

Die spezielle Pathologie und Therapie des Irreseins.

Die Klassifikation der Psychosen.

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

symptomatisch definirte „Krankheiten“ friedlich neben einander bestehen.

Die grössten Hoffnungen für den Fortschritt in dieser Richtung pflegt man gewöhnlich auf die pathologische Anatomie zu setzen, die uns über das wahre Wesen der einzelnen Störungen aufzuklären berufen sein soll. Allein die grosse Mehrzahl der Geisteskrankheiten dürfte wesentlich auf funktionellen, d. h. auf solchen Veränderungen beruhen, die der anatomischen Forschung, wenn man von etwaigen mikrochemischen Fortschritten absieht, immer unzugänglich bleiben müssen. Wenn wir selbst einen neuralgischen Nerven anatomisch nicht von einem gesunden zu unterscheiden vermögen, wie viel weniger können wir daran denken, etwa einen „Befund“ bei der Verrücktheit festzustellen! Aber angenommen selbst, dass es gelänge, hier konstante Strukturveränderungen aufzufinden, so würden dieselben einen wirklichen Werth doch erst durch die Beziehung auf die gleichzeitig beobachteten Funktionsstörungen gewinnen. Sehr deutlich macht sich dieses Desiderat geltend bei derjenigen Psychose, deren pathologisch-anatomische Grundlagen uns wenigstens in der Hauptsache bereits bekannt sind, bei der *Dementia paralytica*. Ein tieferes Verständniss der psychischen Erscheinungen ist uns durch dieselben nur in sehr beschränktem Masse geliefert worden; es bleibt einstweilen immer noch recht unklar, in welcher Weise der Grössenwahn, die melancholischen und hypochondrischen Ideen, ja genau genommen, auch die Kritikalosigkeit aus dem anatomischen Befunde zu erklären ist. Die bisherigen Versuche einer pathologisch-anatomischen Klassifikation der Geistesstörungen sind daher auch sämmtlich gescheitert.

Aehnliche Einwände lassen sich gegen den Versuch einer ätiologischen und einer symptomatischen Einteilung der Psychosen vorbringen. Allerdings giebt es Ursachen, die dem klinischen Krankheitsbilde, welches sie erzeugen, gewisse charakteristische Merkmale verleihen und somit einen Rückschluss auf die Entstehungsgeschichte desselben gestatten. Der grossen Mehrzahl nach haben indessen die Ursachen des Irreseins einen sehr verschiedenen Effekt,

sowol nach der Dauer und Intensität ihres Einwirkens, als auch nach der Konstitution des Organismus, den sie treffen; sie wirken ferner selten einzeln, meist in Verbindung, so dass sich der kausale Zusammenhang der einzelnen Erscheinungen fast niemals mit jener Klarheit durchschauen lässt, wie etwa bei dem Verlaufe einer Infektionskrankheit.

Am klarsten sind jedenfalls die Beziehungen, welche zwischen der organisch bedingten Funktionsstörung und den klinischen Erscheinungen bestehen. Diese letzteren sind daher auch am häufigsten zur Grundlage einer Gruppierung der Psychosen gewählt worden. Allerdings besteht hier die Schwierigkeit, durch Abtrennung der wesentlichen Symptome von dem Nebensächlichen, welches wir in den empirischen Krankheitsbildern vorfinden, die gemeinsamen Grundzüge zu gewinnen, welche als Eintheilungsprinzip verwerthet werden können. Wenn auch diese Forderung einstweilen nur in entfernter Annäherung erfüllt werden kann, so gestattet doch die klinisch-symptomatische Betrachtungsweise noch am ungezwungensten, die verschiedenen Formenkreise des Irreseins zu gruppieren. Auch wir werden uns daher im Nachfolgenden von ihr leiten lassen, indem wir uns so viel wie möglich an die allgemein gebräuchliche Terminologie anschliessen. Nur sei hier nochmals betont, dass auch dieses Prinzip der Klassifikation ein durchaus unvollkommenes ist und seine grossen Mängel hat. Was es uns bietet, sind nicht etwa Krankheiten, sondern lediglich Symptomenkomplexe. Eine tiefere pathologische Begründung werden diese letzteren erst dann gewinnen, wenn es gelingt, ihre gesetzmässige Abhängigkeit von krankhaften Störungen der Hirnfunktionen im Einzelnen nachzuweisen.

I. Depressionszustände.

Als erste klinische Gruppe von Psychosen können wir die Depressionszustände bezeichnen. Den gemeinsamen Grundzug derselben bildet die Beherrschung des Stimmungshintergrundes durch das Unlustgefühl des psychischen Schmerzes, der seinen Einfluss sowohl auf das Vorstellungsleben, wie auf das Gebiet des Handelns geltend macht. In der Regel kommt es nicht zur Entwicklung von Affekten mit heftigeren psychomotorischen Reaktionen, sondern es bleibt bei jener Gebundenheit und Behinderung aller psychischen Vorgänge, welche schon die normale „Verstimmung“ zu charakterisieren pflegt. Die hierher gehörigen Krankheitsbilder tragen den gemeinschaftlichen Namen der Melancholie.*)

A. Melancholia simplex.

Die einfachsten Formen der psychischen Depression (Melancholia simplex) gehen ohne scharfe Grenze in die Zustände der inneren Unzufriedenheit und üblen Laune über, die man häufig genug ohne irgend ein oder doch ohne genügendes Motiv namentlich bei nervösen, geistig zu sehr angestrengten Menschen beobachtet. In seiner krankhaften Ausbildung gewinnt das Gefühl des Unbefriedigtseins, des Unbehagens, der allgemeinen Misère eine solche Stärke, dass es die Stimmung dauernd beherrscht und jede freiere,

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

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

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

In schweren Erkrankungsfällen bleibt nicht nur die Lustbetonung gewohnter Genüsse und herzlicher Beziehungen

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

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

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

mehr die subjektive krankhafte Gefühlsreaktion von den wirklich gegebenen Verhältnissen zu trennen; er beginnt die Welt „mit andern Augen“ und zwar durch eine „schwarze Brille“ anzusehen, ohne sich in seiner Auffassung der Dinge von diesen in seiner eigenen Stimmung gelegenen Fehlerquellen frei machen zu können. Wie der Verstimmte nur Schatten und düstere Bilder vor sich sieht, wo ihm in glücklichen Stunden Alles sonnig hell und heiter zu sein schien, so erhalten auch hier alle Eindrücke einen pessimistischen und nihilistischen Zug. Das Dasein erscheint dem Kranken freudlos und nicht lebenswerth, die Freuden desselben abgeschmackt und trügerisch, die Vergangenheit inhaltsleer, die Gegenwart unerträglich, die Zukunft finster und trostlos. Anfangs und in leichteren Fällen wird diese düstere Auffassung noch aus der eigenen Verstimmung heraus motivirt; es besteht Krankheitseinsicht. In der Regel jedoch wird die Kritik von den übermächtigen Gefühlsschwankungen überwältigt und die krankhafte Veränderung in die Aussenwelt hinausgetragen; es scheint nicht nur Alles so trübe und öde zu sein, sondern es ist wirklich so. Eine weitere Ausbildung dieser Störung der Intelligenz kann dann zur Entstehung förmlicher Wahnideen und einer systematischen Verfälschung der äusseren Erfahrung Veranlassung geben.

Der allgemeine depressive Grundton der Stimmung ist während der Krankheit meist stationär. Im Beginne derselben, bevor die Gefühlsalteration sich zu ihrer Höhe entwickelt hat, macht sich regelmässig eine erhöhte Reizbarkeit und Launenhaftigkeit geltend, die oft noch als normale Erscheinung betrachtet wird, bis dann die dauernde unmotivirte Depression stärker und stärker hervortritt. Auch später aber, wenn die psychische Hyperalgesie, die krankhafte Schmerzreaktion auf äussere Anregungen zur Ausbildung gelangt ist, kommt es bisweilen zu heftigen affektartigen Gefühlsschwankungen. Hier wird gewissermaassen durch das Uebermaass der schmerzlichen Spannung die psychische Hemmung gewaltsam durchbrochen und so ein Umsatz der Unlusterregung in Ausbrüche leidenschaftlicher Bewegung herbeigeführt.

Abgesehen von diesen impulsiven Reaktionen auf der Höhe des psychischen Schmerzes trägt auch das Handeln des Kranken in gleicher Weise, wie der Vorstellungsverlauf regelmässig den Charakter der Gebundenheit und Unfreiheit. Er ist nicht im Stande, sich aufzuraffen und die mühsam gefassten Entschlüsse auszuführen; die innere Unlust hat in ihm Muth und Freudigkeit zu thatkräftigem Schaffen unterdrückt. An Stelle der früheren Regsamkeit tritt immer mehr eine unüberwindliche Schlahheit und Energielosigkeit hervor, die den Kranken zu jeder dauernden Anstrengung unfähig macht. Er kommt mit seinen Bestrebungen langsam oder gar nicht vorwärts, fängt immer von Neuem an, ohne irgend etwas fertig zu bringen, und sitzt vielleicht Stunden oder Tage lang in dumpfem Hinbrüten da, die Hände in den Schooss gelegt. Die nothwendigsten Geschäfte und Pflichten werden von ihm verabsäumt, weil er nicht Initiative genug besitzt, um die psychische Hemmung zu überwinden; jede Nöthigung zu aktiver Anstrengung wird eine Quelle intensiver Unlustgefühle. Mit dem Aufgebote seiner ganzen psychischen Kräfte gelingt es ihm vielleicht noch, die zwingendsten Berufsarbeiten zu verrichten, aber er beginnt wenigstens das Nebensächliche zu vernachlässigen. Die Sorge für sein Aeusseres, für Kleidung und Toilette, tritt gänzlich zurück, ein Umstand, der namentlich bei weiblichen Patienten sehr auffallend wird. Unordentliche Frisuren, abgerissene Knöpfe, unbeachtet gebliebene Flecken und Defekte an der Kleidung lassen den Verlust des Interesses für diese sonst vielleicht sehr gepflegten Aeusserlichkeiten und den Mangel an Energie zur Beseitigung der Nachlässigkeiten oft recht charakteristisch hervortreten.

Auch die einzelnen Bewegungen geschehen meist langsam und ohne Kraft; die Sprache ist häufig leise und zögernd, und selbst in der ganzen Haltung des Körpers kommt die Abwesenheit der elastischen Spannung, das schlaife Bedürfniss nach möglichster Ruhe und stabilem Gleichgewichte zum Ausdruck. In einzelnen Fällen bildet sich dasselbe zu einer förmlichen „Bettsucht“ aus; die Kranken bleiben in völliger psychischer Unfähigkeit zu den

gewöhnlichsten Verrichtungen unthätig und schlaflos halbe und ganze Tage im Bette liegen, ohne sich zum Aufstehen oder zu irgend einer selbständigen Handlung entschliessen zu können. Begreiflicher Weise leidet unter dieser Energielosigkeit auch die Befriedigung des Nahrungsbedürfnisses. Wo nicht eine aufmerksame Pflege für das regelmässige Einhalten der Mahlzeiten Sorge trägt, fängt der Kranke sehr bald an, sein körperliches Wohl gänzlich zu vernachlässigen, da der natürliche Trieb des Hungers von der krankhaften Verstimmung übertönt wird und in Folge der sich einstellenden Verdauungsstörungen sehr bald gänzlich schweigt.

In den höchsten Graden dieser motorischen Gebundenheit wird jede Lageveränderung, auch die passive, sogar direkt von starken Unlustgefühlen begleitet. Der Kranke fürchtet sich davor, das Zimmer zu verlassen, aufzustehen, sich zu setzen, zu legen, zu essen, und entschliesst sich nur zögernd und auf vieles Zureden zu irgend welchem Handeln. Versuche zu aktiver Beeinflussung stossen meist auf ein leichtes, aber rasch wachsendes Widerstreben, welches alle derartigen Bemühungen resultatlos und geradezu schädlich erscheinen lässt. Sehr unangenehm wird diese Störung, wenn sie die Kranken daran verhindert, sich Abends ins Bett zu legen, sich an- und auszukleiden und ihre Nahrung zu sich zu nehmen.

Einen eigenthümlichen Kontrast zu der sonstigen Energielosigkeit der Melancholiker bildet die nicht selten beobachtete Hartnäckigkeit, mit der sie an der Ausführung gewisser krankhafter Pläne, namentlich des Selbstmordes, festhalten. Diese Erscheinung wird einigermaassen erklärlich, wenn man bedenkt, dass die Unfähigkeit zu thatkräftigem Handeln hier nicht aus dem Mangel an Motiven, sondern aus der Unterdrückung der gesunden Motive durch die hemmenden Unlustgefühle hervorgeht. Jene Strebungen dagegen, die in diesen Unlustgefühlen selbst ihre Wurzel haben, können daher leicht eine dauernde und unwiderstehliche Macht über den Willen des Kranken erlangen. Das Gefühl der inneren Verödung und Verarmung, der Blick in eine vermeintlich finstere und

trostlose Zukunft, die Unerträglichkeit des gegenwärtigen Zustandes, lassen den Wunsch der Vernichtung des Daseins mit wachsender Gewalt in das Bewusstsein treten und spornen Intelligenz und Energie zu den äussersten Anstrengungen an, um die Erfüllung desselben um jeden Preis zu erzwingen. Je besonnener und relativ freier der Kranke ist, desto grösser natürlich die Gefahr, dass es ihm gelingt, seinen Zweck zu erreichen. Das Raffinement, mit welchem er trotz sorgfältigster Ueberwachung die unscheinbarste Gelegenheit auszunutzen weiss, die Fähigkeit zur Dissimulation der krankhaften Verstimmung, um sein einziges Dichten und Trachten besser zur Ausführung bringen zu können, ist bisweilen staunenswerth.

Jeder Melancholiker ist daher als ein äusserst gefährlicher Kranker zu betrachten, um so gefährlicher, wenn ihn seine Intelligenz zur Verstellung und List befähigt. Er kann sich in der Badewanne ertränken, an der Thürklinke, an irgend einer vorspringenden Ecke im Abtritte, ja selbst im Bette (auch in der Zwangsjacke!) stranguliren, Nadeln, Nägel, Glasscherben verschlucken, sich die Treppe herunterstürzen, den Schädel mit einem schweren Gegenstande zertrümmern, sich aushungern u. s. f. u. s. f. Aber auch für die Umgebung repräsentirt der Melancholiker nicht selten eine grosse Gefahr. Die innere Spannung macht sich bisweilen plötzlich in zwangsmässigen, rücksichtslosen Gewaltakten Luft, die sich häufig genug gegen geliebte Personen richten. Meist folgt denselben das Gefühl der Befreiung von einer schweren Last. Ferner kann die melancholische Verfälschung der gesammten Weltauffassung neben dem Drange zum Selbstmorde auch das Streben erzeugen, Weib und Kind mit umzubringen, um sie vor dem traurigen Schicksale des Daseins, den Gefahren der Verführung, der Gottlosigkeit zu bewahren, und endlich kommt es auch vor, dass derartige Kranke, die den Muth zum Selbstmorde nicht in sich fühlen, eine Gewaltthat begehen, um durch richterlichen Urtheilspruch sicher des Todes theilhaftig zu werden.

Parallel mit diesen krankhaften Veränderungen der höheren psychischen Funktionen, die in verschiedenen

Variationen den gemeinsamen Grundzug der depressiven Verstimmung erkennen lassen, gehen eine Reihe von elementaren nervösen Störungen, welche auf eine allgemeinere Beeinträchtigung der Centralorgane hindeuten. Der Schlaf des Melancholikers ist regelmässig sehr schlecht, unruhig, leise, von lebhaften, unangenehmen und quälenden Träumen begleitet. Trotzdem, oder vielmehr gerade deshalb besteht ein dauerndes Gefühl der Abspannung, Müdigkeit und Schwere in allen Gliedern, besonders auch im Kopfe, das sich bisweilen zu wirklichen schmerzhaften Sensationen steigert. Selten kommen greifbare nervöse Affektionen, Anästhesien, Hyperästhesien u. dergl. zur Beobachtung; nur wegen der mangelnden Aufmerksamkeit oder wegen psychischer Hyperalgesie erscheint die periphere Empfindlichkeit bisweilen herabgesetzt oder gesteigert. Die Ernährung nimmt nach Ausweis der Körpergewichtskurve stets, auch dort, wo keine Nahrungsverweigerung besteht, im Beginne der Erkrankung rasch ab, um erst mit dem Eintritte der Rekonvalescenz sich wieder zu heben. Der Appetit ist sehr gering oder ganz aufgehoben, die Verdauung träge; sehr häufig findet man äusserst hartnäckige Obstipation. Starker Belag der Zunge und foetor ex ore pflegen diese Störungen zu signalisiren. Die Wärmeproduktion, wie die Wärmeabgabe ist vermindert, die Temperatur häufig dauernd unter der Norm, vielfache Unregelmässigkeiten in ihrer Vertheilung auf die peripheren Körperpartien darbietend. Auch die Organe des Kreislaufs zeigen eine entschiedene Herabsetzung ihrer Energie. Der Puls ist klein, abnorm verlangsamt (in einem Falle meiner Beobachtung bis auf 40 Schlägel!), die Extremitäten sind häufig cyanotisch, kühl (besonders die Füsse), ja es können sogar Oedeme auftreten, die nur in der Cirkulationshemmung ihre Ursache haben und bei der Genesung rasch wieder verschwinden. Seltener werden auch an der Haut die Erscheinungen ungenügender Ernährung, Trockenheit, Sprödigkeit, kleienartige Abschuppung u. s. w. beobachtet.

Die einfachen Formen der melancholischen Verstimmung ohne ausgeprägtere Wahnideen, ohne heftigere Affekte und ohne Bewusstseinstörung gehören zu den häufigsten psychi-

schen Störungen. Sie haben ihre Ursachen meistens in chronischen Ernährungsanomalien, Anämie, Chlorose, ungenügender körperlicher Pflege, oder in anhaltenden depressiven Affekten, Nahrungssorgen, Kummer, bisweilen auch in Ueberanstrengung. Ob ihnen anämische Zustände des Gehirns, passive Hyperämien oder lediglich funktionelle Alterationen der centralen Nervensubstanz zu Grunde liegen, ist fraglich; Sektionsbefunde haben uns bisher über diese Frage keine befriedigende Auskunft gegeben.

Der Verlauf der Psychose ist stets ein chronischer, über eine Anzahl von Monaten, selbst über mehr als ein Jahr sich hinaus erstreckender. Im Anfange wird die krankhafte Natur des Leidens häufig verkannt und die Verstimmung, die Reizbarkeit und Arbeitsunfähigkeit, namentlich bei jugendlichen Individuen, nicht selten als sich entwickelnder Charakterfehler betrachtet, gegen den man mit pädagogischen und moralisirenden Eingriffen einschreiten zu müssen glaubt, bis sich der Ernst und die wahre Bedeutung der Situation durch das stärkere Hervortreten der krankhaften Erscheinungen, einen plötzlichen Selbstmordversuch oder dergleichen kundgiebt. Neben der trüben Stimmung gehören Schlaflosigkeit und mangelnde Esslust mit zu den regelmässigsten Begleiterscheinungen schon der ersten Krankheitsperiode. Der weitere Verlauf ist gewöhnlich kein ganz gleichmässiger, sondern pflegt vielfache Schwankungen, Verschlechterungen und Besserungen, darzubieten, über deren Bestand man sich keinen zu sanguinischen Hoffnungen hingeben darf. Sehr häufig findet sich ein Nachlass der Krankheitserscheinungen gegen Abend, während am Morgen im Anschlusse an unruhige, mit schreckhaften Träumen erfüllte Nächte die Verstimmung in verstärktem Maasse wiederkehrt. Auch ein ziemlich regelmässiger periodischer Wechsel zwischen schlimmeren und besseren Zeiten wird beobachtet; ich sah einen Kranken in der Rekonvalescenz von einer sehr schweren Melancholie Monate lang einen Tag um den andern eine sehr bedeutende Remission darbieten, während an den zwischenliegenden Tagen die Krankheitssymptome ihn noch vollständig beherrschten. Mit der fortschreitenden Genesung verwischte sich dieser Typus.

Das allmähliche Schwinden der Krankheit nach vielfachen Remissionen und Exacerbationen ist durchaus die Regel; plötzlichen, im Verlaufe weniger Tage eintretenden „Heilungen“ bei dieser Form der Melancholie ist niemals ganz zu trauen; sie bedeuten nicht selten das Umschlagen der depressiven in eine heitere Verstimmung. Einen sehr guten Anhaltspunkt für die prognostische Beurtheilung der Veränderungen im psychischen Krankheitsbilde giebt das Verhalten des Körpergewichtes an die Hand. Stetiges, wenn auch noch nicht sehr rasches Ansteigen desselben deutet mit Entschiedenheit auf die bevorstehende Rekonvalescenz hin, wenn nicht etwa die Zeichen einer beginnenden Verblödung (Auftreten absurder Wahnideen, Urtheilsschwäche) sich geltend machen. Im günstigen Falle bessern sich nach und nach Schlaf und Verdauung; die Nachlässe der Depression werden anhaltender und ausgiebiger, wenn auch noch einzelne schlechte Tage (in Folge einer unruhigen Nacht, Verdauungsstörung, psychischen Aufregung) dazwischen vorkommen. Namentlich die Rückkehr des Interesses für die gewohnten Beschäftigungen ist als ein Zeichen von sehr guter Vorbedeutung zu betrachten. Die Krankheitseinsicht, wenn sie auf der Höhe bisweilen getrübt war, kehrt jetzt dauernd zurück und macht den Patienten, der früher vielleicht häufig widerstrebend und gereizt gewesen war, dankbar und gehorsam. Ist das krankhafte Unlustgefühl und die innere Spannung gänzlich in Lösung begriffen, dann tritt sehr gewöhnlich ein erhöhtes, reaktives Wohlgefühl bei dem Rekonvaleszenten hervor. Gleichwol besteht immer noch für einige Zeit eine leichtere Ermüdbarkeit und eine vermehrte Empfindlichkeit gegen äussere Schädlichkeiten, besonders Affekte, Ueberanstrengungen, Excesse, welche vorübergehende Verschlimmerungen nach sich ziehen können, bis sich im Laufe der Wochen und Monate auch diese Störung vollkommen ausgleicht.

Die Prognose der einfachen Melancholie ist im Allgemeinen eine recht günstige; selbst jahrelange Dauer derselben schliesst die Hoffnung auf Genesung nicht aus, wenn nicht inzwischen anderweitige Krankheitssymptome zur Ent-

wicklung gelangt sind, die auf eine tiefere Affektion hindeuten. Für die Beurtheilung dieses Punktes ist es von grosser Wichtigkeit, die hier besprochene Psychose nicht mit den melancholischen Verstimmungen zu verwechseln, welche als einleitendes Stadium anderer Geistesstörungen, der primären Verrücktheit, der Dementia paralytica, der Manie auftreten können. Meist lässt hier die Beobachtung des Verlaufes sehr bald die charakteristischen Züge der folgenden Erkrankungen wenigstens andeutungsweise erkennen. Sehr beeinträchtigt wird die Prognose durch das Bestehen einer psychopathischen Disposition, namentlich wenn dieselbe sich schon von vornherein als ein gewisser Grad von psychischer Schwäche kundgibt. Allerdings pflegt es in solchen Fällen überhaupt nicht bei den einfachen Formen der Melancholie zu bleiben. Eine weitere Gefahr für den Ausgang des Leidens wird durch die Möglichkeit eines Selbstmordes oder der Erschöpfung in Folge von anhaltender Schlaflosigkeit und Nahrungsverweigerung gebildet. Hochgradige, länger dauernde Apathie begünstigt auch erfahrungsgemäss die Entwicklung der Phthise.

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

Eine weitere Aufgabe der Behandlung ist die Sorge für eine gute, kräftige Ernährung. Der Kranke wird

regelmässig zum Essen angehalten; die Appetitlosigkeit und Verdauungsträgheit wird durch milde Laxantien, Klystiere, sowie durch passende Auswahl der Speisen bekämpft. Meist gelingt es besser, in häufiger Wiederholung je kleinere Mengen von Nahrung zuzuführen, als die kopiöseren Hauptmahlzeiten einzuhalten. Geduld und Beachtung der Wünsche des Kranken vermag hier sehr viel zu erreichen. Nur in sehr seltenen Fällen wird man bei hartnäckiger Sitophobie zur künstlichen Ernährung zu greifen haben; die besonnenen Kranken geben den als nutzlos erkannten Widerstand meist bald auf.

Von grösster Wichtigkeit ist die Regelung des Schlafes, deren Einwirkung auf den psychischen Allgemeinzustand oft sehr prägnant hervortritt. Bei der langen Dauer der Krankheit ist jedoch von der Anwendung der medikamentösen Mittel nicht so sehr viel zu erwarten, da sie nicht lange hintereinander fortgegeben werden können; höchstens empfiehlt sich vorübergehend ein Versuch mit Chloralhydrat, bisweilen vortheilhaft in Verbindung mit Morphinum. Vorzuziehen sind die diätetischen Schlafmittel, abendliche verlängerte Bäder (von 33—34°) und Priessnitzsche Einpackungen, endlich Spirituosen, namentlich Bier. Auch regelmässige Spaziergänge im Freien, wenn nicht Bettruhe nöthig ist, wirken schlafbefördernd, doch ist dabei jede Ueberanstrengung zu vermeiden, da sie den entgegengesetzten Erfolg zu haben pflegt.

Ausser diesen Maassnahmen wird auch in den mildesten Formen der Erkrankung unumgänglich nothwendig eine sorgfältige Ueberwachung. Sobald die geringsten Anzeichen von Selbstmordneigung hervortreten, ist die Verbringung in eine zuverlässige Irrenanstalt (nicht sogen. „offene“ Kuranstalt) dringend geboten. 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 Rekonvaleszenz hinein fort-

zusetzen, da oft unvorhergesehene Verschlechterungen mit Wiedererwachen der krankhaften Triebe vorkommen und die Besserung bisweilen nur scheinbar, durch Dissimulation erzielt und zur Täuschung der Umgebung bestimmt ist.

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

B. Melancholie mit Wahnideen.

Dem im Vorstehenden entworfenen Krankheitsbilde der einfachen Melancholie schliesst sich gewissermassen als eine höhere pathologische Entwicklungsstufe ohne scharfe Abgrenzung dasjenige der Melancholie mit Wahnideen an. Es wurde bereits angedeutet, dass die Alterationen des Gemüthslebens nicht ohne Einfluss auf die intellektuellen Operationen bleiben können, dass die Auffassung der Aussenwelt durch sie ihre eigenthümliche Färbung erhält. Unter besonderen Umständen gewinnt diese Störung eine solche Ausdehnung, dass sie zur entschiedenen wahnhaften Verfälschung des Bewusstseinsinhaltes führt. Regelmässig haben die Wahnideen den gleichen depressiven Charakter, wie die herrschende Verstimmung; ihre inhaltliche Ausbildung im Einzelnen dagegen bietet verschiedene Richtungen dar. Meist handelt es sich dabei um die Interpretation äusserer Eindrücke oder innerer Zustände im Sinne der Krankheit („Erklärungsversuch“ Griesinger's); seltener äussert sich der centrale Erregungszustand in wirklichen Sinnestäuschungen, die ihren Zusammenhang mit dem Vorstellungsverlaufe durch ihren gleichfalls melancholischen Inhalt verrathen. Endlich tauchen unter dem Einflusse der gemüthlichen Verstimmung auch selbständig auf associativem Wege im Bewusstsein depressive Ideen zunächst als Ahnungen, Vermuthungen auf, die aber auf dem günstigen Boden und bei der Unfähigkeit zu ruhiger Kritik für das erkrankte Subjekt sogleich den Charakter der objektiven Gewissheit gewinnen.

Die einfachste Form der Wahnideen ist die Befürchtung eines grossen Unglücks, einer bevorstehenden, nicht näher zu beschreibenden Katastrophe. Dieselbe lehnt sich ganz an die „Ahnungen“ des gesunden Zustandes an; nur zeigt sie meist eine detaillirtere Ausbildung und erlangt rasch die Herrschaft über den Bewusstseinsinhalt. Der Patient fürchtet, schwer krank zu werden, zu verarmen, hat daher kein Geld, um das Essen zu bezahlen, glaubt plötzlich, dass seiner Frau, seinen Kindern irgend etwas

Schreckliches zugestossen, dass sein Haus abgebrannt sei, dass der Weltuntergang bevorstehe und Aehnliches. Schon die geringsten äusseren Anlässe genügen, um auf dem krankhaften Stimmungshintergrunde derartige depressive Ideen entstehen und sich befestigen zu lassen.

Die Wahrnehmung der wachsenden Arbeitsunfähigkeit und Energielosigkeit giebt den Wahndeeen einen hypochondrischen Charakter; es entsteht ein intensives Krankheitsgefühl, welches durch die Empfindung der Schwere in allen Gliedern und verschiedenartige Parästhesien andauernd unterhalten wird. Jede von dem Kranken bemerkte Zustandsveränderung wird in dem allerschwärzesten Sinne von ihm ausgelegt. In den leichteren Fällen beziehen sich die Befürchtungen nur auf die wirklich vorhandene Psychose; er glaubt, nie wieder von derselben genesen, nie wieder froh werden zu können. Bisweilen aber fehlt die Einsicht in die Krankhaftigkeit der Verstimmung, und diese letztere selbst wird motivirt durch den Hinweis auf die schrecklichen und unheilbaren Leiden, die sich im Körper entwickelt haben (Rückenmarksschwindsucht, Gehirnerweichung, Darmverschlingung, lebendige Thiere im Leibe u. Aehnliches). Dem gleichen Ideenkreise gehören die schon auf erhebliche psychische Schwäche hindeutenden Vorstellungen, besessen, behext, in ein Thier verwandelt, ganz klein zusammengeschrumpft, gestorben zu sein u. s. f.

Häufiger ist der Versündigungswahn. Das Gefühl der inneren Leere erzeugt die Idee der moralischen Verschlechterung. Der Kranke hat kein Herz mehr für seine Angehörigen, für seine früheren Interessen und glaubt daher sittlich verkommen zu sein, nennt sich in pessimistischer Selbstkritik ein herzloses, von Gott mit Recht verlassenes Geschöpf. Mit der skrupulösesten Spitzfindigkeit werden die eigenen früheren Handlungen im Sinne der herrschenden Selbstverachtung analysirt und aus ihnen das immer gleiche, vernichtende Resultat abgeleitet, dass sie alle von Eigennutz und sündhaften Motiven diktiert gewesen seien. Die Krankheitseinsicht fehlt dabei gänzlich; vielmehr wird die vorhandene innerliche Verödung als die natürliche Consequenz der eigenen Schlechtigkeit hingestellt. Eine wiederholt in

dieser Weise erkrankte Dame bezeichnete während des melancholischen Anfalls stets diese krankhaften Zeiten als die eigentlich gesunden und die dazwischen liegenden Jahre als Perioden unbegreiflicher Verblendung, bis dann mit der Genesung die wahre Einsicht wiederkehrte. Nicht selten klagen sich Melancholiker selber der schrecklichsten Verbrechen an, die ihnen ihre erregte Phantasie vorführt (Sodomie, Verrath an dem Herrn, Meineid), oder sie erfinden solche Selbstbeschuldigungen, um den auf andere Weise „tausendfach verdienten“ Tod zu finden. Kleinmüthig und verzagt bitten sie beständig um Entschuldigung für vermeintliche Beleidigungen, die sie ihrer Umgebung zugefügt haben, halten sich für zu schlecht und zu niedrig, um essen, Kleider tragen oder sich in ein Bett legen zu dürfen, und machen daher bei jeder Gelegenheit die grössten Schwierigkeiten. Sie verweigern die Nahrung, entkleiden sich, rutschen beständig auf den Knien herum und verbringen die ganze Nacht im Hemde ausser Bett. Als gerechte Strafe für ihre grossen Sünden verlangen sie, sogleich ins Gefängniss geführt, geköpft, verbrannt, in Stücke geschnitten, wilden Thieren vorgeworfen zu werden und nehmen jede Gelegenheit wahr, das Strafgericht an sich vollziehen zu lassen oder auch wol selbst die Welt von ihrer Gegenwart zu befreien, da sie doch zu nichts mehr nütze sind und keine Gnade mehr zu hoffen haben.

Aus diesen Versündigungsideen geht bisweilen der Verfolgungswahn unmittelbar hervor. Die Vorstellung begangenen Unrechtes erzeugt die Erwartung der Strafe, des nahenden Gerichtsdieners, der Henkersknechte, die zur bevorstehenden Hinrichtung schreiten wollen. Aber auch durch Sinnestäuschungen, namentlich nächtliche, können ähnliche Ideen wachgerufen werden. Im wachen Traume gehörte Drohungen, die Verkündigung des Urtheils, die phantastische Wahrnehmung schreckhafter Spukgestalten, schwarzer Teufel, wilder Thiere, lassen dem Kranken sein Schicksal besiegelt erscheinen. Bei Tage sind es vielleicht zischelnde Stimmen, die ihm Schimpf- und Schmähworte zurufen oder feindselige Bemerkungen gegen ihn schleudern; seiner vorurtheilsvollen Auffassung erscheint jede Geberde, jede harm-

lose Aeußerung der Umgebung als eine Bestätigung des in ihm aufgetauchten Argwohns; er glaubt sich überall verhöhnt und verachtet, aus der Gesellschaft ausgestossen und von drohenden Gefahren umgeben. Geschmacks- und Geruchstäuschungen bringen ihn zu der Vermuthung, dass man ihn vergiften oder durch schädliche Dünste ersticken wolle, dass der Teufel bereits in der Nähe sei, um ihn zu holen. Im Essen entdeckt der Kranke Menschenfleisch, Schimmel; ja Koth und Sperma, damit er aus Ekel langsam verhungern solle; die Portionen werden immer kleiner, oder sie werden andern Kranken entzogen und ihm vorgesetzt, damit man ihn später des Diebstahls anklagen könne; seine Sachen werden ihm gestohlen oder vertauscht, seine Angehörigen heimlich gemisshandelt und gemartert. Auch hier ist die Störung des Selbstbewusstseins stets eine so hochgradige, dass eine Krankheitseinsicht nicht dauernd bestehen kann; vielmehr wird die Verbringung in die Anstalt selbst im Sinne des Verfolgungswahnes als Maassregel zur Beseitigung, als Zuchthausstrafe u. dergl. gedeutet.

Nach allen diesen verschiedenen Richtungen hin können sich die melancholischen Wahnideen je nach dem Charakter der Verstimmung, der Individualität des Kranken und der Art seiner Umgebung mannigfaltig entwickeln; es muss genügen, einige der hauptsächlichsten Gestaltungen aufgeführt zu haben.

Ausgeprägte Wahnideen deuten immer auf ein tieferes Eingreifen der Krankheit in die psychische Persönlichkeit hin und bezeichnen daher entweder eine grössere Intensität des krankhaften Processes oder eine geringere Widerstandsfähigkeit des Patienten. Die Prognose gestaltet sich demnach bei dieser Form der Melancholie entschieden ungünstiger, wenn auch durchaus nicht immer schlecht, da bisweilen, namentlich bei prädisponirten Individuen, selbst ganz ausgebildete Wahnsysteme völlig wieder verschwinden können.

Bedenklich ist immer das Fortbestehen von Wahnideen trotz des Zurücktretens der Verstimmung; es deutet ebenso, wie eine detaillirte Entwicklung und ein absurder, widerspruchsvoller Inhalt derselben, auf eine tiefere Stö-

rung der Kritik hin, die sonst sofort korrigirend einzugreifen beginnt, sobald ihre Thätigkeit nicht mehr durch die krankhaften Gefühle beeinträchtigt wird. Unter solchen Umständen können zwar die Wahnideen immer noch allmählich mit fortschreitender Beruhigung in den Hintergrund treten, aber nur weil sie keine Nahrung mehr finden, nicht weil sie von dem wiederhergestellten gesunden Selbstbewusstsein unterdrückt werden. Es kommt nicht zu einer ganz klaren und befriedigenden Krankheitseinsicht, sondern es bleibt dauernd eine gewisse Schwäche des Urtheils zurück, die allerdings vielleicht nur von der nächsten Umgebung des Kranken bemerkt wird und ihn oft nicht an der Rückkehr in den gewohnten Beschäftigungskreis hindert.

Endlich, bei noch tiefer greifender Störung oder schon vorher bestehender Schwäche der Intelligenz, können die während der Krankheit entstandenen Wahnideen sich mit dem Schwinden der Verstimmung fixiren. Der Kranke erlangt nur sehr unvollkommen die Herrschaft über den Schatz seiner früheren Erfahrungen wieder, weil er selber ein Anderer geworden ist, und er vermag wegen der Herabsetzung seiner psychischen Leistungsfähigkeit auch nicht, das verloren Gegangene durch neue intellektuelle Arbeit zu ersetzen. So kommt es zu seiner geistigen Verarmung, die zunächst noch durch das immer wieder reproducirte Wahnsystem verdeckt wird, mit dem allmählich sich vollziehenden Zerfalle desselben aber immer deutlicher zu Tage tritt. Diesen unheilbaren Schwächezustand, der einer völligen Verblödung entgegenführt, bezeichnet man als sekundäre Verrücktheit.

Der Verlauf der Melancholie mit Wahnideen ist wegen der grösseren Schwere der Erkrankung regelmässig ein sehr protrahirter, vielfach schwankender, die Dauer selten weniger als ein Jahr. Die einzelnen Symptome zeigen meist eine grosse Hartnäckigkeit, so namentlich die durch die Wahnideen sehr verschiedenartig motivirte Nahrungsverweigerung und die Selbstmordneigung. Die Behandlung ist im Wesentlichen ebenfalls nach den oben aufgeführten Grundsätzen zu leiten. Eine dialektische Bekämpfung

der Wahnideen ist auf der Höhe der Psychose nutzlos; es genügt, dieselben konsequent als Krankheitserscheinungen zu bezeichnen und zu behandeln. Erst in der Rekonvaleszenz, wo dieselben ihre Macht zu verlieren beginnen, kann eine ruhige Auseinandersetzung, der Hinweis auf das Beispiel anderer Kranker, der Gegenbeweis durch den Augenschein die Thätigkeit der Selbstkritik wirksam unterstützen.

II. Dämmerzustände.

Den gemeinsamen charakteristischen Grundzug der im Folgenden als „Dämmerzustände“ zusammengefassten psychopathischen Symptomenkomplexe bildet eine mehr oder weniger tiefe Trübung des Bewusstseins. Von den Aufregungszuständen, bei denen die Helligkeit des Bewusstseins ebenfalls, aber durch heftige Schwankungen des gemüthlichen Gleichgewichtes, beeinträchtigt wird, unterscheiden sie sich durch das Fehlen der triebartigen motorischen Unruhe. Symptomatisch giebt sich die Bewusstseinsstörung kund in einer Beschränkung der äusseren Auffassung, des Vorstellungsverlaufes und der Willenshandlungen. Die Ausdehnung der Störung wird aus dem Umfange dieser Beschränkung, die Intensität derselben aus der grösseren oder geringeren Leichtigkeit ermessen, mit der es gelingt, dieselbe zu beseitigen.

A. Pathologische Schlafzustände.

Hypnotismus. Gewissermaassen ein noch innerhalb der Gesundheitsbreite liegendes Paradigma der Dämmerzustände stellt die experimentelle Geistesstörung des Hypnotismus*) dar. Es gelingt bekanntlich, namentlich bei psychopathisch disponirten und nervösen Individuen (Hysterischen), durch die Einwirkung gewisser einförmiger Reize (Anstarren eines

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

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

Der Verlauf der Vorstellungen ist ebenfalls dem Einflusse der nach bestimmten Gesichtspunkten auswählenden psychischen Persönlichkeit entzogen. Nach ihren associativen Beziehungen folgen die einzelnen Erinnerungsbilder aufeinander, wenn sie nicht durch Einflüsterungen und ähnliche Einwirkungen von aussen her in diese oder jene Richtung gezwungen werden. In diesem Zustande ist es in der That möglich, worüber sich so viele Verrückte auf Grund von Wahnideen bitter zu beklagen pflegen, Jemandem die Gedanken „zu machen“, da der Vorstellungsverlauf ohne innere Direktive sich in vollster Abhängigkeit von zufälligen äusseren Einflüssen befindet. Ganz ähnlich verhält es sich mit den Willenshandlungen. Jene Fähigkeit der psychischen Hemmung, vermöge deren wir im Stande sind,

zahllose in uns aufsteigende Impulse schon im Entstehen zu unterdrücken und nur diejenigen zu voller Stärke anwachsen zu lassen, welche unseren „Zwecken“ dienen, ist hier vorübergehend verloren gegangen, so dass die blossе Vorstellung einer Handlung, wenn sie mit einer gewissen Intensität ins Bewusstsein tritt, schon genügt, um diese letztere selbst auszulösen. Daraus erklärt sich die zwingende Macht, welche hier der Nachahmungstrieb über den Willen erlangt und die Leichtigkeit, mit der es gelingt, durch die blossе Aufforderung eine beliebige Handlung beim Hypnotisirten hervorzurufen (Befehlsautomatie). Nach dem Erwachen besteht meist keine Erinnerung an das Vorgefallene, doch kann dieselbe gewöhnlich durch äussere Nachhülfe, auf associativem Wege, wieder hervorgerufen werden.

Für die eigentliche Psychiatrie hat der Hypnotismus bisher wesentlich ein theoretisches Interesse, weil das Studium seiner Erscheinungen sicherlich über manche psychopathische Vorgänge Licht zu verbreiten im Stande ist. Bemerkenswerth erscheint nur, dass bei Individuen, die häufig als Objekt hypnotischer Versuche gedient haben, sich bisweilen jene Bewusstseinsstörung auch spontan einzustellen pflegt, eine dringende Mahnung, das angegriffene und übererreglich gewordene Nervensystem zur Ruhe kommen zu lassen. Hier ist es dann manchmal schwierig, den Alterationszustand zu beseitigen, was sonst bekanntlich durch jeden stärkeren Reiz, namentlich durch Anblasen, leicht gelingt. Da jedoch erfahrungsgemäss die hypnotische Bewusstseinsstörung, wenn kein Erwecken stattfindet, allmählich von selbst in den gewöhnlichen Schlaf übergeht, so ist hier ein ärztliches Eingreifen nicht nothwendig.

Sonnambulismus. In mancher Beziehung mit dem Hypnotismus verwandt, aber durchaus nicht mit ihm zu identificiren, ist das Nachwandeln, der Sonnambulismus.*) Es handelt sich dabei um Zustände des Tiefschlafs mit theilweise erhaltenem Bewusstsein. Vom ge-

*) Spitta, Die Schlaf- und Traumzustände der menschlichen Seele, 2. Auflage, 1882.

wöhnlichen Traume unterscheiden sie sich durch ihre Intensität und durch die Lebhaftigkeit der psychischen Vorgänge. Während dort die Bewegungsimpulse immer nur schwach bleiben und, wo sie eine wirkliche Handlung hervorrufen, sogleich zum Erwachen führen, ist hier die traumhafte Störung des Selbstbewusstseins von so geringer Ausdehnung, dass sie die Ausführung ziemlich complicirter Willenshandlungen ermöglicht, und sie ist zugleich von solcher Tiefe, dass sie nicht durch die gewöhnlichen Reize aufgehoben wird, sondern selbst unter Umständen fort-dauert, welche dem normalen Schläfe sogleich ein jähes Ende bereiten würden. Das Nachtwandeln tritt im Allgemeinen vorzugsweise bei nervös disponirten Individuen und im jugendlicheren Lebensalter auf; leichtere Formen desselben, lautes Sprechen im Schläfe, Aufrichten und lebhaftige Bewegungen im Bett, sind durchaus nicht selten. Sehr ausgebildetes Nachtwandeln legt immer den Verdacht auf epileptische oder hysterische Störungen nahe.

Gewöhnlich sind die Handlungen solcher Individuen sehr einfache, durch vielfache Gewöhnung eingeübte; sie stehen auf aus ihrem Bette, gehen im Zimmer oder im Hause herum, zünden Licht an, schliessen Thüren auf und zu u. dergl., um sich dann nach kurzer Zeit (einige Minuten bis $\frac{1}{2}$ Stunde) meist wieder ruhig ins Bett zu legen. Die Augen sind dabei geschlossen oder halb geöffnet, starr. Die Wahrnehmung der Aussenwelt ist sehr beschränkt; es werden nur diejenigen Objekte bemerkt, die das Individuum gerade vor sich hat; alles Uebrige entgeht demselben. So kommt es, dass der Nachtwandler sich nur mit solchen Gegenständen zu beschäftigen pflegt, die sich an ihrem gewohnten Platze befinden; ein wirkliches planmässiges „Suchen“ ist in diesem Zustande nicht möglich. Vielfach wird die Wahrnehmung sicherlich durch Apperceptionsillusionen verfälscht; der Nachtwandler, der durch das Fenster steigt, hält dieses für eine Thür u. s. f.

Die Bewegungen tragen meist den Charakter des Automatenhaften an sich, gehen aber zweifellos oft aus Bewusstseinsvorgängen hervor, da sie in der Vermeidung und Ueberwindung von Hindernissen bisweilen die Spuren

einer, wenn auch nur dunklen, Ueberlegung verrathen. Die Sicherheit, mit welcher Nachtwandler sich manchmal in schwierigen Situationen, bei Wanderungen auf den Dächern, bewegen, geht lediglich aus der unvollkommenen Auffassung ihrer Lage hervor, welche ihnen die Gefährlichkeit derselben nicht zum Bewusstsein kommen lässt und somit die Entstehung der ängstlichen Affekte hindert, durch die ja lediglich 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. Eine solche Intensität der Störung dürfte wol fast immer schon als pathologisch (epileptoid) aufzufassen und zu behandeln sein.

Meist genügt schon ein blosses Anreden, besonders die Namensnennung (Hervortreten des Selbstbewusstseins), um den Nachtwandler aus seinem Zustande zu erwecken, sicher aber Anspritzen mit kaltem Wasser und ähnliche stärkere Reize. Aus naheliegenden Gründen muss man sich hüten, das Erwachen in irgend einer gefährlichen Situation herbeizuführen, weil die sich sofort einstellenden lebhaften Affekte dem Gefährdeten die Sicherheit der Bewegung alsbald rauben. Ausgedehntere Anfälle von Sonnambulismus 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 nicht wieder erweckt werden, ein Beweis, dass die Bewusstseinsstörung hier eine viel tiefergreifende ist, als im Hypnotismus.

Die Behandlung dieser Zustände wird nothwendig, wenn dieselben sehr häufig auftreten und dadurch unter Umständen allerlei Gefahren herbeiführen können. Vor Allem wird dabei die nervöse Konstitution durch kräftige Ernährung, Regelung der Lebensweise, kalte Waschungen,

weniger wirksam durch die bekannten roborirenden Arzneimittel (Eisen, Chinin, Leberthran) zu bekämpfen sein. Im Besonderen ist dann noch für Schlafen im ungeheizten, gut verdunkelten und gehörig gelüfteten Zimmer zu sorgen; die mässige, leicht verdauliche Abendmahlzeit soll mehrere Stunden vor dem Schlafengehen genommen, Darm und Blase regelmässig und vollständig Abends entleert werden. Wo diese Maassregeln erfolglos bleiben, ist an die Anwendung von Bromkalium zu denken, das in grösseren abendlichen Dosen wol immer Abhülfe verschaffen dürfte. Jedenfalls ist es bei häufigerem Auftreten des Uebels dringend gerathen, eine Ueberwachung der Anfälle vorzunehmen.

Schlaftrunkenheit. Eine entschiedene forensische Wichtigkeit besitzen die dem Nachtwandeln nahestehenden Zustände der Schlaftrunkenheit.*) Wo die Bewusstseinsstörung des Schlafes eine sehr tiefe war, erfolgt das Erwachen nicht momentan, sondern erst nach einem kürzeren oder längeren Zwischenstadium der Verwirrung und Unbesinnlichkeit, in welchem die Apperception der Aussenwelt noch eine unklare und vielfach durch fortdauernde Traumvorstellungen verfälschte ist. Namentlich beim Erwachen aus lebhaften ängstlichen Träumen kommen daher in diesem Zustande der Schlaftrunkenheit unter dem Einflusse der nachwirkenden Affekte rasche gewaltthätige Handlungen zur Ausführung, über deren wirkliche Bedeutung und Tragweite sich der Thäter erst nachher zu seinem grössten Schrecken klar wird. Eine Mutter warf in solchem Zustande ihren Säugling aus dem Fenster heraus, weil sie glaubte, es brenne und sie könne ihn auf diese Weise retten; ein Mann misshandelte seine geliebte Frau in der grausamsten Weise, da er sie für einen Dieb hielt; ein anderer erschoss seinen Freund, der ihm als ein schreckliches Gespenst erschien u. s. f. Es scheint, dass vorheriger Alkoholmissbrauch das Zustandekommen dieser Störung begünstigt; ein weiterer Theil dieser Fälle beruht höchst wahrscheinlich auf epileptischer Grundlage; im Uebrigen verdienen die beim Nachtwandeln aufge-

*) v. Krafft-Ebing, Maschka's Handbuch der gerichtlichen Medicin IV, p. 541.

fürhten ätiologischen und therapeutischen Momente Berücksichtigung. Meist stehen übrigens solche Vorkommnisse als ganz vereinzelte, sich selten oder nie wiederholende Zufälle da, die keiner eigentlichen Behandlung zugänglich sind; ihre Kenntniss ist hauptsächlich wegen ihres forensischen Interesses nothwendig.

