

**Ueber regulatorische und über cyclische Geistesstörungen : zwei Vorträge gehalten in der Niederrh. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde / von C. Dittmar.**

**Contributors**

Dittmar, C.  
Emminghaus, Hermann, 1845-1904  
King's College London

**Publication/Creation**

Bonn : Max Cohen & Sohn, 1877.

**Persistent URL**

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

**License and attribution**

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

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

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



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

4

Ueber

regulatorische und über cyclische  
Geistesstörungen.

---

Zwei Vorträge

gehalten in der Niederrh. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde

von

**Dr. C. Dittmar,**  
Privatdocenten der Psychiatrie in Bonn.

---

Bonn,

Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen).

1877.

(Separatabdruck aus den Sitzungsber. d. niederrh. Ges.  
f. Natur- u. Heilkunde. 1876.)

## V o r w o r t.

---

Die beiden Vorträge sind in den Sitzungen der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde am 20. Nov. und 18. Dez. 1876 vor einem ärztlichen Publicum gehalten worden, das grösstentheils nicht aus psychiatrischen Fachcollegen bestand. Dieser Umstand mag es rechtfertigen, wenn sich darin einige elementare und bekannte Punkte erwähnt und erörtert finden. Da aber auch Manches für die Specialcollegen von Interesse sein dürfte, so habe ich mich entschlossen, die Separatabdrücke in den Buchhandel zu geben.

Bonn, im Januar 1877.

D.

---

1877

The following is a list of the names of the  
persons who have been elected to the  
office of the President of the  
United States for the year 1877.  
The names are given in the  
order in which they were  
elected, and the names of  
the electors are given in  
the margin.

Done in London 1877

# I.

(Sitzung vom 20. Nov. 1876.)

Einleitend erinnert Redner daran, wie wenig es einerseits der »normalen« und »pathologischen« Physiologie gelungen ist, die feineren Bewegungsvorgänge und ihre Störungen im Denkorgan kennen zu lernen, wie weit aber auch andererseits die Psychologie und Psychiatrie davon entfernt sind, die Gesetze des Ablaufs der psychischen Erscheinungen und ihrer Störungen zu formuliren. In der letzteren Disciplin fehle es sogar noch an der einfachen Kenntniss der That- sachen, deren Gesetzmässigkeit zu erforschen ihre eigentliche Auf- gabe ist. Dieses zeige sich zumal in dem Mangel einer brauchbaren, die Mannigfaltigkeit der Krankheitsbilder umfassenden Classification. Die Gewinnung einer solchen sei zur Zeit ein noch unerreichtes Ziel und Ideal der Psychiatrie. Es fehle eben an dem zu classificirenden Material und ein solches könne nach des Redners Ueberzeugung nur dadurch beschafft werden, dass in einer grossen Zahl von Fällen mit der grössten Sorgfalt — gleichsam statistisch — Erhebungen darüber gemacht werden, welche der sogenannten Elementarstörungen überhaupt vorkommen, welche für sich beobachtet werden, mit wel- chen andern sie neben- oder nacheinander — und wie häufig — ver- knüpft erscheinen. Erst dann werden sich die Haupttypen sorgfältig ausscheiden lassen, werden die genaueren Gesetze ihres Verlaufs be- kannt und für Prognose und Therapie feinere Anhaltspunkte ge- wonnen werden. Die Arbeit ist weitaussehend, aber sie ist nicht zu umgehen und vorläufig durch alle physiologische und pathologisch- anatomische Forschung nicht zu ersetzen. — Es soll in dem Nach- folgenden ein fragmentarischer Beitrag zu derselben geliefert werden.

Alle allgemeinen und partiellen Störungen der vier psychischen Elementarthätigkeiten (Empfindung, Gefühl, Vorstellung, Wille) — »Elementarstörungen« — scheinen für sich vorzukommen. Es er- streckt sich das sogar auf das spontane Entstehen von Vorstellungen, den sogenannten Wahnsinn, der freilich in der Mehrzahl der Fälle mit Hallucinationen einhergeht. Insbesondere gilt das eben Gesagte

von den sogenannten »formalen« oder »regulatorischen« Elementarstörungen. — Man versteht darunter bekanntlich Zustände, wo durch Vermehrung oder Verringerung von Widerständen der Ablauf der psychischen Thätigkeiten eine abnorme Beschleunigung oder Verlangsamung erfahren hat. Solche Fälle kommen ganz rein für sich allein vor, und ich glaube, dass es sich hier um eine Gruppe handelt, die eine künftige Classification wird beibehalten müssen. — Man hat solche Fälle von abnormer Hemmung und Verlangsamung jenes Ablaufs als Stupor<sup>1)</sup>, Stupidité (*Dagonet*<sup>2)</sup>, acuten heilbaren (apathischen) Blödsinn u. s. w. beschrieben und trotz des Fehlens jeder Stimmungsanomalie meist der Melancholie zugerechnet. — Ihnen gegenüber stehen die Fälle, in denen es sich um abnorme Steigerung und Beschleunigung des Ablaufs der psychischen Thätigkeiten oder um den Wegfall normaler Hemmungen desselben handelt<sup>3)</sup> und ich möchte mit *Dagonet* und Andern den Namen der Manie oder Tobsucht auf sie beschränken. Es pflegt in der Tobsucht ein mehr oder weniger lebhafter Wechsel zwischen expansiven und deprimirten Stimmungen zu bestehen, aber es würde in sehr

1) Es sollen im Nachfolgenden unter diesem Namen nicht nur, wie es gewöhnlich geschieht, die schweren, sondern auch die leichteren Fälle dieser Art verstanden werden.

2) *Annal. medico-psych.* 5. ser. tom. 7 p. 161 u. 359.

3) Ein Theil der hier in Betracht kommenden Hemmungen ist mit Bewusstsein verknüpft und als »Aufmerksamkeit« willkürlich innervirbar. Es lassen sich in dieser Beziehung zwei Kategorien von Fällen beobachten. Es gibt nämlich Tobsuchten, wo die zu grosse Rapidität des Vorstellungsverlaufs offenbar auf einer primären Herabsetzung oder Aufhebung der Innervation der Aufmerksamkeit und andere, wo sie auf einer primären Steigerung der den Vorstellungsablauf bedingenden Kräfte beruht. Nur in den leichteren Graden der letzteren Kategorie zeigt sich jene merkwürdige oft beschriebene Erhöhung des Gedächtnisses, der geistigen Combination u. s. w. — Und ganz analog beruht der Stupor entweder auf einer primären Verringerung resp. Aufhebung der das Zustandekommen und den Ablauf der Vorstellungen bedingenden Kräfte oder auf einer krankhaften Steigerung der Innervation der Aufmerksamkeit, die dann eine Vorstellung oder einen Vorstellungskreis »krampfhaft« festhält. Die letztere Kategorie des Stupor hat man auch wohl Extase genannt, mit welchem Ausdruck Andere die Combination des Stupor mit »heiterer Verstimmung« (sog. »Verzückung«) belegen.

vielen Fällen der abgelaufenen Krankheit schwer anzugeben sein, welche von diesen beiden Stimmungskategorien nun eigentlich die vorherrschende war. Bei den meisten Kranken freilich dominiren mehr die expansiven Stimmungen. Es ergiebt sich dies aber ganz einfach aus dem Gefühl erhöhten Könnens, vermehrter geistiger und körperlicher Kraft und Leistungsfähigkeit, wie es sich an die gesteigerte Leichtigkeit des Denkens und Handelns naturgemäss knüpft und man hat für die grosse Mehrzahl der Fälle nicht nöthig zur Annahme einer primären und »spontanen« Entstehung expansiver Stimmungen zu greifen. Jedenfalls irrt man, wenn man in der expansiven Stimmung ein charakteristisches Symptom der Zustände beschleunigten Ablaufs der Vorstellungen und Willensphänomene sehen will.

Freilich kommt auch eine Combination der Tobsucht mit spontan entstandener heiterer Verstimmung vor<sup>1)</sup>, ebenso gut wie das Gegentheil, dass sich nämlich die Tobsucht mit spontan entstandener depressiver Verstimmung combinirt: Ideenflucht und Bewegungsdrang mit allen Aeusserungen vorwaltender melancholischer Verstimmung. Dass es sich in solchen Fällen von »Melancholia agitata« nur um diese Combination handelt, wird daraus klar, dass der Vorstellungsablauf mancher derartiger Patienten bei aller depressiven Stimmung mit unleugbarer »Reihenbildung«<sup>2)</sup> vor sich geht. In andern trifft die von *Richarz*<sup>3)</sup> gegebene Charakteristik des Vorstellungsverlaufs bei agitirter Melancholie zu, und es scheint vom Verhältniss der den Ideenablauf beschleunigenden Kräfte zur Lebhaftigkeit der ihn modificirenden melancholischen Verstimmung abzuhängen, ob der eine oder der andere Fall eintritt.

Redner verliest eine nachgeschriebene Rede eines solchen (stets ängstlichen) Kranken, in welcher es sich um deutliche »Reihenbildung« handelt.

Dass endlich die Tobsucht sich sehr häufig mit dem spontanen Entstehen von Sinnesempfindungen — Hallucinationen und Illusionen

1) Fälle wo die expansive Stimmung in unverhältnissmässiger, aus dem Gefühl gesteigerter Leistungsfähigkeit nicht mehr erklärbarer Stärke auftritt oder wo sie schon vor dem Eintritt maniakalischer Symptome bestand etc.

2) *Richarz*, Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. XV p. 31.

3) a. a. O. p. 32 ff.



— verbinden kann, ist bekannt. Die Fälle von Combination der Tobsucht mit Wahnsinn — mit oder ohne Hallucinationen — hat *Snell* gewürdigt <sup>1)</sup>.

