

## 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 begehnen 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 pflegt 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 Bewusstseinstörung. 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 Wahnideen 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 korrigiren 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 seltneren 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 Rekonvaleszenz 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.