B. Epileptische und hysterische Dämmerzustände.

Ein unzweifelhaft pathologisches Gebiet betreten wir mit der Betrachtung derjenigen Dämmerzustände, die nicht nur während des Schlafes eintreten, sondern auch das wache Leben plötzlich auf kürzere oder längere Zeit unterbrechen können. Die Erfahrung hat gezeigt, dass diese Bewusstseinsalterationen in einem allerdings nichts weniger als klar verständlichen Zusammenhange mit gewissen allgemeinen Neurosen, der Epilepsie und Hysterie, stehen. Beide besitzen die gemeinsame Eigenthümlichkeit, dass sie in mehr oder weniger regelmässigen Intervallen zur Auslösung von Krampfanfällen führen, welche mit einer Bewusstseinsstörung einhergehen. Während dieser Anfälle scheint das Bewusstsein bei Epileptikern vollständig, bei Hysterischen wenigstens theilweise aufgehoben zu sein. Die Apperception äusserer Eindrücke und der Vorstellungsverlauf stocken, und an Stelle der Willenshandlungen treten automatische, unwillkürliche Muskelkontraktionen (tonische und klonische Krämpfe). Bekanntlich aber können diese Krampfbewegungen in dem Bilde des epileptischen Anfalles auch vollkommen fehlen, so dass einzig die Bewusstseinsstörung den wesentlichsten Zug desselben ausmacht (psychische Epilepsie). Uebergangsformen bilden jene Fälle, in denen sich der Krampf nur durch ein leichtes Verdrehen der Augen, rasch vorübergehende starre Haltung gerade noch andeutet. Die einfachsten Erscheinungen der psychischen Epilepsie sind leichte Schwindelanfälle, Schlafparoxysmen oder momentane Bewusstlosigkeit (Eklipsis, absence). Im letzteren Falle bricht der Kranke vielleicht plötzlich in seiner Beschäftigung, in der

Unterhaltung, ab und verharret regungslos in der eingenommenen Position, um nach wenigen Sekunden ohne Bewusstsein des Vorgefallenen fortzufahren, als ob nichts geschehen wäre. Bisweilen gehen diesen verschiedenartigen, meist sehr kurz dauernden Anfällen auraähnliche Empfindungen voran.

Wo die Bewusstseinstäubung des epileptischen Anfalles bei geringerer Intensität eine grössere zeitliche Ausdehnung gewinnt, da treten bisweilen schon vor dem Beginne der Krämpfe, am häufigsten jedoch im Anschlusse an dieselben eigenthümliche Dämmerzustände hervor, die man wol als post-epileptisches Irresein bezeichnet. In der Mehrzahl der Fälle beschränkt sich dasselbe auf eine leichte, rasch vorübergehende Benommenheit. Die Kranken verstehen die an sie gerichteten Fragen nicht und vermögen nicht zu antworten; sie wissen nicht recht, wo und in welcher Situation sie sich befinden und begehen mannigfache verkehrte und unzweckmässige Handlungen, suchen sich zu entkleiden, machen Gehbewegungen, wie um eine Treppe zu ersteigen, stecken allerlei erreichbare Gegenstände in die Tasche u. s. f. Unzweifelhaft finden dabei nicht selten lebhafte Sinnestäuschungen statt. Auf dem Gebiete der psychischen Epilepsie entsprechen diesen Störungen ebenfalls kurze Anfälle von traumhaften Hallucinationen oder von momentaner Verwirrtheit mit verkehrten Handlungen, zusammenhangslosen Reden u. s. f., aus der die Kranken nach kurzer Zeit ohne Erinnerung an das Vorgefallene wie aus einem Traume erwachen, sehr verwundert, sich in der inzwischen entstandenen Situation wiederzufinden. Ein junges Bauernmädchen lief in solchem Anfälle beim Mähen in einen Bach, dabei immer noch mechanisch die Bewegung des Mähens fortsetzend. Später legte sie in einem ähnlichen Zustande zweimal Feuer an (sehr häufig bei jugendlichen Epileptikern!) und verübte eine Reihe von Diebstählen, indem sie alle Gegenstände, die ihr unter die Hände kamen, in einen versteckten Winkel zusammentrug. Nicht so selten geben derartige Zustände bei Soldaten Veranlassung zu ärztlichen Explorationen, da in ihnen leicht Insubordinationsvergehen begangen werden.

Die höchsten Grade der Bewusstseinsstörung bezeichnet man als epileptischen Stupor. Die Kranken zeigen dabei einen ängstlichen, gereizten Gesichtsausdruck, sprechen kein Wort oder machen höchstens einzelne abgerissene, zusammenhangslose Aeusserungen; sie werden ganz von zahlreichen Trugwahrnehmungen beherrscht, die eine klare Auffassung ihrer wirklichen Lage verhindern. Meist ist der Bewusstseinsinhalt ein schreckenerregender, grauenvoller; der Patient wähnt sich von grässlichen Gefahren umgeben, fürchtet gefoltert, hingerichtet, lebendig begraben zu werden und Aehnliches. Bisweilen finden sich indessen gleichzeitig auch heitere, den Kranken beglückende Vorstellungen und Gefühle, die Idee, sich im Himmel zu befinden, mit Gott, der Majestät zu verkehren, Christus zu sein.

Von der grössten forensischen Wichtigkeit wird der epileptische Stupor, der auch als selbständiger „psychischer“ Anfall auftreten kann, durch die Entwicklung heftiger Angstafekte. Häufig gehen dem Paroxysmus schon einige Zeit (Tage oder Stunden) Verstimmung, abnorme Sensationen, schreckhafte Sinnestäuschungen (bemerkenwerth das Sehen von rothen Gegenständen, Flammen u. s. f.) und Benommenheit voraus, bis dann, meist ziemlich plötzlich, die Angst losbricht. Der Kranke, der sich von Teufeln, Gespenstern, wilden Thieren, grossen Volksmassen umgeben sieht, die oft concentrisch gegen ihn anrücken, geräth in die äusserste Todesangst und Verzweiflung und wird auf diese Weise, um sich den vermeintlichen furchtbaren Gefahren zu entziehen oder sein Leben zu retten, zu impulsiven, wüthenden Gewaltthaten gegen sich und Andere getrieben, die sich durch die rücksichtslose Brutalität ihrer Ausführung auszeichnen pflegen. In einem mir bekannt gewordenen Falle war es der Teufel in Gestalt eines schwarzen Hundes, der den Kranken zur unmotivirten, ohne jede Ueberlegung ausgeführten Ermordung seines schlafenden Kameraden veranlasste. Nach einigen Stunden oder Tagen pfllegt die Angst zu weichen; meist bleibt noch einige Zeit eine leichte Verworrenheit und Benommenheit zurück. Die Erinnerung an das Geschehene kann während des An-

falles, wie in dem erwähnten Falle, noch ziemlich klar sein, schwindet aber später rasch und zwar entweder vollständig oder nur theilweise, so dass der Kranke sich auf einzelne Erlebnisse bisweilen noch zu besinnen vermag, während ihm andere gänzlich entfallen sind. Es kommt, allerdings selten, vor, dass in einem späteren Anfalle die Erinnerung an Dinge wieder auftaucht, die inzwischen aus dem Gedächtnisse verloren gegangen waren.

Eine chronischer verlaufende Form der epileptischen Dämmerzustände ist das postepileptische rasonnirende Delirium. Die Bewusstseinstrübung ist hier weniger intensiv, so dass die Kranken äusserlich fast ganz besonnen erscheinen. Dennoch aber wird die Auffassung der Aussenwelt sehr stark beeinträchtigt; mannigfache illusorische und hallucinatorische Trugwahrnehmungen spiegeln dem Kranken imaginäre Gefahren vor; meist sind auch gleichzeitig Grössenideen vorhanden. Trotzdem er auf einfache Fragen ganz zutreffende, oft freilich auch mit delirösen Elementen durchsetzte Antworten giebt, lässt doch sein ganzes Benehmen eine gewisse Benommenheit und Desorientirtheit erkennen. Er ist in gereizter, meist etwas ängstlicher, selten auffallend heiterer Stimmung und begeht oft genug auch plötzliche unmotivirte Gewaltthaten auf Grund von verschiedenartigen Wahnideen, die indessen meist nicht näher geäussert werden. In andern Fällen, namentlich solchen von psychischer Epilepsie, wird das Bewusstsein erfüllt durch ein traumartig phantastisches Delirium mit Wahnideen, Personenverkennung, Sinnestäuschungen von häufig religiöser Färbung, während dessen der Kranke bei scheinbarer Besonnenheit eine Menge unsinniger, zweckloser, ja verbrecherischer Handlungen (weite Reisen, Diebstähle, Brandstiftung, Auflehnung gegen die Staatsgewalt, Sittlichkeitsverbrechen) begehen kann, ohne irgend welche Einsicht in die Bedeutung derselben zu besitzen. Solche Zustände können Wochen, ja eine Anzahl von Monaten dauern; es können sich auch mehrere durch kurze Intervalle getrennte Anfälle an einander reihen.

Wir haben endlich noch der anscheinend besonders bei jugendlichen Individuen vorkommenden läppischen

Erregungszustände zu gedenken, die im Anschlusse an epileptische Krämpfe beobachtet werden. Auch hier ist zwar das Bewusstsein in ziemlich hohem Grade getrübt, aber der Kranke befindet sich in einer vorwiegend heiteren, verwirrten Aufregung, in der es nicht zur Bildung von eigentlichen Wahnideen kommt. So sah ich bei einem 7jährigen Knaben in Folge einer Misshandlung (Schlag auf den Kopf; Erbrechen) leichte epileptische Anfälle auftreten, an welche sich regelmässig ein Dämmerzustand mit lautem Singen, Nachahmen von Thierstimmen, sehr ausgelassenem muthwilligem Wesen von der Dauer einiger Minuten anschloss, der durch einen weiteren Anfall plötzlich abgebrochen wurde. Der Knabe erwachte aus demselben still und scheu ohne Erinnerung an das Vorgefallene. Diese anfangs selbst 12—14 Mal täglich beobachteten Bewusstseinsstörungen verloren sich später gänzlich, während die Krampfanfälle fortbestanden. Aehnlich verhielt sich ein 12jähriges Mädchen mit postepileptischen, bis zu mehreren Stunden dauernden Dämmerzuständen, in denen sie ein ihr sonst fremdes, äusserst muthwilliges, albernes, oft störrisches Benehmen mit Verkennung der Umgebung darbot. Auch hier pflegte ein Krampfanfall die Störung abzuschliessen; im weiteren Verlaufe verschwanden die Dämmerzustände.

Das postepileptische Irresein tritt am häufigsten im Gefolge von schweren Krampfanfällen, namentlich von Serien derselben, auf. Gewöhnlich schliesst es sich unmittelbar an dieselben an; bisweilen scheint es erst nach einigen Tagen zur vollen Entwicklung zu gelangen. Die psychisch-epileptischen Anfälle scheinen sich dagegen vorzugsweise mit den leichteren Krampfformen zu vergesellschaften. Die Dauer aller dieser Zustände ist in der Regel eine kurze; sie beträgt oft nur einige Minuten oder Stunden, seltener Tage, Wochen oder selbst Monate, letzteres besonders bei den Fällen mit geringerer Bewusstseinstrübung. Die Lösung des Zustandes vollzieht sich bisweilen, wie in den beiden oben erwähnten Beobachtungen, durch einen Krampfanfall, einen tiefen Schlaf, aus dem der Kranke mit klarem Bewusstsein erwacht, oder aber ganz allmählich

unter fortschreitender Rückkehr der Besonnenheit, namentlich bei längerer Dauer der ganzen Störung. Der Kranke kann hier unter Umständen schon vollständig genesen erscheinen, während er in Wirklichkeit noch sehr benommen und von mannigfachen Verfälschungen der Auffassung beherrscht ist, ein Verhalten, welches sich dann nachträglich erst bei vollkommener Genesung herausstellt. Die Erinnerung an die Zeit des krankhaften Zustandes ist fast immer völlig erloschen oder doch sehr getrübt und verworren; nur selten sind die Kranken im Stande, klare Auskunft über ihre psychischen Erlebnisse zu geben. Es ist indessen eine überaus wichtige und sehr beachtenswerthe Thatsache, dass bisweilen während des Abklingens der Störung bei scheinbar schon vollständiger Besonnenheit eine Erinnerung an die Wahneideen und krankhaften Handlungen bestehen kann, die später vollkommen verschwindet. Diese Erfahrung fordert zu grosser Vorsicht in der forensischen Beurtheilung derartiger Fälle auf. Scheint doch der Verdacht einer Simulation ausserordentlich nahe zu liegen, wenn ein anfangs zu Protokoll gegebenes Geständniss von dem Thäter weiterhin vollständig widerrufen wird! Hingewiesen sei hier nur auf den Umstand, dass es uns bekanntlich mit unseren Träumen sehr häufig ganz ähnlich ergeht; wir vermögen sie unmittelbar nach dem Erwachen noch zu reproduciren, während sie später unserem Gedächtnisse völlig entschwinden.

Die Prognose der epileptischen Dämmerzustände ist insofern eine durchaus günstige, als der einzelne Anfall regelmässig in Genesung übergeht, sobald nicht etwa körperliche Komplikationen oder ein Selbstmord den tödtlichen Ausgang herbeiführen. Sehr gewöhnlich indessen kehren früher oder später ähnliche Zustände wieder; die leichteren und leichtesten Formen pflegen sich sogar bisweilen regelmässig an alle Krampfanfälle anzuschliessen. Die ausgeprägteren und länger dauernden Bewusstseinstörungen sind im Ganzen relativ selten; sie können unter Umständen auch wol nur einmal im Leben oder in jahrelangen Zwischenpausen hervortreten.

Die psychisch-epileptischen Paroxysmen betrachtet man

gewöhnlich als Störungen, welche den Krampfanfällen gewissermaassen gleichwerthig sind und an ihrer Stelle auftreten; man hat sie daher auch wol als „psychisch-epileptische Aequivalente“ bezeichnet. Samt*) hat in dem Bestreben, aus dem klinischen Bilde selbst die epileptische Natur des Irreseins diagnosticiren zu lernen, alle psychischen Störungen in diese Kategorie gezählt, die sich symptomatisch den geschilderten Formen anschliessen, auch wenn der genetische Zusammenhang derselben mit wirklicher Epilepsie nicht nachweisbar ist. Es muss weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben, zu entscheiden, ob dieser Rückschluss aus den Erscheinungen auf die ätiologische Grundlage wirklich tiefere Berechtigung besitzt. Jedenfalls hat sich die Diagnose dieser Zustände, die sowol wegen ihrer forensischen Beziehungen, als auch mit Rücksicht auf die einzuleitende Behandlung von Wichtigkeit ist, vor der Hand hauptsächlich auf den Nachweis anderweitiger epileptischer Krankheitserscheinungen bei dem in Frage stehenden Individuum zu stützen. Dahin gehören vor Allem die Krampf- und Schwindelanfälle, namentlich auch die nächtlichen, die sich durch zeitweises Bettnässen, Zungenverletzungen, das Gefühl grosser Abspannung, Kopfschmerzen u. s. f. kundgeben, ferner der epileptische Schwachsinn. In zweiter Linie kommt dann in Betracht das anfallsartige Hervortreten der Störung und die Symptome dieser letzteren selbst, das Bestehen von auraähnlichen Erscheinungen, die tiefe Bewusstseinstrübung, die Mischung von verworrenen Verfolgungs- und Grössenideen (namentlich religiösen), die Planlosigkeit und Unmotivirtheit, sowie die Rücksichtslosigkeit und Brutalität der Handlungen, die vielfach typische Uebereinstimmung der einzelnen Anfälle und der hochgradige oder vollständige Erinnerungsdefekt.

Die Behandlung aller der aufgeführten epileptischen Dämmerzustände erfordert in der Regel zunächst nur die Sorge für eine genaue Ueberwachung der Kranken wegen der eminenten Gefahr, welche dieselben oft für sich und ihre Umgebung repräsentiren. Weiterhin pflegt die Be-

*) Samt, Archiv f. Psychiatrie V u. VI.

handlung des Grundleidens in der Regel auch die Häufigkeit der psychischen Störungen zu vermindern oder dieselben gänzlich zum Verschwinden zu bringen. Bei weitem das wirksamste, wenn auch nur selten wirklich heilende Mittel ist das Bromkalium in steigenden Dosen von 5—15 gr pro die, die man längere Zeit hindurch fortgeben muss, bis das Auftreten der früher besprochenen Vergiftungserscheinungen zum Aussetzen des Medikamentes zwingt. Einmal sah ich jedoch bei dieser Therapie zwar die Krampfanfälle verschwinden, an ihrer Stelle aber höchst intensive Aufregungszustände sich entwickeln, die erst mit dem Aufgeben der Bromkaliumkur wieder wichen.

Die hysterischen Dämmerzustände sind den epileptischen vielfach sehr ähnlich, zeigen indessen meist nicht die Intensität der Affekte und damit auch nicht die rücksichtslose Gewaltthätigkeit der Handlungen, wie jene. Man beobachtet ängstliche Aufregungen mit schreckhaften Sinnes-täuschungen und Verfolgungsideen, Personenverkenning und Angriffen auf die Umgebung, phantastisch-deliriose Bewusstseinsstörungen vielfach religiösen Inhalts bis zur völligen Verzückung, endlich läppisches, kindisches Wesen mit leichter Erregung und muthwilliger oder weinerlich eigensinniger Stimmung. Gewöhnlich werden diese Störungen, die höchstens einige Tage anzudauern pflegen, von einzelnen oder mehreren Krampfanfällen begleitet. Die Erinnerung ist selten ganz erloschen, meist wenigstens summarisch vorhanden, hie und da auch ziemlich vollständig erhalten. Auch hier ist die Behandlung des einzelnen Anfalles eine wesentlich exspektative; den eigentlichen Angriffspunkt bildet die hysterische Neurose selbst.

C. Stupor und Ekstase.

In dem epileptischen Stupor haben wir bereits eine klinische Form der Dämmerzustände aufzuführen Gelegenheit gehabt, die auch sonst als selbständiges Krankheitsbild nicht selten zur Entwicklung gelangt. Man bezeichnet als Stupor einen psychopathischen Zustand, in welchem die

Auffassung der Aussenwelt durch Sinnestäuschungen und Wahnideen sehr getrübt, der Vorstellungsverlauf krankhaft verlangsamt ist, während die Stimmung von starken depressiven Gefühlen beherrscht und die Umsetzung dieser letzteren in Handlungen fast völlig gehemmt wird. Der Stupor reiht sich somit in gewisser Beziehung den Depressionszuständen an und entwickelt sich auch gewöhnlich aus denselben heraus; er unterscheidet sich von ihnen durch die ausgeprägte Bewusstseinsstörung, von den meisten der bisher aufgezählten Krankheitsbilder dagegen durch die gänzliche oder doch sehr hochgradige Beeinträchtigung der Willenshandlungen. In der Regel rechnet man den Stupor zu den Formen der Melancholie als *Melancholia attonita*, *stupida* oder *cum stupore*, doch scheint mir die Alteration des Bewusstseins für denselben in höherem Grade charakteristisch zu sein, als die depressive Verstimmung.

Im Stupor gelangen die äusseren Eindrücke nur undeutlich und verschwommen zur Auffassung. Das Bewusstsein ist mit äusserst lebhaften Trugwahrnehmungen aller Sinnesgebiete erfüllt, in die sich, ähnlich wie im Traume, die blassen und verworrenen Bilder der wirklichen Umgebung hineinverweben, ohne jene Täuschungen verdrängen oder korrigieren zu können. Die Möglichkeit einer kritischen Sichtung des Bewusstseinsinhaltes ist aufgehoben; mit unwiderstehlicher Gewalt drängen sich die phantastischen Verfälschungen der Wahrnehmung dem Individuum auf. Der Inhalt derselben ist regelmässig ein schrecklicher, grauenvoller. Die Kranken wähen sich rettungslos den grässlichsten Gefahren preisgegeben, sehen Abgründe sich öffnen, das Haus zusammenstürzen; sie hören die Verkündigung ihres Todesurtheils, die Posaunen des Weltgerichtes und den Donner ungezählter, auf sie gerichteter Batterien; sie glauben, hingerichtet und den entsetzlichsten Todesqualen preisgegeben zu werden. Diese Vorstellungen beherrschen den Bewusstseinsinhalt vollständig und lassen in steter Wiederholung keine besonnene Ueberlegung zu Stande kommen. Zugleich besteht eine namenlose innere Angst, die alle andern Gefühle laut übertönt, eine furchtbare

Spannung, die der ohnmächtige Wille nicht zu durchbrechen im Stande ist. Es scheint, dass man vielleicht diesen Zustand in eine gewisse Parallele zu jener vorübergehenden Verwirrung und Lähmung aller psychischen Funktionen setzen kann, die schon normaler Weise den Angstaffekt in seinen höchsten Graden begleitet. Auch dort begegnen wir der undeutlichen, schattenhaften, wenigstens durch Illusionen verfälschten Auffassung der Aussenwelt und der Unfähigkeit zu irgend welchem momentanen Handeln, aber die ganze Störung ist immer nur von sehr kurzer Dauer, während sie hier zum permanenten psychischen Zustande geworden ist.

Der Gesichtsausdruck ist starr, gespannt, die Augen sind auf einen Punkt gerichtet, die gesammte Muskulatur zeigt einen gewissen Grad von Spannung, der sich rasch ausserordentlich steigert, sobald der Versuch gemacht wird, irgend eine Veränderung mit dem Kranken vorzunehmen. In anderen selteneren Fällen sind die Glieder schlaff, oder aber sie bieten einen geringen, leicht zu überwindenden Widerstand dar und nehmen dann jede Stellung an, die man ihnen giebt. Diesen Zustand der Muskulatur bezeichnet man als wächserne Biegsamkeit (*flexibilitas cerea*) und das ganze klinische Bild als Starrsucht (*Katalepsie*). Die einzelnen Theile des Körpers verharren dabei unbeweglich in der einmal eingenommenen Position, bis sie allmählich, der Schwere nachgebend, herabsinken. Wahrscheinlich handelt es sich dabei um einen ziemlich gleichmässigen, dauernden Tonus aller Muskeln bei gleichzeitigem Mangel des Ermüdungsgefühles. Der Kranke steht gewöhnlich den ganzen Tag auf einer Stelle, ohne ein Wort zu sprechen oder auf eine Anrede zu reagiren; nur der meist noch intelligente Gesichtsausdruck zeugt für die Fortdauer psychischer Vorgänge. In der Regel halten sich die Kranken mit vereinzelt Ausnahmen rein, lassen sich aber sehr schwer zur Nahrungsaufnahme, zum Schlafengehen, zur Bewegung im Freien u. dergl. bringen, so dass hier oft zu dem Hilfsmittel des Zwanges gegriffen werden muss. Bisweilen kommt es bei derartigen Patienten, namentlich, wenn man sehr stark in sie dringt und so die Angst steigert,

zu plötzlichen Gewaltthätigkeiten, die sich gegen die eigene Person oder gegen die Umgebung richten können.

Der körperliche Zustand der Kranken zeigt die Erscheinungen einer starken Herabsetzung aller vegetativen Funktionen. Das Körpergewicht und die allgemeine Ernährung sinkt rapide, das Fettpolster schwindet, die Gesichtsfarbe wird grau, die Haut trocken und spröde. Der Schlaf ist sehr beeinträchtigt; die Kranken liegen oft die ganze Nacht mit offenen Augen in ängstlicher Spannung, ohne zu schlafen. Die Athmung ist verlangsamt und oberflächlich, der Puls klein und gespannt, die Temperatur subnormal. Die Menses cessiren; regelmässig besteht sehr hartnäckige Verstopfung. Die Sensibilität scheint meist ungestört zu sein, nur die Reaktionsfähigkeit der Kranken ist vermindert.

Am häufigsten entwickelt sich diese Form des Stupors im Verlaufe einer Melancholie mit Wahnideen, indem die schon dort erwähnte Gebundenheit zunimmt und zugleich eine tiefere Störung des Bewusstseins, der Auffassung der Aussenwelt, Platz greift. Von besonderen ätiologischen Momenten sind namentlich plötzliche lebhaft Affekte (Schreck, grosse Angst) zu erwähnen. Die Ausbildung des Stupors geschieht meist allmählich; der nach und nach immer scheuer und stiller gewordene Kranke versinkt schliesslich in gänzlichem, reaktionsloses, starres Schweigen. Weit seltener schliesst sich die Störung unmittelbar an die Einwirkung der Krankheitsursache an. Der Verlauf ist bald gleichmässig, bald schwankend, Besserungen und Verschlimmerungen darbietend. Die Dauer beträgt in der Regel einige Monate, kann sich aber ohne völligen Verlust der Aussicht auf Heilung auch über Jahr und Tag hinauserstrecken.

Der Stupor ist unter allen Umständen eine schwere Erkrankung, die nicht so selten in Unheilbarkeit übergeht, bisweilen auch zum Tode führen kann. Die Heilung vollzieht sich selten rasch, binnen wenigen Tagen, in der Regel nach und nach. Die Spannung löst sich allmählich; der Kranke beginnt, gelegentlich mit leiser, zögernder Stimme einzelne Antworten zu geben und Nahrung zu sich zu nehmen; die Sinnestäuschungen treten zurück, das

Bewusstsein klärt sich, und es erfolgt ein allmähliches Erwachen, wie aus einem schweren, wirren Traume, an den noch eine summarische Erinnerung besteht. Zugleich hebt sich die Ernährung, das Körpergewicht steigt sehr bedeutend, und in langsamer Rekonvalescenz gewinnt die frühere Persönlichkeit wieder die Herrschaft über den Bewusstseinsinhalt. In ungünstigen Fällen verschwindet zwar auch die Spannung, aber es bleiben meist Andeutungen des früheren Zustandes, namentlich das unmotivirte Beibehalten passiv erzeugter Stellungen, zurück. Der Affekt verliert sich und die Sinnestäuschungen treten in den Hintergrund, aber der Kranke ist theilnahmlos und blöde, ideenarm und unfähig zu psychischen Leistungen geworden. Das Gedächtniss für seine gesunde Vergangenheit hat sehr gelitten; er verfügt nicht mehr über die damals gesammelten Erfahrungen, sondern geht rasch dem völligen geistigen Tode entgegen. Der physische Tod ist in einzelnen Fällen durch Selbstmord bedingt; in anderen erfolgt derselbe durch Erschöpfung auf Grund von Nahrungsverweigerung und tiefem Darniederliegen aller körperlichen Funktionen. Es entwickeln sich Bronchialkatarrhe (Ansammlungen von Sekreten), Darmkatarrhe (Stauungen), Tuberkulose, selbst Dekubitus. Als anatomische Befunde an den nervösen Centralorganen werden aufgeführt Anämie, venöse Stauung und Oedem der Pia und des Gehirns, in den Fällen sekundären Blödsinns auch Rindenatrophie. Die Zurückführung des Stupors auf anfänglichen Gefässkrampf (wie beim Schreck) und spätere vasomotorische Lähmung mit den daraus hervorgehenden pathologisch-anatomischen Veränderungen würde dadurch nahe gelegt sein.

Jeder Stuporkranke bedarf unbedingt der Anstaltsbehandlung, da er Anforderungen an Pflege und Ueberwachung stellt, die in privaten Verhältnissen niemals in genügender Weise zu erfüllen sind. Die erste Sorge ist die Aufrechterhaltung der Ernährung, die hier grossen Schwierigkeiten begegnet und nicht selten Monate lang durch künstliche Fütterung geschehen muss. Die Auswahl von möglichst nahrhaften Speisen (Milch, Eier etc.) ist darum sehr geboten. Um das rapide Sinken der Körper-

kräfte etwas hintanzuhalten, legt man die Kranken ins Bett und hält sie möglichst warm, doch ist darauf zu achten, dass dieselben dabei nicht, wie bisweilen beobachtet, stark onaniren. Die Obstipation wird durch leichte Laxantien, am besten durch Eingiessungen per anum bekämpft, wenn der Kranke nicht sehr heftigen Widerstand leistet. Ausserdem passen Stimulantien, namentlich der Alkohol in in verschiedener Form (schwere Weine, Grog), um die Cirkulation anzuregen, allenfalls auch Kampher. Von grosser Wichtigkeit endlich ist die Sorge für Reinlichkeit (warme Bäder, regelmässiges Anhalten zur Befriedigung der Bedürfnisse) und, bei der ungenügenden Athmung der Kranken, für die reichliche Zufuhr frischer Luft. Wegen der Gefahr plötzlicher Gewaltthaten wird eine unausgesetzte sorgfältige Ueberwachung bei Tag und bei Nacht durchaus nothwendig. Die psychische Behandlung vermeide auf der Höhe der Krankheit jedes ungeduldige Eindringen auf den Patienten, das ihn nur ängstlicher macht; alle ärztlich nothwendigen Zwangsmaassregeln sollen mit Ruhe und Schonung, aber mit Festigkeit vorgenommen werden. Erst wenn 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 Rekonvalescenz gefördert werden.

Von dem Stupor unterscheidet sich hauptsächlich durch die Färbung des Stimmungshintergrundes ein im Uebrigen demselben ähnlicher Zustand, der bisweilen episodisch, namentlich bei epileptischen und hysterischen Kranken, auch bei Verrückten, zur Beobachtung kommt: die Ekstase. Auch hier tritt die Wahrnehmung der Aussenwelt gänzlich hinter den intensiven, das ganze Bewusstsein erfüllenden und beherrschenden Phantasiebildern zurück, aber der Inhalt derselben ist kein grauenvoller und schreckenerregender, sondern ein erhebender und beseligender. Der Kranke sieht Lichtgestalten, Engel, die ganze Herrlichkeit Gottes; er fühlt sich im Himmel, eins mit dem Höchsten und Heiligsten, und hört, wie er zu den erhabensten Aufgaben und Stellungen berufen wird, Apostel, Papst, Christus, Mutter Gottes zu sein. Sehr häufig mischen sich auch lebhaft

sexuelle Empfindungen hinein; Gefühle der höchsten Seligkeit und Wonne begleiten diese Phantasien. Während dieser Verzückerung ist der Kranke vollkommen unempfindlich und theilnahmslos für seine Umgebung; mit weit geöffneten Augen und schwärmerischem Gesichtsausdrucke, nach oben blickend, liegt er vielleicht regungslos auf den Knien da, ohne auf Anreden irgendwie zu reagiren. Stärkere Muskelspannung besteht nicht. Der Kranke lässt sich bisweilen ganz willenlos dirigiren; in andern Fällen beantwortet er jede Störung durch den unwilligen Versuch, sich dem äusseren Eingriffe zu entziehen.

Derartige Zustände sind meist nur von kurzer, höchstens einige Tage langer Dauer, kehren aber häufig in demselben Krankheitsverlaufe mehrmals wieder, besonders in der Nacht. Sie sind jenen Bewusstseinsstörungen analog, die durch manche Gifte, namentlich das Opium, durch langes Fasten (Visionen der Mystiker; Hungerdelirien) hervorgerufen werden. Auch nach starken Blutverlusten, im Kollapse, werden dieselben bisweilen beobachtet. Einer eigentlichen Behandlung bedürfen sie wegen ihres raschen Ablaufes nicht, wo eine solche nicht wegen der Ursache des Leidens erfordert wird.

Mehr oder weniger ausgeprägten Andeutungen der stuporösen und ekstatischen Bewusstseinsstörung begegnen wir in manchen Formen der Delirien bei schweren körperlichen Erkrankungen. Die Auffassung der Umgebung ist erschwert und undeutlich, die Personen derselben werden nicht erkannt, aber trotzdem zeigt der ängstlich gespannte oder entzückte Gesichtsausdruck des Kranken an, dass noch lebhaft psychische Vorgänge in seinem Innern ablaufen, die seine Aufmerksamkeit voll und ganz in Anspruch nehmen. Zugleich aber geben uns diese Zustände häufig Gelegenheit, die allmähliche Zunahme der Störung des Bewusstseins bis zur völligen Aufhebung desselben zu beobachten. Schon bei den sog. bländen und musitirenden Delirien hat sich der Zusammenhang der Vorstellungen fast gänzlich gelöst; ohne inneres Band folgen dieselben einander, wie sie gerade durch den Zufall heraufgeführt werden. Der Stimmungshintergrund zeigt keine

neinenswerthen Veränderungen mehr, sondern es beginnt bereits eine völlige Apathie Platz zu greifen. Bekanntlich sind diese Formen des Deliriums, die auf eine hochgradige Erschöpfung des Gehirns hindeuten und namentlich bei zunehmender Herzschwäche (Hirnödem) auftreten, prognostisch sehr ungünstig zu beurtheilen. Noch tiefer ist die Störung in dem sog. Koma vigil („Typhomanie“), einem Zustande von Betäubung, der nur durch starke äussere Reize noch für kurze Zeit durchbrochen werden kann. Auch der Ablauf der Vorstellungen stockt; das Bewusstsein wird nur von dunklen, unbestimmten psychischen Gebilden erfüllt, unter denen dumpfe Gemeingefühle die hervorragendste Rolle spielen dürften. Es ist indessen nicht mit absoluter Sicherheit zu sagen, ob es bei erhaltenem Leben Zustände giebt, in denen eine Umsetzung der Gehirnvorgänge in psychische Prozesse überhaupt nicht mehr stattfindet, das Bewusstsein also vollständig erloschen ist. Jedenfalls haben wir es in den Symptomen der fortschreitenden Hirnlähmung, Sopor, Koma, Karus, Lethargus, mit Störungen zu thun, in denen die Anzeichen irgend welcher psychischer Thätigkeit und somit höchst wahrscheinlich auch diese letztere selbst nicht mehr existiren.

D. Dementia acuta.

Wenn die letztgenannten Zustände ein praktisches Interesse zumeist nur für den internen Mediciner zu gewinnen pflegen, so werfen sie doch ein gewisses Licht auf eine wichtige Form der psychischen Störung, mit welcher sie sowol nach der ätiologischen, wie nach der symptomatischen Seite hin manche Berührungspunkte aufweisen. Es ist das jene Form tiefsten Darniederliegens der psychischen Funktionen, die man als akuten Schwachsinn, *Dementia acuta*, bezeichnet. Vom Schwachsinn im engeren Sinne unterscheidet sich dieselbe wesentlich durch den Umstand, dass sie, zunächst wenigstens, nur eine vorübergehende und eines völligen Ausgleichs fähige Veränderung, nicht einen dauernden, stabilen krankhaften

Zustand darstellt. Die pathologische Grundlage der *Dementia acuta* ist die Erschöpfung der nervösen Centralorgane; starke Blutverluste, Puerperium, schwere körperliche Erkrankungen (besonders Typhus), ungenügende Ernährung, fortgesetzte intellektuelle oder gemüthliche Ueberanstrengung, aufreibende Affekte sind daher als die wesentlichsten in Betracht kommenden Krankheitsursachen zu nennen. Jungendliches, wenig widerstandsfähiges Lebensalter und schwächende hereditäre oder erworbene Momente aller Art bilden eine wichtige Prädisposition.

In äusserlich symptomatischer Beziehung bietet das Krankheitsbild manche Aehnlichkeiten mit dem Stupor dar, von dem es sich in Wirklichkeit dadurch unterscheidet, dass hier die gesammte psychische Thätigkeit auf ein Minimum herabgesunken ist, während dort nur die Aeusserungen derselben gehemmt waren. Die Wahrnehmung der Aussenwelt, wie der eigenen Zustände ist nahezu gänzlich aufgehoben, der Vorstellungsverlauf unterbrochen; die Stimmung befindet sich dauernd in der regungslosen Gleichgewichtslage vollständiger Apathie; Motive zum Handeln kommen gar nicht zur Entwicklung. Aehnlich wie der Stuporöse, zeigt sich der Kranke durchaus reaktionslos auf alle äusseren Einwirkungen, spricht nichts, aber sein Gesichtsausdruck ist leer und blöde, seine Haltung schlaff; er leistet den mit ihm vorgenommenen Manipulationen keinerlei Widerstand. Spontane Bewegungen werden fast gar nicht ausgeführt; der Kranke muss wie ein Kind an- und ausgekleidet, auf den Abort geführt, zu Bett gelegt, gewaschen, gefüttert werden; er ist unrein, wenn man nicht gehörig auf ihn Acht giebt und lässt den Speichel aus dem Munde fliessen.

Die Körperernährung sinkt rasch, trotzdem keine Nahrungsverweigerung besteht und es meist ohne Schwierigkeit gelingt, Speisen in reichlicher Menge zuzuführen. Die Temperatur ist subnormal, die Athmung oberflächlich, der Puls klein und langsam; die Erscheinungen der Kreislaufsstörung zeigen sich in der Cyanose der Extremitäten und des Gesichtes und in der Neigung zu ödematösen Schwellungen derselben. Die Pupillen sind weit, reagiren

langsam; die Sensibilität und Reflexerregbarkeit ist stark herabgesetzt; alle Bewegungen geschehen schlaff und ohne Energie. Die Verdauung ist träge, doch kommt es bisweilen zur Entwicklung von Darmkatarrhen. Die Meneses cessiren. Der Schlaf ist meist gut.

Die Dementia acuta kann entweder allmählich oder auch ganz rasch und plötzlich zur Ausbildung gelangen, letzteres besonders nach sehr intensiv einwirkenden Kausalmomenten. Nach Typhus schliesst sie sich oft unmittelbar an die Somnolenzzustände auf der Höhe der Erkrankung an. In anderen Fällen wird der Kranke nach und nach stiller, apathischer und leistungsunfähiger, bis schliesslich das Krankheitsbild sich in seiner ganzen Ausdehnung herausgebildet hat. Der weitere Verlauf ist meist durch kleinere oder grössere Schwankungen ausgezeichnet; es gelingt vorübergehend, von dem Kranken einige leise Antworten auf einfache Fragen zu erhalten, oder er isst einige Tage von selbst, um dann wieder in die frühere Apathie zurückzuerfallen. Auch episodische ganz verwirrte Aufregungszustände werden beobachtet, in denen der Kranke einzelne zusammenhangslose Worte ausstösst, unverständlich vor sich hin spricht, im Zimmer herumtanzt, auch wol zerstört und gelegentlich zuschlägt, aber Alles ohne irgend einen tieferen Affekt, durchaus verschieden von den impulsiven Gewaltakten der Stuporösen.

Die Dauer der Dementia acuta beträgt in der Regel einige Monate, doch sah ich einen Fall noch nach mehr als zwei Jahren in völlige Heilung übergehen. Die Prognose ist im Allgemeinen eine günstige; natürlich hängt Vieles von der Natur des zu Grunde liegenden Leidens ab. Die Reconvalescenz vollzieht sich stets langsam und allmählich; der Kranke fängt an, selber zu essen, sich reinlich zu halten, einzelne Antworten zu geben; er wird nach und nach lebhafter, lässt sich zu leichten Beschäftigungen heranziehen und gewinnt schliesslich unter rascher Besserung der Ernährung (bisweilen enormer Appetit) binnen Kurzem wieder volle Klarheit und Besonnenheit, ohne eine andere, als sehr dunkle Erinnerung an die Periode der Erkrankung zu besitzen. Eine leichte Ermüdbarkeit

bleibt regelmässig noch einige Zeit zurück; die Stimmung ist meist heiter und dankbar; Wahneideen bestehen nicht. In ungünstigen Fällen bleibt der Zustand der psychischen Leistungsunfähigkeit mit unwesentlichen Besserungen stationär; es stellt sich wol wieder eine gewisse Aktivität ein, aber der Kranke ist dauernd blödsinnig. Unter solchen Umständen, wie das namentlich nach Typhus verhältnissmässig häufig beobachtet wird, hat man wol an tiefergreifende, irreparable Störungen in der Hirnrinde zu denken, wie sie sich im Anschlusse an die genannte Krankheit schon durch die anatomische Betrachtung als degenerative Veränderungen nachweisen lassen. In den heilbaren Fällen hat die Annahme rein funktioneller Alterationen der Nervenmasse (vielleicht im Anschlusse an Stauungen und chronische Oedeme) die meiste Wahrscheinlichkeit für sich.

Die Differentialdiagnose der Dementia acuta von den sekundären tiefen apathischen Blödsinnzuständen stützt sich ausschliesslich auf die Anamnese und die Beobachtung des Verlaufes; sie wird gesichert durch die Feststellung von Remissionen. Vom Stupor lässt sich die hier besprochene Störung hauptsächlich durch das gänzliche Fehlen der Zeichen innerer Spannung (Gesichtsausdruck, passiver Widerstand, explosive Gewaltakte) unterscheiden.

Die Behandlung hat als Kausalindikation mit allen Mitteln die Beseitigung der bestehenden Erschöpfung durch möglichst kräftige, leicht verdauliche Nahrung, sowie die medikamentösen Roborantien und Nutrientien (Chinin, Eisen, Leberthran) anzustreben. Im Uebrigen genügt ein rein diätetisches Verfahren, Sorge für Reinlichkeit, gute frische Luft, warme Kleidung, häufige Lageveränderung (wegen der Oedeme), in der Rekonvalescenz Schutz vor gemüthlicher Erregung oder geistiger Ueberanstrengung neben leichter, anregender Beschäftigung in freundlicher und ruhiger Umgebung. Eine vorsichtige psychische und körperliche Diätetik muss oft noch sehr lange bis zur völligen Kräftigung des Patienten fortgesetzt werden.

III. Aufregungszustände.

Wenn wir in den Depressionszuständen, dem Stupor, der Ekstase, Veränderungen des Stimmungshintergrundes begegnet sind, die nur das innerliche Leben des Kranken betrafen, so haben wir uns nunmehr mit denjenigen psychischen Störungen zu beschäftigen, bei denen die Gefühlsschwankungen den Charakter der Affekte und Triebe annehmen und sich in motorische Erregung verschiedener Art umsetzen. Die näheren physiologischen und psychischen Bedingungen, unter denen gerade diese Umsetzung der centralen Reizung in Handlungen stattfindet, sind noch unbekannt, doch wissen wir, dass dieselbe schon unter normalen Verhältnissen durch gewisse Einflüsse (z. B. Alkoholenuss) erleichtert wird. In den höheren Graden der psychischen Erregung ist stets auch das Bewusstsein, die Apperception der äusseren und inneren Eindrücke, mehr oder weniger getrübt, so dass dieselben deswegen auch als „Dämmerzustände“ aufgefasst werden könnten. Wegen der sonstigen klinischen Zusammengehörigkeit haben wir sie indessen in diesen Abschnitt mit einbezogen, zumal höchst wahrscheinlich in jenen Zuständen der Bewusstseinstrübung eine ganz andere Entstehungsweise und Bedeutung zukommt, als hier. Die Färbung des herrschenden Affektes ist eine sehr verschiedene, nicht selten in einem und demselben Krankheitsbilde wechselnde.

A. Melancholia activa.

Als aktive Melancholie im Gegensatz zu der früher besprochenen passiven bezeichnet man eine Form der psychischen Störung, deren hervortretendstes Symptom die

ängstliche Aufregung bildet. Auch der Stuporöse kann von der heftigsten Angst gequält werden, aber dieselbe besteht nur als Zustand innerer Spannung und vermag es höchstens ganz vorübergehend, in Form der plötzlichen, raptusartigen Gewaltakte, die entgegenstehenden Hemmungen zu durchbrechen. Hier indessen äussert sich die Angst von vorn herein in einer gewissen Unruhe, die sich bis zur intensivsten motorischen Erregung steigern kann und das ganze Krankheitsbild beherrscht. In den leichtesten Formen bleibt die Störung auf das Gebiet des Gefühls- und Trieblebens beschränkt. Der Kranke weiss keinen Grund für seine Angst anzugeben; dieselbe bleibt unbestimmt, ohne klaren Inhalt. Sehr häufig werden dabei bestimmte Sensationen, Druck und Beklemmung in der Herzgegend, Gefühl des Zusammenschnürens im Halse, dumpfe Beengung im Kopfe u. dergl. als Ausgangspunkt der inneren unmotivirten Angst angegeben.

Meist aber bleibt es nicht bei dieser elementaren Form der Alteration, sondern es wird alsbald auch die Wahrnehmung und der Vorstellungsverlauf des Kranken in Mitleidenschaft gezogen. Zunächst entsteht die vage Befürchtung eines bevorstehenden Unglücks, die allmählich mit solcher Macht sich dem Kranken aufdrängt, dass sie die gesammte Auffassung der äusseren Eindrücke in charakteristischer Weise beeinflusst, ganz ähnlich wie wir schon durch die Einwirkung der physiologischen Angstafekte oft genug ganz barocke Verfälschungen der Wahrnehmung zu Stande kommen sehen. Jedes auffallende Ereigniss der Umgebung wird in der schlimmsten Weise interpretirt, seine möglichen unheilvollen Folgen in den grellsten Farben ausgemalt; jede Miene und Geberde wird mit ängstlichem Misstrauen beobachtet und als Bestätigung der eigenen Befürchtungen gedeutet. Jeder neue Eindruck signalisirt ein drohendes Unheil, jeder nahende Tritt kündigt eine Unglücksbotschaft, neue Angst und neuen Schrecken an. Es besteht demnach hier eine ähnliche Ueberempfindlichkeit, wie bei der passiven Melancholie mit ihrer Schmerzreaktion auf alle äusseren Einwirkungen, nur mit dem Unterschiede, dass hier keine einfache Verstimmung, son-

dem ein Affekt mit der lebhaften Tendenz zur Umsetzung in motorische Erregung zu Grunde liegt.

Sehr beachtenswerth ist auch hier, dass die auftauchenden krankhaften Befürchtungen für das Individuum sofort den Charakter der objektiven Gewissheit gewinnen. Kaum tritt dem Kranken die Möglichkeit in das Bewusstsein, dass seine Frau, seine Angehörigen gestorben sein könnten, so ist er auch schon fest überzeugt, dass sie es wirklich sind. In den höheren Graden der Angst wird der Kranke immer unkritischer; seine Auffassung der Umgebung verfälscht sich immer mehr durch Wahneideen, Urtheilstäuschungen, illusionäre und hallucinatorische Trugwahrnehmungen. Er glaubt sich von den grössten Gefahren umgeben, sieht in den Personen seiner Umgebung Peiniger und Verfolger, fürchtet, jeden Augenblick zur Hinrichtung geschleppt, verbrannt, zerrissen, geköpft zu werden. Diese Ideen, die er selbst durch die augenscheinlichsten Gegenbeweise nicht mehr zu corrigiren im Stande ist, verdrängen schliesslich alle gesunden Schliessungen aus seinem Bewusstsein und kehren mit geringen Variationen immer und immer wieder, ohne dem Kranken Ruhe zu lassen, in jeder neuen Wahrnehmung frische Nahrung findend.

Der Vorstellungsverlauf ist wegen der Zähigkeit, mit welcher die ängstlichen Ideen sich behaupten, meist verlangsamt, stereotyp; nur in den höchsten Graden der Angst kann, wie es scheint, eine so massenhafte Produktion peiniger Phantasien stattfinden, dass es zu einer beschleunigten Aufeinanderfolge derselben kommt. Wie im Traume lösen dann die wirren Schreckbilder einander ab, ohne zu klarer Apperception zu kommen; das Bewusstsein trübt sich, und aus dem Chaos wilder, zusammenhangsloser, herandrängender Ideen tritt nur der eine, Alles erfüllende und durchdringende Affekt mit qualvoller Deutlichkeit und Stärke hervor: die Angst. Durch diese gemeinsame Grundlage, von welcher der ganze Vorstellungskreis seinen Ausgang nimmt und die ihm seine charakteristische Färbung giebt, unterscheidet sich die Beschleunigung der Gedankenfolge bei der Melancholia activa von der eigentlichen Ideenflucht, der gleichmässigen Erleichterung aller associativen

Verbindungen. Während bei dieser letzteren die Vorstellungen nach ihrem zufälligen, oft sehr lockeren und äusserlichen Zusammenhange sich zwanglos aneinanderreihen, finden wir dort eine gewisse inhaltliche Uebereinstimmung aller ins Bewusstsein tretenden Ideen, die eben durch den mächtigen, das Individuum vollständig beherrschenden Affekt der Angst vermittelt wird.

Im äusseren Verhalten der Kranken prägt sich die innere Bewegung zunächst durch eine gewisse Unruhe aus. Die Patienten können nicht lange an einer Stelle oder in einer Position verharren; sie gehen hin und her, setzen sich, stehen wieder auf und werden ruhelos herumgetrieben, bald hinaus ins Freie, bald wieder nach Hause, immer in der unbestimmten, aber stets unerfüllten Hoffnung, durch die aufgesuchte Veränderung sich eine Erleichterung verschaffen zu können. Anfangs gelingt es ihnen oft noch, diese Unstetigkeit durch eine Willensanstrengung, ein „Sich zusammennehmen“, zu beherrschen, wobei ihre Haltung und Miene schon die innere Spannung verräth. Bald aber nimmt der Bewegungsdrang derartig zu, dass es selbst durch Zureden, ja durch Festhalten nicht möglich ist, sie auch nur auf kurze Zeit zum Stillstehen oder zum ruhigen Sitzenbleiben zu bringen. Zugleich macht sich die innere Erregung in Ausdrucksbewegungen gewöhnlicher und ungewöhnlicher Art Luft. In den Gesichtszügen zeigen sich die charakteristischen Angstfalten; die Kranken fangen an zu jammern und zu wehklagen, ja laut zu schreien, bis sie schliesslich in der höchsten Angst nur noch unartikulierte Laute ausstossen; sie ringen die Hände, gestikuliren mit den Armen und dem Kopfe, schlagen sich mit der Hand vor die Stirn, zupfen sich Nase, Lippen, Ohrfläppchen blutig, zerrauen sich die Haare, wälzen sich am Boden und zerschlitzen ihre Kleider in immer heftigerer, unwiderstehlicherer Erregung, um sie schliesslich ganz von sich zu werfen.

In den höchsten Graden des Affektes mit starker Bewusstseinstrübung kann der Drang nach Befreiung von der inneren Spannung und aus der imaginären grässlichen Gefahr zu einer so elementaren Gewalt anwachsen, dass er, ähn-

lich wie im Stupor, zu Handlungen rücksichtsloster Zerstörung gegen die eigene Person oder gegen die Umgebung fortreißt. Solche plötzliche Affektausbrüche pflegt man als „Raptus melancholicus“ zu bezeichnen. Namentlich grässliche Verstümmelungen, das Ausreissen der Augen, der Zunge, das Abreissen des Penis, der Hoden und Aehnliches, Aufschlitzen des Bauches, Selbstmord und Mord anderer Personen sind in diesen Zuständen verworrener, namenloser Angst nicht so sehr selten. Regelmässig besteht dabei vollständige, psychisch bedingte Analgesie. Meist folgt solchen Gewaltthaten rasch das Gefühl einer gewissen Befreiung und Erleichterung mit vorübergehendem Nachlasse der inneren Erregung.

