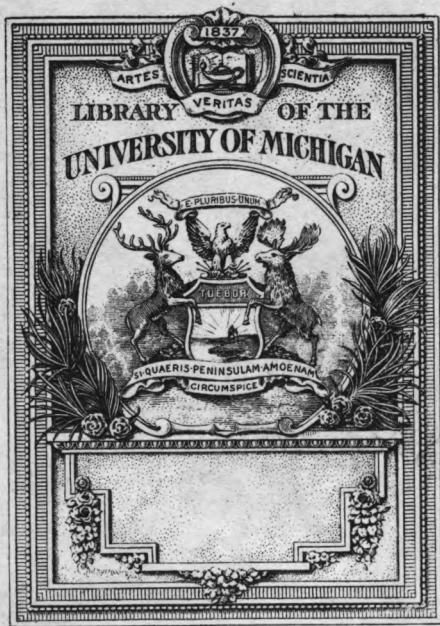
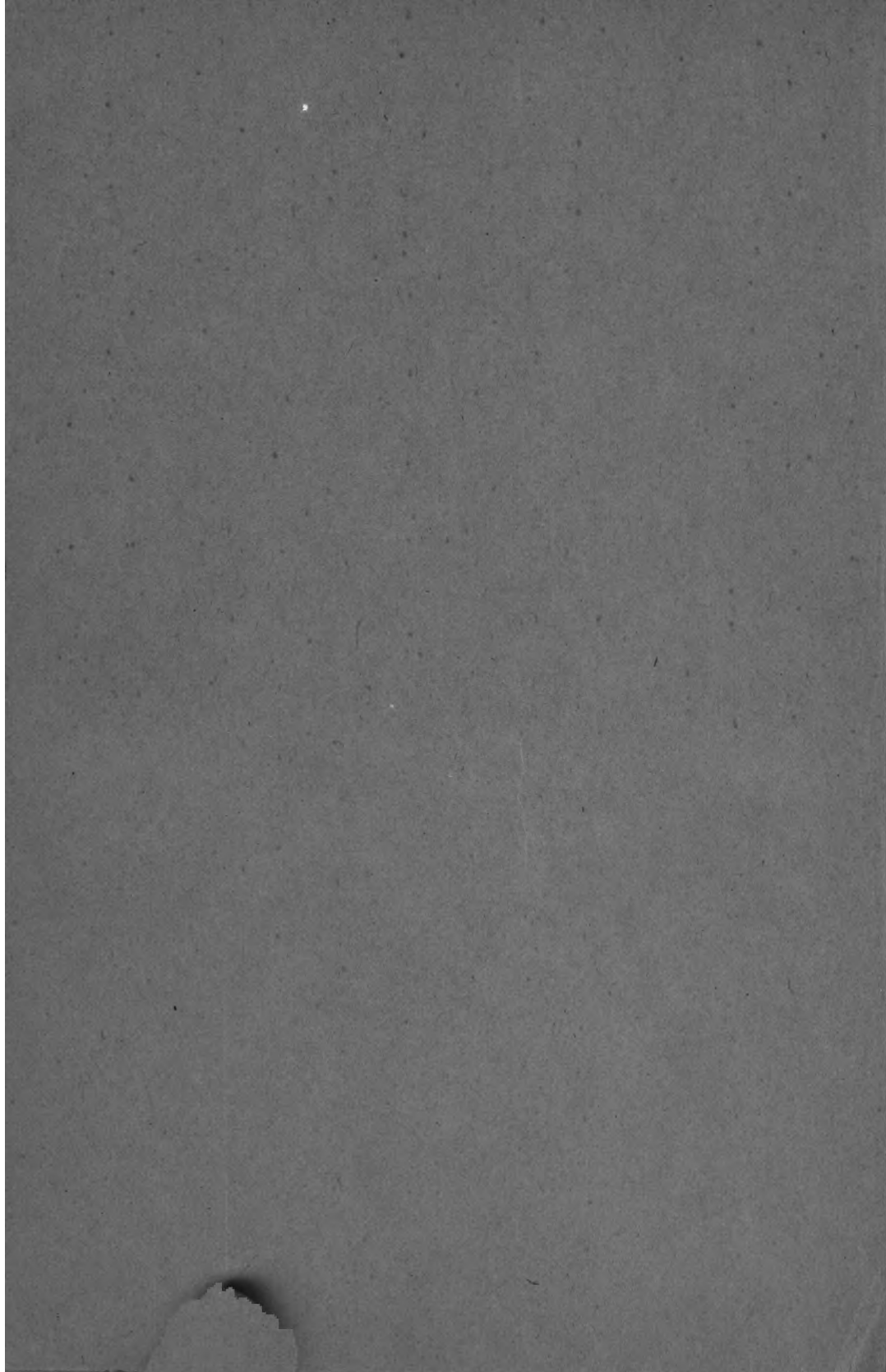


Dr. A. Pilez
* Lehrbuch *
der Speziellen
Psychiatrie *

8



Psych. Ward 616.8
P64



LEHRBUCH
DER
SPEZIELLEN PSYCHIATRIE

FÜR STUDIERENDE UND ÄRZTE

VON

DR. ALEXANDER PILCZ

Dozent für Psychiatrie und Neurologie an der Wiener Universität,
supplirender Vorstand der k. k. I. psychiatrischen Universitätsklinik in Wien.



LEIPZIG UND WIEN
FRANZ DEUTICKE
1904.

~~~~~  
**Verlags-Nr. 1013.**  
~~~~~

Druck von Bruno Bartelt, Wien, XVIII., Theresiengasse 3.

MEINEM HOCHVEREHRTEN LEHRER

HERRN

PROFESSOR D^{R.} JULIUS WAGNER v. JAUREGG

IN AUFRICHTIGSTER DANKBARKEIT UND VEREHRUNG

GEWIDMET.

149781

Vorrede.

Wenn ich trotz der großen Anzahl von Lehrbüchern der Psychiatrie auch mich mit einem derartigen Versuche an die Oeffentlichkeit wage, so leiteten mich zwei Gründe.

Bei der Unsicherheit und Unvollkommenheit unseres Wissens, welche die eigenartigen Schwierigkeiten gerade dieser Disziplin mit sich bringen, muß jedes Lehrbuch der Irrenheilkunde mehr als ein solches der übrigen medizinischen Fächer ein subjektives Gepräge an sich tragen, verschieden nach der Lehrkanzel oder Anstalt, der es entstammt. Man wird es daher begreiflich finden, daß in dem vorliegenden Buche hauptsächlich die Lehren jener Schule zum Ausdrucke kommen, in der ich, u. zw. ex cathedra und durch persönlichen Verkehr, mein Fachwissen erworben habe.

Ferner meine ich, daß noch immer Platz sei für ein den Bedürfnissen des praktischen Arztes und der Studierenden angepaßtes Buch, welches jegliche Theorie, anatomische, psychologische, historische Auseinandersetzungen als für den unmittelbaren praktischen Zweck überflüssig zur Seite läßt, das aber doch mehr als ein einfaches »Repetitorium« sein soll.

Diesem rein praktischen Zwecke entsprechend habe ich einen sogenannten »allgemeinen« Teil überhaupt nicht aufgenommen, sondern beginne sofort mit der Schilderung der einzelnen nosologischen Typen, wobei ich das Hauptgewicht auf die aus der Symptomatologie sich ergebende Differentialdiagnose und damit Prognose, sowie auf Erörterung der Therapie verlege. Stellenweise kleiner Druck, sowie Ueberschriften dürften die Uebersichtlichkeit erhöhen.

Die Klassifikation, einer der vielen heiklen Punkte der Psychiatrie, soll nur ein Versuch sein, den wichtigsten Krankheitsformen Rechnung zu tragen. Im Anhang habe ich die

wichtigsten für Oesterreich gültigen einschlägigen Gesetzesbestimmungen, Ministerialverordnungen etc. zusammengestellt.

Aus dem oben angedeuteten Grunde glaube ich auch von Literaturangaben vollständig absehen zu können. Dem Praktiker ist es doch wahrlich gleichgültig, ob dieses Phänomen zuerst im x. Bande der »Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie«, pag. so und so viel vom Autor A, jenes im y. Bande des »Journal of mental science« von B beschrieben wurde. Sollte vielleicht auch ein Fachkollege gelegentlich in dem Buche blättern, so wird er — hoffe ich — den Eindruck gewinnen, daß Verfasser nicht bloß bei Beschreibung der einzelnen Krankheitserscheinungen konkrete Beispiele eigener Erfahrung vor Augen hatte, sondern auch die ältere und moderne Literatur überall eingehend berücksichtigte. Nur hier, in der Vorrede, gestatte ich mir den Hinweis darauf, daß ich selbstverständlich nicht nur die Lehrbücher von v. Krafft-Ebing, Meynert, Kraepelin, Ziehen etc., die Monographien von Neisser, Bonhöffer, Ritti, Hitzig, Lombroso etc., stets zu Rate zog, sondern auch die wichtigeren als Journalartikel niedergelegten Publikationen verwertete. Daß ich dabei besonders Arbeiten der Wiener Schule herangezogen habe (Berze, Elzholz, Hirschl, v. Sölder, Redlich, Raimann, Stransky etc.), glaube ich betonen zu dürfen.

Vor allem aber »zitire« ich v. Wagner, meinen ehemaligen Chef und Lehrer, dessen Vorlesungen und zahllosen mündlichen Belehrungen ich überhaupt Vieles verdanke, was ich in dem schwierigen Fache der Psychiatrie an Wissen besitze.

Wien, Jänner 1904.

Dr. Pilcz.

Klassifikation.

- I. Akute funktionelle Geistesstörungen.
 - a) Melancholie
 - b) Manie
 - c) Amentia
 - Delirium acutum.
- II. Chronische funktionelle Geistesstörungen.
 - a) Paranoia
 - b) Periodisches Irresein.
- III. Alkoholische Geistesstörungen.
 - a) Delirium tremens
 - b) Akuter Alkoholwahnsinn (Halluzinose)
 - c) Pathologischer Rausch
 - d) Alkohol-Paranoia
 - e) Korsakoffsche Psychose.
- IV. Die Verblödungsprozesse.
 - a) Dementia paralytica
 - b) Dementia senilis
 - c) Blödsinn bei Herderkrankungen
 - d) Dementia praecox.
- V. Thyreogenes Irresein.
 - a) Myxödempsychose
 - b) Kretinismus.
- VI. Psychosen bei den großen Neurosen.
 - a) Epileptisches
 - b) Hysterisches
 - } Irresein.
- VII. Angeborene Defektzustände.
 - a) Idiotie
 - b) Imbecillitas
 - Der moralische Schwachsinn.
- VIII. Psychopathische Minderwertigkeiten.
 - a) Die »Süchtigen«
 - b) Zwangsvorstellungen
 - c) Impulsives Irresein
 - d) Psychopathia sexualis.

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Vorwort	V
Klassifikation	VII
I. Die akuten funktionellen Geistesstörungen.	
I. Kap. Melancholie	1
A. Symptomatologie	1
a) Psychisch	1
b) Somatisch	7
B. Decursus morbi	9
C. Prognose	9
D. Differentialdiagnose	10
E. Aetiologie	11
F. Therapie	11
II. Kap. Die Manie	15
A. Symptomatologie	15
a) Psychisch	15
α) Hypomanie	16
β) Mania gravis	18
b) Somatisch	20
B. Decursus morbi et Prognosis	21
C. Aetiologie	22
D. Differentialdiagnose	22
E. Therapie	23
III. Kap. Amentia (Meynert)	26
A. Symptomatologie	26
a) Psychisch	26
b) Somatisch	32
B. Decursus morbi et Prognosis	33
C. Aetiologie	35
D. Differentialdiagnose	37
E. Therapie	38
Anhang. Delirium acutum	41
II. Die funktionellen chronischen Geistesstörungen.	
IV. Kap. Die Paranoia	45
A. Symptomatologie	45
a) Psychisch	45
b) Somatisch	56

	Seite
B. Decursus morbi et Prognosis	57
C. Aetiologie	58
D. Differentialdiagnose	59
E. Therapie	60
Anhang. Die Paranoia querulans	60
Das induzierte Irresein	63
V. Kap. Das periodische Irresein	65
A. Allgemeines	65
a) Verlauf	65
b) Prognose	66
c) Aetiologie	67
d) Therapie	68
e) Pathologische Anatomie	69
f) Somatische Befunde	69
B. Spezielle Symptomatologie	70
a) Das zyklische Irresein	70
α) Symptomatologie	70
β) Verlauf	72
γ) Aetiologie	74
δ) Differentialdiagnose	74
b) Die periodische Manie	75
α) Symptomatologie	75
β) Verlauf	76
γ) Prognose	76
δ) Differentialdiagnose	76
c) Die periodische Melancholie	77
d) Die sogenannte »periodische Amentia« und »periodische Paranoia«	78
e) Periodisch-delirante Verworrenheitszustände	78
α) Symptomatologie	78
β) Aetiologie	79
γ) Therapie	79
f) Reflektorisch bedingte periodische Psychosen	80
Das menstruelle Irresein	80
g) Die sogenannten »periodischen Monomanien«	81
Die Dipsomanie	82
III. Die alkoholischen Geistesstörungen	85
VI. Kap. A. Delirium tremens	88
a) Symptomatologie	88
α) Psychisch	88
β) Somatisch	90
b) Decursus morbi et Prognosis	91
c) Aetiologie	92
d) Therapie	93

	Seite
B. Der akute Alkoholwahnsinn	94
a) Symptomatologie	94
b) Decursus morbi et Prognosis	95
c) Differentialdiagnose	96
d) Therapie	97
C. Der pathologische Rausch	97
D. Der Eifersuchtwahn der Trinker	99
Anhang. Die Korsakoffsche polyneuritische Psychose	102
a) Symptomatologie	102
α) Psychisch	102
β) Somatisch	104
b) Decursus morbi et Prognosis	105
c) Aetiologie	105
d) Pathologische Anatomie	106
e) Therapie	106
IV. Die Verblödungsprozesse.	
VII. Kap. Die Dementia paralytica	107
A. Symptomatologie	107
a) Psychisch	107
α) Die paralytische Demenz	107
β) Die paralytischen Geistesstörungen	111
b) Somatisch	114
α) Im Bereiche des Nervensystems	114
1. Pupillenstörungen	114
2. Anderweitige Störungen im Bereiche der Augennerven	116
3. Reflexe	116
4. Blasenstörungen	116
5. Sprachstörung	117
6. Schriftstörung	118
7. Anderweitige Erscheinungen im Be- reiche der Motilität (Kontrakturen etc.)	118
8. Paralytische Anfälle	119
9. Andere motorische Reizerscheinungen	121
10. Periphere Neuritis	121
β) Erscheinungen in der vegetativen Sphäre, trophische Störungen etc.	121
1. Othämatom	122
2. Abnorme Knochenbrüchigkeit	122
3. Dekubitus	122
4. Blutdruck, Zirkulation etc.	122
5. Temperatur	123
6. Körpergewicht	123
B. Decursus morbi	123
C. Aetiologie	126

	Seite
D. Differentialdiagnose	128
E. Pathologische Anatomie	130
F. Prognose	131
G. Therapie	132
VIII. Kap. Dementia senilis	135
A. Symptomatologie	135
a) Psychisch	135
b) Somatisch	140
B. Verlauf und Prognose	141
C. Differentialdiagnose	142
D. Pathologische Anatomie	143
E. Therapie	143
IX. Kap. Psychosis et cerebropathia circumscripta (Geistes- störung bei Herderkrankung)	144
X. Kap. Die Dementia praecox	146
A. Symptomatologie	146
a) Psychisch	146
b) Somatisch	152
B. Decursus morbi et Prognosis	152
C. Aetiologie	153
D. Differentialdiagnose	154
E. Therapie	158
V. Die thyreogenen Geistesstörungen.	
XI. Kap. A. Das myxödematöse Irresein	159
B. Der Kretinismus	161
VI. Das Irresein bei den großen Neurosen.	
XII. Kap. Epileptisches Irresein	164
A. Symptomatologie	164
a) Psychisch	164
b) Somatisch	172
B. Aetiologie	172
C. Pathologische Anatomie	174
D. Prognose	174
E. Therapie	175
XIII. Kap. Das hysterische Irresein	176
VII. Die angeborenen Defektzustände	185
XIV. Kap. Idiotie und Imbezillität	186
A. Idiotie	186
B. Imbezillität	188
C. Somatische Symptome	191
D. Pathologische Anatomie	191
E. Aetiologie	192
F. Therapie	193

Inhaltsverzeichnis.

XIII

	Seite
XV. Kap. Der moralische Schwachsinn	194
A. Symptomatologie	195
B. Aetiologie	199
C. Differentialdiagnose	199
D. Therapie	201
Anhang Simulation	202
VIII. Die psychopathischen Minderwertigkeiten	207
XVI. Kap. Die »Süchtigen«	209
A. Morphinismus	211
B. Kokainismus	215
XVII. Kap. Zwangsvorstellungen	217
XVIII. Kap. Das impulsive Irresein	224
XIX. Kap. Psychopathia sexualis	227
Anhang A. Medikamentöse Therapie	233
a) Eigentliche Hypnotika	233
b) Anderweitige medikamentöse Mittel	238
Anhang B. Die für die Psychiatrie wichtigsten österreichischen gesetzlichen Bestimmungen, Ministerialverordnungen etc.	242



I. Die akuten funktionellen Geistesstörungen.

I. KAPITEL.

Die Melancholie.

Die Melancholie ist gekennzeichnet durch eine primäre ängstliche, traurige Verstimmung mit Erschwerung und Hemmung der psychischen Prozesse und eigenartigen Störungen der Motilität, wobei häufig auch der Affektlage adäquate Wahnideen auftreten.

A. Symptome.

a) *Psychische.*

Der Affekt der Traurigkeit oder der Aengstlichkeit an sich ist nicht krankhaft. Erstere ist die psychische Reaktion auf ein Uebel, das schon eingetreten, gegenwärtig vorhanden ist, letztere gegenüber einem bevorstehenden, zu befürchtenden Mißgeschick. Als krankhaft wird die Stimmungslage dann anzusehen sein, wenn sie primär auftritt, d. h. ohne adäquate Ursache. Das primäre der Verstimmung wird besonders klar ersichtlich in Fällen, bei welchen die affektive Störung (zugleich mit später zu erörternden Anomalien auf dem Gebiete der Psychomotilität und des Assoziationsprozesses) vorliegt, ohne daß die Patienten selbst imstande wären, dafür irgendwelche Motive anzugeben (*Melancholia simplex, sine delirio*). Die Kranken sind traurig und können nicht sagen warum, sie empfinden heftige Angst und vermögen nicht zu sagen wovor. Die Aengstlichkeit ist vollständig inhaltslos, vergleichbar etwa der Angstempfindung geistig gesunder Personen bei Luft-hunger, bei stenokardischen Anfällen. In anderen Fällen werden von den Kranken verschiedene Erklärungen versucht,

äußere an sich reale Umstände oder Vorkommnisse herangezogen zur Motivierung der Verstimmung. In einer anderen Reihe von Fällen kommt es endlich zu echten Wahnideen (vide unten).

Es besteht also traurige, ängstliche Verstimmung; die Kranken sind überhaupt nicht imstande, Lustgefühle zu empfinden, und daher lösen auch Reize und Situationen, die normalerweise mit Lustgefühlen verbunden sind, nicht die entsprechenden Empfindungen aus (psychische Anästhesie). Die Kranken verlieren zunächst jede Freude an Unterhaltungen, an ihren früheren Liebhabereien usw. Diese Erscheinung bildet häufig für die Patienten eine Quelle peinlicher Selbstvorwürfe. Leute, die in ihren gesunden Tagen z. B. in religiösen Uebungen Erhebung fanden, klagen sich nun an, daß sie nicht mehr beten können, d. h. sie vermögen zwar mechanisch die Gebetformeln herzuaplappern, fühlen dabei aber nicht die innere Erbauung; sie zeihen sich der Lieblosigkeit ihrer Familie gegenüber, da der Anblick geliebter Personen ihnen keine Freude bereitet usw. Gewöhnlich liegt nicht nur die Unmöglichkeit vor, angenehme Gefühle zu empfinden, sondern Reize irgend welcher Art lösen nur unangenehme Gefühle aus (vergleichbar der Anaesthesia dolorosa), die Kranken sind daher empfindlich gegen äußere Reize (psychische Hyperästhesie), ein Punkt, der besonders für die Behandlung von Wichtigkeit ist. Wie die Kranken überhaupt keine angenehmen Vorstellungen in sich erwecken können, so findet bei ihnen auch der Gedanke nicht Raum, daß dieser höchst qualvolle Zustand sich je ändern oder ganz schwinden könne. Ein tiefer Pessimismus, absolute Hoffnungslosigkeit gehört zu den charakteristischen Erscheinungen der Melancholie und bildet einen Hauptgrund unbezwinglichen Lebensüberdrusses und der hartnäckigen Selbstmordneigung derartiger Kranker.

Das Selbstbewußtsein der Patienten ist tief gesunken, was sich auch in dem später zu erörternden charakteristischen Selbstanklagewahn und Versündigungswahn ausdrückt.

Auf assoziativem Gebiete besteht eine bedeutende Erschwerung und Verlangsamung. Ohne daß das Gedächtnismaterial wirklich Einbuße erlitten hätte, steht es dem Kranken nicht prompt zur Verfügung, die Reproduktion ist erschwert.

Die einfachsten Gedankenoperationen bereiten ungemeine Schwierigkeiten. Die Kranken selbst empfinden diesen Zustand als ein ihnen höchst peinliches Gefühl geistiger Verödung, sie kommen sich wie verblödet, ganz dumm vor. »Mein Kopf ist ganz leer — es fällt mir nichts ein« — usw. sind recht häufige Aeußerungen. Dementsprechend sind die sprachlichen Aeußerungen spärlich, monoton, erfolgen in halbwegs schweren Fällen überhaupt nicht spontan, sondern nur über wiederholtes unermüdliches Fragen, in einsilbiger Weise, zögernd. Auch dort, wo ein lebhafter Angstaffekt die Patienten sehr viel reden läßt, ist diese Gesprächigkeit nur eine scheinbare. Der Inhalt ist monoton, es sind stets dieselben wenigen, einförmigen Redewendungen, meist Interjektionen, die immer wieder vorgebracht werden, »Oh mein Gott — Jesus Maria — was geschieht mit mir — was habe ich denn getan« ? usw.

Bezüglich der Psychomotilität verhalten sich nun die Kranken verschieden je nach dem Vorherrschen der einfach traurigen oder ängstlichen Verstimmung. Zwar gibt es kaum einen Fall, bei welchem nicht beide der eben genannten Affektlagen bestünden, doch kann im Krankheitsbilde im konkreten Falle vorübergehend oder dauernd vorzugsweise ein bestimmter Affekt prävalieren.

Die einfach traurige Verstimmung oder die Angst beeinflussen nun das Gebaren der Kranken in eigenartigem Maße, so daß man die Melancholie nach dem psychomotorischen Verhalten auch einteilen kann in die *Melancholia passiva* und *Melancholia activa* (*agitata*). Bei Ersterer herrscht Hemmung nicht bloß auf assoziativem Gebiete, sondern auch die Umsetzung der psychischen Prozesse in Handlungen ist erschwert. In den leichtesten Graden erscheinen die Kranken für die Laienumgebung als »faul« oder »erschöpft«; sie vermeiden möglichst jedes Gespräch, jede Tätigkeit, jede Berührung mit der Außenwelt, liegen am liebsten den ganzen Tag beschäftigungslos auf dem Sofa oder im Bett (»Bettsucht«), es bemächtigt sich der Kranken eine eigentümliche Unentschlossenheit, Zweifelsucht, Willenlosigkeit (*Aboulie*), sie können sich zu nichts aufraffen, vernachlässigen ihren Beruf, verabsäumen, sobald die Störung höhere Grade erreicht, sogar die primitiv-

sten Obliegenheiten des täglichen Lebens, wie Sorge für Körperpflege, Reinlichkeit. In den schwersten Graden wird diese Bewegungsarmut zum Stupor. Die Kranken liegen äßerungs- und regungslos dahin, die Augen meist geschlossen, sprechen weder spontan noch auf Fragen (Mutazismus), nehmen keine Nahrung zu sich, lassen ihre Exkreme unter sich und bleiben darin liegen, lassen willenlos mit sich alles vornehmen (*Melancholia attonita s. cum stupore*). (Ueber Differentialdiagnose vide capt. X. D.)

Schon dem physiologischen Angstaffekt wohnt dagegen die Tendenz zu motorischen Entladungen inne. Man vergegenwärtige sich nur Leute, die sich in jenen leichtesten Graden ängstlicher Verstimmung befinden, wie sie etwa durch Verlegenheit oder ängstliche Erwartung gegeben ist. Die Leute halten nicht still, trippeln auf und ab, zupfen am Barte, an der Kleidung umher usw. Bei starker Aengstlichkeit, wie z. B. gelegentlich einer Feuersbrunst od. dgl., kommt es zu raptusartigen, völlig unbedachten und ungewollten Handlungen. Dementsprechend befinden sich auch die Kranken bei einem pathologischen Angstaffekt in steter Unruhe; von Hemmung ist keine Rede, bzw. sie wird durch die Angst durchbrochen, sie scheuern, wischen und zupfen rastlos an den Kleidern, an ihrem Körper umher (manche solcher Kranker weisen zahllose Kratzeffekte auf, die sie sich selbst zugefügt), sie ringen die Hände, raufen sich die Haare aus, reißen sich die Haut mit den Zähnen herunter, rutschen auf den Knien umher, jammern, schreien, stöhnen. Namentlich wenn die Aengstlichkeit plötzlich paroxysmusartig ansteigt (vide später), führt dies zu heftigen psychomotorischen Entladungen (*Raptus melanchol.*), zu blindlings ausgeführten Gewalttaten gegen sich selbst oder gegen die Umgebung. Während die starke Hemmung und Aboulie bei der einfach traurigen Verstimmung der Selbstmordabsicht ein bis zu einem gewissen Grade wirksames Gegengewicht hält, ist die Gefahr des Suicids bei den Angstmelancholikern eine außerordentlich große.

Es wurde oben erwähnt, daß die ängstlich traurige Verstimmung vielfach von den Kranken selbst nicht motiviert werden kann. In anderen Fällen sind es mehr minder harm-

lose Einzelheiten aus dem Vorleben der Patienten oder äußere Umstände, welche die Affektlage erklären sollen, ebenso gewisse Symptome der Melancholie selbst, wie die Arbeitsunfähigkeit, die Denkhemmung, das gesunkene Selbstbewußtsein, die psychische Anästhesie. Ein Mann hat vielleicht als Schuljunge onaniert und macht sich nun nach Dezennien darüber die bittersten Vorwürfe, eine Matrone klagt sich in den beweglichsten Worten irgend eines harmlosen Flirtes aus der Zeit ihrer Tanzschulstunden an. Die Kranken verzweifeln an ihrem Seelenheil, der Herrgott habe sie verlassen, sie seien große Sünder, sie könnten nichts mehr arbeiten, seien ganz schlecht, verdienen nicht die Mühe, die man sich ihretwegen gäbe, sie verdienen die härtesten Strafen.

Diese Fälle leiten schon hinüber zu den eigentlichen Wahnideen bei der Melancholie. Die Kranken klagen sich Verbrechen an, die sie niemals begangen haben, ja niemals begehen konnten, Verbrechen ganz ungewöhnlicher Art und Ausdehnung. Sie haben nicht nur sich, sondern ihre ganze Familie, die ganze Welt unglücklich gemacht, sie seien schuld an allgemeiner Hungersnot, an dem Tode Christi, am Weltkrieg, haben alle syphilitisch angesteckt, seien vom Teufel besessen, haben mit demselben sich fleischlich vermengt (Daemonomanie) usw. Manchmal haben die Wahnideen hypochondrische Färbung; das Gehirn sei eingetrocknet, sie seien ganz verfault, voll von Würmern, sie seien tot, sie existieren überhaupt nicht mehr, es gebe nichts auf der Welt, alles sei zugrunde gegangen (nihilistische Wahnideen), sie seien gar keine Menschen mehr, sondern Tiere (Lykanthropie der Alten), entsetzliche Strafen harren ihrer, das Schafott sei hergerichtet, sie werden nackt auf einer Insel ausgesetzt; wegen der (vielleicht realen) Veruntreuung einer kleinen Summe würden sie hingerichtet, sollen gerädert, verbrannt werden, können gar nicht sterben, müssen immer leben usw.

In dem Maße als das Selbstbewußtsein sinkt, steigt naturgemäß in der Beurteilung der Wert der Außenwelt, und so kommt es zu den eigentümlichen Größenideen durch Kontrast, die gelegentlich bei Melancholischen beobachtet werden können. Sie, die elenden Verbrecher, seien in einem herrlichen Palaste, unter Königen, Prinzen, Heiligen, Engeln.

Die Bildung reichlicher Wahnideen, namentlich solcher ungeheurerlicher Art ist übrigens ein Zeichen geschwächter Kritik; man findet derartiges also bei Leuten, welche eine gewisse psychische Schwäche aufweisen, bei von Haus aus Imbezillen und besonders bei senilen Individuen. Das Auftreten abundanter Wahnideen bei einer Melancholie ist daher auch prognostisch ungünstig aufzufassen; häufig gehen derartige Fälle in einen chronischen Zustand dauernder Demenz über.

Das Gebaren der Kranken wird auch durch die Wahnideen in mehrfacher bis zu einem Grade charakteristischer Weise beeinflusst. Das gesunkene Selbstbewußtsein der Patienten z. B. prägt sich auch darin aus, daß sie Sorge tragen (analog etwa der physiologischen übertriebenen Bescheidenheit und Devotion), sich nicht bequem und breit ins Bett zu legen oder auf einen Stuhl zu setzen. Sie nehmen nur die äußerste Kante ein, ein ganz kleines Plätzchen (»Bettrandstellung«), »weil sie des schönen Bettes nicht wert sind«. Die Wahnideen führen auch oft zu Nahrungsverweigerung (die also bei der Melancholie nicht nur in den stuporösen Fällen vorkommt); die Kranken wollen nicht essen, weil sie die Speisen gar nicht verdienen, weil sie verhungern wollen, oder weil sie Gift in den Speisen vermuten (Sitophobie, Abstinieren).

Eigentliche Sinnestäuschungen sind bei der echten Melancholie wohl ungemein selten, kommen aber entschieden vor; namentlich werden hypnagoge Halluzinationen häufiger angegeben, meist recht einförmiger Art und im Einklange mit der traurig ängstlichen Verstimmung. (Drohende, scheußliche Fratzen, beschimpfende und drohende Zurufe usw.) Häufiger als echte Halluzinationen sind Illusionen, d. h. an sich reale Sinneseindrücke werden wahnhaft verfälscht (es ist dies namentlich bei der Angstmelancholie der Fall). Aus den Reden der Umgebung heraus hören die Patienten Anklagen, Beschimpfungen, Drohungen, das Geräusch im Nebenzimmer mit Eßgeschirr hantierender Personen wird gedeutet als Kettengerassel, als Vorbereitungen für die Hinrichtung usw. In manchen Fällen aber mit dauernd traurig ängstlicher Verstimmung sind die Sinnestäuschungen reichlich, wechselnder. Derartige Bilder leiten fließend hinüber zu einer anderen

akuten Geistesstörung, zur halluzinatorischen Verworrenheit. (Man spricht auch von einer depressiven Amentia; vide cap. III. D.)

Das Sensorium ist fast in allen Fällen ungetrübt. Die räumliche, zeitliche Orientierung, Beurteilung der Personen, der Umgebung usw. ist erhalten. Die Kranken sind nicht verwirrt. Daraus, aus der Fähigkeit der Patienten die Außenwelt richtig zu beurteilen (abgesehen von der das Wesen der Krankheit bedingenden primären Stimmungsanomalie und den Erklärungs-Wahnideen), ergibt sich noch ein Symptom, das bei manchen Melancholikern in Erscheinung tritt, und das sonst nur noch bei der Paranoia vorkommt, die Dissimulation. Manche Kranke (zumeist Fälle einfach trauriger Verstimmung und ohne Wahnideen) sind imstande, oft in ganz erfolgreicher Weise, ihre Stimmungslage zu verbergen, eine gewisse Krankheitseinsicht und Heiterkeit vorzutäuschen, nur um eine Verminderung der Wachsamkeit seitens der Umgebung zu erzielen und so leichter einen Selbstmordversuch ausführen zu können.

b) Somatische Symptome.

Von auffallenden Erscheinungen in der körperlichen Sphäre müssen zunächst folgende genannt werden, die nicht nur der Melancholie allein, sondern den akuten funktionellen Geistesstörungen überhaupt zukommen. Das Körpergewicht sinkt stetig, schon vor Beginn der Erkrankung und nimmt dauernd einen mehr minder tiefen Stand ein, um erst dann — und zwar manchmal ganz auffallend rasch — wieder anzusteigen, wenn entweder die Heilung sich vorbereitet oder die Psychose in einen sekundären Schwächezustand übergeht. Beim weiblichen Geschlecht besteht gewöhnlich während der Dauer der Melancholie Amenorrhöe oder Unregelmäßigkeiten, öfteres Ausbleiben der Menses. Diese Störungen machen einem geregelten Menstruationsprozeß gleichfalls erst dann Platz, wenn die Geistesstörung heilt oder in sekundäre Demenz sich umwandelt. Konstantes regelmäßiges Ansteigen des Körpergewichtes und Wiedereintreten der Regeln, ohne daß gleichzeitig eine merkliche Besserung im psychischen Zustandsbilde

sich kundgibt, müssen daher als *signa mali ominis* aufgefaßt werden. Endlich ist der Schlaf meist hochgradig gestört.

Neben diesen Erscheinungen beobachtet man bei der Melancholie noch eine Reihe von anderen bemerkenswerten Symptomen, die bei den übrigen akuten Psychosen nicht konstant sind, oder ganz fehlen. Der Blutdruck ist enorm hoch, namentlich gilt dieses für die Fälle von Angstmelancholie. Die Zirkulation ist bei der einfach traurigen Verstimmung meist verlangsamt; es zeigen sich Stasen, die distalen Anteile der Gliedmaßen sind kühl, livid verfärbt und manchmal ödematös geschwollen.

Die Se- und Exkretion ist meist herabgesetzt (manchmal versagt auch die Tränensekretion, »tränenloses Weinen«), es besteht gewöhnlich hochgradige Anorexie, Widerwillen gegen Nahrung (ganz abgesehen von den oben erwähnten Fällen wahnhaft bedingter Sitophobie) und eine sehr hartnäckige Obstipation.

Der Muskeltonus ist herabgesetzt. Abgesehen von allerlei leichten neuritischen Erscheinungen (die bei akuten Geistesstörungen überhaupt nicht selten nachgewiesen werden können, die aber gerade bei der Melancholie weniger häufig angetroffen werden als z. B. bei der Amentia), verdient eine besondere Erwähnung die Druckschmerzhaftigkeit der Nerven, speziell der Valleixschen Punkte gerade bei der Angstmelancholie.

Es wurde schon oben erwähnt, daß der Angstaffekt zuweilen paroxysmenartige Exacerbationen erkennen läßt, nach Art des anfallsweisen Auftretens von Schmerzattacken bei einer Neuralgie. Es ist nun sehr bemerkenswert, daß das Angstgefühl recht häufig ganz genau lokalisiert wird u. zw. zumeist in praecordio, aber auch die Stirn oder der Bauch usw. wird als Sitz des Angstgeföhles angegeben. Man findet nun, daß in derartigen Fällen bestimmte Nervenpunkte exquisit druckschmerzhaft sind (am häufigsten also wird ein Druckpunkt im Bereiche der V. oder VI. linken Intercostalnerven angetroffen, oder im Supraorbitalis usw.), welche Druckempfindlichkeit zugleich mit den Exacerbationen der Angst eine beträchtliche Steigerung erfährt.

Die Beziehungen zwischen Neuralgie und Angst werden noch evidentere durch den Erfolg der Therapie (vide dieses Kapitel). (Ueber einen sehr bemerkenswerten Zusammenhang zwischen Schmerz und Angst vide auch unter *Dysphrenia neuralgica*, Cpt. V, A, c u. B, f.)

B. Decursus morbi.

Der Beginn der Melancholie ist gewöhnlich ein protrahierter. Vage Angstgefühle, grundlose Traurigkeit, allmähliche Abnahme der Denk- und Arbeitsfähigkeit leiten das Krankheitsbild ein. Ebenso allmählich vollzieht sich die Rekonvaleszenz, welche gewöhnlich einen eigentümlich remittierenden Verlauf zeigt. Tage relativen Wohlbefindens wechseln ab mit Rückfällen schweren Pessimismus. (Es ist gerade dieser Punkt besonders wichtig bezüglich der Selbstmordgefahr. Einerseits wird der Lebensüberdruß der Kranken, die eben schon zu hoffen begannen, durch diese Rückfälle in hohem Grade gesteigert, andererseits läßt die Umgebung durch die anfängliche Besserung nur zu leicht in ihrer Wachsamkeit nach.) Manchmal gehen die Patienten erst durch ein leicht manisch gefärbtes Rekonvaleszenzstadium hindurch, ehe sich allmählich Heilung einstellt.

Während der Dauer der Erkrankung selbst kann bei den meisten Fällen ein ziemlich regelmäßiger täglicher Intensitätswechsel beobachtet werden, derart, daß die Patienten gegen Abend zu immer ein wenig freier werden, während gerade die Früh- und Vormittagsstunden für die Kranken am qualvollsten sind (ähnliches gilt bekanntlich auch von vielen Neurasthenikern).

Von allen akuten funktionellen Geistesstörungen dauert die Melancholie durchschnittlich am längsten; man muß sich auf $\frac{1}{2}$ bis 1 Jahr gefaßt machen, aber auch bei Fällen von mehrjähriger Dauer muß nicht jede Hoffnung aufgegeben werden.

C. Prognose.

Die Melancholie ist eine heilbare Geistesstörung. Die Prognose wird jedoch getrübt einmal durch die eminente Selbstmordgefahr der Patienten. Man darf z. B. ruhig behaupten,

daß ein gut Teil all der äußerlich ganz unmotivierten Selbstmorde, über welche die Tagesblätter berichten, auf Rechnung verkappter Melancholiker zu setzen ist; ein glücklicherweise recht geringes Prozent der Fälle geht an Erschöpfung zugrunde. Abgesehen davon verläuft ein Teil typischer Melancholien aus uns vorläufig durchaus unbekanntem Gründen nicht günstig, sondern endet in einen chronischen Schwächezustand, in sogenannte sekundäre Demenz. Während die Kranken körperlich sich rasch erholen, zuweilen sogar abnorm fett werden, blaßt der ängstliche oder traurige Affekt allmählich ab, ja es zeigt sich manchmal ein eigentümliches Mißverhältnis zwischen Stimmung und Inhalt der Wahnideen. In affektloser Weise, zuweilen sogar bei lächelnder Miene, werden noch die alten Wahnideen hergeleiert, die Kranken veröden in geistiger Beziehung; in den schwersten Fällen etabliert sich ein Zustand so hochgradiger Demenz, daß die Patienten ein rein vegetatives Dasein führen.

Die Melancholie neigt, wie die akuten funktionellen Störungen überhaupt, zu Rezidiven.

D. Differentialdiagnose.

Der Zustand der echten Melancholie, wie sie als einmalige heilbare Geistesstörung auftritt, kann einmal verwechselt werden mit einer Melancholie im Verlaufe einer unheilbaren, weil stetig mit Regelmäßigkeit sich wiederholenden Form psychischer Erkrankung, mit der zirkulären oder periodischen Melancholie (vide später). Absolut verlässliche Kriterien für eine diesbezügliche Unterscheidung besitzen wir leider nicht. Immerhin verdienen folgende Punkte genannt zu werden, welche im konkreten Falle wenigstens den Verdacht auf periodische Geistesstörung erwecken dürften. Einmal kommt hier das Alter in Betracht. Beileibe nicht ausnahmslos, aber doch ungemein häufig; bedeutet eine im jugendlichen Alter einsetzende Melancholie nur den ersten Anfall einer zirkulären oder überhaupt periodischen Geistesstörung. In hohem Maße verdächtig dafür sind ferner jene Fälle, bei welchen Beginn und Heilung sich nicht allmählich vollzieht, sondern perakut einsetzen. Sehr rasch

(innerhalb weniger Tage) eintretenden Heilungen traue man nicht allzusehr. Man wird gut tun, sich folgende Möglichkeiten stets vor Augen zu halten, entweder Dissimulation (vide oben) oder Bevorstehen einer manischen Phase (zirkuläres Irresein). Das Fehlen jeglicher Menstruationsstörungen wird gleichfalls kaum je bei einer echten, sondern zumeist nur bei periodisch verlaufender Melancholie beobachtet.

Auf eine Differentialdiagnose gegenüber anderen Geistesstörungen — es kommen hier vor allem in Betracht progressive Paralyse, Dementia praecox, Paranoia — kann erst bei Erörterung der betreffenden Formen eingegangen werden.

E. Aetiologie.

Die Aetiologie der Melancholie deckt sich zum größten Teil mit der der akuten funktionellen Psychosen überhaupt und soll ausführlicher bei der Amentia erörtert werden.

Dem Alter kommt insoferne eine gewisse prädisponierende Bedeutung zu, als wie oben erwähnt, bei jugendlichen Individuen echte (d. h. nicht zirkuläre) Melancholien relativ selten beobachtet werden. Das Gros der Melancholien betrifft Individuen in der Zeit der Geschlechtsinvolution oder im Senium.

Der Einfluß psychischer Momente darf nicht ganz geleugnet werden (freilich nicht im Sinne der laienhaften Auffassung, daß der oder jener infolge unglücklicher Liebe tiefsinnig geworden sei, aber vielleicht auf dem Wege der somatischen Sphäre, durch Beeinträchtigung des Ernährungszustandes usw. können dauernd psychisch deprimierende Momente eine Melancholie vermitteln. In der Kasuistik des sogenannten post-operativen Irreseins z. B. sind gewisse, für das Leben verstümmelnde Operationen wie Amputation, Kastration usw. auffallend häufig gerade von Melancholie gefolgt.)

F. Therapie.

Vor allem erheischt der Angstaffekt eine energische Bekämpfung. Ist es schon einfaches Gebot der Menschlichkeit, die Qualen der jammernden, von entsetzlicher Angst gepeinigten

Kranken zu lindern, so stellt sich das Bedürfnis nach Beseitigung dieses Zustandes umso dringender dar, als wie schon erwähnt, die Gefahr des Selbstmordes gerade bei den Angstzuständen eine besonders hochgradige ist. Während alle unsere Schlaf- und Beruhigungsmittel dem Angsteffekt gegenüber einflußlos bleiben, erweist sich hier souverän wirksam das Opium und seine Präparate. (Es werden durch diesen Umstand die schon früher erwähnten Beziehungen zwischen Angst und Neuralgie um eine neue bereichert.)

Im allgemeinen bevorzugt wird die interne Verabfolgung von Opium. Nur wo infolge besonders heftiger Angst das Mittel von den Kranken nicht per os genommen wird, soll man zur Pravazschen Spritze greifen. (Extr. opii aquosi, nur als ultima ratio Morphin!) Da das Opium u. a. eine stark sekretionsherabsetzende, speziell obstipierende Wirkung entfaltet, Koprostase aber einerseits bei allen akuten funktionellen Psychosen möglichst bekämpft werden soll (vide sub Aetiologie bei Amentia), andererseits hartnäckige Obstipation gerade bei der Melancholie die Regel ist, gibt man das Opium kombiniert mit Laxantien, am besten etwa, indem man ein Purgans als Pillenkonstituens wählt, z. B. etwa nach nachfolgender Formel:

Rp. Extr. opii aquos. 2·0
 Extr. radic. rhei
 Pulv. radic. rhei \overline{aa} s. qu.
 F. pil. N. C.

D. täglich 3—9—15 Pillen auf dreimal im Tage verteilt.

Die Wirksamkeit der Opiumtherapie ist für den Angsteffekt spezifisch, richtet sich nicht gegen die Melancholie als solche. (Man hatte früher systematisch Melancholien mit Opium behandelt, ist aber davon wieder abgekommen.) Die Fälle werden in ihrer Verlaufsdauer nicht abgekürzt, das Opium ist auch wirkungslos gegenüber der einfach traurigen Verstimmung, allein der Angsteffekt wird in hervorragend günstiger Weise durch das Opium beeinflusst. (Wiederholt kann man sich von dieser günstigen Wirkung auch dadurch überzeugen, daß durch die Opiumtherapie beruhigte Melancholiker bei vorzeitigem versuchsweisen Aussetzen dieses Mittels wieder sehr rasch ängstlich werden.) In gar nicht seltenen Fällen genügt auch

die Opiumbehandlung an sich, um Schlaf herbeizuführen; in anderen muß man außer Opium noch eines der eigentlichen Schlafmittel anwenden. (Ueber die Behandlung der Schlaflosigkeit vide die zusammenhängende Darstellung: Anhang A, nur so viel sei hier betont, daß das Opium lediglich in Fällen von Angstmelancholie angezeigt ist; bei allen übrigen Formen von Erregung und Agrypnie erscheint seine Anwendungsweise nicht gerechtfertigt.)

Unter Berücksichtigung der oben dargelegten Erörterungen über die psychische Hyperästhesie müssen alle die von Laien, aber auch manchmal von Aerzten in der besten Absicht unternommenen »Aufheiterungs- und Zerstreungsversuche« als verkehrte Maßregeln bezeichnet werden. Es ist ganz verfehlt, Melancholiker, die für heitere Vorstellungen überhaupt unempfindlich sind, bei denen Sinnesreize jeglicher Art nur Unlustgefühle auslösen, in Gesellschaften, in Vergnügungen zu zerren, auf Reisen zu schicken usw. Je weniger Reize man auf das erkrankte Gehirn einwirken läßt, desto besser. Schon aus diesem Grunde empfiehlt es sich, die Kranken, wenn irgend möglich, dauernd im Bette zu halten; man schütze sie nach Möglichkeit vor allen starken Sinnesreizen (Straßenlärm, helles Licht usw.). Durch die Bettbehandlung wird außerdem auch die Ueberwachung erleichtert.

Bei dieser Gelegenheit kann nicht scharf genug die eminente Selbstmordgefahr derartiger Patienten betont werden; die allersorgfältigste, im buchstäblichen Sinne kontinuierliche Ueberwachung muß den Angehörigen und dem Pflegepersonal eingeschärft werden. Die Kranken sollen keinen Augenblick unbeaufsichtigt sein (in Anstalten dürfen die Patienten z. B. auch nicht zur Befriedigung ihrer körperlichen Bedürfnisse das Zimmer verlassen, sondern müssen sich speziell im Wachzimmer selbst aufgestellter Leibstühle bedienen). Besonders scharfer Ueberwachung bedürfen, wie schon erwähnt, die Patienten auch im Rekonvaleszenzstadium.

Von anderen Symptomen erheischen ein besonderes Augenmerk die Nahrungsverweigerung und die hartnäckige Obstipation. Bezüglich letzterer vide Kapitel Therapie bei Amentia. Bei die Nahrungsaufnahme verweigernden Kranken führt recht

häufig Geduld, unermüdliches Zureden zum Ziele; man füttert die Kranken nach Art kleiner widerwilliger Kinder, indem man ihnen die Speisen immer wieder zum Munde führt, begnüge sich mit der jeweiligen Aufnahme weniger Bissen, wiederhole aber dafür diese Versuche (»Ausspeisen« im Anstaltsjargon genannt) häufig. Um möglichst viel Nährstoff in geringem Volumen zuzuführen, erweisen sich die verschiedenen Nährpräparate (Plasmon usw.) recht gut. In manchen Fällen bleibt aber nichts übrig, als die künstliche Ernährung mittels der Sonde (vide Kapitel III. E.).

II. KAPITEL.

Die Manie.

Bei der Manie besteht, bei raschem Stimmungswechsel, primäre reizbare, zornige oder heitere, euphorische Affektlage, Ablenkbarkeit und Beschleunigung des Gedankenganges, Erleichterung der Umsetzung psychischer Vorgänge in motorische Akte, Bewegungsdrang bis zur Tobsucht.

A. Symptomatologie.

a) *Psychisch.*

Die Stimmung ist vorwiegend heiter oder reizbar, aber im Gegensatze zur Melancholie wird eine bestimmte Affektlage nicht dauernd festgehalten, die Stimmung ist vielmehr unheimlich labil. Ausgelassene Lustigkeit schlägt plötzlich auf geringfügige äußere Anlässe oder ohne solche in heftige zornwütige Erregung oder große Rührseligkeit um und vice versa. Die Kranken erblicken alles im rosigen Lichte, Unannehmlichkeiten, ja ernste Schicksalsschläge (Nachrichten von Todesfällen geliebter Personen usw.) gleiten nahezu spurlos an der unzerstörbaren Euphorie ab oder hinterlassen wenigstens nach einer momentanen heftigen Reaktion keinen nachhaltigen Eindruck. Der unmotivierter Optimismus bricht immer wieder durch. Das Selbstbewußtsein ist bedeutend gesteigert, die Kranken empfinden ein Gefühl besonderen geistigen und körperlichen Wohlbefindens, gesteigerter Leistungsfähigkeit, »ich war nie vorher so gesund wie jetzt«, hört man öfters Manische äußern (gerade so wie manische Paralytiker).

Es besteht eine Erleichterung und Beschleunigung auf assoziativem Gebiete, ebenso ist die Umsetzung psychischer

Prozesse in motorische Akte erleichtert, findet überstürzt statt. Diese sogleich noch näher zu schildernden Störungen des Assoziationsprozesses und der Psychomotilität weisen sehr verschiedene Intensitätsgrade auf, so daß man nach der Schwere der Erscheinungen das Zustandsbild der Manie einteilt in die Mania mitis (Hypomanie) und die Mania gravis, welche Formen nun gesondert besprochen werden sollen.

α) Hypomanie.

Der Gedankengang ist abspringend, eine Fülle von Erinnerungen taucht auf und mengt sich störend ein in den geordneten Gedankenablauf; ebenso wird derselbe stetig beeinflußt und unterbrochen durch irgendwelche Sinnesreize, die Patienten sind also leicht ablenkbar. Die Ausdrucksweise ist ungemein weitschweifig, die Patienten verlieren sich in unzählige Einzelheiten, gelangen vom Hundertsten ins Tausendste, verlieren ganz den Faden, vergessen unter dem Reden, was sie anfänglich sagen wollten, infolge der vielen Reminiszenzen, Reaktionen auf Außenvorgänge, Eindrücke aus ihrer Umgebung. Die sprachlichen Äußerungen fallen auch auf durch Tendenz zum Reimen, Herumwerfen mit Zitaten, Auskramen von Sprichwörtern, Gemeinplätzen, Kalauern mehr oder minder zweifelhafter Qualität.

Die Kranken legen ferner eine außerordentliche Vielgeschäftigkeit an den Tag. Sie interessieren sich plötzlich für zahllose Dinge, beschäftigen sich mit schönen Künsten, Politik, beginnen das Studium fremder Sprachen, philosophischer Bücher. Sie stürzen sich in ausgebreitete Korrespondenzen, jagen Vergnügungen, Gesellschaften nach, bestürmen ihnen kaum oberflächlich bekannte Personen mit Besuchen usw. Dabei sind die Patienten sehr unstät; sie beginnen tausenderlei mit Feuereifer, lassen aber jede angefangene Tätigkeit alsbald wieder fahren, um ein neues Unternehmen anzupacken. Trotz der rastlosen Tätigkeit fühlen die Patienten keine Ermüdung, weder psychisch noch physisch.

In den allerleichtesten Graden können die Patienten tatsächlich den Eindruck einer gesteigerten geistigen Gesundheit

hervorrufen, namentlich soweit es sich um psychische Leistungen handelt, die mehr Produkte der Phantasie als ernsterer Denkarbeit sind. Leute vom Schlage des Durchschnittsbanausen werden auf einmal witzig, gesprächig, unternehmend. Ein zeitgenössischer französischer Komponist z. B. hatte seine glücklichsten Inspirationen während einer Manie, einer meiner Kranken schrieb während der Manie recht hübsche Feuilletons für die Zeitung usw. In halbwegs höheren Graden aber ist von einer gesteigerten Leistungsfähigkeit keine Rede, die Patienten sind vielmehr recht bald berufsunfähig wegen der eigentümlichen Unstärke ihres Wesens, abgesehen von anderen der Manie eigenen Symptomen, auf die jetzt eingegangen werden soll. Es treten nämlich gerade bei den leichteren Graden dieser Geistesstörung mehr als bei der Mania gravis eigentümliche Züge einer Charakterveränderung ad pejus auf.

Das gehobene Selbstbewußtsein drängt einmal naturgemäß dazu, sich auf Kosten anderer geltend zu machen. Wie beim »Rausch« oder in den »Flegeljahren« kommt es zu allerlei tölpischen »Kraftproben«, die Kranken necken und mißhandeln ihre Umgebung, geraten überall in Konflikte, sind anmaßend, hochgradig reizbar, unfügsam, glauben sich über alles und jedes hinwegsetzen zu dürfen, nicht nur über die ungeschriebenen gesellschaftlichen Normen, sondern nur allzuhäufig in echt manischer Skrupel- und Sorglosigkeit auch über die geschriebenen Paragrafen der Gesetzbücher. Alle Triebe, deren Befriedigung mit Lustgefühlen verbunden ist, sind enorm gesteigert; es kommt zu groben Exzessen in baccho und venere bei sonst durchaus gesitteten mäßigen Menschen. Die sexuelle Erregung drückt sich in den leichtesten Graden nur in gefallsüchtigem koketten Wesen aus, in Vorliebe für Zweideutigkeiten, obszönen Redensarten, auffallender Toilette. Der gesteigerte Geschlechtstrieb weiß sich aber sehr häufig gebieterisch Recht zu verschaffen in einer Weise, welche für das Individuum die schwerwiegendsten Folgen in sozialer Hinsicht nach sich ziehen kann. Weibliche Personen geben sich dem nächstbesten hin, männliche Individuen geben eine absolut unpassende Ehe ein usw.; nicht wählerisch in den Mitteln, welche zur Bestreitung der gesteigerten Genußsucht dienen sollen, werden die Kranken

auch oft kriminell durch Diebstähle, Hochstapelei usw. Bei der Reizbarkeit der Kranken sind auch Delikte der öffentlichen Gewalttätigkeit etc. nicht selten.

β) *Mania gravis.*

Die Vielgeschäftigkeit, die Erregung auf psychomotorischem Gebiete, nimmt elementareren Typus an. Die Kranken halten keinen Augenblick stille, springen, tanzen, singen, wissen sich für ihre Hände stets eine Tändelei, ein Spielzeug. Bald aber verlieren die motorischen Akte überhaupt den Charakter von zweckdienlichen Handlungen, es kommt zur »Tobsucht« (»*délire des actes*«).

Der Bewegungsdrang hat den Charakter eines selbständigen Symptomes. Was den Patienten in die Hände fällt, wird Objekt ihrer Tätigkeit, welche freilich zumeist mit Zerkleinerung und der Zerstörung der Gegenstände einhergeht. Die Patienten demolieren das Mobilar, sie zerreißen und zerpupfen die Kleidungsstücke, sie spielen mit den Speisen, werfen und schmieren damit, schmieren mangels anderer Stoffe auch mit ihren Exkrementen, bemalen damit sich und die Zimmerwände.

Die Ablenkbarkeit, die Störung auf assoziativem Gebiete wird zur »Ideenflucht«.

Jeder Sinnesreiz, jede Reminiszenz gibt dem Gedankengang sofort eine neue Richtung. Die Assoziationen werden auch nicht mehr beherrscht durch bestimmte Zielvorstellungen, sondern gehorchen anderen Gesetzen, z. B. dem der einfachen Klangähnlichkeit (wie beim Reimen) oder dem der einfachen Reihenbildung. In den schwersten Graden kommt es gar nicht mehr zu ganzen Sätzen, sondern nur einzelne Hauptworte werden aneinandergereiht. Gerade der Mechanismus der Reihenbildung z. B. oder die Beeinflussung durch äußere Sinnesreize usw. läßt sich aber immer in recht deutlicher Weise erkennen, so daß man die ausgelassenen Glieder des Gedankenganges meist ergänzen, daß man den Gedankensprüngen meist gewissermaßen folgen kann (im Gegensatze zum sogenannten »Wortsalat«, zu dem sinnlosen Gefasel der Katatoniker; vide speziell Kapitel X., A, a und D). Die *Copia verborum* derartiger

Kranker ist geradezu verblüffend, läßt sich nicht simulieren; einzelne Patienten sind ob ihres vielen Redens ganz heiser (einer unserer Patienten hatte sogar eine laryngoskopisch zu konstatierende Hypertrophie der Stimmbänder im Laufe der Jahre [period. Manie] bekommen).

Sprachprobe: (nach Stenogramm.) »Die Bäume sind so schön grün — ja spinatgrün. Spenadel, stechen, der Vater hat eine Sau abgestochen — die ist auch so eine Hure.«

Einen höheren Grad stellt folgendes Beispiel dar: »Mainz, Linz, Brand, Land, Meier, Dreier, Willen, Zillen, Komotau, das ist in Niederösterreich. Wien, Trier, Köln, Kalk, König, Tonnen, Tannen, König, alles in Niederösterreich, in Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Böhmen, Oberland, Bergland, Stadt, Dorf, Berg und Krone, Leinwand und Sack, Salz, Schmalz, Malz, Bier, Rum, Butter, Luther und Grafenschaft Mähren, Böhmen, Galizien, Schlesien« usw.

* * *

Sinnestäuschungen werden bei der Hypomanie nicht beobachtet, sind aber auch bei der echten Mania gravis nicht häufig. Fälle, bei welchen Halluzinationen in reichlicherem Maße auftreten, bei gleichzeitig charakteristischen Störungen in dem Symptomentrias: Stimmung, Assoziationsprozeß, Psychomotilität, führen durch fließende Uebergänge hinüber zu einem anderen Krankheitsbilde, der Amentia. Die Sinnestäuschungen, welche bei der Manie vorkommen, sind flüchtiger Natur, spielen sich meist ab im Gebiete des Gesichts- und Gehörsinnes, haben an sich nichts charakteristisches (vide sub Amentia.)

Auch eigentliche Wahnideen sind nur selten. Die gewaltige Selbstüberschätzung, die manische Euphorie führt wohl zu Aeußerungen, welche auf den ersten Blick vielleicht als Größenideen erscheinen können. Meist halten sich dieselben aber im Rahmen des »Renommierens« mit körperlichen und geistigen Vorzügen, Fähigkeiten usw. Man kann sich manchmal davon überzeugen, daß die Kranken selbst nicht recht daran glauben, wenn sie sich hohe Titel anmaßen, von Beziehungen zu hohen Persönlichkeiten, wichtigen ihnen anvertrauten Kommissionen flunkern usw. Derlei Größenideen der Manischen sind auch

weder fixiert, systemisiert (wie bei der Paranoia), noch tragen sie durch ungeheuerliche Maßlosigkeit den Stempel der geistigen Schwäche an sich (wie die Größenideen der Paralytiker).

Das Sensorium ist bei der Hypomanie stets frei, aber auch bei der Mania gravis sind die Kranken, welche ob ihrer unerschöpfbaren Logorrhöe und des stark abspringenden Gedankenganges den Eindruck der Verwirrtheit hervorrufen, sehr häufig überraschend gut orientiert; es entgeht ihrer Aufmerksamkeit keine Einzelheit aus ihrer Umgebung, neue Persönlichkeiten, Anstaltsklatsch usw. Manchmal entsprechen die Antworten, die anscheinend auf Verwirrtheit bezogen werden können, nur der eigenartigen assoziativen Störung oder sind vielleicht auch bloß auf die Neigung der Manischen zu schlechten Witzen zurückzuführen. In den schwersten Graden allerdings kommt es bei der Flüchtigkeit, mit der Sinnesindrücke verarbeitet werden, und Leichtigkeit, mit der ganz entfernte Assoziationen in sprunghafter Weise ausgelöst werden, zu Personenverkennung, zu echter Verwirrtheit, welche dann den Charakter der ideenflüchtigen Verworrenheit erkennen läßt.

b) Somatisch.

Zunächst sind wieder zu nennen die schon bei der Melancholie besprochenen Störungen des allgemeinen Ernährungszustandes, des Schlafes und des Menstruationsprozesses. Auffallend ist die Unempfindlichkeit der Kranken gegen schmerzhaft Reize, gegen Unlustgefühle überhaupt. Ohne daß eigentliche Sensibilitätsdefekte bei objektiver Prüfung sich nachweisen ließen, ertragen die Patienten schmerzhaft Reize auffallend gut, springen z. B. (wenn man sie daran nicht hindert) bei empfindlicher Kälte nackt herum, schonen verletzte oder entzündete Gliedmaßen in keiner Weise usw. Hieher gehört auch der hohe Grad von Unermüdllichkeit derartiger Kranker. Gerade so wenig wie sich trotz der unausgesetzten rastlosen Tätigkeit ein entsprechendes Schlafbedürfnis einstellt, dieser vielmehr in hohem Maße gestört ist, ebenso mangeln den Patienten die körperlichen Ermüdungsgefühle. Das Toben der Manischen würde ein Gesunder einfach keinen Tag, ja nicht einmal wenige

Stunden aushalten; das Toben ist eines der Symptome, die sich nicht simulieren lassen. (Aus dem oben Gesagten erklärt sich zum Teil die von Laien vielfach übertriebene Anschauung von der übermenschlichen Kraft Tobsüchtiger. Die Muskelkraft der Patienten an sich ist nicht gesteigert, doch ist der Manische einer geistig gesunden, gleich kräftigen Person darin überlegen, daß diese z. B. gelegentlich eines Kampfes mit dem Tobenden bald ermüdet, während Jener dauernd gleich frisch und kräftig bleibt. Nebenbei darf übrigens auch nicht die Rücksichtslosigkeit, das Fehlen jeglicher Hemmung vergessen werden, mit der Tobende ihre motorischen Akte ausüben.)

Weniger charakteristisch sind die Erscheinungen seitens des Zirkulationsapparates. Der Puls ist meist recht beschleunigt (übrigens oft nicht im absoluten Sinne, sondern nur im Vergleich zu der dem Kranken im gesunden Zustande habituellen Pulsfrequenz). Der Blutdruck ist niedrig, aber im Gegensatz zum Verhalten bei der Melancholie nicht dauernd, sondern auch labil, plötzlicher Zornaffekt z. B. schnell den Blutdruck in die Höhe. Der Muskeltonus ist gesteigert.

In einigen Fällen, welche schon hinüberleiten zum Zustandsbilde der Amentia, kann man auch allerlei andere Symptome finden, die im Sinne einer Allgemeinerkrankung des Organismus zu deuten sind, wie z. B. abnorme Harnbestandteile (vide des näheren sub Amentia).

B. Decursus morbi und Prognose.

Nach einem kurzen melancholisch gefärbten Vorstadium, aber auch manchmal ohne ein solches, entwickelt sich ziemlich rasch das Zustandsbild, das nun einige Wochen bis Monate mit wechselnder Intensität anhält. Ein und dasselbe Individuum kann z. B. alle Stadien von leichter Hypomanie bis zur Mania gravis durchlaufen. Die Rekonvaleszenz ist meist protrahiert, recht häufig beschließt ein leichtes melancholisches Nachstadium das Bild.

Die Manie dauert von allen akuten funktionellen Geistesstörungen im Durchschnitt am kürzesten. Die Krankheit verläuft innerhalb weniger Wochen bis Monate (doch gibt es

auch hier Fälle von extrem langer Dauer, die, solange nur das Zustandsbild an sich ein manisches bleibt, die größte Aussicht auf Heilung bieten).

Der Manie kommt von allen funktionellen akuten Geistesstörungen die beste Prognose quoad sanationem zu. Nahezu alle Fälle sieht man heilen. Das eben Gesagte wird aber leider durch den Umstand sehr eingeschränkt, daß gerade die Manie als echte einfache Geistesstörung ungemein selten ist. Zieht man die Grenze gegenüber der Amentia ziemlich scharf, so muß gesagt werden, daß die überwiegende Mehrheit aller manischen Zustandsbilder bloß Phasen, einzelne Anfälle einer zirkulär oder einfach periodisch verlaufenden Geistesstörung darstellen. Besonders gilt dies von der Hypomanie.

Die echte einfache Manie hat meist den Charakter der Mania gravis; aber auch hier bleibt es selten bei einer einmaligen Erkrankung. Die Gefahr der Rezidive ist erfahrungsgemäß hier ebenso groß wie bei der Melancholie oder Amentia.

Die Prognosis quoad vitam ist gut. Nur in ungemein seltenen Fällen kommt es zum Exitus durch Erschöpfung, oder z. B. durch eine Komplikation, welche durch das rücksichtslose Toben der Kranken selbst herbeigeführt wurde (vereiternde Frakturen, Sepsis usw.).

C. Aetiologie.

Die Aetiologie der einfachen Manie deckt sich mit der der akuten funktionellen Geistesstörungen überhaupt. Die ursächlichen Momente der periodisch verlaufenden Formen werden in dem betreffenden Kapitel Erörterung finden.

D. Differentialdiagnose.

Wie schon erwähnt, ist die echte Manie sehr selten, so daß rein manische Zustandsbilder eo ipso immer die Befürchtung eines periodischen Leidens erwecken müssen. Am günstigsten in dieser Hinsicht erweisen sich die Bilder der Mania gravis, namentlich mit schwerer Verwirrtheit, (die Grenzfälle zwischen Manie und Amentia), mit protrahierter Lösung der Anfälle und deutlichen Störungen in der körperlichen Sphäre. Perakutes

Einsetzen und rasche, fast kritische Heilung spricht für eine periodische Erkrankung, ebenso ungestörter Menstruationsprozeß. Die Hypomania erscheint überhaupt nahezu ausnahmslos als Teilerscheinung zirkulärer oder sonst periodischer Geistesstörung. Geradezu pathognostisch für eine zirkuläre Manie ist ein auffallender Turgor vitalis (vide sub Kapitel V, A. f.) also besonders ein Ansteigen (!) des Körpergewichtes während der manischen Phase.

Eine Verwechslung manischer motorischer Erregung mit der Agitation einer Angstmelancholie ist kaum möglich. Schon der unverkennbare Affekt allein klärt über die Krankheit auf, ebenso die Monotonie und der Inhalt der sprachlichen Aeußerungen usw.

Differentialdiagnostische Schwierigkeiten können sich aber ergeben z. B. gegenüber gewissen Erregungszuständen bei den jugendlichen Verblödungsprozessen, gegenüber der progressiven Paralyse und gegenüber manchen Formen epileptischer Geistesstörung. Darüber genaueres in den betreffenden Kapiteln.

E. Therapie.

Eine besondere Bekämpfung erheischt die Erregung auf psychomotorischem Gebiete. Abgesehen von gewissen medikamentösen Mitteln (den eigentlichen Hypnotika, welche zusammenfassend im Anhang besprochen werden sollen), bewähren sich besonders gewisse hydropathische Maßnahmen; die sogenannten »protrahierten« oder Stundenbäder (Wannenbäder von etwa 26° R; während der Dauer des Bades, die auf mehrere Stunden ausgedehnt werden kann, soll der Kopf der Kranken mit kalten Bauschen bedeckt werden), ferner die feuchten Einwicklungen (namentlich für die Familienpflege geeignet); der Körper wird in ein in Wasser von Zimmertemperatur eingetauchtes Leintuch geschlagen, darüber kommt ein zweites trockenes Tuch. In dieser Einpackung bleibt der Kranke 1 bis 2 Stunden liegen, während welcher Zeit ebenfalls der Kopf mit kalten fleißig zu wechselnden Bauschen bedeckt werden soll. (Kontra-indiziert sind diese Wicklungen bei Fiebernden oder bei Zuständen von Herzschwäche.)

Manchmal (in der Anstaltspflege sehr selten, eher in der Familienpflege, gelegentlich eines Transportes) wird man zu rascher Bekämpfung hochgradiger motorischer Erregung vom Hyoscin Gebrauch machen (*Hyoscinum muriatic.* 0·0005—0·001 subkutan). Entschieden zu warnen ist vor dem Alkohol, der auch in kleinen Dosen die Erregung der Manischen bedeutend steigert.

Auch bei der Manie hat man mit der konsequent durchgeführten Bettbehandlung die besten Erfolge erzielt (bei periodisch Manischen z. B. überzeugt man sich, daß die einzelnen Anfälle viel milder verlaufen als frühere ohne Bettbehandlung). Freilich liegt es in der Natur der Sache, daß gerade bei der lebhaften Unruhe derartiger Kranker die Bettbehandlung auf große Schwierigkeiten stößt und ein besonders zahlreiches und geschultes Wartepersonale bedingt.

Die Bettbehandlung erweist sich, speziell in Anstalten, schon aus dem Grunde sehr segensreich, weil dadurch in wirksamer Weise die Umgebung des lästigen, störenden Patienten vor diesem, dieser selbst aber auch vor seiner Umgebung geschützt wird, die — es handelt sich ja doch um Geisteskranke — bei den vielen durch den Manischen heraufbeschworenen Konflikten selbstredend auch nicht immer rein passiv und reaktionslos bleibt. Dieser Indikation (Schutz des Kranken gegenüber der Umgebung) entspricht auch die Isolierung, der ich, trotz gewisser moderner Richtungen in der Irrenpflege, hier warm das Wort reden möchte. Sehr häufig kann man sich unmittelbar davon überzeugen, daß Kranke, die durch ihre Umgebung aufgeregt werden, die umgekehrt durch ihr Treiben eine ganze Abteilung in Erregung versetzen, in der Zelle sofort sich beruhigen. Gar nicht selten verlangen sich Manische in recht einsichtiger Weise spontan für einige Stunden in die Zelle. Mit besonderem Vorteile wird die Isolierung mit der Bettbehandlung verbunden.

Bei Erörterung der Therapie darf auch die Frage der Anstaltsinternierung nicht vergessen werden. Kranke mit Mania gravis sind ja an sich kaum je in häuslicher Pflege haltbar. Allein auch bei den leichten Formen trachte der Hausarzt, wenn irgend möglich, die Internierung des Kranken in eine

geschlossene Anstalt durchzusetzen. Man vergegenwärtige sich nur, wie viel Schaden an Gut und Gesundheit der Kranke durch seine abnorm gesteigerte Genußsucht, seine manische Skrupellosigkeit, Selbstüberschätzung und Reizbarkeit über sich und seine Angehörigen heraufbeschwören kann. (Kriminelle Komplikationen!) Namentlich bei jungen weiblichen Individuen sei man auf die schwerwiegenden, nicht wieder gut zu machenden gesellschaftlichen Folgen bedacht, die ein leicht manischer Erregungszustand nach sich ziehen kann. (Defloration! Schwängerung.)

Durch die steten Reize der Außenwelt, insbesondere durch Alkoholexzesse wird außerdem jede Manie an sich schon gesteigert, so daß auch für die Hypomanie eine Ueberbringung in eine geschlossene Anstalt wohl das beste ist.

III. KAPITEL.

Amentia (Meynert).

Akute halluzinatorische Verworrenheit.

Die Amentia ist gekennzeichnet durch das Auftreten massenhafter Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten und durch Verwirrtheit, während die Anomalien der Stimmung weder charakteristisch, noch anhaltend sind und, wenn vorhanden, sich als sekundär, entsprechend dem Inhalt der Delirien, erkennen lassen.

A. Symptomatologie.

a) Psychisch.

Die beiden Kardinalsymptome der Halluzinationen und der Verworrenheit lassen sich in jedem Falle von Amentia erkennen, doch treten im einzelnen bald die Sinnestäuschungen, bald die Verworrenheit besonders stark in die Augen springend hervor.

An den Halluzinationen können sich alle Sinnesgebiete beteiligen. Die Kranken verspüren absonderliche Gerüche, die Speisen riechen nach verbrannten Stoffen, Fäulnis, Leichenteilen, Sperma, Schwefel, Fäzes. Im Bereiche des Optikus kommen sowohl elementare Reizerscheinungen (Photismen) vor, wie das Sehen von Funken, feurigen Rädern, Sternschnuppen, Schnee, Rauch, als auch kompliziertere Gesichtstäuschungen, wie phantastische »vorsintflutliche« Tiere, theatralische Aufzüge von Heiligen, Königen, Kriegerern, militärischen Gestalten, Gespenstern, Napoleon, Siegfried usw., die Personen und Objekte ihrer Umgebung scheinen sich für die Kranken häufig zu verändern, erscheinen bald groß, bald schrumpfen sie wieder zusammen,

wechsell die Farbe, die Gesichter sind bald leichenblaß, bald flammend rot usw.

