



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.

PSYCHIATRISCHE KLINIK

ZWEITE AUFLAGE

VON

DR. E. KRAEPELIN

1111
6960
5.12



Harvard College Library

FROM

Karz Collection.....

.....

.....

BOEKHANDEL
J.H. DE WIT
UTRECHTSCHĒ STRAAT 54
AMSTERDAM

I-2-19

Dr. J. R. KATZ

Einführung
in die
Psychiatrische Klinik

Zweiunddreißig Vorlesungen

von

Dr. Emil Kraepelin
Professor an der Universität München

Zweite, durchgearbeitete Auflage



Leipzig
Verlag von Johann Ambrosius Barth
1905

Phil 6960.5.12
✓

HARVARD
UNIVERSITY
LIBRARY
APR 25 1952

Vorwort zur ersten Auflage.

Wer jemals Krankheitsfälle klinisch vorgestellt hat, wird auch den Wunsch empfunden haben, seinen Hörern die Erinnerung an das Gesehene fester einzuprägen, als es das flüchtige, gesprochene Wort vermag. Dieser Wunsch hat mich nach manchen Versuchen, das Ziel auf andere Weise zu erreichen, dazu veranlaßt, in der Form von Vorlesungen auf den folgenden Blättern gewissermaßen die Eindrücke eines klinischen Semesters festzuhalten. Soweit als irgend möglich, bin ich dabei bemüht gewesen, mit der Darstellung dem wirklichen Gange der Lehrstunden zu folgen. Allerdings muß ja das Buch nicht nur auf die lebendige Anschauung der Kranken verzichten, für die dem Schüler nur die eigene Erfahrung in der Klinik Ersatz bieten kann, sondern namentlich auch auf das mächtige Lehrhilfsmittel des Praktikanten, dessen kleine Unbeholfenheiten und Fehler dem Lehrer so oft erst den richtigen Weg für seine Unterweisung zeigen. Dafür konnte der Stoff hier gedrängter, planmäßiger und vollständiger verarbeitet werden, als das zumeist in der Klinik möglich ist.

Daß ich die diagnostischen Gesichtspunkte durchaus in den Vordergrund gestellt habe, entspricht meiner Überzeugung von ihrer grundlegenden Wichtigkeit nicht nur für unser wissenschaftliches Denken, sondern auch für unser ärztliches Raten und Handeln. Was der Schüler in der Klinik lernen soll, ist, wie ich meine, neben der Untersuchung des Kranken nicht das Lehrbuchwissen, das er sich ebenso gut und besser zu Hause aneignen kann, sondern gerade die diagnostische Verwertung seiner Beobachtungen und die abwägende Beurteilung des gegebenen Einzelfalles. Diese Vorlesungen sollen darum nichts weniger sein, als ein Lehrbuch der Psychiatrie. Vielmehr ist ihr Zweck erreicht, wenn sie als eine Anleitung zur klinischen Betrachtung Geisteskranker gelten dürfen.

Die Krankheitsbeispiele, die aus naheliegenden Gründen sehr verschiedenen Jahren entnommen sind, und von denen einige wenige schon an anderen Stellen verwertet wurden, wollen in ihrer knappen Fassung nicht als wissenschaftliche Urkunden gelten. Dennoch ist jede Einzelheit derselben mit möglichster Treue nach dem Leben gezeichnet. Ebenso sind die diagnostischen Ausführungen fast überall unmittelbar den Aufzeichnungen über die klinische Vorstellung entnommen. Die Erkundigungen über die weiteren Schicksale der Kranken wurden, soweit es anging, bis zum Beginne der Drucklegung fortgeführt und zum größten Teile erst nach völligem Abschlusse des Ganzen eingefügt.

Heidelberg, 4. November 1900.

E. Kraepelin.

Vorwort zur zweiten Auflage.

Die Neubearbeitung dieser Einführung durfte sich wesentlich auf die Hinzufügung zweier neuer Vorlesungen und den Ersatz einiger früherer Lehrbeispiele durch geeignetere beschränken. Der Fall 3 der V. Vorlesung hatte sich im weiteren Verlaufe als luetischer Schwachsinn und nicht als Paralyse erwiesen; Fall 1 der VIII. Vorlesung erkrankte später an einer Hirngeschwulst, die möglicherweise das klinische Bild etwas beeinflußt hat; Fall 1 der XXXIII. Vorlesung war richtiger als arteriosklerotische und nicht als senile Demenz aufzufassen. An ihre Stelle traten andere, einwandfreiere Beobachtungen; ferner wurde die syphilitische und die arteriosklerotische Verblödung an neuen Beispielen erläutert. Namentlich aber ist die Lehre vom Entartungsirresein durch 7 weitere Fälle bereichert worden; außerdem fanden einige kleine Verschiebungen in der Anordnung des Stoffes statt. Die Fortschritte unseres Wissens wurden berücksichtigt, soweit es für die Bedürfnisse des Anfängers angebracht erschien.

München, 5. Februar 1905.

E. Kraepelin.

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
I. Einleitung — Melancholie	1
Gegenstand der Psychiatrie — Wissenschaftliche und praktische Bedeutung der Geisteskrankheiten — Angriffspunkte der ärztlichen Tätigkeit — Einfache Melancholie mit Angst und Versündigungswahn — Melancholie mit Selbstmordneigung — Melancholie mit Wahnbildungen — Ursachen, Einfluss des Lebensalters — Ausgänge — Behandlung.	
II. Circuläre Depressionszustände	11
Circulärer Stupor — Willenshemmung — Manisch-depressives Irresein — Periodizität — Verhalten des Körpergewichtes — Circulärer Stupor mit Denkhemmung — Leichte circuläre Depression mit Versündigungswahn — Abgrenzung von der Melancholie — Leichteste Formen des manisch-depressiven Irreseins — Behandlung.	
III. Dementia praecox	21
Einfache Verblödung — Gemütliche Stumpfheit — Zerfahrenheit — Lachen, Gesichterschneiden — Wortspielereien — Angebliche Beziehungen zur Onanie — Einleitende Depression — Befehlsautomatie, Katalepsie, Echopraxie — Sinnestäuschungen, Verfolgungswahn — Akuter Beginn — Remissionen.	
IV. Katatonischer Stupor	31
Negativistischer Stupor — Stereotypie und Negativismus — „Spannungsirresein“ — Ausgänge des katatonischen Stupors — Mischung von Befehlsautomatie und Negativismus — Speicheln — Beziehungen zum Wochenbett — Schnauzkrampf — Eigenartige Verblödung.	
V. Paralytische Depressionszustände	41
Ähnlichkeit mit anderen Depressionszuständen — Körperliche Zeichen — Pupillenstarre, Reflexe, Analgesie — „Dementia paralytica“ — Beziehungen zu Syphilis — Ausgang der Krankheit — Verblödung mit hypochondrischen Ideen — Gedächtnisschwäche — Sprach- und Schriftstörung — Blasenstörung — Katatonische Zeichen — Antiluetische Behandlung — „Metasyphilis“ — Einleitende Depression — Abgrenzung von der circulären Depression — Prädisposition und Syphilis.	

	Seite
VI. Epileptisches Irresein	52
Epileptische Verstimmung — Periodizität — Ohnmachten, Dämmerzustände — Beziehungen zum Alkohol — Epilepsie nach Kopfverletzung — Reizbarkeit — „Äquivalente“ — Mischung von epileptischem und alkoholischem Delirium — „Petit mal“ — Pathologische Rauschzustände — Delirien — Behandlung.	
VII. Manische Erregung	63
Hypomanie — Wechsel mit Depressionszuständen — Prognose — Tobsucht — Ablenkbarkeit — Ideenflucht — Stimmungswechsel — Beschäftigungsdrang — Wechsel leichter und schwerer Anfälle — „Periodische Manie“ — Brombehandlung.	
VIII. Manisch-depressive Mischzustände	73
Manischer Stupor — Verschiedene Formen des Stupors — Denk- und Willenshemmung mit heiterer Verstimmung — Depressive Erregung — Wechsel der Zustände — Manisch-depressives Irresein mit Wahnbildungen.	
IX. Katatonische Erregung	84
Sprachverwirrtheit — Koprohalie — Triebhandlungen — Manieren — Wechsel mit Stupor — Schwere katatonische Erregung — Behandlung — Remission mit Charakterveränderung — Läßpische Erregung mit Sinnestäuschungen und Wahnbildungen.	
X. Paralytischer Größenwahn	94
Eigenart der paralytischen Größenideen — Silbenstolpern — „Klassische Paralyse“ — Wechsel zwischen Depression und Größenwahn — Langdauernde Remissionen — Diagnose aus den psychischen Zeichen — Agitierte, galoppierende Paralyse.	
XI. Alkoholische Geistesstörungen	105
Delirium tremens — Desorientiertheit — Sinnestäuschungen — Deliriöse Erlebnisse — Beschäftigungsdelirium — Prognose — Besonnenes Delirium — Körperliche Störungen — Beziehungen zum Alkohol — Behandlung — Alkoholwahnsinn — Rhythmische Gehörstäuschungen.	
XII. Irresein nach akuten Krankheiten	116
Initialdelirium bei Typhus — Diagnose — Prognose — Behandlung — Infektiöser Schwächezustand nach Kopfrosee — Psychische Lähmung — Akute Verwirrtheit nach Gelenkrheumatismus — Ratlosigkeit — Meynerts Amentia.	
XIII. Delirien	127
Paralytisches Delirium — Mischung mit Alkoholdelirium — Katatonisches Delirium — Abgrenzung von der Epilepsie — Verlauf in einzelnen Anfällen — Behandlung — Epileptisches Delirium.	

	Seite
XIV. Wochenbettirresein	139
Häufigkeit — Katatonische Verblödung in der Schwangerschaft — Frage der akuten Demenz — Beeinflussung der Krankheit durch die Geburt — Schlaganfälle — Erschöpfungszustand im Wochenbett — Kollapsdelirium — Behandlung — Choreatisches Irresein nach Gelenkrheumatismus im Wochenbett — Wahre und falsche Ursachen — Verbindung mit Epilepsie — Behandlung.	
XV. Paranoia	151
Verschiedene klinische Bedeutung der Wahnbildungen und Sinnestäuschungen — Systematisierter und fixierter Verfolgungswahn und Größenwahn ohne Störung der äußeren Haltung — Wahnhafte Weltanschauung — „Verrücktheit“ — Fehlen der Sinnestäuschungen — Erinnerungsfälschungen — Langsamer Verlauf — Querulantenwahn — Kampf ums Recht — Form der Entartung.	
XVI. Paranoide Formen der Dementia praecox	163
Katatonie mit Wahnbildungen — Entwicklung nach Depression und Stupor — Verschwinden des Wahns — Dementia paranoides — Massenhafte Erzeugung wechselnder, abenteuerlicher Wahnideen — Einförmige, dauernde Wahnbildungen mit Sinnestäuschungen — Wahn körperlicher und geistiger Beeinflussung.	
XVII. Verschiedene Formen der Wahnbildung	173
Beeinflussungswahn bei Paralyse — Tabesparalyse — Seniler Verfolgungswahn — Eifersuchtswahn — Polyneuritische Geistesstörung mit Wahnbildungen — Erinnerungsfälschungen — Rolle des Alkohols.	
XVIII. Chronischer Alkoholismus	185
Akute Alkoholwirkung — Nachwirkung — Alkoholische Willensschwäche — Ausreden der Trinker — Arbeitsstörung — Behandlung — Schwere Form der Trunksucht — Alkoholischer Eifersuchtswahn — Gefahren desselben — Periodische Trunksucht — Dipsomanie — Zusammenhang mit Verstimmungen — Epileptische Grundlage.	
XIX. Morphinismus; Kokainismus	195
Leichtere Form des Morphinismus — Anknüpfung an eine Verletzung — Spritznarben — Zeichen der chronischen Vergiftung — Morphiuhunger — Abhängigkeit vom Morphinium — Entziehung, Behandlung — Rückfälle — Schwerer Morphinismus — Haltlosigkeit des Willens — Alkoholdelirium in der Entziehung — Kokain — Morphio-Kokainismus — Alkohol-Kokaindelirium — Verantwortlichkeit der Ärzte.	
XX. Endzustände der Paralyse	206
Wichtigkeit des Verlaufs und Ausgangs für die klinische und prak-	

	Seite
tische Beurteilung — Ausgang der Paralyse — Eigenartiger Blödsinn mit Lähmung — Demente Form der Paralyse — Rasch und langsam verlaufende Formen — Einfache paralytische Demenz nach Depression und Erregung mit Wahnbildungen — Gang des Körpergewichtes — Stoffwechselstörungen — Weibliche Paralyse — Paralytischer Anfall — Verschiedene Formen desselben — Behandlung — Ausgang der Paralyse — Leichenbefund — „Atypische“ Paralysen.	
XXI. Endzustände der Dementia praecox	218
Mannigfaltigkeit der Ausgänge — Verschiedene Formen der Verblödung — Katatonischer Schwachsinn mit Entwicklung in einzelnen Schüben — Katatonischer Blödsinn mit Sprachverwirrtheit und Wortneubildungen — Katatonische Anfälle — Katatonische Verblödung mit periodischen Erregungen.	
XXII. Verblödung bei größeren Hirnerkrankungen	229
Apoplektischer Blödsinn mit Monophasie — Arteriosklerotische Hirnerkrankung — Abgrenzung von Paralyse und Hirnsyphilis — Luetische Hirnerkrankung — Differentialdiagnose.	
XXIII. Altersblödsinn	243
Einfacher Altersblödsinn — Störung der Merkfähigkeit — Fabulieren — Presbyophrenie — Senile Katatonie.	
XXIV. Epileptischer Schwachsinn	253
Dauernde Veränderungen als Grundlage periodischer Störungen — Eigenart des epileptischen Schwachsinn — Schwerfälligkeit — Einengung des geistigen und gemüthlichen Gesichtskreises — Eigensinn, Pedanterie — Reizbarkeit, Frömmigkeit — Schwere Dämmezustand bei vorgeschrittener epileptischer Verblödung — Differentialdiagnose — Späte Entwicklung der Epilepsie — Kopfverletzung und Alkohol — Kennzeichen der Alkoholepilepsie.	
XXV. Hysterisches Irresein	264
Schwere Hysterie — Schlafanfalle, Dämmerzustände — Suggestibilität — Wesen der Krankheit — Hysterischer Charakter — Kindliche Hysterie — Verbindung mit Imbecillität — Männliche Hysterie — Anknüpfung an ein Trauma — Verbindung mit Alkoholismus — Brandstiftung im Dämmerzustande.	
XXVI. Irresein nach Kopfverletzungen	275
Schwierigkeit der Feststellung des Zusammenhanges — Traumatische Verwirrtheit — Erinnerungsstörung — Traumatischer Schwachsinn — Charakterveränderung — „Hirnerschütterung“ — Traumatische Neurose — Frage der Verstellung — Psychische Untersuchungsmethoden — Prognose, Behandlung — Beziehungen zur Hysterie.	

	Seite
XXVII. Zwangsvorstellungen, Zwangsbefürchtungen	287
Dauernde psychopathische Minderwertigkeiten — Zwangsbefürchtungen verschiedener Art — Hypochondrie — Behandlung — Hysterie nach Trauma mit Zwangsbefürchtungen — Zwangsvorstellungen beim manisch-depressiven Irresein.	
XXVIII. Angeborene Krankheitszustände	298
„Entartung“ — Psychopathische Persönlichkeit mit homosexuellen Neigungen — Verschiedene Formen der geschlechtlichen Verirrungen — Sadismus, Masochismus, Fetischismus — Entstehung derselben — Krankhafte Luftschlösser — Konstitutionelle Erregung — Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein — Periodische Depression — konstitutionelle Verstimmung.	
XXIX. Krankhafte Persönlichkeiten	314
Abgrenzung des Krankhaften — Krankhafte Haltlosigkeit — Krankhafte Lügner und Schwindler — Verschiedenheit der ärztlichen und richterlichen Beurteilung — Pseudoquerulanten — Abgrenzung vom Querulantenwahn.	
XXX. Krankhafte Verbrecher und Landstreicher	330
Gewohnheits- und Berufsverbrecher — Triebartige Brandstiftungen — Triebverbrecher — Sittliche Verkümmern — Moralisches Irresein, geborene Verbrecher — Psychopathische Landstreicher — Rolle des Alkohols — Verschiedene Gruppen der Landstreicher.	
XXXI. Imbecillität, Idiotie	346
Einfacher angeborener Schwachsinn — Vergleich mit den kindlichen Entwicklungsstufen — Abgrenzung von der Gesundheitsbreite und vom erworbenen Schwachsinn — Aufgaben und Erfolge der Erziehung — Idiotie — Mangelhafte Entwicklung der Sprache — Körperliche Grundlagen der Idiotie — Verbindung mit Epilepsie — Idiotie mit gemüthlicher Stumpfheit.	
XXXII. Kretinismus; Schlußbetrachtung	358
Schwachsinn mit Zwergwuchs und Myxödem — Endemischer Kretinismus — Thyreoidinbehandlung — Gruppierung der Geistesstörungen nach ihren Ursachen — Fortfall bestimmter Organtätigkeit beim Kretinismus — Umwälzungen im Körperhaushalt bei Paralyse, Dementia praecox und Epilepsie — Eindringen infektiöser Krankheitsgifte — Giftige Genußmittel mit ihren unmittelbaren und mittelbaren Wirkungen — Erschöpfung — Größere Rindenzerstörungen — Hirnerschütterungen — Persönliche Veranlagung — Periodische Anfälle und dauernde krankhafte Zustände.	



I. Vorlesung.

Einleitung — Melancholie.

M. H.! Die Wissenschaft, die uns in den folgenden Vorlesungen beschäftigen soll, ist die Seelenheilkunde; ihr Gegenstand sind demnach die Seelenkrankheiten. Allerdings kann man, streng genommen, nicht von Erkrankungen der Seele sprechen, mag man diese letztere nun als ein selbständiges Wesen oder nur als den Inbegriff unserer inneren Erfahrung auffassen. Vielmehr sind es vom ärztlichen Standpunkte aus die Störungen in den körperlichen Grundlagen unseres Seelenlebens, auf die wir unsere Heilbestrebungen zu richten haben. Allein die Äußerungen dieser Krankheitsvorgänge liegen doch zumeist auf einem Gebiete, mit dem sich sonst die Heilkunde nicht viel zu befassen pflegt, auf demjenigen des psychischen Geschehens. Nicht mit körperlichen Veränderungen in Größe, Gestalt, Festigkeit, chemischer Zusammensetzung haben wir es hier in erster Linie zu tun, sondern mit Störungen der Auffassung, des Gedächtnisses, des Urteils, mit Sinnestäuschungen, Wahnbildungen, Verstimmungen und krankhaften Veränderungen der Willenstätigkeit. Während Sie sich mit den aus der allgemeinen Pathologie gewonnenen Begriffen sonst ohne besondere Schwierigkeit in einem neuen Fache der Medizin zurechtfinden können, stehen Sie hier zunächst ratlos den grundsätzlich so andersartigen Krankheitserscheinungen gegenüber, bis Sie allmählich die besondere Symptomatologie der Geistesstörungen einigermaßen zu beherrschen gelernt haben. Allerdings werden Ihnen einzelne psychische Krankheitszustände gelegentlich schon im Leben oder in anderen Kliniken begegnet sein, der Rausch, das Fieberdelirium, das Delirium tremens, auch wohl der Altersblödsinn

oder die Idiotie, aber sie dürften als unverständliche oder seltsame Merkwürdigkeiten mehr Eindruck auf Ihr Gemüt, als auf Ihr ärztliches Denken gemacht haben.

Das Irresein verändert die geistige Persönlichkeit, jene Summe von Eigenschaften, die für uns in weit höherem Maße, als die körperlichen Eigentümlichkeiten, den wahren Kern des Menschen darstellen. Auch die gesamten Beziehungen des Kranken zur Außenwelt werden dadurch in der eingreifendsten Weise beeinflußt. Die Kenntnis aller dieser Störungen ist daher eine reiche Fundgrube für die Erforschung des Seelenlebens überhaupt. Sie enthüllt uns nicht nur viele seiner allgemeinen Gesetze, sondern sie gewährt uns auch tiefe Einblicke in die Entwicklungsgeschichte des Menschengeistes beim einzelnen wie bei unserem ganzen Geschlechte; sie gibt uns endlich den richtigen Maßstab für das Verständnis so mancher geistigen, sittlichen, religiösen, künstlerischen Strömungen und Erscheinungen unseres Gesellschaftslebens.

Indessen diese weitverzweigten wissenschaftlichen Beziehungen zu so vielen der wichtigsten Fragen unseres Menschendaseins sind es nicht in erster Linie, die für den Arzt die Kenntnis der psychischen Störungen unerläßlich machen, sondern vor allem ihre außerordentliche praktische Wichtigkeit. Das Irresein gehört auch in seinen mildesten Formen zu den schwersten Leiden, die der Arzt zu behandeln hat; nur ein verhältnismäßig sehr kleiner Bruchteil der Geisteskranken findet im strengsten Sinne dauernde und vollständige Genesung. Dabei ist die Zahl der Irren, die wir zurzeit mit 200,000 für Deutschland kaum zu hoch anschlagen dürften, anscheinend in unheimlich raschem Wachstum begriffen. Zum großen Teil mag diese Zunahme auf der besseren Kenntnis des Irreseins, auf der reicher entwickelten Fürsorge für die Kranken, auch auf der wachsenden Schwierigkeit der häuslichen Pflege beruhen und somit nur eine scheinbare sein. Bedenken wir aber, daß vielfach etwa $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ der in die Irrenanstalten aufgenommenen Krankheitsfälle auf Alkoholmißbrauch oder syphilitische Ansteckung zurückzuführen sind, Ursachen, deren Verbreitung gewiß nicht abnimmt, so läßt sich die Vermutung nicht von der Hand weisen, daß die Zahl der Irren in der Bevölkerung nicht nur an sich, sondern auch verhältnismäßig anwächst. Wir wollen dabei

die Frage nach einer zunehmenden Entartung der heranwachsenden Geschlechter, die allerdings durch die beiden angeführten Ursachen mächtig gefördert werden dürfte, zunächst noch ganz offen lassen.

Jeder Geisteskranke bedeutet für seine Umgebung und namentlich für sich selbst eine gewisse Gefahr. Von den Selbstmorden ist mindestens ein Drittel durch geistige Störung verursacht, aber auch geschlechtliche Verbrechen und Brandstiftungen, seltener gefährliche Angriffe, Diebstähle, Betrügereien werden häufig genug von Geisteskranken begangen. Zahllose Familien werden durch ihre Kranken zugrunde gerichtet, sei es, daß die Mittel sinnlos verschleudert werden, sei es, daß langes Leiden und Arbeitsunfähigkeit die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit allmählich erschöpfen. Nur ein gewisser Teil der ungeheilten Kranken geht rasch zugrunde; die große Masse aber lebt blöde und hilflos jahrzehntelang fort und stellt eine für Familien und Gemeinden drückende, alljährlich wachsende Last dar, deren Wirkungen tief in unser Volksleben eingreifen.

Aus allen diesen Gründen erwächst dem Arzte die wichtige Pflicht, sich mit dem Wesen und den Erscheinungen des Irreseins nach Möglichkeit vertraut zu machen. Wenn auch die Grenzen seiner Macht gegenüber dem gewaltigen Gegner sehr enge sind, so bietet sich doch jedem praktischen Arzte Gelegenheit genug, sein Teil zur Verhütung und Linderung des unendlichen Elends beizutragen, das alljährlich durch die Geistesstörungen erzeugt wird. Den dankbarsten Angriffspunkt bildet ohne Zweifel der Kampf gegen Alkohol und Syphilis, ferner gegen das Morphinum und Kokain, die ja ausschließlich dem ärztlichen Tun ihre verderbliche Bedeutung verdanken. Auch zur Verhütung von Ehen kranker oder geistig schwer gefährdeter Personen, zur verständigen Erziehung und richtigen Berufswahl bei krankhaft veranlagten Kindern können die Hausärzte vielfach beitragen. Namentlich wird es ferner ihre Aufgabe sein, rechtzeitig gefahrdrohende Krankheitszeichen zu erkennen und durch rasches Eingreifen Selbstmorde und Unglücksfälle sowie die kurzsichtige Verschleppung jener nur allzu häufigen Fälle zu verhindern, die dem Irrenarzte erst dann zu Gesicht kommen, wenn der rechte Augenblick zu sachdienlichem Eingreifen längst vorüber ist. Aber auch bei zahlreichen Kranken,

die niemals ein Irresein im engeren Sinne darbieten, wird sich dem psychiatrisch gebildeten Arzte ein Verständnis für Erkennung und Behandlung psychischer Störungen eröffnen, das ihm die Mühe seiner Lehrjahre reichlich lohnt. Ungemein häufig schon ist es mir begegnet, daß ältere Ärzte über die Mangelhaftigkeit ihrer psychiatrischen Kenntnisse geklagt haben, da sie erst draußen im Leben gesehen hätten, eine wie große Rolle tagtäglich auch in der gewöhnlichen ärztlichen Tätigkeit die richtige Beurteilung halb oder ganz krankhafter Seelenvorgänge spiele. Daß diese Beurteilung von den Gerichten, Behörden, Berufsgenossenschaften aus den verschiedensten Anlässen immerfort verlangt wird, brauche ich wohl nur anzudeuten.

Es liegt auf der Hand, daß ein tiefer dringendes Wissen in der Psychiatrie, wie in jedem anderen Einzelgebiete der Medizin, nur durch lange und gründliche Beschäftigung mit dem Gegenstande erworben werden kann. Immerhin läßt sich auch in kürzerer Zeit wenigstens ein allgemeiner Überblick über die verbreitetsten Formen geistiger Störung erreichen. Unerläßlich ist dabei die eigene Untersuchung und fortlaufende Beobachtung einer möglichst großen Zahl verschiedener Krankheitsfälle. Freilich werden auch nach einem oder zwei Semestern eifrigen klinischen Studiums die Fälle immer noch allzu zahlreich sein, in denen der Anfänger außerstande ist, auf Grund der überlieferten und erworbenen Erfahrung die rechte Deutung zu finden. Was aber doch verhältnismäßig rasch erreicht werden kann und schon als erheblicher Gewinn gelten darf, das ist die klare Erkenntnis der großen hier vorhandenen Schwierigkeiten, die Beseitigung jener heute noch so verbreiteten naiven Unkenntnis, die da glaubt, daß über Geisteskranke zu urteilen auch einem Nichtsachverständigen ohne weiteres erlaubt sein müsse. —

Wenden wir uns nach diesen einleitenden Bemerkungen sofort der Betrachtung von Kranken zu, so stelle ich Ihnen zunächst einen 59 jährigen Landwirt vor, der vor einem Jahre in die Klinik aufgenommen wurde. Der Kranke sieht viel älter aus, als er ist, besonders wegen seines zahnlosen Oberkiefers. Er faßt nicht nur die an ihn gerichteten Fragen ohne Schwierigkeit auf, sondern beantwortet sie auch sinngemäß und richtig, weiß, wo er sich befindet, wie lange er hier ist, kennt die Ärzte, vermag Datum

und Wochentag zutreffend anzugeben. Sein Gesichtsausdruck ist niedergeschlagen; die Mundwinkel sind ein wenig gesenkt, die Augenbrauen zusammengezogen; er blickt meist vor sich hin, schaut aber auf, wenn man mit ihm spricht. Auf die Frage nach seiner Krankheit bricht er in Jammern aus; er habe bei der Aufnahme nicht alles gesagt, sondern verschwiegen, daß er sich in der Jugend versündigt, mit sich selbst Unzucht getrieben habe. Alles, was er getan, sei nicht recht gewesen. „Ich hab' so Angst, so arg; ich kann ja nicht liegen bleiben vor Angst; ach Gott, wenn ich mich bloß nicht so schwer vergangen hätt'!“ Er sei schon über ein Jahr krank, habe Kopfweg und Schwindel gehabt; mit Magenweh und Herzleiden habe es angefangen; er habe nicht mehr arbeiten können; „es war kein Trieb mehr da“. Er habe keine Ruhe mehr gehabt, sich dumme Sachen eingebildet, wie wenn jemand im Zimmer wäre; einmal sei es ihm vorgekommen, als ob er den Bösen gesehen habe; vielleicht bringe man ihn fort. Es seien so Sachen vorgekommen; er habe als Bub' Äpfel und Nüsse geholt. „Das Gewissen hat gesagt: es ist nicht recht; jetzt ist das Gewissen erst aufgewacht in der Krankheit“. Auch mit einer Kuh und mit sich selbst habe er geipelt. „Deshalb mach' ich mir jetzt Vorwürfe.“ Ihm sei gewesen, als ob er von unserem Herrgott abgefallen und jetzt vogelfrei sei. Der Appetit sei schlecht; der Stuhlgang gehe nicht. Er könne nicht schlafen; „wenn der Geist nicht schläft, kommen einem allerlei Gedanken“. Auch dummes Zeug habe er gemacht, sich das Halstuch umgebunden, um sich zu erdrosseln; es sei ihm aber nicht recht ernst damit gewesen. Drei Schwestern und ein Bruder waren auch krank, die Schwestern nicht so arg, wurden bald wieder gesund; „ein Bruder hat sich umgebracht in Ängsten“.

Alle diese Dinge erfährt man von dem Kranken in abgerissenen, von Jammern und Stöhnen unterbrochenen Sätzen. Im übrigen benimmt er sich natürlich, befolgt jede an ihn gerichtete Aufforderung, bittet nur, man möge ihn nicht fortschleppen; „das Herz hat arg Angst“. Die körperliche Untersuchung ergibt außer geringem Zittern der gespreizten Finger und leichter Arrhythmie des Herzens keine auffallende Störung. Aus der Vorgeschichte ist noch zu erwähnen, daß der Kranke verheiratet ist und 4 gesunde Kinder hat; 3 sind gestorben. Die Krankheit begann ohne nach-

weisbare Ursache 7—8 Monate vor der Aufnahme allmählich; zuerst traten Appetitlosigkeit und Verdauungsbeschwerden, dann die Versündigungsideen auf. Das Körpergewicht ist nach der Aufnahme zunächst etwas gesunken, jetzt aber langsam wieder um 7 Kilogramm gestiegen.

Der auffallendste Zug in dem vorliegenden Krankheitsbilde ist die ängstliche Verstimmung. Dieselbe gleicht auf den ersten Blick der Ängstlichkeit des Gesunden, und auch der Kranke meint, er sei immer etwas ängstlich gewesen; es sei nur schlimmer geworden. Allein die Angst hat nicht den mindesten äußeren Anlaß, und sie dauert trotzdem viele Monate lang in zunehmender Stärke an. Darin liegen die Kennzeichen des Krankhaften. Allerdings bezeichnet der Kranke selbst seine Jugendsünden als Ursache der Angst. Es ist jedoch klar, daß ihn diese Dinge, auch wenn sie wahr sind, vor der Krankheit nicht sonderlich beunruhigt haben; sein Gewissen ist erst jetzt wieder erwacht. Seine früheren Handlungen erscheinen ihm seitdem in einer ganz anderen, verhängnisvollen Beleuchtung: es tritt jenes Krankheitszeichen hervor, das wir als „Versündigungswahn“ bezeichnen. Als ein Ausfluß der Angst ist auch die Vorstellung des Kranken zu betrachten, daß der Böse im Zimmer gewesen sei, daß man ihn holen wolle, daß er von Gott abgefallen sei. Um eigentliche Sinnestäuschungen handelt es sich bei jener ersteren Äußerung nicht; es ist dem Kranken nur „so vorgekommen“. Er hat auch ein lebhaftes Gefühl dafür, daß eine erhebliche Veränderung mit ihm vorgegangen ist; es ist ihm „nicht so wie früher“. Im einzelnen ist er freilich nicht imstande, die Krankhaftigkeit seiner Versündigungsideen und seiner Befürchtungen richtig zu beurteilen.

Das hier gezeichnete Krankheitsbild belegen wir mit dem Namen der Melancholie. Wir haben es dabei mit der allmählichen Entwicklung einer ängstlichen Verstimmung zu tun, an die sich bald mehr, bald weniger ausgebildete Wahnvorstellungen anschließen. Am häufigsten sind Versündigungsideen, die meist eine religiöse Färbung annehmen, die Meinung, von Gott abgefallen, verlassen, vom Teufel besessen zu sein, aber auch sog. hypochondrische Ideen, der Wahn, nie mehr gesund zu werden, keinen Stuhlgang mehr zu haben u. ähnl. sind nicht selten. Dazu gesellt sich ferner oft die Furcht, zu verarmen, verhungern zu müssen,

ins Gefängnis geworfen, vor Gericht geschleppt, hingerichtet zu werden.

Infolge der inneren Unruhe und der quälenden Vorstellungen entwickelt sich bei den Kranken fast regelmäßig der Wunsch, nicht mehr zu leben, so daß sie ungemein oft zum Selbstmorde greifen. Unser Kranker hat freilich nur ziemlich schwächliche Selbstmordversuche angestellt. Ich zeige Ihnen jedoch nunmehr eine 54jährige Witwe, die sehr ernste Anstrengungen gemacht hat, sich ums Leben zu bringen. Die Kranke ist erblich nicht belastet, heiratete mit 30 Jahren und hat 4 gesunde Kinder. Vor 2 Jahren starb ihr Mann; seitdem war der Schlaf schlecht. Als dann ihr Haus wegen der Erbteilung verkauft werden mußte, wurde die Kranke ängstlich, meinte, sie käme nun in Not, obgleich sie bei ruhiger Überlegung ihre Befürchtung als grundlos erkannte. Sie hatte Hitze im Kopf, Bangigkeit am Herzen, fühlte sich schwach und aufgeregt, war lebensüberdrüssig, besonders am Morgen, konnte auch mit Schlafpulver nachts keine Ruhe finden. Plötzlich kam ihr der Gedanke: „Was tust du noch länger auf der Welt? Mach', daß du fortkommst, daß sie Ruhe haben; es langt ja doch nicht mehr“. Dann hängte sie sich hinter dem Hause an ihrem Schnupftuche auf und verlor die Besinnung, wurde aber von ihrem Sohne wieder abgeschnitten und in die Klinik gebracht.

Hier war sie ganz besonnen, geordnet in Denken und Benehmen, hatte auch Verständnis für die Krankhaftigkeit ihres Zustandes, fürchtete aber, nie mehr gesund zu werden; sie könne es nicht mehr aushalten, nicht dableiben, müsse verzweifeln. Sie hatte ein sehr lebhaftes Bedürfnis, sich über ihren Zustand auszusprechen, jammerte laut, sie habe solche Angst; ein Geistlicher solle kommen und den Bösen austreiben. Dabei geriet sie in ein starkes Zittern am ganzen Körper. Sie habe keine Ruhe, könne nicht mehr liegen; der Kopf schlage so, das Herz zerspringe; sie könne nicht mehr leben, wolle zu Hause sterben; Selbstmordgedanken quälten sie unablässig. Schlaf und Appetit waren schlecht; sonst bestand keine nachweisbare körperliche Störung. Im Laufe der ersten Monate besserte sich die Stimmung ziemlich rasch, so daß auf den dringenden Wunsch der Angehörigen eine Beurlaubung in die Familie der Tochter versucht wurde. Dort aber traten Angst und Selbstmordgedanken sofort mit solcher Stärke hervor, daß schon nach 14 Tagen

die Rückverbringung in die Klinik erfolgen mußte. Hier besserte sich der Zustand bisher ganz langsam und unter vielen Schwankungen. Sehr verzögert wurde die Erholung durch das Auftreten kariöser Erkrankungen am rechten Scheitelbein und an der linken Handwurzel, die wiederholte Eingriffe nötig machten, sich jetzt aber ziemlich günstig gestaltet haben.

Auch diese Kranke ist vollkommen klar über ihre Lage und gibt zusammenhängende Auskunft über ihren Zustand. Eigentliche Wahnbildungen sind bei ihr, abgesehen von der Befürchtung, nicht wieder gesund zu werden, nicht vorhanden. Vielmehr finden wir als wesentlichen Inhalt des ganzen Krankheitsbildes nur eine dauernde ängstliche Verstimmung mit denselben Begleiterscheinungen, die uns auch bei den Gemütsbewegungen Gesunder bekannt sind, mit Störung des Schlafes, der Eßlust und der allgemeinen Ernährung. Die Übereinstimmung mit den Angstzuständen Gesunder wird noch dadurch vergrößert, daß die Verstimmung sich an einen äußeren schmerzlichen Anlaß angeschlossen hat. Dennoch erkennen wir leicht, daß die Stärke und namentlich die Dauer der gemüthlichen Verstimmung hier die Grenzen des Krankhaften überschritten hat. Die Kranke empfindet es selbst deutlich, daß ihre Angst durch die Lage, in der sie sich befindet, nicht begründet ist, und daß sie eigentlich keinen Anlaß hätte, sich den Tod zu wünschen.

