere Geschlecht dem Patienten in dieser Hinsicht gleichgültig bleibt oder sogar Abscheu und Ekel einflösst. Die Aufmerksamkeit der Irrenärzte wurde auf diese wahrscheinlich uralte, mit der Knabenliebe der Griechen und Römer in Beziehung stehende Verirrung hauptsächlich durch Casper gelenkt; später haben namentlich Westphal und v. Krafft-Ebing unser Wissen über diesen Gegenstand gefördert, der in neuester Zeit gleich eine ganze Reihe eingehendster monographischer Bearbeitungen erfahren hat*).

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 angeborene, häufig ererbte psychopathische Veranlagung vorhanden. Der Geschlechtstrieb pflegt sich früh und kräftig zu entwickeln und führt sehr häufig zu einer lebhaft betriebenen Onanie. In manchen Fällen bestehen zunächst gesunde, „heterosexuelle" Neigungen, die erst später durch den stärker anwachsenden krankhaften Trieb überwältigt werden. Meist aber beziehen sich die wollüstigen Begleitbilder der geschlechtlichen Erregung im Wachen und Träumen von vorn herein auf das gleiche Geschlecht, und alle Versuche normalen Geschlechtsverkehrs missglücken vollständig oder gewähren doch wenigstens keine Befriedigung. Gerade diese Erfahrungen sind es, welche dem Kranken, der oft längere Zeit über sich selbst im Unklaren ist, die Eigenart seines Geschlechtslebens enthüllen. Entscheidend ist für die weitere Entwickelung die Bekanntschaft mit irgend einer Person gleichen Geschlechts, die entweder einfach durch ihre körperlichen und geistigen Vorzüge die Sinnlichkeit des Kranken mächtig erregt oder geradezu die gleichen Neigungen hat und ihn „verführt" oder sich von ihm verführen lässt. Es kommt zu einem schwärmerischen und leidenschaftlichen „Freundschaftsbündnisse" mit allen Ueberschwänglichkeiten eines Liebesspiels, sentimentalen Briefen, Blumensendungen, Geschenken,

*) Westphal, Archiv f. Psychiatrie, II, 1; v. Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis. 8. Auflage. 1893; Moll, Die conträre Sexualempfindung. 1891; v. Schrenk-Notzing, Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. 1892.

Eifersuchtsscenen, brünstigem Küssen und Händedrücken. Meist schreitet dasselbe zu wollüstigen Umarmungen, gegenseitiger Masturbation und allen möglichen andern „beischlafähnlichen Handlungen", seltener zu wirklicher Paederastie fort.

Ganz wie bei den Beziehungen verschiedener Geschlechter bestehen solche „Verhältnisse" bisweilen längere Zeit, selbst viele Jahre hindurch fort. Weit häufiger ist jedoch ein Wechsel der Neigungen oder sogar grosse Unbeständigkeit. Meist sind beide Theile homosexual, doch giebt es manche Kranke, die gerade nur mit gesund fühlenden Personen geschlechtlich zu verkehren lieben. Standesunterschiede scheinen, genau wie im gewöhnlichen Geschlechtsleben, hier eine weit geringere Rolle zu spielen, als etwa beim rein gesellschaftlichen Verkehr. Einzelne Kranke der besseren Stände fühlen sich sogar am meisten zu Fabrikarbeitern, Kutschern, Lastträgern u. dergl. hingezogen. Einer besonderen Beliebtheit erfreuen sich auch hier die Soldaten. Aus allen diesen Umständen erklärt es sich, dass in grösseren Städten gewöhnlich auch eine männliche Prostitution mit allem Zubehör zu bestehen pflegt, die sich nicht nur aus homosexualen, sondern auch aus geschlechtlich normalen Personen zusammensetzt. Andererseits werden neben den körperlichen Reizen meist auch zusagende Eigenschaften des Gemüths und des Verstandes gefordert, mit denen aber die Einbildungskraft des Homosexualen den Gegenstand seiner Liebe ebenso freigebig ausstattet, wie der normale Liebesrausch. Der Unbefangene begegnet in seinem ganzen Leben nicht einer solchen Schaar von „hochgebildeten", „edeldenkenden", „charaktervollen" Männern, wie wir sie in der Schilderung eines einzigen Freundeskreises solcher Kranker anzutreffen pflegen.

Natürlich bleibt die überwiegende Mehrzahl der Homosexualen unvermählt. Dennoch gehen einzelne der Kranken trotz ihres Widerwillens gegen das andere Geschlecht die Ehe ein, theils in der 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 geschlechtlichen 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 ver-

setzen vermögen. Daneben unterhalten sie vielfach noch gelegentlichen oder regelmässigen homosexualen Verkehr.

Gewöhnlich besteht ausser der conträren Sexualempfindung noch eine Reihe anderweitiger Züge, welche auf eine krankhafte Veranlagung hindeuten. Dahin sind zunächst alle jene vielgestaltigen körperlichen Entartungszeichen zu rechnen, die wir früher kennen gelernt haben. Der Verstand der Kranken ist meist normal entwickelt, doch macht sich häufig neben guter Auffassungsgabe grosse Ermüdbarkeit, geringe Ausdauer bei geistiger Arbeit und Neigung zu Träumereien geltend. Die Einbildungskraft pflegt stark über die Fähigkeit zu rein verstandesmässiger Thätigkeit zu überwiegen. Gar nicht selten beobachtet man auch wirklichen Schwachsinn. Am auffallendsten ist gewöhnlich die erhöhte Erregbarkeit im Gemüthsleben. Die Kranken sind empfindlich, von Stimmungen und Eindrücken in besonderem Masse abhängig, schöngeistig und künstlerisch, besonders musikalisch veranlagt, zu Schwärmerei und Gefühlsausbrüchen geneigt. Meist haben sie, namentlich bei sonstiger geistiger Begabung, ein lebhaftes Gefühl für ihre eigenartige Stellung. Wenn sie auch nicht geneigt sind, sich für eigentlich krank zu halten, vielmehr an sich ihr Trieb ihnen als etwas ganz Natürliches erscheint, so empfinden sie doch sehr tief und schmerzlich den Druck, mit welchem Gesetz und Sitte sie belastet, und sind unglücklich darüber, keine Familie gründen zu können. Ihr Charakter ist weich, lenksam, unselbständig, sogar schlaff und haltlos. Ihre Lebensführung weist daher häufiger eine gewisse Zerfahrenheit und Abenteuerlichkeit auf. Unzuverlässigkeit, Mangel an Wahrheitsliebe, Neigung zum Prahlen und kleinliche Eitelkeit sind gewöhnliche Untugenden. Die geschlechtlichen Beziehungen spielen vielfach eine, namentlich für Männer, ganz merkwürdig wichtige und entscheidende Rolle in ihrem Leben, können sie längere Zeit ganz vollkommen in Anspruch nehmen, an jeder geregelten Thätigkeit hindern, sie verbummeln lassen, ihre Schicksale in durchaus massgebender Weise beeinflussen. Bisweilen gesellen sich zu der homosexualen Neigung die früher besprochenen Verirrungen der Algolagnie und des Fetischismus ebenso hinzu, wie zum heterosexualen Triebe.