Es treten einfachere Gehörstäuschungen auf (Musik, Glockenläuten, Schießen) und kompliziertere Gehörshalluzinationen, Stimmen verschiedener Intensität und Klangfarbe; der Inhalt des Gespräches wechselt rasch, ist auffallend häufig grob-obszöner Art. Die Kranken hören sich beschimpft: »Onanist, Pousserant«; weibliche Patienten mit »Hure, Schlampen, Kanaille« etc., oder der Inhalt ist komisch-läppischer Art.

Die Speisen nehmen einen eigentümlichen, meist widerlichen Geschmack an, nach »Menschenfleisch«, nach »verfaultem Stroh«; auch Halluzinationen des Gleichgewichts- (oder Muskel-?) Sinnes sind recht häufig. Die Wände rücken aneinander und entfernen sich, drohen einzustürzen, das Bett dreht sich, die Kranken fühlen sich in unermeßliche Höhen emporgetragen, glauben zu fliegen usw.

Alle diese massenhaften Sinnestäuschungen sind nicht fix, sondern wechseln rasch, kaleidoskopartig. Die Halluzinationen stehen ferner nicht isoliert da, sondern vereinigen sich zu komplizierten Delirien, welche alle etwas eigentümlich Phantastisches, Außerordentliches, dem Alltagsleben Ungewöhnliches an sich tragen; es sind Reminiszenzen aus der Lektüre, aus Theaterstücken usw., welche den Inhalt der Delirien ausmachen. Es ist Krieg, Weltuntergang, die Sintflut, exotische Gegenden ziehen in wunderschönen Panoramen vorüber, festliche Aufzüge, Szenen aus der Mythologie, oft obszöner Art, Theaterdarstellungen, Krönungen, Kaiser Josef hinter dem Pfluge usw. lösen einander in buntem Wechsel ab.

Die Reaktion der Patienten auf ihre Sinnestäuschungen, wie sie sich in dem Gebaren und den Aeußerungen der Kranken kundgibt, ist bei den einzelnen Fällen ungemein verschieden und keineswegs charakteristisch. Ueber den Inhalt der Delirien erfährt man von den Patienten während der Höhe der Erkrankung überhaupt kaum je genaueres. (Dazu ist die Verworrenheit zu groß, dazu sind die Patienten viel zu sehr präokkupiert durch ihre Innenvorgänge.) Aber manche Kranke beteiligen sich recht aktiv an ihren Delirien, man sieht es ihnen an, daß sie halluzinieren. Auf Gehörstäuschungen z. B.

darf man ohneweiters schließen bei den Kranken, die sich stets die Ohren verstopfen, auf Gesichtshalluzinationen bei den Patienten, die krampfhaft die Augen geschlossen halten; andere wieder schnauben angestrengt, spucken aus, abstinieren hartnäckig bei abnormen Sensationen im Bereiche des Geruch- und Geschmacksinnes usw. (Die Motive, von welchen die Patienten sich hiebei leiten lassen, sind zweierlei. Einmal trachten sie sich vor den Halluzinationen zu schützen, geradeso wie Gesunde die Sinnespforten verschließen, um irgend welchen unangenehmen Sinnesreizen auszuweichen; selbstverständlich handelt es sich freilich bei den Halluzinanten nicht um periphere, sondern um zentrale, nur von dem Kranken nach außen projizierte Erregungen. In anderen Fällen aber kann man sich retrospektiv davon überzeugen, daß die Kranken derartige Maßnahmen ergreifen, um umgekehrt durch möglichste Abhaltung äußerer Reize besser halluzinieren zu können.)

Einen Anhaltspunkt für das Bestehen von Halluzinationen gibt auch sonst noch vielfach das Gebaren der Kranken. Ein Patient hält z. B. plötzlich im Reden oder in seiner Beschäftigung inne, lauscht nach einer Ecke, schleudert vielleicht ein Schimpfwort in eine bestimmte Richtung; ein anderer blickt angestrengt fixierend irgend einem imaginären Punkte nach; plötzlich anscheinend unmotiviert auftretende Ausbrüche zorniger Erregung sind meist Reaktionen auf Stimmen beschimpfenden Inhaltes usw.

In anderen Fällen wieder stehen die Kranken ihren Delirien passiver gegenüber, etwa gewissermaßen als Zuschauer. Die Kranken sind äußerlich geordnet, nur das Mienenspiel erlaubt gewisse Schlüsse auf ihre Innenvorgänge, es drückt in raschem Wechsel Erstaunen, Angst, Heiterkeit, Entsetzen aus.

Wieder in einer anderen Reihe von Fällen endlich bieten die Kranken äußerlich das Bild des Stupors (vide darüber später), und erst in der Rekonvaleszenz oder nach vollzogener Heilung erfährt man etwas von dem reichen deliranten Innenleben, das unter der Maske der vollständigen Aeußerungs- und Regungslosigkeit sich abspielte.

Die Erinnerung für die Einzelheiten der Halluzinationen ist meist eine recht vollständige, so daß sich die Exploration

der genesenen Kranken recht lehrreich gestaltet. Die Patienten können dann in krankheitseinsichtiger Weise ausführliche Angaben machen, wie etwa ein Gesunder über seine Träume berichtet.

Es wurde schon oben erwähnt, wie die Kranken auf ihre Sinnestäuschungen reagieren; und es erübrigt die Besprechung des motorischen Verhaltens überhaupt bei der Amentia.

In einigen Fällen herrscht eine starke psychomotorische Erregung, welche manchmal ganz den Charakter der Tobsucht bei *Mania gravis* annimmt. Bei Anderen wieder sind die Bewegungen und Handlungen entsprechend dem Inhalte der Delirien, haben daher einen eigentümlich pathetischen theatralischen Anstrich. Wieder Andere zeigen Bewegungsarmut, sitzen oder stehen ruhig umher, ohne von der Umgebung Notiz zu nehmen; bald huscht ein Lächeln über ihre Züge, bald sieht man sie die Augen voll von Tränen usw. In einigen Fällen endlich findet sich das Bild des Stupors mit Mutazismus, eventuell auch Nahrungsverweigerung. Derselbe äußert sich aber nicht nur in vollständigem Mangel jeglicher Spontaneität, in vollständiger Aeußerungs- und Regungslosigkeit, sondern trägt in einzelnen Fällen noch besondere Eigentümlichkeiten an sich, die z. B. dem einfach melancholischen, bzw. zirkulären Stupor fremd sind. Es zeigen sich nämlich eigentümliche Spannungszustände. Man kann mit den Gliedmaßen dieser Kranken nicht einfach hantieren, wie mit einer toten nur der Schwerkraft gehorchenden Masse, sondern beobachtet z. B., daß in der willkürlichen Muskulatur der Kranken die Tendenz besteht, passiv erteilte Stellungen durch längere Zeit festzuhalten. Der passiv erhobene Arm bleibt in der Höhe stehen, der passiv gekrümmte Finger behält diese Stellung bei usw. Diese Erscheinung (*Katalepsie*, *Flexibilitas cerea*) kann verschieden stark ausgeprägt sein. In hochgradigen Fällen können Kranke in den sonderbarsten Stellungen, die man ihnen erteilt, viele Minuten, ja bis zu einer Stunde lang verharren (eine Muskelleistung, die ein Gesunder kaum wenige Minuten aushalten würde), dann sinkt ganz allmählich, ohne den normalerweise bei Ermüdung sich einstellenden grobwelligen Tremor, die erhobene obere Gliedmaße herab; zuweilen auch wird die be

treffende Stellung ruckweise, plötzlich, wie durch einen bewußten Willkürakt des Kranken aufgegeben. Im Gegensatz zu dieser »wächsernen Biegsamkeit« stehen andere Spannungszustände derart, daß jeder Versuch, den Gliedern der Kranken eine Stellungsänderung zu erteilen, auf einen gewaltigen federnden Widerstand stößt, der immer die gegenteilige Stellung intendiert von der, in die man passiv die betreffende Extremität bringen will (Negativismus). Beim Versuch den Arm zu beugen, spannen sich krampfhaft die Strecker an und umgekehrt. Die mimische Muskulatur beteiligt sich ebenfalls an dieser eigentümlichen Starre, der Mund ist häufig zu einer eigentümlichen Schnauzstellung kontrahiert, der Kopf ruht nicht einfach auf der Unterlage, sondern wird durch krampfhaftes Innervation der Halsnackmuskulatur steif in die Höhe gehalten etc. Dieser Zustand des sogenannten katatonen Stupors wird zuweilen durch plötzliche, blitzartig ausgeführte Akte unterbrochen (Raptus), die manchmal auch höchst gewalttätiger, gefährlicher Art sein können; ein Kranker springt plötzlich mitten im Stupor auf, schlägt auf seine Umgebung los und legt sich sofort wieder nieder, oder es kommt zu einem plötzlichen Selbstmordversuch. (Daher ist dem Wartepersonale besondere Wachsamkeit bei Stuporösen aufzutragen. Dasselbe muß besonders darauf aufmerksam gemacht werden, durch die oft wochenlang anhaltende Bewegungslosigkeit der Kranken sich nicht in Sicherheit wiegen zu lassen.) Manchmal im Beginn, häufiger nach einer stuporösen Phase weisen manche Kranke noch andere auffallende Züge im motorischen Verhalten auf. Man kann da z. B. das Symptom der Bewegungsstereotypie, des Bewegungsautomatismus wahrnehmen. Irgend eine bestimmte Bewegung wird unzählige Male hintereinander, oft in einem gewissen Rhythmus wiederholt, die Kranken springen z. B. zwei Schritte vor, einen zurück, klopfen mit der Faust je fünfmal stundenlang auf den Tisch, schlagen Purzelbäume, gehen unausgesetzt immer in derselben Richtung umher. Diese Stereotypie tritt auch in den sprachlichen Aeußerungen der Kranken zutage (Verbigeration) und ebenso in ihren Schriftstücken. Bestimmte Buchstaben, Worte, Phrasen, Takte einer Melodie usw. werden endlose Male wiederholt.

(Die gesamte Gruppe der zuletzt geschilderten Erscheinungen [Katalepsie, Verbigeration, Bewegungsautomatismus usw.] kann als katatoner Symptomenkomplex bezeichnet werden und wird uns noch speziell bei der Dementia praecox beschäftigen.)

Das zweite Kardinalsymptom der Amentia ist die Verwirrtheit. Dieselbe trägt entweder den Stempel der ideenflüchtigen Verwirrtheit an sich (namentlich in Grenzfällen, welche den fließenden Uebergang bilden zu Fällen von Mania gravis mit reichlichen Sinnestäuschungen) oder viel häufiger den der einfachen Zerfahrenheit, einer allgemeinen Hemmung, der Unmöglichkeit des geordneten Zusammenspieles der Assoziationen. Die Orientierung leidet, die Kranken wissen nicht, wo sie sich befinden, können sich keine Rechenschaft geben über das Datum, sie verkennen Personen, erkennen ihre Bekannten nicht wieder und sprechen umgekehrt fremde Leute als bekannt an. Die Kranken fassen schwer auf, wiederholen häufig die an sie gerichteten Fragen, sie geben unpassende, verkehrte Antworten; die sprachlichen Aeußerungen sind in schweren Graden total zerfahren, zusammenhanglos; zuweilen (bei äußerlich noch recht geordnetem Gebaren) machen die Reden der Kranken ganz den Eindruck des aphasischen oder paraphasischen Jargons (pseudaphasische Verwirrtheit). Die Kranken kennen sich in den einfachsten Dingen um sie herum nicht mehr aus; alles erscheint ihnen fremdartig, verändert, sonderbar, nimmt eine eigentümliche Bedeutung an. Diese Unmöglichkeit, sich zu orientieren, sich die Situation zurechtzulegen, kommt den Kranken recht häufig zu Bewußtsein; ihre Aeußerungen verraten ein dumpfes Krankheitsbewußtsein: »ich verstehe gar nichts — ich kenne mich nicht recht aus — ich bin ganz wirrwarrisch — was soll das alles? — die Leute gehen da aus und ein und machen die Türen zu, und die da haben ein weißes Kopftuch, und der hat ein Augenglas — und ich weiß nicht, was das alles bedeuten soll usw.« Diese Unsicherheit, die Unfähigkeit, die Außenwelt zu verstehen, führt zu einem eigentümlichen Ratlosigkeitaffekt, zu einem Gefühl von Beängstigung, das besonders bei initialen Fällen recht charakteristisch ist, ebenso dort, wo nicht zu reichliche Halluzinationen das Affektleben und das Gebaren der Kranken beeinflussen.

Dieses beängstigende Gefühl der Unsicherheit steigert sich manchmal zur Panphobie, so daß das Krankheitsbild täuschend ähnlich einer Angstmelancholie werden kann. Dadurch, daß die Kranken gar nichts um sie herum richtig auffassen können, erscheint ihnen alles und jedes unheimlich, fürchten sie sich vor allem; derartige Kranke zeigen deshalb auch in ihrem motorischen Verhalten alle Zeichen des Angstaffekts, sind in beständiger rastloser Unruhe, jammern und wimmern unausgesetzt.

Wo die Verworrenheit besonders hohe Grade erreicht, wo irgend ein Verstehen der Sinneseindrücke, ein Verarbeiten derselben zu psychischen Prozessen unmöglich ist (also eine Art Seelenblindheit oder Asymbolie besteht), ist die äußere Erscheinungsform die einer Demenz; die Kranken verstehen nichts mehr von der Außenwelt, sie können nicht einmal mehr von selbst Nahrung zu sich nehmen oder für ihre anderen körperlichen Bedürfnisse sorgen. Derartige Bilder bezeichnet man auch mit dem Namen der *Dementia acuta*. Häufig kommt es dabei zu Mutazismus und Stupor.

b) Somatisch.

Von somatischen Erscheinungen sind wieder in erster Linie zu nennen, wie bei den meisten akuten Psychosen überhaupt, Agrypnie, die allgemeine Ernährungsstörung, sich äußernd in dem Sinken des Körpergewichtes, und bei weiblichen Individuen Unregelmäßigkeiten des Menstruationsprozesses bis zu vollständiger Amenorrhöe. Häufig kann man bei der Amentia das Bestehen leichter neuritischer Veränderungen konstatieren, Druckempfindlichkeit der peripheren Nervenstämmen, Parästhesien, namentlich in den distalen Partien, leichte Paresen, leichte Formen partieller E A R (sich äußernd in Zuckungsträgheit). Aber auch schwere neuritische Symptome kommen vor. In zahlreichen Fällen bestehen Anzeichen mehr minder schwerer gastro-intestinaler Störungen, pappig belegte Zunge mit Zahneindrücken, Foetor ex ore, druckempfindliches aufgetriebenes Abdomen, Koprostase, gewisse abnorme Harnbestandteile als Zeichen abnormer Zersetzungsprodukte im Darm, wie Azeton, Azetessig-

säure, Indikan; ungemein häufig findet sich auch Albuminurie und Albumosurie, bei Ersterer handelt es sich gewöhnlich nicht um die Ausscheidung größerer Eiweißmengen (etwa mittels Esbachscher Probe zu bestimmen), sondern um jene ganz leichten Grade, wie sie bei fieberhaften Infektionskrankheiten auftreten, bei der Ferricyankaliprobe nur leichte opaleszierende Trübung. (Gerade bei derartigen Fällen sind Geruchs- und Geschmackshalluzinationen besonders häufig, wie auch die Sitophobie hier eines der konstantesten Symptome ist.)

B. Decursus morbi und Prognose.

Der Beginn ist meist ein akuter, doch erreicht das Krankheitsbild nicht sofort seine volle Höhe. Nach einem kurzen Prodromalstadium mit gestörtem Schlaf, leicht heiterer oder trauriger Verstimmung, vager Aengstlichkeit stellen sich allerlei Sinnestäuschungen ein, deren Subjektivität die Kranken vorerst sich noch bewußt sind. Ganz plötzlich verlieren dann die Patienten die Beurteilung der Irrealität dieser subjektiven Eindrücke, während zugleich ein mehr minder hohes Maß von Verworrenheit sich dazugesellt. Dieser Zustand kann überraschend schnell wieder schwinden. Gerade im Anfang der Amentia werden hier nicht selten weitgehende Remissionen beobachtet, durch die man sich quoad prognosim nicht täuschen lassen möge. Es folgt bald ein neuerlicher Nachschub von Verworrenheit und Halluzinationen, der seinerseits vielleicht wieder von einer Remission gefolgt sein kann, bis endlich das Zustandbild der Amentia sich dauernd etabliert.

Auch die Rekonvaleszenz vollzieht sich nicht kritisch, sondern lytisch, meist recht protrahiert, nicht selten schiebt sich zwischen Rekonvaleszenz und völliger Genesung ein manisch gefärbtes Stadium ein.

Die gewöhnliche Dauer einer Amentia beträgt zwei bis drei Monate, aber auch Fälle von über einjähriger Dauer brauchen noch nicht als hoffnungslos erachtet zu werden, ins solange die körperlichen Erscheinungen noch das Bestehen einer akuten Störung andeuten, nämlich die Agrypnie, Tiefstand des Körpergewichtes, Ausbleiben der Regeln. Stellen sich diese Funktionen

wieder her, nehmen die Kranken rapid an Gewicht zu, ohne daß sich Hand in Hand damit eine entschiedene Besserung bemerkbar machen würde, dann allerdings gestaltet sich die Sachlage ernst, und ist der Uebergang in einen chronischen unheilbaren Schwächezustand zu befürchten. Von vorneherein prognostisch ungünstiger sind die Fälle von Amentia zu beurteilen, bei welchen die katatonen Symptome besonders markant sind. Das Auftreten einer stuporösen Phase im Verlaufe einer Amentia verschlechtert nicht nur die Prognose quoad durationem, sondern kündigt leider nur zu häufig die Unheilbarkeit des Falles an. Auch die speziell unter dem Namen der Dementia acuta zusammengefaßten Bilder von Amentia geben eine ernste Prognose (vide auch sub Aetiologie).

Die sekundäre Demenz nach Amentia trägt an sich wieder nichts charakteristisches und kann verschiedene Intensitätsgrade aufweisen. In den leichtesten Fällen ist die intellektuelle Abschwächung so gering, daß sie vielleicht den Laien überhaupt nicht erkenntlich ist, in mittelschweren Fällen werden die Kranken äußerlich wieder geordnet, sind zu kleineren mechanischen Arbeiten noch fähig (freilich nur im Rahmen der Familie oder Anstaltspflege, nicht für eine selbständige Lebensführung) aber gewisse delirante Situationen werden nicht mehr korrigiert; ohne daß neue Halluzinationen auftauchen, werden frühere festgehalten. Eine Kranke, die dauernd ruhig war und sich als unermüdliche Arbeiterin betätigte, erzählte z. B. stets über Befragen, daß sie schon tot sei, im Kloster lebend eingemauert worden sei usw. In den schwersten Fällen endlich hinterbleibt ein Zustand hochgradiger Verblödung, der, ohne Kenntnis der Anamnese und ohne genaue Analyse, die Patienten bei oberflächlicher Betrachtung tiefstehenden Idioten ähneln läßt.

Die Prognosis quoad vitam ist im allgemeinen eine gute; vide aber sub Delirium acutum.

Im Gegensatze zu extrem langer Dauer kann man auch (namentlich bei sehr frühzeitig eingeleiteter Therapie und im unmittelbaren Anschluß an fieberhafte Infektionskrankheiten) Zustandsbilder beobachten, die alle Charaktere der Amentia an sich tragen, innerhalb weniger Wochen aber schon in voll-

ständige Heilung übergehen, ja nur wenige Tage dauern können (z. B. Psychosen in der Deferveszenz nach Pneumonie). Die Amentia neigt, wie die akuten Geistesstörungen überhaupt, zu Rezidiven (die aber voneinander durchaus verschieden sind).

C. Aetiologie.

Von allgemein disponierenden Momenten ist zu bemerken, daß das Lebensalter keine Rolle spielt (höchstens insofern, als im Kindesalter akute Psychosen überhaupt außerordentlich selten sind). Auffallend ist der hohe Prozentsatz weiblicher Individuen unter allen Fällen von Amentia (aber auch von akuten funktionellen Geistesstörungen überhaupt).

Was nun die eigentlichen determinierenden Ursachen anbelangt, so sind uns deren eine ganze Reihe bekannt. Vor allem fällt ins Auge der Zusammenhang mit fieberhaften, akuten Infektionskrankheiten. Zunächst leiten fließende Uebergänge hinüber von den einfachen »Fieberdelirien« zu Fällen, in welchen die Halluzinationen die fieberhafte körperliche Erkrankung überdauern. Häufiger sind aber postfebrile Psychosen (das Intervall zwischen Entfieberung und Ausbruch der Geistesstörung währt oft einige Wochen); endlich kommen auch Geistesstörungen vom Charakter der Amentia vor zu einer Zeit, da das die Infektionskrankheit begleitende Fieber noch nicht vorhanden ist (z. B. im Beginn von Typhus und Variola. Es zeigt dies deutlich, daß nicht die erhöhte Temperatur an sich Ursache der Delirien ist). (Von den postfebrilen Psychosen scheinen übrigens die nach Typhus entstehenden prognostisch am ernstesten zu sein, zeigen auffallend häufig Tendenz zu Uebergang in einen chronischen Zustand.)

Zu den febrilen akuten Infektionskrankheiten gehören auch Puerperalprozesse und diese ziehen gleichfalls häufig akut einsetzende Psychosen nach sich. Aber nicht nur zwischen den Puerperalprozessen, sondern überhaupt zwischen den Fortpflanzungsfunktionen des weiblichen Geschlechtes und der Amentia läßt sich ein ursächlicher Zusammenhang nicht verkennen. So treten derartige Geistesstörungen auf während der Schwangerschaft (prognostisch in der ersten Hälfte der Schwanger-

schaft günstiger als gegen Ende derselben), im Wochenbett, wobei die Nierenaffektion während und im Gefolge der Schwangerschaft einen ursächlichen Faktor abgeben kann (manche der akuten Psychosen sind nichts anderes als urämische Delirien), auch die starken Blutverluste kommen in Betracht. Die Laktation kann auch verantwortlich gemacht werden, namentlich eine allzu protrahierte, wenn die Personen von Haus aus schwächlich sind. Letztere Fälle bilden dann den Uebergang zu einer anderen ätiologisch wirksamen Gruppe, nämlich zu Momenten allgemein entkräftender, erschöpfender Art, wie Inanition, Kachexie nach profusen Blutungen, Eiterungen (hiebei fällt auch das infektiöse Moment in die Wagschale), bei Neoplasmen (namentlich im Bereich des Magendarmtraktes). Operationen ziehen gelegentlich amentiaartige Psychosen nach sich (Erschöpfung, Blutverlust, Eiterung etc.).

Alle die genannten schädlichen Momente haben etwas gemeinsames. Es handelt sich um Gifte, um Toxinwirkungen. Unter den für Amentia ätiologisch wirksamen Faktoren müssen ferner aufgezählt werden abnorme Zersetzungsprodukte, welche in den zugeführten Nahrungsmitteln enthalten sein können (Pellagra, Ergotismus, Fleisch-, Fisch-, Wurstgift). Nicht selten läßt sich der Ausbruch einer Amentia auf eine bestimmte alimentäre Schädlichkeit zurückführen. Abnorme Stoffwechselprodukte an sich unschädlicher Ingesta können sich im Magendarmtrakt selbst bilden (gastrointestinale Autointoxikation), wobei der Koprostase eine ungemein wichtige unterstützende Rolle zufällt. (Möglicherweise steht das Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes unter den Fällen von Amentia mit dem Umstand im Zusammenhang, daß bei Frauen hartnäckige Fälle habitueller Obstipation viel häufiger sind als bei Männern.) Es kann der Verdauungskanal stetig infiziert werden durch Verschlucken von giftigen Sekreten aus der Mundhöhle (z. B. chronische Eiterungen, von einer Zahnfistel herrührend usw.). Da im Vergleich zur großen Häufigkeit all der aufgezählten Faktoren die Fälle von Amentia doch relativ selten sind (nicht jeder erkrankt ja psychisch nach einer Pneumonie, nicht jede Frau im Anschluß an ein fieberhaftes Wochenbett), so muß außer diesen determinierenden Ursachen noch ein zweiter Faktor

obwalten, eine persönliche Disposition, die allerdings ihrem Wesen nach uns so gut wie unbekannt ist.

Erwägt man, daß die meisten der für Amentia als ätiologisch wichtig aufgezählten Faktoren auch Polyneuritis erzeugen können, so verdient der Nachweis leichter neuritischer Veränderungen unter den körperlichen Begleitsymptomen der Amentia ein besonderes Interesse. Man kann beide, Geistesstörung und Alteration des peripheren Nervensystems, als koordiniert auffassen, als Teilerscheinungen einer allgemeinen Erkrankung des gesamten Organismus, welche sich auch äußert in dem Verhalten des Körpergewichtes, des Menstruationsprozesses usw.

D. Differentialdiagnose.

Das Zustandsbild der Amentia kann einmal verwechselt werden mit gewissen Fällen von Manie und Melancholie. Wie schon oben erwähnt wurde, gibt es eben fließende Uebergänge, und da die Prognose und, soweit wir wissen, auch die Aetio-logie akuter funktioneller Geistesstörungen so ziemlich dieselbe ist, kommt einer besonders subtilen Differentialdiagnose hiebei eigentlich wenig Wert zu. Wo charakteristische und dauernde Anomalien im Bereich des Assoziationsprozesses und der Stimmung fehlen, wo die Verworrenheit eine hochgradige ist, Sinnes-täuschungen besonders im Krankheitsbild hervortreten, kann man wohl nicht gut von einer Melancholie, bzw. Manie sprechen.

Praktisch viel wichtiger ist die Differentialdiagnose gegenüber den jugendlichen Verblödungsprozessen, darauf aber sowie auf die symptomatologische Unterscheidung gegenüber hysterischen und epileptischen Dämmerzuständen und gegenüber gewissen halluzinatorischen Zuständen auf alkoholischer Basis soll erst später bei Erörterung der betreffenden Krankheitsbilder eingegangen werden.

Eine Abgrenzung der echten Amentia gegenüber der sogenannten periodischen Amentia erscheint nach dem derzeitigen Stande kaum möglich.

E. Therapie.

Unter Berücksichtigung der Aetiologie können unsere therapeutischen Bestrebungen bis zu einem gewissen Grade einer kausalen Indikation gerecht werden. Wir müssen auf eine möglichst rasche und möglichst gründliche Entgiftung des Organismus hinarbeiten. Also vor allem energische Bekämpfung und Hintanhaltung jeglicher Obstipation. Im Beginn empfiehlt sich die Darreichung von Kalomel (etwa 0·3 in Pillen), das neben der abführenden auch eine darmdesinfizierende Wirkung besitzen soll. Für fortgesetzten Gebrauch eignet sich das Kalomel selbstverständlich nicht, statt dessen dienen irgendwelche Purgantien (Pilul. aperientes Kleewein, Pil. laxantes, die Salina usw.). Man verlasse sich aber ja nicht auf die interne Medikation allein, sondern helfe, namentlich im Beginn der Behandlung durch hohe Eingüsse, Glyzerinsuppositorien u. dgl. nach. Es gibt Fälle so hochgradiger Koprostase bei akuten Geistesstörungen (und gerade bei diesen ist die Prognose auch quoad vitam keineswegs unbedenklich!), daß nichts übrig bleibt als die manuelle Ausräumung des Rektums. Recht sehr empfiehlt sich auch die länger fortgesetzte Verabfolgung gewisser Darmantiseptika (Jaspersche Kreosotpillen, die Salizylpräparate, Jodoform, 1·0 pro die auf 10 Pillen verteilt, usw.). Besonders zu achten ist auch auf sorgfältige Mundpflege (eventuell Ex-traktion oder Plombierung kariöser Zähne usw.). Am besten setzt man die Kranken auf Milchdiät, wobei zugleich eine andere Indikation erfüllt wird, dem Körper möglichst viel Flüssigkeit zuzuführen. Zur Hebung des Allgemeinzustandes bewähren sich die verschiedenen Nährpräparate, die der Milch zugesetzt werden (Hygiama, Plasmon, Sanatogen usw.) sowie Eisen (Ferratin, Hämatogen usw.). Versuche, welche in neuester Zeit immer mehr mit subkutanen Kochsalzinfusionen gemacht werden und die vom theoretischen Standpunkt aus gewiß rationell erscheinen (»lavage du sang«), scheinen aussichtsreich zu sein.

Bezüglich der speziellen Symptomatologie erfordert ein direktes Eingreifen u. a. die Nahrungsverweigerung, die Sitophobie. Es ist nun höchst bemerkenswert, daß dieses Symptom

sehr häufig ohneweiters rasch zurückgeht unter der oben geschilderten kausalen Therapie. Sobald durch entsprechende Maßregeln die Koprostase beseitigt ist, sowie die Zunge sich reinigt, die abnormen Harnbestandteile schwinden, beginnen die Kranken in einer überraschend großen Zahl von Fällen spontan zu essen, wie man umgekehrt beobachten kann, daß im weiteren Verlauf bei vernachlässigter Aufmerksamkeit gegenüber den Darmfunktionen, bei Diätfehlern (z. B. gelegentlich Besuche von Angehörigen!) die Patienten wieder abstinieren. Gerade bezüglich der Nahrungsverweigerung sind auch die Erfolge der Kochsalzinfusionen in den geeigneten Fällen recht ermutigend.

Dort, wo nicht eigentliche Abstinenz vorliegt, sondern die Nahrungsaufnahme nur durch die Verworrenheit der Patienten erschwert ist, führt geduldiges »Ausspeisen«, ähnlich wie bei der Melancholie, meist zum Ziele. In einem nicht eben großen Reste von Fällen endlich bleibt auch hier nichts anderes übrig als die Vornahme der künstlichen Ernährung mittels des Nasenschlauches, der sogenannten »Sondenfütterung«. Man darf hiebei nicht gar zu lange warten, nicht sich etwa auf spontan eintretendes Hungergefühl verlassen, da bei absoluter Karenz nicht nur der Kräfteverfall rapid fortschreitet, sondern auch, wie die Erfahrung gezeigt hat, an der Magen-Darmschleimhaut gewisse Veränderungen relativ rasch sich einstellen, welche bewirken, daß Ingesta dann überhaupt nicht mehr toleriert und resorbiert werden. Man darf etwa 3 bis 4 Tage zuwarten. Als dringende Mahnung zum Einleiten der künstlichen Ernährung stellt sich ein recht charakteristischer Foetor ex ore bei den Kranken ein, ein intensiver Azetongeruch.

Die Sondenfütterung wird jetzt allgemein nur per nares vorgenommen. Ein biegsamer Kautschukschlauch wird, nachdem er eingeölt ist, durch das Nasenloch eingeführt und langsam vorgeschoben. Der Schlauch gleitet längs der hinteren Rachenwand bis zum Isthmus faucium, woselbst der Reiz des Fremdkörpers einen Schlingreflex auslöst und den Schlauch in die Speiseröhre weiterbefördert. Man nimmt diesen Augenblick recht deutlich wahr, indem der anfängliche leichte Widerstand plötzlich schwindet und der Schlauch einem gewissermaßen

unter der Hand nach vorwärts geschoben wird. Meist gestaltet sich die Prozedur ungemein einfach, aber auch bei heftig widerstrebenden Kranken genügt eine relativ geringe Assistenz, je eine Person zum Fixieren der oberen und unteren Gliedmaßen, eine Person zum Eingießen der Nährflüssigkeit in den Trichter. Den Kopf des Kranken fixiert der Arzt selbst mit einem Arme. Zu achten ist auf Zweierlei. Manche Patienten erlangen eine gewisse Virtuosität darin, mit der Zunge den Schlauch abzufangen, der sich dann in der Mundhöhle zu einem Knäuel zusammenballt und auf einmal zwischen den Zahnreihen zum Vorschein kommt. In diesem Falle heißt es eben Geduld haben. Bei sehr langsamem Vorgehen, wenn man darauf achtet, daß das Ende des Schlauches anfangs eben nur bis zur Höhe des Pharynxeinganges reicht, wird notwendig ein Schlingakt reflektorisch ausgelöst. Ein anderes ernsteres Vorkommnis ist, wenn der Schlauch in die Trachea gelangt. Man merkt dies sofort an den krampfhaften Hustenstößen sowie an der veränderten Klangfarbe der Stimme bei schreienden Kranken. Um ja sicher zu gehen, mag man, wie von Einigen empfohlen, vor dem Eingießen der Nährflüssigkeit durch den Schlauch Luft einblasen lassen bei gleichzeitiger Auskultation des Magens oder vorher den Schlauch durch etwa eine halbe Minute komprimieren. Das Herausziehen des Schlauches soll mit mäßiger Schnelligkeit geschehen, wobei dieser auch fest komprimiert werden muß, damit im Schlauch noch befindliche Flüssigkeitsreste nicht dem Kranken in die Luftwege geraten.

Die einzuflößende Flüssigkeit sei lauwarm. Die Fütterung wird zweckmäßig zweimal täglich vorgenommen, wobei der Kranke für gewöhnlich jedesmal etwa 1 Liter Milch, 3 Eier, 10 bis 14 Dekagramm feinst geschabten Fleisches, ein wenig Kochsalz und nach Bedarf auch eines der gebräuchlichen Nährpräparate (Plasmon etc.) erhält. Doch darf man die eben angegebene Flüssigkeitsmenge nicht sofort geben, wenn man nach mehrtägiger Abstinenz sich endlich zur erstmaligen Fütterung entschließen muß. Der ausgehungerte Magen würde darauf nur mit Erbrechen reagieren. Anfangs darf nur ein wenig ($\frac{1}{8}$ bis $\frac{1}{4}$ Liter) Milch gereicht werden (gelegentlich wird

zuerst überhaupt nur Wasser vertragen) und nur allmählich gehe man bis zur früher angegebenen täglichen Normalportion hinauf.

Wenn während der Sondenfütterung Erbrechen sich einstellt, muß der Schlauch sofort entfernt und der Patient in Seitenlage gebracht werden. Es sei hier auf zwei Momente hingewiesen, die eine Quelle des lästigen und nicht unbedenklichen Erbrechens bilden können. Einmal kommt es vor, daß ein ungeübter Wärter, im Bestreben, den Patienten recht fest zu halten, sich auf dessen Körper legt und so das Abdomen des Kranken drückt; einen anderen Grund wiederholten Erbrechens kann auch eine volle Blase bilden.

Zur Bekämpfung der Agrypnie dienen dieselben medikamentösen und physikalischen Maßnahmen wie bei den übrigen akuten Geistesstörungen. Dasselbe gilt bezüglich der Fälle, welche mit starker psychomotorischer Erregung einhergehen. Auch hier kann konsequent durchgeführte Bettbehandlung nicht warm genug gerühmt werden.

Daß man bei Schwächezuständen endlich auch von Exzitantien Gebrauch machen wird müssen (Kampfer, Strophanthus, Alkohol etc.), versteht sich von selbst.

Anhang zu Kapitel III.

Im Anschluß an die Amentia sei hier ein eigenartiges Krankheitsbild besprochen, bei dem es sich allerdings wahrscheinlich nicht um einen einheitlichen Prozeß handelt, das aber symptomatologisch am besten hier erörtert wird, das sogenannte

Delirium acutum.

Nach einem kurzen Prodromalstadium mit vagen Kopfschmerzen, Verdauungsbeschwerden, gestörtem Schlafe, entwickelt sich ziemlich plötzlich ein Zustand höchstgradiger Verworrenheit. Der Grad der Verworrenheit ist der schwerste, den wir bei akuten funktionellen Psychosen kennen. Es gelingt überhaupt nicht, mit den Kranken sich irgendwie in Rapport zu setzen,

die Außenwelt existiert nicht für dieselben. Auf psychomotorischem Gebiete herrscht meist heftigste Erregung. Die motorischen Aeußerungen tragen aber häufig gar nicht mehr den Charakter koordinierter Bewegungen, sondern den elementarer Reizerscheinungen an sich. Ein ganz sinnloses Toben, Lachen, Schreien, Singen wechselt ab mit Naturlauten, Schnauben, Spucken, Husten, Grimmassieren, Zähneknirschen; der Körper befindet sich in stetigen Jaktationen, der Kopf wird hin und her gedreht. Von der übelsten prognostischen Bedeutung ist aber dabei, daß trotz der hochgradigsten Erregung die Patienten Rückenlage einnehmen, ein Symptom, das die bedrohliche körperliche Schwäche der Kranken anzeigt. In anderen Fällen liegen die Kranken von vorneherein stuporös dahin; die Sitophobie, die somatischen Begleiterscheinungen und der Dekursus gestattet hier die Diagnose.

Ausnahmslos besteht absolute Sitophobie, was von um so ominöserer Bedeutung ist, als beim Versuch, den Kranken Nahrung einzuflößen, häufig Erbrechen erfolgt. Das Verhalten der Temperatur ist verschieden, es finden sich sowohl febrile, als auch subnormale Temperaturen, wobei die Gliedmaßen kühl, cyanotisch sind. Zunge und Lippen tragen fuliginösen Belag, das Abdomen ist druckschmerzhaft, aufgetrieben oder auch kahnförmig eingezogen. Häufig besteht Druckempfindlichkeit der peripheren Nervenstämmen, zuweilen Nackensteifigkeit. Die Harnmenge ist spärlich, der Harn hochgestellt, enthält reichlich Azeton und Azetessigsäure, auch Albumin. Das Körpergewicht sinkt rapid, die Patienten verfallen sozusagen unter unseren Augen.

Die motorische Erregung läßt nach einigen Tagen nach, bzw. die Erschöpfung nimmt überhand. Das Bild erinnert dann ganz an die mussitierenden Delirien schwerer Typhusfälle. Die Patienten grimassieren, bringen mit flüsternder, lallender Stimme unverständliches Gefasel vor, zupfen an der Decke, greifen in der Luft herum und innerhalb weniger Tage bis einer Woche erfolgt der Exitus.

Bei der Obduktion findet man eine ganz enorme arterielle Hyperämie des Gehirns (die Rinde sieht schokoladefärbig aus),

zuweilen auch einen Befund, wie er sonst gewöhnlich bei progressiver Paralyse gefunden wird. Bemerkenswert sind die Veränderungen außerhalb des Zentralnervensystems. Man findet z. B. die Zenkersche Muskeldegeneration, trübe Schwellung oder fettige Degeneration der parenchymatösen Organe. Der eröffnete Kadaver riecht oft noch bei der Sektion intensiv nach Azeton. Häufig findet man hochgradige Koprostase.

Die Prognose ist stets eine sehr ernste. Ein großer Teil aller Fälle endet letal. (Autoren, welche den Begriff Delirium acutum weiter fassen und auch besonders schwere Fälle von Mania gravis und Amentia mit einbeziehen, haben natürlich einen geringeren Mortalitätsprozentsatz zu verzeichnen). Bei rechtzeitig eingeleiteter Therapie bringt man aber doch manchen Fall durch. Das weitere Schicksal der unter dem Symptomenkomplex des Delirium acutum erkrankten Patienten gestaltet sich, wenn einmal die lebensgefährlichen Erscheinungen vorüber sind, verschieden. In manchen Fällen geht unter Nachlassen der Intensität aller Erscheinungen das Bild in eine gewöhnliche Amentia über und kommt schließlich zur vollständigen Heilung. In manchen Fällen wieder entwickelt sich das Bild einer typischen progressiven Paralyse.

Die Aetiologie ist vielfach noch unklar. Die Schwere des Zustandsbildes, namentlich aber die so sehr markanten somatischen Symptome, weisen auf eine schwere Vergiftung hin, auf eine schwere Allgemeinerkrankung. Zuweilen läßt sich tatsächlich der ganze bedrohliche Zustand auf eine bestimmte alimentäre Schädlichkeit zurückführen. Insoferne zeigt das Delirium acutum eine enge Zugehörigkeit zur Amentia; manche Fälle aber müssen der Dementia paralytica zugerechnet werden (nach weiterem Verlauf und Obduktionsbefund).

Therapie.

Möglichst gründliche und rasche Entgiftung des Organismus ist die oberste Indikation. Die Behandlung deckt sich hier mit den schon bei Besprechung der Amentia beschriebenen Maßnahmen (vide diese); Regelung der Darmtätigkeit kann

hier geradezu ein lebensrettender Eingriff genannt werden, daher man nicht energisch genug vorgehen kann. Auch die subkutanen Kochsalzinfusionen sind hier am Platze. Dabei helfe man fleißig durch Kamferinjektionen nach, durch Verabfolgung von Digitalis usw. Bei subnormalen Temperaturen heiße Einpackungen. Die künstliche Ernährung ist in fast jedem Falle von Delirium acutum notwendig (freilich leider oft wegen des unstillbaren Erbrechens ohne Erfolg).

II. Die funktionellen chronischen Geistesstörungen.

IV. KAPITEL.

Die Paranoia.

Die Paranoia ist gekennzeichnet durch die chronisch fortschreitende Entwicklung von systemisierten Wahnideen. Ein konstantes Symptom sind ferner Halluzinationen (namentlich des Gehörsinnes), während primäre Anomalien der Stimmung und des Assoziationsprozesses fehlen.

A. Symptomatologie.

a) *Psychisch.*

Wir können unseren ganzen Vorstellungsschatz einteilen in Vorstellungen, die das eigene Ich und dessen Beziehungen zur Außenwelt betreffen, und in solche, welche mit dem »Ich« nichts zu tun haben, erworbene Kenntnisse usw. Die Wahnideen der Paranoiker knüpfen nun primär an die Vorstellungen der ersten Kategorie an, während die zweite Art intakt bleibt (wenigstens für lange Zeit; nur in den spätesten Stadien kommt es dazu, daß die Kranken auch andere Vorstellungen wahnhaft verfälschen, daß das ganze Vorstellungsleben wahnhaft verändert ist; »allgemeine Verrücktheit« im Gegensatz zu »partieller« Verrücktheit). Die Wahnideen sind fix, stehen untereinander in einem eigentümlichen System, sind — man möchte fast sagen — logisch auseinander abgeleitet.

Bei dem chronisch fortschreitenden Verlaufe des Leidens verändert sich allmählich der Typus der Wahnideen, und

Kranke in Frühstadien gleichen durchaus nicht vorgeschrittenen Fällen. Es lassen sich in typischen Fällen folgende Stadien erkennen:

Das *Prodromalstadium* hat nichts für die Paranoia charakteristisches. Nur retrospektiv an der Hand einer genauen Anamnese läßt sich der Zusammenhang mit der späteren Paranoia nachweisen. Es bemächtigt sich der Leute ein Gefühl eigentümlicher Unzufriedenheit mit sich, einer inneren Unruhe. Die Kranken bemerken irgend eine Veränderung in sich, daß sie nicht mehr dieselben sind wie früher. Sie beginnen an sich herum zu experimentieren, probieren es mit Feuereifer mit irgend einer modernen extremen Heillehre (Vegetarianismus, Naturheilverfahren, Jägerianismus usw.); sie bilden ein Kontingent aller der einseitigen und verkehrten Autodidakten; ein Handlungsbeflissener studiert plötzlich Nietzsche, ein Fähnrich die Apokalypse usw.

Sehr früh aber kommt nun eine andere Erscheinung hinzu, die sich jetzt, wie ein roter Faden, durch das ganze Bild der Paranoia zieht, die Neigung der Kranken, Innenvorgänge in die Außenwelt zu projizieren und alle Vorkommnisse in der Außenwelt in eine Beziehung zur eigenen Person zu bringen (»egozentrische Gedankenrichtung«). Die Kranken gelangen bald in das Stadium des »Beachtungswahnes«. Die Kranken fühlen dunkel eine merkwürdige Veränderung in sich; bald erscheint es ihnen aber auch, daß der Außenwelt diese Veränderung nicht entgangen sei.¹⁾

Man schenkt ihnen mehr Aufmerksamkeit als früher, beobachtet sie, geht ihnen nach, macht Bemerkungen. Fließend führt dieses Stadium in das des Verfolgungswahnes über. Die Leute auf der Straße werfen einander bedeutungsvolle Blicke zu, während Patient vorübergeht, spucken aus, oder trällern absichtlich einen bestimmten ordinären Gassenhauer. In der Zeitung finden sich verblühte Anspielungen,

¹⁾ Eine einschneidende Veränderung der eigenen Persönlichkeit als auch der Außenwelt auffällig voraussetzen, ist übrigens eine ganz physiologische Erscheinung. Man erinnere sich nur z. B. des seltsamen Gefühles, das uns beschlichen hat, wenn wir gelegentlich der aktiven Dienstzeit zum erstenmale in Uniform ausgingen. Man hat die Empfindung, daß es einem alle Leute anmerken, daß man jetzt zum erstenmale im Waffenrock ausgeht, daß einem die Leute nachschauen usw.

»alles stimmt«, wenn auch vielleicht die Anfangschiffren des Namens »absichtlich« vertauscht sind; die Freunde ziehen sich zurück, der Chef ist plötzlich auffallend steif und zurückhaltend, vor seiner Zimmerschwelle findet der Kranke ein geworfenes Endchen einer Schnur, eine Anspielung, daß er sich aufhängen solle; das Gegenüber vom Fenster arrangiert die Blumentöpfe in eigentümlicher Weise usw. Der Patient hat anfangs eine ganz bestimmte Person im Verdachte, von welcher dieses ganze Treiben ausgehe, einen Geschäftskonkurrenten, einen Nebenbuhler, einen Amtskollegen usw., der die Nachbarn gegen ihn aufhetzt. Patient beschließt den Klügeren zu spielen und seinen Widersachern das Feld zu räumen, er verläßt seinen Posten, seine Wohnung, übersiedelt in einen ganz anderen Stadtteil; bald beginnt aber dort ganz dasselbe Treiben von neuem. Wieder tuscheln und flüstern die Leute über ihn, machen sich lustig, legen ihm Hindernisse in den Weg, folgen ihm auf Schritt und Tritt. Dem Patienten, der wegen seines Berufes zu derselben Stunde denselben Weg gehen muß, fällt es plötzlich auf, daß er immer denselben Leuten begegnet, offenbar verkappten Detektivs. Die Tramway- und Omnibusschaffner sind auch mit im Spiel, sie pfeifen immer, um die Leute auf ihn aufmerksam zu machen. Der Kellner im Kaffeehause reicht ihm mit bedeutungsvollem Lächeln »präparierte« Zeitungen, in denen es von allerlei Anspielungen nur so wimmelt. Wohin auch Patient sich wendet, überall ist dieselbe Hetze los. Bald muß er zur Einsicht kommen, daß er das Opfer einer ganz planmäßig angelegten feindseligen Aktion sei. Der kleine Geschäftsmann, den Patient früher im Verdachte hatte, aus Brotneid der Anstifter gewesen zu sein, der Nebenbuhler, der ihm sein Mädchen abtrünnig machen wollte, alle diese kleinen unbedeutenden Persönlichkeiten wären gar nicht imstande, solch umfangreichen mächtigen Apparat in Tätigkeit zu setzen, einen ganzen Stadtteil zu beeinflussen, ja sogar in ferne Städte und Länder ihre Agenten zu senden, um den Patienten verfolgen zu können. Es müssen mächtige Feinde sein, die über gewaltige Geldmittel und Einfluß verfügen; es sind nun ganze Gesellschaftsklassen oder bestimmte Genossenschaften, die sich gegen den Patienten verschworen, die Freimaurer, Jesuiten,

Sozialdemokraten, Juden usw. In diesen Ideen steckt implizite schon die Wurzel von Größenideen, und der Kranke gerät nun in das Stadium des Größenwahnes. Wenn sich so mächtige Feinde gegen ihn verbünden, wenn mit so großen Mitteln gegen ihn operiert wird, dann kann er ja unmöglich der bescheidene Konditorgehilfe, der obskure Schneiderssohn sein; dann muß etwas besonderes hinter ihm stecken. Wieder sind es tausenderlei kleine, an sich vielleicht reale Vorkommnisse, denen der Kranke eine besondere Bedeutung beimißt, und die er in seinem Sinne auslegt. Er sah den Kaiser vorüberfahren, der gerade auf den Patienten hinblickte; seine Mutter sang ihm das Kinderliedchen vor: »Schlaf, Kindchen schlaf, dein Vater ist ein Graf.« Es fällt dem Kranken auf, daß er gerade am 24. Dezember zur Welt kam, seine Mutter heißt auch Maria; die Eltern haben ihn stets den anderen Geschwistern vorgezogen, oder sie haben umgekehrt ihn den anderen gegenüber zurückgesetzt, weil er eben gar nicht das richtige Kind des unansehnlichen bäuerlichen Ehepaares war, sondern nur durch Hofkabalen zu demselben in Pflege gegeben worden war usw.

Die wahnhafte Verfälschung des Vorstellungsinhaltes macht aber weitere Fortschritte, immer mehr Beziehungen werden entdeckt. Es gibt schließlich nichts mehr, kein noch so harmloses Ereignis aus der Vergangenheit oder Gegenwart, das nicht für den Patienten besondere Bedeutung gewönne, mit hinein verflochten würde in das Wahnsystem. Es gibt schließlich keine gesunden Vorstellungen mehr, die Kritik schwindet, jene gewisse »Logik« geht verloren, das Wahngedäude zerfällt, bzw. es tauchen mehrfach ganz unvereinbare Wahnideen auf, und schließlich enden die Kranken in einem Zustand von gewisser geistiger Schwäche. (Terminalstadium.)

Was den konkreten Inhalt der Wahnideen betrifft, so ist derselbe ungemein verschieden, je nach dem prädominierenden Vorstellungslieben des Einzelnen in seinen gesunden Tagen. Der Inhalt an sich ist unwesentlicher Art; das Pathognostische liegt in dem Typus, im Mechanismus der Wahnbildung. Nicht auf das »Was«, sondern auf das »Wie« kommt es hier an. Leute mit Interesse für öffentliches Leben, Politik haben es in ihrem Verfolgungswahn mit der Sozialdemokratie oder den Feudalen

usw. zu tun, und avancieren in ihrem Größenwahn zum rechtmäßigen früher vom Monarchenschlosse vertriebenen Tronfolger; Leute, bei denen religiöse Vorstellungen eine große Rolle spielten, treten auf als Religionsstifter, Reformatoren, wieder erstandener Messias. Ungemein häufig ist ein sexueller Kern des Wahngebäudes vorhanden, zumal bei Frauen, verschmähte Liebhaber, Nachstellungen von seiten des Monarchen, des Papstes, Gottes selbst, der sie auserkoren ob ihrer außerordentlichen Schönheit usw. usw. Eine besondere Einteilung in eine Paranoia erotica, politica, inventoria usw. ist tatsächlich überflüssig.

In welchem Zeitraume die einzelnen oben skizzierten Stadien sich abspielen, ist nun verschieden (soll auch später noch erörtert werden). Vor allem kommt hiebei in Betracht die Kritikfähigkeit, die dem betreffenden Kranken von Haus aus eigen ist. Bei Leuten mit lebhafter Phantasie und schwacher Kritik wird naturgemäß die Wahnbildung raschere Fortschritte machen als bei solchen, welche über eine gehörige Dosis reflektierender Vernunft verfügen. Derlei Kranke kämpfen lange Zeit an gegen jede neue Wahnidee, zweifeln, lassen gelegentlich sogar eine oder die andere Vermutung als unbegründet fahren, bis erst die Fülle von »Tatsachenmaterial« sie zu ihren wahnhaften Schlüssen nötigt. Ein zweites Hauptmoment aber, auf das es betrifft des mehr minder raschen Verlaufes ankommt und das besonders imstande ist, die Kritik zu untergraben und die Wahnbildung zu unterstützen, wurde bis jetzt nicht erörtert. Es sind dies die in jedem Falle von Paranoia früher oder später auftretenden Halluzinationen. Die wichtigsten sind vor allem Gehörstäuschungen (u. zw. seltener vom Charakter der elementaren Akusmen, als vielmehr der »Stimmen«).

Die Gehörshalluzinationen sind zweierlei Art. Einmal kommen jene Gehörstäuschungen vor, wie wir sie schon bei der Amentia kennen gelernt haben, »Stimmen«, recht häufig von unangenehmem, speziell derb obszönem Charakter. Diese Stimmen sind von großer sinnlicher Lebhaftigkeit. Die Kranken vernehmen sie etwa so, wie die realen Gespräche ihrer Umgebung, können alle sinnfälligen Eigenschaften derselben angeben, Zahl,

Klangfarbe (Weiber- und Männerstimme), Intensität, die Richtung, aus der sie erschallen (es werden nämlich diese Stimmen nach außen projiziert), in einigen Fällen (vide später) können die Kranken sogar angeben, auf welchem Ohre sie diese Stimmen hören. Demgegenüber stehen nun eine Reihe von Gehörstäuschungen höchst interessanter Art, welche gerade bei der Paranoia besonders häufig vorkommen, und welche andererseits bei anderen Psychosen (mit Ausnahme der Halluzinose der Trinker) viel seltener in wohlausgesprochener Weise beobachtet werden, die sogenannten Pseudohalluzinationen. Es handelt sich hierbei um das Bewußtwerden der eigenen Gedanken; der Prozeß z. B., den wir Ueberlegung nennen, das Widerstreiten fördernder und hemmender Vorstellungen, ehe wir irgend eine Handlung ausführen, was sich oft ganz im Unterbewußtsein vollzieht, wird von den Kranken akustisch wahrgenommen. Man »kritisiert« ihr ganzes Treiben, spricht in alles hinein, »jetzt nimmt er die Gabel in die Hand jetzt trinkt er« usw., oder »er soll essen — nein, das soll er bleiben lassen« usw. Wenn der Kranke für sich liest, plappert jemand laut hinter ihm das Gelesene mit (Echohalluzination des Gelesenen), alles was sich der Patient denkt, was ihn lebhaft interessiert, wird laut ausgesprochen (Gedankenlautwerden, Gedankenecho). Die anderen Leute wissen so die Gedanken der Patienten; es ist dies mit einer der Gründe, warum das Examen Paranoischer oft auf große Schwierigkeiten stößt. Die Kranken setzen ja alles als dem Fragenden bekannt voraus, derselbe müsse ja seine Gedanken wissen, und so betrachtet der Kranke Fragen als überflüssig, wenn nicht gar als Art Hänselei. Bei der eigentümlichen Gedankenrichtung dieser Kranken werden die Pseudohalluzinationen auch gelegentlich derart gedeutet, daß man ihre Gedanken beeinflußt, ihnen Gedanken »abzieht« und »macht«, man »sagt ihnen vor, was sie denken müssen«. — Im Gegensatz zu den echten Halluzinationen geht diesen Pseudohalluzinationen eine sinnliche Lebhaftigkeit ab. Die letztere Art von Stimmen erscheint leise, wird auch meist in den Körper selbst verlegt.

Zwischen den echten und den Pseudohalluzinationen gibt es übrigens auch fließende Uebergänge, Mischformen.

Die Intensität beider Arten von Stimmen ist recht verschieden nicht nur bei verschiedenen, sondern auch bei einem und demselben Patienten. Vorübergehend erreichen die Gehörshalluzinationen einen derartig hohen Grad und erscheinen so massenhaft, daß die Patienten von ihnen gänzlich eingenommen sind, den Eindruck leichter Verworrenheit machen, daß man sich mit ihnen kaum in Rapport setzen kann. Häufig wirken geistige oder körperliche Arbeit, irgendwelche Ablenkung recht wohltätig. Die Patienten geben z. B. an: »Ja wenn ich mit jemand mich unterhalte, dann sind ‚sie‘ still«. Umgekehrt gelingt es durch Hinlenkung der Aufmerksamkeit, die Patienten zu lebhafterem Halluzinieren zu bringen. Ein Kranker, der z. B. angibt, so lange er mit dem Arzt spreche, nichts von den Stimmen zu hören, reproduziert, aufgefordert, recht aufmerksam zu sein und alles, was ihm die Stimmen sagen, zu wiederholen, nach einigem Lauschen den Inhalt der Stimmen, irgendeinen beleidigenden Zuruf oder eine Pseudohalluzination, z. B. »Da sitzt er und hört uns zu«.

Im Gegensatz zu den Gehörstäuschungen, welche zu den konstantesten Symptomen der Paranoia gerechnet werden dürfen, werden Gesichtshalluzinationen bei der echten Paranoia sehr selten beobachtet und spielen, wenn vorhanden, keine besondere Rolle im Krankheitsbild. Bei flüchtigem Examen mag es wohl scheinen, als ob Gesichtstäuschungen bei Paranoia recht häufig vorkommen. Die Kranken berichten z. B., daß sie »durchleuchtet« werden mittels X-Strahlen, beschreiben mehr minder genau die komplizierten Maschinerien, mittels deren die Stimmen und die verschiedenen abnormen Sensationen ihnen erzeugt werden. Bei eingehendem Examen kann man sich aber meist überzeugen, daß die Patienten alles dies nicht wirklich gesehen haben, sondern daß sie zu den diesbezüglichen Kenntnissen nur durch die Stimmen gelangt sind, von denselben über die Maschinen usw. unterrichtet wurden; am ehesten noch kommen unzweifelhafte Gesichtshalluzinationen vor in den Fällen mit starker alkoholischer Anamnese.

Geruchs- und Geschmackshalluzinationen (von derselben Beschaffenheit wie z. B. bei der Amentia) werden wieder häufiger bei der Paranoia beobachtet, ohne übrigens in der

Klinik dieser Krankheit eine besondere Bedeutung zu erlangen.

Eine wesentlich größere Rolle spielen hingegen wieder eigentümliche abnorme Sensationen oder Halluzinationen auf dem Gebiete des Gemeingefühles, welche von den Kranken meist sehr peinlich empfunden werden. Bei einer Gruppe dieser körperlichen Sensationen handelt es sich allerdings sicher nicht um wirkliche Halluzinationen, sondern um an sich physiologische Vorgänge, die nur von den Patienten wahnhaft gedeutet, als durch äußere Einflüsse erzeugt aufgefaßt werden. Männliche Patienten beschwerten sich, daß man ihnen nächtlich das Glied steif mache, die »Natur abziehe«, weibliche Paranoiker werden häufig durch die sogenannten Coitus halluzinationen gequält.

Zum Teile handelt es sich um wahnhaftige Auslegung der pollutionsähnlichen Vorgänge beim weiblichen Geschlechte, zum Teile um irgend welche abnorme Sensationen in den Genitalien, wobei wollüstige Empfindungen überhaupt fehlen, ja sogar über unangenehme Gefühle, heftige Schmerzen geklagt wird.

Viele der Organhalluzinationen entziehen sich überhaupt unserem Verständnis, d. h. irgend einer Analogie mit möglichen physiologischen Empfindungen. Eine Kranke beschwert sich darüber, daß sie von ihrer mit einer Stickerei beschäftigten Nachbarin »mit eingenäht« werde, ein anderer erzählt, daß man ihm »in sein Rückenmark hineinspuckt«, der Schädel werde auf- und zugeklappt, gebratene Syphilis werde ihm ins Gesicht geworfen, die Beine seien aus Glas, der Körper werde mit Röntgenstrahlen durchleuchtet usw. (Hypochondrische Verrücktheit oder »physikalischer Verfolgungswahn«). Gerade bei dieser letzteren Art von Halluzinationen spielt die Wortneubildung eine große Rolle (vide unten).

Die Art und Weise, wie sich die Kranken zu ihren Halluzinationen stellen, ist verschieden. In vielen Fällen, namentlich bei Leuten mit geringem Kausalitätsbedürfnis, stehen die Halluzinationen ziemlich isoliert da, werden von den Patienten einfach als gegebene Tatsache hingenommen, ohne daß sich die Kranken besondere Gedanken machen über das Wie und

Warum. In anderen Fällen werden Erklärungen versucht, verschieden, je nach dem Bildungsgrade und Intellekt des Einzelnen. Von den Einen werden die Stimmen auf Zauberei usw. zurückgeführt, in anderen Fällen halten die verschiedenen technischen Erfindungen der Neuzeit her, Phonogramm, Telephon, drahtlose Telegraphie etc. In ähnlicher Weise werden auch die mannigfachen Gefühlstäuschungen durch mehr minder phantastische Maschinerien erklärt, wobei Röntgenstrahlen, Elektrizität, Magnetismus usw. eine große Rolle spielen. Dabei kommt es ungemein häufig zu einem höchst bemerkenswerten Symptom, zu der sogenannten »Wortneubildung« (*Paraphrasia vesanorum*). Durch das Halluzinieren gelangen die Patienten zu derartig vielen, dem bisherigen Erfahrungsschatz absolut fremden und widersprechenden Vorstellungen, daß sie für die Fülle der neuen Erlebnisse, Sensationen usw. auch mit ihrem bisherigen Sprachschatz nicht auskommen. Die Patienten erfinden nun neue Worte, entweder indem sprachübliche Worte durch Anhängung von Suffixen in eigentümlicher Weise verändert oder in einer ganz bestimmten, dem Sprachgebrauche fremden Weise benützt werden, oder indem ganz neue Vokabel willkürlich gebildet werden, welche überhaupt keiner Sprache angehören. Die Kranken sprechen von der »Elektrisur«, von dem »Geisterotophon«, der »Telephonpässe«, »Pisskotelteig« (aus »Pischen« und »Kot« gebildet), von den »Zielplauderern«, »Detektivierern«, von der »Fremung«, »Wiensperre« usw. Wenn die Wortneubildung überhand nimmt, so wird vielfach das Gespräch total unverständlich, die Kranken machen geradezu den Eindruck der Verworrenheit, und nur die stete Wiederholung bestimmter Worte in einem ganz bestimmten Zusammenhange läßt erkennen, daß die Kranken mit den uns unverständlichen Aeüßerungen stets einen ganz bestimmten Sinn verbinden. Psychologisch interessant ist dabei auch, daß selbst derlei Patienten mit massenhaften Wortneubildungen zwischendurch in längerer wohlgesetzter Rede und durchaus auffälliger Ausdrucksweise z. B. die Bitte um eine Kostveränderung vorbringen, oder irgend ein Erlebnis, das sie nicht unmittelbar affektiv berührt, schildern können u. dgl.; auch Zahlen spielen in den Reden der vorgeschrittenen Paranoiker eine große Rolle.

Sprachprobe: Das Tiergebon grenzt an den Menschen, denn es ist hundertmal stärker als dieser und muß ihm doch gehorchen. Mensch und Tier ist ein Quent. Der Mensch muß gewennt sein und darf das Tier nicht über überstemmen, sonst wirft ihn das Tier in die Keule des Tiergebon hinein
ich bin kein Narr, dies zeigen meine Reimsen, das was von meinem Verstande übrig bleibt, sind 22 Binsen, die muß ich täglich auf die Universität tragen usw.

Was nun die wechselseitige Beziehung der Halluzinationen zu den Wahnideen anbelangt, so wird die Wahnbildung durch die Sinnestäuschungen sehr gefördert.

Die Halluzinationen nehmen auch an der Transformation des Wahngebäudes teil, indem mit überhandnehmenden Größenideen auch der Inhalt der Stimmen ein anderer wird. Die Beschimpfungen usw. werden seltener, dafür erfahren jetzt die Kranken ihnen angenehme Dinge, sie finden in den Stimmen nunmehr Bestätigung ihrer Größenideen.

Es gibt wohl kaum einen Fall von Paranoia, bei welchem nicht die beiden Symptome, systemisierte Wahnbildung und Sinnestäuschungen, vorliegen. Beide Symptome brauchen aber durchaus nicht parallel zu gehen. Es gibt Fälle, welche durch viele Jahre nur Wahnideen produzieren, andere, bei welchen die Halluzinationen frühzeitig das Krankheitsbild beherrschen, ohne daß es durch längere Zeit hindurch zu einem systemisierten Wahngebäude kommt. Dementsprechend wurde auch eine Paranoia combinatoria der Paranoia hallucinatoria gegenübergestellt.

Das Gebaren der Kranken ist durchaus sekundär bedingt durch den Inhalt der Wahnideen und Halluzinationen, ist daher verschieden, einmal nach dem Stadium des Leidens, dann aber auch nach der Individualität des Patienten. Man kann etwa sagen, daß sich ein Paranoiker so benimmt, wie ein Gesunder handeln würde, der in ähnliche Situationen versetzt wäre. Eine von Haus aus schüchterne, mimosenhafte Natur weicht nach Tunlichkeit allen Anfeindungen aus, räumt den Widersachern schweigend einfach das Feld. Ein Anderer nimmt in seiner Not die Hilfe der Staatsgewalt in Anspruch, rennt zur Polizei, zu den verschiedenen Behörden, um durch schriftliche und mündliche Klagen sich Schutz zu verschaffen. Ein Dritter endlich,

der seiner ganzen Anlage nach rachsüchtig, gewalttätig ist, beschreitet den Weg der Selbsthilfe, erwidert Beschimpfungen mit gleicher Waffe oder reagiert mit Tätlichkeiten.

Manche Paranoiker also befinden sich in steter Flucht vor ihren Verfolgern, halten es in keinem Orte, an keinem Posten lange aus; durch dieses unstäte Leben kommen natürlich die Leute sozial stark herunter. Unter den Vagabunden rekrutiert sich ein Teil aus verkappten Paranoikern (aber auch manche der »Globetrotters« gehören hieher). Andere schließen sich ganz von der Außenwelt ab, verkehren mit ihr nur soviel, um sich die nötigen Lebensmittel zu verschaffen, die sie selbst zubereiten. Hinter manchem »Sonderling«, der jahrzehntelang einsam sein Zimmerchen bewohnt, mit der Nachbarschaft nicht spricht, Türen und Fenster sorgfältig verschließt usw., steckt ein Paranoiker. Einige Kranke wieder fallen ihrer Umgebung dadurch auf, daß sie sich stets entschuldigen, stets irgend etwas rechtfertigen wollen, während die erstaunte Umgebung keine Ahnung hat, was eigentlich los sei. Manche benützen die Zeitung, speziell den »kleinen Anzeiger«, um gegen ihre Widersacher aufzutreten oder ihrem Ideal Winke zu geben (der Kundige kann häufig im Annoncenteil jeder Tageszeitung eine oder die andere Notiz finden, welche die Diagnose Paranoia ohneweiters gestattet).

Um sich vor den verschiedenen Halluzinationen zu schützen, gebrauchen die Kranken manchmal die eigenartigsten Mittel, sonderbar zugeschnittene Lederkopfbedeckungen gegen die »elektrischen Strahlen«, Amulette, selbstgebildete Wörter, Zaubersprüche und Formeln usw.

Die Kranken bestürmen ihnen ganz fremde Personen, die sie vielleicht niemals gesehen haben, plötzlich mit Heiratsanträgen, nachdem sie durch das Gerede der Leute, durch Anspielungen, durch Zeitungsannoncen usw. seit langem dazu aufgemuntert zu sein glauben usw. Wie erwähnt, wenden sich sehr viele Kranke auch an alle erdenklichen Behörden, während endlich ein Teil der Paranoiker zur Selbsthilfe greift. Derartige Patienten gehören zu den gefährlichsten Geisteskranken. Vermöge ihres klaren Sensoriums, ihres ungestörten Intellektes sind die Kranken imstande, irgendein Attentat planmäßig, von langer Hand, vorzubereiten.

Aus eben dem Umstand, daß eine tiefere assoziative Störung nicht vorliegt, erklärt sich ein Symptom, das schon gelegentlich der Melancholie besprochen wurde, bei der Paranoia aber geradezu mit zu den pathognostischen, kaum je fehlenden Zügen gehört, die *Dissimulation*. Die Kranken merken sehr bald, mit welchen Ideen sie bei ihrer Umgebung Anstoß erregen und, je nachdem, ausgelacht oder für »nährisch« erklärt werden, und sie verstehen es nun, mehr minder geschickt und mehr minder lange mit ihren Wahnideen hinter dem Berge zu halten. Die Kranken sind ja selbstverständlich von der Realität ihrer Wahnideen felsenfest überzeugt, von ihrer Umgebung schließen sie aber: »entweder Dummköpfe, die nichts verstehen können, oder Schufte, die nichts verstehen wollen, die mit einverstanden sind«; ergo machen sie gute Miene zum bösen Spiel. Auf das Dissimulieren verlegen sich die Patienten namentlich dann energisch, wenn sie die Anstaltsinternierung über sich ergehen lassen müssen. Manche stellen es da recht plump an, indem sie alle ihre früheren Äußerungen, die Daten des amtsärztlichen Pareres, die Angaben der Familie usw. einfach schlankweg als unwahr hinstellen. Andere packen die Sache schlauer an; sie geben alle die gravierenden Momente zu, erklären sie aber als Ausfluß von Krankheit, sie hätten wohl früher das oder jenes geglaubt, das sei aber nur Einbildung gewesen usw.

Die *Dissimulation* ist nun freilich fast jedesmal leicht zu durchblicken. Charakteristisch für die Kranken ist vor allem ein eigentümlich überlegenes, bedeutungsvolles Lächeln, das sie dem Examinierenden gegenüber bewahren. In dem Bestreben, die Sache recht gut zu machen, verfallen ferner die Patienten leicht darauf, auch ganz belanglose Äußerungen oder Begebenheiten entweder zu negieren oder als »Einbildung« darzustellen usw. Die Frage der *Dissimulation* ist ein Punkt, der speziell bei der Entlassung der Kranken aus der Anstaltspflege von großer Bedeutung ist.

b) Somatisch.

Irgendwelche konstante Begleiterscheinungen auf körperlichem Gebiete sind uns bei der Paranoia bis jetzt nicht bekannt. Speziell weisen Körpergewicht und Menstruationsprozeß keine

wesentlichen Störungen auf. In einigen Fällen wird Steigerung der tiefen Reflexe und der mechanischen Muskeleerregbarkeit beobachtet, auch das Auftreten fibrillärer Zuckungen.

In einem gewissen Prozentsatz lassen sich Ohrenaffektionen verschiedener Genese nachweisen. Nur nebenbei sei endlich hier bemerkt, daß unter den Paranoikern entsprechend der Aetiologie (vide diese) recht Viele Träger von körperlichen Degenerationszeichen sind (vide darüber speziell Kapitel XV, A).

B. Decursus morbi und Prognosis.

Bezüglich der Dauer, innerhalb derer die einzelnen Stadien verlaufen, herrschen von Fall zu Fall die größten Verschiedenheiten. Es wurde schon oben angedeutet, inwieweit hiebei die Individualität des Kranken und Sinnestäuschungen einen hemmenden oder fördernden Einfluß ausüben. Manche Patienten verharren Dezennien lang nur im Stadium der Persektionsideen; bei Anderen kann wieder das eine oder das andere Stadium so kurz sein, daß es überhaupt der Beobachtung sich entzieht, anscheinend ganz übersprungen wurde. Diesbezüglich verdienen speziell in jugendlichem Alter einsetzende Fälle hervorgehoben zu werden. (>Originäre Paranoia<.) Bei diesen Kranken kommt es nämlich oft sehr rasch zur Entwicklung von Größenideen, denen auch verhältnismäßig bald schon das Terminalstadium folgt. Im Gegensatze zu diesen rasch verlaufenden, daher prognostisch ungünstig zu beurteilenden Formen, gibt es solche, bei welchen nicht nur ein Weiter-spinnen der Wahnideen ungemein langsam und allmählich erfolgt, sondern bei welchen es sogar zu gewissen Stillständen, Remissionen im Verlaufe der Erkrankung kommt. (Die Möglichkeit einer erfolgreichen Dissimulation muß man sich übrigens dabei immer vor Augen halten. Wenn aber die Kranken überhaupt fähig sind, soweit lange Zeit zu dissimulieren, daß bei ihnen nichts Krankhaftes mit Sicherheit nachgewiesen werden kann, ist ja vom praktischen Standpunkte die Sache irrelevant, ob nun wirklich Remission vorliegt oder nicht.)

Erwähnenswert ist auch das Vorkommen akuter Verworrenheitszustände bei der Paranoia. Phasen, welche ganz

das Zustandsbild der Amentia bieten, können sich einmal interkurrent im Verlaufe einer typischen Paranoia einschleichen. Ferner kann statt des gewöhnlich langsamen schleichenden Beginnes ein derartiger Zustand das ganze Krankheitsbild einleiten. Die Verworrenheit schwindet, die multiplen Sinnes-täuschungen treten zurück und es entwickelt sich nun der klassische Symptomenkomplex der Paranoia. Gelegentlich beobachtet man auch, daß sich eine Paranoia an ein Alkoholdelirium anschließt.