Allerdings ist dieses Verständnis für die krankhafte Natur der Angst, die „Krankheitseinsicht“, bei der Melancholie, der auch dieser Fall angehört, durchaus nicht immer vorhanden. Namentlich in jenen Fällen, in denen Wahnbildungen stärker in den Vordergrund treten, kann jenes wichtige Zeichen lange Zeit hindurch gänzlich fehlen. Als Beispiel zeige ich Ihnen eine 46jährige Witwe, die vor 2 $\frac{1}{4}$ Jahren einen Sohn pflegte, der an Typhus erkrankt war, dann selbst eine fieberhafte Krankheit durchmachte, vermutlich ebenfalls Typhus, und endlich einige Monate später plötzlich ihren Mann verlor. Sehr bald nachher begann sie ängstlich zu werden und sich Vorwürfe zu machen, daß sie ihren Mann nicht recht gepflegt habe. Rasch entwickelte sich dann ein ausgeprägter Versündigungswahn. Sie habe von jeher alles nicht recht gemacht, sich vom bösen Feinde führen lassen. Ihr Gebet habe keinen Wert gehabt; sie habe das früher nur nicht gewußt. Ihr Mann habe

geradezu den Teufel geheiratet, komme nun nicht in den Himmel; sie und ihre Kinder seien wegen ihres unchristlichen Vorlebens verdammt. Zugleich trat große Unruhe und fast völlige Schlaflosigkeit auf; die Kranke jammerte, schrie und weinte anhaltend, aß auch nichts mehr und mußte daher bald in die Klinik gebracht werden.

Hier war sie besonnen, klar über ihre Umgebung, geriet aber allmählich in sehr große ängstliche Erregung, die sich in einfürmigem, fast unerträglichem Schreien äußerte. Nur für kurze Zeit war dasselbe durch Fragen zu unterbrechen, auf die sie immer Antwort gab. Dabei förderte sie aber eine Menge der abenteuerlichsten Vorstellungen zutage. Sie sei die Schlange im Paradiese gewesen, habe ihren Mann, der übrigens Adam hieß, verführt, sich und ihre Kinder verwunschen, alle Leute unglücklich gemacht. Darum werde sie verbrannt, war schon in der Hölle, sah dort im Abgrunde ihre schrecklichen Sünden. Das Firmament ist eingefallen; es gibt kein Wasser, kein Geld, kein Essen mehr; sie hat alles umgebracht, den Weltuntergang verschuldet; „die ganze Welt liegt auf meiner Seele“. In einem Schriftstücke an das Amtsgericht klagte sie sich aller dieser Verbrechen an und bat, sie doch ins Gefängnis zu werfen; auf einen Zettel schrieb sie als ihren Namen „Teufel“.

Sie können sich jedoch leicht davon überzeugen, daß die Kranke, während sie sinnlos schreit und derartige Wahnvorstellungen vorbringt, ganz gut weiß, wo sie ist, die Ärzte kennt und auf Fragen nach den Verhältnissen in ihrer Heimat abgerissene, aber zutreffende Auskunft gibt, auch Rechnungen richtig ausführt, um allerdings sofort wieder in ihr eintöniges Jammern zu verfallen. Bisweilen tritt auch bei ihr ein gewisses Krankheitsverständnis hervor. „Man meint bald so, bald so. Manchmal kommt es mir ganz anders vor, als wenn es nicht so wär'; manchmal ist es, als wenn es geträumt wär', und manchmal, als ob es Wirklichkeit wär'.“ Körperlich ist die Kranke infolge mangelhafter Nahrungsaufnahme und schlechten Schlafes recht heruntergekommen, zeigt aber sonst keine Erkrankung. Sie hat 3 gesunde Söhne*),

*) Einer derselben ist späterhin katatonisch erkrankt und verblödet.

während 3 Kinder klein gestorben sind. Ihr Vater soll vorübergehend geisteskrank gewesen sein.

Auf den ersten Blick scheint dieses Krankheitsbild von den anderen, einfacheren Formen wesentlich verschieden zu sein. Es läßt sich indessen leicht zeigen, daß die Abweichungen nur gradweise sind. Sowohl hinsichtlich der Ausbildung der Wahnvorstellungen wie der Stärke der Angst und ihrer Äußerungen finden wir von den zuerst geschilderten, meist als „Melancholia simplex“ bezeichneten Formen zu diesem Krankheitsbilde hier und noch darüber hinaus alle nur denkbaren Übergänge. Oft genug bietet derselbe Krankheitsfall zu verschiedenen Zeiten bald das eine, bald das andere Bild dar. Es ist daher nicht möglich, hier eine zuverlässige klinische Abgrenzung vorzunehmen.

Alle unsere drei Kranken standen in höherem Lebensalter. Das ist kein Zufall. Vielmehr scheint es, daß die Melancholie, wie wir sie hier geschildert haben, ganz vorzugsweise, vielleicht ausschließlich, im beginnenden Greisenalter, bei Frauen von den Rückbildungsjahren an, sich einstellt. Man könnte sie als die krankhafte Ausprägung des Gefühles der wachsenden Unzulänglichkeit auffassen, wie es auch dem Gesunden im gleichen Alter sich leiser oder stärker bemerkbar zu machen pflegt. Am leichtesten werden natürlich, wie auch unsere Beispiele lehren, krankhaft veranlagte Menschen melancholisch werden; das weibliche Geschlecht scheint etwas mehr zu der Krankheit zu neigen, als das männliche. Von äußeren Anlässen spielen gemütliche Erschütterungen, besonders der Tod naher Angehöriger, nicht selten eine auslösende Rolle, wenn sie auch wegen des Fehlens solcher Anlässe in anderen Fällen nicht als die wirklichen Ursachen betrachtet werden dürfen. Der Ausgang der Krankheit ist meist ein ziemlich günstiger*). Etwa ein Drittel der Kranken wird völlig gesund. In schweren und lange dauernden Fällen kann eine stärkere gemütliche Stumpfheit neben den abgeblaßten Spuren der ängstlichen Verzagtheit zurückbleiben; auch das Urteil und das Gedächtnis können dann erhebliche Einbuße erleiden. Der Verlauf ist immer ein langwieriger und er-

*) Von unseren Kranken ist der erste seit mehr als 9 $\frac{1}{2}$ Jahren, die zweite seit 5 Jahren genesen. Die dritte ist nach 4 $\frac{1}{2}$ jähriger Krankheitsdauer ungeheilt an Lungenschwindsucht gestorben.

streckt sich mit vielfachen Schwankungen meist über 1—2 Jahre und selbst noch länger.

Die Behandlung des Leidens wird in der Regel nur in der Anstalt geschehen können, da Selbstmordgedanken fast niemals ausbleiben. Treten derartige Neigungen hervor, so bedürfen die Kranken der genauesten Überwachung bei Tag und bei Nacht. Man legt sie ins Bett, sorgt für reichliche Ernährung, die freilich oft wegen ihres Widerstrebens auf große Schwierigkeiten stößt, regelt die Verdauung und sorgt, soweit möglich, durch Bäder oder Arzneien für ausreichenden Schlaf. Am meisten empfiehlt sich das Paraldehyd, unter Umständen der Alkohol oder gelegentliche Trionalgaben. Gegen die Angst wendet man das Opium in allmählich steigender und dann wieder fallender Gabe an, etwa 10—40 Tropfen 3mal täglich. Bei unseren beiden ersten Kranken hat dies Mittel vielfach recht gute Dienste getan, während wir bei der dritten mehr Erfolg von kleinen Paraldehydgaben gehabt haben. Große Vorsicht ist bei der Entlassung nötig. Erfolgt sie zu früh, wie bei der zweiten Kranken, so können schwere Rückfälle mit Selbstmordversuchen dadurch ausgelöst werden. Auch Besuche der nächsten Angehörigen pflegen bis in die letzte Zeit der Krankheit hinein ungünstig zu wirken.

II. Vorlesung.

Cirkuläre Depressionszustände.

M. H.! Der Kranke, den Sie heute vor Sich sehen, ist ein 43jähriger Kaufmann, der sich seit etwa 5 Jahren fast ununterbrochen in unserer Klinik befindet. Er ist kräftig gebaut, aber mangelhaft genährt, zeigt fahle Hautfarbe und leidenden Gesichtsausdruck. Mit müden, kleinen Schritten tritt er ein, setzt sich langsam und bleibt in etwas gebeugter Haltung sitzen, fast regungslos vor sich hinstarrend. Auf Befragen wendet er ein wenig den Kopf und antwortet nach einer gewissen Pause leise und einsilbig, aber sachgemäß. Man hat dabei den Eindruck, als ob ihm das

Sprechen große Mühe mache; die Lippen bewegen sich schon etwas, bevor der Laut herauskommt. Der Kranke ist klar über Zeit und Ort, kennt die Ärzte und gibt an, daß er seit mehr als 5 Jahren krank sei, vermag aber näheren Aufschluß nicht zu geben, als daß er gemütsleidend sei; Angst habe er nicht. Über seine Verhältnisse wie über sein früheres Leben macht er auf Befragen kurze, durchweg zutreffende Angaben. Rechenaufgaben löst er zwar langsam, doch richtig, auch wenn sie ziemlich schwierig sind. Seinen Namen schreibt er auf Wunsch mit zögernden, aber festen Zügen an die Tafel, nachdem er sich schwerfällig erhoben hat. Irgendwelche Wahnvorstellungen, insbesondere Versündigungs-ideen, sind nicht festzustellen; der Kranke gibt nur an, daß er gedrückter Stimmung sei, ohne dafür einen anderen Grund zu wissen, als daß sein Leiden schon so lange daure und ihm Sorge mache. Er hofft jedoch, wieder gesund zu werden.

Wie Sie sehen, haben wir es offenbar auch hier im wesentlichen mit einer gemüthlichen Verstimmung zu tun wie in den früher besprochenen Fällen. Allerdings haben sich zu derselben keine Wahnbildungen gesellt wie dort, doch werden wir nicht geneigt sein, darauf allzu viel Gewicht zu legen, nachdem wir erfahren haben, in wie weiten Grenzen die Wahnbildung bei derselben Krankheit schwanken kann. Dagegen muß uns auffallen einmal, daß dieser Kranke nicht ängstliche, sondern einfach „gedrückte“ Stimmung zeigt, noch mehr aber, daß er anscheinend außerstande ist, sich frei zu äußern und zu bewegen, wie es die früher betrachteten Kranken taten. Dort hatten wir es mit lebhaften Ausdrucksbewegungen, mit Jammern und Klagen, mit einem gewissen Bedürfnisse zu tun, der inneren Beklemmung Luft zu machen, während wir hier aus dem Kranken mühselig jede Äußerung über seine inneren Zustände wie über sachliche Fragen herausziehen müssen. Gerade der Umstand, daß die Antworten auch über gleichgültige Dinge so langsam erfolgen, zeigt uns, daß wir es bei dem Kranken nicht etwa mit einer Scheu, sich auszusprechen, sondern mit einer allgemeinen Behinderung der sprachlichen Äußerungen zu tun haben. Ja, es sind auch nicht allein diese, sondern alle Willenshandlungen bei ihm auf das äußerste erschwert; er ist seit etwa 3 Jahren außerstande, vom Lager aufzustehen, sich anzukleiden, sich zu beschäftigen, und liegt bereits

seit dieser Zeit fast regungslos zu Bett. Da er dabei das genaueste Verständnis für seine Umgebung hat und auch schwierigeren Gedankengängen zu folgen vermag, muß die Störung wesentlich auf die Auslösung von Willensbewegungen beschränkt oder doch hier bei weitem am stärksten ausgesprochen sein. Wir erkennen dabei deutlich seine Bemühungen, zu handeln, unseren Anforderungen nachzukommen, zugleich aber auch die Verlangsamung und Erschwerung, die jeder Willensantrieb erfährt. Es wird unter diesen Umständen gestattet sein, hier von einer Willenshemmung zu sprechen, in dem Sinne, daß sich der Umsetzung der Willensantriebe in Handlungen Widerstände entgegenstellen, die nur mühsam, aus eigener Kraft oft überhaupt nicht, überwunden werden können. Diese Hemmung bildet den bei weitem hervorstechendsten Zug des Krankheitsbildes. Ihr gegenüber tritt die traurige, gedrückte Stimmung verhältnismäßig wenig hervor; weitere psychische Störungen aber sind zurzeit nicht nachzuweisen.

Mit dieser Feststellung haben wir eine Reihe von Einblicken in das Wesen der hier vorliegenden Krankheit gewonnen. Wir sehen zunächst, daß sich das Zustandsbild von demjenigen unserer melancholischen Kranken in ganz bestimmter Weise unterscheidet, eben durch die starke Willenshemmung bei Fehlen der dort so ausgeprägten ängstlichen Unruhe. Wie die Erfahrung lehrt, ist dieser Zustand ungemein kennzeichnend für eine ganz andere Krankheit, die wir aus sogleich zu erörternden Gründen mit dem Namen des manisch-depressiven Irreseins belegen wollen. Diese Krankheit pflegt in einer Reihe von einzelnen Anfällen zu verlaufen, die jedoch meist nicht gleichartig sind, sondern entweder Depressionszustände der hier geschilderten Art oder eigentümliche Erregungszustände darbieten, wie wir sie späterhin genauer kennen lernen werden. Die einzelnen Anfälle sind gewöhnlich durch mehr oder weniger lange freie Zwischenzeiten voneinander getrennt.

Auch bei unserem Kranken trifft der Schluß zu, den wir aus der Betrachtung seines jetzigen Zustandes gezogen haben. Er ist zum ersten Male schon mit 23 Jahren erkrankt. Damals war er, wie es beim ersten Anfall am häufigsten ist, deprimiert, doch folgte der traurigen Verstimmung schon im nächsten Jahre ein Erregungszustand, der ihn in die Anstalt führte. Wieder

2 Jahre später schloß der Kranke eine Ehe mit einer weit unter ihm stehenden Person, höchst wahrscheinlich abermals in leichter Erregung, ließ sich aber in der nun folgenden Verstimmung wieder scheiden. Mit 31 Jahren fiel er, anscheinend wieder in der Erregung, einer Hochstaplerin in die Hände, die ihn im Stiche ließ, als er später tiefsinnig wurde; die Angehörigen hielten freilich die Verstimmung für die Folge der von ihm gemachten trüben Erfahrung. Im 36. und 37. Lebensjahre folgte eine weitere, stärkere Erregung, die wieder Anstaltsbehandlung nötig machte.

Der Kranke, dessen Vater, ebenso wie 2 seiner Brüder, Trinker war, während eine Schwester in gleicher Weise krank ist wie er selbst, litt seit vielen Jahren an Diabetes insipidus. Ein Arzt riet ihm deswegen angeblich, doch Wein zu trinken, da ihm das viele Wasser schädlich sei. Der Kranke folgte diesem Rate und erkrankte vor etwa $5\frac{1}{4}$ Jahren plötzlich an einem Delirium tremens, an das sich jedoch unmittelbar ein allmählich immer schwerer werdender Erregungszustand anschloß, der erst nach 2 Jahren langsam schwand. Schon wenige Wochen nach der Entlassung aus unserer Klinik, in der er damals behandelt wurde, stellte sich nunmehr fast plötzlich die ungemein starke Willenshemmung ein, die Sie in etwas abgeschwächter Form noch jetzt an ihm beobachten. Der Kranke blieb unbeweglich im Bett liegen, aß nichts mehr, ließ unter sich gehen, konnte kaum sprechen, äußerte ängstliche Vorstellungen. In der ersten Zeit scheint auch das Denken erschwert gewesen zu sein, während der Kranke jetzt auf schwierige Fragen nicht oder kaum langsamer antwortet, als auf leichte. Eigentliche Wahnvorstellungen traten aber auch damals nicht hervor. In der Klinik, in die der Kranke bald zurückkehrte, hat sich sein Zustand im Laufe der letzten 3 Jahre trotz sorgfältigster Pflege nur sehr langsam und unwesentlich gebessert. Dennoch werden wir erwarten dürfen, daß auch dieser Anfall wie die früheren in Genesung ausgeht*), wenn der Kranke die schwere Störung übersteht. Ebenso wahrscheinlich aber ist es auch, daß er früher oder später wieder an ähnlichen Depressions- oder Erregungszuständen erkranken wird, wie er sie bisher schon so oft durchgemacht hat.

*) Diese Erwartung hat sich leider nicht erfüllt; der Kranke ist unter Fortbestehen der psychischen Störung an einer rasch verlaufenden Phthise nach $3\frac{1}{2}$ jähriger Dauer der Depression zugrunde gegangen.

Von besonderem Interesse ist bei der hier besprochenen Krankheit der Gang des Körpergewichtes. Unser Kranker hat in dem letzten Erregungsanfälle bei uns zunächst 13 Kilo ab- und dann mit der Beruhigung 25 Kilo zugenommen. In den ersten 1½ Jahren der Depression sank das Körpergewicht von 91,5 auf 56,5 Kilo, um sich seitdem nur um 14 Kilo wieder zu heben. Diese Zahlen liefern den Beweis für die gewaltigen Umwälzungen, die sich in derartigen Erkrankungen auf dem Gebiete der Gesamternährung abspielen. So wenig wir leider bisher imstande sind, uns über die Einzelheiten dieser Vorgänge Rechenschaft zu geben, bieten uns doch die regelmäßig durchgeführten Körperwägungen hier wie bei den meisten Formen des Irreseins ein vorzügliches Mittel für die Beurteilung der allgemeinen Krankheitslage. Entschiedenes Ansteigen des gesunkenen Körpergewichtes ist beim manisch-depressiven Irresein das zuverlässigste Zeichen dafür, daß der Anfall seinen Höhepunkt überschritten hat.

An der Hand des soeben betrachteten Falles wird Ihnen, wie ich denke, die Deutung des nun folgenden leichter sein, als sie mir selbst früher geworden ist. Es handelt sich um eine 23jährige Frau, die erst vor 14 Tagen bei uns aufgenommen wurde. Die Kranke, deren Mutter etwas beschränkt ist, hat vor 6 Wochen zum zweiten Male geboren. Sie erlebte 17 Tage später einen starken Schreck durch einen Zimmerbrand und wurde nun ängstlich und unruhig, sah Flammen, schwarze Vögel und Hunde, hörte Pfeifen, Singen, fing an zu beten, schrie zum Fenster hinaus, jammerte über ihre Sünden, versprach, brav zu sein, schlief nicht mehr. Die mäßig genährte, anämische Kranke sitzt mit gesenktem Blicke fast regungslos da, starrt vor sich hin, bewegt hie und da leise die Lippen. Der Gesichtsausdruck ist gespannt, etwas ängstlich. Auf die Fragen nach Zeit, Aufenthaltsort, nach den Personen ihrer Umgebung antwortet sie nicht oder schüttelt den Kopf oder sagt leise und zögernd: „Das weiß ich nicht.“ Sie nickt, als ich sie frage, ob sie traurig sei, und murmelt vor sich hin: „Es kommen immer so viele Wagen; draußen fahren viele herum.“ Hie und da bringt sie in jammerndem Tone einzelne abgerissene Äußerungen vor, die sie auch wohl oft hintereinander wiederholt: „Ich will heim, will hinaus“, „O je, o je“, „laßt mich nur fort“, „ich lass' mich nicht todt machen“, „ich darf nicht dableiben“,

„im Essen ist Gift, lieber Himmel“. Aufforderungen befolgt sie zögernd, widerstrebt bisweilen, läßt sich jedoch durch Zureden sichtlich beeinflussen. Bei Bedrohung mit einer Nadel kreischt sie und wehrt heftig ab. Das Essen muß ihr meist eingegeben werden.

Es wird Ihnen bei der Betrachtung der unfreien Haltung unserer Kranken, der Langsamkeit und Gebundenheit ihrer Bewegungen, die nur bei der ängstlichen Abwehr lebhafter werden, klar geworden sein, daß wir es auch hier mit einer Willenshemmung zu tun haben, die vor allem in dem fast völligen Wegfallen der sprachlichen Äußerungen wie der Ausdrucksbewegungen auffällig wird. Dazu kommt aber gegenüber dem vorigen Kranken einmal die stärker ausgeprägte Angst, welche die Kranke für Zureden und Beeinflussungen weit weniger zugänglich erscheinen läßt, als es dort der Fall war, dann aber namentlich die schwere Störung der Verstandestätigkeit. Die Kranke ist gänzlich unklar über ihre Lage, versteht nicht, was um sie herum vorgeht, vermag keine geistigen Aufgaben zu lösen. Zu der Erschwerung der Willenshandlungen hat sich demnach hier eine solche des Denkens gesellt. Sie werden sich jedoch erinnern, daß eine derartige Störung auch bei dem vorigen Kranken im Beginne des Anfalles vorhanden war, und daß sie erst späterhin mehr und mehr zurückgetreten ist. In der Tat ist diese „Denkhemmung“, wie wir sie nennen wollen, eine ganz regelmäßige Begleiterscheinung der Depressionszustände des manisch-depressiven Irreseins; sie ist nur bald stärker, bald schwächer ausgeprägt und wird meist von den Kranken selbst sehr deutlich empfunden.

Da auch die Stärke und die Färbung der gemüthlichen Verstimmung beim manisch-depressiven Irresein innerhalb ziemlich weiter Grenzen schwanken kann, so werden wir im Hinblick auf die ausgeprägte Hemmung des Wollens und Denkens zu der Auffassung kommen, daß der vorliegende Fall derselben Krankheitsgruppe angehört wie der vorige. Daraus würde sich für uns die Wahrscheinlichkeit ergeben, daß bei der Kranken früher oder später ähnliche Anfälle, aber auch wohl Erregungen nachzuweisen sein werden. Einen gewissen Anhalt für die Beurteilung ergibt uns schon die merkwürdige Tatsache, daß die so ängstliche Kranke bei längerem Zureden in überraschender Weise anfängt, ihr Gesicht zum Lächeln zu verziehen. Die Bedeutung dieses

Zeichens wird Ihnen sofort klar werden, wenn wir einen Rückblick in die Vergangenheit werfen. Die Kranke ist nämlich schon vor 4 Jahren bei uns gewesen. Sie hatte damals, von einem verheirateten Manne geschwängert, abortiert. Wenige Wochen nachher wurde sie stumm und starr, äußerte Todesgedanken, sah Geister, wurde vollständig verwirrt, unklar, ratlos, ängstlich, aß nicht mehr — kurz, es entwickelte sich ein dem jetzigen genau gleichender, nur noch schwererer Zustand von Denk- und Willenshemmung, der etwa 7 Monate andauerte. Dann aber trat ganz rasch ein völliger Umschlag ein: die Kranke wurde klar, besonnen, übermütig und machte nunmehr einen sehr heftigen Erregungszustand durch, der nach fast 6 Monaten allmählich wieder schwand. In der Genesungszeit trat vorübergehend eine leichte traurige Verstimmung hervor; dann aber war und blieb die Kranke bis zum Beginne des jetzigen Anfalles gesund.

Wir erkennen demnach, daß der aus dem augenblicklichen Zustande der Kranken gezogene Schluß ein zutreffender war. Bei der Gleichartigkeit der beiden bisher vorliegenden Depressionszustände kann an ihrer Zugehörigkeit zu demselben klinischen Krankheitsbilde füglich nicht gezweifelt werden. Allerdings ist zu bemerken, daß beide Erkrankungen sich an ein Wochenbett anschlossen; es könnte also die gleiche Ursache beide Male dieselbe Krankheit erzeugt haben. Andererseits jedoch haben wir das eigenartige Zeichen der Denk- und Willenshemmung ganz ebenso im vorigen Falle beobachtet, wo kein Wochenbett vorausgegangen war. Sodann aber liefert uns der spätere Umschlag der Depression in Erregung, wie er bei beiden Kranken in gleicher Weise eintrat, einen neuen Beweis für die Zugehörigkeit unseres Bildes zum manisch-depressiven Irresein. Weiterhin werden wir sehen, daß diejenigen Krankheitsbilder, bei denen wir Grund haben, wirklich das Wochenbett als wesentliche Ursache zu betrachten, ganz andere klinische Züge aufweisen, und endlich lehrt die Erfahrung, daß einzelne Anfälle des manisch-depressiven Irreseins sehr häufig durch äußere Schädlichkeiten ausgelöst werden. Wir müssen jedoch darauf gefaßt sein, daß ein nächster Anfall bei unserer Kranken auch einmal ohne greifbaren Anlaß zum Ausbruche kommen wird.

Auf Grund dieser Erwägungen werden wir bei unserer Kranken

die Vermutung aussprechen dürfen, daß sie in ihrem ferneren Leben wahrscheinlich noch öfters, entweder mit Depression, wie jetzt, oder mit Erregung erkranken, daß aber jeder Anfall voraussichtlich in Genesung endigen wird. Auch für den jetzigen Anfall läßt sich das bestimmt erwarten, doch ist es recht wohl möglich, daß sich vorher noch, wie früher, ein leichter Erregungszustand einschleibt*). Das vorhin erwähnte Lächeln könnte schon die erste Andeutung eines solchen Umschlags darstellen.

Den Zustand schwerer Willenshemmung pflegt man mit einigen anderen, äußerlich ähnlichen unter dem Namen „Stupor“ zusammenzufassen. Die hier vorliegende Form wollen wir als „circulären Stupor“ bezeichnen, weil das manisch-depressive Irresein wegen der wechselnden Wiederkehr der Zustände meist „circuläres Irresein“ genannt wird. Die gemeinsame Eigentümlichkeit aller Stuporformen ist das Ausbleiben von sprachlichen oder sonstigen Willensäußerungen auf äußere Einwirkungen. Der Stupor ist jedoch kein einheitlicher Zustand, noch viel weniger eine Krankheit, sondern ein Zeichen, das sehr verschiedenen Ursprungs sein und daher sehr verschiedene klinische Bedeutung haben kann. Aber auch der circuläre Stupor begegnet uns in so mannigfaltigen Gestaltungen, daß deren innerliche Übereinstimmung oft nicht leicht erkennbar ist. Sie sehen hier eine 44jährige Wirtsfrau vor sich, die seit etwa 10 Wochen erkrankt ist. Geistesstörungen sind in ihrer Familie bisher nicht vorgekommen; sie hat 3 gesunde Kinder. Als ihr Mann vor kurzem genötigt war, seine Wirtschaft zu wechseln, fing die Kranke an, über Eingenommenheit des Kopfes zu klagen, machte sich grundlose Sorgen, die Kinder hätten keine Kleider mehr; alles sei zerrissen; der bevorstehende Umzug sei ihr Tod. Sie habe ihren Mann unglücklich gemacht; der Gerichtsvollzieher komme; es sei nichts mehr zu leben da; alles gehe zugrunde. Zugleich sprach und aß sie wenig, starrte ins Leere, schlief fast gar nicht mehr. Da sie zudem nachts ein Messer mit ans Bett nahm und Selbstmordgedanken äußerte, wurde sie in die Klinik gebracht. Hier erwies sie sich als vollkommen besonnen,

*) Die Kranke ist nach 5 monatigem Anstaltsaufenthalte unter Gewichtszunahme von 13 Kilogramm ohne deutliche manische Erregung genesen und seither 6 Jahre lang gesund geblieben.

klar über ihre Lage, gab auf Befragen einsilbige, aber geordnete Auskunft über ihre Verhältnisse und ihre Krankheit. Schon seit einem Vierteljahre habe sie keine Ruhe mehr, sei zerstreut, vergeßlich, habe so kurze Gedanken. Sie könne nicht mehr froh sein; alles sei ihr verleidet; die Arbeit werde ihr schwer, so daß sie nichts mehr habe fertig bringen können. Die Kranke sprach von selbst wenig, lag meist still und mit niedergeschlagenem Gesichtsausdrucke im Bette, mußte sich bei der Beantwortung einfacher Fragen unverhältnismäßig lange besinnen, war über die zeitliche Ordnung ihrer Erlebnisse nicht ganz klar, erkannte zunächst nicht, wo sie sich befand. Alle Äußerungen und Bewegungen erfolgten langsam und zögernd, wie wenn sie nicht recht wisse, was sie sagen und tun solle. Die Stimmung war gedrückt; namentlich bei Besuchen weinte die Kranke viel. Ihr Leiden bezeichnete sie als „Schwermut“; bei jeder eingehenden Besprechung desselben brach sie in Weinen aus, ohne über ihren Zustand genauere Auskunft geben zu können.

Das Bild, das die Kranke jetzt darbietet, zeigt im wesentlichen noch dieselben Züge, das stille, gedrückte Wesen, den traurigen Gesichtsausdruck, die leise, zögernde Sprache, die müden, langsamen Bewegungen bei völliger Erhaltung der Besonnenheit. Dagegen sind die Versündigungsideen viel stärker geworden. Unter Tränen bezeichnet sich die Kranke als die größte Verbrecherin, da sie Mann und Kinder ins Unglück gestürzt habe; sie werde ganz gewiß hingerichtet. Das sind dieselben Versündigungsideen, die wir bei der Melancholie kennen gelernt haben. Man könnte daher, namentlich auch im Hinblick auf das Alter der Kranken, versucht sein, das Leiden für eine einfache klimakterische Melancholie zu halten. Indessen steht dieser Auffassung, wie ich glaube, das deutliche Hervortreten der Hemmung des Denkens und Wollens entgegen, die wir ganz in dieser Form beim manisch-depressiven Irresein, nicht aber bei der Melancholie beobachtet haben. Ich glaube daher, daß wir auf Grund dieser Zeichen berechtigt sind, unser Bild jener ersteren Erkrankung zuzurechnen. Ist diese meine Deutung des Falles richtig, so werden wir also nicht einen gleichförmigen, längeren Krankheitsverlauf zu erwarten haben, der in Genesung oder in den früher kurz geschilderten eigenartigen Schwächezustand nach Melancholie ausgeht, sondern wir dürfen, da

die ersten Anfälle des manisch-depressiven Irreseins meist ziemlich rasch und günstig zu verlaufen pflegen, auf eine weit kürzere Dauer und völlige Genesung hoffen. Allerdings müssen wir uns andererseits auf eine spätere Wiedererkrankung in derselben Form oder in derjenigen der Erregung gefaßt machen.

Der bisherige Verlauf des Falles spricht einigermaßen für die Richtigkeit unserer Auffassung. Die Niedergeschlagenheit der Kranken verlor sich hier schon nach 3—4 Wochen fast ganz, und an ihre Stelle trat ein etwas ungeduldiges, unzufriedenes Wesen mit häufigem Lächeln, dessen klinische Bedeutung wir bei anderer Gelegenheit noch kennen lernen werden. Die Kranke drängte so stark nach Hause, daß ihr Mann glaubte, ihrem „Heimweh“ auch gegen unseren Rat nachgeben zu müssen. Zu Hause verschlimmerte sich indessen der Zustand ungemein rasch, und es traten nun die Versündigungsideen viel stärker hervor, so daß die Kranke schon nach 4 Tagen zurückgebracht werden mußte. Wahrscheinlich werden wir aber auch jetzt bald wieder eine Besserung erzielen*).

Die mildere Form, in der uns hier die Willenshemmung entgegentritt, kommt den Kranken selbst als „Entschlußunfähigkeit“ zum Bewußtsein und begegnet uns als solche in den zahllosen leichten Fällen von manisch-depressivem Irresein, die niemals in die Anstalt kommen, ja überhaupt nicht als krankhaft erkannt werden. Wir sehen dann das „psychologische Rätsel“, wie ohne ausreichende Ursache, aber nach Ansicht der Kranken und ihrer Umgebung als Folge irgend welcher äußerer Anlässe, in mehr oder weniger regelmäßiger Weise Zeiten völliger Entschlußunfähigkeit, in denen jede Willensentscheidung die größte Anstrengung kostet, mit solchen flottester Unternehmungslust abwechseln. Gerade diese leichtesten Formen des Leidens, von denen alle möglichen Übergänge zu den schweren und schwersten hinüberführen, lehren uns am besten, wie tief das manisch-depressive Irresein in der persönlichen Veranlagung wurzelt. Wir finden es daher auch vielfach

*) Leider hat der Mann der Kranken noch einmal die Genesung dadurch gestört, daß er sie gegen ärztlichen Rat nach Hause nahm; ein schwerer Selbstmordversuch war das Ergebnis. Nach etwas mehr als Jahresfrist trat dann an Stelle der Depression eine ausgeprägte Hypomanie, die noch einmal einen kurzen Anstaltsaufenthalt nötig machte. Jetzt ist die Kranke seit 3 Jahren völlig gesund.

bei mehreren Mitgliedern derselben Familie. Oft genug sehen wir fast das ganze Leben von den leichten, einander nahezu ununterbrochen ablösenden Anfällen ausgefüllt. Ebenso häufig jedoch tritt das Leiden, wie hier beschrieben, nur einige Male mit mehr oder weniger langen Zwischenzeiten hervor, bald in bestimmtem Lebensalter, bald an diese oder jene äußere Schädigung sich anschließend. Am liebsten setzen die Anfälle in den Entwicklungsjahren oder später in der Rückbildungszeit ein.

Von den ganz leichten Anfällen, die übrigens jederzeit mit schweren abwechseln können, verlaufen sehr viele ohne jede Behandlung; andere werden als „Neurasthenien“ in die verschiedensten Anstalten, Kurorte oder auf Reisen geschickt und rühmen dann diejenige Kur mit Überzeugung, bei welcher die Besserung oder der Umschlag in Erregung erfolgte. In allen schwereren Fällen ist jedoch die Anstaltsbehandlung dringend geboten, schon wegen der Selbstmordgefahr, die im Beginne oder gegen Ende des Anfalles am größten zu sein pflegt, da dann die Willenshemmung den Kranken nicht unfähig macht, sich zum Handeln aufzuraffen. In der Anstalt wird neben sorgfältiger Überwachung eine verständige, mäßig strenge Bettbehandlung durchzuführen sein. Von Arzneien mag man Brom allein oder in Verbindung mit Opium, ferner gelegentliche Schlafmittel versuchen, doch darf man auf sie keine zu großen Hoffnungen setzen. Bisweilen tun verlängerte warme Bäder gute Dienste. Besuche der nächsten Angehörigen sind ebenso wie vorzeitige Entlassungen häufig Anlaß von Rückfällen.

III. Vorlesung.

Dementia praecox.

M. H.! Sie sehen heute einen kräftig gebauten, gut genährten, 21jährigen Mann vor Sich, der vor wenigen Wochen in die Klinik eingetreten ist. Er sitzt ruhig da, sieht vor sich hin, blickt nicht auf, wenn man ihn anredet, versteht aber offenbar alle Fragen

sehr gut, da er, wenn auch langsam und oft erst auf wiederholtes Drängen, so doch durchaus sinngemäß antwortet. Aus seinen kurzen, mit leiser Stimme gemachten Angaben entnehmen wir, daß er sich für krank hält, ohne daß wir über die Art und die Zeichen der Störung nähere Auskunft erhielten. Der Kranke schiebt sein Leiden auf die von ihm seit dem 10. Lebensjahre betriebene Onanie. Dadurch habe er sich einer Sünde gegen das 6. Gebot schuldig gemacht, sei in seiner Leistungsfähigkeit sehr heruntergekommen, habe sich schlaff und elend gefühlt und sei zum Hypochonder geworden. So habe er sich im Anschlusse an die Lektüre gewisser Bücher eingebildet, daß er einen Bruch bekomme, an Rückenmarksschwindsucht leide, obgleich beides nicht der Fall sei. Mit seinen Kameraden habe er nicht mehr verkehrt, weil er gemeint habe, daß sie ihm die Folgen seines Lasters ansähen und sich über ihn lustig machten. Alle diese Angaben bringt der Kranke in gleichgültigem Tone vor, ohne aufzusehen oder sich um seine Umgebung zu bekümmern. Sein Gesichtsausdruck verrät dabei keine gemüthliche Regung; nur ein flüchtiges Lachen zeigt sich hie und da. Außerdem fällt gelegentliches Stirnrunzeln oder Verziehen des Gesichtes auf; um Mund und Nase beobachtet man beständig ein feines, wechselndes Zucken.