Der Schlaf dieser Kranken ist regelmässig sehr bedeutend gestört; sie können es nicht lange im Bette aushalten, sondern steigen immer und immer wieder heraus, um ruhelos herumzuwandern, oder sie jammern und klagen ohne Unterbrechung die ganze Nacht hindurch, rufen laut um Hülfe, wollen fort, entfliehen, wecken ihre Nachbarn, kriechen vor Angst zu ihnen ins Bett, verstecken sich unter dasselbe und werden durch alle Versuche, sie zu beruhigen und im Bette zu erhalten, meist nur noch ängstlicher und aufgeregter. Aehnliche Schwierigkeiten stellen sich der regelmässigen Ernährung entgegen. Anfangs fehlt nur das Interesse für die Nahrungsaufnahme und der Appetit; später aber gesellt sich fast regelmässig wirkliche Sitophobie hinzu. Der Kranke, der vor lauter Angst nicht dazu kommt, selbst zu essen, wird bei jedem Versuche, ihm die Nahrung einzuführen, immer widerstrebender und spuckt Alles wieder aus, oft nur aus unbestimmten ängstlichen Motiven, bisweilen wol auch in Folge von Vergiftungs- oder Versündigungsideen. Das Körpergewicht sinkt in Folge dessen natürlich sehr 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 Symptomenkomplex der aktiven Melancholie bildet sich entweder im Verlaufe einer passiven Melancholie

allmählich heraus, oder er ist von Anfang an der Grundzug der entstehenden Psychose. Es scheint, dass heftige Gemüthsbewegungen seiner Entwicklung besonders günstig sind, aber auch in der Rekonvalescenz nach akuten Krankheiten (besonders Pneumonie), im Anschlusse an rasch erschöpfende Einwirkungen, im Puerperium, ist diese Form des Irreseins nicht so selten. Endlich sind auch periphere somatische Störungen, peinigende Neuralgien, Herzaffectationen, Emphysem u. dergl. unter den häufigeren Ursachen der Psychose zu erwähnen. Meist ist die Entwicklung derselben eine allmähliche. Als Prodromalsymptome bemerkt man nicht selten Kopfschmerzen, Schwindel, abnorme Sensationen, Neuralgien, leichte Verstimmung, erhöhte Reizbarkeit u. dergl. Die anfangs nur leise angedeutete, namentlich Nachts hervortretende innere Unruhe steigert sich erst nach und nach zu immer höheren Graden. In andern Fällen jedoch, bei stark prädisponirten Individuen, oder dort, wo das Kausalmoment (jähler Temperaturabfall, Gemüthsbewegung) sehr rasch und intensiv einwirkt, kann die Alteration auch ganz plötzlich und unvermuthet hereinschlagen; es treten massenhafte Sinnestäuschungen hervor, das Bewusstsein trübt sich, und der Kranke ist mit einem Schlage willenlos den mächtigen entfesselten Affekten preisgegeben. Dieser Verschiedenheit der Entwicklung pflegen auch Differenzen im weiteren Verlaufe und in der Dauer zu entsprechen. Das stürmische Auftreten der Störung berechtigt zu der Hoffnung einer ebenso raschen Lösung und einer kurzen Dauer derselben. So pflegen die meist dieser klinischen Form angehörigen ängstlich-vertirten Kollapsdelirien beim Fieberabfall nach akuten Krankheiten gewöhnlich nach einer Dauer von einigen Tagen, bisweilen sogar nur Stunden, schnell und vollständig zu verschwinden. In der Regel jedoch, wo kein so augenfälliges und sich selbst rasch korrigirendes Kausalmoment vorliegt, erstreckt sich die Krankheit über eine Reihe von Wochen und Monaten hin, wenn auch die Dauer derselben im Allgemeinen eine weniger protrahirte zu sein pflegt, als diejenige der früher besprochenen Formen der Melancholie.

Die Prognose ist verhältnissmässig nicht ungünstig, namentlich in den rasch sich entwickelnden Fällen; die hauptsächlichsten Gefahren werden durch die Selbstmordneigung und die Erschöpfung in Folge der Schlaflosigkeit und Nahrungsverweigerung repräsentirt. Die Besserung, wenn sie nicht nach kurzer Dauer der äusserst akut verlaufenen Krankheit wie das Erwachen aus einem schweren wirren Traume hervortritt, vollzieht sich in vielfachen Schwankungen, vorübergehenden Nachlässen und Verschlimmerungen der inneren Unruhe, unter allmählichem Verblässen der ängstlichen Befürchtungen, Wiedererwachen anderer Interessen und zunehmender Befreiung von dem Drucke des Affektes. Zugleich bessert sich Schlaf und Ernährung und das Körpergewicht steigt. Gewöhnlich bleibt aber, namentlich bei chronischem Verlaufe, noch lange Zeit hindurch eine gewisse Verzagttheit und Kleinmüthigkeit, sowie eine grosse Empfindlichkeit gegen gemüthliche Erregungen zurück, welche aufmerksame Beachtung Seitens der Umgebung verdienen. Auch der Uebergang der ängstlichen Agitation in Stupor von verschieden langer Dauer, sowie der Wechsel zwischen diesen beiden Zuständen wird bisweilen beobachtet. In ungünstig verlaufenden Fällen treten mit dem Nachlasse des Angstaffektes die auf der Höhe der Krankheit entstandenen Wahnideen und Sinnestäuschungen nicht oder nur theilweise zurück; der Kranke gewinnt keine Einsicht in die pathologische Natur derselben, sondern hält sie dauernd fest, ohne sie bei wieder erlangter Besonnenheit kritisch korrigiren zu können. Auf Grund der so sich kundgebenden intellektuellen Schwäche kommt es dann zur Entwicklung des Krankheitsbildes der sekundären Verrücktheit.

In diagnostischer Beziehung ist es beachtenswerth, dass auch im Verlaufe anderweitiger psychischer Störungen, so z. B. der primären Verrücktheit, ängstliche Aufregungszustände unter der symptomatischen Form der Melancholia activa auftreten können. Dort ist aber in der Regel die Angst nicht die Grundlage der Affektion, sondern erst die Folge von Wahnideen oder Sinnestäuschungen; nicht in dem sehr gut motivirten Affekte ist das Krank-

hafte zu suchen, sondern in den Verfälschungen des Bewusstseinsinhaltes, aus welchen die Angst mit derselben Nothwendigkeit hervorgeht, wie die Gemüthsbewegungen des Gesunden aus den von ihm gemachten Erfahrungen.

Die Behandlung der aktiven Melancholie hat vor Allem eine Beruhigung des Kranken zu erzielen. Dieser Indikation dient nicht, wie man früher vielfach glaubte, die mechanische Behinderung seiner Bewegungen durch die Zwangsjacke oder „Wärterfäuste“, sondern zunächst die Beseitigung aller äusseren Reize. Gerade der äussere Zwang ist für derartige Kranke ein Reiz, der leicht die ängstliche Spannung zum Unerträglichen steigert. Versetzung des Patienten in eine absolut ruhige, ihn so wenig wie möglich beengende und reizende Umgebung ist daher das erste Erforderniss, jeder Versuch einer häuslichen Behandlung durchaus verwerflich und gefährlich. Isolirung unter leichter Abdämpfung des Lichtes wirkt häufig sehr beruhigend; völlige Verdunklung ist namentlich bei bestehenden Gesichtshallucinationen zu vermeiden. Selbstverständlich muss dabei stets eine genaue Ueberwachung stattfinden, da die Kranken sich oft in hohem Grade gefährlich sind, mit dem Kopfe gegen die Wand rennen, Scheiben (auch bisweilen sehr dicke!) zertrümmern, um sich mit den Scherben zu verletzen u. s. f. Sobald derartige Neigungen hervortreten, ist die Isolirung sogleich aufzuheben und nur im äussersten Nothfalle die Verbringung in eine gut gepolsterte Zelle, welche unausgesetzte Beobachtung gestattet, zu versuchen. Für extreme Fälle von unbezwinglicher blinder Selbstbeschädigungssucht hat man von manchen Seiten auch die prophylaktische Anwendung der mechanischen Beschränkung im Bette während der Dauer der Aufregungsparoxysmen empfohlen. Nothwendig wird diese Maassregel beim Bestehen schwerer chirurgischer Verletzungen, die eine ruhige Lage des Kranken unbedingt erfordern.

Unter den direkten Beruhigungsmitteln spielt hier die wichtigste Rolle das Opium und Morphinum, deren systematische Anwendung in täglicher, steigender Dosis gerade bei Angstzuständen mit Recht die weiteste Verbreitung

gefunden hat. Ausser diesen Mitteln sind natürlich auch die schon oft erwähnten verlängerten Bäder und hydro-pathischen Wicklungen, endlich der Alkohol in verschiedener Form zur Erzielung einer Beruhigung, namentlich für die Nacht, in Gebrauch zu ziehen, doch scheitern die genannten Maassregeln nicht selten an dem sich immerfort steigern den ängstlichen Widerstande des Kranken. Verhältnissmässig häufig ist man in diesen Zuständen genöthigt, zur künstlichen Fütterung zu greifen, wenn das Widerstreben und die Aufregung des Patienten die regelmässige Nahrungsaufnahme verhindert und das rasche Sinken der Körperkräfte ein ärztliches Einschreiten erheischt.

Dass ausserdem die Sorge für die hygienischen Bedürfnisse der Kranken, namentlich für Reinlichkeit, gute Luft, genügende Erwärmung der Aufenthaltsräume (besonders bei sich entkleidenden Kranken) von grösster Bedeutung ist, bedarf keiner weiteren Auseinandersetzung.

Die psychische Behandlung erfordert vor Allem Ruhe und Geduld. Die Anwendung des Zwanges, wo sie nöthwendig ist (beim Füttern, An- und Auskleiden, Baden, Verbinden) hat mit grosser Schonung, aber mit Festigkeit zu geschehen; jedes heftige und ungeduldige Vorgehen vermehrt das Misstrauen und die Angst des Kranken. In der Reconvalescenz kann der freundliche Zuspruch des Arztes sehr viel zur völligen Beruhigung des vertrauenden Kranken beitragen; ebenso wird alsdann der ganze Schatz an ablenkenden und leicht zerstreuen den Mitteln mit Erfolg ins Feld geführt werden. Besondere Sorgfalt ist auf die Fernhaltung gemüthlicher Erregungen während dieser Zeit zu verwenden.

B. Mania.

Die Grunderscheinung jener Krankheitsbilder, die man unter dem Namen der Manie zusammenfasst, bildet eine abnorme Erleichterung des Vorstellungsverlaufes und der Umsetzung centraler Erregungszustände in Handlungen. Während bei der aktiven Melancholie das hervortretende pathologische Moment in dem mächtigen,

das Bewusstsein gänzlich erfüllenden Affekte zu suchen war, der durch seinen Einfluss ausschliesslich Vorstellungen mit depressivem Inhalte heraufführte und sich in zwangsmässigen motorischen Reaktionen gewaltsam Luft machte, ist hier die Auffassung der äusseren und inneren Reize so sehr erleichtert, dass schon eine sehr geringe Intensität dieser letzteren genügt, um sofort, aber freilich nur momentan, die Aufmerksamkeit zu erregen. Die Stimmung schwankt rasch und unvermittelt oft von einem Extrem ins andere, pflegt allerdings vorwiegend eine heitere, gehobene zu sein. Die äussere Erregung ist meist nicht so sehr der Ausdruck stürmischer, unwiderstehlicher Affekte, als die Folge der leichteren und prompteren Uebertragung jedes Bewegungsimpulses in eine wirkliche Bewegung, des Wegfallens jener centralen Hemmungen, welche beim Gesunden den grössten Theil dieser Impulse schon im Entstehen zu unterdrücken pflegen.

Nach der Intensität der Erscheinungen lassen sich gewissermaassen verschiedene Grade der maniakalischen Krankheitsbilder auseinanderhalten, die zwar ohne scharfe Abgrenzung in einander übergehen, dennoch aber in symptomatischer und prognostischer Beziehung beachtenswerthe Eigenthümlichkeiten darbieten.

Die leichtesten Formen der Manie hat Mendel*) unter der Bezeichnung der Hypomanie zusammengefasst. Die Störung bewegt sich hier oft in Grenzen, welche dem Laien die Erkennung der Krankheit sehr erschweren. Die Auffassung äusserer Eindrücke und der Ablauf 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,

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

auf gesteigerter Beobachtungs- und Kombinationsgabe beruhenden Leistungen der Phantasie befähigt. Begabte Patienten scheinen daher in diesen Formen der Manie ihrer Umgebung bisweilen in einem Zustande genialen Aufschwunges und erhöhter intellektueller Kraft sich zu befinden, bis dann die zunehmende Erregung den Zusammenhang des Gedankenganges lockert und auch dem Ungläubigen die Augen über die krankhafte Natur der bemerkten Veränderung öffnet.

Stets ist auch schon bei den leichtesten Graden der Störung der Mangel an innerer Einheit des Vorstellungsverlaufes, die Unfähigkeit zur konsequenten Verfolgung einer bestimmten Gedankenreihe, zur ruhigen, logischen Durcharbeitung und Ordnung gegebener Ideen, die Unbeständigkeit des Interesses, das jähe unvermittelte Abspringen von einem Gegenstande zum andern ausserordentlich charakteristisch. Allerdings wissen die Kranken nicht selten mit einiger Anstrengung diese Erscheinungen vorübergehend zu verwischen und die Herrschaft über ihren zügellos gewordenen Vorstellungsverlauf noch für einige Zeit wiederzugewinnen. In unbewachten Momenten und namentlich in Schriftstücken wird es dann aber doch meist gelingen, jene Symptome nachzuweisen.

Nicht selten kommen bei der Flüchtigkeit, mit der die äusseren Eindrücke von dem Kranken aufgefasst werden, Illusionen aller Art, namentlich des Gesichtes, weniger häufig auch Hallucinationen zur Entwicklung. Entfernte Ähnlichkeiten führen ihn zur Personenverwechslung; die Gegenstände seiner Umgebung zeigen gelegentlich Gesichter, schneiden Fratzen, bewegen sich u. s. f. Auf diesen Verfälschungen der Wahrnehmung und auf der Leichtigkeit, mit der jede Vorstellung Macht über den Bewusstseinsinhalt des Kranken erlangt, ohne erfolgreiche kritische Berichtigung zu finden, beruhen auch die bisweilen zur Beobachtung kommenden Wahnideen. Der Kranke meint vielleicht, sich in einem sehr vornehmen Hause zu befinden, von hohen Persönlichkeiten umgeben, zu einem Ehrenposten ausersehen zu sein u. s. f. Sehr gewöhnlich besteht aber bei ihm selbst noch ein dunkles Misstrauen gegen diese Ideen, welches ihn hindert, dieselben rückhaltslos zu äussern

und weiter zu verarbeiten. Oft stellt sich das Vorhandensein derselben erst nachträglich heraus, wenn der Genesene davon erzählt.

Der Grundton der Stimmung ist zumeist ein heiterer. Allerdings ist diese Erscheinung nicht von vornherein in dem Krankheitsprocesse begründet; vielmehr ist eigentlich nur die Labilität, die leichte Veränderlichkeit der Stimmung für die Manie charakteristisch. In der Wahrnehmung des erleichterten Vorstattengehens aller psychischen Vorgänge, des Wegfalls der Hemmungen ist jedoch hier eine Quelle dauernder Lustgefühle gegeben, aus welcher die besondere exaltative Färbung der Stimmung ihren Ursprung nimmt. Sehen wir doch im ersten Stadium des Alkoholarasches den rascheren Ablauf der Vorstellungen und Willenshandlungen sich ebenfalls regelmässig mit Lustgefühlen verknüpfen! Eine wichtige Bestätigung erhält diese Anschauung durch die Erfahrung, dass der Kranke gegenüber äusseren Beeinflussungen, namentlich solchen, die ihn in seinem Thun und Treiben zu hemmen suchen, Widerspruch, Versagung seiner Wünsche u. dergl. eine entschiedene Erhöhung der gemüthlichen Reizbarkeit erkennen lässt. Schon geringfügige Anlässe genügen, um heftige, allerdings meist rasch vorübergehende zornige Affekte bei ihm hervorzurufen.

Das Selbstgefühl des Kranken zeigt eine sehr beträchtliche Steigerung. Für ihn giebt es keine Schwierigkeiten und Hindernisse; Alles muss ihm gelingen, was er in Angriff nimmt. Mit dem Krankheitsgeföhle fehlt auch die Krankheitseinsicht: er fühlt sich so gesund und leistungsfähig, wie nie in seinem Leben und weist jede Vermuthung einer psychischen Störung mit Lachen oder Entrüstung zurück. Jeder neue Eindruck wird im Sinne der herrschenden Lustgefühle optimistisch aufgefasst und dient auf diese Weise dazu, die hohe Selbstzufriedenheit des Kranken immer mehr zu verstärken. Die Aussenwelt erscheint ihm „im rosigsten Lichte“; die albernsten Produktionen und Ideen nimmt er mit kritikloser Begeisterung auf. Ueberall sieht er Freunde, ausgezeichnete Menschen; das Geld liegt auf der Strasse, das Glück lächelt ihm, und

alle die kleinen und grossen Mängel des Daseins, die ihm früher das Leben verbittert haben, schrumpfen und schwinden dahin vor dem Gefühle der jugendlichen Kraft und Elasticität, welches ihn neu belebt.

Auf dem Gebiete des Handelns äussert sich die maniakalische Erregung in einer erhöhten Geschäftigkeit. Der Kranke fühlt das Bedürfniss, aus sich herauszugehen, mit seiner Umgebung in lebhafteren Verkehr zu treten, eine Rolle zu spielen. Er fängt daher an, viel auszugehen, Wirthshäuser, Gesellschaften, Vergnügungen zu besuchen, Reisen zu machen, viele und lange Briefe zu schreiben, sich um alle möglichen Dinge und Verhältnisse zu kümmern, die ihm früher gänzlich fern lagen. Er knüpft zahlreiche Verbindungen an, baut Luftschlösser und stürzt sich mit rasch wechselndem Enthusiasmus aus einer Unternehmung in die andere, ohne irgend etwas zu vollenden. So unternimmt er in Folge eines plötzlichen Einfalles weite, planlose Reisen, sammelt alle möglichen unnützen Dinge bei sich an, macht eine Menge zweckloser Einkäufe und Tauschgeschäfte, weil jedes neue Objekt seine Begierde reizt, so sehr, dass in dieser krankhaften Lust am Besitze bisweilen selbst der gelegentliche Diebstahl und die Uebervortheilung nicht gescheut wird, um irgend einen erwünschten Gegenstand zu erlangen. Dies Interesse erlischt meist so rasch, wie es erwacht war; das soeben noch mit allen Mitteln Erstrebte wird im nächsten Augenblicke achtlos bei Seite geworfen, verschenkt, verschleudert.

Im äusseren Benehmen des Kranken macht sich einmal das erhöhte Selbstgefühl, die Sucht aufzufallen, dann aber die Unruhe und Unstetigkeit desselben bemerkbar. Mit einem theatralischen, gespreizten Gebahren verbinden sich sehr lebhaft und exaltirte Ausdrucksbewegungen. Die Kleidung ist auffallend, vielleicht stutzerhaft, aber gleichzeitig nachlässig, salopp. Die Schrift zeigt grosse prätenziöse Züge, viele Ausrufungs- und Fragezeichen, Unterstreichungen, neben mannigfachen Unsauberkeiten und Flüchtigkeiten in der äusseren Form. Der Kranke führt überall das Wort, drängt sich bei jeder Gelegenheit in den Vordergrund, sucht Aller Augen auf sich zu lenken; er spricht viel und

gern, von sich selbst oft in der dritten Person, um sich ein gewisses Relief zu geben, renommirt in stark übertriebener Weise mit seinen vornehmen Bekanntschaften, seinen Leistungen und Fähigkeiten, ohne es mit der Wahrheit sehr genau zu nehmen. Dabei lässt er sich häufig sehr ungenirt gehen, macht grobe Verstösse gegen Anstand und Sitte, erzählt obscöne Witze in Damengesellschaft, nimmt sich kordiale Vertraulichkeiten gegen Fremde oder höher stehende Personen heraus, schliesst mit dem ersten Besten Freundschaft und Dutzbrüderschaft und geräth in die mannigfaltigsten Konflikte 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.

Sehr bald beginnt der vorher vielleicht streng solide Kranke in seinem maniakalischen Thatendrange daher auch, sich allen möglichen Excessen hinzugeben, sich häufig zu betrinken, unsinnig zu spielen, die Nächte auszubleiben, sich in Bordellen und zweideutigen Lokalen 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 koquettiren, Liebesverhältnisse anzuknüpfen, schlüpfrige Romane zu lesen, besonders kundzugeben pflegen. Nicht selten wird diese auffallende Charakterveränderung von der Umgebung zunächst nicht als krankhaft, sondern als sittlicher Fehler aufgefasst, den man durch freundschaftliche Auseinandersetzungen und sociale Maassregelungen vergebens zu corrigiren sucht. Der Kranke selbst wird dadurch nicht sonderlich berührt; er weiss alle seine Sonderbarkeiten und neuen Gewohnheiten scheinbar ganz genügend zu motiviren: er wolle jetzt sein Leben geniessen, müsse sich endlich auch einmal etwas herausreissen u. s. f.

Auf dem geschilderten Standpunkte bleibt in einer Reihe von Fällen die maniakalische Erregung stehen. In der Regel jedoch entwickelt sich das Krankheitsbild sehr bald zu grösserer Intensität. Mit der Steigerung der Empfäng-

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

Ganz ebenso verhält es sich mit dem Verlaufe der Vorstellungen. Auch hier tritt jedes auftauchende Erinnerungsbild sogleich mit einer gewissen Prätension in das Bewusstsein des Kranken ein, das vorhergehende rasch verdrängend und ebenso rasch vom nachfolgenden verdrängt. Diese abnorme Erleichterung der Apperception, die eine Auswahl unter den gegebenen Eindrücken und Vorstellungen unmöglich macht und den Bewusstseinsinhalt des Kranken willenlos den Einflüssen der zufälligen Umgebung und dem Spiele der Association preisgibt, lässt schliesslich schon die entferntesten und äusserlichsten Aehnlichkeiten genügen, um die associative Verbindung zwischen ganz heterogenen Elementen herzustellen. Durch derartige barocke, häufig gar nicht mehr kontrolirbare Gedankensprünge, bei deren Entstehung namentlich blosser Wortanklänge, Reime u. dergl. eine grosse Rolle spielen, verliert der beschleunigte Vorstellungsverlauf endlich vollständig seinen inneren Zusammenhang; es entwickelt sich mit andern Worten das Symptom der ideenflüchtigen Verwirrtheit.

Die Fähigkeit zu irgend welcher intellektuellen Verarbeitung der aufgenommenen Eindrücke, zur Ausführung einer selbständigen logischen Denkoperation ist damit aufgehoben. Die ungereimtesten Ideen werden von dem Kranken ohne Weiteres acceptirt, die grössten Widersprüche bleiben bei der Flüchtigkeit der ganzen Gedankenarbeit unbemerkt, weil inzwischen schon wieder neue und immer neue Bilder

dieselbe unterbrochen und den Vorstellungsverlauf in dieser und jener Richtung, „aus dem Hundertsten ins Tausendste“ weiter geführt haben. So leicht wie sie in das Bewusstsein eingetreten sind, so locker haften die einzelnen äusseren und inneren Eindrücke im Gedächtniss. Der Kranke weiss oft nach wenigen Minuten nicht mehr, was er kurz zuvor gesagt oder gethan hat; er vergisst, was er hat sagen wollen, dass er im Begriffe gewesen ist, sich zu waschen, anzuziehen, zu essen, aber nur, weil die vielfachen neuen in ihm aufgestiegenen Vorstellungen und Absichten die früheren bereits verwischt haben.

Eine fast regelmässige Erscheinung im Verlaufe jeder intensiveren maniakalischen Aufregung ist das Auftreten von Sinnestäuschungen, zumeist mit dem Charakter der centrifugalen Entstehung, phantastische, vielfach wechselnde, mit dem Vorstellungsinhalte in Beziehungen stehende Trugwahrnehmungen verschiedener Sinnesgebiete, bunt bewegte Scenen, nickende lachende Figuren, Engel, grosse Armeen, Musik, laute Stimmen, meist mit angenehmem, seltener mit ärgerlichem Inhalte u. dergl. Solche Fälle, in denen die Sinnestäuschungen von vornherein sehr massenhaft auftreten und dauernd die Situation beherrschen, hat man wohl auch unter der Bezeichnung „hallucinatorische Manie“ zusammengefasst.

An die Sinnestäuschungen knüpfen sich nicht selten auch Wahnideen an. Der Inhalt derselben ist meist ein expansiver; die Kranken behaupten Kaiser, König, Christus, Mutter Gottes, unsterblich zu sein u. Aehnl. Diese Wahnideen sind aber im Ganzen immer nur flüchtige, vorübergehende Erscheinungen; sie werden nicht innerlich verarbeitet und in das Persönlichkeitsbewusstsein aufgenommen, sondern sie sind als Vorstellungen zu betrachten, die nur durch das allgemeine Gefühl der erhöhten Leistungsfähigkeit eine gewisse Intensität gewonnen haben und wegen der ideenflüchtigen Kritiklosigkeit für die Dauer derselben unkorrigirt bleiben.

Die Stimmung zeigt auch hier im Allgemeinen den expansiven Charakter, allein sie ist durchaus keine gleichmässige, wie in den melancholischen Zuständen, sondern es

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

Entsprechend der grösseren Lebhaftigkeit der Affekte gewinnt hier auch die motorische Erregung eine ausserordentliche Intensität. Der Kranke wird beherrscht von einem rücksichtslosen Bewegungsdrange, der ihn oft Tag und Nacht nicht zur Ruhe kommen lässt. Fast ohne Unterbrechung ideenflüchtig und zusammenhangslos perorirend, Grimmassen schneidend, bald lachend, bald weinend, bald zornig, dazwischen singend, johlend, pfeifend, in die Hände klatschend, springt und tanzt er im Zimmer herum, putzt und wischt am Boden, an den Wänden und Fenstern, sogar mit seinem Koth und Urin, poltert und trommelt an der Thür, entkleidet sich, zerschlitzt seinen Anzug in schmale Streifen, um sie hundertfältig verknotet und verschlungen zu phantastischen Drapirungen zu benutzen. Ebenso werden auch andere irgend erreichbare Gegenstände gern in ihre Bestandtheile zerlegt, um aus ihnen neue Gebilde verschiedener Art

zusammensetzen, wie es dem Kranken just die produktive Phantasie des Augenblickes eingiebt. Alle möglichen unnützen Dinge, Steine, Holzstückchen, Glasscherben, Nägel, dürres Laub, Papierfetzen sammelt er eifrig und speichert er bei sich auf, um mit ihrer Hilfe Wände, Möbel, Fenster zu zerkratzen und mit Malereien oder Schriftzeichen zu bedecken oder unter Anwendung gekauten Brodes allerlei plastische Kunstwerke von zweifelhaftem Werthe zu verfertigen. Immer erfinderisch, immer geschäftig bringt er stets neue derartige Pläne zur Ausführung, sich selbst und seine Geschicklichkeit auf das Höchste bewundernd. Nicht selten dienen ihm dabei in Ermangelung anderer Materialien die eigenen Sekrete und Exkremete.

Die sexuelle Erregung macht sich in unflätigen 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.

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

In den höchsten Graden der maniakalischen Erregung ist das Bewusstsein sehr erheblich getrübt. Die Wahrnehmung der Aussenwelt ist eine völlig verworrene, durch massenhafte, phantastische Sinnestäuschungen traumhaft veränderte, der Vorstellungsverlauf überstürzt, zusammenhangslos und zerfahren, der Inhalt der Vorstellungen vag, undeutlich, verschwommen. Dabei besteht ein intensiver, triebartiger Bewegungsdrang. Die Bewegungen selbst haben den Charakter psychisch motivirter Handlungen ver-

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

Der Schlaf ist in der Manie stets sehr erheblich gestört. Schon in den leichtesten Formen verbringen die Kranken oft ihre Nächte in mannigfachen Excessen oder beschäftigen sich mit ihren Projekten, gehen sehr spät ins Bett und verlassen dasselbe vielleicht schon mit Tagesanbruch wieder, um weite Spaziergänge zu machen, Briefe zu schreiben u. Aehnl. Bei grösserer Intensität der Erregung besteht meist völlige, höchstens auf eine oder wenige Stunden unterbrochene Schlaflosigkeit, die zuweilen Wochen, selbst Monate lang fort dauert. Der Appetit ist gesteigert, bisweilen sogar sehr bedeutend, aber die stete Unruhe lässt den Kranken oft nicht zur regelmässigen Nahrungsaufnahme kommen. Die Ernährung pflegt wenigstens in schwereren Fällen im Laufe der Erkrankung zu sinken; das Körpergewicht zeigt regelmässig eine, allerdings bisweilen nicht sehr bedeutende, Abnahme. Bei der *Mania gravis* fällt dasselbe rapide, die Haut wird bleich, kühl und trocken, das Fett schwindet überaus rasch, die Gesichtszüge sinken ein. Die Temperatur ist normal oder hochnormal, besonders bei anhaltender Muskelerregung, der Puls etwas beschleunigt. Im Harn fand Mendel eine auffallende Abnahme des Phosphorsäuregehaltes.

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

Mit dieser centralen Unempfindlichkeit hängt auch das gänzliche Fehlen des Ermüdungsgefühls in den Muskeln zusammen. Trotzdem die Aufregungen bisweilen Wochen, ja viele Monate lang mit geringen Unterbrechungen in vollster Intensität fortdauern, ist der Kranke doch nicht matt und abgesspannt; der Verbrauch der Muskelsubstanz erzeugt keine Unlustempfindung, zum Theil gewiss auch, weil das Gefühl der centralen Erleichterung aller Handlungen die Ermüdung nicht zur Apperception gelangen lässt. Auf diesem Umstande und der Rücksichtslosigkeit, mit der die Kranken ihre Glieder gebrauchen, beruht die verbreitete unrichtige Anschauung, dass dieselben über aussergewöhnliche Körperkräfte zu verfügen haben. Eine

Simulation dieses Zustandes muss regelmässig nach sehr kurzer Zeit an der Unmöglichkeit scheitern, das lähmende Ermüdungsgefühl durch die blossе Willensanstrengung zu überwinden. Beim Kranken genügt überdies bei der erhöhten Reizbarkeit schon der leiseste Impuls, ausgiebige Bewegungen auszulösen, während der Gesunde zur Erzielung des gleichen Effektes eines unvergleichlich grösseren Aufwandes von Willensenergie bedürfen würde.

Die Manie ist eine ziemlich häufige psychische Krankheitsform; wie es scheint, gehören ihr etwa $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{7}$ aller Aufnahmen in Irrenanstalten an. Am häufigsten tritt sie zwischen dem 20. und 25. Lebensjahre auf; erschöpfende Einflüsse, Puerperium, lebhafte Affekte, Excesse, allgemeine Neurosen (Hysterie) sind wol als die wichtigsten Ursachen der Psychose zu bezeichnen. In der Regel geht dem Ausbruche der maniakalischen Erregung ein kürzer oder länger, selbst einige Monate dauerndes melancholisches Prodromalstadium voraus. Die Kranken sind niedergeschlagen, verstimmt, äussern allerlei depressive Ideen, klagen über Verdauungsstörungen, Schlaflosigkeit, Kopfdruck u. s. f. Bei der Hypomanie und den rasch sich entwickelnden hallucinatorischen Formen kann dieses Einleitungsstadium auch gänzlich fehlen. Der Umschlag in die Erregung vollzieht sich meist ziemlich rasch. Der Patient scheint zu genesen, fühlt sich frei und erleichtert, unternehmungslustig, bis dann die zunehmende Geschwätzigkeit, Unruhe und Exaltation die wirkliche Sachlage klarlegen. Der weitere Verlauf ist dann ein sehr verschiedener. Verhältnissmässig selten bleibt es bei den leichten Formen der Hypomanie; in der Regel entwickelt sich die maniakalische Erregung in schnellem Anstiege zu den stürmischeren Krankheitsbildern mit ideenflüchtiger Verwirrtheit und lebhaftem Bewegungsdrange. Auf der rasch erreichten Höhe kann sich die Psychose eine Reihe von Monaten lang ohne wesentliche Veränderung erhalten; häufig aber beobachtet man mannigfache Nachlässe und Verschlimmerungen derselben ohne bestimmte Regelmässigkeit. Selbst in den schwersten Formen der Erkrankung mit starker Bewusstseinstrübung kann vorübergehend die Besonnenheit zurückkehren, ohne

dass eine derartige Remission schon zu prognostischen Schlüssen berechtigte.

Der Nachlass der Krankheitserscheinungen vollzieht sich in sehr akut verlaufenden Fällen nicht selten ziemlich plötzlich. Die Kranken erwachen eines Morgens nach einer gut durchschlafenen Nacht ruhig und besonnen, zeigen Krankheitseinsicht, beginnen sich zu beschäftigen und gelangen ohne weitere Zwischenfälle zur Genesung; häufig allerdings erhält sich noch einige Zeit hindurch eine leichte maniakalische Erregung mit grosser Neigung zu gelegentlichen, kurz dauernden Recidiven, Zornausbrüchen u. s. w. In der Mehrzahl der Fälle jedoch, und zwar regelmässig in allen chronischer verlaufenden, erfolgt der Eintritt in die Rekonvalescenz unter allmählichem Nachlasse der Symptome mit vielfachem Wechsel von Exacerbationen und Remissionen. Bisweilen nimmt die maniakalische Erregung in dieser Periode einen eigenthümlich albernen, schwachsinnigen Charakter mit kindischer Geschwätzigkeit und läppischem Benehmen an. Dieser Zustand, den man als „Moria“ zu bezeichnen pflegt, kann indessen in weiteren Verläufe doch noch in völlige Heilung hinüberführen.

Sehr gewöhnlich beobachtet man mit dem Zurücktreten der Aufregung ein kürzer oder länger dauerndes Stadium der Erschöpfung, namentlich nach den schwereren und länger dauernden Formen der Manie. Der Kranke ist deprimirt, still, zieht sich zurück, giebt einsilbige, zögernde Antworten, äussert Besorgnisse für seine Zukunft, ist empfindlich gegen alle stärkeren äusseren Einwirkungen. Die psychischen Funktionen, der Verlauf und die Verbindung der Vorstellungen sind verlangsamt und erschwert; es tritt schon bei leichten Anstrengungen rasch Ermüdung ein; die frühere Elasticität und Aktivität ist gänzlich verschwunden. In sehr schweren Fällen kann es sogar zur Ausbildung einer förmlichen *Dementia acuta* kommen. Nach und nach indessen verlieren sich diese Erscheinungen; mit der zunehmenden körperlichen Kräftigung stellt sich nach einigen Wochen oder Monaten auch die alte psychische Leistungs- und Widerstandsfähigkeit wieder her. Die Erinnerung an die Zeit der Krankheit

ist im Allgemeinen um so klarer, je weniger das Bewusstsein getrübt war. Bei der Hypomanie haften meist alle Einzelheiten sehr getreu im Gedächtnisse, während die Kranken für die Zeit der ideenflüchtigen Verwirrtheit nur eine undeutliche und summarische Erinnerung zu bewahren pflegen.

Die Dauer der Manie beträgt im Mittel 5—7 Monate, selten über ein Jahr. Dagegen giebt es einzelne Fälle, die, wie es scheint, überaus rasch, in Zeit von wenigen Minuten oder höchstens Stunden, verlaufen können und die man unter der Benennung der „Mania transitoria“ zusammengefasst hat. Derartige plötzliche Aufregungen, die ganz unvermuthet in das gesunde Leben hereinbrechen, um ebenso wieder zu verschwinden, beruhen allerdings zumeist höchst wahrscheinlich auf epileptischer Grundlage und sind daher den früher beschriebenen Dämmerzuständen zuzurechnen. Dennoch bleibt auch unter Berücksichtigung dieses Umstandes noch eine kleine Zahl von Fällen übrig, denen eine andersartige Entstehungsweise zuzukommen scheint. Meist handelt es sich dabei um zornige Erregung mit plan- und ziellosem Toben und Wüthen bis zur Erschöpfung, bisweilen auch mit einzelnen Symptomen der Hirnreizung. Namentlich der Einfluss des Alkohols (pathologische Rauschzustände) oder heftiger Affekte (*Iracundia morbosa*) auf neuropathische Personen scheint die Entwicklung dieser Störungen zu begünstigen, die man wol am wahrscheinlichsten auf eine intensive funktionelle Reizung durch fluxionäre Hyperämie, bisweilen vielleicht auch durch toxische Einwirkungen zurückführen kann. Dem Anfälle folgt in der Regel ein mehrstündiger Schlaf, aus dem der Kranke mit Kopfschmerzen, Schwindel, Abgeschlagenheit, aber bei klarem Bewusstsein, ohne deutliche Erinnerung an das Vorgefallene erwacht. Zweifelhaft muss es jedenfalls vor der Hand bleiben, ob dieses eigenthümliche Krankheitsbild mit Recht dem Formenkreise der Manie zugerechnet werden darf oder nicht, ob mit anderen Worten hier wirklich auch jene allgemeine Erleichterung des Vorstellungsverlaufes und der Umsetzung centraler Erregung in Bewegungen vorhanden ist, die wir als das wesent-

liche Kriterium jener Krankheitsform oben kennen gelernt haben.

Die Prognose der Manie ist im Allgemeinen eine sehr günstige; etwa $\frac{4}{5}$ der Fälle kommen zur Heilung; am günstigsten stellt sich die Form der Hypomanie. Mit der Dauer der Krankheit und der Zahl der Recidive nimmt die Aussicht auf Genesung ab. Die Gefahren, welche den Kranken drohen, sind einmal die „Heilung mit Defekt“ und der Uebergang in unheilbare Schwächezustände, dann aber der Eintritt des tödtlichen Endes in Folge von Erschöpfung oder von schweren somatischen Komplikationen. Die erstgenannten Möglichkeiten scheinen namentlich bei prädisponirten Individuen nahe zu liegen. Es kommt hier nach dem Schwinden der heftigen Krankheitserscheinungen häufig nicht zu einer vollständigen Wiederherstellung, sondern es bleibt dauernd namentlich eine grössere Labilität des gemüthlichen Gleichgewichtes (erhöhte Reizbarkeit, leichte Bestimmbarkeit), bisweilen auch eine leichte Schwäche der Intelligenz zurück. In anderen Fällen ist der Kranke nicht im Stande, die während der maniakalischen Erregung entstandenen Grössenideen und Verfälschungen der Wahrnehmung kritisch zu korrigiren; sie werden zu dauernden Bestandtheilen seines Bewusstseinsinhaltes. Zugleich stellen sich häufiger, spontan oder durch äussere Anlässe hervorgerufen, vorübergehende Aufregungszustände ein, ein Krankheitsbild, welches man wol als „chronische Manie“ bezeichnet, welches aber entschieden bereits dem Formenkreise des Schwachsinnes angehört. Bei längerer Beobachtungsdauer sieht man dasselbe regelmässig in völligen Blödsinn, vorzüglich in die agitirten Formen desselben übergehen. Die tieferen Affekte des Aufregungsstadiums verlieren sich gänzlich, aber die Zusammenhangslosigkeit und Verwirrtheit des Vorstellungsverlaufes, sowie ein grimmassenhafter Rest des früheren Bewegungsdranges erhält sich, bis mit dem völligen Zerfalle des psychischen Lebens auch die letzte Spur einer inneren Regsamkeit schwindet.

Der Ausgang in Tod ist bei der Manie nicht sehr häufig (etwa $3-5\%$ der Fälle). Derselbe kann durch

verschiedenartige interkurrente Erkrankungen, durch einfache Erschöpfung, durch Verletzungen und durch Fettembolien der Lungen in Folge von ausgedehnten Zerquetschungen oder Vereiterungen des Unterhautzellgewebes herbeigeführt werden. Als eine besonders perniciöse Form der Erkrankung, die in der Mehrzahl der Fälle in Tod ausgeht, hat man das sog. „Delirium acutum“ beschrieben, einen Symptomenkomplex, von dem man annimmt, dass er an bestimmte anatomische Veränderungen im Gehirn geknüpft ist. Ohne Zweifel hat man unter dieser Bezeichnung eine Reihe differenter Zustände zusammengeworfen, wie denn auch das Delirium acutum in sehr verschiedenartigen Krankheiten (z. B. der Dementia paralytica, Delirium tremens, schweren Melancholien) zur Ausbildung kommen kann. In dem stürmischen Verlaufe der Mania gravis treten dabei mehr und mehr die Erscheinungen der Erschöpfung in den Vordergrund. Das Bewusstsein trübt sich bis zum Sopor; die lebhaften Delirien werden muscitiend, die motorische Erregung ermässigt sich zum Flockenlesen, Herumtasten und Zupfen an der Bettdecke. Die Körpertemperatur bewegt sich in unregelmässigen Schwankungen zwischen 38 und 39°, steigt bisweilen bis auf 41°; der Puls ist klein, weich, frequent; im Harn findet sich bisweilen Eiweiss. Die Reflexerregbarkeit schwindet; es stellen sich verschiedenartige Lähmungserscheinungen, Pupillenerweiterung, Tremor und Unsicherheit der Bewegungen, Zusammensinken des Körpers u. s. w. ein, bis endlich unter Zunahme der Herzschwäche in der Mehrzahl der Fälle der Tod erfolgt. Wo dieses schwere Krankheitsbild nicht etwa durch begleitende somatische Affektionen hervorgerufen wird, sind die hauptsächlichsten Entstehungsbedingungen wol in einer Herabsetzung der individuellen Widerstandsfähigkeit, sei es der nervösen Centralorgane überhaupt, sei es des Gefässnervensystems im Besonderen, zu suchen. Dafür spricht der Umstand, dass schwächende Einflüsse aller Art, ferner Traumen, Alkoholismus, erbliche Belastung, weibliches Geschlecht als prädisponirende Momente von sehr entschiedener Bedeutung sein sollen.

Die pathologische Anatomie der Manie hat bisher

keinerlei gesicherte und konstante Befunde aufzuweisen. Auf die häufig berichtete Hyperämie des Hirns und seiner Häute ist wegen der bekannten Fehlerquellen, welche der Beurtheilung von Blutfüllungen an der Leiche anhaftet, kein grosses Gewicht zu legen. Allerdings soll gerade das Delirium acutum regelmässig sehr stark hyperämische Zustände des Schädelinhaltes, ferner die Erscheinungen venöser Stauung und ihrer Folgen, ödematöse Schwellung, Auswanderung von weissen und selbst rothen Blutkörperchen in die perivaskulären und periganglionären Lymphräume darbieten, allein diese Befunde sind nicht konstant und ihre pathogenetischen Beziehungen zu den psychischen Symptomen sind durchaus nicht erwiesen. Die Theorie der Manie entbehrt daher für jetzt wenigstens gänzlich der somatischen Grundlage und muss sich mit der Annahme funktioneller Störungen im Ablaufe der psychischen Vorgänge begnügen. Eine wirkliche Aufklärung über den Zusammenhang dieser Störungen ist wol nur von einer experimentellen Analyse derselben zu erwarten.

Die Diagnose der Manie bietet meist keine besonderen Schwierigkeiten. Am wichtigsten ist es in prognostischer, wie therapeutischer Beziehung, sie von den Aufregungszuständen der Paralytiker und Epileptiker abzutrennen. In ersterer Hinsicht kommen namentlich die lange Dauer der Vorläufer, der exorbitante, schwachsinnige Charakter der Grössendelirien und die sonstigen Zeichen der psychischen Schwäche, das meist höhere Alter der Kranken, sowie die Beobachtung der Lähmungserscheinungen in Betracht; bei den epileptischen Psychosen dagegen wird die Diagnose durch den eventuellen Nachweis der Krampfanfälle, das rasche Auftreten und Schwinden der Störung, endlich durch die tiefe Bewusstseinstörung mit vorzugsweise ängstlichen Affekten gesichert. Melancholische Aufregungszustände lassen sich ebenfalls durch die Beachtung des zu Grunde liegenden Affektes und durch das Fehlen der allseitigen Erleichterung und Beschleunigung der Kombinationen ausschliessen; organische Hirnerkrankungen endlich (Meningitis), febrile Delirien, Intoxikationen werden theils aus der Anamnese, theils aus den körperlichen

Begleiterscheinungen erkannt. Bisweilen kann hier die Diagnose einige Zeit lang schwanken.

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

Zur Herabsetzung der erhöhten Reizbarkeit sind vor Allem verlängerte Bäder zu empfehlen, die man sehr passend mit kalter Berieselung oder Eisumschlägen auf den Kopf verbindet. Nicht selten erzielt man schon durch die einfache Bettlagerung eine erhebliche Beruhigung, besonders bei sehr schwachen und blutleeren Kranken (bei sehr grosser Unruhe Bettstellen mit hohen gepolsterten Seitenwänden oder niedriges Lager auf dem mit Matratzen bedeckten Boden). Bei bestehender Hirnanämie und drohender Gefahr des Kollapses zieht man Stimulantien, namentlich Alkoholica (Grog, Glühwein, Champagner), auch Kampher, 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 thun gelegentliche Chloraldosen oft gute Wirkung; auch das Hyoseyamin leistet nicht selten vorzügliche Dienste. Nur in ganz vereinzelt Fällen, dort nämlich, wo die Symptome von Hirnreizung (Krämpfe, Myosis, Trismus, Nackenstarre u. dergl.) auftreten, passen die früher in sehr ausgiebigem Maassstabe geübten Blutentziehungen und zwar in Form von Blutegeln an den Warzenfortsätzen. Allgemeine Blutentziehungen sind durchaus zu vermeiden. Bei sehr erheblich gesteigerter Reflexerregbarkeit werden kleine, mehrmals täglich wiederholte Morphiuminjektionen empfohlen.

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 kopiöser Mahlzeiten, doch gelingt es hier mit Geduld und immer wiederholtem Anbieten, Abwarten des günstigen Augenblickes stets zum Ziele zu kommen; besonders ist hier auch auf die genügende Zufuhr von Flüssigkeit zu achten. Gute Erwärmung der Zimmer ist wegen der Neigung zur Entkleidung nothwendig. Gegen die Unreinlichkeit schützt nur eine gute Beaufsichtigung, die einerseits dem Kranken recht oft Gelegenheit zur Befriedigung seiner Bedürfnisse verschafft, andererseits aber jede geschehene Verunreinigung sofort beseitigt. Vernachlässigung dieser Regeln erzeugt namentlich bei länger dauernder Isolirung leicht die höchst unangenehme und oft schwer zu beseitigende Unsitte des Schmierens.

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

Die psychische Behandlung des Maniakus hat vor Allem jede Reizung desselben so viel wie möglich zu vermeiden, da dieselbe sehr leicht zu heftigen Zornausbrüchen und grosser Widerspenstigkeit der Kranken führt. Ruhige Freundlichkeit, im geeigneten Momente mehr scherzhaftes Eingehen auf die heitere Stimmung desselben, vorsichtiges geduldiges Laviren, erleichtern den Verkehr ungemein und machen oft den in ungeschickten Händen recht gefährlichen und gewalthätigen Kranken lenksam und gutmüthig. In der Rekonvaleszenz ist es häufig sehr schwer, eine vorzeitige Entlassung des noch immer erregten, sich gesund fühlenden und nach Hause drängenden 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 selber gebilligt zu sehen.

C. Deliriöse Aufregungszustände.

Die deliriösen Aufregungszustände sind symptomatische Begleiterscheinungen mannigfaltiger Ernährungsstörungen des Gehirns, welche mit einer funktionellen Reizung desselben einhergehen. Eigenthümlich ist ihnen eine stark hervortretende Störung der Apperception, die in keinem Verhältnisse zu der Stärke der krankhaften Affekte steht. Daher eine gewisse traumartige Verworrenheit und Zusammenhangslosigkeit des Vorstellungsverlaufes, massenhafte illusionäre (und hallucinatorische) Verfälschungen der Wahrnehmung, sowie Mangel jeglicher kritischer Beurtheilung und Berichtigung derselben, Veränderungen, welche diese Gruppe psychischer Alterationen in nahe Verwandtschaft mit den oben behandelten Dämmerzuständen stellen. Nur das Vorhandensein lebhafter motorischer Aufregung zeichnet sie im Allgemeinen vor denselben aus.

Delirium febrile. Den Fieberdelirien hat man wegen ihrer kurzen Dauer und ihres „symptomatischen“ Charakters häufig die Zugehörigkeit zu den Geisteskrankheiten streitig gemacht; eine fortschreitende Erfahrung hat uns noch weit kürzer dauernde Psychosen kennen gelehrt und uns zu einer wesentlich symptomatischen Auffassung jeglichen Irreseins geführt. Nur gewisse Formen jener vielgestaltigen Gruppe von psychischen Alienationen sind es, die wir hier als den Aufregungszuständen zugehörig kurz ins Auge zu fassen haben. Schon der erste Grad des febrilen Deliriums*) kennzeichnet sich durch eine gewisse Unruhe, psychische Reizbarkeit, Empfindlichkeit gegen stärkere Sinneseindrücke und Störung des Schlafes, durch lebhaftere, oft ängstliche Träume. Im zweiten Grade greift die Bewusstseinsstörung tiefer; die Wahrnehmung wird durch einzelne illusionäre, seltener hallucinatorische Sinnestäuschungen verfälscht, die Vorstellungen gewinnen eine grosse Lebendigkeit, der Verlauf derselben beschleunigt sich und entzieht sich in buntem, nur mehr associativem Zusammenhange dem bewussten Einflusse des Kranken. Zugleich wächst die Unruhe; lebhaftere expansive oder depressive Gefühle tauchen auf und entwickeln sich zu Affekten, bis dann auf der Höhe des dritten Grades das Krankheitsbild einer starken Bewusstseinsstrübung mit völliger Unbesinnlichkeit, verworrener Ideenjagd, heftigen, oft wechselnden Affekten und mächtigem, selbst fürbunden 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 im vierten Grade der febrilen Alienationen an.

Als die pathologische Grundlage der Fieberdelirien sind einmal die Temperatursteigerung, ferner die Beschleunigung des Stoffwechsels, wahrscheinlich auch hyper-

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

ämische Zustände des Gehirns, endlich sehr häufig die Wirkung infektiöser Krankheitsgifte anzusehen. Die Prädisposition spielt bei der eingreifenden Natur dieser ursächlichen Momente eine verhältnissmässig geringe Rolle, doch ist es eine sehr bekannte Erfahrung, dass jüngere Lebensalter, Frauen und neuropathische Individuen schon bei niedrigeren Fiebergraden leichter zu Delirien geneigt sind.

Die Prognose dieser Störungen wird durch den Umstand getrübt, dass dieselben vorzugsweise schwerere Erkrankungensfälle zu begleiten pflegen; nach meiner Statistik starben 35,6% 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 dieselbe mit dem Abfalle des Fiebers. Immerhin nimmt bisweilen die Psychose doch noch einen mehr chronischen, sich über einige Wochen oder Monate hinziehenden Verlauf; wir haben dann an tiefere, sich nur langsam ausgleichende Ernährungsstörungen zu denken. Sehr selten geht das Delirium in unheilbare Geisteskrankheit (Schwachsinn, Verrücktheit) über.