(Bezüglich Prognose vide auch die speziellen Abschnitte über Paranoia querulans und Alkoholwahnsinn.)

C. Aetiologie.

Von allgemein disponierenden Faktoren muß in erster Linie hier die Heredität, die erblich übertragbare Veranlagung, genannt werden. Die Paranoia gehört zu jenen Formen, bei welchen der erblichen Belastung eine große Rolle zufällt. (Irresein oder Alkoholismus, oder die großen Neurosen in der Aszendenz.)

Die beiden Geschlechter nehmen in beiläufig gleichem Prozentverhältnisse an der Paranoia teil. Bei weiblichen Individuen fällt der Beginn der Paranoia recht häufig mit der Menopause zusammen.

Ueber determinierende Ursachen ist uns recht wenig bekannt. Von akuten Infektionskrankheiten verdient höchstens der Typhus genannt zu werden, der noch relativ am häufigsten in der Vorgeschichte sich erheben läßt. Eine größere Rolle spielen gewisse Gifte, vor allem der Alkohol. Nicht bloß, daß im Anschluß an ein echtes Delirium tremens sich eine regelrechte Paranoia entwickeln kann, entstehen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus Geistesstörungen, welche durchaus dem Typus der Paranoia entsprechen, sich aber durch gewisse Besonderheiten von dem Gros der übrigen Fälle unterscheiden (vide sub Alkoholparanoia). Auch der chronische Kokainismus und die Schwefel-Kohlenstoffvergiftung erzeugt paranoiaähnliche Bilder. Auffallend häufig findet man in den Fällen, bei welchen Gehörshalluzinationen besonders hervortreten, Ohrenaffektionen. Nicht selten geben die Kranken direkt an, daß sie lange Zeit

schon allerlei subjektive Ohrengeräusche wahrnahmen, aus denen sie dann Stimmen heraushörten; interessant sind namentlich jene Fälle mit einseitiger Ohrenaffektion, bei welchen die Patienten ihre Halluzinationen nur auf dem erkrankten Ohre hören.

D. Differentialdiagnose.

Manche Fälle können in frühen Stadien zur Verwechslung mit Angstmelancholie Anlaß geben. Die eigentümliche Ratlosigkeit, das Gefühl der Unsicherheit, die Wahrnehmung der Veränderung in der Stellung der Außenwelt gegenüber, die Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen erzeugen einen stärkeren, traurig ängstlichen Affekt, dessen sekundäre Genese nicht immer gleich auf der Hand liegt. Dazu kommt das Gebaren der Kranken, ihr stetes sich Entschuldigen, sich Verteidigen, was als Versündigungsideen, als Kleinheitswahn imponieren kann. Andererseits kommen ja auch bei der Melancholie, wenn auch selten, Gehörshalluzinationen vor, besonders illusionäre wahnhafte Umdeutung von Gesprächen und Geräuschen im Sinne drohender, beschimpfender Zurufe.

Der Paranoiker faßt aber die Anfeindungen usw. als etwas Unrechtes auf, setzt ihnen eine gewisse reizbare Verstimmung bei gehobenem Selbstbewußtsein entgegen, während der Melancholiker in allem eben eine gerechte Strafe erblickt. Ein Prädominieren unzweifelhafter Gehörstäuschungen, namentlich der Pseudohalluzinationen spricht eo ipso für Paranoia, während der Nachweis der assoziativen Störung, der Denkerschwerung, Denkhemmung wieder die Melancholie als solche erkennen läßt. Auch die Berücksichtigung der somatischen Symptome ist hier nicht wertlos, ein Fehlen einer schwereren Allgemeinstörung (Schlaf, Sinken des Ernährungszustandes usw.) wird gegen die Diagnose Melancholie in die Wagschale fallen.

Es kann aber nicht verschwiegen werden, daß in einzelnen wenigen Fällen erst der weitere Verlauf die Stellung einer bestimmten Diagnose mit Sicherheit gestattet. Es kommen differentialdiagnostisch in Betracht ferner gewisse »paranoide« Züge bei den jugendlichen Verblödungsprozessen (vide Kapitel X,

D) bei der *Dementia paralytica* (vide Kapitel VII, D) und die Alkoholhalluzinose (Kapitel VI, B, a u. c.)

D. Therapie.

Daraus, daß die Paranoia, abgesehen von den leider ungemein seltenen Fällen weitgehender spontaner Remissionen und Stillständen, eine unheilbare Geisteskrankheit ist, ergibt sich schon, daß wir irgend eine Therapie gegen diese Erkrankung nicht besitzen. Wohl aber kann man die Kranken bei der durch längere Zeit »partiellen« Störung oft überraschend lange als noch mehr minder nützliche Mitglieder der Gesellschaft erhalten durch Fürsorge für ausgiebige Ablenkung, durch Arbeit. Zu einer Anstaltsinternierung entschieße man sich nur bei evidenter Gemeingefährlichkeit, dehne die Dauer des Anstaltsaufenthaltes auch nicht länger als unbedingt notwendig aus. Die Kranken sind oft sehr lange gesellschaftsfähig, imstande, einen Beruf auszuüben. Die Bestrebungen der modernen Psychiatrie gehen ja auch dahin, Paranoiker, welche einmal anstaltsbedürftig geworden sind, nach Möglichkeit arbeitsfähig zu erhalten; diesen Bestrebungen verdanken wir die neueren Fortschritte des praktischen Irrenwesens, die Beschäftigung der chronischen Geisteskranken mit Agrikultur usw., die Kolonisierung der Geisteskranken; daß die vielen Unheilbaren ein halbwegs zufriedenes, sich und der Gesellschaft noch nützlich Dasein führen können, daß sie nicht mehr einfach eingesperrt herumlungern, sondern sich nützlich betätigen können, das ist — ganz abgesehen von der materiellen Seite der ganzen Frage — eine der schönsten Errungenschaften der von Pinel und Conolly angebahnten modernen Irrenpflege.

Anhang zu Kapitel IV.

Eine gewisse Sonderstellung nimmt die sogenannte

Paranoia querulans

ein. Hier knüpft die Wahnbildung an an eine vermeintliche (zuweilen sogar tatsächliche) rechtliche Benachteiligung. Eine kräftige Reaktion auf erlittenes Unrecht, das Bestreben, das-

selbe nicht auf sich sitzen zu lassen, ist gewiß an sich nicht pathologisch, auch nicht, wenn dies gelegentlich Leute mit sehr ausgesprochenem Rechtsbewußtsein und besonderer Empfindlichkeit zu Anstrengungen und Opfern verleitet, welche in einem gewissen Mißverhältnisse zu der tatsächlich erreichbaren Sühne stehen. Charakteristisch, um die Diagnose Paranoia querulans zu rechtfertigen, ist aber wieder die Art und Weise, wie die Kranken zu ihrer Wahnbildung kommen, die absolute Einsichtslosigkeit und Unkorrigierbarkeit, das Ausdehnen des Wahnsystems von einer bestimmten einzelnen Person auf immer weitere Kreise.

Dem Kranken ist aus irgendeiner unbedeutenden zivil- oder strafrechtlichen Angelegenheit vermeintlich (oder wirklich) Unrecht widerfahren. Er kann sich darein absolut nicht fügen und appelliert an die nächst höhere Instanz, weil die ersten Richter »voreingenommen« waren, oder gar »bestochen«. Nun läuft der Kranke von Advokat zu Advokat, macht den ganzen Instanzengang durch; keine Rechtsbelehrung nützt. Alle abschlägigen Bescheide, Rekurse, alle Ratschläge der Richter, Sachwalter usw., alle Ueberzeugungsversuche prallen wirkungslos ab an dem Kranken. Von den richterlichen Behörden geht es weiter zu Statthalterei, Ministerium, Kabinettskanzlei. Aber »sie spielen alle unter einer Decke«; der Kranke meint, daß seine Zeugen gar nicht vorgenommen, oder durch Kreuzfragen absichtlich verwirrt gemacht werden, während die gegnerischen Zeugen falsche Eide schwören; die Richter fälschen die Protokolle, legen die Gesetzesparagraphen falsch aus. Natürlich, nachdem einmal ein Richter schreiendes Unrecht verübt, verfolgen alle nachfolgenden Instanzen nur den Zweck, diese »unerhörte Blamage« oder »gemeine Schweinerei« zu vertuschen, sind schon darum dem Kranken aufsässig, der eine Revision verlangt, »denn eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus«.

In merkwürdigem Kontrast zu der starren Unbelehrsamkeit des Patienten, seiner absoluten Einsichtslosigkeit, steht eine ganz auffallende Leichtgläubigkeit, sobald ihm Dinge zu Ohren kommen, welche irgendwie ihm in den Kram passen. Die abgeschmacktesten Klatschgeschichten über die richterlichen

Funktionäre oder Prozeßgegner werden ohneweiters für bare Münze hingenommen und, womöglich noch übertrieben, weiter erzählt. Ein Kranker, der ein ganzes Dezennium hindurch um 600 fl. prozessiert hatte, erzählte u. a., daß der Bezirksrichter, die beiden beeideten Sachverständigen und der Bürgermeister von seinem Gegner, jeder einzelne mit je 1000 fl., bestochen worden sei.

Nachdem die Patienten nirgends Recht finden können bei den staatlichen Behörden, suchen sie sich dasselbe selbst zu verschaffen, vor allem indem sie sich eine tüchtige »Gesetzeskunde« anzueignen trachten; sie pauken nun Paragrafen ein, studieren alle Gesetzbücher. Sehr häufig geben sie sich bald mit Winkelschreibereien ab. Gerade so, wie sie von den zumftmäßigen Hütern des Gesetzes nur Unrecht erfahren haben, muß es ja vielen anderen Armen auch gehen, zu deren Vertretern sich nunmehr die Kranken berufen fühlen; sie verfassen Eingaben über Eingaben nicht nur in ihrer eigenen Sache, sondern übernehmen auch strittige Fälle ganz Fremder. Die Eingaben sind oft schon durch ihre äußere Form recht charakteristisch, strotzen von mit dem Rot- und Blaustift unterstrichenen Stellen, Zitaten, Paragrafen usw. Dem Kranken ist jedes Mittel recht, um nur wieder seinen Prozeß aufrollen zu können; so kenne ich z. B. mehrere Kranke, die bloß aus dem Grund irgendein Verbrechen begingen, um vor die Geschworenen zu gelangen und bei der Gelegenheit wieder ihre ganze Angelegenheit vor die Oeffentlichkeit bringen zu können. Die Kranken geraten aber auch auf andere Weise leicht mit dem Gesetze in Konflikt. Dem Staate gegenüber, der ihnen keinen genügenden Rechtsschutz verleiht, glauben sie sich auch zu keinerlei Leistungen verpflichtet. Sie verweigern z. B. die Steuerzahlung, lassen sich wegen einer oft lächerlich geringen Summe lieber vielmals pfänden, als die Steuerquote zu erlegen, in welcher Handlung sie gewissermaßen eine stillschweigende Anerkennung der Staatsgewalt erblicken. »Lieber soll alles zugrundegehen, solange ich nicht mein Recht erhalte«, ist eine ganz stereotype Aeußerung.¹⁾

¹⁾ Eine klassische »Krankheitsgeschichte« eines Querulanten bietet bekanntlich der Kleistsche Roman »Michael Kohlhaas«.

Das Selbstbewußtsein der Patienten ist meist bedeutend gesteigert, die Stimmung vorwiegend reizbar, aber nur soweit der wahnhafte Kern in Betracht kommt. Das Sensorium ist dauernd ungetrübt. Halluzinationen fehlen in der Regel vollkommen, doch gibt es Fälle, welche schließlich ihren Endausgang in eine gewöhnliche Paranoia nehmen, wobei Gehörshalluzinationen, Vergiftungsideen auftreten, endlich ein allgemeiner Verfolgungswahn.

Die Prognose ist immer sehr ernst. Zuweilen, wie oben erwähnt, wandelt sich der Querulantenwahnsinn um in eine typische Paranoia, meistens bleibt aber das Krankheitsbild in seiner klinischen Eigentümlichkeit lebenslänglich bestehen. Der Affekt verblaßt allmählich und damit läßt auch das rast- und ruhelose Treiben der Kranken immer mehr und mehr nach. In seltenen Fällen aber erlangen die Kranken schließlich eine gewisse Krankheitseinsicht, wenn schon nicht im eigentlichen Sinne, so doch wenigstens insofern, als sie die Nutzlosigkeit all ihrer Bemühungen und die schwerwiegenden Folgen derselben einsehen (vor allem Internierung in eine Irrenanstalt) und endlich, ohne weiter die Behörden zu behelligen, ihrem früheren, jahrzehntelang vernachlässigten Berufe wieder stillschweigend nachgehen.

Die Erkennung der Paranoia querulans bietet manchmal, namentlich in den Anfangsstadien, große Schwierigkeiten, noch mehr der Nachweis des Krankhaften dem Laienurteile gegenüber (also z. B. in foro criminali). Das Wichtigste ist die absolute Einsichtslosigkeit allen Abweisungen und Rechtsbelehrungen zum Trotz, die Ausdehnung auf immer weitere Personen (alle Richter, alle Advokaten usw. seien verschworen, bestochen usw.). Bei der großen Zungenfertigkeit und den anscheinend gediegenen juristischen Kenntnissen dieser Kranken ist es ohneweiters verständlich, daß sie oft Leute mit von Haus aus schwacher Kritik vollständig beeinflussen und überzeugen können. In der Kasuistik des sogenannten »**induzierten Irreseins**«, wobei also eine geisteskranke, aber intellektuell höher stehende Persönlichkeit, einem geistig gesunden, dabei jedoch intellektuell weniger begabten Individuum ihre eigenen Wahnideen einredet, dasselbe gewissermaßen mit ihren Wahn-

ideen infiziert, kommen gerade Fälle von Querulanten recht häufig vor. Einer unserer Kranken wußte seinem gerichtlich bestellten Kurator seinen Rechtsstreit so plausibel zu machen, daß derselbe bald seinerseits Himmel und Erde in Bewegung setzte, um dem unschuldig Eingesperrten zu seinem Rechte zu verhelfen, und schließlich selbst als Querulant sich darstellte.

Die Prognose des induzierten Irreseins ist wesentlich günstiger. Sobald die Quelle der psychischen Infektion entfernt ist, sobald der Kranke nicht mehr dem Einflusse der induzierenden Persönlichkeit unterliegt, stellt sich meistens allmählich eine Korrektur der Wahnideen und endlich mit Krankheitseinsicht auch völlige Heilung ein.

V. KAPITEL.

Das periodische Irresein.

Die periodischen Geistesstörungen verlaufen in einzelnen Anfällen, welche ohne bekannte äußere Veranlassungsursache in ihrer eigentümlichen Erscheinungsweise regelmäßig wiederkehren (d. h. die Wiederholung der einzelnen Anfälle erfolgt in mehr minder regelmäßigen Intervallen und die einzelnen Phasen weisen untereinander eine gewisse Gleichheit auf).

Die spezielle Symptomatologie des periodischen Irreseins soll später im einzelnen erörtert werden. Hier seien zunächst Punkte erwähnt, welche mehr minder allen periodischen Geistesstörungen gemeinsam sind.

A. Allgemeines.

a) Verlauf.

Beginn und Lösung der einzelnen Phasen erfolgt in der Regel perakut. Das Prodromalstadium ist meist ganz kurz, häufig setzt plötzlich, anscheinend aus voller geistiger Gesundheit heraus, die Psychose ein, und ebenso fehlt gewöhnlich ein länger protrahiertes Rekonvaleszenzstadium.

Da es sich um eine unheilbare chronische, wenn auch remittierende Krankheit handelt, darf sich das Studium des periodischen Irreseins nicht auf eine Psychose allein erstrecken, sondern auf mehrere bei demselben Individuum. Da zeigt sich nun eine Eigentümlichkeit, für welche der Name der »photographischen Treue« sich eingebürgert hat. Die einzelnen Anfälle bei einem und demselben Individuum gleichen einander nicht nur quoad durationem, sondern auch in symptomato-

logischer Hinsicht auffallend (ein Punkt, der gerade bei der Frage, ob Periodizität oder einfache Rezidive, wohl für erstere entscheidend genannt werden darf). Es sind dieselben Redensarten, dieselben Handlungen usw., welche stets wiederkehren. Diese photographische Treue kann im großen und ganzen bei den meisten Fällen periodischen Irreseins konstatiert werden. Ausnahmen davon gibt es aber insoferne, als einmal bei einem und demselben Patienten, dessen einzelne Erkrankungen lange Jahre hindurch eine vollständige Uebereinstimmung aufwiesen, sich allmählich der Typus der Anfälle verwischt, z. B. die Dauer, die Intensität der Erscheinungen eine Aenderung erfährt.

Ferner führen von Fällen mit auffallender Gleichartigkeit der Anfälle fließende Uebergänge hinüber zu solchen, bei welchen z. B. die strenge Periodizität von vornherein durchbrochen ist, die Intervalle zwischen den einzelnen Erkrankungen unregelmäßig werden, letztere selbst von einander recht sehr differieren. (So kommt man schließlich zu Fällen, bei denen es einfach Geschmacksache sein muß, ob man von periodischem Irresein oder einer Rezidive akuter Psychosen sprechen will. Diese Uebergangsfälle sind es ja auch, welche manche Autoren bestimmen, der Periodizität an sich überhaupt keine klinische Bedeutung zu vindizieren, bzw. periodische Geistesstörung als entité morbide nicht anzuerkennen.)

b) Prognose.

Die Prognose quoad sanationem ist im allgemeinen eine infauste. Die einzelnen Anfälle wiederholen sich eben gewöhnlich bis zum Lebensende der Kranken. Immerhin gibt es einige wenige, aber sichergestellte Fälle, bei welchen nach mehreren Attacken auf einmal ein Intervall ungewöhnlich lange sich ausdehnte, ja bei welchen, soweit die Beobachtungsdauer reichte, Heilung eintrat. (Es scheint dies am ehesten noch bei den »serienweise« auftretenden Psychosen möglich, vide unten.) In manchen Fällen gestaltet sich der Endverlauf so, daß die Intervalle immer kürzer werden, während zugleich die Intensität der Symptome abblaßt, bis sich ein chronischer Zustand (Manie usw.) herstellt. Eine Ausnahme bezüglich der ungünstigen Prognose

bilden auch manche Fälle des sogenannten reflektorisch periodischen Irreseins (vide Aetiologie und speziellen Teil).

Ist so die Aussicht bezüglich Heilung im allgemeinen eine minimale, so ist um so auffallender, daß trotz zahlloser Erkrankungen der Intellekt auffallend wenig Einbuße erfährt, der Ausgang in Demenz beim periodischen Irresein selten ist. Zu verblöden sind einmal gewisse Fälle gefährdet, die sich auch durch ätiologische Besonderheiten von dem Gros der periodischen Geistesstörungen unterscheiden (vide später), ferner gewisse Fälle jugendlicher Manien mit schnell aufeinanderfolgenden Erkrankungen und sehr kurzen Intervallen.

Die Prognose quoad vitam darf zwar im allgemeinen eine gute genannt werden, doch kommen diesbezüglich natürlich alle die Punkte in Betracht, welche schon bei den einzelnen Zustandsbildern beachtet werden müssen, z. B. Selbstmordgefahr bei den Melancholien, Tod durch Komplikationen wie Sepsis usw. bei schwer Tobenden usw.

c) *Aetiologie.*

Von allgemein disponierenden Faktoren muß in erster Linie die Heredität genannt werden. Das periodische Irresein gehört zu den exquisit hereditär-degenerativen Psychosen. Man findet bei 80 % erblich Belastete u. zw. häufig in der Art der *Hérédité similaire*, d. h., daß in einer Familie mehrere Mitglieder an periodischem Irresein leiden.

Neben der angeborenen erblich übertragbaren spielt auch eine erworbene Veranlagung eine gewisse Rolle, u. zw. kann diese Disposition hervorgerufen werden durch Schädeltraumen und durch herdförmige Läsionen im Gehirn, welche zu Narben führen. (Fälle letzterer Art zeigen Tendenz zur Verblödung.)

Was das Alter anbelangt, so sind die Jahre um und nach der Pubertät, ferner das Zeitalter der geschlechtlichen Involution (Klimakterium) am meisten prädisponierend für den Ausbruch des periodischen Irreseins. (Es gilt das eben Gesagte nur für die große Mehrheit der Fälle, welche auf hereditärer Basis wurzeln. Dort, wo erworbene Schädlichkeiten ätiologisch wirksam sind, wie Schädeltraumen und Gehirnnarben, kommt selbstverständlich das Alter überhaupt nicht in Betracht.)

Das weibliche Geschlecht ist in höherem Maße disponiert, speziell bei der häufigsten Form des periodischen Irreseins, bei der folie circulaire, prävaliert dasselbe recht bedeutend.

Ueber im eigentlichen Sinne determinierende, d. h. den Anfall unmittelbar auslösende ätiologische Faktoren ist recht wenig bekannt, charakteristisch ist ja gerade für die überwiegende Mehrheit der Fälle der Umstand, daß die einzelnen Anfälle spontan auftreten.

Bei einer kleinen Gruppe von Fällen aber läßt sich ein peripherer, reizabgebender Faktor nachweisen, der (in Verbindung mit der eigenartigen angeborenen oder erworbenen psychopathischen Disposition) die einzelnen Anfälle auslöst (reflektorisch bedingte oder sekundär ausgelöste periodische Psychosen). Hieher gehört z. B. das menstruelle Irresein, Geistesstörung bei schmerzhaften Affektionen der verschiedensten Genese und Lokalisation (*Dysphrenia neuralgica*, Erkrankungen der Genitalorgane, Neuralgien, Einheilung von Fremdkörpern im Verlaufe eines Nervenstammes, Narbennurome usw.) Fälle der letzteren Art geben eine wesentlich bessere Prognose als alle übrigen periodischen Geistesstörungen; sie zeigen andererseits engere Beziehungen zu der psychischen Epilepsie, welche bei Betrachtung des periodischen Irreseins überhaupt wiederholt dem Beobachter sich aufdrängen müssen. (Aetiologie, Periodizität, Gleichartigkeit der Anfälle, aura-ähnliche, stereotype Prodromalerscheinungen.)

d) Therapie.

Nur die reflektorisch ausgelösten Psychosen, und auch davon ein nur sehr geringer Teil, sind einer kausalen, eventuell operativen Therapie zugänglich. Beim menstruellen Irresein bewährten sich sehr präventiv, d. h. vor dem zu erwartenden Anfall zu verabfolgende hohe Bromdosen unter gleichzeitiger Bettbehandlung während der Menstruation. Von einer präventiven Brombehandlung konnten aber auch in Fällen gewöhnlichen periodischen Irreseins gelegentlich befriedigende Erfolge gesehen werden, wenn nur die Medikation rechtzeitig, d. h. während der charakteristischen Prodromi eingeleitet wird; es

gelingt so manchmal den bevorstehenden Anfall zu coupieren: sobald einmal dieser selbst eingetreten ist, erweist sich die Bromtherapie nutzlos. Im übrigen kann die Behandlung nur symptomatologisch sein. Diesbezüglich verweise ich auf die speziellen Kapitel bei der Melancholie usw. Besonders sei nochmals die Notwendigkeit einer Anstaltsinternierung in den leichten Fällen von Hypomanie betont, um die Kranken vor den schwerwiegenden Folgen in materieller und sozialer Hinsicht zu schützen.

e) Pathologische Anatomie.

Nur in einer kleinen Anzahl von Fällen wurden bis jetzt herdförmige Läsionen verschiedenartiger Genese gefunden, während bei vielen (gerade bei den hereditär degenerativen mit frühzeitigem Beginne) irgend ein anatomisches Substrat nicht nachgewiesen wurde, grobe Läsionen auch a priori (Intaktbleiben der Intelligenz!) nicht zu erwarten sind.

f) Somatische Befunde.

Schon bei der Besprechung der akuten funktionellen Psychosen wurde als sogar bis zu einem gewissen Grade differentialdiagnostisch hervorgehoben, daß die Zeichen einer schweren Allgemeinerkrankung beim periodischen Irresein insofern fehlen, als z. B. der Menstruationsprozeß gewöhnlich nicht leidet (abgesehen gerade von den Fällen menstrualen Irreseins). Interessant ist das Verhalten des Körpergewichtes. Dasselbe sinkt auch während jedes einzelnen Anfalles, oft schon vorher, und geht mit Abklingen desselben wieder in die Höhe. Beim zirkulären Irresein nun, speziell bei den Fällen ohne eigentliches Intervall, erleidet das Körpergewicht häufig insofern regelmäßige Schwankungen, als es bei der Manie regelmäßig bedeutend ansteigt (!), während der Melancholie absinkt.

Mit der Manie geht aber nicht nur eine Zunahme des Körpergewichtes einher, sondern eine Steigerung der vegetativen Funktionen überhaupt, zuweilen eine ganz auffallende körperliche Gesundheit, ein »Turgor vitalis«, die Kranken sehen manchmal während der Manie tatsächlich verjüngt aus.

Puls, Blutdruck und Respiration verhalten sich für die einzelnen Zustandsbilder so, wie bei den entsprechenden akuten

funktionellen Psychosen. Recht häufig finden sich abnorme Harnbestandteile, welche an sich nichts charakteristisches haben, aber bei einem und demselben Kranken immer wieder bei den einzelnen Anfällen beobachtet werden können und die mit dem Aufhören des Anfalles wieder schwinden.

Sehr bemerkenswert, weil oft geeignet, differentialdiagnostische Schwierigkeiten zu bereiten, sind gewisse Störungen der Motilität, die nur während der psychotischen Phasen auftreten, nicht im Intervall. Hierzu gehören vor allem verschiedene Störungen seitens der Pupillen (Anisokorie, träge Reaktion, ja auch echter Argyll-Robertson.). — Diese Erscheinungen gehen wieder spurlos zurück, sobald der Anfall abklingt. — Ferner wurden allerlei hirnkongestive Zustände beobachtet, vorübergehende Sprachstörungen, apoplekti- und epileptiforme Anfälle.

Beachtenswert, wenn auch ohne sonderliche klinische Bedeutung, sind allerlei Erscheinungen im Bereich der Vasomotoren, mit den Anfällen gleichzeitig auftretende oder mit denselben vikariierende Exantheme (Herpes, Urtikaria usw.).

B) Spezielle Symptomatologie.

Von den verschiedenen Erscheinungsformen, in denen das periodische Irresein auftritt, seien als die häufigsten aufgezählt: das zirkuläre (zyklische) Irresein, die periodische Manie, die periodisch-deliranten Verworrenheitszustände, das »periodische Irresein in Form impulsiver Triebe«, die periodische Melancholie und »Amentia«, endlich (als am seltensten) die sogenannte »periodische Paranoia«.

a) *Das zyklische (zirkuläre) Irresein.*

Hiebei alternieren in regelmäßigem Wechsel die entgegengesetzten Zustandsbilder der Manie und Melancholie.

α) Symptomatologie.

Nachdem die Zustandsbilder an sich eben einer Manie oder Melancholie entsprechen, sei bezüglich der Symptomatologie auf die betreffenden Kapitel verwiesen. Doch kann so viel

gesagt werden, daß es sich beim zirkulären Irresein vorzugsweise um rein formale Störungen handelt. Die Manie tritt in der überwiegenden Mehrheit der Fälle unter dem Bilde der Hypomanie auf, wobei recht oft die eigenartigen degenerativen Züge der »folie morale« besonders markant sind (Reizbarkeit, Schadenstiftung, nörgelndes, querulierendes Wesen usw.). Die Melancholie kann auch schwerere Intensitätsgrade aufweisen bis zum Stupor, doch besteht fast ausnahmslos das Bild der Melancholia sine delirio, Wahnideen kommen fast nie vor.

Bemerkenswert sind manche ganz gelinde verlaufende Fälle, welche ohne scharfe Grenze hinüberleiten zu den regelmäßigen Schwankungen der Stimmung, geistigen Spannkraft und Leistungsfähigkeit vieler »nervöser« Menschen. (Zyklothymien; wohl mit Unrecht auch unter dem Namen »zirkuläre Neurasthenie« beschrieben). In der manischen Phase machen diese Patienten tatsächlich den Eindruck erhöhter »geistiger Gesundheit«; sie sind die angenehmsten Gesellschafter, übersprudeln von Geist und Witz, zeigen ein vielseitiges Interesse, betreiben neben ihren Berufsagenden eine Unzahl anderer Beschäftigungen, sind von unglaublicher Leistungsfähigkeit. In der Melancholie sind die Kranken niedergeschlagen, ergehen sich in pessimistischen Grübeleien, nichts bereitet ihnen Freude, alle ihre früheren Liebhabereien erscheinen ihnen schal, wertlos; die unbedeutendsten Mißhelligkeiten des täglichen Lebens hinterlassen einen unverhältnismäßig schweren Eindruck. Dabei sind die Patienten eigentümlich reizbar, mürrisch, man hat sie nie verstanden, das Schicksal verfolgt gerade sie besonders usw. Stets herrscht lebhafter Lebensüberdruß, der nur in der Hemmung, der Abulie der Kranken ein wirksames Gegengewicht findet. Zuweilen beobachtet man einen peinlichen Grübelzwang oder andere echte Zwangsvorstellungen.

Im Gegensatz zu diesen allerleichtesten Fällen gibt es atypisch schwere, bei welchen die Manie den Charakter der gravis annimmt (Tobsucht, ideenflüchtige Verworrenheit, auch Sinnestäuschungen).

β) Verlauf.

Es herrschen hier die größten Verschiedenheiten. Einmal können Manie und Melancholie einander kontinuierlich ablösen, so daß die Patienten, sobald sich einmal die Geistesstörung eingestellt hat, überhaupt niemals gesund sind. In den meisten Fällen aber gelangen die einzelnen Phasen an sich zur Heilung; das betreffende Individuum bietet nunmehr so lange keine krankhaften Züge (vide übrigens darüber später), bis sich mit unerbittlicher Periodizität die Psychose wiederholt, die ihrerseits wieder in Heilung gelangt. In der Regel tritt diese Zeit geistiger Gesundheit (luzides Intervall¹⁾, das verschieden lang dauern kann, zwischen je zwei entgegengesetzten Phasen ein, welche zusammen einen Zyklus darstellen, also z. B. Manie—Melancholie—Intervall oder Melancholie—Manie—Intervall. In manchen Fällen schiebt sich aber ein freies Intervall zwischen jeder einzelnen Phase ein, also Manie—Intervall, Melancholie—Intervall. Ferner kommt es in einzelnen Fällen zu mehreren Zyklen, deren einzelne Phasen sehr kurz dauern, aber durch kein freies Intervall getrennt sind, worauf erst sich eine auffallend lange (oft mehrjährige) Pause einstellt, nach der wieder mehrere Zyklen rasch aufeinander folgen (»Serienweises« Auftreten).

Auch bezüglich der Art des Uebergehens der einzelnen Phasen kann man alle möglichen Verschiedenheiten beobachten. Besonders auffallend sind die brüsken Uebergänge, derart, daß nach Wochen andauernder Depression über Nacht der Umschlag in ausgelassene Manie erfolgt, oder umgekehrt. In anderen Fällen vollzieht sich der Uebergang in eigentümlich oszillierender Art. Eine manische Kranke zeigt sich plötzlich eines Tages tief deprimiert, bietet aber schon am nächsten Tage wieder

¹⁾ Der Ausdruck freies Intervall bedarf insoferne einer Erklärung, als die Kranken während desselben frei sind von den jeweiligen psychotischen Zustandsbildern (Manie usw.). Damit ist noch nicht gesagt, daß diese Individuen während dieser Zeit auch immer vollständig gesund, d. h. psychisch als vollwertig zu erachten sein müssen. Entsprechend der zumeist hereditär degenerativen Veranlagung kann man nämlich recht häufig all die verschiedenen Züge einer dauernden psychopathischen Minderwertigkeit nachweisen, Reizbarkeit, labile Stimmung, moralische Defektuosität usw., anderseits zeigt sich bei manchen Kranken intervallär beginnende geistige Abschwächung. In einer gewissen Zahl von Fällen aber unterscheiden sich die Kranken im Intervall in nichts von normalen Menschen.

ihr früheres manisches Gebaren. Nach einigen Tagen tritt neuerdings eine Depression in Erscheinung, die jetzt vielleicht schon mehrere Tage anhält, aber wieder von einem Aufflackern der Manie gefolgt ist, bis sich endlich die dauernde melancholische Phase etabliert. Oder der Uebergang geschieht ganz allmählich, derart, daß in dem Maße, als die Erscheinungen des einen der beiden entgegengesetzten Zustandsbilder mehr und mehr an In- und Extensität ablassen, die Symptome des anderen allmählich immer deutlicher werden. Ist nun das eine Zustandsbild anscheinend schon abgeklungen, während das andere noch sehr wenig ausgesprochen ist, so kann ein kurzes freies Intervall vorgetäuscht werden. Zuweilen vermengen sich bei dieser allmählichen Art des Ueberganges die Symptome von Manie und Melancholie so innig, daß es zu eigentümlichen **Mischzuständen** kommt. In selteneren Fällen (zumeist nur bei längerem Bestehen der Psychose, also nach mehreren Anfällen) können diese Mischzustände auch eine größere Selbständigkeit erhalten; es kommen da Zustandsbilder vor, welche sowohl manische wie depressive Elemente deutlich erkennen lassen, z. B. der manische Stupor (manische Stimmung, aber Hemmung auf dem Gebiete der Psychomotilität und des Assoziationsprozesses) oder die sogenannte »unproduktive Manie« (manische Verstimmung, Bewegungs- und Rededrang, aber Denkhemmung) usw.

Der Beginn der einzelnen Zyklen ist gewöhnlich ein perakuter; nach einem ganz kurzen Prodromalstadium setzt das Krankheitsbild ein, u. zw. erreicht es meist sofort seine volle Höhe. Auch die Lösung der einzelnen Anfälle vollzieht sich in der Regel kritisch. Ein längeres Rekonvaleszenzstadium wird gewöhnlich vermißt, die Beruhigung nach Manie oder das Erwachen der Lebensfreudigkeit und Arbeitslust stellt sich überraschend schnell her, meist innerhalb weniger Tage.

Was die Dauer anbelangt, so spielt sich der ganze Zyklus gewöhnlich innerhalb eines Jahres ab; dabei entspricht die Dauer des Intervalles beiläufig der der Psychose (also $\frac{1}{2}$ Jahr). Auch die Fälle ohne Intervall verlaufen gewöhnlich so, daß die Kranken alljährlich eine Manie und eine Melancholie durchmachen. Daneben gibt es Ausnahmen von vieljährigem Bestehen

der einzelnen Phasen, und umgekehrt Fälle von extrem kurzer Dauer (sogar tägliches Alternieren der Exaltation und Depression wurde beobachtet; rascher Wechsel der einzelnen Phasen ist, wie schon oben erwähnt, z. B. beim »serienweisen Auftreten« die Regel.

Interessant sind gewisse, bei jedem einzelnen Kranken stereotype, auraähnliche Prodromalerscheinungen, die in einer großen Zahl von Fällen bei Beginn eines ganzen Zyklus sowohl wie beim Uebergang der einzelnen Phasen beobachtet werden können. Es handelt sich um allerlei Neuralgien, Parästhesien, verschiedene hypochondrische Beschwerden, Erbrechen, Auftreten eines Herpes usw. Auch in dem Gebaren der Kranken treten allerlei Züge auf, welche sich oft bis in die minutiösesten Einzelheiten bei allen neuerlichen Anfällen wiederholen; es ist z. B. ein und dasselbe bestimmte Liedchen, welches das Herannahen der Manie verkündet, irgend ein Aufputz in der Kleidung, der immer in derselben Weise wiederkehrt, wenn sich die Manie einstellt usw.

γ) Aetiologie.

Gerade beim zyklischen Irresein ist von allen sonst für das periodische Irresein wichtigen Faktoren fast nur die hereditäre Veranlagung zu nennen.

δ) Differentialdiagnose.

Inwieweit eine Abgrenzung der einzelnen Zustandsbilder gegenüber den entsprechenden akuten einfachen Psychosen möglich ist, wurde schon seiner Zeit erörtert. Schwierigkeiten gar nicht zu unterschätzender Art können sich in manchen seltenen Fällen gegenüber der Paralysis progressiva ergeben, wenn die erste Manie erst im reiferen Alter auftritt, Lues anamnestisch sicher ist, und vor allem die Kpt. V., A. f. erwähnten auffallenden nervösen Störungen seitens der Pupillen oder in der Motilität bestehen. (Vergleiche diesbezüglich das sub Kap. VII, d. Gesagte; entscheidend vor allem ist der Nachweis der paralytischen Demenz.)

Manche Fälle können, so lange nur die manische Phase vorliegt, zur Verwechslung mit moral insanity Anlaß geben. Es stehen ja die eigenartigen degenerativen Züge, das Nörgeln, die Freude am Schaden stiften, die Reizbarkeit, maßlose Genußsucht usw. manchmal in dem Vordergrund des Krankheitsbildes. Abgesehen selbstverständlich von der Anamnese muß hier eben der Nachweis unzweifelhafter manischer Züge auf assoziativem Gebiete gelingen, der Ablenkbarkeit, des abspringenden Gedankenganges.

b) Die periodische Manie.

Die einzelnen Anfälle verlaufen unter dem Bilde der Hypomanie oder Mania gravis.

α) Symptomatologie.

Indem bezüglich der Symptome ganz auf das Kapitel »Manie« verwiesen sei, sei nur folgendes hervorgehoben.

Neben der angeborenen hereditär degenerativen Veranlagung spielt gerade bei der periodischen Manie eine erworbene Disposition (durch Schädeltraumen oder Hirnnaarben) eine größere Rolle. Fälle letzterer Art nun scheinen sich insofern von ersteren zu unterscheiden, als sie einmal, wie schon früher erwähnt, mehr die Tendenz zu einer mehr minder hochgradigen Verblödung zeigen, und zweitens dadurch, daß die eigenartigen Züge der »folie morale« bei ihnen auffallend in den Hintergrund treten.

Die Kranken ähneln bei oberflächlicher Betrachtung manchmal geradezu manischen Paralytikern, sie zeigen eine mehr harmlose Heiterkeit, sind fügsam, leicht zu behandeln, nicht sonderlich reizbar oder anmaßend und querulierend.

Die Manien jugendlicher Individuen zeigen zuweilen eigentümlich läppische Züge, eine gewisse clownartige, bummelwitzige Färbung, was gelegentlich den Gedanken an Erregungszustände bei Dementia praecox aufkommen läßt.

Manche Fälle (gerade hier läßt sich meist ein schweres Schädeltrauma nachweisen) bieten vorübergehend auf der Höhe

der manischen Erregung oder während der ganzen Dauer eines Anfalles schwere Bewußtseinstrübung dar, mit folgender lückenhafter Erinnerung, ja völliger Amnesie; diese Fälle vermitteln den Uebergang zu den sogenannten periodisch deliranten Verworrenheitszuständen und damit zur psychischen Epilepsie.

β) Decursus morbi.

Ein melancholisches Vor- und Nachstadium ist zuweilen recht deutlich, läßt sich aber ebenso oft auch bei genauer fortgesetzter Beobachtung nicht feststellen. Fälle ersterer Art leiten selbstverständlich fließend hinüber zum zirkulären Irresein.

Der Beginn ist wie beim periodischen Irresein überhaupt, ein perakuter, die Lösung vollzieht sich entweder auch ziemlich plötzlich (was eo ipso für periodische Manie spricht) oder, namentlich in Fällen mit vielmonatlicher Dauer, allmählich.

γ) Prognose.

Nur sehr seltene Fälle endigen während der Psychose selbst letal (durch irgend eine Komplikation infolge des rücksichtslosen Tobens, oder durch Apoplexie usw.)

Die Prognose quoad sanationem ist jedenfalls ernst, aber doch nicht so ungünstig wie z. B. beim zirkulären Irresein; es existieren eine Reihe genügend lang beobachteter Fälle, bei welchen endlich Heilung eintrat, d. h. die einzelnen, an sich eo ipso heilbaren Anfälle sich nicht wiederholten; speziell periodisch manische Zustandsbilder des menstruellen Irreseins sind nicht nur einer wirksamen Therapie, sondern auch spontaner Heilung zugänglich.

Ausgang in einen mehr minder ausgeprägten geistigen Schwächezustand kommt bei der periodischen Manie häufiger vor als beim zirkulären Irresein (u. zw. wie schon erwähnt vorzugsweise bei Fällen mit später erworbener Veranlagung, ebenso bei jugendlichen Personen mit sehr gehäuften kurz dauernden Anfällen).

δ) Differentialdiagnose.

Was die Abgrenzung gegenüber einer einfachen Manie, einer Amentia, den jugendlichen Verblödungsprozessen, einer

manischen Paralyse anbelangt, so finden diese Punkte in den entsprechenden Kapiteln genügende Erörterung.

Eine Unterscheidung zwischen periodischer und zirkulärer Manie ist meist unmöglich, aber auch praktisch ganz irrelevant. Ein Ansteigen des Körpergewichtes während der Manie spricht selbstverständlich für zirkuläre Manie. Gewisse Schwierigkeiten können sich ergeben, wenn es sich darum handelt, ohne Kenntnis der Anamnese gewisse mit schwerer Bewußtseins-trübung einhergehende Fälle periodischer Manie gegenüber epileptischen Erregungszuständen abzugrenzen. Die große Ablenkbarkeit der Kranken und typische Ideenflucht wird wohl für Manie sprechen, doch haben gerade neuere Erfahrungen das Vorkommen echter Ideenflucht auch bei unzweifelhaft epileptischen Psychosen dargetan.

c) Die periodische Melancholie.

Die einzelnen Anfälle verlaufen meist unter dem Bilde der einfachen Melancholia sine delirio; aber auch Angstmelancholien mit Wahnbildung können periodisch wiederkehren.

Die periodische Melancholie ist sehr selten (d. h. Fälle, bei welchen ein zirkuläres Irresein mit nur wenig ausgeprägter manischer Phase sicher ausgeschlossen werden kann). Das Zustandsbild entspricht meist der Melancholia sine delirio; häufig handelt es sich außerdem um leichtere Fälle rein formaler Störung (periodische Depressionszustände); bemerkenswert ist, daß in den Fällen mit Wahnvorstellungen (Selbstanklagen, Versündigungsideen usw.) dieselben bei jedem einzelnen Anfall ähnlichen Inhalt zeigen. Die körperlichen Begleiterscheinungen sind meist sehr markant, sowohl für den Beginn, wie für den Anfall selbst, heftige Präkordialangst, alle möglichen Neuralgien, Schlaflosigkeit, Störungen im Bereiche des Verdauungstraktes, zumeist rapides Sinken des Körpergewichtes. Auffallend, und, wenn vorhanden, dann für eine periodische Psychose wohl charakteristisch, ist, daß der Menstruationsprozeß in manchen Fällen ganz ungestört verläuft.

Intervalle mit mehrjähriger Dauer finden sich gerade bei der periodischen Melancholie nicht selten. Die Dauer beträgt durchschnittlich einige Monate.

Die Prognose quoad vitam wird hier durch die eminente Selbstmordgefahr recht getrübt.

Dauerheilungen kann man höchstens bei den Fällen menstrueller periodischer Melancholie erhoffen.

d) Nur der Vollständigkeit halber sei hier angeführt, daß einzelne Anfälle streng periodisch verlaufender Geistesstörungen auch die Zustandsbilder der akuten halluzinatorischen Verworrenheit und der Paranoia bieten können. Derartige Fälle sind ungemein selten, daher praktisch so gut wie bedeutungslos. Gemeinsam mit den periodischen Psychosen überhaupt hat diese sogenannte »periodische Amentia« und »periodische Paranoia« den ziemlich akuten Beginn und die Gleichartigkeit der Anfälle. Ungestörter Menstruationsprozeß wurde in einigen Fällen periodischer Amentia speziell hervor gehoben (im Gegensatz zu den so häufigen Menstruationsstörungen bei der genuinen Amentia). Das menstruelle Irresein verläuft zuweilen derart, daß während der einzelnen Phasen bei völlig klarem Sensorium mehr minder systemisierter Eifersuchtswahn auftritt, von dem intervallär auch nicht die geringsten Residuen zurückbleiben, für den vielmehr dann regelmäßig volle Krankheitseinsicht besteht.

e) Periodisch delirante Verworrenheitszustände.

(Idiopath. periodisches Irresein in Form von Delirien, zentrale Typhosen mit kurzen Anfällen.)

Die einzelnen Anfälle dauern nur kurz, gehen mit schwerer Bewußtseinstrübung, massenhaften Sinnestäuschungen (oft von spezifisch epileptischer Färbung) einher und häufig mit heftigen motorischen Entladungen.

α) Symptomatologie.

Nach kurzem Stadium prodromorum (reizbare Verstimmung, vage Angstgefühle, Neuralgien, namentlich auraähnliche Sensationen in den Fällen reflektorisch ausgelöster Psychosen) bricht perakut die Psychose aus mit schwerer Verworrenheit, massenhaften Halluzinationen (Leichen, Teufel, Blut, göttliche Heerscharen, Gespenster). Auf motorischem Gebiete besteht hochgradige Tobsucht, oft von elementarem Charakter, auch mit Bewegungstereotypie, Zähneknirschen, Schnauben, Grimassieren, gewaltigen Jaktationen des ganzen Körpers, Pfeifen,

Brüllen usw. In selteneren Fällen bieten die Patienten das Bild der epileptischen Moria (vide Kapitel XII, A, a). Die Pupillen sind zuweilen auffallend weit, starr; die Bulbi injiziert, das Gesicht gerötet, die Miene oft eigentümlich verstört.

Der einzelne Anfall dauert wenige Tage bis zwei Wochen im Durchschnitt. Nicht selten beobachtet man gerade hier das serienweise Auftreten, d. h. mehrere Anfälle folgen aufeinander mit jeweilig nur kurzen Intervallen, bis sich eine auffallend lange (oft auf Jahre sich erstreckende) anfallsfreie Pause einstellt. Die Klärung erfolgt gewöhnlich kritisch, die Erinnerung für die durchgemachte delirante Phase ist meist nur recht lückenhaft.

β) Aetiologie.

Gegenüber den übrigen Formen periodischen Irreseins nehmen diese Fälle insofern eine Sonderstellung ein, als die Bedeutung der Heredität hier zurücktritt gegenüber den anderen ätiologischen Faktoren, Schädeltraumen, Hirnherden, reflektorisch wirkenden peripheren Reizen. Gerade die sekundär bedingten periodischen Psychosen verlaufen häufig unter derartigen Bildern.

Besonders bemerkenswert sind aber derartige Fälle darum, weil sie, wie schon oben erwähnt, einen fließenden Uebergang vermitteln zur periodischen Manie einerseits, andererseits klinisch und ätiologisch nicht abgegrenzt werden können von den Anfällen psychischer Epilepsie. Auch intervallär finden sich nicht selten die Züge habitueller epileptischer Charakterveränderung; Kombination mit echten konvulsiven Anfällen ist nicht selten.

γ) Therapie.

Einige der reflektorisch bedingten Fälle bieten Chancen für eine erfolgreiche kausale Behandlung (vide diesen speziellen Abschnitt). Dauernde Alkoholabstinenz ist dringend notwendig. (Einer meiner Kranken z. B., der nach Exzision einer kallösen Narbe von seinen Anfällen geheilt war, erkrankte nach etwa Jahresfrist abermals unter denselben Erscheinungen nach gehäuften Alkoholexzessen. Die Anfälle bei der zweiten Erkrankung

zessierten bald ohne weitere Medikation nur unter Alkoholabstinenz.)

Von einer Brommedikation hat man wenig befriedigende Erfolge gesehen, sobald die Geistesstörung selbst sich eingestellt. Mehr zu erhoffen ist von einer präventiv eingeleiteten Bromtherapie.

f) Reflektorisch bedingte periodische Psychosen.

Das Gemeinsame der Fälle liegt hier nicht in der Symptomatologie, sondern lediglich in der Aetiologie; wie schon oben erwähnt, genügt nämlich hier die eigenartige Veranlagung an sich noch nicht, um die Geistesstörung hervorzurufen, sondern es bedarf noch eines peripheren reizabgebenden Faktors.

Von den verschiedenen Erscheinungsformen des periodischen Irreseins kommen bei den reflektorisch bedingten Fällen am häufigsten zur Beobachtung manische Zustandsbilder, delirante Verworrenheitszustände, Angstpsychosen und die »periodischen Monomanien« (zirkuläre Psychosen sind gerade hier ungemein selten).

Die Dauer beträgt gewöhnlich wenige Tage bis Wochen (oft nur einige Stunden). Perakutes Einsetzen und Schwinden des Anfalles ist die Regel, ausgezeichnete »photographische Treue« haben auch diese Fälle gemeinsam mit den übrigen periodischen Geistesstörungen. Die Prognose ist wesentlich tröstlicher als bei dem übrigen periodischen Irresein. Spontanheilungen kommen gar nicht selten vor (namentlich beim menstruellen Irresein), manche Fälle sind überdies einer direkten, sei es medikamentösen, sei es operativen Therapie zugänglich. (Ausschneidung kallöser Narben, Entfernung von Polypen etc.)

Es wurden schon sub Kapitel Aetiologie einige Beispiele aufgezählt von den verschiedenen in Betracht kommenden peripheren Reizen. Hier sei nur eine Form noch ein wenig ausführlicher erörtert, nämlich

das menstruelle Irresein.

Die einzelnen psychotischen Anfälle sind streng geknüpft an die Vorgänge der Menstruation, resp. Ovalution (u. zw. gewöhnlich prä- am seltensten post-menstruell).

Meistens wurden Zustandsbilder der *Mania gravis* beobachtet (zumeist mit besonders starkem sexuellen Charakter), ferner delirante Verworrenheitszustände. Nicht selten treten die gewissen periodischen Monomanien streng menstruell auf. (Dipso-, Klepto-, Nympho-Manie usw.) Die Dauer erstreckt sich auf wenige Tage; die Anfälle werden eingeleitet durch Schlaflosigkeit, vage Beklemmungen, allerlei abnorme Sensationen seitens der Genitalien. Auch die Klärung geschieht meist kritisch, bei den prämenstruellen Formen zusammenfallend mit dem Eintreten der Katamenien. Bemerkenswert ist, daß der gynäkologische Befund oft vollständig negativ ist. Intervallär bieten die Individuen wohl keine Psychose s. str. dar, aber meistens mehr minder deutliche Züge einer dauernden psychischen Minderwertigkeit, z. B. Kombination mit Hysterie, auch mit Epilepsie.

Das menstruelle Irresein kommt im allgemeinen während der Zeit des aktiven Geschlechtslebens vor. Interessant sind nun gewisse Ausnahmefälle derart, daß z. B. bei veranlagten Individuen eine periodische Psychose von streng monatlichem Typus einige Zeit vor der ersten Menstruation in Erscheinung tritt, um mit Eintritt derselben — wenigstens für die nächste Zeit — zu zessieren, oder in der Weise, daß umgekehrt eine Geistesstörung von typisch menstruellem Verlaufe erst während und nach dem Klimakterium sich einstellt.

Das menstruelle Irresein ist sowohl einer Spontanheilung wie auch einer Therapie zugänglich. Als solche bewährte sich eine präventive Brommedikation, d. h. etwa eine Woche vor dem zu erwartenden Anfall verabfolge man hohe Bromdosen (6·0 pro die und darüber), außerdem empfiehlt es sich sehr, bis die kritische Zeit vorüber ist, die Patienten im Bette zu behalten.

g) Die sogenannten periodischen »Monomanien«.

(Das periodische Irresein in Form krankhafter Triebe.)

Das Charakteristische ist hiebei das streng periodische Auftreten eines ganz bestimmten unwiderstehlichen Triebes zu Handlungen, welche dem intervallären Seelenleben fremd sind. Mit den übrigen periodischen Geistesstörungen teilen diese

Formen die Periodizität, das plötzliche Einsetzen und die gewöhnlich kritische Lösung, die photographische Treue der einzelnen Anfälle, endlich die Aetiologie. Hierbei muß an erster Stelle wieder die erbliche Belastung genannt werden (oft in der Form der gleichartigen Heredität), Schädeltraumen und reflektorisch wirkende Ursachen.

Intervallär weisen die Kranken gewöhnlich verschiedene Züge allgemeiner psychopathischer Minderwertigkeit auf, Kombination mit Epilepsie und Hysterie ist recht häufig. Viele Fälle zeigen wieder innige Beziehung zur psychischen Epilepsie, insbesondere zu den periodischen Verstimmungen der Epileptiker; diese Zustände aber vollständig zu einer psychischen Störung dieser Neurose rechnen zu wollen, geht um so weniger an, als Fälle bekannt sind, wo Anfälle von Dipsomanie z. B. vikariierend auftreten mit Anfällen typischer periodischer Melancholie.

Am häufigsten zeigt sich das periodische Irresein in Form krankhafter Triebe unter dem Symptom der sogenannten

Dipsomanie.

Die Krankheit kennzeichnet sich durch die periodische Wiederkehr eines unwiderstehlichen Triebes zum Genusse geistiger Getränke. Nach einigen Tagen mit sehr prägnanten Prodromalerscheinungen (quälende innere Unruhe, Präkordialangst, Schlaf- und Appetitlosigkeit), macht sich ein gebieterischer, durch keine Willensanstrengung zu bekämpfender Drang nach Alkohol geltend. Die Kranken nehmen zuerst Bier zu sich, dann Wein, endlich die stärksten Schnapssorten, ja auch Brennspiritus, Petroleum. Die ekelhaftesten Ingredienzien, welche manche Kranke selbst den Getränken beimengen, um sich vor ihrem Triebe zu retten, wie Fäkalien, Urin usw. vermögen es nicht, die Patienten abzuhalten. Sie vertrinken, so lange der Anfall dauert, ihren letzten Heller, verschleudern ihre ganze Habe, Frauen aus achtbarster Familie prostituieren sich für ein Glas Schnaps. Trotz der oft unglaublich großen Quantität von Alkohol treten auffallenderweise die Erscheinungen der gewöhnlichen Trunkenheit nicht ein.

Nach einigen Tagen bis Wochen erfolgt, oft nach einem deliranten Verworrenheitszustande, ein tiefer lang dauernder

Schlaf, worauf die Patienten unter schweren gastrointestinalen Erscheinungen (Erbrechen, Durchfall), manchmal unter starken Symptomen seitens des Zirkulationsapparates (Kollapstemperaturen, Pulsus filiformis), unter den bittersten Selbstvorwürfen, dem Gefühle einer allgemeinen Abgeschlagenheit wieder in ihren intervallären Zustand zurückkehren. Während des letzteren, der Wochen bis Jahre lang dauern kann, sind die Kranken durchaus nüchtern; manchmal besteht sogar ein absoluter Widerwille gegen Alkohol in jeglicher Form. Die Erinnerung für die Einzelheiten während der Anfälle ist meist nur höchst summarisch, bei einigen Fällen gehen die dipsomanen Phasen mit schwerer Bewußtseinstrübung einher, ganz unter dem Bilde eines echten Dämmerzustandes, mit verworrenen Handlungen. Bei weiblichen Individuen haben die Anfälle zuweilen streng menstruellen Typus.

Die Prognose quoad Dauerheilung ist nahezu hoffnungslos. Aber auch die intellektuellen Fähigkeiten erfahren durch die fortgesetzten Alkoholexzesse meist eine zunehmende Einbuße.

Therapeutisch kann versucht werden eine energische Suggestiv-Therapie, bei Fällen mit sehr markanten neuralgischen Prodromi, mit lebhafter Präkordialangst, vielleicht auch präventive Morphiuminjektionen. Oberste Indikation ist vollständige, lang andauernde Abstinenz, die selbstverständlich bei der Eigenart des übermächtigen Triebes sich nur in einer geschlossenen Anstalt durchführen läßt. Bemerkenswert ist, daß die Kranken zu der kritischen Zeit des zu erwartenden Anfalles, wenn sie aus äußeren Gründen nicht ihrem Triebe nachkommen können, häufig das Bild enormer reizbarer Verstimmung, einer wahrhaften Zornmanie, gelegentlich sogar mit echten homiziden Impulsen zeigen.

Während bei der echten Dipsomanie die Anfälle, resp. die Trunkenheitsexzesse streng periodisch verlaufen, kann man eine Reihe anderer Kranker beobachten, welche bei entsprechenden äußeren Umständen unbeschränkt lange Zeit abstinent bleiben können, ohne das Bedürfnis nach geistigen Getränken zu empfinden. Mit dem ersten Tropfen Alkohol aber ist ihre Willenskraft dahin, und sie geben sich nun durch mehrere Tage exzessiv dem Abusus spirituosorum hin; man hat diese Fälle mit Pseudodipsomanie bezeichnet.

* * *

Abgesehen nun von der Dipsomanie können sehr verschiedene andere Triebe mit der Macht eines unwiderstehlichen Zwanges periodisch sich einstellen. So können aufgezählt werden die *Psychopathia sexualis periodica*, die periodische Kleptomanie, Pyromanie usw. Zur Diagnose muß der Nachweis gelingen, daß die besagten Handlungen einerseits wirklich Ausfluß einer krankhaft veränderten Psyche sind, andererseits daß diese pathologischen Störungen streng episodisch auftreten, daß die Individuen im Intervalle und während des jeweiligen Anfalles gewissermaßen zwei vollständig verschiedene Persönlichkeiten repräsentieren.

Bezüglich des ersten Punktes wird namentlich in foro criminali der Hinweis auf das Zwangsmäßige, häufig völlig Motivlose der Handlungen von Bedeutung sein, z. B. Diebstahl seitens ganz vermögender Personen, die Objekte sind häufig wertlos, werden nicht irgendwie verwendet, verkauft, sondern oft sofort nach begangener Tat weggeworfen usw. Was den zweiten Punkt anbelangt, müssen natürlich andere chronische, daher dauernde psychische Störungen ausgeschlossen werden können, wie Imbezillität, speziell *Moral insanity*, Zwangsirresein usw.

III. Die alkoholischen Geistesstörungen.

VI. KAPITEL.

Schon eine einmalige übermäßige Alkoholfuhr führt zu Vergiftungserscheinungen, unter welchen gerade psychischen Störungen eine wesentliche Rolle zukommt, zu dem bekannten Bilde des Rausches. Der chronische Mißbrauch geistiger Getränke nun zieht eine dauernde Veränderung der psychischen Persönlichkeit nach sich und erzeugt außerdem Geistesstörungen s. str. (mit Wahnideen, Sinnestäuschungen usw.). Wir haben also zu unterscheiden den habituellen Geisteszustand der Gewohnheitssäufer und die alkoholischen Psychosen.

Der chronische Alkoholmißbrauch führt zu einem fortschreitenden psychischen Verfall, der sich zunächst mehr in der gemüthlichen als der intellektuellen Sphäre bemerkbar macht.

Der Trinker wird reizbar, dabei gleichgültig und abgestumpft gegen die Alltagssorgen, die Vorwürfe seiner Umgebung den Rückgang seiner finanziellen Lage, seiner beruflichen Fähigkeiten; vor allem ist die zunehmende Willensschwäche höchst auffallend; die besten Vorsätze, die im »Katzenjammer« gefaßt wurden, alle die »heiligen Eide« und »Mannesehrenworte« sind sofort vergessen bei der ersten besten Einladung eines Zechkumpanes; aber auch ohne spezielle »Aufforderung« kann der Gewohnheitssäufer seinem Hange nicht widerstehen. Motive gibts da genug. Getrunken wird, weil heute ein guter Geschäftstag war und man sich was vergönnen muß, und getrunken wird, um Vergessenheit zu finden, weil die Zeiten so miserabel sind; dem Müllner trocknet die Kehle beim Mehlstaub aus, der Heizer muß sich mit Bier abkühlen, der Kutscher mit einem Stamperl Schnaps erwärmen usw. Ebenso wie der Trinker immer in den äußeren Umständen eine Begründung für das

Saufen findet, ebenso verschließt er sich jeglicher Einsicht für die deletären Folgen, welche die Trunksucht über ihn und seine Familie mit sich gebracht. Immer sind die »Anderen« schuld, die Frau hätte freundlicher sein sollen, sein Brotherr hätte ihm einen leichteren Dienst geben sollen usw. usw. Charakteristisch ist auch das naive Selbstvertrauen, die Leichtigkeit, mit der sich der Gewohnheitstrinker es vorstellt, ohne weiters das Saufen lassen zu können.

Immer mehr nimmt eine starke Verrohung beim Trinker überhand, die in unflätigen Schimpfreden, Tätlichkeiten jederzeit sich zu entladen geeignet ist. Dabei liegt eine eigenartige Labilität der Affektlage vor, welche geradezu an initiale Paralysis progressiva oder Manie erinnert. Ueber die wichtigsten Anlässe treten die brutalsten Wutausbrüche auf, die unvermittelt von Rührseligkeit gefolgt sind, und umgekehrt schlägt eine süßliche falsche Sentimentalität plötzlich in rohe Akte zornmütiger Erregung um.

Hand in Hand hiemit geht eine immer schwerere sittliche Entartung, besonders durch den Wegfall hemmender Vorstellungen,¹⁾ durch stärkeres Hervortreten des Affektlebens, und auch ein zunehmender Verfall in intellektueller Hinsicht. Auf dem Boden dieser chronischen Alkoholvergiftung entstehen nun eine Reihe von Geistesstörungen s. str., welche im folgenden genauer erörtert werden sollen.

Von den somatischen Erscheinungen des Alkoholismus seien (abgesehen von Leberzirrhose, Myodegeneratio cordis etc.) hauptsächlich die nervösen hier kurz aufgezählt. Eine große Rolle spielen neuritische Veränderungen, welche übrigens bei Alkoholdeliranten ungleich häufiger vorzukommen scheinen als bei den übrigen Formen alkoholischer Geistesstörung. Zu den neuritischen Erscheinungen gehören Parästhesien, Druckempfindlichkeit der Nervenstämmen, Paresen,

¹⁾ Die Beziehungen zwischen akutem («Rausch») und chronischem Alkoholismus zum Verbrechen sind so innige und so bekannt, daß jede Erörterung dieses speziellen Punktes überflüssig erscheinen muß. Nur an eines sei hier erinnert, daß moralisch defekte Individuen nicht selten sich »Zweckräusche« antrinken, um nach der Begehung irgendeines schon geplanten Deliktes auf das Moment der Berausung pochen zu können. (§ 2, c., § 523 Oe. St.-G.) Zweckräusche sind auch ein beliebtes Mittel arbeitsscheuer Vaganten, um sich wegen eines echten oder angeblichen pathologischen Rauschzustandes die Versorgung in einer Irrenanstalt zu erzwingen.

partielle E. A. R., die schmerzhaften Crampi; die Sehnenreflexe sind ebenso häufig abnorm gesteigert als herabgesetzt. Auch Neuritis im Bereiche des N. II. (speziell Decoloratio des temporalen Papillensektors) wird häufig beobachtet, sich u. a. äußernd in Skotomen; eine Reihe der nervösen Erscheinungen bei Gewohnheitssäuern sind als Abstinenzerscheinungen aufzufassen, so die Tremores linguae et manuum, der vomitus matutinus, wohl auch die Schlafstörung. Epileptische Anfälle sind nicht selten (vide darüber auch sub Epilepsie).

Unter den ätiologischen Faktoren des chronischen Alkoholmißbrauches nimmt eine wichtige Stellung die erbliche Belastung ein. In weit mehr als der Hälfte aller Fälle kann Heredität nachgewiesen werden. Determinierend wirkt nun das Milieu im engeren und weiteren Sinne, die unglückseligen Trinksitten, Beispiel, Verführung, ebenso soziale Faktoren (Elend, ungünstige Nahrungs- und Wohnungsverhältnisse, Kummer usw.), Unwissenheit, die irrige Meinung von der »stärkenden« Wirkung des Alkohols, das gedankenlose Sichhingeben an die Gewohnheit usw. Daß aber trotz der vielen hier ange deuteten äußeren Faktoren doch nur ein höchst geringer Prozentsatz all der zahllosen Menschen, welche gewohnheitsmäßig den Alkohol gebrauchen, dem chronischen Alkoholmißbrauch und dessen schweren physischen und psychischen Folgen verfällt: das allein weist schon darauf hin, daß neben dem Milieu eben doch noch ein anderer sehr wichtiger Faktor mit im Spiele sein muß, eben eine eigenartige Veranlagung (vide des Genaueren sub Kapitel XVI.).

Die Besprechung eines Kampfes gegen den Alkoholismus selbst würde den Rahmen eines Lehrbuches der Psychiatrie wohl weit überschreiten, ebenso eine Erörterung der gerade jetzt vielfach umstrittenen Frage der Mäßigkeit oder Abstinenz. Soweit therapeutische Maßnahmen bei den einzelnen alkoholischen Psychosen zu erörtern sind, vide die speziellen Abschnitte.

* * *

A. Das Delirium tremens.

(»Säuferwahnsinn«.)

Das Delirium tremens ist eine akute, nur bei Gewohnheitssäufern vorkommende Psychose, welche mit Verworrenheit und pathognostischen Sinnestäuschungen (vorwiegend optischer und taktiler Art) einhergeht, während unter den sehr markanten körperlichen Erscheinungen besonders Zittern und vermehrte Transpiration charakteristisch ist.

a) *Symptomatologie.*

α) Psychisch.

Die Sinnestäuschungen betreffen vorwiegend den Gesicht- und Tastsinn und tragen gewisse Merkmale an sich, die sie von Halluzinationen der Amentia wohl unterscheiden lassen. Die Gesichtstäuschungen haben das Charakteristische multipler, in steter Bewegung befindlicher Objekte. Es kommen sowohl Elementarphotismen vor (Staub, Mehl, Funken, feurige Kügelchen usw.) als auch komplexere Visionen (Ungeziefer, Würmer, Schlangen, Ratten, Hunde, kleine Männchen »Marionetten«, »Feuerteufel«, Münzen, die stets der haschenden Hand entgleiten usw.). Die sinnliche Lebhaftigkeit dieser Sinnestäuschungen ist sehr groß. Die halluzinierten Objekte sind in steter Bewegung, wechseln ihre Gestalt, ihr Aussehen rasch.

Mehrfache Parästhesien führen zu Halluzinationen des Tastsinnes. Die Kranken fühlen sich angespritzt, gekitzelt, gestochen, gezwickt, Spinnweben legen sich auf die Hände und lassen sich trotz Scheuerns und Wischens nicht entfernen, auf der Zunge verspürt der Kranke die Empfindung von Haaren, Fäden, Wolle usw., die er auszuspucken bemüht ist.

Gehörstäuschungen kommen relativ seltener vor; wo sie eine größere Rolle spielen, muß die Prognose einigermaßen vorsichtig gestellt werden (vide unten, sub b). Alle diese Halluzinationen werden verwoben zu sehr lebhaften Delirien, die im Gegensatz zu den Delirien der Amentia und Epilepsie zu-

meist Reminiszenzen aus dem Alltagsleben zum Inhalte haben (triviale oder »Beschäftigungsdelirien«).

Der Schneider fädelt ein, sucht emsig auf dem Boden nach verstreuten Nadeln, der Kutscher hat mit seinen Pferden zu tun, der Kranke glaubt im Wirtshaus zu sein, wartet den nahenden Aerzten mit imaginären Gläsern auf, oder er fühlt sich auf die Polizeistube versetzt, beteuert dem Herrn Kommissär, daß er wieder ganz unschuldig eingesperrt sei »wegen des bißchen Rausches«. Ganz bemerkenswert ist die große sinnliche Lebhaftigkeit aller dieser Delirien, in denen die Kranken eine sehr aktive Rolle spielen. Es gibt wenig andere Fälle, bei welchen die Patienten so plastisch halluzinieren wie gerade beim Säuferwahnsinn. Schwitzend, zitternd, unter lebhaften Selbstgesprächen rutscht der Kranke auf dem Fußboden umher und sucht nach Geld, wehrt unwillig die vielen Tiere ab, führt halluzinierte Gefäße zum Mund, die er durstig ausschlürfen will, trachtet seine imaginäre Pfeife in Brand zu stecken, sucht wieder nach den verstreuten Streichhölzchen, zerwühlt das Bettzeug, hält die Maschen des Gitterbettes krampfhaft in der Hand und dirigiert mit diesen »Zügeln« sein Gespann, wischt sich ärgerlich das Wasser von der Wange, mit dem ihn die »Malefizbuben von daneben« immer anspritzen usw. Dabei sind die Kranken in hohem Maße suggestibel. Kranke, die noch nicht auf der Höhe des Deliriums sind, vielleicht momentan spontan nicht halluzinieren, erblicken auf einmal über energisches Befragen im Schatten unter dem Bett Hühner u. dgl., auf dem Kasten ein »Kasperltheater« mit possierlichen, beweglichen Puppen. Der nur mit einem Hemd bekleidete Delirant will unter Dankesworten eine Münze in den Hosensack stecken, greift verlegen nach dem Kopfe, weil er »vor dem Herrn Richter« den Hut nicht abgenommen usw.

Das Bewußtsein ist in verschiedenem Grade gestört. In den leichten Fällen gleichen die Patienten etwa Schlaftrunkenen, welche, sich selbst überlassen, alsbald einnicken und zu träumen beginnen, bei jedem starken Sinnesreiz aufgeweckt werden und zu sich kommen. Die Kranken, welche vielleicht wenige Minuten vor dem Examen im Bette emsig nach irgendwelchen Hasen oder kleinen Männchen suchten, erweisen sich im Ge-

sprache mit dem Arzte als orientiert, sind sich ihrer Lage bewußt, delirieren nicht; das Spiel der lebhaften Halluzinationen beginnt aber alsbald, sowie man den Patienten allein läßt, namentlich nachts, wenn alles stille ist, oder in der Einzelzelle. In anderen Fällen wieder ist die Verworrenheit viel stärker, die Menge der Sinnestäuschungen so groß, daß der Kranke aus seinen Delirien durch keinerlei äußere Sinnesreize erweckt werden kann. Auffallend ist in derartig hochgradigen Fällen eine eigenartige apperzeptive Störung; die Kranken werden von ihren Innenvorgängen so eingenommen, daß die reale Welt für sie überhaupt nicht existiert, sie sehen z. B. kein Hindernis, rennen blindlings an die Wand der Zelle an usw. Die Stimmung weist ein eigentümliches Gemisch von Angst, Aerger und Heiterkeit auf (»Galgenhumor der Säufer«). Es besteht ein hohes Maß psychomotorischer Erregung. Des »plastischen« Halluzinierens, des aktiven Mitarbeitens in den Delirien wurde ja schon oben gedacht. Die Patienten haben ein eigentümlich unruhiges, zappeliges Wesen.

Ganz bemerkenswert ist, daß Kranke, die schon mehrfach den Säuferwahnsinn durchgemacht, von der Irrealität ihrer früheren Delirien überzeugt sind, darüber in krankheitseinsichtiger Weise berichten, während die gegenwärtigen Halluzinationen als vollkommen real hingenommen werden.

β) S o m a t i s c h.

Sehr prägnant sind die körperlichen Begleiterscheinungen. Vor allem besteht ein allgemeines starkes Zittern, das namentlich an den Händen und der Zunge in Form eines feinwelligen, schnellschlägigen Tremors auffällt. Die Transpiration ist bedeutend gesteigert, die Temperatur (auch in den unkomplizierten Fällen) meist ein wenig erhöht; es besteht eine leichte katarrhalische Affektion der Augenbindehäute, meist Bronchitis; der Harn ist hochgestellt, enthält häufig die schon bei der Amentia erwähnten abnormen Bestandteile, die Assimilationsgrenze für den Traubenzucker ist herabgesetzt, die eosinophilen Leukozyten sind vermindert oder fehlen ganz, während die polynucleären vermehrt sind; es besteht absolute Agrypnie während der ganzen Dauer der Psychose.

Abgesehen von diesen Symptomen, welche dem Delirium als solchen zukommen und welche mit kritischer Lösung wie auf einen Zauberschlag verschwinden, können im Bereiche des somatischen Befundes noch verschiedene andere bei chronischen Alkoholisten vorkommende Erscheinungen vorhanden sein, z. B. Anzeichen mehr minder schwerer Polyneuritis, mannigfache Störungen der Binnen- und Außenmuskeln des Auges (entsprechend einer Polioencephalitis acuta superior) usw.

b) Decursus morbi und Prognosis.