Über seine früheren Erlebnisse gibt der Kranke zutreffende Auskunft. Seine Kenntnisse entsprechen seinem hohen Bildungsgrade; er hat vor einem Jahre die Reife für die Universität erworben. Er weiß auch, wo er sich befindet und wie lange er hier ist, kennt aber die Namen der ihn umgebenden Personen nur sehr mangelhaft; danach habe er noch nicht gefragt. Auch über die allgemeinen Zeitereignisse des letzten Jahres weiß er nur sehr spärliche Angaben zu machen. Auf Befragen erklärt er sich bereit, zunächst in der Klinik zu bleiben; lieber sei es ihm allerdings, wenn er einen Beruf ergreifen könne, doch vermag er nicht anzugeben, was er etwa anfangen wolle. Körperliche Störungen sind außer recht lebhaften Kniesehenreflexen nicht nachzuweisen.

Auf den ersten Blick erinnert der Kranke vielleicht an die Depressionszustände, die wir in früheren Stunden kennen gelernt haben. Bei genauerer Betrachtung werden Sie jedoch unschwer verstehen, daß wir es hier trotz gewisser ähnlicher Einzelheiten mit einem ganz andersartigen Krankheitsbilde zu tun haben. Der

Kranke gibt langsame und einsilbige Auskunft, aber nicht deswegen, weil sein Wunsch, zu antworten, auf übermächtige Hindernisse stößt, sondern darum, weil er gar nicht das Bedürfnis fühlt, zu reden. Er hört und versteht zwar recht gut, was man ihm sagt, aber er gibt sich gar keine Mühe, darauf zu achten, paßt nicht auf, antwortet ohne Nachdenken, was ihm gerade einfällt. Eine deutliche Anspannung des Willens ist dabei nicht zu bemerken; auch alle Bewegungen erfolgen schlaff und ohne Nachdruck, aber ungehindert und mühelos. Von gemüthlicher Niedergeschlagenheit, wie man sie etwa nach dem Inhalte seiner Äußerungen erwarten sollte, ist keine Rede; der Kranke bleibt dabei ganz stumpf, fühlt weder Befürchtungen noch Hoffnungen noch Wünsche. Was um ihn vorgeht, berührt ihn nicht tiefer, obgleich er es ohne wesentliche Schwierigkeit begreift. Es gilt ihm gleich, wer bei ihm aus- und eingeht, mit ihm spricht, für ihn sorgt; er fragt nicht einmal nach dem Namen.

Dieser eigentümliche, tiefgreifende Mangel einer Gefühlsbetonung der Lebenseindrücke bei gut erhaltener Fähigkeit, aufzufassen und zu behalten, ist nun in der Tat das kennzeichnende Merkmal der Krankheit, die wir hier vor uns haben. Er wird noch deutlicher, wenn wir den Kranken eine Zeitlang beobachten und sehen, daß er trotz seiner guten Bildung wochen- und monatelang im Bette liegt oder herumsitzt, ohne das geringste Bedürfnis nach Beschäftigung zu empfinden. Vielmehr starrt und brütet er mit ausdruckslosen, hie und da von leerem Lächeln umspielten Zügen vor sich hin, blättert höchstens einmal in einem Buche, spricht nichts und kümmert sich um nichts. Auch bei Besuchen sitzt er teilnahmslos da, erkundigt sich nicht nach den häuslichen Verhältnissen, begrüßt seine Eltern kaum und kehrt gleichgültig wieder auf die Abteilung zurück. Zum Briefschreiben ist er kaum zu bewegen, meint, er wisse nichts zu schreiben. Gelegentlich verfaßt er aber dann einmal einen Brief an den Arzt, in dem er, wenn auch in leidlicher Form, ziemlich zusammenhangslos alle möglichen schiefen und halben Gedanken mit eigentümlichen, platten Wortspielereien vorbringt, „um etwas mehr Allegro in der Behandlung“, um „freiheitliche Bewegung zwecks Horizontserweiterung“ bittet, „ergo in Vorlesungen etwas Geist schinden“ will und „nota bene um Gottes willen nur nicht mit Klub der

Harmlosen kombiniert zu werden wünscht“; „Berufsarbeit ist Lebensbalsam“.

Diese Schriftstücke wie auch seine Äußerungen, er denke über die Welt nach, braue sich jetzt eine Moralphilosophie zusammen, lassen keinen Zweifel darüber, daß hier neben der gemüthlichen Verödung auch ein erheblicher Grad von Urteilschwäche und Zerfahrenheit vorhanden ist, obgleich die rein gedächtnismäßige Beherrschung der Kenntnisse keine oder doch nur geringe Einbuße erlitten hat. Es handelt sich um ein geistiges und gemüthliches Siechtum eigener Art, das nur äußerlich noch an die früher besprochenen Depressionszustände erinnert. Dieses Siechtum ist der unheilbare Ausgangszustand eines überaus häufigen Krankheitsvorganges, den wir vorläufig mit dem Namen der Dementia praecox belegen wollen.

Die Entwicklung des Leidens hat sich ganz allmählich vollzogen. Unser Kranker, dessen beide Eltern vorübergehend „schweremütig“ waren, kam, weil er ein zartes Kind war und schlecht sprach, erst mit 7 Jahren in die Schule, lernte dann aber ganz gut; er galt als verschlossener, eigensinniger Knabe. Nachdem er schon früh viel onaniert hatte, zog er sich in den letzten Jahren immer mehr zurück, glaubte sich von den Geschwistern verlacht, aus der Gesellschaft ausgeschlossen wegen seiner Häßlichkeit, duldete deswegen keinen Spiegel in seinem Zimmer. Nachdem er vor einem Jahre die schriftliche Abgangsprüfung bestanden hatte, wurde ihm die mündliche erlassen, weil er unfähig war, weiter zu arbeiten. Er weinte viel, masturbirte stark, lief planlos herum, spielte unsinnig Klavier, stellte Betrachtungen an „über das Nervenspiel des Lebens, mit dem er nicht fertig werde“. Zu jeder, auch körperlicher Arbeit war er unfähig, fühlte sich „kaput“, bat um einen Revolver, aß schwedische Streichhölzchen, um sich umzubringen, und verlor jede gemüthliche Beziehung zu seiner Familie. Zeitweise wurde er erregt und störend, sprach nachts laut zum Fenster hinaus. Auch in der Klinik wurde ein mehrtägiger Erregungszustand beobachtet, in dem er verworren schwatzte, Gesichter schnitt, im Sturmschritt herumlief und zusammenhangslose Schriftstücke verfaßte, über die er dann kreuz und quer Schnörkel und sinnlose Buchstabenzusammenstellungen malte. Über die Ursache seines absonderlichen Benehmens vermochte

er nach seiner bald erfolgten Beruhigung keinerlei Auskunft zu geben *).

Außer der geistigen und gemüthlichen Verblödung begegnen uns im vorliegenden Falle noch einige weitere bedeutungsvolle Züge. Dahin gehört zunächst das leere, läppische Lachen, das wir in der Dementia praecox unendlich oft beobachten. Diesem Lachen entspricht keine heitere Stimmung; einzelne Kranke beklagen sich geradezu, daß sie lachen müßten, ohne daß ihnen lächerlich zu Mute sei. Eine zweite wichtige Krankheitserscheinung ist das Gesichterschneiden oder Grimmassieren sowie das feine Muskelzucken im Gesichte, das ebenfalls sehr kennzeichnend für die Dementia praecox ist. Weiterhin haben wir die Neigung zu eigenmächtig verschrobenen Redewendungen, zu sinnlosem Spielen mit Silben und Wörtern zu bemerken, weil sie in dieser Krankheit oft sehr absonderliche Formen annimmt. Endlich möchte ich noch darauf aufmerksam machen, daß der Kranke, wenn man ihm die Hand reicht, diese nicht ergreift, sondern einfach die seinige steif entgegenstreckt; auch darin sehen wir die erste Andeutung einer Störung, die in der Dementia praecox vielfach in höchst verblüffender Weise ausgebildet ist.

Die Entwicklung des Leidens hatte sich bei unserem Kranken ganz allmählich vollzogen, so daß ein bestimmter Zeitpunkt für den Beginn kaum festgestellt werden kann. Darum wird in solchen Fällen die sich vollziehende Veränderung leicht auf eine sträfliche sittliche Verlotterung zurückgeführt, der man durch erzieherische Maßregelungen zu begegnen sucht. Namentlich pflegt man die bei unseren Kranken sehr häufige Onanie für die Quelle der Krankheit zu halten, so daß man früher in derartigen Fällen geradezu von einem Irresein der Onanisten sprach. Ich bin indessen geneigt, in der Onanie mehr ein Zeichen als die Ursache der Krankheit zu erblicken. Wir sehen das gleiche schwere Krankheitsbild oft genug ohne auffallend starkes Onanieren entstehen und kennen andererseits entartete Onanisten, die ganz andere Krankheitszeichen darbieten. Von einem gesetzmäßigen ursächlichen Zusammenhange

*) Der Kranke ist unverändert in die Familienpflege zurückgekehrt und befindet sich jetzt seit $3\frac{1}{2}$ Jahren von neuem stumpf und verblödet in einer Anstalt.

zwischen der Onanie und der Dementia praecox kann daher nicht wohl die Rede sein. Zudem ist die Krankheit beim weiblichen Geschlechte, bei dem die schwächende Bedeutung der Onanie doch eine weit geringere sein dürfte, nicht seltener. Endlich ist zu beachten, daß die Krankheit häufig ganz plötzlich einsetzt, ein Umstand, der auch nicht gerade geeignet ist, die Annahme einer onanistischen Entstehung derselben zu stützen.

Den Beginn der Dementia praecox bildet vielfach ein Depressionszustand, den man zunächst recht wohl mit einem der früher beschriebenen verwechseln kann. Als Beispiel zeige ich Ihnen einen 22jährigen Tagelöhner, der schon vor 3 Jahren zum ersten Male in die Klinik eintrat. Er stammt angeblich aus gesunder Familie und war ein guter Schüler. Wenige Wochen vor der Aufnahme hatte er einige Angstanfälle. Er wurde dann verstört, unstet, zerstreut, starrte vor sich hin, sprach verworren und äußerte unklare Versündigungs- und Verfolgungsideen. Bei der Aufnahme gab er zögernde, abgerissene Antworten, löste Rechenaufgaben, befolgte Aufforderungen, wußte aber nicht, wo er sich befand. Er sprach von selbst fast nichts, murmelte höchstens einige schwer verständliche Worte, es sei Krieg, er esse nichts mehr, lebe von Gottes Wort; ein Rabe sei am Fenster und wolle sein Fleisch fressen u. dergl. Obgleich er Anreden gut auffaßte und sich sogar leicht ablenken ließ, kümmerte er sich doch um seine Umgebung gar nicht, hatte kein Bedürfnis, über seine Lage ins klare zu kommen, äußerte weder Angst noch Wünsche. Meist lag er mit starrem, leerem Gesichtsausdrucke im Bett, stand aber auch öfters auf, um niederzuknien oder langsam herumzugehen. Alle Bewegungen zeigten dabei eine gewisse Gebundenheit und Unfreiheit; die Glieder blieben in der Stellung, die man ihnen etwa gab, eine Zeitlang stehen. Erhob man vor dem Kranken rasch die Arme, so ahmte er diese Bewegung nach, klatschte in die Hände, wenn man es ihm vormachte. Diese Erscheinungen, die wir als „wächserne Biegsamkeit“, *flexibilitas cerea*, Katalepsie einerseits, als Echopraxie andererseits bezeichnen, sind uns von den Erfahrungen bei hypnotischen Versuchen bekannt. Sie sind immer die Zeichen einer eigenartigen Willensstörung, deren verschiedene Äußerungen wir unter dem Namen der Befehlsautomatie zusammenfassen. Von sonstigen Störungen ist bei unserem Kranken

noch das Bestehen einer Pupillendifferenz sowie das Auftreten eines Anfalles von Bewußtlosigkeit mit Zuckungen in den Armen zu erwähnen.

Im Laufe der nächsten Monate besserte sich der Zustand. Der Kranke wurde klarer, natürlicher in seinem Benehmen, hatte ein deutliches Krankheitsgefühl, blieb aber auffallend stumpf, teilnahmslos, gedankenarm. Dennoch fand er draußen wieder Beschäftigung und kehrte erst vor einem Jahre wieder in die Klinik zurück. Er hatte sich vor einen Bahnzug geworfen und dabei den rechten Fuß verloren sowie den linken Arm gebrochen. Diesmal war er besonnen, klar über seine Umgebung, zeigte auch ganz gute geographische und rechnerische Kenntnisse, sprach aber von selbst mit niemandem, lag stumpfsinnig, mit leerem Gesichtsausdrucke da, ohne sich zu beschäftigen oder die Vorgänge in der Umgebung zu beachten. Als Grund für seinen Selbstmordversuch gab er an, er sei krank; vor einem Jahre sei ihm das Hirn durchgebrochen. Seitdem könne er nicht mehr allein denken; die anderen wüßten seine Gedanken, sprächen darüber, hörten, wenn er die Zeitung lese.

In demselben Zustande befindet sich der Kranke noch heute. Er sieht gleichgültig vor sich hin, blickt sich in der ihm fremden Umgebung nicht um, schaut nicht auf, wenn man ihn anredet. Dennoch gelingt es, durch eindringliches Fragen von ihm einzelne zutreffende Antworten zu erhalten. Er weiß, wo er ist, kennt Jahr und Monat, die Namen der Ärzte, rechnet einfache Aufgaben, vermag einige Städte und Flüsse aufzuzählen, bezeichnet sich aber dazwischen als den Sohn des Deutschen Kaisers, Wilhelm Rex. Über seine Lage macht er sich keine Gedanken, will dableiben; sein Gehirn sei verletzt, die Adern gesprengt. Die wächserne Biegsamkeit und die Echopraxie ist bei ihm noch deutlich nachzuweisen. Bei der Aufforderung, die Hand zu geben, streckt er dieselbe steif vor, ohne zuzugreifen.

Wie Sie ohne weiteres erkennen, haben wir einen Verblöndungszustand*) vor uns, bei dem die Auffassungsfähigkeit und die Erinnerung an früher erworbene Kenntnisse weit weniger

*) Der Kranke befindet sich seit 5 Jahren in einer Pflegeanstalt, ist ganz blöde und maniert geworden.

gestört sind, als das Urteil, besonders aber als die gemüthlichen Regungen und die mit ihnen in innigstem Zusammenhange stehenden Willenshandlungen. Die Übereinstimmung des Krankheitsbildes mit dem vorhin besprochenen ist demnach trotz der verschiedenartigen Entwicklung des Leidens eine sehr weitgehende. Namentlich sind der völlige Verlust der geistigen Regsamkeit, des Interesses, das Fehlen jeglichen Antriebes zur Tätigkeit so eigenartige und tiefgreifende Veränderungen, daß sie dem Zustande in beiden Fällen sein ganz bestimmtes Gepräge geben. Sie sind neben der Urtheilsschwäche niemals fehlende, die ganze Entwicklung der Krankheit begleitende und überdauernde Grundzüge der *Dementia praecox*. Neben ihnen müssen alle übrigen Störungen, mögen sie im einzelnen Falle noch so sehr in den Vordergrund treten, doch nur als mehr vorübergehende und darum nicht durchaus kennzeichnende Erscheinungen betrachtet werden. Letzteres gilt z. B. von den Wahnbildungen und Sinnestäuschungen, die zwar ungemein häufig vorhanden sind, aber sehr verschieden entwickelt sein, auch ganz fehlen oder doch wieder verschwinden können, ohne daß dadurch jene Grundzüge oder der Verlauf und Ausgang der Krankheit irgendwie berührt würden. Dennoch können wir uns als Regel merken, daß Depressionszustände, die gleich im Beginne von lebhaften Sinnestäuschungen oder verworrenen Wahnvorstellungen begleitet sind, meist die Einleitung einer *Dementia praecox* bilden. Auch die gemüthlichen Schwankungen sind bei dieser Krankheit immer nur flüchtiger Art und daher für die Diagnose nicht verwertbar. Gerade im Anfange freilich beobachten wir häufig lebhafteste Angstzustände oder traurige Verstimmungen, aber wir können uns meist sehr bald davon überzeugen, daß die gemüthliche Ergriffenheit ungemein rasch schwindet, auch wenn deren äußere Zeichen noch eine Zeitlang fortbestehen.

Wenn Sie den jetzt vor Ihnen stehenden, 35jährigen, kräftig gebauten Briefträger ansehen, so werden Sie kaum begreifen können, daß sich dieser Mann vor wenigen Tagen nicht nur selbst umzubringen suchte, sondern auch seine Frau bereden wollte, mit ihm zu sterben, nachdem er eine Woche früher schon bewußtlos vom Wasserrohr abgeschnitten worden war. Der blaß aussehende, in seiner Ernährung heruntergekommene Kranke ist völlig besonnen, weiß, wo er ist, versteht seine Lage und gibt auf Befragen geord-

nete, zutreffende Auskunft. Seit 5 Wochen sei er krank, habe an Kopfschmerzen gelitten, gemeint, seine Kameraden sprächen von kleinen Verfehlungen, die er sich in früheren Stellungen habe zu Schulden kommen lassen. Er habe gehört, daß man sagte: „Wir kriegen dich; dir decken wir das Hemdchen auf!“ Manches habe er auch nicht verstanden; ihm sei ins Ohr hinein telephonierte worden. Wegen der Stimmen habe er sich dann aufgehängt. Nachher habe er wieder gearbeitet, sei aber noch ängstlich gewesen, fürchtete, falsches Geld ausgegeben zu haben und deswegen ins Gefängnis zu kommen, war verwirrt im Kopf, forderte seine Frau auf, sich mit ihm zu erschießen, da sie ja doch im Unglück sei, wenn er ins Gefängnis komme. Er habe nicht schlafen und nicht essen können, sich immer Vorwürfe gemacht. An der Decke sah er einen Kopf, vor dem er sich anfangs fürchtete; dann sah er mit geschlossenen Augen 2 Tafeln, von denen die eine gespalten war, darauf ein Haus mit Fenstern und einen Bogen.

Alle diese Erlebnisse erzählt der Kranke mit lächelnder Miene, in gezierter Sprechweise. Über seine Selbstmordversuche macht er sich weiter keine Gedanken, ebensowenig über seine Verbringung in die Anstalt. Er reicht die Hand in steifer, gespreizter Haltung, zeigt ausgeprägte Katalepsie und Echopraxie, auch in der Form der Echolalie, indem er zugerufene Worte sofort, bisweilen mit Verdrehungen, nachspricht. In der ersten Zeit seines Anstaltsaufenthaltes lag er meist den ganzen Tag zu Bette, vielfach mit geschlossenen Augen und regungslos, ohne auf Anreden oder selbst Nadelstiche sich zu rühren. Wie er gelegentlich erzählte, hörte er Stimmen, die ihm alles mögliche vorsprachen und zuriefen. Er gab mit flüsternder Stimme an, daß er oben ein blaues Herz, dahinter zitternden Sonnenschein und noch ein blaues Herz gesehen habe, „ein Weibchenherz“. Auch Blitze sah er schießen, einen Kometen mit langem Schweif; die Sonne ging an der verkehrten Seite auf.

Aus den letzten Tagen ist noch zu bemerken, daß der Kranke plötzlich ohne Anlaß die Nahrung verweigert hat, so daß man zur Sondenernährung schreiten mußte. Die Anregung, seiner Frau zu schreiben, lehnte er mit der Begründung ab, er habe Wichtigeres zu tun. Auch einen Besuch derselben wünschte er nicht; das sei eigentlich nicht der Mühe wert. Bei der Aufforderung, die Zunge

zu zeigen, öffnete er zwar den Mund, rollte aber die Zunge mit äußerster Kraft nach hinten gegen den weichen Gaumen. Vorübergehend wurde er ganz plötzlich blind gewalttätig gegen seine Umgebung, ohne nachher über seine Beweggründe Rechenschaft geben zu können. Von körperlichen Krankheitszeichen ist nur etwa eine große Lebhaftigkeit der Kniesehenreflexe erwähnenswert.

Es wird Ihnen nicht entgehen, daß sich in diesem Krankheitsbilde die gleichen Grundzüge der gemüthlichen Stumpfheit, des Mangels an selbständigen Willensregungen und der erhöhten Beeinflußbarkeit des Willens wiederfinden, die uns schon bei den früher besprochenen Kranken aufgefallen sind. Aber auch so manche Einzelheiten, die Sinnestäuschungen, die sonderbare Manier beim Handgeben, stützen unsere aus der gemüthlichen Stumpfheit und aus der Befehlsautomatie abgeleitete Ansicht, daß es sich auch hier um eine Dementia praecox handelt. In dem gleichen Sinne ist endlich das sinnlose Widerstreben des Kranken gegen die Nahrungsaufnahme, gegen das Zeigen der Zunge, das Briefschreiben sowie sein zeitweise stuporöses Verhalten zu verwerthen, alles Störungen, die wir bei nächster Gelegenheit genauer zu betrachten haben werden. Wir kommen daher zu dem Schlusse, daß in der That der vorliegende Fall höchst wahrscheinlich derselben Krankheit angehört wie die beiden früher besprochenen.

Indessen dort hatten wir es mit Erkrankungen zu tun, die bereits seit einigen Jahren bestanden und zu einem Zustande unheilbaren Siechtums geführt hatten. Wie die Erfahrung lehrt, ist das der bei weitem häufigste Ausgang der Dementia praecox. Die Bedeutung unserer Diagnose würde also darin liegen, daß wir schon jetzt, im ersten Beginne des Leidens, mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit den Ausgang in einen eigenartigen Schwächezustand voraussagen können, ähnlich wie wir beim cirkulären Stupor zu gewissen Wahrscheinlichkeitsschlüssen über den weiteren Verlauf der Krankheit gelangten. Allerdings ist unsere Vorhersage keineswegs eine ganz eindeutige. Ob die Dementia praecox einer vollständigen, dauernden Heilung fähig ist, die strengen wissenschaftlichen Anforderungen entspricht, ist zur Zeit noch zweifelhaft, wenn auch nicht auszuschließen. Dagegen kommen gar nicht selten Besserungen vor, die praktisch immerhin den Heilungen an die Seite

gestellt werden können. Dabei haben die Kranken zwar eine gewisse Einbuße an geistiger und gemüthlicher Regsamkeit wie an Tatkraft erlitten, lassen auch sonst vielleicht kleine Reste der Krankheitserscheinungen erkennen, aber sie können doch vollkommen fähig sein, in einfachen Verhältnissen ihren alten Platz wieder auszufüllen. Bedenklicher ist es, daß die meisten dieser Besserungen nur zeitweilige sind, und daß derartige Kranke in großer Gefahr schweben, auch ohne besonderen Anlaß früher oder später wieder zu erkranken, um nun durch ihr Leiden in der Regel schwerer geschädigt zu werden. In unserem zweiten Falle hatten wir eine solche, freilich nicht sehr weitgehende Besserung mit späterem Rückfalle zu verzeichnen; auch bei diesem letzten Kranken dürfen wir zwar auf ein Schwinden der jetzigen Störungen hoffen, müssen aber auch auf eine spätere schlimmere Wiederkehr derselben gefaßt sein *).

IV. Vorlesung.

Katatonischer Stupor.

M. H.! Es sind absonderliche Bilder, die ich Ihnen heute vorzuführen habe. Sie sehen zunächst ein 24jähriges Dienstmädchen vor Sich, deren Züge und Körper deutlich die Spuren hochgradiger Abmagerung erkennen lassen. Trotzdem ist die Kranke in fortwährender Bewegung, indem sie immer einige Schritte vorwärts und dann wieder zurückgeht; mit den Händen flicht sie dabei an ihrem Zopfe herum, um ihn im nächsten Augenblicke wieder aufzulösen. Bei dem Versuche, sie an ihrer Bewegung zu verhindern, stoßen wir auf unerwartet kräftigen Widerstand; stelle ich mich ihr mit ausgebreiteten Armen entgegen, um sie aufzuhalten, so schlüpft sie, da sie mich nicht zur Seite drängen kann, plötzlich

*) Der Kranke ist, körperlich außerordentlich erholt, aber ohne rechtes Verständnis für seine Störung, nach 3monatigem Aufenthalte aus der Klinik entlassen worden. Er befindet sich seit 4³/₄ Jahren anscheinend genesen zu Hause.

gewandt unter meinem Arme durch, um ihren Weg fortzusetzen. Hält man sie fest, so verziehen sich ihre sonst ausdruckslosen, starren Züge zu kläglichem Weinen, das erst aufhört, sobald man sie gewähren läßt. Wir bemerken dabei, daß sie mit den letzten Fingern der linken Hand krampfhaft einen zerdrückten Brotrest umklammert hält, den sie sich durchaus nicht entreißen läßt. Um ihre Umgebung kümmert sich die Kranke, solange man sie in Ruhe läßt, nicht im mindesten; sticht man sie mit der Nadel in die Stirne, so zuckt sie kaum zusammen, wehrt nicht ab und läßt die Nadel ruhig sitzen, ohne sich in ihrem rastlosen, raubtierartigen Hin- und Herwandern stören zu lassen. Auf Fragen antwortet sie meist gar nicht, schüttelt höchstens den Kopf. Dagegen jammert sie bisweilen vor sich hin: „O lieber Gott, o lieber Gott, o liebe Mutter, o liebe Mutter“, einförmig immer dieselben Wendungen wiederholend. Sucht man ihre Hand zu ergreifen, so entzieht sie dieselbe sehr schnell und beginnt sie schließlich, wenn sie nicht mehr entrinnen kann, in ihre Schürze zu wickeln. Aufforderungen befolgt sie nicht, widerstrebt vielmehr bei allem, was man mit ihr vornehmen will. Daß sie aber aufpaßt, was um sie her vorgeht, wird deutlich, wenn sie schnell ihre Hand versteckt, sobald man davon spricht, ihr das Brot fortzunehmen.

In diesem Zustandsbilde treten uns zwei neue Krankheitszeichen mit großer Klarheit entgegen: die Stereotypie und der Negativismus. Die erstere, die triebartige Neigung zu zweckloser Wiederholung derselben Willensäußerungen, zeigt sich in dem unermüdlichen Hin- und Herlaufen, dem Nesteln in den Haaren, dem Festhalten des Brotrestes, den einförmigen sprachlichen Äußerungen. Den Negativismus, das sinnlose Widerstreben gegen jede äußere Einwirkung, erkennen wir in dem „Mutacismus“, der zwangsmäßigen Stummheit, sowie in der gänzlichen Unbeeinflussbarkeit der Kranken.

Auch in ihrem sonstigen Verhalten sind diese Züge vielfach in sehr eigenartiger Form hervorgetreten. Die Kranke nahm längere Zeit durchaus keine Nahrung zu sich, so daß vorübergehend zur Sondenernährung gegriffen werden mußte. Sie verlangte zwar Wasser „und Kuchen dazu“, nahm es dann aber nicht, sobald es ihr gebracht wurde. Auch jetzt noch läßt sie ihr Essen zunächst

stehen und beginnt erst nach einiger Zeit, dasselbe gierig herunterzuschlingen, hört aber sofort auf, wenn man ihr zuredet. Sonst ißt sie doppelte und dreifache Mengen, nimmt auch wohl sehr gewandt und rücksichtslos anderen Kranken etwas fort.

Über die Vorgänge in ihrem Innern ist aus ihren abgerissenen Äußerungen wenig zu erfahren. Die Kranke nennt zwar den Arzt bisweilen „Herr Doktor“ und kennt die Namen aller Wärterinnen, scheint aber sonst allerlei wahnhafte Vorstellungen zu haben, bittet, noch eine Nacht dableiben zu dürfen: „Schenken Sie mir doch noch eine Nacht vor dem vielen, vielen Feuer auf der ganzen Welt, vor dem großen Richterstuhl, vor den vielen Menschen!“ Sie werde gequält „mit Sennen“; „lassen Sie mich doch gehen; die vielen Köpfe und die vielen Arme, wenn ich die ganze Welt tragen muß, die ganze Erde!“ Ob die Kranke wirklich lebhaft Angst empfindet, läßt sich schwer entscheiden. Bedrohungen machen auf sie keinen Eindruck; hie und da verziehen sich die sonst starren Züge zu leichtem Lächeln. Von körperlichen Störungen sind erhöhte Erregbarkeit des Facialis, sehr lebhaftes Knieschnenreflexe und bläulich-rote Verfärbung der Hände und Füße zu bemerken.

Soweit es möglich ist, sich aus diesen Beobachtungen ein Urteil zu bilden, scheint bei der Kranken die Auffassung verhältnismäßig wenig gestört zu sein, während verworrene Wahnvorstellungen, vielleicht auch Sinnestäuschungen bestehen. Auf gemüthlichem Gebiete ist eine gewisse Angst wohl vorhanden, die aber kaum sehr lebhaft sein dürfte, während wir im Bereiche des Handelns die Erscheinungen der Stereotypie und des Negativismus in vollster Ausbildung antreffen. Dieses Krankheitsbild, welches sich durch die zuletzt angeführten Züge vor allen bisher betrachteten auszeichnet, nennen wir katatonischen Stupor. Der Ausdruck Stupor dient also schon hier für einen Zustand, der mit dem früher geschilderten cirkulären Stupor nur eine ganz äußerliche Ähnlichkeit aufweist.

Als Katatonie oder „Spannungsirresein“ hat vor etwa 30 Jahren Kahlbaum eine Krankheit beschrieben, deren hervorstechendstes Zeichen eine Starre in den Muskeln bildete, die durch äußere Eingriffe nur noch vermehrt wurde. Die Krankheit sollte eine Reihe von verschiedenen Zustandsbildern durchlaufen und

entweder in Genesung oder in Blödsinn enden. In der Hauptsache hat sich Kahlbaums lange angefochtene Schilderung als richtig erwiesen, wenn ich auch annehmen muß, daß die von ihm als Katatonie zusammengefaßten Krankheitsbilder nur besondere Verlaufsformen der Dementia praecox bilden. Jedenfalls beherrschen auch in der Katatonie die Störungen auf gemütlichem Gebiete und im Handeln den Zustand, während Auffassung und Gedächtnis verhältnismäßig wenig leiden. Sodann aber begegnen wir den katatonischen Zeichen, zu denen außer dem Negativismus und der Stereotypie namentlich auch die bereits erwähnte Befehlsautomatie sowie die Verschrobenheit und das unvermittelte Auftreten sinnloser Antriebe gehört, in allen Abstufungen bei den verschiedensten Formen der Dementia praecox. Auch in den früher besprochenen Fällen waren derartige Andeutungen überall vorhanden.

Die Entwicklung der Krankheit in unserem Falle geht nur etwa 16 Wochen zurück. Die Kranke ist erblich nicht belastet, war immer still und brav. Vor einigen Monaten ging sie in den Dienst und erkrankte dort. Sie hörte auf zu arbeiten, weinte und stöhnte viel, saß stumm da, schlief nicht mehr. Dann äußerte sie Angst, sie werde jetzt gemartert, die Mörder kämen mit der Sense; sie sang Lieder aus dem Gesangbuche, klammerte sich an ihre Mutter an, lächelte dazwischen bisweilen. Einmal sprang sie aus dem Fenster, ein anderes Mal von einem ziemlich hohen Felsen herunter, ohne sich jedoch ernstlich zu verletzen. Bei der Aufnahme in die Klinik vor 4 Wochen war sie leicht benommen, gab erst auf eindringliche Fragen, dann aber zutreffend Auskunft. Über Ort und Zeit war sie im klaren, bezeichnete sich selbst als geisteskrank, gab an, daß sie Stimmen gehört habe, die sie immer gescholten, zu jeder Minute gesprochen hätten; der Heiland habe sie fallen lassen. Das Erkennen von Farben und Zahlen sowie die Lösung einfacher Rechenaufgaben ging rasch von statten; auch die Bewegungen zeigten keinerlei Behinderung, im Gegensatz zu dem Befunde bei circulärem Stupor. Die Kranke bot Echolalie und Katalapsie dar; ferner fielen grimmassierende Bewegungen der Mundmuskeln auf. Der Negativismus machte sich darin geltend, daß die Kranke das Zimmer, in das sie widerstrebend geführt worden war, auf Aufforderung nicht wieder verlassen wollte, son-

dern zurückwich, um sich erst dann zum Gehen zu entschließen, als man ihr zu bleiben befahl.

Der Stupor, wie Sie ihn hier vor sich sehen, ist nur ein Abschnitt in dem Krankheitsverlaufe der Katatonie. Schon die Einleitung desselben erinnert uns ganz an diejenige der Krankheitszustände, die wir in der letzten Vorlesung besprochen haben. Ebenso kann der Ausgang ein ähnlicher sein. Bisweilen geht allerdings der Stupor unmerklich in endgültigen Blödsinn über. Die Kranken werden vielleicht wieder ein wenig zugänglicher und regsamer, aber sie bleiben doch gedankenarm, stumpf und träge, behalten auch wohl dauernd manche der in der Krankheit aufgetretenen Störungen, Sinnestäuschungen, verworrene Wahnbildungen, Stereotypien in Haltung und Benehmen, Negativismus, Befehlsautomatie. Der Stupor kann jedoch auch den Übergang zu ganz andersartigen Zuständen bilden, oder er kann schwinden, um später wiederzukehren*).

Der nächste Kranke, den ich Ihnen heute zeigen will, ein 26jähriger Kaufmann, kommt unter Führung mit geschlossenen Augen, hängendem Kopfe und schlürfenden Schritten ins Zimmer, wo er auf einem Stuhle schlaff zusammensinkt. Die bleichen, ausdruckslosen Züge beleben sich nicht auf Anreden; der Kranke antwortet nicht auf Fragen und befolgt keine Aufforderungen. Sticht man mit der Nadel in die Stirn, in die Nase oder berührt man die Cornea, so erfolgt höchstens ein leichtes Blinzeln oder Erröten ohne Abwehrbewegung. Dazwischen aber bricht der Kranke ganz unvermutet in ein leises Lachen aus. Hebt man seinen Arm in die Höhe, so fällt er schlaff herab und bleibt in der Stellung liegen, die er dabei zufällig erhält. Auf längeres Zureden öffnet der Kranke endlich die Augen, gibt jetzt auch die Hand, indem er sie mit steifer, eckiger Bewegung ruckweise vorschiebt und in dieser Stellung verharrt. Biegt man ihm den Kopf zurück, so bleibt er in dieser unbequemen Lage, reckt dabei auch sein von mir emporgehobenes Bein steif in die Luft. Nach und

*) Die Kranke hat nach 10monatigem Anstaltsaufenthalte in ihre Familie zurückkehren können. Sie war körperlich blühend und arbeitsfähig, aber gedankenarm, verständnislos, stumpf und wenig zugänglich, zeigte noch manierierte Bewegungen. Zu Hause arbeitet sie, lebt aber zurückgezogen und hat mit niemandem Verkehr.

nach gelingt es, noch andere Zeichen der Befehlsautomatie hervorzurufen. Der Kranke hebt die Arme, wenn man es ihm vormacht, ahmt stoßende und drehende Bewegungen, Umeinanderwirbeln der Fäuste mit großer Genauigkeit und Schnelligkeit nach. Dagegen spricht er kein Wort, kneift die Lippen zusammen, als er die Zunge zeigen soll, ist nicht zum Schreiben zu bewegen, bleibt, abgesehen von wiederholtem, plötzlichem Grinsen, völlig stumm, spricht aber einige ihm laut zugerufene Wörter mit geschlossenem Munde nach. Die Aufforderung, nun wieder zu gehen, befolgt er sofort.