Die Therapie der Fieberdelirien ist im Allgemeinen mit derjenigen des Grundleidens identisch. Die Anwendung des Eisbeutels auf den Kopf dient dann noch mit gutem Erfolge besonders der Herabsetzung der Temperatur und der Bekämpfung der Hirnhyperämie. Einen sehr entschiedenen Einfluss auf die Milderung der Fieberdelirien übt ferner die Anwendung kühler Bäder, sowie kalter Einwicklungen und Abreibungen bei andauernd hohem Stande der Eigenwärme aus. Weniger leisten die sonstigen Fiebermittel, die ja zum Theil selbst Delirien zu erzeugen im Stande sind. In symptomatischer Beziehung ist ausser den durch die körperliche Erkrankung selbst erforderten therapeutischen Maassnahmen auf sorgfältige Ueberwachung deliriöser Kranker Bedacht zu nehmen, da dieselben unter allen Umständen sich und Andern gefährlich werden (gewalthätig werden, entfliehen, aus dem Fenster springen) können. Besonders wichtig ist diese Rücksicht bei den deliriösen Zuständen im Prodromalstadium des Typhus und der Blattern,

sowie im Intermittensanfälle, die wesentlich auf einer Intoxikation zu beruhen scheinen und sich durch heftige Angstzustände auszeichnen. Furibunde Delirien pflegen in Krankenhäusern mit der Zwangsjacke behandelt zu werden; in der Irrenanstalt gelingt es unter dem Beistande eines ruhigen und gewandten Personals regelmässig, mit der einfachen hydropathischen Fiebertherapie durchzukommen. Medikamentöse Mittel, insbesondere Morphinum und Chloralhydrat erweisen sich meist nicht von erheblichem Nutzen, dürften im Gegentheil nicht selten geradezu schädlich wirken. Bei drohendem Kollapse sind Stimulantien (Alcoholica, Kampher etc.), nach dem Fieberabfalle ist eine roborende Behandlung am Platze.

Delirium alcoholicum. Auf der Grundlage des chronischen Alkoholismus entwickelt sich ungemein häufig ein eigenthümlicher Aufregungszustand, der eine sehr grosse praktische Bedeutung besitzt: das *Delirium tremens potatorum*. Dasselbe ist psychologisch charakterisirt durch die begleitenden, sehr deutlich ausgeprägten Sinnestäuschungen bei mässiger Bewusstseinstörung, somatisch durch die mannigfachen sensorischen und motorischen Störungen des chronischen Alkoholismus, vor Allem durch den Tremor, der ihm den Namen gegeben hat. Das *Delirium tremens* tritt nur bei habituellen Säufern, am häufigsten bei Gelegenheit einer akuten Erkrankung, einer Verletzung, gehäufter Excesse oder ähnlicher schwächender Momente auf.

Nach einem, meist einige Tage dauernden, Vorstadium erhöhter psychischer (unruhiger Schlaf, Verstimmtheit, Schreckhaftigkeit) und sensorieller (Hyperästhesien, subjektive Geräusche, Blitze) Erregbarkeit gelangt in rascher Steigerung der Symptome das volle Krankheitsbild zur Entwicklung. Die Wahrnehmung der Aussenwelt wird durch zahlreiche illusionäre und hallucinatorische Sinnestäuschungen, besonders des Gesichts, verfälscht, die Anfangs nur des Nachts, dann aber auch bei Tage hervortreten und den Kranken lebhaft beschäftigen. Diese Phantasmen sind von grosser sinnlicher Deutlichkeit, vielfach schreckhaften und unangenehmen Inhaltes. Meist sehen die Kranken massenhafte

kleine und grössere Thiere (Spinnen, Ameisen, Wanzen, Ratten, Hunde u. s. f.), zahllose Menschenmengen, die entweder auf sie eindringen (feindliche Reiter, Gensdarmen) oder in langen, phantastisch gruppirten Zügen an ihnen vorbeimarschiren, einzelne gefahrdrohende Spukgestalten, Teufel, „Feuerrüpel“, Gespenster. Andere glauben im Wirthshause zu sein, sehen Gläser und Flaschen vor sich, greifen nach denselben und trinken sie aus, 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 solcher Ausführlichkeit vorgenommen, dass an der vollen sinnlichen Lebhaftigkeit der hallucinatorischen Objekte gar kein Zweifel sein kann. Dazu gesellen sich die Trugwahrnehmungen von brausenden Geräuschen, unbestimmtem Tumult, lautem wirrem Geschrei, von Glockengeläute, Kanonenschüssen und Salven, bisweilen auch deutlicher Stimmen. Durch verschiedenartige abnorme Empfindungen auf der Haut entsteht die Idee, dass Ameisen, Kröten, Spinnen auf derselben entlang kriechen; der Kranke fühlt sich von feinen Fäden eingesponnen, gebissen, gestochen, geschossen und sucht sich auf alle Weise vor diesen Einwirkungen zu sichern.

Die Umgebung wird häufig verkannt, doch gelingt es fast immer leicht, die Aufmerksamkeit des Kranken für kurze Zeit von seinen Phantasmen abzulenken und von ihm auf einfache Fragen zutreffende Antworten zu erhalten. Eigentliche Ideenflucht besteht nicht. Die Stimmung ist im Zusammenhange mit den Sinnestäuschungen vorwiegend eine ängstlich erregte, bisweilen aber auch ausgelassen und exaltirt. Charakteristisch ist die fortwährende motorische Unruhe, die sich in angestrenzter imaginärer Arbeit, in unablässigem Wischen und Reiben, um die Schmarotzer zu entfernen, in Versuchen, unsichtbare Fäden zu zerreißen oder sich aus dem Munde zu ziehen, endlich in Fluchtbestrebungen, Verkriechen, Aufstehen aus dem Bette, oder in brüskten Angriffen gegen das eigene und gegen fremdes Leben Luft macht.

Der Schlaf ist im Delirium tremens gänzlich auf-

gehoben; die Erregung dauert ohne jede oder doch nur mit sehr geringen Unterbrechungen fort. Die Ernährung ist durch die ängstliche Unruhe der Kranken, durch den regelmässig bestehenden Katarrh des Mundes und Magens, sowie durch häufige Vergiftungsideen mit Nahrungsverweigerung empfindlich beeinträchtigt. Die Temperatur ist, wo keine gleichzeitige körperliche Erkrankung besteht, meist normal, doch werden nicht selten plötzliche, beträchtliche Steigerungen der Eigenwärme beobachtet, die wahrscheinlich direkt auf nervöse Störungen zurückgeführt werden müssen. In einzelnen Fällen erreicht die Temperatursteigerung eine perniciöse Hartnäckigkeit und Höhe (bis zu 43°) mit letalem Ausgange (Delirium tremens febrile von Magnan). Die Athmung ist frequent, ebenso der Puls; häufig bestehen profuse Scheweisse. Der Harn ist nicht selten eiweisshaltig.

Auf sensorischem Gebiete bestehen vielfache Parästhesien, Hyperästhesien, Anästhesien 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 abnorm gesteigert, besonders hochgradig kurz vor epileptischen Anfällen. Die Zunge und die gespreizten Finger zeigen stets einen ausgesprochenen Tremor, der sich auch noch weiter über Gesicht und Extremitäten ausbreiten kann. Die Gesichtszüge sind schlaff; häufig machen sich einzelne unwillkürliche Zuckungen und Mitbewegungen bemerkbar. Alle willkürlichen Bewegungen geschehen plump, unsicher, obgleich oft mit grosser Kraft; auch der Gang ist meist unsicher und taumelnd. Nicht selten werden epileptische Krampfanfälle beobachtet.

Die Prognose des Delirium tremens ist eine vielfach getrübt. Die Gefahr einer Erschöpfung mit raschem Kollapse liegt bei der herunter gekommenen Konstitution der Alkoholiker mit ihren verschiedenen Organaffektionen sehr nahe. Ferner bilden ja häufig ernste Erkrankungen (besonders Pneumonien) als Gelegenheitsursachen die Grundlage der Alienation, und endlich führt auch die Unruhe und Angst der Kranken in einzelnen Fällen den tödtlichen Ausgang durch Selbstmord, Verletzungen oder Verschlim-

merung sonst harmloser, begleitender Leiden herbei. Verhältnissmässig selten ist der Ausgang in anderweitige Geistesstörungen (stuporöse, auch maniakalische und melancholische Zustände). 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 korrigiren. 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.

Die Behandlung des Delirium tremens hat sich vor Allem jedes schwächenden Eingriffes zu enthalten und für die möglichste Konservirung der Kräfte durch gute Ernährung (Milch) und Darreichung stimulirender Mittel, besonders des gewohnten Nervenreizes, des Alkohols, Sorge zu tragen. Schon prophylaktisch ist bei somatisch erkrankten Trinkern stets die Möglichkeit eines eintretenden Delirium tremens ins Auge zu fassen und daher nach den angedeuteten Gesichtspunkten zu verfahren. In zweiter Linie kommt die medikamentöse Behandlung der Unruhe und Schlaflosigkeit in Betracht. Bei gutem Kräftezustande und namentlich intakten Kreislaufsorganen passt besonders Chloralhydrat, nach Krafft-Ebing am besten häufige kleinere Dosen (1—2 gr), auch in Verbindung mit Morphium. Wo die Zeichen vorgeschrittener Alkoholdegeneration vorliegen, bei schwereren Komplikationen und bei Fieber wird dagegen an Stelle des kontraindicirten Chloralhydrat das Opium warm empfohlen. Um die Verdauung nicht zu belästigen und der Wirkung sicher zu sein, kann man zur subkutanen Injektion schreiten (0,03 gr. Extr. Opii aquosi in 5prozent. glycerinhaltiger, wässriger Lösung alle 3—4 Stunden, bis Schlaf eintritt). Dabei ist die Herzthätigkeit sorgfältig zu kontroliren und durch starke Gaben von alkoholreichem Weine, Grog oder medikamentöser Stimulantien anzuregen. Rasches Abbrechen der Opiumbehandlung muss vermieden werden. Bei grosser Schwäche

endlich und drohendem Kollapse ist nur von einem analeptischen, excitirenden Verfahren ohne Narkotica noch etwas zu hoffen; erst bei eingetretener Besserung kann zur Erzielung des Schlafes wieder zum Opium gegriffen werden. In drei sehr schweren Fällen erzielte Krafft-Ebing noch mit *Zincum aceticum* (4—6 gr pro die, in schleimigem Vehikel und starker Verdünnung) einen überraschenden Erfolg.

Von grösster Wichtigkeit ist endlich bei der notorischen Gefährlichkeit dieser Kranken für sich und Andere eine sorgfältige, unausgesetzte Ueberwachung derselben. Betten mit hohen gepolsterten Wänden, die das Herauspringen erschweren und Selbstverletzungen verhindern, sind sehr empfehlenswerth, aber nur dann, wenn beständig Pflegepersonal in unmittelbarer Nähe sich befindet; im andern Falle kann das Hinausklettern des ungeschickten Kranken über die hohe Seitenwand zu schweren Verletzungen Veranlassung geben. Die Rekonvalescenz ist durch die Sorge für Beseitigung der Verdauungsstörungen und gute Ernährung, sowie durch Regelung des Schlafes zu unterstützen.

IV. Periodische Geistesstörungen.*)

Die kleine Gruppe von Psychosen, die man als periodische zu bezeichnen pflegt, führt ihren Namen insofern mit Unrecht, als es sich bei derselben nicht sowol um wiederholte Neuerkrankungen, sondern vielmehr um das periodische Auftreten bestimmter krankhafter Symptomenkomplexe auf einer auch in der Zwischenzeit nicht normalen Grundlage handelt. Diese Eigenthümlichkeit ist es, welche dieselben von den einfachen Recidiven abgrenzt, die das Individuum nach vollständiger Genesung befallen. Bei den periodischen Psychosen ist das wesentlich Pathologische nicht der einzelne Anfall der Störung, sondern die ganze eigenartige Veränderung der psychischen und physischen Persönlichkeit, aus welcher das klinische Krankheitsbild sich immer von Neuem herausentwickelt. Sie sind daher auch scharf zu trennen von jenen vielfach recidivirenden Formen des Irreseins, die ebenfalls auf Grund einer Prädisposition durch häufig wiederkehrende Gelegenheitsursachen stets frisch erzeugt werden, wie etwa die alkoholischen Aufregungszustände. Hier ist die Periodicität rein äusserlich bedingt; Entfernung aller Schädlichkeiten verhindert mit Sicherheit den Rückfall in die Geistesstörung — dort indessen liegen alle Entstehungsbedingungen im Organismus selbst, wie diejenigen der epileptischen Anfälle; es bedarf keiner äusseren Anlässe mehr, um die mit unfehlbarer Gewalt hereinbrechenden Krankheitsparoxysmen erst auszulösen. Daher die grosse Aehnlichkeit der einzelnen

*) Kirn, die periodischen Psychosen, 1878.

Anfälle mit einander nach Symptomen und Verlauf, daher auch in den Intervallen stets die Anzeichen leichter oder ausgeprägter Schwäche im Bereiche des Verstandes oder im Gefühlsleben, daher endlich auch die Ohnmächtigkeit der therapeutischen Versuche, die ungünstige Prognose dieser Psychosen, die eben in der Gesamtkonstitution des Erkrankten ihre unausrottbare Wurzel haben.

Die allgemeine Annahme geht dahin, dass die periodischen Geistesstörungen durchweg auf prädisponirtem Boden zu Stande kommen, sei derselbe durch Erblichkeit, Bildungsanomalien oder weiter durch Excesse, Traumata, schwere Krankheiten und ähnliche schwächende Momente hervorgerufen. Wenn sich trotzdem einzelne Fälle finden, in denen sich eine derartige Prädisposition nicht nachweisen lässt, so deutet doch der ganze klinische Entwicklungsgang dieser Psychosen wenigstens darauf hin, dass sich hier eine tiefgreifende krankhafte Veränderung vollzieht, die allerdings auch als das Resultat eines auf ursprünglich gesundem Boden sich entwickelnden pathologischen Processes gedacht werden kann. Der symptomatischen Form nach lassen sich hauptsächlich drei Krankheitsbilder auseinanderhalten, die periodische Manie, die periodische Melancholie und das cyklische oder circuläre Irresein.

A. Die periodische Manie.

Die Anfälle der periodischen Manie schliessen sich in symptomatischer Hinsicht den sonstigen maniakalischen Krankheitsbildern durchaus an. Die Entwicklung derselben ist häufig eine rasche, im Laufe von wenigen Stunden oder Tagen sich vollziehende. Bisweilen, wie es scheint, namentlich bei den ersten Anfällen, wird ein kurzes melancholisches Vorstadium, deprimirte gereizte Stimmung, Schlaflosigkeit, Schweigsamkeit u. s. w. beobachtet; nicht selten gehen einzelne auraartige, sehr mannigfaltige Symptome, Kopfschmerzen, neuralgische Beschwerden, abnorme Sensationen dem Ausbruche des Anfalles vorher. Mit dem

Hervortreten des maniakalischen Krankheitsbildes ändert sich die Scene. Der Kranke ist ein ganz anderer Mensch geworden. Er erscheint jugendlicher, frischer als sonst, schlagfertig, witzig, geistreich, wenn auch oft excentrisch. Alles, was er angreift, wird ihm leicht; er kennt keine Ermüdung mehr und zeigt eine ihn selbst überraschende körperliche und geistige Regsamkeit. Mit Ausnahme der mangelnden Krankheitseinsicht und einer dem genauen Beobachter trotz der scheinbaren Genialität und Originalität stets deutlich erkennbaren Kritiklosigkeit bestehen vielleicht gar keine erheblicheren intellektuellen Störungen; dagegen ist regelmässig eine Steigerung der gemüthlichen Reizbarkeit vorhanden, die nicht selten zu Händelsucht, beständigem Zank und Streit mit der Umgebung führt, namentlich unter dem Einflusse der hier sehr gewöhnlich eine grosse Rolle spielenden Alkoholexcesse.

Die Stimmung ist vorwiegend eine gehobene, heitere, durch das Gefühl der erhöhten Leistungsfähigkeit beeinflusste, doch schieben sich hier ebenso, wie bei der einfachen Manie häufig rasche und unvermittelte melancholische Anwandlungen und heftige, wenig motivirte Zornausbrüche mit langen Schimpfparoxysmen und Neigung zu Gewaltthätigkeiten ein, die aus geringfügigen äusseren Anlässen ihren Ursprung nehmen. Der Kranke hat seinen inneren Halt verloren und lässt sich gänzlich durch momentane Eindrücke und Affekte beherrschen, die sofort eine unwiderstehliche Herrschaft über seinen directionslosen Willen erlangen. Seine Handlungen tragen daher vielfach das Gepräge des Triebartigen, Unüberlegten und — wegen der geringen Störung der Intelligenz — des Unmoralischen.

Der Kranke entwickelt eine auffallende Geschäftigkeit, begiebt sich unter irgend einem Vorwande auf Reisen, fährt zwecklos in der Welt umher, giebt viel Geld aus, macht auf Grund augenblicklicher Launen massenhafte Einkäufe, bezahlt plötzlich ohne Nöthigung sämmtliche Geschäftsschulden und fasst den Entschluss, nunmehr sein Leben zu geniessen. Seine innere Unruhe, die gesteigerte sexuelle Erregung treiben ihn ganz gegen seine bisherige Gewohnheit dazu, sich in alle möglichen Vergnügungen zu

stürzen und maasslose Excesse verschiedenster Art zu begehcn. Seine Berufsgeschäfte, die Sorge für seine Familie werden dabei vergessen und vernachlässigt; dagegen treten die Bedürfnisse und Wünsche der eigenen Person ganz und voll in den Vordergrund des Interesses. Ueberall sucht der Kranke sich aufzuspielen und vorzudrängen, absonderliche Handlungen zu begehcn, sich selbst und seine Leistungen in ein möglichst gutes Licht zu stellen, wobei er oft die albernstcn Renommagen und handgreifliche Unwahrheiten nicht scheut. Die ganze Umgebung ist nur für ihn da; er kommandirt über dieselbe nach seinem Belieben, wird rücksichtslos und brutal, wo er mit seinen ungezügclten Neigungen und Begierden auf Widerstand stösst.

Es begegnen uns somit in diesem Krankheitsbilde alle wesentlichen Züge der einfachen Manie wieder, so dass wir bezüglich der Entwicklung im Einzelnen auf die frühere Schilderung dieser letzteren zurückverweisen können. Nur ein Punkt ist es, den ich noch kurz erwähnen möchte. Namentlich für die bis hierher ins Auge gefassten leichteren Formen der periodischen Manie darf es nämlich fast als charakteristisch gelten, dass die Apperceptionsstörungen hier gegenüber denjenigen des affektiven Lebens und des Handelns mehr in den Hintergrund treten. Die Kranken zeigen regelmässig trotz ihres unsinnigen Benehmens und ihrer motorischen Erregung eine auffallende Besonnenheit; sie sind leicht zu fixiren, geben treffende Antworten und wissen ihre krankhaften Handlungen sogar vielfach mit einer ausserordentlichen dialektischen Gewandtheit zu motiviren, ohne jemals um Ausflüchte verlegen zu sein. Bisweilen tritt auch gar nicht einmal eine besonders hochgradige psychische Aufregung hervor; die Stimmung der Kranken erscheint ganz unverhältnissmässig ruhig im Zusammenhalt mit den immer wiederholten unsinnigen und echt tobsüchtigen Handlungen. Diese eigenthümliche Inkongruenz zwischen der äusserlichen Besonnenheit und dem Handeln der Kranken macht sich namentlich in den mehr chronisch verlaufenden Fällen bemerkbar, die oft genug für ihre Umgebung eine wahre Plage repräsentiren.

Gerade die Erhaltung der Intelligenz setzt den Kranken

in den Stand, seinen Neigungen und Gelüsten mit einem gewissen Raffinement nachzugehen und jede Gelegenheit, die sich ihm nach dieser Richtung darbietet, in weitestem Umfange auszunutzen. Er ist daher überaus erfinderisch in Mitteln, seine Umgebung zu hintergehen und sich der Ueberwachung zu entziehen, sich kleine und grosse Vortheile zu verschaffen, fremdes Eigenthum, oft ganz werthlose Dinge, in seinen Besitz zu bringen, alle möglichen tollen, zwecklosen Streiche zu verüben u. s. f. In der Anstalt beherrscht er sehr bald seine Mitkranken vollständig, beutet sie aus, berichtet dem Arzte über sie, bevormundet und terrorisirt sie, wo es irgend angeht. Er ist es, der die Honneurs der Abtheilung macht und alle jene niemals ruhenden, immer wechselnden Wünsche und Forderungen vorbringt, welche seine geschäftige Phantasie ihm für seine eigene Person, wie für die seiner „Behandlung“ ausgesetzten Mitpatienten eingiebt.

Auf der geschilderten Stufe der Entwicklung kann das Krankheitsbild stehen bleiben, häufig genug, ohne von der Umgebung als solches erkannt und gewürdigt zu werden. In anderen Fällen jedoch tritt die Störung sofort viel stürmischer hervor. Die Erregung des Kranken steigert sich rasch zu sehr hohen Graden; er wird ideenflüchtig, verwirrt; es stellen sich Sinnestäuschungen, namentlich solche des Gesichtssinnes, ein, und die klare Auffassung der Umgebung trübt sich; auch einzelne Wahnideen sind nicht selten. Die Stimmung ist excessiv heiter, aber häufigem Wechsel unterworfen, oft zornig und äusserst gereizt. Zugleich beginnt der Kranke zu schreien, zu singen und zu toben, gewalthätig zu werden, sich zu entkleiden, seine Kleider zu zerreißen, die Gegenstände seiner Umgebung zu demoliren und zu beschmieren, kurz es kommt zur Ausbildung eines intensiven maniakalischen Paroxysmus, der unter Umständen auch die Form der hallucinatorischen, seltener der Mania gravis annehmen kann.

Auch die körperlichen Symptome des Anfalls schliessen sich ganz denjenigen der einfachen Manie an. Der Schlaf ist mehr oder weniger hochgradig beeinträchtigt; das Körpergewicht zeigt trotz des meist recht guten, bis-

weilen selbst abnorm gesteigerten Appetites eine Abnahme; es besteht regelmässig die schon früher besprochene, central bedingte Unempfindlichkeit gegen unangenehme äussere Eindrücke und Gemeingefühle. Ausserdem werden in einzelnen Fällen verschiedenartige nervöse und vasomotorische Erscheinungen beobachtet, Fluxionen, Kälte der Extremitäten, Vermehrung der Urin- und Schweisssekretion, Salivation, Innervationsstörungen an der Iris u. dergl.

Das Zurücktreten des maniakalischen Paroxysmus vollzieht sich in der Regel ziemlich rasch, doch pflegt häufig, namentlich bei den länger dauernden Anfällen, eine leichte Erregung, Erhöhung der gemüthlichen Reizbarkeit mit Neigung zu unmotivirten Affekten noch einige Zeit zurückzubleiben, wenn auch die stürmischen Erscheinungen bereits geschwunden sind. Es findet hier eben ein allmähliches Abklingen der krankhaften Störungen statt, die sich im Gefühlsleben länger nachweisen lassen, während auf dem Gebiete der Intelligenz die Erfahrung gesunder Tage bereits korrigirend eingetreten ist. Bei kurzer Dauer der Anfälle ist der Uebergang in die Remission meist ein jäherer und durchgreifender. Der Kranke wird plötzlich, bisweilen von einem Tage zum andern, ruhig, still, in sich gekehrt, selbst etwas blöde; er giebt einsilbige Antworten, erscheint deprimirt und fängt an, sich wieder in angemessener Weise zu beschäftigen. Im weiteren Verlaufe wird die Stimmung wieder freier; der Kranke erinnert sich seiner krankhaften Handlungen wol, spricht aber zunächst nicht gern darüber. Nicht selten fehlt auch jetzt noch eine ganz klare Einsicht in die pathologische Natur des überstandenen Anfalles.

Ist das Intervall kurz, so führt dieser Zustand unmittelbar wieder in den neuen Paroxysmus hinüber; im andern Falle pflegt sich nach und nach ein relativ normales psychisches Verhalten mit Krankheitseinsicht herzustellen. Dennoch ist eine leichte Herabsetzung der psychischen Arbeitskraft, Unfähigkeit zu bedeutenderen und anhaltenderen intellektuellen Leistungen, zu dauernder Anspannung der Aufmerksamkeit und origineller geistiger Verarbeitung, eine ebenso regelmässige Begleiterscheinung dieser Remissionsstadien, wie eine Verminderung der gemüth-

lichen Widerstandsfähigkeit, die sich einerseits in gelegentlicher unmotivirter Heftigkeit, andererseits in leichter Bestimmbarkeit und Unselbständigkeit kundgibt.

Die einzelnen Anfälle der periodischen Manie pflegen nicht nur im Allgemeinen, sondern oft bis in die kleinsten Einzelheiten eine sehr bemerkenswerthe Uebereinstimmung mit einander darzubieten. Schon die Prodrome sind häufig so charakteristisch, dass die Kranken sich mit dem Eintritte derselben freiwillig in die Anstalt begeben. Auf diese typische Aehnlichkeit der Attaquen, wie auf den Nachweis intervallärer Symptome stützt sich die Diagnose der Periodicität. Ein einzelner Anfall genügt nicht zur Begründung derselben, wenn auch die auffallende Besonnenheit bei grosser maniakalischer Verkehrtheit des Handelns in besonderen Fällen die Vermuthung einer tieferen und dauernden Veränderung der Gesamtpersönlichkeit nahe zu legen vermag.

Die Dauer der Anfälle beträgt selten nur einige Tage, meist mehrere Monate oder selbst Jahre. Dem entsprechend variiren auch die Intervalle zwischen den einzelnen Paroxysmen vom Zeitraum weniger Tage oder Wochen bis zu demjenigen mehrerer Jahre. Nicht immer ist die Dauer der Anfälle und der Zwischenzeiten ganz konstant; sie wird bisweilen durch gelegentliche Einwirkungen, Gemüthsbewegungen, Excesse, Menstruation, schwächende Momente beeinflusst. Wie es scheint, kann sogar unter Umständen durch die häufige Wiederkehr derartiger Krankheitsursachen überhaupt erst die Periodicität der Psychose erzeugt werden, indem sich unter ihrem Einflusse allmählich eine dauernde Veränderung in der psychophysischen Konstitution herausbildet, welche dann die Grundlage des nunmehr gewissermaassen selbständig gewordenen periodischen Irreseins abgibt.

Ruhiges, vor Schädlichkeiten gesichertes Leben pflegt die Häufigkeit und Dauer der Attaquen herabzusetzen; auch im höheren Alter kommt bisweilen eine spontane Abnahme der Krankheitserscheinungen zur Beobachtung. Andererseits zeigt indessen das Leiden nicht selten nach beiden Richtungen hin einen progressiven Verlauf, so dass sich schliesslich die Intervalle immer mehr verkürzen und seltener

werden. Zugleich nimmt auch bei langer Dauer und häufiger Wiederkehr namentlich der intensiveren Anfallsformen die psychische Schwäche in den intervallären Zuständen langsam, aber stetig zu, indem die Herabsetzung der psychischen Leistungsfähigkeit, Verlangsamung des Vorstellungsverlaufes, Ideenarmuth, Mangel der Kritik, Interesselosigkeit, Stumpfheit sich immer mehr bemerkbar macht. Allerdings erreichen diese Störungen nur sehr allmählich höhere Grade, aber dennoch dürften Fälle, in denen sie nach langer Krankheitsdauer gänzlich fehlen, kaum existiren.

Die Prognose der periodischen Manie ist eine sehr ungünstige. Die Zahl der Anfälle kann zwar bisweilen durch die Fernhaltung aller Schädlichkeiten etwas verringert werden, aber eine wirkliche Heilung scheint nur äusserst selten, bei den Formen mit kurzen, rasch einander folgenden Paroxysmen, möglich zu sein. Die Therapie hat daher ausser der symptomatischen Behandlung und Ueberwachung des Kranken hier sehr wenig Spielraum. Mendel sah einen dauernden Erfolg bei der Anwendung von Ergotin (2,0 Extr. secal. cornut. aquos. in 6 gr. Wasser gelöst; Morgens und Abends $\frac{1}{2}$ Spritze). Wo der Eintritt der Anfälle durch Prodrome angekündigt wird, oder sonstwie bekannt ist, kann man den Versuch machen, dieselben durch grössere Morphiumdosen oder Hyoseyamin zu koupiren; nach dem Ausbruche der Erregung ist jede kausale Behandlung nutzlos. Im Uebrigen ist auf das bei der Manie Gesagte zurückzuverweisen.

Eine besondere, praktisch sehr wichtige Form der periodischen Manie ist die sog. Dipsomanie, in der sich die maniakalische Aufregung hauptsächlich in dem unwiderstehlichen Drange nach dem Genusse alkoholischer Getränke äussert. Dieser Trieb tritt nach den prodromalen Erscheinungen von Schlaflosigkeit, innerer Unruhe, erhöhter Reizbarkeit, Eingenommenheit des Kopfes, Appetitmangel plötzlich mit elementarer Gewalt hervor und wird nicht selten wol durch unangenehme Gemeingefühle, Beklemmung u. dergl. genährt, die der Kranke durch die Berauschung zu beseitigen sucht. Fast ohne Unterbrechung fängt er an, Wein, Bier, Schnaps, selbst Spiritus, Tag und

Nacht in ungläublichen Quantitäten herunterzustürzen. Unbekümmert um irgend welche socialen, moralischen und ökonomischen Rücksichten treibt er sich in den Kneipen herum, versäumt seine sonstigen Obliegenheiten, kehrt nicht mehr nach Hause zurück und giebt das letzte Geldstück daran, ja er verkauft und versetzt die Kleidungsstücke an seinem Leibe, um seine krankhafte Gier zu befriedigen. Dabei besteht Schlaflosigkeit, vollständiger Appetitmangel und eine deutliche motorische Erregung. Trotz der grossen Mengen des genossenen Alkohols kommt es doch nicht zu sinnloser Betrunkenheit. Nach einigen Tagen oder Wochen hört das Trinken plötzlich auf; es stellt sich unter intensivem Ekelgeföhle ein häufig von Delirien und Sinnestäuschungen begleiteter Kollapszustand ein, in welchem auch die körperlichen Folgen der Excesse, Erbrechen, Anorexie, Magenkatarrh, Unsicherheit der Bewegungen, Tremor stark hervortreten. Aus ihm geht der Kranke in relativ normalem Befinden hervor, zeigt oft eine tiefe Reue über das Vorgefallene und einen Abscheu gegen den Alkohol, gewöhnlich aber auch die Erscheinungen einer geringen psychischen Widerstandsfähigkeit, erhöhte gemüthliche Reizbarkeit und leichte Bestimmbarkeit.

Trotz aller guten Vorsätze wiederholen sich die Anfälle in regelmässigen Intervallen ohne besonderen äusseren Anlass in genau gleicher Weise. Die Zwischenzeiten betragen einige Wochen oder Monate (Quartalsäüfer), seltener Jahre; sie pflegen sich bei längerem Bestande des Leidens allmählich zu verkürzen, wobei zugleich mehr und mehr die gemüthliche Schwäche und namentlich auch die körperlichen Folgen der gewaltigen Schädlichkeiten hervortreten.

Die Prognose ist eine absolut ungünstige; möglicherweise wäre von einer jahrelangen systematischen Behandlung in einem Trinkerasylo „Besserung“ zu erwarten, doch ist das kaum sehr wahrscheinlich. Sicher könnten aber die zerrüttenden Excesse durch jedesmalige sofortige Verbringung des Kranken in eine nahe gelegene geeignete Krankenanstalt verhindert werden, wenn dadurch auch der Aufregungszustand selbst natürlich nicht beseitigt wird. Vieles ist auch schon gewonnen, wenn durch die Kenntniss

der pathologischen Natur dieser Störung, die von der Umgebung gewöhnlich nur vom Standpunkte moralischer Enttüstung beurtheilt zu werden pflegt, die Behandlung dieser Unglücklichen mehr, wie bisher, aus den Händen einsichtsloser Anverwandter in diejenigen des Arztes gelegt wird.

B. Die periodische Melancholie.

Diese Form des periodischen Irreseins ist ungleich seltener, als die maniakalische. Das Krankheitsbild scheint meist dasjenige einer Melancholie mit Wahnideen, Sinnestäuschungen und Selbstmordneigung, bisweilen auch dasjenige heftiger ängstlicher Erregung mit stärkerer Bewusstseinstrübung zu sein, doch kommen auch leichtere melancholische Zustände in periodischer Wiederkehr zur Beobachtung. Die körperlichen Symptome sind dieselben, wie bei den entsprechenden einfachen Erkrankungen, Abnahme des Körpergewichtes, Schlaflosigkeit, Darniederliegen der Cirkulation und Verdauung, Herabsetzung der Eigenwärme u. s. f. Die Dauer der Anfälle ist gewöhnlich eine protrahirte, die Entwicklung und Lösung eine allmähliche; seltener tritt sie plötzlich und unvermittelt ein. In einzelnen Fällen wurde ein maniakalisches Vor- und Nachstadium beobachtet. Auch hier zeigt die Krankheit meist einen progressiven, die Intervalle abkürzenden Gang, wie sie sich überhaupt der periodischen Manie in allen wesentlichen Beziehungen analog zu verhalten scheint.

Bei der Behandlung ist hauptsächlich auf die Selbstmordneigung Rücksicht zu nehmen. Neftel will in einem Falle durch „anelektrotonische Sympathikusbehandlung am Halse“, die er wegen des vermutheten Gefässkrampfes einleitete, einige Besserung erzielt haben.

C. Das cirkuläre Irresein.*)

Das cirkuläre Irresein ist gewissermaassen als ein abwechselndes periodisches Auftreten maniakali-

*) Emmerich, Schmidt's Jahrbücher CXG, 2.

scher und melancholischer Zustände aufzufassen, die bald ohne Unterbrechung einander folgen, bald durch relativ freie Zwischenzeiten von einander getrennt sind. Gewöhnlich bilden dabei eine depressive und eine exaltirte Periode zusammen einen durch Remissionen abgegrenzten Anfall; seltener ist die umgekehrte Reihenfolge, sowie die Einschlebung eines Intervalles zwischen jene beiden Phasen des Paroxysmus.

Den cirkulären Geistesstörungen ist noch mehr, als der periodischen Manie, die verhältnissmässig geringe Störung der Intelligenz eigenthümlich, welche diese hartnäckigen und zweifellos ganz tief in der Konstitution des Erkrankten wurzelnden Psychosen symptomatisch fast durchweg den leichteren Formen der maniakalischen und melancholischen Zustände anreicht. Sicherlich verlaufen zahlreiche cirkuläre Geistesstörungen als einfache „Verstimmungen“, „Launen“, „berechtigte Eigenthümlichkeiten“ im gewöhnlichen Leben, ohne erkannt zu werden, ja sie gehen schliesslich ohne scharfe Grenze in die Breite jener normalen Schwankungen des gemüthlichen Gleichgewichtes über, die so oft bei nervösen Menschen schon eine gewisse Regelmässigkeit in der Aufeinanderfolge, eine auffallende Unmotivirtheit und Unabhängigkeit von äusseren Anlässen darzubieten pflegen.

Den Beginn des Anfalls bildet in der Regel ein melancholischer Zustand, der bald plötzlich einsetzt, bald aber auch sich ganz allmählich entwickelt. Am häufigsten ist eine einfache gemüthliche Depression, stilles gedrücktes Wesen, bisweilen mit bangen Befürchtungen oder einzelnen vagen Versündigungsideen, aber fast immer ohne ausgebildetes Wahnsystem oder Sinnestäuschungen. Selbstmordneigung tritt hie und da, aber nicht gerade sehr häufig und besonders intensiv hervor. In seltenen schweren Fällen kann sich die psychische Hemmung bis zu stuporösen Zuständen steigern. Die Auffassung der Aussenwelt ist jedoch meist nicht erheblich getrübt, nur im Sinne der melancholischen Verstimmung beeinflusst. Die körperlichen Begleiterscheinungen sind vollkommen diejenigen einer einfachen Melancholie.

Nach einigen Wochen, Monaten oder seltener sogar Jahren, ändert sich die Scene. Die Depression schwindet allmählich, der Kranke wird lebhafter und freier und würde den Eindruck eines Rekonvaleszenten machen, wenn nicht hie und da schon einzelne maniakalische Symptome, plötzliche unmotivirte Heiterkeit, unvorhergesehene Ausbrüche von Heftigkeit und ein gewisser Mangel an klarer Einsicht in die Abnormität seines Zustandes dagegen sprächen. Nur bei ganz kurzdauernden Perioden vollzieht sich dieser Wechsel der Stimmung rasch und unvermittelt; meist liegt ein Uebergangsstadium dazwischen, selten eine tiefere Remission, die man als normales Verhalten bezeichnen könnte. Ziemlich rasch gewinnen nun die Erregungssymptome die Oberhand, und es folgt eine vollständige Umwandlung des ganzen Krankheitsbildes im Sinne der leichteren maniakalischen Aufregungszustände.

Gehobenes Selbstgefühl, erleichterter Ablauf aller psychischen Funktionen, namentlich der Willenshandlungen, häufiger Stimmungswechsel, erhöhte Reizbarkeit, gesteigertes Triebleben, unruhige Geschäftigkeit, Neigung zu immer neuen Plänen und Unternehmungen, Verlust der höheren moralischen Direktiven, Rücksichtslosigkeit, Unüberlegtheit und egoistische Richtung des Handelns sind die wesentlichsten Züge, die alsbald immer deutlicher hervortreten. Ideenflüchtige Verwirrtheit, ausgedehnte Sinnestäuschungen und intensiver Bewegungsdrang werden verhältnissmässig selten beobachtet; der Kranke bleibt fast immer besonnen und weiss seine kleinen Intriguen, Verleumdungen, Diebstähle, Gewaltthätigkeiten, seine unsinnige und excentrische Handlungsweise mit oft ganz virtuoser Dialektik zu begründen und zu entschuldigen. Die körperlichen Erscheinungen sind diejenigen der Manie; bisweilen kommen starke Kongestionen zum Kopfe vor, die sogar zu völliger Bewusstlosigkeit und Konvulsionen, ja zu vorübergehenden Hemiplegien sollen führen können. Das Körpergewicht pflegt beträchtlich zuzunehmen.

Wo die maniakalischen Symptome sehr hochgradig waren, erfolgt der Nachlass stets rasch; bei den leichteren Formen der Erregung indessen vollzieht sich das Schwinden

nur ganz langsam und allmählich, nicht selten von vorübergehenden Verschlimmerungen, gelegentlichen heftigen Zornausbrüchen u. dergl. unterbrochen. Endlich ist auch dieses Stadium überwunden und der Kranke in relativ normalem Zustande, aber man bemerkt unschwer an ihm eine leichte Ermüdbarkeit, eine gewisse Unfreiheit und Gedrücktheit, die ihm den ungehinderten Ablauf der Gedanken, die Freudigkeit der Stimmung und die selbständige Energie der Entschliessung beeinträchtigt. Sehr häufig beginnen nun schon wieder die ersten Anzeichen eines neuen melancholischen Stadiums sich bemerkbar zu machen; in andern Fällen dauert dieser Nachlass der Krankheitserscheinungen ohne wesentliche Veränderungen längere Zeit hindurch, selbst Jahre lang, an.

Seltener, als dieser Gang der Entwicklung ist das Vorausgehen des maniakalischen und das Folgen des melancholischen Zustandes. In diesem Falle pflegt die Abnahme des Körpergewichtes in der ersteren, die Zunahme desselben in der letzteren Phase des Anfalles zu erfolgen.

Unter den Ursachen der cirkulären Geistesstörung spielt bei weitem die grösste Rolle erbliche Belastung, die fast niemals zu fehlen scheint. Weibliche Individuen sind nach der bisherigen spärlichen Statistik stärker disponirt, als Männer. Gewöhnlich giebt die Pubertätszeit, seltener das Klimakterium den ersten Anstoss zur Ausbildung der Psychose, der bisweilen schon lange einfache periodische maniakalische oder melancholische Störungen vorangingen.

Die pathologische Grundlage des eigenthümlichen Wechsels gegensätzlicher Krankheitszustände, wie ihn die cirkulären Psychosen darbieten, hat Meynert in periodischen Störungen der vasomotorischen Innervation gesucht. In Folge von gesteigerter Reizbarkeit des Gefässcentrums soll sich ein verstärkter Kontraktionszustand im gesammten Arteriengebiete mit gleichzeitiger Hirnanämie als Ursache der melancholischen Verstimmung entwickeln. Gerade die so entstandene mangelhafte Ernährung des vasomotorischen Centrums soll dann weiterhin eine Lähmung desselben, Erweiterung der Gefässe und Hyperämie des Gehirns herbei-

führen, als deren symptomatischer Ausdruck der Symptomenkomplex des maniakalischen Stadiums betrachtet wird. Zweifellos ist es, dass sehr markirte Veränderungen im Verhalten der Pulsbilder den beiden Phasen des Anfalles parallel gehen, dagegen muss die Frage nach deren Deutung und pathogenetischem Werthe als eine noch offene bezeichnet werden. Für die Erklärung der psychischen Erscheinungen würde übrigens, selbst wenn jene geistvolle, aber sehr angreifbare Theorie richtig wäre, immer noch recht wenig gewonnen sein.

Die einzelnen Formen des cirkulären Irreseins, die man zum Theil mit besonderen Namen belegt hat, unterscheiden sich wesentlich durch die verschiedene Reihenfolge und Dauer der Anfallsphasen, durch die Intensität der Symptome und das Verhalten der Intervalle. Die beiden Stadien des einzelnen Paroxysmus pflegen von annähernd gleicher Dauer, das melancholische meist ein wenig länger zu sein; hinsichtlich der Ausbildung der psychopathischen Erscheinungen besteht jedoch zwischen ihnen keine feste Beziehung. Als Ganzes zeigen die verschiedenen Anfälle eine sehr grosse Regelmässigkeit und Uebereinstimmung in ihrem Ablaufe, die durch äussere Einflüsse nur unwesentlich alterirt wird und sofort die Diagnose einer cirkulären Psychose gestattet. Der einfache, einmalige Uebergang melancholischer in maniakalische Zustände genügt bei der Häufigkeit dieses Wechsels für dieselbe noch nicht.

Die Prognose dieser Form des Irreseins ist eine durchaus ungünstige. Zwar hat es den Anschein, als ob die psychische Schwäche hier weit langsamere Fortschritte macht, als bei den periodischen Psychosen, und dass namentlich die Intelligenz sich oft sehr lange intakt erhält, allein eine eigentliche Heilung der Krankheit kommt nicht vor. Bisweilen nimmt die Intensität, Dauer und Häufigkeit der Anfälle im höheren Lebensalter ab; in anderen Fällen jedoch sieht man im Gegentheil die anfangs noch bestehenden Intervalle bei längerer Dauer der Krankheit sich mehr und mehr verwischen und endlich gänzlich verschwinden.

Die Aufgaben der Therapie beschränken sich daher

hier im Wesentlichen auf eine einfache Ueberwachung und Pflege der Kranken. Zur Milderung der Intensität der Erscheinungen hat man Bromkalium, Opium und Morphinum in systematischer Anwendung empfohlen. Grosse Dosen Opium und auch Bromkalium sollen sogar bisweilen koupierend wirken. Dick sah bei dauernder Bettruhe schon während der Melancholie das maniakalische Stadium weniger stürmisch sich gestalten.

V. Primäre Verrücktheit. *)

Als Verrücktheit bezeichnet man eine dauernde, tiefgreifende Umwandlung der psychischen Persönlichkeit, die sich hauptsächlich in einer krankhaften Auffassung und Verarbeitung der äusseren und inneren Eindrücke kundgibt. Dauernd ist diese Veränderung in der Regel deshalb, weil sie nicht in vergänglichen Affekten, nicht in einem vorübergehenden Prozesse, sondern in einem abnormen Zustande des gesammten psychophysischen Organismus ihre Wurzel hat. Die Helligkeit des Bewusstseins ist ungetrübt, die Besonnenheit vollkommen erhalten, aber das Erfahrungsmaterial wird durch die mannigfachsten subjektiven Elemente verfälscht und zu einer krankhaft verschobenen, „verrückten“ Anschauung von der Umgebung und der eigenen Persönlichkeit verarbeitet. Man hat sich daher gewöhnt, als das charakteristische Symptom der Verrücktheit die fixe, von dem Kranken dauernd festgehaltene Wahnidee oder noch besser ein ganzes System solcher Wahnideen anzusehen. Die Verfälschung der Wahrnehmung und des Bewusstseinsinhaltes als solche ist eine überaus häufige psychopathische Erscheinung; was die Verrücktheit kennzeichnet, ist der Umstand, dass diese Verfälschungen nicht korrigirt werden, obgleich das Bewusstsein klar und die intellektuelle Arbeit nicht durch überwältigende Gefühle und Affekte gestört ist. Die Krankheit hat somit

*) Snell, *Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie* XXII, p. 368; Griesinger, *Archiv für Psychiatrie* I, p. 148; Sander, *ibid.* p. 387; Westphal, *Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie* XXXIV, p. 252; Mercklin, *Studien über die primäre Verrücktheit*, 1879.

hier tief in die höheren geistigen Funktionen eingegriffen, denn die fixe Wahnidee ist kein isolirtes pathologisches Symptom, wie etwa eine Sinnestäuschung, eine unmotivirte Verstimmung, sondern sie ist das untrügliche Zeichen einer dauernden, fundamentalen Unzulänglichkeit der gesammten intellektuellen Leistungen.

Dieser Grundzustand der Invalidität, auf dem allein das Krankheitsbild der Verrücktheit zur Ausbildung gelangen resp. sich in seiner Ausbildung erhalten kann, ist entweder ein primärer und zwar ein angeborener (originäre Verrücktheit), oder ein allmählich im Laufe der individuellen Entwicklung erworbener, oder aber er ist als Endstadium aus einer anderen psychischen Erkrankung hervorgegangen (sekundäre Verrücktheit). Die ältere deutsche Psychiatrie kannte nur diese letztere Form der Verrücktheit und suchte alle fixen Wahnsysteme als Ueberbleibsel aus voraufgegangenen maniakalischen oder melancholischen Psychosen darzustellen. Jetzt indessen hat man die primäre Verrücktheit als eine ungemein häufige und formenreiche Erkrankung kennen gelernt, die sich durch eine Reihe von klinischen Eigenthümlichkeiten vor der sekundären auszeichnet. Wir werden diese letztere daher auch später bei den psychischen Schwächezuständen gesondert zu behandeln haben.

Bei der primären Verrücktheit wird das Krankheitsbild beherrscht durch das Wahnsystem, die krankhaft verfälschte Auffassung des Verhältnisses der eigenen Person zur Umgebung. Die gesunde Wahrnehmung ist durch Sinnestäuschungen aller Art, sowie durch die subjektive Interpretation der normalen Eindrücke hochgradig gestört; die Stimmung und das Handeln wird durch den Einfluss der Wahnideen in abnorme Bahnen geleitet. Die Entstehung der Wahnideen kann sich hauptsächlich auf zwei verschiedenen Wegen vollziehen, durch Vermittlung von Sinnestäuschungen oder in Form von sog. Primordialdelirien.

Es giebt zweifellos Fälle, in denen Hallucinationen, namentlich des Gehörs, zunächst und ausschliesslich die Ursache der Wahnideen darstellen. Besonders sind es Ver-

folgungsideen, die auf diese Weise entstehen. Der Kranke hört abfällige Bemerkungen, Drohungen, Schimpfworte, Hülferrufe seiner Angehörigen, glaubt sich in Folge dessen verachtet, gehasst, überall beobachtet, seine Lieben in Gefahr, und beginnt nun unter dem fortdauernden Einflusse seiner Sinnestäuschungen auch andere Wahrnehmungen im Sinne dieser krankhaften Vorstellungen zu deuten. Eine unbefangene Betrachtung des klinischen Verlaufes lässt indessen mit Bestimmtheit erkennen, dass dem Auftreten der Phantasmen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bereits einzelne Eigenthümlichkeiten in der Auffassung der Umgebung vorausgehen, die auf eine tiefer greifende Wandlung derselben hindeuten. In der Regel erscheint den Kranken schon vor der Ausbildung von Sinnestäuschungen die Aussenwelt in ganz besonderem Lichte; ohne dass sie gerade falsche Wahrnehmungen machen, sehen sie doch die Dinge und Personen mit andern Augen an, als Gesunde. Unwesentliche, nebensächliche Umstände fallen ihnen auf und gewinnen eine besondere Bedeutung, während oft das Nächstliegende und Augenfälligste unbeachtet gelassen und übersehen wird. Der Inhalt der Sinnestäuschungen steht daher auch regelmässig in einer gewissen Beziehung zu dem sonstigen Gedankengange des Kranken, indem er seine Befürchtungen verstärkt, seine Hoffnungen ermuthigt und überhaupt das Thema der Wahndee in der verschiedenartigsten Weise variirt, ohne dass sich der Kranke selbst dieses häufig gewiss nur ganz allgemeinen und unbestimmten Zusammenhangs bewusst wird. Die Sinnestäuschungen sind, mit andern Worten, hier fast immer nicht die Ursache der psychischen Veränderung, die sich mit dem Kranken vollzieht, sondern sie sind nur ein Symptom des allgemeinen Krankheitsprocesses. Die Psychose wäre daher durch den Wegfall der Sinnestäuschungen durchaus nicht etwa als beseitigt anzusehen, sondern sie würde trotzdem im Wesentlichen unverändert fortbestehen.

Dennoch kommen einzelne Fälle zur Beobachtung, in denen das Verschwinden der Trugwahrnehmungen oder die ermöglichte Korrektur derselben selbst nach jahrelanger Dauer auch die wirkliche Genesung der Kranken bedeutet.