Während der Entwickelung der conträren Sexualempfindung lässt sich sehr häufig das gelegentliche Auftauchen heterosexualer Regungen feststellen. Ich erinnere mich eines von Hause aus

krankhaft veranlagten jungen Mannes, der zunächst zweifellose sinnliche Beziehungen zu Mädchen besass, später aber sich ausschliesslich durch Manustupration von Knaben befriedigte. Nicht selten bestehen Neigungen zu beiden Geschlechtern nebeneinander, bald als Uebergangsstadium, bald dauernd. Freilich pflegt meist die eine Richtung mit stärkerer Befriedigung verknüpft zu sein. Man spricht hier von einer „psychischen Hermaphrodisie".

Bei ausgeprägter Homosexualität zeigt sich häufiger eine Veränderung der ganzen Lebensführung im Sinne des entgegengesetzten Geschlechtes. Der Mann wird weibisch in seinen Bewegungen, seinem Gange, seiner Haltung, seiner Geschmacksrichtung. Er zeigt ein süssliches, geziertes Wesen, wird eitel, gefallsüchtig, legt grossen Werth auf Aeusseres, kleidet sich mit besonderer Sorgfalt, nach der Mode, trägt Blumen im Knopfloch, parfümirt, schminkt sich, lässt sich frisiren, schreibt zierliche Briefe auf duftendem Papier, schmückt seine Zimmer nach Art der weiblichen Boudoirs aus. Vielfach besteht die Neigung, sich mit weiblichen Handarbeiten zu beschäftigen, weibliche Kleidung (Corsett!) zu tragen, Busen und Hüften auszustopfen, in Fistelstimme zu sprechen, kurz sich in allen Stücken auch äusserlich möglichst der erwünschten geschlechtlichen Stellung zu nähern. Andererseits sehen wir homosexuale Frauen durch ihre Neigung zu männlichem Auftreten, zum Rauchen und Trinken, zu übermüthigen Streichen, zu männlicher Kleidung und Haartracht, zu männlichem Sport und männlichen Berufsarten auffallen. Diese Veränderungen bezeichnet v. Krafft-Ebing als Effeminatio und Viraginität. Nicht selten gehen die ersten Spuren derselben schon bis in die Kinderjahre zurück und geben vielleicht günstige Vorbedingungen für die Ausbildung der conträren Sexualempfindung ab; in andern Fällen vollzieht sich die ganze Umwälzung erst späterhin, anscheinend wesentlich unter dem Einflusse jener letzteren.

Es giebt endlich eine kleine Gruppe von homosexual veranlagten Personen, bei denen auch der körperliche Bau gewisse Abweichungen vom Geschlechtstypus in der Richtung des andern Geschlechts aufweist. Dahin gehören die bartlosen Männer mit weiblicher, hoher Stimme, glatter, weisser Haut, stärkerem Fettpolster, entwickelten Brustdrüsen, schlanker Taille und breiten Hüften, die Frauen mit Bartanflug, grobem Knochenbau, tiefer, rauher Stimme, männlichem Becken, erstere von v. Krafft-Ebing als Androgyne

letztere als Gynandrier bezeichnet. Wirkliche Zwitterbildung bei conträrer Sexualempfindung ist bisher niemals beobachtet worden.

Der Verlauf des Leidens ist stets ein äusserst chronischer. Der vollen Entwickelung, die sich meist gegen Ende des zweiten oder im Anfange des dritten Lebensjahrzehntes vollzieht, können lange Zeiten des Kampfes oder der Homosexualität voraufgehen, wenn auch andererseits bisweilen eine einzige Lebenserfahrung plötzlich bestimmend sein kann. In einzelnen Fällen hat man ein periodisches Auftreten der homosexualen Neigungen beobachtet, mit oder ohne Verbindung mit allgemeinen Erregungszuständen. Zweimal sah ich acut Verfolgungsideen bei den sonst ganz besonnenen Kranken auftreten. Sie fürchteten entdeckt, belauscht zu werden, hörten über sich sprechen, waren äusserst ängstlich und nur theilweise und vorübergehend einsichtig. Die Störung erinnerte sehr an gewisse Fälle von Gefangenenwahnsinn; leider habe ich den weiteren Verlauf nicht beobachten können.

Die conträre Sexualempfindung ist nach den Versicherungen aller derartiger Kranker keineswegs selten, obgleich die bisher vorliegende Casuistik aus begreiflichen Gründen kaum mehr als etwa 150 Fälle umfasst. Dennoch ist die Angabe von Ulrichs, der in einer Reihe von Schriften diesen Zustand 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 Gestattung dauernder förmlicher Ehebündnisse. In gewissen Ständen, namentlich den mehr weiblichen Berufsarten, finden sich Homosexuale besonders häufig, unter den Decorateuren, Tapezierern, Kellnern, Damenschneidern; auch unter den Schauspielern scheinen sie viel vertreten zu sein. Moll behauptet, dass Damenkomiker regelmässig homosexual seien. Meistens wird hier wol überall die Berufswahl schon durch die ursprüngliche, zum Weiblichen neigende Veranlagung beeinflusst werden; namentlich das letzte Beispiel spricht dafür.

Die Erkennung der conträren Sexualempfindung ist in den Fällen mit starker Umwandlung der geistigen oder gar körperlichen Persönlichkeit vielfach sehr leicht, obgleich auch trotz jener Umwandlung völlig normale geschlechtliche Neigungen vorhanden sein

können. Sonst ist die ärztliche Diagnose nur aus den eigenen Angaben des Kranken möglich. Alle Angaben der Urninge über die Schnelligkeit und Unfehlbarkeit ihres Erkennens sind Prahlereien. Neben der krankhaften conträren Sexualempfindung giebt es auch eine künstlich gezüchtete. Beide, die übrigens wieder von der einfachen Ausübung homosexualer Acte ohne homosexuales Fühlen wohl zu unterscheiden sind, gehen in einander über und können nur nach den im einzelnen Falle vorliegenden Angaben über die Entstehungsweise auseinandergehalten werden.

Es kann nicht dem geringsten Zweifel unterliegen, dass die conträre Sexualempfindung auf dem Boden einer krankhaft entarteten Persönlichkeit erwächst. Dagegen ist es fraglich, ob die eigenthümliche Verkehrung des Geschlechtstriebes als solche schon angeboren ist, oder ob sie nur eine der vielen Erscheinungsformen krankhafter Triebe darstellt, welche bei geringer gemüthlicher Widerstandsfähigkeit durch äussere Lebenserfahrungen grossgezogen werden können. Man ist meist der gewichtigen Ansicht v. Krafft-Ebing's zu Gunsten der ersteren Möglichkeit gefolgt, und die vielen Selbstschilderungen von Urningen behaupten fast ausnahmslos sehr bestimmt, dass die homosexualen Neigungen angeboren seien. Auch die Erfahrung eines Zusammenhanges nicht nur der ganzen Gemüthsart, sondern auch gewisser körperlicher Eigenthümlichkeiten mit der conträren Sexualempfindung scheint kaum anders, als im Sinne eines angeborenen Zwiespaltes zwischen der Bildung der Geschlechtsorgane und der geschlechtlichen Veranlagung der eigentlichen Persönlichkeit gedeutet werden zu können. Ulrichs hatte geradezu von einer „anima muliebris in corpore virili inclusa" gesprochen, und man durfte wenigstens daran denken, dass bei der erst spät erfolgenden Differenzirung der beiden Geschlechter die gewöhnliche Uebereinstimmung der körperlichen und geistigen Gesammtrichtung mit den äusseren Geschlechtskennzeichen möglicherweise einmal nicht zu Stande kommen könne.