Auch bei diesem Kranken fällt vor allem die eigentümliche Willensstörung ins Auge, die ein Gemisch von Befehlsautomatie und Negativismus bildet. In ganz unberechenbarer Weise läßt sich der Kranke einerseits willenlos beeinflussen, während er auf der anderen Seite wieder die natürlichen oder von außen eingeleiteten Willensregungen unterdrückt. Am schönsten kommt dieser Gegensatz beim Nachsprechen mit geschlossenem Munde zum Vorschein. Der Kranke öffnet schon seit längerer Zeit infolge seines Negativismus den Mund nicht mehr zum Sprechen, aber er kann doch dem Antriebe zur Nachahmung des Vorgesprochenen nicht ganz widerstehen. Wir erkennen daraus deutlich, daß Negativismus und Befehlsautomatie wohl psychologische, nicht aber klinische Gegensätze sind. Vielmehr kommen beide Störungen nicht nur bei demselben Kranken zur gleichen Zeit vor, sondern sie gehen auch ungemein leicht ineinander über, so daß man nie ganz sicher ist, ob man im gegebenen Augenblicke die eine oder die andere bei einem Kranken vorfinden wird. Bisweilen kann man auch durch allerlei suggestive Hilfsmittel die eine unmittelbar in die andere überführen.

Wie es scheint, sind beide nur ein Ausdruck dafür, daß die Herrschaft der zielbewußten Überlegung über die Willensregungen verloren gegangen ist, so daß nun Antriebe und Gegenantriebe inneren oder äußeren Ursprunges regellos das Handeln bestimmen. So wenigstens würde man es einigermaßen verstehen, daß die Kranken, auch wenn ihre Überlegung an sich nicht gestört ist, einmal willenlos jeder Anregung folgen, die an sie herantritt, um sie dann wieder dauernd auf das hartnäckigste mit dem Gegenantriebe zu beantworten oder irgend eine unsinnige Handlung ungezählte

Male zu wiederholen, in allen diesen Fällen ohne jede Rücksicht auf das eigene Wohl und Wehe. Es ist klar, daß ein solcher Verlust des Zusammenhanges zwischen Denken und Handeln, der vielleicht auf der tiefgreifenden Zerstörung des Gefühlslebens beruht, dem Handeln ganz jene innere Einheitlichkeit und Folgerichtigkeit rauben muß, die wir als den Ausfluß der gesunden geistigen Persönlichkeit betrachten. Dadurch erhält das Treiben und Benehmen der Kranken auch schon bei den leichteren Formen der Dementia praecox seine verblüffende Sprunghaftigkeit und Unbegreiflichkeit.

Irgend eine bestimmte Färbung der Stimmung ist bei unserem Kranken nicht zu bemerken. Vielmehr ist er gemütlich vollkommen stumpf, zeigt keinen Anteil an den Vorgängen in seiner Umgebung, auch nicht an den Besuchen seiner nächsten Angehörigen, bei denen er keine Miene verzieht und kein Wort spricht; er hegt keine Wünsche und macht sich keine Sorgen. Dabei ist er, wie sich aus gelegentlichen Äußerungen erkennen läßt, über seine Lage im klaren, kennt die Personen seiner Umgebung und faßt auf, was man ihm sagt. Wir finden also auch hier dieselbe Gruppierung von Störungen wieder, wie wir sie bei den bis dahin erörterten Fällen von Dementia praecox feststellen konnten.

Dieser Auffassung entspricht endlich auch die Vorgeschichte des Kranken. Sein Vater soll vorübergehend geisteskrank gewesen sein und konnte deswegen sein Studium nicht zu Ende führen. Der Kranke selbst lernte schwer, nachdem er in der Jugend einen Typhus überstanden hatte, war leicht erregbar, ängstlich, zu hypochondrischen Grübeleien geneigt. Er erkrankte vor einem halben Jahre. Im Anschlusse an Meinungsverschiedenheiten über Heiratspläne wurde er ängstlich, glaubte sich überall verhöhnt, fürchtete, mit dem Staatsanwalt in Berührung zu kommen, und sprang endlich, da er sein Leben für bedroht hielt, nachts im Hemde zum Fenster hinaus, wobei er sich einen Bruch des Fersenbeins zuzog. Schon bei der Aufnahme war der Kranke ziemlich stumpf, erklärte sich gern bereit, in der Klinik zu bleiben, obgleich er nicht geisteskrank sei, wohl aber an Wahnideen leide. Er habe gemeint, er solle ermordet werden; alles sei ihm so verändert vorgekommen. Stimmen sprächen mit ihm über alle möglichen Familienangelegenheiten. Katalepsie, Echolalie und Echopraxie waren sehr deutlich. Körper-

liche Störungen ließen sich außer einer alten Hautnarbe am Kopfe und dem neu gebildeten Callus am Fuße nicht nachweisen.

Im weiteren Verlaufe trat sowohl die Urteilslosigkeit wie die gemütliche Stumpfheit des Kranken immer deutlicher hervor. Er meinte, das Fleisch, das man ihm vorsetze, sei Menschenfleisch; in den Zeitungen gehe alles auf ihn; die Ermordung der Kaiserin von Österreich, die Friedenskonferenz stünden mit ihm im Zusammenhange; die Mutter wolle ihn ermorden; er sei der schlechteste Mensch, den es gebe. Den Arzt bezeichnete er als den Deutschen Kaiser, der sich den Bart gefärbt habe, einen anderen Herrn als Christus, alles in ganz gleichgültigem Tone, ohne eine Spur von Gemütsbewegung. Bisweilen sprach er sinnlose Reimereien vor sich hin, „hem, bem, kem, dem, schem, rem“, oder er wiederholte viele Male dieselben unverständlichen Sätze: „Einer für alle und alle für einen, und 2 für alle und 3 für alle, hier und da und dort, überall und Allmacht und Allmacht und Allmacht“ u. s. w. Nach und nach wurde er immer stiller, hörte ganz auf, zu sprechen und zu essen, verkroch sich unter die Bettdecke, nahm äußerst unbequeme Stellungen ein und ließ den Speichel aus dem Munde fließen; erst in der letzten Zeit ist er wieder etwas regsamer geworden.

Eine ganze Reihe der uns schon bekannten Störungen kehren hier wieder, die Sinnestäuschungen, die abenteuerlichen Wahnbildungen, die Stummheit, die Nahrungsverweigerung, die faseligen Reden mit Wortspielereien und stereotypen Wiederholungen. Durch andere, wie das Verstecken, die absonderlichen Stellungen, das Speicheln, die ebenfalls bei der Dementia praecox häufig sind, wird das Bild des katatonischen Stupors noch weiter vervollständigt. Über den ferneren Verlauf des Falles gilt dasselbe wie bei der ersten Kranken; wahrscheinlich werden sich die jetzt so ausgeprägten Störungen allmählich wieder verlieren. Dagegen dürfte ein mehr oder weniger hoher Grad von Schwachsinn zurückbleiben*).

*) Der Kranke ist etwas gebessert, aber faselig und blöde, mit einer Gewichtszunahme von 24 Kilogramm, in Familienpflege übernommen worden. Später kam er in eine Pflegeanstalt, wo er nach 5jähriger Dauer seines Leidens gestorben ist.

Vielleicht ist die 28jährige Frau, die ich Ihnen nunmehr zeige, geeignet, Ihnen einen Begriff von der weiteren Entwicklung derartiger Fälle zu geben. Die Kranke ist erblich nicht belastet, heiratete vor 7 Jahren und hat 4mal geboren. Schon im ersten Wochenbette traten Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit und traurige Verstimmung auf, verschwanden aber nach einigen Monaten wieder. Auch nach den folgenden Entbindungen wurden ähnliche, leichtere Störungen beobachtet. Eine neuerliche Verschlimmerung zeigte sich nach dem letzten Wochenbett. Die Kranke hörte auf, zu arbeiten, äußerte Verfolgungsideen, man wolle sie umbringen, mit dem Essen vergiften. Sie wurde teilnahmslos, launisch, widersirend, kam körperlich sehr herunter, aß wenig. Dabei blieb sie vollkommen besonnen, verstand, was man ihr sagte.

Bei der Aufnahme, 9 Monate nach der letzten Entbindung, war die Kranke wenig zugänglich, unzufrieden, verdrießlich, drängte sofort wieder nach Hause, gab keine Auskunft über ihren Zustand, da sie nicht krank sei und arbeiten könne, kümmerte sich nicht um ihre Umgebung, beschäftigte sich nicht. Aus gelegentlichen Äußerungen wie aus ihren Briefen, die in endloser Wiederkehr nur die Bitte um Abholung enthielten, ließ sich entnehmen, daß sie über ihren Aufenthaltsort im klaren war; auch löste sie einfache Rechenaufgaben zwar langsam, aber richtig. Eine Prüfung ihrer Kenntnisse und ihres Gedächtnisses war unmöglich, da sie Fragen in dieser Richtung nicht beantwortete. Jedenfalls bestand eine außerordentliche Gedankenarmut. Wahnvorstellungen traten nicht hervor, außer etwa einzelnen Klagen, daß sie sich wie verkauft vorkomme, daß die Leute böse gegen sie seien; auch Sinnestäuschungen waren nicht nachzuweisen. Auf gemütlichem Gebiete war außer einem gereizten, nörgelnden Wesen völlige Verödung erkennbar. Die Kranke saß teilnahmslos und stumpf da, ließ weder bei der Weihnachtsfeier noch bei Besuchen irgend welche Gemütsbewegung erkennen, sprach dabei kein Wort, während sie allerdings die mitgebrachten Süßigkeiten gierig verschlang. Allen Versuchen, mit ihr Beziehungen zu gewinnen, setzte sie hartnäckigen Widerstand entgegen. Sie blieb fast immer stumm, verweigerte häufig die Nahrung, wollte sich abends nicht ins Bett legen, wies die Arbeit zurück, nahm keine Arznei, verunreinigte sich öfters, nachdem sie eben auf den Nachtstuhl

geführt worden war, mußte zu allem gedrängt und geschoben werden.

Wie Sie sehen, sitzt die Kranke jetzt mit gesenktem Kopfe und in gekrümmter Haltung da. Auf Anreden blickt sie nicht auf, wirft aber hie und da einen verstohlenen Blick auf die Umgebung, wenn etwas Auffallendes vorgeht. Sie gibt nicht die Hand; will man dieselbe ergreifen, so fühlt man, wie der Arm starr wird. Biegt man den Kopf in die Höhe, so schnellt er sofort wieder nach vorn; versucht man, ihn zu beugen oder seitlich zu neigen, so federt er nach der entgegengesetzten Richtung. Legt man jedoch ein Bein auf einen Stuhl, so läßt es die Kranke in dieser unbequemen Stellung liegen, ein Zeichen dafür, daß auch hier neben dem Negativismus noch Andeutungen von Katalepsie bestehen, die sich auch sonst gelegentlich haben nachweisen lassen. Die Gesichtszüge sind starr, maskenartig; die Lippen sind leicht rüsselförmig vorgestreckt, ein Zeichen, das Kahlbaum als „Schnauzkrampf“ bezeichnet hat. Zuweilen sieht man auch leichte Zuckungen um den Mund herum. Auf wiederholte, kräftige Aufforderung, aufzustehen, beginnt die Kranke sich langsam und ruckweise zu erheben, um sich dann plötzlich wieder zu setzen. Man sieht hier und bei zahllosen anderen Gelegenheiten deutlich, wie der ursprüngliche Antrieb nachträglich durch einen Gegenantrieb durchkreuzt wird. Zum Schreiben an der Tafel ist die Kranke nicht zu bewegen. Bemerkenswert sind endlich noch die lebhafteste Steigerung der Kniesehenreflexe, die mechanische Erregbarkeit des Facialis, starke idiomuskuläre Wülste beim Beklopfen der Muskeln, das etwas gedunsene Gesicht und die ungemein elende Herztätigkeit.

Die Diagnose der Katatonie kann angesichts des vorliegenden Befundes nicht zweifelhaft sein. Wahrscheinlich handelt es sich bereits um einen Endzustand, um eine Verblödung, die schwerlich noch einer weitergehenden Besserung fähig ist*). Dafür sprechen wenigstens die deutlichen Zeichen einer weit vorgeschrittenen geistigen Schwäche. Auch die lange Dauer der Krankheit weist uns darauf hin, daß wir es nicht mehr mit einem frischen, noch im Flusse befindlichen Krankheitsvorgange zu tun haben. Es

*) Die Kranke befand sich 5 Jahre lang ganz verblödet in einer Pflegeanstalt, stumm, negativistisch, maniert, zeitweise erregt, ist phthisisch gestorben.

scheint freilich, als ob bisher nach den einzelnen Schüben der Krankheit jedesmal wieder eine gewisse Besserung eingetreten ist; im ganzen dürfte aber doch ein allmählicher Fortschritt des Leidens stattgefunden haben. Sehr wichtig ist endlich die Erfahrung, daß immer das Wochenbett ungünstig gewirkt hat. Das entspricht vollkommen unseren sonstigen Beobachtungen, die uns gar nicht selten einen Anschluß der Krankheit an das Fortpflanzungsgeschäft beim Weibe zeigen. Wahrscheinlich spielen dabei die gewaltigen Umwälzungen im Haushalte des Körpers eine bedeutsame ursächliche Rolle.

V. Vorlesung.

Paralytische Depressionszustände.

M. H.!, Daß der 40jährige Mann, den ich Ihnen heute vorführe, an einem Depressionszustande leidet, werden Sie auf den ersten Blick erkennen. Der hagere, sehr bleiche und schlecht genährte Kranke sitzt in schlaffer Haltung da und blickt mit finsterer, verdrossener Miene vor sich hin, ohne uns sonderlich zu beachten. Auf Anreden wendet er kaum den Kopf, gibt aber, wenn auch mit leiser Stimme und sehr wortkarg, Auskunft. Er nennt uns sein Alter, teilt mit, daß er Reisender war, verheiratet ist und zwei Kinder hat; eines ist an Gichtern gestorben. Er ist viel herumgekommen, war zuletzt in Basel auf der Reise; da stand aber nur noch der Bahnhof und der Portier. An weiteres könne er sich nicht mehr erinnern. Auf Befragen entwickelt er ganz gute geschichtliche und geographische Kenntnisse, rechnet auch leidlich, bemerkt aber plötzlich dazwischen: „Ich kann mir gar nicht erklären, wo die ganze Welt hingekommen ist, die 5 Erdteile.“ Er habe doch von allen Städten früher etwas gewußt; jetzt sei aber gar nichts mehr davon da. Von seiner Ehe meint er, das sei kein Verhältnis gewesen, kein Mann und keine Frau; die Kinder seien lauter Wahngebilde; „das hat keinen Platz in meinem Gehirn“. An ihm selbst sei nicht mehr, „als dieses elende Knochengerrüst“. Die

Irrenklinik und die Leute hier seien der einzige Rest von der ganzen Welt; „die ganze Herrlichkeit war mit einem Schlage aus“; das sei durch ihn geschehen. Alle diese Dinge bringt er mit müdem Tone und ohne gemütliche Erregung vor, gibt nicht zu, daß es krankhafte Vorstellungen seien. Die Ärzte kennt er; er sei jedoch nicht krank.

Nach unseren bisherigen Ausführungen werden wir den hier vorliegenden Depressionszustand nicht für einen melancholischen halten können. Dagegen spricht außer dem verhältnismäßig jugendlichen Lebensalter des Kranken namentlich die Gleichgültigkeit, mit der er die abenteuerlichsten Widersprüche vorbringt, ein Zeichen, das immer auf einen gewissen Grad von Urteilsschwäche hindeutet. Aber auch dem manisch-depressiven Irresein kann der Zustand schwerlich angehören, ebenfalls wegen des Mangels tieferer gemüthlicher Ergriffenheit. Zudem fehlen alle Anzeichen einer Willenshemmung; der Kranke spricht zwar wenig und leise, aber offenbar deswegen, weil er gar nicht das Bedürfnis fühlt, sich mitzuteilen, nicht weil er außerstande wäre, entgegenstehende Hindernisse zu überwinden. Dagegen werden wir durch die schlaffe Art, wie der Kranke die unsinnigsten Wahnideen vorbringt, sehr an die Fälle von *Dementia praecox* erinnert. Indessen vermögen wir bei unserem Kranken keine jener merkwürdigen Willensstörungen aufzufinden, die dem Bilde der *Dementia praecox* meist ein so eigenartiges Gepräge verleihen. Der Kranke zeigt weder Befehlsautomatie noch Negativismus noch Stereotypie; er grimmassiert nicht und bietet zwar langsame und wenig kräftige, aber natürliche und ungezwungene Bewegungen dar. Da jedoch nicht alle jene Zeichen bei der *Dementia praecox* vorhanden sein müssen, wäre es schwer, die richtige Abgrenzung zu finden, wenn nicht die körperliche Untersuchung des Kranken uns volle Aufklärung brächte. Wir bemerken nämlich, daß nicht nur die rechte Pupille bedeutend weiter ist, als die linke, sondern daß beide vollkommen lichtstarr sind, während die Konvergenzreaktion erhalten ist. Der rechte *Facialis* ist paretisch, die Nasenlippenfalte verstrichen. Die Zunge wird in zitternden Stößen vorgestreckt; die Kniesehnenreflexe sind beiderseits sehr lebhaft. Die Berührungsempfindlichkeit ist nicht gestört; dagegen empfindet der Kranke keinen Schmerz, wenn man bei abgelenkter Aufmerksamkeit

eine Nadel durch eine Hautfalte hindurchsticht. Der Gang ist etwas unsicher; beim Stehen mit geschlossenen Augen tritt leichtes Schwanken ein.

Der Nachweis derartiger körperlicher Störungen lehrt uns mit voller Bestimmtheit, daß der vorliegende geistige Schwächezustand durch diejenige Krankheit bedingt wird, die wir als *Dementia paralytica*, fortschreitende Hirnlähmung, progressive Paralyse zu bezeichnen pflegen. Diese Krankheit erzeugt einerseits einen eigenartigen, bis zu den höchsten Graden fortschreitenden Blödsinn, andererseits eine Reihe grober Hirn- und Rückenmarksstörungen, von denen wir einen Teil soeben bei unserem Kranken bereits aufgefunden haben. Als besonders wichtig dürfen die reflektorische Pupillenstarre, die Hypalgesie, die Veränderungen an den Knie-reflexen gelten; dazu kommen noch gewisse, hier zunächst nicht nachweisbare Störungen der Sprache und Schrift sowie sogenannte paralytische Anfälle, endlich gegen das Ende des Leidens Lähmungen und Kontrakturen der verschiedensten Körpermuskeln. Etwas seltener sind Augenmuskellähmungen, Sehnervenatrophie, Aphasie und so manche andere Folgen der ausgebreiteten Zerstörungen in Hirn und Rückenmark. Die Krankheit entwickelt sich höchst wahrscheinlich immer nach einer syphilitischen Ansteckung, meist allerdings erst 10—20 Jahre später. Jedenfalls können wir nach unseren heutigen Erfahrungen kaum daran zweifeln, daß die Fälle nicht syphilitischer Entstehung mit der Hauptmasse der Beobachtungen schwerlich wesensgleich sind.

Auch bei unserem Kranken hat eine solche Ansteckung vor 12—14 Jahren stattgefunden; er ist damals wegen eines Ausschlags und wegen einer Erkrankung im Munde mit grauer Salbe und Jodkalium behandelt worden. Vor 4 Jahren litt der Kranke vorübergehend an Doppeltsehen, das dann verschwand, aber vor einem Jahre wiederkehrte. Seit 2 Jahren war er reizbarer geworden; im letzten halben Jahre fiel eine Abnahme des Gedächtnisses, besonders für die jüngste Zeit, auf; der Schlaf wurde schlecht. Der eigentliche Ausbruch des Leidens erfolgte auf der Reise, wo der Kranke schließlich wegen absonderlichen Benehmens in Haft genommen wurde. Zu Hause äußerte er Versündigungsideen, er habe falsche Buchungen vorgenommen, werde eingesperrt, ziehe seine Freunde mit ins Verderben. In der Klinik bot er damals,

vor etwa einem Jahre, so ziemlich das gleiche Bild dar wie jetzt. Er wollte nicht essen, weil alles zu viel koste, meinte, er sei nicht krank, wollte nach Hause. Es fiel auf, daß er sein Geburtsjahr bald richtig, bald falsch angab. Von körperlichen Störungen wurde außer den schon erwähnten Zeichen Blasenschwäche bemerkt. Nach 4 Monaten wurde der Kranke probeweise entlassen, fing auch zu Hause wieder an, sich zu beschäftigen, erzählte aber sehr bald, ihm sei bei uns das Hirn mit dem Besen herausgekehrt und ein Trichter eingesetzt worden. Da er zugleich erregt und drohend gegen seine Frau wurde, mußte man ihn schon nach 14 Tagen wieder in die Klinik zurückbringen.

Die progressive Paralyse führt, soviel wir wissen, im Laufe einer kurzen Reihe von Jahren regelmäßig zum Tode. Hie und da kann das 8—10 Jahre, auch wohl einmal noch länger dauern; meist jedoch ist das Ende nach 4—5 Jahren erreicht, oft auch schon viel früher. Aus dieser Erfahrung geht die außerordentliche Wichtigkeit einer richtigen und rechtzeitigen Erkennung der Krankheit hervor. Mit der Diagnose haben wir, den Forderungen der klinischen Betrachtung entsprechend, zugleich ein sicheres Urteil über den weiteren Verlauf und den Ausgang des Krankheitsfalles gewonnen. Auch unser Kranker wird in absehbarer Zeit an seinem Leiden zu Grunde gehen*).

Der zweite Kranke, den ich Ihnen heute zeigen möchte, ist ein 38jähriger Schlosser. Der Kranke faßt ziemlich schwer auf, gibt aber bereitwillig Auskunft über seine Verhältnisse. Eine Schwester ist an einem „Geschwür im Kopfe“ gestorben. Er selbst hat früher viel getrunken, vor 10 Jahren geheiratet, besitzt 3 gesunde Kinder. Seit $\frac{3}{4}$ Jahren merkte er, daß sein Gedächtnis abnahm. Er konnte nicht mehr ordentlich arbeiten, sah schlechter, war reizbar, schlief mangelhaft. Die Sprache wurde schwerfällig; manche Tage versagte sie ganz. Der Kopf tat ihm weh; das Laufen wurde schlechter; die Stimmung war niedergeschlagen. Schon bei diesen Erzählungen fällt auf, daß der Kranke in den Zeitangaben sehr unsicher ist, Zeitbeziehungen nicht schnell zu überblicken und auszurechnen vermag und selbst gröbere Widersprüche auf diesem Gebiete nicht bemerkt. Auch bei einfachen

*) Der Kranke ist nach nicht ganz 4jähriger Dauer der Paralyse gestorben.

Rechenaufgaben laufen starke Fehler mit unter; oft bleibt er die Antwort ganz schuldig. Dagegen sind seine sonstigen Schulkenntnisse seinem Bildungsgrade angemessen. Über seinen Zustand macht er sehr merkwürdige Angaben. Indem er an seinem Halse herumgreift, behauptet er, der Hals wachse ihm zu; der Gurgelknopf sei fest geworden; die Geschlechtsteile seien verfault, der Stuhlgang seit Wochen ausgeblieben. „Ich gehör' umgebracht; ich hab' gelogen, fertig, Amen! Legt mich ins Grab, telegraphiert heim, sie sollen kommen. Ich hab' mich versündigt; alles ist faul.“ Er müsse sterben, so viel spucken; das Essen komme nicht in den Magen; er habe Millionen im Magen. Alle diese Angaben werden in eigentümlich singendem Tone gemacht, ohne irgend erkennbare gemütliche Erregung.

Daß bei diesem Kranken ein erheblicher Grad von Verblödung vorliegt, wird aus seiner gemütlichen Stumpfheit wie aus der Unsinnigkeit seiner Wahnvorstellungen im Zusammenhalte mit seiner sonstigen Besonnenheit ersichtlich. Von den uns bisher bekannten Krankheiten würden somit zunächst die *Dementia praecox* wie die Paralyse hier in Frage kommen. Wir werden uns jedoch mehr für die letztere Möglichkeit entscheiden, wenn wir die von dem Kranken selbst bemerkte und auch in seinen Zeitangaben deutlich erkennbare Gedächtnisstörung berücksichtigen. Den Ausschlag aber gibt die körperliche Untersuchung. Schon bei den Erzählungen des Kranken ist neben der Eintönigkeit der Stimmlage, wie wir sie nicht selten bei Paralytikern beobachten, die Undeutlichkeit und Schwerfälligkeit der Aussprache aufgefallen. Der Kranke kaut gewissermaßen die Worte, ohne die einzelnen Buchstaben klar herauszubringen. Diese „lallende“ Sprache ist neben anderen Formen der Sprachstörung ebenfalls eine gewöhnliche Begleiterscheinung der fortschreitenden Hirnlähmung. Auch die Schrift des Kranken ist unsicher, fahrig; namentlich die langen Linien zeigen keine glatte Führung mehr, sondern kleine, unregelmäßige Verbiegungen. Die Pupillen sind gleich, sehr eng, reagieren nur sehr langsam und unvollkommen auf Lichteinfall und Konvergenz. Beim Nachsprechen schwieriger Worte geraten die Gesichtsmuskeln in zuckende Mitbewegungen. Die Zunge zittert beim Vorstrecken stark; die linke Nasenlippenfalte ist verstrichen. Unversehens beigebrachte Nadelstiche werden

von dem Kranken nicht schmerzhaft empfunden. Die Kniesehenreflexe sind nicht auszulösen; beim Stehen mit geschlossenen Augen entsteht starkes Schwanken.

Nach diesem Befunde, aus dem besonders die Sprachstörung, die fast völlige Aufhebung der Lichtreaktion der Pupillen und das Fehlen der Kniereflexe wichtig sind, kann das Vorliegen einer progressiven Paralyse nicht bezweifelt werden. Dazu kommt, daß auch eine Blasenstörung in Form von Harnverhaltung wiederholt bei dem Kranken beobachtet wurde. Über die Entwicklung des Leidens haben wir von der Frau erfahren, daß der fleißige und nüchterne Kranke schon seit 1½ Jahren sehr zurückgezogen lebte, sich viele Gedanken machte, schwerfällig im Denken wurde und leicht vergaß. Seit 4—5 Monaten meinte er, daß sein Hals zuwachse, wurde sehr traurig, aß nur auf starkes Zureden und sprach fast gar nicht mehr. Aus der Beobachtung in der Klinik ist nachzutragen, daß er zeitweise sehr erregt war, viel aus dem Bette ging, sich im Hemde auf den Boden setzte, widerstrebte, auch ganze Nächte lang mit tiefer, eintöniger Stimme unsinnige, rhythmische Reden führte, wie „Grüner Raser, grober Raser, bunter Kater, grober Aber, ewiger Raben, Raben haben, roter Kater, Bummelraber, gelber Kater, der Rosen graben“ u. s. f. Gerade derartiges Silbengeklingel, wie es bei katatonischen Kranken vorkommt, könnte beim Fehlen von körperlichen Störungen die Abgrenzung des Zustandes von der Dementia praecox sehr erschweren. Dasselbe gilt von dem ganz unvermittelten Wechsel zwischen völliger Nahrungsverweigerung und gierigem Essen, den wir bei dem Kranken mehrfach beobachten konnten. Die Wahnvorstellungen bewegten sich meist in dem schon angedeuteten Sinne. Er sei ein kleiner Bube, nur „so groß“, wiege nur 12 Pfund, habe eine chronische Krisis im Magen. Vorübergehend trat aber auch heitere Stimmung mit unsinnigen Größenideen hervor, in der er sich ganz gesund fühlte und einen Besuch bei seiner Schwester machen wollte. Ein Entlassungsversuch mißlang, da der Kranke zu Hause nackt auf die Straße lief*).

Auch bei diesem Kranken war, und zwar vor 13—14 Jahren, eine syphilitische Ansteckung vorausgegangen, wegen deren er eine

*) Der Kranke ist wenige Monate später in einer Pflegeanstalt gestorben.

Schmierkur durchgemacht hat. Dieser Umstand hätte uns vielleicht dazu veranlassen können, von neuem eine Schmierkur einzuleiten, wie das im vorigen Falle von dem behandelnden Arzte auch wirklich geschehen ist. Leider indessen sind die Erfahrungen der Irrenärzte auf diesem Gebiete äußerst trübe. Da die paralytischen Störungen auch ohne jeden Eingriff oder durch einfache Ruhe und Bettbehandlung sehr gewöhnlich Besserungen erfahren, die unter Umständen sehr weit gehen können, ist es natürlich recht schwierig, über die Wirksamkeit einer bestimmten Kur ein klares Urteil zu gewinnen. Darum sind auch vielfach Fälle mitgeteilt worden, in denen der Syphilisbehandlung eine günstige Wirkung zugeschrieben worden ist. Nach meiner eigenen Erfahrung muß ich den Nutzen der Schmierkur bei unseren Kranken für sehr zweifelhaft halten; dagegen habe ich im Anschlusse an jene Maßregel so häufig raschen Verfall der Kräfte bei Paralytikern gesehen, daß ich nicht mehr den Mut finde, die Kur zu empfehlen. Will man sein Gewissen beruhigen, so möge man sich auf die Darreichung von Jodkalium beschränken, das wenigstens unschädlich ist. Nur in denjenigen, nicht allzu häufigen Fällen, in denen nochluetische Krankheitserscheinungen vorhanden sind, wird auch die Schmierkur am Platze sein. Die Unwirksamkeit der Syphilisbehandlung bei der Paralyse ist einer der wichtigsten Gründe gegen die Annahme, daß jene Krankheit einfach als Erscheinungsform der Syphilis aufzufassen sei. Welcher Art der unbezweifelte innere Zusammenhang in Wirklichkeit ist, erscheint zur Zeit noch nicht genügend aufgeklärt; bisher spricht alles dafür, daß die Paralyse zwar keine syphilitische Erkrankung, wohl aber eine Nachkrankheit der Syphilis, eine „Metasyphilis“ ist, wie es Möbius ausgedrückt hat.

Den Beginn der Paralyse bildet, wie in den besprochenen Fällen, ungemein häufig ein Depressionszustand, der entweder später in andersartige Bilder übergehen oder während des ganzen Krankheitsverlaufes fortbestehen kann. Es ist daher von größter Wichtigkeit, die Eigentümlichkeiten dieser Depressionszustände genau zu beachten, damit man später nicht durch den ungünstigen Ausgang überrascht wird. Viele Paralytiker werden im Beginne ihres Leidens für melancholisch oder auch nur für neurasthenisch, hypochondrisch gehalten, namentlich wenn die körperlichen Zeichen

der Krankheit noch wenig entwickelt sind. Als Regel darf zunächst die allgemeine Erfahrung gelten, daß die Neurasthenie bei sonst gesunden Menschen nicht ohne bestimmte, greifbare Ursache aufzutreten, und daß sie beim Ausruhen verhältnismäßig rasch wieder zu verschwinden pflegt. Sodann aber ist von größter Bedeutung der Umstand, daß Paralytiker die wirklichen Störungen, ihre Gedächtnisschwäche, ihre Reizbarkeit, ihre gemütlche Stumpfheit, den Verlust ihrer Arbeitskraft, nur mangelhaft aufzufassen pflegen, statt dessen aber vielleicht alle möglichen absonderlichen Beschwerden vorbringen. Dagegen vermögen wir bei den Neurasthenikern meist nur wenige oder geringfügige Störungen wirklich nachzuweisen, obgleich sie von den Kranken selbst sehr peinlich empfunden werden. Besonders deutlich tritt das meist in dem Verhalten des Gedächtnisses hervor. Während der Paralytiker kleine Widersprüche und Unsicherheiten vielleicht gar nicht bemerkt und überrascht ist, wenn man ihn darauf hinweist, hört man den Neurastheniker über sein stets versagendes Gedächtnis klagen, ohne daß mehr, als etwa die Unfähigkeit zur Einprägung von Namen oder Zahlen hervortritt, wie sie schon in der Gesundheitsbreite häufig genug angetroffen wird.

Sind wir im vorigen Falle gewissen Krankheitszeichen begegnet, die uns an katatonische Störungen erinnerten, so können andererseits die hier geschilderten Bilder auch weitgehende Übereinstimmung mit zirkulären Depressionszuständen darbieten. Sie sehen hier einen 39jährigen Kaufmann vor sich, der in der Schule gut lernte, sich dann im Auslande eine gute Bildung erworben hat und sein Geschäft, das er seit 6 Jahren selbständig betreibt, sehr in die Höhe brachte. Sein Vater soll am Schlaganfall gestorben sein, während seine Mutter an Arteriosklerose und eine Schwester an einer Hirnkrankheit leidet. Der Kranke klagt seit 6—7 Monaten über Rückenschmerzen, Müdigkeit, Abnahme des Gedächtnisses und Unfähigkeit zur Arbeit, soll auch seine Bücher nicht mehr ordentlich geführt haben. Er wurde schlaflos, verstimmt, aß schlecht, litt an Stuhlverstopfung und Urinbeschwerden, war schwach auf den Beinen, sprach undeutlich, drängte sinnlos aus dem Bette. Zugleich äußerte er Verfolgungsideen, es werde in die Wohnung hineingeschossen; das Haus werde eingeschert. Der Arzt empfahl daher wegen Melancholie die Aufnahme in die Klinik,

die schon wenige Wochen nach Beginn der geschilderten Störungen erfolgte.

Der Kranke, der sich mit gesenktem Blicke, langsam und zögernd hereinführen läßt, ist mittelgroß, kräftig gebaut, ziemlich schlecht genährt, von fahlgelblicher Gesichtsfarbe, während die Lippen leicht cyanotisch sind. Er scheint die an ihn gerichteten Fragen kaum zu beachten, doch sieht man bei eindringlichem Zureden seine Lippen sich leise bewegen. Man hört meist höchstens ein geflüstertes „Ja“ oder „Nein“; allmählich aber wird er etwas regsamer, beginnt mit unsicherer Stimme einen Satz, stockt sofort wieder, setzt von neuem an, so daß er fast ganz unverständlich bleibt. „Ich glaub', daß ich venerisch bin“; „ist es denn wirklich so schlimm, was ich begangen habe?“ sind die einzigen zusammenhängenden Äußerungen. Aufforderungen befolgt der Kranke entweder gar nicht oder mit kraftlosen, matten, öfters unvollendeten Bewegungen; aus eigenem Antriebe spricht er kein Wort, sitzt in müder Haltung teilnahmslos und unbeweglich da.

Dieses Bild ähnelt auf den ersten Blick sehr demjenigen des circulären Stupors, den ich Ihnen früher vorgeführt habe. Wir haben den Eindruck einer schweren Willenshemmung, die den Kranken unfähig macht, zu sprechen oder zu handeln. Allein es fällt dabei auf, daß der Kranke nicht eigentlich verstimmt und niedergeschlagen, sondern entschieden stumpf und gleichgültig ist. Er kümmert sich gar nicht um die Vorgänge in seiner Umgebung, verrät erst bei eindringlichem und wiederholtem Befragen das Bestreben, zu antworten, versinkt rasch wieder in seine frühere Teilnahmslosigkeit, wenn man sich nicht mit ihm beschäftigt. Zudem verraten seine spärlichen Äußerungen, daß er zwar weiß, wo er sich befindet, aber sonst für seine Lage wenig Verständnis hat und sich keine Gedanken über seine Zukunft macht. Berücksichtigen wir weiterhin die Angaben der Vorgeschichte über Abnahme des Gedächtnisses, Urinbeschwerden, Verschlechterung der Sprache, so werden sich trotz der Versündigungsideen und der Willenshemmung ernste Zweifel erheben müssen, ob wir es hier mit einem Zustandsbilde des manisch-depressiven Irreseins zu tun haben.

Weitere Aufklärung bringt uns die körperliche Untersuchung. Wir stellen fest, daß die linke Gesichtshälfte, besonders in den

unteren Teilen, schlaffer innerviert ist, als die rechte; das linke obere Augenlid hängt ein wenig herab. Die Prüfung der Pupillen ist schwierig, weil die beiden Augäpfel fortwährend Bewegungen ausführen, das Zeichen der Bulbusunruhe darbieten. Gleichwohl läßt sich erkennen, daß die rechte Pupille stark verengt, die linke weit ist; bei beiden besteht vielleicht noch eine Spur von Reaktion bei grellem Lichteinfall. Die Zunge weicht etwas nach links ab, wird ruckweise zurückgezogen. Die Patellarreflexe sind gesteigert, ebenso die Achillessehnenreflexe; es besteht Fußklonus. Es gelingt, dem Kranken eine Nadel in den Handrücken zu stechen, ohne daß er zuckt oder Schmerz äußert. Über das Verhalten der Sprache und Schrift läßt sich bei der Unzugänglichkeit des Kranken kein sicheres Urteil gewinnen. Die Muskulatur der Arme und namentlich der Beine ist auffallend schlaff. Der Puls ist klein und langsam, 56 in der Minute, die Atmung flach, die Körperwärme auffallend niedrig, 36°.