Hier besitzen die Phantasmen meist eine grosse Einförmigkeit; die Ausbildung der Wahnideen bleibt stets auf einer niederen Entwicklungsstufe, und es kommt nicht zu einer völligen Umwandlung der gesammten psychischen Persönlichkeit, so dass es zweifelhaft erscheint, ob man solche Formen dem Krankheitsbilde der Verrücktheit zurechnen darf. Für den wirklich Verrückten ist eine Korrektur der Sinnestäuschungen auch durch die handgreiflichsten Gegenbeweise unmöglich, weil seine Fähigkeit zu objektiver Kritik aufgehoben ist; er wird sich höchstens zu immer absurderen Hypothesen gedrängt sehen. Wo aber eine falsche Idee ausschliesslich auf krankhaften Sinnestäuschungen beruht, die nicht wegen der intellektuellen Unfähigkeit des Kranken, sondern wegen der objektiven Schwierigkeiten einer Kontrolle nicht als solche erkannt werden, haben wir es offenbar mit einem ganz andersartigen Krankheitszustande zu thun. Ein genaueres klinisches Studium dieser Verhältnisse wäre sehr wünschenswerth.

Wenn wir somit den Sinnestäuschungen als eigentlichen Ursachen der fixen Wahnideen auch keine sehr grosse Rolle zuzuerkennen vermögen, so ist es doch unzweifelhaft, dass sie für die inhaltliche Gestaltung und weitere Entwicklung derselben eine ganz hervorragende Bedeutung besitzen. Das einmal wach gewordene allgemeine Misstrauen des Kranken wird durch eine Trugwahrnehmung in bestimmte Bahnen gelenkt und unerschütterlich befestigt; die in undeutlichen Umrissen im Bewusstsein schlummernde Grössenidee erhält durch sie plötzlich einen klaren, unverwischbaren Ausdruck. Die gewaltige, unwiderstehliche Macht, welche die Sinnestäuschung über den Kranken gewinnt, ist aber nicht sowol von ihrer sinnlichen Lebhaftigkeit abhängig, sondern vor Allem von ihrem tiefen, obschon dem Kranken unbewussten Zusammenhange mit dem eigenen Ideenkreise, von der inneren Uebereinstimmung mit seinen geheimen Befürchtungen und Wünschen. Kein Gesunder würde die Worte eines Vorübergehenden: „Das ist der Kaiser“ sofort auf sich beziehen oder sich nun gar deswegen wirklich für den Kaiser halten — auf den Verrückten macht eine derartige hallu-

einatorische 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 Quelle der Wahnideen des Verrückten ist somit gemeinlich eine viel tiefere, als die Sinnestäuschungen, auf welche die Kranken selbst häufig genug dieselben zurückzuführen pflegen, da sie sich der eingreifenden Umwandlung ihrer ganzen psychischen Persönlichkeit nicht bewusst geworden sind, welche erst sich vollziehen musste, bevor die Trugwahrnehmungen überhaupt ihre Wirkung entfalten konnten. In der That begegnen wir auch vielen Verrückten, bei denen niemals eigentliche Sinnestäuschungen vorhanden waren. Man darf sich bei der Entscheidung dieser Frage nicht durch die Apperceptionshallucinationen und -illusionen beirren lassen, die von den Kranken nicht selten mit ähnlichen Ausdrücken beschrieben werden, bei genauerem Examen sich aber fast immer von wirklichen, sinnlichen Trugwahrnehmungen unterscheiden lassen. Dahin gehören die „inneren“ Stimmen, die „Gedankensprache“, das „Telegraphiren“, viele Visionen u. s. f., Vorgänge, die nicht selten von den Kranken mit neu erfundenen phantastischen Namen belegt werden. Sie stehen immer in allerunmittelbarster Beziehung zu dem Gedankengange, bisweilen sogar unter dem Willenseinflusse des Patienten und werden von ihm unter strenger Abscheidung von den gewöhnlichen Sinneswahrnehmungen in der Regel auf mystische Fernwirkungen, geheimnissvollen, magnetischen Rapport, göttliche Inspiration u. dergl. zurückgeführt. Natürlich deutet eine derartige Verwerthung schon auf eine weit vorgeschrittene Kritiklosigkeit und Befangenheit des Kranken in seiner verrückten Weltauffassung hin.

Diese apperceptiven „Trugwahrnehmungen“, wie man sie kaum mehr nennen kann, bilden gewissermaassen eine Uebergangsstufe von den Sinnestäuschungen zu den Primordialdelirien. Wir finden an sie wenigstens regelmässig noch die Vorstellung eines äusseren, wenn auch nicht mehr einfach sinnlichen, Ursprunges geknüpft, während

die Primordialdelirien durchaus den Charakter der Vorstellungen haben, die plötzlich im Bewusstsein auftauchen und in demselben eine überraschende Macht erlangen. So kommt dem schon früher einmal citirten Verrückten beim Anblicke einiger Kastanien mit einem Male der Gedanke, dass sie die Symbole der Herrschaft über die fünf Welttheile seien; einer anderen Kranken, die das Bild des russischen Kaisers betrachtet, wird es plötzlich klar, dass derselbe ihr Vater sei. Ja, diese so unvermittelt in den Ideenkreis des Patienten eingetretenen Vorstellungen haben schon im Augenblicke ihres Entstehens für denselben die Eigenschaft unumstösslicher Wahrheit gewonnen; sie haften in dieser Form unverändert vielleicht für das ganze zukünftige Leben und modeln alle fernere Erfahrung nach sich, anstatt selber durch jene auf Schritt und Tritt korrigirt zu werden.

Der Grund für dieses eigenthümliche Verhalten liegt sicherlich nicht etwa in der besonderen Art der Vorstellungen selbst, sondern er liegt in dem Zustande des vorstellenden Subjektes, in seiner mangelnden kritischen Widerstandsfähigkeit, in dem günstigen Boden, welchen die Primordialdelirien in der psychopathisch disponirten Persönlichkeit vorfinden. Auch dem Gesunden schiessen ja oft genug derartige Vorstellungen durch den Kopf, aber sie versinken sogleich wieder und werden durch andere Ideen verdrängt, um höchstens als Anknüpfungspunkte für den Ausbau von Luftschlössern und müssige Träumereien zu dienen. So sehen wir im Beginne der Verrücktheit nicht selten den Kranken lange mit den andringenden Wahneideen kämpfen; bisweilen gelingt es ihm, sie für einige Zeit in den Hintergrund zu drängen, aber immer und immer wieder steigen sie herauf, bis die Widerstandsfähigkeit erschöpft und der Patient zum willenlosen Spielballe seiner krankhaft geschäftigen Phantasie geworden ist. Erinnerung sei hier nur nebenbei an die Kritiklosigkeit, mit der wir im Traume die unsinnigsten Kombinationen der persönlichen und sachlichen Verhältnisse trotz unseres besseren Wissens ohne grosse Verwunderung als thatsächlich hinzunehmen pflegen.

Die Primordialdelirien sind somit Phantasievorstellungen, welche eine schwache, haltlose psychische Persönlichkeit überwältigen und ihre Auffassung der Aussenwelt verfälschen. Wenn die melancholischen Wahnideen ihre Macht über den Kranken dem krankhaften Affekte verdanken, der sie mit einer gewissen Energie in das Bewusstsein erhebt und zugleich die ruhige Kritik beeinträchtigt, so ist es hier die Leichtigkeit, mit welcher sich die Vorstellungen aneinander knüpfen, der Mangel an scharfen, bestimmt ausgeprägten Begriffen, die das Zustandekommen der Primordialdelirien vermitteln. Dass associative Leben ist reich entwickelt; überall fallen dem Kranken Aehnlichkeiten und theilweise Uebereinstimmungen ins Auge, die ihn zur Annahme tiefliegender geheimnissvoller Beziehungen verleiten. Auch das Unscheinbare, Unbeachtete erhält für ihn wegen der Anklänge, die es in ihm erweckt, eine tiefere Bedeutsamkeit, und es kommt auf diese Weise zu einer symbolisch-mystischen Auffassung der Welt, in welcher nicht die objektive Wahrnehmung, sondern die subjektive Deutung, der vermeintliche Blick hinter die Koulissen des Geschehens die Hauptrolle spielt.

Dem krankhaft geschärften und überall mit raffinirter Befangenheit beobachtenden Auge schwindet das Zufällige und Bedeutungslose gänzlich aus der Welt; die eigenen überall üppig und mit pathologischer Lebhaftigkeit aufschliessenden Gedankenverbindungen liefern ihm den Stoff für die Konstruktion eines durchgängigen Zusammenhanges der äusseren Lebensereignisse. Wo der Gesunde vielleicht bei einer rasch korrigirten oder doch wenigstens sehr unsicheren „Vermuthung“ stehen bleiben würde, da verhilft die leichte Beweglichkeit der Phantasie dem Kranken sofort zur Gewissheit. Dieser angeborene oder allmählich sich entwickelnde psychische Zustand ist es, der die günstigen Vorbedingungen zur Ausbildung der Primordialdelirien enthält. Meist giebt zunächst irgend ein äusserer Eindruck den ersten Anstoss zu dem Auftauchen der Wahnidee ab, die dann rasch tiefe Wurzeln schlägt in dem schon lange zu symbolisirender und subjektiver Verarbeitung der Erfahrung hinneigenden Bewusstsein.

Bedeutend erleichtert wird dieser Vorgang durch den Umstand, dass naturgemäss zum Mittelpunkt aller der geheimnissvollen Beziehungen, wie sie sich dem Kranken allmählich herstellen, die eigene Persönlichkeit wird. Wie schon dem Gesunden die kritische Beurtheilung der das eigene Ich sehr nahe berührenden Verhältnisse durch die grössere Lebhaftigkeit der Gefühle auf diesem Gebiete beträchtlich erschwert zu werden pflegt, so wächst auch bei dem Kranken die Unfähigkeit zu einer Berichtigung seiner luxuriirenden Ideen in dem Maasse, wie dieselben in die egoistischen Interessen eingreifen und somit von stärker hervortretenden Lust- oder Unlustgefühlen begleitet sind. So kommt es, dass derselbe Verrückte, dessen absurde Wahnvorstellungen über die Verhältnisse seiner eigenen Person uns in Erstaunen setzen, vielleicht über fernliegende Dinge noch ganz richtig urtheilt, namentlich, wenn ihm die Beschäftigung mit denselben noch aus gesunden Tagen her geläufig ist. Ja, die Leichtigkeit der Kombination lässt den Verrückten bisweilen, ähnlich dem Maniacus, durch die überraschende Auffindung entfernter Aehnlichkeiten sogar geistreiche, feine Bemerkungen machen, die in grellem Kontraste zu seiner sonstigen Urtheilslosigkeit zu stehen scheinen und der Ansicht Vorschub geleistet haben, dass es sich hier um eine „partielle“ psychische Erkrankung handle. Bei Lichte besehen, liegt sowol der Störung, wie den scheinbar gesteigerten geistigen Leistungen die gleiche Veränderung, ein abnormes Ueberwiegen der associativen Vorgänge über die logischen Gedankenverbindungen zu Grunde. Die „Aperçus“ der Verrückten sind daher auch niemals das Resultat einer wirklichen intellektuellen Arbeit; sie sind nichts, als augenblickliche überraschende Einfälle oder spitzfindige, halb-richtige Klügeleien, nicht unähnlich den phantastischen und oft mit einer gewissen kühnen Gewandtheit aufgebauten Wahngedanken selbst.

Auf der allgemeinen Grundlage der erleichterten Kombinationsfähigkeit und der mangelnden Kritik, vielfach unter dem Einflusse begleitender Affekte und Sinnestäuschungen, kann sich der Inhalt des Wahnsystems im Ein-

zelen überaus verschieden gestalten, so dass man unter diesem Gesichtspunkte eine Reihe klinischer Formen der Verrücktheit auseinandergelassen hat, die aber so häufig in einander übergehen und auch in ihrem allgemeinen Verhalten eine so grosse Uebereinstimmung unter einander darbieten, dass es hier genügen wird, die hauptsächlichsten Richtungen zu skizziren, in denen sich die Wahneideen auszubilden pflegen.

Vor Allem haben wir zwei einander gänzlich entgegengesetzte und scheinbar unvereinbare Formenkreise zu unterscheiden, die depressiven und die Grössenideen. Es kommt vor, dass die einen oder die andern für sich allein das ganze Krankheitsbild beherrschen; häufig genug aber kombiniren sie sich in eigenthümlicher Weise mit einander, indem die vermeintliche Beeinträchtigung und Verfolgung den Kranken dazu führt, seiner eigenen Person allmählich eine besondere, hervorragende Bedeutung beizumessen, oder aber, indem er die Nichtanerkennung seiner eingebildeten Rechte als eine Folge feindseliger Machinationen auffasst. Wahrscheinlich können sie auch gänzlich unabhängig von einander aus der allgemeinen Neigung des Kranken, alle äusseren Vorgänge in innige Beziehungen zu der eigenen Persönlichkeit zu setzen, ihren Ursprung nehmen.

Von den depressiven Wahnsystemen ist hier verhältnissmässig selten der Versündigungswahn. Es scheint, dass in der Verrücktheit meist die egoistischen Gefühle mit einer gewissen Lebhaftigkeit ausgeprägt sind, so dass sie das Zustandekommen einer Selbstverachtung, wie sie die Versündigungsideen begleitet, in der Regel verhindern. Dennoch kommen derartige, vollständig fixe, nicht aus einer Melancholie sekundär hervorgegangene Wahnsysteme bisweilen vor. Die Kranken werden von beständigen Gewissensskrupeln gepeinigt, glauben, mit diesem oder jenem Worte, irgend einer längst hinter ihnen liegenden Handlung oder Unterlassung ein grosses Unrecht begangen, Gott beleidigt zu haben und bemühen sich, durch vielfache, oft sehr rigorose Selbstpeinigungen, die Sünde zu tilgen und Gnade zu erlangen. Sie versagen sich gewohnte Genüsse, halten regel-

mässige Fasten, beten und knien viel, bringen sich selbst kleine Verletzungen bei, um sich zu strafen und befolgen alle selbst gewählten Vorschriften mit pedantischer Genauigkeit und Hartnäckigkeit. Sehr gewöhnlich entwickelt sich im Anschlusse an diese ursprünglichen Versündigungsideen allmählich die zuversichtliche Hoffnung auf Begnadigung und auf die Erlangung von allerlei kirchlichen und himmlischen Ehrenposten, die Stellung eines Heiligen, Apostels, Märtyrers, Christi u. s. f., kurz das depressive religiöse Wahnsystem wandelt sich in ein exaltatives um.

Weit häufiger sind jedoch die Wahnideen der Beeinträchtigung, sei es des unmittelbaren körperlichen Leidens, sei es der Verfolgung und Interessenschädigung von Aussen her, durch fremde Einflüsse. Die hypochondrische Verrücktheit mit der fixen Idee unheilbarer, schwerer Krankheit nimmt häufig ihren Ausgangspunkt von wirklich vorhandenen, objektiv begründeten Beschwerden, Magendarmkatarrhen, Uterinleiden, nervösen Affektionen u. s. f. In anderen Fällen jedoch genügt schon die lebhafte Beschäftigung der Phantasie mit einem Krankheitsbilde, um das Vorhandensein der Symptome am eigenen Körper zur Gewissheit zu machen. Während derartige Anwandlungen vom Gesunden bei ruhiger Ueberlegung ohne Weiteres überwunden werden, drängen sie sich dem krankhaft empfänglichen Bewusstsein immer und immer wieder auf, regen die leichtbewegliche Phantasie in der mannigfachsten Weise an und führen allmählich zur Ausbildung eines von lebhaften Unlustgefühlen begleiteten festwurzelnden Wahnsystemes, das durch keine gegenheilige Erfahrung mehr erschüttert werden kann.

Anfangs werden ganz normale Vorgänge und Theile des Körpers als entsetzliche Krankheitserscheinungen angesehen; so zeigte mir ein ganz besonnener Kranker die Talgdrüsen und Haarbälge am Penis als die Symptome der Syphilis. Besonders die vermeintlichen Folgen der Onanie werden an der Hand der drastischen Schilderungen gewisser Bücher an der eigenen Person in den erschreckendsten Formen wiedergefunden, daher vielfache Selbstanklagen. Der Kranke beginnt, sich mit seinem Körper und den

Funktionen desselben eingehend, täglich und stündlich zu beschäftigen und findet in jeder seiner vorurtheilsvollen Beobachtungen eine neue Bestätigung des gehegten Verdachtes. Die stete Aufmerksamkeit auf sich selbst und die nervöse Erregbarkeit, in die der Kranke mehr und mehr geräth, lassen ihn allerlei abnorme Sensationen, Anomalien des Gemeingefühls u. dergl. wahrnehmen; er kommt sich kraftlos, abgespannt, körperlich und geistig leistungsunfähig vor, bemerkt verdächtige Empfindungen, Schmerzen in den verschiedensten Organen und fühlt, wie das Leiden, dessen Existenz ihm vollständig feststeht, rasche Fortschritte macht und tiefgreifende Veränderungen in ihm hervorbringt. Er verliert dabei das Interesse für die Aussenwelt mehr und mehr und widmet sich ganz der Pflege seines Körpers. Alle andern Vorstellungen und Gefühle treten in den Hintergrund; seine Handlungen sind ausschliesslich durch die Rücksicht auf das eigene, schwer gefährdete Wohlergehen diktiert. Jeden Zweifel an seinem körperlichen Leiden weist er, wo ihm jede neue Wahrnehmung neue Beweise zu bringen scheint, mit Entrüstung zurück, ja es gewährt ihm eine gewisse märtyrerhafte Genugthuung, durch eingehende Schilderung seiner ihm so lebhaft und ausschliesslich beschäftigenden Leiden das Interesse und das Mitleid Anderer zu erwecken.

Die vielfach unternommenen Kuren bleiben natürlich alle erfolglos. Der Kranke beginnt sehr bald, an der ärztlichen Kunst zu verzweifeln und fällt zahllosen Quacksalbern in die Hände, um doch wenigstens Alles einmal zu versuchen. Unterdessen wird die Terminologie für die mannigfachen Erscheinungen des Leidens eine immer reichere; die einzelnen Körpertheile werden wie mit Zangen gezwickt, auseinander gerissen, geschraubt; der Kopf ist ihm hohl oder als wenn Stroh darin wäre; im Leibe brennt, sticht, drückt und zuckt es u. s. w. u. s. w. Bei zunehmender Kritiklosigkeit gewinnt auch die Natur der Krankheit groteskere Formen. Die anfangs nur zur Beschreibung der Symptome gebrauchten Vergleiche gelten dem Kranken später als Ausdruck der wirklichen Verhältnisse. In seinen Adern befindet sich Gift, Feuer, Mistjauche statt des Blutes; das Herz ist

ihm in einen Stein verwandelt, die Speiseröhre, der Mastdarm abgerissen oder verschlossen; im Leibe sitzen lebendige Thiere, Spinnen, Kröten, Schlangen und verzehren seine Eingeweide. Der Kranke ist überhaupt nichts mehr; er kann nicht mehr essen, nicht mehr schlafen, sich nicht rühren; er ist abgestorben, schon lange todt, in eine andere Person, in einen Holzklotz, ein Thier, eine Pflanze verwandelt; er ist so klein zusammengeschrumpft, dass man ihn gar nicht mehr sehen kann. Natürlich spielen dabei abnorme Empfindungen eine sehr grosse Rolle, insofern sie die Anregung für die phantastische Ausgestaltung des Wahnes geben; man sieht aber leicht, dass es sich bei der ganz elementären Natur der Sensationen aus dem Innern des eigenen Körpers hier niemals um einfache Trugwahrnehmungen, sondern vielmehr nur um die wahnhaftige Interpretation derselben handeln kann.

Ein weiterer Schritt in der Ausbildung des Wahnsystems wird von dem Kranken gethan, wenn seine vermeintlichen Leiden als die Folge äusserer, feindseliger Beeinflussung aufgefasst werden, wenn sich also das Bild der hypochondrischen Verrücktheit mit dem Verfolgungswahne kombinirt. Es kann nun der Teufel sein, ein böser Geist, ein unsichtbarer Feind, der im Leibe drinsitzt und dort seinen Spuk treibt, die Kehle abschnürt, das Blut verdickt, die Eingeweide durcheinanderwirft, oder die Verfolger kommen in der Nacht, während der Kranke schläft, vertauschen ihm seine Glieder, räumen ihm das Gehirn aus, schöpfen ihm den Hirnschaum ab, treiben ihm den Samen ab, oder endlich sie wirken mit Hülfe von magnetischen, elektrischen Maschinen (physikalischer Verfolgungswahn), durch Zaubersprüche aus der Ferne auf ihn ein, ziehen ihm die Gedanken ab, beströmen ihn mit geheimem Giftregen u. s. f. Je phantastischer und absurder der Wahn, desto grösser die psychische Schwäche und desto unmöglicher eine Korrektur desselben, so sehr man glauben sollte, dass es leicht sein müsse, die Unsinnigkeit desselben nachzuweisen. Schon der Umstand, dass der Kranke dem direkten Augenscheine zum Trotz die albernsten Behauptungen festhält, z. B. klagt, er könne keinen Bissen geniessen, während

er mit vollen Backen und bestem Appetite schmaust, lässt von vornherein an dem Versuche einer Ueberzeugung durch logische Beweisgründe verzweifeln. Die zahlreichen in der Literatur berichteten Fälle, in denen man durch fingirte Operationen und ähnliche Mittel „auf psychischem Wege“ die eingebildete Krankheit zu beseitigen strebte, sind in dieser Hinsicht sehr lehrreich. Im günstigsten Falle wurde die einzelne vorliegende Wahnidee zum Verschwinden gebracht, aber regelmässig trat eine andere, vielfach weit absurdere an ihre Stelle, da man ja nicht zugleich das Grundleiden, die Uebererreglichkeit der Phantasie und den Mangel an Kritik, hatte bessern können.

Die Stimmung des Hypochonders ist regelmässig eine depressive, düstere und reizbare. Wie die Zustände des eigenen Körpers, so ist er auch geneigt, die Dinge der Aussenwelt im Lichte seines trüben Pessimismus zu sehen. Zu Zeiten kann sich die Verstimmung zu heftigen Affekten der Verzweiflung mit der Befürchtung, sofort zu sterben, wahnsinnig zu werden und dergleichen steigern, in denen der Kranke sogar zum Selbstmorde seine Zuflucht nimmt. Auf dem Gebiete des Handelns ist häufig eine krankhafte Willenlosigkeit und Schlawheit, die Unfähigkeit zur Ueberwindung des hypochondrischen Krankheitsgefühles, zur thatkräftigen Durchführung der Berufsgeschäfte, andererseits eine gewisse Pedanterie und peinliche Regelmässigkeit in der Lebensführung charakteristisch. Sehr gewöhnlich suchen die Kranken sich durch allerlei selbsterfundene Schutzmaassregeln, Masken, Amulette und verschiedenartige Vorrichtungen oder durch gewisse gewohnheitsmässige Bewegungen, Grimassen u. dergl. vor den feindlichen Einwirkungen zu sichern. Ein Kranker verbrannte sich hartnäckig Monate lang die Ohren, um dadurch das vermeintliche syphilitische Gift aus seinem Körper zu entfernen, ein anderer fing an, Nägel, Glasscherben, spitze Steine zu verschlucken, um so „sein Blut zu reinigen“. Bei langer Dauer der Psychose und der Ausbildung absurder Wahnsysteme pflegen die begleitenden Affekte und der Einfluss derselben auf das Handeln allmählich mehr und mehr zurückzutreten. Ebenso verhält es sich mit den

körperlichen Störungen, die im Beginne der hypochondrischen Verrücktheit hervorzutreten pflegen, Schlaflosigkeit, Eingenommenheit des Kopfes, Verdauungsanomalien u. s. f.

Die bei weitem häufigste Form des depressiven Wahnes ist der Verfolgungswahn. Bei dem häufig schon von Hause aus reizbaren und verschlossenen Kranken stellt sich eine leichte Verstimmung, allerlei vage Beschwerden und Befürchtungen ein; er ist unzufrieden mit seiner Lage, 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. Der Kranke macht die Bemerkung, dass man ihm bei dieser oder jener Gelegenheit nicht mehr so freundlich entgegenkommt, wie früher, dass man zurückhaltender gegen ihn ist, ihm aus dem Wege geht und trotz manches, wie er meint, heuchlerischen, Freundschaftsbeweises nichts mehr mit ihm zu thun haben will. In Folge dessen steigert sich seine Empfindlichkeit und sein Misstrauen; er beginnt, in einer harmlosen Bemerkung, einer zufälligen Geberde, einem aufgefangenen Blicke Beleidigungen und versteckte Andeutungen einer feindseligen Gesinnung zu argwöhnen. Durch fortgesetzte vorurtheilsvolle Interpretation seiner Wahrnehmungen wird es ihm schliesslich zur Gewissheit, dass irgend etwas gegen ihn im Werke ist, dass man ihm etwas anhaben will. Es kann ihm nicht entgehen, dass auch Fernerstehende bereits an der Agitation gegen seine Person sich betheiligen. Auf der Strasse ist er der Gegenstand der allgemeinen Aufmerksamkeit; man fixirt ihn, sieht ihn von der Seite an, man räuspert sich, hustet um seinetwillen, spuckt vor ihm hin oder weicht ihm aus; in öffentlichen Lokalen rückt man von ihm fort oder steht auf, sobald er erscheint, wirft ihm verstohlene Blicke zu und kritisirt ihn. Einzelne undeutlich aufgefangene und sofort im Sinne des eigenen Wahnes

verstandene Bemerkungen oder auch schon wirkliche Hallucinationen geben dem Kranken die traurige Bestätigung seiner Vermuthungen. Alles spricht bereits über ihn, allerdings nicht direkt und ins Gesicht, sondern hinter seinem Rücken, aber für ihn nur zu verständlich. In den Reden der Vorübergehenden, des Geistlichen auf der Kanzel, des Schauspielers im Theater, in den Zeitungsannoncen, den Maueranschlägen findet er nun Anspielungen auf Erlebnisse seiner Vergangenheit, geheime Laster, kleine Fehler, die er sich hat zu Schulden kommen lassen, ja seine intimsten Beziehungen, die nun vermeintlich alle an die Oeffentlichkeit gebracht und Gegenstand einer Untersuchung geworden sind.

In Folge dieser Wahrnehmungen bemächtigt sich des Kranken eine grosse innere Unruhe; er wird immer argwöhnischer, gereizter und menschenscheuer, zieht sich gänzlich zurück, führt Scenen mit seinen Freunden herbei, lässt Annoncen zur Entkräftung der gegen ihn vorgebrachten versteckten Anschuldigungen einrücken, ruft die Hülfe der Polizei an, oder sucht sich durch Reisen den fortwährenden geheimen Nachreden zu entziehen. Dieses letztere Mittel hilft nicht selten für einige Zeit. Die Ablenkung der Aufmerksamkeit durch die Eindrücke einer neuen Umgebung bringt sein Misstrauen vorübergehend zum Schweigen; der Kranke fühlt sich frei und glaubt seinem Schicksal entronnen zu sein. Sehr bald indessen wiederholen sich nun die gleichen Wahrnehmungen, wie früher; auch an seinem neuen Aufenthaltsorte scheint man binnen Kurzem bereits über ihn orientirt zu sein; man spionirt ihm also überall nach. Er merkt, dass ihm einzelne Personen auf Schritt und Tritt folgen, ihn beständig überwachen und sieht nun wol, dass mächtige und hartnäckige Feinde ihn verfolgen, deren Nachstellungen er auf die Dauer nicht entgehen kann. Der Verdacht lenkt sich dabei bald auf die Polizei, die ihn wegen wirklich begangener Vergehen oder auf Grund verleumderischer Denunciationen zur Rechenschaft ziehen will, auf seine Vorgesetzten, politische oder religiöse Parteien (Freimaurer, Pfaffen, Socialdemokraten, Jesuiten), bald auf einzelne Personen, Nachbarn (Haberfeldtreiben),

Kollegen, Rivalen, von denen er Feindseligkeiten befürchten zu müssen glaubt. Nicht selten kommt es in dieser Periode der Krankheit unter wachsender psychischer Erregung und unter dem Einflusse rasch zunehmender und das gesunde Bewusstsein überwältigender Gehörstäuschungen zu plötzlichen intensiven Aufregungszuständen, die den Kranken in seiner Angst zum Selbstmorde, zu Gewaltthaten gegen seine vermeintlichen Feinde, zu Fluchtversuchen und ähnlichen krankhaften Handlungen treiben und häufig erst den Anlass zur Erkennung der Psychose, sowie zur Verbringung in die Irrenanstalt abgeben.

Da die Einsicht in die eigene Krankheit vollständig fehlt, so liefert diese letztere Maassregel dem Patienten einen neuen Beweis für die Richtigkeit seiner Wahneideen; sie gilt ihm als ein Schachzug seiner Verfolger, die ihn unschädlich machen, ihn auf diese Weise lebendig begraben wollen. Ueberdies hören natürlich auch in der Anstalt die beständigen Nachstellungen nicht auf. Die andern Kranken machen sich über ihn lustig, verhöhnen ihn hinter seinem Rücken; Aerzte und Wartepersonal sind mit seinen Peinigern im Einverständniss, sind gedungen, um ihn gegen ihre wissenschaftliche Ueberzeugung festzuhalten, geisteskrank zu machen, auszuhungern, langsam zu vergiften und hinsiechen zu lassen. Die Gehörstäuschungen, zu denen sich oft auch solche der übrigen Sinne, namentlich des Hautsinnes und der Gemeingefühle gesellen, nehmen immer mehr überhand und führen eine fortschreitende Verfälschung des Wahrnehmungsinhaltes mit zunehmender Absurdität und Ausbildung des Wahnsystemes herbei. Die Stimmen, die anfangs nur hinter dem Rücken des Kranken flüsterten, sprechen jetzt vielleicht aus den Wänden, dem Fussboden, aus dem Bette, den Kleidern, ja dem eigenen Körper des Kranken heraus; sie beziehen sich auf seine geheimsten Gedanken, ja sie folgen denselben bisweilen unmittelbar nachhelfend beim Lesen oder Schreiben. Er wird somit zu der Annahme von unsichtbaren, ihn rings umgebenden und sogar in ihm selbst sitzenden Wesen, sowie zu der Vorstellung geführt, dass seine Gedanken von der Umgebung errathen werden könnten. Die abnormen Sensationen im

eigenen Körper werden in ähnlichem Sinne verwerthet und haben den schon oben erwähnten physikalischen Verfolgungswahn zur Folge.

Von sehr grosser Wichtigkeit sind in dieser Richtung die sexuellen Empfindungen. Die Genitalorgane bilden überaus häufig den Angriffspunkt feindlicher Beeinflussungen. Samenabreibungen, Reizungen, künstliche Verschrumpfungen, dann zwangsweise Kohabitationen, Schwängerungen, Abtreibungsversuche geben bei Reizungszuständen in der Sexualsphäre (Onanie, Hysterie, Klimakterium) nicht selten den Inhalt von Wahnvorstellungen ab. Eine besondere Form der geschlechtlichen Beeinträchtigungsideen ist der Eifersuchtswahn, der namentlich bei Frauen im Klimakterium, dann aber auch bei Trinkern häufiger hervortritt. Die Frauen hören und fühlen, dass andere Weiber sich zu ihrem Manne in das Bett legen, merken jede Untreue desselben aus bestimmten Empfindungen in ihrem Körper und quälen ihn auf Schritt und Tritt mit ihren häufig ganz absurden Beschuldigungen. Bei Trinkern verbinden sich die Eifersuchtsideen gegen die Frauen vielfach mit Gehörstäuschungen obscönen Inhalts. Von untergeordneter Bedeutung sind im Ganzen die gelegentlichen Gesichtstäuschungen, die hauptsächlich als Illusionen aufzutreten pflegen; Geruchs- und Geschmackshallucinationen dagegen dienen nicht selten als Ausgangspunkt für Vergiftungs- und Erstickungsideen.

Die Mehrzahl dieser weiteren Ausbildungen des verrückten Verfolgungswahnes gehört schon den späteren Stadien der Erkrankung an, in denen die anfänglich noch gegen die grotesken Phantasievorstellungen ankämpfende Kritik vollständig überwältigt worden ist und auch die ungereimteste Idee von dem Kranken acceptirt und verarbeitet wird, ohne dass ihm die kolossalen Widersprüche mit seiner gesammten früheren Erfahrung zum Bewusstsein kommen. Die gedächtnismässige Beherrschung der in gesunden Tagen erworbenen Anschauungen kann dabei gut erhalten sein, ja der Kranke kann über Dinge, die seiner Person fernliegen, noch ein leidlich zutreffendes Urtheil besitzen, so lange eben nicht jene Wahnideen mit hineinspielen, die seine ganze Auf-

fassung der Dinge verfälscht haben. In der Regel jedoch konzentriert sich das Interesse und der Vorstellungskreis des Kranken immer mehr auf sein Wahnsystem, jene Ideen, die sein ganzes Wohl und Wehe am nächsten und unmittelbarsten berühren. Alle übrigen Neigungen treten mehr und mehr in den Hintergrund, und die freie Beweglichkeit der Aufmerksamkeit wird durch den krankhaften Vorgang in der empfindlichsten Weise beeinträchtigt. Der Kranke wird, wie der Hypochonder, ein mehr oder weniger ausgeprägter Egoist; er wird abgestumpft gegen seine früheren natürlichen Beziehungen zu einer Umgebung, die für ihn nicht mehr die alte ist.

Sehr häufig flechten sich schon im Verlaufe der Verücktheit mit Beeinträchtigungswahn Grössenideen in das Krankheitsbild ein, die allmählich mehr und mehr in den Vordergrund treten, ein Vorgang, den man wol als Transformation bezeichnet hat. Beide Gruppen von Wahnvorstellungen haben ihren gemeinsamen Ausgangspunkt in der Neigung des Kranken, die eigene Persönlichkeit zum Mittelpunkt des Thuns und Treibens seiner Umgebung zu machen, alle besonderen Vorkommnisse und Wahrnehmungen in der Aussenwelt zu den eigenen Interessen in irgend eine, freundliche oder feindliche, Beziehung zu setzen. Von dem allgemeinen Stimmungshintergrunde, von der ganzen Richtung seines Gedankenganges hängt es dann ab, ob er die Aufmerksamkeit, die man ihm vermeintlich überall schenkt, als das Zeichen feindlicher oder freundlicher Gesinnung ansieht, ob er sich demgemäss für einen Verfolgten oder für einen besonders ausgezeichneten Menschen hält. Die später sich einstellenden Sinnestäuschungen erhalten ihre Färbung und ihren Inhalt offenbar in der Regel erst durch die schon vorhandene wahnhaftige Veränderung des Selbstbewusstseins, ja sie sind nicht selten, namentlich die Illusionen, so unbestimmter Art, dass erst die tendenziöse Auslegung des Kranken von seinem verrückten Standpunkte aus in ihnen eine Bestätigung der gepflegten Wahnideen aufzufinden vermag.

Auf diese Weise entspringt aus derselben Wurzel, aus der die Idee der Zurücksetzung Seitens der Eltern hervor-

ging, nach und nach in dem Kranken die Vermuthung, dass er, den man vermeintlich entschieden anders behandelt, als seine Geschwister, nicht das rechte Kind jener Eltern sei. Diese Vermuthung wird eines Tages zur Gewissheit, wenn in seiner Gegenwart „bedeutungsvoll“ der Name einer hochgestellten Persönlichkeit genannt wird, wenn ihn auf der Strasse, im Theater irgend eine vornehme Dame seiner Ansicht nach aussergewöhnlich freundlich anblickt, wenn ihm beim Beschauen des Bildes eines Grafen, Fürsten eine „innere Stimme“ (keine Hallucination) plötzlich den Gedanken eingiebt, dass derselbe sein Vater sei, oder wenn er eine auffallende Aehnlichkeit zwischen sich und Jenem zu entdecken glaubt. Zunächst hält der Kranke seine Entdeckung noch geheim, aber im Gefühle seiner hohen Abstammung findet er auf Schritt und Tritt die klarsten und unwiderleglichsten Beweise für dieselbe. Ihm wird jetzt klar, warum seine Eltern oft heimlich mit einander sprachen, warum man ihn auf der Strasse mit so besonderen Augen ansieht, ihn so ehrerbietig grüsst u. s. f. Bald hört er auch in den Reden der Vorübergehenden Andeutungen, die sich auf seinen Stand beziehen, und bemerkt, dass gewisse öffentliche Ereignisse damit in Zusammenhang stehen, dass Zeitungsnachrichten u. dergl. verblühte schmeichelhafte Anspielungen auf ihn, den in der Verborgenheit aufwachsenden Grafen oder Königssohn enthalten. Stets ist hier das Charakteristische die ungemaine Leichtigkeit, mit welcher ganz entfernte Anklänge und Analogien aufgefasst und zu den kritiklosesten, abenteuerlichsten Kombinationen weiter verarbeitet werden, ohne dass dem Kranken, abgesehen etwa von den ersten Stadien der Psychose, der mindeste Zweifel an der vollen objektiven Gültigkeit seiner Phantastereien aufstiege.

Als bald glaubt er den Augenblick zum Handeln gekommen. Er sucht sich seinen vermeintlichen hohen Eltern zu nähern, Anfangs vielleicht auf allerlei Umwegen, indem er an ihrem Hause vorübergeht, Fremden gegenüber geheimnissvolle Andeutungen fallen lässt, von denen er überzeugt ist, dass sie richtig verstanden und an die bestimmte Adresse befördert werden. Endlich schreibt er einen Brief

und, da derselbe erfolglos bleibt, einen zweiten und dritten, macht dann den Versuch, persönlich zu seinen hohen Eltern vorzudringen und wird nun, wo seine Krankheit von der Umgebung erkannt ist, in die Irrenanstalt übergeführt. Natürlich ist dieser Ausgang der Angelegenheit für den Kranken ein überaus niederschmetternder. Das Bewusstsein seiner Würde und seiner Ansprüche tröstet ihn zwar über vieles Ungemach hinweg, aber es entwickelt sich jetzt mit einer gewissen Nothwendigkeit die Idee, dass er mächtige Gegner habe, die ihn zu verderben und ihm das gegebührende Erbtheil vorzuenthalten trachten. Bisweilen wird allerdings auch der Anstaltsaufenthalt nur als eine Prüfung aufgefasst, nach deren Ablauf sich die stolzen Hoffnungen voll und ganz erfüllen sollen.

In andern Fällen stützt sich die Anwartschaft des Kranken auf hohe Würden, ein Königreich, ja die Weltherrschaft, nicht sowol auf seine hohe Abstammung, als vielmehr auf seine ausgezeichneten persönlichen Eigenschaften und namentlich seine intimen Beziehungen zum Himmel. Er bemerkt schon von Jugend auf, dass er viel bedeutendere Fähigkeiten besitzt, als seine Kameraden; einzelne eigenthümliche Beobachtungen, die er gelegentlich macht, bestätigen ihm die schon in ihm schlummernde Ansicht, dass er zu grossen Dingen geboren sei. So bemerkt er vielleicht, dass sich die Blumen vor ihm neigen, dass die Vögel ihn durch ihren Gesang auszeichnen; er sieht glänzende Meteore und hat eigenthümliche Empfindungen von Durchleuchtung, Durchströmung, innerer Verklärung, die keine andere Deutung zulassen, als dass es mit ihm eine besondere Bewandniss haben müsse. Nachdem sich auf diese Weise schon lange eine verrückte, vorurtheilsvolle Auffassung der Aussenwelt herausgebildet hat, giebt häufig ein Traum oder eine traumartige Vision den letzten Anstoss zur Ausbildung des Wahnsystemes. Der Kranke sieht Engel mit goldenen Flügeln, die eine Königskrone tragen, das Christkind, welches ihm die Weltkugel überreicht, oder er hört aus dem bläulichen Scheine heraus, der seine Augen blendet, eine Stimme, die ihm seine hohe Mission verkündet. Bisweilen wiederholen sich diese fast

immer nächtlichen Szenen mehrmals; sonst pflegen keine eigentlichen Sinnestäuschungen zu bestehen, höchstens die „Gedankensprache“.

Aus dem so gegebenen „Erfahrungsmaterial“ entwickelt sich das Wahnsystem auf die einfachste Weise. Der Kranke fühlt sich als rechtmässiger, von Gott berufener Fürst und betrachtet die wirklichen Inhaber der von ihm beanspruchten Würden als Usurpatoren; er sucht daher seine Anwartschaft durch den Hinweis auf seine göttliche Mission geltend zu machen und sich als König, Kaiser, Papst u. s. f. in den Besitz seiner Herrschaft zu setzen. Die Schritte, die er zu diesem Behufe thut (Briefe, Reden, Versuche persönlicher Audienzen), geben dann gewöhnlich den Anlass zu seiner Verbringung in die Anstalt und somit, durch die Unterdrückung seiner vermeintlichen Ansprüche, zur Entstehung von im Grunde sehr berechtigten Verfolgungsideen, die nur in ihrer phantastischen Ausgestaltung regelmässig auch den Charakter des Krankhaften an sich tragen.

Sehr ähnlich ist dieser Entstehungsgeschichte des verrückten Grössenwahns die Entwicklung der sog. religiösen Verrücktheit. Der mystische Zug, der überhaupt allen diesen Krankheitsformen gemeinsam ist, tritt hier am stärksten in den Vordergrund. Meist sind die Kranken schon von Jugend auf durch Erziehung oder Anlage (besonders wichtig Epilepsie) in eine bigotte, schwärmerische, religiöse Richtung hineingedrängt und durch die eifrige Lektüre überfrommer Schriften, die Einwirkung fanatischer Geistlicher oder überspannter Freunde genügend für die psychische Erkrankung vorbereitet. Das Interesse für „die Freuden dieser Welt“, für eine fruchtbringende Thätigkeit, freie, klare Gedankenbewegung, gesunden Lebensgenuss erlischt, und an seine Stelle tritt die Neigung zu mystischen Grübeleien und skrupulöser Selbstquälerei. Regelmässig gesellt sich dazu eine gewisse sexuelle Erregbarkeit, die sich in Masturbation und schwärmerisch-sinnlicher Ausmalung der religiösen Verhältnisse zum „Seelenbräutigam“ und der „Seelenbraut“ Luft zu machen pflegt.

Auf dem so disponirten Boden entwickeln sich im weiteren Verlaufe ekstatisch-visionäre Zustände mit den Gemein-

gefühlen der Verzückung, Verklärung, Erleuchtung, dem Anblicke der göttlichen Personen, der Herrlichkeit des Himmels, der Wahrnehmung von Stimmen, welche dem Kranken die hohen Gnaden verkünden, zu denen er auserwählt ist. Aus diesen Offenbarungen gehen dann die Kranken als Apostel, Messias, Welterlöser, oder aber als Braut Christi, Jungfrau Maria, Gottesgebälerin u. dergl. hervor. Sie beginnen zu predigen, führen Skandalscenen in der Kirche herbei, warten auf den Bräutigam, der ihnen in der Form irgend eines Mannes erscheint u. s. f. Dazwischen schieben sich zuweilen auch Kämpfe und Versuchungen, in denen sie von Angst gepeinigt mit dem visionären Teufel ringen, Busse thun, sich die schwersten Selbstpeinigungen, Fasten auferlegen und sogar auf Grund hallucinatorischer Mahnungen oder verrückt ausgelegter Bibelstellen, wie weiland Origines, sich gefährliche Verstümmelungen beibringen, sich die Augen ausreissen, die Hoden abschneiden, sich kreuzigen (Mathieu Lovat) u. ähnl. Solchen Anfällen folgt dann in der Regel eine um so freudigere und stolzere Erhebung zu himmlischen Würden.

Im weiteren Verlaufe gewinnen die Wahnideen allmählich einen immer absurderen Inhalt. Die Kranken werden Gott Vater, der heilige Geist, die ganze Dreifaltigkeit; sie sind seit 1000 Jahren mit Gottes Sohn schwanger, verkehren allnächtlich mit dem heiligen Geiste u. s. f. Die ursprünglichen exaltirten Affekte treten nach und nach zurück und das Wahnsystem verliert damit seinen Einfluss auf das Handeln. In das Anstaltsleben fügen sich die Kranken verhältnissmässig leicht, weil sie dasselbe als eine göttliche Fügung, eine Prüfung betrachten, welche als Vorbereitung für ihre künftige Mission zu dienen habe.

Eine letzte Form des verrückten Grössenwahns, die manche eigenartige Züge darbietet und deshalb noch eine kurze Betrachtung verdient, ist die erotische Verrücktheit, von den Franzosen auch als Erotomanie bezeichnet. Der Kranke, der sich schon lange für etwas Besonderes gehalten hat und namentlich auch gewisse äussere Vorzüge zu besitzen meint, macht die Bemerkung, dass eine durch hervorragende Stellung ausgezeichnete Person des andern

Geschlechtes ihm gewogen ist und ihm eine nicht misszuverstehende Aufmerksamkeit schenkt. Bisweilen ist es ein aufgefangener Blick, eine vermeintliche Fensterpromenade, eine zufällige Begegnung, welche diese verborgene Liebe dem Kranken zur Gewissheit werden lässt; sehr häufig jedoch erfährt er davon nur auf Umwegen, durch verblühte Anspielungen seiner Umgebung, Zeitungsannoncen, ohne dass er vielleicht den Gegenstand seines Interesses jemals gesehen hat. Sehr bald mehren sich die Zeichen des geheimen Einverständnisses. Jedes zufällige Erlebniss, Toiletten, Begegnungen, Lektüre, Gespräche, gewinnt 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 geheimgehalten werden, darum erhält der Kranke alle Nachrichten nie auf direktem Wege, sondern stets durch Vermittlung Anderer, durch die Zeitung und in Form versteckter Bemerkungen; auf dieselbe Weise weiss er sich durch gelegentliches Fallenlassen von Anspielungen mit dem Gegenstande seiner Liebe in Verbindung zu setzen. Dieser eigenthümliche, völlig kritiklose Wahn eines Einverständnisses kann sich, besonders durch Vermittlung von verblühten Zeitungsannoncen genährt, lange Zeit hindurch in der geschilderten Weise fortspinnen, ohne dass im sonstigen Thun und Treiben des Kranken, der ja seine Angelegenheit geheim zu halten sucht, etwas Verkehrtes hervortritt. Später gesellen sich häufig traumhafte Sinnestäuschungen, das Gefühl eines Kusses im Schlaf u. dergl. hinzu. Der ganze Charakter der Liebe ist dabei stets ein schwärmerischer, romanhafter, häufig platonischer, der eigentliche Geschlechtstrieb bei den Kranken oft wenig oder in abnormer Weise (Onanie) entwickelt.

Die weitere Ausbildung der Psychose führt nicht selten zu dem Wahne eines geheimnissvollen direkten Rapportes mit dem geliebten Gegenstande. Der Kranke fühlt nicht nur dessen Gefühle und Zustände selbst mit, sondern er

vermag auch durch eine Willensanstrengung oder durch die „innere Sprache“ ihm seine eigenen Gedanken auf sympathischem Wege mitzuthemen. In andern Fällen macht er Versuche einer Annäherung durch Briefe oder persönliche Interpellation, die natürlich sehr bald seine Verbringung in die Anstalt zur Folge zu haben pflegen. Allein die schroffen Abweisungen vermögen keineswegs seine Ueberzeugung zu erschüttern; er führt sie ausschliesslich auf die Nothwendigkeit einer Geheimhaltung der intimen Beziehungen zurück und findet auch bald genug Andeutungen und Winke, die ihn in dieser Ansicht bestärken, ihn zum Ausharren ermuthigen und ihn vertrauensvoll der Zukunft entgegensehen lassen, wenn auch augenblicklich noch die Verwandten, die Verhältnisse eine volle Erfüllung seiner Wünsche nicht gestatten.

Nur die hauptsächlichsten, typischen Züge der verschiedenen Krankheitsbilder sind im Vorstehenden angedeutet worden; die Ausbildung derselben im Einzelnen zeigt eine sehr grosse Mannigfaltigkeit je nach der Individualität, dem Bildungsgrade, den Lebensschicksalen des Kranken. Die Psychose entwickelt sich ja hier aus der Tiefe der Persönlichkeit heraus, auf Grund einer abnormen Reaktionsweise derselben gegenüber den Eindrücken der Aussenwelt. Aus diesem Grunde fehlen hier so gut wie vollständig die körperlichen Begleitsymptome, welche die Mitleidenschaft des ganzen Organismus bei anderen psychischen Erkrankungen anzukündigen pflegen; nur vorübergehend, namentlich bei rascher Entwicklung der Störung und dem Auftreten von Affekten, kommen Schlaflosigkeit, Appetitmangel, Pulsveränderungen u. s. f. zur Beobachtung. Nicht selten verliert die primäre Verrücktheit ganz den Charakter eines krankhaften Processes und erscheint (besonders in der originären Form) lediglich als ein stabiler, abnormer Zustand, der als solcher keine weiteren Veränderungen erfährt, sondern nur dem Gesamtergebnisse der psychischen Leistungen sein eigenthümliches Gepräge verleiht. Wo ausgebildete Gehörshallucinationen bestehen, namentlich ohne Betheiligung der übrigen Sinne (nicht centrifugale Entstehung), lassen sich nicht selten Anomalien in der

galvanischen Reaktion des Acusticus nachweisen. Am häufigsten ist nach meinen Erfahrungen bei älteren Fällen die Umkehrung der Brenner'schen Formel für die einfache Hyperästhesie.

Die Grundlage der primären Verrücktheit ist die psychopathische Disposition. Eine besondere Rolle spielt die Erblichkeit, dann die mancherlei Schädlichkeiten der fötalen und kindlichen Entwicklung; endlich kommen bisweilen auch noch spätere prädisponirende Momente in Betracht, namentlich der Alkoholismus. Nicht selten findet man bei den Kranken jene anatomischen Zeichen einer unregelmässigen oder gestörten Entwicklung, die man als Degenerationserscheinungen zu betrachten pflegt, Asymmetrien des Schädels, unvollkommene Ausbildung des ganzen Körpers (pueriler Habitus), der Genitalien, häufiger die funktionellen Andeutungen eines leicht erregbaren Gehirns, Krämpfe in der Jugend, gelegentliche Ohnmachten, psychisch die Erscheinungen, die wir später unter dem Gesichtspunkte der reizbaren Schwäche zusammenzufassen haben werden.