Nachdem sich einige Tage bis Wochen schon abortive Delirien beim Einschlafen gezeigt hatten, bricht ziemlich akut das typische Krankheitsbild aus, das für gewöhnlich 4 bis 7 Tage währt, dann stellt sich ein tiefer, viele Stunden währendender Schlaf ein, und die Kranken erwachen klar, manchmal sogar schon mit voller Krankheitseinsicht; meist ist es so, daß die Kranken nach dem kritischen Schläfe zwar nicht mehr delirieren, aber an der Realität einiger Halluzinationen noch festhalten, bis erst im Laufe der nächsten paar Tage vollkommene Krankheitseinsicht eintritt (leider nicht immer zugleich damit Einsicht für das ätiologische Moment der Erkrankung, für die Trunksucht). Die Erinnerung für das überstandene Delirium ist meist eine sehr weitgehende.

Von diesem typischen Verlauf gibt es nun eine Reihe von Ausnahmen. Einmal (selten) kommt es nach der ersten durchschlafenen Nacht nicht sofort zur Klärung, sondern das Delirium hält noch einige Tage an, rezidiert¹ mehrmals. In gleichfalls recht seltenen Fällen schließt sich an das Delirium eine chronische Geisteskrankheit an, z. B. eine Paranoia. Sehr verdächtig dafür sind jene Fälle, bei welchen Gehörstäuschungen in den Vordergrund treten. Die optischen und taktilen Halluzinationen lassen nach, die Verworrenheit schwindet, aber die Gehörstäuschungen bleiben, und es entwickelt sich nun eine regelrechte Paranoia. Es kann auch der Fall sein, daß nach abgelaufenem Delirium eine lang dauernde, ja vielleicht unheilbare Korsakoffsche Psychose zurückbleibt (namentlich Fälle mit starken neuritischen Symptomen und Augenmuskelstörungen sind diesbezüglich verdächtig).

Bei Kranken, bei denen epileptische Anfälle das Delirium einleiteten, oder bei welchen solche während des Deliriums auftreten, nimmt der Säuferwahnsinn auch nicht selten eine spezifische Färbung an (schreckhafte Halluzinationen von Feuer, Hölle, Teufel usw.); für die Psychose besteht dann hinterher oft vollständige Amnesie.

In manchen Fällen bieten die Kranken bald ein eigentümlich asthenisches Bild. Trotz unverminderter Intensität der Delirien und lebhafter motorischer Unruhe können sich die Patienten nicht auf den Beinen erhalten, nehmen Rückenlage ein, der Puls wird klein, schlecht gespannt; das Bild erinnert an die blanden Delirien schwerer Typhuskranker.

Diese Symptome sind von schlechter prognostischer Vorbedeutung, die Gefahr des Todes im Kollaps ist eine eminente. Die Prognose quoad vitam wird außerdem getrübt durch irgendwelche Komplikationen, z. B. durch den fieberhaften Prozeß, der an sich das Delirium hervorrief (Sepsis, Pneumonie usw.).

e) Aetiologie.

Das Delirium tremens entwickelt sich nur auf dem Boden des chronischen Alkoholismus. Eine einmalige noch so starke Alkoholvergiftung erzeugt niemals dieses Krankheitsbild. Aber auch bei lang fortgesetzter Trunksucht müssen noch besondere Momente obwalten, um das Delirium zum Ausbruche zu bringen. An Säuferwahnsinn erkranken einmal chronische Alkoholisten bei fieberhaften körperlichen Affektionen; oft genügt schon eine geringgradige Influenza, eine leichte Bronchitis. Ferner kann absolut nicht in Abrede gestellt werden (trotzdem von manchen Autoren dies immer bestritten wird), daß in vielen Fällen das Delirium tremens eine echte Abstinenzerscheinung ist, d. h. dann eintritt, wenn chronischen Säufern plötzlich die Alkoholzufuhr ganz entzogen wird. Nicht bloß Gefängnisärzte, Chirurgen usw. bestätigen diese Erfahrung, sondern auch der Irrenarzt kann das Moment der Abstinenz, namentlich anamnestisch, vielfach erheben. Ein großer Teil der körperlichen Begleiterscheinungen chronischer Säufer stellt sich übrigens als nichts anderes, denn Abstinenzerscheinungen

dar, so der vomitus matutinus, die Tremores, welche gerade in der Früh am ärgsten sind (wenn eben dem Organismus die Nacht hindurch kein Alkohol zugeführt worden ist) und welche sofort schwinden, wie der erste Tropfen Schnaps getrunken ist. Daraus erklärt sich ja auch der Circulus vitiosus, in den der Alkoholiker bald gerät; weil er trinkt, zittert er, muß erbrechen; gegen dieses Symptom erweist sich unmittelbar mit für den Kranken überzeugender Kraft wirksam eben wieder nur der Alkohol.

Wegen bedeutender Steigerung der gastrointestinalen Symptome oder aus irgend welchen anderen Gründen beschließt der Säufer nun einmal nüchtern zu bleiben, und nun kommt es zum Delirium. Da aber nur bei einem Teile all derer, die lange mit Alkohol Mißbrauch trieben, die plötzliche Entziehung das Delirium tremens hervorruft, muß man, zumal unter Berücksichtigung des Blutbefundes, überhaupt der so sehr hervorstechenden körperlichen Symptome, des akuten Verlaufes und der kritischen Lösung, annehmen, daß sich bei einer bestimmten Disposition unter dem Einflusse des chronischen Alkoholmißbrauches im Organismus selbst ein »alkohologenes« Gift bildet, welches das Delirium erzeugt und das die größte Aehnlichkeit mit den Giften bakteriellen Ursprunges bei den Infektionskrankheiten hat.¹⁾

d) Therapie.

Die meisten Fälle verlaufen ohne jegliche Therapie günstig. Chloral und Opium sind nach unseren Anschauungen geradezu kontraindiziert. Die übrigen Schlafmittel schaden zwar nichts, ihr Nutzen muß aber doch zweifelhaft genannt werden. Bei Gefahr des Kollaps, wenn das Delirium einen mussitierenden Charakter annimmt, der Puls klein und frequent wird, verzettelt man nicht die Zeit mit Strophantus, Kampfer usw., sondern exzitire durch Alkohol (Kognak), außerdem empfiehlt es sich, die Kranken auf Milchdiät zu setzen; Koprostase muß energisch bekämpft werden.

¹⁾ Nur nebenbei sei bemerkt, daß — allerdings ungemein selten — Fälle vorkommen, bei welchen eine akute (medizinale) Salizylsäurevergiftung bei Fehlen von chronischem Alkoholmißbrauch dasselbe klinische Zustandsbild hervorrief, wie es dem typischen Delirium alcoholicum entspricht.

Eine andere bei Gewohnheitssäufern vorkommende akute Geistesstörung ist der sogenannte

B) Akute Alkoholwahnsinn.

(Akute Halluzinose der Trinker.)

a) *Symptomatologie.*

Bei klarem Sensorium treten ziemlich akut massenhafte Gehörstäuschungen auf. Dieselben tragen alle die Merkmale an sich, wie sie die Gehörshalluzinationen der Paranoiker bieten. Es werden sowohl die Pseudohalluzinationen beobachtet (»Gedankenlautwerden«), wie insbesondere Gehörstäuschungen von außerordentlich großer sinnlicher Lebhaftigkeit. Die Patienten vermögen Klangfarbe, Zahl der Stimmen usw. genau anzugeben. Sie vernehmen einzelne beschimpfende, bedrohende Zurufe, oft in eigentümlich rhythmischer Weise, »Lump, Lump, Lump« — »Häng dich auf, häng dich auf« usw. oder lange Gespräche, deren Inhalt der Patient selbst, sein Lebenslauf usw. bildet und bei denen der Kranke gewissermaßen nur als unfreiwilliger Zuhörer beteiligt ist. Man wirft ihm geschlechtliche Verirrungen vor, daß er gestohlen, falsch gespielt habe, er hört die Stimmen beraten, ob er geköpft, gerädert oder zerschnitten werden solle.

Halluzinationen auf anderen Sinnesgebieten sind seltener und meist nur vorübergehend, z. B. gelegentlich in Form von optischen und taktilen Halluzinationen, zuweilen ganz vom Charakter der Delirien beim gewöhnlichen Säuferswahnsinn, schwarze Männer usw.

Meist besteht ein sehr lebhafter Angstaffekt, der die Kranken häufig zu Selbstmordversuchen treibt oder zu recht gefährlichen Angriffen auf ihre Umgebung. Einer meiner Kranken rannte von der Arbeit weg schnurstraks in die Donau.

Zuweilen besteht das charakteristische Gemisch von Angst, Unruhe und falscher Heiterkeit, jener gewisse »Galgenhumor« der Säufer. Dabei stehen in vielen Fällen die Halluzinationen ganz isoliert da, werden in keiner Weise »erklärt«, irgendwie zu systemisierten Wahnideen verarbeitet; in anderen Fällen

läßt sich aber zumindest ein recht typischer Beziehungswahn nachweisen. Der Kranke glaubt unter Polizeiaufsicht zu stehen, die Leute gehen ihm nach, verfolgen ihn auf Schritt und Tritt, werfen einander bedeutungsvolle Blicke zu, wenn Patient vorübergeht usw.

In seltenen Fällen kommt es aber auch zu ganz phantastischen Verfolgungs- und Größenideen, welche letztere auffallend an die Megalomania der Paralytiker erinnern können. Einer meiner Kranken versicherte, in einem Atem lachend und weinend, er habe ja nichts dagegen, wenn man ihn durchaus zum Kaiser machen wolle, aber nur kastrieren lasse er sich absolut nicht.

Dabei erweisen sich die Kranken orientiert, vermögen in geordneter Weise Rede und Antwort zu stehen, nur gelegentlich machen die Patienten den Eindruck leichter Verworrenheit, insbesondere wenn die Gehörshalluzinationen besonders intensiv und massenhaft auftreten, so daß die Kranken von denselben ganz präokkupiert sind. In solchen Fällen besteht auch ein gewisses vages Krankheitsbewußtsein, die Kranken geben an, »närrisch« ganz »wirrwarrisch« zu sein, legen dies selbst wieder als Werk ihrer Verfolger aus.

Markantere somatische Begleiterscheinungen fehlen (abgesehen natürlich von den körperlichen Symptomen des chronischen Alkoholismus überhaupt, Tremores, etwaige neuritische Befunde usw.). Ernährungszustand, Schlaf ist oft auffallend wenig gestört.

b) Decursus morbi und Prognosis.

Der Beginn ist, wie schon erwähnt, ein akuter. Es ist gerade differentialdiagnostisch bei diesen Fällen, welche oft einer Paranoia täuschend ähnlich sehen, wichtig, daß ein längeres hypochondrisches Vorstadium oder lang bestehende vage Beziehungs- und Beachtungsideen der manifesten Psychose nicht vorausgehen. Die Krankheit gelangt zumeist zur Heilung, durchschnittlich innerhalb einiger Wochen, aber auch Fälle von vielmonatlicher Dauer sind noch nicht als hoffnungslos zu erachten. Oft erfolgt auch hier die Heilung, ähnlich wie beim Säuerwahnsinn, rasch, derart, daß mit Schwinden der Halluzinationen auch schon Krankheitseinsicht sich einstellt;

in anderen Fällen vollzieht sich die Rekonvaleszenz langwierig, die Gehörstäuschungen selbst setzen aus (zuweilen auffallend rasch, schon nach wenigen Tagen absoluter Alkoholabstinenz, also z. B. bald in der Anstaltspflege), allein an ihrer Realität hält der Patient noch fest und gibt nun allerlei wahnhaftige Erklärungsversuche. Gelegentlich verläuft die Krankheit in einigen Nachschüben, ohne daß sich neue Alkoholexzesse nachweisen ließen.

Diese im großen und ganzen günstige Prognose wird getrübt, einmal durch die Selbstmordgefahr derartiger Kranker, ferner dadurch, daß ein Teil aller Fälle in einen chronischen Zustand mit Gehörstäuschungen und progressiver Wahnbildung übergeht, d. h. in eine echte Paranoia. Es scheint, als ob namentlich bei wiederholten Rezidiven — die geheilten Kranken verfallen ja leider nur allzu oft wieder der Trunksucht — dieser Endausgang häufig eintritt. Es muß übrigens gesagt werden, daß wir derzeit im Vorhinein nicht wissen können, welche Fälle heilen, welche in einen chronischen Zustand übergehen werden.

c) Differentialdiagnose.

Die Unterscheidung gegenüber dem Delirium tremens bietet zumeist keine Schwierigkeiten bei dem Fehlen einer starken Bewußtseinstrübung, dem Mangel der charakteristischen somatischen Begleiterscheinungen, dem Zurücktreten optischer und taktiler, bei Vorwalten akustischer Halluzinationen.

Schwierig kann die Abgrenzung gegenüber der Paranoia werden, wenn man nur das Zustandsbild selbst betrachtet. Im allgemeinen freilich kommt als entscheidend in Betracht das Mißverhältnis zwischen den prädominierenden Gehörstäuschungen und den Wahnideen, welche oft ganz fehlen oder nur rudimentär entwickelt sind. Doch sieht man auch bei der echten Paranoia gelegentlich Bilder, bei welchen die Halluzinationen in dem Vordergrund des Krankheitsbildes stehen, während andererseits, wie oben bemerkt, auch beim akuten Alkoholwahnsinn reichlichere Wahnbildung beobachtet werden kann. Das wichtigste ist hier doch die Anamnese, der Nachweis des akuten Beginnes bei einem Gewohnheitssäufer.

d) *Therapie.*

Gegen den heftigen Angstaffekt wird man zuweilen mit Opium einzuschreiten genötigt sein, wobei selbstverständlich, wie bei den akuten Psychosen überhaupt, ein besonderes Augenmerk der Regelung der Darmtätigkeit geschenkt werden muß. Im übrigen ist absolute Abstinenz vom Alkohol die oberste Indikation. Von Alkohol als Excitans Gebrauch zu machen, ist gerade hier nicht notwendig, da die Gefahr des Exitus im Kollaps bei diesen Fällen nicht vorliegt. Wegen der Selbstmordneigung der Patienten ist fast stets auf eine Internierung der Kranken in einer geschlossenen Heilanstalt zu dringen.

Unter den akuten Geistesstörungen auf alkoholischer Basis verdient besondere Erwähnung auch der sogenannte

C. »Pathologische Rausch«.

Derselbe ist der Ausdruck einer eigenartigen Idiosynkrasie, einer qualitativen Intoleranz¹⁾ gewisser Individuen dem Alkohol gegenüber.

Auf Alkoholgenuß reagieren nämlich gewisse Kranke nicht unter dem Bilde des gewöhnlichen — *sit venia verbo* — »physiologischen« Rausches, sondern mit einer transitorischen Geistesstörung. Ohne daß die Kranken taumeln, lallen, kurz irgendeines der allbekannten Symptome der akuten Alkoholvergiftung bieten, setzt meist perakut eine mehr oder minder schwere Bewußtseinstrübung ein.

Fast immer besteht eine ganz maßlose, in heftigen brutalen Gewalttaten sich entladende Reizbarkeit. Aber auch andere kriminelle Handlungen kommen vor, insbesondere sexuelle Delikte (Exhibitionismus, Notzuchtsattentate etc.), ferner Diebstahl usw. Bei einem und demselben Individuum ist es aber zumeist ein und dieselbe bestimmte Handlung, die im pathologischen Rausche stets begangen wird. Ueber die Innenvorgänge

¹⁾ Unter quantitativer Alkoholintoleranz versteht man jene Erscheinung, daß Leute nach gewissen Schädlichkeiten (Insolation, Schädeltrauma, Infektionskrankheiten mit besonders schweren zerebralen Symptomen, »Kopftypus«) nunmehr den Alkohol nicht mehr so vertragen wie früher, d. h. auf Dosen hin, welche sie früher ohne merkbare Folgen genießen konnten, schwer berauscht werden.

während dieses veränderten Bewußtseinszustandes erhalten wir nachträglich von den Kranken keine Angaben, da die Psychose mit völliger Amnesie einhergeht. Der Erinnerungsdefekt kann sich retrograd auch auf eine Zeit erstrecken, da das betreffende Individuum nachweisbar noch bei Besinnung war; er kann sich ferner in den folgenden Tagen verschieben, einengen oder umgekehrt weiter ausbreiten. Gewöhnlich beschließt ein tiefer, oft vielstündiger Schlaf das Krankheitsbild, das wenige Stunden bis höchstens einige Tage währt.

Es hat diese eigenartige Form von Geistesstörungen ersichtlich mit den sogenannten alkoholischen Psychoosen nur das eine gemein, daß der Alkohol als ätiologisches Moment, u. zw. hier als unmittelbar auslösender Faktor, in Betracht kommt; im übrigen sind die engen Beziehungen des sogenannten »pathologischen Rauschzustandes« zu den epileptischen Geistesstörungen wohl unverkennbar.

Da die Amnesie das einzige Kriterium für den pathologischen Rauschzustand bietet, derselbe aber gerade in kriminellen Handlungen sehr häufig sich abspielt, können sich erhebliche Schwierigkeiten ergeben bei der Frage, ob im konkreten Falle nicht bewußte Simulation vorliege. Der Inkulpat braucht ja nur einfach zu erklären, er wisse nicht, was er während einer bestimmten Zeit getan. Daß die Grenzen des Erinnerungsdefektes bei wiederholten Explorationen Schwankungen aufweisen, kann — nach dem oben Gesagten — nicht als entscheidend für die Diagnose Simulation geltend gemacht werden, wie umgekehrt der anamnestisch erbrachte Nachweis epileptischer Antezedenzen selbstredend keineswegs den sicheren Schluß gestattet, daß auch die fragliche Amnesie echt sein müsse. (Wie später besprochen werden wird, finden sich ja gerade bei den sogenannten Verbrechernaturen, den moralisch Schwachsinnigen, recht oft allerlei epileptoide Züge.) In manchen Fällen wird man die Frage einfach nicht strikte beantworten können. Manchmal bewährt sich folgender Kunstgriff. Man imputiert dem Inkulpaten mit fraglichem pathologischen Rauschzustand außer dem tatsächlichen Delikte, noch irgendeine andere kriminelle Handlung. Bei wirklicher Amnesie wird der Explorant die Möglichkeit auch dieser Tat achselzuckend zu-

geben; er weiß eben von nichts, während der Simulant, der z. B. an das bewußte Messerattentat sich nicht zu erinnern wissen will, leicht in die Falle geht und energisch gegen die Insinuation einer anderen Gewalttat protestiert. Oefters wird man auch hier nicht ohne Nutzen die Angaben Fremder, z. B. von Zellengenossen des Exploranden, heranziehen, welche Letzteren das Individuum mit der vorgeschützten totalen Amnesie vielleicht mehrere Einzelheiten erzählte, sei es über die konkrete kriminelle Tat selbst, sei es über an sich bedeutungslose Ereignisse, die aber in die kritische Zeit der Gedächtnislücke fallen.

Warum der pathologische Rauschzustand überhaupt so häufig die Betreffenden gerade kriminell werden läßt, erklärt sich wohl in der Weise, daß eine latente, bei normaler Bewußtseinsqualität durch entsprechende hemmende Gegenvorstellungen unterdrückte verbrecherische Neigung nunmehr bei pathologisch verändertem Bewußtseinszustand die Oberhand gewinnt und mit der Kraft eines impulsiven Triebes sich Geltung zu verschaffen mag (vide auch sub »Impulsives Irresein«). Sehr häufig kommen ja pathologische Rauschzustände gerade bei den sogenannten »moral insanes« vor, wie auch die ätiologischen Momente (Heredität, Schädeltrauma etc.) beiden Zuständen gemeinsam sind.

Abgesehen von der oben geschilderten habituellen psychischen Veränderung der Gewohnheitssäufer kommen auf dem Boden des lang fortgesetzten Alkoholmißbrauchs auch chronische Psychosen s. str. vor. Deren wichtigste in klinischer wie forensischer Beziehung ist die

D. Alkohol-Paranoia

(Eifersuchtswahn der Trinker).

Die Wahnbildung dreht sich hier um die Ueberzeugung von der Untreue der Ehehälfte. Der Inhalt hat demnach an sich nichts, was a priori schon als »krankhafte« Idee auch dem Laienauge sich ergeben würde. Das Wesentliche liegt in dem Mechanismus der Wahnbildung, in der Art und Weise, wie der Kranke zu dieser Ueberzeugung gelangt. Wir begegnen näm-

lich hier wieder den typischen Zügen der rechten paranoischen Wahnbildung, der Beziehungssucht, dem Zusammensuchen zahlloser an sich realer aber harmloser Einzeldaten, die nun im Sinne einer bestimmten Wahnidee interpretiert und gedeutet werden. Entsprechend der durch den fortgesetzten Alkoholmißbrauch gesteigerten Libido, aber gleichzeitig sinkenden Potenz, entsprechend dem unglücklichen zerrütteten Familienleben, der Entfremdung der Ehegatten usw., woran der Alkoholiker selbst schuld ist, bemerkt er bald, daß seine Frau »zu ihm nicht mehr so ist, wie früher«; sie muß es folglich mit Anderen halten. Die Zechkumpane lassen allerlei zweideutige Anspielungen fallen, sie tuscheln über ihn, schauen einander bedeutungsvoll an und verstummen plötzlich, wenn Patient ins Wirtshaus tritt. Die Frau ist immer so unwirsch, abweisend, verweigert den Beischlaf (wenn der brave Ehemann stockbesoffen aufs Bett fällt), oder umgekehrt, die Frau ist heute auffallend freundlich, »natürlich« wegen des schlechten Gewissens; kommt er einmal zur ungewohnten Stunde nach Hause, dauert es auffallend lange, bis ihm geöffnet wird. Die Kinder passen auf der Straße vor seiner Wohnung auf und pfeifen oder singen, wenn er kommt, »natürlich« um die Frau oben mit ihrem Galan rechtzeitig zu warnen. Die Frau ist so eigentümlich verlegen, ihre Kleider, die Wäschestücke im Bett sind zerknittert, in der Wäsche der Frau bemerkt er verdächtige Flecken. Viele Kranke untersuchen in der brutalsten Weise die Genitalien ihrer Frau und erblicken nun in dem Aussehen der Geschlechtsteile Bestätigungen für ihren Verdacht eines ehebrecherischen Umganges (»die F. . . war in der letzten Zeit viel weiter als früher, immer entzündet«, versicherte mir ein Alkoholiker). Höchst unterstützend wirken halluzinatorische Elemente, z. B. die nächtlichen abortiven Delirien; die Patienten nehmen nächtlich irgendwelche schwarze Gestalten wahr, die schleunigst verschwinden, sobald Licht gemacht wird, im Nebenzimmer hören sie die tappenden Schritte des flüchtenden Liebhabers; gastrische Beschwerden des Säufers werden im Sinne von Vergiftungsideen gedeutet usw.

Ganz stereotyp kehrt die Aeußerung wieder, daß das ehebrecherische Pärchen zwar niemals in flagranti ertappt worden

sei, aber alle die Umstände führen die Sprache des zwingenden Beweises. »Da müßte ja einer ein Vieh sein, wenn er das nicht bemerkt«, meinte einer meiner Kranken.

Oft erhellt das Wahnhafte der Eifersuchtsideen schon auf den ersten Blick durch die ganz unsinnigen Dimensionen, welche dieselben annehmen können. Der Mann beschuldigt seine Frau des geschlechtlichen Umganges nicht nur mit einer einzelnen bestimmten Persönlichkeit, sondern mit einer ganzen Reihe, sie lasse sich von den eigenen Söhnen, vom Vater, Bruder usw. gebrauchen; mit Offizieren, Studenten, Kutschern, kurz mit allen Männern, mit denen sie überhaupt zu tun hat, hintergeht den armen braven Familienvater seine Frau. Der Richter selbst wird oft beim Anhören dergleichen Anschuldigungen stutzig, zumal, wenn dann diese »Messaline« erscheint, ein häßliches, abgezehrt und abgehärmtes Weib, vielleicht schon jenseits des klimakterischen Alters.

Die Reaktion der mit Eifersuchtswahn behafteten Alkoholiker auf diese Wahnideen führt bei der habituellen Rohheit und psychischen Entartung der Gewohnheitssäufer zu den entsetzlichsten Szenen; wahre Jammerbilder menschlichen Elends entrollen sich, wenn man ein solches Familienleben schildern hört. Unflätige Beschimpfungen, brutale Tätlichkeiten sind an der Tagesordnung, sehr häufig aber kommt es zu den gefährlichsten Angriffen, zu Totschlag und Mord.

Die Prognose quoad sanationem ist sehr ernst, doch nicht absolut hoffnungslos. Unter langdauernder völliger Abstinenz ist Heilung möglich. Doch muß gerade hier der Gedanke an Dissimulation besonders sorgfältig erwogen werden. Einer unserer Kranken, der ungeheilt in eine andere Anstalt abtransferiert worden war, wußte durch geschickte Dissimulation seine Entlassung zu erzielen, und ermordete an demselben Tage, an welchem er »geheilt« entlassen worden war, seine Frau. Nicht selten beobachtet man auch den Uebergang des alkoholischen Eifersuchtswahnes in eine gewöhnliche chronisch-progressive Paranoia.

Anhang zu Kapitel VI.

Die Korsakoffsche polyneuritische Psychose.

Das eigenartige Krankheitsbild ist gekennzeichnet durch schwere Störungen der Merkfähigkeit (dadurch Gedächtnisverlust für jüngst erworbene Vorstellungskomplexe, Desorientiertheit usw.) mit auffallendem Konfabulieren, während sich physischerseits mehr minder deutliche Erscheinungen einer Polyneuritis, zuweilen auch von Polyencephalitis superior darbieten.

Diese Psychose sei im Anschlusse an die Geistesstörungen beim Alkoholismus chronicus erörtert, da dieser in der überwiegenden Mehrheit der Fälle den ätiologischen Faktor abgibt; doch sei schon hier nachdrücklich betont, daß derselbe klinische Symptomenkomplex auch bei sicher fehlender alkoholischer Anamnese unter dem Einflusse anderer toxischer Schädlichkeiten zustande kommen kann.

a) Symptomatologie.

α) Psychisch.

Das auffallendste Symptom bildet eine eigentümliche Gedächtnisstörung, deren Wesen in hochgradig herabgesetzter, bis fehlender Merkfähigkeit erkannt werden kann. Während die Patienten über Ereignisse aus ihrer Kindheit, ihrem früheren Leben leidlich unterrichtet sind, der Namen ihrer Schulfreunde, Lehrer usw. sich erinnern können, bleiben neue Eindrücke nicht haften, gehen sofort wieder verloren. Zum Merken aufgegebene Zahlen, Namen usw. vermögen die Patienten schon nach kurzer Zeit, oft nach wenigen Augenblicken nicht mehr zu reproduzieren. Dadurch kommt einmal eine eigentümliche Desorientiertheit zustande, die aber wohl von der allgemeinen Verwirrtheit, z. B. der Amentia, abgrenzbar ist. Der Gedankengang der Patienten ist nicht zerfahren, bewegt sich in geordneten Bahnen, allein sie wissen nicht, wo sie sich befinden, seit wann sie z. B. in der Irrenanstalt sind, was sie gestern getan, ob und welche Mahlzeit sie heute zu sich genommen; sie können sich nicht die Namen und den Stand der

Personen ihrer Umgebung merken, die Ereignisse der letzten Zeit gehen spurlos an ihnen vorüber, sie vermögen nicht sich Rechenschaft zu geben über die zeitliche Aufeinanderfolge derselben usw. Sehr häufig erstreckt sich diese eigenartige Amnesie nicht bloß auf die Zeit der Erkrankung, sondern retrograd auf Zeitabschnitte zurück, da die Patienten nachweislich noch vollständig gesund waren. z. B. eine Kranke, verheiratete Frau und Mutter mehrerer Kinder, reagierte gar nicht auf ihren Namen, sondern nur auf den Familiennamen, den sie als Mädchen geführt. Aus ihrem Gedächtnis war die Tatsache ihrer Ehe, daß sie Kinder geboren usw. wie mit einem nassen Schwamm ausgetilgt.

Ein zweites Hauptsymptom stellt das eigentümliche Konfabulieren der Kranken dar. Die Kranken füllen die Gedächtnislücken durch allerlei Erinnerungsfälschungen aus, welche sich durch Suggestivfragen leicht in beliebige Richtung lenken lassen. Der Kranke weiß z. B. nicht, was tatsächlich am Tage vorher mit ihm vorgenommen worden war, daß er z. B. behufs elektro-diagnostischer Untersuchung vom Krankenzimmer in einen anderen Saal der Klinik geführt worden war, oder dgl.; allein er erzählt auf Fragen, was er gestern getan, daß er spazieren war, Einkäufe besorgt habe usw., oder der Patient erwidert auf die Frage, wo er gestern gewesen, zunächst »ich weiß es nicht«, glaubt aber über die Einrede des Arztes, er sei gestern mit ihm spazieren gewesen, nicht bloß sofort darauf sich besinnen zu können, sondern beschreibt nun in den allerminutiösesten Einzelheiten den Weg, den sie bei diesem Spaziergange eingeschlagen, welche Bekannte sie dabei getroffen, wo sie eingekehrt waren, was sie verzehrt hatten usw. Zuweilen sind es einfache Reminiszenzen aus dem früheren Leben, die der Kranke nunmehr als Ereignis der letzten Tage aufischt, Berichte aus der militärischen Dienstzeit usw. Zuweilen nimmt dieses Konfabulieren aber ganz abenteuerlichen phantastischen Inhalt an, der manchmal noch unverkennbare Züge eines Alkoholdeliriums erkennen läßt, manchmal wieder an die rasch wechselnden ungeheuerlichen Größenideen der Paralysis progressiva erinnert. Die Kranken erzählen von wunderbaren Jagdabenteuern, daß sie gestern Hunderte von Leoparden und Tigern geschossen hätten, daß sie den russisch-türkischen Krieg

mitgemacht, mit dem Wagen stecken geblieben seien, die Pferde hätten trotz allen Peitschens nicht weiter gehen können usw.

Diese Delirien sind keineswegs fix, sondern wechseln rasch und sind geradeso wie die früher erwähnten Erinnerungsfälschungen durch geeignetes Examinieren ungemein beeinflusbar.

Halluzinationen können in einzelnen Fällen reichlicher vorkommen, namentlich in den Anfangsstadien, haben da häufig exquisit alkoholische Färbung, fehlen aber in einer ganzen Reihe von Fällen vollständig.

Die Stimmungslage ist verschieden. Zuweilen sind sich die Kranken ihrer geistigen Störung bis zu einem gewissen Grade bewußt, zeigen jenen gewissen ängstlich traurigen, weinerlichen Ratlosigkeitaffekt, wie er so oft bei der Amentia angetroffen wird; in anderen Fällen wieder besteht ein ziemlich gleichmäßig apathisch-euphorisches Stimmungsgemisch, wie z. B. bei der Paralysis progressiva. Einmal beobachtete ich einen dauernd zornigen, reizbaren Affekt bei einem Kranken, dem infolge einer eigentümlichen Paramnesie sämtliche Kleidungsstücke, Gebrauchsgegenstände usw. in seiner Umgebung als bekannt und ihm gehörig erschienen. Derselbe schimpfte dauernd in erregtem Tone, daß die »Falloten« seine Kleider, die sie ihm gestohlen, tragen, daß er gestern noch die goldene Uhrkette besessen, die er jetzt beim Arzte wahrnehme usw.

In ihrem Gebaren sind die Kranken nicht sonderlich auffallend, sie sind äußerlich, in der Befriedigung ihrer körperlichen Bedürfnisse usw. meist geordnet, stehen prompt Antwort und Rede. Manchmal machen die Patienten aber einen eigentümlich somnolenten stuporähnlichen Eindruck, liegen die meiste Zeit schlafend dahin, schwer besinnlich, verlangsamt im Auffassen und in der Reaktion auf äußere Reize, etwa wie ein Kranker mit Hirntumor.

β Somatisch.

Von den leichtesten neuritischen Veränderungen angefangen, welche sich eben nur bei sehr genauer Prüfung mit feinen Untersuchungsmitteln nachweisen lassen bis zu den schwersten Symptomen von Polyneuritis (Lähmungen, E. A. R. usw.) kommen alle möglichen Grade dieser Nervenerkrankung vor.

Bemerkenswert ist aber, daß die Schwere der psychischen Erscheinungen ganz unabhängig zu sein scheint von der Intensität der körperlichen Symptome. Unter meinen Kranken befand sich z. B. ein typischer Fall von nach einem Alkoholdelirium einsetzender schwerer Korsakoffscher Psychose, bei welchem aber neuritische Veränderungen so geringfügig waren, daß sie überhaupt nur durch eine am Myogramme ersichtliche Zuckungsträgheit der kleinen Fußmuskulatur auf elektrische Reizung nachgewiesen werden konnten. In einzelnen Fällen gesellen sich auch Erscheinungen einer Polyencephalitis superior hinzu, sich äußernd in den verschiedensten bei dieser Krankheit eben bekannten Augenmuskellähmungen.

b) Decursus morbi und Prognosis.

Zuweilen schließt sich das Zustandsbild der Korsakoffschen Psychose unmittelbar an ein Alkoholdelirium an, dann häufig derart, daß letzteres nicht seine kritische Lösung findet, sondern sich protrahiert; zuweilen wieder leiten alkohol-epileptische Anfälle den Korsakoffschen Symptomenkomplex ein. In selteneren Fällen entwickeln sich die Erscheinungen ganz allmählich unter dem Bilde zunehmender Vergeßlichkeit. Der Prozeß selbst ist sehr chronisch, meist überdauern die psychischen Erscheinungen lange die körperlichen. Es währt viele Monate, bis sich die Störungen der Merkfähigkeit soweit gebessert haben, daß die Kranken wenigstens bei oberflächlicher Prüfung geheilt erscheinen, z. B. wieder berufsfähig werden. Wirkliche Genesung ohne jeden Defekt ist überhaupt selten.

Auch die Prognose quoad vitam darf nicht unbedingt günstig gestellt werden. Todesfälle namentlich in den ersten akuteren Stadien wurden mehrfach beobachtet. (Im Kollaps, unter Zeichen von Herzschwäche, Dyspnoe; einmal beobachtete ich sehr bedrohliche Erscheinungen seitens des Vagus gelegentlich der Prüfung desselben auf Druckempfindlichkeit.)

c) Aetiologie.

Wie schon eingangs erwähnt, entstehen zwar sehr viele Fälle auf dem Boden des chronischen Alkoholismus, manchmal jedoch handelt es sich um toxische Schädlichkeiten anderer

Art (gastro-intestinale Autointoxikation z. B.). Dieser Umstand sowohl, wie die Tatsache, daß auch die periphere Polyneuritis und die Polyencephalitis superior nicht nur bei chronischem Alkoholmißbrauch beobachtet wird, sondern durch verschiedene andere Vergiftungen zustande kommen kann, legen den Gedanken nahe, daß es sich auch in den Fällen mit nachweislich alkoholischer Anamnese, gerade so wie beim Delirium tremens nicht um eine einfache Summation der Alkoholvergiftung an sich handeln dürfte, sondern um eine schwere Allgemein-erkrankung, um eine Vergiftung, für welche der chronische Alkoholismus nur eine vermittelnde Rolle abgibt. (Psychopathia polyneuritica toxaemica.)

d) Pathologische Anatomie.

Abgesehen von den bekannten Bildern der Polyneuritis und Polyencephalitis superior acuta hämorrhagica, welche bei einzelnen Fällen gefunden wurden, ergab die histologische Untersuchung akutere Degenerationen auch in anderen Teilen des Zentralnervensystems, z. B. in den Kleinhirnbahnen usw.

e) Therapie.

In den akuten Fällen hat man so vorzugehen wie bei akuten Psychosen, bei welchen toxische Momente ätiologisch verantwortlich gemacht werden (vide sub Delirium alcoholicum und Amentia). Besonderes Augenmerk schenke man dem Verhalten der Herztätigkeit (Kampfer, Strophanthus usw.). Leider läßt sich der Exitus gelegentlich trotz aller therapeutischen Anstrengungen nicht verhindern. In den späteren Stadien ist die Therapie so gut wie ohnmächtig. Die polyneuritischen Erscheinungen heilen mit oder ohne Elektrotherapie. Der Ausgleich der psychischen Störungen läßt sich in keiner Weise beschleunigen. Methodische Gedächtnisübungen, welche in den ersten Monaten vollständig nutzlos sind, ja sogar schädlich wirken sollen, mögen in der Rekonvaleszenz immerhin versucht werden. Absolute Alkoholabstinenz versteht sich von selbst.

IV. Die Verblödungsprozesse.

KAPITEL VII.

Dementia paralytica (Paralysis progressiva).

Die progressive Paralyse ist gekennzeichnet durch einen fortschreitenden Verfall in der geistigen und physischen Sphäre, der zu völliger Vernichtung jeglichen psychischen Lebens, und unter eigenartig charakteristischen somatischen Erscheinungen innerhalb einiger Jahre zum Exitus führt.

A. Symptome.

a) *Psychische.*

Das Wesentliche der Erkrankung ist eine progressive Abnahme aller psychischen Funktionen. Diese zunehmende Verblödung, welche in keinem Falle von progressiver Paralyse fehlt, kann während des ganzen Verlaufes der Erkrankung als einzige psychische Störung bestehen; oder es können daneben noch andere psychopathische Zustandsbilder (Manien usw.) in Erscheinung treten, welche aber durch den bestehenden Grundprozeß der Verblödung in charakteristischer Weise beeinflußt und modifiziert werden. Dementsprechend kann man auch eine einfache paralytische Demenz und eine paralytische Geistesstörung unterscheiden.

α) Paralytische Demenz.

Ganz allmählich vollzieht sich eine Charakterveränderung, die, vom Kranken selbst gar nicht bemerkt, die Angehörigen mit immer lebhafterer Sorge erfüllt. Die Kranken werden eigentümlich reizbar. Unbedeutende Anlässe lösen maßlose Wut-

ausbrüche aus, die ebensoschnell wieder verrauchen wie sie entstanden. Auf Kleinigkeiten hin reagiert ein vorher feingebildeter, herzensguter Mann nun mit brutalsten Schimpfworten, sogar Tätlichkeiten. Die Kranken verlieren das Gedächtnis, werden auffallend zerstreut, unaufmerksam, teilnahmslos gegen ihren Beruf, gegen ihre Umgebung, schläfrig, ermüden sehr leicht, ohne daß dieser Zerstretheit oder Ermüdbarkeit eine adäquate Ursache entsprechen würde. (Intensive Beschäftigung mit einem Problem usw.) Von der Einbuße des Gedächtnisses werden nicht alle Vorstellungen gleichzeitig befallen. Jüngst erworbene Vorstellungen, sowie solche, die nur geringe assoziative Verknüpfung haben, leiden zuerst (Namen usw.), während die Vorstellungen, die sich in ausgeschliffenen Bahnen bewegen, noch sehr lange Zeit dem Kranken völlig intakt zur Verfügung stehen können. Einer meiner Kranken z. B. hatte seinen Beruf (Kanzlist) noch bis zu dem Tage recht und schlecht ausgeübt, an welchem er zur Aufnahme kam, weil er nicht mehr nach Hause gefunden hatte und in den Straßen herumirrend aufgegriffen wurde.

Dadurch, daß rein mechanische Gedankenarbeit verhältnismäßig später durch den zunehmenden geistigen Verfall alteriert wird, können grobe Defekte längere Zeit mehr minder latent bleiben, während sie sich sofort erweisen, wenn in der bisherigen Tätigkeit eine noch so belanglose Veränderung gesetzt wird. Der Patient, der z. B. die Monate oder Wochentage tadellos aufsagen kann, bringt dies nur schlecht oder überhaupt nicht zuwege, wenn er aufgefordert wird, dies in umgekehrter Reihenfolge zu tun; der Kranke, der gewohnt ist, bei Rechenaufgaben die größere Zahl mit der kleineren zu multiplizieren stutzt und begeht Fehler, wenn ihm dasselbe Exempel umgekehrt vorgelegt wird, er rechnet z. B. 6×17 richtig aus, versagt aber bei der Aufgabe 17×6 usw. Gerade beim Rechnen zeigt sich schon früh die Gedächtnisstörung recht deutlich, indem die Kranken z. B. das kleine Einmaleins (mechanisch) vollkommen beherrschen, beim Operieren mit mehrstelligen Ziffern aber das Uebertragen der resultierenden Zehner, Hunderter usw. in die jeweilige Kolonne vergessen. (Selbstverständlich kommt hiebei auch der Bildungsgrad und Beruf

in Betracht. Ein Bauer wird sich diesbezüglich anders verhalten als etwa ein Zahlkellner.) Meistens ist es auch so, daß die Patienten nicht imstande sind, selbst nachdem sie aufmerksam gemacht wurden, die begangenen Rechenfehler zu entdecken und zu korrigieren.

In sehr charakteristischer Weise prägt sich die Gedächtnisstörung¹⁾ und eigentümliche Kritiklosigkeit in den Handlungen der Kranken aus.

Der Kranke begeht allerlei Verstöße, Lapsus, deren jeder einzelne für sich auch einem Gesunden passieren kann, deren zunehmende Häufigkeit aber den unheilvollen destruktiven Prozeß verrät. Jeder Gesunde kann irgend einen Auftrag, eine verabredete Zusammenkunft vergessen; allein er wird sich nachträglich ohne weiteres daran erinnern, durch sein Vergessen peinlich berührt sein. Der Paralytiker hat nicht bloß einen Auftrag vergessen, sondern es ist ihm auch ganz entschwunden, daß er überhaupt einen solchen bekommen hat. Der Kranke geht in höchst mangelhafter Toilette auf die Straße, vergißt seinen Hut zu Hause, oder umgekehrt er behält denselben an Orten auf, wo dies unschicklich ist, z. B. in der Kirche; der Kranke geht in das Wirtshaus und will ohne zu zahlen davongehen, oder hat vergessen, daß er die Zeche schon beglichen hat und will neuerdings bezahlen. Der Koch setzt Speisen auf den Herd und vergißt Feuer anzumachen usw. Alle diese Züge von Zerstreutheit werden immer zahlreicher, immer häufiger, ohne daß sich der Kranke darüber irgendwelche besondere Gedanken machen würde, ohne daß sie ihn beunruhigten. Die Stimmung weist vielmehr ein höchst charakteristisches Gemisch von Apathie und Euphorie auf. Die Demenz schreitet vorwärts, u. zw. nicht bloß die Gedächtnisstörung, immer mehr verliert der Kranke die Fähigkeit der Kritik und der Ueberlegung, die Patienten weisen eine eigentümliche geistige Kurzsichtigkeit auf; so kommt es zu allerlei Handlungen, welche ganz an die berühmten »Schildbürgerstückchen« erinnern. Einer unserer Kranken wurde dabei betreten, als er auf dem Gleise

¹⁾ Die generelle Gedächtnisschwäche der Paralytiker hat in vereinzelt Fällen ganz den eigenartigen Typus der unter dem Korsakoffschen Symptomenkomplexe geschilderten Amnesie mit Erinnerungsfälschungen, Konfabulation und Suggestibilität.

der Stadtbahn im Schweiß seines Angesichts einen schweren Handwagen zog, auf dem ein bißchen Reisig lag. Motivierung: Der Kranke hatte die Holzstämmchen auf der Gasse aufgeklaut, um sie nach Hause zu tragen; als sie ihm zu beschwerlich wurden, eignete er sich einen vor einem Geschäfte stehenden Handwagen an, um so die »Last« leichter transportieren zu können. Ein anderer Kranker, der in manischer Erregung (vide später) eine ihm vorher ganz unbekannte Frauensperson bis zu deren Wohnung verfolgte, und dem die Türe vor der Nase zugeschlagen ward, avisierte telephonisch die Feuerwehr, weil er schloß: die Feuerwehr müsse jetzt die verschlossene Tür erbrechen und so könne auch er seinem Ideale sich nähern, usw.

Diese Kritiklosigkeit der Paralytiker erleichtert andererseits ungemein ihre Behandlung. Diese Kranken geben sich bei ihrem geringen, resp. mangelnden Kausalitätsbedürfnis mit der ersten besten Antwort zufrieden, sie sind ungemein leicht zu vertrösten. Derselbe Paralytiker, der bei der Visite stürmisch seine Entlassung verlangt, bescheidet sich gutmütig mit irgendeiner leeren Ausflucht, wartet noch »bis morgen«, weil heute gerade schlechtes Wetter ist, weil der Wärter die Schlüssel verlegt hat usw. Die Kranken stehen ihrer Lage ganz verständnislos gegenüber, machen sich keine Gedanken über den Grund ihrer Internierung, über die Dauer ihres Anstaltsaufenthaltes, über ihre Zukunft. Der Patient ist »halt« hergekommen, weil's der Herr Doktor gesagt hat; er bleibt hier, bis er die Kleider bekomme.

Mit fortschreitender Demenz dämmern die Kranken teilnahmslos und initiativlos dahin, ohne Verkehr, ohne Beschäftigung, ohne Spontaneität, wunsch- und klaglos. Unter Zunahme der körperlichen Lähmungserscheinungen (vide unten) nimmt die geistige Verödung immer mehr überhand. Die Kranken müssen betreut werden, wie die kleinen Kinder gekleidet, gefüttert werden. Sie hantieren z. B. ratlos mit Wäschestücken, ohne zu wissen, was damit zu beginnen. Kranke, die vielleicht noch eine Spur von Verständnis zeigen und die ihnen gereichten Kleidungsstücke selbst anlegen können, werden damit nicht fertig, sobald das betreffende Objekt irgendwie in Unordnung gebracht wird, z. B. ein Aermel umgestülpt worden ist; sie sind aber auch nicht imstande, das betreffende

Hindernis zu entdecken. Die Patienten führen schließlich ein rein vegetatives Dasein. Von sprachlichen Aeußerungen ist keine Rede mehr, die Kranken bringen nur unartikulierte Laute hervor. In den terminalen Stadien tauchen wieder gewisse Reflexe auf, wie sie beim Säugling beobachtet werden. Nach jedem dem Gesichte genäherten Gegenstande (auch z. B. nach einem brennenden Zündhölzchen) sperren die Kranken den Mund auf, trachten nach demselben zu schnappen. Schmerzhaft Reize lösen klägliches Wimmern oder Schreien aus, aber keine koordinierten zweckdienlichen Abwehrbewegungen, sondern nur eine allgemeine motorische Unruhe.

β Die paralytischen Geistesstörungen.

Am häufigsten tragen die bei Dementia paralytica auftretenden funktionellen Geistesstörungen den Charakter der Manie. Wie beim nicht paralytischen Maniakus zeigt sich zunächst in den leichteren Graden eine bedeutende Steigerung in der Genußsucht, Unternehmungslust. Allein die paralytische Demenz, die geistige Myopie, das Unvermögen einer richtigen Abschätzung machen sich hier schon frühe geltend. Charakteristisch sind z. B. die echt paralytischen Masseneinkäufe. Der Kranke beginnt zu verschwenden, aber »es fällt ihm nicht viel ein«, er kauft daher z. B. gleich 12 Hüte oder Anzüge auf einmal, oder dermaßen große Quantitäten von Lebensmitteln, daß sie vielleicht eine ganze Kompagnie nicht in einer Woche aufessen kann; der Kranke kauft Holzvorräte ein, die er in seinem kleinen Keller gar nicht unterbringen kann, Pferde und Wagen, ohne einen Stall zu besitzen usw.

Oft tragen die Einkäufe an sich noch nicht den Stempel dieser kritiklosen Unmäßigkeit, sind aber doch dadurch verdächtig, daß sie im Mißverhältnis stehen zu den bescheidenen Einkünften des vorher sparsamen Kranken. Ein kleiner Beamter bringt auf einmal allerlei erlesene Leckerbissen nach Hause, oder Kleinodien; ebenso schnell wie der Kranke mit dem Einkäufen bei der Hand ist, ebenso leicht ist er geneigt, alles und jedes wieder herzuschenken.

In der gesteigerten sexuellen Erregung begeht der beginnende Paralytiker Handlungen, wie sie auch der Maniakus

auszuführen imstande ist, allein mit noch mehr Rücksichtslosigkeit; der Kranke verlangt von der Frau coram infantibus den coitus, bringt sich Prostituierte in sein Familienheim, ehelicht, wenn unverheiratet, die erste beste Straßendirne usw. Auch Diebstähle und andere Delikte werden mit der größten Plumpheit und ohne jegliche Hemmung oder Reflexion ausgeführt. Der Kranke nimmt einfach, was ihm in die Augen sticht, entwendet bei hellichtem Tage aus einer Warenauslage irgendein Stück usw.

Bald aber kommt es zu den ganz pathognostischen Größenideen (Megalomanie). Die Größenideen der Paralytiker zeichnen sich durch folgendes aus. Einmal sind sie nicht fix, sondern flüchtiger Art, lassen sich durch Suggestivfragen in beliebige Richtung lenken, rasch steigern, aber auch vorübergehend korrigieren. Ferner tragen sie den ganz unverkennbaren Stempel der Kritiklosigkeit, der Demenz an sich durch ihre Maßlosigkeit und dadurch, daß sie ganz unvereinbar, widersprechenden Inhaltes sein können. Der Kranke ist Feldmarschallleutnant, Kaiser, Zar, Gott, Hebamme, der schönste Mann der Welt, kann 100.000 Weiber befriedigen, besitzt ungezählte »Millionarden«, Menagerien mit sprechenden Tieren, hat das Perpetuum mobile erfunden, Tunnelle durch die ganze Erde gebaut, beherrscht 56 Sprachen, »darunter auch einige fremde«, singt Tenor, Baß und Sopran, kann 20.000 Zentner stemmen, seine Augen sind Diamanten, sein Kot Gold usw. Irgendeine Systemisierung fehlt, ebensowenig aber auch zieht der Kranke irgendwelche Konsequenzen aus seinen Größenideen. Mehrere Paralytiker auf derselben Abteilung, die alle Kaiser von Oesterreich sind, vertragen sich ausgezeichnet miteinander. Der »allerreichste Rothschild« bittet bei der Visite um eine Zigarette oder eine Kostaufbesserung, der Herrscher der Welt bittet dringend um seine Entlassung, da er seiner Frau beim Austragen der Wäsche helfen muß usw.

Das Unvermögen einer richtigen Abschätzung der Werte und Dinge zeigt sich auch darin, daß ein Patient neben den ungezählten Milliarden noch als wichtige Ergänzung seinen kleinen Diurnistengehalt aufzählt, oder neben den vielen hohen Aemtern und Würden auch seinen Posten als Briefträger

rühmt usw. Auffallend ist die große Gutmütigkeit dieser Kranken. All die nörgelnden, anmaßenden, antisozialen Züge des echten Maniakus fehlen meist bei derartigen Patienten. Sie wollen die ganze Welt teilnehmen lassen an ihrem Glück, verschenken Millionen, Titel, Gnaden usw. Die Kranken sind auch meist leicht zu behandeln, ungemein fügsam, gutmütig, rührselig.

Auch die Erregung auf psychomotorischem Gebiete fehlt nicht und zeigt sich u. a. in dem »Sammeltrieb«; die Patienten haben meist alle Taschen vollgepfropft mit allerlei Unrat, Papierfetzen, Kieselsteinen, abgebrannten Streichhölzchen, Laub usw. All dieses repräsentiert große Schätze, wird aber gutmütig den visitierenden Wärtern oder Aerzten ausgeliefert. In den höheren Graden kommt es auch bei der progressiven Paralyse zu echter Tobsucht. Die Kranken zerstören, was ihnen in die Hände fällt, sind in steter rastloser Unruhe, schmieren mit den Speisen, mit ihren Exkrementen.

Motorische Erregung und Bildung von Größenideen brauchen durchaus nicht parallel zu gehen. Manche Patienten mit blühenden unsinnigen Größenideen sind äußerlich geordnet, und umgekehrt läßt sich bei manchem schwer Tobenden irgendeine Megalomanie auch über Suggestivfragen nicht eruieren. Ein schwer tobsuchtartiges Bild beobachtet man bei der sogenannten galoppierenden Paralyse, unter der auch Bilder vorkommen, die als Delirum acutum imponieren können.

Weniger häufig finden sich depressive Zustandsbilder, welche dann meistens hypochondrischer Art sind. Auch hier wieder ist die Demenz, die Kritiklosigkeit in die Augen springend. Die Kranken liegen jammernd zu Bette, sie seien tot, heute schon fünfmal umgebracht, in den Abort gesteckt worden, sie haben keinen Magen, kein Herz, seit vielen Jahren keinen Stuhl mehr gehabt, ja überhaupt niemals in ihrem Leben, der Kot sei ihnen schon bis ins Gehirn gedrungen, der Hals ist zugewachsen, so daß sie seit Monaten und Jahren nichts mehr essen können, es gehe gar nichts mehr hinunter, alles bleibe stecken (dabei verzehrt der Kranke mit dem größten Appetit seine Mahlzeit). Manchmal bequemen sich die Patienten dazu, ihre Aeußerungen, die sie soeben getan, zu

widerrufen oder zu modifizieren. Sie hätten zwar Hände und Beine und ein Herz usw., aber nur »ein bißchen«, »viel ist auch nicht mehr daran« usw.

Depressive und expansive Zustandsbilder können auch bei einem und demselben Kranken mit einander abwechseln, nach Art einer zyklischen Geistesstörung, zirkuläre Paralyse (vide später).

Abgesehen von den manischen und depressiven Zustandsbildern, welche die Hauptrepräsentanten der paralytischen Geistesstörung bilden, wurden noch — in seltenen Fällen — alle möglichen anderen psychopathischen Symptome bei Paralytikern beobachtet.

So sieht man gelegentlich einmal eigentümliche Verworrenheitszustände ganz vom Charakter der Beschäftigungsdelirien der Alkoholiker, es kommen katatone Züge zum Vorschein (Katalepsie, Bewegungsautomatismus, Verbigeration, ein monotones Gefasel ganz sinnloser selbstgebildeter Wörter usw.). Auch Halluzinationen können, wenn auch selten, in unzweifelhafter Weise bei der progressiven Paralyse nachgewiesen werden (speziell echte Gesichtstäuschungen bei Kranken mit Optikusatrophie). Relativ sehr selten sind Formen mit ausgeprägten systemisierten Wahnideen; derartige Kranke können längere Zeit für Paranoiker gehalten werden, bis irgendwelche schreiende Widersprüche in den Wahnideen, namentlich aber die somatischen Symptome über die Diagnose aufklären.

b) Somatische Symptome.

a) Im Bereiche des Nervensystems.

1. Pupillenstörungen. Störungen der Pupillenreaktion sind um so wertvoller, weil sie einerseits ungemein häufig sind (etwa in 70 bis 80% aller Fälle), andererseits oft schon ein Frühsymptom darstellen zu einer Zeit, da die psychischen Erscheinungen noch so wenig positive Anhaltspunkte für eine Diagnose darbieten, daß dieselbe zwischen Paralysis progressiva incipiens und Neurasthenie schwankt.

Es findet sich einmal häufig Anisokorie. Ungleichheit der Pupillen an sich ist für Paralysis progressiva absolut nicht

charakteristisch; einen Wert hat aber diese Erscheinung dann, wenn z. B. nachgewiesen werden kann, daß sie sich erst in der letzten Zeit entwickelte (also nicht kongenital ist), und besonders darum, weil dieses Symptom dem Beobachter sofort sich aufdrängt und ihn veranlaßt, überhaupt die Prüfung der Pupillen vorzunehmen. Die Pupillen sind ferner oft stark miotisch oder umgekehrt auffallend weit, verzogen, entrundet.

Am wichtigsten ist aber das Bestehen des Argyll-Robertsonschen Phänomens, d. h. Starre der Pupillen auf Licht-einfall bei erhaltener akkommodativer Reaktion.¹⁾

Aus dem eben Gesagten geht eo ipso hervor, daß bei der Prüfung auf Argyll-Robertson der Einfluß der Akkommodation oder Konvergenz ausgeschaltet werden muß. Es ist daher ein Fehler, die Prüfung etwa derart vorzunehmen, daß man einfach beide Augen des zu Untersuchenden mit den Händen verdeckt und dann die Hand entfernt, vielmehr muß man während der Prüfung den Kranken einen bestimmten Punkt fixieren lassen und sich so die Möglichkeit einer Kontrolle verschaffen, ob der Patient wirklich ruhig fixiert. Man bediene sich dazu z. B. einer seitlich einfallenden Lichtquelle, während man das zu untersuchende Auge nicht verdeckt (d. h. dessen Anblick sich selbst entzieht), sondern nur beschattet. In zweifelhaften Fällen ist es am besten, die Untersuchung im Dunkelmittelraum mittels eines Reflektors (Augenspiegel usw.) vorzunehmen. Fast ausnahmslos fehlt in den Fällen mit lichtstarrten Pupillen auch die sympathische Pupillenreaktion, ja manchmal geht ein Fehlen der letzteren dem Argyll-Robertsonschen Phänomen voraus. Eine lichtstarre Pupille kann sich, wie neuester Zeit gezeigt wurde, noch verengen, wenn der Beobachtete einen kräftigen Lidschluß intendiert, der Beobachtende aber denselben durch Auseinanderhalten der Lider des zu Untersuchenden verhindert. Nach anfänglicher Verengerung erfolgt dann bei Nachlaß des intendierten Lidschlusses eine Erweiterung der Pupille.

¹⁾ Bis vor kurzem war dieses Phänomen überhaupt nur bei Paralysis progressiva und Tabes bekannt. Jetzt wissen wir, daß in gewissen Fällen periodischen Irreseins diese Erscheinung als ein vorübergehendes Phänomen während der Dauer der psychotischen Phase auch beobachtet wurde, daß ferner der Alkoholismus oder andere Vergiftungen durch eine Polyencephalitis superior auch diese Erscheinung hervorrufen kann.

2. Von den selteneren Symptomen im Bereiche des Augenapparates sind zu erwähnen: vorübergehende Augenmuskellähmungen (zuweilen wie bei der gewöhnlichen Tabes als Initialerscheinung beobachtet) und Optikuskrankungen verschiedenen Grades (von einer leichten nur ophthalmoskopisch diagnostizierbaren Ablassung bis zur kompletten schweren Atrophie).

Am häufigsten findet sich die Sehnervenatrophie bei den Taboparalysen, kann aber auch unabhängig von einer Hinterstrangsaffektion vorhanden sein.

3. Die sub Abschnitt »pathologische Anatomie« zu erörternden Rückenmarksaffektionen geben sich klinisch u. a. in dem Verhalten der Reflexe kund. Bei den Fällen mit Seitenstrangbeteiligung finden wir bedeutende Steigerung der Sehnenreflexe (auch Patellar- und Achillesklonus) und Spasmen. Bei den Fällen mit Hinterstrangsaffektion (Taboparalyse) fehlen die Patellarreflexe; es besteht ein mehr minder hoher Grad von Leitungsataxie (echter Romberg) ganz abgesehen natürlich von der allgemeinen paralytischen Koordinationsstörung. Zuweilen können sich beide Prozesse kombinieren; bei einem und demselben Kranken, der z. B. im Beginn seiner Erkrankung gesteigerte Sehnenreflexe geboten hatte, werden dieselben im weiteren Verlaufe der Beobachtung schwächer, können schließlich überhaupt nicht mehr ausgelöst werden. In manchen Fällen geht die Tabes der Geistesstörung viele Jahre voraus. (»Ascendierende Paralyse.«)

4. Bemerkenswert und praktisch besonders wichtig ist der Einfluß des gleichzeitig bestehenden spinalen Prozesses auf die recht häufigen Blasenstörungen der Paralytiker. Zunächst muß allerdings vorausgeschickt werden, daß gar nicht wenig Fälle von Urinretention bei Paralytikern überhaupt nicht durch irgendeine Alteration des nervös-muskulären Apparates zustande kommen, sondern sozusagen psychisch bedingt sind. Die Kranken sind zu dement, um auf eine geordnete Funktion der Blase zu achten, die Kranken vergessen gewissermaßen daran, ihre Blase zu entleeren. Man kann oft sehen, wie die Kranken unruhig werden, sie empfinden dunkel irgendwelche Unlustgefühle, ohne sich über deren Ursache

Rechenschaft geben zu können. Ueberraschend oft genügt hier die einfache wiederholte Aufforderung, den Urin zu entleeren, das Darreichen eines entsprechenden Gefäßes usw.

In vielen Fällen aber ist die Harnretention spinaler Art, u. zw. handelt es sich bei den Seitenstrangparalysen um Kontraktionszustände im Sphinkter, bei den Taboparalysen um Lähmungszustände im Bereiche des Detrusor vesicae, ein Punkt, der für die Behandlung sehr wichtig ist (vide sub Therapie).

* * *

5. Zu den wichtigsten, weil kaum je fehlenden und unverkennbaren Symptomen gehört die eigentümliche Sprachstörung, die paralytische Dysarthrie. Es handelt sich hierbei nicht um eigentliche Lähmungserscheinungen. Es fehlen dem Kranken weder einzelne Worte (wie bei der Aphasie), noch ist die Aussprache einzelner Buchstaben unmöglich (wie bei der bulbären Sprachstörung), sondern es liegt eine Koordinationsstörung vor, ein Mangel in dem geordneten Zusammenspielen aller zur Erzeugung sprachlicher Äußerungen notwendiger motorischer Impulse zur Lippen-, Gaumen-, Kehlkopf-Muskulatur. So bemerkt man z. B. eine Inkongruenz zwischen Phonation und Artikulation, ferner wird die Sprache eigentümlich verwaschen, unsicher, Silben werden wiederholt, andere wieder ausgelassen, Buchstaben und Silben werden derart vertauscht, daß gewisse Laute in dem bestimmten Wortgefüge, das der Patient gerade im Sinne hat, schon vorzeitig ausgesprochen werden. Die Sprache ist bebend, monoton, manchmal eigentümlich verlangsamt, skandierend (wie bei multipler Sklerose). Es kommt zu einer Menge überflüssiger Mitbewegungen im Bereiche der gesamten mimischen Muskulatur, so daß bei Sprechversuchen der ganze Facialis mitarbeitet, daß es wie ein »Wetterleuchten« über das ganze Gesicht des Kranken zieht. Für den Kundigen ist die Sprachstörung so charakteristisch, daß auch die leichtesten Grade beim spontanen Sprechen der Patienten schon unverkennbar sind. Deutlicher wird natürlich die Dysarthrie, wenn man die Patienten vor besonders schwierige Aufgaben stellt, wozu sich bestimmte »Probeworte« eignen, wie »die dritte reitende Artilleriebrigade«, »Exterri-

torialität« usw. Da hört man dann »drittende Reiterartillerie« oder »dritte reite Artelliliriebrigade« usw. Auch beim Vorlesen offenbaren sich schon leichte Grade der paralytischen Dysarthrie besonders deutlich.

6. Sehr charakteristisch sind auch Veränderungen, welche die Schrift der Paralytiker erleidet. Hierbei konkurriert nicht bloß die eigenartige koordinatorische, sondern auch die Störung des Gedächtnisses. Die Buchstaben fallen verschieden groß aus, es kommt zum Auslassen oder umgekehrt zur Verdoppelung einzelner Silben, die äußere Form leidet auffallend durch viele Korrekturen, Tintenklexe. Der Paralytiker schreibt vielleicht, ohne es zu bemerken, bei jeder Zeile über den Rand des Papiers hinaus.

Um geringe Grade erkennen zu können, empfiehlt sich besonders ein Vergleich früherer Schriftstücke des Kranken mit dem vorliegenden Schreibprodukte. In schwereren Graden bringt der Patient überhaupt nur mehr absolut unleserliches Geschmier zusammen, bestehend aus wirren Strichen, Klexen usw., das der Kranke seelenruhig vorliest. Manchmal, namentlich in nicht sehr vorgeschrittenen Fällen, sind die Kranken sich ihrer Dysarthrie und Sprachstörung bis zu einem gewissen Grade bewußt und motivieren dies in echt paralytischer Weise, z. B. damit, daß sie die Brille verlegt haben, oder ihr Gebiß schadhafte sei usw.

7. Dieselbe Koordinationsstörung macht sich übrigens auch bei anderen motorischen Akten schon frühzeitig bemerkbar, bei denen es auf besonders fein abgestufte präzise Impulse ankommt. Schon früh also werden die Störungen auffällig bei gewissen Berufsarten, wie Musikern, Uhrmachern usw. Nach und nach schreiten diese Störungen aber fort und ergreifen auch gröbere Bewegungen; die Kranken werden immer ungeschickter, unsicherer. Hand in Hand mit der koordinatorischen Störung geht das durch die Demenz bedingte »Vergessen« der Bewegungsvorstellungen, so daß die Patienten schließlich jene motorischen Akte nicht mehr zuwege bringen, die zu den frühesten Erwerbungen des Menschen gehören, wie die Fähigkeit des aufrechten Ganges. Ohne daß eine wirkliche Paraplegie bestünde, können die Kranken nicht mehr gehen;

sie können nicht mehr spontan Nahrung zu sich nehmen, sich nicht an- und auskleiden usw. In den späteren Stadien werden aber auch zunehmende Paresen beobachtet (nicht vollständige Lähmungen), abgesehen von den transitorischen apoplektiformen Insulten.

Von besonders praktischer Wichtigkeit sind speziell die Schlinglähmungen wegen Gefahr von Aspirationspneumonien.

In den terminalen Stadien kommt es auch zu eigentümlichen Kontraktionen der Gliedmaßen. Die Kranken liegen zusammengekrümmt zu Bette, in einer Stellung, ähnlich der des Fötus im Mutterleibe. Die Beine sind im Hüft- und Kniegelenke gebeugt, dabei adduziert; auch die oberen Gliedmaßen weisen in allen Gelenken starre Beugekontraktur auf; die Finger sind gegen die Hohlhand eingeschlagen. Der Kopf ruht nicht einfach auf dem Kissen, sondern wird steif in die Höhe gehalten.

8. Bei der progressiven Paralyse kommen ferner, zuweilen schon als Frühsymptom, Anfälle zweierlei Art vor, apoplektiforme und epileptiforme.

Bei Ersteren handelt es sich um plötzliches Einsetzen einer Lähmung einer Extremität oder einer ganzen Körperhälfte oder plötzliche Aphasien. Das Bewußtsein ist bei den leichteren derartigen Anfällen fast immer erhalten. Ueberraschend ist die Schnelligkeit, mit welcher derartige Lähmungen wieder zurückgehen. Oft hält der die Umgebung sehr beunruhigende Zustand nur wenige Minuten an; aber auch Lähmungen einer ganzen Körperhälfte können sich innerhalb weniger Tage vollständig zurückbilden, so daß kaum eine noch restierende Steigerung der tiefen Reflexe die Seite erkennen läßt, welche Sitz der Lähmung war.

Entsprechend dieser raschen und weitgehenden Restitutionsmöglichkeit handelt es sich bei den apoplektiformen Anfällen auch nicht um dieselben Prozesse wie bei der echten Hemiplegie (Erweichung, Blutung) nicht um eine grob anatomische Herdläsion, sondern um schubweise stärkere faszikuläre Degenerationen des kortikospinalen Neurons, die nur mit feinen Untersuchungsmethoden (Marchi!) in akuten Zerfallprodukten auf den Schnitten im mikroskopischen Bilde nachgewiesen werden können.

Die epileptiformen Anfälle tragen in mittelschweren Graden den Charakter der Jacksonschen (Rinden-) Epilepsie, d. h. die klonischen Zuckungen befallen nur eine Gliedmaße oder nur eine Körperseite, wobei das Bewußtsein der Patienten erhalten bleibt. Die Zuckungen können zuweilen synchron der Pulsfrequenz auftreten. Nach derlei Anfällen läßt sich eine meist rasch vorübergehende Parese in der betreffenden Extremität konstatieren. Diese an sich nicht gefahrdrohenden Anfälle können sich aber auch generalisieren, nehmen dann den Typus der klassischen Epilepsie an, wobei das Bewußtsein der Kranken schwindet. Derlei schwere Anfälle sind immer ein sehr ernster Zufall. Erstens bringen sie in der Regel eine bedeutende Verschlimmerung des Allgemeinzustandes mit sich; der körperliche und geistige Verfall erfährt darnach gewöhnlich eine erhebliche Steigerung. Vor allem aber zeigen diese allgemeinen Konvulsionen sehr häufig die Neigung, sich in raschen Zwischenräumen zu wiederholen und zum Bilde des lebensgefährlichen Status epilepticus zu führen. Die einzelnen Anfälle folgen rasch aufeinander (man kann da bis über 100 Attacken im Tage beobachten); zwischendurch erlangen die Kranken nicht das Bewußtsein; die Körpertemperatur steigt rasch an bis zu 40° und darüber. Prognostisch sehr ominös schien mir stets das Auftreten eines intensiven Azetongeruches aus dem Munde zu sein (ebenso Azetonurie), welchen Befund ich gelegentlich in letal endigenden Fällen schon wenige Stunden nach dem Beginn des Status epilepticus beobachten konnte. (Die Azetonämie war daher in solchen Fällen gewiß nicht auf Rechnung der mangelhaften Nahrungsaufnahme, der Inanition zu setzen.) Auch in Fällen, bei welchen die Sehnenreflexe nicht gesteigert sind, kann man während des Status epilepticus häufig das dorsale Babinskysche Phänomen konstatieren. Die Temperatur geht oft noch einige Stunden post exitum weiter in die Höhe (postmortale Temperatursteigerung).

Bei der Obduktion bietet das Gehirn außer den gewöhnlichen paralytischen Veränderungen das Bild einer hochgradigen Hyperämie. Die Rinde sieht dunkelbraunrot aus, die feinsten Gefäße sind strotzend injiziert.

All das bezüglich der Symptomatologie des Status epilepticus in paralyti Gesagte gilt übrigens auch von dem analogen Zustande bei

meist ein ganz auffallendes ist. Bei einem Paralytiker z. B., der nur $\frac{1}{2}$ Stunde unrein liegt, kann sich sofort ein ausgebreiteter Dekubitus entwickeln, ein Kranker taumelt gegen die Wand und zieht sich Frakturen mehrerer Rippen zu etc.

1. Das Othämatom (die Ohrblutgeschwulst) ist bedingt durch einen Bluterguß zwischen Haut und Knorpel. Das Ohr sieht blaurot verfärbt aus, es besteht eine bedeutende deutlich fluktuierende Schwellung. Nach einigen Wochen bis Monaten kommt es zur Resorption des Blutes und zu eigentümlicher Schrumpfung des Ohres. Schon der Umstand, daß der Sitz des Othämatoms vorzugsweise linksseitig ist (entsprechend der rechten Hand eines Zuschlagenden), daß es auch gelegentlich bei anderen Kranken, ja bei Gesunden vorkommt (Boxern), beweist seine traumatische Genese; daß aber daneben auch eine abnorm leichte Verletzlichkeit des Ohrknorpels eine Rolle spielt, kann ebensowenig bezweifelt werden.

2. Ebenso ist die abnorme Brüchigkeit der Knochen durch Osteoporose außer Frage gestellt. Unter meinen Augen zog sich ein Paralytiker eine Tibia-Fraktur zu durch plötzliches Umwenden, ein anderer eine Schenkelhalsfraktur gelegentlich des »Ausfallens« beim Kegelschieben usw.

3. Die große Neigung bettlägeriger Paralytiker zu Dekubitusbildung läßt sich auch nicht durch äußere Umstände (Naßliegen, mangelhafte Bettbereitung, Unbeweglichkeit der Kranken usw.) allein erklären, sondern hängt wohl auch zum Teil von dem niederen Blutdruck ab, den Paralytiker in vorgeschrittenen Stadien haben, und der eine leichtere Kompression der Hautgefäße und damit Anämisierung und Ernährungsstörung der gedrückten Hautpartien nach sich zieht.

4. Der Blutdruck, der in den Anfangsstadien normale Werte aufweist (nach Untersuchungen mit dem Gärtnerschen Tonometer), zeigt im Verlaufe der Krankheit bei einem und demselben Patienten die Tendenz zu einem stetigen Absinken. Der Puls ist häufig rotundotard.

In den peripheren Abschnitten kommt es leicht zu Stasen (Oedeme an den Beinen bei Kranken, die viel herumgehen). Bemerkenswert sind auch die nicht selten zu beobachtenden neurotischen Dermatosen (Pemphigus, Herpes zoster usw.).

Nach neueren Untersuchungen scheint es, daß die bakterizide Eigenschaft des Serums bei Paralytikern gegenüber der Norm herabgesetzt sei.

5. Das Verhalten der Körpereigenwärme bietet bei Paralytikern auch verschiedene Besonderheiten dar. Erstens kann man vorübergehend ganz bedeutende Temperatursteigerungen beobachten, für die irgend ein organisches Substrat (Pneumonie, Eiterung usw.) sich nicht nachweisen läßt. Diese plötzlichen Fiebersteigerungen gehen meist auf gründliche Darmentleerung ebenso rasch vorüber, wie sie aufgetreten waren. Andererseits beobachtet man gar nicht selten, namentlich in den terminalen Stadien, gelegentlich durch Wochen hindurch, subnormale Temperaturen (32° im Rektum).