Mit diesem Bilde stehen die übrigen, seither in der Klinik gewonnenen Beobachtungen in voller Übereinstimmung. Bei der Aufnahme war die Lichtreaktion der rechten Pupille noch gut erhalten, während sie links schon geschwunden war. Damals ließ sich eine starke Sprachstörung nachweisen, ferner Zittern und Ungeschicklichkeit der Bewegungen, Herabsetzung ihrer Kraft, Unsicherheit des Ganges. Der Kranke war wenig zugänglich, über Zeit und Aufenthaltsort im unklaren. Er klagte über lebhaftes Kopfschmerzen und hörte draußen die Stimmen von Bekannten, die sich nach seinem Befinden erkundigen wollten. In mühsamen Äußerungen gab er an, er glaube, sich beim Geschlechtsverkehr angesteckt zu haben; durch Berührung mit faulem Fleisch sei er im Kopfe verwirrt geworden; er habe sein Geschäft ruiniert. Die Zunge zu zeigen, lehnte er ab; er habe sie durch die Geschlechtskrankheit verloren. Es scheine, daß eine Anklage wegen Mordes gegen ihn vorliege, den er vor Jahren im Harze begangen haben solle, doch sei er niemals im Harz gewesen. Mit seinem ganzen Körper sei eine Transformation vor sich gegangen; seit ein paar Tagen sehe er ganz jung aus. Später meinte er im Gegenteil, er sei jetzt ganz verfallen, während er früher ein gut gebauter Mann gewesen sei. Er müsse zu Beginn seiner Krankheit große Mengen Quecksilber genommen und sich damit vergiftet haben.

Nach einer vorübergehenden Besserung des körperlichen und psychischen Gesamtzustandes versank der Kranke bald immer tiefer in den Zustand von dumpfer Teilnahmslosigkeit, in dem Sie ihn jetzt noch vor sich sehen. Zeitweise war er ängstlich, vorübergehend auch nachts heftig erregt, äußerte Versündigungs- und Verfolgungsideen. Stimmen machten ihm geschlechtliche Vorwürfe; es würden ihm Fallen gestellt, Verläumdungen über ihn ausgestreut, daß er onaniert habe; man tue ihm Gift ins Essen, um ihn zu betäuben und rappelköpfig zu machen. Mühsam brachte er die Bitte hervor, keine weiteren Zeugen mehr gegen ihn laden zu lassen, ihn nicht noch unglücklicher zu machen. Dabei kümmerte er sich durchaus nicht um seine Umgebung, brachte keine Wünsche vor, vergaß rasch seine Vorsätze und Erlebnisse, ließ sich leicht ablenken. Stuhl und Urin hielt er vielfach zurück; die Nahrungsaufnahme war recht mangelhaft. Das Körpergewicht sank in 5 Monaten nach anfänglichem Steigen um 18 Kilogramm. Die Körperwärme schwankte fast andauernd um 36° herum, sank auch gelegentlich bis auf 35,3°, eine Störung, die bei der Paralyse nicht ganz selten ist.

In dem hier gezeichneten psychischen Krankheitsbilde könnten außer der Willenshemmung und den Versündigungsideen auch die hypochondrischen Vorstellungen zu der Annahme eines cirkulären Depressionszustandes stimmen; nur die Idee, jünger auszusehen, als früher, ist sehr der Paralyse verdächtig. Weiterhin aber lassen die gemüthliche Stumpfheit, die Gedächtnisstörung, die Ablenkbarkeit, vor allem aber die körperlichen Störungen keinen Zweifel an der paralytischen Natur des Leidens. Wir werden daher erwarten müssen, daß der Kranke, wenn auch vielleicht nach vorübergehenden Besserungen, in absehbarer Zeit an fortschreitender Hirnlähmung zugrunde gehen wird*). Manche der vom Kranken geäußerten Vorstellungen scheinen auf eine frühere syphilitische Ansteckung und Quecksilberbehandlung hinzudeuten, doch ist es uns nicht gelungen, über diesen Punkt volle Gewißheit zu erlangen.

Alle 3 Fälle von Paralyse, die Sie heute gesehen haben,

*) Der Kranke ist unter weiterem Sinken des Körpergewichts ungefähr 16 Monate nach dem Einsetzen der ersten Krankheitserscheinungen in Familienpflege gestorben.

betrafen Männer in den mittleren Lebensjahren. Das entspricht durchaus der Regel. Die Paralyse ist bei Männern etwa 3—5mal so häufig wie bei Frauen; in den gebildeten Ständen wird das Verhältnis für die Frauen noch weit günstiger. Die überwiegende Mehrzahl der Paralytiker steht zwischen dem 35. und 45. Lebensjahre; Frauen erkranken im allgemeinen etwas später oder früher. Gewisse Berufsarten, wie Offiziere und Kaufleute, werden häufig, andere, wie katholische Geistliche, sehr selten von der Paralyse ergriffen. In den großen Städten ist die Krankheit verbreiteter, als auf dem Lande, namentlich im abgelegenen Gebirge. Die Ursache aller dieser und so mancher anderer Verschiedenheiten kann kaum eine andere sein, als die verschiedene Häufigkeit der Syphilis.

VI. Vorlesung.

Epileptisches Irresein.

M. H.! Wenn Sie den heute vor Ihnen sitzenden, 55jährigen, kräftig gebauten und gut genährten Mann ansehen, so wird Ihnen in seinem Verhalten wohl nichts auffallen, als höchstens eine gewisse Verdrossenheit, die sich in seinen Mienen ausdrückt, während er sich sonst völlig wie ein Gesunder benimmt, mich höflich begrüßt, sich hinsetzt und abwartet, bis man ihn anredet. Er gibt über seine Verhältnisse geordnete, wenn auch nur kurze Auskunft, weiß, wo er sich befindet, wie lange er hier ist, kennt Tag und Jahreszahl und die Personen seiner Umgebung. Auf die Frage, ob er krank sei, fängt er an, zu jammern, ihm sei so taumelig im Kopf, „so lebensmüde“ und lebenssatt“. Mit ihm sei es aus; er werde nicht mehr gesund und möge auch nicht mehr leben; das Leben sei ihm verleidet. Man solle ihm doch etwas geben, damit es zu Ende gehe; morgen lebe er nicht mehr. Im Kopf und im Leibe tue es ihm weh; das Herzwasser komme herauf, und noch dazu werde er als alter Krieger immer zurückgesetzt, gelte nicht so viel wie die jungen Lumpen; der liebe Gott solle ihn doch zu sich nehmen. Essen könne er gar nichts mehr.

Seine Stimmung ist bei diesen Stoßseufzern eine mißmutig gereizte. Er fährt auf, wenn man unliebsame Vorkommnisse aus seinem Leben berührt, wie das Verhältnis zu seiner Frau, läßt sich jedoch wieder beruhigen und gibt uns endlich nach vielem Fragen einen etwas wortreichen Überblick über sein Leben, dem wir folgendes entnehmen: Der Kranke stammt aus gesunder Familie und war selbst gesund bis zum Feldzuge 1870/71, in dem er mehrere Gefechte mitmachte. Bei der Erwähnung dieser Erlebnisse erhellt sich seine Miene etwas. Er weiß noch viele Einzelheiten anzugeben und meint, er sei einer von den ersten, ein „strammer Kerl“ gewesen. Im Februar 1871 erkrankte er an einem schweren Typhus und wurde deswegen nach Hause geschickt. Er lag 9 Wochen ganz verwirrt in Delirien, sah Schlachtengetümmel, schoß und schrie hurra, ohne nachher davon zu wissen. Es trat dann eine linksseitige Lähmung ein, die auch Zunge und Auge betraf und sich nur sehr langsam besserte. Auch das Gefühl in den gelähmten Teilen wie das Sehen auf der gleichen Seite war gestört. Nach seiner Wiederherstellung wurde er hie und da plötzlich von Ohnmachten befallen, nach denen er abgeschlagen, arbeitsunfähig und lebensüberdrüssig war; es dauerte bis zu 14 Tagen, bis es wieder gut war. In der Nacht träumte er dann lebhaft vom Militär, biß sich oft die Zunge dabei blutig, fiel auch einmal aus dem Bette und schlug sich die Vorderzähne ein. Ein anderes Mal fiel er im Garten auf die Nase und brach das Nasenbein. Diesen Anfällen ging die Verstimmung schon einen Tag voraus; nachher wußte er nichts von dem, was vorgekommen war.

Allmählich verschlimmerten sich die Anfälle. Dabei spielte, was der Kranke allerdings verschweigt, auch der Alkohol eine Rolle. Er konnte aber anscheinend nicht viel vertragen, geriet schon nach geringen Mengen in lebhafte Erregung, wurde leicht gewalttätig, ohne nachher davon zu wissen. Infolgedessen kam er vielfach aus einer Anstalt in die andere; seine Frau wurde ihm inzwischen untreu. Auf Vorhalt gibt er zu, getrunken zu haben, namentlich in den Anfällen, „um sich zu vergessen“; ihm sei dadurch leichter geworden. Einmal machte er einen Selbstmordversuch durch Erhängen, weiß aber davon nur durch andere. Auch jetzt kommen die Anfälle von Lebensüberdruß noch etwa alle Monate und dauern einige Tage; es kommt „wie angefliegen“ und verliert sich auch

rasch wieder, „hellt sich auf“. In der Regel gehen diese Zustände, die der Kranke deutlich als krankhafte, als sein „Nervenleiden“ erkennt, mit Appetitlosigkeit und belegter Zunge einher. Er bringt sie mit der Witterung in Zusammenhang; das trübe Wetter könne er nicht vertragen. Den Anlaß zu seiner letzten Verbringung in die Klinik, in der er schon vor Jahren einmal gewesen war, gab die geschlechtliche Betastung eines 3 $\frac{1}{4}$ -jährigen Mädchens, das er aufgefordert hatte, mit ihm spazieren zu gehen. Am Morgen des betreffenden Tages hatte er einen Ohnmachtsanfall gehabt, trank dann einige Viertel Wein und verlor nach seiner Angabe die Besinnung, wußte gar nichts von seiner Tat, war aber noch etwa 8 Tage verstimmt und drohte mit Selbstmord.

Außerhalb dieser Anfälle ist der Kranke zwar ziemlich gedankenarm, findet sich aber in einfachen Verhältnissen ohne Schwierigkeit zurecht, beschäftigt sich aus eigenem Antriebe und benimmt sich völlig geordnet. Sehr gern spricht er von seinen Kriegstaten, die er mit allen möglichen Einzelheiten ausschmückt, und bei denen er sich gern als „alten Krieger“ in das richtige Licht stellt. Sein erhöhtes Selbstgefühl läßt ihn auch über seine Umgebung hinwegsehen; er arbeitet besser, als jeder Wärter, versteht mehr, als der Gärtner. In seinen Verkehrsformen zeigt er eine gewisse Feierlichkeit, vergißt nie, dem Arzte, und sei es noch so oft des Tages, den Gruß zu bieten, verlangt aber auch seinerseits, gebührend beachtet zu werden. Seine Reden und noch mehr seine Briefe, die er mit der Bitte um Geschenke an verschiedene besser gestellte Bekannte richtet, sind mit einem Schwallde höflicher Redensarten und frommer Wendungen verbrämt, wie denn überhaupt der liebe Gott, der keinen Deutschen, vor allem aber keinen alten Krieger verläßt, bei ihm eine große Rolle spielt.

Wie Sie sehen, haben wir es im vorliegenden Falle mit Verstimmungen zu tun, die sich von allen bisher betrachteten Formen durch mehrere wesentliche Eigentümlichkeiten unterscheiden. Dahin gehört zunächst ihr plötzliches Auftreten und ihre kurze Dauer. Sie sind morgens beim Aufwachen da, wie angefliegen, und sie schwinden schon nach wenigen Tagen ebenso, wie sie gekommen waren. Dafür aber treten sie in zahlreichen Anfällen und mit ziemlicher Regelmäßigkeit jahraus, jahrein auf. Die Störung ist also eine ausgeprägt periodische, ein Umstand, der uns auf eine

tiefere krankhafte Grundlage hinweist, deren Äußerungen die einzelnen Anfälle sein müssen, da ihnen ein besonderer Anlaß jeweils nicht vorangeht.

Den Weg zur richtigen Deutung weisen uns die Ohnmachtsanfälle, in denen sich der Kranke Verletzungen und Zungenbisse zugezogen hat. Sie sind unzweifelhafte Zeichen jener Krankheit, die wir Epilepsie nennen, und deren wichtigstes Merkmal, wie mir scheint, in der mehr oder weniger regelmäßigen Wiederkehr der rasch ablaufenden Krankheitserscheinungen besteht. Wir erfahren hier zwar nichts über eigentliche Krampfanfälle, aber die Frau des Kranken hat schon vor Jahren angegeben, daß er in den Ohnmachten bisweilen ganz starr gewesen sei, so daß man ihm den Mund nicht öffnen konnte. Mit diesen Ohnmachten standen früher die Verstimmungen in innigstem Zusammenhange; sie gingen ihnen kurze Zeit voraus und überdauerten sie noch einige Tage; die Erinnerung war nachher stark getrübt. Offenbar hat es sich hier um Bewußtseinstrübungen gehandelt, wie sie ungemein häufig in Verbindung mit epileptischen Anfällen beobachtet werden. Auch bei dem Sittlichkeitsverbrechen, das der Kranke beging, bestand eine solche Beziehung der Verstimmung und der Bewußtseinstrübung oder des „Dämmerzustandes“, wie man derartige Zustände zu nennen pflegt, mit einer Ohnmacht. Bei uns aber sind die Verstimmungen, und zwar ohne ausgeprägte Bewußtseinstrübung, ganz für sich aufgetreten, auch anfallsweise, aber ohne Ohnmachten. Der Grund ist vielleicht darin zu suchen, daß der Kranke bei uns völlig fern vom Alkohol gehalten wurde, der, wie das auch bei ihm erprobt worden war, die Erscheinungen der Epilepsie regelmäßig zu verschlimmern pflegt.*)

Jedenfalls lehrt uns der vorliegende Fall, daß auch diese periodischen Verstimmungen, deren Verbindung mit Ohnmachten und Dämmerzuständen wir von früher her bei ihm kennen, als Äußerungen der Epilepsie anzusehen sind. Hinzufügen können wir auf Grund vielfältiger Erfahrung, daß schon verhältnismäßig recht kleine Alkoholmengen in diesen Verstimmungen zur Entwicklung schwerer Dämmerzustände führen können.

*) Der Kranke befindet sich seit 9½ Jahren in wesentlich gleichem Zustande in einer Pflgeanstalt.

Diese Tatsache wird dadurch vielleicht verständlicher, daß in den Verstimmungen, wie sich durch Versuche zeigen läßt, zu gewissen Zeiten neben einer Erschwerung der Auffassung eine erleichterte Auslösung von Willensantrieben stattfindet, was sich auch in der besonderen klinischen Färbung des Zustandes, der gereizten, verdrießlichen, „geladenen“ Stimmung ausdrückt. Ganz nach denselben Richtungen hin aber wirkt der Alkohol, der somit hier einen besonders günstigen Boden für die Erzeugung von Erregungszuständen mit Bewußtseinstrübung vorfinden muß.

Die Ursache der epileptischen Störungen muß ohne Zweifel in dauernden Hirnveränderungen gesucht werden, die meist angeboren sind oder in früher Jugend erworben werden. Im vorliegenden Falle scheint die typhöse Hirnerkrankung das Leiden nach sich gezogen zu haben, wenn sich auch an dem Kranken sonst keine Reste derselben nachweisen lassen. Auch Kopfverletzungen schreibt man eine ursächliche Beziehung zur Entstehung epileptischer Störungen zu. Ich zeige Ihnen hier einen 30jährigen Arbeiter, der vor 9 Jahren, beim Militär, von einem Pferde einen Hufschlag vor die Stirn erhalten hat. Er war damals $\frac{1}{2}$ Tag bewußtlos und blieb 4 Wochen im Lazareth, wurde aber dann wieder ganz gesund bis auf häufige Kopfschmerzen, besonders in der Stirngegend. Etwa 5 Jahre später wurde ihm, als er an der Hobelbank saß, plötzlich schwarz vor den Augen; er verlor das Bewußtsein, fiel um und fühlte sich sehr abgeschlagen, als er nach kurzer Zeit wieder erwachte. Ein Jahr später trat ein neuer Anfall auf, und von da ab wurden solche Anfälle allmählich immer häufiger, so daß sie sich jetzt alle 3—4 Wochen einstellen. Ihnen geht das Gefühl, im Kopfe elektrisiert zu werden, voraus, so daß der Kranke sich rechtzeitig hinlegen kann. In den Anfällen hat er Zuckungen am ganzen Körper, die nur wenige Minuten dauern. Die Lippen waren nachher oft ganz zerschunden; einmal ging unwillkürlich Urin ab.

Außer diesen Krampfanfällen traten häufig auch leichte, rasch vorübergehende Schwindelanfälle auf. Endlich aber berichtet uns der Kranke noch über ängstlich-reizbare Verstimmungen, die sich seit einem halben Jahre mehrmals wiederholt haben. Ohne Anlaß kommt plötzlich ein Gefühl von Mißmut und Bangigkeit über ihn;

er muß immer „über einen Gedanken nachgrübeln, den er nicht fassen kann“. Unter starken Kopfschmerzen stellt sich nun eine außerordentliche Reizbarkeit ein, die ihn bei dem geringsten Anlasse zu heftigen Schimpfereien, Bedrohungen und selbst Gewalttätigkeiten treibt. Nach einigen Stunden oder Tagen ist der Zustand plötzlich verschwunden, und er begreift nicht mehr, wie er sich so hat aufregen können. Einige Male war die Erinnerung an sein Benehmen im Anfall eine recht unklare. Alkoholgenuß, auch ganz mäßiger, schien die Auslösung der Anfälle zu begünstigen. Trank der Kranke in den Verstimmungen, so wurde er zuerst etwas schläfrig; dann aber war es schlimmer, als vorher.

Wir haben Gelegenheit gehabt, in der Klinik eine ganze Reihe derartiger Verstimmungen zu beobachten, die in unregelmäßigen Zwischenzeiten, ungefähr alle 1—2 Wochen, bei ihm auftreten. Während der Kranke für gewöhnlich ein freundliches, zugängliches und sehr ruhiges Wesen zeigt, erschien er zu solchen Zeiten, meist schon morgens beim Aufstehen, müde, einsilbig, leicht benommen, ärgerlich, beklagte sich in nörgelnder Weise über diese oder jene Kleinigkeit, hatte Kopfschmerzen. Einmal mischte er sich dabei in einen Streit zweier Mitkranker, konnte nur mit Mühe von Gewalttätigkeiten abgehalten werden. Ließ man ihn ruhig im Bette liegen, so war er in der Regel schon am nächsten Tage wieder frei und einsichtig, betrachtete die Verstimmung selbst als krankhaft. „Jedes Wort, das ich hörte, ärgerte mich. Ich habe Zeiten, wo ich gar nicht reizbar bin, dann wieder Zeiten, wo ich wegen jeder Kleinigkeit wütend werde.“

Die körperliche Untersuchung des kräftig gebauten, gut genährten Mannes, der über seine Zustände bereitwilligst eingehende Mitteilungen macht und aus eigenem Antriebe zu uns gekommen ist, ergibt eine geringe Verdickung der Nasenwurzel, besonders nach rechts hin. Man fühlt eine quer über das Nasenbein verlaufende Einsenkung, die sich bis gegen die rechte Augenhöhle fortsetzt. Die Stirn ist bei Beklopfen empfindlich, besonders rechts. In der Nase ist die Scheidewand verbogen, namentlich nach rechts. Links oben findet sich eine faltenförmige Verwachsung zwischen Seitenwand und Septum. Die linke Pupille ist ein wenig weiter, als die rechte. Die Finger zeigen feinschlägiges Zittern; die Knie-sehnenreflexe sind sehr lebhaft.

Die Übereinstimmung dieses Krankheitsbildes mit dem vorher besprochenen ist einleuchtend. Auch hier haben wir Ohnmachten, Krampfanfälle, Schwindelanfälle, endlich aber die eigenartigen Verstimmungen vor uns, die ohne Anlaß in kürzeren Zwischenzeiten wiederkehren. Dazu kommt die ungünstige Wirkung des Alkohols. Nur ist in dem letzten, leichteren und seit kürzerer Zeit bestehenden Falle die allgemeine Veränderung im Seelenleben, die Einengung des Gesichtskreises, das gehobene Selbstgefühl, die Neigung zu Redensarten und frommen Sprüchen nicht entwickelt. Von dem Kranken selbst wird das Leiden mit Bestimmtheit auf die Kopfverletzung zurückgeführt; er versichert, daß seine Reizbarkeit erst seit jener Zeit aufgetreten sei. Bemerkenswert ist es, daß sich eine Verstimmung bei uns unmittelbar an eine eingehende Nasenuntersuchung anschloß. Der Kranke begab sich sofort hinterher zu seiner Frau, schimpfte sie ohne Anlaß und schickte sie aus dem Hause; noch am gleichen Abende bereute er sein Benehmen und bat um Verzeihung. Diese Erfahrung würde also wohl für einen gewissen Zusammenhang zwischen der Nasenverletzung und den Anfällen des Kranken sprechen. Allerdings ist es auffallend, daß die Krankheit anscheinend erst mehrere Jahre nach dem Unfälle eingesetzt hat. Indessen ist die erhöhte Reizbarkeit von seinen Angehörigen angeblich sofort nach der Entlassung vom Militär bemerkt worden; zudem traten die Kopfschmerzen, die jetzt regelmäßig die Verstimmungen begleiten, schon sehr bald nach der Verletzung auf. Wir haben daher den Versuch gemacht, die Verstimmungen durch rechtzeitiges Auspinseln der Nase mit Kokainlösung zu beseitigen, doch hat sich über die Wirksamkeit dieses Verfahrens bei der ohnedies so kurzen Dauer der einzelnen Anfälle kein bestimmtes Urteil gewinnen lassen. Dagegen hat die gänzliche Enthaltung vom Alkohol anscheinend einen günstigen Einfluß auf die Schwere wie auf die Häufigkeit der Anfälle ausgeübt*). Zum Schlusse wollen wir übrigens noch darauf hinweisen, daß eine Schwester unseres Kranken geisteskrank ist,

*) Der Kranke ist in diesem Punkte sehr verständig und arbeitet seit 9 Jahren fleißig in der Fabrik, ohne daß Anstaltsbehandlung nötig geworden wäre; Anfälle, Kopfschmerzen und Verstimmungen kehren jedoch noch wieder.

während sein Vater an Epilepsie gelitten hat. Wenn also auch die Kopfverletzung eine Rolle bei der Entstehung seines Leidens gespielt hat, so ist doch nicht außer acht zu lassen, daß bei ihm wahrscheinlich von vornherein schon eine gewisse Veranlagung zur Epilepsie vorhanden war.

Die beiden besprochenen Fälle haben uns bereits gezeigt, daß die Mannigfaltigkeit der epileptischen Störungen eine große ist. Außer den eigentlichen Krampfanfällen haben wir Ohnmachten, Schwindelanfälle, Dämmerzustände und Verstimmungen kennen gelernt. Alle diese verschiedenartigen Erscheinungsformen der Epilepsie können sich in demselben Falle miteinander verbinden; sie schließen sich bisweilen aneinander an, und sie zeigen sämtlich die gleiche, grundlegende Eigentümlichkeit der Periodizität. Schon Sammt hat daher die Ansicht ausgesprochen, daß diese anscheinend so verschiedenen Störungen doch nur gleichwertige Äußerungen eines und desselben Krankheitszustandes seien, daß sie einander gewissermaßen vertreten könnten. Er schlug daher für die mannigfaltigen Gestaltungen, welche der epileptische Anfall annehmen kann, die Bezeichnung der Äquivalente vor, um damit anzudeuten, daß sie nichts als Ersatzformen des eigentlich für die Epilepsie kennzeichnenden Krampfanfalles seien. An dieser Anschauung ist jedenfalls so viel richtig, daß wir alle die angeführten Störungen und noch manche andere in der Tat als Zeichen der epileptischen Erkrankung anzusehen berechtigt sind. Wo eine derselben mit Sicherheit beobachtet wird, sehen wir früher oder später meist auch noch diese oder jene andere Erscheinungsform des Leidens auftreten. Im einzelnen Falle kann dabei die klinische Ausbildung eines jener Äquivalente überwiegen, während sich andere seltener und schwächer einstellen. Maßgebend für die Diagnose ist dabei, wie ich glaube, nur die häufige und ganz gleichartige Wiederkehr der übrigens alle einem umgrenzten Formenkreise angehörenden Störungen ohne äußeren Anlaß. Unter diesem Gesichtspunkte würden die Krampfanfälle, auf die man gewöhnlich das größte Gewicht für die Feststellung der Epilepsie zu legen pflegt, zwar ein sehr wichtiges und wahrscheinlich das schwerste Zeichen der Krankheit bilden, aber wir werden unter Umständen auch solche Krankheitsfälle der Epilepsie zuzurechnen haben, in denen niemals Krampfanfälle aufgetreten sind, wenn nur

eines oder mehrere der bekannten Äquivalente in häufiger, gleichartiger Wiederkehr mit Sicherheit nachgewiesen sind.

Eine sehr reichhaltige Ausbildung der Anfälle bot besonders der folgende Kranke dar, ein 32jähriger Bierbrauer, der uns aus dem Gefängnisse zugeführt wurde. Er war früh um 5 Uhr aus einer Wirtschaft in betrunkenem Zustande ausgewiesen worden, hatte großen Lärm gemacht und schließlich, als er durch einige Schutzleute verhaftet werden sollte, in rasender Weise geschrieen, um sich geschlagen und gebissen. Obgleich er später behauptete, von der ganzen Sache nichts mehr zu wissen, sondern seinen „Anfall“ gehabt zu haben, wurde er zu 14 Tagen Gefängnis verurteilt, da die Schilderung des epileptischen Anfalles bei Krafft-Ebing nicht auf sein Verhalten passe. Gegen Schluß seiner Strafzeit wurde der Kranke plötzlich sehr erregt und gewalttätig, schrie, der Teufel sei in der Zelle, zertrümmerte, was er erreichen konnte, wurde dann geknebelt und mit der Zwangsjacke in die Klinik gebracht. Hier gab er über seine persönlichen Verhältnisse richtige Auskunft, war aber auffallend benommen, unklar über seine Umgebung und die letzten Ereignisse, erzählte, er habe seine Mutter und den lieben Gott gesehen, sei in einer herrlichen Kutsche in den Himmel gefahren, habe singen gehört, lebhaftige Angst gehabt. Bei der klinischen Vorstellung hielt er den Praktikanten für einen der Engel, mich für den „lieben Vater, der uns die Sachen gibt“, meinte abwechselnd, im Paradies, im Spital, in der Sitzung zu sein. In den nächsten Tagen traten dann noch Tiervisionen auf; er sah Käfer, Ratten und Mäuse, Leute ohne Köpfe, die ihn mit Peitschen schlugen, hörte Militärmusik, Erscheinungen, die, wie wir später erfahren werden, wohl auf seinen Alkoholmißbrauch zurückzuführen waren. Nach wenigen Tagen wurde er wieder klar und erkannte zunächst die Tiervisionen als krankhaft an, während er seine Erlebnisse im Himmel erst 10 Tage später zu berichtigen vermochte.

Der untersetzt und kräftig gebaute Kranke benimmt sich, wie Sie sehen, natürlich und gibt, wenn auch sehr umständlich, geordnete Auskunft über seine Vergangenheit und seine Zustände. Von körperlichen Störungen ist nur eine alte Bißnarbe an der Zunge und eine gewisse Druckempfindlichkeit der Nervenstämme bemerkenswert, die wohl mit seiner Neigung zum Alkohol in

Beziehung steht. Wir erfahren von ihm, daß er seit seinem 11. Lebensjahre an der „fallenden Krankheit“ leide; sie sei nach Scharlach bei ihm aufgetreten. Die Krankheit habe sich bisweilen alle Tage eingestellt. Es komme geschwind in den Kopf; dann spüre er nichts mehr, falle hin, wie man ihm gesagt habe. Das könne 2—3 Stunden dauern; nachher habe er etwas Kopfweg und wisse von nichts. Auch leichte Anfälle habe er, bei denen es ihm schnell durch den Kopf fahre, daß er gerade die Besinnung verliere und wieder bei sich sei. Das sei in den letzten Jahren öfters gekommen und habe einige Minuten gedauert; dabei falle er nicht hin. Seine Stimmung ist fröhlich; er hofft, bald wieder gesund zu werden, zeigt dem Arzte gegenüber ein gutmütig-zutrauliches Benehmen. Über seine Zukunft macht er sich nicht viele Gedanken. Getrunken hat er, seinem Berufe entsprechend, ziemlich viel; sein Leben war ein sehr unstätes. Er wurde mehrfach wegen Körperverletzung und Sachbeschädigung bestraft, die er in großer Erregung begangen hatte. Einmal war er nachts auf einem fremden Hofe betroffen worden und hatte einem Ehepaare, das ihn dort anrief, ohne ein Wort zu sagen, mehrere Messerstiche versetzt. Er behauptet, von der Tat durchaus nichts zu wissen.

Die Beobachtung in der Klinik ergab, daß bei ihm eine Reihe verschiedenartiger Störungen auftreten. Zunächst sahen wir gewöhnliche, recht schwere Krampfanfälle, ferner einfache, kurzdauernde Ohnmachten, sodann die von ihm selbst geschilderten, ganz leichten und flüchtigen Bewußtseinstrübungen, die man als „petit mal“ zu bezeichnen pflegt. In der Unterhaltung sagte er plötzlich: „Jetzt kommt's; jetzt wird mir alles wirr; es wird mir schwarz vor Augen.“ Sein Gesichtsausdruck wurde starr; er lehnte sich an die Wand und stammelte einzelne unzusammenhängende Worte. Nach wenigen Sekunden sagte er dann: „So, jetzt ist's besser; jetzt ist's vorbei.“ In Verbindung mit den Krämpfen, vorher oder nachher, traten Wutanfälle mit tiefer Bewußtseinstrübung auf, in denen er seine Umgebung verkannte, rücksichtslos tobte und um sich schlug. Ein solcher Zustand ist es auch wohl gewesen, der zu seiner letzten Verhaftung geführt hat. Wir wissen, daß bei Epileptikern besonders der Alkohol derartige Aufregungen mit Benommenheit auslöst; es sind das sogenannte „krankhafte Rauschzustände“.

Als leichtere und leichteste Form der Anfälle waren wohl die bei unserem Kranken sehr häufigen Verstimmungen zu betrachten, in denen der sonst gutmütige und vergnügte Mensch nörgelte, sich zurückgesetzt fühlte, seine baldige Entlassung verlangte, alles zusammenschlagen drohte und gelegentlich gewalttätig wurde. Nach wenigen Stunden, spätestens am nächsten Tage, war er wieder freundlich, fing sofort an, sich fleißig zu beschäftigen, und hatte ein ganz klares Verständnis dafür, daß er krank gewesen sei. Endlich sind noch eigentümliche deliriöse Zustände bei dem Kranken zur Beobachtung gekommen, „Träumereien“, wie er sie nannte. In einer Nacht glaubte er sich im Hause seiner verheirateten Schwester, sprach mit seiner verstorbenen Mutter; ein anderes Mal kam es ihm in der Nacht vor, als ob ihm sein Stiefvater Geld gebe. „Auf einmal denk' ich, wo bin ich denn eigentlich, Herrgott, man hat mich doch nicht herausgelassen aus der Anstalt, und ich bin doch auch nicht fortgelaufen! Woher hab' ich denn Geld, und ich darf doch nicht trinken!“ Zu dieser Gruppe von Zuständen ist gewiß auch der Besuch im Himmel zu rechnen, den er im Gefängnisse zu machen glaubte, wenn dabei auch alkoholische Delirien mithineingespielt haben. Mir scheint, daß sich der Unterschied beider gerade in der rascheren Berichtigung dieser letzteren sehr deutlich ausprägte. Vielleicht ist es auch auf solche deliriösen Zustände zurückzuführen, daß der Kranke sich einmal bei seiner Arbeit oben auf dem Fenstergitter stehend fand, ohne zu wissen, wie er dahin gekommen war. Ein anderes Mal sah man ihn im Bette liegen, mit einförmigen Bewegungen an der Decke zupfen und unverständlich vor sich hin murmeln, anscheinend in schwer benommenem Zustande.

Einer oder einige dieser verschiedenartigen Anfälle traten fast jeden Tag auf, meist in Gruppen gehäuft. Die eingeschlagene Behandlung, die in der Darreichung von Bromnatrium bestand, hatte kaum Erfolg; auch die Anwendung des Opiums in steigender Gabe bis zu 3mal 60 Tropfen am Tage mit plötzlichem Ersatze durch 12 g Brom, wie sie neuerdings empfohlen worden ist, blieb ohne günstige Wirkung. Es ist indessen nicht ausgeschlossen, daß sich durch sehr lange Fortsetzung der Brombehandlung mit Gaben von 4—6 g doch noch eine gewisse Besserung des Zustandes

erreichen lassen wird. Völlige Enthaltung vom Alkohol ist dabei selbstverständlich. *)

VII. Vorlesung.

Manische Erregung.

M. H.! In den bisherigen Vorlesungen haben wir die verschiedensten Formen von Depressionszuständen betrachtet. Mein Zweck war es dabei, Ihnen zu zeigen, daß die traurige oder ängstliche Verstimmung an sich keinerlei Schlüsse auf die Krankheit erlaubt, durch die sie erzeugt wird, daß es vielmehr in jedem Falle unsere Aufgabe ist, uns über die besondere klinische Bedeutung des Krankheitszeichens klar zu werden. Unter Umständen können wir dabei schon aus der Art der Verstimmung, ihrer Dauer, ihrer häufigen Wiederkehr, ihrer geringen Tiefe u. s. f. wichtige Schlüsse auf das Wesen der zugrunde liegenden Krankheit ziehen; oft genug aber wird uns erst die Beachtung der übrigen Krankheitszeichen auf die richtige Spur leiten. Auf den ersten Blick sehr ähnliche Zustandsbilder können eben dem Verlaufe sehr verschiedener Krankheiten angehören. Umgekehrt aber machen wir häufig die Erfahrung, daß die verschiedenartigsten, anscheinend vielleicht ganz entgegengesetzten Zustände als Äußerungen des gleichen Leidens nacheinander auftreten können. Daß es sich dabei nicht etwa um die Verbindung verschiedener, selbständiger Krankheiten handelt, wie man früher manchmal geglaubt hat, wird, abgesehen von der Häufigkeit der Erscheinung, durch den oft ungemein raschen Übergang der wechselnden Bilder ineinander, durch die gelegentliche Vermischung ihrer Einzelzüge, endlich durch den gleichartigen Verlauf und Ausgang sicher erwiesen.

Der 50jährige, kräftig gebaute und gut genährte Kaufmann, der Ihnen heute vorgeführt wird, betritt mit raschem Schritte den Saal, begrüßt uns laut, nimmt mit höflicher Verbeugung Platz und

*) Der Kranke wurde in eine Pflegeanstalt überführt.

blickt sich erwartungsvoll und neugierig um. Sobald wir ihn anreden, entgegnet er schnell und sicher, gibt über seine persönlichen Verhältnisse wie über seine jetzige Lage fließende und zutreffende Auskunft. Sehr bald aber antwortet er nicht nur, sondern ergreift selbst das Wort, meint scherzend, er werde nicht alles so glatt erzählen, sondern die Prüfung ein wenig erschweren, damit er sehe, ob wir auch etwas verstünden. Er erklärt, daß er an Paralyse leide, macht ganz unsinnige Angaben, rechnet falsch und freut sich königlich, wenn man darauf weiter eingeht. Läßt man ihn gewähren, so spricht er viel und lebhaft, läßt sich kaum unterbrechen, verliert aber leicht den Faden und flicht in seine Darstellung immer neue, nicht zur Sache gehörige Einzelheiten ein. Eine bündige, kurze Antwort ist von ihm kaum zu erlangen; immer hat er noch etwas hinzuzufügen und auszuschmücken. Auch bei meinen Auseinandersetzungen bittet er zwischendurch wiederholt „ums Wort“, bescheidet sich aber immer wieder mit höflicher Verbeugung. Vielfach richtet er seine Reden an Sie, spielt auf das studentische Leben an, schiebt Verse aus Studentenliedern ein, bringt auch einmal selbst einen Gelegenheitsknittelreim zusammen.