Die Ausbildung der Krankheit schliesst sich bisweilen an die physiologischen Entwicklungsphasen, namentlich die Pubertät, das Klimakterium an; in der Regel besteht dieselbe schon Jahre lang, bevor die Umgebung darauf aufmerksam wird, und bei irgend einer frappanten Gelegenheit in dem bis dahin nur für excentrisch, sonderbar, verschroben gehaltenen Menschen den Kranken erkennt. Andererseits aber giebt es auch Fälle, in denen die Psychose binnen ganz kurzer Zeit, Tagen oder Wochen, rasch eine gewisse Höhe erreicht, stets in Begleitung lebhafter Aufregungszustände maniakalischen oder melancholischen Charakters. Es muss fraglich bleiben, ob diese im Ganzen nicht so sehr häufigen, akut einsetzenden und meist auch akut verlaufenden Formen, trotzdem sie in symptomatischer Beziehung sich genau dem Bilde der primären Verrücktheit anschliessen, mit derselben zusammengeworfen werden dürfen, zumal sie sich auch prognostisch sehr wesentlich von ihr unterscheiden.

Der Verlauf der primären Verrücktheit ist in der

Mehrzahl der Fälle ein überaus chronischer, bisweilen das ganze Leben des Individuums erfüllender. Im Beginne der Krankheit kommen ziemlich vollständige Remissionen mit klarer Krankheitseinsicht vor; kleine Absonderlichkeiten und der Rückblick auf die charakteristische Ausbildung des Wahnsystems, endlich das Festhalten des Kranken an einzelnen, nur scheinbar nebensächlichen Punkten desselben, 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 Rückkehr der in den Hintergrund getretenen Symptome hin. Im weiteren Verlaufe schieben sich nicht selten Aufregungen ängstlicher oder maniakalischer Natur, stuporöse, ekstatische Zustände ein, die jedesmal einen erheblichen Fortschritt in der krankhaften Verfälschung des Bewusstseinsinhaltes zu bezeichnen pflegen. Mit dem Zurücktreten der Affekte stellt sich dann eine scheinbare Besserung dadurch heraus, dass der Kranke seine Wahnideen seltener äussert und in seinem Handeln besonnener wird; hier gilt es, in dem Urtheil über den Zustand desselben ausserordentlich vorsichtig zu sein.

Bei sehr langer Dauer der Krankheit vollzieht sich ganz allmählich eine Wandlung mit dem Kranken. Seine Wahnideen blassen ab und verlieren ihre frühere gewaltige Wirkung auf Affekte und Handlungen; er spricht von ihnen, wie von andern gleichgültigen Dingen und beschäftigt sich nicht mehr mit ihrem weiteren Ausbau. Die Stimmung wird gleichmässiger, apathischer; die frühere Reizbarkeit, aber auch die Regsamkeit des Interesses verliert sich. Der Kranke zieht nicht mehr die Konsequenzen aus seinen krankhaften Ideen, sondern fügt sich ohne Schwierigkeit in seine Umgebung. Der „rex totius mundi“ beschäftigt sich mit Gartenarbeit, der „Herrgott“ mit Holztragen, die „Braut Christi“ mit Nähen und Flickern. Bemerkenswerth ist es, dass sich diese völlige Beruhigung, ein Zeichen fortschreitender psychischer Schwäche, weit weniger schnell und durchgreifend bei den Kranken mit Verfolgungsideen zu vollziehen pflegt. Die Unlustgefühle wirken ja viel mächtiger und andauernder auf unseren Willen, als die Lustgefühle,

und so sehen wir bei den vermeintlich Verfolgten und Gepeinigten nicht nur die ängstliche oder zornige Verstimmung sich auffallend lange in grösserer Intensität erhalten, sondern wir sehen es bei ihnen auch noch in sehr späten Stadien der Krankheit gelegentlich zu unvermutheten heftigen Affektausbrüchen kommen, wie sie bei den Göttern und Fürsten der Irrenanstalt fast niemals mehr beobachtet werden.

Die Prognose der primären Verrücktheit ist für alle chronisch verlaufenden Formen eine absolut schlechte. Die Krankheit ist hier eine constitutionelle, tief in der ganzen Anlage des Individuums begründete und darum einer dauernden völligen Ausgleichung nicht fähig. Dagegen können die schon oben erwähnten, akut einsetzenden Fälle trotz einer sehr verrückten Ausbildung der Wahnideen nach einigen Wochen oder Monaten in Heilung mit klarer Einsicht in die Krankhaftigkeit des Zustandes und vollständiger Korrektur des Wahnes übergehen. Wie es scheint, handelt es sich hier nur um vorübergehende Schwankungen, bei den chronischen Formen um eine dauernde Labilität des psychischen Gleichgewichtes.

Der gewöhnliche Ausgang der Krankheit ist ein Schwächezustand mit allgemeiner Abnahme der psychischen Leistungen, auch der krankhaften: Verarmung des Vorstellungs- und Interessenkreises, gemüthliche Abstumpfung, Verlust der Selbständigkeit und Energie des Handelns. Die höheren Grade der Verblödung werden hier jedoch in der Regel nicht erreicht, weil das Gedächtniss dem geistigen Leben noch ein gewisses Material aus dem Erwerbe der Vergangenheit aufbewahrt. Eine Art Heilung mit Defekt kommt bei vorwiegend hallucinatorischen Formen dadurch zu Stande, dass die Kranken mit dem Zurücktreten der Affekte es lernen, ihre Sinnestäuschungen zu ignoriren und ihren gewohnten Lebensberuf fortzusetzen, allerdings stets als psychische Invaliden, denen jeder Konflikt, jeder heftigere äussere Anstoss das mühsam bewahrte Gleichgewicht wieder zerstören kann.

Von einer eigentlichen kausalen Behandlung der primären Verrücktheit kann nicht viel die Rede sein. Wo

anämische Zustände, mangelhafte Ernährung, Masturbation, Neigung zu Excessen zu Grunde liegen, bieten dieselben wol gewisse Angriffspunkte dar, aber auf eine wirklich durchgreifende Wirkung der therapeutischen Maassnahmen ist höchstens bei den akut und subakut verlaufenden Formen allenfalls zu hoffen. Von grosser Wichtigkeit ist dagegen die Berücksichtigung der Symptome. Alle Aufregungszustände, namentlich die mit Neigung zu Selbstmord und Gewaltakten verbundenen, fordern unbedingt die Aufnahme in eine Irrenanstalt, 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 akuten Erscheinungen bald zum Schwinden zu bringen. Häufig droht indessen die anfänglich günstige Wirkung der Anstaltsbehandlung im weiteren Verlaufe in das Gegentheil umzuschlagen. Der ruhiger gewordene Kranke fordert seine Entlassung, wird ungeduldig, gereizt, gewalthätig 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 akuten 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 besitzen die Irrenkolonien mit ihrer mannigfaltigen Beschäftigung und der freieren Behandlungsmethode sicher-

lich grosse Vorzüge. Ruhige, ungefährliche chronisch Verrückte aber passen, wo die Verhältnisse einigermaassen günstig sind und eine gewisse Ueberwachung gestatten, im Ganzen besser für die häusliche Verpflegung, in der sie sich erfahrungsgemäss wohler befinden und besser konserviren, als in der Anstalt.

Die Wahnideen der Kranken sollen weder bestätigt, noch auch zu eifrig dialektisch bekämpft werden. Es genügt, dieselben stets mit Ruhe als krankhaft zu bezeichnen und gelegentlich auf die Widersprüche derselben mit der gesunden Erfahrung hinzuweisen. Weit wichtiger ist die Ablenkung der Aufmerksamkeit durch fernliegende Gespräche, Geselligkeit, Spiel, Anregung gesunder Interessen durch Lektüre und Beschäftigung im Sinne des früheren Lebensberufes. So können Verrückte, wenn auch, nicht gesund, so doch vielfach recht brauchbare und auch zufriedene Mitglieder des Anstaltsorganismus werden. 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 führt nicht selten zu lange dauernder Sondenfütterung.

VI. Dementia paralytica.

Aus der Reihe von Geisteskrankheiten, die mit größeren nervösen Störungen einhergehen und auf eine tiefer greifende, anatomisch definirbare Alteration des Gehirns hindeuten, hat sich im Laufe namentlich der letzten Decennien ein bestimmtes Krankheitsbild herausgehoben, dessen Studium wegen der hervorragenden Betheiligung der psychischen Funktionen nicht der Hirnpathologie, sondern vorzugsweise der Psychiatrie anheimgefallen ist. Während die Alienationszustände in Folge von Tumoren, Erweichungsherden, multipler Sklerose u. s. f. eine grosse Einförmigkeit darzubieten pflegen und darum neben den sonstigen nervösen und cerebralen Lähmungs- und Reizungserscheinungen gänzlich in den Hintergrund treten, hat die diffuse, chronische, interstitielle Entzündung der Hirnrinde, als des Centralorganes unseres Bewusstseins, so erhebliche Veränderungen der psychischen Funktionen zur Folge, dass sie die wichtigsten Symptome im Krankheitsbilde darstellen, während man die begleitenden nervösen Störungen früher sogar bisweilen als blosse „Komplikationen“ auffasste. Als den klinischen Ausdruck des genannten pathologischen Processes haben wir die sogen. Dementia paralytica*), den fortschreitenden Blödsinn mit Lähmung („Gehirnerweichung“) zu betrachten, eine Krankheitsform, die insofern gewissermaassen auf der Grenze zwischen Hirnpathologie und „Psychopathologie“ steht und eine Vereinigung beider ermöglicht, als wir hier den Störungen der

*) Mendel, die progressive Paralyse der Irren, 1880.

psychischen Leistungen unmittelbar greifbare Veränderungen des organischen Substrates derselben parallel gehen sehen. Dass wir trotz unserer ziemlich genauen Bekanntschaft mit diesen Veränderungen doch noch keine befriedigende Theorie der an sie geknüpften Geistesstörung besitzen, bezeugt aufs neue die schon früher betonte dringende Nothwendigkeit, vor Allem sich über den Begriff der einzelnen psychischen Funktionen klar zu werden, um die klinisch analysirten Alterationen derselben auf die anatomischen Befunde beziehen zu können.

Der Grundzug im Krankheitsbilde der Dementia paralytica ist die Schwäche auf allen Gebieten des psychischen Lebens. Die psychische Leistungs- und Widerstandsfähigkeit im Denken, Fühlen und Handeln nimmt ganz allmählich, aber unaufhaltsam ab bis zur völligen Vernichtung der psychischen Persönlichkeit, bis zum denkbar tiefsten Blödsinn. Begleitet wird dieser Vorgang in der Regel von verschiedenartigen psychischen Reizungserscheinungen, Aufregungs- und Depressionszuständen, die sich von den früher geschilderten wesentlich nur durch den gemeinsamen, mehr oder weniger deutlich ausgeprägten Grundzug der Schwäche unterscheiden.

Das erste Anzeichen der herannahenden Krankheit ist auf intellektuellem Gebiete die Unfähigkeit zu dauernder und energischer Anspannung der Aufmerksamkeit, die sich auch direkt durch psychische Zeitmessungen darthun lässt. Der Kranke wird zerstreut, leicht ermüdet, vergesslich: sein Zustand gleicht demjenigen einer permanenten Abgespanntheit und leichten Benommenheit. Er fasst die Vorgänge in seiner Umgebung nicht mehr mit der früheren Schärfe auf; jede geistige Anstrengung, auch die gewohnte Arbeit, fällt ihm schwerer, als sonst; er ist nicht im Stande, sich so zu sammeln und zu concentriren, wie früher und findet sich selbst in dem Kreise der täglichen Obliegenheiten häufig nicht mehr ordentlich zurecht. Zugleich wird er unsicher in seinem Urtheile und in der Herrschaft über sein Gedächtniss; er irrt sich häufig bei Dingen, die ihm früher durchaus geläufig waren und muss sich lange besinnen, um sich ganz einfache Daten zu

vergegenwärtigen, mit denen er vielleicht täglich zu manipuliren hatte. So kommt es, dass der Kranke anfängt, in seinen gewohnten Verrichtungen unordentlich und nachlässig zu werden. Er versäumt seine Dienststunden, wichtige Korrespondenzen, verliert oder verlegt werthvolle Objekte, Geld, Akten, 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. Bisweilen allerdings hat der Kranke doch eine gewisse allgemeine Vorstellung von der durchgreifenden Veränderung, die sich mit ihm vollzieht und klagt selber über die Langsamkeit und Schwerfälligkeit des Denkens, wie über seine Vergesslichkeit.

Auf dem Gebiete des Gefühlslebens macht sich eine erhöhte Reizbarkeit bemerkbar. Der Kranke ist launenhaft, leicht verstimmt und verdriesslich, geräth bei geringfügigen Anlässen in rasch vorübergehende, unmotivirt heftige Aufregung, in denen er die Herrschaft über sich selbst vollständig verliert und sich wol gar gelegentlich zu Thätlichkeiten hinreissen lässt. Auf der andern Seite ist schon jetzt nicht selten eine gewisse Stumpfheit und Torpidität gegenüber weiter reichenden Interessen bemerkbar, die auf ein Zurücktreten der höheren, logischen, ethischen und ästhetischen Gefühle hindeutet. Die Freude an geistiger Arbeit, an künstlerischen Genüssen, an den gemüthlichen Beziehungen zur Umgebung, zur eigenen Familie weicht einer trägen Indolenz, die zu der sonstigen Reizbarkeit des Kranken in auffallendem Widerspruche steht.

Durch diese Umwandlung wird natürlich auch eine einschneidende Veränderung in dem Charakter des Kranken bedingt. An Stelle der früheren Festigkeit und Selbständigkeit tritt eine fortschreitende Willenschwäche und Haltlosigkeit; die konstanten Willensdispositionen einerseits, die konstanten Hemmungen andererseits gehen dem Kranken verloren. Während die eigene innere Regsamkeit, die „Initiative“, nach und nach schwindet, lässt er sich von jedem äusseren Anstosse, jedem beliebigen Einfalle widerstandslos zu häufig recht planlosen und unsinnigen Hand-

lungen verleiten, über deren eigentlichen Zweck er sich selber gar keine Rechenschaft zu geben vermag. Unmotivirte Reisen und Einkäufe, Bestellungen, plötzliche, rasch wieder aufgegebenen Beschäftigung mit irgend welchen fernliegenden Dingen kommen auf diese Weise zu Stande. Dabei lässt die Abstumpfung gegen die Anforderungen des Anstandes und der Sitte den Kranken zahlreiche Taktlosigkeiten und grobe Verstösse begehen, die er gar nicht mehr klar aufzufassen im Stande ist. So beginnt er vielleicht, sein Aeusseres gänzlich zu vernachlässigen, wird salopp und unordentlich in seinem Anzuge, benimmt sich in Gesellschaften mit unanständiger Ungenirtheit, erzählt obscene Geschichten, befriedigt seine Bedürfnisse ohne Rücksicht auf die Umgebung u. s. f. Häufig tritt schon jetzt auch eine Neigung zu allerlei Excessen und Extravaganzen hervor. Der solide Familienvater gewöhnt sich mit einem Male das Rauchen und Schnupfen an, kleidet sich auffallend, stutzerhaft, „nach der neuesten Mode“, treibt sich in Wirthshäusern und Bordellen herum, zeigt sich mit öffentlichen Dirnen auf der Strasse oder versucht, dieselben bei Bekannten einzuführen. Der Geschlechtstrieb ist vielfach sehr gesteigert.

Durch alle diese Störungen zieht sich eine grosse, dem Gesunden ganz unbegreifliche Urtheilslosigkeit und Unüberlegtheit hindurch, welche häufig genug schon in diesem Stadium die Diagnose einer beginnenden Dementia paralytica zulässt.

Von körperlichen Symptomen sind die ersten, oft schon vor den psychischen hervortretenden vage rheumatoide Schmerzen in den verschiedensten Theilen des Körpers, Engenommenheit und Druck im Kopfe, Hyperästhesie des Gesichts und Gehörs (Funkensehen, Ohrensäusen), Schlaflosigkeit und Appetitmangel. Die Kranken liegen stundenlang im Bette, ohne einzuschlafen, während sie die Ermüdung bei Tage bisweilen plötzlich bei der Arbeit, in der Gesellschaft, im Theater unwiderstehlich übermannt. Von besonderer diagnostischer Wichtigkeit sind leichte, kurzdauernde Schwindelanfälle ohne tiefere Bewusstlosigkeit, mit rasch vorübergehender Unfähigkeit zu sprechen.

Auch Pupillendifferenzen, eine geringe Erschwerung der Zungenbewegung, Augenmuskellähmungen und namentlich vasomotorische Störungen (fliegende Hitze und Kälte) deuten nicht selten bereits auf die herannahende schwere Hirnerkrankung hin.

Nachdem dieser Zustand Wochen, Monate, selbst Jahre mit verschiedenen Schwankungen bestanden hat, nicht selten, ohne dass seine Krankhaftigkeit von dem Patienten und seinen Angehörigen recht gewürdigt worden wäre, werden allmählich die Erscheinungen deutlicher. In einer grossen Zahl von Fällen kommt es zunächst zu einem Stadium der Depression. Es scheint, als ob das dumpfe Gefühl der wachsenden körperlichen und geistigen Leistungsunfähigkeit den Hintergrund desselben bildete. Der Kranke ist still; niedergeschlagen, leicht zum Weinen geneigt, legt resignirt die Hände in den Schooss, weil ihm nichts mehr recht gelingen will, sieht die Zukunft in den schwärzesten Farben vor sich und klagt über seinen eigenen Zustand. Häufig treten einzelne hypochondrische oder Versündigungs-ideen, auch Sinnestäuschungen hervor. Er kann nicht mehr essen, es ist Alles verfault in ihm, er hat gestohlen, Alles zu Grunde gerichtet. Allein es fehlt diesen Wahneiden vollständig jene mächtige Herrschaft über den ganzen Bewusstseinsinhalt, die sie beim Melancholiker oder beim Verrückten ausüben. Sie werden ohne tieferes Ergriffensein geäussert und wechseln nicht selten mit andern oder auch mit ganz entgegengesetzten, exaltirten Ideen ab, weil bereits der einheitliche innere Zusammenhang der psychischen Persönlichkeit unterbrochen ist. Dennoch kommt es bisweilen unter dem Drucke der allgemeinen Depression auch zu Selbstmordversuchen, die jedoch, weil es dem Kranken an Energie und Ueberlegtheit mangelt, meist resultatlos bleiben. In einzelnen Fällen kann sich die psychische Hemmung für einige Zeit zu förmlichem Stupor steigern.

Die Schlaflosigkeit pflegt zuzunehmen; das Körpergewicht sinkt bei mangelndem Appetite und träger Verdauung; die motorischen Störungen treten stärker hervor. Beim Sprechen macht sich erschwerte Aussprache einzelner Buchstaben und verkehrte Zusammenfügung der

Laute und Silben zu Worten (Silbenstolpern) bemerkbar. Beliebte Beispiele zur Demonstration dieses Verhaltens sind: „Dritte reitende Artilleriebrigade“, „Elektricität“, „Initiative“ und ähnliche. Ferner beobachtet man auch nicht selten Stammelnen und Stottern, Unfähigkeit, gewisse Laute oder Lautverbindungen hervorzubringen. Höchst charakteristisch sind dabei die Mitbewegungen der gesammten mimischen Muskulatur, welche die Anstrengungen des Kranken begleiten. Endlich machen sich schon jetzt und noch mehr im weiteren Verlaufe cerebrale Sprachstörungen verschiedener Art bemerkbar, unter denen die Paraphasie und die ataktische Aphasie die häufigsten sind. Die erstere Störung dauert oft längere Zeit an, während die letztere vorzugsweise im Gefolge paralytischer Anfälle hervortritt. Auch Worttaubheit kann man hie und da konstatiren, doch wird die genaue Differentialdiagnose oft durch die Demenz der Kranken sehr erschwert.

Die Stimme wird rauh und verliert ihren gewohnten Klang (Stimmbandparese), die Gesichtszüge werden schlaff (Verstreicheln der Nasolabialfalten), ausdruckslos, zeigen häufig fibrilläre Zuckungen und ausgiebige Mitbewegungen, wenn man den sehr leicht in Verwirrung gerathenden Kranken auffordert, abwechselnd verschiedene koordinirte Bewegungen auszuführen, die Augen zu schliessen, den Mund zu öffnen, die Zunge vorzustrecken u. s. f. Bisweilen bemerkt man auch Ungleichheit der Gesichtshälften, leichte Ptosis, Ungleichheit, abnorme Enge oder Weite, träge Reaktion oder Starrheit der Pupillen, starkes Zittern der Zunge beim Hervorstrecken. Die motorischen Leistungen der Extremitäten werden ebenfalls unsicher, obgleich die grobe Kraft vollständig intakt ist. Feine Bewegungen, Nadeleinfädeln, Knöpfen fallen dem Kranken sehr schwer oder sind ihm unmöglich; der Händedruck ist kräftig, aber stossend, lässt die einzelnen Innervationsanstrengungen erkennen. Die Schrift ist unregelmässig und unsicher, zeigt häufiges Hinausfahren über die Grenzlinien, Klexe und Unsauberkeiten, sowie das psychisch bedingte Analogon des Silbenstolperns, Versetzung der einzelnen Buchstaben und Silben, Auslassungen und Wiederholungen derselben. Der

Gang ist etwas ungeschickt; die Erhaltung des Gleichgewichtes, namentlich bei raschem Kehrtmachen und in schwierigen Positionen, wird dem Kranken schwer. Die sexuelle Potenz nimmt, allmählich ab oder erlischt gänzlich. Bisweilen kommt vorübergehend Unreinlichkeit (Urinentleerung in das Bett, die Kleider) vor; auch ausgebildete apoplektiforme Anfälle werden hie und da beobachtet.

In der Regel ist dieses Depressionsstadium nicht von sehr langer Dauer (höchstens einige Monate). Nicht selten folgt demselben eine Remission mit Zurücktreten der Wahnideen, in der das Fortbestehen der krankhaften Störung nur noch an den deutlichen Zeichen der psychischen Schwäche erkennbar bleibt. Zuweilen jedoch gewinnt die melancholische Verstimmung eine solche Ausdehnung, dass sie das ganze Krankheitsbild dauernd beherrscht (depressive Form der Paralyse). Die Wahnideen schliessen sich im Anfange oft ganz denjenigen melancholischer Kranker an, zeigen aber, namentlich im weiteren Verlaufe, meist eine gewisse Absurdität und Ungeheuerlichkeit, die sie von denselben unterscheidet. Die Kranken glauben sich zunächst verfolgt, hören Stimmen, die sie bedrohen, äussern Selbstbeschuldigungen, fürchten, dass die Polizei sie abholen und ins Gefängniss werfen werde. Später kommt es bisweilen zu den heftigsten Angstzuständen, in denen die Kranken unausgesetzt aus Leibeskräften schreien, sich mit dem Ausdrucke des Entsetzens bei jedem Geräusche umsehen, in der Erwartung, von irgend etwas Schrecklichem betroffen zu werden, und jeder äusseren Einwirkung den verzweifeltsten Widerstand entgegenzusetzen. Sehr häufig sind hypochondrische Wahnvorstellungen, die Idee, nicht mehr essen, nicht mehr Urin lassen zu können, von Glas, Butter, Holz zu sein, die sie in die grösste Furcht vor jeder Berührung versetzen kann, der Wahn, keinen Kopf, keine Eingeweide mehr zu haben, gestorben, verdoppelt, klein, unsichtbar, viereckig zu sein. Die bizarren Formen und der Wechsel dieser vielleicht häufig auf Anomalien des Gemeingefühls beruhenden Wahnvorstellungen lassen bei den vorgeschrittenen Formen die Kritiklosigkeit des Kranken deutlich erkennen. Von der Verrücktheit unterscheidet ausser den

gleichzeitigen nervösen Symptomen der akutere Verlauf und der Mangel einer systematischen Verarbeitung der Wahnideen, die vielmehr als vereinzelte zusammenhangslose Vorstellungen im Bewusstseinsinhalte auftauchen.

Bei der typischen Form der Paralyse folgt auf das oft nur angedeutete melancholische Stadium dasjenige der maniakalischen Exaltation. Die schon im Beginne hie und da hervortretende psychische Erregung erfährt eine rasche Zunahme. Der Kranke wird lebhaft, geschwätzig, zeigt eine gehobene Stimmung, grosse Rücksichtslosigkeit, fortwährende Unruhe und Geschäftigkeit. Mit der Manie bietet das Krankheitsbild vielfache Aehnlichkeit dar, zeigt aber ebenfalls die charakteristischen Züge der psychischen Schwäche. Es fehlt jene scharfe Erfassung ähnlicher Züge, die Beweglichkeit der Aufmerksamkeit, die associative Verknüpfung der Vorstellungen, die muthwillige Ausgelassenheit der Stimmung. Der Kranke beachtet die Aussenwelt wenig, bekümmert sich kaum um seine Umgebung, sondern ist ganz von einem Gefühle des Wohlseins, der erhöhten Leistungsfähigkeit erfüllt, aus dem die mannigfaltigsten Grössenideen ohne weiteren inneren Zusammenhang hervorgehen.

Diese Grössenideen halten sich Anfangs noch im Bereiche des Denkbaren und Möglichen, pflegen aber rasch und unaufhaltsam die abenteuerlichsten und bizarrsten Formen anzunehmen; sie beziehen sich einmal auf die eigene körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, andererseits auf die äussere Stellung, den Besitz, die Pläne des Kranken. Er fühlt sich so gesund, wie niemals, ist jung, schön, besitzt eine ausgezeichnete Stimme, ungeheure Körperkräfte, wiegt vier Centner, hat eine eiserne Brust, geht in einer Minute tausend Meilen weit, kann fliegen; sein Urin ist Rheinwein, seine Exkremete Gold; er hat alle Wissenschaften studirt, spricht sämtliche Sprachen der Welt, kann alle Krankheiten kuriren, Todte auferwecken. Dabei ist er Graf, Fürst, Kaiser, Gott und Obergott, besitzt sämtliche hohe Orden, ein ungeheures Vermögen, Millionen mal Milliarden, ungezählte Viehheerden in Marmorställen, Königreiche, Erdtheile, ja die ganze Welt. Er wird sich ein schönes Haus

bauen lassen mit einem Garten, der tausend Meilen lang ist, mit goldenem Dach, mit einem eigenen Theater und Cirkus; er wird eine Flugmaschine erfinden und im Weltall herumfliegen, einen Tunnel durch die Erde graben u. s. f. Meist spiegeln sich die individuellen Lebensverhältnisse und Interessen in diesen Ideen wieder, aber fast immer in absurder Verzerrung. Frauen kokettiren mit ihrer Schönheit, ihren prächtigen Kleidern und Schmucksachen, ihren zahlreichen und schönen Kindern, deren sie täglich zwei oder mehrere gebären, erwählen sich die höchsten Würdenträger zu Männern. Bemerkenswerth ist es, dass im Allgemeinen die Grössenideen der weiblichen Paralytiker sich in bescheideneren Grenzen zu halten und nicht so exorbitant über das Mögliche hinauszugehen pflegen, wie diejenigen der Männer.

Als die Ursache dieser Grössenideen hat man gewöhnlich Reizvorgänge in der Hirnrinde angesehen, ja man hat gemeint, dass ihnen ein vermehrter Stoffumsatz entsprechen müsse und dass sie gewissermaassen „Brillantfeuerwerke eines rapid der Nekrobiose zueikenden Hirnlebens“ bedeuten. Dieser Auffassung liegt die psychologisch gänzlich unhaltbare Idee zu Grunde, dass eine „Grössenidee“ eine physiologisch höherwerthige Leistung darstelle, als irgend eine andere Vorstellung. In Wirklichkeit ist dieses Grössendelirium nichts, als ein von der Kritik nicht gezügeltes, traumhaftes Spiel der Phantasie, dem die exaltirte Färbung lediglich durch die krankhafte Veränderung des allgemeinen Stimmungshintergrundes verliehen wird. Ohne irgend welche logische Verarbeitung, die ja, sogleich die exorbitanten Widersprüche dem Kranken zum Bewusstsein bringen müsste, tauchen die Vorstellungen nach einander auf; wie im Traume werden sie, sich steigernd und mit einander wechselnd, von ihm hingenommen, ohne dass ihm die völlige Unhaltbarkeit derselben klar würde, und so werden sie auch fast ebenso rasch wieder vergessen, wie sie entstanden, um neuen und immer neuen Phantasiebildern Platz zu machen. Sie sind so wenig eigentliche Wahnideen, wie diejenigen der Maniakalischen; sobald die Exaltation zurücktritt und der Kranke wieder eines ruhigen

Urtheils fähig ist, weiss er sich selbst nicht genug über das „dumme Zeug“ zu wundern, das ihm in den Kopf gekommen war. Die Vernichtung der Kritik durch die eigenthümliche Benommenheit und die heitere Verstimmung ist auch hier das wesentliche Moment, aus dem sich die Macht und die Eigenthümlichkeiten der paralytischen Grössenideen erklären. Diese Vernichtung vollzieht sich hier um so rascher und durchgreifender, weil das Centralorgan der apperceptiven Thätigkeit (vielleicht die Spitze des Vorderhirns) in seiner Funktionsfähigkeit durch den krankhaften Process bereits empfindlich beeinträchtigt ist.

Aus der gleichen Ursache erklärt sich die tiefe Störung des Gedächtnisses, die man jetzt regelmässig rasche Fortschritte machen sieht. Zwar die Vorstellungen der fernen gesunden Vergangenheit haften theilweise noch ziemlich fest und treu, aber der Kranke vergisst, was er vor einer Viertelstunde, in der letzten Minute gethan hat. Er weiss weder Wochentag noch Datum, weiss nicht, ob er schon zu Mittag gegessen, Besuch erhalten, ob er den ihn täglich besuchenden Arzt schon einmal gesehen hat oder nicht. Alle neuen Eindrücke werden eben wegen der tiefen Beeinträchtigung der Apperception nur verschwommen, unklar, traumhaft aufgefasst und vermögen daher nicht im Gedächtnisse zu haften.

Die Stimmung des Kranken ist eine überschwängliche, selige, unbeschreiblich zufriedene, aber sie kann durch den geringsten äusseren Anstoss, durch eine ernste Anrede, ja durch den blossen Tonfall der Stimme, in der man zu dem Kranken spricht, sofort in eine weinerliche Rührung umgewandelt werden, die noch unter dem Fliessen der Thränen wieder in die frühere Glückseligkeit zurückschlägt.

Im Handeln des Kranken dokumentirt sich seine Einsichtslosigkeit und die exaltirte Verstimmung durch die unüberlegte Aufnahme aller möglichen Projekte, die über seine intellektuellen und finanziellen Kräfte, sehr bald über das Mögliche überhaupt hinausgehen. Allerdings bleibt es regelmässig bei einigen unsinnigen einleitenden Schritten, weil sehr bald eine neue Idee die frühere verdrängt. Er telegraphirt an Souveräne, bestellt, ohne die mindeste

Rücksicht auf sein wirkliches Vermögen, ungemessene Quantitäten der verschiedensten Gegenstände, die er zur Ausführung seiner Pläne zu brauchen glaubt, macht grossartige Geschenke, kauft auf, was ihm vor das Gesicht kommt und genirt sich auch gar nicht, in einer gewissen dummpfiffigen Manier leicht entdeckte Betrügereien oder Diebstähle vor den Augen der Eigenthümer zu begehen, die er nachher einfach ableugnet. Dabei besucht er fleissig Wirthshäuser und Vergnügungsorte, vergeudet dort zwecklos sein Geld, geräth leicht in Streit und wird häufig nun erst, nachdem er die verschiedensten Vergehen gegen die öffentliche Ordnung, gegen die Schamhaftigkeit, Widerstand gegen die Staatsgewalt u. s. f. begangen, seine Familie finanziell binnen kurzer Zeit ruiniert hat, gemisshandelt und gemaassregelt, in reducirtem Zustande, von Excessen erschöpft, als krank in die Anstalt eingeliefert.

Sehr gewöhnlich tritt in der Stille des Anstaltslebens sofort eine wesentliche Beruhigung des aufgeregten Kranken, bisweilen sogar eine wirkliche Remission mit Korrektur der Grössenideen ein, aber es zeigt sich bei genauerer Beobachtung, dass die psychische Leistungs- und Widerstandsfähigkeit eine tiefe, dauernde Einbusse erlitten hat, dass Urtheil und Gedächtniss schwach, der Wille haltlos und leicht bestimmbar geworden ist. In andern Fällen steigert sich die Unruhe zu immer höheren Graden; der Kranke wird ideenflüchtig und völlig verwirrt, schreit und tobt, zerreisst, schmiert ohne Unterbrechung, bis ein paralytischer Anfall eine plötzliche infauste Beruhigung bringt oder, vielleicht erst nach Wochen oder Monaten, die Besonnenheit, allerdings mit den Symptomen schweren psychischen Defektes, wiederkehrt.

Die nervösen Erscheinungen haben unterdessen ebenfalls beträchtliche Fortschritte gemacht. Der Gang ist sehr unsicher geworden, bisweilen ataktisch, wie in der Tabes, häufiger breitbeinig, unbehülflich schlürfend; die Sprachstörungen treten deutlicher hervor; die Sensibilität und Schmerzempfindlichkeit ist stark herabgesetzt, so dass man dem Kranken, ohne dass er es merkt, im Gespräche mit ihm eine Nadel durch eine Hautfalte hindurch-

stechen kann. Fast regelmässig werden paralytische Anfälle beobachtet, bald unter der leichteren Form eines vorübergehenden Schwindels mit Sprachlähmung, bald als apoplektiforme oder epileptiforme, von Krämpfen begleitete Insulte. Der Appetit ist bisweilen bis zur Gefrässigkeit gesteigert, der Schlaf meist unruhig, in den höchsten Graden der Erregung oft längere Zeit ganz unterbrochen.

Das maniakalische Stadium der Paralyse entwickelt sich in einer grösseren Reihe von Fällen ohne Vermittlung einer melancholischen Zwischenstufe unmittelbar aus den Prodromalsymptomen heraus (agitirte Form der Paralyse). Es ist dann in der Regel von längerer Dauer, und die Erregung hält sich lange in den Grenzen einer leichten, fast noch physiologischen Exaltation; auch der Charakter der Schwäche tritt dann wenigstens anfangs nicht so deutlich hervor. Solche Krankheitsbilder erinnern dann sehr an dasjenige der periodischen Tobsucht, die ja ebenfalls häufig nur als eine gelinde, hie und da auch eine gewisse Schwäche darbietende Erregung verläuft. Sehr frappant wird die Aehnlichkeit, wenn auch der Gang der Paralyse durch eingeschobene Remissionen den der periodischen Tobsucht nachahmt. Sorgfältige Beachtung der motorischen Störungen, in einzelnen Fällen aber erst der weitere Verlauf, dienen hier zur Feststellung der Differentialdiagnose. Auch eine cirkuläre Form der Paralyse hat man beschrieben, die in ihrem Wechsel zwischen Depression, Exaltation und Remission an das cirkuläre Irresein erinnert; sie ist ziemlich selten.

Mit dem Bilde der agitirten Paralyse kommt die Krankheit bisweilen zum Abschlusse. Die Erregung wird eine sehr hochgradige; der Kranke ist vollkommen unbesinnlich, stösst nur unartikulierte Laute aus, wälzt sich am Boden, zappelt mit Armen und Beinen, schläft nicht, nimmt keine Nahrung zu sich, sondern spuckt Alles wieder aus, lässt Koth und Urin unter sich gehen und kommt in seiner Ernährung rapide herunter. Der Puls ist klein und frequent, die Temperatur erhöht (38—39°). Nach einigen Tagen oder Wochen, nachdem vielleicht schon wiederholte 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 Dekubitus ein, und unter zunehmender Erschöpfung erfolgt, bisweilen nach vorübergehender Besonnenheit, der Exitus letalis (galoppirende Form der Paralyse).

Der gewöhnliche Lauf der Dinge ist indessen ein weit langsamerer. Die Aufregung verliert sich nach und nach, die Produktivität in Grössenideen verschwindet, und von diesen letzteren selbst bleiben nur noch einzelne kümmerliche Reste im Bewusstsein des Kranken erhalten. Die geistige Unfähigkeit macht rasche Fortschritte; der Kranke lebt gedankenlos in den Tag hinein, ohne zu wissen, wo er ist; er vergisst Datum und Jahreszahl, Jahr und Tag seiner Geburt, sein Alter, seine Frau und seine Kinder, ja schliesslich seinen eigenen Namen. Nicht die einfachsten psychischen Operationen, Rechnungen, Schlussfolgerungen ist er mehr zu vollziehen im Stande; auch das Lesen verlernt er, versteht wenigstens den Zusammenhang der mühsam entzifferten Silben und Worte nicht (Stadium der Demenz). Die Stimmung wird oft noch lange Zeit durch einen Abglanz des Aufregungsstadiums erhellt. Der Kranke ist immer zufrieden, macht ein glückliches Gesicht und lallt auch wol noch mit kaum verständlicher Sprache einzelne aus den Grössenideen herübergenommene Worte: „Millionen“, „schöne Pferde“ oder dergl. Schliesslich aber wird die Stimmung ganz apathisch und stumpf, seltener durch vorübergehende unmotivirte Erregungen mit stundenlangem Schreien unterbrochen. Das Interesse für die Aussenwelt ist völlig erloschen; nur für einzelne materielle Genüsse, ein Stück Kuchen, eine Cigarre, zeigt sich noch eine gewisse Empfänglichkeit. Auch in seinem Benehmen ist der Kranke ruhig und theilnahmslos, hat keinen eigenen Willen mehr, sondern muss überall dirigirt werden, beim Essen, beim Schlafengehen, Aufstehen u. s. f. Eine sehr unangenehme Störung ist jetzt die enorme Unreinlichkeit der Kranken, die zum Theil auf einer Schwäche

der Sphinkteren, zum Theil aber auch auf ihrer central bedingten Unempfindlichkeit beruht, welche ihnen den Drang zur Entleerung nicht zum Bewusstsein kommen lässt. Schliesslich ist der Kranke kaum viel mehr, als ein vegetirender Körper, in dem das psychische Leben gänzlich oder fast gänzlich erloschen ist. Allerdings giebt es bis zu diesen höchsten Graden des apathischen Blödsinns zahlreiche Zwischenstufen, die sich durch die verschiedene Erhaltung der geistigen Regsamkeit, durch Ueberbleibsel aus den früheren maniakalischen oder melancholischen Stadien, sowie durch mancherlei individuelle Differenzen von einander abgrenzen.

Von den sonstigen Blödsinnsformen unterscheidet den Paralytiker sofort das starke Hervortreten der nervösen Symptome. Abgesehen von den schon früher aufgezählten, immer deutlicher sich markirenden Innervationsstörungen an Zunge, Gesichtszügen, Augenmuskulatur, der zunehmenden Unsicherheit des Ganges, der Sprachstörung, den Anfällen machen sich noch eine Reihe von weiteren krankhaften Erscheinungen bemerkbar, die zum Theil allerdings schon in den ersten Stadien sich zu entwickeln begonnen haben. Die Sinnesorgane zeigen häufig eine leichtere oder stärkere Abstumpfung der Empfindlichkeit. An der Netzhaut hat man sogar eine mit Unrecht für charakteristisch gehaltene Retinitis paralytica aufgefunden, deren Wesen und Häufigkeit indessen noch sehr controvers ist. In 4—5, nach Möli's neuesten Angaben sogar in 12 % der Fälle wird beginnende oder fortgeschrittene Sehnervenatrophie beobachtet; auch über eine Reihe anderer, sehr inkonstanter Befunde am Auge wird berichtet. Eine eigenthümliche, von Fürstner beschriebene, vorwiegend rechtsseitige, häufig nach paralytischen Anfällen hervortretende Sehstörung, die sich bei negativem Augenspiegelbefunde durch Erschwerung des Erkennens und der Lokalisation von Gegenständen charakterisirt, war einige Male von Erweichungsherden in der Hinterhauptsrinde begleitet. Sehr bedeutend ist die Abnahme der Sensibilität und namentlich der Schmerzempfindlichkeit. Schwere Verletzungen, Verbrennungen, Operationen werden daher von den

Kranken bisweilen gar nicht oder kaum bemerkt. Das Kauen und Schlucken wird in den letzten Stadien beträchtlich erschwert, so dass leicht Verschlucken mit tödtlichem Ausgange vorkommen kann. Der Gang der Kranken wird immer schwerfälliger; sie bewegen sich nur schlüpfend vorwärts, hängen ganz nach einer Seite hinüber, fallen leicht um und sind schliesslich nicht mehr im Stande zu gehen oder zu stehen, sondern werden dauernd bettlägerig. Wahrscheinlich sind diese Störungen meist direkt von den pathologischen Rindenveränderungen abhängig (motorische Region, Pyramidenbahnen), während die ataktischen Symptome auf eine Rückenmarksaffektion (Hinterstränge) hindeuten. Die elektrische Erregbarkeit der Muskulatur ist anfangs erhöht, später herabgesetzt. Die Sehnenreflexe, speciell das Kniephänomen, scheinen sich ähnlich zu verhalten. Letzteres fehlt namentlich in späteren Stadien der Paralyse sehr häufig (in etwa 20 %); absolute Pupillenstarre scheint gerade in derartigen Fällen ebenfalls relativ oft vorzukommen, was auf einen pathogenetischen Zusammenhang dieser Störungen mit einer gemeinsamen Grundaffektion (Rückenmarkserkrankung) hinweist. Eine sehr gewöhnliche Erscheinung ist ferner hochgradige Steigerung der allgemeinen Reflexerregbarkeit, heftiges Zusammenfahren bei plötzlichen, lebhaften Sinnesindrücken.

Ausser den mannigfachen motorischen Reizungssymptomen, die als Kontraktionen, automatische, choreatische, athetotische Bewegungen, anhaltendes regelmässiges Zähneknirschen u. dergl. auftreten können, sind überaus wichtige Störungen die schwereren epileptiformen Anfälle. Während in den ersten Stadien der Krankheit meist nur einfache Bewusstlosigkeit mit oder ohne nachfolgende, sich bald ausgleichende Sprachstörung und Hemiparese eintritt, pflegen sich später häufiger Krämpfe, gewöhnlich auf beiden Seiten abwechselnd, hinzuzugesellen. Diese Krampfanfälle kommen in der Regel serienweise; man beobachtet 20, 30, ja 80, 100 innerhalb eines einzigen Tages. In den Zwischenpausen liegt der Kranke komatös, oder unbesinnlich mit Armen und Beinen agierend da. Zuerst stellt sich ein leises

Zucken in den Gesichtsmuskeln mit Verdrehen der Augen ein, dann schreitet die Erregung auf den Hals, die obere Extremität, die Respirationsmuskeln, den Bauch, die untere Extremität derselben Seite fort, um endlich auch auf die entgegengesetzte Seite hinüberzugreifen, während sie vielleicht auf der zuerst befallenen schon wieder nachlässt. Dieser Zustand währt meist nur wenige Stunden oder Tage; er kann bei sorgfältiger sachverständiger Pflege 8, 10, ja 14 Tage andauern, ohne dass nothwendig der Tod eintreten müsste. Die Körpertemperatur ist meist etwas erhöht, der Befund von Eiweiss im Harn sehr inkonstant. Nach dem Anfälle bemerkt man regelmässig eine erhebliche Zunahme der psychischen Schwäche und meist auch der Lähmungserscheinungen; ausserdem sind Hemiparesen, aphasische Störungen häufig, gleichen sich aber gewöhnlich rasch wieder aus. Als die Ursache der paralytischen Anfälle sind wahrscheinlich umschriebene Oedeme und Cirkulationsstörungen in Folge von vasomotorischen Lähmungen oder auch Krämpfen anzusehen, die bei den veränderten Kreislaufbedingungen und der Invalidität des paralytischen Gehirns hier mit besonderer Leichtigkeit schwere Erscheinungen hervorrufen. Greifbare pathologisch-anatomische Veränderungen, Extravasate, Erweichungsherde u. dergl. finden sich in den seltensten Fällen, selbst nicht immer bei lange dauernden, ausgesprochenen Hemiplegien.

Vasomotorische Störungen (plötzliche Kongestionen, Erytheme, lange dauernde Röthung der Haut bei leichten Reizen, Cyanose) sind sehr häufig; mit ihnen stehen sicherlich viele der sog. trophischen Störungen, namentlich die Neigung zum Dekubitus, die geringe Heilungstendenz mancher Wunden, in naher Beziehung. Die Brüchigkeit der Knochen und Knorpel, die bei traumatischen Einwirkungen leicht zu Rippenbrüchen, Ohrblutgeschwülsten (Othämatomen) Veranlassung giebt, dürfte hauptsächlich auf Gefässveränderungen und allgemeine Ernährungsstörungen zurückzuführen sein. Die Sphygmographenkurve zeigt bei der Paralyse bisweilen Veränderungen im Sinne einer Erniedrigung der Gipfelwelle (sog. „tarde“ Pulsformen), deren Deutung hier noch durchaus unklar ist; die Temperatur

lässt ausser den Steigerungen in den Anfällen keine durchgreifenden charakteristischen Störungen erkennen, ebenso wenig die Respiration. Der Appetit ist in der Regel gut, nicht selten sogar zur Gefrässigkeit gesteigert; der Stuhlgang vielfach etwas träge. Das Körpergewicht pflegt in der Periode des Schwachsinnens anfangs sehr zuzunehmen, um dann, namentlich in dem letzten Stadium der Bettlägerigkeit, unaufhaltsam zu sinken. Der Kranke, der sehr wohlbeleibt und fett geworden war, magert schliesslich, wenn das Leben so lange erhalten bleibt, bis zum Skelett ab.

In einer Reihe von Fällen beherrscht der progressive Schwachsinn, wie er dem zuletzt geschilderten Stadium der Paralyse angehört, von vorn herein das psychische Krankheitsbild (demente Form der Paralyse). Der Patient bietet im Anschlusse an das Prodromalstadium eine einfache, stetig fortschreitende Abnahme aller psychischen Leistungen dar; nur hie und da kommen episodisch vereinzelt alberne Wahnideen verschiedenen Charakters oder vorübergehende Aufregungen zur Beobachtung. Die gewöhnlich sehr deutlich hervortretenden motorischen Symptome sichern die Diagnose.

Ihren Abschluss findet die Krankheit regelmässig durch den Tod, der entweder in einem paralytischen Anfalle als Folge von Hirnlähmung, oder durch äusserste Erschöpfung, durch Schluckpneumonien, Einfliessen von Mund- und Rachensekret in die Bronchien, Stagniren von bronchitischem Sekrete, Phthise, auch wol durch tiefgreifenden brandigen Dekubitus mit Pyämie einzutreten pflegt.

Die pathologische Anatomie ist im Stande gewesen, an den nervösen Centralorganen eine Reihe von Veränderungen nachzuweisen, die in ihrer Gesamtheit als charakteristisch für die *Dementia paralytica* gelten können, wenn auch im Einzelnen die Feststellung einer konstanten, gesetzmässigen Beziehung zwischen Befund und klinischem Bilde noch kontrovers ist. Als wesentlich sind nicht zu betrachten die bisweilen beobachteten Hyperostosen und Exostosen des Schädels, die auch bei Gesunden nicht ganz selten vorkommen. Wichtiger sind schon die Veränderungen

der Hirnhäute. Recht häufig findet man Pachymeningitis interna und Hämatome der Dura, bald nur zarte, schleierartige Anflüge, bald dicke, mehrfache Schichtung zeigende Schwarten, meist auf der Scheitelhöhe. Die Pia ist in Folge von zelliger Infiltration regelmässig getrübt, verdickt, bisweilen sehr beträchtlich; ihre Venen sind stark erweitert und zeigen verdickte Wandungen; die Pacchionischen Granulationen sind nicht selten auffallend entwickelt. Das Gehirn ist bei länger bestehenden Fällen stets atrophisch. Das Gewicht desselben kann selbst bei Männern von normaler Körpergrösse bis auf 900 gr. herabsinken. Die Windungen sind verschmälert, besonders in den vorderen Partien; es finden sich stellenweise förmliche Einsenkungen. Die Rinde ist, namentlich am Vorderhirn, häufig mit der Pia so fest verwachsen, dass sich diese nicht ohne Substanzverlust von ihr ablösen lässt. Das Ependym der Ventrikel, vorzüglich des vierten, zeigt oft reichliche, stark entwickelte knötchenartige Granulationen.

Die mikroskopische Untersuchung bietet vor Allem in der Rinde ausgesprochene Veränderungen. Die Gefässe sind sichtlich vermehrt, vielfach erweitert; in ihren Wandungen bemerkt man abnorme Kernwucherung; stellenweise kommt es zur völligen Obturation und Obliteration. Auch in der Grundsubstanz zeigen sich die Kerne stark vermehrt; die Bindegewebszellen sind enorm entwickelt, namentlich findet man die als Spinnenzellen bezeichneten, mit zahlreichen Ausläufern versehenen Formen in grosser Anzahl und ungewöhnlicher Ausbildung vertreten. Dagegen erscheinen die Nervenzellen stark pigmentirt, in allen Stadien der fettigen Degeneration und Atrophie, die pericellulären Räume mit Blutkörperchen und Exsudatmassen angefüllt, die markhaltigen Nervenfasern verschmälert und rareficirt. Bei lange dauernden Fällen sind ähnliche Veränderungen in den grossen Ganglien ebenfalls nachweisbar; auch in den Nervenkerne, besonders dem Hypoglossuskern, hat man sie gesehen.

Im Rückenmarke beobachtet man ausser pachymeningitischen und leptomeningitischen Veränderungen namentlich

zwei Formen der Erkrankung, nämlich chronische Myelitis der Hinterseitenstränge mit reichlicher Bildung von Körnchenzellen, dann aber graue Degeneration der Hinterstränge, die sich im Halsmark bisweilen nur auf die Goll'schen Stränge beschränkt. Vereinzelt finden sich auch noch eine Reihe weiterer Veränderungen, zerstreute sklerotische Herde, diffuse Myelitis u. s. f. Meist sind diese Rückenmarksaffektionen, die sich bei der Mehrzahl aller Paralytiker nachweisen lassen, als sekundäre oder durch die gemeinsame Krankheitsursache erzeugte Erscheinungen aufzufassen. Es giebt aber auch Fälle, in denen der Krankheitsprocess zunächst das Rückenmark zu ergreifen und von da zum Gehirn aufzusteigen scheint (ascendirende Form der Paralyse). Die Symptome der Spinalaffektion bestehen hier öfters Jahre lang vor dem Eintritte der charakteristischen psychischen Störung. Der ganze Verlauf ist regelmässig ein sehr langsamer. Meist handelt es sich um successives Ergriffenwerden der einzelnen Abschnitte des centralen Nervensystems durch die gemeinsame Krankheitsursache; bisweilen mag auch eine einfache Komplikation zweier Erkrankungen vorliegen.