6. Das Körperwicht zeigt bedeutende Schwankungen. Während der Erregungsphasen gewöhnlich absinkend, steigt es während der Remission meist bedeutend an (gelegentlich — am häufigsten bei den einfach dementen Formen — kommt es sogar zu abnormem Fettansatz, ähnlich, wie bei der sekundären Demenz), um ausnahmslos mit dem Fortschreiten des Grundleidens immer mehr herunter zu gehen. Kranke, welche nicht durch interkurrente Zufälle vor den eigentlichen terminalen Stadien zugrunde gingen, bieten die höchsten Grade der Abmagerung, einer ganz erschreckenden Kachexie dar (bei mittelgroßen Männern kann man da Gewichte von 36, ja 32 kg wahrnehmen). Bei der zirkulären Paralyse beobachtet man einen regelmäßigen Wechsel des Körpergewichtes, wie beim gewöhnlichen zyklischen Irresein. Ganz rapid und kontinuierlich vollzieht sich der Gewichtsabfall bei der »galoppierenden« Paralyse.

B. Decursus morbi.

Gewöhnlich geht den ersten, unzweifelhaft als paralytisch anzusprechenden Symptomen ein schleichendes Vorstadium voraus, das die Züge einer schweren Cerebrasthenie trägt. Quälende Kopfschmerzen¹⁾, die Zeichen der »reizbaren Schwäche«,

¹⁾ Kopfschmerzen gehören bei den Paralytikern zu den größten Seltenheiten, sobald die Krankheit selbst entwickelt ist. Bemerkenswert ist auch, daß überhaupt subjektive Symptome von Hirndruck bei Paralytikern kaum je beobachtet werden. Tumoren oder akute Meningitiden können so manchmal ganz symptomlos verlaufen und erst als überraschender Obduktionsbefund aufgedeckt werden.

Ermüdbarkeit, Erschwerung des Denkprozesses, Reizbarkeit, gedrückte Stimmung, Zerstreutheit, Agrypnie leiten das Krankheitsbild ein. Sehr häufig besteht ein vages Krankheitsgefühl, manchmal die Ahnung eines bevorstehenden schweren Gehirnleidens, das die Kranken in diesen Stadien nicht eben selten zum Selbstmord treibt. (Wo übrigens die Demenz schon einen gewissen Grad erreicht, werden oft die Selbstmordversuche in unzuweckmäßiger, verkehrter Weise angestellt, tragen schon den ominösen Charakter der Kritiklosigkeit an sich. Ein Kranker trinkt z. B. in selbstmörderischer Absicht Tinte, ein Anderer stürzt sich aus dem Fenster seiner im Erdgeschoß gelegenen Wohnung.) Gerade die Apathie und das Unvermögen, die Veränderung in der psychischen Persönlichkeit beurteilen und einsehen zu können, tritt erst dann zutage, wenn der Kranke über dieses Prodromalstadium hinauskommt, wenn die Paralyse eben schon da ist. In einigen Fällen sind epilepti- oder apoplektiforme Anfälle die ersten Anzeichen, welche den Kranken aus wirklicher oder scheinbar voller geistiger Gesundheit heraus befallen, oder ein delirium acutum ähnliches Bild.

Der weitere Verlauf gestaltet sich nun ungemein verschieden. Im Durchschnitt führt die Krankheit innerhalb 2 bis 3 Jahren zum Ende, unter stetiger Zunahme des geistigen und körperlichen Verfalles. Dieser Verlauf wird am häufigsten bei den einfach dementen Formen beobachtet. Daneben gibt es eine Reihe bemerkenswerter Ausnahmen. Einmal verdient eine eigentümliche Verlaufsart erwähnt zu werden, die sogenannte galoppierende Paralyse. Oft aus voller Berufsfähigkeit heraus, jedenfalls aber ziemlich akut, entwickelt sich das Bild schwerer Tobsucht, wobei im Gegensatz zu der gewöhnlichen paralytischen Manie die Züge gesteigerter Genußsucht, die Charakterveränderung ad pejus etc. sich zu entwickeln gar keine Zeit hatten; auch Größenideen treten mehr in den Hintergrund. Das Bild wird beherrscht durch die sinnlose psychomotorische Erregung, die allen Medikationen trotzt; der Kräfteverfall vollzieht sich außerordentlich rapid, die Kranken vermögen bald nicht mehr sich auf den Beinen zu erhalten, die körperlichen Lähmungserscheinungen nehmen meist rasch zu, und innerhalb weniger Monate tritt der Exitus unter dem Bilde

der hochgradigsten Erschöpfung ein. In einigen wenigen Fällen spielt sich der ganze Prozeß noch rascher ab. Es wurde schon seinerzeit erwähnt, daß manche Fälle von Delirium acutum zu perakut verlaufenden Paralysen gerechnet werden müssen.

Im Gegensatze dazu gibt es nun Paralysen mit abnorm langem Verlaufe. Dies ist vor allem gewöhnlich bei der sogenannten zirkulären Paralysis progressiva der Fall. Jener gewisse Turgor vitalis, der bei dem echten zyklischen Irresein in der manischen Phase so auffällig ist, kommt auch den Paralytikern zu Gute. Ganz herabgekommene Kranke erholen sich wieder unter raschem Ansteigen des Körpergewichtes auffallend schnell, weitgehende Remissionen (vide später) sind ganz gewöhnlich (analog etwa den luziden Intervallen bei der echten Folie à double forme). Einen Wechsel von Manie und Melancholie können einzelne Fälle sogar mehrmals durchmachen. Fälle von 8- bis 10jähriger Dauer und darüber sind gerade bei der zirkulär verlaufenden Dementia paralytica nicht selten. Auch der alternierende Typus (kurze Phasen, manchmal regelmäßig jeden zweiten Tag wechselnde Zustandsbilder) wurde beobachtet. Bemerkenswert ist, daß gerade bei Paralytikern mit erblicher Belastung diese Verlaufsart relativ häufig angetroffen wird.

Remissionen, d. h. mehr minder weitgehende Stillstände, ja Besserungen im Verlaufe der Krankheit sind aber überhaupt bei der Paralysis progressiva ein recht gewöhnliches Vorkommnis, und der Praktiker wird gut tun, sich bei der Prognosestellung den Angehörigen gegenüber die Möglichkeit einer Remission stets vor Augen zu halten. Die Remissionen sind verschieden lang und verschieden weitgehend. Oft nur auf wenige Wochen sich erstreckend, oft nur den Nachlaß der paralytischen Geistesstörung (Manie!) bedeutend, unter gleichzeitigem Weiterfortschreiten der paralytischen Demenz gehen diese Remissionen in einzelnen Fällen auch mit einer entschiedenen Besserung der Intelligenz einher. Die Kranken korrigieren z. B. nicht nur ihre Größenideen, sondern gewinnen Krankheitseinsicht; ihr Gedächtnis, ihre Urteilskraft bessert sich; ja es kann sich gelegentlich sogar die volle Berufsfähigkeit wieder herstellen, u. zw. für erstaunlich lange Zeit.

(Ein Unikum stellt ein Fall dar, der 1886 mit sicherer Paralyse sich in der Wiener Irrenanstalt in Pflege befunden hatte, und dann 16 Jahre (!) wieder dienstfähig war, seit 1902 abermals mit unzweifelhafter Dementia paralytica auf unsere Klinik aufgenommen wurde.)

Auch betreffs des Vorkommens der paralytischen Geistesstörung herrschen große Verschiedenheiten. Häufig nur vorübergehende Phasen im Verlaufe einer später einfachen Demenz, können z. B. manische Zustandsbilder auch noch in den terminalen Stadien fortbestehen. Die Kranken liegen im schweren Marasmus, mit Kontrakturen, Dekubitusbildung dahin, und lallen noch von »Tausend Millionen«, »Größter kaiserlich königlicher Gott« usw.

Es gibt endlich einige, allerdings außerordentlich seltene, aber sichergestellte Fälle, bei welchen man von einer Heilung sprechen muß. Die Krankheitsgeschichten derartiger geheilter Fälle oder solcher von ungewöhnlich anhaltenden Remissionen weisen gewisse Besonderheiten auf. Gewöhnlich handelt es sich erstens um ziemlich initiale Fälle mit manischen Zustandsbildern und zweitens um eine interkurrierende fieberhafte Affektion, besonders Eiterungen. Es gewährt uns dieser Umstand einen Anhaltspunkt dafür, wo eine zukünftige Therapie wird möglicherweise einsetzen können.

Der abnormen Verlaufsart und damit Prognose der zirkulären und der sogenannten galoppierenden Paralyse wurde schon oben gedacht.

C. Aetiologie.

Unter den ätiologischen Faktoren muß an erster Stelle die Lues genannt werden. Nicht jedeluetische Infektion zieht mit Notwendigkeit Paralyse nach sich, allein umgekehrt dürfte es kaum einen Fall von Paralyse geben, bei welchem nicht Lues vorausgegangen wäre. Doch handelt es sich bei der progressiven Paralyse nicht um eine syphilitische Erkrankung des Zentralnervensystems (Gummen, Endarteritis specifica usw.), sondern die Lues schafft nur die Disposition (Stoffwechselveränderung, Giftwirkung?), auf Grund deren sich dann später die Paralyse entwickelt.

Der Zwischenraum zwischen syphilitischer Infektion und Ausbruch der Dementia paralytica beträgt etwa 12 bis 15 Jahre im Durchschnitt. Die Paralyse ist eine Erkrankung des reifen Lebensalters (35 bis 50 Jahre). Gerade Fälle von auffallend früh oder spät einsetzender Paralyse (Paralysis infantilis, juvenilis und tarda, senilis) sind wieder recht beweisend für den ätiologischen Zusammenhang zwischen Lues und dieser Erkrankung, indem hiebei auch der Zeitpunkt, da die Syphilis erworben wurde, ein ungewöhnlicher ist (z. B. extragenitale Sklerosen im Säuglingsalter, hereditäre Lues usw.).

Unter Berücksichtigung der syphilitischen Aetiologie und äußerer leicht einzusehender sozialer Faktoren erklären sich auch folgende Momente: Die Paralyse kommt überhaupt häufiger beim männlichen Geschlecht vor. Diesbezüglich aber ist wieder der Unterschied zwischen ländlicher und Stadtbevölkerung, besonders aber zwischen den unteren Schichten der Bevölkerung und den besseren Gesellschaftsklassen sehr auffallend (weibliche Paralysen in den höheren Kreisen sind ungemein selten).

Der erblichen Belastung scheint bei der progressiven Paralyse nicht nur keine besondere Rolle zuzukommen, sondern es liegen Gründe vor für die Annahme, daß die hereditärdegenerative Disposition sogar bis zu einem gewissen Grad antagonistisch wirkt gegenüber der Veranlagung zur Paralyse.

Eine große Bedeutung muß dem Moment der übermäßigen funktionellen Inanspruchnahme des Gehirns beigemessen werden, u. zw. handelt es sich hiebei nicht um rein intellektuelle Ueberanstrengung, als vielmehr um jene Formen geistiger Ueberanstrengung, die mit gemüthlichen Aufregungen einhergehen (Kaufmannsstand, Börseagenten, praktische Aerzte usw.); die Unmöglichkeit eines regelmäßigen längeren Urlaubes, ferner unhygienische »Zerstreuungen« (speziell Exzesse in Stimulantien, Kaffee, Nikotin, Alkohol usw.) müssen gleichfalls hier aufgezählt werden.

Unter den ätiologisch wirksamen Faktoren kommen ferner in Betracht kalorische Noxen. Berufsarbeiter, die strahlender Wärme ausgesetzt sind, liefern einen verhältnismäßig hohen Prozentsatz zur Paralyse (Buddler, Heizer, Köchinnen).

Ob der Mißbrauch geistiger Getränke an sich zur Paralyse führen kann, ist gerade nach neueren Untersuchungen zweifelhaft geworden.

Viele »Alkoholparalysen« entpuppen sich als Korsakoffsche Psychose oder Alkoholdemenz mit durch gleichzeitig bestehender Polyencephalitis superior bedingten Pupillenstörungen.

Von anderen weniger häufigen und in ihrem Einfluß noch nicht ganz sichergestellten Schädlichkeiten wären noch zu erwähnen Schädeltraumen und Saturnismus.

D. Differentialdiagnose.

Eine initiale Paralyse kann erstens zur Verwechslung mit einer schweren Neurasthenie Anlaß geben. Das Vorhandensein irgendwelcher körperlicher Symptome (Pupillenstarre usw.) wird freilich selbstredend sofort die Sachlage entscheiden. Wo aber somatische Symptome fehlen, kann im konkreten Falle die Entscheidung Schwierigkeiten bereiten. Vor allem muß der Nachweis einer wirklichen Einbuße der intellektuellen Fähigkeiten gelingen. Der Neurastheniker klagt über Gedächtnisschwäche, die sich objektiv nicht erhärten läßt; er löst komplizierte Rechenaufgaben vielleicht mühsam, aber richtig, vermag bei etwaigen Fehlern leicht die entsprechenden Korrekturen vorzunehmen. Der Paralytiker beherrscht das kleine Einmaleins auch noch tadellos, begeht aber bei komplizierten Rechenaufgaben die charakteristischen, durch die Unaufmerksamkeit und Gedächtnisschwäche bedingten Fehler, vergißt z. B. die Zehner zu übertragen usw. Der Neurastheniker beobachtet sich ängstlich, legt jeder noch so belanglosen Erscheinung an sich eminente Wichtigkeit bei, quält sich und den Arzt durch endlose Aufzählung aller möglichen »Symptome«, stellt sich selbst ängstlich die Diagnose »Paralyse«. Der Paralytiker bringt auch irgendwelche hypochondrische Klagen vor, läßt aber schwere Verstöße, auffallende Beweise von Zerstretheit ganz unbeachtet; der Neurastheniker jammert über seine »Nervosität« und Reizbarkeit. Der Paralytiker findet nichts besonderes an den rüden Ausbrüchen unmotivierten Jähzorns, der seine Familie in so hohem Maße erschreckt und beunruhigt usw.

Es kommt eben auf den Nachweis der beginnenden Demenz und Kritiklosigkeit an; es könnte hier nur alles das wiederholt werden, was bei Schilderung der paralytischen Demenz gesagt wurde.

Differentialdiagnostisch in Betracht kommt ferner die Manie. Nachdem, wie schon oben erwähnt, manische Zustandsbilder in der überwiegenden Mehrheit der Fälle nur Phasen einer periodisch verlaufenden Geistesstörung sind, muß eine Manie, die einen Kranken im reifen Alter zum erstenmale befällt, zumal wenn Lues in der Anamnese vorliegt, eo ipso Verdacht auf Dementia paralytica erwecken. Die Ideenarmut (z. B. Masseneinkäufe) im Vergleiche zur »suractivité intellectuelle« der echten Manie, die eigenartige »Kurzsichtigkeit« in den Handlungen, vor allem aber Größenideen reichlicher und dementer Art, die Rührseligkeit und Gutmütigkeit der Kranken (im Vergleiche zu den Zügen von »Folie morale« bei der periodischen Manie) werden keinen Zweifel aufkommen lassen. Gerade hier aber sei darauf hingewiesen, daß der Wert der somatischen Begleiterscheinungen nicht überschätzt werden darf. Pupillenstörungen, vorübergehende Anfälle von Dysarthrie, die »hirnkongestiven Zustände« kommen auch beim periodischen Irresein vor, und ich kenne manchen Fall unzweifelhafter periodischer Manie, an dem ob der Symptome: Manie — mittleres Lebensalter — Argyll-Robertson — gewissermaßen reflektorisch die Diagnose Paralysis progressiva verübt worden war.

Schwerer kann oft die Unterscheidung zwischen Melancholie und progressiver Paralyse werden. Ungeheuerliche negativistische hypochondrische Wahnideen (kein Herz, kein Magen, Totsein usw.) kommen auch bei der Melancholie vor. Abgesehen von der Anamnese und etwaigen prägnanten körperlichen Syptomen, kann oft im Sinne der Paralysis progressiva sprechen das auffallende Mißverhältnis zwischen Inhalt der Wahnideen und dem Gebaren der Kranken, auch ist der Affekt der depressiven Paralyse nicht immer anhaltend; blödsinnige Euphorie schiebt sich plötzlich ein zwischen verzweiflungsvolles Klagen. Derselbe Kranke, der jammert, daß er gestorben sei, umgebracht wurde, erzählt auf einmal voll Zufriedenheit strahlend, daß er doch noch lebe, weil er eine schöne neue Bettdecke bekommen habe usw.

Auch hier wieder, gerade so wie bei der Abgrenzung gegenüber der Neurasthenie, ist das wichtigste der Nachweis der Demenz und Kritiklosigkeit. Dasselbe gilt bezüglich der seltenen Fälle, welche mit systemisierter Wahnbildung einhergehen. Auf der Hand liegende, von dem Kranken aber gar nicht bemerkte Widersprüche in den Wahnideen, oder zwischen diesen und den Handlungen des Patienten, erhellen mit einem Schlage den zweifelhaften Fall.

Sehr schwierig kann auch die Unterscheidung werden gegenüber manchen spät einsetzenden Formen der *Dementia praecox*. Hier gibt manchmal erst der weitere Verlauf, insbesondere in der körperlichen Sphäre, endgültigen Aufschluß.

E. Pathologische Anatomie.

Schon bei makroskopischer Besichtigung fällt die Atrophie des Gehirns auf. Das Gehirngewicht verstorbener Paralytiker bleibt im Durchschnitt weit hinter dem normalen zurück. Infolge der Verkleinerung des Gehirns kommt es zu Flüssigkeitsansammlung unter der Dura (*Hydrocephalus externus ex vacuo*), die Windungen werden schmaler, die Furchen klaffender und breiter. Ebenso findet sich eine starke Flüssigkeitsansammlung zwischen den weichen Hirnhäuten und der Gehirnoberfläche, oft in Form eigentümlicher zystischer Taschen. Die Leptomeningen sind verdickt und getrübt, namentlich längs der größeren Gefäße finden sich reichliche, milchigweiße Trübungen. Die weichen Hirnhäute lassen sich infolge ihrer Verdickung leicht in größeren zusammenhängenden Partien abziehen. Zwischen der Pia und den obersten Schichten der Hirnrinde bestehen vielfache Verwachsungen, so daß beim Abziehen der Ersteren Partikelchen der Hirnrinde mitgehen. Die Gehirnoberfläche sieht daher wie zernagt aus.

Alle diese Veränderungen sind am stärksten im Bereiche des Stirnlappens ausgesprochen. Auf dem Durchschnitt kann man sich von der bedeutenden Verschmälerung der Rinde überzeugen; der zentrale Markkegel der Windungen sinkt oft grubig ein. Die Gehirnsubstanz zeigt vermehrte Konsistenz, die Ventrikel sind bedeutend erweitert (*Hydrocephalus internus*), das Ependym weist eigentümliche, feinste papilläre Exkreszenzen auf, so daß es wie mit Streusand bestreut, feinst höckerig aussieht. Am deutlichsten sind die letztbeschriebenen Veränderungen (*Ependymitis granulosa*) am Boden des vierten Ventrikels zu sehen.

Die histologischen Befunde ergeben bedeutenden Schwund der nervösen Elemente und Wucherung des Stützgewebes (schon in frühen Stadien gehen die Tangentialfasern zugrunde). Bezüglich der

pathologischen Anatomie der paralytischen Anfälle vide oben. Die kleineren Gefäße sind vielfach hyalin degeneriert oder sklerosiert, die perivaskulären Räume erweitert und mit Rundzellen infiltriert. Im Rückenmark finden sich häufig Bilder wie bei Tabes oder Seitenstrangdegenerationen. Auch die akuten Zerfallsprozesse bei den Anfällen lassen sich von der Rinde durch die innere Kapsel hindurch bis in die Seitenstränge verfolgen. Zuweilen liegt eine Erkrankung sowohl der Seitenstränge wie des Hinterstranges vor.

Es muß schließlich aber besonders betont werden, daß alle diese Befunde nichts weniger als pathognostisch für die Paralysis progressiva genannt werden dürfen.

Die inneren Organe weisen meist, namentlich bei in Terminalstadien verstorbenen Paralytikern, schwere Grade einer allgemeinen Atrophie auf. Ein nahezu konstanter Befund sind lobulärpneumonische Herde der Unterlappen (et bronchitide capillari oder Hypostase oder Aspiration), ferner atheromatöse Veränderungen der Aorta (besonders der Aorta ascendens und des Bogens). Gerade bei den Fällen aber, welche nicht einer interkurrenten Affektion erlagen, wird oft eine unmittelbare Causa mortis bei der Nekropsie vermißt. Es finden sich in den inneren Organen nur die Zeichen einer schweren allgemeinen Kachexie. Dies, sowie gewisse klinische Symptome (namentlich der vegetativen Sphäre), vor allem der Umstand, daß die Kranken überhaupt an der Paralyse sterben — andere schwere Blödsinnsformen tangieren ja nicht die Prognosis quoad vitam — legt den Gedanken nahe, daß es sich bei der Paralyse um eine Allgemeinerkrankung des Gesamtorganismus handeln müsse, bei der die zerebralen, d. h. psychischen Symptome nur eine Teilerscheinung bilden, um eine tiefgreifende Stoffwechselstörung, möglicherweise eine eigentümliche, veränderte Blutbeschaffenheit.

F. Prognose.

Die Prognose der Dementia paralytica ist im großen und ganzen infaust. Die Erkrankung rafft die Patienten nach durchschnittlich 3- bis 4jähriger Dauer dahin. Die Kranken sterben in einem Zustande schwerster Kachexie, unter subnormalen Temperaturen, sie löschen gewissermaßen aus, und die Obduktion ergibt oft genug keinen anderen Befund, als eben den eines universellen hochgradigen Marasmus, keine eigentliche Todesursache.

Diese Terminalstadien erreichen aber verhältnismäßig wenige Paralytiker; meist beträgt die Lebensdauer nur 2 bis 3 Jahre, man wäre fast versucht zu sagen, die Kranken erleben ihren Tod nicht, da in der Mehrheit der Fälle interkurrente

Affektionen dem Leben ein Ende machen; vor allem stirbt ein großer Teil all der Paralytiker an Aspirationspneumonien, ein Teil geht im Status epilepticus zugrunde, ein geringer Teil endlich erliegt irgendwelchen Komplikationen (Sepsis usw.). (Im übrigen vide sub decursus.)

G. Therapie.

Wir sind derzeit weder imstande die progressive Paralyse zu heilen, noch auch nur mit irgendwelcher Sicherheit Remissionen herbeizuführen. Gleichwohl liefert auch dieses unheilvolle Leiden der ärztlichen Tätigkeit ein ausgiebiges Feld.

Vor allem muß vor gewissen therapeutischen Maßregeln und Ratschlägen gewarnt werden. Erfahrungsgemäß sind einmal alle irgendwie eingreifenden Kaltwasserkuren kontraindiziert. Es gibt kein sichereres Mittel, einen initialen Paralytiker in einen furibunden Maniakus zu verwandeln, als eine regelrechte hydropathische Kur (»Kaltwassermißhandlung«).

Alkohol, auch in geringen Gaben, ist bei Paralyse zu verpönen. Körperliche Ueberanstrengung (Sport) wirken gleichfalls schädlich und das Leiden beschleunigend. Nicht anzuraten ist ferner eine spezifische Behandlung, etwa Hg-Kur. Man sah davon nicht nur keinen Nutzen, sondern nur Schaden, indem die Kranken rasch herunterkamen (allenfalls mag man ja ein bißchen Jodkali verordnen).

Von den einzelnen Syptomen erfordern die epileptischen Anfälle ein rasches direktes Eingreifen. Oft bewirkt gründliche Entleerung des Darmes (durch interne und externe Medikation¹⁾) und die Eiskappe (Leiterscher Kühlapparat usw.) allein schon ein Aufhören der Anfälle. Sobald diese aber gehäuft auftreten, ist Amylenhydrat (4·0) oder Chloralhydrat (3·0) am Platze, im ausgebildeten Status epilepticus per Klysma (vorher ja nicht auf Reinigungsklysma vergessen!; man weise das Wartepersonale ferner an, nach Applikation des Klysma die Analöffnung des Kranken einige Zeit manuell zuzuhalten, falls derselbe stark preßt). Während

¹⁾ Stete Sorge für genügenden Stuhl ist überhaupt bei den Paralytikern besonders notwendig. Unter dem Einflusse von Koprostase kommt es leicht zu Druckgeschwüren im Darm und damit zu den gefährlichen Pseudodysenterien derartiger Kranker.

des Status epilepticus unterlasse man alle Versuche, dem Patienten Nahrung per os einflößen zu wollen (Gefahr der Aspiration!), sondern greife im Bedarfsfalle (d. h. nach etwa dreitägiger Karenz) zur Schlundsonde. Am Tage mehrmals vorgenommene Kochsalzinfusionen (je 500—700 gr) erweisen sich manchmal auch recht gut. Oefteres Anfeuchten der Lippen, Auswaschen des Mundes mit einer schwachen Rotkalilösung, Feuchthalten der Augen, fleißiger Lagewechsel der Kranken, Sorge für Blase und Mastdarm dürfen ferner nie versäumt werden. Man kann unter Berücksichtigung aller dieser Maßnahmen zu seiner Freude selbst sehr schwere Fälle von Status epilepticus in paralyse noch sich erholen sehen.

Zur möglichsten Hintanhaltung des Dekubitus muß der Arzt den Angehörigen, resp. dem Pflegepersonal mit einigen prophylaktischen Winken an die Hand gehen. Vor allem tadellos bereite Lagerstätte (Hemd, Leintuch usw. glatt, faltenlos, Ueberreste der Mahlzeit sorgfältig zu entfernen; namentlich achte man auf die stacheligen Brotkrumen), öfterer Lagewechsel der Kranken. Nichts begünstigt ferner das Auftreten des Dekubitus so sehr, wie das Naßliegen der Kranken. Es empfiehlt sich, das Gesäß und die angrenzenden Partien ein wenig einzufetten (etwa mit Borvaselin), um eine stärkere Mazeration der Haut durch Flüssigkeit zu vermeiden.

Die Prädilektionsstellen für die Druckbrandbildung, Kreuzbein, Sitzknorren, Fersenhöcker, Schulterblätter usw.¹⁾ müssen fleißig besichtigt und, sobald die Haut sich verdächtig zu röten beginnt, hohl gelegt werden (Luftpolster); als ganz zweckmäßig bewährten sich uns öftere Waschungen derartiger Stellen mit spirituösen Mischungen; hat sich trotz aller Vorsichtsmaßregeln doch einmal ein Dekubitus entwickelt, so erfolgt die Behandlung natürlich nach allgemeinen chirurgischen Grundsätzen.

Bezüglich der Blasenstörungen wurde schon erwähnt, daß in einem Teile der Fälle die Harnverhaltung nur eine scheinbare ist, bedingt durch die Demenz, Unaufmerksamkeit usw.

¹⁾ Bei marastischen Paralytikern mit Kontrakturen findet sich Druckbrandbildung auch noch an anderen Stellen, z. B. an den inneren Kniehöckern durch wechselseitigen Druck der adduzierten Beine, an der Hohlhand durch Druck der in Beugstellung kontrakturierten Finger. Zur Vorbeugung dieser Zufälle schiebe man ein Kissen zwischen die Knie, polstere die Hohlhand durch Watte aus usw.

der Kranken, und daß es überraschend oft gelingt, durch wiederholte Aufforderungen usw. die Kranken zum Urinieren zu veranlassen.

Wo es sich um spinal bedingte Formen von Blasenstörungen handelt, führt oft ein warmes Sitzbad zum Ziele oder ein Einguß. Mit der Stuhlentleerung geht häufig auch der Urin ab. Nützt all dieses nichts, braucht man noch immer nicht zum Katheter zu greifen. Gerade bei den Fällen mit Hinterstrangaffektion (Fehlen der Patellarsehnenreflexe), wo eine Lähmung des Detrusor vorliegt, kann man die Blase einfach ausdrücken, durch sanften steten Druck auf die Blase zu beiden Seiten der Recti abdominis, gerade wie beim Crédéschen Handgriff zur Entfernung der Placenta. Bei der spastischen Form (Steigerung der tiefen Reflexe) ist aber ein solcher Eingriff gewagt; da muß man sich, wenn alle übrigen Maßnahmen (warme Bäder usw.) versagen, zum Katheter entschließen. Dem Katheterismus lasse man am besten eine sofortige Blasenausspülung mit Borsäure folgen. Recht empfehlenswert ist es, allen Fällen, bei welchen ein Katheterismus notwendig war, durch mehrere Tage intern Urotropin zu geben (etwa 1·5 bis 2·0 auf 3- bis 4 mal verteilt).

Zur Bekämpfung der Schlaflosigkeit und Erregung kommen alle die physikalischen und medikamentösen Maßnahmen in Betracht, wie bei den übrigen Psychosen. Nur das Chloralhydrat empfiehlt sich gerade bei der progressiven Paralyse weniger, namentlich nicht zu längerem Gebrauche (Blutdruck herabsetzende Nebenwirkung — Dekubitusbildung!).

Ein großer Teil der Kranken kann — bei entsprechenden äußeren Bedingungen — in häuslicher Pflege belassen werden. Bei den manischen Zustandsbildern freilich ergibt sich meist die Notwendigkeit einer Anstaltsinternierung von selbst. Jedenfalls aber soll bei jedem Paralytiker möglichst bald das Entmündigungsverfahren behufs Kuratelverhängung eingeleitet werden, um den eventuellen schweren Folgen begegnen zu können, welche der Kranke über sich und seine Familie in materieller Hinsicht heraufbeschwören kann. (Unsinnige Spekulationen, Masseneinkäufe u. dgl.)

VIII. KAPITEL.

Die Dementia senilis (Altersblödsinn).

Der Altersblödsinn ist eine auf dem Boden des senilen Marasmus sich entwickelnde zunehmende Demenz, wobei besonders Störungen des Gedächtnisses sowie herdförmig zu lokalisierende Ausfallerscheinungen hervortreten, während in der körperlichen Sphäre charakteristische Symptome, abgesehen von allgemein senilen Veränderungen, fehlen.

A. Symptomatologie.

a) *Psychisch.*

Wir begegnen vor allem gewissen Zügen, welche schon im physiologischen Senium angedeutet, bei der Dementia senilis aber in pathologischer Weise gesteigert sind. Die Merkfähigkeit und damit das Gedächtnis für die Gegenwart und Jüngstvergangenheit leidet schon de norma bei Greisen bis zu einem gewissen Grade, während die Erlebnisse aus früherer Zeit noch treu im Gedächtnis aufbewahrt geblieben sind. Die reichere assoziative Verknüpfung der letzteren, die Verknüpfung speziell mit Phasen des aktiven Seelenlebens (Jugend- und Mannesalter) bedingt es aber auch, daß sie affektiv stärker betont sind, u. zw. vorwiegend im Sinne von Lustgefühlen, während neue ungewohnte Vorstellungen nicht bloß schwer haften bleiben, sondern auch dem fest gefügten zugleich gewissermaßen erstarrten Assoziationskomplexe sich nicht recht einordnen wollen. Daher die Vorliebe der Greise für Schwelgen in Jugenderinnerungen, ihr den Zuhörer oft zur Verzweiflung bringendes redseliges Auskramen tausendmal erzählter Jugend-

geschichten; sie sind die ewigen »laudatores temporis acti«, die prinzipiellen Feinde des »Neuen«. Durchaus im Rahmen des Physiologischen ist auch eine dem Greisenalter im allgemeinen eigenartige Tendenz zu Mißtrauen, ein gewisser Egoismus, Engherzigkeit, Aengstlichkeit um das eigene Wohl und Wehe, übertriebene Sparsamkeit, ja Geiz.

In vielen Fällen seniler Demenz sind nun diese Züge in pathologischer Weise verzerrt. Das Gedächtnis, speziell wieder die Merkfähigkeit, ist bedeutend herabgesetzt, ja gelegentlich ganz aufgehoben, während die Reproduktion älterer Vorstellungskomplexe ganz gut möglich ist. So entwickelt sich einmal ein ganz eigenartiges Bild, das wir mit allen seinen Symptomen auch bei der Amnesie der Korsakoffschen Psychose kennen. Die Kranken sind desorientiert, können sich keine Einzelheit merken; die Ereignisse ganzer Jahre, ja ganzer Lebensabschnitte sind spurlos verschwunden, während diese Erinnerungslücken durch Pseudo-Reminiszenzen ausgefüllt werden. Die Patienten leben nur in der Vergangenheit; sie haben z. B. vergessen, daß sie längst geheiratet, erwachsene Kinder, Enkel besitzen, sie geben ihr Alter in täglich wechselnder Weise mit 20 oder 30 Jahren an, sprechen von ihren längst verstorbenen Eltern als von noch lebenden Personen; ein 80jähriges Mütterchen tut schämig und erzählt von einem Stelldichein, das ihrer heute harrt, ein silberhaarer Greis jammert in weinerlichem Tone, daß er seine Aufgabe nicht lösen könne und Strafe seitens des Herrn Katecheten fürchte. Die Personen der Umgebung werden verkannt, als Schulkameraden, Verwandte usw. angesprochen. Dabei vermag derselbe Kranke, der nicht die Namen seiner Kinder nennen kann, ja vielleicht überhaupt nicht weiß, daß er je solche erzeugt, fließend die Namen seiner Volksschullehrer oder der Vorgesetzten aus der Militärdienstzeit herzusagen. Die Konstanz der diesbezüglichen Angaben bei wiederholten Examinationen erlaubt wenigstens den Schluß, daß es sich hierbei nicht um einfache Konfabulation handelt. Gerade wie bei der echten Korsakoffschen Psychose spielen nun Erinnerungsfälschungen eine große Rolle. Die Kranken konfabulieren, sind ungemein suggestibel. Teils werden tatsächliche Ereignisse ihres Lebens als Ereignisse der Gegen-

wart erzählt, teils tragen diese Konfabulationen ganz phantastischen Charakter (aus Träumen oder Delirien hervorgegangen?). Die Kranken faseln unausgesetzt vor sich hin von abenteuerlichen Reisen, die sie unternommen, von Schlachten, in denen sie mitgekämpft usw., daß sie »gestern« die Pferde gefüttert haben, ausgeritten seien, »heute vormittag« Eßwaren verkauft hätten usw.

In den leichteren Fällen, wo die Gedächtnisstörungen nicht so hochgradig sind, daß sie zu vollständiger Desorientiertheit und zu den schweren, oben geschilderten Bildern führen, macht sich das Symptom der Gedächtnisschwäche, der Störung der Merkfähigkeit in manchen anderen recht charakteristischen Zügen kund. Die Kranken sind »vergeßlich«, sie verlegen z. B. irgendwelche Gegenstände, die sie ein paar Augenblicke später nicht mehr finden können, und jammern nun, daß man sie bestohlen habe; Klagen über Diebe und Einbrecher hört man ungemein häufig aus dem Munde senil Dementer. Sehr charakteristisch ist auch in den leichten Fällen ein eigentümlicher Wechsel in der Klarheit des Bewußtseins zwischen Tag und Nacht. Bei Tag, da zahllose Sinnesreize auf den Kranken einströmen, da jeder sinnliche Eindruck mit zahlreichen Komponenten auf den Kranken einwirkt, erscheinen leichte Fälle ganz geordnet. In der Stille der dunklen Nacht aber vermögen die Kranken sich nicht mehr so leicht zurecht zu finden, sie glauben in einer fremden Wohnung zu sein, weil in ihrem Bewußtsein nur das Erinnerungsbild irgendeiner alten, vielleicht vor vielen Dezennien innegehabten Wohnung plastisch lebendig ist; die Kranken werden ängstlich, drängen fort, die Dienerschaft wird nicht erkannt, »lauter fremde Leute sind da«. Aus dem eben Gesagten ergibt sich auch, daß eine senile Demenz lange Zeit mehr minder latent bleiben kann, so lange sich die Kranken in ihren alten gewohnten Verhältnissen befinden, daß sich die ganze Schwere des Zustandsbildes aber scheinbar wie mit einem Schlage manifest macht, wenn irgend eine Veränderung in der Umgebung des Kranken platzgreift, z. B. gelegentlich eines Wohnungswechsels. Manche Fälle der nach Kataraktoperationen auftretenden Psychosen lassen sich hier einreihen.

Es wurden ferner Fälle beschrieben, bei welchen Kranke zeitweilig Gegenstände durch den Gesichtssinn nicht wahrnahmen (anscheinend also blind waren), aber das gefundene Objekt sofort erkannten und dann auch sahen, wenn irgendeine andere Sinneskomponente desselben, z. B. dessen taktile oder akustische usw. auch auf den Kranken einwirkte (Apperzeptive Blindheit).

Nahezu in allen Fällen lassen sich mehr minder deutliche aphasische, u. zw. speziell amnestisch-aphasische Störungen nachweisen. Zuerst leidet selbstverständlich das Gedächtnis für die Eigennamen (gerade wie bei der Paralysis progressiva), dann aber überhaupt das Gedächtnis für Substantiva; in den Reden der Kranken fällt der Mangel an Hauptwörtern auf, die häufige Verwendung von allerlei Flickwörtern, wie »Dingsda«, »Sachen«. In manchen Fällen bewegen sich die sprachlichen Aeüßerungen der Kranken überhaupt nur mehr in einem sinn- und zusammenhangslosen Gefasel von allgemein gehaltenen Redensarten, leeren Floskeln, die stundenlang immer wiedergekaut werden.

Sprachprobe: »Ja, das ist halt so ein Ding, nämlich wie man sagt, Sie werden schon entschuldigen, das kann man ja auch so oder auch so tun, wie man halt gerade je nach dem man will, es passend und schicklich und anständig ist, denn schon ein altes Sprichwort sagt: ‚Morgenstunde hat Gold im Munde‘. Ja, Sie lachen, sehr natürlich, weil Sie auch ein sehr liebenswürdiger, feiner, das ist wirklich sehr angenehm, es wird mich sehr freuen, aber auch meinerseits, bitte ganz wie man so sagt, halt da wiederum so schön nach und nach, pomali, die gewissen Sachen gemacht haben usw.«

Abgesehen von dieser allgemeinen amnestischen Aphasie werden aber bei der Dementia senilis vielfach vorübergehende oder dauernde aphasische Störungen beobachtet, welche auf herdförmige Läsionen hinweisen können (vide sub pathologische Anatomie), also motorische, sensorische Aphasie, Agrammatismus, Perseveration usw., auch Seelenblindheit und ähnliche scharf zu lokalisierende Ausfallerscheinungen. Bei manchen Fällen treten gerade letztere Erscheinungen mehr in den Vorder-

grund, während die »Korsakoffschen« Symptome weniger ausgesprochen sind.

In den höchsten Graden nun kommt es ebenso wie bei der progressiven Paralyse zum Vergessen aller seelischer Erwerbungen überhaupt, die Kranken sind total verblödet, müssen gefüttert, angekleidet werden, sind unrein mit Kot und Urin, dauernd zu Bett.

Auf dem Boden der senilen Demenz nun werden wieder eine Reihe anderer psychopathischer Züge beobachtet (Wahnideen, Sinnestäuschungen usw.). Sehr häufig macht sich einmal im Beginne des herannahenden Altersblödsinnes eine Charakterveränderung ad pejus geltend, u. zw. zu einer Zeit, da die intellektuellen Defekte noch kaum nachweisbar sind. Die Kranken werden reizbar, es zeigen sich Erscheinungen gesteigerter Genußsucht, die Patienten beginnen auf einmal in Alkohol zu exzedieren, speziell aber wird eine gesteigerte sexuelle Erregbarkeit nicht selten beobachtet. Die Patienten tragen sich plötzlich wieder mit Heiratsabsichten, schließen wohl auch irgendeine ganz unpassende Ehe. Häufig bewegt sich der Sexualtrieb in abnormer Richtung. Es kommt zu Exhibitionieren, Unzuchtsattentaten an kleinen Kindern (Paedophilia erotica), wodurch viele der Kranken kriminell werden.

Dabei handelt es sich selbstverständlich nahezu ausnahmslos um eine lediglich zentral bedingte Steigerung der Libido sexualis bei gleichzeitiger Impotenz. In einigen wenigen Fällen scheint aber auch die Potenz nach langem Darniederliegen wieder aufflackern zu können.

In manchen Fällen treten Wahnvorstellungen auf, zumeist entsprechend dem senilen Mißtrauen, vom Charakter der Beeinträchtigungsideen; eine gewisse klinische Besonderheit nimmt hier der sogenannte senile Eifersuchtswahn ein (ganz vom Typus der alkoholischen Eifersuchtsideen). Es werden ferner Verfolgungsideen beobachtet (die so stereotypen Klagen, bestohlen zu werden, wurden schon früher erwähnt) und hypochondrische Wahnvorstellungen. Auch Sinnestäuschungen kommen vor und bewegen sich in derselben Richtung wie die Wahnvorstellungen. Die Kranken hören sich beschimpft, man streut ihnen Gift auf das Bett, in die Speisen,

sie werden gestochen, gemartert usw. Einer meiner Kranken, zugleich ein Fall von Spätepilepsie, erzählte bei jeder Visite, daß in der Nacht Hunde in sein Bett gesprungen wären und ihm sein Glied weggefressen hätten.

Es finden sich ferner interkurrente delirante Verworrenheitszustände ganz vom Charakter der epileptischen Psychosen, möglicherweise auch von derselben Pathogenese; multiple kleine Erweichungsherde sind ja häufig der Ausgangspunkt einer Epilepsia senilis. Die konvulsiven Anfälle können gelegentlich übersehen werden; was in Erscheinung tritt, ist dann nur vielleicht das postparoxysmelle Koma und der darauffolgende Verworrenheitszustand. — Beschäftigungsdelirien, täuschend ähnlich denen beim Alkoholdelirium, treten vorübergehend auf bei Patienten, die vielleicht seit Jahr und Tag wegen Altersblödsinn in Anstaltspflege sich befinden, oder bei denen sonst Alkoholismus sicher ausgeschlossen werden kann. Es versteht sich von selbst, daß in allen diesen Fällen der Nachweis der senilen Demenz an sich gelingen muß, wenn derlei Zustände überhaupt als dem klinischen Bilde des Altersblödsinns zugehörig aufgefaßt werden sollen. Mit den hier angedeuteten vorübergehenden deliranten Verworrenheitszuständen sind also natürlich nicht Fälle von Amentia, Delirium tremens usw. gemeint, an denen ein seniles Individuum erkrankt. Das eben Gesagte gilt auch von eigentümlich manischen und depressiven Phasen, welche beim Altersblödsinn in Erscheinung treten können und die nicht verwechselt werden dürfen mit einer typisch zirkulären Geistesstörung, deren erster Anfall erst im Greisenalter ausbricht.

Das Verhalten der Stimmung ist verschieden. Im allgemeinen ist dieselbe sehr labil. Kindische Heiterkeit, eine behagliche Euphorie wechselt ab mit rasch auflodernder und ebenso rasch wieder verpuffender zornmütiger Erregung, mit larmoyanter mürrischer, nörgelnder Weinerlichkeit. Selbstverständlich wird die Stimmung auch sehr beeinflußt durch die oben erwähnten Wahnideen und Sinnestäuschungen.

b) Somatisch.

Zumeist finden sich auch alle körperlichen Erscheinungen des senilen Marasmus, hochgradige allgemeine Arteriosklerose,

atrophische, häufig von Petechien durchsetzte Haut, dürftiger Ernährungszustand, Gerontoxon, Tremor senilis usw. Die Pupillen sind miotisch, reagieren oft träge und mit geringer Exkursionsweite, aber entschieden auf Licht. Der Schlaf ist oft hochgradig gestört. Doch geht die Schwere des psychischen Zustandsbildes im einzelnen Falle nicht immer parallel mit dem körperlichen Marasmus. Neuritische Veränderungen mehr minder schweren Grades scheinen sich gerade bei den Fällen häufiger zu finden, bei welchen psychischerseits der »Korsakoffsche Symptomenkomplex« besonders stark ausgeprägt ist. In vielen Fällen wieder prävalieren Herdsymptome, vorübergehende oder dauernde Reiz- und Ausfallserscheinungen, konvulsive Anfälle, Paresen, Aphasien, Seelenblindheit usw.

B. Verlauf und Prognose.

Der Altersblödsinn setzt gewöhnlich in sehr vorgerücktem Alter ein (nach dem sechsten bis siebenten Dezennium); in einigen Fällen aber wird schon vor diesem Alter ein klinisches Zustandsbild beobachtet, das durchaus der Dementia senilis entspricht (Senium praecox). Das vorher erwähnte manische Vorstadium mit der eigenartigen Charakterveränderung ad pejus kann in manchen Fällen jahrelang dem eigentlichen Blödsinn vorausgehen. Der Verlauf ist ein chronischer, die Dauer aber naturgemäß schon in Rücksicht auf das hohe Alter eine beschränkte, durchschnittlich einige Jahre.

Die Prognose ist ungünstig sowohl quoad vitam wie quoad sanationem. Der Exitus erfolgt entweder unter dem Bilde eines allgemeinen hochgradigen Marasmus, wobei der Obduktionsbefund nur die Zeichen der schwersten universellen Atrophia organorum ergibt, oder durch irgendwelche Komplikationen, wobei Druckbrandbildung, insbesondere die fast unvermeidlichen hypostatischen Pneumonien, die Hauptrolle spielen; gelegentlich wird der Tod durch eine Apoplexie herbeigeführt.

Gerade bezüglich der Prognosestellung kann aber nicht scharf genug betont werden, daß die Diagnose absolut feststehen muß, da echte funktionelle, daher an sich heilbare

Psychosen eben auch einmal bei senilen Individuen vorkommen können.

C. Differentialdiagnose.

So überflüssig die Bemerkung klingen mag, muß man sich stets vor Augen halten, daß die Diagnose »Altersblödsinn« nicht nach dem Geburtsschein des Patienten gestellt werden darf, daß nicht jede bei einem alten Individuum aufgetretene Geistesstörung eine Dementia senilis sein muß.

Der Nachweis der Demenz, u. zw. der eigenartigen Gedächtnisstörung, ist hier das wichtigste. In foro criminali muß in den Fällen, wo der intellektuelle Defekt noch kaum angedeutet ist, gerade die Veränderung des Charakters betont werden, der Hinweis, daß z. B. das betreffende Sittlichkeitsdelikt von einer Persönlichkeit verübt wurde, welche ein tadelloses moralisches Vorleben führte, niemals sexuell oder sonst irgendwie sich vergangen hatte. Andererseits wird der Mangel von Ablenkbarkeit, von unverkennbaren Stimmungsanomalien, Vielgeschäftigkeit, Rededrang, kurz von manischen Symptomen vor einer Verwechslung schützen mit einer periodischen Manie, deren erster Anfall etwa bei schon bejahrten Individuen sich zeigen kann.

Gegenüber der progressiven Paralyse wird naturgemäß einmal der Mangel der charakteristischen somatischen Begleiterscheinungen in die Wagschale fallen (Argyll-Robertson, Dysarthrie), das hohe Alter, die besonders hervorstechenden amnestischen, aphasischen Erscheinungen in den sprachlichen Äußerungen. Unmöglich (allerdings praktisch irrelevant) ist häufig die Abgrenzung gegenüber Blödsinnsformen auf arteriosklerotischer Grundlage.

Nach dem, was im Kapitel Symptomatologie über das Verhalten der Gedächtnisstörung gesagt wurde, ergibt sich von selbst, daß eine Korsakoffsche Psychose bei einem senilen Individuum nicht auseinandergehalten werden kann von einer Dementia senilis. Wir hatten z. B. auf der Klinik einen alten Herrn, bei dem akut, aus voller geistiger Gesundheit heraus, nach einem typischen Alkoholdelirium sich das Bild der polyneuritischen Geistesstörung entwickelte und bei welchem Falle

wohl nur die Anamnese und Aetiologie diese letztere Diagnose gegenüber einer gewöhnlichen Dementia senilis rechtfertigen konnte.

Endlich kann nicht verschwiegen werden, daß, wie schon einleitend bemerkt, manche Fälle fließend hinüberführen in das breite Grenzgebiet des physiologischen Seniums.

D. Pathologische Anatomie.

Das Gehirn weist eine schwere Atrophie auf, welche aber im Gegensatz zu der progressiven Paralyse eine mehr gleichmäßige ist, nicht so sehr auf den Stirnlappen beschränkt. An den Gefäßen liegen schwere arteriosklerotische Veränderungen vor. Ependymitis granulosa findet sich nur selten. Interessant sind Fälle, bei welchen die gleichmäßige allgemeine Atrophie herdförmig stärker ausgesprochen ist, was intra vitam dauernde Herderscheinungen zur Folge gehabt hatte. Abgesehen von diesen lokalisierten herdförmigen Atrophien werden aber nicht so selten vereinzelte gröbere oder multiple kleinere, eigentliche Erweichungs- und Blutungsherde gefunden, hämorrhagische Zysten usw.

E. Therapie.

Die Behandlung kann nur eine rein symptomatische sein. Bezüglich der Behandlung der Schlaflosigkeit und der Erregungszustände sei hier nur besonders betont, daß das Chloralhydrat, namentlich dessen längerer Gebrauch, kontraindiziert ist. In manchen Fällen seniler Agrypnie leistet ein wenig Alkohol ganz gute Dienste.

IX. KAPITEL.

Psychosis et cerebropathia circumscripta.

(Geistesstörung bei Herderkrankung.)

Unter diesem Sammelnamen werden eine Reihe recht polymorpher Zustände beschrieben, deren Gemeinsames ein mehr minder schweres Maß von Blödsinn bildet. Klinisch sind diese Bilder noch ziemlich wenig analysiert. Die praktische Bedeutung der psychischen Veränderungen tritt meist auch ganz zurück hinter den durch die herdförmigen Läsionen bedingten Ausfalls- und Reizerscheinungen (Aphasien, Paraphasien, Zwangslachen und Zwangswainen, epileptische Anfälle, Störungen des stereognostischen Sinnes, Hemipie, Paresen, Kontrakturen usw.). Es sind Bilder, welche derzeit noch mehr den Hirnpathologen und pathologischen Anatomen als den Irrenarzt s. str. interessieren, daher hier nur ganz cursorisch darauf eingegangen sei.

Die psychischen Störungen äußern sich, wie erwähnt, hauptsächlich in einem mehr minder schweren Grade von Blödsinn, gemüthlicher Abstumpfung usw., wozu sich nun noch aktivere Erscheinungen gesellen können, interkurrente häufig sich wiederholende Aufregungszustände, verschiedene Sinnes-täuschungen. Das Sensorium ist häufig getrübt, die Stimmung apathisch, oder reizbar, weinerlich. Zuweilen (z. B. bei Tumoren des Stirnklappens) wurde eine auffallende Heiterkeit, bummelwitziges Gebaren beobachtet (Moria). Zumeist aber beherrschen die Herderscheinungen das Krankheitsbild.

Das pathologisch-anatomische Substrat ist auch sehr verschieden: ausgedehnte Erweichungen, Blutungen, oder zahlreiche kleinere umschriebene Herde, Hirntumoren etc.

Prognose

richtet sich natürlich ganz nach dem Grundleiden, ist daher meistens infaust. Einer Therapie sind nur die wenigsten derartigen Fälle zugänglich (eventueller operativer Eingriff bei Hirngeschwülsten, spezifische Behandlung bei luetischer Aetilogie).

X. KAPITEL.

Die Dementia praecox (Hebephrenie).

Das Wesentliche der Dementia praecox liegt in einem meist in jugendlichem Alter sich entwickelnden mehr minder weitgehenden, eigenartigen Verblödungsprozesse. Auf dem Boden desselben kommen auch noch andere psychopathische Züge vor (Sinnes-täuschungen, Wahnideen); ein analoger Verfall in der vegetativen Sphäre läßt sich nicht erkennen.

A. Symptomatologie.

a) *Psychisch.*

Wie bei der Dementia paralytica das Wesentliche der Verblödungsprozeß ist, verlaufen auch bei der Dementia praecox viele Fälle, ohne andere weitere Geistesstörungen, unter dem Bilde der einfachen Demenz, während in vielen anderen wieder allerlei psychotische Züge sich hinzugesellen, Wahnideen, Spannungszustände in der Muskulatur usw. (man findet daher auch z. B. die Einteilung in die eigentliche Hebephrenie, Katatonie und Dementia paranoides).

Die leichtesten Fälle kommen überhaupt kaum je vor den Irrenarzt. Das sind jene Individuen, bei welchen die intellektuelle Entwicklung um die Pubertät herum auf einmal stehen bleibt oder sogar einen deutlichen Rückgang erleidet; es sind jugendliche Leute von zuweilen früher auffallend guter Begabung, die auf einmal im Studium nicht weiter vorwärtskommen, von allen Schulgenossen bald überflügelt werden, die oft lange Zeit den Angehörigen als »faul« oder »überarbeitet« erscheinen und die endlich, im Gegensatze zu den früher hoch-

fliegenden Plänen und Hoffnungen der Familie recht und schlecht als Diurnisten, Schreiber u. dgl. ein kümmerliches Dasein fristen. Davon führen nur graduelle Unterschiede hinüber zu den schwersten Blödsinnsformen. Ferner gibt es zahlreiche Fälle, wobei nicht nur eine quantitative Abnahme des Intellekts vorliegt, sondern auch andere sozusagen aktivere Symptome in Erscheinung treten. Manche Züge, die der Entwicklungszeit, den physiologischen »Flegel«- und »Backfisch«-Jahren eigen sind, lassen sich deutlich erkennen, nur in pathologischer Weise verzerrt und in einer eigenartigen Weise gefärbt durch die einsetzende Demenz, ein ungeheueres Wollen im Mißverhältnisse zum Können, die Originalitätsucht, das Bestreben nach Besonderem, Niedagewesenem, das Bedürfnis anders zu erscheinen, die Kritiklosigkeit in der Beurteilung der Außenwelt und der eigenen Fähigkeiten, die Vorliebe für Phrasen, hochtrabende Redensarten, überflüssige Superlative usw.

Das Gebaren der Kranken wird eigentümlich maniert, geschraubt, steif. Die sprachlichen Aeüßerungen enthalten lange, gedrechselte Perioden, die, grammatikalisch vielleicht ganz richtig, doch nur vollständig leeres inhaltsloses Gewäsch ergeben. Die Schriftstücke verraten oft auf den ersten Blick die Diagnose durch allerlei bizarre Schnörkel und Verzierungen, manche Buchstaben werden groß geschrieben, einzelne Wörter werden in fremder Sprache wiedergegeben, es wimmelt von Zitaten, falscher Gefühlsduselei usw. und das ganze langatmige Schriftstück gipfelt schließlich in der Bitte um eine Kostveränderung usw. In schweren Graden produzieren die Kranken ein sinnloses Gefasel (»Wortsalat«), das Gespräch bewegt sich in Bruchstücken an sich richtiger Sätze, man vermeint oft, etwas davon verstehen zu können, doch mangelt jeglicher Zusammenhang. Eine Patientin schreibt: »Sehr geehrte Frau Tante! Auf das Schreiben Deiner Güte, wie ich erfahren habe, mir zu wissen geben, wäre so wie so und ohne Antwort geblieben, wie gegenwärtig noch nicht beantwortet wurde und weiß nicht, worin das zu suchen ist, es sei denn, die Richtigkeit in der Zeit zu finden, daß ich überzeugt bin, wie wir der Gewohnheit und Gepflogenheit nach gehört haben, die Anhänglichkeit als solche gekennzeichnet ist, um in der ganzen Zeit wissend, mit

Vernunft beurteilend, wie nach Anständigkeit bewußt im eigenen Wohl und Wehe bleibt, bitte zu reflektieren, auf dem wir gefaßt gemacht, wie sich der göttliche Wille in seiner Aufgabe zu finden bemüht hat . . . « usw.

Die Kranken begehen, ohne Verwirrtheit, ohne Sinnestäuschungen, allerlei sonderbare Streiche, zuweilen ganz an die »Schildbürgerstücke« der Paralytiker erinnernd. Einer meiner Patienten demolierte viele Taschenuhren und verausgabte sein ganzes Geld für die als Kinderspielzeug bekannten Gasballons, weil er damit und mit Hilfe der Uhrzeiger das lenkbare Luftschiff erfinden wollte. Ein anderer Kranker wurde als der Spionage verdächtig von der Polizei festgenommen, weil er im Arsenal aufmerksam die Anzahl der Kanonenrohre zählte, um dadurch die Gesetze der Ballistik zu ergründen usw. Unter den dilettantenhaften Nachbetern gewisser hypermoderner Richtungen in Malerei, Dichtkunst und Musik findet sich ein ganz erklecklicher Teil von derartigen Kranken. Fälle jedoch, welche während des ganzen Verlaufes nur das Bild der einfachen Verblödung bieten, sind relativ selten. Wenigstens vorübergehend, zumeist aber für längere Zeit beherrschen noch andere psychopathische Züge das Krankheitsbild. Alle die recht mannigfachen Zustandsbilder lassen nun mehr minder deutlich folgende wichtige Charaktere erkennen. Es besteht ein auffallendes Mißverhältnis zwischen Affektlage und jeweiligem Vorstellungsinhalt (Wahnideen usw.), ein auffallendes Mißverhältnis zwischen anscheinender völliger Klarheit (Pseudoorientierung) und dem oft ganz absonderlichen aberwitzigen Gebaren und endlich ein auffallend rascher Wechsel im Krankheitsverlaufe.

Sinnestäuschungen sind recht häufig und haben an sich nichts für Dementia praecox charakteristisches. Es finden sich Halluzinationen des Gesichts- und Gehörssinnes usw., für welche die Patienten zuweilen auch, wie die Paranoiker, willkürlich neugebildete Worte erfinden. Verdächtig ist aber, daß die einzelnen Halluzinationen oft ganz isoliert dastehen, bei völlig klarem Sensorium einerseits (gegenüber der Amentia), ohne Versuch einer Erklärung andererseits (gegenüber der Paranoia).

Charakteristisch ist ferner das Verhalten des Affektes. Lächelnd, grinsend berichten die Patienten über irgendwelche beschimpfende drohende Stimmen, oder erzählen in ganz affektloser Weise über Visionen von Totenköpfen usw.

Ganz dasselbe gilt von den Wahnideen. Dieselben sind abrupt, oft wechselnd, entbehren jeglicher Systemisierung, sind oft miteinander unvereinbar; auch hier wieder läßt sich das Mißverhältnis zwischen Inhalt der Wahnideen und Affekt oft sehr deutlich erkennen.

Ohne irgendwelche Traurigkeit versichert Wochen hindurch ein Kranker apathisch, daß er nur mehr ein Leichnam mit lebenden Nerven sei. Dabei sind die Kranken nicht überhaupt affektlos, es kommt oft zu Ausbrüchen heftiger zornmütiger Erregung, oder zu verzweiflungsvollem Weinen, zu ausgelassener Heiterkeit usw., allein die Affektlage ist ungemein häufig inadäquat dem Vorstellungsinhalte und läßt jegliche Motivierung vermissen. Eine Kranke lacht aus vollem Halse, »weil heute Freitag ist«, oder weil ihr Kind von der Hexe verzaubert sei usw.

Recht kennzeichnend ist oft das motorische Gebaren der Kranken. Wie schon oben erwähnt, haben die Patienten etwas eigentümlich Maniriertes, Unfreies an sich. Dies äußert sich in allerlei Tics, kleinen Schrullen und Sonderbarkeiten, durch welche die Patienten auffallen. Eine Kranke z. B. streckte zum Gruße nie einfach die Hand hin, sondern drehte dieselbe jedesmal erst dreimal hin und her. Die Kranken vollführen Lokomotionen nicht in der gewöhnlichen Gangart, sondern hüpfend, tänzelnd oder in outriertem Stehschritt. Die Kranken grimassieren in grotesker Weise, vollführen mit den Fingern eigentümliche an Athetose erinnernde Bewegungen usw., es kommt zu allerlei absonderlichen, meist urplötzlich und mit großer Heftigkeit ausgeführten raptusartigen Handlungen. Der Kranke wirft sich plötzlich zu Boden und schlägt einen Purzelbaum, eine Patientin, die bis zum letzten Augenblick als Postassistentin tätig war, legte sich in Straßentoilette in eine Kohlenkiste. Einer unserer Kranken schlug, ohne den geringsten Zornaffekt zu zeigen, einem Arzte die Nase blutig, pfiff dann fröhlich vor sich hin und fragte: »Na, wie geht's denn?« In sehr vielen

Fällen besteht der schon bei der Amentia skizzierte katatone Symptomenkomplex und kann nun jahrelang im Vordergrund bleiben. Höchst ominös, man dürfte vielleicht sagen pathognostisch, ist hier der Wechsel der Symptome. Derselbe Patient, der wochenlang unter dem Bilde des katatonen Stupors gefüttert werden mußte, erhebt sich plötzlich, vollständig orientiert über örtliche räumliche Verhältnisse, Personen seiner Umgebung, nimmt anstandslos seine Nahrung zu sich, beteiligt sich sofort fleißig an den kleinen häuslichen Verrichtungen, versinkt ebenso plötzlich wieder nach einigen Tagen bis Wochen in Stupor mit Katalepsie, der nun seinerseits vielleicht durch einen Raptus unterbrochen wird. Der eigentümliche Negativismus macht sich nicht nur im Bereiche der willkürlichen Muskulatur geltend (Widerstand gegen passiv erteilte Bewegungen), sondern zeigt sich auch manchmal verbalen Aufforderungen gegenüber. Eine Kranke z. B. setzt den Bemühungen des Wartepersonals, sie zu Bette zu bringen, den größten Widerstand entgegen, balgt blindlings herum, hüpfte aber mit einem großen Satz sofort in das Bett auf die Worte hin: »Sie dürfen nicht in das Bett gehen«. Manche Kranke sind absolut nicht dazu zu bringen, in geordneter Weise ihre körperlichen Bedürfnisse zu befriedigen, halten, auf den Leibstuhl geführt, die Exkreme krampfhaft zurück, um, in das Bett zurückgebracht, sogleich das Leintuch zu besudeln. Einer meiner Kranken setzte dieses Treiben jahrelang fort, bereitete sich aber jedesmal unmittelbar nach geübter Missetat in der sorgfältigsten Weise sein Bett selbst, wie er dies von den Wärtern bei unreinen Geisteskranken gesehen hatte.

Dabei erscheinen die Kranken sehr häufig äußerlich durchaus geordnet, keineswegs verwirrt; über die Innenvorgänge, welche allen diesen sonderbaren Handlungen zugrunde liegen, läßt sich von den Kranken zumeist rein nichts erfahren. Ueber Vorhalt können sich die Kranken jeder Einzelheit erinnern, aber jegliche Motivierung unterbleibt, bzw. es erfolgen Antworten, die ersichtlich nur dem ersten besten Einfall entsprechen. »Weil es mich gefreut hat« — »es ist mir halt so in den Sinn gekommen« — »ich weiß es nicht, es hat halt so sein müssen« usw. Nur in recht seltenen Fällen werden imperative Halluzinationen

retrospektiv angegeben, oder irgendeine absurde ganz isoliert dastehende Wahnidee. So hätte z. B. einer meiner Kranken seine Mutter beinahe erstochen, »weil sie ein Mastschwein war«, wie Patient behaglich grinsend erzählte.

Bewegungsstereotypie und Verbigeration in Wort und Schrift gehören gleichfalls zu den häufigen Erscheinungen. Einer meiner Kranken hatte jede Seite seines Notizbuches mit den Worten: »Großer Spargel« vollgeschrieben. Zuweilen ahmen Patienten triebartig alles nach, was sie in ihrer Umgebung wahrnehmen, suchen sich dabei manchmal einen Mitpatienten als spezielles Vorbild aus, oder wiederholen papageienartig jedes Wort, das in ihrer Umgebung fällt. (Echopraxie und Echolalie.)

Derselben Genese, wie dem Negativismus dürfte vielleicht auch ein eigentümliches, häufig zu beobachtendes Symptom entsprechen, das sogenannte »Vorbeireden«, d. h. auffallend widersinnige, schreiend unrichtige Antworten. Bei dem Umstande, daß die Kranken ersichtlich nicht tiefer verwirrt sind, daß bunt untermischt mit derartigen ganz aberwitzigen Einfällen richtige sinngemäße Antworten auch erfolgen, macht dieses Symptom auf den Laien geradezu den Eindruck, als wollte sich der Kranke über den Fragenden lustig machen, oder — namentlich in forensischen Fällen — den der plumpen Simulation.

Die erworbenen Kenntnisse bleiben oft auffallend gut erhalten. Ein schwer verblödeter Patient (Lehramtskandidat), der mit Kot schmierte, seit Jahren ohne Verkehr, ohne Beschäftigung auf der Abteilung herumlungerte, konnte längere Abschnitte aus der Ilias tadellos zitieren.

Was das Verhalten des Sensoriums anbelangt, wurde schon oben bemerkt, daß die Kranken im Gegensatz zu ihren unsinnigen Handlungen, bei zahllosen Sinnestäuschungen und Wahnideen zumeist auffallend orientiert sind über örtliche, zeitliche Verhältnisse, Namen ihrer Umgebung usw. Zeitweilig aber schieben sich interkurrent Phasen schwerer Verworrenheit ein, welche namentlich zu Beginn der Erkrankung die Abgrenzung gegenüber der Amentia sehr erschweren, ja gelegentlich für einige Zeit unmöglich machen können.

Der Grad der Demenz, der schließlich dauernd bleibt, kann in den einzelnen Fällen sehr verschieden sein; es wäre darüber nur dasselbe zu sagen, wie über die sekundäre Demenz (vide Kpt. III).

Im konkreten Falle können die ausgesprochenen »katatonen« oder »paranoiden« Züge jahrelang dem Krankheitsbilde den Stempel aufdrücken; doch gehen die einzelnen Fälle fließend ineinander über; ein Patient, der einige Jahre hindurch zerfahrene demente Wahnideen produziert, zeigt im weiteren Verlaufe z. B. Negativismus, Stupor usw.

b) Somatisch.

Die Erscheinungen in der körperlichen Sphäre bieten keine besonders reichliche, noch weniger irgendwie charakteristische Ausbeute. Man fand eine Steigerung der tiefen Reflexe, auffallend weite Pupillen, Anisokorie, auch Störungen in der Lichtreaktion, epileptiforme Anfälle (speziell bei den katatonen Formen), Dermatographismus. Als Zeichen einer schwereren allgemeinen Störung lassen sich bedeutende Schwankungen des Körpergewichtes, gestörter Schlaf, Unregelmäßigkeiten im Menstruationsprozesse, Anämie beobachten. Freilich gilt das Gesagte vorzugsweise für die akuten Phasen. Sobald sich einmal der Schwachsinn dauernd etabliert hat, lassen die vegetativen Funktionen keine besonderen Störungen erkennen; es entwickelt sich sogar nicht selten eine auffallende Fettleibigkeit.

B. Decursus morbi und Prognosis.

Der geistige Verfall schreitet nicht wie bei der *Dementia paralytica* progredient usque ad finem fort, sondern erreicht nach einer Zahl von Jahren einen gewissen maximalen Grad, von dem ab das Verhalten des Intellekts ziemlich stationär bleibt. Bei den unter dem Bilde der einfachen Demenz einhergehenden Fällen vollzieht sich diese Verblödung ziemlich gleichmäßig kontinuierlich, während die Fälle mit Verworrenheit, Wahnideen, katatonen Symptomen usw. gewöhnlich einen eigentümlich remittierenden Verlauf nehmen. Zumal in den ersten

Jahren kommen weitgehende, ziemlich plötzlich einsetzende Remissionen vor. Der plötzliche Wechsel zwischen anscheinender geistiger Gesundheit und psychopathischen Symptomen gehört ja mit zu den charakteristischen Erscheinungen der Dementia praecox. Abgesehen davon, können sich aber gerade wie bei der Dementia paralytica derart langdauernde und weitgehende Besserungen einstellen (speziell bei den katatonen Formen), daß man — vom praktischen Gesichtspunkte aus — von einer Heilung sprechen kann. Am ungünstigsten verhalten sich diesbezüglich die paranoiden Formen. Bei Fällen aus schwer belasteter Familie macht sich häufig eine ziemlich stenge Periodizität in dem Auftreten einzelner Symptome geltend, z. B. regelmäßiger Wechsel zwischen Erregung und Ruhe, eine Art zirkulären Verlaufes.

Die Prognose muß stets als sehr ernst, jedoch in Anbetracht der Möglichkeit bedeutender Remissionen, ja Heilung, nicht als absolut hoffnungslos gestellt werden. Derzeit können die Fälle, welche später einen unerwartet günstigen Endausgang nehmen, nicht abgegrenzt werden von dem Gros der in mehr minder tiefe Verblödung ausgehenden Fälle.

Die Prognose quoad vitam ist im großen und ganzen gut, abgesehen von einer gewissen, gerade bei diesen Kranken nicht sonderlich großen Gefahr des Suizid.

C. Aetiologie.

Was zunächst allgemein prädisponierende Momente anbelangt, so spielt das Lebensalter insoferne eine Rolle, als, wie schon der Name der Dementia praecox sagt, es vorzugsweise jugendliche Individuen sind, welche von dieser Krankheit befallen werden. Das Pubertätsalter und die Jahre nachher liefern das größte Kontingent all dieser Kranken. Es kommen aber entschieden auch in einem vorgeschrittenen Lebensalter Bilder vor, welche klinisch vollständig der Dementia praecox entsprechen. (Namentlich die katatonen Formen beobachtet man auch bei älteren Individuen.) Oft liegt schwere erbliche Belastung vor, in vielen Fällen aber läßt sich eine solche keineswegs nachweisen. Der Heredität scheint bei der Dementia

praecox zum mindesten keine größere Rolle zuzufallen als bei den akuten funktionellen Psychosen. Auch finden sich die Züge angeborener psychopathischer Minderwertigkeit (vgl. VIII) in der Vorgeschichte dieser Kranken durchaus nicht häufig. Manche Kranke waren zwar schon von Jugend auf schwach-sinnig oder exzentrisch, charakterologisch irgendwie abnorm; viele aber boten keinerlei Auffälligkeiten vor der Erkrankung, weder in intellektueller, noch in moralischer Beziehung, zuweilen wird sogar über eine auffallend gute Begabung berichtet.

Ueber determinierende Ursachen ist so gut wie nichts bekannt. Meistens bricht die Krankheit ohne irgendwelche äußere bekannte Veranlassungsursache aus, in anderen Fällen läßt sich einer jener Faktoren namhaft machen, wie wir sie in der Aetiologie der Amentia kennen gelernt haben, z. B. fieberhaftes Puerperium, protrahierte Laktation; auch geistige Ueberanstrengung wird gelegentlich angeschuldigt (ohne daß es freilich kaum je strikte bewiesen werden kann).

Der Ausgang in Blödsinn, gewisse körperliche Begleiterscheinungen lassen auch hier wieder an eine Allgemeinerkrankung, an eine tiefer gehende Stoffwechselstörung denken, deren Wesen uns allerdings vollständig unbekannt ist.

D. Differentialdiagnose.

Die katatonen Erregungszustände weisen gegenüber dem Toben manischer Kranken folgende Merkmale auf. Der Gesichtsausdruck des Manischen verrät vor allem die affektive Verstimmung, Zorn oder Heiterkeit; auch in den schwersten Graden ist die Ablenkbarkeit der Patienten unverkennbar, das Anknüpfen an Sinnesreize, die Beeinflußbarkeit durch Vorgänge in der Umgebung; die Bewegungen sind kaleidoskopartig wechselnd, die Logorrhoe zeigt von dem reichlichen Gedankeninhalte, der durch stetes Auskramen von Erinnerungen, durch die eben erwähnte Ablenkbarkeit stetig auf neue Bahnen gelenkt wird. Demgegenüber tragen die sprachlichen Aeußerungen der Katatoniker den ominösen Charakter der Gedankenarmut, monotones Psalmodieren einer und derselben Phrase, ausgezeichnete Verbigeration, auf dem Gebiete der Motilität

Bewegungsstereotypie; dabei mangelt oft überhaupt jegliche affektive Betonung, die Miene ist auffallend unbelebt, oder als Ausdruck des »Spannungsirreseins« zu einer eigentümlichen Grimasse verzerrt (»Schnauzstellung«), affektiert süßliches Lächeln, das bei rastloser Erregung unverändert beibehalten wird, auf dem Gesichte gleichsam wie eingefroren bleibt; die Umgebung existiert für den Katatoniker in seinem Erregungszustande nicht, weder sein Treiben noch seine sprachlichen Aeußerungen werden durch dieselbe beeinflusst.