Seine Stimmung ist lustig, gehoben; er gefällt sich in allerlei Späßen, auch ziemlich gewagten, macht sich über sich und andere lustig, ahmt bekannte Persönlichkeiten nach, lacht über seine eigenen Streiche, die er als ganz harmlos hinzustellen weiß. Er hat sich nämlich in den letzten Nächten vor seiner Aufnahme in allen möglichen Wirtschaften und anröchigen Häusern herumgetrieben, überall stark getrunken und sich höchst auffallend benommen, sich auf dem Markte mit Wasser von oben bis unten begossen, ist mit der Droschke in den umliegenden Dörfern aus einem Wirtshause ins andere gefahren. Schließlich hat er in seiner Wohnung Spiegel, Geschirr und Möbel zertrümmert, so daß er unter großem Aufgebot von Polizei in die Klinik gebracht wurde. An allem dem, meint er schlagfertig, sei nur seine Frau schuld, die ihn nicht richtig behandelt, ihm nichts Ordentliches gekocht habe. Infolgedessen habe er das Wirtshaus aufsuchen müssen; er müsse den Leuten doch auch etwas zu verdienen geben. Für krank hält er sich nicht, will aber, wenn es uns Vergnügen mache, wie er mit vielsagendem Lächeln hinzufügt, einstweilen bei uns bleiben. Irgend welche körperlichen Störungen bietet der

Kranke nicht dar, außer einigen Verletzungen, die er bei der gewaltsamen Überführung in die Klinik erlitten hat.

Das hier betrachtete Bild erscheint uns nach jeder Richtung als der gerade Gegensatz zu gewissen Depressionszuständen, die wir früher kennen gelernt haben. Die Auffassung geschieht rasch; die Vorstellungen tauchen ungehindert auf, um freilich bald durch neue wieder verdrängt zu werden. Die Stimmung ist heiter; das Handeln wickelt sich glatt und ohne Hemmnisse ab, auch ohne diejenigen, die im gesunden Leben zügelnd eingreifen. Wir bezeichnen diese Verbindung von Krankheitszeichen, der wir häufig in derselben Form begegnen, mit dem Namen der Manie, oder, da hier die einzelnen Störungen nur leicht ausgebildet sind, als Hypomanie. Unser Kranker ist indessen keineswegs immer so besonnen und so burschikos liebenswürdig wie zurzeit. Vorübergehend, namentlich im Anfange, war er völlig verwirrt und zusammenhangslos in seinen sich überstürzenden Reden, wurde sehr gereizt gegen seine Umgebung, zertrümmerte Tische, Stühle und Fensterscheiben, schmierte mit seinen Ausleerungen herum, goß sich die Suppe über den Kopf, stellte das gefüllte Nachtgeschirr auf den Eßtisch. Zu anderen Zeiten wurde er durch Necken und Mißhandeln anderer Kranker, Anschwärzen des Wartpersonals, Nörgeln und Verhetzen bei jeder Gelegenheit fast unerträglich.

Die Manie ist nicht nur gewissermaßen eine getreue Umkehrung der cirkulären Depressionszustände, sondern sie ist selbst nichts, als ein Abschnitt des manisch-depressiven Irreseins. Wo wir wirklich manische Erregungen vorfinden, können wir demnach den Wahrscheinlichkeitsschluß ziehen, nicht nur, daß sich diese Erregungen öfters im Leben zeigen werden, sondern ferner, daß sich außerdem wohl auch Depressionszustände der früher geschilderten Art dazwischen einschieben. Kehren wir zu unserem Kranken zurück, so können wir feststellen, daß er bereits zum 7. Male in der Irrenanstalt ist. Er ist unehelich geboren; seine Mutter starb an einem Schlaganfall; eine Schwester derselben war geisteskrank. Der Kranke galt immer für etwas eigenartig, war aber nüchtern und fleißig. Der erste Anfall des Leidens trat in seinem 37. Jahre auf und ähnelte ganz dem jetzigen. Damals lud der Kranke plötzlich in der Zeitung die ganze „hiesige Noblesse“ zu einer „Haute-volée-Soirée“ in einem Aussichtshäuschen ein,

fuhr auf die Polizei mit dem Vorgeben, daß er einen lange gesuchten anarchistischen Verbrecher in der Person eines Gendarmen aufgefunden habe, und erlaubte sich allerlei derbe Späße mit den Beamten. Er wurde damals für paralytisch gehalten. Die späteren Anfälle begannen jeweils mit Neigung zu verschwenderischen Ausgaben, alkoholischen und geschlechtlichen Ausschweifungen sowie allen möglichen öffentlichen Ausschreitungen; einmal hatte er bei der Aufnahme die ganzen Taschen voll wertloser Ringe, fremder Münzen, billiger Schmuckstücke, die er überall aufgekauft hatte, dazu zahlreiche Pfandzettel.

Die Dauer der Anfälle betrug anfangs 2—3, späterhin etwa 6 Monate. Obgleich der Kranke sich in der Klinik meist sehr bald beruhigte und kaum noch leise Störungen darbot, mißlangen doch eine Reihe von Entlassungsversuchen, weil er sofort wieder anfang, zu trinken, und dann rasch von neuem erregt wurde. Nach endgültiger Genesung war er in den Zwischenzeiten ein sehr nüchterner Mann, der äußerst zurückgezogen lebte und mit seiner Frau, die er in der Erregung peinigte und beschimpfte, in gutem Einvernehmen stand. Nach der vorletzten Entlassung war er 3 Monate, nach der letzten $\frac{3}{4}$ Jahre lang tief verstimmt, menschenscheu, blieb viel im Bette liegen und äußerte Selbstmordgedanken, bis dann allmählich das gemüthliche Gleichgewicht wiederkehrte.

Unsere vorhin ausgesprochene Erwartung hat uns nicht betrogen. Nicht nur sind bei dem Kranken schon eine Reihe von manischen Anfällen vorausgegangen, sondern es haben sich im Laufe der Jahre auch ausgeprägte Depressionen bei ihm eingestellt. Voraussichtlich wird daher auch die Zukunft eine mehr oder weniger regelmäßige Wiederkehr der einen wie der anderen Zustände bringen*). Daß die Dauer und Schwere der Anfälle im Laufe der Zeit zugenommen hat, während die Zwischenzeiten eher kürzer geworden sind, entspricht der allgemeinen Erfahrung bei unserer Krankheit. Der weitere Verlauf wird, wenn auch vielleicht

*) Der Kranke ist nach Eintritt der Beruhigung zunächst wieder längere Zeit gedrückter Stimmung gewesen und 1 Jahr später von neuem manisch geworden. Dieses Mal stellten sich schwere epileptiforme Anfälle mit nachfolgenden Lähmungserscheinungen ein, deren einem der Kranke erlag; die Leichenöffnung ergab ausgebreitete Arteriosklerose des Gehirns. Dieser Ausgang scheint beim manisch-depressiven Irresein nicht ganz selten zu sein.

mit Schwankungen, wahrscheinlich eine langsame Verschlimmerung im Verhalten der Anfälle bedingen.

Wie Sie schon von draußen her hören, ist die zweite Kranke, die jetzt in den Saal stürmt, lebhaft erregt. Sie setzt sich nicht, sondern geht mit hastigen Schritten herum, mustert kurz, was ihr ins Auge fällt, mischt sich ungeniert unter die Zuhörer und macht Miene, mit denselben anzubinden. Sobald es gelingt, sie zum Sitzen zu bringen, springt sie rasch wieder auf, schleudert ihre Schuhe von sich, bindet sich die Schürze ab, wirft sie ebenfalls fort, fängt an, zu singen und zu tanzen. Im nächsten Augenblicke hält sie inne, klatscht in die Hände, geht an die Tafel, ergreift die Kreide, beginnt, ihren Namen zu schreiben, endigt aber mit einem riesigen Schnörkel, der im Nu fast die ganze Tafel bedeckt. Sie wischt ihn mit dem Schwamme oberflächlich fort, schreibt von neuem hastig einige Buchstaben, schleudert aber plötzlich die Kreide über die Köpfe der Hörer, ergreift den Stuhl, schlenkert ihn im Bogen herum und setzt sich mit Nachdruck auf denselben, um alsbald wieder aufzuspringen und das alte Spiel in anderen Formen zu wiederholen. Während dieser ganzen Zeit schwatzt die Kranke fast unaufhörlich, doch ist der Inhalt ihrer hastigen, überstürzten Reden kaum verständlich, völlig zusammenhanglos. Auf eindringliches Anreden erhält man meist eine kurze, sinngemäße Antwort, an die sich jedoch sofort alle möglichen abgerissenen Sätze anknüpfen. Bisweilen kann man noch die dabei gemachten Gedankensprünge verfolgen; es sind auftauchende Erinnerungen, Bruchstücke von Redensarten und Versen, Wörter und Wendungen, die sie gerade von ihrer Umgebung hört und nun in ihren Redestrom einfließt. Die Kranke nennt ihren Namen, ihr Alter, weiß, daß sie im „Narrenhaus“ ist, belegt aber die Personen mit ganz willkürlichen Bezeichnungen. Zu einer zusammenhängenden Unterhaltung ist sie nicht zu bringen, sondern schweift sofort ab, springt auf, wendet sich an einen der Zuhörer, läuft ans Fenster, singt ein halbes Lied, tanzt herum. Ihre Stimmung ist äußerst heiter; sie lacht und kichert immerfort zwischen ihren Reden, gerät aber auch leicht in Zorn, wenn man sie ein wenig reizt, bricht dann in eine wahre Flut der garstigsten Schimpfereien aus, um sich im nächsten Augenblicke unter fröhlichem Lachen wieder zu beruhigen. Trotz ihrer großen Unruhe ist sie ziemlich leicht zu

lenken, befolgt in freundlichem Tone gegebene Aufforderungen, allerdings nur, um sofort wieder irgend etwas anderes zu treiben. Auf körperlichem Gebiete ist außer einer gewissen Anämie der zart gebauten Kranken höchstens eine linksseitige Lidrandentzündung zu erwähnen, deren Behandlung die Kranke nicht duldet.

Den Grundzug des vorliegenden Zustandes bildet die außerordentliche Flüssigkeit der einzelnen psychischen Vorgänge. Sie werden rasch und leicht angeregt, ebenso leicht aber auch wieder durch andere verdrängt. Irgendein zufälliger Reiz fesselt die Aufmerksamkeit sofort, aber nur für einen Augenblick; jede auftauchende Vorstellung oder Stimmung, jeder Willensantrieb wird schon von einem anderen abgelöst, bevor sie noch recht zur Entwicklung gelangt waren. Offenbar fehlt der Kranken die Fähigkeit, in Gedanken, Stimmung und Handeln sich nicht von den wechselnden Einflüssen des Augenblicks beherrschen zu lassen, sondern diese selbst nach eigenen Zielen zu verarbeiten. Auf diese Weise entsteht das wichtige Krankheitszeichen der Ablenkbarkeit, der erhöhten Beeinflussbarkeit durch äußere und innere Reize. Sie macht sich auf dem Gebiete der Auffassung darin bemerkbar, daß nicht die wichtigsten, sondern ganz beliebige, gerade sich darbietende Eindrücke die Aufmerksamkeit auf sich ziehen, um alsbald durch andere, ebenso zufällige wieder abgelöst zu werden. Im Bereiche des Vorstellungsverlaufes entsteht hier jene Erscheinung, die man als Ideenflucht zu bezeichnen pflegt. Da die Zielvorstellungen fehlen, die dem gesunden Denken seine feste Richtung geben und alle Nebenvorstellungen schon im Entstehen unterdrücken, so wird der Gedankengang fortwährend aus seiner Richtung gedrängt, indem sich zufällige und nebensächliche, vielfach nur durch sprachliche Gewöhnung oder Gleichklang wachgerufene Vorstellungen überall einschleichen. Daß dabei die Aufeinanderfolge der Gedanken nicht beschleunigt ist, wie man meist annimmt, sondern daß die Erzeugung neuer Vorstellungen oft sogar sehr dürftig und langsam vonstatten geht, läßt sich durch geeignete Versuche unschwer dartun. Dagegen ist die Bezeichnung Ideenflucht insofern ganz zutreffend, als die Dauer der einzelnen Vorstellung in der Tat erheblich verkürzt zu sein scheint: die Ideen sind „flüchtig“ und verblassen schon wieder, bevor sie noch rechte Klarheit gewonnen haben. Daher besteht auf der Höhe

solcher Störungen regelmäßig eine mehr oder weniger ausgesprochene Bewußtseinstrübung.

Die Stimmung läßt die Ablenkbarkeit in dem unvermittelten Wechsel der Färbung erkennen, die von übermütigster Lustigkeit im Handumdrehen zu zorniger Gereiztheit, aber auch zu weinerlicher Verzweiflung umschlagen kann. Bei der Gestaltung der Willensäußerungen endlich kommt die Störung als motorische Unruhe, als Beschäftigungsdrang zum Ausdruck. In dem Kranken tauchen fortwährend die mannigfaltigsten Willensantriebe auf, deren Umsetzung in Handeln durch keine Hemmungen verhindert, aber durch neue Antriebe sehr bald wieder durchkreuzt wird.

Vergleichen Sie diese Kennzeichnung des vorliegenden Zustandes mit dem Bilde des vorhin besprochenen Kranken, so werden Sie unschwer erkennen, daß uns bei jenem dieselben Züge entgegentraten wie hier, nur in sehr abgeschwächter Form. Auch dort bemerkten wir die Ablenkbarkeit des Gedankenganges, den Wechsel der Stimmung und die Haltlosigkeit des Willens, die Neigung, allen auftauchenden Antrieben widerstandslos nachzugeben. In der Tat haben wir es in beiden Fällen mit demselben Krankheitsbilde, mit demjenigen der manischen Erregung zu tun. Daß die auf den ersten Blick so auffallenden Unterschiede nur gradweise sind, wird uns klar, wenn wir bei jenem Kranken mit wachsender Erregung denselben Zustand sich entwickeln sehen wie hier. Andererseits aber hat auch unsere Kranke zeitweise das Bild der „Hypomanie“ dargeboten. Allerdings trifft das nicht für den jetzigen Anfall zu, der vor ungefähr 2 Monaten ziemlich plötzlich begann, höchstens für die ersten Tage. Dagegen hat die Kranke, was wir nach unseren früheren Erörterungen von vornherein für wahrscheinlich halten mußten, schon eine ganze Reihe von manischen Anfällen überstanden, die zum Teil ungemein milde verlaufen sind.

Die Frau ist jetzt 32 Jahre alt; ihr Vater war sehr aufgereggt, ebenso dessen Bruder, der durch Selbstmord starb; auch ein Vetter des Vaters war geisteskrank. Eine Schwester der Kranken ist schwachsinnig. Ihre Krankheit begann im 14. Jahre mit einem Anfälle von Depression, dem nach 2 Jahren ein Erregungszustand folgte. Wiederum 2 Jahre später trat ein neuer Anfall trauriger Verstimmung mit Selbstanklagen und starker Hemmung auf, an

den sich eine Erregung, dann eine nochmalige Depression und eine weitere Erregung anschloß. Von da ab wurden häufige Schwankungen zwischen leichter Verstimmung und hypomanischen Zuständen beobachtet, die nur von der Mutter als krankhaft erkannt wurden. Die Kranke führte dann ein unstetes Leben, erließ Heiratsanzeigen, knüpfte wahllos Liebesverhältnisse an, die nicht ohne Folgen blieben, wurde aber von Fremden nur für „lebenslustig“ gehalten. Einmal heiratete sie in einem solchen Zustande wirklich, freilich nur, um sich später wieder scheiden zu lassen; dreimal wurde die Erregung so stark, daß die Kranke vorübergehend in einer Anstalt untergebracht werden mußte. In den Depressionszuständen empfand sie dann immer tiefe Reue über ihre Handlungsweise während der Erregung. Dazwischen schoben sich übrigens auch längere Zeiten ein, in denen weder traurige noch heitere Verstimmung vorhanden war.

Die ganze Entwicklung und der Verlauf dieses Falles ist un-
gemein kennzeichnend für das manisch-depressive Irresein. Den
Beginn im jugendlichen Alter mit einer traurigen Verstimmung,
den späteren Wechsel zwischen Manie und Depression, das Vor-
kommen einzelner schwerer neben zahlreichen leichten Anfällen,
die dem Laien kaum als krankhaft erscheinen, finden wir in der-
selben Weise ungezählte Male wieder. Ebenso ist uns die Er-
fahrung geläufig, daß derartige Kranke aus Familien zu stammen
pflegen, in denen noch weitere Fälle von Geistesstörung vorge-
kommen sind. Wir werden erwarten dürfen, daß unsere Kranke
auch fernerhin eine Reihe verschieden gefärbter, leichterer und
schwererer Anfälle zu überstehen haben wird*).

Auch der nun folgende Kranke, ein 49jähriger Schiffer, be-
ginnt bei seinem Eintritte sofort zu reden und stellt sich vor als
„Angeklagter unter dem Oberbefehl des Herrn Professor General
Kr.“ Er geht indessen bereitwillig auf die Beantwortung der an
ihn gerichteten Fragen ein, erweist sich als völlig klar über Zeit,
Aufenthaltort und Umgebung. Sehr bald jedoch gerät er in lang-

*) Die Kranke ist unter sehr starkem Ansteigen des Körpergewichtes
nach 5monatiger Dauer des Anfalles genesen, hat aber in den seither ver-
flossenen 12 Jahren wieder zahlreiche leichte Depressionen und Erregungen
durchgemacht; inzwischen ist ihre Tochter zweimal manisch erkrankt, zum
ersten Male mit 15½ Jahren.

atmige, vom Hundertsten ins Tausendste führende Erzählungen, die er dann plötzlich mit irgendeiner überraschenden Wendung schließt: „entweder werde ich gesund oder krank oder den Kopf ab“. An den Namen Katharine knüpft er an: „Kathreiner-Kneipps-Malzkaffee — Fröhlich Pfalz, Gott erhalt's — Alles soll geröstet werden.“ Seine Auffassung und sein Gedächtnis sind sehr gut; seine Angaben macht er mit einer gewissen scherzhaften Genauigkeit; er sei am 1. Juli, Freitag, 10 Minuten vor 6 Uhr in die Klinik gekommen. Er hält sich für gesund; man hätte ihn nicht hereinzubringen brauchen. Über die Ärzte und die Klinik macht er spottende Bemerkungen, ebenso über sich selbst; er schwatze närrisches Zeug, sei aber doch gescheit, gescheiter, als die Ärzte, die in Heidelberg doch nichts lernten. Als er uns zu duzen beginnt und wir ihm darüber unser Erstaunen ausdrücken, bricht er in eine Flut von Schimpfworten aus, sucht sich darin immer noch mehr zu überbieten, um schließlich mit schallendem Gelächter zu endigen. Seine Stimmung ist gehoben, übermütig, sein Benehmen flott, stramm; er hält bei der Antwort die Hand wie zum militärischen Gruße an die Schläfe, spricht laut und kurz abgerissen wie bei einer Meldung, verfällt aber bald in gemüthlichen Erzählerton.

Der Zustand, in dem sich der Kranke befindet, ist, wie Sie schon erkannt haben werden, ebenfalls derjenige der manischen Erregung. Die Ablenkbarkeit seines Gedankenganges, die gehobene, wechselnde Stimmung und die motorische Unruhe, insbesondere die Redesucht, sind deutlich genug. Auch nach anderen Richtungen hin würden Sie seinen Beschäftigungsdrang bewundern können, wenn Sie ihn auf der Abteilung sehen würden, wie er seine Kleider in immer neuen Verschlingungen anordnet, aus seinem Bettzeug ein Pferd verfertigt, auf dem er reitet, oder einen Anker, das Sinnbild seines Berufes, wie er brüllt, singt und tanzt, gelegentlich auch zerstört, was ihm in die Hände fällt. Unsere aus der allgemeinen Erfahrung geschöpfte Vermutung, daß der jetzige Anfall wohl nicht der erste sein wird, bestätigt sich auch hier. Der Kranke ist vor 8 Jahren zum ersten Male gekommen, seitdem aber schon zum 8. Male hier. Die Anfälle setzten jedesmal ganz plötzlich ein, die beiden ersten nach einem Falle ins Wasser, der dritte bei der Beerdigung seiner Tochter, die späteren ohne er-

kennbaren Anlaß. Er wurde jedesmal sofort sehr erregt, entwickelte meist auch unsinnige Wahnideen, er sei Gott, Joseph in Ägypten, nannte die Umgebung mit dem Namen von Fürsten und Kaisern, mußte wegen heftigsten Widerstrebens in der Zwangsjacke hergebracht werden. Die Erregung schwand jedoch regelmäßig schon nach 1—2 Wochen, so daß wir ihn sehr bald wieder entlassen konnten.

Die letzten 5 Aufnahmen fanden in diesem Jahre statt. Wir behielten den Kranken daher jetzt nach dem Schwinden der Erregung zunächst noch in der Klinik und konnten jeweils nach 4—5 Wochen das Einsetzen zweier neuer Anfälle hier beobachten. Den letzten derselben haben wir dadurch abzukürzen gesucht, daß wir dem Kranken sofort beim ersten Zeichen der Erregung 12 und dann 15 g Bromnatrium täglich verabreichten. In der Tat ist der Anfall viel rascher und milder verlaufen, als die vorhergehenden; vielleicht dürfen wir hoffen, daß auch der nächste Anfall wieder länger ausbleibt*). Im übrigen haben wir bei dem Kranken dieselben Mittel angewendet, die sich auch sonst in manischen Zuständen bewähren, zunächst Bettruhe, dann aber, wenn sie sich als undurchführbar erwies, warme Dauerbäder, die wir halbe, auch ganze Tage lang, unter Umständen Monate hindurch, mit bestem Erfolge in Anwendung zu ziehen pflegen. Um die Kranken an die Bäder zu gewöhnen, sind im Anfange öfters einige Gaben Hyoscin oder Sulfonal nötig; später aber pflegen sie ohne großes Widerstreben in dem behaglich warmen Bade zu bleiben, in dem sie auch ihre Mahlzeiten einnehmen und sich etwas beschäftigen können. Bei manchen Kranken, wie gerade in unserem Falle, erweist sich schon die einfache Abtrennung von anderen als ein wirksames Beruhigungsmittel, von dessen Anwendung man jedoch sofort abzusehen hat, wenn und solange die Kranken Neigung zur Unreinlichkeit oder zum Zerstören zeigen. Bei freundlicher, ruhiger, sie nicht reizender Behandlung sind übrigens derartige

*) Nach einer ganz kurzdauernden, ebenfalls mit Brom behandelten Erregung 4 Wochen später ist der Kranke über 5 Monate gesund geblieben und dann noch einmal leicht erkrankt. Zwei Jahre später folgten mit kurzer Zwischenzeit zwei neue Anfälle, der letzte im Anschlusse an den Tod der Frau; jetzt ist der Kranke seit 2 Jahren gesund.

„tobsüchtige“ Kranke weit harmloser, als man sich zunächst vorzustellen pflegt.

Bis hierher haben wir nur die Erregungszustände unseres Kranken betrachtet. Da sie am meisten ins Auge fallen, pflegt man derartige Krankheitsbilder in der Regel einfach als „periodische Manie“ zu bezeichnen. Es sind indessen auch hier sehr deutliche traurige Verstimmungen hervorgetreten. Namentlich nach dem Schwinden der Erregung war der Kranke öfters tagelang niedergeschlagen, gedrückt, still, meinte, er habe keine Freude mehr auf der Welt; es sei ein Elend, wenn man so dran sei wie er. Aber auch in die manische Erregung schoben sich Stunden ein, in denen er heftig weinte und sein trauriges Schicksal beklagte, um freilich bald wieder in die alte, übermütige Stimmung zurückzuerfallen. In diesen Schwankungen, die man auch bei heiterster Manie kaum jemals vermissen wird, prägt sich, wie mir scheint, nicht nur die tiefere innere Verwandtschaft der anscheinend so entgegengesetzten Zustände, sondern auch die klinische Einheit aller jener Krankheitsbilder aus, die man gewöhnlich als die verschiedenen Formen der einfachen und periodischen Manie wie des zirkulären Irreseins auseinanderzuhalten sucht. Gemeinsam ist ihnen allen die Neigung zu mehrfacher Wiederkehr im Leben wie der im allgemeinen günstige Ausgang des einzelnen Anfalles, auch wenn die Erscheinungen recht schwere sind und sehr lange andauern.

VIII. Vorlesung.

Manisch-depressive Mischzustände.

M. H.! Wenn die verschiedenartige Färbung, Schwere und Dauer der einzelnen Anfälle den Zustandsbildern des manisch-depressiven Irreseins schon eine außerordentlich mannigfaltige Gestalt gibt, so wird dieser Formenreichtum durch die Betrachtung einiger weiterer Fälle noch eine wesentliche Vermehrung erfahren. Die 38jährige Frau, die soeben unter einigem Wider-

streben hereingeführt wird, bietet einen sehr merkwürdigen Anblick dar. Sie ist hager, schlecht genährt, blaß; das faltenreiche, früh gealterte Gesicht zeigt einen mürrischen, verdrießlichen Ausdruck. Der Kopf ist etwas gesenkt; die finster blickenden Augen spähen langsam im Saale umher. Auf den aufgelösten, kurz geschnittenen Haaren trägt die Kranke einen unordentlich zusammengebundenen Blätterkranz, in den bunte Wollfäden und Papierfetzen verflochten sind; das Handgelenk ist mit einem abgerissenen Deckenstreifen geschmückt; um einige Finger sind Fäden geschlungen. Die linke Hand ist an die Brust gepreßt und umklammert ein Bündel Blätter und ein zusammengefaltetes Taschentuch. Die Kranke kommt langsam, zögernd näher, setzt sich auf eindringliches Zureden, gibt aber auf die an sie gerichteten Fragen keinerlei Antwort; nur hie und da hört man ein leises, unverständliches Brummen. Ihre Haltung ist gebunden, doch macht sich in leichten Bewegungen ihrer Finger eine gewisse Unruhe bemerkbar. Einfache Aufforderungen, aufzustehen, die Hand zu geben, die Zunge zu zeigen, befolgt sie; sie geht an die Tafel, öffnet die kleinen Schubladen für die Kreide, untersucht sie, murmelt dabei vor sich hin. Dann geht sie auf die Türe zu, will hinaus, läßt sich aber ohne Schwierigkeit wieder zurückbringen. Beim Stechen der Hand mit einer Nadel zuckt sie erschreckt zusammen, zieht die Nadel mit rascher Bewegung aus der Haut heraus, wirft sie fort, reibt die schmerzende Stelle. Auf ein ihr gereichtes Blatt schreibt sie nach Aufforderung flott ihren Mädchennamen, während ihre Züge sich zu vergnügtem Grinsen erhellten. Plötzlich zieht sie ihre Schuhe aus und versucht, auch den Praktikanten der seinigen zu entledigen; sie erhebt sich von neuem, geht von einem der Zuhörer zum andern und sucht ihnen Dinge, die ihr gefallen, fortzunehmen, indem sie leise flüstert: „Geben Sie mir; das möcht' ich haben, das möcht' ich haben.“ Sodann sucht sie sich einiger der aufgehängten Hüte und Mäntel zu bemächtigen, läßt sie sich nur mit Mühe wieder abnehmen, schimpft leise vor sich hin und widerstrebt lebhaft, als man sie fortführt.

Die klinische Deutung dieses Zustandsbildes bietet erhebliche Schwierigkeiten. Offenbar haben wir es mit einer Form des Stupors zu tun; die Kranke faßt zwar einfache, an sie gerichtete Aufforderungen richtig auf, hat aber für ihre ganze Lage wohl nur ein höchst

unklares Verständnis, und sie ist außerstande, irgendwie zusammenhängende Auskunft zu geben; ihre ganzen Willensäußerungen sind dürftig und planlos. Stuporzustände sind uns bisher hauptsächlich bei der Katatonie und bei der cirkulären Depression begegnet; sie kommen ferner auch bei Epilepsie, Hysterie und Paralyse vor. Für die Annahme einer Paralyse hat die körperliche Untersuchung, bei der sich keinerlei nennenswerte Abweichungen feststellen lassen, keinen Anhalt geliefert. An einen epileptischen oder namentlich an einen hysterischen Stupor könnte man hier vielleicht denken, doch wird eine solche Annahme sofort hinfällig, wenn wir erfahren, daß dieser Zustand schon 2 Jahre und 4 Monate wesentlich unverändert andauert. Ein katatonischer Stupor könnte sich sehr wohl über eine so lange Zeit erstrecken; dagegen fehlen uns gerade die Störungen, die wir früher als kennzeichnend für jenes Krankheitsbild kennen gelernt haben. Die Kranke ist zwar öfters widerstrebend, aber nicht negativistisch; ihr Widerstand läßt sich, wo er überhaupt hervortritt, durch äußere Beeinflussung bald überwinden. Sie ist auch nicht stumpf und teilnahmslos, sondern eher neugierig und ablenkbar, reagiert gelegentlich recht lebhaft auf Eindrücke und Einwirkungen. Ihre Bewegungen sind wohl etwas unfrei und gebunden, aber nicht steif oder maniert; ihr Handeln ist nicht einförmig und sinnlos, sondern ohne Zweifel durch Vorstellungen oder Wünsche bestimmt, wenn auch in ziemlich unklarer Weise. Suchen wir endlich das klinische Bild mit der Annahme eines cirkulären Stupors in Einklang zu bringen, so stoßen wir auf die wesentliche Schwierigkeit, daß die Stimmung der Kranken nicht niedergeschlagen, sondern zeitweise deutlich heiter ist, und daß ihr ganzer Aufzug wie ihr Handeln auf die Neigung hinweist, zu zerstören, sich zu schmücken, Scherze zu machen.

Bevor wir eine neue Deutung dieses Zustandes versuchen, werfen wir noch einen Blick auf die Vorgeschichte. Die Mutter der Kranken ist sehr nervös, ein Bruder überspannt. Die körperlich schwächliche, geistig mäßig veranlagte, aber sparsame und fleißige Kranke heiratete mit 21 Jahren. Am Tage vor der Hochzeit weinte sie unaufhörlich, tanzte am nächsten Tage in auffallender Erregung, so daß an einen Aufschub der Eheschließung gedacht wurde; sie war dann noch ein Vierteljahr lang traurig und unentschlossen,

konnte nicht arbeiten, zeigte aber zugleich große Reizbarkeit. In den beiden ersten Wochenbetten wiederholte sich diese Verstimmung, verlor sich aber nach einigen Wochen wieder. Auch nach der dritten Geburt, mit 26 Jahren, erkrankte die Frau in ähnlicher Weise mit Angst, Niedergeschlagenheit, Vergiftungsideen und anscheinend auch Sinnestäuschungen. Da die Kranke allmählich ganz stuporös wurde und die Nahrung verweigerte, kam sie damals zum ersten Male in unsere Klinik. Nach 4 Monaten wurde sie allmählich lebhafter, drängte hinaus, entkleidete sich, löste die Haare auf, kletterte auf Stühle und Tische, zerriß, was ihr in die Hände fiel, schmückte sich mit Lumpen und grünen Zweigen, war sehr unsauber, lachte und schimpfte vor sich hin, gab aber auf Befragen fast keine Auskunft, machte vielmehr einen unzugänglichen, verworrenen, blödsinnigen Eindruck; zeitweise wurde in ihren spärlichen Reden Ideenflucht bemerkt. Unter bedeutendem Ansteigen des tief gesunkenen Körpergewichts erfolgte nach etwa einjähriger Dauer der ganzen Krankheit vollständige Genesung mit sehr unklarer Erinnerung an das Vorgefallene.

Nachdem die Kranke mit 34 Jahren noch einen Depressionszustand durchgemacht hatte, der trotz ihres Wunsches, in die Klinik zurückzukehren, zu Hause behandelt wurde, setzte das Leiden vor nunmehr 28 Monaten, 3 Wochen nach der letzten Entbindung, von neuem ein. Die Kranke wurde ängstlich, verwirrt, äußerte Selbstmordgedanken, Todesbefürchtungen, wollte ihr Kind zum Fenster hinauswerfen. Als sie 2 Wochen später zu uns gebracht wurde, war sie unbesinnlich, vermochte trotz sichtlichen Bemühens auch auf einfache Fragen nur langsam und schwerfällig Antwort zu finden, hatte ausgeprägtes Krankheitsgefühl, klagte über ängstliche und unbehagliche Stimmung und Arbeitsunfähigkeit. Sie hörte Zurufe, Schreien von Kindern, Laufen und Fahren, meinte, sie werde angeklagt, sei an allem schuld, schrie zeitweise laut und einförmig und versank rasch in ausgeprägten Stupor. Nach etwa 4 Monaten änderte sich der Zustand allmählich in dem Sinne, daß die Kranke aus dem Bett ging, viel lachte und grinste, vor sich hin schimpfte, ihr Haar auflöste, häufig unrein war, ihre Kleider zu verschmieren und mit größter Hartnäckigkeit zu zerreißen begann. Sie entkleidete sich, sobald sie konnte, schmückte sich mit den Fetzen in mannigfaltigster Weise, schien dabei sehr vergnügt, lachte den Arzt an, blieb aber

sonst ganz unzugänglich, mißhandelte hie und da andere Kranke, schimpfte gelegentlich unflätig, weinte auch öfters, zeigte einen blöden, verständnislosen Gesichtsausdruck. In der letzten Zeit ist sie etwas freier und lenksamer geworden, freute sich bei Besuchen ihres Mannes, blieb aber immer noch fast ganz stumm und zerstörte die Kleider, die ihr auf ihre Bitte von Hause gebracht worden waren.

Wie Sie sehen, entspricht der klinische Gesamtverlauf des Leidens in einzelnen, immer wieder zur Genesung führenden Anfällen ganz demjenigen des manisch-depressiven Irreseins. Auch die Reihe der kurz dauernden depressiven Anfälle würde sich vollkommen unseren bisher besprochenen Erfahrungen einordnen, ebenso der Beginn der beiden längeren Erkrankungen, die hier in der Klinik beobachtet wurden. Der weitere Verlauf allerdings weicht beide Male in ganz gleicher Weise von dem gewöhnlichen Bilde der Depression ab. Ich glaube nicht fehl zu gehen in der Annahme, daß sich hier die Erscheinungen der manischen Erregung mit denjenigen der Depression in höchst eigentümlicher Weise gemischt haben. Zu der Denkhemmung gesellte sich heitere, zeitweise gereizte Stimmung, und die Willenshemmung wurde durch die Neigung zu Handlungen durchbrochen, wie sie sonst der Manie entsprechen. Auf diese Weise entsteht das klinische Bild jenes „Mischzustandes“, den wir als „manischen Stupor“ bezeichnen, in dem die Kranken unbesinnlich, gedankenarm, schwerfällig, wenig gesprächig, öfters geradezu stumm sind, während sich doch ihre übermütige Stimmung in allen möglichen Streichen, Ausschmückungen, auch wohl in kräftigen Schimpfereien, scherzhaften Bemerkungen und Wortspielen Luft macht. Ist diese Auffassung richtig, so wird die Kranke, obgleich sie wegen der schweren Denkhemmung früher wie jetzt für blödsinnig gehalten werden konnte, in absehbarer Zeit wieder gesund werden, steht allerdings in Gefahr, später von neuem zu erkranken*).