Die Dementia paralytica ist eine sehr häufige Krankheit; im Durchschnitte gehören etwa 10—12% aller Aufnahmen in Irrenanstalten ihr an, doch ist dieses Verhältniss ausserordentlichen Schwankungen unterworfen. Wie es scheint, ist die Häufigkeit der Paralyse in stetiger Zunahme begriffen. Von den beiden Geschlechtern ist das männliche ungefähr 4—7 mal so stark unter den Erkrankten vertreten, als das weibliche; bei Frauen höherer Stände ist die Krankheit überaus selten. Unter den Altersklassen überwiegen diejenigen zwischen dem 35.—40. (30.—45.) Lebensjahre; auch das Klimakterium scheint von Einfluss zu sein. In den ersten beiden Decennien kommt die Paralyse kaum jemals, im dritten noch immer recht selten vor. Ledige Personen scheinen mehr disponirt zu sein, als Verheirathete. Grosse Städte liefern einen sehr bedeutend höheren Prozentsatz von Paralytikern, als die Landbevölkerung. Unter den Berufsarten sind Offiziere, Kaufleute, Feuerarbeiter, Eisenbahnbeamte relativ zahlreich vertreten. Der Einfluss der

erblichen Anlage tritt hier gegenüber den sonstigen Geistesstörungen mehr in den Hintergrund.

Als veranlassende Ursachen der Paralyse sind Inso-lation, Wärmebestrahlung des Kopfes und Kopfverletzungen zu nennen. In einzelnen Fällen schliesst sich die Erkrankung unmittelbar an diese letzteren an, in anderen tritt sie erst nach mehreren Jahren hervor, so dass man mehr eine prädisponirende Wirkung des Traumas anzunehmen hat. Von ganz besonderer ätiologischer Bedeutung ist die Syphilis, die entweder direkt eine chronische interstitielle Encephalitis zu erzeugen oder, wie es scheint, wenigstens die Widerstandsfähigkeit des Gehirns herabzusetzen im Stande ist (Gefässerkrankungen). Manche Punkte der oben aufgeführten allgemeinen Prädisposition dürften sich auf die grössere oder geringere Häufigkeit der Syphilis bei den einzelnen statistischen Gruppen zurückführen lassen. Meist entwickelt sich die Paralyse erst eine Reihe von Jahren nach der Infektion; die Fälle mit geringfügigen Sekundärsymptomen scheinen namentlich gefährlich zu sein. Auch der Alkoholismus spielt in der Aetiologie der Dementia paralytica eine gewisse Rolle; einige der von ihm erzeugten Krankheitsbilder besitzen aber nur eine äusserliche Aehnlichkeit mit demjenigen jener Affektion, namentlich eine günstigere Prognose.

Endlich sind noch die psychischen Ursachen zu erwähnen, denen sicherlich eine nicht geringe Bedeutung eingeräumt werden muss. Sie scheinen es namentlich zu sein, die auf dem bereits vorbereiteten Boden den letzten Anstoss zur Entwicklung der Psychose abgeben. Geistige Ueberanstrengungen, heftige Gemüthsschwankungen, namentlich andauernde Unruhe und Aufregung verdienen vor Allem Berücksichtigung. So fordert der Krieg mit seiner Anspannung der gesammten psychischen Leistungsfähigkeit, das Börsenspiel, Excesse, der aufreibende Kampf ums Dasein in dem lebhaften Getriebe der grossen Städte regelmässig zahlreiche Opfer. Auf welche Weise diese einzelnen Momente in der Pathogenese des Krankheitsprocesses zusammenwirken, ist noch durchaus hypothetisch; Gefässveränderungen und Kreislaufstörungen dürften dabei in erster Linie in

Betracht kommen, da sie denselben allen gemeinsam sind. Zudem finden sich auffallend häufig schon bei verhältnissmässig jugendlichen Paralytikern ausgebreitete endarterielle Processe, wie man sie sonst erst bei Greisen zu sehen gewohnt ist. Hyperämische Zustände, Stauungen, Auswanderung von weissen Blutkörperchen, Behinderungen der Lymphcirkulation mögen dann die weiteren chronisch entzündlichen Veränderungen des Bindegewebes und den Untergang der nervösen Elemente vermitteln.

Der Verlauf der *Dementia paralytica* ist im Allgemeinen ein fortschreitender. Sehr häufig indessen wird derselbe durch tiefe Remissionen unterbrochen, die meist einige Wochen oder Monate, bisweilen aber auch selbst eine längere Reihe von Jahren andauern können. Während derselben treten die akuten Symptome, die Wahndecken, die Aufregung zurück, auch die motorischen Störungen können sich fast vollständig verlieren, aber es bleibt regelmässig eine Abstumpfung der psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit unverkennbar, die sich hauptsächlich in dem Mangel an Interesse und Initiative kundzugeben pflegt. Selten ist die Remission so vollkommen, dass sie dem Kranken die Wiederaufnahme seines früheren Berufes gestattet. Die maniakalischen Formen scheinen in dieser Beziehung die günstigsten Aussichten zu bieten. Beim weiblichen Geschlechte ist der Verlauf der Krankheit regelmässig ein milderer, protrahirter.

Der Ausgang der *Dementia paralytica* ist der Tod, die Prognose eine durchaus schlechte. Die ganz vereinzelten Fälle von dauerndem Stillstande des Krankheitsprocesses (unter mehreren Hunderten vielleicht einer) können gegenüber dem Gros der täglichen Erfahrungen kaum in Betracht kommen. Durch die trügerischen Remissionen darf man sich nicht täuschen lassen, selbst wenn die Angehörigen dieselben als völlige Genesungen auffassen. Die Dauer der Erkrankung schwankt zwischen ziemlich weiten Grenzen und beträgt im Mittel 2—3 Jahre, doch giebt es auch Fälle, namentlich der ascendirenden Formen, welche sich über 10 Jahre und länger hinziehen. Auch bei Frauen ist die Durchschnittsdauer eine beträchtlich längere.

Für die Diagnose der Dementia paralytica, die namentlich in prognostischer Beziehung von Wichtigkeit ist, kommt einmal der Charakter der Schwäche, der die psychischen Krankheitsbilder auszeichnet (Ungeheuerlichkeit, Wechsel widersprechender Wahnideen, Gedächtnisschwäche, Haltlosigkeit der Stimmung und des Handelns), dann aber namentlich das Hervortreten der nervösen Störungen, sowie der progressive Verlauf des Leidens in Betracht. Für die Abgrenzung von einfachen und periodischen Depressions- und Aufregungszuständen, sowie von der Verrücktheit werden diese Kriterien genügen. Von den Herderkrankungen unterscheidet sich die Dementia paralytica durch den Mangel umschriebener lokalisirbarer Symptome. Schwierig ist die Differentialdiagnose gegenüber der Dementia senilis, denluetischen Hirnerkrankungen und manchen Formen des Alkoholismus. Für die erstere spricht hohes Alter, Stationärbleiben des Zustandes und der meist depressiven Wahnideen, Erhaltensein des Gedächtnisses für die frühere Vergangenheit, geringere Entwicklung der motorischen Störungen, die mehr den Charakter einfacher Lähmungen und Paresen haben. Die Diagnose einer syphilitischen Herderkrankung gründet sich auf das meist jugendlichere Lebensalter und den Nachweis von Herdsymptomen, besonders an den Augenmuskelnerven; diffuseluetische Hirnaffektionen sind von der Paralyse nicht zu unterscheiden. Bei den hierher gehörigen alkoholischen Psychosen ist bisweilen das starke Hervortreten von Hallucinationen, ein grösserer Zusammenhang des Vorstellungsverlaufs und geringere Ausbildung der Sprachstörung zur Abgrenzung von der Dementia paralytica zu verwerthen; in einzelnen Fällen sichert erst der absolut oder relativ günstige Verlauf die Diagnose.

Die Behandlung der Dementia paralytica erfordert in den ersten Stadien vor Allem Ruhe, Entfernung des Erkrankten aus den gewohnten Verhältnissen und Beschäftigungen, sowie eine sorgfältige körperliche wie geistige Diätetik. Aufgeregte Patienten und solche mit Selbstmordneigung gehören unbedingt in eine Anstalt, um sie und ihre Umgebung vor den Folgen ihrer Handlungen zu schützen; ruhige und lenksame Kranke in besseren Ver-

mögensverhältnissen können, soweit eine sachverständige Behandlung und Ueberwachung möglich ist, auch in privater Pflege erhalten werden. Zu vermeiden sind jedoch frequente Badeorte mit ihren vielfachen Zerstreuungen und Aufregungen, anstrengende Reisen, alle schwächenden Eingriffe, forcirte Hunger-, Kaltwasser-, Badekuren u. s. f. Ausser der Ruhe ist Sorge für kräftige Ernährung, Regelung der Verdauung, Bewegung in frischer Luft, Vermeidung von Alcoholicis, von Tabak, Kaffee, Thee von Wichtigkeit, auch eine milde, nicht eingreifende hydropathische Behandlung (Abreibungen, laue Bäder, Einwicklungen, keine Douche) wird empfohlen. Wo der Verdacht auf Syphilis besteht, ist die Einleitung einer Quecksilberkur (Einreibungen oder Peptoninjektionen) indicirt, später die Anwendung von Jodkalium in systematischen, lange fortgesetzten Gaben. Von der grössten Bedeutung ist es jedenfalls, die Krankheit rechtzeitig zu erkennen; nur bei sofortigem Eingreifen im ersten Anfange wird man auf therapeutische Erfolge zu hoffen haben.

Die Aufregungszustände der Paralytiker sind nur in geringem Grade einer medikamentösen Behandlung zugänglich. Sehr häufig hilft indessen schon die Versetzung in eine ruhige Umgebung, nöthigenfalls Isolirung, sowie die Ablenkung durch ein freundliches und geschicktes, der Stimmung des Kranken angepasstes Entgegenkommen, das nicht selten den Gefährlichen und Wüthenden im Handumdrehen gefügig und gutmüthig macht. In andern Fällen aber, namentlich bei den Angstzuständen, versagen alle Mittel. Morphinum sowol, wie Chloral, letzteres wegen der häufigen Gefässveränderungen mit Vorsicht zu gebrauchen, ferner Hyoscyamin, endlich das Paraldehyd sind hier mit wechselndem Erfolge in Anwendung gezogen worden; auch die hydropathischen Beruhigungsmethoden verdienen Berücksichtigung, sind aber wegen des Widerstrebens der Kranken häufig nicht durchzuführen.

Die meiste Sorgfalt erfordert die Behandlung der Paralytiker im letzten, bettlägerigen Stadium und besonders in den Anfällen. Schon vorher ist es vielfach 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 Erstickungszufälle vorkommen. Im Anfalle und bei sehr erschöpften, blödsinnigen Kranken ist vor Allem der Entstehung von Dekubitus vorzubeugen. Dieser Indikation dient minutiöseste Reinlichkeit, häufige Waschungen der gefährdeten Theile mit kaltem Wasser oder einer spiritösen Sublimatlösung, sorgfältige Beseitigung aller Falten, Brodkrumen u. dergl. aus dem Bette, die Anwendung von Wasser- oder Luftkissen und endlich ein regelmässiger, durch Wärterhände bewirkter Wechsel der Lage, so dass der Kranke (in schweren Fällen alle $\frac{1}{2}$ Stunde Tag und Nacht) von einer Seite auf die andere, auf den Rücken, den Bauch u. s. f. herumgedreht wird. Diese von v. Gudden eingeführte Maassregel, welche bis zu einem gewissen Grade auch der Entstehung sog. „hypostatischer“ Pneumonien entgegenarbeitet, ermöglicht es, den sonst für unvermeidlich gehaltenen Dekubitus 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 Dekubitus wieder zur Heilung zu bringen, zumal der Kranke durch seine Unruhe, Abreissen des Verbandes, dieselbe oft sehr erschwert. Eine regelrechte chirurgische Behandlung hat mich bei rechtzeitigem Einschreiten dennoch stets zum Ziele geführt, wo eine Nachlässigkeit des Wartepersonals die Prophylaxe verabsäumt und (in wenigen Stunden!) das Uebel herbeigeführt hatte.

Die Entleerung des Mastdarms und der Blase bedarf im paralytischen Anfalle gewöhnlich nur anfangs einer 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 abnorme Füllung 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 man nicht anhaltendes Urinträufeln und Inkontinenz des Mastdarms riskiren will. 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 Desinfektion des Mundes durch Auswischen mit einem feuchten Lappchen (*Kali chloricum*) und für Feuchterhaltung der Hornhaut durch regelmässiges (alle $\frac{1}{2}$ Stunde) Bewegen der meist halbgeöffneten Augenlider (Vermeidung von Ulcerationen), so kann es gelingen, die Kranken noch nach 8—14 Tagen aus dem paralytischen Anfalle sich erholen zu sehen.

VII. Psychische Schwächezustände.

Psychische Schwächezustände nennen wir diejenigen Formen des Irreseins, deren Krankheitsbild sich wesentlich aus den Erscheinungen einer Herabsetzung der psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit*) zusammensetzt. Zu Grunde liegt ihnen eine Invalidität des Gehirns, die sich entweder primär oder als das Resultat überstandener Psychosen entwickelt hat. Die Mannigfaltigkeit der hierhergehörigen klinischen Formen ist eine so ausserordentlich grosse, dass eine irgendwie erschöpfende Darstellung derselben, namentlich jetzt, wo uns noch vielfach die leitenden Gesichtspunkte fehlen, gänzlich unmöglich erscheint. Wir müssen uns daher damit begnügen, gewisse Hauptgruppen in ihren grössten Umrissen zu skizziren.

A. Entwicklungsanomalien.

Die schwersten Beeinträchtigungen der psychischen Funktionen haben wir dort zu erwarten, wo irgend eine eingreifende Schädlichkeit, anomale Entwicklungsvorgänge oder Krankheitsprocesse, das Gehirn trifft, bevor es seine Ausbildung erreicht hat. Während das voll entwickelte Centralorgan doch noch die Spuren seiner früheren Thätigkeit lange Zeit hindurch aufbewahrt, wenn es auch zu neuen Leistungen unfähig wird, hat der Stillstand oder

* Kraepelin, Archiv f. Psychiatrie XIII, 2.

die Erkrankung auf einer frühen Stufe der Ausbildung die Erschwerung oder Unmöglichkeit jeglichen psychischen Lebens überhaupt zur Folge. Andererseits besitzt gerade das jugendliche Gehirn in weit höherem Maasse, als das erwachsene, die Fähigkeit zu einer Ausgleichung selbst schwererer Störungen, eines vikariirenden Eintretens der einzelnen Partien für einander, so dass wir hier nicht selten sogar noch ein gewisses Maass selbständiger psychischer Thätigkeit erhalten sehen, wo wir beim Erwachsenen nicht einmal das Leben für möglich halten würden.

Alle während der Entwicklungsperiode, in der Fötalzeit und in den ersten Lebensjahren entstandenen psychischen Schwächezustände pflegt man unter der gemeinsamen Bezeichnung der Idiotie zusammenzufassen. Sie begreift alle Abstufungen vom tiefsten Darniederliegen des geistigen Lebens bis zu jenen leichten Graden des Schwachsinnes, die endlich durch eine Anzahl von Uebergangsformen dem normalen psychischen Verhalten sich annähern. Die Abgrenzung von einzelnen Krankheitsbildern bietet bei den wesentlich nur graduellen Differenzen grosse Schwierigkeiten; meist hat man die Ausbildung der Sprache (gänzlicher Mangel derselben, Vorhandensein einzelner Worte, stufenweise reichere Entwicklung derselben) als Eintheilungsprincip benutzt, weil ja in der That die Entfaltung der intellektuellen Funktionen in sehr nahen Beziehungen zur Lautsprache steht. Allein die Fähigkeit des Sprechens deckt sich durchaus nicht immer mit der weit wichtigeren des Verstehens. Es scheint mir daher zweckmässiger, bei einer Betrachtung dieser Zustände an das Verhalten der fundamentalsten psychischen Leistung, der Apperception, anzuknüpfen.

In den niedersten Formen der Idiotie ist die Erfassung eines Eindrucks durch die Aufmerksamkeit gänzlich unmöglich. Es kommt gar nicht zur Bildung von klaren Vorstellungen und associativen Verbindungen; das Gefühlleben bleibt auf den Wechsel dunkler Gemeingefühle beschränkt und die durch sie hervorgerufenen Handlungen, die sich höchstens noch auf die Nahrungsaufnahme beziehen, behalten den Charakter des Triebartigen. Die Kranken

sind absolut theilnahmslos gegenüber allen äusseren Vorgängen, meist auch gemüthlich gänzlich unerregbar; zu den einfachsten zweckmässigen Handlungen sind sie unfähig, vermögen z. B. nicht den zufällig zwischen die eigenen Zähne gerathenen Finger in Sicherheit zu bringen. Sie ergeht ohne die liebevollste Pflege, die für ihre Fütterung, Reinhaltung u. s. f. unermüdlige Sorge trägt, rasch zu Grunde. Häufig sind automatische, Jahraus, Jahrein in stereotyper Weise sich abspielende Bewegungen.

Ein etwas höherer Stand des Seelenlebens ist dort erreicht, wo wenigstens passiv, durch besonders auffallende Eindrücke, die Aufmerksamkeit des Kranken für einige Zeit erregt werden kann, wenn auch eine aktive Direktion derselben nach inneren Motiven noch nicht stattfindet. Hier werden wenigstens einzelne deutliche Sinneswahrnehmungen dem Bewusstsein zugeführt und wol auch eine beschränkte Anzahl von einfachen Vorstellungen gebildet, allein dieselben sind doch vielfach sehr unvollständig und entbehren des inneren Zusammenhanges. Die Fähigkeit zur Abstraktion, zur Auffindung gemeinsamer Bestandtheile in verschiedenen Wahrnehmungen, wie sie die Grundlage der Begriffsbildung ausmacht, bleibt rudimentär. Es kommt nicht zur Ausbildung einer wirklichen psychischen Persönlichkeit. Egoistische, grobsinnliche Gefühle beherrschen die Stimmung und werden Motive für ein nur auf Befriedigung elementarer Gelüste gerichtetes Handeln; die Sprache ist meist wenig entwickelt.

Je nach der Leichtigkeit, mit welcher die Aufmerksamkeit angezogen und abgelenkt werden kann, unterscheidet man zwei, allerdings nur in ihrer extremen Ausprägung sehr deutlich von einander abgegrenzte Formen, die *apathische* und die *versatile*. Im ersteren Falle sind die Kranken nur schwer aus ihrem stumpfen Hinbrüten aufzurütteln; der Vorstellungsverlauf bleibt langsam und träge, die Reproduktion wegen der Armuth des Ideenschatzes und bei dem Mangel an Anknüpfungspunkten dürftig, meist in einzelnen, gewohnheitsmässigen Bahnen sich bewegend. Bisweilen zeigt sich hier eine Neigung zu heftigen, unbändigen Wuthausbrüchen, wenn einmal das torpide psychische

Gleichgewicht gestört wird. Meist handelt es sich um Individuen von plumpem, grobem, disproportionirtem Körperbau. Bei den versatilen Formen wandert die Aufmerksamkeit, bald hier, bald dort angezogen, planlos hin und her, und erfüllt das Bewusstsein mit buntem, innerlich zusammenhangslosem und daher rasch vergessenem Inhalte. Rascher, oberflächlicher Wechsel der Stimmung und eine äusserliche ziellose Unruhe und Beweglichkeit, die sich in Händeklatschen, Herumspringen, Gestikuliren, Lachen und Schreien kundgiebt, vervollständigen das Bild. Körperlich sind die Kranken meist wohlgebildet, aber von kindlichem grazilem Habitus.

Alle diese schwereren Formen der Idiotie weisen auf eine tiefgreifende Beeinträchtigung der nervösen Centralorgane zurück, die sich in der That auch fast regelmässig nachweisen lässt. Im Einzelnen bieten dieselben vielfache Verschiedenheiten dar; nur der Effekt einer unvollkommenen Funktionsfähigkeit der Hirnrinde ist überall derselbe. In einer ersten Gruppe von Fällen finden sich Entwicklungshemmungen und Missbildungen, wie sie besonders unter dem Einflusse hereditärer psychopathischer Disposition zu Stande zu kommen scheinen, Heterotopien der Hirnsubstanz, Fehlen des Balkens, des Kleinhirns, Ungleichheit der beiden Hemisphären, Windungsarmuth, Kleinheit des ganzen Grosshirns u. s. f. Auch dort, wo diese Verbildungen nicht in direkter Beziehung zu dem Centralorgane der psychischen Funktionen stehen, lassen sie doch einen Rückschluss auf die pathologische Natur der Gesamtanlage zu.

Ungleich häufiger sind jedenfalls die Residuen krankhafter Prozesse. Hauptsächlich kommen hier encephalische, meningitische und hydrocephalische Erkrankungen in Betracht, die partielle Zerstörungen (z. B. Porencephalie) und Veränderungen der Hirnrinde, oder allgemeine Atrophie derselben durch Steigerung des intrakraniellen Druckes herbeiführen können. In den ersten Lebensjahren sind ja derartige, meist von Krämpfen begleitete Affektionen ziemlich häufig, allerdings ohne immer so schwere Folgen zu hinterlassen. Traumata und akute Krankheiten sind wichtige Gelegenheitsursachen zu ihrer Entstehung. Wo die

Störung eine einseitig lokalisirte war, bleiben gewöhnlich für das spätere Leben Herdsymptome, halbseitige Lähmungen oder Paresen, Kontrakturen, Wachsthumshemmungen, halbseitige Krämpfe, athetotische Bewegungen u. dergl. zurück, die eine Diagnose ermöglichen. Bei ausgedehnteren Affektionen können sich ganz allgemeine Entwicklungsstörungen einstellen, Zwergwuchs, infantiler Habitus, Ausbleiben der sexuellen Funktionen, Epilepsie.

Eine ganz besondere Rolle hat man früher dem Einflusse der Nahtverknöcherung am Schädel auf die Ausbildung des Gehirns zugeschrieben, indem man vorzeitige Synostosen als die Ursache abnormer Kleinheit oder asymmetrischer Gestaltung desselben ansah. Durch neuere Untersuchungen hat sich indessen herausgestellt, dass, in der Regel wenigstens, die Entwicklung des Schädels weit mehr durch die Wachstumsverhältnisse des Gehirns bestimmt wird, als umgekehrt. Die Gesetze, welche diesen letzteren zu Grunde liegen, sind noch zum grössten Theile ebenso unklar, wie die Wachstumsbedingungen überhaupt; es scheint, dass die Weite der Blutgefässe, die Menge, namentlich aber auch die Beschaffenheit des zugeführten Ernährungsmaterials von entschiedener Bedeutung sein kann. Natürlich ist die Berücksichtigung der Schädelkonfiguration, wenn man in ihr auch nicht die Ursache der Hirnanomalien sieht, dennoch bisweilen von grossem Werthe, insofern sie bis zu einem gewissen Grade einen Rückschluss auf die Art dieser letzteren gestattet. Mikrocephalie ist nothwendig mit abnormer Kleinheit des Gehirns verbunden, die durch gleichzeitigen Hydrocephalus noch beträchtlicher ausfallen kann, als der Augenschein vermuthen lässt. Verkürzung der Schädelbasis (Tribasilar-synostose) geht meist mit einer Verkümmern der basalen Hirntheile einher; Verkleinerung der Schädelkapsel nach irgend einer Richtung mit abnormer Verknöcherung der auf letzterer senkrecht stehenden Nähte deutet auf eine geringe Ausbildung der betroffenen Rindentheile hin.

Allein es können sich bei diesen partiellen Störungen nach andern Richtungen hin kompensatorische Verschiebungen sowol des Schädels, wie des Gehirns ent-

wickeln, die eine völlig normale Entfaltung aller einzelnen Hirntheile ermöglichen. In der That finden sich nicht so selten ziemlich hochgradige Verbildungen des Schädels bei geistig durchaus gesunden, ja hochstehenden Individuen, so dass wir jene Befunde im Allgemeinen mehr als eine Hindeutung auf die Möglichkeit gleichzeitiger anderer Veränderungen, denn als die nothwendige Ursache krankhafter Funktionsstörungen selbst ansehen dürfen. Jedenfalls bieten sie einstweilen ein weit grösseres anthropologisches und anatomisches, als speciell psychiatrisches Interesse, zumal die Versuche, sie zu bestimmten klinischen Bildern in Beziehung zu bringen, bisher noch wenig erfolgreich gewesen sind. Nur scheint die Verkümmerng der Basis mehr mit den tieferstehenden apathischen Formen der Idiotie in Zusammenhang zu stehen, während man bei abnormer Kleinheit der Schädelkapsel meist die versatilen Formen beobachtet.

Gewissermaassen eine Abart der Idiotie wird durch den Kretinismus repräsentirt, der sich durch sehr ausgeprägte körperliche Begleiterscheinungen auszeichnet, Zwergwuchs mit untersetztem, aber meist noch kindlichem Habitus, grosse Köpfe mit hässlichen, runzligen, „trotz kindischer Unreife alten“ Zügen, tiefliegende Augen, aufgeworfene, an der Wurzel tief eingedrückte Nase, dicke Lippen, wulstige Augenlider, gedunsene, wulstige, hypertrophische Haut und bisweilen enorme Vergrösserung der Schilddrüse. Der Kretinismus tritt in stärkerer Ausbildung nur endemisch auf, namentlich in grossen Gebirgsstöcken mit ihren Ausläufern, so in Europa besonders in den Alpen und Pyrenäen. Die näheren Ursachen dieser endemischen Lokalisation sind noch völlig unbekannt; man hat die verschiedenartigsten Momente, grosse Feuchtigkeit, Stagnation der Luft, schlechtes Trinkwasser, Gehalt der Luft und des Bodens an gewissen Substanzen, geologische Formation, ungünstige hygienische Verhältnisse dafür verantwortlich gemacht, ohne doch bisher eine einheitliche Erklärung auffinden zu können. Sicherlich sind die Ursachen allgemeine, denn sie pflegen, wo sie wirksam sind, den Typus der Gesamtbevölkerung mehr oder weniger stark modifizierend zu

beeinflussen und auch auf Kinder zu wirken, die von gesunden, eingewanderten Eltern an den befallenen Oertlichkeiten erzeugt werden. Andererseits ist der Kretinismus einer hereditären Uebertragung fähig, auch nach der Auswanderung aus der inficirten Gegend; er pflegt sich unter solchen Umständen erst nach wiederholter Kreuzung mit gesundem Blute zu verlieren. Die einzelnen Formen des Kretinismus sind nicht alle unter einander gleich; sie zeigen einmal zahlreiche graduelle Abstufungen, dann aber auch Verschiedenheiten nach der Art der Verbildungen. Am häufigsten scheint jedoch die oben schon erwähnte basilar-synostotische Form mit Verkümmern der Schädelbasis zu sein.

Sehr selten ist der kretinistische Typus des Kindes schon bei der Geburt ausgesprochen; in der Regel tritt derselbe erst nach einigen Monaten oder selbst Jahren hervor. Die psychische Entwicklung bleibt vollständig zurück; das Kind lernt erst in der zweiten Hälfte des ersten Decenniums oder gar nicht gehen, ist apathisch, träge, schläft und isst viel. Die Zähne werden schlecht, die Zunge vielfach dick und fleischig, die Haut derb und runzlig. Die Pubertät tritt spät oder gar nicht ein; die männlichen Individuen sind impotent, die weiblichen meistens steril. Im weiteren Verlaufe bleibt der körperliche und geistige Zustand stationär; gewöhnlich erreichen die Kretinen kein hohes Lebensalter.

Gegenüber diesen schwersten Formen körperlicher und geistiger Verkümmern tritt in den leichteren Graden der psychischen Schwächezustände mehr und mehr die Fähigkeit zu aktiver Apperception, zu selbständiger Auffassung und Verarbeitung äusserer Eindrücke hervor. Es ist dabei Sache der Uebereinkunft, wie viele Abstufungen man unterscheiden und an welchem Punkte man die Grenze gegenüber der Norm ziehen will. Auch hier kann man, wie ich glaube, Formen mit vorwiegend apathischem (anergetischem) und solche mit erethischem Charakter einander gegenüber stellen, obgleich sich die Eigenthümlichkeiten beider Gruppen vielfach bei demselben Individuum mit einander mischen.

Als die Grundzüge der anergischen Schwächezustände können wir eine Unfähigkeit zur Abstraktion mit ihren Folgen für die psychische Entwicklung, sowie eine mangelhafte Ausbildung der höheren Gefühle bezeichnen. Die Erkenntniss der Aussenwelt beschränkt sich auf das unmittelbar Gegebene und Naheliegende; die Vorstellungen behalten ihre konkreten Formen, ohne sich zu Begriffen zu erweitern. Es können keine allgemeinen Verhältnisse aufgefasst, keine grossen Gesichtspunkte gewonnen werden, sondern nur das Einzelne und Kleinliche geht in den Erfahrungsschatz des Individuums ein. Der Vorstellungsverlauf ist, wie Buccola durch direkte Messungen nachgewiesen hat, verlangsamt; der Ideenkreis bleibt, abgesehen von einer gewissen Beherrschung der alltäglich aufgenommenen Wahrnehmungen, ärmlich und bewegt sich meist in stereotypen Wendungen. Bei dem Mangel an selbständiger geistiger Thätigkeit ist das Urtheil der Kranken ein sehr beschränktes, unsicheres und wird vielfach durch äusserlich angelegerte Produkte fremder Intelligenz entscheidend beeinflusst. Ein Ueberblick über den Zusammenhang der Lebensereignisse, eine weitergehende Voraussicht der Folgen eigener und fremder Handlungen wird nicht erreicht. Die Phantasie, die Fähigkeit zu aktiver Reproduktion und Verknüpfung gewonnener Vorstellungen, ist nur in sehr beschränktem Maasse ausgebildet, doch kommen in dieser Beziehung einseitige, hervorragende Begabungen, namentlich auffallendes Zahlen- und Klanggedächtniss zur Beobachtung.

Durch die Beschränktheit des Gesichtskreises, gewinnen die Zustände und Interessen der eigenen Persönlichkeit eine ganz unverhältnissmässige Wichtigkeit für das Individuum. Je ärmer die Erfahrung, desto grösser ist die Rolle, welche das Ich in derselben spielt. So kommt es, dass hier stets eine mehr oder weniger scharf ausgeprägte egoistische Richtung des Gedankenganges und weiterhin auch der Gefühle sich ausbildet. Die höheren logischen, ethischen, ästhetischen Gefühle, wie sie sich an die abstrakten Produkte der intellektuellen Thätigkeit, die Begriffe des Wahren, Guten, Schönen, zu knüpfen pflegen, bleiben

unentwickelt auf Kosten der niedrig egoistischen Regungen, die das Gemüthsleben des Kranken in maassgebender Weise beeinflussen. Die Stimmung entbehrt daher jenes inneren Gleichgewichtes, wie es durch die Ausbildung der höheren Gefühle begründet wird; die Gemüthlosigkeit des Kranken wird gelegentlich durch Affektausbrüche von brutaler Heftigkeit durchbrochen. Diese eigenthümliche Charakteranlage macht die Kranken auf der einen Seite energielos, unselbständig in ihrem Handeln, und sie befähigt dieselben andererseits unter Umständen zu impulsiven Gewaltakten von bestialischer Grausamkeit aus geringfügigen Motiven. Sehr häufig verbindet sich bei ihrem Thun eine gewisse Schlaueit im Einzelnen mit Unsinnigkeit und Kopflosigkeit im ganzen Plane und in der Ausführung.

Die Erkennung dieser Zustände bietet in den ausgebildeteren Formen nicht die mindesten Schwierigkeiten. Es sind das die Kinder, die vielleicht erst sehr spät sprechen lernen und entweder gar nicht in die Schule geschickt werden können, oder doch trotz aller angewandten Mühe nicht vorwärts kommen, weil sie zwar unter vielen Schwierigkeiten Einzelnes mechanisch auswendig zu lernen, aber nichts selbständig zu verarbeiten im Stande sind. Sehr gewöhnlich bleiben dieselben auch körperlich unentwickelt und auf der Stufe des kindlichen Habitus bis in das dritte Jahrzehnt hinein stehen. Bisweilen finden sich auch einzelne nervöse Anomalien, schiefes Gesicht, plumpe Züge, Strabismus, schlechtes Gehör, die auf eine greifbare Grundlage der ganzen Störung hinweisen. Im späteren Leben sind die Kranken meist unfähig zu irgend einer fruchtbareren Beschäftigung und nur zu den allereinfachsten mechanischen Verrichtungen zu gebrauchen, die sie mit pedantischer Zuverlässigkeit ausführen; in einzelnen Fällen wird aber auch eine hervorragende einseitige Virtuosität, technische Fertigkeit, Anlage zur Musik, zum Zeichnen, beobachtet, allerdings stets ohne die Fähigkeit zu tieferer geistiger Arbeit selbst auf diesen Gebieten.

Leichtere Formen der Idiotie, wie sie dem klinischen Begriffe des „Schwachsinn“ entsprechen, sind oftmals überaus schwer zu diagnosticiren. Bisweilen sind auch hier

einzelne somatische Zeichen der Entwicklungsstörung vorhanden, Kleinheit der Genitalien, Asymmetrien des Schädels, Innervationsanomalien u. s. f.; in der Regel jedoch findet man in dieser Beziehung keinen irgendwie sicheren Anhaltspunkt. 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 gedächtnismässig eine gewisse Summe von Erfahrung zu beherrschen wissen und den gewohnten Kreislauf ihrer Beschäftigungen mit mechanischer Sicherheit, ja sogar mit einer gewissen kleinlichen Routine regelmässig durchlaufen. Wo aber ein mächtiger Affekt, eine Entscheidung, eine Versuchung an sie herantritt, wo die Situation Umsicht, Energie und Selbständigkeit des Handelns erfordert, da tritt unvermuthet die ganze geistige und gemüthliche Unfähigkeit des Individuums zu Tage, um allerdings dann meist nicht sowol vom pathologischen, wie vom moralischen Standpunkte aus beurtheilt zu werden.

Zu den anergischen Schwächezuständen stehen die erethischen in mancher Beziehung in einem gewissen Gegensatz. An Stelle der Apathie zeigt sich eine abnorme Beweglichkeit des Interesses an den Eindrücken der Aussenwelt. Je leichter aber die Aufmerksamkeit überhaupt erregt wird, je weniger sie sich nach inneren Motiven planmässig der Verfolgung ausgewählter Erscheinungen zuwendet, desto leichter wird sie auch wieder von ihrem Gegenstande abgelenkt, desto mehr ist ihre Richtung von dem zufälligen Wechsel äusserer Reize abhängig, und desto ungenauer, oberflächlicher und flüchtiger werden die einzelnen Elemente der Sinneserfahrung von ihr erfasst. Ganz analogen Störungen begegnen wir auf dem Gebiete des Vorstellungsverlaufes. Die Leichtigkeit, mit der hier die Verknüpfung und Verschmelzung der Vorstellungen vor sich gehen, begünstigt ein lebhaftes und ausschweifendes Spiel der Phantasie, aber sie verhindert zugleich die ruhige, einheitliche und klare Gedankenfolge; sie führt zu einer überwiegenden Ausbildung der associativen Vorstellungsverbindungen und beeinträchtigt die Entwicklung scharfer, bestimmt

umgrenzter Begriffe, auf deren Existenz ja weiter die Möglichkeit aller höheren intellektuellen Funktionen, der Urtheile und der logischen Schlüsse beruht. Aus den unsicher und einseitig erfassten Erfahrungselementen setzen sich auf diese Weise unter steter Einmischung associativ hinzutretender, subjektiver Bestandtheile verschwommene, dehnbare, vielfach verfälschte Begriffe zusammen, welche die geeignete Grundlage für schiefe und verschrobene Urtheile, für falsche und phantastische Analogieschlüsse und somit zur Ausbildung einer absonderlichen, verkünstelten und einseitigen Lebens- und Weltanschauung abgeben. Dass in derselben die Vorstellungsgruppe der eigenen Persönlichkeit eine ganz hervorragende Bedeutung erlangt, erscheint bei der Leichtigkeit, mit der sich die Beziehungen zwischen äusseren Eindrücken und jenem permanenten Inhalte unseres Bewusstseins knüpfen, sowie bei der Kritiklosigkeit des Subjektes, wie sie sich als eine nothwendige Folge der vagen Verschwommenheit und Unklarheit der Begriffe herausstellt, leicht begreiflich.

Der Oberflächlichkeit, Phantasterei und Selbstüberschätzung entspricht im Gefühlsleben Intensität und rascher Wechsel der Affekte. Jeder äussere Eindruck ist von einer lebhaften Gefühlsbetonung begleitet, der Stimmungshintergrund in beständigem Schwanken begriffen. Depression und Exaltation, Verzweiflung, Schwärmerei und Enthusiasmus folgen einander, wo die normale psychische Konstitution nur leise und leicht überwundene Störungen des gemüthlichen Gleichgewichtes erkennen lässt. Das affektive Leben des Individuums befindet sich somit in einer hilflosen Abhängigkeit von den zufälligen Eindrücken der äusseren Umgebung, deren Einflüsse es nicht durch eine gewohnheitsmässige Seelenruhe zu paralysiren im Stande ist. So kommt es, dass auch das Handeln, dessen Motive ja gerade die Gefühle bilden, nicht auf Grund der konstanten Bewusstseinsdispositionen eines „Charakters“ sich einheitlich und konsequent entwickelt, sondern wesentlich unter der Herrschaft augenblicklicher und rasch wechselnder Stimmungen und Einfälle sich vollzieht. Wankelmüthigkeit und Haltlosigkeit, Unüberlegtheit und Leichtsinns nach der

einen, Rücksichtslosigkeit und Vielgeschäftigkeit nach der andern Seite hin sind die praktischen Aeusserungen dieses Verhaltens.

Auch hier ist nur die Erkennung der ausgebildeteren Formen leicht; auf dem Uebergangsgebiete wird die scharfe Abgrenzung des Normalen vom Pathologischen vielfach gänzlich unmöglich. Dahin gehören jene schwachen und oberflächlichen, leichtgläubigen Naturen, die von Vielem etwas und nichts gründlich lernen, die alles Neue mit Enthusiasmus ergreifen, ohne irgend etwas zu Ende zu führen. Ein geringfügiger Anstoss, eine auftauchende Idee, ein schlechter oder guter Rath genügt, um sie, die jeder Verführung widerstandslos zugänglich sind, zu leichtsinnigen, unüberlegten, ja schlechten Streichen und Excessen aller Art hinzureissen. So führen sie, sich selbst überlassen, ein wechselreiches Dasein in steten Konflikten mit sich selbst und ihrer Umgebung, oft abenteuerlich, phantastisch und romanhaft, voller Unbegreiflichkeiten und Inkonsequenzen.

Gerade diese letztgeschilderten Formen der Schwächezustände, deren Grundzug eine Verminderung der Widerstandsfähigkeit auf allen Gebieten des psychischen Lebens darstellt, sind es vornehmlich, welche wir als die Basis der psychopathischen Prädisposition zu betrachten haben, soweit sie nicht schon direkt in den Bereich des Krankhaften hineingehören. Auf dieser Basis entwickelt sich nicht selten die originäre Verrücktheit, dann namentlich auch das periodische und cyklische Irresein. Endlich aber sieht man gerade bei derartig prädisponirten Individuen bisweilen eine eigenartige krankhafte Konstitution der psychischen Persönlichkeit hervortreten, die sich unter keines der sonstigen psychiatrischen Krankheitsbilder unterordnen lässt, sondern höchst wahrscheinlich, wie die meisten der hier behandelten Zustände, auf eine originäre Störung in der Gesamtanlage des Kranken zurückgeführt werden muss. Nach dem hervorstechendsten Symptome hat man diese Zustände als „konträre Sexualempfindung“^{*)} bezeichnet. Der

^{*)} Westphal, Archiv f. Psychiatrie II, p. 73; v. Krafft-Ebing, *ibid.* VII, p. 291; Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie XXXVIII.

Patient, dessen Geschlechtstrieb gewöhnlich schon sehr früh erwacht, zeigt unwiderstehliche sexuelle Neigungen zu Personen desselben Geschlechtes, während das andere Geschlecht ihm in dieser Hinsicht gleichgültig bleibt oder sogar Abscheu und Ekel einflösst. Diese perversen Neigungen bestehen oft lange Zeit, bevor sich der Kranke selbst über die Bedeutung derselben klar wird; sie führen zu schwärmerischen Freundschaftsbündnissen mit mehr oder weniger ausgeprägt sinnlichem Charakter, bei denen eine sexuelle Befriedigung durch wollüstige Umarmungen, Manustupration, seltener auch auf päderastischem Wege angestrebt wird.

Regelmässig bestehen indessen ausser der konträren Sexualempfindung noch anderweitige Symptome psychopathischer Anlage, wie sie oben geschildert worden sind. Nicht selten verbindet sich dieser krankhafte Zustand bei Männern, bei denen er aus begreiflichen Gründen bisher am besten gekannt ist, mit einer durchgreifenden weiblichen Richtung des ganzen Charakters, stark entwickeltem Gemüthsleben, Empfindsamkeit, ausgeprägtem ästhetischem Sinn, poetischer, überhaupt künstlerischer Veranlagung, Neigung zu weiblichen Beschäftigungen, zum Tragen weiblicher Kleider u. s. f. Seltener findet sich auch in der körperlichen Ausbildung der Habitus des entgegengesetzten Geschlechtes angedeutet. Hereditäre psychopathische Belastung lässt sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nachweisen.

Alle die bisher aufgeführten psychischen Schwächezustände sind die Symptome angeborener oder sehr früh erworbener Invalidität des Centralorgans unseres Bewusstseins, und sie sind daher im Allgemeinen stationär, ohne eine wesentliche Besserung oder Verschlechterung im Laufe des Lebens zu zeigen. Dennoch hat die Erfahrung dargethan, dass namentlich die intellektuelle Ausbildung der Idioten durch einen sorgfältigen, allerdings höchst mühseligen Unterricht bis zu einem gewissen, nach der individuellen Leistungsfähigkeit des Gehirns natürlich sehr verschiedenem Grade gehoben werden kann. Die Idiotenanstalten vermögen bei rechtzeitigem Eingreifen immer noch einzelne Individuen dem Leben in der

Freiheit, wenigstens in der Familienpflege, wiederzugeben. Weniger zugänglich ist im Allgemeinen die Gefühlssphäre den pädagogischen Einwirkungen, doch vermag zweifellos eine liebevolle, geduldige, aber konsequente, nicht weichliche Erziehung manche Schroffheiten und Bosheiten des Charakters zu mildern und demselben eine grössere Festigkeit und Geschlossenheit zu geben, als er im Laufe der natürlichen Entwicklung oder gar unter ungünstigen Einflüssen gewonnen haben würde.

Abgesehen von dieser Pädagogik, die ein wichtiges Gebiet der irrenärztlichen Behandlung bildet und sich ganz den individuellen Verhältnissen anzupassen hat, kann von einer eigentlichen Therapie jener Zustände kaum die Rede sein. Wo man Anlass hat, an eine syphilitische Grundlage der Idiotie zu denken, kann man, allerdings ohne sonderliche Aussicht auf Erfolg, ein darauf gerichtetes Verfahren einleiten. Wichtiger ist die Behandlung begleitender Epilepsie. Die Anfälle derselben haben namentlich im jugendlichen Alter bisweilen einen raschen Fortschritt der Verblödung zur Folge, den man durch die systematische Darreichung des Bromkalium bis zu einem gewissen Grade hintanhaltend kann. Dem endemischen Kretinismus ist nur prophylaktisch durch Verbesserung der hygienischen und socialen Verhältnisse, wie durch Kreuzung mit gesunden Individuen zu begegnen.

Nicht selten wird die Aufnahme dieser Schwachsinnformen in die Anstalt nothwendig werden, um sie vor ihrer oft unverständigen Umgebung und diese letztere vor ihren gefährlichen Handlungen zu schützen, oder um die Hülflösen und Gebrechlichen zu verpflegen. Ausser den allgemeinen Regeln der Anstaltsbehandlung überhaupt, Beschäftigung, guter Ernährung, Ueberwachung und humaner Disciplin, sind hier meist keine besonderen Indikationen zu erfüllen.

B. Moralisches Irresein.

Nicht immer ist bei den psychischen Schwächezuständen die Unzulänglichkeit der Leistungs- oder Widerstandsfähigkeit nach allen Richtungen des Seelenlebens hin

in gleichem Maasse ausgesprochen. In vielen Fällen ist vorwiegend eine einzelne derselben ergriffen, so dass die geringeren Störungen auf andern Gebieten völlig zurücktreten und sich vielleicht auch noch innerhalb der normalen Grenzen halten. Einer vorurtheilsfreien psychologischen Betrachtung dürfte allerdings der stets vorhandene Defekt der gesammten Persönlichkeit niemals ganz entgehen. Am meisten in die Augen springend ist im Allgemeinen die Schwäche der Intelligenz. Die intellektuelle Schwäche galt daher lange Zeit und gilt namentlich vor Gericht auch heute noch als das wesentlichste Symptom krankhaften Schwachsinnes. Allein die Erfahrung hat gelehrt, dass unter Umständen die Störung sich hauptsächlich im Gemüthsleben und im Handeln ausprägen kann, während die Intelligenz von derselben, scheinbar wenigstens, gänzlich unberührt bleibt. Diese Formen hat man als moralisches Irresein bezeichnet, weil sie den Kranken für das Laienauge vielfach als ein moralisch schlechtes Individuum erscheinen lassen.

Die wesentlichste Eigenthümlichkeit des moralischen Irreseins (folie morale, moral insanity) ist der Mangel oder die Schwäche jener Gegenmotive, welche den socialen Menschen von der rücksichtslosen Befriedigung seiner unmittelbaren egoistischen Neigungen zurückhalten. Damit hängt häufig zusammen die ganz abnorme Ausbildung gewisser elementarer Triebe, die bisweilen schon an sich selbst den Charakter des Krankhaften tragen. Der Mangel des Mitgefühls zeigt sich oft schon in früher Jugend in grausamen Thierquälereien; der Geschlechtstrieb erwacht ausserordentlich früh (sogar schon im 4., 5. Jahre) und mit unbezwinglicher Gewalt, so dass er bald zu onanistischen und sexuellen Excessen verschiedener Art führt. Unbändige Wildheit, Verstecktheit, Falschheit, schlaues Raffinement, Neigung zu brutalen Gewaltthaten, zu Lug und Trug, zum Diebstahl und zu Ausschweifungen, Mangel des Ehrgefühls und jeglicher Anhänglichkeit an Eltern und Geschwister, unverhülltes Hervortreten der ausgeprägtesten Selbstsucht lassen nicht selten schon beim Kinde die Keime der späteren krankhaften

Charakterentwicklung erkennen. Alle pädagogischen Einwirkungen bleiben fruchtlos, weil die pathologischen Triebe immer von Neuem mit unwiderstehlicher Gewalt hervortreten, weil die Ausbildung der höheren ethischen Gefühle, die ein dauerndes Gegengewicht gegen den Druck der niederen egoistischen Strebungen zu liefern bestimmt sind, hier keinen Boden findet. Bald ist es mehr eine stumpfe Gemüthlosigkeit, welche dieser Störung zu Grunde liegt, bald mehr eine vage Verschwommenheit der Gefühle, die keine einheitliche Ausprägung konstanter Willensdispositionen gestattet.

Die Intelligenz kann dabei innerhalb der Grenzen des praktischen Lebens ganz normal entwickelt sein, ja sogar sich zu einer gewissen Schlaueit erheben, die den Laien vielfach überrascht, allein es fehlt regelmässig die Fähigkeit zur Gewinnung allgemeiner Gesichtspunkte oder doch die Schärfe und Klarheit der Begriffe, wo noch eine Art verschwommener Abstraktion möglich ist. Sehr häufig macht man die Beobachtung, dass solche Individuen in ihrer Schülerlaufbahn bis zu einem gewissen Punkte, so lange es sich um eine rein gedächtnismässige Erlernung einfacher Dinge handelt, sogar bedeutende Fortschritte machen, dann aber, wo eigene, selbständige Verarbeitung des Lehrstoffes gefordert wird, rasch vollständig versagen. Es ist das Verdienst der italienischen Psychiatrie, die Spuren dieser krankhaften Anlage, dieses hauptsächlich im Gemüthsleben hervortretenden Defektes, auch im Verbrecherthum und zwar bei bestimmten Kategorien desselben, bei den „geborenen“ Verbrechern, nachgewiesen zu haben. Noch mehr, die aus ihr hervorgegangene sog. anthropologische Schule der Kriminalistik ist emsig bemüht, den direkten psychopathischen Ursprung solcher Naturen und die somatischen Begleitsymptome klarzustellen, welche im Allgemeinen, wie im Einzelnen den Rückschluss auf die tiefere, organisch-degenerative Begründung jener Form der psychischen Schwäche gestatten sollen.

Fast immer handelt es sich auch hier um angeborene, auf einer degenerativen Grundlage beruhende Zustände, doch kommen nach Kopfverletzungen, beim Alkoholismus und als

Ausgang chronischer Aufregungszustände ebenfalls Charakterveränderungen unter dem Bilde des moralischen Schwachsinnnes zur Beobachtung, ja gewisse Stadien der periodischen Manie und des cirkulären Irreseins, in denen sich die leichte Erregung nur noch durch rücksichtslose Befriedigung der augenblicklichen Gelüste verräth, zeigen häufig eine überraschende Aehnlichkeit mit jenen Formen der psychischen Invalidität. Natürlich ist hier die Unterscheidung, abgesehen von der meist höheren intellektuellen Ausbildung der maniakalischen Kranken und dem Nachweise der bestehenden Exaltation, durch den Verlauf der Störung unmittelbar gegeben.

Das moralische Irresein ist ein an sich unveränderlicher Zustand, der nur um so folgenschwerer sich geltend macht, je grössere Anforderungen durch die umgebenden Verhältnisse an die sittliche Leistungsfähigkeit des Individuums gestellt werden. Die volle Ausdehnung des bestehenden Defektes verräth sich daher häufig erst dann, wenn die Nothwendigkeit einer selbständigen Lebensführung an dasselbe herantritt. Irgend eine wesentliche Veränderung des eigentlichen Krankheitsbildes hat man nicht zu erwarten, wenn auch die Erscheinungen des Irreseins in verschiedener Umgebung mit sehr verschiedener Heftigkeit auftreten können. Nicht selten sieht man solche Kranke im Schutze der Irrenanstalt harmlos und lenksam werden, die in der Freiheit der Schrecken ihrer Angehörigen und Nachbarn waren und in stetem Konflikte mit dem Strafgesetze lebten.