Und ganz analog verhält es sich mit dem Stupor, dessen (häufige) Combination mit depressiver Verstimmung man *Melancholia cum Stupore*, dessen Combination mit heiterer Verstimmung man *Exstase* genannt hat, und der ebenso gut, wie die Tobsucht, sich mit Hallucinationen und andern Elementarstörungen verbinden kann, — der aber als einfache Hemmung oder Verlangsamung im Zustandekommen und Ablauf der Vorstellungen und der Willensphänomene ohne jede Combination mit andern Elementarstörungen, insbesondere mit Stimmungsanomalien, häufig genug vorkommt. Freilich bedingt auch hier in einer grossen Zahl von Fällen das Gefühl mangelnden Könnens, vernichteter psychischer und physischer Leistungsfähigkeit eine mehr oder weniger kleinmüthige Stimmung, die aber ebenso wenig wie das entsprechende erhöhte Selbstgefühl des Tobsüchtigen ein constantes und charakteristisches Symptom der Krankheit darstellt.

Zur Erläuterung und Belegung dieser Anschauung von dem Verhältniss spontaner Stimmungsanomalien zu den regulatorischen Geistesstörungen verliest Redner die Krankheitsgeschichte eines der Fälle, wo ein unregelmässiger Wechsel sowohl von regulatorischen Elementarstörungen, also zwischen tobsüchtigen und stuporösen Zuständen — als auch von Stimmungsanomalien, also zwischen deprimirter und heiterer Verstimmung gleichzeitig und nebeneinander stattfand und wo keinerlei Coincidenz weder der tobsüchtigen und heiteren noch der stuporösen und depressiven Zustände und ebenso wenig eine solche des Wechsels der regulatorischen Störungen einer- und der Stimmungsanomalien anderseits sich zeigte.

Schon längst hat die wissenschaftliche Darstellung innerhalb der geistigen Thätigkeiten, deren Beschleunigung oder Verlangsamung die Tobsucht resp. den Stupor bildet, den Vorstellungsablauf von dem der (psychischen) Willensphänomene unterschieden. Diese Unterscheidung ward zunächst aus Gründen der theoretischen Analyse gemacht. Aber die genauere Beobachtung einer grösseren Zahl von Fällen zeigt, dass sie nicht blos theoretisch gerechtfertigt ist. Allerdings geht die Beschleunigung oder Verlangsamung des Ablaufs

---

1) Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. XXIX p. 441.

eines dieser beiden Gebiete des Seelenlebens in der ungeheueren Mehrzahl der Fälle mit der analogen Störung des andern einher. Und dass es sich hier um einen wirklichen causalen Zusammenhang handelt, dass sich die regulatorischen Störungen des Ablaufs der Vorstellungen und die der Willensthätigkeit bis zu einem gewissen Grade gegenseitig bedingen, das geht aus mannigfachen Erfahrungen, die sich in dieser Beziehung noch innerhalb der physiologischen Breite machen lassen, insbesondere aber aus den Versuchen *Braid's* hervor, welcher zeigte, dass eine der stuporösen ähnliche, willkürlich innegehaltene, Stabilität der motorischen Innervation alsbald auch eine solche des übrigen geistigen Geschehens bis zur vollständigen Bewusst- und Empfindungslosigkeit zur Folge hat.

Aber schon in manchen Fällen von Tobsucht sieht man die Beschleunigungen des Vorstellungsverlaufs einer- und der Willensphänomene andererseits keineswegs in ihrer Intensität parallel gehen, und manche Maniaci sind dann am wenigsten unruhig und laut, wenn sie am ideenflüchtigsten sind und umgekehrt.

Weiterhin kommen aber auch Fälle vor, wo die Ideenflucht ohne alle motorische Aufregung für sich besteht. So erinnere ich mich einer Frau, welche ein halbes Jahr lang in der Anstalt an einer »Tobsucht« behandelt wurde, die einfach nur aus einer Ideenflucht höchsten Grades bestand. Nur ganz im Anfange bemerkte man einmal motorische Unruhe; die ganze übrige Zeit, die sie in der Anstalt verbrachte, sass sie ruhig, oft strickend da, blos bei der Anrede ihre hochgradige Ideenflucht producirend. Da diese Fälle selten sind, theile ich einen weiteren, besonders charakteristischen, in Kürze mit.

P. Th., Metzger, war in seinem 23. Lebensjahre bei der Aushebung einige Wochen lang melancholisch, blieb dann gesund bis zu seinem 33. Jahre, wo er plötzlich ohne bekannte Ursache mit Unruhe und Schlaflosigkeit erkrankte und eine grosse Verworrenheit der Ideen an den Tag legte. In die Anstalt aufgenommen, zeigte sich Patient äusserlich ruhig, offenbarte aber bei der Anrede stets eine Ideenflucht höchsten Grades, war keinen Augenblick auf irgend ein Gesprächsthema zu fixiren, verkannte seine Umgehung u. s. w. Dabei fehlte jeder Affect und nur hie und da zeigten sich Spuren gehobener Stimmung. Schlaf, Appetit und Verdauung waren gut, Puls klein, mässig frequent, Schleimhäute bleich, Pupillen weit. Nachdem die Ideenflucht ein paar Monate unverändert angedauert, verschwand sie allmählich im Lauf einiger weiterer Monate, ohne dass es während dieser gan-

zen Zeit — Pat. war  $6\frac{1}{2}$  Monate in der Anstalt — zu irgend einer motorischen Agitation gekommen wäre. Er wurde vor völlig vollendeter Genesung aus der Anstalt zurückgenommen. Er will in der ersten Zeit seiner Erkrankung auch hallucinirt haben.

Also auch hier eine ganz eminente Ideenflucht bei einem Menschen, von dem man höchstens sagen konnte, dass er nicht gerade zur Klasse der sich »einherräkelnden« Kranken gehörte!

Es kommen sogar Fälle vor, und jeder beschäftigte Irrenarzt hat solche gesehen, wo Kranke, die äusserlich das Bild des Stupor darboten, nach ihrer Genesung erzählen, dass sie während der ganzen Zeit ihrer Krankheit eine wüste Ideenjagd gehabt, von der sie manchmal noch Bruchstücke produciren können. Hier liegt also eine Combination der Beschleunigung des Vorstellungsverlaufs mit Retardation auf dem Gebiete der Willensphänomene vor. — Und umgekehrt giebt es nicht nur Fälle von oft hochgradiger Hemmung des Vorstellungsverlaufs ohne Hemmung der motorischen Thätigkeiten, sondern sogar mit gleichzeitiger motorischer Unruhe und Agitation, und zwar nicht bloß als intercurrente Zustände im Verlauf anderweiter Geisteskrankheiten, sondern als selbständige, die ganze Geistesstörung darstellende Formen.

Wir haben also in der Beschleunigung und in der Verlangsamung im Zustandekommen und Ablauf der Vorstellungen sowohl wie der Willensphänomene vier wohlunterschiedene selbständige Elementarstörungen vor uns, von denen jedenfalls die Beschleunigung und die Verlangsamung des Vorstellungsverlaufs für sich vorkommen — ob auch die der Willensphänomene, müssen weitere Beobachtungen lehren.

Soviel über das Nebeneinander dieser formalen Elementarstörungen unter sich und mit andern. Aber auch über das Nacheinander derselben lassen sich bemerkenswerthe Beobachtungen machen. Nicht selten sind die Fälle von Tobsucht, die, meist nach der Acme auf Stunden und Tage durch Zustände völliger Prostration unterbrochen werden, welche Zustände hier offenbar Ermüdungsphänomene darstellen, aber von gewissen Formen des Stupor sich in Nichts unterscheiden. Und ebenso sehen wir im Stupor, und zwar zumeist in dessen stadium decrementi, häufig genug mehr oder weniger vorübergehende maniakalische Paroxysmen intercurriren. Auch erwähnen seit langer Zeit die Handbücher Fälle von Tobsucht, die durch ein stuporöses sog. »Reactionsstadium« und Fälle von Stupor, die durch ein maniakalisches »Reactionssta-

dium« in Genesung übergehen. Diese Beobachtung rührt nicht, wie oft angegeben wird, von *Esquirol* oder *Guislain*, sondern von *Pinel* her, der in seinem *Traité sur l'alienation mentale* (Paris, an IX) ausdrücklich manche Fälle des heilbaren »Idiotismus« — unseres Stupor — zumal bei jugendlichen Individuen »par une sorte de reaction interne«, . . . »un accès de manie qui dure 20, 25 ou 30 jours« in Genesung übergehen lässt<sup>1)</sup>. — Und ebenso erwähnt er gewisse maniakalische Anfälle, die er mit »une sorte d'épuisement . . . et dans quelques cas un état de stupeur et d'insensibilité« endigen sah<sup>2)</sup>. Diese Beobachtungen sind richtig und zwar nicht blos, wie man seit *Pinel* gemeinbin angegeben findet, für einzelne, sondern für alle Fälle von Manie und Stupor. Freilich sind diese die Genesung einleitenden »Reactionsstadien« nicht immer von der Intensität und Dauer, wie das *Pinel* angibt. Aber vorhanden, wenn auch hie und da nur für den aufmerksamen Beobachter, sind sie immer und in Siegburg wurde unter *Nasse* und *Ripping* schon seit Längerem kein Fall von Manie für wirklich und definitiv genesen erachtet, der nicht ein solches »Depressionsstadium« hinter sich hatte. Dasselbe lässt sich vom Stupor sagen<sup>3)</sup>. Ich stehe nach meinen Beobachtungen nicht an, in dem Satz dass die regulatorischen Geistesstörungen — sofern sie nicht transitorisch sind — nur durch ein Reactionsstadium in Genesung übergehen, ein wirkliches Gesetz zu sehen, eines der wenigen Gesetze, die wir in der Psychiatrie z. Z. überhaupt kennen. — Analoges beobachtet man in der Mehrzahl der Fälle auch für die beiden Kategorien der Stimmungsanomalien, für die krankhafte depressive und expansive Stimmung, also beim Uebergang der Melancholie und der Form der sog. »heiteren Verstimmung« in Genesung; und es ist bemerkenswerth — und dient zur Erläuterung des vorhin über das Verhältniss dieser krankhaften Verstimmung zu den regulatorischen Störungen Gesagten — dass in einzelnen Fällen, in denen es sich um eine Combination regulatorischer Störung mit spontan entstandener Stimmungsanomalie handelt, die regulatorische Reaction durchaus nicht immer gleichzeitig mit dem reactiven Umschlag der Stimmung auftritt.