Gegenüber diesen Annahmen ist v. Schrenk-Notzing mit schwerwiegenden Beweisen für eine häufigere Entstehung der conträren Sexualempfindung aus mehr zufälligen Anregungen eingetreten. Mit Recht hat er darauf hingewiesen, dass bei unseren gesellschaftlichen Einrichtungen die meist lange vor dem eigentlichen Pubertätsalter sich einstellenden ersten geschlechtlichen Regungen

fast mit Nothwendigkeit sich an Erlebnisse. mit dem eigenen Geschlechte anknüpfen müssen (nackte Knaben beim Baden, Ringen, Verführung durch Mitschüler). Thatsächlich sind lebhaft sinnlich betonte Freundschaften zwischen Schulkindern des gleichen Geschlechts, die noch nichts von den Geschlechtsunterschieden wissen, ganz ungemein häufig.

Bei gesunden Personen sind die Nebenumstände, unter denen die ersten sinnlichen Gefühle auftauchen, für die spätere Richtung des Geschlechtstriebes gleichgültig. Dagegen können dieselben bei krankhafter Veranlagung, bei der ohnedies das Erwachen des Triebes früher und heftiger zu erfolgen pflegt, von grosser Bedeutung werden. Dafür sprechen vor Allem gewisse Erfahrungen bei Fetischisten, deren geschlechtliche Neigungen ihr ganzes Leben hindurch unter dem Banne eines bestimmten Eindruckes stehen bleiben. Auch an die dauernde Herrschaft einzelner, von aussen her angeregter Vorstellungskreise und Antriebe bei den Schreckneurosen, wie bei Neurasthenikern überhaupt darf hier erinnert werden. Wie der Fetischist nur unter ganz bestimmten Umständen geschlechtlichen Genuss findet, so könnte dieser letztere beim Homosexualen an die Wiederkehr jener Eindrücke sich knüpfen, welche zum ersten Male oder in besonders alarmirender Weise den Geschlechtstrieb anregten; das würden hier die Kennzeichen des gleichen Geschlechtes sein. Dass dieser ursprüngliche Zusammenhang später häufig vergessen wird und nur das anscheinend räthselhafte Endergebniss zu Tage liegt, kann in beiden Fällen geschehen. Doch liegen für Fetischisten wie für Homosexuale genügend zahlreiche Beobachtungen vor, welche mit Bestimmtheit auf die hier angedeutete Entstehung hinweisen. Gegen das Angeborensein der Störung spricht ferner die Thatsache der häufigen psychischen Hermaphrodisie. Verhältnissmässig selten sind jene Personen, bei welchen niemals eine Spur von heterosexualen Regungen vorhanden gewesen ist. Wie beim gesunden Menschen die ursprünglich vielleicht am häufigsten auf das eigene Geschlecht sich richtenden sinnlichen Neigungen später einfach von mächtigeren Trieben unterdrückt werden, so wird dort die gesunde Regung von dem homosexuellen Triebe überwuchert, der sich schon lange vorher auf dem krankhaft empfänglichen Boden üppig entwickelte. Daher die entscheidende Bedeutung der ersten geschlechtlichen Misserfolge, daher aber auch die

sonst einfach unerklärliche, später zu besprechende Möglichkeit einer Heilung der Kranken auf psychischem Wege! Das Krankhafte liegt also, wie ich mit v. Schrenk-Notzing glaube annehmen zu müssen, häufig oder regelmässig nicht in einem ursprünglich verkehrt entwickelten Triebe, sondern es liegt in der eigenthümlichen, auf Entartung beruhenden Bestimmbarkeit des überdies früh erwachenden Trieblebens. Durch sie wird in dem jugendlichen Gemüthe die erste Anregung der Sinnlichkeit massgebend für die dauernde Gesammtrichtung derselben.

Allerdings sprechen gegen diese Auffassung der oben erwähnte Zusammenhang der geistigen und namentlich der körperlichen Eigenschaften mit der Geschlechtsumwandlung. Indessen der Werth dieser Thatsachen ist unter dem Einflusse der Ulrichs'schen Anschauung überschätzt worden. Alle jene körperlichen Eigenthümlichkeiten treffen wir gelegentlich bei beliebigen Entarteten, ohne Andeutung von conträrer Sexualempfindung. Zudem sind sind sie bei unsern Kranken selbst durchaus nicht häufig; im Gegentheil besitzt die überwiegende Mehrzahl derselben vollständig alle körperlichen Eigenschaften ihres Geschlechtes. Ebenso ist im Allgemeinen die auffallende geistige Veranlagung zu beurtheilen. Wir sind derselben schon bei manchen anderen Formen der krankhaften Entartung, bei der Hysterie, bei gewissen Schwachsinnsformen u. s. w. begegnet, ohne alle Verbindung mit Homosexualität. Umgekehrt kenne ich Kranke genug, welche jene Züge durchaus nicht besitzen. Immerhin wäre es wol möglich, dass bestimmte Charaktereigenschaften wegen der gesammten Stellung, die sie dem Einzelnen in seiner Umgebung anweisen, von vorn herein die Entstehung homosexualer Neigungen begünstigten. Endlich aber ist ein Theil derselben, sind namentlich die Lebensgewohnheiten einfach die Folge der einmal bestehenden geschlechtlichen Richtung. Es giebt übrigens auch zahlreiche sexuell völlig gesund veranlagte Männer, welche ausser jeder Beziehung zu ihrem Berufe eine überraschende Kenntniss der weiblichen Kleidung, der Küche, ja sogar grosse Fertigkeit in weiblichen Arbeiten besitzen, während andererseits unsere „emancipirten", rauchenden, reitenden, schriftstellernden, studirenden Damen keineswegs die Männerliebe zu verschmähen pflegen.

Durch die hier vertretene Auffassung, welche vielleicht nicht für alle, doch aber für die Mehrzahl der Fälle von conträrer Sexual-

empfindung gelten dürfte, wird die Prognose dieser Störung eine weit günstigere, als man früher annehmen konnte. Die Erfahrung hat im Laufe der letzten Jahre gezeigt, dass bei nicht wenigen Kranken eine sehr weitgehende Besserung und sogar Heilung möglich ist.

Die Behandlung besteht wesentlich in dem Verfahren der hypnotischen Suggestion, die bei diesen Kranken, wie bei so manchen andern Gelegenheiten, Heilerfolge erzielt, wo alle andern Behandlungsarten machtlos sind. Die Suggestion richtet sich zuerst gegen die so häufig betriebene Masturbation und die gesteigerte geschlechtliche Erregbarkeit überhaupt. In zweiter Linie wird Unempfindlichkeit gegen das eigene Geschlecht, Verblassen der betreffenden Phantasiebilder, in dritter Anregung durch das andere Geschlecht, Neigung zum heterosexualen Verkehr vorgeschrieben. Meist ist diese hypnotische Erziehung, da es sich schon um tief eingewurzelte Gewohnheiten handelt, eine äusserst mühsame und langwierige; gelegentliche Rückfälle sind nicht selten. Den grössten Werth legt v. Schrenk-Notzing auf regelmässigen normalen Geschlechtsverkehr, der zwar bei Männern verhältnissmässig leicht zu beschaffen ist, aber, wie seine Fälle zeigen, auch manche Gefahren mit sich bringt. Ein Glück, dass für Mädchen die Behandlungsfrage weniger brennend ist! Vor übereilten Coitusversuchen muss gewarnt werden, da ihr Misslingen das Selbstvertrauen tief zu schädigen geeignet ist. Andererseits kann ein Erfolg in dieser Richtung anscheinend raschen Umschlag der Stimmung und sogar die Selbsttäuschung völliger und endgültiger Heilung bewirken. Unterstützt wird die Behandlung durch Massnahmen, welche sich gegen den allgemeinen nervösen Zustand des Kranken richten, Brom, diätetische Vorschriften, gymnastische Uebungen und Aehnliches. Das Endergebniss wird natürlich auch nach dem allmählichen Schwinden der homosexualen Neigungen eine krankhaft entartete Persönlichkeit sein. Mehrere der so geheilten Patienten haben geheirathet.