Beim melancholischen Stupor fehlen im Gegensatz zum katatonen überhaupt Spannungszustände in der willkürlichen Muskulatur. Gibt man sich mit einem schwer gehemmten Melancholiker nur genügend Mühe, so sieht man deutlich, daß derselbe Vorgänge in seiner Umgebung vollständig perzipiert; bei fingierten verbalen Drohungen, z. B. man werde ihn mit einer Nadel stechen, rötet sich das Gesicht des Kranken, die Miene verzieht sich ängstlich, es erfolgt vielleicht sogar der Versuch einer Abwehrbewegung. Einfachen Aufforderungen, Zunge zeigen, Augen öffnen usw. kommt der Melancholiker schließlich und endlich nach, wenn auch zögernd und unvollständig. Der Katatoniker bleibt seiner Umgebung gegenüber vollständig indifferent, läßt sich die Annäherung eines brennenden Streichhölzchens gegen sein Gesicht ruhig gefallen. In der Muskulatur besteht Katalepsie oder umgekehrt hartnäckiger Negativismus, die Tendenz gerade die gegenteilige Stellung beizubehalten, die man passiv erteilen will. Dieses Widerstreben gegen jegliche Lageveränderung, gegen jegliche Vornahme kann aber andererseits wieder absolut nicht etwa mit den blindlings vorgenommenen Abwehrbewegungen und dem Widerstreben etwa bei der Panphobie verwechselt werden. Die Miene des Katatonikers verrät gar keine Angst, auch nicht traurige Verstimmung, sondern bleibt leer, ausdruckslos, oder es zeigt sich sogar das schon oben erwähnte Grimassieren. Der Stupor wird vielleicht plötzlich durch konvulsivisches Lachen oder durch eine der raptusartigen Handlungen unterbrochen.

Vor einer Verwechslung mit *Paranoia* schützt die Berücksichtigung folgender Momente: Fehlen jeglicher eigentlicher Systemisierung, mehrfach untereinander nicht nur nicht zu-

sammenhängende, sondern einander oft direkt widersprechende Wahnideen, der Wechsel derselben. Oft legt schon der Inhalt allein die Demenz in ganz unverkennbarer Weise dar, phantastische Größenideen oder ungeheuerliche hypochondrische Wahnvorstellungen, welche im einzelnen Falle geradezu an Wahnideen der Paralytiker gemahnen. Ein Patient brachte z. B. die Wahnidee vor, Christus zu sein, weil ihm bei seiner Geburt das heilige Oel per Klyisma injiziert worden sei. Eine Kranke erzählte, vom Gottessohn per anum mißbraucht worden zu sein; derselbe hätte sich an ihr infiziert und habe sich mit Zinksalbe behandeln lassen. Dazu kommt ein auffallendes Mißverhältnis zwischen Inhalt der Wahnideen und der Affektlage, sei es, daß irgend eine starke gemüthliche Alteration überhaupt nicht vorliegt, sei es, daß der Affekt direkt widersprechend der momentan geäußerten Wahnidee ist.

Das zuletzt Gesagte gilt auch bezüglich der Sinnestäuschungen, und damit kommen wir zur Differentialdiagnose gegenüber jenen heilbaren Zustandsbildern, die unter dem Namen der Amentia zusammengefaßt werden.

In den meisten Fällen von Dementia praecox wird der Gedanke an eine gutartige halluzinatorische Verworrenheit nicht aufkommen können, wenn man auf die im Kapitel Symptomatologie skizzierten Züge achtet; hervorgehoben sei also das wiederholt erwähnte Mißverhältnis zwischen Affekt und Vorstellungsinhalt, hier speziell Sinnestäuschungen, ein überraschender Wechsel im Krankheitsbild und vor allem das Mißverhältnis zwischen auffallender äußerlicher Orientiertheit einer- und den Aeußerungen und dem Gebaren der Kranken andererseits, speziell das »Vorbei-Reden«. Diese Patienten erscheinen oft gar nicht verworren, sie vermögen oft in überraschender Weise über alle möglichen Dinge sinngemäße, völlig korrekte Angaben zu machen, bis unvermittelt eine ganz haarsträubende, schreiend unsinnige Antwort erfolgt. Die Verworrenheit eines Amentia-kranken ist eine gleichmäßige, und ebenso stehen seine Handlungen und seine Aeußerungen im Einklange mit der Verworrenheit und den Delirien. Ein Kranker mit akuter halluzinatorischer Verworrenheit wird z. B. plötzlich aggressiv, überfällt tötlich eine Person seiner Umgebung; aus seinen Aeußerungen, seinem

Gebaren geht aber unzweifelhaft hervor, daß er diese Person verkennt, daß er durch eine Gehörshalluzination zum Zorne gereizt wurde oder dgl. Der Hebephrene z. B. verrichtet seelenruhig irgendeine Arbeit, erweist sich klar und schlägt plötzlich, ohne zornigen Affekt zu zeigen, einen Wärter nieder, um ganz friedlich weiter zu spazieren usw. Man achte ferner auf das eigentümlich manirierte Wesen der Kranken, die manchmal an auf Drähten gezogenene Marionetten erinnern. Andererseits dürfen aber vereinzelte katatone Symptome, z. B. vorübergehendes Auftreten von *flexibilitas cerea*, ohne alle die zuletzt aufgezählten Charaktere nicht überschätzt werden.

So entscheidend der Nachweis katatoner Züge gegenüber einem manischen und melancholischen Zustandsbilde in die Wagschale fällt, so sehr muß davor gewarnt werden, ihnen pathognostische Bedeutung für die Dementia praecox vindizieren zu wollen; sie werden, wie schon im Kapitel III erwähnt, auch bei Fällen von Amentia beobachtet.

Es darf schließlich nicht verschwiegen werden, daß in einzelnen Fällen erst der weitere Verlauf, nicht das Zustandsbild an sich, eine sichere Diagnose gestattet, um so mehr, da auf der Höhe einer sehr schweren Verworrenheit bei der Amentia auch die Dissoziation der Affektlage und des Vorstellungsinhaltes episodisch auftreten kann.

Unmöglich, aber praktisch absolut irrelevant, ist die Unterscheidung zwischen Fällen von Dementia praecox und Dementia secunda. Sehr schwierig kann auch in manchen Fällen die Abgrenzung der Dementia praecox gegenüber der Paralysis progressiva werden. Einerseits kommen der Anamnese und dem Endausgang nach unzweifelhafte Fälle von Paralysis progressiva vor mit ausgesprochenen »katatonen« Erscheinungen; andererseits werden ja auch bei der Dementia praecox epileptiforme Anfälle und Pupillenstörungen beobachtet. Manchmal bringt dann erst der weitere Verlauf endgültige Klärung, der bei der progressiven Paralyse, wenn auch in vereinzelten Fällen sehr spät, aber schließlich doch unaufhaltsam fortschreitende Verfall auch in der physischen Sphäre, das Ueberhandnehmen der Lähmungserscheinungen.

Berücksichtigt man das eigentümlich widerspruchsvolle Krankheitsbild, den plötzlichen Wechsel der Erscheinungen, das Mißverhältnis zwischen anscheinender Klarheit und dem eigentümlichen Gebaren und den Aeußerungen der Kranken, so wird man es begreiflich finden, daß bei kriminellen Antezedentien oder wo sonst Gründe für Simulation angenommen werden können (bei Rekruten z. B.), das vorliegende Krankheitsbild leicht diesen Verdacht erwecken kann. Hier vermag nur fortgesetzte, dauernde, fachmännische Beobachtung die Sachlage zu klären, insbesondere muß natürlich der Nachweis der zunehmenden Verblödung gelingen; ausgesprochene Katalepsie läßt sich überhaupt nicht simulieren (vide übrigens auch Kap. XV, Anhang).

E. Therapie.

Die Therapie ist machtlos den Prozess zu heilen oder aber auch nur beeinflussen zu können. In symptomatischer Hinsicht leisten bei den Erregungszuständen die Dauerbäder (eventuell feuchte Einwicklungen) gute Dienste. Bei Stuporösen ist man nicht selten gezwungen, zur künstlichen Ernährung mittels der Schlundsonde zu greifen, was gelegentlich jahrelang fortgesetzt werden muß. Möglichste Heranziehung zu passender Arbeit soll auch hier wieder oberstes Bestreben der praktischen Irrenpflege sein.

V. Die thyreogenen Geistesstörungen.

XI. KAPITEL.

A. Das myxödematöse Irresein.

Das Myxödem, dessen unzweideutige körperliche Erscheinungen sogleich näher erörtert werden sollen, geht fast ausnahmslos mit einer Störung in der psychischen Sphäre einher. Man beobachtet erstens in nahezu jedem Falle eine allgemeine Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit von ganz bestimmtem Typus, außerdem aber nicht selten neben und auf dem Boden dieser Ersteren Geistesstörungen s. str. Man kann dementsprechend füglich einen »myxödematösen Geisteszustand« und »myxödematöse Psychosen« unterscheiden.

Ersterer äußert sich in einer eigentümlichen Verlangsamung der psychischen Funktionen, in einer Denkhemmung, Verlust des Gedächtnisses (speziell der Merkfähigkeit), in Apathie, Gleichgültigkeit, Schlafsucht, im großen und ganzen also in einer zunehmenden eigenartigen Demenz.

Daneben können nun manische und melancholische Zustandsbilder, Verfolgungs- und Größenideen vorkommen, Sinnestäuschungen, Verworrenheitszustände usw., welche alle nichts Charakteristisches an sich haben, durch den myxödematösen Geisteszustand aber in eigenartiger Weise gefärbt erscheinen. Eine Kranke meiner Beobachtung z. B. äußerte ungeheuerliche Wahnideen, wie sie etwa einer Melancholie entsprechen würden; dabei war der ganze Affekt aber auffallend asthenisch, die Kranke eigentümlich torpid. Eine andere Patientin unserer Klinik bot »manische« Züge, d. h. sie ward reizbar, trunksüchtig, brutal, tobte; es fehlte aber vollständig irgendwelche Produktivität auf assoziativem Gebiete, die sprach-

lichen Aeufferungen flossen spärlich; die Kranke machte geradezu den Eindruck einer »sekundären« Demenz.

Das wichtigste aber, für die Diagnose ausschlaggebend, sind die somatischen Erscheinungen des Myxödems. Die Kranken nehmen immer mehr an Gewicht zu, gewinnen ein eigentümlich plumpes Aussehen durch die charakteristische Veränderung der Haut, welche dick, trocken, rauh wird. Der Fingerdruck hinterläßt aber an dieser gedunsenen Haut keine Spur, wie z. B. beim gewöhnlichen Oedem. Am Nacken, an den Wangen, namentlich häufig über den Schlüsselbeingruben finden sich kompaktere Einlagerungen im Unterhaut-Bindegewebe (»Pseudolipome«), die Haare fallen aus, auch die Augenbrauen (schon früh deren lateraler Anteil). Die Körperwärme weist subnormale Werte auf (35·8 — 36·0), bei weiblichen Individuen zessieren die Menses häufig, oder sind umgekehrt (besonders bei wenig ausgesprochenen Fällen) sehr profus. Die Verdauung liegt darnieder, die Individuen sehen viel älter aus, als sie tatsächlich sind. Auch von seiten des Nervensystems bestehen allerlei Symptome, besonders quälender Kopfschmerz, vage »rheumatische« Schmerzen in der Muskulatur und den Gelenken, häufig wird Tremor manuum beobachtet. Die Sehnenreflexe sind meist gesteigert. In einigen Fällen sah man Ohnmachts- und epileptiforme Anfälle.

Die Aetiologie ist klar. Der ganze Symptomenkomplex ist bedingt durch einen Ausfall der Schilddrüsenfunktion (ist auch identisch mit der früher von den Chirurgen nicht selten beobachteten Kachexia strumipriva). Auffallend ist die Tatsache, daß nicht bloß das Myxödem an sich, sondern auch die myxödematösen Psychosen zumeist bei weiblichen Individuen beobachtet werden.

Die Prognose ist zufolge der Möglichkeit einer kausalen Therapie günstig, sogar jahrelang dauernde Fälle können heilen.

In überraschend schneller Weise schwinden alle körperlichen und geistigen Erscheinungen des Myxödems, sobald dem Organismus wieder Schilddrüsensubstanz zugeführt wird. Am zweckmäßigsten geschieht dies in Form der Thyreoidintabletten (österreichisches oder englisches Fabrikat), die Dosis beträgt

1 — 3 Stücke pro die. Wird aus irgendwelchen Gründen Schilddrüse in Substanz verordnet, so kann nicht genug betont werden, daß der Arzt unausgesetzt sich persönlich überzeugen muß, ob wirklich Schilddrüse geliefert wurde. Viele Fälle von »Mißerfolg« der Schilddrüsentherapie erklären sich daraus, daß die Patienten gar nicht Schilddrüse, sondern Bries, Lymphdrüsen, Fett usw. erhielten. In vielen Fällen wird es natürlich notwendig sein, die Kranken dauernd Thyroidin nehmen zu lassen; in manchen genügt aber auch eine einmalige systematische Kur, um Dauerheilung zu erzielen.

B. Der Kretinismus.

Auch hier sind die pathognostischen Erscheinungen des Athyreoidismus vorhanden, welche aber dadurch, daß der Funktionsausfall des wichtigen Organes nicht ein reifes, sondern ein erst in der Entwicklung befindliches Individuum betrifft, gewisse Besonderheiten sowohl in der psychischen wie körperlichen Sphäre aufweisen. Erstere äußern sich in einem mehr minder hohen Grad von Schwachsinn (Fälle schwerer Idiotie bis zu ganz leichten Schwachsinnformen werden hier beobachtet). Was die genauere psychische Symptomatologie anbelangt, sei auf das Kapitel Idiotie und Imbezillität verwiesen; nur so viel sei hier bemerkt, daß die sogenannten torpiden Formen beim Kretinismus die Regel sind, was sich schon häufig in frühesten Jahren an der eigentümlichen Teilnahmslosigkeit und Apathie derartiger Kinder zeigt.

Sehr charakteristisch sind die somatischen Störungen. In der größeren Mehrheit der Fälle besteht kropfige Entartung der Schilddrüse, bei den anderen wieder mangelt die Glandula thyreoidea vollständig. Die Haut weist die typischen myxödematösen Veränderungen auf. Haar- und Bartwuchs ist spärlich. Die Sexualentwicklung bleibt ganz aus oder vollzieht sich auffallend spät und rudimentär. Es besteht Zwergwuchs, die Schädelbasis ist verkürzt, d. h. bleibt auf kindlichen Dimensionen stehen, während die Schädelkapsel weiter wächst, dadurch kommt ein sehr charakteristisches Aussehen des Kopfes zustande. Die Augenhöhlen stehen weit auseinander, die Nasen-

wurzel ist eingesunken, die Nase selbst kurz. Zunge und Lippen sind wulstig, dick. Die Sprache ist auch bei den Fällen, welche es überhaupt zu artikulierten sprachlichen Aeußerungen gebracht haben, ungeschickt, schlecht verständlich. Nicht selten besteht Herabsetzung des Gehörs. Auch Symptome der Tetanie wurden beobachtet. Die Verdauung liegt darnieder, es besteht speziell hartnäckige Obstipation.

Der Kretinismus tritt zumeist endemisch auf (bei uns z. B. in Steiermark, im Salzkammergut, aber auch in der Tiefebene, z. B. auf der Insel Schütt); die Identität des sogenannten sporadischen mit dem endemischen Kretinismus ergibt sich sowohl aus der Symptomatologie wie aus der Wirkung der Therapie.

Die Aetiologie des Kretinismus ist insoferne aufgeklärt, als der gesamte Symptomenkomplex sich auf die Aplasie, bzw. frühzeitige Erkrankung und damit Funktionsausfall der Schilddrüse zurückführen läßt. Warum aber dieser Athyreoidismus an vielen Orten gerade so häufig endemisch sich zeigt, an anderen nur sporadisch, wodurch er überhaupt primär bedingt ist, entzieht sich einstweilen noch unserer Erkenntnis.

Die Therapie ist auch hier eine kausale, d. h., es muß dem Organismus von außen her regelmäßig Schilddrüsensubstanz zugeführt werden. Der Effekt ist vor allem ganz erstaunlich bezüglich der somatischen Symptome. Das zurückgebliebene Längenwachstum stellt sich ein, zumeist auffallend rasch, gelegentlich noch in Jahren, da normaler Weise das Knochenwachstum schon abgeschlossen ist (also noch um das 24. Lebensjahr herum), die Haut wird glänzend, verliert ihr myxödematöses gedunsenes Aussehen, Appetit und geordneter Stuhlgang stellt sich ein, die Amenorrhoe schwindet.

Nicht minder deutlich ist auch die Einwirkung auf die psychische Sphäre. Die Kinder beginnen auf einmal ihrer Umgebung reges Interesse entgegen zu bringen, werden lebhaft, fangen an zu spielen. Man muß sich hier nur Folgendes, eigentlich ganz Selbstverständliches vor Augen halten. Von den beiden gleich wichtigen Komponenten des menschlichen Intellekts, der Disposition, Anlage zum Verarbeiten äußerer Reize einerseits und der Erziehung andererseits, ist beim Kretinismus

die Erstere durch das Grundleiden in einer Weise geschädigt, daß Letztere nicht oder nur schwer einwirken kann. Selbstverständlich kann aber nun das Thyroidin nur diesen ersteren Faktor beeinflussen, und eine Thyreoidintablette ist nicht gleichzeitig eine a-b-c-Fibel. Wenn man also bei einem erwachsenen Kretin den durch den Athyreoidismus bedingten Zustand heilt, bzw. bedeutend verbessert, darf man nicht erwarten, daß der Kranke gleichzeitig damit auch schon ein geistig vollwertiges Individuum wird; er wäre höchstens etwa mit einem bildungsfähigen Individuum zu vergleichen, das aber durch äußere Umstände bis zu seinem 30. oder 40. Jahre keinen irgendwie gearteten Unterricht genossen hat. Befriedigend werden die Erfolge auch in psychischer Beziehung nur dort sein können, wo die Behandlung in früher Kindheit möglich ist und zugleich kombiniert wird mit regelmäßigem Unterricht. Entsprechend dem Grundleiden wird die Behandlung mit Schilddrüsensubstanz wohl in allen Fällen eine dauernde, lebenslängliche sein müssen.

VI. Das Irresein bei den großen Neurosen.

XII. KAPITEL.

Psychosis cum epilepsia (Epileptisches Irresein).

A. Symptomatologie.

a) *Psychisch.*

Wir müssen hier zunächst unterscheiden zwischen einer habituellen psychischen Veränderung der meisten Epileptiker (epileptischem Geisteszustand) und den eigentlichen epileptischen Geistesstörungen.

Abgesehen von ungemein seltenen Ausnahmen, zieht länger bestehende Epilepsie gewisse dauernde psychische Anomalien nach sich, welche oft so ausgeprägt sein können, daß aus ihnen allein sich die Diagnose stellen läßt. Es handelt sich vor allem um eine eigenartige, oft nur angedeutete, oft hochgradige Demenz. Der geistige Horizont der Kranken engt sich immer mehr und mehr ein, sie verlieren das Interesse für die Außenwelt, während das »Ich« um so mehr in den Vordergrund tritt. Der ganze Gedankengang dreht sich immer um die »Krankheit«, die jetzt, »Gott lob« »immer besser« wird. Die Patienten widmen eine eigentümlich hypochondrisch ängstliche Aufmerksamkeit allen ihren körperlichen Vorgängen, ersparen dem Arzte nicht die allerminutiöseste Schilderung ihrer zahllosen Beschwerden. Der Denkprozeß ist verlangsamt, die Patienten fassen schwer auf, ihre Ausdrucksweise wird schwerfällig, dabei von einer ganz ermüdenden Weitschweifigkeit. Es mangelt dem Kranken jegliche Kritik, Wesentliches vom Unwesentlichen zu unterscheiden. Zum Unterschiede von der manischen Weitschweifigkeit fehlt aber hier absolut jegliche Ablenkbarkeit, eine Beeinflussung durch Sinnesreize usw. Der

Epileptiker verliert nie den Faden, sondern gelangt schließlich und endlich doch immer ans Ziel. Ein und dieselbe Erzählung wird immer wieder mit denselben Worten wiedergegeben, wobei Auskramen von Gemeinplätzen, Sprichwörtern und Bibel-sprüchen besonders auffallen. Die Patienten haben ferner meist einen eigentümlich pietistischen Zug an sich, triefen von Salbung, besorgen ängstlich alle vorgeschriebenen religiösen Uebungen, drängen sich mit Predigten an andere heran. Epileptiker schließen sich in den Anstalten ungemein leicht aneinander an und erbauen einander wechselseitig durch langatmige, pietistische Expektionen. Die Kranken weisen oft eine übertrieben süßliche Devotion auf, beobachten in der Anrede an ihre Umgebung nicht nur peinlich alle eventuellen Titulaturen, sondern schmücken dieselben mit zahlreichen Epitheta, »lieb« und »gut«, aus. In recht auffallendem und charakteristischem Kontrast dazu steht die ganz enorme Reizbarkeit, die Empfindlichkeit und der Egoismus derartiger Kranker. Derselbe Patient, dessen Lippen eben noch von Aeüßerungen christlicher Nächstenliebe überflossen, schlägt rücksichtslos auf seinen Nachbar los, der vielleicht ganz unabsichtlich beim Vorübergehen an ihn anstriefte. Dieselbe Kranke, die dem »lieben Herrn Doktor« soeben versicherte, ihn tagtäglich in ihr Gebet einzuschließen, insultiert verbal oder tätlich den Arzt wegen Nichterfüllung einer Bitte, oder weil der Arzt nicht lange genug bei der Visite ihr seine Aufmerksamkeit geschenkt usw.

Fast nie vermißt man eine eigentümliche Pedanterie der Kranken; sie tragen z. B. in den Anstalten all ihren kleinen Krimskrums, Geschenke usw., fein säuberlich verpackt mit sich herum, führen genau Buch über jeden einzelnen Karton. Die äußere Form in den Schriften der Kranken hat oft etwas altväterisches, geziertes, peinlich korrektes an sich usw.

Neben diesen habituellen psychischen Anomalien kommen nun bei den Epileptikern eine Reihe von Geistesstörungen s. str. vor, zumeist vorübergehender Art. Diese Psychosen treten nicht nach den ersten Anfällen auf, sondern in der Regel erst nach mehrjährigem Bestehen dieser Neurose.

Eine große Gruppe läßt eine innige Beziehung zu den Anfällen selbst erkennen. Schon unter den gewöhnlichen Epileptikern, welche nicht in irrenärztliche Pflege kommen, gibt es einige, deren klassische Anfälle nicht einfach mit kurz dauerndem Sopor schließen, worauf mehr minder rasch sich vollständige Klarheit anschließt, sondern bei welchen nach den Konvulsionen ein vorübergehender Verworrenheitszustand auftritt. Die Kranken liegen nicht einfach soporös dahin, sondern vollführen in einem veränderten Bewußtseinszustande allerlei mehr minder koordinierte Bewegungen, wischen und scheuern an ihrem Körper, greifen herum, stopfen sich zunächst liegende Gegenstände in die Taschen, oder die Kranken stehen auf, gehen ziel- und planlos auf und ab usw. Davon führen nun fließende Uebergänge hinüber zu den sogenannten

postepileptischen Dämmerzuständen,

d. h. zu transitorischen Geistesstörungen, welche im Anschlusse an die Krampfanfälle auftreten. Es kann dabei der Verlauf so sein, daß der Patient nach der konvulsiven Attacke überhaupt nicht sofort wieder sein normales Bewußtsein erlangt, sondern erst einen der sogleich näher zu schildernden Zustände durchläuft. Häufig aber stellen sich vorerst einige Anfälle ein, die in gewöhnlicher Art und Weise verlaufen, und erst einige Tage später bricht perakut eine Psychose aus. Es handelt sich um Zustandsbilder, welche oft eine oberflächliche Aehnlichkeit mit der Amentia bieten, d. h. Verworrenheit und Halluzinationen sind die hervorstechendsten Symptome. Charakteristisch aber für die epileptische Genese ist erstens der plötzliche Beginn und ebenso die meist kritische Lösung der Geistesstörung, ihre kurze Dauer (wenige Stunden bis Tage), die meist (aber nicht ausnahmslos) bestehende Amnesie, mit welcher die Psychose schließt und die während des Anfalles meist vorhandene Analgesie. Der Dämmerzustand an sich kann recht verschiedene Bilder zeigen. Auffallend häufig haben die Delirien einen eigentümlich übersinnlichen oder schreckhaften Inhalt von Himmel und Hölle, Gott, Heiligen, Teufeln, Feuer, Rauch, Blut; Halluzinationen von »rot« sind überhaupt bei der Epilepsie sehr häufig; die Kranken glauben gestorben, bereits im Jenseits zu sein usw. Die

Miene des Kranken ist visionär ekstatisch verklärt oder drückt grauenvollen Schrecken aus. Sie psalmodieren, predigen laut, oder bekunden namenloses Entsetzen. Die heftige Angst führt zu explosiven psychomotorischen Entladungen, blindwütender höchst gefährlicher Aggression. Das Bewußtsein ist tief traumhaft verändert, ein Rapport mit den Kranken läßt sich kaum herstellen. In anderen Fällen bieten die Kranken ein eigentümliches, als epileptische Moria bezeichnetes Wesen; sie sind äußerlich anscheinend orientiert, erkennen Personen ihrer Umgebung beim Namen, weisen aber eine eigentümlich forcierte Heiterkeit auf, sprechen ungemein viel, befinden sich in steter motorischer Unruhe, lachen, tanzen, singen, schreien, vollführen plötzlich recht gefährliche Angriffe gegen ihre Umgebung, ohne dabei zornmütige Erregung oder Angst zu verraten, schmieren mit Kot, demolieren, was ihnen in die Hände fällt. Im Gegensatze zum manischen Toben fehlt dabei (meistens) Ablenkbarkeit, Ideenflucht; ohne Kenntnis der Anamnese könnte man manchmal geradezu an katatone Erregungszustände denken. Die Patienten, welche äußerlich auffallend orientiert erscheinen, fassen schwer auf, die sprachlichen Aeußerungen sind zerfahren, erfolgen oft ganz unvermittelt, zusammenhangslos, man bemerkt gewissermaßen ein stetes »abreißen« des Gedankenganges; das Mienenspiel läßt oft nicht die geringste Beziehung zu dem Inhalt der jeweiligen sprachlichen Aeußerungen erkennen.

Aehnliche Dämmerzustände können sich auch vor Anfällen einstellen (prä-paroxysmelle Delirien) und führen ihrerseits wieder hinüber zu jenen Fällen gewöhnlicher Epilepsie, bei welchen die Aura nicht als isolierte einfache abnorme Sensation irgendwelcher Art auftritt, sondern in Form bestimmter Halluzinationen, wie z. B. von roten Männchen, vom Teufel mit dem glühenden Dreizack usw.

Eine zweite Hauptgruppe epileptischer Geistesstörungen tritt nicht in enger Beziehung zu konvulsiven Anfällen auf, sondern ohne solche, oft vikariierend. (Psychische Epilepsie, psychische Aequivalente.) Die Internisten kennen jene eigentümlichen Anfälle (Absences), bei welchen von den beiden Komponenten des klassischen Hautmal, der Bewußtseinstrübung

und den Konvulsionen, nur erstere besonders in Erscheinung tritt. Ohne zusammenzustürzen, ja ohne bemerkbare Krämpfe überhaupt, wird der Kranke plötzlich blaß, blickt einige Sekunden starr vor sich hin, ohne auf Reize irgendwelcher Art (Anreden usw.) zu reagieren, hält in seiner momentanen Beschäftigung inne; nach wenigen Augenblicken fährt der Kranke in seiner Arbeit, in dem begonnenen Gespräche usw. wieder fort, ausnahmslos besteht vollständige Amnesie. In anderen Fällen hört der Kranke während der Absence nicht einfach in der Verrichtung auf, der er gerade obliegt, sondern setzt sie fort, aber in einem veränderten Bewußtseinszustande, in mehr minder verkehrter Weise; der Kanzlist z. B. schreibt ein und dasselbe Wort einigemale hintereinander auf, oder schreibt über den Rand des Papiere hinaus, um sofort nachher, ohne die geringste Ahnung von seiner Bewußtseinstrübung zu haben, in völlig korrekter Weise den angefangenen Satz zu vollenden. Der Schneider näht während der Absence ruhig fort, heftet aber z. B. das in Angriff genommene Kleidungsstück an seinem eigenen Beinkleide fest usw. Wenn diese Erscheinungen nachts auftreten, können sie das Phänomen des sogenannten Somnambulismus hervorrufen. Die Kranken verlassen plötzlich das Bett und vollführen nun allerlei mehr oder minder zweckdienliche komplizierte Handlungen, kramen im Zimmer umher, setzen sich an den Schreibtisch, begeben sich auf einen Spaziergang usw.¹⁾ In Fällen letzterer Art handelt es sich also nicht mehr um eine einfache Leere, um ein einfaches Aufgehobensein des Bewußtseins, analog etwa der gewöhnlichen epileptischen Bewußtseinsstörung, sondern es werden mehr minder koordinierte Handlungen ausgeführt, die aber ihrerseits einem veränderten pathologischen Bewußtsein entspringen. Diese Fälle bilden den Uebergang zu den eigentlichen Anfällen psychischer Epilepsie.

¹⁾ Irgendeine Abhängigkeit dieser Zustände von den Mondphasen ist selbstverständlich nicht erwiesen. Die auffallende Sicherheit, mit der sich derartige Kranke in für die Erhaltung des Gleichgewichts ungemein schwierigen Situationen bewegen können, z. B. längst der Dachrinne herumsteigen usw., erklärt sich unschwer gerade aus dem Dämmerzustandsbewußtsein und dem Wegfall irgendwelcher hemmender Vorstellungen, wie solche der lebhafteste Angstaffekt bei richtiger Beurteilung der Sachlage mit sich führen würde.

Wie bei den post- und präepileptischen Dämmerzuständen handelt es sich um transitorische perakut einsetzende und ebenso plötzlich wieder verschwindende Psychosen, die meistens ebenfalls von nur kurzer Dauer sind. Doch kommen hier Psychosen vor auch von mehrwöchentlicher ja mehrmonatlicher Dauer (protrahierte psychische Aequivalente), welche dem klinischen Bilde nach, ob ihres Ausganges mit vollständiger Amnesie und wegen eventueller anderer unzweifelhafter epileptischer Antezedentien doch nur zu den Anfällen psychischer Epilepsie gerechnet werden können.

Gerade die länger dauernden epileptischen Psychosen können auch mit langsamer mehr lytischer Lösung enden, wobei auch die Erinnerung für den Inhalt der Delirien eine bessere sein kann, im Gegensatze zu der sonst ziemlich vollständigen Amnesie.

Im einzelnen bieten diese Dämmerzustände recht große Verschiedenheiten dar; manchmal beschränken sie sich auf einige ganz sonderbare Akte, das ganze Bild spielt sich innerhalb weniger Minuten ab. Einer unserer Kranken z. B., dessen Anfälle meist nächtliche waren, sprang dabei von seinem Lager auf, riß die Bettdecke herab, die er auf den Fußboden ausbreitete und auf der er nun defäcierte, worauf er sich wieder ins Bett begab.

In anderen Fällen spielt sich die transitorische Bewußtseinsveränderung derart ab (häufig von einer Geschmacks- oder Geruchsempfindung begleitet), daß die Kranken das Gefühl haben, die momentane Situation schon einmal in ganz derselben Weise erlebt zu haben. Diese anfallsweise auftretenden Erinnerungstäuschungen gehen oft jahrelang den schweren konvulsiven Attacken voraus, werden immer häufiger (zum Unterschiede von den durchaus analogen auch bei jugendlichen Normalen gelegentlich vorkommenden Pseudoreminiszenzen, welche mit den Jahren immer seltener werden).

Es kommen ferner Dämmerzustände vor mit der charakteristischen religiösen oder schreckhaften Färbung, ferner die eigentümlichen moriaartigen Zustandsbilder.

Recht bemerkenswert ist die auffallende Gleichartigkeit der einzelnen psychischen Anfälle bei einem und demselben

Individuum, welche ganz an die »photographische Treue« des periodischen Irreseins gemahnt.

Dieser Umstand sowohl, wie die Periodizität selbst, welche sich in vielen Fällen psychischer Epilepsie beobachten läßt, gewähren eine Analogie mehr zwischen periodischem und epileptischem Irresein. Tatsächlich lassen sich klinisch die Anfälle psychischer Epilepsie nicht trennen von den sogenannten periodischen deliranten Verworrenheitszuständen, welche ihrerseits wieder durch Grenzfälle hinüberleiten zur einfachen periodischen Manie.

Bemerkenswert ist, daß während der Dauer der Dämmerzustände nur ungemein selten konvulsive Anfälle vorkommen.

Eine andere gleichfalls transitorische psychische Anomalie der Epileptiker bilden eigentümliche mehr minder periodisch auftretende Verstimmungen. Unabhängig von der habituellen Reizbarkeit der Epileptiker, zu deren Entladung es doch immer eines, wenn auch oft geringfügigen äußeren Anlasses bedarf, bemächtigt sich der Kranken zeitweise eine ganz maßlose zornmüchtige Erregung; sie beginnen plötzlich heftig zu querulieren, bringen stürmisch irgendeinen Wunsch vor, dessen Nichterfüllbarkeit sie doch schon längst hätten kennen lernen können, z. B. Bitte um Alkohol, Entlassung usw.; lawinenartig schwillt die enorme zornige Erregung an und entlädt sich explosivartig in irgendeiner brutalen Gewalttat. Häufig hinterlassen derlei Wutausbrüche nur sehr lückenhafte Erinnerung. Die Kranken wissen nachträglich oft nur so viel, daß sie einige Tage »schlecht gelaunt« waren. »Da darf mir keiner nahe kommen«, äußerte ein Patient, ein sonst recht tüchtiger verlässlicher Arbeiter. Bei demselben wurden diese Zustände regelmäßig eingeleitet durch Kopfschmerzen und angiospastische Erscheinungen an den Fingern (Blässe, Kälte, Hypästhesie). Häufig gehen derlei Zustände einem konvulsiven Anfalle voraus, namentlich beobachtet man sie, wenn Anfälle längere Zeit ausgeblieben sind. Aber auch unabhängig davon treten dergleichen periodische Verstimmungen auf. (Eine große Ähnlichkeit damit bietet der sogenannte »Zuchthausknall« der Gewohnheitsverbrecher und Prostituierten.)

Nicht immer handelt es sich um Zustände krankhaften Zornaffektes, zuweilen treten episodisch unmotiviert heitere

Verstimmungen auf, wobei die Kranken ganz den Eindruck Manischer hervorrufen. Die Dauer dieser Anfälle beträgt auch nur wenige Tage.

Manche periodische Verstimmungen gehen mit eigentümlichen impulsiven Trieben einher, z. B. mit dem unbezwinglichen Hang zum Mißbrauch geistiger Getränke, oder zur Vollführung ganz bestimmter Handlungen. Es zeigen sich hier wieder innige Beziehungen zwischen dem epileptischen Irresein und den eigenartigen sogenannten periodischen Monomanien (Pyromanie, Dipsomanie, epileptischer Wandertrieb).¹⁾ Sehr häufig sind es bestimmte kriminelle Akte, die in derlei Dämmerzuständen begangen werden, Gewalttaten, sexuelle Delikte, Diebstahl etc. Totale Amnesie ist auch hier die Regel.

Eigentümlich sind gewisse Geistesstörungen mit chronischer Wahnbildung. Bei der vorwiegend degenerativen Aetiologie der Epilepsie kann einmal eine einfache Kombination von klassischer »Rückenmarks«-Epilepsie mit einer echten Paranoia vorkommen. Man sieht aber auch Fälle, bei welchen irgendwelche Delirien aus den Dämmerzuständen mit hinüber genommen werden in die intervalläre Zeit und zu einer dauernden wahnhaften Verfälschung des Vorstellungsinhaltes führen. Einer unserer Kranken, der in seinen Dämmerzuständen den Himmel offen sieht, die heiligen Heerscharen erblickt, die Dreifaltigkeit usw., führt auch in der anfallsfreien Zeit Gespräche mit halluzinierten göttlichen Personen, verkündet tagtäglich das Herannahen des jüngsten Gerichtes, er sei von Gott umgewandelt worden, Gott habe ein neues Geschöpf aus ihm gemacht, er sei Gottes Sohn selbst usw.

Hysterische Anfälle können sich ferner auch kombinieren mit Epilepsie. Bei einem unserer Kranken, einem dementen Epileptiker, ließen sich lange Zeit hindurch durch Druck auf die Ovarialgend mit der Sicherheit eines Experiments schwere hysterische Anfälle (*arc de cercle* etc.) auslösen, die durch neuerlichen Druck auf die hysterogone Zone sofort kupiert werden konnten. Auf konsequente Suggestionstherapie hin blieben die hysterischen Anfälle aus, ließen sich durch Druck auf die Ovarialgend auch nicht mehr hervorrufen, während

¹⁾ Pyromanie, »fugue«, »automatisme ambulaire«.

die epileptischen konvulsiven Anfälle naturgemäß nach wie vor fortbestanden.

b) Somatisch.

Abgesehen von einigen auffallenden, sogleich näher zu erörternden körperlichen Symptomen während der epileptischen Psychosen kann man bei vielen Epileptikern gewisse bemerkenswerte Erscheinungen im Bereiche des status somaticus nachweisen. Vor allem werden bei der Mehrheit der Epileptiker die verschiedenen Degenerationszeichen angetroffen, oft gehäuft bei einem und demselben Individuum. Zu den interessanteren funktionellen Stigmen gehört eine ganz auffallende allgemeine Hypalgesie.

Während der Anfälle selbst besteht vollständige Analgesie, die sich auch im Fehlen des Kornealreflexes äußern kann. Die Pupillen sind zuweilen während der Dauer der Psychose auffallend weit; auch Lichtstarre wurde beobachtet. Der Puls ist zuweilen hart, bedeutend gespannt. Sorgfältige Wägungen haben auch eine Abnahme des Körpergewichtes nach den konvulsiven und während der psychischen Anfälle nachgewiesen.

Allerlei an sich höchst interessante Ergebnisse, welche Untersuchungen über Toxizität des Blutes und des Harns in der intervallären Zeit und während der Anfälle zutage gefördert haben, bedürfen einstweilen noch Nachprüfungen und seien daher hier nicht weiter erwähnt.

Bemerkenswert sind gewisse vasomotorische Symptome während, bzw. vor und nach den Anfällen oder vikariierend statt solcher, z. B. Aufschließen urticariaähnlicher Quaddeln, lokale Angiospasmen etc.

B. Aetiologie.

Die Aetiologie des epileptischen Irreseins deckt sich in vielen Punkten mit der der periodischen Geistesstörungen. In erster Linie muß die hereditäre Belastung genannt werden (namentlich Alkoholismus der Aszendenten spielt eine große Rolle), dann kommen Schädeltraumen in Betracht und (in

viel höherem Maße als beim periodischen Irresein) zerebrale Herde der verschiedensten Genese (Encephalitiden, Porencephalie etc.), kleine multiple Erweichungsherde infolge Gefäßveränderungen (z. B. bei der *Epilepsia tarda*) usw. Eine ganz typische Anamnese ist z. B. irgend eine fieberhafte Affektion im zarten Kindesalter mit besonders schweren zerebralen Symptomen (»Fraisien«). Diese Fraisienanfalle bestehen z. B. vom ersten bis zum dritten Lebensjahre fort, zessieren dann spontan, und um die Pubertät herum zeigen sich die ersten klassischen Anfalle. Zuweilen gehen den schweren konvulsiven Attacken längere Zeit abortive Anfalle voraus, isolierte Krämpfe, z. B. der Schlundmuskulatur (»Wasserschlucken«) oder Absencen.

Zuweilen ist die eigenartige epileptische Disposition an sich zu gering, um Anfall und Geistesstörung zu erzeugen, und es bedarf dazu noch bestimmter äußerer Faktoren. Als einer der wichtigsten muß hier der Alkohol genannt werden. Nicht nur, daß bei einem manifesten *Epilepticus* die Frequenz und Intensität der Anfalle durch jede noch so geringe (!) Gabe Alkohol eine bedeutende Steigerung erfährt, sieht man häufig genug, daß Kranke, die nachgewiesenermaßen von sehr häufigen Anfällen heimgesucht wurden, auf einmal in der Anstalt, ohne jegliche weitere Therapie, einfach nur bei absoluter Abstinenz, dauernd frei bleiben von Anfällen. Endlich gibt es sicher gestellte Fälle derart, daß Kranke ohne Heredität, ohne epileptische Antezedentien irgendwelcher Art, in reifem Mannesalter nur durch Alkoholmißbrauch an schwerer Epilepsie erkranken (besonders berüchtigt ist diesbezüglich der Absinth).

Eine andere ätiologisch interessante Gruppe bilden die Fälle sogenannter Reflexepilepsie. Hierbei muß (gerade wie beim reflektorisch bedingten periodischen Irresein) noch ein peripherer reizabgebender Faktor vorhanden sein, der in Verbindung mit der eigenartigen Disposition konvulsive Attacken oder Anfalle psychischer Epilepsie auslöst. Die peripheren Reizquellen können wieder sehr verschieden sein, schmerzhafte Affektionen der verschiedensten Art, Neurome, in einen Callus eingehelte Nervenstämmchen, Neuralgien, abgesprengte, auf einen Nerven drückende Knochensplitter, Polypen der Nase, Ohren, des Uterus, Helminthiasis usw.

An der Epilepsie nehmen beide Geschlechter in beiläufig gleichem Prozentverhältnisse teil. Was das Lebensalter anbelangt, so treten die ersten Anfälle meist schon in früher Jugend auf (um die Pubertät herum, oft noch früher). Wo aber greifbare äußere Faktoren vorliegen (wie Schädeltraumen usw.), spielt selbstverständlich das Lebensalter keine Rolle; es wurde schon oben angedeutet, daß es auch eine Epilepsia senilis [tardiva] gibt, bei der wohl eher die Annahme von kleinsten durch die Gefäßveränderungen bedingten Herden als ursächliches Moment plausibler ist als Theorien, welche auf irgendwelche Zirkulationsstörungen rekurrieren.

C. Pathologische Anatomie.

In zahlreichen Fällen wurden zerebrale herdförmige Läsionen der verschiedensten Lokalisation und Genese gefunden, oft schon grob makroskopischer Art, oft nur durch die histologische Untersuchung aufgedeckt. (Zirkumskripte Sklerosen usw. — Auffallend häufig fand sich eine Sklerose des Ammonshornes.) Bei Fällen mit schweren ausgebreiteten pathologischen Veränderungen des Encephalons ist übrigens die Epilepsie im klinischen Bilde nur von untergeordneter Bedeutung und tritt zurück hinter anderen klinischen Symptomen, z. B. der Idiotie.

D. Prognose.

Abgesehen von sehr seltenen Fällen reflektorischer Epilepsie ist die Prognose quoad sanationem beim epileptischen Irresein eine ungünstige. Gelingt es auch, die konvulsiven Anfälle bis zu einem gewissen Grade einzudämmen, kann man auch mit Sicherheit bei den transitorischen Psychosen das Aufhören jedes einzelnen Anfalles voraussagen, so läßt sich ein Wiederkehren derselben doch nicht verhindern, während außerdem die intellektuelle Abschwächung der Kranken immer größere Fortschritte macht.

Die Prognose quoad vitam kann zwar im großen und ganzen als günstig erachtet werden, wird aber gerade hier wieder durch die Selbstmordgefahr der Patienten getrübt. Einer meiner Patienten z. B. hatte sich in einem Dämmerzustand mit einem Rasiermesser am Halse eine klaffende

Wunde beigebracht und war nur wie durch ein Wunder gerettet worden.

Ueber Prognose der einfachen Epilepsie vide auch sub Anhang A, b.

E. Therapie.

Nur in leider ungemein seltenen Fällen kann die Therapie eine kausale sein (z. B. Entfernung von Polypen, Ausschneidung kallöser Narben usw.). Im großen und ganzen sind wir auf die symptomatische Behandlung angewiesen. Von jeher bewährt und durch kein modernes Verfahren ersetzbar sind hier die Bromalkalien, welche bei längerem Gebrauche die Erregbarkeit der Großhirnrinde herabsetzen. (Ueber medikamentöse Behandlung der Epilepsie vide Anhang A, b.)

Eine *conditio sine qua non* ist aber absolute Enthaltung von Alkohol in jeglicher Form und jeglicher noch so minimaler Quantität. Mit Behandlung der Neurose selbst trachten wir auch zugleich gegen die epileptische Psychose anzukämpfen. Gegen den einmal ausgebrochenen psychischen Anfall sind wir so ziemlich machtlos. Sorgfältige Ueberwachung versteht sich von selbst; in manchen Fällen bleibt nichts anderes übrig als die Isolierung der Kranken, eventuell Hyoszininjektionen.

KAPITEL XIII.

Die hysterischen Geistesstörungen.

Wie bei der Epilepsie müssen auch hier der habituelle sogenannte hysterische Geisteszustand und die hysterischen Psychosen s. str. unterschieden werden.

Da eine Schilderung des hysterischen Wesens, abgesehen natürlich von den eigentlichen Psychosen, und der besonders bemerkenswerten nervösen Erscheinungen mehr Sache der Neurologie als der Psychiatrie ist, sei hier nur cursorisch darauf eingegangen.

Die Stimmung der Kranken ist ungemein labil. In jähem Wechsel können die entgegengesetzten Affektlagen einander folgen, die jeweilig vorhandene aber zeichnet sich durch besondere Maßlosigkeit aus; die Patienten bewegen sich geradezu immer in Superlativen (was auch in ihren sprachlichen Aeußerungen sich kundgibt). Heute wird derselbe Arzt als »hochherzigster Mensch« und »edelste Apostelnatur« gepriesen, der gestern noch der »roheste Schuft« und »widerwärtigste Kerkermeister« tituliert wurde. Die gestrigen »entsetzlichen unsäglich Qualen, wie sie noch kein Mensch erdulden mußte«, weichen heute einem »himmlischen göttlichen Wonnegefühl« usw. Besonders hervorstechend im Krankensbilde ist ein ganz schrankenloser Egoismus, nicht bloß im gewöhnlichen Sinne der Laien, sondern auch in einer übertriebenen Selbstbeobachtung, peinlicher Ueberwachung der eigenen physischen und psychischen Vorgänge sich äußernd. Derlei Kranke haben alle einen mehr minder starken hypochondrischen Zug an sich, bringen jeden Tag irgend ein neues Symptom, eine neue Klage vor, stets mit maßloser Uebertreibung in der Schilderung der Beschwerden. Vielfach ist dieses »Kranksein« den Patienten aber geradezu »Lebensberuf«, sie lieben es, sich interessant zu machen, Mittel-

punkt zu sein eines teilnehmenden Kreises, welcher die Seelengröße der »duldenden Märtyrer« bewundert; die Kranken sind dabei auch trotz der »wahnsinnigen Schmerzen« und der »totalen Entkräftung« den Genüssen des Lebens nicht abhold, mögen dieselben in rein materieller oder mehr geistiger Form (Musik, Dichtkunst usw.) an sie herantreten. Die Sucht Aufsehen zu erregen, aufzufallen, führt noch zu zahllosen anderen ähnlichen Zügen Hysterischer. Hieher gehören theatralisch ausgeführte, selten sonderlich gefährliche »Selbstmordversuche«, ein gezieltes, schon durch Aeüßerlichkeiten, wie in der Toilette sich verratendes affektiertes Gebaren, plötzlich intensiv auflodernde aber wenig nachhaltige Neigungen für irgend einen neuen Beruf, womöglich für einen solchen, der wieder durch den Schimmer des Romantischen verklärt ist (Missionär, Fremdenlegionär, Nonne, usw.), ein rasch wechselndes Dilettieren in allen möglichen freien Künsten, oft speziell angepaßt dem jeweiligen »Herzensideal«. Eine Kranke meiner Bekanntschaft hatte innerhalb weniger Wochen »leidenschaftlich« nacheinander Florettfechten, Kontrapunkt, Medizin und das Exerzierreglement zu studieren begonnen.

Nicht vergessen dürfen werden die eigentümlichen Selbstbeschädigungsversuche der hysterischen Kranken, welche aus dem eigenartigen Triebe, sich interessant und bemitleidenswert zu machen, entspringen. Kranke verschlucken Fremdkörper, stechen sich Nadeln unter die Haut, erhalten durch stetes Reiben und Beißen eiternde Geschwüre usw. Oft werden derlei Mißhandlungen mit dem größten Raffinement trotz aller Sorgfalt und Wachsamkeit der Umgebung ausgeführt.

Beherrscht aber wird das ganze Krankheitsbild durch die eigenartige Suggestibilität derart, daß hemmungs- und kritiklos jederzeit irgend eine dem eigenen Ich entspringende oder von einer fremden Person ausgehende Vorstellung von dem Bewußtsein vollständig akzeptiert wird, dasselbe durchaus beherrscht und häufig auch in entsprechende körperliche Erscheinungen umgesetzt werden kann. Diese eminente Suggestibilität erklärt es auch andererseits, warum jedes einzelne Symptom der Hysterie wieder auf rein psychischem Wege ebenso rasch wie es entstanden, auch schwinden kann.

Bezüglich der körperlichen Begleiterscheinungen der Hysterie sei nur u. a. an die bekannten Stigmen erinnert, als deren häufigste hier aufgezählt seien: Fehlen, bzw. Herabsetzung des Kornealreflexes, des Würgreflexes, eine druckschmerzhaft Stelle am Scheitel (Clavus), mehrere Druckpunkte an der Wirbelsäule, unten und außerhalb von der Mammilla, in beiden Hypochondrien (Ovarie), die verschiedenen Hemi-anästhesien, konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung, Fehlen oder Herabsetzung des Nies- und Ohrenreflexes usw.

Bei dieser Gelegenheit sei aber speziell darauf aufmerksam gemacht, daß gerade bei den hysterischen Psychosen recht häufig keine der körperlichen Stigmata nachgewiesen werden können; letztere vermißt man auch recht oft in Fällen kindlicher Hysterie. Nur erinnert sei ferner hier an die verschiedenen hysterischen Lähmungen (z. B. Astasie-Abasie), Kontrakturen, endlich an die hysterischen Krampfanfälle. Im Gegensatz zu den epileptischen sind dieselben erstens symmetrisch (Opisthotonus), haben also nicht den Rindentypus; es kommt ferner bei den hysterischen Anfällen nicht oder nur höchst ausnahmsweise zu den schweren Verletzungen, wie Zungenbiß, Rißquetschwunden am Schädel usw. Drittens ist sehr bemerkenswert die Abhängigkeit der hysterischen Anfälle von äußeren Einflüssen; dieselben treten nicht nur häufig auf im unmittelbaren Anschluß an ein psychisches Trauma (Schreck, Aerger usw.), sondern lassen sich auch häufig mit der Sicherheit eines Experiments durch Reizung hysterogoner Zonen auslösen und ebenso leicht durch denselben Eingriff kupieren. Einmaliger Druck auf die Ovarien z. B. zieht einen schweren hysterischen Krampfanfall nach sich, welcher aber durch neuerlichen Druck auf dieselbe Stelle ohne weiters wieder sistiert werden kann. Die Pupillen reagieren meist während des hysterischen Krampfes; gelegentlich wurde aber auch bei unzweifelhaft hysterischen konvulsiven Attacken Lichtstarre der Pupillen beobachtet, so daß das letztere Phänomen nicht mehr als differentialdiagnostisch zwischen epileptischem und hysterischem Anfall gelten kann.

Abgesehen von den schweren klassischen Krampfanfällen kommen vor mehr umschriebene tonisch-klonische Muskel-

krämpfe, Wein- und Lachkrämpfe, Anfälle von Singultus, eigentümlich schleudernde Bewegungen einzelner Extremitäten oder kompliziertere, oft sehr sonderbare Exerzitionen des ganzen Körpers (Chorea magna, Chorea saltatoria, natatoria usw.).

Die hysterischen Geistesstörungen weisen in vieler Hinsicht eine oberflächliche Aehnlichkeit mit den epileptischen auf. Wie dort handelt es sich auch hier zumeist um transitorische, perakut einsetzende und kritisch zur Lösung kommende Dämmerzustände. Wie bei den hysterischen konvulsiven Attacken läßt sich aber auch bei den Psychosen der »psychogene« Charakter sehr häufig insoferne erkennen, als der Zustand meist auf ein einzelnes konkretes psychisches Trauma (Schreck, Aerger usw.) zurückgeführt werden kann.

Nicht selten sieht man eine noch »physiologische« Erregung (z. B. Querelen wegen irgend eines unerfüllbaren Wunsches, wegen einer vermeintlichen oder realen Benachteiligung usw.) unmittelbar in einen Dämmerzustand übergehen. In anderen Fällen wieder tritt die hysterische Psychose anscheinend spontan auf, wenigstens ohne daß sich eine äußere unmittelbare Veranlassungsursache nachweisen ließe.

Die Symptomatologie der hysterischen Psychosen ist nun recht verschieden. In den einfachsten Formen schließt sich, ähnlich wie bei der Epilepsie, der konvulsiven Attacke ein somnolenter Zustand an; in einigen Fällen erlangt dieses Phänomen eine gewisse Selbständigkeit (*Schlafanfall*), die Kranken schließen plötzlich die Augen unter Relaxation der gesamten willkürlichen Muskulatur, die Atmung wird vertieft und langsamer. Dieser Zustand kann sogar wochenlang anhalten. Derlei Schlafanfalle tragen nun in anderen Fällen auch aktivere Züge an sich; die Kranken »schlafen« nicht einfach, sondern vollführen in diesem Zustande mehr minder komplizierte Handlungen, sie monologisieren z. B. laut, gehen mit geschlossenen Augen umher, begehen allerlei gelegentlich kriminelle Handlungen (hysterischer Somnambulismus). Das Phänomen der Flexibilitas cerea wird dabei gar nicht selten beobachtet, wie es ja auch in der Hypnose hervorgerufen werden kann.

Diese Zustände, bei denen es sich also nicht um eine einfache Leere des Bewußtseins, sondern um ein reges, wenn auch pathologisch gestörtes Bewußtsein handelt, vermitteln den Uebergang zu den deliranten Verworrenheitszuständen der Hysterie. Der Inhalt derselben hat manchmal große Aehnlichkeit mit den epileptischen, bewegt sich in übersinnlichen, religiösen Vorstellungen, geht mit visionär ekstatischem Gebaren einher. Halluzinationen von der Muttergottes, vom Himmel oder vom Teufel, Tod, Gespenstern usw. treten auf, zuweilen von besonderer sexueller Färbung (Succubi und Incubi der alten Autoren; ein großer Teil der alten Dämonomanie, des Hexen- und Teufelswesen gehörte in dieses Kapitel, manche Fälle aber, wie schon seinerzeit erwähnt, zur Melancholia cum delirio). — Bei den Koitushalluzinationen der Hysterie mangeln oft, analog den paranoischen, eigentliche Wollustempfindungen, es wird vielmehr häufig über unangenehme, ja schmerzhaft Sensationen geklagt. Sehr oft kehrt in dem Inhalte des deliranten Verworrenheitszustandes bei jedem einzelnen Anfalle eine ganz bestimmte tatsächliche Situation aus der früheren Lebensgeschichte der Kranken wieder, z. B. gerade das Ereignis, welches seinerzeit auslösend für die Hysterie selbst gewirkt hatte (ein Notzuchtsattentat oder ein anderes »sexuelles« Trauma u. dgl.). Eine unserer Kranken hatte in ihren Delirien es stets mit ihrem einstigen Liebhaber zu tun, der sie infiziert und treulos verlassen hatte. Oder es sind andere schreckliche beängstigende Situationen; eine Kranke phantasierte mit angstverzerrten Gesichtszügen von »Mördern« usw.

Aehnlich den periodischen »Verstimmungen« der Epilepsie finden sich ferner recht häufig plötzliche Aufregungszustände mit blindwütender Aggressivität, unflätigen Schimpfreden, Zerstörungssucht, die gerade wegen ihres episodenhaften Auftretens, ihrer Maßlosigkeit und ihres raschen Abklingens sich deutlich als »Ausnahmzustand« von der gewöhnlichen hysterischen oben skizzierten Charaktereigentümlichkeit unterscheiden.

Sehr häufig beobachtet man den epileptischen ähnliche »Fugue«zustände.

In anderen Fällen trägt der Dämmerzustand ganz den Typus einer schweren tobsüchtigen Verworrenheit. Sinnloses

Schreien, Psalmodieren, rastlose Jaktationen, Grimassieren etc. beherrschen das Krankheitsbild.

Wieder in anderen Fällen repräsentiert sich der Dämmerzustand unter dem Bilde des schon seinerzeit beschriebenen katatonischen »Vorbeiredens«, d. h. auf Fragen auch einfachster Art erfolgen ganz schreiend verkehrte, outriert falsche Antworten, welche bei all ihrer Maßlosigkeit und Unsinnigkeit aber genau erkennen lassen, daß der Sinn der Frage von den Kranken wohl verstanden wurde. Derlei Antworten werden bald blitzschnell hervorgestoßen, bald langsamer vorgebracht, als ob der Kranke sich erst auf die entsprechende Antwort besinnen würde.

In allen diesen Fällen handelt es sich um mehr minder starke Bewußtseinstrübungen. Häufig hinterlassen derlei Zustände auch vollständige Amnesie, welche, wie bei den epileptischen Psychosen, auch retrograd sein kann, in der also z. B. gerade jenes Ereignis mit einbezogen ist, das seinerseits als unmittelbar den Anfall auslösend gewirkt hatte. Bei einem und demselben Falle bieten nicht selten die einzelnen Anfälle in ausgezeichneter Weise die mehrfach erwähnte »photographische Treue«.

Abgesehen davon werden noch andere psychopathische Symptome beobachtet, z. B. gewisse monotone, meist optische Halluzinationen, die von den Kranken bei vollständig klarem Bewußtsein und äußerlich durchaus geordnetem Gedankengange angegeben werden.

* * *

Die hysterischen Geistesstörungen s. str. lassen sich nicht selten durch äußere Eingriffe in überraschender Weise kuppieren, gerade so plötzlich, wie sie auf äußere Einwirkungen hin zustande kommen. Energische faradische Pinselung z. B. kann gelegentlich den Dämmerzustand zum Schwinden bringen. Recht viele Fälle aber wieder erweisen sich äußeren Reizen gegenüber durchaus refraktär.

Die Prognose der einzelnen Anfälle hysterischer Geistesstörung ist absolut günstig zu stellen, ebenso günstig ist die Prognose der Hysterie quoad intellectum. Eine zu-

nehmende intellektuelle Abschwächung, ja Verblödung, wie bei den epileptischen Psychosen, gehört nicht zum Wesen der Hysterie. Andererseits muß die Prognose der hysterischen Charakteranlage, des Grundleidens als ungünstig dargestellt werden, wenngleich sich auch hier weitgehende Besserungen erzielen lassen, die eigenartige hysterische Veranlagung mehr minder lange Zeit vollständig latent bleiben kann. Eine wesentlich bessere Prognose quoad Dauerheilung gibt die Hysterie der Kinder.

Die einzelnen Symptome, seien sie rein nervöser Natur (Lähmungen, Kontraktionen etc.) oder psychotisch, können sowohl spontan ebenso rasch schwinden, wie sie gekommen, als sie auch therapeutischen Maßnahmen gegenüber besonders zugänglich sind, u. zw. dies in desto höherem Maße, eine je mächtigere suggestive Kraft denselben innewohnt. In erster Linie steht hier die hypnotische Suggestion, aber auch zielbewußte planmäßige Wachsuggestion kann überraschende Erfolge nach sich ziehen. Aber man kann ruhig sagen, daß jedes Mittel wirksam sein kann, soferne es nur dem betreffenden Kranken einen besonderen »Respekt«, ein besonderes Vertrauen einflößt; daher erklären sich die vielen »Wunderkuren«. Behandlung mit Elektrizität ist gleichfalls sehr zu empfehlen, wobei es auf das Quomodo der Anwendung (faradisch oder galvanisch usw.) herzlich wenig ankommt.

Neben dieser suggestiven, vorzugsweise gegen die einzelnen Symptome gerichteten Therapie, ist eine Bekämpfung des Grundleidens eine wichtige, leider viel schwieriger zu erfüllende Indikation. Allgemein roborierende Diät (Mastkur), Fernhaltung von Nervenschädlichkeiten (Alkohol), vernünftige Lebensweise (mäßiger Sport), eventuell Versetzung in andere Lebensverhältnisse (Reise usw.) kommen hier in Betracht. Speziell bei der Behandlung der kindlichen Hysterie ist Entfernung aus der bisherigen Umgebung meist eine *conditio sine qua non*, oft schon an sich von ausgezeichnetem Erfolge begleitet.

Von medikamentösen Mitteln wird man oft, *ut aliquid fieri videatur*, nicht absehen können; Lecithin, Fellows Syrupus hypophosphites und Hells Syrupus compositus haben sich recht bewährt, wobei allerdings die Möglichkeit einer rein

suggestiven Wirkung dahingestellt bleiben möge. Die altbewährte *Asa foetida* und *Tinctura valeriana* (letztere in der modernen Form der Valylkapseln) seien hier auch erwähnt. Als kontraindiziert müssen die *Narcotica* (speziell *Morphium*) erachtet werden.

Bei der allgemeinen Behandlung der Hysterie dürfen selbstverständlich gewisse somatische Faktoren nicht übersehen werden, welche eventuell als ständig irritierende Schädlichkeiten auf das Nervensystem einwirken. Die Behandlung eines hartnäckigen Frauenleidens z. B., das die Patienten körperlich und seelisch in gleicher Weise elend macht, muß gewiß vollständig rationell genannt werden und wird auf die Hebung des Allgemeinzustandes von gutem Einfluß sein. Andererseits hüte man sich hier aber vor einer Polypragmasie. Die Versuche, die Hysterie überhaupt promiscue durch Exstirpation anscheinend gesunder Ovarien heilen zu wollen, müssen wohl als aus einer gründlichen Verkennung des Wesens der Hysterie hervorgegangen beurteilt werden. Ich selbst kenne mehrere solcher kastrierter Opfer; zwei davon endeten bald nach dem Eingriff durch *Suicid*, die anderen behielten ihre Hysterie (schwere Anfälle usw.) unverändert fort, boten das Bild des *Senium praecox* und trugen außerdem alle die Beschwerden davon, welche in der jüngsten Zeit von der vorzeitigen künstlichen Menopause berichtet wurden.

Was die *Aetiologie* betrifft, so findet sich in der überwiegenden Mehrheit erbliche Belastung. Das weibliche Geschlecht prävaliert entschieden, wenngleich auch männliche Hysterien durchaus nicht selten sind (etwa ein Drittel). Die Hysterie tritt am häufigsten in den Jahren der vollendeten Geschlechtsreife auf, aber auch bei Kindern wurden genug typische Fälle beobachtet.

Als determinierende Ursachen lassen sich in sehr vielen Fällen psychische Noxen namhaft machen; nicht selten kann der erste Anfall oder die erste Psychose direkt auf eine bestimmte Gelegenheitsursache zurückgeführt werden, die eine heftige seelische Erschütterung bedingte (plötzlicher intensiver Schreck, Todesfall einer geliebten Person, besonders häufig sexuelle Traumen, ein Notzuchtsattentat u. dgl.).

Entsprechend der degenerativen Veranlagung, welche den meisten Fällen zugrunde liegt, ist die Hysterie nicht selten kombiniert mit anderen Psychosen und Neurosen, speziell mit dem zirkulären Irresein; sie findet sich bei vielen Fällen der psychopathischen Minderwertigkeit (Zwangsvorstellungen, impulsives Irresein, Psychopathia sexualis), beim moralischen Schwachsinn usw.

VII. Die angeborenen Defektzustände.

Es handelt sich durchwegs um Entwicklungsstörungen, um ein Ausbleiben der psychischen Entwicklung, wobei nun in quantitativer und qualitativer Hinsicht die allergrößten Verschiedenheiten vorkommen können. Derartige Zustände lassen sich überhaupt nicht scharf abgrenzen, weder untereinander, noch gegenüber dem normalen Seelenleben. Von den schwersten, überhaupt nicht lebensfähigen, daher klinisch bedeutungslosen Mißbildungen ziehen sich fließende Uebergänge durch Formen tiefstehender tierähnlicher Idiotie und einfachen Schwachsinnens hindurch bis in das breite Grenzgebiet der — sit venia verbo — »physiologischen« Dummheit, zu dem Intelligenzgrade des Durchschnitts-Banausentums (ja diese Skala menschlichen Intellekts läßt sich anderseits ohne jegliche scharfe Grenze weiter hinauf verfolgen durch alle möglichen Grade von Begabung und Talent bis zu den exzeptionellen Höhen des Genies).

Die Bezeichnung »angeboren« trifft, streng genommen, nur für einen Teil aller der hier in Betracht kommenden Fälle zu. Viele sind eigentlich auch erworben, nur fällt der Zeitpunkt der Störung in eine Lebensperiode, da das Seelenleben noch nicht vollständig entwickelt ist, daher alle hierher gehörigen Krankheitsbilder ein eigentümliches Gepräge, nämlich eben das eines Defektzustandes, einer Entwicklungsstörung annehmen.

Wenngleich, wie erwähnt, eine scharfe Abgrenzung der einzelnen Bilder nicht möglich ist, unterscheidet man im großen und ganzen doch der Schwere nach folgende Hauptformen, wobei die Fähigkeit abstrakte Begriffe bilden zu können, etwa das Unterscheidungskriterium sein möge.

XIV. KAPITEL.

Die Idiotie und Imbezillität.

Unter abstrakten Begriffen sind hier durchaus nicht höhere Vorstellungskomplexe, wie Tugend, Gesetz, Sittlichkeit usw. verstanden, sondern einfach das Vermögen, von mehreren gleichartigen konkreten Objekten das gemeinsame Gattungsmerkmal usw. herauszufinden.

Der Idiot lernt z. B. seine Eltern mit »Vater« und »Mutter« anzusprechen; allein es ist ihm nicht möglich, einen Einblick zu gewinnen in die Beziehungen zwischen diesem und nur diesem einzigen Menschenpaare und seiner Person, daß fremde Leute auch Vater und Mutter haben, die aber nicht die seinen sind. Der Idiot benennt vielleicht richtig seinen Haushund als solchen, vermag aber nicht die Aehnlichkeiten herauszufinden mit anderen ähnlich gebauten und ähnlich ausschauenden Tieren, daß dieselben auch »Hunde« seien usw.

A. Idiotie.

Die schwersten Formen verraten ihre Defektuosität schon dadurch, daß gewisse früheste Reflexe nicht oder bedeutend verspätet hervortreten. Die kleinen Wesen saugen nicht oder nur schlecht, sie schlafen auffallend viel, schreien und bewegen sich wenig; so manche »sehr brave« Säuglinge, die ihren Pflegern gar so wenig zu schaffen machen, entpuppen sich später als Idioten; die Kinder fixieren nicht, lassen glänzende Gegenstände, Licht usw. oder andere Sinnesreize unbeachtet, lernen nicht die Mutter oder Amme von fremden Personen unterscheiden (was de norma schon gegen Mitte der Säuglingsperiode der Fall ist). Während beim normalen Kinde durchschnittlich nach dem ersten Lebensjahre die ersten Sprech- und Gehversuche sich zeigen, treten diese Fähigkeiten enorm verspätet auf, das Sprechvermögen speziell kann überhaupt ganz ausbleiben. Man unterscheidet demnach auch sprechfähige und nichtsprechfähige Idioten.¹⁾

Sobald das Kind über die Säuglingsperiode hinaus ist, gelegentlich schon früher, zeigt sich nun eine gewisse Diffe-

¹⁾ In jedem Falle von verspäteter oder mangelnder Sprachentwicklung darf übrigens eine genaue Prüfung des Hörvermögens niemals verabsäumt werden, da dieser Zustand ebensowohl Symptom der Idiotie, wie der davon absolut wesensverschiedenen Taubstummheit sein kann.

renzierung der einzelnen Formen, gemäß deren man zwei Haupttypen unterscheiden kann, die erethische (versatile) und apathische oder torpide Form.

Die erethischen Formen sind in steter Bewegung; sie sind zerstörungssüchtig, reizbar, boshaft, springen umher, kreischen, schwatzen unausgesetzt. Sehr häufig beobachtet man eine eigentümliche Bewegungstereotypie (wie bei den Katatonikern), gewisse ticartige, immerwährend wiederholte motorische Akte, ein rhythmisches Wiegen mit dem Oberkörper, ein Schnalzen, Pfeifen. Sie schlagen in regelmäßigem Takte mit der Faust auf den Tisch, klatschen in die Hände, stoßen durchdringende gelle Schreie aus usw. Bemerkenswert ist in manchen Fällen ein hartnäckiger Selbstbeschädigungstrieb derart, daß, namentlich wenn die Kranken über irgend etwas in Zorn geraten, sie in blinder Heftigkeit gegen sich selbst wüten, sich selbst ohrfeigen, in die Finger beißen, sich zerkratzen usw.

Wenn es zu sprachlichen Aeußerungen gekommen ist, beschränken sich dieselben häufig auf monotones Verbigerieren einiger weniger Vokabel, oder es werden nur allerlei unartikulierte Naturlaute unausgesetzt geplappert »oda, da, bu bu« usw. Nicht selten beobachtet man triebartige Masturbation.

Die apathischen Formen nehmen keine oder wenig Notiz von der Außenwelt; in den schweren Formen dämmern die Kranken dahin, wie die Pflanzen ein rein vegetatives Leben führend, müssen dauernd betreut werden, sind unfähig auch nur für die elementarsten körperlichen Bedürfnisse zu sorgen. In leichteren Graden lassen sie sich zu allerlei Fertigkeiten abrichten, doch mangelt ihnen jegliche Initiative. Sie können stundenlang mit leerem Gesichtsausdruck auf einem und demselben Flecke sitzen bleiben ohne Bedürfnis nach Lokomotion, nach irgendeiner Beschäftigung. Sie lernen aber bekannte und fremde Personen unterscheiden, verraten Freude beim Anblick gewisser Personen, Angst bei Annäherung Fremder.

Die sprachlichen Aeußerungen bleiben auch hier oft ganz aus; es kommt nur zu einem unartikulierten Grunzen, Heulen oder Brummen. In anderen Fällen wird die Kenntnis einiger Vokabel erworben. Zumeist bleibt es, wenn der Idiot schon über einen gewissen Sprachschatz verfügt, bei Agrammatismus

(die Kranken sprechen in Infinitiven, sprechen von sich selbst in der dritten Person).

Davon nun führen fließende Uebergänge zu

B. Imbezillität (Schwachsinn).

Das Sprachvermögen ist hier überall vorhanden, wenn auch häufig mangelhaft (Stottern, Lallen, Sigmatismus [Anstoßen beim Aussprechen des S und Sch], Rotazismus [Verwechslung von R und L] usw.).