1) a. a. O. p. 170.

2) a. a. O. p. 33. *Pinel* scheint hier schon gewisse Formen cyclischer Geistesstörung gesehen zu haben (*Baillarger's* folie à double forme.)

3) »Genesungen«, die ohne Reaction eintreten, sind scheinbar: es kommt hier zu einem Wiederausbruch von Geistesstörung.

Es bedarf kaum einer Erwähnung, dass der oben ausgesprochene Satz, wonach keine Genesung von regulatorischer Geistesstörung ohne Reaction eintritt, nicht auch umgekehrt gilt. Kommt es zur Reaction, so ist damit allerdings die Möglichkeit der Genesung näher gerückt, aber es geschieht oft genug und zumal in den Fällen, in welchen die Reaction sehr stark ausfällt, dass wir es mit einer neuen langandauernden Phase der Krankheit zu thun haben, die chronisch werden oder ihrerseits wieder in andere Formen der Geistesstörung, zumal in physische Schwäche und sogar wiederum in die ursprüngliche Form der regulatorischen Störung übergehen kann. Dieses Wechselspiel kann sich bei derartigen nicht in Genesung übergehenden Fällen dann weiterhin mit einer gewissen Regelmässigkeit wiederholen, — so dass also die erste Reaction ihrerseits eine zweite von der Art und der Stärke des ursprünglichen Krankheitszustandes nach sich zieht, diese abermals in die entgegengesetzte Störung übergeht (dritte Reaction, welche in den genannten Beziehungen der ersten gleicht) und so fort in infinitum d. h. Jahre und Jahrzehnte lang und meist bis zum Tode des Patienten, wenn nicht andere Momente dies Spiel unterbrechen. Solche Fälle hat man cyclische Geistesstörung, circuläres Irresein, folie circulaire, genannt und ihre schlechte Prognose schon vor längerer Zeit hervorgehoben. Dass es sich aber hier nicht um eine Krankheit sui generis, sondern lediglich um einfache, nur in infinitum fortgesetzte, Reactionsvorgänge handelt, wird durch Fälle angedeutet, wo die Krankheit erst nach mehrmaligem Schwanken in mehreren immer schwächer werdenden Reactionen in Genesung übergeht, Fälle die also gleichsam zwischen den cyclischen und den mit einer einfachen Reaction in Genesung übergehenden stehen. Im Allgemeinen lehrt die Beobachtung, dass es caeteris paribus wesentlich von der Stärke der ersten, event. ersten und zweiten Reaction abhängt, wie sich die Sache gestaltet. Ist die erste Reaction verhältnissmässig schwach, dann wird die Reaction, die man auf sie erwarten sollte (und die also wieder von der Natur des ursprünglichen Krankheitszustandes sein müsste) als in die physiologische Breite des gesunden Zustands fallend nicht mehr bemerkbar sein. Ist die erste Reaction stärker, dauernder, — dann kann es kommen, dass die Krankheit mit einem schwachen auf die erste Reaction folgenden »Recidiv« der ursprünglichen Krankheitsform zu Ende geht d. h. die zweite Reaction fällt hier nicht mehr, wie bei dem eben erwähnten Fall, in die Breite des Normalen. In weiteren Fällen folgt darauf noch ein drittes Reactionsstadium von derselben Natur, nur schwächer, als das erste u. sofort. — Sind

aber die erste und zumal die zweite Reaction dem ursprünglichen Krankheitszustand gegenüber von annähernd gleicher oder gar wachsender Stärke, dann haben wir es mit einer chronisch fortgehenden Periodicität, mit cyclischer Geistesstörung zu thun. — Um ein Bild zu gebrauchen: ein Pendel, das in Oel hängt, wird aus seinem Gleichgewicht gebracht und losgelassen nur vielleicht einmal merklich über seine Gleichgewichtslage hinausgehen und nach diesem ersten Ausschlag definitiv in dieselbe zurückkehren. Es entspricht dies unserem ersten (und häufigsten) Falle. Dasselbe Pendel in Wasser gehängt wird unter sonst gleichen Umständen vielleicht mehrere merkbare Oscillationen ausführen, ehe es zur Ruhe kommt — der zweite Fall. — Soll aber irgend ein Pendel, der cyclischen Geistesstörung analog, auf lange Zeiträume hinaus gleiche Schwingungen ausführen, dann bedarf es weiterer Anstöße, die ihm immer wieder neue lebendige Kraft zuführen, ein Punkt, auf den ich alsbald zurückzukommen habe.

Es liegt auf der Hand, dass auch die vorhin (p. 10) erwähnten, im Stadium decrementi des Stupor auftretenden, intercurrenten maniakalischen Expansionen und die ihnen analogen stuporösen Zustände im Verlauf der Tobsucht wesentlich den Character von Reactionen haben und sich nur durch den Mangel regulärer Periodicität von den soeben beschriebenen regelmässigeren Oscillationen unterscheiden. Von absoluter Regularität ist ohnedies in fast keinem Fall die Rede. Dieselbe ist stets, wie bei derartigen Vorgängen innerhalb des thierischen Organismus nicht anders zu erwarten steht, nur eine mehr oder weniger approximative.

---

Das Gesetz der Genesung durch Reaction wirft nun aber auch ein Licht auf die Frage nach der Natur jener hemmenden und beschleunigenden Kräfte, um die es sich bei den regulatorischen Geistesstörungen handelt. Ich habe vorhin (s. p. 6 Anm. 3) beiläufig erwähnt, was sich vom physiologischen Standpunkte darüber feststellen lässt. Die Frage lässt sich aber auch vom Standpunkte der Nervenphysik resp. -Chemie aufwerfen und — bis zu einem gewissen Grade wenigstens — beantworten. Ich stütze mich dabei vor Allem auf die Untersuchungen und Anschauungen, die *Wundt* in seiner »Mechanik der Nerven« (Erlangen 1871 u. 1876) niedergelegt hat. Ich darf die Resultate dieser Arbeit bei Ihnen als

bekannt voraus setzen. Wie Sie wissen, besteht die Erregungsarbeit innerhalb des Nervensystems in Dissociationen seiner specifischen, überaus complexen Moleküle, in denen eine grosse Menge chemischer Spannkraft aufgehäuft ist. Dass dasselbe aber auch der Sitz von synthetischen Vorgängen ist, d. h. solchen, bei denen sich hochatomige losere Verbindungen aus weniger complexen, fester gefügten restituiren<sup>1)</sup>, das beweist die Thatsache der Erholung, die auch noch bis zu einem gewissen Grade im ausgeschnittenen Nerven stattfindet<sup>2)</sup>. Hierbei wird natürlich lebendige Kraft in Spannkraft, oder anschaulicher: äussere Molekulararbeit in innere verwandelt.

*Wundt* hat nun an der Hand umfassender Untersuchungen dargethan, dass bei jeder Erregung des peripheren Nerven diese beiden entgegengesetzten und sich gegenseitig hemmenden und aufhebenden Vorgänge Platz greifen, wobei aber selbstverständlich die Verwandlung innerer in äussere Molekulararbeit — die sog. »erregende« Wirkung den entgegengesetzten »hemmenden« Vorgang überwiegt<sup>3)</sup>. — Ganz analog verhält es sich beim Erregungsvorgang in der grauen Substanz; nur sind hier die »hemmenden« Vorgänge verhältnissmässig weit stärker, als im peripherischen Nerven (wie sich das ja auch schon aus dem trophischen Verhältniss der grauen Substanz zur peripheren Faser voraussehen lässt), so dass leichtere Reize im Allgemeinen wirkungslos sind, »gehemmt« werden<sup>4)</sup>.

Nun haben alle molekularen Bewegungsformen die Tendenz,

---

1) Dass solche Vorgänge im Thierkörper überhaupt häufige Vorkommnisse sind, darüber besteht bekanntlich kein Zweifel.

2) *Wundt* a. a. O. I. p. 265.

3) Nach wiederholten Reizungen nehmen beide Vorgänge — Dissociation und Synthese — ab, insbesondere aber der letztere und es entsteht ein Zustand, den schon *Tigges* (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Band XXIX p. 664) zu einer, wie mir scheint, durchaus zutreffenden Deutung des Wesens der sog. »reizbaren Schwäche« benutzt hat.