Register.

A.

Aberglaube, Unterscheidung von Wahnideen 108.
Ablenkbarkeit als Symptom 89. 92.
Abreibungen als Heilmittel 209.
Absence der Epileptiker 512.
Abstinenzerscheinungen beim Morphinismus 561.
Abulie als Symptom 132.
Acusticusreaction, elektrische 26. 73. 171.
Aengstlichkeit als Symptom 129.
Aequivalent, psychisch-epileptisches 522.
Aether als Beruhigungsmittel 206.
Aethermissbrauch als Ursache des Irreseins 25.
Aetiologie, allgemeine 5.
Affecte s. Gemüthsbewegungen.
Agoraphobie s. Platzangst.
Agrammatismus bei Hirnerkrankungen 643.
Aidoiomanie 142.
Algolagnie 678. 686.
Alkohol als Ursache des Irreseins 21. 652.
„ als Schlafmittel 205.
„ Kampf gegen denselben 196. 537.
Alkoholabstinenz 535.
Alkoholepilepsie 520. 533. 543.
Alkoholismus, chronischer 526. 529.
Alkoholneuritis 22. 533. 535.
Alkoholparalyse 551.
Alkoholwahnsinn 322. 545.
Alkoholwirkung, psychische 526.
Altersblödsinn 628.
Altscherbitz 236.
Amentia 260.
„ bei Untersuchungsgefangenen 326.
Amylenhydrat als Schlafmittel 203.
Amylnitrit als Arzneimittel 208.
Anamnese 167.
Androgyne 687.
Anfälle, epileptische 512.
„ hysterische 497. 503.
„ paralytische 585. 612.
Angehörige Geisteskranker 167.
Angina als Ursache des Irreseins 16.
Angst als Symptom 127.
„ Behandlung derselben 223.
Angstmelancholie 304.
Anorexie 132.
Ansteckung, psychische 38.
Anthropophagie 677.
Aphasie, amnestische, als Symptom 93.
Apoplexie als Ursache des Irreseins 9. 642.
Apperception 86.
Apperceptionshallucination 76.
Apperceptionsillusion 77.
Arc de cercle 503.
Arzneimittel 197.
Association s. Vorstellungsverbindung.
Asthenopie, neurasthenische 469.
Atropindelirium 25. 252.
Auffassungsstörungen 86.
Aufmerksamkeit, Untersuchung derselben 178.
Aufnahmeverfahren 234.
Auscultation des Kopfes 170.
Ausgänge des Irreseins 155.
Ausschweifungen, geschlechtliche, als Ursache des Irreseins 30.
Autohypnose, Gefahr derselben 221.
Automatie als Symptom 137.
Autopsie 183.
Aztekentypus bei Idiotie 652.

B.

Bäder als Heilmittel 209.
„ elektrische 211.
Balkenmangel bei Idioten 654.

Basedow'sche Krankheit als Ursache des Irreseins 28.
Befehlsautomatie 138.
Begriffsbildung 98.
Behandlung des Irreseins 193.
„ körperliche 197.
„ psychische 215.
„ symptomatische 222.
Belastung, erbliche s. Erblichkeit.
„ organische 61.
Beobachtung der Geisteskranken 182.
Berauschtheit während der Zeugung als Ursache des Irreseins 64. 651.
Berührungsfurcht 481.
Beruf als Ursache des Irreseins 57.
Berufslosigkeit als Zeichen des Irreseins 57.
Berufswahl als Vorbeugung des Irreseins 196.
Beschäftigung als Heilmittel 219.
Beschäftigungsdelirium der Trinker 541.
Beschleunigung der psychischen Vorgänge 101.
Beschränktheit 662.
„ Abgrenzung ders. von geistiger Störung 186.
Beschränkung, mechanische 214.
Besessenheitswahn 398.
Besserung der Geisteskrankheit durch körperliche Krankheit 157.
Bettbehandlung 213.
Bettsucht als Symptom 295.
Bewegungsdrang 134. 278.
Bewegungsstereotypen 140.
Bewusstlosigkeit 86. 91.
Bewusstsein 85.
„ doppeltes 151.
„ Helligkeitsgrade desselben 86.
Bewusstseinstrübung als Symptom 85. 87. 174.
Biegsamkeit, wächserne 139. 171.
Blasenpflaster als Heilmittel 209.
Blattern s. Variola.
Bleivergiftung als Ursache des Irreseins 26.
Blödsinn s. Dementia
„ höherer 669.
Blutentziehungen als Heilmittel 208.
Bluterkrankungen als Ursache des Irreseins 18. 28.
Blutstauungen 8.
Blutverluste 8. 18. 265.
Boldin als Heilmittel 201.
Brandstiftungstrieb 142. 675.
Bromaethyl als Heilmittel 206.
Bromammonium als Heilmittel 206.
Bromkalium „ „ 206.
Bromnatrium „ „ 206.
Bromrubidium „ „ 206.
Bromvergiftung als Ursache des Irreseins 25.
Bromwasser, kohlensaures, als Heilmittel 207.
Bulimie als Symptom 135.

C.

Cannabinon als Heilmittel 200.
Cannabinum purum als Heilmittel 200.
„ tannicum „ „ 200.
Castration bei Hysterie 504.
Civilstand, Einfluss desselben auf das Irresein 58.
Chapman'scher Schlauch als Heilmittel 210.
Chininvergiftung als Ursache des Irreseins 25.
Chloralamid als Schlafmittel 202.
Chloralhydrat als Schlafmittel 201.
Chloralmissbrauch als Ursache des Irreseins 25.
Chloralrash 202.
Chloroform als Beruhigungsmittel 206.
Chloroformdelirium 252.
Chloroformmissbrauch als Ursache des Irreseins 25.
Cholaemie als Ursache des Irreseins 21.
Cholera „ „ „ „ 14.
Chorea „ „ „ „ 13.
Classification s. Eintheilung.
Claustrophilie 483.
Claustrophobie 483.
Cocainismus 25. 566.
Cocainwahnsinn 567.
Codein als Arzneimittel 198.
Coitus, erster, als Ursache des Irreseins 31.
Collapsdelirium 254.
Coloniales System 236.
Commotio cerebri s. Gehirnerschütterung.
Coniumvergiftung als Ursache des Irreseins 25.
Contagion s. Ansteckung.
Cornutin als Heilmittel 208.
Cretinismus, endemischer 656.
„ sporadischer 660.
Criminalanthropologie 672.
Criminalpsychologie 672.
Cultur, Beziehungen derselben zum Irresein 56.
Cysticerken als Ursache des Irreseins 9.
Cytisin als Heilmittel 208.

D.