Eine ganz andere Form von Mischzustand bietet der 33jährige Landwirt dar, den ich Ihnen nunmehr vorstelle. Der Kranke gibt über seine persönlichen Verhältnisse geordnete Auskunft, weiß, wo

*) Die Kranke ist nach 8 Monaten wesentlich gebessert nach Hause zurückgekehrt und dort anscheinend allmählich gesund geworden; 6 Jahre später hat sie sich, vermutlich in einer neuen Depression, mit Salzsäure vergiftet.

er sich befindet, kennt die Ärzte, ist jedoch zeitlich nicht ganz klar. Er verhält sich zunächst ruhig, gerät aber im Laufe der Unterhaltung mehr und mehr in Erregung, bittet dringend, man möge ihn doch nach Hause lassen zu seiner Frau und seinen Kindern, ihm noch einmal Gnade schenken; ob man es denn verantworten könne, ihn für immer und ewig ins Zuchthaus zu tun? Die Wärter hätten es gesagt; an den gekreuzten Löffeln habe er es gesehen, daß man ihn fesseln wolle; die 5 Teller aufeinander hätten bedeutet, daß er nicht mehr zu seiner Familie komme, 4 zu Hause und einer hier. Er sehe wohl, daß man ihn als unheilbar betrachte, und werde keinen Bissen mehr essen. Durch seinen Aufenthalt hier stehle er seinen Kindern das Geld. Morgen werde er ganz gewiß hingerichtet, aber warum habe er auch nicht darauf geachtet, was das bedeutet habe, wie die Tasse zerbrochen war und das Geschirr so auf dem Tische stand. Er hätte sagen sollen: „Ich weiß nicht, warum“ und seine Kleider verlangen. In dieser verworrenen Weise redet er weiter, läßt sich nur für kurze Zeit unterbrechen, um sein Jammern sofort wieder von neuem zu beginnen. Dabei verrät er lebhaft gemüthliche Erregung, ringt die Hände, will niederknien, stöhnt und weint laut. Dennoch ist sein Gesichtsausdruck nicht eigentlich traurig. Er blickt lebhaft und mit glänzenden Augen um sich, antwortet zwischendurch auf Fragen ganz sachgemäß, ist bereit, einen Vertrag zu machen, daß er 8 Tage lang nicht reden und regelmäßig essen wolle, wenn er so heim komme, drängt halb scherzhaft, daß man ihm die Hand darauf geben möge, gerät aber dann wieder in seinen früheren Redestrom hinein. Die körperliche Untersuchung ergibt keine bemerkenswerten Abweichungen.

Das Zustandsbild ist somit bei dem Kranken dasjenige einer Depression. Fragen wir uns nach der klinischen Bedeutung derselben, so werden wir zunächst an die Möglichkeit einer Melancholie denken, da eine Paralyse wegen des Fehlens körperlicher Störungen, ein circulärer Depressionszustand im Hinblick auf die völlige Freiheit der Willensauslösung wenig wahrscheinlich ist. Die einzigen Zeichen, die nicht so ganz in das Bild der Melancholie hineinpassen, sind vielleicht die große Redseligkeit des Kranken und die Leichtigkeit, mit der es gelingt, ihn, wenn auch nur vorübergehend, abzulenken.

Blicken wir nun zurück auf die Entwicklung des Zustandes, so erfahren wir, daß der Kranke aus gesunder Familie stammt, aber einen geisteskranken Sohn hat; zwei andere Kinder sind gesund. Er machte den Feldzug 1870 mit, war ein ruhiger, nüchterner Arbeiter, gesund bis zu seinem 43. Jahre, wo er wegen „Melancholie“ in der hiesigen Klinik behandelt wurde und nach kurzer Zeit genas. Jetzt ist er seit etwa einem Jahre wieder erkrankt. Der Beginn war ein allmählicher. Der Kranke machte sich unbedingte Sorgen, arbeitete verkehrt, äußerte Selbstmordgedanken. Nach seiner Aussage wußte er morgens nicht, ob er hinausfahren oder hereinfahren, ob er den Mist hierhin oder dahin bringen solle; schließlich habe seine Frau gesagt: „Nun fahre doch endlich einmal fort.“ Manche Tage sei es ihm ganz gut gegangen; dann habe er wieder gemeint, er könne sich gar nicht mehr freuen; wozu solle er noch weiter leben! Oft sei er auch gereizt und zornig gewesen; nachher habe es ihn wieder gereut.

Bei der Aufnahme in die Klinik vor einem halben Jahre war der Kranke in heiterer Stimmung, zeigte lebhaften Rededrang und kein Krankheitsgefühl, meinte, jetzt könne er sich wieder leicht zu allem entschließen, was ihm früher so sehr schwer geworden sei. Allein schon in den nächsten Tagen änderte sich das Bild ganz plötzlich. Der Kranke wurde unbesinnlich, vermochte nur mit Mühe die Namen seiner Kinder anzugeben, zeigte lebhafteste Angst, meinte, er sei zum Tode verurteilt, rutschte knieend auf dem Boden herum, verweigerte die Nahrung. Aber auch dieser Zustand verschwand rasch wieder, und es entwickelte sich nun ein ganz unregelmäßiger Wechsel zwischen gehobener und ängstlicher Stimmung, der sich bisweilen innerhalb weniger Stunden vollzog.

Allmählich jedoch gewann die Angst immer mehr die Oberhand. Widerspruchsvolle Versündigungs- und Verfolgungsideen tauchten auf und verschwanden; zugleich hatte der Kranke die Neigung, jedes Vorkommnis in seiner Umgebung in der schon früher angedeuteten Weise auf sich zu beziehen. Besonders plagte ihn der Zwang, bei allen Wahrnehmungen zu sagen: „Ich weiß nicht warum“, damit kein Unheil für ihn daraus erwachse. Gerade in seinem „Beziehungswahn“ trat sehr deutlich die große Ablenkbarkeit des Kranken hervor, die ihn immer neue Anknüpfungen finden ließ, während die alten rasch vergessen wurden. Während

der ganzen Krankheit bestand eine große motorische Unruhe, die sich in lebhaften Gebärden, fortwährendem Herümwandern und namentlich in ungemein starkem Rededrange äußerte. Bemerkenswert war dabei die Steigerung der Erregung durch das Sprechen selbst. Sobald man den Kranken anredete, schwoll sein Redestrom unfehlbar rasch an, wenn er sich vorher noch so fest vorgenommen hatte, ruhig zu bleiben. In der letzten Zeit ist bei ihm vorübergehend auch wieder eine mehr heitere, zuversichtliche Stimmung hervorgetreten.

Aus diesem Verlaufe wird es klar, daß es sich hier nicht um eine melancholische Erkrankung handeln kann. Dagegen spricht außer dem frühen Auftreten des ersten Anfalles der Erkrankung durchaus die entschieden manische Färbung des Zustandes in den ersten Wochen des vorliegenden Anfalles. Zugleich entnehmen wir aus den Erzählungen des Kranken, daß die Entschlußunfähigkeit, die wir als Zeichen der cirkulären Depression früher kennen gelernt haben, bei ihm in der ersten Krankheitszeit sehr deutlich ausgeprägt war; ebenso konnten wir eine Denkhemmung hier vielfach ohne Schwierigkeit nachweisen. Der Zustand des Kranken hat somit im Beginne des jetzigen Anfalles die uns bekannten Zeichen der cirkulären Depression, Hemmung des Denkens und Wollens, späterhin zeitweise diejenigen der manischen Erregung, heitere Stimmung mit Rededrang, allerdings ohne deutliche Ideenflucht, dargeboten. Sodann ist nach einer Zeit des Hin- und Herschwankens die traurig-ängstliche Verstimmung wieder stärker geworden, während die motorische Erregung fortbestand. Nach unserer Ansicht gehört auch dieses Krankheitsbild unter die Erscheinungsformen des manisch-depressiven Irreseins und ist als ein Mischzustand von psychomotorischer Erregung mit depressiver Stimmung zu deuten. Der Kranke zeigt uns somit, wie wir glauben, das gerade Gegenstück zu dem Bilde des vorigen Falles, bei dem wir heitere Verstimmung neben psychomotorischer Hemmung feststellen konnten. Die Gründe für diese unsere Auffassung entnehmen wir hauptsächlich dem deutlichen, wenn auch vorübergehenden Hervortreten der gewöhnlichen manischen und depressiven Zustandsbilder neben den geschilderten Mischzuständen bei demselben Kranken in demselben oder in verschiedenen Anfällen.

Der Wert dieser Deutung liegt darin, daß wir durch sie ein klares Urteil über den weiteren Verlauf der Erkrankung gewinnen. Wissen wir, daß diese eigenartigen Zustände nur Gestaltungen des manisch-depressiven Irreseins darstellen, so werden wir für den gegebenen Anfall Genesung, für späterhin allerdings mit Wahrscheinlichkeit eine Neuerkrankung in der gleichen oder einer anderen Form der cirkulären Zustandsbilder erwarten dürfen. Wie es scheint, besteht vielfach bei demselben Kranken die Neigung, jedesmal in einen Mischzustand gleicher Art zu verfallen; bisweilen, wie in unserem ersten Falle, bildet sich diese Neigung erst späterhin heraus, doch können sich auch zwischen mehrere Mischzustände wieder gewöhnliche Anfälle einschieben. Im allgemeinen scheinen Mischzustände etwas schwerere Formen der Erkrankung darzustellen, als die einfachen Anfälle.*)

Schon mehrfach sind uns beim manisch-depressiven Irresein Wahnbildungen begegnet, meist Versündigungs- und Verfolgungsideen, seltener Größenideen. Diese Wahnvorstellungen gehören nicht notwendig zum Krankheitsbilde. Sie können völlig fehlen, können aber auch so stark entwickelt sein, daß sie dem ganzen Zustande ein fremdartiges Gepräge geben. Sie sehen hier einen 19jährigen Musikschüler vor sich, der seit etwa einem Jahre erkrankt ist. Sein alter Vater ist infolge mehrerer Schlaganfälle gelähmt; ein Bruder desselben soll geisteskrank gewesen sein. Der sehr begabte Kranke wurde, als er auf der Musikschule studierte, ohne greifbaren Anlaß verstimmt, fühlte sich unbehaglich, vereinsamt, machte allerlei Pläne, Aufenthaltsort und Beruf zu wechseln, die er immer wieder aufgab, da er zu keinem bestimmten Entschlusse kommen konnte. Bei einem Besuche in München hatte er das Gefühl, als ob die Leute auf der Straße ihm etwas zu sagen hätten, als ob überall über ihn gesprochen würde. In einem Wirtshause hörte er eine anzügliche Bemerkung vom Nachbarische, auf die er grob antwortete. Am nächsten Tage erfaßte ihn die Angst, daß seine Bemerkung als Majestätsbeleidigung aufgefaßt werden könne; er hörte, daß Studenten vor der Türe

*) Der Kranke ist nach 20monatiger Dauer des Anfalles unter starker Zunahme seines Körpergewichtes vollständig genesen. In den letzten Jahren ist er leicht erregt und hat angefangen, zu trinken.

nach ihm fragten, und verließ München Hals über Kopf unter allen möglichen Vorsichtsmaßregeln, da er sich unterwegs begleitet und verfolgt glaubte. Seitdem hörte er auf der Straße Leute, die ihn zu erschießen, sein Haus anzuzünden drohten, brannte deswegen in seinem Zimmer kein Licht. Auf der Straße zeichneten ihm die Stimmen den Weg vor, den er gehen durfte, um nicht erschossen zu werden. Überall hinter Türen, Fenstern, Zäunen schienen ihm Verfolger zu lauern; auch vernahm er lange Gespräche nicht sehr schmeichelhaften Inhalts über seine Person. Infolgedessen zog er sich von allem Verkehr zurück, benahm sich aber doch so geordnet, daß seine eigenen Angehörigen, die er besuchte, nichts von seinen Wahnvorstellungen merkten. Schließlich brachten ihn die vielen höhnischen Zurufe, die er bei jeder Gelegenheit hörte, auf den Gedanken, sich zu erschießen.

Nach einem halben Jahre etwa fühlte er sich freier, „wohlig, unternehmungslustig, heiter“, begann viel zu reden, zu komponieren, kritisierte alles, schmiedete große Pläne, wurde unbotmäßig gegen seine Lehrer. Dabei dauerten die Stimmen, die er als Einflüsterungen höherer Geister auffaßte, fort. Auch Gesichtstäuschungen traten nun massenhaft hervor. Der Kranke sah Beethovens Bild vor Freude über sein Genie erglühen, Goethe, den er schlecht gemacht hatte, drohen; verummte Greise, weibliche Idealgestalten schwebten durch sein Zimmer. Er sah Blitze und herrliche Farbenspiele, die er zum Teil als Ausfluß seines großen Genies, zum Teil als Beifallsbezeugungen Verstorbener deutete. Nunmehr betrachtete er sich als den Messias, predigte öffentlich gegen die Prostitution, wollte ein ideales Verhältnis mit einer Musikschülerin anknüpfen, die er in fremden Häusern suchte, komponierte das „Hohe Lied der Liebe“ und wurde wegen dieses unschätzbaren Werkes von seinen Neidern, wie er meinte, in die Irrenanstalt gebracht.

Der Kranke ist völlig besonnen und gibt über seine persönlichen Verhältnisse zusammenhängende Auskunft. Über Zeit und Ort ist er klar, verrät aber, daß er seine Lage wahnhaft beurteilt, uns für Hypnotiseure hält, die mit ihm Versuche machen wollen. Als krank betrachtet er sich nicht, höchstens als etwas nervös überreizt. Durch vorsichtiges Fragen erfahren wir, daß alle Leute seine Gedanken wissen; wenn er schreibt, so werden die Worte vor

der Türe nachgesprochen. Im Knarren der Dielen, im Pfeifen der Eisenbahn vernimmt er Zurufe, Ermahnungen, Befehle, Drohungen; in der Nacht erscheint ihm Christus oder eine goldene Figur als Geist seines Vaters; durch das Fenster werden farbige Zeichen von besonderer Bedeutung gegeben. Bei längerer Unterhaltung verliert der Kranke sehr rasch den Zusammenhang und bringt schließlich eine Folge tönender Redensarten vor, die unvermutet mit irgendeiner scherzhaften Frage abschließen. Seine Stimmung ist übermütig, selbstbewußt, meist liebenswürdig, selten vorübergehend gereizt oder ängstlich. Der Kranke redet viel und gern, hält auf der Abteilung laute Selbstgespräche, marschiert stürmisch auf und ab, nimmt sich mehr, als erwünscht, seiner Mitkranken an, sucht sie zu trösten und zu behandeln. Auch mit Briefschreiben und Komponieren ist er viel beschäftigt, liefert aber nur flüchtige, liederlich hingeworfene, mit zahlreichen Randbemerkungen beschriebene Arbeit. Körperlich ist er gesund.

Die Deutung dieses Zustandes ist auf den ersten Blick nicht leicht. Von den bisher besprochenen Krankheiten käme vielleicht in erster Linie die Dementia praecox in Betracht, namentlich gewisse Formen derselben, die wir später noch zu behandeln haben werden. Gegen diese Annahme spricht jedoch mit Entschiedenheit die ungemein frische, lebhafte Stimmung des Kranken, sein Interesse an der Umgebung, seine Zugänglichkeit, sein Beschäftigungsdrang. Auch fehlen gänzlich die mannichfachen Absonderlichkeiten des Handelns und Benehmens, die wir bei jener Krankheit so sehr im Vordergrunde stehen sahen. Dagegen weist uns die Ablenkbarkeit, wie sie sich in seinen immerfort abspringenden, leicht den Faden verlierenden Erzählungen äußert, die heitere, übermütige Stimmung, der Rede- und Tatendrang auf die Zugehörigkeit des Zustandes zum manisch-depressiven Irresein hin. Für diese Auffassung spricht aber namentlich auch der eigentümliche Umschlag aus dem unlustigen, entschlußlosen, ersten zum wohligen, tatenfrohen, zweiten Abschnitte der Krankheit. Die Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, die in solchen Fällen häufig zu der später zu würdigenden Diagnose „periodische Paranoia“ führen, sind kein so wesentliches klinisches Merkmal, daß sie unserer Deutung widersprechen würden; sie können in einem Anfalle des Leidens bei demselben Kranken fehlen, im

anderen vorhanden sein. Ist unsere Annahme richtig, so werden wir unserem Kranken in absehbarer Zeit völlige Genesung, dafür allerdings für später die Möglichkeit einer Wiedererkrankung in Aussicht stellen können*).

IX. Vorlesung.

Katatonische Erregung.

M. H.! Der Kranke, den ich Ihnen heute zeige, muß fast hereingetragen werden, da er in gespreizter Stellung auf dem Außenrande der Füße geht. Beim Eintreten schleudert er seine Pantoffeln von sich, singt laut einen Choral und schreit hinterher ein paarmal: „My father, my real father!“ Es ist ein 18jähriger Oberrealschüler, groß, ziemlich kräftig gebaut, aber von blasser Farbe der Haut, auf der ungemein häufig ein flüchtiges Erröten hervortritt. Der Kranke sitzt mit geschlossenen Augen da und kümmert sich gar nicht um seine Umgebung. Auch auf Anreden blickt er nicht auf, antwortet aber, indem er leise beginnt und allmählich immer lauter schreit. Gefragt, wo er sich befinde, sagt er: „Das wollen Sie auch wissen; ich sag’s Ihnen schon, wer abgepaßt wird und abgepaßt ist und abgepaßt sein soll. Ich weiß das alles und könnt’s Ihnen sagen, aber ich mag nicht gern“. Auf die Frage nach seinem Namen schreit er: „Wie ist Ihr Name? Was schließt er? Die Augen schließt er. Was hört er? Er faßt nicht auf; nicht auffassen tut er. Wie? Wer? Wo? Wann? Was dem

*) Der Kranke ist völlig genesen und 10 Jahre gesund geblieben. Sodann folgte eine leichte, aber ausgeprägte Verstimmung mit mehrfachem peinlichem Wechsel wichtiger Entschlüsse, Arbeitsunfähigkeit, Stimmungsschwankungen, hypochondrischen Beschwerden, die sich nach etwa halbjähriger Dauer wieder verlor. Dieses spätere Auftreten einer einfachen, unverkennbar cirkulären Depression ohne jede Spur von Wahnbildungen oder Sinnestäuschungen bei unserem Kranken gibt die beste Erläuterung zu den oben wiedergegebenen, weit zurückliegenden Betrachtungen.

einfällt; wenn ich sag', er soll gucken, guckt er erst recht nicht. Du da, guck' einmal! Was ist? Was gib'ts? Merkt auf; nicht auf merkt er. Wenn ich's sag', was ist denn? Warum gibst mir denn kein' Antwort? Wirst wieder frecher? Wie kannst so frech sein? Dir komm' ich? Dir will ich's zeigen. Du wirst mir keine Hur'. Du mußt auch nicht gescheit sein; Du bist ein frecher Lausub', ein frecher, saudummer Lausub'. So ein frecher, unverschämter, elender Lausub' ist mir noch nie begegnet. Will wieder anfangen? Du verstehst ja gar nichts, ja gar nichts; gar nichts versteht er. Wenn du jetzt folgst, will nicht folgen, nicht folgen will; wirst noch frecher, noch frecher wirst? Wie die aufpassen, aufpassen tun sie" u. s. f. Zum Schlusse schimpft er in ganz unartikulierten Lauten.

Der Kranke faßt vorzüglich auf, hat auch in seine Reden manche vorher gehörten Wendungen verflochten, ohne dabei jemals aufzusehen. Er spricht geziert, bald kindisch lallend, bald lispelnd und anstoßend, singt dazwischen plötzlich, schneidet Gesichter. Aufforderungen befolgt er in absonderlicher Weise, gibt die Hand zur Faust geballt, geht auf Verlangen an die Tafel, schreibt aber nicht, sondern schlägt plötzlich eine Lampe herunter und wirft die Kreide unter die Hörer. Er macht allerlei sinnlose Bewegungen, stößt den Tisch von sich, dreht sich mit gekreuzten Armen samt dem Stuhl um sich selbst, sitzt mit übereinandergeschlagenen Beinen, die Hände auf dem Kopfe, balancierend da; zugleich ist Katalepsie nachweisbar. Beim Abschiede will er nicht aufstehen, muß geschoben werden, ruft laut: „Guten Morgen, meine Herren; mir hat's nicht gefallen“. Von körperlichen Störungen ist nur eine bedeutende Pulsbeschleunigung bis zu 160 Schlägen bemerkenswert.

Der Kranke könnte auf den ersten Blick vielleicht für manisch gehalten werden. Die genauere Betrachtung zeigt uns jedoch eine ganze Reihe abweichender Züge. Dahin gehört zunächst die Unzugänglichkeit des Kranken. Obgleich er zweifellos alle Fragen verstanden hat, gab er uns doch keine einzige brauchbare Auskunft. Seine Reden knüpften wohl an die Fragen an, enthielten aber keine Antwort, sondern eine Reihe unzusammenhängender Sätze, die weder zu der Frage noch zu der ganzen Sachlage in irgendeiner Beziehung standen. Ferner ließ sich in seinen Reden sehr deutlich die mehrfache Wiederholung derselben Wendungen ver-

folgen, und endlich arteten dieselben bald in wüste Schimpfe-
reien aus, ohne daß ein äußerer Anlaß dazu vorgelegen oder der
Kranke selbst stärkere Erregung verraten hätte. Einige dieser
Zeichen haben wir früher schon kennen gelernt, so den Negativis-
mus, der sich in dem Verweigern der Antwort, vielleicht auch in
dem dauernden Schließen der Augen kundgibt, ebenso die Stereot-
ypie. Neu hinzu kommt die Sprachverwirrtheit, das völlig
zusammenhangslose Gerede ohne Unbesinnlichkeit und ohne starke
Erregung, ein Zeichen, das den manischen Zuständen in dieser Form
fremd ist. Freilich können auch manische Kranke verwirrt reden,
aber sie verlieren den Zusammenhang so vollständig höchstens
vorübergehend und in den schwersten Erregungszuständen bei
stärkerer Bewußtseinstrübung. Selbst dann aber gelingt es fast
immer, wenigstens diese oder jene zutreffende Antwort von ihnen
zu erhalten. Ebenso treffen wir die grobe Unflätigkeit der Reden,
die man als „Koprolalie“ zu bezeichnen pflegt, bei manischen
Kranken nur, wenn sie sehr gereizt sind.

Als weitere diagnostisch bedeutsame Zeichen sind bei unserem
Kranken die Katalepsie, die plötzlichen, triebartigen Hand-
lungen, das Gesichterschneiden und das gezielte, sonder-
bare Benehmen anzuführen. Seine merkwürdigen Stellungen,
seine zwecklosen Bewegungen, die wunderlichen Umgestaltungen
alltäglicher Handlungen, des Gehens, Sprechens, Handgebens, die
sog. „Manieren“, sind es hauptsächlich, die uns den Unterschied
gegenüber dem frischen, uns Gesunden weit verständlicheren
Tätigkeitsdrange des Manischen deutlich machen. Während bei
diesem letzteren die Unsinnigkeit des Handelns nur durch die
starke Ablenkbarkeit entsteht, durch die rasche Folge immer neuer,
unvollkommen zur Entwicklung gelangender Antriebe, sind hier die
Antriebe selbst völlig ziellos und folgen keineswegs schnell auf-
einander, wenn auch dieser oder jener Antrieb einmal mit gewalt-
samer Plötzlichkeit in Handeln umgesetzt wird. Dort trägt daher
das Handeln den Stempel des Flüchtigen, Überstürzten, hier den
des Unbegreiflichen und Läppischen. Dazu kommt dort die über-
mütige, ausgelassene Stimmung, während hier trotz aller äußeren
Unruhe doch das Fehlen einer lebhafteren Stimmungsfärbung klar
genug hervortritt.

Wir werden nach diesen Erörterungen nicht zögern, den vor-

liegenden Zustand nicht dem manisch-depressiven Irresein, sondern der *Dementia praecox* zuzurechnen, deren kennzeichnende Züge, gute Auffassung neben gemüthlicher Verödung und verschiedenartigen Willensstörungen, wir hier wiederfinden. Der Vater unseres Kranken war Trinker und vorübergehend geisteskrank; auch dessen Mutter soll getrunken haben. Der Kranke selbst war immer still, sehr fleißig, von mittlerer Begabung. Vor 7 Monaten, in den Schulferien, fing er plötzlich an, ganz unsinnig zu lernen, wurde dann verwirrt, glaubte, man lache ihn aus, weil er schmutzig sei, wusch sich den ganzen Tag, hatte Angst, man hole seine Sachen, schlage die Scheiben ein, schien auch Stimmen zu hören, griff ohne Anlaß seine Mutter an, ließ unter sich gehen und sprach kein Wort mehr. Auch in der Klinik war er zunächst stumm, kataleptisch, gab steif und ruckweise die Hand, verweigerte allmählich vollkommen die Nahrung. Der Gesichtsausdruck war meist ganz gleichgültig, zeitweise heiter; die Besuche der Angehörigen machten gar keinen Eindruck.

Die Vorgänge in der Umgebung faßte der Kranke gut auf, befolgte jedoch Aufforderungen in der Regel nicht, tat vielmehr bisweilen geradezu das Gegenteil davon. So kniff er die Augen zu, als von seinen Pupillen gesprochen wurde, deckte sich das Taschentuch über das Gesicht, wenn man letzteres ansehen wollte, zog die Hand weg, sobald er sie reichen sollte. Öfters war er unrein, schmierte sogar und drehte Kügelchen aus Kot, ein Zeichen erheblicher gemüthlicher Abstumpfung. Nach längerer Nahrungsverweigerung verlangte der Kranke plötzlich Schweizerkäse, dann Schokolade, um beides gierig zu verzehren; wir erkennen daraus deutlich die sinnlose Triebartigkeit der Nahrungsverweigerung. Einmal legte er sein ausgestrecktes Bein in das Nachbarbett, verharrte auch in dieser Stellung, als jenes fortgerückt wurde. Im 7. Monate der Krankheit begann der Kranke erregt zu werden, nachdem er vorher aus seiner Stummheit heraus schon bisweilen gesungen hatte. Mitten in der Nacht warf er sein Bettzeug heraus, wippte rhythmisch auf dem Rost auf und nieder und schrie unaufhörlich: „Jetzt will ich wissen, wo mein Bruder ist!“ Seitdem befindet er sich in steter Erregung, zerstört, ist unrein, schimpft und spricht verwirrt. Seinen Angehörigen, denen er bei Besuchen nur die Eßwaaren abnahm, ohne mit ihnen weiter viel zu sprechen,

teilte er brieflich mit, daß er über Gibraltar nach Kamerun und über Konstantinopel nach Bukarest reisen werde.

Unsere aus dem augenblicklichen Bilde gewonnene Ansicht, daß es sich hier um einen der Dementia praecox zugehörigen Zustand handle, wird durch die bisherige Entwicklung des Falles vollkommen bestätigt. Die Krankheit hat in der gewöhnlichen Weise mit ängstlicher Verwirrtheit begonnen; dann folgte ein unzweifelhaft katatonischer Stupor, an den sich ziemlich plötzlich die jetzige Erregung anschloß. Die von uns wiederholt gekennzeichneten Grundzüge des Krankheitsbildes sind in den beiden, äußerlich so sehr voneinander verschiedenen Zuständen dieselben geblieben*).

Auch unsere zweite Kranke heute, ein 29jähriges Mädchen, zeigt lebhaft Unruhe. Hereingeführt, läßt sie sich auf den Boden gleiten, wälzt sich herum, strampelt mit den Beinen, klatscht in die Hände, zupft, zerwühlt sich die Haare, reißt ein ganzes Büschel heraus, schneidet Gesichter, verhüllt sich, spuckt um sich. Auf Anreden oder Stechen mit einer Nadel reagiert sie meist gar nicht, widerstrebt aber heftig, wenn man ihre Hand ergreifen, ihr Wasser einflößen will. Sie befolgt keinerlei Aufforderungen, zeigt die Zunge nicht, schließt die Augen, sobald man sie untersuchen will. Aus einzelnen, rasch hingeworfenen Antworten und Bemerkungen geht jedoch hervor, daß sie nicht nur die Fragen versteht, sondern auch über ihre Umgebung ziemlich klar ist. Meist allerdings ruft sie laut ganz sinnlose, abgerissene Worte, die in gar keiner Beziehung zu ihrer Lage stehen: „Pupp — Bups — Moll — Sie wissen ja — Temperatur — Feuerversicherungs — Wasser — Weinheim — Wasser — Kreolin — Straf sie Gott — 20 Mark — Sag, was — Wasser — Kreolin — Sieh nicht hinein — 20 Mark — Sag, was ist — Weg damit — Danke schön — 20 Mark — Sag, was willst — Straf sie Gott — Wasser — Ich nicht — 20 Mark — So — Straf sie Gott — Liebes Kind — So — Feuerschau — Bleib daheim mit Deiner Frau — Schätze, au — Sau — sag, was willst — Danke schön“ u. s. f. Dazwischen krächzt und kräht sie, fängt dann plötzlich an, mit

*) Der Kranke ist vor 5 Jahren in eine Pflegeanstalt verbracht und später von dort gebessert in die Familie entlassen worden; er soll sich jetzt wohl befinden.

Ausdruck einen Choral zu singen, geht in einen Gassenhauer über, lacht ausgelassen und bricht ebenso unvermittelt in lautes Schluchzen aus. Der Ernährungszustand der zart gebauten Kranken ist sehr schlecht; ihre Lippen sind rissig, mit Krusten bedeckt; der Kopf ist gerötet, der Puls stark beschleunigt. Im Munde sind frische syphilitische Geschwüre vorhanden, die sich allerdings bei dem starken Widerstreben der Kranken nur unvollkommen untersuchen lassen.

Was an diesem schweren Erregungszustande auffällt, ist zunächst der Gegensatz zwischen der völligen Verworrenheit der sprachlichen Äußerungen und der geringen Störung der Auffassung und Orientierung. Die Kranke redet den Arzt mit „Herr Doktor“ an, macht treffende Bemerkungen über einzelne Vorgänge in ihrer Umgebung, beantwortet aber nicht die einfachsten Fragen, sondern bringt langsam, ohne Überstürzung, ganz zusammenhangslose Worte und Ausrufe vor. Dabei ist die häufige Wiederkehr derselben Wendungen sehr deutlich, ebenso die gelegentliche Spielerei mit Gleichklängen und Reimen. Um ihre Umgebung kümmert sich die Kranke trotz ihrer guten Auffassung anscheinend gar nicht, verhält sich vielmehr ablehnend und widerstrebend. Ihre Stimmung ist im ganzen gleichmütig, vorwiegend heiter, nur vorübergehend traurig. Ihre Unruhe ist ziellos, einförmig; es sind nicht Handlungen, sondern nur Bewegungen, die sie ausführt. Weisen wir endlich noch auf das Gesichterschneiden hin, so wird Ihnen, wie ich denke, die grundsätzliche Übereinstimmung des vorliegenden Zustandes mit demjenigen des vorigen Kranken klar sein. Hier wie dort finden wir gute Auffassung bei geringer Aufmerksamkeit, Sprachverwirrtheit, Stereotypie in Reden und Benehmen, Negativismus, sinnlose Unruhe mit läppischen Handlungen ohne tiefere gemütliche Erregung. Auch dieser Zustand gehört somit in das Gebiet der Katatonie.

Der Vater unserer Kranken war Trinker; sie selbst war schwach begabt. Mit 23 Jahren trat im Anschlusse an eine unbedeutende Kopfverletzung, vielleicht mit Erysipel, eine Änderung in ihrem Benehmen ein. Sie wurde scheu, in sich gekehrt, auffallend vergeßlich, ängstlich, glaubte, es brenne, goß deswegen Wasser in ihr Bett, ließ Urin auf ihr Kopfkissen, sah Gespenster und geriet

rasch in eine starke Erregung, die der jetzigen anscheinend sehr ähnlich war. Hier in der Klinik, in die sie damals gebracht wurde, gab sie keine Auskunft, schrie eintönig einzelne abgerissene Worte, nahm absonderliche Stellungen ein und versank nach kurzer Zeit in völligen Stupor, aus dem sie nach einigen Wochen wieder erwachte, ohne über ihren Krankheitszustand nähere Auskunft geben zu können. Nach ihrer Entlassung begann sie allmählich, entgegen ihrem bisherigen Verhalten, ein unregelmäßiges, leichtsinniges Leben zu führen. Sie wurde syphilitisch und gebar drei uneheliche Kinder, von denen sie das letzte kurz nach der Geburt in ihrem Bette erstickte; deswegen wurde sie unter Berücksichtigung ihrer Beschränktheit zu 2 Jahren und 3 Monaten Gefängnis verurteilt. Dieses Erlebnis hat auf sie merkwürdig wenig Eindruck gemacht; sie lächelte nur blöde, wenn man mit ihr darüber sprach.

Nach ihrer Aburteilung mußte sie noch eine Schmierkur durchmachen, erkrankte aber nach 8 Wochen plötzlich psychisch und kam deshalb wieder in unsere Klinik. Sie befand sich damals in sinnlosester Erregung, zerkratzte und zerschlug sich, riß sich die Haare aus, wälzte sich rücksichtslos am Boden, ließ sich aus dem Bette fallen, zeigte zahlreiche Quetschmale an Armen und Beinen. Aus dem Magen entleerte sich bei der Spülung faulige Brühe, aus dem Munde eitriger Schleim und blutige Krusten. Die Kranke gab einzelne besonnene Antworten, sprach aber meist unverständlich, schrie immerfort nach Wasser, um es zu verschütten, sobald es ihr gebracht wurde. Der ganze Zustand glich somit sehr dem jetzigen, war nur viel schwerer. Mit vieler Mühe gelang es, durch häufige Magenspülungen und Sondenernährung sowie Entleerung des stark gefüllten Darmes die tief gesunkene Ernährung zu heben. Schon nach wenigen Tagen besserte sich die Unruhe, und die Kranke, die sich als ganz besonnen erwies, nahm wieder reichlich Nahrung zu sich. Jetzt, 4 Wochen nach der Aufnahme, ist seit einigen Tagen ein Rückfall der Erregung eingetreten. Wir werden denselben wie früher durch möglichst kräftige Ernährung, nach Bedarf mittelst der Sonde, sowie durch Dauerbäder zu bekämpfen suchen, die in solchen schweren Fällen ausgezeichnet zu wirken pflegen. Wahrscheinlich werden wir dann bald wieder Beruhigung erzielen.

Allerdings erscheint es sehr zweifelhaft, ob der Zustand unserer

Kranken je wieder ein befriedigender werden wird. Zunächst war sie von Jugend auf schwach begabt, hat aber, wie wir in der ruhigen Zeit feststellen konnten, noch einige spärliche Schulkenntnisse, erinnert sich auch an ihren früheren Aufenthalt in der Klinik und die damaligen Ärzte. Diese Entwicklung der Dementia praecox auf dem Boden angeborener oder früh erworbener geistiger Schwäche ist nicht ganz selten, während wir andererseits auch wieder ganz besonders gute Schüler in dieser Weise erkranken sehen. Eine weitere Trübung der Aussichten für die Zukunft liegt bei unserer Kranken in dem Umstande, daß sich nach dem ersten Anfälle des Leidens eine tiefgreifende Veränderung ihres ganzen Wesens eingestellt zu haben scheint. Wir haben schon früher darauf hingewiesen, daß die Besserungen nach dem Zurücktreten schwerer katatonischer Störungen in der Regel keine wirklichen Heilungen sind. Wenn wir auch die Möglichkeit vollständiger und dauernder Genesungen zurzeit nicht gerade ausschließen können, so lehrt doch die Erfahrung, daß für den sachverständigen Beobachter bald diese, bald jene Überreste der Krankheit zurückzubleiben pflegen. Sie tun uns ebenso wie die Neigung zu späteren Rückfällen dar, daß die Krankheit einen gewissen Grad von Siechtum geschaffen hat. Unter ihren Spuren sind, wie in unserem Falle, besonders wichtig die gemüthliche Verödung, ferner Mangel an Verständnis für die überstandene Krankheit, Unfreiheit des Handelns und Benehmens, Andeutungen von Katalepsie, Geziertheit, negativistischer Eigensinn, verschlossenes, unzugängliches Wesen. Die Krankhaftigkeit der Veränderung leuchtet der Umgebung oft gar nicht ein; sie wird aber deutlich, wenn späterhin Rückfälle erfolgen. In unserem Falle hat zum Wiederausbruche des Leidens, wie es scheint, das Wochenbett, die gerichtliche Verhandlung und Verurteilung sowie die Schmierkur zusammengewirkt; der Ausgang wird wohl auch im günstigsten Falle ein erheblicher Grad von Schwachsinn sein*).