4) wenn sie nämlich nicht gerade sog. Bahnen »geringsten Widerstands« d. h. solche treffen, in denen bei jeder Reizung die »erregenden« Wirkungen vorherrschen. Solche entstehen u. a. nach wiederholten Reizungen derselben Bahn (vgl. die vor. Anm.), wodurch sich deren Beschaffenheit der des peripheren Nerven nähert. Darauf beruht die Möglichkeit der sog. vicarirenden Functionen in den nervösen Centralorganen (*Wundt* a. a. O. II p. 137).

sich auszubreiten<sup>1)</sup>. Schon beim gewöhnlichen einfachen Reizanstoss des frischen leistungsfähigen Nerven geschieht es, dass der »erregende« Vorgang, energisch sich ausbreitend, rasch die für ihn disponibeln Spannkkräfte aufbraucht, so dass es zu einem (natürlich nur sehr kurzen) »Reactionsstadium« kommt, in welchem die hemmenden Wirkungen überwiegen<sup>2)</sup>. Ganz Analoges findet nach dem gewaltigen Reizvorgange statt, welcher den maniakalischen Anhalt darstellt. Dass der ihm folgende und der Genesung vorausgehende stuporöse Zustand zunächst wesentlich ein Ermüdungsphänomen darstellt, haben wir schon vorhin zugegeben. Die »hemmenden« Wirkungen müssen während desselben überwiegen, wenn es zum Status quo ante kommen soll. Und ganz analog folgt aus der Thatsache, dass der Stupor nur durch eine maniakalische Explosion in integrum übergeht, mit Nothwendigkeit, dass hier wenigstens ein Theil der ihn bildenden Hemmungsvorgänge in der Verwandlung äusserer in innere Molekulararbeit besteht. Es wird, wie schon angedeutet wurde, von der Grösse der Widerstände abhängen, welche die Ausbreitung der beiden in Rede stehenden molekularen Bewegungsformen jedesmal erfährt, ob es auch noch zu einer zweiten Reaction kommt, d. h. ob also z. B. im letzterwähnten Falle die reactive maniakalische Erregung noch lebendige Kraft genug hat und behält, um, wie oben, nochmals einen merklichen Ermüdungszustand nach sich zu ziehen. Ich werde auf die Frage nach der Natur und dem Sitze dieser Widerstände sogleich zurückkommen.

Bekanntlich treffen nun im Normalzustande unzählige Anstösse der verschiedensten Art und von variabler (innerhalb weiter Grenzen zufälliger) Frequenz und Stärke die graue Substanz des Gehirns an verschiedenen Orten — bald zur Hervorrufung der hemmenden bald zu der der erregenden Wirkungen mehr geeignet<sup>3)</sup>. Jede der beiden dadurch hervorgebrachten Bewegungsformen hat die Tendenz, sich auszubreiten, wobei natürlich die gleichartigen Bewegungszustände sich begünstigen, die ungleichartigen sich hemmen oder aufheben<sup>4)</sup>. Für solche Voraussetzungen hat aber *Zöllner* ganz all-

1) *Wundt* a. a. O. II p. 144.

2) *Wundt* a. a. O. I p. 190, 200 u. a.

3) Vgl. die vor. pag.

4) *Zöllners* Princip der Coexistenz gleichartiger Zustände, Berichte über d. Verhdlg. d. Königl. sächs. Gesellsch. d. Wissensch., math.-phys. Classe 1870 p. 342.



gemein bewiesen, dass das hieraus resultirende Summationsphänomen einen periodischen Character annehmen d. h. zwischen Maximis und Mimimis oscilliren, eine periodische Function der Zeit werden muss <sup>1)</sup>. Diess äussert sich beim normalen Menschen in der Periodicität von Schlaf und Wachen. Neben diesen normalen Oscillationen können nun noch andere von längeren Perioden bestehen <sup>2)</sup> und es wird von der Grösse des Maximum resp. Minimum abhängen, ob wir es mit periodischer Tobsucht oder mit dem periodischen Stupor oder aber mit cyclischer Geistesstörung zu thun haben <sup>3)</sup>.

Verdeutlichen wir uns das Alles durch ein concretes Beispiel an der Hand der von *Pflüger* dargelegten Anschauungen über das Wesen vitaler Processe im Organismus und speciell in der Hirnrinde <sup>4)</sup>. Eine nicht seltene Ursache des Stupor ist bekanntlich Hirnödem, ein seröser Erguss in die Interstitien der das Hirn zusammensetzenden Gewebe. Derselbe geschieht natürlich auch in die Interstitien des *Pflüger'schen* »animalen Zellennetzes«, jener perlschnurartigen Aneinanderreihung lebendiger Moleküle von sehr complexer Zusammensetzung <sup>5)</sup>. — Oder es werde in dieselben Interstitien ein gerinnendes Exsudat gesetzt. — Der in beiden Fällen entstehende Druck wird nicht nur die Erschütterungen und Schwingungen der Moleküle <sup>6)</sup> beeinträchtigen und unmöglich machen, so dass Empfindung und überhaupt alle psychische Thätigkeit darniederliegt und selbst ganz aufhört, sondern er wird auch, wenn er nicht allzu gering und vorübergehend ist, die Molekularketten allmählich zerquetschen und zerstören <sup>7)</sup>. Hat dieser Zustand allzu lange gedauert, dann werden die Moleküle einen Grad des Zerfalls erreicht haben, dass nun — nach geschehener Resorption des krankhaften Products —

1) a. a. O. p. 338 ff. Vgl. dazu auch *Fechner*, Ideen zur Schöpfungs- und Entwicklungsgeschichte der Organismen Leipz. 1873 p. 25 ff.

2) Vgl. *Fechner's* »Wellenschema«, Elemente der Psychophysik II p. 452 ff.

3) Zustände chronischer Tobsucht, bei denen die Patienten ihren regelmässigen Schlaf haben, dürften somit dem Wesen nach von der cyclischen Geistesstörung nicht verschieden sein.

4) Vgl. u. a. »Beiträge zur Lehre von der Respiration«, dessen Archiv Bd. X p. 251, insbesondere p. 300 ff. sowie »Theorie des Schlafs« ebenda p. 468 ff.

5) a. a. O. p. 470.

6) *Pflüger* a. a. O. p. 468. u. a.

7) Vgl. *Pflüger* a. a. O. p. 476.

die entstandenen und die durch das Blut wieder zugeführten Theilmoleküle unfähig sind, zu complexen Gesamtmolekülen zusammenzutreten<sup>1)</sup>. Ein so weit gediehener Zustand kann, ähnlich wie bei jenem Frosche *Pflügers*, der zu lange in Stickstoff gelebt hatte, irreparabel sein<sup>2)</sup>. Das sind dann solche Fälle von Blödsinn ex stupore, wo man bei der Section Nichts findet. — Ist aber die Sache nicht so weit gediehen, ist es noch zeitig genug zur Resorption des Ergusses oder Exudats gekommen, dann werden zunächst synthetische Prozesse eintreten müssen, die ladirten und zum Theil zerstörten Moleküle zu restituiren und zu completiren. Je weiter die Restitution fortgeschritten ist, um so mehr wird es dann auch wieder zu einzelnen Dissociationen, jenen minimalen »Kohlensäureexplosionen«, kommen. Aber die lebendige Kraft der durch sie entstandenen Stösse und Schwingungen wird nicht oder nur theilweise zu »Erregungsarbeit«<sup>3)</sup>, sondern wird im Sinne des herrschenden Bewegungsmodus zum weiteren Aufbau jener hochatomigen Moleküle verwandt, d. h. die entstandene äussere Molekulararbeit wird sogleich wieder in innere verwandelt: der Stupor dauert fort; er dauert sogar noch an, wenn der in Rede stehende Bewegungsmodus vermöge der lebendigen Kraft, die er mit seiner Tendenz zur Ausbreitung durch Summation erreicht, weit mehr Spannkraft aufgehäuft hat, als der Normalzustand psychischer Thätigkeit erfordert und als vor der Erkrankung vorhanden waren. Irgend ein innerer oder äusserer Anlass, z. B. wie die klinische Erfahrung lehrt, ein heftiger Reiz<sup>4)</sup>, gibt endlich durchs Gehirn laufend den Anstoss zu dem entgegengesetzten Vorgang, d. h. zur lebhaftesten Dissociation, zu massenhaften Kohlensäureentladungen, lebhafter und zahlreicher, als sie durchschnittlich im Normalzustande vorkommen. Damit ist es denn zur maniakalischen Reaction gekommen und ob nun die ihr zu Grunde liegende

1) *Wundt* a. a. O. I. 269

2) Die Prognose wird mit der Dauer des Stupor rasch schlechter und man pflegt, meist mit Recht, einen hochgradigeren Stupor als bereits in Blödsinn übergegangen zu betrachten, wenn er bereits mehrere Monate unverändert gedauert hat.

3) Vgl. *Wundt* a. a. O. I p. 264 ff.

4) Cf. auch *Pflüger* a. a. O. p. 473. Andere Male werden auch in unserem Falle die eventuellen, gegen Schluss des Stupor immer stärker werdenden Antheile an Erregungsarbeit, welche die wieder auftretenden Kohlensäureexplosionen noch leisten, durch Summation die nachfolgende Erregung (langsamer) einleiten können.

Bewegung noch lebendige Kraft genug besitzt, um wieder über ihr Ziel hinauszugehen, so dass dann also noch einmal eine zweite, stuporöse, Reaction sich bemerklich macht, das wird caeteris paribus von der Beschaffenheit der in den Interstitien des »Zellennetzes« vorhandenen Flüssigkeit d. h. von den Widerständen abhängen, welche sie den Bewegungen der Moleküle in ihr darbietet<sup>1)</sup>. Pathologisch-anatomisch wäre bei Gelegenheit darauf zu achten. — Nie werden diese Widerstände freilich so gering sein, dass es ohne erneute Anstöße zu einer Jahrzehnte lang fortgesetzten Periodicität dieser Art kommen kann, wie sie die cyclische Geistesstörung zeigt. Ueber das Wesen der Anstöße, welche als die eigentliche Ursache dieser eigenthümlichen Form der regulatorischen Störung zu betrachten sind, lassen sich verschiedene Hypothesen aufstellen. Die einfachste derselben würde sich auf die schon erwähnte Thatsache<sup>2)</sup> gründen, dass in der grauen Substanz durch schwache Reize, wenn sie sich in nicht zu kurzen Intervallen folgen, vornehmlich die »hemmenden« Vorgänge hervorgerufen werden, während eine bereits eingeleitete Erregung im Allgemeinen durch sie verstärkt wird. Doch sind betreffs der Art und Beschaffenheit jener Anstöße auch andere Möglichkeiten denkbar. Ich kann auf die Discussion derselben trotz des Interesses, das sie vielleicht böte, hier nicht eingehen: sie würde uns zu weit führen. Mir genügt es, Sie auf die Fruchtbarkeit jener neueren physiologischen Ergebnisse und Anschauungen auch für unsere Wissenschaft aufmerksam gemacht zu haben.