Dämmerzustand als Symptom 87.
„ epileptischer 512.
„ hysterischer 497.

Daturavergiftung als Ursache des Irreseins 25.
Dauer des Irreseins 164.
Deckelbad 209.
Decubitus 586. 592.
„ Behandlung desselben 626.
Degeneration s. Entartung.
Delinquente nato 672.
Délire chronique à évolution systématique 427.
Délire du toucher 129. 481.
Delirium 246.
„ acutum 259. 611.
„ ängstliches, der Epileptiker 516.
„ blandes 247.
„ chronisches der Trinker 545.
„ febriles 543.
„ furibundes 247.
„ im Dunkelzimmer 27.
„ mussitirendes 247.
„ periodisches 349.
„ räsonnirendes der Epileptiker 518.
„ seniles 628.
„ transitorium 523.
„ traumaticum 12.
„ tremens 538.
„ „ der Morphinisten 561.
Dementia s. Schwachsinn.
„ acuta 267.
„ paralytica s. Paralyse, progressive.
„ paranoides 456.
„ praecox 435.
„ senilis 628.
Depression, constitutionelle 476.
Depressionszustände, periodische 379.
Derivantien als Heilmittel 209.
Diabetes als Ursache des Irreseins 18.
Diaetetik des Irreseins 211.
Diagnostik, allgemeine 166.
Digitalis als Heilmittel 208.
Dipsomanie 546.
Diphtherie als Ursache des Irreseins 16.
Dispositionsfähigkeit 146. 644.
Dissimulation 191.
Doppeldenken als Symptom 76. 84. 397.
Douchen als Heilmittel 209.
Drastica als Heilmittel 209.
Drehschaukel als Heilmittel 231.
Drucksteigerung in der Schädelkapsel als Ursache des Irreseins 8.
Duboisinum sulfuricum 200.
Dunkelzimmer, Delirium in demselben 27.

E.

Echolalie 140.
Effeminatio 687.
Ehe, Beziehungen ders. zum Irresein 58.
Eifersuchtswahn der Cocainisten 568.
„ der Trinker 549.
„ der Verrückten 395.
Eintheilung der Seelenstörungen 239.
„ ätiologische 241.
„ klinische 242.
„ pathologisch-anatomische 240.
„ symptomatische 241.
Einwickelungen, hydropathische 209.
Einzelhaft als Ursache des Irreseins 42. 323.
Eisbeutel als Heilmittel 210.
Ekelgefühle, Verlust ders. als Symptom 124.
Ekstase 130.
Elektrotherapie beim Irresein 210.
Encephalopathia saturnina 26.
Entartungszeichen 63. 170. 650. 682.
Entartungsprocesse, psychische 435.
Enthaltsamkeit, geschlechtliche als Ursache des Irreseins 32.
Entlassung aus der Anstalt 237.
Entwickelungsanomalien, psychische 646.
Entwickelungsstörungen als Ursache des Irreseins 64.
Entziehungscur bei Alkoholismus 536.
„ „ Cocainismus 571.
„ „ Morphinismus 562.
Epilepsie als Ursache des Irreseins 13.
„ bei Idiotie 651.
„ genuine 520.
„ psychische 512.
„ symptomatische 520.
Epileptisches Irresein 507.
Erblichkeit als Ursache des Irreseins 59.
„ atavistische 60.
„ collaterale 60.
„ cumulative 61.
„ directe 60.
„ gleichartige 63.
„ indirecte 60.
Ergotismus als Ursache des Irreseins 20.
Erinnerungsfälschung 95.
Erinnerungshallucination 95.
Erinnerungslosigkeit 91.
Erinnerungslücke 91.
Erlenmeyer'sches Gemisch 207.
Ermüdbarkeit, Messung ders. 178.
Ernährung der Geisteskranken 211.
„ künstliche 227.
Erregung, Behandlung ders. 223.
Erschöpfungszustände, acute 254.
Erysipel, bessernder Einfluss desselben auf Geistesstörungen 157.
Erysipel als Ursache des Irreseins 14. 16. 248. 257. 272. 652.
Erziehung als Ursache des Irreseins 64.
„ „ Vorbeugung des Irreseins 193.

Escholtzia californica als Schlafmittel 199.
Euphorie als Symptom 130.
Existenzminimum der Morphinisten 563.

F.

Familiare Verpflegung 237.
Faradisation, allgemeine 211.
Faserschwund bei Paralyse 616. 618.
Fetischismus 679. 686.
Fieberdelirien 14. 15. 246.
Flagellanten 678.
Flexibilitascerea s. Biegsamkeit, wächserne.
Fliegenschwammvergiftung als Ursache des Irreseins 25.
Folie à deux 39.
„ du doute 480.
„ morale 670.
„ raisonnante 367.
„ „ melancholische 476.
Forensische Psychiatrie 146. 187. 189.
Forza irresistibile 681.
Fütterung, künstliche 227.

G.

Galvanisation des Gehirns 210.
Geburt, protrahirte, als Ursache des Irreseins 652.
Gedächtniss 90.
Gedächtnissprüfung 176. 179.
Gedächtnissschwäche 91.
Gedächtniss, Störungen desselben 90.
Gefässerkrankungen als Ursache des Irreseins 8. 28. 644.
Gefangenenwahnsinn 42. 323.
Gefühle 121.
„ Störungen derselben 121.
Gehirnerschütterung als Ursache des Irreseins 8.
Gehirnerweichung s. Paralyse, progressive.
Gehörstäuschung 81.
Geistesstörung s. Irresein und Psychose.
Gelenkrheumatismus als Ursache des Irreseins 14. 16. 248. 258. 265.
Gelüste der Schwangeren 136.
Gemüthsbewegungen als Ursache des Irreseins 7. 8. 40.
Gemüthsbewegungen Feststellung derselben 176.
Genie, Abgrenzung desselben vom Irresein 187.
Genitalorgane, Erkrankungen ders. als Ursache des Irreseins 30. 33.
Geschlecht, Beziehungen desselben zum Irresein 54.
Geschlechtstrieb, Perversitäten desselben 142. 676.
Gesichtstäuschung 80.
Gewohnheitsverbrecher 57.
Gheel 237.
Gleichgültigkeit als Symptom des Irreseins 121.
Gliose der Hirnrinde 639.
Gothenburger System 537.
Gravidität s. Schwangerschaft.
Greisenalter als Ursache des Irreseins 53. 628.
Grössenwahn als Symptom 112.
„ combinatorischer 416.
„ hallucinatorischer 410.
Grübelsucht 479.
Gynandrier 688.

H.

Haematom der Dura bei Paralyse 615.
Hallucination 73.
„ der Erinnerung 95.
„ hypnagogische 72.
„ psychische 76.
„ stabile 72.
Haschisch als Heilmittel 200.
„ als Ursache des Irreseins 25. 252.
Hebephrenie 442.
Heilung des Irreseins 155.
„ mit Defect 160.
„ unvollständige 158.
Heirathen Geisteskranker 193.
Herderkrankungen als Ursache des Irreseins 641.
Heredität s. Erblichkeit
Hermaphrodisie, körperliche 686.
„ psychische 687. 690.
Herzleiden bei Geisteskranken 7. 8. 27.
Heterosexualität 684.
Heterotopien bei Idioten 654.
Hirnabscesse als Ursache des Irreseins 642.
Hirnaenamie als Ursache des Irreseins 8.
Hirnblutung als Ursache des Irreseins 7. 642.
Hirndruck als Ursache des Irreseins 7.
Hirnerkrankungen, Schwachsinn bei dens. 639.
Hirngeschwülste als Ursache des Irreseins 7. 9. 641.
Hirnhyperaemie als Ursache des Irreseins 7.
Hirnsklerose, diffuse 640.
Höhenangst 483.
Homo sapiens ferus 655.
Homosexualität 684.
Hydrocephalus bei Idiotie 653.
Hydrotherapie 209.
Hyoscin als Heilmittel 199.
Hyoscyamin als Heilmittel 200.