Wegen seiner praktischen Wichtigkeit hat man unter den verschiedenen Gestaltungen des moralischen Schwachsinnnes als Querulantenwahn ein Krankheitsbild herausgehoben, welches sich durch das Auftreten von Beeinträchtigungsideen auf der Grundlage des sittlichen Defektes auszeichnet. Allerdings sind überhaupt derartige Wahnideen in diesen Zuständen nicht selten vorhanden; die Kranken schieben in ihrer Einsichtslosigkeit die Schuld für ihre verkehrten und oft mit einer gewissen Schlaueit gerechtfertigten Handlungen auf andere Personen und betrachten ihr Missgeschick als die Folge fremder Böswilligkeit und Intriguen. Beim Querulanten beherrscht diese

Vorstellung das ganze Krankheitsbild und knüpft sich in der Regel an irgend einen wirklichen Nachtheil an, den derselbe, meistens in einem Rechtsstreite und mit vollem Rechte, erlitten hat; dabei fehlt nur dem Kranken die Fähigkeit zu objektiver Würdigung der Sachlage und der Ueberblick über den Lauf der Dinge, der ihn sich bei der getroffenen Entscheidung beruhigen lassen würde. Sein krankhaft entwickeltes Selbstgefühl, welches ihm jedes Verständniss für die Berechtigung fremder Interessen unmöglich macht und ihn in eine extrem egocentrische Weltanschauung hinein-drängt, 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, 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 objektiv Rechte, in der Identifizierung der persönlichen Interessen mit dem öffentlichen, allgemeinen Wohle.

Die sittliche Idee der fremden Gleichberechtigung, das Gefühl für die Unverletzlichkeit auch der Rechtsinteressen des Gegners ist hier gänzlich unentwickelt geblieben oder wieder verloren gegangen. Der Kranke hält die unsittlichsten Mittel für erlaubt, sobald sie ihm zur Schädigung seines Feindes dienen, während selbst die mildesten Formen des rechtlichen Zwanges in ihrer Anwendung auf ihn selbst als brutale Angriffe und Vergewaltigungen aufgefasst werden. Auf diese Weise verwickelt sich der Kranke in einen endlosen Konflikt mit den Behörden und Gerichten, die er bald nur noch als eine Bande von Spitzbuben und Räubern betrachtet; er widersetzt sich allen Anordnungen derselben mit äusserstem Eigensinn und greift schliesslich zu offener Gewalt, um sich selbst das ihm vorenthaltene Recht zu suchen. Seine Häuslichkeit, sein Geschäft, sein Vermögen,

Alles wird dem krankhaften Drange geopfert. Nicht selten gewinnt der Kranke im Verlaufe seiner Angelegenheit eine ausserordentliche formale Kenntniss der Rechtsbestimmungen, die er ebenso, wie seine Akten, bisweilen wörtlich auswendig lernt, allerdings nicht, ohne dieselben in seinem eigenen, subjektiven Sinne auszulegen.

Mit der wachsenden Leidenschaft nimmt auch die Lust am Processiren selbst zu, so dass die Kranken schliesslich schon aus geringfügigem oder ganz ohne Anlass sich aus einem Rechtsstreit in den anderen stürzen; dass ihnen nicht der Sieg, sondern der Kampf selber Beweggrund zum Kampfe wird. Diese Zustände, die mannigfache Berührungspunkte mit den normalen Charakteranlagen der Rechthaberei, der Streitsucht aufweisen und in der That ohne scharfe Grenzen stetig in die Breite der gesunden Individualitäten übergehen, werden vom Publikum und auch von den Aerzten häufig verkannt und falsch beurtheilt, weil die intellektuellen 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.

Die Prognose dieser tief in der Persönlichkeit des Kranken wurzelnden Störung ist natürlich eine absolut ungünstige. In seltenen Fällen lernt derselbe im Laufe der Jahre mit dem Schwinden seiner lebhaften egoistischen Affekte, sich auf einen gewissen *modus vivendi* mit seiner Umgebung zu stellen; andernfalls wird regelmässig seine dauernde Aufbewahrung und Verpflegung in der Anstalt nothwendig.

C. Neurasthenische Zustände.

Jene allgemeine funktionelle Neurose, welche uns die neuere Zeit unter dem Namen der Neurasthenie kennen

gelehrt hat, pflegt gewöhnlich in der Reihe der Nervenkrankheiten abgehandelt zu werden. Wir können uns somit an dieser Stelle darauf beschränken, eine kleine Gruppe von Symptomenkomplexen aus jenem formenreichen Gebiete einer kurzen Betrachtung zu unterziehen, diejenigen nämlich, welche direkt in den Kreis der psychopathischen Erscheinungen hinüberreichen.

Der Grundzug der Neurasthenie ist die reizbare Schwäche des Nervensystems, eine Erhöhung der Erregbarkeit und zugleich eine leichtere Ermüdbarkeit desselben. Diese Zustände bieten daher in psychischer Hinsicht viele Aehnlichkeit mit dem oben als Basis der psychopathischen Prädisposition geschilderten Erethismus dar. Dort aber handelt es sich um eine von Jugend auf bestehende Anlage, einen eigenartigen Zustand dauernder Labilität des gesammten Seelenlebens, während die Neurasthenie eine krankhafte Veränderung darstellt, die erst als Folge bestimmter Schädlichkeiten, geistiger Ueberanstrengung, sexueller Excesse, langwieriger Ernährungsstörungen hervortritt. Wenn somit der Erethismus zunächst keine eigentliche Krankheit, sondern nur die Disposition zu einer solchen bedeutet, ist die Neurasthenie schon von vornherein als eine pathologische Alteration der nervösen und weiterhin auch der psychischen Funktionen zu betrachten.

Die gemeinsame psychopathische Veränderung, welche uns in den hierher gehörigen Krankheitsbildern entgegentritt, ist die zwangsweise Ueberwältigung der ohnmächtigen psychischen Persönlichkeit durch unwiderstehlich sich ihr aufdrängende Vorstellungen, Gefühle oder Impulse.*) Das Individuum hat die Herrschaft über seinen Bewusstseinsinhalt bis zu einem gewissen Grade verloren; es ist nicht mehr im Stande, den Verlauf seiner Vorstellungen nach inneren Motiven zu dirigiren und unangenehme Gefühle oder Antriebe im Entstehen zu unterdrücken. Regelmässig ist dabei volle Besonnenheit und Einsicht in die Störung, sowie ein bisweilen

*) Westphal, Archiv f. Psychiatrie VIII, p. 734.

äußerst peinliches Gefühl jenes Zwanges und jener Unfähigkeit vorhanden. Ähnliches begegnet uns ja nicht selten vorübergehend, wenn wir in Zuständen nervöser Ueberreiztheit, besonders beim Einschlafen, trotz angestrengtester Bemühungen die immer von Neuem auftauchenden Gedankenreihen nicht niederzukämpfen vermögen, sondern unter lebhaftestem Unbehagen über ganz gleichgültige, müßige Dinge nachdenken, uns irgend welche unwirklichen Situationen ausmalen müssen u. s. f.

Die einfachsten Formen dieser Störung sind jene, in denen bestimmte Vorstellungen in unablässiger Wiederkehr sich dem Kranken aufdrängen und auf diese Weise die freie Beweglichkeit seines Ideenverlaufes beeinträchtigen. Bisweilen sind diese „Zwangsvorstellungen“ an sich ganz gleichgültiger oder wenigstens nicht direkt irritirenden Inhaltes; nur in der häufigen Wiederholung liegt das Peinigende des Vorganges. Ich kannte einen Arzt, dem sich bei jeder Gelegenheit die Vorstellung eines Abtrittes in quälendster Weise aufdrängte. Derartige Fälle sind sicherlich recht häufig, kommen aber meist nicht zur Kenntniss des Psychiaters.

In einer weiteren Reihe von Fällen ist nicht der spezielle Inhalt, sondern nur die allgemeine Richtung des Gedankenganges durch den krankhaften Zwang beeinflusst. Es tauchen bei beliebigem Anlasse, bisweilen in förmlichen „Anfällen“, massenhafte, zwecklose, unlösbare, ja gänzlich alberne Fragen im Bewusstsein des Patienten auf, die derselbe vergeblich zu unterdrücken sich bemüht. Der Inhalt dieser Fragen nimmt nicht selten eine allgemeine metaphysische Richtung und beschäftigt sich namentlich gern mit der Entstehung und Entwicklung der Dinge („Schöpfungsfragen“), indem sich auf associativem Wege immer eine ganze Kette derselben aneinander knüpft: Was ist Gott? Wie ist er? Woher ist er gekommen? Giebt es überhaupt einen Gott? Wie ist die Welt, der Mensch entstanden? u. s. f. Bisweilen sind es auch irgend welche Gegenstände der zufälligen Umgebung, auf die der Blick gerade fällt, welche den Anknüpfungspunkt für die Zwangsfragen abgeben: Warum steht dieser Stuhl so und nicht

so? Warum nennt man ihn gerade Stuhl? Warum hat er vier Beine, nicht mehr, nicht weniger? Warum ist er braun, warum nicht höher, nicht niedriger? Man bezeichnet diese Form der Störung gewöhnlich mit dem Namen der Grübelsucht.*) Sie erinnert in vieler Beziehung an die bekannte Erfahrung grosser Rechenkünstler (Dahse), die ebenfalls zwangsmässig alle ihnen aufstossenden Gegenstände, die Worte eines Trauerspiels, die Buchstaben eines gehörten Gedichtes zählen, mit allen ihnen vorkommenden Zahlen umfangreiche Rechnungen ausführen mussten, ohne sich davon losmachen zu können.

Weit quälender wird natürlich die Störung, sobald der Inhalt der Zwangsvorstellungen ein sehr unangenehmer ist oder wenn dieselben den Charakter von Befürchtungen unter Begleitung lebhafter Unlustgefühle annehmen. So kommt es vor, dass derartige Kranke von der als völlig absurd erkannten Idee verfolgt werden, sie seien an irgend einem Unglück, einem Todesfalle, ja einer Missernte Schuld, sie hätten irgend ein Verbrechen begangen, könnten von ihrer Umgebung für einen Dieb gehalten werden u. s. f. Man sieht leicht, wie diese Zustände sich nur noch durch das Bestehen der Krankheitseinsicht von den melancholischen Erkrankungen unterscheiden; in der That beginnen die erwähnten Psychosen häufig genug mit einem Initialstadium, in dem die psychische Persönlichkeit noch gegen die andringenden krankhaften Ideen ankämpft, bis sie von denselben weiterhin vollständig überwältigt wird.

Die zwangsmässigen Befürchtungen können den gesammten Kreislauf der Tagesbeschäftigungen fast unablässig begleiten. Der vielleicht schon von jeher etwas pedantische Kranke wird 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 habe, dass irgendwo ein Licht nicht ganz gelöscht worden sei u. s. f. Aus diesen immer wieder aufsteigenden Zwangsbefürchtungen entwickelt sich mit

*) Griesinger, Archiv f. Psychiatrie I, p. 626; Berger, ibid. VI, p. 217.

Nothwendigkeit eine wachsende Peinlichkeit in allen jenen kleinen Verrichtungen, die dem Kranken doch keine wirkliche Beruhigung verschafft. Beim Schliessen jedes Schlosses versichert er sich wiederholt, dass dasselbe wirklich zugesperrt ist, reisst das Kouvert wieder auf, um zu sehen, ob der richtige Brief hineingelegt, ob nicht Unterschrift oder Datum vergessen wurde, zählt jede Summe zehn, zwanzig Mal, bevor er sie abgiebt.

Analoge Besorgnisse sind diejenigen, sich zu verunreinigen, sich oder Andere zu vergiften, Nadeln zu verschlucken. Der Kranke kommt dadurch zu häufigen, schliesslich seine ganze Zeit einnehmenden Waschungen, da er sich überall zu beschmutzen glaubt; er fürchtet sich, Messing oder Kupfer wegen der Gefahr der Grünspanvergiftung zu berühren, kann nichts zu sich nehmen, ohne immerfort auf Nadeln und Glasscherben zu untersuchen, die er etwa mit verschlucken, in seinen Kleidern verschleppen könne. Auf diese Weise kann das ursprüngliche Bild der „Zweifelsucht“ (folie du doute) sich mit demjenigen der „Berührungsfurcht“ (délire du toucher) vergesellschaften.

Wo sich der Inhalt der Befürchtungen des Kranken auf das eigene Wohl und Wehe richtet, entstehen hypochondrische Zwangsvorstellungen. Gerade diese Gruppe pflegt wegen ihrer innigen Beziehungen zum Ich sehr rasch eine ausserordentliche Gewalt über den Bewusstseinsinhalt zu erlangen und somit, indem sie rasch den kritischen Widerstand des Subjektes niederkämpft, ungemein leicht in wirkliche Wahnideen überzugehen. Solche hypochondrische Neigungen sind bekanntlich eine so ungemein häufige Begleiterscheinung der Neurasthenie, dass man diese Fälle früher vielfach als leichteste Form psychischer Erkrankung unter dem Namen der Hypochondrie zusammengefasst hat. Sobald jedoch jene Ideen dauernde Macht über das Subjekt gewinnen und eine permanente depressive Verstimmung hervorrufen, lässt sich die entstandene Psychose von dem oben geschilderten Formenkreise der Depressionszustände füglich nicht mehr abtrennen.

In ähnlicher Weise, wie die Vorstellungen den Ge-

dankengang, können Gefühle zwangsmässig den Stimmungshintergrund des Individuums beeinflussen. Jene unmotivirten, wechselnden Verstimmungen der Neurastheniker, wie sie ganz allmählich in die Breite des Normalen übergehen, sind dafür treffende Beispiele, ja wir haben es schliesslich in den Depressionszuständen überhaupt mit einer derartigen allgemeinen Ueberwältigung des Gefühlslebens durch mächtige krankhafte Einflüsse zu thun, gegen die sich im Beginne des Leidens häufig genug die gesunde Persönlichkeit sehr energisch zu sträuben pflegt. Ein ganz besonderes klinisches Interesse jedoch nehmen jene eigenthümlichen Fälle in Anspruch, in denen die pathologischen Gefühlsschwankungen nur bei bestimmten Anlässen sich geltend machen. Am besten gekannt ist von diesen Zuständen der Symptomenkomplex der Platzangst (Agoraphobie.*)

Der Kranke ist nicht im Stande, allein über einen grossen menschenleeren Platz oder durch eine lange weite Strasse zu gehen; bei jedem Versuche dazu überfällt ihn eine namenlose, unüberwindliche Angst mit heftigem Herzklopfen, die ihm den freien Gebrauch seiner Glieder vollständig raubt. Eine klare Vorstellung verbindet sich mit dieser Angst nicht, nur die unbestimmte Befürchtung einer drohenden Gefahr. Die Begleitung eines Knaben, das Hinterhergehen hinter einem andern Menschen oder einem Wagen, das Festhalten an den Häusern genügt oft schon, um den lähmenden Affekt vollständig zu überwinden. In den höheren Graden ist es dem Kranken nicht möglich, in einem Zimmer allein zu sein, ohne von der furchtbarsten Angst befallen zu werden. Ich kannte einen durch chronische Verdauungsstörungen sehr heruntergekommenen Patienten, der Monate lang Tag und Nacht immer Jemanden um sich haben musste. Später, mit der Besserung des körperlichen Zustandes, verlor sich diese Erscheinung, aber die Platzangst bestand in allmählich abnehmender Intensität fort. Schliesslich konnte der Kranke auch diese

*) Westphal, Archiv f. Psychiatrie III, p. 138; Cordes, ibid. III, p. 521; X, p. 48.

Zustände kuppiren, indem er sich stets bei seinen Ausgängen mit einem Priessnitzschen Umschlage und einem Fläschchen Valerianatinktur versah. Obgleich er von beiden Mitteln nie Gebrauch machte und sich der Lächerlichkeit seiner Maassregel völlig bewusst war, genügte die selbe doch, das sonst unfehlbare Auftreten der Angst zu verhindern.

Der Platzangst nahe verwandt ist die auch bei sonst ganz gesunden Menschen in verschiedenen Graden sehr häufige Höhenangst, die Gefühle intensivsten ängstlichen Unbehagens beim Stehen auf hohen Thürmen, am Rande von Abgründen, selbst wo nicht die mindeste objektive 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), endlich bei den verschiedensten Gelegenheiten, in denen die Kranken die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich gerichtet wissen, besonders bei öffentlichen Reden, Plaidoyers, Vorträgen u. s. f. In den höchsten Graden dieser Störung sind die Kranken nicht im Stande zu schreiben, zu gehen, zu essen, 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. Vom „Schwindel“ unterscheiden sich alle diese Zustände eklatant durch das gänzliche Fehlen der subjektiven Drehbewegungserscheinungen.

Zum Schlusse haben wir noch jener eigenthümlichen, ebenfalls im gesunden Leben häufig beobachteten, aber bei psychopathischen Individuen bisweilen sehr ausgebildeten Störungen zu gedenken, in denen die zwangsweise hervortretenden Vorstellungen und Gefühle den Charakter der Impulse annehmen. Zunächst haben dieselben vielleicht

nur die Form von Fragen: Was würde geschehen, wenn du diese oder jene Handlung unternehmen, mit dem daliegenden Messer einen Menschen, dein Kind tödten, dem dich trauenden Geistlichen plötzlich eine Ohrfeige geben, im Theater mit einem Male auf die Bühne springen würdest? u. dergl. In anderen Fällen jedoch treten diese Impulse als unwiderstehlicher Zwang auf (Herabsetzung der psychischen Widerstandsfähigkeit); die Kranken müssen in der Kirche, beim Beten gegen ihren Willen die frivolsten Gotteslästerungen ausstossen, können sich am offenen Fenster nur mit der grössten Mühe von dem Hinabstürzen zurückhalten und begeben eine Reihe von Zwangshandlungen, die dem gesunden Bewusstsein zunächst ganz unbegreiflich erscheinen. Auch bei dem *délire du toucher* sehen wir ja eine fortschreitende Entwicklung von der Zwangsvorstellung zur Zwangshandlung sich vollziehen.

Es liegt auf der Hand, dass die geschilderten Symptomenkomplexe, so sehr sie in dem gegebenen Krankheitsbilde hervortreten, stets nur Theilerscheinungen einer allgemeinen reizbaren Schwäche des gesammten Nervensystems darstellen. Regelmässig lassen sich bei den erkrankten Individuen auch die sonstigen nervösen und psychischen Veränderungen der Neurasthenie in stärkerer oder schwächerer Ausprägung auffinden. Allerdings verstehen die Patienten es bisweilen sehr gut, jene Störungen zu dissimuliren. Erhöhte gemüthliche Reizbarkeit, leichte Erschöpfbarkeit, häufige Schlaflosigkeit, unmotivirte Verstimmungen, allerlei Parästhesien und Hyperästhesien sind sehr gewöhnliche Begleiterscheinungen. Fast immer befallen jene Zustände intelligente, gebildete Personen mit rege entwickeltem Verstandesleben, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Männer, namentlich häufig im Anschlusse an geistige Ueberanstrengungen oder sonstige erschöpfende Einflüsse. Psychopathische Prädisposition scheint ebenfalls von entschiedener Bedeutung zu sein.

Der Verlauf ist ein remittirender; je nachdem das Grundleiden der reizbaren Schwäche Besserungen oder Verschlimmerungen erfährt, treten auch die geschilderten Symptome weniger oder mehr hervor. Die Anfälle von heftigster

Beunruhigung und Angst, die bei allen Formen dieser neurasthenischen Zustände gelegentlich auf der Höhe der Störung sich zeigen können, pflegt man als Krisen zu bezeichnen; sie führen bisweilen zu impulsiven Handlungen, durch welche die Kranken sich selbst und ihrer Umgebung in hohem Grade gefährlich werden. Die Prognose scheint am günstigsten zu sein bei der Agoraphobie und bei den einfachsten Formen der Zwangsvorstellungen. In der Regel tritt hier bei rationeller Behandlung nach spätestens einigen Monaten Heilung oder doch sehr erhebliche Besserung des Zustandes ein; allerdings sind Recidive nicht selten. Entschieden ungünstiger gestalten sich die Aussichten bei der Grübelsucht und der Berührungsfurcht. Auch hier kommen Heilungen und namentlich lange Intermissionen vor; meist aber besteht bereits ein gewisser Grad psychischer Schwäche, der im Laufe der Jahre langsam zunimmt und immer wieder jene Symptome hervortreten lässt. Bisweilen scheint sich auch ein Uebergang in chronisch melancholische Zustände oder in Verrücktheit zu vollziehen.

Die Behandlung hat in erster Linie die Neurasthenie durch möglichste Besserung der Ernährung und des Kräftezustandes unter Hinzuziehung der bekannten tonisirenden und roborirenden Mittel zu bekämpfen, ferner wirken leichte hydropathische Proceduren, Bade- und Luftkuren ausserordentlich günstig; vereinzelt Erfolge wurden auch vom Bromkalium gesehen. Das Symptom der Platzangst wird im einzelnen Anfälle sehr wirksam durch mässige Alkoholdosen koupiert. Von grosser Wichtigkeit ist endlich das Fernhalten jeder psychischen Ueberanstrengung und Aufregung, Ablenkung durch leichte, aber anregende Beschäftigung und dort, wo die Störung Einfluss auf das Handeln gewinnt, auch eine geduldige, planmässige Pädagogik, die dem Kranken nach und nach die Herrschaft über seinen Willen und das stark erschütterte Selbstvertrauen wieder verschafft. Während der Krisen empfiehlt sich die Anwendung von Narkoticis, namentlich Morphium; jedenfalls ist hier eine sorgfältige Ueberwachung der Kranken dringend nothwendig.

D. Dementia senilis.

Wir haben schon in der allgemeinen Aetiologie des Irreseins Gelegenheit gehabt, in grossen Umrissen die Veränderungen zu schildern, welche die psychische Persönlichkeit im Alter regelmässig zu erleiden pflegt. In ihrer stärksten Ausprägung führen diese Veränderungen zu einem Krankheitsbilde, dessen Grundzug die psychische Schwäche bildet. Die intellektuelle Leistungsfähigkeit ist herabgesetzt; die selbständige Verarbeitung neuer Eindrücke findet nur noch in sehr beschränktem Maasse statt. Namentlich auffallend sind die Störungen der Reproduktion. Nur die Erinnerung vergangener Tage haftet noch fest und wird mit weitschweifiger Breite immer von Neuem vorgebracht, während die Gegenwart fast spurlos an dem Kranken vorübergeht, nur unklar und lückenhaft aufgefasst wird und nach kurzer Zeit bereits völlig vergessen ist. So lebt der Patient bald nur noch in der Vergangenheit, findet sich in den ihn umgebenden Verhältnissen nicht mehr zurecht, verirrt sich in der gewohnten Umgebung, weiss nicht, was er vor wenigen Tagen oder Stunden erlebt oder gethan hat, besitzt weder Interesse, noch das mindeste Verständniss für irgend welche Veränderung der gewohnheitsmässigen Lebensführung, sondern hängt mit kindischem Eigensinn an dem Hergebrachten. Der Vorstellungsschatz wird ärmer, der Gesichtskreis verengert sich und das Urtheil bewegt sich ausschliesslich in den gewohnten Bahnen, ohne neuen Ideen oder Standpunkten Raum zu geben. In den höchsten Graden kann die Verblödung bis zur vollständigen Vernichtung der geistigen Regsamkeit fortschreiten.

Gleichzeitig macht sich auch im Gemüthsleben eine gewisse Verödung geltend. Nur die niedrig egoistischen Gefühle erhalten sich in ihrer früheren Intensität und treten daher gegenüber den höheren ethischen und ästhetischen Interessen in den Vordergrund; die Rücksicht auf das eigene unmittelbare Wohl und Wehe ist es, welcher die wesentlichen Motive für das Handeln entspringen. Häufig tritt dabei eine absurde Eitelkeit, sowie ein ängstlich-albernes Misstrauen gegen die Umgebung, Furcht vor dem Bestohlen-

werden u. s. w. hervor, die den Kranken zu allerlei sonderbaren, pedantischen Sicherheitsmaassregeln veranlasst. Schliesslich werden die Affekte oberflächlich und energielos; weinselige Rührung und läppische Freude werden durch die geringfügigsten Anlässe hervorgerufen, um ebenso rasch wieder zu verschwinden.

Der Geschlechtstrieb ist bisweilen vorübergehend abnorm gesteigert und führt zu unzüchtigen Handlungen, namentlich an Kindern, für deren kriminelle Bedeutung der geschwächten Intelligenz gewöhnlich die klare Einsicht mangelt. Eine grosse Bedeutung im Krankheitsbilde ist entschieden auch der Schlaflosigkeit zuzuschreiben, die ja eine regelmässige Begleiterscheinung des höheren Alters ist. Namentlich nächtliche Unruhe, Aufstehen, planloses Herumwandern, Kramen in alten Scharteken kommt nicht selten zur Beobachtung.

Auf der Basis des Altersschwachsinnnes können sich eine Anzahl verschiedener klinischer Krankheitsformen entwickeln, denen eben die gemeinsame Grundlage einen gewissen durchgehenden charakteristischen Zug verleiht. Die melancholischen Zustände zeichnen sich durch barocken Inhalt der häufig hypochondrischen Wahnideen aus. „Es geht nichts mehr durch“, alle Eingeweide sind verfault, der Kranke ist ein Hund, längst gestorben, die Welt ist untergegangen u. dergl. Meist ist der depressive Affekt nicht sehr tief, doch kommen auch heftige Angstzufälle, nächtliche Delirien und Sinnestäuschungen vor, die den Kranken bis zum Tentamen suicidii treiben können. Die maniakalischen Erregungszustände leiten sich nicht selten durch vermehrte Geschäftigkeit, unsinnige Einkäufe und Pläne, Schwatzhaftigkeit, albernen, unmotivirten Stimmungswechsel ein und führen zu völliger Verwirrtheit mit andauernder Neigung zum Zerstören und namentlich zum Schmieren und Sammeln. So sieht man die Kranken eifrig am Boden herumkriechen und wischen, oder in läppischer Ausgelassenheit tanzen und springen; sie geben mit freundlichem Lächeln gänzlich verkehrte Antworten, schwatzen vor sich hin und haben keine Ahnung davon, wo sie sich befinden. Sie vermögen sich in ihrer Verwirrtheit nicht mehr allein

an- und auszukleiden, finden ihr Bett nicht, sind zu den einfachsten Verrichtungen unfähig, dabei aber meist leicht lenksam und gutmüthig heiter.

Ausser der regelmässigen Beeinträchtigung des Schlafes weisen die Kranken meist noch mannigfache nervöse Störungen auf, in denen sich die tiefgreifenden Veränderungen in der Hirnnahrung kundgeben. Häufig sind halbseitige Paresen der Hirnnerven (Facialis, Hypoglossus), auch der Extremitäten, und ähnliche Herdsymptome, die auf Blutungen und Erweichungen im Gehirn hindeuten (Aphasie). Ferner beobachtet man oft Anfälle von verschiedenem Charakter, epileptiforme und apoplektiforme, je nach dem Sitze und der Art der verschiedenartigen Läsionen, die das senile Hirn so leicht bedrohen. Die hauptsächlichste anatomische Ursache aller dieser Symptomenkomplexe scheint die atheromatöse Veränderung der Gefässe mit ihren Folgen für die Ernährung der nervösen Centralorgane zu sein; wenigstens ist sie bei weitem der regelmässigste Befund. In vorgeschrittenen Fällen findet man makroskopisch, wie mikroskopisch Atrophie der Nervensubstanz. Das Hirngewicht ist verringert, das Volumen hat abgenommen (kompensatorische Schädelverdickungen und hydropische Serumansammlungen); die Windungen sind verschmälert. Die Ganglienzellen erscheinen in verschiedener Weise degenerirt (fettig, pigmentös, verkalkt). Ausserdem trifft man gelegentlich auf Erweichungsherde und Blutungen in Rinde und Marklager; pachymeningitische Erkrankungen, namentlich Hämátome, sind verhältnissmässig häufig.

Es liegt auf der Hand, dass diese anatomischen Veränderungen in manchen Punkten eine gewisse Analogie mit den Befunden der Dementia paralytica darbieten, insoweit sich aus denselben hier, wie dort eine fortschreitende Funktionsunfähigkeit der Hirnrinde folgern lässt. In der That zeigen auch die klinischen Krankheitsbilder beider Störungen vielfach eine grosse Aehnlichkeit mit einander, so dass bisweilen die Differentialdiagnose Schwierigkeiten macht. Wie schon früher aufgeführt, ist es hauptsächlich das höhere Alter der Kranken, der langsamere Verlauf und das stärkere Hervortreten von Herdsymptomen,

welches im einzelnen Falle für die Abgrenzung der *Dementia senilis* verwerthet werden kann.

In der Regel kommen die ausgesprochenen Formen des Altersblödsinnes nicht vor dem 60. Lebensjahre zur Beobachtung; nur bei schon ursprünglich invaliden oder durch besonders ungünstige Verhältnisse, namentlich aufreibende Affekte, geschwächte Konstitution stellt sich bisweilen ein vorzeitiges körperliches und geistiges Greisenthum ein. Der Verlauf ist gewöhnlich ein langsamer, über Jahre sich erstreckender, aber progressiver, wenn auch vorübergehende Erholungen nicht ausgeschlossen sind. Bemerkt werden muss indessen, dass bei rüstigen Individuen melancholische und maniakalische Erkrankungen häufig genug selbst in hohem Alter in normaler Weise ablaufen und mit Genesung endigen können; natürlich fallen diese Störungen nicht in die Kategorie der *Dementia senilis*. Der Tod erfolgt entweder in senilem Marasmus, durch eine interkurrente körperliche Erkrankung oder durch eine Hirnkomplikation, namentlich in Folge eines apoplektischen Insultes. Die Therapie hat bei dieser Lage der Dinge keinen sehr weiten Spielraum. Sorgsame körperliche Pflege und Ueberwachung der oft gebrechlichen und schlecht genährten Kranken, Bekämpfung der Aufregungszustände und Schlaflosigkeit durch vorsichtige Anwendung von Morphium oder Opium (*Pulvis Doveri*), zuweilen auch passend durch Spirituosen (abendliches Bier) und diätetische Maassregeln, ist so ziemlich Alles, was geschehen kann. Sehr häufig ist die Anstaltsbehandlung unnöthig und unter günstigen häuslichen Verhältnissen durch die familiäre Verpflegung vollständig zu ersetzen.

Den einfachen Formen des Altersschwachsinnnes stehen klinisch jene psychischen Schwächezustände nahe, die sich als Begleiterscheinungen oder im Anschlusse an gewisse organische Hirnerkrankungen, Blutungen, Embolien, Tumoren, multiple Sklerose u. s. w. entwickeln. Auch hier handelt es sich ja um eine mehr oder weniger ausgedehnte Funktionsbeeinträchtigung der Hirnrinde, die sich bisweilen mit verschiedenartigen Reizungssymptomen verbinden kann. Die Diagnose des Grundleidens kann sich wesentlich nur auf die gleichzeitigen nervösen Störungen stützen.

E. Sekundäre Schwächezustände.

Die sekundären, als Endstadium einer überstandenen Geisteskrankheit auftretenden Schwächezustände unterscheiden sich von den primär zur Entwicklung gelangten lediglich durch die das Krankheitsbild bereichernden Ueberbleibsel der früheren Psychose, sowie durch die stärker hervortretende Neigung zu fortschreitendem Verlaufe. Eine ganz scharfe Abtrennung dieser beiden Formenkreise von einander ist deswegen nicht möglich, weil die psychische Störung, in deren Gefolge der sekundäre Schwachsinn auftritt, bisweilen nur wenig ausgeprägt ist, so dass man die vorhandene Herabsetzung der psychischen Leistungsfähigkeit nicht eigentlich als ein Residuum derselben ansehen kann. So entwickeln sich im Laufe der Epilepsie, des chronischen Alkoholismus, der Hysterie nicht selten ausgebildete Schwächezustände, die auch manche charakteristische Züge des Grundleidens erkennen lassen, ohne dass dieselben gerade als sekundäre Leiden bezeichnet werden könnten. Der schwachsinnige Epileptiker zeichnet sich durch seine grosse gemüthliche Reizbarkeit, die leicht zu jähzornigen, brutalen Gewaltthaten führt, durch eine starke Neigung zu äusserlicher Religiosität und eine eigenthümlich pedantische Kultivirung der Verkehrsformen, der Alkoholist durch Willensschwäche, die Hysterische durch häufigen unmotivirten Stimmungswechsel aus, gleichviel, ob sich der Schwachsinn unmerklich nach und nach im Verlaufe des Grundleidens herausgestellt oder sich an eine tiefere, akutere psychische Störung angeschlossen hat.

In der Mehrzahl der Fälle ist indessen die Entstehungsgeschichte des sekundären Schwächezustandes eine ziemlich klare. Die bei einem so lange gesunden Individuum zum Ausbruche gelangte Psychose schwindet nach dem Rücktritte der stürmischen Symptome nicht völlig, sondern es erhalten sich einzelne Erscheinungen derselben dauernd. Die psychische Persönlichkeit erlangt die ihr entfallene Herrschaft über ihren Erfahrungsschatz nur theilweise wieder; die Energie und Selbständigkeit des Seelenlebens ist vernichtet;

nur der gedächtnismässig festgehaltene Erwerb früherer gesunder und kranker Tage vermag noch dem Vorstellungsverlaufe eine gewisse, meist rasch abnehmende Reichhaltigkeit zu gewähren.

1. Sekundäre Verrücktheit.

Die nächste Folge des durch eine Psychose erzeugten Schwachsinnens ist die Unfähigkeit des Kranken, die auf der Höhe der Geistesstörung entstandenen Wahnideen zu korrigiren. Während der Gesunde die Phantasmen des Traumes oder des Fieberdeliriums sogleich mit der Rückkehr der Besonnenheit als solche erkennt und aus dem assimilirten Erfahrungsmateriale ausscheidet, muss die intellektuelle Schwäche in Folge einer schweren psychischen Erkrankung die Möglichkeit kritischer Berichtigung der neu entstandenen krankhaften Vorstellungen aufheben. In diesem Sinne hat jede von Wahnideen begleitete Psychose, die eine dauernde Schwäche der Intelligenz erzeugt, zunächst das Krankheitsbild der sekundären Verrücktheit, der wahnhaften Verfälschung des Erfahrungsmateriales zur Folge. Bei der primären Verrücktheit besteht jene Unfähigkeit zu einer Kritik der krankhaften Wahrnehmungen und Ideen von vornherein; hier kommt dieselbe erst im Verlaufe der Geistesstörung zur Entwicklung. Dort bildet sich der Wahn gerade auf der Grundlage einer kritiklosen phantastischen Kombination aus; hier wird er in den Stürmen der Affekte erzeugt und in seiner wesentlich schon fertigen Gestalt von der geschwächten Intelligenz festgehalten. Im Laufe der primären Verrücktheit werden neben dem verfälschten Bewusstseinsinhalte auch noch eine Reihe von richtigen Begriffen und Urtheilen von dem Kranken aufgenommen, die demselben lange Zeit, vielleicht für das ganze Leben, noch die Kultivirung gewisser gesunder Ideenkreise gestatten und den völligen psychischen Verfall hintanhaltend; die sekundäre Verrücktheit entsteht auf einem von der vorangegangenen Psychose schwer betroffenen Boden. Die regelmässig lange Dauer tiefgreifender affektiver Störungen mit intensiver Beeinträchtigung der

Besonnenheit vernichtet hier auch in weitem Umfange die Erinnerung an den Erwerb früherer gesunder Tage, so dass meist der Vorstellungsschatz ein weit geringerer ist, als in der ruhiger verlaufenden und nicht von ausgedehnten Bewusstseinsstrübungen begleiteten primären Verrücktheit.

So stellt sich demnach die sekundäre Verrücktheit nicht sowol als eine allmähliche Umwandlung der psychischen Persönlichkeit dar, wie die primäre Erkrankungsform, sondern sie bedeutet bereits den beginnenden Zerfall, die Aufhebung der aktiven Apperception, welche beim gesunden Menschen die Einheit und den inneren Zusammenhang des Bewusstseinsinhaltes vermittelt. Die Wahnideen bieten daher nicht jene systematische Geschlossenheit dar, wie sie, wenigstens im Beginne der Erkrankung, die primäre Verrücktheit auszeichnet. Ungeordnet, häufig widerspruchsvoll, wie sie gerade während der voraufgegangenen Psychose entstanden waren, stehen sie neben einander, ohne eigentliche weitere Verarbeitung zu finden; höchstens hat sich noch aus der früheren Krankheit ein gewisser Zusammenhang derselben untereinander im Gedächtnisse erhalten. Trotz des oft barocken und absurden Inhaltes der Wahnideen fehlt doch gänzlich die produktive Phantasie des primär Verrückten, der immer neue Ideenkreise in den Bereich seiner krankhaft verfälschten Weltanschauung zieht; der Kranke ist nicht mehr im Stande, Neues zu schaffen oder das Vorhandene noch weiterhin auszubauen. Der Ideenkreis bewegt sich in engen, stereotypen Bahnen; das Gemüthsleben ist verödet. Vielleicht geben noch kümmerliche Reste der früheren Affekte der Stimmung eine bestimmte dauernde Färbung, aber dieselben besitzen keine Lebhaftigkeit mehr; sie dokumentiren sich eigentlich nur in den gewohnheitsmässigen Ausdrucksbewegungen, ohne wirklich das apathisch gewordene Individuum im Innern zu ergreifen.

Mit dieser intellektuellen und gemüthlichen Unfähigkeit hängt der Umstand nahe zusammen, dass die Handlungen des Kranken durch die geäusserten Wahnideen kaum mehr beeinflusst werden. Der Kranke zieht meist keinerlei Konsequenzen aus seinem Grössen- oder Verfolgungswahn; derselbe übt keine Macht auf seinen Willen

aus, sondern es ist ausschliesslich die Gewohnheit aus vergangenen Tagen oder der Zwang der natürlichen Triebe, aus welchen die Motive für das Handeln ihren Ursprung nehmen. So ist der Kranke nur noch eine Ruine seiner selbst, eine Ruine, die dem sichern Untergange geweiht ist.

Die sekundäre Verrücktheit kommt am häufigsten nach schweren Depressionszuständen mit Wahnideen zur Entwicklung, seltener nach maniakalischen Erkrankungen. Wahrscheinlich wird das Auftreten dieses Krankheitsbildes überall, wo mit dem Verschwinden der Affekte die krankhaften Vorstellungen sich noch längere Zeit mit einer gewissen Hartnäckigkeit erhalten. Sehr gefährlich nach dieser Richtung und zugleich überaus häufig ist das Fortbestehen von Sinnestäuschungen, welche die Berichtigung der Wahnideen erschweren und oftmals dauernd unmöglich machen. Auch die primäre Verrücktheit, namentlich, wenn sich in ihren Verlauf tiefere Störungen der Besonnenheit einschleichen und wenn schon von Anfang an eine Herabsetzung der psychischen Leistungsfähigkeit bestand, führt in ihrem späteren Verlaufe, wo die Produktivität aufgehört hat, bisweilen zu Krankheitsbildern, die sich denjenigen der sekundären Verrücktheit durch den fortschreitenden Zerfall der psychischen Persönlichkeit annähern.

Das körperliche Verhalten der sekundär Verrückten bietet im Allgemeinen ausser einer häufig beobachteten vorzeitigen Dekrepidität keine besonderen Eigenthümlichkeiten. Nicht selten gehen die vegetativen Funktionen, Schlaf und Ernährung, mit grosser Regelmässigkeit von Statten. Das Körpergewicht pflegt gegenüber den vorausgehenden affektiven Zuständen eine beträchtliche Zunahme aufzuweisen.

Eine Heilung oder dauernde, wesentliche Besserung der sekundären Verrücktheit ist nach dem Wesen dieser Krankheit unmöglich. Bisweilen beobachtet man allerdings bei fieberhaften Affektionen selbst hier noch, vielleicht in Folge der besseren Hirnnahrung, ein vorübergehendes Zurücktretten der Wahnideen und das Auftauchen gesunder Vorstellungreihen, aber diese günstige Veränderung ist

niemals von Bestand, sondern weicht meist sogar einer erheblichen Verschlechterung des Zustandes. Von einer eigentlichen Therapie kann füglich nicht die Rede sein. In der Regel wird sich wegen der socialen Unhaltbarkeit dieser Kranken die Verpflegung in einer Irrenanstalt als nothwendig erweisen, wo sie bei mechanischer, namentlich landwirthschaftlicher Beschäftigung noch am längsten eine gewisse geistige Regsamkeit sich bewahren und zugleich ein relativ glückliches und nützlichcs Dasein führen.

2. Sekundärer Schwachsinn und Blödsinn.

Während uns in dem Krankheitsbilde der sekundären Verrücktheit noch deutlich erkennbare Ueberbleibsel aus der überstandenen Psychose entgentreten, handelt es sich bei dem sekundären Schwachsinn und Blödsinn einfach um eine mehr oder weniger hochgradige Abschwächung der psychischen Leistungen, ohne bestimmte Wahndeen, meist auch ohne eine bestimmte Veränderung des allgemeinen Stimmungshintergrundes. Die leichtesten Formen dieser Invaliditätszustände sind jene schon früher ausführlich besprochenen Heilungen mit Defekt, bei denen zwar die stürmischen Krankheitserscheinungen weichen, ohne dass doch die frühere gesunde Persönlichkeit in ihrem ganzen Umfange sich wiederherstelle. Oft genug zeigt sich diese Veränderung nur der allernächsten Umgebung, oft genug tritt sie nur dann hervor, wenn der anscheinend „Genesene“ in schwierige Lebenslagen, vor wichtige Entscheidungen u. dergl. gestellt wird. Sehr beachtenswerth ist der Umstand, dass sich kleine Abschwächungen der psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit ganz besonders im Bereiche des Gefühlslebens, in erhöhter Reizbarkeit und Labilität der Stimmung, Abstumpfung der höheren Interessen zu zeigen pflegen.

Von diesen leichtesten Formen des sekundären Schwachsinncs führt uns eine ununterbrochene Stufenfolge zu den schwersten Krankheitsbildern des völligen psychischen Verfalls, des Blödsinnes. Man pflegt hier hauptsächlich zwei grosse klinische Gruppen von einander abzutrennen, den

agitirten und den apathischen Blödsinn. Der agitirte Blödsinn oder die „allgemeine Verwirrtheit“ ist charakterisirt durch das Bestehen einer gewissen oberflächlichen Erregung neben vollständiger Zusammenhangslosigkeit des Vorstellungsverlaufes. Jede Spur einer inneren Einheit ist verloren gegangen; in meist sehr stereotypem Wechsel folgen sinnlose Reihen von krankhaften und gesunden, aber gänzlich unzusammenhängenden Vorstellungen einander, begleitet von den äusserlichen Zeichen einer meist exaltirten Stimmung, Geschwätzigkeit, blödem Lachen, läppischem Herumspringen, Gesichterschneiden u. s. f. Von jener Form der Verwirrtheit, die wir früher als höchste Steigerung der Ideenflucht kennen gelernt haben, unterscheidet sich dieser Zustand sehr wesentlich durch die Langsamkeit und Einförmigkeit des Vorstellungsverlaufes, den Mangel tieferer Affekte und die Unveränderlichkeit des Krankheitsbildes. Die gesunde psychische Persönlichkeit ist hier nicht blos vorübergehend in den Hintergrund gedrängt, sondern sie ist dauernd und vollständig vernichtet.

Die ausgeprägten Formen des agitirten Blödsinns sind vorzugsweise Endstadien ungeheilter Manien. Trotzdem hier die Aufregung sich verliert, hat der psychische Mechanismus dennoch so tiefgreifende Störungen erlitten, dass die gesunden Vorstellungsmassen nicht mehr im Stande sind, die Herrschaft über den Bewusstseinsinhalt wiederzugewinnen. Es giebt indessen auch in grosser Zahl Zustände von allgemeiner Verwirrtheit, die sich aus einer sekundären Verrücktheit herausentwickeln. Allerdings fehlen hier in der Regel die Symptome der Exaltation, doch rechtfertigt die gänzliche Zusammenhangslosigkeit des Vorstellens die genannte Bezeichnung. Der Kranke versteht die einfachsten Fragen nicht, giebt ganz sinnlose Antworten, weiss vielleicht nicht einmal seinen Namen, schwatzt gelegentlich verwirrt vor sich hin und ist zu keiner Beschäftigung mehr zu gebrauchen, weil er gar nicht begreift, was er soll, Alles verkehrt macht, oder Alles stehen und liegen lässt. Die gewöhnlichsten täglichen Verrichtungen, An- und Ausziehen, Essen und Trinken u. s. f., werden dabei in der

Regel noch ohne besondere Störung vollzogen. Wichtig ist es, zu wissen, dass solche verwirrte Kranke unter Umständen noch heftiger, plötzlicher Aufregungen fähig sind und ganz unvermuthete Gewaltthaten begehen können. Oft ist dabei ein äusserer Anlass, aufreizende, verkehrte Behandlung im Spiele; es scheint aber, dass auch hier noch gelegentlich Sinnestäuschungen oder vielleicht gar auftauchende Wahnideen mit Unlustgefühlen die Ursache derartigen Explosionen werden können.

Die Verwirrtheit ohne dauernde Erregung bildet gewissermaassen den Uebergang zu der zweiten Hauptform gänzlicher psychischer Vernichtung, dem apathischen Blödsinn. Hier ist die Umsetzung der physiologischen Prozesse in psychische Erscheinungen auf das Minimum beschränkt, vielleicht bisweilen völlig aufgehoben. Die Apperception, die deutliche Erfassung äusserer und innerer Vorgänge ist überhaupt nicht mehr möglich; nur unklare, verschwommene Vorstellungen oder dunkle Gemeingefühle wechseln einander träge im Bewusstsein ab. Selbst die natürlichen Bedürfnisse vermögen kaum oder gar nicht mehr den Kranken zu irgend einer aktiven Willenshandlung zu veranlassen; er ist fast unempfindlich gegen Hunger und Durst, gegen Hitze und Kälte, wie gegen den körperlichen Schmerz geworden. Die Muskelspannung und die Elasticität der Körperhaltung ist verloren gegangen. Mit ausdruckslosen Gesichtszügen, schlaff in sich zusammengesunken, sitzen die Kranken, ohne ein Wort zu sprechen oder auf eine Anrede zu reagiren, Tagaus Tagein unbeweglich da, wohin man sie schiebt, bis irgend ein äusserer Anstoss sie zu einem Wechsel ihrer Lage oder ihres Aufenthaltsortes antreibt. Sie müssen daher angekleidet, zu Bette gebracht, gefüttert, auf den Abort geführt, gereinigt werden, wie die Kinder.

In körperlicher Beziehung ist ein tiefes Darniederliegen der Kreislaufs- und Athmungsthätigkeit, der Wärme-Produktion und in weiterem Verlaufe meist auch der Verdauung zu konstatiren. Oedeme, Cyanose, Herabsetzung der Körpertemperatur, Verstopfung, bisweilen auch hartnäckige chronische Diarrhöen kommen häufig zur Beobachtung.

Der apathische Blödsinn schliesst sich am häufigsten

an schwere stuporöse Erkrankungen an, aus denen er unmittelbar hervorgeht. Dieser Uebergang markirt sich durch einen Nachlass jener Spannung in Gesichtsausdruck und Körperhaltung, welche den Stupor begleitet. Der passive Widerstand, den die Kranken so lange bei jedem Versuche einer äusseren Einwirkung geleistet haben, verliert sich; die Züge werden schlaff, und es tritt ganz allmählich das Bild vollständiger Apathie an Stelle der früheren ängstlichen Benommenheit. Ebenso entwickelt sich der apathische Blödsinn aus der Dementia acuta heraus, von der er sich symptomatisch durchaus gar nicht, sondern nur durch die Unheilbarkeit unterscheidet. Die Annahme liegt hier nahe, dass anfänglich vielleicht nur funktionelle Störungen allmählich zu dauernden und nicht mehr besserungsfähigen Veränderungen in den nervösen Centralorganen führen. Ferner kommt der apathische Blödsinn auch nach schweren, lange dauernden Manien und als letztes Stadium der sekundären Verrücktheit zur Beobachtung; man sieht hier natürlich alle möglichen Zwischenstufen. Im Ganzen ist die Kenntniss dieser Formen wegen des geringen praktischen Interesses, welches sie bieten, noch in vieler Beziehung unzulänglich; namentlich der Entwicklungsgang, der sie aus den Primärzuständen in die Krankheitsbilder völliger geistiger Vernichtung hinüberführt, ist in seinen Einzelheiten und Verschiedenheiten sehr wenig studirt worden.

Als die Grundlage des sekundären Schwachsinnes und Blödsinnes hat man ohne Zweifel schwere Funktionsbeeinträchtigungen der Hirnrinde zu betrachten. Nicht selten finden dieselben ihren greifbaren Ausdruck in einer nachweisbaren Atrophie des Gehirns (z. B. nach Typhus). Sehr häufig jedoch rechtfertigt der Leichenbefund nach dem heutigen Stande unseres Wissens das klinische Bild durchaus gar nicht, so dass wir an Veränderungen der Nervenmasse denken müssen, deren Nachweis unseren bisherigen Hilfsmitteln noch unmöglich ist.

Den sekundären Schwächezuständen gehört der bei weitem grösste Theil der Bewohner unserer Irrenanstalten an; sie sind lediglich Objekt der Pflege und zwar einer oftmals recht mühseligen und wenig lohnenden. Auch bei ihnen

kann eine passende, einfache Beschäftigung, an die sie in früheren Stadien der Krankheit gewöhnt werden und die sie auch im weiteren Verlaufe mechanisch fortreiben, noch einen gewissen Rest von Aktivität und geistigem Leben lange Zeit erhalten und zugleich auch den körperlichen Zustand vor zu rascher Dekrepidität bewahren. Ist eine Beschäftigung nicht mehr möglich und dauernde, tiefe Apathie zur Entwicklung gelangt, so pflegt auch das vegetative Leben nicht sehr lange mehr fortzubestehen. Namentlich häufig ist es die Phthise, welche hier einen günstigen Boden für ihre Entwicklung findet und endlich den geistigen in den leiblichen Tod hinüberführt.