Freilich setzt deren Verwerthung für die Psychologie und Psychiatrie voraus, dass das Princip der Erhaltung der Kraft auch für die geistigen Thätigkeiten gilt, eine Annahme, deren Nothwendigkeit einer Begründung fähig, aber auch bedürftig ist. Ich gedenke darauf bei anderer Gelegenheit zurückzukommen.

---

1) Vgl. auch *Pflüger* a. a. O. p. 472.

2) s. oben p. 14.

## II.

(Sitzung vom 18. Dez. 1876.)

M. H.! Ich habe Ihnen das letzte Mal meine Beobachtungen und Anschauungen von dem Wesen der regulatorischen Geistesstörungen und von der cyclischen Form derselben insbesondere mitgetheilt. Die letztere characterisirte sich, wie sie sich erinnern werden, durch ein mehr oder weniger regelmässiges Jahre lang fortgehendes Alterniren maniakalischer und stuporöser Zustände von einer bei verschiedenen Kranken sehr verschiedenen Intensität und Dauer. — Die einzelnen maniakalischen oder stuporösen Zustände wollen wir als Stadien oder Perioden der Krankheit bezeichnen <sup>1)</sup>. Je zwei auf einander folgende Stadien bilden einen Cyclus. — Hand in Hand mit diesen regulatorischen Störungen gehen in vielen Fällen jene consecutiven deprimirten oder heiteren Stimmungen, deren Zusammenhang mit jenen ich Ihnen in meinem vorigen Vortrage dargelegt habe. Nicht selten freilich kommt es auch hier zu Combinationen regulatorischer Zustände mit spontan entstandenen Stimmungsanomalien, welche letztere dann ihrerseits ebenfalls einem contrastirenden Wechsel unterworfen sein können, der aber, wie wir bald sehen werden, mit dem der regulatorischen Störungen nicht zu coincidiren braucht <sup>2)</sup>. — Geschieht der Uebergang von einem Stadium ins andere nicht plötzlich, sondern allmählich, so wird es zwischen beiden einen mehr oder weniger

1) Für die maniakalischen Zustände sollen im Nachfolgenden auch die Ausdrücke »Erregung«, »Agitation«, für die stuporösen die Ausdrücke »Retardation«, »Depression« (d. h. zunächst des Ablaufs der Vorstellungs- und Willensphänomene) gleichbedeutend gebraucht werden.

2) Vgl. oben p. 8 u. 11. — Eine cyclische Geistesstörung, die blos aus contrastirenden Stimmungsanomalien, ohne eine Spur regulatorischer Störungen bestände, wäre denkbar, ist aber m. W. noch nicht beobachtet worden.

langen Zeitraum geben, in welchem die Nachwehen des vorausgegangenen und die darauf folgenden Vorboten des nachfolgenden Stadiums in die physiologische Breite des psychischen Normalzustandes fallen. Wir bezeichnen ihn als Intermission oder *lucidum intervallum*. Dasselbe tritt, wenn es überhaupt zu einem solchen kommt, in manchen Fällen nach jedem Stadium, in andern erst nach Vollendung eines ganzen Cyclus ein, je nach dem Modus des Ablaufs der einzelnen Stadien. Doch herrscht — und zwar oft bei demselben Kranken — in dieser Beziehung keine Regelmässigkeit. Fälle der letzteren Art hatte *Baillarger*, Fälle der ersteren *Falret* beschrieben <sup>1)</sup>, als sie im J. 1854 — seit jener Zeit erst kennt man unsere Krankheit genauer — die Priorität der Beobachtung derselben reclamirten. — Beider Beobachtungen wurden seitdem vielfach bestätigt und neuerlich von *Ludwig Meyer* in einer eingehenden Darstellung unserer Krankheit berichtet <sup>2)</sup>. Die verhältnissmässige Seltenheit dieser Form <sup>3)</sup> mag der Grund sein, dass sie so spät erst überhaupt gewürdigt wurde und dass eine wirklich zutreffende Characterisirung derselben bis jetzt noch aussteht. Mir selbst sind neun gut characterisirte Fälle vorgekommen, darunter acht Männer und eine Frau <sup>4)</sup>; von sechs derselben, die in Siegburg behandelt wurden, besitze ich ausführliche Journalnotizen und Krankheitsgeschichten und befriedigende Anamnesen; die drei übrigen habe ich anderwärts beobachtet. Ausserdem verdanke ich der Güte der Herren Directoren *Nasse* und *Ripping* vier weitere Krankengeschichten aus der Siegburger Anstalt, so dass sich also die nachfolgende Darstellung zunächst auf zehn Fälle, worunter zwei Frauen, gründet, deren

1) *Baillarger* im Bulletin de l'Academie imperiale de médecine de Paris, 18. Jahrg. Tom. XIX, Sitzung vom 31. Jan. 1854 p. 340 ff. *Falret* ebendasselbst, Sitzung vom 7. Febr. Reproducirt in dessen *Maladies mentales*, Paris 1864, p. 456 ff.

2) Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankh., IV. Band, p. 139 ff.

3) Ihre scheinbar etwas grössere Häufigkeit ausserhalb der Anstalten dürfte sich wohl vor Allem daraus erklären, dass die Differenz der Symptome in beiden Stadien auch sehr leichte Fälle eher auffallen lässt und leichter erkennbar macht, als andere regulatorische Störungen geringen Grades. — In die Anstalten kommen im Allgemeinen natürlich nur die intensiveren Formen.

4) Vgl. dagegen die Angabe von *Falret* (*Mal. ment.* p. 472), wonach die cyclische Geistesstörung »*infiniment plus fréquente chez la femme que chez l'homme*« sein soll.

Verlauf fixirt vor mir liegt <sup>1)</sup> — eine zu kleine Zahl, um danach ein definitives Bild der ganzen Krankheitsform entwerfen zu können, aber hinreichend genug Material, um eine Kritik der Angaben zu ermöglichen, die von den Autoren über die angeblich charakteristischen Züge dieser Form gemacht worden sind. Von einer scharf abgegrenzten Form freilich kann man nach dem, was ich Ihnen in der vorigen Sitzung erörtert habe, kaum reden. Es handelt sich eben nur um den besonderen Fall jenes merkwürdigen Gesetzes der Reactionen, wo die Oscillationen von Reaction zu Reaction, statt rasch schwächer zu werden und ganz zu verschwinden, mit beiläufig gleicher Stärke fortgehen. — Selten findet man, dass dies über grössere Zeiträume hin mit voller rhythmischer Regelmässigkeit der Fall ist. *Invantia* und *Nocentia* der verschiedensten Art modificiren die Stabilität dieser Bewegungsverhältnisse und ändern oft genug Intensität und Dauer der einzelnen Perioden. In *Klingenmünster* weiss man unter Dr. *Dick* den Ausbruch der maniakalischen Periode hinauszuschieben, ihren Ablauf weniger stürmisch zu machen, indem man die Kranken schon während des stuporösen Stadiums unter möglicher Abhaltung aller stärkeren Reize zu Bette liegen lässt <sup>2)</sup>. Oft genug sind die den Verlauf der Krankheit alterirenden Ursachen unbekannt, wie die Ursachen des Irreseins überhaupt. Einer meiner Kranken hatte vierundzwanzig Jahre lang immer im Winter seinen Depressionszustand, im Sommer seine Aufregung mässigen Grades gehabt, als sich plötzlich, ohne bekannten Grund, die maniakalische Erregung zu einer Tobsucht der heftigsten Art steigerte, mit rasender Ideenflucht und ungeheurer Unruhe bei Tag und bei Nacht, die durch Dosen von 0,4 Opium nur vorübergehend gedämpft werden konnte. Dieser Zustand dauerte über ein Jahr, nahm dann ab und machte einem mehr gleichmässigen und besonnenen Verhalten Platz, um ganz rasch wieder (Dec. 1875) in Depression überzugehen, in welcher sich Patient nach seiner Entlassung aus der Anstalt noch befinden soll. Ganz analog ist ein anderer Fall, wo nach Typhus eine cyclische Geistesstörung zurückgeblieben war, mit ebenfalls gleichmässigen halbjährigen Stadien. Der elfte maniakalische Anfall wurde aber nach halbjähriger Dauer statt abzunehmen nur heftiger und war im nächsten Frühjahr noch nicht verschwunden. Ich er-

1) Wo im Nachfolgenden von »meinen Fällen« schlechtweg die Rede sein wird, sind — sofern nichts Anderes bemerkt ist — diese zehn gemeint.

2) Vgl. dazu oben p. 17.

wähne gleich des anderweiten Interesses halber, das er darbietet, noch einen Dritten solchen, ebenfalls hierher gehörigen Fall. Der Kranke hatte alle drei Jahre einen Zustand von Aufregung und Verwirrtheit von anfangs sechswöchentlicher, später längerer, zuletzt einjähriger Dauer. Jedesmal folgte eine ebenfalls mehrwöchentliche tiefe Depression. In den anfangs mehr als zwei und ein halbes Jahr währenden lucidis intervallis war Patient solide, still und fleissig. Der neunte maniakalische Anfang aber steigerte sich ohne bekannte Ursache zu ungewöhnlicher Heftigkeit, so dass Patient Tag und Nacht sehr unruhig war, seine Umgebung entsetzlich misshandelte und als sicherheitsgefährlich in die Anstalt gebracht werden musste. — Es ist dies einer jener Fälle, wie sie *Baillarger* beschreibt und als die normalen Typen cyclischer Geistesstörung hinstellt <sup>1)</sup>. *Baillarger* mag zu seinen Aufstellungen wohl durch die Thatsache veranlasst worden sein, dass die Agitation allmählich, die Depression rascher, oft plötzlich einzutreten pflegt. Diesen letzterwähnten Umstand, der zuerst von *Meyer* <sup>2)</sup> (gegen *Falret* <sup>3)</sup>) hervorgehoben wurde, kann ich als Regel bestätigen. Auch in Fällen von längerer Dauer der Perioden fand ich fast plötzliche Uebergänge von Manie zu Depression <sup>4)</sup>. Ein Kranker legte sich nach mehrmonatlicher Agitation laut schwatzend ins Bett; am nächsten Morgen war er verstummt: die Depression hatte in voller Stärke begonnen. In einem andern Falle von anderthalb- bis zweijähriger Dauer der Perioden begann sie nach einer Indigestion mit fast derselben Plötzlichkeit. — Ebenso gewöhnlich, wie der rasche Eintritt der stuporösen, ist der allmähliche der maniakalischen Periode. — Doch ist auch die in Rede stehende Regel nicht ausnahmslos, wie denn die Regelmässigkeit der Erscheinungen bei unserer Krankheit überhaupt in allen Beziehungen nur eine mehr oder weniger approximative ist.