Hyoscyamusvergiftung als Ursache des Irreseins 25.
Hyperalgesie, psychische 127.
Hyperostose des Schädels bei Paralyse 615.
Hypnon als Heilmittel 205.
Hypnose 137.
„ als Behandlungsart 220.
„ bei conträrer Sexualempfindung 692.
Hypnotica s. Schlafmittel.
Hypnotische Versuche als Ursache des Irreseins 39.
Hypochondria gastrica 309.
Hypochondrie der Greise 632.
„ der Hysterischen 494.
„ der Neurasthenischen 470.
„ der Verrückten 400.
Hysterie 491.
„ als Folge von Genitalleiden 34.
„ „ Ursache des Irreseins 13.
„ männliche 500.
Hysteroepilepsie 503.

I.

Jahreszeiten in Beziehung zum Irresein 59.
Icterus gravis als Ursache des Irreseins 21.
Ideenflucht als Symptom 105.
Idiotenanstalten 656.
Idiotie 646.
„ anergetische 649.
„ apathische 649.
„ erethische 649.
„ erworbene 648.
„ versatile 649.
Idiosynkrasien 129.
Illusion 73.
Ilten 237.
Imbecillität 661.
Inducirtes Irresein 39.
Infectionskrankheiten als Ursachen des Irreseins 14. 18. 651.
Influenza als Ursache des Irreseins 14. 16. 257. 472.
Infusion, subcutane 229.
Initialdelirium 250.
Initialsymptome 150.
Insolation als Ursache des Irreseins 621.
Intelligenzprüfung 175.
Intentionszittern bei Paralyse 590.
Intermittens als Ursache des Irreseins 14. 16. 151. 250.
Intermittens, bessernder Einfluss dess. auf das Irresein 157.
Intimidation 191. 220.
Intoxikationen, chronische 526.
Intoxikationsdelirium 250.
Jodoformvergiftung als Ursache des Irreseins 25.
Iracundia morbosa 125. 673.
Irrenanstalt 230.
Irrencolonien 236.
Irrenfürsorge als Vorbeugung 196.
Irresein s. Psychose.
„ circuläres 363.
„ degeneratives 682.
„ emotives 673.
„ epileptisches 507.
„ hysterisches 491.
„ impulsives 675.
„ menstruelles 354.
„ moralisches 670.
„ neurasthenisches 467.
„ periodisches 348.
„ postepileptisches 513.
„ praeepileptisches 513.
Isolirung 214.
Juden, Veranlagung zum Irresein 56.

K.

Kachexia strumipriva 28.
Kälte als Behandlungsmittel 209.
Karcinom, s. Krebskachexie.
Katalepsie 139. 171.
„ bei Katatonie 449.
„ bei Paralyse 587.
Kataraktoperationen als Ursache des Irreseins 27.
Katatonie 137. 140. 445.
Kinder, Irresein derselben 48.
Kleiderangst 484.
Kleptomanie 142. 676.
Klima, Beziehungen dess. zum Irresein 59.
Klimakterium als Ursache des Irreseins 53. 346.
Klimakterium, künstliches, als Ursache des Irreseins 34.
Knabenliebe der Alten 684.
Kochsalzinfusion als Heilmittel 229.
Körpergewicht bei Geisteskranken 154.
Kohlenoxydgasvergiftung als Ursache des Irreseins 21.
Kohlensäurevergiftung als Ursache des Irreseins 21.
Koma 248.
„ vigil 248.
Kopfrose s. Erysipel.
Kopfverletzungen als Ursache des Irreseins 8. 10. 621. 652.
Kopfverletzungen, bessernder Einfluss ders. auf das Irresein 157.
Koprolalie 485.
Koprophagie 136.

Kosmische Ursachen des Irreseins 59.
Krankheiten, körperliche, als Ursache des Irreseins 14. 265. 272.
Krankheiten, körperliche, bessernder Einfluss auf das Irresein 157.
Krankheitsbewusstsein 174.
Krankheitseinsicht als Symptom 112.
„ als prognostisches Zeichen 156.
Krebskachexie als Ursache des Irreseins 18. 300.
Krieg als Ursache des Irreseins 43.
Krisen bei Neurasthenie 473. 484.
Krisen bei Schreckneurose 488.
Kriterien des Irreseins 183.
Kritikstörung bei der Wahnbildung 115.
Kropf bei Cretinen 657. 660.
Kropfbrunnen 659.

L.

Lactation als Ursache des Irreseins 36. 265. 300.
Lebensalter, Beziehungen desselben zum Irresein 48.
Leichenschändung beim impulsiven Irresein 677.
Lethargie 248.
Leuchtgasvergiftung als Ursache des Irreseins 21.
Leukaemie als Ursache des Irreseins 18.
Localisation der psychischen Störungen 11.
„ der Wahnideen 118.
„ zeitliche 93.
„ „ Störungen ders. 94.
Lüge, pathologische 663. 667.
Lues s. Syphilis.
Lues hereditaria tarda, Schwachsinn bei ders. 640.
Lungenentzündung s. Pneumonie.
Lungenkrankheiten als Ursache des Irreseins 27.
Lustmord 142. 677.
Lyssa als Ursache des Irreseins 15. 250.

M.

Mädchenstecher 677.
Mässigkeitsvereine 538.
Magenerkrankungen als Ursache des Irreseins 29. 309.
Malaria s. Intermittens.
Mania 275.
„ furiosa 278.
„ mitis 367.
„ mitissima 367.
„ periodica 352.
„ senilis 636.
Mania sine delirio 367.
„ transitoria 523.
Mann, Veranlagung dess. zu Geistesstörungen 54.
Masern als Ursache des Irreseins 14. 652.
Masochismus 678.
Massage als Heilmittel 211.
Mastcur 212.
Masturbation als Ursache des Irreseins 30.
„ Behandlung derselben 226.
„ gegenseitige, bei conträrer Sexualempfindung 685.
Medicamente s. Arzneimittel.
Megalomanie der Paralytiker 602.
Melancholia 288.
„ activa 304.
„ attonita 310.
„ periodica 379.
„ senilis 633.
„ simplex 288.
Meningitis als Ursache des Irreseins 7.
Menschenfresserei bei impulsivem Irresein 677.
Menstrualpsychosen 353.
Menstruationsstörungen als Ursache des Irreseins 33.
Menstruationsstörungen, Einfluss derselb. auf den Verlauf des Irreseins 152.
Metamorphose, Wahn der 110.
Metasyphilis 621.
Methylal als Schlafmittel 205.
Mikrocephalie bei Idioten 652.
Mikromanie der Paralytiker 598.
Mimik der Geisteskranken 143.
Minderwerthigkeiten, psychopathische 682.
Monomanie 142. 676. 681.
Moral insanity 670.
Mordtrieb 142.
Moria 282.
Morphinismus 551.
Morphiococainismus 570.
Morphium als Heilmittel 198.
„ als Ursache des Irreseins 24.
Morphiumabstinenz 561.
Morphiumeuphorie 552.
Mutacismus 140. 447.
Myelasthenie 473.
Mysophobie 481.
Mystiker, Beziehung ders. zum Irresein 186.
Myxödem als Ursache des Irreseins 18. 28. 300.

