

### 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 (jäger 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-verwirrten 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 Verzagtheit 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 nothwendig 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 Zornsucht (*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, Sinnestäuschungen, 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

zusammenzusetzen, 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 zugechnet 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 Schweisse. 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.

---