Sehen wir uns die weiteren Characteristica an, die von den verschiedenen Autoren unserer Krankheit zugeschrieben wurden.

1) Er bezeichnet dieselbe *Falret* gegenüber als eine intermittirende »folie à double forme« (Manie-melancholie), während dieser eine intermittirende »folie à formes alternes« im Auge habe. Vgl. a. a. O. p. 403.

2) a. a. O. p. 146.

3) *Mal. ment.* p. 466. Vgl. dazu auch dessen ebenda gemachte Angabe, dass die auf das stuporöse Stadium folgende Intermission von längerer Dauer sei, als die nach dem Erregungsstadium eintretende.

4) Cf. die entgegenstehende Angabe *Baillarger's* a. a. O. p. 346.

Zunächst kann ich mich der Vermuthung *Falrets* anschliessen, dass dieselbe eine eminente hereditäre sei; ob freilich in noch höherem Grade, als die nicht cyclischen Formen der Manie und des Stupor, wage ich ebensowenig wie er zu entscheiden. In sieben meiner Fälle bestand Heredität oder Familienanlage, in zwei weiteren war der Vater Potator, in dem letzten imbecil. Ob unter den Geistesstörungen der Ascendenten auch cyclische Formen waren, kann ich nicht angeben, da in meinen Anamnesen über die specielle Form ihrer Störung nur in wenigen Fällen genauere Angaben sich finden.

Stets sollen nach *Meyer* dem Auftreten des circulären Irreseins anderweitige psychische Erkrankungen vorausgehen. Er sah dieselben in seinen Fällen immer erst nach (oft jahrelang vorausgegangenen) melancholischen, seltener maniakalischen Zuständen eintreten, welche meist wieder beseitigt worden waren<sup>1)</sup>. Nur in einem meiner Fälle traf Solches zu: der Kranke hatte sechs Jahre vor dem Eintritt seiner cyclischen Störung eine mehrmonatliche Tobsucht durchgemacht. Bei einem andern war ihr drei Jahre vorher ein Typhus vorausgegangen, der ein »verändertes Wesen« des Kranken zurückliess. In zweien meiner Fälle entwickelte sich das circuläre Irresein auf congenital schwachsinniger Basis, in allen übrigen war es ohne vorhergegangene anderweitige psychische Erkrankung aufgetreten.

Unsere Krankheit selbst soll, wie *Meyer* aus den Fällen schliesst, deren Entwicklung er genau beobachten konnte, mit einem Stadium der Depression beginnen. Diese »initiale Melancholie« übertreffe an Dauer wie Heftigkeit alle späteren Anfälle, gehe mit Hallucinationen und systematisirten Wahnideen einher und sei von einem besonders langdauernden *lucidum intervallum* gefolgt<sup>2)</sup>. — Der Beginn unserer Krankheit mit einem Stadium der Depression scheint allerdings der häufigere zu sein. Aber blos in einem meiner Fälle übertraf dies initiale Depressionsstadium an Dauer die nachfolgenden in unverhältnissmässiger Weise, nur war es von weit geringerer Intensität als diese; andere Male stand es ihnen an Dauer nach, nie übertraf es sie an Intensität, und nur von einem Kranken wurden während desselben melancholische Vorstellungen (Verdammungswahn) geäussert, Hallucinationen finde ich bei keinem erwähnt; endlich folgte blos in einem einzigen Falle dieser initialen Depression ein nennenswerthes *lucidum intervallum*. Bei dreien meiner Patienten begann dagegen die cyclische Störung mit einem Stadium von Manie<sup>3)</sup>. Ich werde nachher

1) a. a. O. p. 141.

2) a. a. O. p. 141 u. 142.

3) Dass dieselbe bemerkenswerthe Vorboten gehabt, ist nicht notirt.



Veranlassung haben, Ihnen einen dieser Fälle genauer mitzutheilen.

Von jeher hat man sich bemüht, gewisse Züge aufzufinden, die für den Ablauf und die Natur der Manie und des Stupor in der cyclischen Geistesstörung charakteristisch sein und es erlauben sollten, schon beim ersten Anfall den weiteren cyclischen Verlauf vorauszusehen. Das soll nun vor allem durch jene Eigenthümlichkeit des Verlaufs der einzelnen Stadien ermöglicht werden, von der ich schon in meinem vorigen Vortrag gesprochen habe <sup>1)</sup>, dass nämlich im stadium decrementi derselben bereits hie und da vorübergehende Paroxysmen der entgegengesetzten (also im nächsten Stadium zu erwartenden) Störung auftreten. — Es kommt Solches allerdings vor, ist aber weder constant, noch eine Eigenthümlichkeit der Manie und des Stupor der circulären Geistesstörung. Ich brauche Sie in dieser Beziehung nur auf das in der vorigen Sitzung Gesagte zu verweisen.

Manie und Stupor selbst sollen in unserer Krankheit meist eine nur mässige Intensität erreichen. Insbesondere aber soll die cyclische Manie durch ein glückliches Streben der Kranken, ihre Handlungen möglichst motivirt erscheinen zu lassen, sich ihrer motorischen Erregung unter möglichst wenig compromittirenden Formen zu entäussern, charakteristisch ausgezeichnet sein. Das Wesen der Patienten mache den Eindruck, als ob nach der Seite des sinnlichen und gewissermassen künstlerischen Elements hin die Begabung an Umfang und Energie zugenommen hätte; Kranke auch niederer Stände verstünden es, sich zierlicher und geschmackvoller zu kleiden und selbst der eigentliche Geschmackssinn einer cyclisch gestörten Kranken habe in den Zeiten der Erregung eine erhöhte Feinheit gezeigt u. dgl. <sup>2)</sup>. — Derlei Fälle kommen vor — ganz so wie in leichteren Formen der nicht cyclischen Manie! In der That sind jene Fälle gewöhnlicher Tobsucht gar nicht so selten, wo die Kranken, so lange die motorische Erregung und die Ideenflucht keinen höheren Grad erreicht, in ihrem Aeusseren netter und adretter, in ihrem Benehmen charmanter und eleganter werden, und wo selbst eine gewisse, sonst nicht hervorgetretene Grazie der Bewegungen sich bemerklich macht. Auch in der cyclischen Geistesstörung habe ich, wie gesagt, solche Fälle gesehen. Aber die Mehrzahl meiner Kranken zeichnete sich in auffallender Weise durch ein höchst unfläthiges und gemeines Benehmen aus. Neigung zu gröblichem

---

1) S. oben p. 10.

2) *Meyer* a. a. O. p. 151, 152, 153.

Unfug, grosse Unreinlichkeit, selbst öffentliches Masturbiren finde ich wiederholt notirt. Ein junger Kaufmann verzehrt seine Excrete und Excremente — und zwar nicht etwa bloß aus ideenflüchtiger Benommenheit, sondern zum Unfug. Ein Mädchen »erging sich«, wie die Krankheitsgeschichte sagt, »fast nur in obscönen Reden, — lud zum Coitus ein und wälzte sich gerne mit den unanständigsten Kranken in den Ecken herum«; beide weibliche Patienten schmierten auch wohl — und all' dergleichen Dinge mehr, die wahrlich kein Streben nach möglichst wenig compromittirender Form der Entäusserung motorischer Erregung verrathen. — Doch bin ich weit entfernt, dies Gebahren, das auch in der gewöhnlichen Manie vorkommt, bei der cyclischen Manie für die Regel oder auch nur für verhältnissmässig häufiger zu halten, als in jener: diesen Schluss würde eventuell erst eine grössere relative Zahl von Fällen erlauben, als sie mir überhaupt zu Gebote steht.

Manie und Stupor kommen in vielen Fällen des circulären Irreseins rein für sich allein vor, und zwar in allen Graden der Intensität, von den leichtesten bis zu den hochgradigsten Formen. Häufig sind aber auch die Combinationen dieser Zustände mit anderen Elementarstörungen. Zunächst mit Stimmungsanomalien. Ich habe auf deren Verhältniss zur cyclischen Form der regulatorischen Störung schon im Eingang dieses Vortrags hingewiesen. Mit dem Wechsel der regulatorischen Zustände erfahren fast stets auch die spontan entstandenen Stimmungsanomalien ihren Umschlag. Aber nicht selten sind deren erste Spuren noch vor denen der entsprechenden regulatorischen Störung bemerkbar; ja in einzelnen Fällen können die Wendepunkte der beiderlei Zustände eine nicht unbeträchtliche zeitliche Differenz zeigen. So bei einem meiner Kranken, wo die Manie erst mehrere Wochen nach dem Eintritt der depressiven Verstimmung in Stupor überging und während dieser Zeit gerade am intensivsten war, so dass dann also jedesmal eine mehrwöchentliche Melancholia agitata vorlag.