Die Kranken sind schon in höherem Maße bildungsfähig, nicht nur in dem Sinne, daß sie zu verschiedenen Fertigkeiten herangezogen werden können; sondern sie vermögen sich auch einige der sogenannten »Schulkenntnisse« anzueignen. Gedächtnis und Merkfähigkeit sind oft sogar ausgezeichnet entwickelt. Erwähnenswert ist ferner, daß in manchen Fällen gewisse isolierte Fähigkeiten im Gegensatz zum allgemeinen Schwachsinn des betreffenden Individuums weit über das Durchschnittsmaß emporragen können; manche der musikalischen Wunderkinder, der Rechenkünstler usw. gehören hieher. Während aber die mechanische Gedächtnisleistung keine groben Störungen aufweist, offenbart sich sofort die intellektuelle Defektuosität, sobald es sich darum handelt, mit dem vorhandenen Gedankenmaterial selbständig zu operieren, Schlüsse und Urteile zu bilden, die erworbenen Kenntnisse in einer veränderten Situation zu verwerten, dieselben veränderten äußeren Bedingungen anzupassen usw. Ein Schwachsinniger hat es z. B. gelernt, nach einem Muster Körbe zu flechten, von bestimmter Form und Dimension, vollführt diese Arbeit vielleicht schon recht flink und tadellos; sobald er aber vor die Aufgabe gestellt wird, etwa statt eines kreisrunden einen ovalen Boden anfertigen zu sollen oder irgendeine ähnliche belanglose Aenderung vorzunehmen, versagen seine Kenntnisse vollständig. Ganz dasselbe ist der Fall, wenn der Schwachsinnige in eine Situation versetzt wird, für die in seinen bisherigen Kenntnissen (»Lebensregeln«, angelernte Moralbegriffe usw.) nicht vorgesehen ist. Die Kranken »lernen ihr Leben auswendig«. Sie stehen vollständig ratlos da, greifen zu den verkehrtesten

Mitteln, sobald sie äußeren Verhältnissen gegenüberstehen, die in irgendeiner Weise abweichen von ihrem bisherigen Vorstellungsschatze. Aus dieser Haupteigenschaft des Schwachsinnigen ergeben sich einige klinische, auch forensisch wichtige Züge. Vor allem würde man sehr häufig über den wahren Grad des vorhandenen Schwachsinnigen getäuscht werden, wenn sich das Examen nur auf die Prüfung der sogenannten erworbenen Kenntnisse (»Schulbildung«) beschränken wollte. »Erlernen« läßt sich ja erstaunlich viel, nicht bloß aus Schulbüchern und dem »Meyer«, sondern auch, was gesellschaftlichen Schliff, Umgangsformen usw. anbelangt. Einer meiner Kranken hatte Untergymnasium und eine Militärschule absolviert, war als Leutnant ausgemustert worden, und erst gelegentlich einer psychiatrischen Expertise — Patient war kriminell geworden — stellte sich ein ganz beträchtliches Maß von Schwachsinn heraus. Bei einer Patientin, der Witwe eines Universitätsprofessors von europäischem Rufe, wurde ein sehr hochgradiger Schwachsinn erst bekannt, als sie in der unglaublichsten Weise von Betrügern ausgebeutet worden und selbst vor den Strafrichter gekommen war. Lösen von Rechenexempeln, Aufzählen der Jahreszahlen von Schlachten, Geburts- und Todesdaten von Kaisern, Dichtern usw., Nennen der Hauptstädte, Flüsse, Staaten von Europa usw. wird ein Schwachsinniger vielleicht ganz tadellos zuwege bringen, während er bei sogenannten Verstandesfragen in seiner ganzen Defektuosität dasteht. Er weiß z. B. wie der Kaiser von Deutschland und der Präsident von Frankreich heißt, hat aber nicht die geringste Idee von dem Unterschied zwischen Monarchie und Republik. (Auf die Frage: »Kann jeder Kaiser werden, so wie jeder Präsident werden kann?« meinte ein Patient: »Kaiser kann man nur werden, wenn man adelig ist«.) Der Patient zählt vielleicht die einzelnen katholischen Feiertage auf, kennt aber nicht die Bedeutung von Weihnachten, Ostern und Pfingsten (»Ostern ist, wenn man die roten Eier kriegt«). Eine Kranke, die Maitresse eines Geldmenschens, welche 5000 Gulden gestohlen hatte, um der Mutter Gottes ein Altarbild schenken zu können, antwortete auf die Frage, was denn eigentlich Sünde sei, »wenn man Freitag Fleisch ißt« usw. Beim Examen lege man also das

Hauptgewicht auf Definitionen, Fragen nach den wesentlichen Merkmalen usw. In vielen Fällen freilich zeigt sich die Imbezillität auch schon in der mangelnden Schulbildung, in dem Mißverhältnisse der vorhandenen Kenntnisse zu dem Alter und dem Bildungsgange des betreffenden Individuums.

Vermöge der Unfähigkeit eines eigenen Urteils sind ferner die Kranken ungemein suggestibel und leicht nach jeder Hinsicht zu lenken, zum Guten und zum Schlechten; sie lassen sich leiten von dem, was »man« ihnen »halt gesagt« hat, sind die echten »Autoritäts«-Gläubigen. Ihr Tun und Lassen wird bestimmt durch das Milieu im engeren und weiteren Sinne. »Lebensregeln«, Sprichwörter, Gemeinplätze u. dgl. spielen auch in den sprachlichen Aeüßerungen der Kranken eine große Rolle.

Unter entsprechender Erziehung und Anleitung können daher die Schwachsinnigen ganz tüchtige Mitglieder der menschlichen Gesellschaft sein, während sie umgekehrt ob ihrer Kritiklosigkeit und Bestimmbarkeit recht gefährliche Werkzeuge in verbrecherischen Händen werden können.

Sehr häufig wird der Schwachsinnige auch kriminell noch durch folgende Umstände. Das Affektleben der Kranken ist ein recht intensives, insbesondere ist die Maßlosigkeit der Affekte und das Mißverhältnis zwischen denselben und den äußeren Veranlassungsursachen sehr bemerkenswert. Eine meiner Patientinnen, die von ihrer Dienstgeberin, einer Bäuerin, mißhandelt worden war, steckte deren Haus in Brand; ein anderer Patient warf mit dem Messer nach seiner Schwester, die ihn gehänselt hatte. Eine Kranke, welche mit ihrer Schwiegermutter in Unfrieden lebte, wollte dieselbe einfach aus dem Leben schaffen und ging darum — in übrigens recht charakteristischer Weise — einen ihr ganz fremden Dienstmann an, gegen Entgelt die alte Frau umzubringen.

Eine andere Quelle der Kriminalität der Schwachsinnigen liefert die schon oben erwähnte eigenartige geistige Kurzsichtigkeit und Ratlosigkeit ungewohnten Situationen gegenüber. Sobald sich der Schwachsinnige nicht zu helfen weiß, greift er zum ersten besten Mittel, das ihm eine Befreiung aus seiner

augenblicklich unangenehmen Lage zu verheißern scheint, ganz unbekümmert um die Tragweite des betreffenden Schrittes.

Ein Schwachsinniger, der seinen epileptischen Bruder über Land führen sollte, warf denselben einfach in einen Bach, als der Transport des Fallsüchtigen, wegen einer konvulsiven Attacke desselben, momentan auf Schwierigkeiten stieß. Hieher gehören die leider nicht so seltenen Fälle, daß Kindermädchen die ihnen anvertrauten Kleinen töten, nur weil ihnen das Schreien lästig war, oder sie sich sonst irgendwie nicht Rates wußten in der Pflege derselben. Bei Erörterung der forensischen Wichtigkeit des Schwachsinnigen ist hier aber überall nur von der intellektuellen Imbezillität die Rede, nicht von der interessanten Spezialart des Schwachsinnigen, der später näher zu erörternden sogenannten »Moral insanity«. Die leichteren Fälle des Schwachsinnigen führen nun durch zahllose Nuancen hinüber in das breite »Borderland« der einfachen »Dummheit«.

C. Somatische Symptome.

Idiotie und Imbezillität seien hier gemeinsam erörtert. Entsprechend der Aetiologie finden sich einmal sehr häufig die verschiedenen körperlichen Degenerationszeichen, insbesondere Schädelanomalien (vide opt. XV, A), ferner können im Bereiche des Nervensystems Symptome vorkommen, welche auf die, auch die psychischen Erscheinungen bedingenden, zerebralen Prozesse der verschiedensten Pathogenese zurückzuführen sind, also allerlei Halbseitenercheinungen, spastische Paresen, Littlescher Symptomenkomplex, Pseudobulbärparalysen, Strabismus usw. Nicht selten ist die Kombination mit Epilepsie.

Eine eigenartige familiär auftretende Form schwerer Idiotie geht mit Blindheit einher (»Amaurotische familiäre Idiotie«). Ueber die kretinistische Form der Idiotie vide sub »Thyreogenes Irresein«.

In einigen Fällen aber weist der körperliche Befund nicht die geringsten Anomalien auf.

D. Pathologische Anatomie.

Makroskopische und histologische Untersuchungen der Idiotenhirne liefern eine ungemein reiche Ausbeute. Hier seien nur einige der

wichtigsten Befunde kursorisch aufgezählt. Eine große Gruppe umfaßt schwere pathologische Veränderungen, Porencephalie, Hydrocephalie, Encephalitis (auch E. foetalis), mehr minder ausgedehnte narbige Herde und Zysten nach Embolien, Apoplexien, zirkumskripte und diffuse Sklerosen. In anderen Fällen liegen nicht im eigentlichen Sinne pathologische, als vielmehr teratologische Befunde vor, d. h. Mißbildungen ohne Residuen z. B. entzündlicher Prozesse. Hieher gehören die echte Mikrencephalie (abnorme Kleinheit des Gehirns), Persistieren bestimmter Gehirnpartien auf fötaler Entwicklungsstufe (z. B. Freibleiben der Insula Reilii), mangelhafte Entwicklung der kortikalen Ganglienzellen und Nervenfasern, Windungsanomalien (z. B. »Affenspalte«) usw.

Von Schädelmißbildungen kommen vor die verschiedenen synostotischen Difformitäten, wie sie unter den Degenerationszeichen aufgezählt werden sollen. Sehr häufig (aber durchaus nicht immer) findet sich neben der Mikren- auch eine Mikrocephalie, d. h. abnorme Kleinheit des Schädels. Derselbe ist in einzelnen Fällen speziell im Stirnanteile auffallend schwach entwickelt (»Vogelmenschen«); nur in den allerseltensten Fällen findet man eine prämatüre Nahtverknöcherung bei der Mikrocephalie, welch erstere aber auch da nicht als primäre Ursache der abnormen Kleinheit des Gehirns, sondern umgekehrt, als sekundär bedingt aufgefaßt werden muß.

In vielen Fällen hingegen ergab weder die makroskopische noch histologische Untersuchung des Gehirns irgendeine Abweichung von der Norm.

E. Aetiologie.

Es handelt sich durchgehends um Noxen, welche entweder auf den Keim selbst schädigend einwirkten, oder auf das sich entwickelnde Gehirn zu irgendeinem Zeitpunkte des intra- oder extrauterinen Lebens.

Die hereditär degenerative Veranlagung gibt wieder einen Hauptfaktor ab, namentlich Alkoholismus in der Aszendenz.

Von Wichtigkeit sind Geburtstraumen der verschiedensten Art (Zangengeburt, Asphyxie), alle möglichen zerebralen Prozesse, welche um so deletärer wirken, in je früherer Zeit der Entwicklung sie auftreten (Encephalitiden usw.), fieberhafte Infektionskrankheiten mit besonders schweren zerebralen Erscheinungen.

Nicht außer acht gelassen werden darf die Rolle, welche Gifte spielen in ihren ominösen Folgen auf das besonders vulnerable kindliche Nervensystem (Alkohol, Opiumpräparate, z. B. in Form der berüchtigten Mohnabsude usw.).

E. Therapie.

Unter Berücksichtigung der Aetiologie und der pathologischen Anatomie ergibt sich von selbst, daß eine medikamentöse Therapie aussichtslos sein muß, abgesehen natürlich von der Thyreoidinbehandlung des Kretinismus. Der Gedanke, durch einen chirurgischen Eingriff (Trepanation) dem abnorm kleinen Schädelinhalt Raum zur Ausdehnung zu verschaffen, hat glücklicherweise wohl nur mehr historisches Interesse.

Das Um und Auf der Therapie besteht in Versuchen, die Bildungsfähigkeit nach Möglichkeit auszunützen; die Behandlung muß eine pädagogische, erzieherische sein, an welcher Aerzte und fachmännisch gebildete Lehrer in gleichem Maße teilnehmen sollen. Es lassen sich da bei methodischem, zielbewußtem und planmäßigem Unterricht ganz erstaunliche Resultate erzielen. Der Unterricht der Idioten, aber auch der meisten Schwachsinnigen erfordert allerdings eigene fachmännische Kenntnisse und läßt sich nur in eigenen Instituten durchführen. Eigene Schulen für Schwachsinnige sind schon aus dem Grunde notwendig, weil ein imbezilles Kind nicht nur den Unterrichtsgang der übrigen aufhalten kann, sondern vor allem, weil das arme, schwachsinnige Geschöpf durch unpassende Behandlung (Schelte seitens der Lehrer, Hänseleien seitens der Kameraden usw.) sehr leicht erbittert, maßlos gereizt und dadurch für die Umgebung recht gefährlich werden kann.

Bezüglich der forensischen Beurteilung muß man sich stets besonders vor Augen halten, daß wir uns hier auf einem Grenzgebiete bewegen, daß daher jeder Fall für sich in vollständig individueller Weise beurteilt werden muß, ob die Bedingungen des § 2 Oe. St.-G. zutreffen, der von einem vollständigen Mangel der Vernunft spricht (»des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt«).

KAPITEL XV.

Der moralische Schwachsinn.

(Folie morale, moral insanity.)

Um zu einer naturwissenschaftlichen Auffassung der »Moral« zu kommen, müssen wir uns vor Augen halten, daß »Gut« und »Böse« Begriffe sind, gebunden an das Zusammenleben der Menschen in der menschlichen Gesellschaft.

Eine sittliche Lebensführung besteht nun vor allem weniger in positiven Taten als in Unterlassungen, in Unterdrückungen von Handlungen (»du sollst nicht stehlen, du sollst nicht töten« usw.). Einer der Hauptfaktoren der Moral beruht also einmal auf einer hemmenden Wirkung des Großhirns, auf der Fähigkeit, Triebe und Handlungen zu unterdrücken, im speziellen Falle, wenn aus denselben dem »Ich« zwar Lustgefühle, Anderen aber Schaden erwachsen.

Eine zweite ungemein wichtige Komponente einer moralischen Lebensführung bilden gewisse Affekte, bzw. die Disposition zu gewissen Affekten. Wir können ganz allgemein dieselben einteilen in egoistische und altruistische, d. h. solche, welche durch Vorgänge in einem »nicht Ich« ausgelöst werden, überhaupt nur in bezug auf eine andere Persönlichkeit auftreten. (Mitleid, Scham, Ehrgeiz, Familien-, Bürgersinn usw.)

Bei der moralischen Idiotie handelt es sich nun im wesentlichen um ein Fehlen, bzw. eine mangelnde Entwicklung der Hemmungsfähigkeit der Großhirnrinde, um ein Fehlen, bzw. einen Defekt vorwiegend der altruistischen Gefühle bei maßloser Steigerung der egoistischen, endlich aber um eigentümliche Persionen des Affektlebens, derart, daß Situationen, welche de norma Lustgefühle erwecken, bei derartigen Individuen Unlustgefühle auslösen und umgekehrt.

A. Symptomatologie.

Die antisozialen Seiten entpuppen sich schon in frühester Jugend. Solche Kinder, kaum dem Säuglingsalter entwachsen, fallen auf durch besondere Ungeberdigkeit, Widersetzlichkeit, durch Eigensinn, Mangel von Liebe und Anhänglichkeit den Angehörigen gegenüber. Die kleinen Geschöpfe legen eine ganz eigenartige Grausamkeit und Bosheit an den Tag, Unempfindlichkeit, ja Widerwillen gegen Schmeicheleien, Liebkosungen. Bemerkenswert ist eine ganz enorme, explosivartig sich entladende Reizbarkeit. Es zeigt sich eine unüberwindliche Arbeitsscheu, vermöge deren diese Kinder lieber die härtesten Strafen erdulden, als bei irgendeiner Arbeit auszuharren. Sehr befremdend wirkt die geradezu teuflisch zu nennende Schadenfreude dieser jungen Geschöpfe. Boshafte Beschädigung fremden Eigentums, Verleumdungen, Mißhandlungen usw. werden mit unglaublichem Raffinement verübt, wobei vielfach irgendein dem normalen Gefühlsleben verständlicheres Motiv, wie Rachsucht, gekränkter Ehrgeiz usw. vermißt wird. Mordversuche und wirkliche Tötungen, begangen von nicht einmal halbwüchsigen Individuen, sind in der einschlägigen Literatur mehrfach beschrieben. Ungemein häufig findet sich eine besondere Lügenhaftigkeit, deren krankhafte Natur oft an sich schon dem Laien sich aufdeckt. Es handelt sich dabei nämlich durchaus nicht lediglich um Not- oder Zwecklügen, sondern es bietet sich das Bild der *Pseudologia phantastica*. Die Kranken lügen ohne Zweck, nur um zu lügen; sie lügen aus Bosheit oder weil es ihrer Eitelkeit schmeichelt; es verschwindet eben das Urteil über Wahrheit und Phantasie. Es besteht ferner maßlos gesteigerte Genußsucht bei abnormer Reaktion gegen Unlustgefühle. Es zeigt sich eine unbezwingliche Genäschigkeit, zu deren Befriedigung die kleinen zukünftigen Verbrecher oft zu Diebstählen und Gewalttätigkeiten greifen. Sehr häufig verfallen derartige Kranke schon sehr frühe dem Mißbrauch geistiger Getränke, was natürlich seinerseits wieder deletär auf das schon ab origine defekte Zentralnervensystem einwirkt. Auffallend früh regt sich der Geschlechtstrieb und äußert sich in intensiv betriebener

Onanie, mutuellem Unzucht; aber auch koitusähnliche Akte, die verschiedenen Spielarten sexueller Perversitäten werden beobachtet. Die schon erwähnte Arbeitsscheu entspringt nicht nur aus dem Mangel an Ehrgeiz und Scham, sondern auch der Intoleranz gegen Unlustgefühle; derlei Individuen sind einfach nicht imstande, sich über die Ermüdung, d. h. Unlustgefühle, hinwegzusetzen, welche einmal jede Arbeit mit sich bringt.

Die intellektuelle Entwicklung schreitet dabei häufig ziemlich gut fort, oft freilich auch verspätet und mangelhaft (Kombination mit intellektuellem Schwachsinn); zuweilen aber bekunden solche Kinder sogar eine auffallende geistige Frühreife.

Im weiteren Verlaufe nun, je mehr die gleichzeitig wachsende Intelligenz diesen Charakteren Mittel zeigt, ihre kriminelle Neigung zu befriedigen, je mehr andererseits der heranwachsende Mensch sich als Mitglied dem großen gesellschaftlichen Organismus einfügen soll, sobald also diese Individuen das Alter der Selbständigkeit erreicht haben, treten die oben skizzierten Züge immer deutlicher zutage. Aus den kleinen Taugenichtsen werden die jugendlichen Verbrecher. Da zeigt sich nun im allgemeinen eine gewisse eigentümliche Spezialisierung (die Kriminalisten kennen längst die Tatsache, daß Gewohnheitsverbrecher meist stets in ein und dasselbe Delikt verfallen). Wir können nämlich auch hier eine versatile und apathische Form unterscheiden. Bei ersterer prävalieren die Hemmungsfähigkeit, Reizbarkeit, gesteigerte Genußsucht; bei letzterer der Mangel und die Perversionen der altruistischen Gefühle, die Schamlosigkeit, Arbeitsscheu, Lügenhaftigkeit. Dem entsprechen nun einerseits die unverbesserlichen Rauf- und Trunkenbolde, die Gewalttätigen, die Sittlichkeitsverbrecher, andererseits die Vagabunden, Diebe, Hochstapler usw. Die Fälle mit besonders ausgesprochener Pseudologia phantastica stellen hiezu ein großes Kontingent. Eine relativ harmlose Erscheinungsform des apathischen Typus sind die jedem Anstaltsarzt wohlbekannten fratres nosocomiales, arbeitsscheue Landstreicher, welche unter allen erdenklichen Vorwänden sich den bequemen und sorgenlosen Aufenthalt in einem Krankenhause zu verschaffen wissen; nachdem man aber

dasselbst doch meistens im Bett liegen muß, schmale Kost bekommt, wird neuerer Zeit die Irrenanstalt bevorzugt, wo es doch Kegelbahnen, Billard, Theateraufführungen usw. gibt (vide später sub Simulation). Für weibliche moral insanes ist das große gesellschaftliche Sicherheitsventil die Prostitution, welche dieselben vor der Kriminalität bis zu einem gewissen Grade zu schützen geeignet ist. Arbeitsscheu, Leichtsin, Schamlosigkeit usw. prädestiniert ja das betreffende weibliche Individuum zu diesem Gewerbe.

Allen Besserungsversuchen, allen liebevollen Ermahnungen, empfindlichen Strafen zum Trotze, schreiten diese Individuen nun weiter auf der Bahn des Verbrechens und des Lasters. Endlich, meist schon sehr früh, kommt der moralisch Schwachsinnige ins Zuchthaus, d. h. er absolviert jetzt die Hochschule des Verbrechens. In der Gesellschaft der gewiegten Gewohnheitsverbrecher lernen nun diese Kranken Kniffe, an die sie selbst niemals gedacht, Instrumente, von deren Existenz sie keine Ahnung gehabt, sie beraten untereinander neue Verbrechen, lernen Geistesstörungen simulieren usw. und werden endlich, nachdem sie ihr Delikt »gebüßt«, als »gebessert« und »abgeschreckt« entlassen.

Das verbrecherische Treiben beginnt naturgemäß von Neuem, meist schon am Tage der Entlassung. Zur Abwechslung kommt einmal einer der Kranken auch vor den Psychiater — Abgabe in die Irrenanstalt, d. h. Leute, welche zu den gefährlichsten und raffiniertesten Verbrechern gehören, die gelegentlich aus dem Zuchthaus zu entweichen vermochten, sollen in einem Asyl untergebracht werden, dessen oberstes Prinzip die möglichst freie Behandlung sein soll. Der moral insane maltreatiert harmlose Mitpatienten, schmuggelt Alkohol ein, stellt die Hausordnung auf den Kopf. Mehrere solcher Leute komplottieren untereinander; endlich werden sie als »kein Objekt irrenärztlicher Pflege« unter irgendeinem Vorwand entlassen, oder sie brennen einfach durch. (Schutz der Gesellschaft!) Nun wissen sich derlei Individuen obendrein noch straffrei. »Mir kann nichts geschehen, ich komme nur in den Narrenturm«; wie einen Talisman tragen sie alle auf die seinerzeitige Abgabe in die Irrenanstalt bezüglichen Dokumente

mit sich herum. Endlich macht ein Messerstich bei einer Rauferei, die Tuberkulose in einer Zwangsarbeitsanstalt, oder die körperlichen schweren Folgen der langjährigen Exzesse diesem Leben ein Ende.

Entsprechend der Aetiologie (vide später) finden sich in der überwiegenden Mehrheit aller derartiger Individuen die verschiedenen anatomischen und funktionellen Degenerationszeichen, welche sie mit den psychopathisch Minderwertigen überhaupt gemeinsam haben.

Von Ersteren seien aufgezählt: Anomalien der Schädelbildung (Oxy-, Plagio-, Skapho-, Nanocephalia). Besonders häufig ist ein auffallendes Zurückbleiben des Stirnskelettes, die bekannte »fliehende Stirne«. Erwähnenswert sind ferner: massive Entwicklung der Jochbögen, des Unterkiefers, die Apophysis lemurica, Torus palatinus, enger, steiler Gaumen, Hypospadie, Kryptorchismus, Gynäkomastie, weiblicher Typus der Anordnung der Schamhaare und spärlicher Bartwuchs bei männlichen, auffallend tiefe Stimme, starke Behaarung, Bartanflug, männliche Anordnung der Crines bei weiblichen Individuen, Hasenscharte, Wolfsrachen, ungleiche Färbung der Irides, Tigerung derselben, Keratokonus, angewachsene oder fehlende Ohrläppchen, Morelsches Ohr, das Darwinsche Knötchen usw.

Zu den funktionellen Degenerationszeichen gehören u. a. habituelle, allgemeine Hypalgesie, die verschiedenartigen Anomalien der vita sexualis, eine sehr bemerkenswerte konstitutionelle Anomalie der Vasomotoren des Gesichtes, Nackens und der Brust derart, daß auf Einatmung von Amylnitrit die betreffenden Gefäße nicht dilatiert werden (das Erröten auf Amylnitrit entspricht seiner Ausbreitung nach der Schamröte), eigentümliche Idiosynkrasien gewissen Nervengiften gegenüber, wie z. B. qualitative und quantitative Alkoholintoleranz; unter ihnen finden sich viele der sogenannten »Süchtigen« (vide Kpt. XVI). Eine gewisse Periodizität macht sich nicht bloß in der psychischen Sphäre geltend, sondern auch in dem Verhalten des Körpergewichts. Häufig ist Kombination mit den großen Neurosen, Hysterie und besonders Epilepsie; bei Vielen besteht eine unverkennbare epileptische Disposition,

Neigung zu konvulsiven Anfällen («Fraisen»), zu den psychischen Aequivalenten, wie Absencen, verschiedenen fugueähnlichen Zuständen, »Zuchthausknall«; die Kranken zeigen überhaupt eine erhöhte Veranlagung zu verschiedenen meist transitorischen, nicht immer genauer zu rubrizierenden Geistesstörungen («Gefängnispsychosen»), auch die Neigung sich zu tätowieren, muß hier aufgezählt werden. (Tätowierung schon in früher Jugend, zuweilen ist der Inhalt der Zeichnungen ungemein obszön oder deutet schon an sich auf Bekanntschaft des Trägers mit dem Zuchthaus hin usw.)

B. Aetiologie.

Die ursächlichen Faktoren sind dieselben wie beim Schwachsinn überhaupt. In erster Reihe steht die hereditär degenerative Veranlagung (insbesondere Alkoholismus in der Aszendenz, aber auch Epilepsie, Geisteskrankheit, Verbrechen), ferner kommen in Betracht alle krankmachenden Momente, welche das Gehirn überhaupt treffen u. zw. in um so höherem Grade, in ein je früheres Alter die betreffende Schädlichkeit fällt. Hier sind aufzuzählen: Schädelverletzung mit Gehirnerschütterung einhergehend, Sonnenstich, Infektionskrankheiten mit besonders schweren zerebralen Erscheinungen, Encephalitiden usw. Beide Geschlechter beteiligen sich in annähernd gleichem Maße. Der moralische Schwachsinn ist, wie der intellektuelle, zumeist angeboren. Es kann sich aber, entsprechend der eben auseinandergesetzten Aetiologie, das ganze ominöse Charakterbild auch im späteren Lebensalter entwickeln, z. B. nach einem schweren Schädeltrauma.

C. Differentialdiagnose.

Wie schon seinerzeit erwähnt, können gelegentlich die leichtesten Formen periodischer oder zirkulärer Manie mit besonders hervorstechenden degenerativen Zügen zu Verwechslung mit der eigenartigen Form des moralischen Schwachsinn's Veranlassung geben. Einer meiner Kranken z. B. war jahrelang zwischen Zuchthaus, Zwangsarbeits- und Irrenanstalt

hin- und hergependelt, bis sich die wahre Ursache des Leidens herausstellte, d. h. der reizbare, gewalttätige, unerträglich boshafte, mit zahllosen Abstrafungen sich brüstende, trunksüchtige Patient auf einmal sich als bescheidener, fleißiger, durchaus sittlicher Mensch entpuppte. Er war eben in ein luzides Intervall eingetreten. Wie schon erwähnt, darf eben — ganz abgesehen von der Anamnese — das Vorhandensein typisch manischer Züge, speziell auf dem Gebiete des Assoziationsprozesses, nicht übersehen werden.

Viel schwieriger, ja gelegentlich unmöglich, kann die Beantwortung der Frage fallen, wie viel im konkreten Falle auf Rechnung des Pathologischen, d. h. einer krankhaften Veranlagung, wie viel auf Rechnung des Milieus (im weitesten Sinne, Erziehung usw.) zu setzen ist. Das Wichtigste ist hier eine sorgfältige Anamnese: in den gewöhnlichen Fällen also der Nachweis des Hervortretens krimineller Züge schon in den Kinderjahren, die absolute Fruchtlosigkeit irgendwelcher erzieherlicher Einflüsse (Strafe, Milde usw.), der Hinweis auf andere, unter ganz denselben äußeren Verhältnissen aufgewachsene, aber ethisch normale Familienmitglieder, die unausgesetzten Delikte, die Einsichtslosigkeit der Kranken für irgendwelche Vorwürfe, für ihr Tun überhaupt, was sich öfters gelegentlich längerer Unterredungen in höchst drastischer Weise äußert, die Schamlosigkeit, mit der einzelne Facta ohne Versuch einer Beschönigung als etwas ganz selbstverständliches dargestellt werden. In manchen Fällen von spät erworbener moral insanity wird besonders die Gegenüberstellung der psychischen Persönlichkeit vor und nach der bestimmten Schädlichkeit (Insolation usw.) von Wichtigkeit sein.

Besonders sei aber hier Folgendes betont. Der Nachweis einer erblichen Belastung, konvulsiver Züge, Degenerationszeichen und anderer Erscheinungen der Entartung ist zwar ungemein wertvoll zur Stütze der Diagnose und noch mehr darum, weil all dies uns veranlassen soll, uns mit der Psyche des betreffenden Individuums überhaupt eingehender zu beschäftigen; es dürfen aber nie und nimmer diese Momente ausgespielt werden, um aus ihnen allein etwa die Diagnose moralischer Schwachsinn ableiten zu wollen. Heredität bedeutet

nichts weiter, als daß der Belastete eben zu Psychosen in höherem Grade disponiert ist als ein Anderer, involviert aber durchaus nicht per se Geistesstörung. Sämtliche Stigmata degenerationis haben nur statistischen, i. e. theoretischen Wert, d. h. unter Belasteten, in gewissen Formen von Geistesstörung werden sie viel häufiger angetroffen, als bei Normalen, bei denen sie seltener vorkommen. Sie sind daher zur Beurteilung des Geisteszustandes im konkreten Falle wertlos.

Therapie.

Wie es mit den Erfolgen pädagogischer Versuche steht, mögen dieselben nun als erzieherisch im engeren Sinne unternommen werden, oder im Rahmen der derzeit bestehenden Strafrechtspflege, erhellt aus dem oben Gesagten von selbst. Immerhin verdienen — nachdem es sich doch beim Verbrecher um zweierlei handeln kann, um Krankheit und um den Einfluß eines verkehrten, entsittlichenden Milieus — Versuche einer frühzeitigen Beeinflussung verwahrloster Kinder von verbrecherischen Eltern volle Beachtung, woferne sie richtig, mit Sachkenntnis, unbeugsamer Energie und einem gewissen Idealismus unternommen und fortgesetzt werden. (Bosco in Turin, Barnardo in England.)

Hingegen mag hier noch besonders die forensische Seite erörtert werden, die Frage, wie unser Gutachten lauten soll. Wir können hier *de lege ferenda* und *de lege lata* die Sache betrachten. Die Erkenntnis von der pathologischen Natur der Gewohnheitsverbrecher dringt immer mehr durch. Als Kranke gehören diese Individuen nicht ins Zuchthaus; was aber Gegenstand der Psychiatrie ist, wird damit nicht gleichzeitig Objekt der Irrenfürsorge. Die moderne Irrenanstalt, auf dem Prinzip der freiesten Behandlung aufgebaut, muß zum Wohle der nicht kriminellen, verwirrten und verblödeten, schutzlosen Geisteskranken freigehalten werden von derlei antisozialen Individuen. Halten wir uns ferner vor Augen, daß gerade wie bei der intellektuellen Imbezillität fließende Uebergänge hinüberführen von den schweren Formen in das breite Grenzland der »physiologischen« Dummheit, dies auch bezüglich der moralischen Idiotie gilt; ja, der moralische Schwachsinn an sich, soweit nicht andere im eigentlichen Sinne des Wortes psychopathische

Züge hinzutreten, muß als ein Grenzgebiet zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit betrachtet werden.

Wir sollten demnach fordern: Eigene Asyle für die Verbrechernaturen (mögen sie nun angegliedert sein an die Irren- oder Strafanstalten); das Strafgesetzbuch muß neben der vollen und der aufgehobenen, den Begriff der »verminderten« Zurechnungsfähigkeit aufnehmen; endlich soll die Detention des Verbrechers nicht nach der konkreten Tat, sondern nach seiner Persönlichkeit, d. h. nach dem Maß seiner Gemeingefährlichkeit bemessen werden.

Nachdem diese drei Postulate aber nur *pià desideria* sind, muß unser Gutachten sich den bestehenden Bestimmungen anschmiegen. Der § 2 Oe. St.-G. sagt nun ausdrücklich; »des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt«. Wir dürfen uns daher nicht mit der Diagnose »moralischer Schwachsinn« allein begnügen, sondern müssen strenge individualisierend vorgehen, uns stets fragen: ist der betreffende Täter soweit geisteskrank, daß auf ihn die Bedingungen des obzitierten Paragraphen zutreffen, d. h. die strafrechtliche Verantwortung völlig aufgehoben ist? Wo die *Moral insanity*, wie häufig, kombiniert ist mit einer Psychose s. str., wird ein Fall so zu beurteilen sein, wie eben jeder andere der speziellen Geistesstörungen. Wo aber nichts anderes vorliegt als ethische Defektuosität, muß unser Gutachten heute lauten, daß der Täter des Gebrauchs der Vernunft nicht ganz beraubt ist, d. h. moralischer Schwachsinn darf nicht als Strafausschließungsgrund angesehen werden.

Die Besprechung einer eventuellen Prophylaxe, wie vor allem eine Bekämpfung der Entartung möglich ist, würde zu weit führen. Diesbezüglich kann z. B. die Anti-Alkoholbewegung nicht kräftig genug unterstützt werden.

Anhang zu Kapitel XV.

Simulation.

Es wäre die Schilderung der moralischen Idiotie nicht vollständig, wollte man die Erscheinung der Simulation unbesprochen lassen. Der gewöhnliche Fall ist der, daß eine

Geistesstörung vorgetäuscht wird, um die strafrechtliche Verantwortung von sich abzuwenden; eine interessante Spielart stellt die sogenannte *Simulation préventive* dar. Ein bisher unbescholtener Mann stellt sich vorübergehend geisteskrank, um bei einem schon geplanten Delikte nachträglich auf die seinerzeitige »amtlich« konstatierte »Psychose« hinweisen zu können. Ein anderes Motiv für Simulation bildet das Bestreben, sich der Wehrpflicht zu entziehen. Oben wurde ferner schon die Simulation aus Arbeitsscheu erwähnt. Vor allem ist hier ein bei hellichtem Tage, auf der belebtesten Straße in der Nähe einer Wachstube, vorsichtig vorbereiteter Selbstmordversuch sehr beliebt, oder »Irrreden« in der Hofburg, ein »Tobsuchtsanfall«, wenn gerade ein Wachmann in der Nähe ist usw. Einer unserer Kranken stieg gewöhnlich in das Bassin des Rathausbrunnen und schrie dann jämmerlich um Hilfe.

Nur der Vollständigkeit halber erwähne ich endlich gewisse Fälle, die forensisch überhaupt nicht in Betracht kommen. Hysterische, um sich »interessant« zu machen, Schwachsinnige, um zu »schauen, ob der Herr Doktor daraufkommt«, Paranoiker, um ihre Verfolger zu »täuschen«, simulieren gelegentlich in meist wenig nachhaltiger Weise.

Was nun das Symptom der Simulation anbelangt, so ist zweifellos richtig, daß dasselbe so gut wie ausschließlich bei pathologischen Naturen vorkommt (ein vollwertiges Individuum hat eben a priori nicht die Motive zu simulieren). Damit darf aber beileibe nicht gesagt sein, daß in foro criminali vielleicht der bequeme Hinweis auf diese Tatsache uns der Mühe einer genaueren Exploration entheben kann, etwa nach der Logik: ist die fragliche Geistesstörung echt, trifft eo ipso § 2 St.-G. zu; ist sie simuliert, nun dann ist das betreffende Individuum ja auch psychopathisch, ergo zu exculpieren. Die Frage der strafrechtlichen Verantwortung bei der moral insanity wurde ja entsprechenden Ortes erörtert. Hier sei nur betont, daß bei aller Anerkennung des Erfahrungsgrundsatzes von der Seltenheit der Simulation bei geistig Normalen der Nachweis einer solchen eben für die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit, sowie Straftauglichkeit von großer praktischer Bedeutung ist.

Die Erkennung der Simulation kann gelegentlich auf große Schwierigkeiten stoßen. Leicht liegt die Sache zumeist

dort, wo die betreffenden Individuen nicht sozusagen »psychiatrisch« vorgebildet sind — die Rolle des Geisteskranken ihrer Phantasie nach spielen, sowie sich der Laie überhaupt einen Irrsinnigen vorstellt.

Dies ist aber durchaus nicht der häufigere Fall. Die Leute — handelt es sich doch fast ausnahmslos um moralisch Schwachsinnige — haben oft entweder schon Bekanntschaft mit dem Irrenhause gemacht und halten sich an ihnen bekannte Bilder, oder sie werden von erfahrenen Zuchthausgenossen entsprechend instruiert.

Es hieße einfach vieles reden und nichts sagen, wollte man allgemein gültige Grundsätze zur Entlarvung der Simulation entwickeln. Hier entscheidet einzig und allein die Erfahrung. All die Kriterien, welche gemeiniglich diesbezüglich angegeben werden, sind gewiß wertvoll, aber können im konkreten Falle im Stich lassen.

Das Widerspruchsvolle im Krankheitsbilde, der rasche Wechsel zwischen unsinnigem Toben und Reden einerseits, durchaus geordnetem Verhalten andererseits, findet sich bei Katatonikern; das maßlos Uebertriebene und Falsche der Antworten lernten wir kennen in dem Symptom des »Vorbereden«, wie andererseits gewiegte Simulanten Erscheinungen zeigen können, wie Essen von Menschenkot, das Verzehren des Erbrochenen, die man einem Menschen von ungetrübtem Sensorium a priori nicht zutrauen würde; daß auf gewisse Suggestivbemerkungen hin der fragliche Geisteskranke auf einmal die Erscheinungen aufweist, welche der betreffenden Aeußerung gemäß zu erwarten waren, ist durchaus nicht eindeutig für Simulation, ebensowenig Schwinden eines Symptoms auf energische faradische Pinselung; dies kann eben auch bei hysterischen Psychosen vorkommen. Die lange Dauer eines fraglichen psychotischen Symptoms spricht wieder andererseits durchaus nicht gegen Simulation. Ein bekannter Einbrecher und überwiesener Simulant hatte über 1¹/₂ Jahre sein monotones »Ich fliege, du fliegst« als einzige sprachliche Aeußerung hergeleiert, nachdem er schon längst verurteilt worden war und die Strafe angetreten hatte.

Unbedingt muß auch die Anschauung verworfen werden, daß ein Zustandsbild, welches sich nicht in den Rahmen einer

der bekannten Krankheitstypen einfügen will, darum allein schon als simuliert bezeichnet werden darf. Wer mit offenen Augen die Insassen einer Irrenklinik studiert, wird mehr atypische als »Schulfälle« finden.

Genug an dem! Ob im konkreten Falle Simulation vorliegt oder nicht, das läßt sich nicht an der Hand bestimmter Regeln, sondern nur auf Grund einer genauen Analyse, sorgfältiger, oft lang dauernder Beobachtung entscheiden. Jedes weitere Wort ist überflüssig. Man wird immer gut tun, sich den Gedanken an Simulation in foro criminali vorzulegen, und so verfehlt es ist, ohneweiters jegliche bei einem kriminellen Individuum sich zeigende psychotische Erscheinung vorurteilsvoll ohne genauere Prüfung als simuliert zu bezeichnen, ebenso ist es ein Kunstfehler, gläubig alle Bekenntnisse und Angaben des Inkulpaten für bare Münze hinzunehmen, zumal in einem Zeitalter, da übereifrige Verteidiger und zahllose populärwissenschaftliche Traktätchen und Vorträge dafür sorgen, daß jeder Dieb an Kleptomanie, jeder Hochstapler an Pseudologia phantastica und jeder abgelebte Roué an Psychopathia sexualis leiden will.

Nur eine praktische Bemerkung sei hier vielleicht gestattet. Es liegt auf der Hand, daß Beibehaltung einer simulierten Geistesstörung desto schwerer fallen muß, unter je genauerer, vollständiger und anhaltenderer Beobachtung der Betreffende steht. Es empfiehlt sich daher nicht, fragliche Simulanten zu isolieren; man lasse sie in Gesellschaft und versäume es schließlich auch nicht, aus der trüben Quelle der Angaben seitens der Zellengenossen zu schöpfen. Die sogenannte Verbrecherehrlichkeit existiert ja doch nur in den Romanen; dergleichen Individuen, bar der altruistischen Empfindungen, komplottieren zwar untereinander, halten fest zusammen, wo es gemeinsame Interessen zu verfolgen gilt. Der Einzelne ist aber ebensowenig bereit, für irgendeinen persönlichen Vorteil (sei es im konkreten Falle auch eine Kleinigkeit, wie Tabak, Kostaufbesserung usw.) seinen Kumpan zu verraten.

Es ist selbstverständlich, daß die Diagnose Simulation einzig und allein auf derlei Angaben unsauberer Provenienz hin niemals gestellt werden darf, ebensowenig wie vielleicht

auf die Berichte überschlauser Profosen hin: allein in zweifelhaften Fällen kann man schon gelegentlich ganz verwertbare Anhaltspunkte, Stützen für eine bestimmte Anschauung erhalten, man erfährt von Dingen, die vielleicht der eigenen Aufmerksamkeit entgangen sind und die den ganzen Fall in einem neuen Lichte erscheinen lassen, die Untersuchung wenigstens auf bestimmte Punkte besonders hinlenken usw.

VIII. Die psychopathischen Minderwertigkeiten.

(»Entartungsirresein«.)

Unter diesem Sammelnamen wollen wir eine große Reihe von Individuen zusammenfassen, welche, ohne geisteskrank im eigentlichen Sinne zu sein, von Haus aus in ihrem Seelenleben ein »Leck« aufweisen gegenüber der Norm, die verschiedensten Anomalien zeigen in ihrer Reaktion auf äußere Reize, in ihrem Gefühlsleben usw. Wir bewegen uns hier auf einem echten Grenzgebiete zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit. Der Gedankengang der betreffenden Individuen ist geordnet, ihre Intelligenz weist zumeist keine gröberen Defekte auf, wir beobachten kein Wahnsystem, keine Sinnestäuschungen oder dgl. und gleichwohl stoßen wir auf zahllose Abnormitäten, welche derartige »Kranke« eben nicht als psychisch gesund, als normal erkennen lassen.

Unter den ätiologischen Faktoren ist der wichtigste die erbliche Belastung. Die meisten dieser Leute sind Hereditärer. Erst in zweiter Linie kommen erworbene Schädlichkeiten in Betracht (Schädeltraumen, zerebrale Prozesse in früher Kindheit, funktionelle übermäßige Inanspruchnahme, das Moment des erschöpfenden Gehirnlebens.)

Derlei Individuen sind vielfach Träger mehr minder schwerer körperlicher Degenerationszeichen; die besondere krankhafte Veranlagung des Zentralnervensystems macht sich schon häufig in früher Kindheit in einer »konvulsiven Disposition« geltend (»Fraisen« beim Zahnen usw.), die Kinder delirieren leicht, schon bei relativ niederen Fiebertemperaturen. Der Geschlechtstrieb regt sich oft auffallend früh, die Kinder sind »ganz anders« als ihre Spielgenossen, scheu, träumerisch,

zimperlich, reizbar, »exzentrisch«; sehr häufig macht sich in dem ganzen psychischen und physischen Leben eine eigentümliche Periodizität bemerkbar, ein gewisser Wechsel in der Leistungsfähigkeit, der Betätigung bestimmter Neigungen usw. Die intellektuelle Entwicklung kann sich dabei ganz ungestört vollziehen; nicht selten besteht zwar ein gewisses Maß von Imbezillität, manchmal aber sogar auffallend gute Begabung, speziell einseitige Entwicklung gewisser künstlerischer Anlagen.

Es handelt sich zumeist um dauernde, weil in der ganzen Anlage des Individuums begründete, auch unheilbare Zustände, deren Intensität allerdings gewisse spontane Schwankungen aufweisen kann, auch wohl durch geeignete therapeutische Maßnahmen bis zu einem Grade beeinflussbar ist. Die Prognose selbst aber muß, da wir es, wie schon oben erwähnt, mit Grenzfällen zu tun haben, durchaus individuell gestellt werden.

In symptomatologischer Hinsicht weisen die einzelnen Formen die größten Verschiedenheiten auf. Nur die häufiger vorkommenden und klinisch wichtigeren mögen hier erörtert werden, wobei aber ausdrücklich betont sei, daß die nunmehr aufgezählten Gruppen nicht vielleicht scharf umschriebene Krankheitstypen bilden, sondern nur als Hauptrepräsentanten aus dem großen Heer der Erscheinungen herausgegriffen sind. Vielfach finden sich bei einem und demselben Kranken mehrere der folgenden Symptome kombiniert, wie ja auch schon früher an vielen Stellen betont wurde, daß alle diejenigen Psychosen s. str., deren hauptsächlichster Faktor die hereditär degenerative Disposition bildet, neben der eigentlichen Geistesstörung auch häufig die Züge der allgemeinen psychopathischen Minderwertigkeit mehr minder deutlich erkennen lassen.

KAPITEL XVI.

Die »Süchtigen«.

Eine eigenartige Erscheinungsform der allgemeinen psychopathischen Minderwertigkeit stellen die sogenannten »Süchtigen« dar, d. h. Individuen, welche mit irgendwelchen Nervengiften gewohnheitsmäßig Mißbrauch treiben. Es handelt sich dabei um zweierlei ursächliche Faktoren. Erstens kommt in Betracht eine abnorme Intoleranz derartiger Leute gegen seelische oder körperliche Unlustgefühle irgendwelcher Art (Schmerz, Ermüdung, Sorgen usw.). Der Kranke ist einfach nicht imstande, über die geringsten Unlustgefühle, welche das tägliche Leben, der Beruf, die Arbeit usw. mit sich bringen, über irgendwelche unangenehme Empfindungen sich hinwegzusetzen; sie machen ihn arbeits- und denkunfähig und erheischen gebieterisch Abhilfe durch irgendein Betäubungsmittel. Als zweiter nicht minder wichtiger Faktor muß eine abnorme Reaktion des Organismus gegen das betreffende Nervengift genannt werden, eine eigenartige Idiosynkrasie in dem Sinne, daß das Narkotikum nicht nur seine allbekannten pharmakodynamischen Wirkungen entfaltet, sondern noch eine spezielle, besonders genußbringende.

Am besten ist der letztere Punkt bezüglich des Morphiums bekannt. Nicht Jeder, der wegen einer Neuralgie die Pravazsche Spritze kennen lernt, wird dadurch zum Morphiomanen. Eine Morphininjektion ist für den normalen Menschen nicht besonders angenehm, sie beseitigt zwar in souverän wirksamer Weise den Schmerz, bringt aber allerlei unangenehme Nebenerscheinungen mit sich, das Gefühl von eingenommenem Kopf, leichter Ueblichkeit usw. Gewisse pathologische Individuen aber empfinden neben der anodynen Wirkung des Alkaloides ein ganz eigenartiges, nie geahntes Gefühl von Wohlbehagen, von

Gedankenerleichterung, von Wunschlosigkeit, angenehmen Träumen, die sogenannte Morphiumeuphorie, und wer einmal dieselbe genossen, dessen Schicksal ist auch schon besiegelt. Aehnlich verhält es sich nun mit allen übrigen Nervengiften, mit dem Alkohol, Kokain, Haschisch, Aether usw.

Die Erscheinungen des chronischen Alkoholismus, die alkoholischen Geistesstörungen wurden schon seinerzeit im Zusammenhang beschrieben. Hier muß aber Folgendes nachgetragen werden. Unter den ätiologischen Faktoren des chronischen Alkoholmißbrauchs spielen das Milieu, die Trinksitten usw. gewiß eine ganz gewichtige Rolle. Nur darf darüber die Veranlagung nicht übersehen werden. In den Studentenjahren oder während der Militärzeit begeht ja fast jedermann kleinere oder größere Exzesse in baccho. Ja, das Milieu, um überhaupt Trinker zu werden, ist schließlich für Jeden vorhanden; glücklicherweise geht von all den sanges- und trunkfrohen Couleurs doch nur ein verschwindend kleiner Bruchteil später am chronischen Suff zugrunde.

So sicher lang fortgesetzter Alkoholmißbrauch zu einem schweren psychischen und körperlichen Verfall führt, so zweifellos ist es, daß Viele nur darum überhaupt Gewohnheits-säufer werden, weil sie ab origine pathologische Naturen sind; sie werden nicht entartet, weil sie trinken, sondern sie saufen, weil sie Degenerierte sind. Es wurde ja z. B. auch schon erwähnt, daß erbliche Belastung einen wichtigen Faktor in der Aetiologie des Alkoholismus abgibt. In Ländern, wo der Alkohol nicht zu den üblichen und am leichtesten zugänglichen Genußmitteln gehört, fehlen gleichwohl selbstverständlich nicht derartige pathologisch veranlagte Individuen; nur treten sie auf als Opiophagen, Haschischraucher usw.

Der großen klinischen Wichtigkeit halber seien hier speziell erörtert der Morphinismus und Kokainismus. Doch ist damit die Aufzählung der »Süchtigen« lange nicht erschöpft; es gibt Leute, welche mit Paraldehyd, Aether, Chloroform, schwarzem Kaffee usw. Mißbrauch treiben. Ja manche derartige Individuen wechseln mit den betreffenden Genußmitteln ab; ich kenne einen Kranken, der, früher exzessiver Alkoholiker, nachdem er einmal die Morphiumwirkung kennen gelernt

hatte, seit dieser Zeit tatsächlich abstinent lebt, aber wohl verstanden nur quoad alcohol, während er tagtäglich unglaublich hohe Quantitäten Morphinum sich selbst injiziert. Ein anderer Fall hält seit vielen Jahren beim Paraldehyd, nachdem er Alkohol und andere Narkotika vorher gewissermaßen »durchprobiert« hatte.

A. Der Morphinismus.

Wegen irgend einer schmerzhaften körperlichen Affektion erhält der Morphinist in spe die erste Injektion und lernt nun nicht nur die schmerzlindernde Wirkung des Morphiums, sondern auch die unheilvolle Euphorie kennen. In vielen Fällen besteht das schmerzhaft Leiden fort und zwingt zu rascher Wiederholung der Injektion; gar nicht selten aber ist das Verlangen, sich wieder das unsägliche Wohlbehagen zu verschaffen, allein genügend, um der ersten alsbald neuerliche Einspritzungen folgen zu lassen. Ja, es gibt Fälle, wo Leute einfach aus Neugierde, um die viel besprochene Euphorie einmal selbst zu verkosten, den verhängnisvollen ersten Schritt auf der Laufbahn der Morphiumsucht taten und von dem Augenblicke an von ihrer Leidenschaft nicht mehr loskommen konnten. Die Hauptgefahr des Morphinismus liegt nun in den mehr minder rasch auftretenden Abstinenzerscheinungen. Der Organismus gewöhnt sich nicht nur schnell an das Alkaloid derart, daß, um die erwünschte Wirkung zu erzielen, die anfängliche Dosis sich bald als zu gering erweist, sondern es zeigen sich, sobald dem Körper nicht die entsprechende Menge dieses Giftes zugeführt wird (also bei absichtlich plötzlicher Entziehung sowohl, wie auch beim Morphiumpurger überhaupt, wenn innerhalb einiger Stunden die Wirkung der letzten Injektion erschöpft ist) höchst quälende Symptome, die sogleich im Zusammenhang besprochen werden sollen. Der Morphinist bedarf also bald nicht nur einer steigenden Dosis, um überhaupt z. B. die Schmerzen zu lindern, um die Euphorie zu erzeugen, sondern außerdem eines Plus an Morphinum, um vorerst die Abstinenzerscheinungen zu bekämpfen. Daraus erklärt sich die entsetzliche Schnelligkeit, mit der die Morphiumsüchtigen über die

Anfangsdosis hinausgehen, um schließlich zu Mengen zu gelangen, die sogar die pharmakologisch festgesetzte Dosis letalis übersteigen können (20—30 pro die).

Der Morphinismus zieht nach längerem Bestehen eine eigentümliche körperliche Kachexie und allgemeine psychische Störungen nach sich. Das Körpergewicht nimmt zumeist bedeutend ab, die Verdauung liegt darnieder, Obstipation wechselt ab mit Durchfällen; die Kranken frösteln meist, häufig sind sie von asthmatischen Anfällen geplagt, die geschlechtlichen Funktionen sind erheblich gestört (Impotenz, Amenorrhöe, Sterilität); zuweilen besteht ein dem alkoholischen ähnlicher Tremor. Die Pupillen sind, so lange die Morphinwirkung anhält, auffallend eng. Die geistige Leistungsfähigkeit nimmt ab, die Kranken werden stumpf, erschlaft; besonders bemerkenswert ist eine ganz eminente Charakterschwäche und Willenlosigkeit gerade im Kampfe gegen die Sucht selbst. Die Kranken fassen immer wieder den Entschluß »jetzt ganz gewiß« aufzuhören, trachten aber in der raffiniertesten Weise, selbst alle Versuche einer vollständigen Entziehungskur hintan zu halten, schmuggeln, wenn sie sich zu einer Abstinenzkur entschlossen haben, Morphin in den Kleidungsstücken ein (einer meiner Patienten hatte ein Morphinfläschchen in der Ampulle des Rektums verborgen gehabt), sie wissen durch Lüge, Bestechung usw. sich das Mittel zu verschaffen, erzwingen endlich, wenn der Wachsamkeit oder Rechtlichkeit der Umgebung gegenüber alle Bemühungen scheitern, durch brutale Drohungen, ja Gewalttaten ihre Entlassung.

Die Abstinenzerscheinungen, welche sich beim chronischen Morphinisten in abortiver Weise schon wenige Stunden nach der letzten Einspritzung einstellen, äußern sich in allerlei quälenden Parästhesien, Neuralgien, in häufigem Gähnen, Niesen, starken Schweißausbrüchen, in einer heftigen inneren Unruhe, in Beklemmungs- und Angstgefühlen. In einigen ganz besonders schweren Fällen folgen die Abstinenzerscheinungen so schnell der Injektion, daß die Kranken sich in halb-, ja viertelstündigen Intervallen Einspritzungen machen, bei jeder Gelegenheit, wo immer sie sich befinden, meist durch die Kleider hindurch. Natürlich bleiben dabei entzündliche Infiltrate

und Abszesse nicht aus, welche ihrerseits wegen der Schmerzhaftigkeit erst recht gebieterisch die neuerliche Anwendung von Morphium erheischen.

Bei einer plötzlichen Entziehung nun sind die angedeuteten Abstinenzsymptome besonders stürmisch. Außer den schon erwähnten Erscheinungen werden beobachtet heftiges Erbrechen, profuse Diarrhöen, eine absolute, durch kein Hypnotikum zu bekämpfende Schlaflosigkeit, Herzklopfen, gehäufte Pollutionen; es kann zu sehr bedenklichen Kollapsen kommen, welche auch letal endigen können. In einigen Fällen (wohl aber nur bei solchen, wobei zugleich Alkoholmißbrauch neben der Morphomanie bestand) entwickelt sich ein dem Delirium tremens ähnliches Bild. Alle die genannten Erscheinungen schwinden wie auf einen Zauberschlag, sobald der Organismus eine gehörige Dosis Morphium erhalten hat (vide sub Therapie); ihre Dauer beträgt, je nach der Schwere des Falles, im Durchschnitt einige Tage, worauf sich überraschend schnell der gesamte Ernährungszustand hebt, die Morphinisten das Bild körperlicher und geistiger Gesundheit bieten; letzteres allerdings leider nur scheinbar. Die Gefahr der Rezidive ist eine eminente, entsprechend der eigenartigen Veranlagung derartiger Individuen.

Die Behandlung des chronischen Morphinismus kann nur in der vollständigen Entziehung des Giftes bestehen. Aus dem oben Gesagten ist es selbstverständlich, daß jede Entziehung mit Qualen verbunden ist, und bei einer langsamen, allmählichen leiden die Kranken vielleicht mehr als bei rascher Entwöhnung. Andererseits darf die Gefahr eines Kollapses bei plötzlicher Entziehung nicht unterschätzt werden, so daß jetzt ziemlich allgemein ein Mittelweg etwa in folgender Weise eingeschlagen wird: Erfahrungsgemäß übertreibt jeder Morphinist, der sich endlich zu einer Entziehungskur aufgerafft hat, ganz gewaltig die Angabe der Tagesdosis, um eben nicht sogleich zu viel entbehren zu müssen, daher genügen für den ersten Tag $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{3}$ der angegebenen Menge, selbstverständlich auf möglichst zahlreiche Intervalle verteilt; nur für die Nacht empfiehlt sich eine ein wenig höhere Dosis. Dann kann man getrost täglich um mehrere Zentigramme herabgehen, wobei man von der Abendinjektion erst zuletzt absehen kann. Erfahrungsgemäß begegnet man den

größten Schwierigkeiten bei den letzten paar Zentigrammen. *Conditio sine qua non* ist eine sorgfältige genaue Ueberwachung. Es ist einfach Selbstbetrug, wenn sich Aerzte einbilden, einen Morphinisten in Familienpflege heilen zu können. Aber auch viele der sogenannten »offenen« Sanatorien verfehlen ihren Zweck in Anbetracht der Lügenhaftigkeit und Charakter Schwäche der Kranken. Am sichersten läßt sich eine Entziehungskur doch nur in einer geschlossenen Anstalt, so hart es auch für den Betreffenden ist, in einer Irrenanstalt durchführen. Man kann dabei nicht vorsichtig genug sein; Besuche sollen absolut nicht geduldet werden, der Patient darf keine eigene Wäsche, keine eigenen Toiletteartikel usw. haben; am besten erfolgt die Behandlung in der Einzelzelle.

Während der ganzen Dauer der Behandlung muß der Herztätigkeit ein besonderes Augenmerk geschenkt werden. Bei den Kollapszuständen verzettelt man nicht die Zeit mit Strophantus, Kampfer usw., was nur fruchtlos wäre, sondern exzitiere mit dem hier einzig wirksamen Gegengift, dem Morphin.

Gegen die quälenden Symptome erweisen sich die Hypnotika, Antineuralgika usw. eigentlich so ziemlich wirkungslos. Immerhin kann man schon *solatii causa* mit Paraldehyd nachhelfen (nicht Chloral), mit Antipyrin usw. Dauerbäder erweisen sich auch recht gut. Entschieden zu warnen ist aber vor dem Kokain (vide nächster Abschnitt). Empfohlen wurde ferner der Gebrauch alkalischer Wässer und Magenausspülungen mit solchen.

Mit der vollzogenen Entziehung ist aber leider das betreffende Individuum noch nicht zugleich gefeit gegen die Gefahr des Morphinismus selbst. Das geringste körperliche oder geistige Unbehagen führt trotz aller guten Vorsätze nur allzuleicht wieder eine Rezidivè herbei. Die Prognose quoad Dauerheilung ist beim Morphinismus noch viel ungünstiger als beim Alkoholismus.

Viel kann auch in prophylaktischer Hinsicht geschehen. Wenngleich gewisse Individuen spontan zum Morphium greifen, sind doch in den meisten Fällen die Aerzte schuld an dem Morphinismus. Zu einer Morphiuminjektion soll sich der Arzt

überhaupt nur als zu einem ultimum refugium entschließen, wenn jegliche andere therapeutische Maßnahmen absolut versagen, auch die interne (!) Anwendung des Opiums. Geradezu als schwerer Kunstfehler sollte es geahndet werden, wenn der Arzt dem Patienten die Spritze samt Lösung selbst überläßt. Leider sind gerade viele der Morphinisten selbst Aerzte. Diese und Apotheker stellen das höchste Kontingent zu den Morphinisten. Gerade aus letzterem Umstande erklärt es sich auch, wieso trotz aller gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen die Morphinisten so leicht sich die unglaublich hohen Mengen verschaffen können. Nicht selten verabfolgt ein pharmazeutischer »Leidensgenosse« ohne jegliches Rezept irgendwelche gewünschte Quantitäten.

B. Der Kokainismus.

Der Kokainmißbrauch datiert in unseren Ländern auf die jüngste Zeit zurück und hängt mit den auf den ersten Blick bestechenden Vorzügen des Kokains bei der Morphiumentziehungskur zusammen. Die Folgen müssen aber noch deletärer genannt werden, als die des chronischen Morphinismus.

Die Vergiftungs- und Abstinenzerscheinungen treten viel rascher und stürmischer auf. Das schnell sich entwickelnde körperliche Siechtum ähnelt dem beim chronischen Morphinismus; rapides Sinken des allgemeinen Ernährungszustandes, Dar-niederliegen der geschlechtlichen Funktionen, Schlaflosigkeit, greisenhaftes Aussehen, Tremores sind die hervorstechendsten Symptome; die Pupillen dabei meist mydriatisch.

Die psychischen Störungen sind aber beim Kokainismus viel ausgeprägter. Es kommt zu Geistesstörungen s. str., abgesehen von allgemeinen Veränderungen der Psyche, wie Reizbarkeit, Abnahme der Arbeitsfähigkeit, Abstumpfung der moralischen Gefühle. Man beobachtet erstens Delirien, wobei besonders auffallend die Visionen multipler kleinster Tiere sind (Flöhe, Läuse, Krätzmilben), die auch mit den entsprechenden Gefühlshalluzinationen einhergehen (Hautjucken). Außerdem kommt aber noch echte Wahnbildung vor, ganz vom Typus der Paranoia (Persekutionsideen, besonders hervor-

stechend ist der Eifersuchtswahn), Gehörstäuschungen stellen sich ein, grob obszönen, beschimpfenden Inhaltes, Gedankenlautwerden usw. Die deliriösen Zustände sowohl wie der Kokainwahnsinn entwickeln sich sehr rasch; erstere schwinden schnell, schon nach wenigen Tagen, sobald das Gift ausgesetzt wurde, während die Wahnbildung die Abstinenz noch viele Wochen, ja Monate überdauern kann.

Die Abstinenzerscheinungen bei plötzlicher Entziehung scheinen im allgemeinen nicht so stürmisch zu sein wie beim Morphinismus, doch wurden auch hier Kollapse beobachtet.

Während die akuten Erscheinungen der chronischen Kokainvergiftung einer verhältnismäßig raschen Ausgleichung zugänglich sind, ist die Gefahr des Rezidivierens hier vielleicht noch größer als beim Morphinismus. Eine Entziehungskur läßt sich mit einiger Sicherheit auf Erfolg auch hier nur im Rahmen einer geschlossenen Anstalt durchführen.

Der Aetiologie entsprechend liegt meist eine Kombination von Morphinismus und Kokainismus vor.

* * *

Eine andere große Gruppe der psychopathischen Minderwertigkeiten lassen sich zusammenfassen unter dem Namen »Die Zwangsvorstellungen«.

KAPITEL XVII.

Die Zwangsvorstellungen.

Die letzten Ausläufer der sogleich näher zu besprechenden psychischen Störungen verlieren sich unmerklich in die Gebiete der »physiologischen« Pedanterie, der Sklaven der Gewohnheit, der übertrieben gewissenhaften Naturen, des »Aberglaubens« etc. Es geht Jemand eilfertig die Treppe hinunter und erblickt auf einer Stufe einen Apfelsinenkern oder dergleichen. »Wie leicht hättest du da ausgleiten und dir vielleicht ein Bein brechen können«, ist der nächste Gedanke, dem sich aber unmittelbar die Vorstellung anschließt, daß dasselbe einem anderen Passanten auch widerfahren könne, daß man durch seine Gleichgültigkeit indirekt mitschuldig würde an diesem Unfalle; der Gedanke wird weiter ausgesponnen, setzt sich immer mehr und mehr fest, und schließlich muß der Betreffende, der vielleicht mittlerweile schon auf der Straße angelangt war, wieder umkehren und das bedenkliche Objekt eigenhändig aus dem Wege räumen. Ein anderes Beispiel: Eine Dame ist gewöhnt, vor dem Einschlafen andächtig das Kreuzzeichen zu machen. Eines Tages, durch äußere Verhältnisse ungewöhnlich ermüdet, nickt sie, im Bette liegend, während des Abendgebetes ein, entreißt sich selbst aber durch eine krampfhafte Anstrengung dem Schafe, um das verabsäumte Kreuzzeichen nachzuholen. Allein sie findet jetzt sobald nicht Ruhe; während der ersten hypnogogen Halluzinationen quält sie der Gedanke, diesmal nicht mit der nötigen Inbrunst und Andacht ihrer religiösen Verpflichtung nachgekommen zu sein, sie hat vielleicht schon halb geschlafen, wieder weckt sich die Person selbst auf, betet unter peinlichster Anspannung ihrer ganzen Aufmerksamkeit, will beruhigt einschlafen, als sich im Halbschlummer dieselbe Befürchtung neuerdings wiederholt. Das kann sich vielleicht noch einige-

male in derselben Weise abspielen. Ein Dritter, der gewohnt ist, in seinem Heim die peinlichste Ordnung zu halten, alle Gegenstände möglichst symmetrisch zu stellen, Schriftstücke parallel zur Kante des Schreibtisches zu legen usw., begibt sich zu seinem Amtschef, um ein wohl vorbereitetes Referat zu unterbreiten. Aber auf dem Arbeitstisch des Gestrengen herrscht eine malerische Unordnung. Der Vortragende stutzt, wie gebannt haften seine Blicke an den aufs Geradewohl hingeworfenen Aktenstücken, er stottert, verwirrt sich; endlich muß er während des Redens, rein automatisch, das Papierstück hier, die Bleifeder dort anders legen, zurechtschieben usw. bis er erleichtert seinen Vortrag nun fließend beenden kann.

Den genannten Beispielen lassen sich noch tausend andere aus dem täglichen Leben anreihen. Hier handelt es sich um geistig völlig integre Individuen. Allein fließend führen diese Zustände hinüber zu den eigentlichen Zwangsvorstellungen, d. h. bestimmte Vorstellungen drängen sich dem Kranken wider seinen Willen beständig auf, es besteht dabei vollständige Krankheitseinsicht, d. h. Verständnis für das Grundlose der Befürchtung, für das Unsinnige und Zwecklose bestimmter Grübeleien usw. Jeder Versuch aber, die betreffenden isolierten Vorstellungen zu unterdrücken, erweist sich als ohnmächtig, scheitert an intensiven Unlustgefühlen (Angst, Beklemmung usw.), die nicht früher vergehen, ehe nicht der einmal begonnene Gedankengang ein wenigstens vorläufiges spontanes Ende genommen.

Was den konkreten Inhalt der einzelnen Zwangsvorstellungen anbelangt, kann derselbe alle möglichen Formen annehmen. Die Zahl der einzelnen Typen ist Legion. Hier seien nur die wichtigsten Beispiele angeführt, wobei bemerkt zu werden verdient, daß sehr häufig bei einem und demselben Kranken mehrere verschiedenartige Zwangsvorstellungen bestehen können.

Einer Gruppe von Zwangsvorstellungen ist gemeinsam die Befürchtung, durch irgendeine Tat oder Unterlassung Schaden gestiftet zu haben. Ein Kranker legt ein nach dem Gebrauche ausgelöschtes Streichhölzchen achtsam in die Aschenschale; da überkommt ihn der Gedanke, daß dasselbe vielleicht doch daneben gefallen sein, noch geblüht haben könnte, daß

vielleicht beim Anzünden desselben ein Funke zur Seite gespritzt haben und irgendwo weiter glimmen könnte. Der Patient sieht sorgfältigst überall nach, aber, kaum daß er sein Gewissen beruhigt, taucht die Idee auf, vielleicht gerade durch das Nachschauen den Inhalt der Aschenschale verschüttet zu haben, abermals peinlichste Revision usw. Ein Anderer wird nicht fertig, bei jedem Einkaufe oder dergleichen immer wieder sein Geld zu zählen, jede einzelne Münze genau anzuschauen, vielleicht ist doch eine falsche darunter, vielleicht hat sich der Kaufmann beim Herausgeben geirrt, ihm zuviel gegeben. Ein Dritter braucht viele Stunden zur Abfertigung eines einfachen Briefes, immer wieder quält ihn die Befürchtung, irgend etwas vergessen zu haben; er muß den Brief wiederholt öffnen, immer überlesen, ohne Ruhe finden zu können; er kehrt zwanzigmal um, um sich zu überzeugen, ob er denn den Brief wirklich in den Briefkasten gesteckt, ob derselbe nicht vielleicht mit einer Kante herausrage, so verloren gehen könnte, ob denn der Brief wirklich frankiert war usw.

Andere Formen zeichnen sich durch zwangsmäßiges Denken allein aus, während der Inhalt der Vorstellungen an sich ziemlich indifferent ist; der Eine muß, wo immer er sich befindet, zählen, die Anzahl der Fenster an den Häusern, die er passiert, die Zahl der vorüberfahrenden Wagen, Dienstmänner usw. Oft ist damit verbunden ein zwangsmäßiges Operieren mit den einzelnen Ziffern. Die Zahl der Pflastersteine muß zum Kubus erhoben, mit 3 multipliziert werden usw. (Arithmomanie.) Ein Zweiter wieder muß sich auf Namen besinnen, auch ganz gleichgültiger Personen, mit denen er vielleicht ein einzigesmal in seinem Leben zufällig in Berührung gekommen war. (Onomatomanie.) Derartige Kranke lassen sich oft auf eine höchst kostspielige Korrespondenz ein, um z. B. den Namen irgendeines Schaffners zu eruieren, der ihnen vor wer weiß wie vielen Jahren einmal einen Fahrschein markiert hatte, sie führen oft dickleibige Notizbücher mit sich, mit alphabetisch geordnetem Index, enthaltend die Namen aller erdenklichen Persönlichkeiten. Oder die Kranken müssen überhaupt in ganz zweckloser Weise über Dinge nachdenken, die ihrem gewöhnlichen Gedankenkreise vollständig

ferne liegen, über Fragen, die vielfach schlechterdings unbeantwortbar sind (Axiome, metaphysische Probleme). Warum ist 2×2 gerade vier, warum heißt diese Zahl vier, wer ist Gott, wäre Gott auch dasselbe, wenn er einen anderen Namen führte usw., oder es sind Dinge des Alltagslebens, der augenblicklichen Umgebung, welche diese sogenannte »Grübel-sucht« anregen, warum hat das Klavier gerade drei Füße, warum ist es schwarz usw. Einer sehr musikalischen Dame wurde der Genuß jedes Konzerts vergällt, schließlich zur Unmöglichkeit, weil sich ihr stets Fragen aufdrängten, die sich an die Persönlichkeiten der ausübenden Künstler anknüpften. Wie würde der Pianist aussehen, wenn er einen Vollbart trüge, wie wäre es, wenn der Altist an dem Platze des Primgeigers säße, jener an dem Platze des Zellisten usw. Die Zahl der »musikalischen« Zwangsvorstellungen ist übrigens ebenfalls eine außerordentlich große. Ein feinführender Musiker wird z. B. kontinuierlich von dem allerordinärsten Gassenhauer oder »Salonschmachtetzen« verfolgt, ein anderer muß sich zwangsmäßig plötzlich auf das Thema des Mittelsatzes irgendeines vor langer Zeit einmal gehörten Stückes besinnen usw. usw.

Während in den Beispielen von »Grübel-sucht« und der »-manen« der Inhalt der Zwangsvorstellungen an sich gleichgültig genannt werden kann, ist in anderen Fällen schon das Objekt der Zwangsgedanken an sich höchst peinlicher Art.

Dahin gehören z. B. obszöne Vorstellungen gemeinster Art, die bei allem Widerstreben nicht aus dem Bewußtsein verdrängt werden können und sich häufig desto intensiver einstellen, je ängstlicher der Kranke bemüht ist, dieselben nicht aufkommen zu lassen. Namentlich spielen obszöne Gedanken während religiöser Uebungen eine große Rolle, drängen sich dem Betenden auf usw., wie überhaupt gerade an Vorstellungen auf dem Gebiete der Religiosität die Zwangsideen sehr leicht anknüpfen. Dergleichen Unglückliche brauchen stundenlang zur Verrichtung eines einfachen Vaterunser, weil sie das Gebet stets durch eine plötzlich aufschießende obszöne Idee entweiht zu haben fürchten, neuerdings beginnen müssen. Hieher gehört wohl auch die Erythrophobie (Furcht in Gesellschaft plötzlich erröten, dadurch die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich

lenken zu müssen), ein Zustand, der sich unmerklich in das Gebiet der physiologischen »Befangenheit« verliert.

Zwangsvorstellungen letzterer Art lenken hinüber zu einer anderen großen Gruppe, bei welchen es sich um die Befürchtung dreht, eine bestimmte unanständige oder sogar verbrecherische, von dem Individuum als höchst verabscheuungswert empfundene Handlung begehen zu können.