N.

Nachahmungsautomatie 140.
Nachtwachen als Ursachen des Irreseins 265.

Nachtwandeln 498. 514.
Nahrungsverweigerung, Behandlung ders. 226.
Nahtverknöcherung bei Idioten 652.
Narkotica als Heilmittel 197.
Narrenthürme 230.
Nationalität, Beziehungen ders. zum Irresein 56.
Negativismus als Symptom 140.
Nervenkrankheiten als Ursache des Irreseins 12.
Neurasthenie 467.
„ angeborene 476.
„ constitutionelle 476.
„ erworbene 467.
Neuritis, alkoholische 22. 533. 535.
„ bei Paralyse 619.
Neurosen, allgemeine 13. 467.
Neurose, traumatische 487.
Nierenerkrankungen als Ursache des Irreseins 30.
No-restraint 214.
Nyktophobie 483.
Nymphomanie 135.

O.

Ohnmacht, epileptische 512.
Ohrenleiden als Ursache des Irreseins 26.
Onanie s. Masturbation.
Onomatomanie 478.
Opium als Ursache des Irreseins 25. 253. 652.
Opium als Heilmittel 197. 286. 310.
Ophthalmoskopie als Untersuchungsmethode 170.
Organerkrankungen als Ursache des Irreseins 26.
Othaematom 592.

P.

Pachymeningitis interna als Ursache des Irreseins 7.
Pachymeningitis interna bei Paralyse 615.
Päderastie 685.
Pantophobie 306.
Paraldehyd als Schlafmittel 202.
Paralyse, ängstliche 598.
„ agitirte 608.
„ ascendirende 597.
„ circuläre 607.
„ demente 594.
„ depressive 597.
„ expansive 601.
„ galoppirende 610.
„ hypochondrische 597.
„ progressive 573.
Paralyse, weibliche 597. 603.
Paranoia s. Verrücktheit.
„ completa 427.
Parasiten im Darm als Ursache des Irreseins 29.
Pellagra als Ursache des Irreseins 20.
Perceptionsphantasmen 72.
Personenverwechselung 81.
Petit mal 512.
Pflegepersonal 235.
Phobien der Neurastheniker 484.
Phrenasthenie 473.
Phthise als Begleiterin des Irreseins 163.
„ als Ursache des Irreseins 18.
Physiognomie, epileptische 519.
Picae gravidarum 136.
Piscidia erythrina als Heilmittel 201.
Platzangst 129. 483.
Pneumonie als Ursache des Irreseins 14. 248. 256.
Pocken s. Variola.
Politische Bewegungen als Ursache des Irreseins 58.
Porencephalie bei Idioten 653
Praecordialangst 128.
Praedisposition zum Irresein 47.
„ allgemeine 48.
„ Grundlage derselben 66.
„ individuelle 59.
Primordialdelirien 385.
Processe, krankhafte 148.
Processkrämer 407.
Prodromalsymptome 150.
Prognose des Irreseins 155.
Prophylaxe des Irreseins 193.
Pseudohallucination 76.
Pseudoparalyse, alkoholische 551.
Psychose, s. Irresein.
„ accidentelle 244.
„ acute typische 244.
„ angeborene 244.
„ chronische progressive 244.
„ circuläre 152.
„ constitutionelle 244.
„ cyklische 152.
„ der Schwerhörigen 391.
„ menstruale 152.
„ periodische 151. 348.
Pubertätsalter, Geistesstörungen dess. 50.
Puerperium s. Wochenbett.
Pulsbild beim Irresein 172.
Pyromanie 142. 675.

Q.

Quartalssäufer 547.
Quecksilberbehandlung bei Paralyse 624.

Quecksilbervergiftung als Ursache des Irreseins 26.
Querulantenwahn 407.

R.

Race, Beziehung derselben zum Irresein 56.
Raptus melancholicus 306.
Rausch 527.
Rauschzustände, pathologische 529.
Reconvalescenz 153.
Reflexepilepsie 524.
Reflexhallucination 78.
Reflexkrampf saltatorischer 591.
Reflexpsychosen 13.
Reinlichkeit, Störungen derselben 124.
Reizbarkeit, gemüthliche, Erhöhung derselben 125.
Religiöse Bewegungen als Ursache des Irreseins 58.
Remissionen der Paralytiker 612.
Reperception 75.
Restraint 215.
Retinitis paralytica 584.
Rippenbrüche der Paralytiker 592.

S.

Sadismus 676.
Salicylsäurevergiftung als Ursache des Irreseins 25.
Santonindelirium 252.
Satyriasis 135.
Scandiren der Paralytiker 589.
Schädelmessung bei Geisteskranken 170.
Scharlach als Ursache der Idiotie 651.
Scharlachdelirien 14. 16. 248.
Scheinoperationen bei Hypochondern 220. 402.
Schilddrüsenerkrankung als Ursache des Irreseins 28.
Schilddrüsenerkrankung bei Cretinismus 657. 659.
Schlafanfälle bei Epilepsie 512.
„ bei Hysterie 497.
Schlaflosigkeit, Behandlung derselben 223.
Schlafmittel 201.
Schmierkur bei Paralyse 624.
Schnauzkrampf als Symptom 140.
Schreck als Ursache des Irreseins 8. 272. 314. 472.
Schreckneurose 487.
Schriftstörungen 144.
Schulepidemie, hysterische 500.
Schwachsinn s. Dementia
„ anergetischer 661.
„ angeborener 148. 661.
„ bei organischen Hirnerkrankungen 639.
Schwachsinn, emotiver 673.
„ epileptischer 507.
„ erethischer 666.
„ erworbener 628.
„ impulsiver 675.
„ intellectueller 661.
„ moralischer 670.
„ secundärer 149.
Schwangerschaft als Ursache des Irreseins 34.
Schwefelkohlenstoffvergiftung als Ursache des Irreseins 21.
Schwefelwasserstoffvergiftung als Ursache des Irreseins 21.
Schwellenwerth 86.
Schwerhörige, Psychose derselben 391.
Schwindelanfälle epileptische 512.
„ paralytische 585. 612.
Sectionsergebnisse bei Geisteskranken 183.
Sehstörung der Paralytiker 584.
Selbstbewusstsein 119.
„ Störungen desselb. 119.
Selbstmord als Symptom 163. 185. 296.
Selbstmordneigung, Behandlung ders. 224.
Senium praecox 629.
Septicaemie als Ursache des Irreseins 15.
Sexualempfindung, conträre 142. 683.
Silbenstolpern der Paralytiker 589.
Simulation 189.
Sinnestäuschungen 70. 73.
„ elementare 71.
„ Nachweis ders. 174.
Sklerose, diffuse 640.
„ multiple 640.
Somnambulismus s. Nachtwandeln.
Sondenfütterung 227.
Sphygmographie bei Geisteskranken 172.
Spinnenzellen bei Paralyse 616.
Sprachstörung 144.
„ der Idioten 651.
„ der Paralytiker 588.
Stadtasyl 235.
Status praesens, körperlicher 169.
„ „ psychischer 173.
Stehltrieb 142. 676.
Stereotypie als Symptom 140. 171.
Stickstoffoxydul als Ursache des Irreseins 21. 253.
Stigmata hereditatis 63.
Stimmen 81.
Stupor 269. 310. 329.
„ epileptischer 515.
„ im circulären Irresein 365.
„ im periodischen Irresein 360.
„ manischer 366.
Suggestion, hypnotische 138.
„ à échéance 138.