Aehnlich wie das bei primären oder consecutiven Stimmungsanomalien überhaupt geschieht, werden auch bei den in Rede stehenden Fällen das Ich und seine Beziehungen zur Aussenwelt selbstverständlich im Sinne der herrschenden Verstimmung beurtheilt. — »Fixe« Wahnvorstellungen dagegen, eigentlicher Wahnsinn, sind allerdings seltenere Begleiter der cyclischen Geistesstörung. Aber auch diese Verknüpfung fehlt nicht — Fälle also, in welchen es sich um eine Combination einer oder beider regulatorischen Störungen mit spontan entstandenen Vorstellungen handelt. Ihre Entstehung steht natür-

lich in keinerlei Beziehung zur Heftigkeit der regulatorischen Störungen. Es finden sich unter meinen Krankengeschichten zwei hierher gehörige. Da mir dieselben nicht ohne Interesse scheinen, so erlaube ich mir, Ihnen den Beginn der Erkrankung beider Patienten im Auszug mitzutheilen.

M. H., Kappenmachersfrau. In der Ehe 11 Kinder, das letzte im 44. Jahr der Mutter. Nach dieser Entbindung mehrmonatliche Depression mit weinerlicher Stimmung, Schmerzen in den Gliedern, Durchfällen. Nach einem *lucidum intervallum* von nicht mehr feststellbarer Dauer wurde Patientin 10 Monate nach Beginn ihrer psychischen Erkrankung unruhig und unstät, ergab sich dem Trunk, der allerlei ehelichen Unfrieden zur Folge hatte. Gleichzeitig zeigte sich Verfolgungswahn: Patientin glaubte sich ihres Lebens nicht mehr sicher, fürchtete vergiftet zu werden, beschuldigte ihren Mann, sie mit 25 Gensdarmen verfolgt zu haben. Die Unruhe steigert sich, die Kranke treibt sich des Nachts umher, macht Unfug, klettert auf Bäume u. s. w. In der Anstalt (wohin Patientin 5 Wochen nach Beginn ihrer Erregung aufgenommen wurde) wesentlich dieselben Erscheinungen; zugleich viel obscönes Reden, fortdauernder Hass gegen den Mann. Vielfache Magenbeschwerden.

Nach sechsmonatlicher Dauer der Erregung rascher Uebergang in ein *lucidum intervallum* von 4 Wochen. Patientin bittet jetzt brieflich ihren Mann um Verzeihung. Während desselben Appetitlosigkeit, Brechneigung, dann rasch sich entwickelnde Depression. Patientin steht oder sitzt still und mit gebeugtem Haupte da, spricht kein Wort, giebt unter Seufzen und nur zögernd Antwort, die meist aus einem »ich weiss nicht« besteht. Kein Verfolgungswahn. — Herztöne schwach, Magenbeschwerden fehlen.

Nach dreimonatlicher Dauer der Depression ganz allmähliche Wiederbeginn der Agitation. Patientin schimpft auf den Mann in der alten Weise, hat wieder Magenbeschwerden und ist nach weiteren drei Monaten abermals in voller Tobsucht, läuft, ist unanständig, schmiert u. dgl.

Nie konnten Hallucinationen beobachtet werden.

Menstruation in allen Stadien unregelmässig, bald aussetzend, bald profus auftretend.

H. H., Spediteur, (Israelit). Vater Potator; Mutter »unzurechnungsfähig«, eine Schwester auffallender Character. Patient ebenfalls Potator, sonst tüchtiger Kaufmann. Seine Ehe war

unglücklich. Im 30. Lebensjahre (ohne bekannte Ursache) Reizbarkeit, Processsucht, Sucht grosse Geschäfte zu machen. Bald darauf Schlaflosigkeit, Zunahme der motorischen Unruhe und der psychischen Aufregung (anfänglich selbst bis zur »Personenverwechslung«), erhöhtes Selbstgefühl etc., Erscheinungen, die nach seiner Aufnahme in die Anstalt wesentlich gleich blieben. Alsbald wird aber daneben ein ausgebildeter Verfolgungswahn geäussert. Patient glaubt an die Untreue seiner Frau, an den Neid seiner Glaubensgenossen und führt das alles auf einen Verfolgungsplan der Jesuiten zurück, die ihn auch hätten vergiften wollen; ihre Emissäre sind in der Anstalt, »ihnen zum Trotz« verdirbt er seine Kleidung, verunreinigt er Zimmer und Bett, zerstört er Geräte u. s. w. Doch ist er der Mann, seine Verfolger ins Zuchthaus zu bringen. Dabei fortdauernde Unruhe, wenn auch mit zeitweisen Remissionen; aber auch in ihnen unaufhörliche Neigung zum Unfug: Patient pisst den Wärtern ins Bett, wirft allerlei Dinge zum Fenster hinaus, legt Feuer an etc. — Appetit und Verdauung gut. Am After Hämorrhoidalknoten. Herzaction schwach.

Nach achtmonatlicher Dauer der Agitation Nachlass derselben mit intercurrenten Zuständen grosser Mattigkeit; nach weiteren sechs Wochen »einsichtiges« Verhalten, aber schon leichte Zeichen beginnender Depression. Patient zieht sich zurück, wird träge, sehr ängstlich, hat noch (oder wieder?) seinen alten Wahn der Verfolgung durch Jesuiten, fürchtet aber jetzt selber verhaftet zu werden, erklärt sich für unwürdig, für einen Mörder etc., hat Selbstmordgedanken. Dabei grosses Krankheitsgefühl; seine Därme sind verwachsen, er ist »schwanger«, sein Kopf ruinirt, ein Thier darin, der ganze Leib zum Thier (Wolf oder Bär etc.) geworden. — Klagen über abnorme Sensationen in der Haut, Schmerzen in den Gliedern. Nahrungsaufnahme unregelmässig. Patient lässt sich eine Zeitlang füttern, widerstrebt überhaupt passiv gegen Alles, was man mit ihm vornimmt. Hie und da Magenbeschwerden. Hämorrhoiden fehlen diesmal. Schlaf im Ganzen ordentlich. Oligämischer Zustand.

Nach abermals achtmonatlicher Dauer ganz allmählicher Uebergang in Manie. Patient fängt hie und da an, Andere zu necken, nimmt ihnen das Essen weg, erklärt sich zu Schelmenstreichen aufgelegt, doch hält er sich noch lange Zeit relativ ruhig und erst nach einigen weiteren Monaten hat sich allmählich die alte Tobsucht wieder eingestellt mit Hämorrhoidalbeschwerden, zeitweilig

auch gastrischen Erscheinungen. Unruhe wie früher, Pat. macht boshafte Gedichte, braucht gemeine Ausdrücke, droht mit Brandlegung etc.; dabei Verfolgungswahn, Selbstüberschätzung u. s. w.

Von den erwähnten cutanen Parästhesien abgesehen konnten wirkliche Hallucinationen auch hier ausdrücklich niemals beobachtet werden.

Die beiden Patienten waren vor dem Auftreten der circulären Alienation nicht psychisch erkrankt gewesen.

In diesen beiden Fällen, von denen besonders der letztere mit ziemlich lebhaften Stimmungsanomalien einhergeht, entsteht ein stabiler Verfolgungswahn im ersten tobsüchtigen Stadium. Aber im ersten Falle tritt er während der Depression zurück, im zweiten persistirt er während derselben, nur durch anderweite Wahnvorstellungen modificirt. Die compensatorische Idee, seiner Verfolgungen Herr zu werden, die in der Tobsucht mit auftrat, ist hier verschwunden. Patient fühlt sich unwürdig und untauglich, seinen Verfolgern hingegen; gleichzeitig treten hypochondrische Wahnvorstellungen bis zur förmlichen »Monomania metamorphoseos« auf. — Krankheitsgefühl ist überhaupt in den Depressionsstadien des circulären Irreseins häufig vorhanden und Fälle von einfacher, ächter Hypochondrie während derselben mögen öfter vorkommen. In den maniakalischen Stadien tritt es fast stets zurück, wenngleich nicht allen Fällen. So waren in der heftigen Agitationsperiode, in welche jener heute zuerst erwähnte Kranke <sup>1)</sup> nach 24jähriger Dauer der cyclischen Geistesstörung verfiel, hypochondrische Vorstellungen die einzigen, die aus der Ideenflucht immer wieder hervortraten.

Die beiden oben mitgetheilten Fälle sind aber noch dadurch interessant, dass hier der Wahnsinn ohne Hallucinationen aufgetreten ist. — Ueber deren Häufigkeit in der cyclischen Alienation sind die Beobachter nicht einig. Während die Einen sie hier nie gesehen haben wollen, glaubt *Meyer*, dass sie häufige Begleiter des circulären Irreseins seien und in den hochgradigen Agitationszuständen desselben nie fehlten <sup>2)</sup>. — Nur bei einem meiner Kranken, einem Fall von sonst rein regulatorischem Character, wurden solche überhaupt — und zwar während der maniakalischen Periode — beobachtet. Damit ist nun freilich nicht bewiesen, dass sie nicht auch bei Andern vorhanden waren. Aber für sehr wahrscheinlich halte ich das keineswegs. Nur selten hört man überhaupt genesene Tobsüchtige von Hallucinationen berichten, deren Vorhandensein nicht auch schon

1) s. oben p. 21.

2) a. a. O. p. 145, 154.

während der Krankheit selber bemerkt worden wäre, und ich habe keinen Grund anzunehmen, dass sich unsere Kranken darin anders verhalten. Auf alle Fälle beweist die Thatsache, dass ein Kranker sich hartnäckig entkleidet, dass er seine Kleider und Bettstücke zerreisst und umherwirft, Fenster und Möbel zerschlägt, dass er lacht, schreit und singt, an sich Nichts für den Wahn, dass er es mit fremden Wesen zu thun habe<sup>1)</sup>. — Eher mögen Hallucinationen beim Stupor verborgen bleiben. Indess scheint mir auch dies — wenigstens für die Fälle, wo die Kranken noch mittheilsam bleiben — nicht besonders wahrscheinlich.