Die Kranken haben Angst während einer Theatervorstellung plötzlich »Feuer« schreien zu müssen, während eines feierlichen Augenblickes die weihevollte Stille durch einen gewaltigen Flatus zu stören, statt einer schönen Ansprache ein unflätiges Schimpfwort hervorzubringen, mit spitzen Gegenständen jemanden zu verletzen, eine geliebte Person umbringen zu müssen. Bei diesen Zwangsbefürchtungen kommt es aber nie zur Tat.

Im Anschluß an diese Zustände, wo also die Befürchtung, irgendeine bestimmte Handlung zu vollführen, das Wesen der Zwangsvorstellung ausmacht, möge die große Gruppe der sogenannten »Phobien« erörtert werden. Eine Art z. B. ist unter dem Namen »folie de toucher« bekannt. Eine Person fürchtet sich Grünspan auf die Finger und damit irgendwie in die Speisen, in den Mund zu bringen, sie vermeidet ängstlich die Berührung irgendwelcher Messinggegenstände, der Türklinke usw., dann von Metall überhaupt, wäscht sich hundertmal im Tag, geht nur mit bekleideten Händen einher. Im Zeitalter der »populär-wissenschaftlichen« Vorträge nimmt diese spezielle Zwangsvorstellung häufig den Charakter der Bakterienfurcht an. Derlei Kranke führen eine qualvolle Existenz, ihr ganzes Tagewerk besteht in stetem Waschen, sich desinfizieren. Dergleichen Zustände leiten hinüber zu den so häufigen »Hypochondern« im Sinne der Laien, peinlich für ihre Gesundheit besorgten Leuten, die die Suppe nur genießen, nachdem deren Temperatur womöglich mittels des Thermometers bestimmt ist, die in kein öffentliches Lokal gehen können, ohne vorher gewissenhaft alle Fenster- und Türverschallungen geprüft zu haben, ob nicht irgendwoher eine »Zugluft« kommt, die die Getränke filtrieren, damit nicht vielleicht ein Glassplitter darin verborgen sein könne usw.

Unter dem Sammelnamen der Phobien versteht man auch Zustände starker Angst und Beklemmung, die an sich oft inhaltslos sind, geradezu an das körperliche Angstgefühl z. B. bei einem stenokardischen Anfalle erinnern, welche aber geknüpft sind an bestimmte Situationen, z. B. eine eigentümlich lähmende Angst, welche das Gehen ganz unmöglich macht, wenn die Kranken einen freien Platz oder eine breite Straße überqueren sollen (*Agoraphobie*, »Platzangst«). Auch hier, wie überhaupt bei den Zwangsvorstellungen, sind die Patienten des Krankhaften, des Unsinnigen der Störung sich wohl bewußt, können ihrer aber nicht Herr werden. Es genügen aber ganz unbedeutende äußere auxiliäre Maßregeln, um die Angst sofort zum Schwinden zu bringen. Der Kranke mit heftiger Platzangst ist z. B. sofort von seiner Beklemmung befreit, wenn er den ihm unüberwindlich scheinenden Weg in Gesellschaft eines Anderen tun kann. In dieselbe Gruppe gehört das Angstgefühl beim Aufenthalt in verschlossenen Räumen (*Claustrophobie*), das sofort verschwindet, wenn in dem Raume eine Tür geöffnet wird, oder der Kranke sich wenigstens in unmittelbarer Nähe einer Pforte befindet. Alle diese Beispiele lassen sich leicht ins Ungezählte vermehren.

Der Aetiologie nach sind die Zwangsvorstellungen wie schon erwähnt, nur eine der zahlreichen Erscheinungsformen der »*dégénérescence mentale*«. Die Zwangsvorstellungen können aber auch auf dem Boden einer erworbenen psychopathischen Minderwertigkeit sich entwickeln, also auch bei der sogenannten »erworbenen Neurasthenie« vorkommen, ebenso bei melancholischen Zustandsbildern.

Zuweilen läßt sich das Auftreten der Zwangsvorstellungen auf ein bestimmtes äußeres Ereignis zurückführen, auf irgendeine Situation, die für den Betreffenden mit besonderer gemüthlicher Erschütterung einherging. Bei einem meiner Kranken, einem vorher ganz gesunden 50jährigen Mann, entwickelte sich eine schwere typische »*Onomatomanie*«, als derselbe von seinem Amtschef wegen einer unrichtig geschriebenen Namensadresse einen scharfen Verweis erhalten hatte, den sich der ungemein gewissenhafte Herr besonders zu Herzen nahm. Sehr häufig aber entstehen die Zwangsvorstellungen anscheinend ganz

spontan, lassen sich in ihren Anfängen schon bis in die frühe Jugend der betreffenden Kranken verfolgen.

Die Prognose ist recht ernst, selbstverständlich ein wenig besser für diejenigen Fälle, bei welchen es sich nicht um eine congenitale psychopathische Konstitution handelt. Die Fälle können eine ganz bedeutende Hartnäckigkeit zeigen; ja viele Kranke werden zeitlebens nicht mehr frei von ihren Zwangsvorstellungen, mit denen sie sich schließlich gut und schlecht durch allerlei selbst ersonnene Maßregeln und Kunstgriffe abzufinden wissen. Ein Kranker z. B. mit intensiver Zweifelsucht setzte sich selbst die Zahl 5 als Maximum, d. h. er las jeden Brief nur fünfmal, ehe er ihn der Post anvertraute, war aber dann beruhigt; er muß nur fünfmal vor dem Schlafengehen zur Tür eilen, um zu sehen, ob dieselbe wirklich verschlossen sei usw.

Therapeutisch kommen in Betracht der Hypnotismus, der übrigens hier durchaus nicht ein absolut sicheres Heilmittel genannt werden kann, ein allgemein roborierendes Regime, das um so nötiger ist, als viele Kranke durch ihren qualvollen Zustand körperlich stark herabkommen, Abstinenz aller Nervengifte (wie Alkohol, Nikotin) die Präparate von Fellow, Hell, das Lecithin (Clin) etc.

Recht zahlreiche Fälle werden überhaupt nicht besser, geschweige denn geheilt, so lange der Kranke sich unter seinen gewöhnlichen Verhältnissen befindet. Hier empfehlen sich recht die verschiedenen Nervenheilstätten, Kaltwasseranstalten usw. mit ihrem komplizierten Apparate, der ein genaues Individualisieren gestattet. Ungemein segensreich wären hier die »Volksheilstätten für unbemittelte Nervenranke« (womit in Deutschland bereits der Anfang gemacht wurde). Eine Irrenanstalt, wohin der eine oder der andere Kranke wegen eines Selbstmordversuches gelegentlich gebracht wird, ist ja doch nicht die richtige Stätte für derartige Patienten.

KAPITEL XVIII.

Das impulsive Irresein.

Es handelt sich hier um einen durch keine Willensanstrengung und Ueberlegung zu bekämpfenden, unwiderstehlichen Zwang zur Ausübung bestimmter Handlungen, welche häufig — aber durchaus nicht immer — einer in der Gesamtpersönlichkeit des betreffenden Täters liegenden Motivierung entbehren. Der Versuch, dem Antrieb im konkreten Falle zu widerstehen, führt sogleich heftige Unlustgefühle herbei, speziell quälende Angestempfindungen, welche endlich so unerträglich werden, daß dem Zwange nachgegeben wird, worauf sofort Erleichterung und Beruhigung eintritt, während der Trieb selbst vorläufig vollständig unter die Schwelle des Bewußtseins sinkt. In vielen Fällen macht sich in dem Auftreten dieser Zwangshandlungen eine gewisse Periodizität geltend, speziell bei weiblichen Individuen von menstruellem Typus; derartige Fälle wurden oben unter dem Namen der »periodischen Monomanien« erörtert. In anderen Fällen aber lassen die betreffenden Impulse irgendeine Periodizität nicht erkennen, sondern sind z. B. jeweils an äußere Reize gebunden.

Auch hier begegnen wir einerseits kontinuierlichen Uebergängen in das Seelenleben Normaler, wie andererseits Kombinationen mit anderen Zügen der psychischen Entartung. Einer unserer Kranken z. B. ist ein Gewohnheitsdieb und daneben echter Kleptomane, d. h. neben Zweckdiebstählen eignet sich Patient alle erdenklichen absolut wertlosen Gegenstände an, deren er überhaupt habhaft werden kann (alte Zeitungen, andere gebrauchte Drucksorten usw.). Auch in der Anstalt setzt Patient dieses Treiben fort. Er versucht es, anderen Kranken nicht nur Geld und Eßwaren zu stehlen, sondern seine Taschen sind auch vollgepfropft mit weggeworfenen

Hemdknöpfechen, Stahlfedern, Bleifederstümpfchen, Zeitungen und ähnlichem Kram; derselbe Patient bietet außerdem neben klar zu erkennenden Zweck- und Notlügen, in ausgeprägter Weise das Symptom der Pseudologia phantastica. Es nimmt bekanntlich die »Sammelwut« auch nicht so selten Dimensionen an, welche von Diebstahl und Kleptomanie eigentlich nur mehr dem Namen nach verschieden sind. Mancher normale »Sammler«, der einen sonst durchaus moralischen Lebenswandel führt, der höchst beleidigt wäre, wollte man ihn irgendeiner unehrorigen Handlung fähig halten, macht sich kein Gewissen daraus, selbst auf kriminelle Weise sich in den Besitz eines besonders wertvollen Objektes zu setzen, das in die Sammlung gerade paßt. Nicht wenige der zahllosen »Steckenpferdreiter« gehören eigentlich schon in die hier in Rede stehende Gruppe psychischer Anomalien. Glücklicherweise kommt ihnen meist keine forensische Bedeutung zu.

Von klinisch wichtigeren Aeußerungsformen des impulsiven Irreseins seien hier genannt die Kleptomanie und die Pyromanie; eine besondere Bedeutung erlangen ferner die Triebe zur Beschädigung und Verletzung anderer Personen, ja echte homizide Impulse wurden beobachtet. Gar nicht selten geht der konkrete krankhafte Trieb mit lebhafter sexueller Erregung einher; es bestehen überhaupt innige Beziehungen zwischen derartigen Fällen und manchen Erscheinungsformen der Psychopathia sexualis. Vielfach läßt sich nachweisen, daß der betreffende Trieb mehr minder dauernd vorhanden ist, aber bei normalen Bewußtseinsqualitäten durch entsprechende Gegenvorstellungen unterdrückt werden kann; er gewinnt aber dann sofort die Oberhand, wenn der Zustand des Bewußtseins irgendwie pathologisch verändert wird, z. B. unter dem Einflusse von Alkohol! Von diesen Gesichtspunkten aus dürfen wohl auch gewisse stereotype kriminelle Handlungen bei Epileptikern beurteilt werden, vielleicht auch der Umstand, daß bei weiblichen Individuen das Auftreten der betreffenden »Monomanie« häufig streng menstruellen Typus zeigt.

Die forensische Beurteilung ist durchans nicht immer leicht. Wie schon gelegentlich der periodischen Monomanien bemerkt, muß, soferne das betreffende Delikt als nicht der

strafrechtlichen Verantwortung unterworfen erklärt werden soll, eben der Nachweis des Motivlosen, des Zwangsmäßigen gelingen. Nur genaue Erhebung der Anamnese und eingehende strenge individualisierende Analyse des einzelnen konkreten Falles wird hier zur Diagnose verhelfen. Der Gerichtsarzt hat da nicht selten einen schweren Stand dem Drängen »psychiatrisch gebildeter« Verteidiger gegenüber.

Viele Kranken werden wegen ihrer Gemeingefährlichkeit anstaltsbedürftig. Die Erfolge der Suggestionstherapie sind nicht eben glänzende zu nennen. Absolute Abstinenz von Alkohol ist dringend notwendig.

KAPITEL XIX.

Psychopathia sexualis.

Sexuelle Erregung und Befriedigung erfolgen hier auf nicht adäquate Reize hin, nicht unter den physiologischen Bedingungen. In derartigen Fällen kann fast ausnahmslos konstatiert werden, daß das Sexualleben selbst schon in früher Zeit sich zu regen begann, der sexuelle Trieb andererseits bedeutend gesteigert ist.

Der Mechanismus der meisten hierher gehörigen Störungen des Geschlechtslebens dürfte wohl folgender sein. Die zufälligen Nebenumstände, unter denen geschlechtliche Empfindungen zum erstenmale überhaupt in das Bewußtsein des betreffenden Individuums traten, wirken bestimmend für die ganze zukünftige Richtung des Geschlechtstriebes; die assoziative Verbindung zwischen ihnen und der sexuellen Erregung wird zu einer unzerreißbaren, festgefügtten derart, daß eine Wiederkehr jener bestimmten einen Situation stets neuerdings wollüstige Erregung hervorruft, umgekehrt diese aber durch irgendwelche andere Reize nur in geringem Grade, ja häufig überhaupt nicht ausgelöst werden kann.

Der Eine empfand seinen ersten geschlechtlichen Trieb beim Anblick badender Schulkameraden und wird in der Folge nur durch den Anblick nackter Knabengestalten sexuell aufgeregt, ein Anderer wird als Schuljunge zur mutuellen Onanie verführt und behält diese Art sexuellen Verkehrs nun dauernd bei, beim Dritten war es weibliche Wäsche, deren Anblick oder Betastung zufällig koinzidierte mit dem Auftreten der ersten wollüstigen Empfindungen usw.

Die verschiedenen Aeußerungsformen geschlechtlicher Perversionen sind ungemein zahlreich; einzelne wurden unter bestimmten Bezeichnungen beschrieben. Das Wesentliche liegt überall, wie erwähnt, darin, daß nicht normale physiologische

Reize hier sexuell erregend wirken, sondern völlig inadäquate. Es darf dabei nicht übersehen werden, wie wichtig die Rolle der sozusagen »außer-sexuellen« Assoziationen auch im Geschlechtsleben Gesunder ist, wie viel hier Gewohnheit, Lektüre, Individualität in Betracht kommen. Auch die krassen Fälle der Psychopathia sexualis haben bis zu einem gewissen Grade ihr Analogon in der vita sexualis Normaler, führen zu derselben hinüber durch alle möglichen Zwischenstufen. Warum der Eine gerade nur für blonde Weiber schwärmt, der Andere durch die Klangfarbe der Stimme sofort wie magisch zu einer bestimmten Persönlichkeit sich hingezogen fühlt, warum ein Dritter von einem ihm bisher höchst sympathischen, weiblichen Wesen mit einem Male sich durchaus degoutiert fühlt, weil er nun erst die schlecht gepflegten Fingernägel der Angebeteten gesehen: alles dieses gehört ja eigentlich schon zu den direkten Ausläufern des sogleich näher zu erörternden Fetischismus.

Von den einzelnen Formen sexueller Anomalien seien hier nur die wichtigsten angeführt.

Vielleicht die häufigste, jedenfalls aber forensisch bedeutendste Erscheinung der Psychopathia sexualis ist die

Homosexualität

(konträre Sexualempfindung).

Hier bezieht sich das ganze Sexualleben (nicht nur in rein physischer, sondern auch psychischer Hinsicht) auf das gleichartige Geschlecht, während die Individuen dem anderen Geschlechte gegenüber häufig nur Gleichgültigkeit, nicht selten sogar geradezu Abscheu und Ekel empfinden.

Die konträre Sexualempfindung äußert sich bis in die geringsten Einzelheiten genau so wie der heterosexuelle Trieb; wie die physiologische Liebe eine ganze lange Skala von Gefühlen durchläuft, von platonischem Anschwärmen, Galanterien usw. angefangen bis zum brünstigen Koitus, so begegnen wir unter den Homosexuellen auch schwärmerischen Freundschaftsbündnissen mit Gedichten und begeisterten Hymnen auf die seelischen Vorzüge des geliebten Objektes einerseits, groben sinnlichen Exzessen andererseits (mutuelle Onanie, Coitus inter

femora, in anum beim Manne, Cunnilinguus, Imitation des Koitus durch einen künstlichen Penis beim Weibe).

Dem anderen Geschlechte gegenüber mangelt, wie erwähnt, meist jegliche wollüstige Erregung; in nicht seltenen Fällen aber vermögen die Individuen auch heterosexuell zu verkehren, freilich nur unter geringem Wollustgeföhle, vielleicht nur unter äußerster Anspannung der Phantasie, um sich während des Geschlechtsaktes den Besitz des geliebten homosexuellen Partners zu vergegenwärtigen.

Da der Beginn der echten Homosexualität nahezu ausnahmslos in frühe Jugend fällt, was nach den einleitenden Worten ohneweiters sich von selbst versteht, erklärt es sich auch, warum z. B. die ersten lasziven von Pollutionen gefolgt Träume Umgang mit gleichgeschlechtlichen Personen zum Inhalte haben, warum bei masturbatorischen Akten die Ideen sich stets um gleichgeschlechtliche Individuen drehen. Darin eine kongenitale Anlage (»weibliche Seele in männlichem Körper« oder vice versa) erblicken zu wollen, liegt kein zwingender Grund vor.

Der § 129, b des österreichischen Strafgesetzes ahndet konträrsexuellen Umgang bei beiden Geschlechtern als diffamierendes Verbrechen (in Deutschland bezieht sich der analoge Paragraph nur auf männliche Individuen, in Frankreich und Italien existiert ein diesbezüglicher Paragraph überhaupt nicht). Eine Erörterung der Frage, ob ein derartiger Paragraph überhaupt berechtigt ist, soweit er geschlechtliche Akte erwachsener Personen betrifft, gegenseitige Einwilligung vorausgesetzt, intra muros vorgenommen, also ohne öffentliches Aergernis zu erregen: eine Erörterung dieser Frage also würde zu weit führen. Bedenkt man, daß oft moralisch sonst hochstehende Persönlichkeiten, tüchtige Mitglieder der menschlichen Gesellschaft, durch die Härte eines gerade nur in Deutschland und Oesterreich bestehenden Paragraphen schamloser Erpressung ausgesetzt, in ihrer Existenz vernichtet, zu Selbstmord getrieben wurden, so darf diese Frage wohl verneint werden. Unbedingt müssen strafgesetzliche Bestimmungen gefordert und beibehalten werden, die auch für die übrigen sexuellen Handlungen Geltung haben, d. h. Schutz der Minderjährigen, Schutz vor Vergewaltigung, Schutz vor gesundheitsschädlichen Folgen.

Bei der forensischen Beurteilung derartiger Delikte muß man sich vor allem vor Augen halten, daß auf eine isoliert dastehende Anomalie der vita sexualis gewiß nicht die Be-

dingungen des mehrfach zitierten § 2, a, b. ö. St.-G. zu treffen. Das Fehlen anderer psychischer Störungen vorausgesetzt, muß die strafrechtliche Verantwortung im großen und ganzen als vorhanden erklärt werden, selbstverständlich ist aber auch hier streng individualisierendes Vorgehen am Platze.

Bei sonst tadellosen moralischen Qualitäten des betreffenden Individuums, wenn keine der früher angedeuteten Umstände (Verführung von Minderjährigen usw.) obwalten, wird man wohl sein Gutachten dahin abgeben können, daß zwar der Täter nicht des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt ist, aber unter einem unwiderstehlichen Zwange handelte (§ 2 g, ö. St.-G.). Zur Beurteilung der Frage, ob überhaupt im konkreten Falle eine Perversion eines Konträrsexuellen (Urning) vorliegt, oder eine Perversität eines auf neue ungewohnte Reize erpichten Wüstlings, ist die möglichst genaue Erhebung einer sorgfältigen Anamnese natürlich unerlässlich. Gerade diesbezüglich aber sei der Sachverständige auf der Hut, da bei der enormen Verbreitung, welche gewisse bahnbrechende und grundlegende Werke berühmter Autoren über geschlechtliche Verirrungen gefunden, nicht selten der betreffende Inkulpat ganze Stellen aus bewußten Kapiteln sozusagen ad verbum zitiert und als seine eigene Biographie darzustellen sucht.

* * *

Eine andere Erscheinungsform der Psychopathia sexualis ist der sogenannte S a d i s m u s.

Hiebei wird geschlechtliche Erregung und Befriedigung hervorgerufen, wenn die andere Person Schmerzen und Leiden empfindet. Es wurden hier alle möglichen Nuancen beobachtet, von einfachen leichten Verletzungen des Partners durch Stechen, Kneifen, Beißen (»Mädchen-Stecher«), usw.¹⁾, bis zu den grauenhaften Akten des Lustmordes, mit Zerfleischung und Zerstückelung des Opfers. Mit der betreffenden grausamen Handlung ist häufig der eigentliche Koitus verbunden, der ohne dieselbe unmöglich wäre. In vielen derartigen Fällen aber genügt der vereinzelte sadistische Akt an sich, um Erektion und Ejakulation herbeizuführen.

¹⁾ Die Uebergänge dieser Formen in die Breite des normalen Geschlechtslebens sind gerade hier recht bemerkenswert.

Dem Sadismus offenbar verwandt sind jene Fälle, bei welchen der Koitus nur dann möglich ist, wenn der aktive Teil die Vorstellung der vollständigen Wehr- und Willenlosigkeit seines Opfers, einer Ueberwältigung desselben, eines gewaltsam erzwungenen Beischlafes in sich erwecken kann (Knebelung des Weibes; Prostituierte müssen sich zur Komödie eines Notzuchtsattentates hergeben usw.). Vielleicht gehören hierher auch die entsetzlichen Fälle von Nekrophilie (Leichenschändung).

Beim sogenannten Masochismus ist umgekehrt wollüstige Erregung und Ejakulation gebunden an physische und psychische Leiden der eigenen Person.

Auch hier gibt es wieder eine Art gewissermaßen »psychischen« Masochismus; der Betreffende fühlt sich sexuell nur dann vollständig befriedigt, wenn er beschimpft, bedroht wird, wenn ihm seine Phantasie irgendeine für ihn demütigende, gefährliche Situation vorspiegelt, von dem anderen Teil eine entsprechende Komödie aufgeführt wird. In anderen Fällen müssen aber die Leiden direkt körperlicher Art sein; die Betreffenden lassen sich peitschen (Flagellantismus), geißeln, verletzen; der Kranke fordert ekelhafte Besudelungen; das Weib muß z. B. ihre Exkreme auf ihn entleeren [Stercorarii] usw.

* * *

Ungemein häufig und schier unerschöpflich an einzelnen Varietäten sind die sogenannten Fetischisten. Hier ist es nicht das geliebte Wesen an sich oder überhaupt eine Person des anderen Geschlechtes, sondern bestimmte Objekte oder Teile derselben, welche den Kranken geschlechtlich aufregen, mit denen er hantiert und so Ejakulation erzielt. Manche »Sammler« gehören auch in diese Rubrik; man beschrieb Schuh-, Taschentuch-, Haar-Fetischisten (»Zopfabschneider«) usw. Andere wieder, welche der Frauenleib in toto ganz gleichgültig läßt, haben es nur z. B. auf den Fuß oder auf die Nates abgesehen. Die Betastung dieser Teile, eventuell ein Reiben des Penis an der betreffenden Körperpartie (»Frotteurs«) führt unter lebhaftem Wollustgefühle Samenerguß herbei, während der normale Beischlaf unmöglich ist, oder nur geringe Befriedigung hinterläßt. Oder es ist eine bestimmte Kleidung, ein bestimmter Parfum, der eine *conditio sine qua non* der vollen Geschlechtsbefriedigung bildet.

Forensisch besonders wichtig sind wieder jene Fälle, bei welchen das Objekt der Attentate Minderjährige, namentlich Kinder sind (*Paedophilia erotica*). Daß dieses Symptom abgesehen von der auf dem Boden einer allgemeinen psychopathischen Minderwertigkeit wurzelnden sexuellen Anomalie auch recht häufig bei der *Dementia senilis* vorkommt, wurde schon seinerzeit erwähnt. Während der Sadismus, Masochismus, die meisten Arten des Fetischismus nahezu ausschließlich beim männlichen Geschlecht beobachtet werden, finden sich Fälle von *Paedophilia* gerade so wie die Homosexualität bei beiden Geschlechtern gleich häufig.

Die einzelnen Varietäten geschlechtlicher Anomalien sind wie gesagt zahllose. Nur dem Namen nach seien beispielsweise noch aufgezählt die sogenannte *Paradoxia sexualis* (z. B. abnorm frühes Auftreten des sexuellen Triebes, koitus-ähnliche Akte bei Kindern, Onanie bei Säuglingen usw.), die sexuelle *Anästhesie* und *Hyperästhesie* (*Satyriasis* und *Nymphomanie* der alten Autoren; bei den individuellen bekanntlich so außerordentlichen Verschiedenheiten der *Libido* nur in den allerextremsten Fällen als wirklich abnorm anzusprechen, kaum je übrigens isoliertes Symptom, sondern meist nur Teilerscheinung anderer psychopathischer Zustände, wie von zirkulärem Irresein, manischer Paralyse usw.) die *Bestialität*, Unzucht mit Tieren, der *Exhibitionismus* usw.

Bezüglich der forensischen Beurteilung können im großen und ganzen nur die Gesichtspunkte maßgebend sein, welche schon gelegentlich der Besprechung der konträren Sexualempfindung angedeutet wurden.

Was die Behandlung anbetrifft, so kann hier die Suggestionstherapie (*Hypnotismus*) auf recht befriedigende Erfolge hinweisen. Freilich ist die Gefahr häufigen Rezidivierens überall eine recht große.

Daneben empfehlen sich natürlich allgemeine Maßregeln, wie Kaltwasserkuren, roborierende Diät, Abstinenz von Alkohol, Brom-Kampfer-Lupulin zur Herabsetzung der sexuellen Erregbarkeit, etc.

Anhang A.

Medikamentöse Therapie.

a) *Eigentliche Hypnotika.*¹⁾

1. Eines der allersichersten Mittel ist das Chloralhydrat. Dasselbe bildet wasserhelle Kristalle, die sehr hygroskopisch sind und daher in feuchter Luft leicht zerfließen; bei ganz trockener Atmosphäre verflüchtigt sich das Chloral vollständig; es hat einen spezifischen Geruch und scharfen, leicht ätzenden Geschmack.

Das Chloral erzeugt nach mittleren Gaben von 1·0 — 2·0 mit großer Sicherheit einen ruhigen, lang dauernden Schlaf, welcher ziemlich schnell sich einstellt und von keinerlei unangenehmen subjektiven Empfindungen gefolgt wird. Die Leute klagen nach dem Erwachen gewöhnlich nicht über Eingenommensein des Kopfes, Mattigkeit usw.

Nach großen Gaben (über 6·0) wurden Zustände von tiefem Koma beobachtet mit Sinken der Körpertemperatur und Abnahme der Herzstätigkeit, selbst der Tod kann im schweren Kollapse erfolgen.

Zu kleine Dosen (z. B. 0·5 bei einem Erwachsenen) sind nicht bloß ganz wertlos, sondern sie können unter Umständen gerade eine gegenteilige als die erwünschte Wirkung herbeiführen. Es liegen Beobachtungen vor, wo nach solchen geringen Gaben Aufregungszustände, selbst mit allerlei Halluzinationen auftraten.

¹⁾ Die Hypnotika s. str. sind anzuwenden in all den Fällen essentieller, d. h. nicht durch Schmerz oder Angst bedingter Schlaflosigkeit und Erregung; sie würden in letzteren Fällen vollständig versagen, während hier allein das Opium und seine Derivate wirksam sind. Zuweilen, z. B. bei Angstmelancholikern muß man neben Opium auch noch ein Schlafmittel geben, das aber allein für sich keinen Effekt haben würde.

Nach den bisherigen Beobachtungen kann gesagt werden, daß eine Gewöhnung des Organismus an dieses Mittel nur in geringem Maße stattzuhaben scheint; hingegen muß ein besonderes Augenmerk auf den Umstand gerichtet werden, daß es, namentlich bei längerer Darreichung, einen erheblichen, u. zw. lähmenden Einfluß auf das Herz und die Vasomotoren ausübt. Bei Herzkranken erscheint demnach das Mittel kontraindiziert, jedenfalls nur mit äußerster Vorsicht anwendbar; bettlägerige Kranke zeigen infolge der vasoparalytischen Wirkung der Droge sehr große Neigung zur Dekubitusbildung. Aber auch bei solchen Personen, deren Gefäßapparat vollkommen intakt ist, tritt nach längerem Gebrauche der gefäßlähmende Einfluß des Chlorals deutlich zutage in der Form, daß sich auf ganz unbedeutende Agentien hin, z. B. minimale Mengen von Alkohol, enorme Kongestionen einstellen. (»Rash«.)

Das Chloralhydrat ist daher kontraindiziert bei Erkrankungen des Herzens und der Gefäße, ferner bei Bettlägerigen, bei fiebernden Kranken und Alkoholdeliranten.

Bezüglich der Anwendungsweise wäre noch Folgendes zu erwähnen: Wegen der lokal stark irritierenden Eigenschaft des Chlorals verbietet sich nicht nur dessen subkutane Injektion von selbst, sondern es darf auch per os weder in Substanz noch in konzentrierten Lösungen gegeben werden, um nicht Gastritiden hervorzurufen. Am besten verordnet man das Chloral mit schleimigen Mitteln, z. B. auf 1 g Chloral 50·0 des Korrigens (etwa Aqua destill. und Mucilag. gumm. acaciae aa 25). Die gewöhnliche Dosis beträgt für den Erwachsenen 2·0, für Kinder 0·5 — 1·0. Für jene Fälle, wo aus irgendwelchen Gründen die interne Anwendung nicht opportun erscheint, kann das Chloral in den oben angegebenen Dosen auch per Klysma verabfolgt werden, selbstverständlich auch nur mit der nötigen Menge eines einhüllenden Vehikels versetzt.

2. Das Amylenhydrat ist eine farblose, leicht bewegliche Flüssigkeit von eigentümlich scharfem, pfefferminzähnlichen Geschmack und Geruch, welcher letzterer sich jedoch der Exspirationsluft nicht mitteilt, was als großer Vorteil dem sogleich zu beschreibenden Paraldehyd gegenüber hervorgehoben werden muß. Das Amylenhydrat löst sich in Wasser

etwas schwer (im Verhältnis von 1 : 8), leicht in Alkohol. Das Mittel kann lange Zeit und ohne schädliche Folgen fortgegeben werden, wobei zwar allmählich eine gewisse Gewöhnung derart eintritt, daß man, um sicher Schlaf zu erzielen, mit der ursprünglichen Dosis steigen muß, was aber unbedenklich auf das zweifache der Anfangsdosis erlaubt ist. Das Amylenhydrat leistet gerade wie das Chloral, speziell auch in der Bekämpfung des Status epilepticus gute Dienste.

Für gewöhnlich geben wir 2·0 — 3·0 in Wasser oder mit Zusatz von Sirupen oder Alcoholicis, z. B. Kognak, als Korrigens.

Seinen physikalischen Eigenschaften und der Wirkungsweise nach dem vorigen sehr ähnlich ist:

3. Das Paraldehyd. Dasselbe stellt eine wasserhelle Flüssigkeit dar, von eigenartigem, unangenehmen Geruch und Geschmack, welcher sich durch keinerlei Korrigens vollständig decken läßt. Das Löslichkeitsverhältnis für Wasser beträgt 1 : 8. Am besten ist das Paraldehyd noch in alkoholischer Lösung zu nehmen, z. B. in Bier oder Rotwein.

Als großer, wenn auch vielleicht als einziger Nachteil des Präparates muß angegeben werden, daß sich der Geruch des Paraldehyds der Exhalationsluft mitteilt. Andererseits leistet es uns aber als sicher und schnell wirkendes Hypnotikum ganz unschätzbare Dienste, besonders darum, weil es durch lange Zeit (selbst Monate hindurch) fortgegeben werden kann, ohne den geringsten Einfluß auf die Herztätigkeit und auf den Gefäßapparat überhaupt zu üben. Auch der Verdauungstrakt toleriert dieses Mittel ohne irgendwelche nennenswerte Reaktion. Die Angewöhnung, welche bei längerem Gebrauch eintritt, kann durch größere Dosen, innerhalb gewisser Grenzen, unbedenklich paralytisch werden, und nach Aussetzen des Mittels wurden noch niemals erhebliche Abstinenzerscheinungen beobachtet. Das Paraldehyd wirkt auf durchschnittliche Gaben von 5·0, doch kann man ruhig auf 10·0 pro dosi und mehr steigen.

4. Das Sulfonal bildet ein weißes, kristallinisches, vollständig geruch- und geschmackloses Pulver, welches in kaltem Wasser fast gar nicht, leichter in warmen, namentlich schwach alkalischen Flüssigkeiten löslich ist. Bezüglich der Geschmack-

losigkeit des Pulvers ist noch folgendes zu erwähnen: Absolut geschmacklos ist es nur als Pulver selbst auf die Zunge gebracht. Eine heiß bereitete Lösung besitzt, wie man sich leicht überzeugen kann, einen deutlichen, mehr minder stark bitteren Geschmack, ebenso rufen denselben Beimengungen von fettigen Substanzen, z. B. Oel oder Milch, hervor. Schon die ersten Beobachter erwähnen die kumulative Wirkung des Präparates, welche sich aus dessen geringer Löslichkeit erklärt, und gaben an, daß die Leute häufig noch am nächsten Tag nach der Einverleibung des Pulvers eine gewisse Schlafsucht zeigen. Es tauchten dann auch bald Nachrichten auf, daß infolge dieser kumulativen Wirkung bei längerer, ununterbrochener Anwendung von medizinischen Dosen des Sulfonals tödliche Vergiftungen sich ereigneten. Es traten komatöse Zustände auf mit heftigen gastrischen Symptomen, Erbrechen, Obstipation etc., wobei der Harn außer den Erscheinungen einer akuten parenchymatösen Nephritis (Oligurie, Albuminurie) den Befund von Hämatoporphyrin bot. Das Hämatoporphyrin, welches dem Harne eine dunkle, fleischwasserähnliche Farbe erteilt, ist spektroskopisch leicht an seinen Absorptionsstreifen zu erkennen.

Unter genauer Berücksichtigung der eigenartigen Wirkungsweise kann man jedoch das Sulfonal, dessen sichere hypnotische Wirkung unbestritten ist, ganz ruhig anwenden. Wir dürfen nur folgende Vorsichtsmaßregeln nicht außer acht lassen:

1. Müssen wir ein besonderes Augenmerk auf den Stuhlgang der Patienten richten, jede etwa bestehende Obstipation energisch bekämpfen und sollen
2. Das Mittel nur in der Dosis von 1·0 bis höchstens 2·0 für nicht zu lange Zeit geben, ferner mit seiner Darreichung sofort aufhören, wenn die Harnmenge sinkt oder der Urin sich dunkler zu färben beginnt.

Das Sulfonal erzeugt nach Gaben von 1·0 bis 2·0 sicheren Schlaf, selbst in Fällen, wo Chloral und Paraldehyd uns im Stiche lassen. Das (möglichst fein pulverisierte) Präparat wird zweckmäßig in einer warmen Flüssigkeit genommen oder den Speisen selbst beigemischt, z. B. mit dem Salze auf das Brot

gestreut o. dgl. Da sich seine Wirksamkeit langsam entfaltet, soll es etwa zwei Stunden vor dem Zeitpunkte gegeben werden, da der Eintritt des Schlafes gewünscht wird.

Ihrer chemischen Natur nach, durch physiologische Eigenschaften und Wirkungsweise dem Sulfonal nahe verwandt, reihen sich folgende zwei Körper aus der Sulfongruppe an:

Das 5. **Trional** (weiße Kristalle von bitterem Geschmacke) und das 6. **Tetronal** (weiße Kristalle von bitterem, kampferartigen Geschmacke).

Auch diesen Mitteln fehlte es anfangs nicht an warmen Anpreisungen.

Jedenfalls ist das sehr teure Tetronal schon aus praktischen Gründen neben dem Sulfonal und Trional überflüssig.

Anderseits muß aber gerade mit Rücksicht auf die Häufigkeit, mit welcher in der letzten Zeit das Trional verordnet wird, auf das entschiedenste betont werden, daß es genau dieselben Gefahren in sich birgt, wie das Sulfonal, daß bei dem längeren Gebrauche des ersteren dieselben Vorsichtsmaßregeln anzuwenden sind wie bei letzterem, d. h., daß es nur in geringen Gaben, nicht zu lange und unter genauer Beaufsichtigung des Harnbefundes gegeben werden darf. Denn es existiert schon eine Reihe von chronischen Trionalvergiftungen, darunter auch einige mit tödlichem Ausgange, welche ganz unter demselben Bilde verliefen, wie wir es bei der Beschreibung der Sulfonalintoxikation erwähnt haben (Oligurie bis Anurie, Auftreten von Hämatorporphyrin, Erbrechen, Ataxie, Koma usw.).

Die bisher beobachteten tödlichen chronischen Trionalvergiftungen betrafen ebenfalls weibliche Individuen, wie dies auch fast ausnahmslos beim Sulfonal beobachtet wurde.

Ebenfalls pulverförmig sind folgende moderne Präparate, welche sich uns recht bewährt haben und welche, soweit bis jetzt Erfahrungen gemacht wurden, auch unschädlich genannt werden dürfen, das **Hedonal** (7.) (schlafmachende Dosis 2·0) und das 8. **Veronal** (à 0·5 bis 1·0). Beide Mittel sind ziemlich zuverlässig; Letzterem kommt neben der hypnotischen auch eine leicht sedative Wirkung zu.

In jüngster Zeit endlich lernten wir (9.) das Isopral kennen, das in Gaben von 0·5 bis 1·0 recht zuverlässig Schlaf erzeugt; bei Herzkranken erscheint jedoch seine Anwendung nicht unbedenklich. Das Mittel wird am besten in Gelatine-kapseln verabfolgt.

b) Anderweitige medikamentöse Mittel.

Das *Hyoscinum muriaticum* wirkt ähnlich dem Curare lähmend auf die willkürliche Muskulatur; wenige Sekunden nach der Injektion sinkt der heftig Tobende kraftlos zusammen, unfähig ein Glied zu rühren, auch das Schreien wird ihm unmöglich. Diese Wirkung hält mehrere Stunden an. Das salzsaure Alkaloid wird subkutan verabfolgt in Gaben von 0·0005 bis 0·001. Kontraindiziert bei Herzkranken (!); überhaupt ist das Mittel nichts weniger als harmlos und soll durchaus nicht längere Zeit fortgesetzt werden. Im Rahmen der Anstalt wird man es überhaupt zumeist entbehren können, dagegen leistet es in der Familienpflege, z. B. gelegentlich eines Transportes usw., vorzügliche Dienste.

Aehnlich dem Hyoscin, doch nicht so verlässlich wirkt das *Duboisin. muriaticum* und *Scopolamin. hydrobromicum* (dieselbe Dosis wie beim Hyoscin).

Das Skopolamin ist weniger gefährlich als das Hyoscin, kann eventuell auch einige Zeit hindurch fortgegeben werden.

Die Brompräparate.

Das Brom ist nicht nur nach wie vor das beste Mittel in der Behandlung der Epilepsie, sondern leistet auch schätzenswerte Dienste gegen essentielle Schlaflosigkeit und Erregungszustände mannigfacher Art (abgesehen von solchen mit ängstlicher Verstimmung).

Am längsten bekannt sind die Bromalkalien. Das Bromkali ist das beliebteste derselben, doch erscheint seine längere Darreichung bei Herzkranken (Kaliwirkung) nicht unbedenklich, das Bromnatron und Bromammon teilen diese Uebelstände nicht, sind aber, namentlich letzteres, verhältnismäßig teuer (zumal es sich ja doch, soll die Bromtherapie bei der Epilepsie

überhaupt wirksam sein, um tagtäglich jahrelang fortgesetzten Gebrauch handelt). Aus denselben äußeren Gründen empfiehlt es sich auch nicht, die Bromalkalien in einzelnen Pulvern zu verschreiben,¹⁾ sondern gleich eine größere Menge auf einmal, die in einer verkorkten Glasphiole aufbewahrt wird, und wovon der Patient selbst sich die entsprechende Tagesdosis abmißt. Die durchschnittliche Dosis beträgt für den Erwachsenen 4·0 bis 5·0 des Bromkali und Bromnatron, 2·0 bis 2·5 NH_4Br , am zweckmäßigsten auf zweimal des Tages verteilt, stets in viel Wasser gelöst und auf vollem Magen zu nehmen.

Ganz gute Dienste leistet das sogenannte Erlenmayersche Gemisch ($\text{KBr} + \text{Na Br}_{\frac{aa}{n}} + \text{NH}_4 \text{Br}_{\frac{n}{2}}$).

Was nun die Wirksamkeit der Bromtherapie auf die epileptischen Anfälle anbelangt, so sinkt bei monatelangem, ununterbrochenem Gebrauche der Mittel die Frequenz und Intensität der Anfälle um ein Bedeutendes, oft bleiben die Anfälle ganz aus oder treten nur rudimentär auf; es kommt z. B. nur zur Aura oder zu einem Vertigo. Meist zeigen sich aber die Anfälle wieder, oft sogar gehäuft, sobald das Mittel plötzlich ausgesetzt wird. In einigen Fällen aber treten die konvulsiven Attacken auch bei langsamer Herabsetzung der Tagesdosis nicht wieder auf (selbstverständlich unter Berücksichtigung des allgemeinen Regimes, d. h. absoluter Alkoholabstinenz, Sorge für Stuhl, Vermeidung von körperlicher und geistiger Ueberanstrengung), ja es gibt Fälle, in welchen endlich nach Jahr und Tag das Brom ganz zur Seite gelassen werden kann, ohne daß Anfälle wiederkehrten.

Diesen leider recht seltenen Fällen gegenüber stehen nun solche, bei welchen sich die oben angegebenen Tagesdosen als wirkungslos erweisen, wo man, um überhaupt einen Effekt zu sehen, zu derartig hohen Mengen schreiten muß, daß sich bald die Erscheinungen des chronischen Bromismus einstellen. Ja, gerade in der eigentlichen psychiatrischen Praxis hat man es

¹⁾ Wegen der starken hygroskopischen Eigenschaft — das Ammon. bromat. ist außerdem auch nicht luftbeständig — darf bei Verschreibung in Pulvern ohnehin nur *Carta cerata* verwendet werden.

häufig mit Fällen zu tun, bei welchen die konvulsiven Attacken der Bromtherapie vollständig trotzen.

Zu den wichtigeren Erscheinungen des Bromismus gehören: Abnahme bis Verlust der Potenz, Schlafsucht, Apathie, Herabsetzung bis Fehlen des Würgreflexes. Leichtere Andeutungen dieser Symptome muß man bei jeder systematischen Brombehandlung mit in den Kauf nehmen. Treten aber die Erscheinungen, namentlich in der psychischen Sphäre, besonders hochgradig in den Vordergrund, dann heißt es einfach, in concreto streng individualisierend abzuwägen, ob nicht die Folgen der Behandlung schlimmer sind als die Anfälle selbst. Gegen eine sehr lästige Begleiterscheinung des Bromismus, die bekannte Brom-Akne, besitzen wir jetzt ein ausgezeichnetes Mittel in dem Bromipin (Br an Sesamöl gebunden); es kommt ein 10%iges und 33·3%iges Präparat in den Handel. 10·0 des 10%igen entsprechen 1·75 Bromkali. Erfahrungsgemäß vertragen Kranke, welche ob intensiver Aknepusteln geradezu intolerant gegen die Bromalkalien sich erwiesen, das Bromipin ausgezeichnet. Dem Mittel haftet nur der Uebelstand an, daß es recht kostspielig ist. In der Praxis pauperum kämpft man gegen die Bromakne mit ziemlich befriedigendem Erfolge an durch gleichzeitige Verabfolgung von Arsen (etwa 1 — 2 Stücke der off. Pil. asiaticae) und sorgfältige Hautpflege (gründliches Waschen mit stärkeren Seifen usw.).

Von der sogenannten Opiumbromkur der Epilepsie sahen wir nicht bloß keine sonderlichen Erfolge, sondern beobachteten sogar in einigen Fällen das Auftreten eines höchst bedenklichen Status epilepticus zu der Zeit, da das Opium plötzlich ausgesetzt wurde und mit der Brombehandlung begonnen werden sollte.

Von den schier zahllosen anderen gegen Epilepsie versuchten Mitteln sei höchstens noch das Atropin. sulfuricum erwähnt, das (in Pillenform gegeben) bei jugendlichen Individuen empfohlen wird. (Pillen à 0·0005 — 0·001, 1 — 3 Stücke.)

* * *

Daß das Opium und seine Derivate, besonders das Morphium, nur bei Angst und Schmerz indiziert sind (Angst-

melancholie, Dysphrenia neuralgica) wurde schon sub Kapitel I erwähnt.

Ueber Thyreoidintherapie vide sub Myxödem und Kretinismus.

Es wurde ferner auch seinerzeit der ganz befriedigenden Ergebnisse gedacht, welche man mit Lecithin, Syrup. compos. Hell, Syrup. hypophosphit. Fellow oder dergleichen als Adjuvantien in der Behandlung der Hysterie, der Neurasthenie, Zwangsvorstellungen u. dgl. beobachtete.

Schließlich ist es selbstverständlich, daß bei der Behandlung akuter Psychosen sowohl, wie der zuletzt genannten Formen alle die internen Mittel durchaus angezeigt sind, welche die Gesamternährung zu heben imstande sind, vor allem Eisen und Arsen in ihren verschiedenen Präparaten: also Ferratin, Pil. Blaudii, Hommels Hämatogen, Perdynamin (von den Kranken gerne genommen), ebenso die Pil. asiaticae, Solut. arsenic. Fowleri (zweckmäßig mit Tinct. Chinae compos. kombiniert), Guberquelle usw. Ganz gut bewährten sich uns auch die verschiedenen »Nährpräparate« wie Plasmon, Tropon, Sanatogen und Somatose (letztere beide teuer), Hygiamia (wird gerne genommen) usw.

Anhang B.

Die für die Psychiatrie wichtigsten zivil- und strafgerichtlichen Gesetzesbestimmungen, Ministerialverordnungen etc. in Oesterreich.

I. Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch.

§ 21. Diejenigen, welche wegen Mangels an Jahren, Gebrechen des Geistes oder . . . ihre Angelegenheiten selbst gehörig zu besorgen unfähig sind, stehen unter dem besonderen Schutze der Gesetze. Dahin gehören . . . Rasende, Wahnsinnige und Blödsinnige, welche des Gebrauches ihrer Vernunft entweder gänzlich beraubt oder wenigstens unvernünftig sind, die Folgen ihrer Handlungen einzusehen;

§ 48. Rasende, Wahnsinnige, Blödsinnige und Unmündige sind außerstande, einen gültigen Ehevertrag zu errichten.

§ 173. Gerechte Ursachen, die Fortdauer der väterlichen Gewalt bei Gericht anzusuchen, sind: Wenn das Kind, ungeachtet der Volljährigkeit, wegen Leibes- oder Gemütsgebrehen, sich selbst zu verpflegen oder seine Angelegenheiten zu besorgen, nicht vermag;

§ 176. Wenn ein Vater den Gebrauch der Vernunft verliert, so kommt die väterliche Gewalt außer Wirksamkeit und es wird ein Vormund bestellt;

§ 191. Untauglich zur Vormundschaft überhaupt sind diejenigen, welche wegen . . . Leibes- oder Geistesgebrehen ihren eigenen Geschäften nicht vorstehen können;

§ 251. Die Vormundschaft erlischt auch sogleich, als der Pflegebefohlene die Großjährigkeit erreicht hat; doch kann das vormundschaftliche Gericht wegen Leibes- oder Gemütsgebrehen des Pflegebefohlenen, . . . die Fortdauer der Vormundschaft . . . anordnen

§ 269. Für Personen, welche ihre Angelegenheiten nicht selbst besorgen, und ihre Rechte nicht selbst verwahren können, hat das Gericht, einen Kurator oder Sachwalter zu bestellen.

§ 270. Dieser Fall tritt ein: bei Volljährigen, die in Wahn- oder Blödsinn verfallen;

§ 273. Für wahn- oder blödsinnig kann nur derjenige gehalten werden, welcher nach genauer Erforschung seines Betragens und nach Einvernehmung der vom Gerichte dazu verordneten Aerzte gerichtlich dafür erklärt wird

§ 283. Die Kuratel hört auf , wenn die Gründe aufhören, die den Pflegebefohlenen an der Verwaltung seiner Angelegenheiten verhindert haben. Ob ein Wahn- oder Blödsinniger den Gebrauch der Vernunft erhalten hat, muß aus einer genauen Erforschung der Umstände, aus einer anhaltenden Erfahrung und aus den Zeugnissen der zur Untersuchung von dem Gerichte bestellten Aerzte entschieden werden.

Nach § 310. Personen, die den Gebrauch der Vernunft nicht haben, sind an sich unfähig, einen Besitz zu erlangen. Sie werden durch einen Vormund oder Kurator vertreten.

§ 566. Wird bewiesen, daß die Erklärung (nämlich, bezüglich des letzten Willens¹⁾) im Zustande der Raserei, des Wahnsinns, Blödsinns oder der Trunkenheit geschehen sei, so ist sie ungültig.

§ 567. Wenn behauptet wird, daß der Erblasser, welcher den Gebrauch des Verstandes verloren hatte, zur Zeit der letzten Anordnung bei voller Besonnenheit gewesen sei, so muß die Behauptung durch Kunstverständige oder durch obrigkeitliche Personen, die den Gemütszustand des Erblassers genau erforschten, oder durch andere zuverlässige Beweise außer Zweifel gesetzt werden.

§ 591. Sinnlose , dann diejenigen, welche die Sprache des Erblassers nicht verstehen, können befetzten Anordnungen nicht Zeugen sein.

§ 865. Wer den Gebrauch der Vernunft nicht hat ist unfähig, ein Versprechen zu machen oder es anzunehmen.

§ 1307. Wenn sich aber jemand aus eigenem Verschulden in einen vorübergehenden Zustand der Sinnesverwirrung versetzt hat; so ist auch der in demselben verursachte Schaden seinem Verschulden gegeben zuzuschreiben

§ 1308. Wenn Wahn- oder Blödsinnige jemanden beschädigen, der durch irgendein Verschulden hiezu selbst Veranlassung hat, so kann er keinen Ersatz ansprechen.

§ 1309. Außer diesem Fall gebührt ihm der Ersatz von denjenigen Personen, denen der Schade wegen Vernachlässigung der ihnen über solche Personen anvertrauten Obsorge beigemessen werden kann.

II. Oesterreichisches Strafgesetzbuch.

§ 2. Die Handlung oder Unterlassung wird nicht als Verbrechen angerechnet:

- a) wenn der Täter des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt ist;
- b) wenn die Tat bei abwechselnder Sinnesverrückung zur Zeit, als die Verrückung dauerte, oder

¹⁾ Anmerkung d. Verf.

- c) in einer ohne Absicht auf das Verbrechen zugezogenen vollen Berauschung oder einer anderen Sinnesverwirrung, in welcher der Täter sich seiner Handlung nicht bewußt war, begangen worden;
- d) e) g) wenn die Tat durch unwiderstehlichen Zwang oder in der Ausübung gerechter Notwehr erfolgte.

§ 46. Milderungsgründe, welche auf die Person des Täters Beziehung haben, sind:

- a) wenn der Täter von schwachem Verstande, oder seine Erziehung sehr vernachlässigt worden ist;
- b)
- c) wenn er in einer aus dem gewöhnlichen Menschengefühle entstandenen heftigen Gemütsbewegung sich zu dem Verbrechen hat hinreißen lassen.

§ 127. Der an einer Frauensperson, die sich ohne Zutun des Täters in einem Zustande der Wehr- oder Bewußtlosigkeit befindet, unternommene außereheliche Beischlaf ist als Notzucht anzusehen

§ 128. Wer eine im Zustande der Wehr- oder Bewußtlosigkeit befindliche Person zur Befriedigung seiner Gelüste auf eine andere als die im § 127 bezeichnete Weise geschlechtlich mißbraucht, begeht das Verbrechen der Schändung¹⁾

§ 152. Wer gegen einen Menschen, zwar nicht in der Absicht, ihn zu töten, aber doch in anderer, feindseliger Absicht auf eine solche Art handelt, daß daraus eine Geisteszerrüttung, oder erfolgte, macht sich des Verbrechen der schweren körperlichen Beschädigung schuldig.

§ 523. Trunkenheit ist an demjenigen als Uebertretung zu bestrafen, der in der Berauschung eine Handlung ausgeübt hat, die ihm außer dieses Zustandes als Verbrechen zugerechnet würde. . . . War dem Trunkenen aus Erfahrung bewußt, daß er in der Berauschung heftigen Gemütsbewegungen ausgesetzt sei, so soll der Arrest verschärft, bei größeren Uebeltaten aber auf strengen Arrest bis zu 6 Monaten erkannt werden.

III. Oesterreichische Strafprozeßordnung.

§ 134. Entstehen Zweifel darüber, ob der Beschuldigte den Gebrauch seiner Vernunft besitzt, oder ob er an einer Geistesstörung leide, wodurch die Zurechnungsfähigkeit desselben aufgehoben sein kann, so ist die Untersuchung des Geistes- und des Gemütszustandes des Beschuldigten jederzeit durch zwei Aerzte zu veranlassen. Dieselben haben über das Ergebnis ihrer Beobachtungen Bericht zu erstatten,

¹⁾ Unzuchtsakte an weiblichen Geisteskranken vorgenommen, fallen unter die §§ 127, 128.

. und, falls sie eine Geistesstörung als vorhanden betrachten, die Natur der Krankheit, die Art und den Grad derselben zu bestimmen und sich sowohl nach den Akten, sowie nach ihrer eigenen Beurteilung über den Einfluß auszusprechen, welchen die Krankheit auf die Vorstellungen, Triebe und Handlungen des Beschuldigten geäußert haben und noch äußern, und ob und in welchem Maße dieser getrübe Geisteszustand zur Zeit der begangenen Tat bestanden hat.

Nach §§ 151, 164, 170, 171 sind diejenigen Personen nicht als Zeugen abzufragen, welche zur Zeit als sie das Zeugnis ablegen sollen, wegen Leibes- oder Gemütsbeschaffenheit außerstande sind, die Wahrheit anzugeben; diejenigen, welche an einer erheblichen Schwäche des Wahrnehmungs- oder Erinnerungsvermögens leiden, dürfen nicht beeidigt werden.

§ 123. Die Sachverständigen können verlangen, daß ihnen aus den Akten oder durch Vernehmung von Zeugen jene Aufklärungen über bestimmte von ihnen zu bezeichnende Punkte gegeben werden, welche sie für das abzugebende Gutachten für erforderlich erachten. Wenn den Sachverständigen die Einsicht der Untersuchungsakten unerläßlich erscheint, können ihnen auch die Akten selbst mitgeteilt werden.

§ 126. Ergeben sich solche Widersprüche oder Mängel in Beziehung auf das Gutachten und lassen sich die Bedenken nicht durch eine nochmalige Verständigung der Sachverständigen beseitigen, so ist das Gutachten eines anderen oder mehrerer anderer Sachverständigen einzuholen.

Sind die Sachverständigen Aerzte oder Chemiker, so kann in solchen Fällen das Gutachten einer medizinischen Fakultät der im Reichsrate vertretenen Länder eingeholt werden

§ 398. Wenn der zum Tode oder zu einer Freiheitsstrafe Verurteilte zur Zeit, wo das Strafurteil in Vollzug gesetzt werden soll, geisteskrank oder körperlich schwer krank ist, so hat die Vollziehung so lange zu unterbleiben, bis dieser Zustand aufgehört hat.

Das Entmündigungsverfahren.

Die Angehörigen¹⁾, oder die Irrenanstaltsdirektion oder Gemeinde, bzw. deren ärztliche Organe, erstatten an das Bezirksgericht, in dessen Sprengel der fragliche Geisteskranke zuletzt wohnte, die Anzeige, worauf das Gericht zwei Gerichts-

¹⁾ Um das Entmündigungsverfahren über einen Geisteskranken einzuleiten, ist es also nicht notwendig, daß derselbe in einer Anstalt oder an einer psychiatrischen Klinik interniert sei, sondern es muß einfach an das zuständige Bezirksgericht ein genügend motiviertes (ärztliches Zeugnis!) Ansuchen um Ueberprüfung des Geisteszustandes gerichtet werden. So selbstverständlich das eben Gesagte ist, sei es doch hier speziell betont, da erfahrungsgemäß diesbezüglich manche Hausärzte nicht genügend aufgeklärt sind.

ärzte mit der Ermittlung des Geisteszustandes betraut und die Untersuchung für einen bestimmten Tag festsetzt (in Anstalten werden gewöhnlich mehrere Kranke gruppenweise vorgenommen). Die Kommission besteht aus der vorsitzenden juridischen Persönlichkeit, zwei Gerichtsärzten, einem Schreiber und einer Persönlichkeit (z. B. Anstaltsarzt), welche für die Identität des Exploranden gutsteht. Nach abgeschlossener Untersuchung gehen die Akten an das Landesgericht in Zivilrechtssachen, welches dann eventuell die Kuratelsverhängung publiziert. Die Kuratelsverhängung wird ausgesprochen wegen gerichtlich erhobenen Blödsinnes oder Wahnsinnes; bei heilbaren oder zweifelhaften Fällen wird gewöhnlich kein definitives Urteil gefällt, sondern eine mehrmonatliche Frist gegeben, während welcher Zeit ein provisorischer Kurator aufgestellt wird (vide auch unter »Entlassung«).

Behufs Aufhebung der Kuratel schreitet der Entmündigte, bzw. sein Kurator, die Anstaltsdirektion usw. um neuerliche Untersuchung des Geisteszustandes ein. Auch hier erfolgt wieder eine Kommission unter den oben angegebenen Formen, worauf das Protokoll dem Landesgericht zur richterlichen Entscheidung vorgelegt wird.

Aufnahme Geisteskranker in die Irrenanstalt.

Die Aufnahme von Irrsinnigen in die Irrenanstalt ist in Oesterreich nicht durch eigene gesetzliche Bestimmungen, sondern nur durch Verordnungen (Verordnung des Ministerium des Innern und der Justiz vom 14. Mai 1874, R.-G.-Bl. Nr. 71, teilweise abgeändert durch M.-V. vom 4. Juli 1878, Nr. 87) und Statuten, bzw. Statthalterei- und Landesauschuss-Erlässe geregelt.

Zur Aufnahme erforderlich ist im allgemeinen ein amtsärztliches Zeugnis, das die Geisteskrankheit und Gemeingefährlichkeit des betreffenden Patienten bestätigt.

Für Niederösterreich speziell bestehen u. a. folgende Normen (Uebereinkommen zwischen der k. k. n.-ö. Statthalterei und dem n.-ö. Landesauschusse vom 29. März 1899, gültig vom 15. April 1899).

- Art. 4, a) alle offenkundig der Irrenanstaltsbehandlung Bedürftigen werden in die n.-ö. Landesirrenanstalt,
- b) unheilbare Geistesranke, die nur der Versorgung bedürftig, in die Armenpflege,
 - c) alle übrigen Geistesranke und Irrsinnsverdächtigen in die Beobachtungsstation des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien abgegeben.

Diese Bestimmungen beziehen sich auf alle Kranke ohne Unterschied der Zuständigkeit. Im Speziellen wurde noch die Verfügung getroffen, daß die direkten Aufnahmen in die Wiener Landesirrenanstalt, welche aus dem I. bis XI. und dem XX. Bezirke kommen, in der Wiener Landesirrenanstalt verbleiben. Kranke aus den Bezirken XII bis XIX und vom flachen Lande müssen in die Landesirrenanstalten Klosterneuburg, Kierling-Gugging und Mauer-Oehling abgegeben werden. Die Aufnahme nur Irrsinnsverdächtiger in die Landesirrenanstalten ist selbstverständlich ausgeschlossen und sind dieselben in die Beobachtungsstation des k. k. allgemeinen Krankenhauses Wien zu weisen. Nicht nach Wien zuständige Geistesranke werden dann seinerzeit nach erfolgter Konstatierung ihrer Zuständigkeit in die betreffende heimatliche Landesirrenanstalt abgeschoben.

Nach den Statuten der Wiener Landesirrenanstalt sind außerdem folgende Modalitäten bei der Aufnahme Geistesranke zu beobachten.

Zur Aufnahme solcher Kranker, deren Verpflegung von den Angehörigen bestritten wird, also nicht auf öffentliche Kosten geschieht, genügt das Zeugnis jeglichen praktischen Arztes (es ist also nicht ein Amtsarzt erforderlich), doch unterliegt die Aufnahme auf den sogenannten Zahlstock der speziellen Bewilligung der Anstaltsdirektion. Außerdem sind an Dokumenten mitzubringen ein sogenannter Zahlungsververs, d. h. eine amtlich (notariell) beglaubigte Bestätigung der Zahlungsfähigkeit, ferner Heimatschein oder sonstige bezügliche Zuständigkeitsdokumente. Bei Geistesranke, deren Verpflegung auf öffentliche Kosten erfolgt, also Mittellose, unterliegt die Aufnahme der Bewilligung des Landesausschusses,

bei gemeingefährlichen Kranken der Intervention der Statthalterei, bzw. im übertragenen Wirkungskreise der Polizei. Es ist also das Zeugnis eines in öffentlicher Stellung befindlichen Arztes (Amtsarztes) notwendig (k. k. Polizeiarztes, Bezirksarztes usw.), außerdem sind ein Mittellosigkeits-, bzw. Armutszeugnis, sowie auf die Zuständigkeit bezügliche Dokumente mitzubringen. In dringenden Fällen können die letzteren Papiere nachträglich beigebracht werden.

Die Unterbringung in eine Irrenanstalt, resp. auf das Beobachtungszimmer, kann auch zwangsweise erfolgen unter Intervention des Polizeikommissariates, der Bezirkshauptmannschaft usw.

Die Entlassung.

Die Entlassung eines Geisteskranken geschieht entweder »als geheilt«, gegen Revers, oder in häusliche Pflege oder in die sogenannten Versorgungsanstalten.

Die Anstaltsdirektion kann jeden Patienten, der nach ihrem Gutachten geheilt oder gesund ist, entlassen; sie ist diesbezüglich vollständig unabhängig, kann z. B. nicht gezwungen werden, einen Fall als krank in der Anstalt zurückzubehalten, den eine landesgerichtliche Kommission eventuell als mit Blödsinn oder Wahnsinn behaftet definitiv unter Kuratel gestellt hat, wofern die Direktion die Ueberzeugung gewonnen hat, daß der Betreffende geheilt oder gesund sei.¹⁾ Umgekehrt ist aber die Direktion verpflichtet, jede Aufnahme sofort zu entlassen, welche gelegentlich der landesgerichtsärztlichen Untersuchung für gesund oder geheilt erklärt wurde.

Nicht gemeingefährliche, unheilbare oder gebesserte Kranke kann die Direktion ferner ohne weitere Formalitäten den Angehörigen auf deren Wunsch übergeben (Entlassung in häusliche Pflege).

Trägt die Direktion aus irgendwelchen Gründen Bedenken, der Familie oder einer anderen bestimmten Persönlichkeit einen Geisteskranken ohneweiters anzuvertrauen, so können die Betreffenden einen sogenannten »Revers« verlangen, d. h.

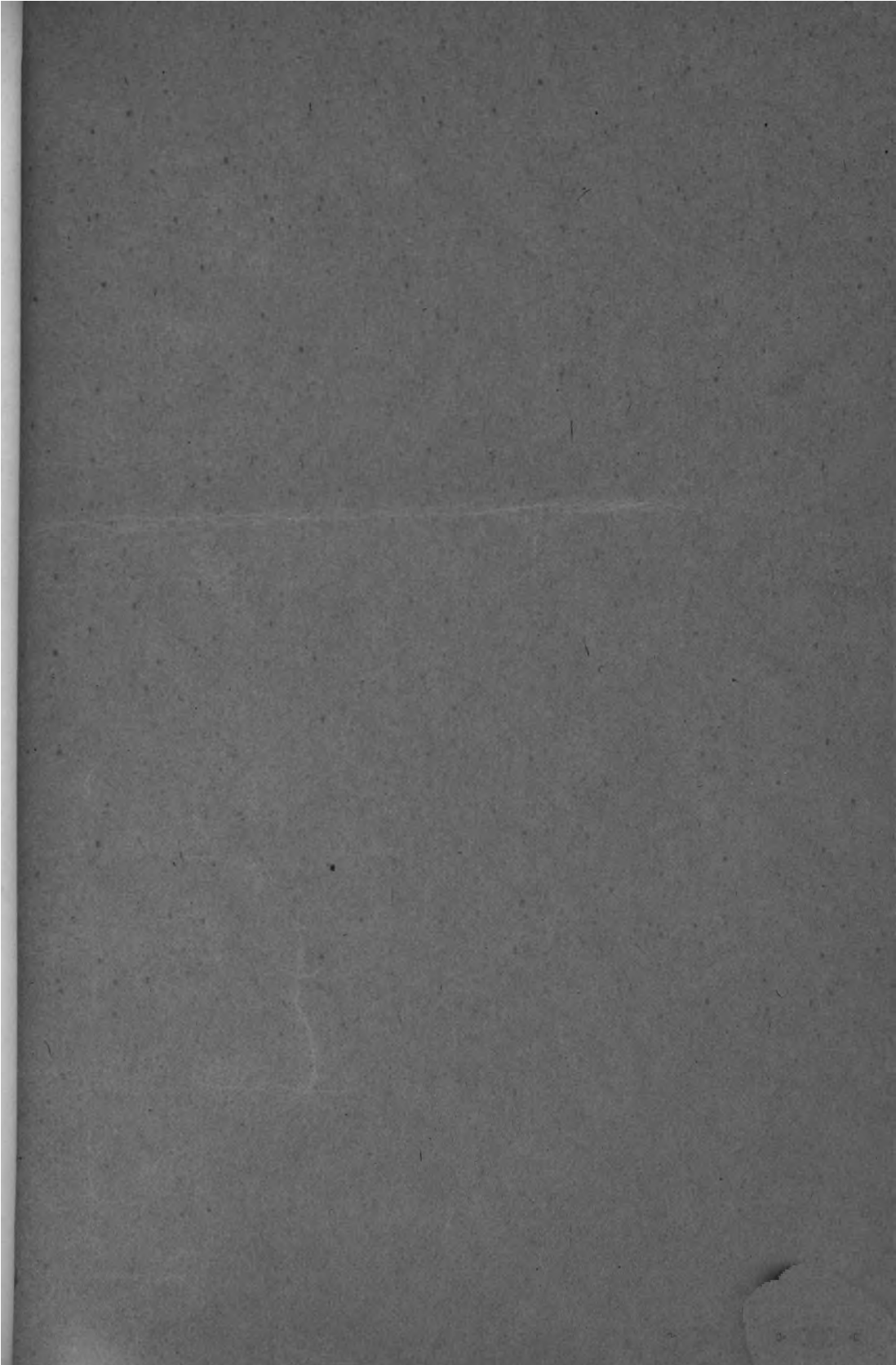
¹⁾ Die Direktion setzt das betreffende Kuratelgericht von der Entlassung geheilter, aber noch unter Kuratel stehender Personen in Kenntnis.

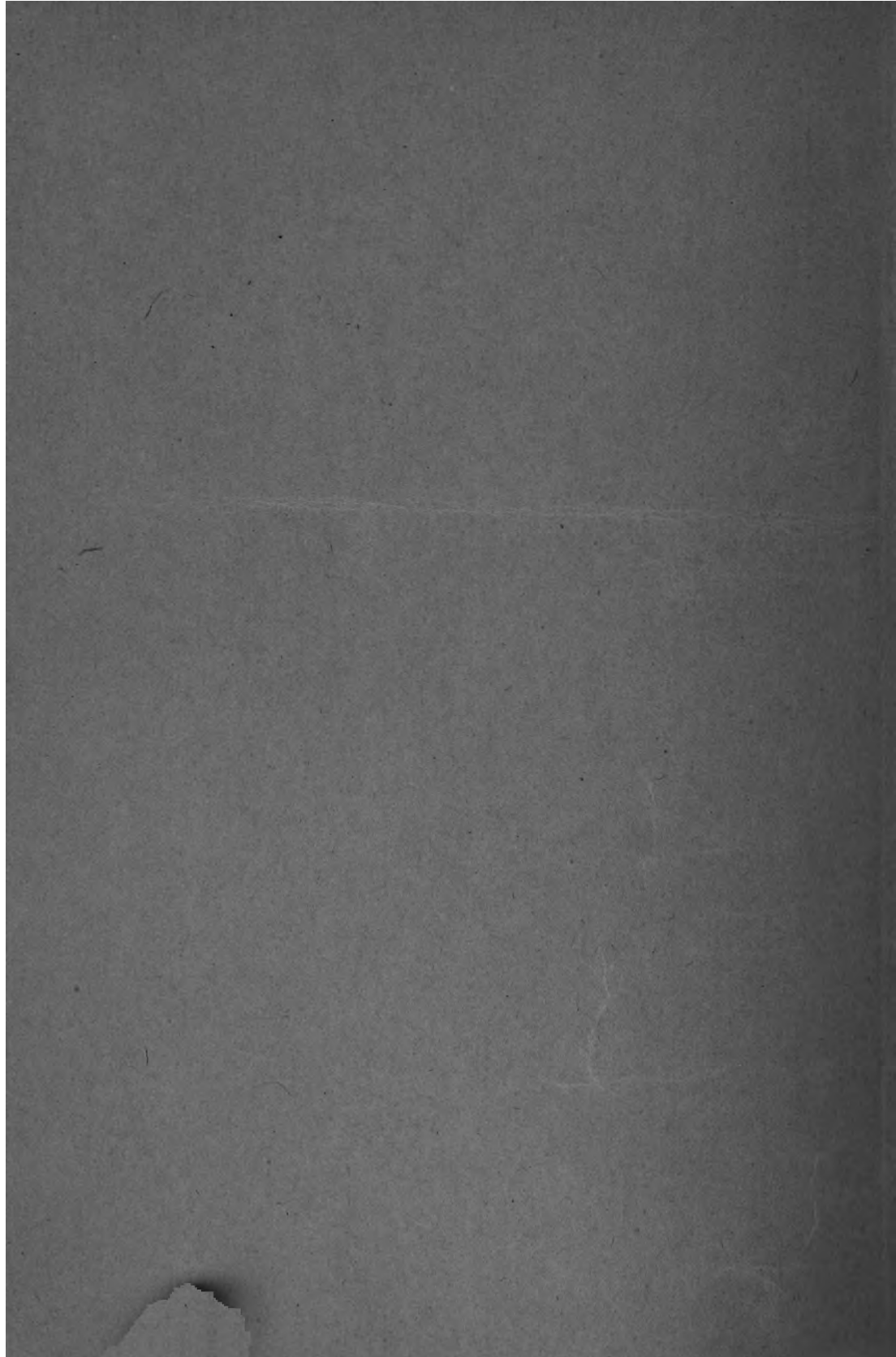
sie verpflichten sich durch ein Schriftstück zur Einhaltung gewisser besonderer, von der Direktion in jedem einzelnen Falle speziell anzugebender Bedingungen der Ueberwachung und Pflege usw. Die Bestätigung dieses »Reverses« unterliegt der Kompetenz der politischen Behörde (Polizeikommissariat, Bezirkshauptmannschaft, Bürgermeisteramt), welche gewöhnlich durch ihre ärztlichen Organe speziell untersuchen läßt, ob die Reversleger imstande sind, die geforderten Bedingungen zu erfüllen.

Endlich kann die Direktion unheilbare, aber nicht gemeingefährliche Kranke auch in die Siechenanstalten und Versorgungshäuser usw. versetzen.

Gegen eine widerrechtliche »Einsperrung« und Zurückhaltung eines Geistesgesunden in einer Irrenanstalt, welche Gefahr noch immer wie ein Schreckgespenst in den Köpfen vieler (leider auch gebildeter) Laien spukt, gewährt schon, abgesehen von allem übrigen, der Umstand Sicherheit, daß jeder noch nicht unter Kuratel stehende Kranke sofort behufs gerichtsarztlicher Untersuchung seines Geisteszustandes seitens der Anstaltsleitung dem Bezirksgerichte angezeigt werden muß.

Die Kenntnis zahlreicher anderer Normen, Statuten, Erlässe usw. hat wohl nur für Anstaltsärzte, nicht aber für den Praktiker, für den dieses Buch bestimmt ist, Interesse, sie dürfen daher an dieser Stelle füglich unberücksichtigt bleiben. Genaueres wäre in dem oben zitierten R.-G.-B. Nr. 71, 1874, sowie in den Statuten der einzelnen öffentlichen und privaten Irrenanstalten nachzulesen.





1871-

UNIV. OF MICH.
AUG 17 1906
RECEIVED

UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 07098 8145