Suggestion bei conträrer Sexualempfindung 692.
Suggestion, posthypnotische 138.
Sulfonal als Schlafmittel 204.
Symptomatologie des Irreseins 69.
Syphilis als Ursache des Irreseins 19. 652.
„ bei Paralyse 620.

T.

Tabakmissbrauch als Ursache des Irreseins 25.
Tabes als Ursache des Irreseins 12.
„ bei Paralyse 590. 597. 619.
Tangentialfasern, Schwund ders. bei Paralyse 616.
Telepathie 110. 396.
Tetanie als Ursache des Irreseins 13.
Tetronal als Schlafmittel 204.
Theilnahmlosigkeit als Symptom 121.
Therapie s. Behandlung.
Thermometrie des Kopfes 170.
Thierverwandlung, Wahn ders. 110.
Tobsucht 367, s. auch Manie.
Tod als Ausgang des Irreseins 162.
Transformation der Vererbung 63.
„ des Wahnes bei Paranoia 427.
Trauma als Ursache des Irreseins 8. 9. 10. 487.
Tremor, alkoholischer 535. 543.
Tretrad als Behandlungsmittel 231.
Tribasilarsynostose bei Idiotie 653.
Triebe, krankhafte 141.
Trinkerasyle 536.
Trional als Schlafmittel 204.
Tuberculose als Ursache des Irreseins 18.
Typhus als Ursache des Irreseins 14. 16. 248. 250. 265. 272. 651.
Typhus, bessernder Einfluss desselben auf Geistesstörungen 157.

U.

Ueberanstrengung als Ursache des Irreseins 43. 272.
Ueberbürdung der Schuljugend 194.
Ueberernährung als Behandlungsmethode 266.
Uebungsfähigkeit, Messung derselben 180.
Unheilbarkeit 161.
Unreinlichkeit, Behandlung derselben 225.
Unsittlichkeit, Abgrenzung ders. vom Irresein 187.
Unterricht, psychiatrischer 197.
Untersuchungshaft als Ursache des Irreseins 42. 326.
Untersuchungsmethoden, klinische 166.
Uraemie als Ursache des Irreseins 21.
Ural als Schlafmittel 205.
Urethan als Schlafmittel 204.
Urning 688.
Ursachen des Irreseins, äussere 6.
„ „ „ innere 47.
„ „ „ körperliche 6.
„ „ „ psychische 37.
„ „ „ rohe 45.
„ „ „ wahre 45.
Urtheilsstörungen 107.

V.

Vagabunden, Beziehungen ders. zum Irresein 57.
Variola als Ursache des Irreseins 14. 16. 248. 250. 272. 651.
Verbalsuggestion 222.
Verbigeration 141. 450.
„ hallucinatorische 451.
Verblödung 99. 162.
Verbrecher, geborener 672.
Verdauungsstörungen als Ursache des Irreseins 29.
Vererbung, s. Erblichkeit.
„ cumulative 61.
„ gleichartige 63.
„ Transformation ders. 63.
Verfolgungswahn als Symptom 110.
„ combinatorischer 402.
„ hallucinatorischer 386.
„ hypochondrischer 392.
„ phantastischer 391.
„ physikalischer 396.
„ sexueller 393.
Vergiftungen als Ursachen des Irreseins 20. 250.
Verlangsamung der psychischen Leistungen 101.
Verlauf des Irreseins 148.
„ alternirender 153.
„ circulärer 152.
„ continuirlicher 150.
„ cyklischer 152.
„ intermittirender 150.
„ periodischer 151.
„ progressiver 162.
„ remittirender 150.
Verrücktheit 385.
„ acute 385.
„ confabulirende 430.
„ depressive 386.
„ erotische 420.
„ expansive 410.
„ hypochondrische 400.
„ hysterische 500.
„ katatonische 425.
„ originäre 429.
Versündigungswahn 111. 289.

Verwandlungswahn 110.
Verwandtschaft der Eltern als Ursache des Irreseins 64.
Verwirrtheit als Symptom 106.
„ acute 260.
„ affective 106.
„ asthenische 262.
„ combinatorische 106.
„ deliriöse 106.
„ hallucinatorische 107. 260.
„ ideenflüchtige 106. 277.
„ secundäre 107.
Viraginität 687.
Vision 80.
Vorstellungsverbindungen, apperceptive 97.
Vorstellungsverbindungen, associative 97.
„ Schnelligkeit derselben 181.
Vorstellungsverbindungen, Statistik derselben 181.
Vorstellungsverbindungen, zeitlicher Ablauf derselben 100.

W.

Wachabtheilung 235.
Wärmebestrahlung des Kopfes als Ursache des Irreseins 7. 621.
Wahnidee als Symptom 108.
„ depressive 109.
„ exaltirte 112.
„ fixe 114.
„ hypochondrische 109.
„ Nachweis derselben 174.
„ nihilistische 341. 634.
„ systematisirte 114.
„ wechselnde 114.
Wahnsystem 114.
Wahnsinn 318.
„ chronischer 384.
„ depressiver 340.
„ hallucinatorischer 319.
„ „ ängstlich-stuporöser 326.
Wahnsinn, hallucinatorischer alkoholischer 322. 545.
Wahnsinn, hallucinatorischer, der Cocainisten 567.
Wahnsinn, hallucinatorischer, der Gefangenen 42. 323.
Wahnsinn, hallucinatorischer, einfacher 319.
Wahnsinn, hallucinatorischer, labiler 334.
„ „ progressiver 331.
Wahrnehmung, Störungen ders. 70.
Wechselfieber siehe Intermittens.
Weib, Disposition desselben zum Irresein 54.
Weitschweifigkeit der Epileptiker 508.
Widerstandsfähigkeit, psychische, Messung ders. 179.
Willensimpulse, Herabsetzung ders. 131.
Windungsanomalien bei Idioten 654.
Windungsarmuth bei Idioten 654.
Wochenbett als Ursache des Irreseins 35. 256. 265. 272.
Wollusttrieb 142.
Wurstgift als Ursache des Irreseins 25.

Z.

Zange, Anlegung ders. als Ursache der Idiotie 652.
Zeitmessungen, psychische 100. 181. 662.
Zeitsinn, Prüfung desselben 180.
„ Störungen desselben 94.
Zerstörungssucht, Behandlung ders. 224.
Zopfabschneider 679.
Zornmüthigkeit, krankhafte 125. 673.
Zorntobsucht 278.
Zuchthausknall 43.
Zurechnungsfähigkeit 146.
Zustände, krankhafte 148. 185.
Zwangsbefürchtungen 129. 479.
Zwangsbewegungen 137. 140. 172. 449. 648.
Zwangshandlungen 135. 675.
Zwangsjacke 215.
Zwangsimpulse 136. 485.
Zwangsvorstellungen 103. 129. 478.
Zweifelsucht 480.
Zwillingsirresein 39.
Zwitter, körperliche 686.
„ psychische 687. 690.