Fassen wir zum Schlusse noch die körperlichen Störungen ins Auge, welche mit dem cyclischen Irresein einher zu gehen pflegen.

Zunächst finde ich mit *Meyer* im Kopfschmerz eine nicht seltene Begleiterscheinung der stuporösen Stadien. Doch ist er weder constant, noch auch auf den Stupor beschränkt. — In mehreren Fällen zeigten sich auch Kopfcongestionen während der Depression und zwar in einem Fall von ganz exquisiter Intensität. Auch in den Erregungsstadien kommen natürlich solche nicht selten vor. — Wiederholt traten ferner in der Depressionsperiode die auch von *Meyer* erwähnten Schmerzen in den Gliedern (den Schultern etc.) auf. — Die Herzaction ist in den meisten Fällen in beiden Stadien schwach, der Puls klein. Ausgedehnte sphygmographische Untersuchungen desselben, insbesondere über der Carotis, wären wünschenswerth. — Die Menstruation erschien bei beiden weiblichen Patienten ohne Rücksicht auf die Periode der Krankheit unregelmässig: sie setzte bald aus, bald trat sie zu häufig oder zu stark ein.

Ueber das Verhalten der Körperernährung in der circulären Geistesstörung hat *Meyer* bemerkenswerthe Angaben gemacht<sup>2)</sup>. Nach unseren Anschauungen von derselben ist von vornherein nicht anzunehmen, dass das Gesetz, wonach das Körpergewicht in frisch — sei es primär, sei es secundär — aufgetretenen (nicht cyclischen) Anfällen von Manie und Stupor vor der Acme abzunehmen pflegt, um in der Reconvalescenz wieder anzusteigen, auch für die einzelnen Stadien des cyclischen Irreseins seine Geltung behalten werde. Uns stellen die Besserungen und Genesungen während derselben keinerlei Abnahme der Erkrankung dar. Dagegen sollte man allerdings erwarten, dass caeteris paribus ein Zustand wie der der maniakalischen

1) *Meyer* a. a. O. p. 154.

2) a. a. O. p. 155 ff.

Periode mit seiner motorischen Unruhe und seiner nicht seltenen Schlaflosigkeit, einen ganz anderen Stoffverbrauch bedingen müsste, als der stuporöse. Dem gegenüber sind die Beobachtungen *Meyer's* höchst merkwürdig. Er sah in vier darauf genauer untersuchten Fällen jedesmal gerade das Umgekehrte: das Körpergewicht erfuhr mit dem Beginn der maniakalischen Erregung eine bedeutende Steigerung, selbst bis zu 3—4 Pfund in der Woche; beim Schluss derselben begann es langsam, mit dem Eintritt der Depression rasch abzunehmen, um gegen Ende der letzteren zunächst allmählich und mit dem Beginn der Agitation wiederum rapide anzusteigen. Dem entsprechend magerten die Kranken mit dem Anfang der Depression rasch ab, erschienen runzlich, gealtert und verfallen, ihre Haut trocken <sup>1)</sup>, während sie in der Erregung eine ungewöhnliche Körperfülle zeigten und durch den Schwund der Runzeln und frische Färbung der Haut um viele Jahre jünger aussahen, als sie wirklich waren <sup>2)</sup>. Er schliesst daraus, dass die maniakalischen Anfälle der circulären Alienation als eine wirkliche »Trophoneurose« aufzufassen seien. — Ich halte diesen Schluss nicht für gerechtfertigt. Die Kranken befanden sich in beiden Stadien unter zu verschiedenen Bedingungen. *Meyer* selbst fand, dass während der Retardationsperiode die Ernährung der unthätigen Kranken eine besondere Sorgfalt und Ausdauer erheische, »ohne diese würde sich sicher öfter völlige Abstinenz einstellen« <sup>3)</sup>, — dass umgekehrt die Kranken während der Agitationsperiode die verschiedensten Speisen in grossen Quantitäten assen und sie vortrefflich vertrugen <sup>4)</sup>. — *Meyer* hat den daraus sich ergebenden Einwand gegen seine Anschauung sich selbst vorgelegt. Doch hält er ihn für wenig zutreffend. »Bei einiger Ueberwachung« hätten die Kranken während der Depression »von jeder Mahlzeit« zu sich genommen und zwar meist in einer »den Umständen nach« durchaus befriedigenden Quantität, hätten dabei in grosser Ruhe verharret, während im maniakalischen Anfall der (im vorausgegangenen Stadium häufige) Schlaf sehr beschränkt und der Kranke in seinem wachen Zustand kaum einen Augenblick ruhig gewesen sei. »Meines Erachtens«, fügt er bei, »müsste die stete Agitation allein

1) a. a. O. p. 158.

2) a. a. O. p. 157. *Meyer* erzählt, dass selbst Grauköpfen pigmentirtes Haar nachgewachsen sei, dass kahle Stellen des Schädels sich mit jungem Haarwuchs bedeckt hätten u. dgl. In den mir bekannten Fällen ist dem Aehnliches nicht beobachtet worden.

3) a. a. O. p. 146.

4) a. a. O. p. 158.

die erhöhte Nahrungsaufnahme mehr als compensiren«. — Mir scheint diese Beweisführung nicht einwurfsfrei: ich vermisse dazu vor Allem genauere quantitative Anhaltspunkte über die wirkliche Nahrungsaufnahme der Kranken in den beiden Perioden. Jene Patienten, die nicht völlig abstiniren, sondern auf Zureden von jeder Mahlzeit so viel nehmen, dass man sich — den Umständen nach — für befriedigt erklärt, gehören überhaupt zu den allerfatalsten: man entschliesst sich nur schwer zu energischen Zwangsmassregeln und doch kommt es ohne solche so sehr häufig zu mehr oder weniger rascher Inanition. Greift man in solchen Fällen alsbald zur Schlundröhre, so kann man, wie ich das wiederholt erfahren habe, durch Einführung genügenden Nahrungsmaterials der Rapidität der Gewichtsabnahme und hie und da sogar dieser selbst Einhalt thun. — Wie überaus rasch andererseits bei reichlicher Nahrungsaufnahme der Stoffansatz nach absoluter oder relativer Abstinenz geschieht, ist ohnedies bekannt. —

Ich vermisse aber zur Sicherstellung des oben erwähnten Schlusses noch die Entkräftung eines weiteren Einwandes, den ich bei *Meyer* nicht berücksichtigt finde. Er knüpft sich an den Zustand der Verdauung in beiden Stadien. *Meyer* selbst bezeichnet »Schwäche und Trägheit der Verdauung« als »regelmässige Begleiter« des Depressionszustandes, mit dessen Beginn sich »sofort Appetitlosigkeit und hartnäckige Obstruction« einstellen <sup>1)</sup>, während im maniakalischen Stadium der Stuhlgang »überaus regelmässig, die Verdauung überhaupt sehr kräftig« zu sein pflege <sup>2)</sup>. — Beides ist im Allgemeinen richtig, wenn es auch nach meinen Erfahrungen vielfache Ausnahmen erleidet. Gastrische Beschwerden können nämlich auch in der Agitation vorkommen und in der Depression fehlen. Und ich will hier gleich bemerken, dass es sich mit dem Mangel und der Unregelmässigkeit des Schlafes ähnlich verhält: sie kommen nicht nur in der maniakalischen, sondern auch in der stuporösen Periode vor. — Demgemäss zeigt denn auch die Zu- oder Abnahme des Körpergewichts bei meinen Kranken in den verschiedenen Stadien keinerlei Regelmässigkeit: beide Phänomene können sowohl in dem tob-süchtigen, wie im stuporösen Stadium auftreten. Ob es jeweils zu dem einen oder zu dem andern kommt, das hängt — wie sich mit seltenen Ausnahmen nachweisen liess — von der Sorgfalt der Ernährung, von der Beschaffenheit der Verdauung, von der des Schlafes und von dem Grade der motorischen Unruhe ab. Um den Einfluss der drei letztgenannten Momente zu studiren, hätte man sich an

1) a. a. O. p. 148.

2) a. a. O. p. 158.



Fälle zu halten, wo sich die Nahrungsaufnahme in beiden Stadien wirklich beiläufig gleich bleibt. Mir selbst sind derartige Fälle nicht vorgekommen. *Ripping* hat solche beobachtet und seiner gütigen Mittheilung verdanke ich die Angabe, dass hier das Körpergewicht mit der Agitation abzunehmen, in der Depression zuzunehmen pflegt. Die Abnahme kann während der Dauer des maniakalischen Stadiums bis zu fünfzig Pfund betragen! — Damit bieten aber die Ernährungsverhältnisse in der cyclischen Alienation zunächst nichts Bemerkenswerthes dar.

Ich bin am Schluss meines Vortrags. Keines der angeblich charakteristischen Merkmale der Manie und des Stupor in der circulären Geistesstörung hat unserer auf sorgfältige Beobachtung gestützten Kritik Stand gehalten. Wir kennen in der That z. Z. kein Kriterium, das den einzelnen maniakalischen oder stuporösen Anfall des cyclischen Irreseins von den gewöhnlichen Anfällen nicht cyclischer Manie und nicht cyclischen Stupors unterschiede. Ob circuläre Geistesstörung vorliegt, entscheidet blos der Verlauf. Ich wiederhole in dieser Beziehung das, was ich Ihnen bereits in der vorigen Sitzung erörtert habe: Folgt auf einen Anfall von Manie oder Stupor ein Reactionsstadium von beiläufig gleicher oder von steigender Intensität und Dauer, dann kann ein Weitergehen in Form cyclischer Geistesstörung vermuthet werden. Diese ist anzunehmen, wenn darauf wiederum ein dem ursprünglichen Anfall an Beschaffenheit und Stärke wesentlich gleiches zweites Reactionsstadium auftritt. — Vollkommene Gewissheit erhält man natürlich nach Ablauf eines zweiten Cyclus von einer dem ersten beiläufig gleichen Intensität und Beschaffenheit.