Ein ganz anderes Bild, als die vorige Kranke, bietet die 23jährige Fabrikarbeiterin dar, die jetzt mit täppischem, weit aus-

*) Die Kranke befindet sich seit fast 9 Jahren in einer Pflegeanstalt, ist körperlich blühend, erinnert sich ihrer Erkrankung und beschäftigt sich, ist aber gedankenarm, urteilsschwach und gemüthlich stumpf geblieben; zweimal traten rasch verlaufende, schwere Erregungszustände auf.

holendem Knicks den Saal betritt. Sie lehnt es ab, sich zu setzen, sich mit uns zu unterhalten, dankt für die „Verehrer“, geht mit gezierten, wiegenden Schritten auf und ab, beginnt zu deklamieren und zu reimen, auch spitzige Bemerkungen in die Besprechung ihres Zustandes einzuwerfen. Sie heißt, wie sie der Pfarrer getauft hat, ist so alt wie ihr kleiner Finger; sie kennt ihre Lage, Zeit, Aufenthaltsort und die Personen ihrer Umgebung, vermag über ihre früheren Erlebnisse genaueste Auskunft zu geben. Für geisteskrank hält sie sich nicht. Häufig flicht sie falsche französische Brocken und unsinnig abgeänderte Zitate in ihre zusammenhangslosen Reden ein, wie: „Undank ist der Welt Lob“, „viele Hände, viele Sinne“. Einzelne sinnlose Redensarten reitet sie in unausgesetzter Wiederholung tot: „Der Teufelsdreck im Seelenfuß; der Seelenfuß im Teufelsdreck.“ Vielfach gebraucht sie ganz verzwickte, kaum verständliche Wortbildungen und Wendungen.

Ihre Stimmung ist läppisch, heiter, bisweilen erotisch, dazwischen wieder gereizt; sie gefällt sich in höchst unflätigen geschlechtlichen Anspielungen und gelegentlichen, äußerst wüsten Schimpfausbrüchen. Aufforderungen befolgt sie nicht, gibt nicht die Hand, mit der Begründung, das seien ihre Hände; sie schreibt nicht, sondern lehnt alles mit schnippischen Worten ab. Sie schwatzt fortwährend, läßt niemanden zu Worte kommen. Ihre Sprache ist im höchsten Grade geschraubt; sie hackt die einzelnen Silben scharf auseinander, betont scharf die Endsilben, spricht g wie k, d wie t, redet wie ein Kind in unvollkommener Satzbildung, verdreht die Wörter, streut sinnlose Flickwörter und Wortneubildungen ein, springt fortwährend ab. Alle ihre Bewegungen und Gebärden sind plump, eckig, steif, sehr ausgiebig, aber einförmig; sie hüpfert herum, verneigt sich, klatscht in die Hände, schneidet Gesichter. Ihre Kleidung hat sie durch Stickereien und Häkeleien mit grellbunter Wolle abenteuerlich aufgeputzt. Aus ihren Reden geht hervor, daß sie sich als Herrin des Hauses betrachtet; sie bezahlt die Wärterinnen und stellt sie an, will sich bessere Ärzte anschaffen. Ferner beklagt sie sich über geschlechtliche Angriffe, denen sie ausgesetzt gewesen sei; Lunge, Herz und Leber seien ihr herausgenommen worden. Mit einem Arzte der Anstalt, in der sie früher war, sei sie verlobt; ihren Namen nennt

sie mit dem Zusatze „von“. Auch Stimmen scheint sie gehört zu haben, macht aber darüber nur ausweichende Angaben.

Wenn wir von den wenig ausgeprägten Wahnbildungen und den für jetzt nicht ganz sicheren Sinnestäuschungen absehen, so liegen die Krankheitszeichen in unserem Falle hauptsächlich im Bereiche des Handelns. In der Unzugänglichkeit der Kranken gegenüber jeder Annäherung erkennen wir den Negativismus, in ihrer Sprache wie in ihrem Benehmen die Stereotypie und namentlich die sehr stark entwickelten Manieren. Dagegen sind Auffassung und Gedächtnis vorzüglich. Auf gemütlichem Gebiete ist neben der Erhöhung des Selbstgefühls starke geschlechtliche Erregung und große Reizbarkeit zu verzeichnen; dazu kommt noch eine völlige Abstumpfung des Schamgefühls, die sich in der Koprovalie der Kranken ausdrückt. Aber auch das Mitgefühl für andere erscheint fast erloschen. Die Kranke ist bei zahlreichen Gelegenheiten ohne erkennbaren Anlaß gegen ihre Umgebung in der rohesten Weise gewalttätig geworden, hat sich als hinterlistig, rachsüchtig und äußerst rücksichtslos erwiesen. Über ihre Zukunft macht sie sich keine Gedanken; sie verlangt zwar hie und da ihre Entlassung, da sie nicht immer eingesperrt sein wolle, hat aber keinerlei Pläne, lebt einfach in den Tag hinein. Auch darin dürfte sich neben einer gewissen Urteilslosigkeit der Mangel jener gemütlichen Regungen ausdrücken, die den Gesunden dazu treiben, sich sorgend und hoffend das Kommende auszumalen.

Offenbar ist es demnach auch hier wieder eine Erscheinungsform der Katatonie, die uns entgegentritt. Die Kranke soll aus gesunder Familie stammen, nur einen taubstummen Vetter haben, galt aber selbst von Jugend auf als sehr eigensinnig und trotzig. Sie war Dienstmädchen, später Fabrikarbeiterin, gebar zweimal unehelich, abortierte dann noch einmal. Etwa $\frac{1}{2}$ Jahr später, jetzt vor 2 Jahren, wurde sie ängstlich, sah graue Männer und Frauenköpfe, hörte Klopfen und Stimmen, die ihr Schimpfworte zuriefen. Später schrieb sie an den Besitzer ihrer Fabrik einen Liebesbrief, wurde entlassen und hilflos auf der Straße aufgegriffen. In eine Anstalt gebracht, war sie zunächst ruhig und besonnen, verfiel aber sehr bald in kurz dauernde Anfälle heftigster Erregung, in denen sie sich völlig entkleidete und in sinnloser Weise um sich schlug und biß. Weiterhin trat dann ein abweisendes, unzufriedenes

Wesen, Neigung zur Stereotypie und zu triebartigem Handeln hervor. Als sie vor $\frac{5}{4}$ Jahren zu uns gebracht wurde, bot sie in allen wesentlichen Zügen dasselbe Bild dar wie jetzt. Hinzuzufügen ist vielleicht, daß sie Echopraxie zeigte, im Garten stundenlang dieselben Wege, z. B. eine 8, zurücklegte und äußerst widerpenstig war. Lange Zeit hindurch mußte sie im Garten und im Zimmer allein gehalten werden, weil sie bei völliger Besonnenheit und ohne große gemütliche Erregung für die anderen Kranken überaus gefährlich wurde. In den letzten Monaten ist sie allmählich etwas lenksamer geworden.

Wir dürfen wohl hoffen, daß die Beruhigung noch etwas weitere Fortschritte machen wird. Dennoch kann es nicht zweifelhaft sein, daß die tiefgreifenden Störungen im Bereiche des Urteils, des Gemütes und des Willens einer völligen Rückbildung nicht mehr fähig sind. Die Kranke ist trotz guter Auffassung und Erinnerung sehr erheblich schwachsinnig und wird es auch für immer bleiben*).

X. Vorlesung.

Paralytischer Größenwahn.

M. H.! Sie sehen heute einen 43jährigen Kaufmann vor sich, der sich unter höflichem Gruße setzt und auf die an ihn gerichteten Fragen fließend und gewandt antwortet. Über seine Umgebung und seine Lage ist er im klaren, kennt die Ärzte, macht jedoch über die Dauer seines hiesigen Aufenthaltes ziemlich unbestimmte Äußerungen, vermag sein Hochzeitsjahr und das heutige Datum nicht richtig anzugeben, „weil er lange keinen Kalender zur Hand gehabt habe“. Er sei verrückt gewesen durch Anstrengung und Hetzereien, jetzt aber geistig wieder völlig gesund, nur noch etwas nervös. Seine Arbeitskraft sei in der Klinik bei

*) Sie befindet sich seit etwa 5 Jahren etwas ruhiger, aber sonst unverändert in einer Pflgeanstalt.

der guten Pflege sehr gewachsen, so daß er viel leisten könne. Deswegen habe er auch glänzende Aussichten, gedenke bei seiner bald bevorstehenden Entlassung eine große Papierfabrik anzulegen, zu der ihm ein Freund das nötige Geld gebe. Außerdem habe ihm Krupp, dessen guter Bekannter jener Freund sei, ein Gut bei Metz zur Verfügung gestellt, auf dem er im großen Gärtnerei treiben wolle; auch für Weinberge sei die Gegend sehr geeignet. Ferner werde er 14 Pferde für den landwirtschaftlichen Betrieb anschaffen sowie einen schwunghaften Holzhandel einrichten, der ihm sicher ein hübsches Sümmchen eintragen müsse. Auf den Einwand, daß alle diese Geschäfte doch wohl nicht so glatt ablaufen würden und große Mittel erfordern, meint er zuversichtlich, daß er mit seiner großen Arbeitskraft das schon überwältigen werde; auch an Geld werde es ihm bei den vorzüglichen Gewinnaussichten nicht fehlen können. Zugleich läßt er durchblicken, daß der Kaiser sich für ihn interessiere und ihm gestatten werde, den Adel, den sein Großvater wegen Mittellosigkeit abgelegt habe, wieder anzunehmen; eigentlich dürfe er ihn jetzt schon tragen. Alle diese Mitteilungen macht der Kranke in ruhigem, sachlichem Tone; er benimmt sich dabei natürlich.

Auch wenn ich Ihnen nicht sagen würde, daß die Verhältnisse dieses Mannes infolge seiner Erkrankung keineswegs günstige sind und er durchaus keine Aussicht hat, auf dem von ihm angeführten Wege etwas zu erwerben, würden Sie wohl auf die Vermutung gekommen sein, daß wir es hier mit krankhaften Hoffnungen, mit Größenideen zu tun haben. Dafür spricht namentlich die Selbstverständlichkeit, mit welcher sich der Kranke über die in seinem Vorhaben liegenden Schwierigkeiten hinwegsetzt, ferner die Leichtigkeit, mit der er sich bereit finden läßt, auf irgendeine Anregung hin seine Pläne noch weiter auszudehnen. Deutet man ihm an, daß wohl auch Geflügelzucht vorteilhaft sein könnte, so versichert er sofort, daß er selbstverständlich auch Truthühner, Perlhühner, Pfauen und Tauben halten, Gänse mästen, eine Fasanerie anlegen werde. Diese eigenartige Form des Größenwahnes, das zuversichtliche Entwerfen immer wachsender, leicht beeinflusbarer Pläne ohne jede Berücksichtigung der entgegenstehenden Schwierigkeiten, ist in hohem Grade kennzeichnend für die progressive Paralyse. Ähnliches wird freilich auch in

manischen Zuständen beobachtet, aber verknüpft mit den Zeichen der Erregung, Ideenflucht, tatenfreudiger Stimmung und Rededrang, während unser Kranker bei seinen vermeintlichen glänzenden Aussichten merkwürdig ruhig und gleichgültig erscheint. Wir werden uns jetzt seiner Unsicherheit in den Zeitangaben erinnern, außerdem aber ihn einer genaueren körperlichen Untersuchung unterziehen.

Der Kranke ist ein großer, hagerer, kräftig gebauter, ziemlich gut genährter Mann. Seine Züge sind etwas schlaff, müde; die linke Nasenlippenfalte ist ein wenig mehr verstrichen, als die rechte. Beide Pupillen sind sehr eng und zeigen keine Verengung auf Lichteinfall, während die Reaktion beim Nahesehen erhalten ist. Die Zunge bietet keine Störung dar; die gespreizten Finger zittern ein wenig; die Kniesehnenreflexe sind lebhaft. Beim Nachsprechen schwierigerer Wörter, wie Elektrizität, dritte reitende Artilleriebrigade, fängt der Kranke an, zu stottern, bringt die Buchstaben in falscher Reihenfolge heraus. Diese Form der Sprachstörung, das „Silbenstolpern“, ist neben der undeutlichen Aussprache der einzelnen Buchstaben bei der Paralyse am häufigsten. Im Verein mit der reflektorischen Pupillenstarre, der Unsicherheit in den Zeitangaben und dem eigenartigen Größenwahn läßt sie keinen Zweifel darüber, daß der Kranke wirklich an fortschreitender Hirnlähmung leidet.

Über die Entwicklung der Krankheit wissen wir, daß der Kranke anscheinend aus gesunder Familie stammt, aber ein sehr unruhiges Leben geführt und an Lues gelitten hat. Sein Leiden begann vor etwa 2 Jahren. Er wurde zerstreut und vergeßlich, in der letzten Zeit allmählich so stark, daß ihm die Fabrik, in der er beschäftigt war, kündigte. Vor einem Jahre wurde er dann erregt, machte große Einkäufe und Pläne, weinte dazwischen wieder in tiefster Verzweiflung, so daß er in die Klinik aufgenommen werden mußte. Bei der Aufnahme fühlte er sich sehr zum Schaffen angeregt, „geistig und körperlich so wohl wie nie“, wollte hier, wo es ihm ausgezeichnet gefalle, dichten, was er besser könne, als Goethe, Schiller und Heine. Sehr rasch entwickelte sich bei ihm ein fabelhafter Größenwahn. Er wollte eine Unmasse neuer Maschinen erfinden, die Klinik umbauen, einen Dom errichten, höher als der Kölner, einen Glaspanzer um die Anstalt ziehen.

Er sei ein Genie, spreche alle Sprachen der Welt, gieße eine Kirche aus Gußstahl, verschaffe uns vom Kaiser die höchsten Orden, erfinde ein Mittel, die Narren zu bändigen, schenke der Anstaltsbücherei 1000 Bände, meist philosophische Werke, habe lauter göttliche Gedanken. Diese Größenideen wechselten fortwährend, entstanden im Augenblicke, um rasch von neuen abgelöst zu werden. Der Kranke zeigte große Ablenkbarkeit, übergläückliche, aber leicht ins Weinerliche umschlagende Stimmung und lebhaft motorische Unruhe, sprach, schrieb und zeichnete ohne Unterlaß, bestellte sich kurzerhand alles, was in den Anzeigen der Zeitungen angeboten wurde, Lebensmittel, Villen, Kleider, Zimmereinrichtungen u. s. f. Bald war er Graf, Generalleutnant, schenkte dem Kaiser ein ganzes Feldartillerieregiment, erbot sich, die Klinik oben auf einen Berg zu versetzen. Zeitweise war er gereizt, geriet mit anderen Kranken in Streit, zerstörte, beruhigte sich aber immer bald wieder. Mehrfach trat Harnverhaltung und unwillkürlicher Harnabgang auf.

Zwei Monate nach der Aufnahme begann der Kranke über Gehörstäuschungen zu klagen. Freunde standen draußen und sprachen über ihn; er hörte seine Kinder schreien, die genotzüchtigt wurden. Zugleich wurden ihm Nachrichten über große Geldschenkungen auf diese Weise übermittelt. In der Nacht faßten Wärter an seine Geschlechtsteile; im Essen war Gift, Graphit. Nach und nach wurde er immer ruhiger und geriet in den geistigen Schwächezustand, in dem Sie ihn jetzt vor sich sehen, urteilslos, gemütlich stumpf und willensschwach. Sein Körpergewicht, das anfangs sehr stark gesunken war, hat sich allmählich um nicht weniger als 20 Kilogramm gehoben.*)

Der hier geschilderte Verlauf ist in der Paralyse sehr häufig. Nach den einleitenden Zeichen einer Abnahme der geistigen Kräfte, namentlich des Gedächtnisses, folgt eine Zeit der Erregung mit heiterer Verstimmung und mehr oder weniger ausgebildetem Größenwahn; dann tritt die Erregung zurück, aber der Schwachsinn bleibt. Man pflegt diese Form auch als die klassische Paralyse zu bezeichnen, da sie zuerst den Irrenärzten genauer bekannt

*) Der Kranke ist nach 3½jähriger Dauer der Paralyse stark verblödet an Miliartuberkulose gestorben.

geworden ist. Auf ihrer Höhe kann die Krankheit große Ähnlichkeit mit manischen Zuständen darbieten; vor der Verwechslung schützt namentlich die körperliche Untersuchung und der Nachweis der Gedächtnisstörung, ferner die im allgemeinen größere Unsinnigkeit und Beeinflussbarkeit der Pläne wie die Schwächlichkeit und Bestimmbarkeit der Willensäußerungen in der Paralyse.

Daß der Größenwahn kein notwendiger Begleiter der Paralyse ist, haben wir bereits bei der Besprechung der depressiven Formen dieser Krankheit gesehen. Gerade der Vergleich jener Fälle mit dem letzten lehrt uns, daß weder der Inhalt der Wahnvorstellungen noch die Sinnestäuschungen noch die Färbung der Stimmung für die Diagnose der Krankheit wesentlich sind. Oft genug sehen wir Größen- und Kleinheitsideen, heitere und ängstliche Verstimmung sich unmittelbar miteinander mischen oder sich ablösen, ganz ähnlich wie beim manisch-depressiven Irresein und bei der Dementia praecox. Andeutungen dieses Verhaltens sind uns schon bei einzelnen der besprochenen Kranken begegnet.

Ein sehr lehrreiches Beispiel dafür bietet Ihnen ferner der 44-jährige Telegraphenbeamte, den ich Ihnen nunmehr vorstelle. Der schlanke, vorzeitig ergraute, bleich aussehende, aber ziemlich gut genährte Mann tritt mit strahlendem Gesichtsausdrucke ein, begrüßt uns höflich, gibt Auskunft über seine persönlichen Verhältnisse, weiß, wo er sich befindet, und kennt die Ärzte, wird aber unsicher und verwickelt sich in Widersprüche, sobald man genauere Angaben über die Dauer seines hiesigen Aufenthaltes und wichtige frühere Erlebnisse, den Zeitpunkt seiner Eheschließung, seiner Anstellung, seiner Versetzungen verlangt. Er ist sehr redselig, erzählt offenherzig zarte Einzelheiten aus seinem Eheleben, schimpft über seinen Schwiegervater und bringt allerlei handgreifliche Aufschneidereien über seine Beteiligung am Feldzuge 1870/71 vor, prahlt mit seinen vorzüglichen Leistungen als Beamter in kindlich-naiver Weise. So sei er zum eisernen Kreuz erster und zweiter Klasse vorgeschlagen gewesen, aber der Feldwebel habe im Größenwahn die Vorschlagslisten verbrannt, doch werde er sich jetzt noch an den Kaiser wenden und von ihm die Erlaubnis zum Tragen jener Auszeichnungen erhalten. Der alte Kaiser Wilhelm habe ihm seinerzeit 6000 Mark zu Badereisen bewilligt. Nun wolle er ein

Buch über den Feldzug schreiben, das großes Aufsehen erregen werde. Krank sei er gar nicht mehr, könne jeden Tag seinen Dienst antreten, habe eine glänzende Laufbahn vor sich, wolle höchstens noch für einige Wochen in einen Luftkurort gehen, werde dann aber in wenigen Jahren Postdirektor sein. Die Einwände, die man ihm macht, beachtet er nicht weiter, fertigt sie mit einigen Redensarten ab oder ersetzt seine Angaben durch andere, nicht weniger unwahrscheinliche. Seine Kenntnisse sind ganz gute; über seinen Dienst weiß er ziemlich ausführliche, wenn auch etwas verworrene Auskunft zu geben; beim Rechnen mit größeren Zahlen wird er recht unsicher.

Seine Stimmung ist vergnügt, zuversichtlich, hoffnungsfroh; auch der Hinweis auf seine jetzige traurige Lage, fern von seinen Angehörigen, ohne Stellung und ohne Mittel, berührt ihn nicht sonderlich; er sei ja nun wieder hergestellt und habe so vorzügliche Zeugnisse, daß es ihm nirgends fehlen könne. Einige dieser Zeugnisse hat er aus dem Gedächtnisse niedergeschrieben und legt sie vor. Wir erkennen dabei, daß anscheinend wirkliche Papiere diesen Aufzeichnungen entsprechen; zugleich aber finden sich darin Lobeserhebungen und Ausschmückungen, die unmöglich in den Urschriften gestanden haben können, z. B. daß er „den größten Verbrecher Hamburgs“ zu Falle gebracht habe. Auch ein Schreiben an den Preußischen Kriegsminister legt er vor, in dem er bittet, sein Gesuch an den Kaiser um Gewährung einer Ordensauszeichnung und einer Geldunterstützung befürworten zu wollen. Dabei beruft er sich auf seine früheren Offiziere, von denen er Visitenkarten besitze, daß er „alles mitgemacht“ habe. In diesen Schriftstücken fällt auf, daß der Kranke vielfach Buchstaben und Wörter ausläßt, z. B. „samlich“ statt „sämtlich“ schreibt, andere verdoppelt, aus der Satzbildung fällt. So bemerkt er, daß er „an nachstehenden Schlachten und Gefechten beteiligt war“, nennt diese aber nicht, sondern fährt fort: „Bin sowohl für das eiserne I als auch zweiter Klasse, sowie für das mecklenburgische Verdienstkreuz die wie ich den Feldzug 70/71 mitgemacht und sich am Einzug in Berlin beteiligten“. Die Schriftzüge selbst sind gewandt, zeigen aber vielfach kleine, eckige Unregelmäßigkeiten und Verbiegungen.

Trotz seiner Zukunftspläne drängt der Kranke nicht sehr fort,

läßt sich ungemein leicht ablenken und vertrösten, ist ohne weiteres einverstanden, noch da zu bleiben, macht sich keinerlei Gedanken über die Lage seiner Frau, die zu ihren Eltern zurückgekehrt ist, über den langen Zeitverlust, sein Ausscheiden aus dem Dienste, nimmt die Versicherung, daß er noch geisteskrank sei, mit ungläubigem Lächeln, aber ohne Erregung hin.

Schon der bis hierher erhobene Befund, die große Schwäche des Urteils, des Gedächtnisses, der gemüthlichen Regungen, des Willens, die Größenideen, endlich die Schriftstörungen, werden uns zu der Ansicht führen, daß der vorliegende Fall, dessen Bild in so vielen Richtungen dem vorigen ähnelt, dem Gebiete der Paralyse angehört. Die genauere körperliche Untersuchung ergibt außerdem, daß die Nasenlippenfalten verstrichen sind, die Zunge beim Vorstrecken stark zittert. Beide Pupillen sind lichtstarr, die Kniesehnenreflexe sehr gesteigert. Beim raschen Sprechen namentlich schwierigerer Wörter werden die einzelnen Buchstaben undeutlich vorgebracht, bisweilen ausgelassen oder vertauscht und verstellt. Es besteht also neben der „schmierenden“, lallenden Sprache noch Silbenstolpern.

Sehr merkwürdig ist nun aber die Entwicklung dieses Zustandes. Über die Familie des Kranken ist nichts Zuverlässiges bekannt, ebensowenig darüber, ob er syphilitisch gewesen ist, doch war seine Ehe kinderlos; freilich behauptet er, nie mit seiner Frau geschlechtlich verkehrt zu haben. Nach seiner Erzählung soll er in der Jugend einen Diebstahl begangen haben, den er mit 2 Jahren Gefängnis büßte. Später machte er den Feldzug mit, trat in den Telegraphendienst und scheint ein tüchtiger Beamter gewesen zu sein. Vor nunmehr 8 Jahren erkrankte er zum ersten Male mit ängstlicher Verstimmung. Er meinte, daß sein Jugendvergehen bekannt geworden sei, daß in den Zeitungen darauf angespielt werde, daß seine Kollegen nichts mehr von ihm wissen wollten, die Behörde ihn entlassen werde. Infolgedessen hielt er sein Leben für vernichtet, zog sich zurück, verließ seine Wohnung und kehrte erst nach 2 Tagen wieder heim, ohne zu wissen, wo er inzwischen gewesen war. Damals war er 4 Monate hier in der Klinik und wurde etwas gebessert entlassen. Körperliche Krankheitszeichen konnten nicht aufgefunden werden. Draußen besserte sich sein Zustand weiter; er heiratete, rückte in höhere Stellen ein,

obgleich er sich in den ersten Jahren vielfach sonderbar benommen haben soll.

Vor 2 Jahren, also nach fast 5jähriger Zwischenzeit, wurde er wieder in die Klinik verbracht, nachdem sich allmählich zunehmende ängstliche Verstimmung, Nahrungsverweigerung und starker körperlicher Verfall entwickelt hatten. Der Kranke bot nunmehr das Bild eines Stupors dar. Er sprach fast gar nicht, lag mit finsterner, mürrischer Miene teilnahmslos im Bette, aß wenig und mit großem Widerstreben. Nach und nach ließ sich erkennen, daß er an Gehörstäuschungen unangenehmen Inhaltes litt, sich durch „Übertragungen“ beeinflusst fühlte. Im Brod sei Dreck, in der Suppe Gift, das Fleisch verfault, stinke wie die Pest. Seine Stimmung war äußerst unzufrieden, mißmutig; jedem Zuspruche gegenüber verhielt er sich abweisend. Über seine Lage war er ganz im unklaren, machte auch gar keinen Versuch, sich über die Umgebung, die zeitlichen Verhältnisse zu orientieren. So dauerte der Zustand mit geringen Schwankungen volle 1½ Jahre an, bis eines Tages die Pupillen, die sehr häufig untersucht worden waren, lichtstarr angetroffen wurden und es von da ab blieben; auch Pupillendifferenz trat dann zeitweise auf. Zugleich machte sich Harnverhaltung, später auch Blasenschwäche bemerkbar. Allmählich wurde der Kranke zugänglicher und entwickelte nun die Vorstellung, daß er ganz zusammengeschrumpft, $\frac{3}{4}$ Fuß kleiner geworden sei, beklagte sich bitter über die ganze Behandlung, insbesondere die lange Zeit nötige Sondenernährung, durch die er krank geworden sei. Er fing jedoch an, selbst zu essen, nahm im ganzen 28 Kilogramm zu, davon 20 in 7 Monaten, und geriet mehr und mehr in den Zustand glücklichen Schwachsinn, in dem Sie ihn jetzt sehen. *)

Wir können, wie ich glaube, kaum bezweifeln, daß schon die erste Erkrankung vor 8 Jahren den Beginn der Paralyse bildete. Dafür spricht der Umstand, daß der damalige Zustand die größte Ähnlichkeit mit dem späteren Anfalle darbot, und daß der Kranke auch inzwischen noch längere Zeit auffallend war. Trotzdem hat er noch geheiratet und fast 5 Jahre lang seinen schwierigen Dienst

*) Unser Kranker ist nach fast 11jähriger Dauer seiner Paralyse in einer anderen Anstalt gestorben.

versehen. Dieser Verlauf, einleitende Depression, dann neue Depression, weiterhin heitere Verstimmung, erinnert sehr an cirkuläre Erkrankungen; man spricht in solchen Fällen mit anfallsweisem Wechsel der Zustände auch wohl von „cirkulärer“ Paralyse. Daß jahrelange Stillstände der Krankheit mit Zurücktreten aller Störungen in der Paralyse vorkommen, ist sehr bekannt, doch gehören Fälle wie dieser schon zu den ziemlich seltenen Ausnahmen. Weiter aber ist es von besonderer Bedeutung, daß nicht nur beim ersten, sondern lange Zeit hindurch auch beim zweiten Anfälle keine körperlichen Zeichen der Paralyse vorhanden waren. Wir werden also unter Umständen auch dann mit der Möglichkeit einer Paralyse rechnen müssen, wenn sich zunächst keine der bekannten körperlichen Störungen nachweisen läßt. Allerdings wird es in solchen Fällen kaum möglich sein, über die Vermutung der Paralyse hinaus zu einer sicheren Diagnose zu gelangen; wir werden die Abgrenzung gegenüber dem cirkulären und katatonischen Stupor äußerst schwierig finden. Vielleicht kann uns in ersterer Beziehung etwa das Fehlen tieferer gemüthlicher Ergriffenheit, die Stumpfheit, in letzterer das Ausbleiben der kennzeichnenden Willensstörungen, des Negativismus, der Stereotypie, der Manieren, gelegentlich den richtigen Weg zeigen. Ferner könnte die dauernde Verworrenheit und Unfähigkeit zu zeitlicher und sachlicher Orientierung verwertet werden, neuerdings aber vor allem das wertvolle, späterhin zu besprechende diagnostische Hilfsmittel der Cytoskopie.

Die Dauer der Paralyse, die überhaupt zwischen weiten Grenzen schwankt, wird durch ausgiebige Remissionen natürlich sehr verlängert. Andererseits gibt es Fälle, in denen sich der ganze Verlauf des Leidens überaus stürmisch gestaltet. Ich zeige Ihnen jetzt einen 43jährigen Handelsmann, der vor 2 Monaten in die Klinik eingetreten ist. Seit einem Jahre soll er über Kopfschmerzen geklagt, seit 4—5 Monaten in seinen Leistungen nachgelassen haben. Der älteste Bruder des Kranken starb an einer der seinigen ähnlichen Krankheit; er selbst hat immer viel getrunken; über eine luetische Ansteckung ist nichts bekannt. Einige Wochen vor der Aufnahme wurde der Kranke reizbar, schwatzhaft, hatte große Pläne, kaufte ohne Mittel plötzlich eine Badeanstalt für 35000 Mark, bestellte für 14000 Mark Champagner, für 16000 Mark

Weißwein, um eine Wirtschaft einzurichten, kaufte sich einen Dolch und Arsenik, hatte einen Anfall, in dem er ganz steif wurde.

Sie sehen, daß sich der Kranke jetzt in lebhaftester Erregung befindet. Er hat seinen Anzug zum Teil zerrissen, sich mit den Fetzen in unordentlicher Weise herausgeputzt, Streifen um die Beine gebunden, die Jacke ausgezogen, die Beinkleider hoch gestreift. Er schwatzt unaufhörlich und entwickelt die fabelhaftesten Größenideen, will sich größer machen lassen, so daß er 4 Zentner wiegt, läßt sich Stahlstangen in die Arme setzen, trägt eiserne Orden von 2 Zentner Gewicht, macht sich 50 Negerinnen mit einer eisernen Maschine, wird immer 42 Jahre alt bleiben, heiratet eine Gräfin von 16 Jahren mit 600 Millionen Vermögen, die vom Papste die Tugendrose bekommen hat. Pferde besitzt er, die keinen Hafer fressen, ferner 100 goldene Schlösser mit Schwänen und Wal-fischen aus dem Stoffe, aus dem man die kugelsicheren Panzer macht; er hat große Erfindungen gemacht, dem Kaiser ein Schloß für 100 Millionen gebaut, steht mit ihm auf Du und Du, hat vom Großherzog 124 Orden bekommen, schenkt jedem armen Teufel $\frac{1}{2}$ Million. Daneben bestehen Verfolgungsideen. Man hat ihn 5mal morden wollen, saugt ihm jede Nacht 2 Kübel voll Blut aus dem Hintern; er wird daher die Wärter köpfen, von Hunden zerreißen lassen, baut sich eine Dampfguillotine.

Trotz seines fortwährenden Schreiens, Schwatzens und Singens gelingt es doch, von dem Kranken einzelne kurze Antworten zu erhalten. Er nennt seinen Namen, weiß, daß er im Krankenhause für Nürrische ist, kennt die Ärzte, vermag auch ungefähr die Zeit anzugeben, schweift aber immer rasch vom Gegenstande ab und kommt wieder in seine abenteuerlichen Ideen hinein. Seine Stimmung ist gehoben, glücklich, doch fängt er plötzlich, als er von dem vermeintlichen Tode seiner Frau spricht, an, heftig zu weinen, fährt aber sogleich fort, daß er nun ein reiches Freifräulein heirate. Bisweilen wird er gereizt, braust auf, läßt sich indessen durch gütliches Zureden und ablenkendes Eingehen auf seine Wahnvorstellungen rasch beruhigen. Seine Sprache ist hastig, undeutlich, zeigt die Erscheinungen der verschwommenen, schmierenden Artikulation und des Silbenstolperns; auch in seiner Schrift finden sich Versetzungen und Verdoppelungen von Buchstaben neben Unsicherheit der einzelnen Schriftzeichen. Die Gesichtszüge sind

schlaff; beim Sprechen treten lebhaftere Mitbewegungen im Gesichte auf. Die Zunge zittert stark, wird stoßweise vorgestreckt. Die linke Pupille ist bedeutend weiter, als die rechte; beide sind lichtstarr. Der Kopf ist gerötet, der Puls beschleunigt. Die Haut- und Sehnenreflexe sind bedeutend gesteigert; die Schmerzempfindlichkeit erscheint bei Ablenkung der Aufmerksamkeit herabgesetzt. Das Körpergewicht des ungemein kräftig gebauten Mannes ist in raschem Sinken begriffen.

Daß der Kranke an Paralyse leidet, werden Sie bei dem körperlichen Befunde wie bei der Abenteurlichkeit und Zusammenhangslosigkeit seiner Wahnbildungen, dem schwächlichen Wechsel der Stimmung und der Bestimmbarkeit seines Willens sofort erkennen. Wir haben es hier mit jener Gestaltung der Krankheit zu tun, die man wegen des Vorherrschens starker Erregung als agitierte Form zu bezeichnen pflegt. Meist, wie im vorliegenden Falle, entwickelt sich dieses Krankheitsbild ziemlich rasch. Der weitere Verlauf kann zu einer Remission führen; es kann sich aber auch die Aufregung immer mehr steigern, so daß die Kranken binnen kurzer Zeit an Erschöpfung, in einem paralytischen Anfalle oder infolge von sonstigen Zufällen zugrunde gehen. Man spricht dann wohl von einer „galoppierenden“ Paralyse. Im vorliegenden Falle ist diese letztere Möglichkeit nicht ausgeschlossen, da der Kranke vielfach ganz sinnlos erregt ist, sich verletzt, schmiert und der Behandlung die größten Schwierigkeiten bereitet. Unsere Aufgabe besteht wesentlich in der Sorge für reichliche Ernährung und in der Anwendung von Dauerbädern; außerdem ist die Darreichung von Schlafmitteln, Sulfonal, Trional, Hyoscin wegen der außerordentlichen Unruhe des Kranken nicht ganz zu entbehren. Ob es gelingen wird, ihn auf diese Weise über die jetzige Gefahr hinüberzubringen, steht dahin*).

*) Der Kranke ist unter unaufhaltsamem Sinken seines Körpergewichtes nach 3monatigem Aufenthalte in der Klinik im Kollaps zugrunde gegangen.

XI. Vorlesung.

Alkoholische Geistesstörungen.

M. H.! Der 34jährige Gastwirt, den ich Ihnen heute vorführe, ist erst vor einer Stunde in die Klinik aufgenommen worden. Er versteht die an ihn gerichteten Fragen, macht dabei nur einen etwas zerstreuten Eindruck, überhört einzelnes. Seinen Namen und sein Alter gibt er richtig an. Über sein Vorleben erfahren wir bruchstückweise, daß er die Schule bis Unterprima besucht hat und später längere Zeit in Amerika ein abenteuerliches Leben führte, nachdem er wegen Rotgrünblindheit hier im Bahndienste nicht angenommen worden war. Nach 2 Jahren kam er für einige Zeit zurück, ging aber dann nochmals nach Amerika. Dort scheint er sich hauptsächlich als Klavierspieler durchgebracht zu haben, hatte aber auch alle möglichen anderen Beschäftigungen; zum Schlusse war er in einer Wirtschaft tätig. Vor 8 Jahren kam er nach Deutschland, fing auch hier bald dieses, bald jenes an und betrieb im letzten halben Jahre eine Wirtschaft. Er erzählt, daß er schon einmal hier gewesen sei und das Delirium gehabt habe, weil er viel trinke. Dennoch kennt er die Ärzte nicht, belegt sie mit den Namen von Bekannten, meint, er sei seit 2—3 Tagen hier; das sei doch die Wirtschaft zur Krone oder vielmehr die „Nierenklinik“. Das Datum weiß er nicht genau.

Schon während dieser Unterhaltung, bei der uns der Kranke übrigens ganz geordnete Auskunft gegeben hat, ist eine gewisse Unruhe bei ihm aufgefallen. Er rückt auf seinem Stuhle herum, blickt viel um sich, schrickt mehrfach leicht zusammen, spielt mit den Händen. Plötzlich steht er auf und bittet, man möge ihn doch geschwind einmal Klavier spielen lassen, setzt sich auf Zureden sofort wieder, will aber dann fort, um „denen noch etwas zu sagen, was er vergessen habe“. Allmählich wird er immer erregter, meint, sein Schicksal sei besiegelt; er müsse nun aus der Welt; man möge an seine Frau telegraphieren, daß ihr Mann im Sterben liege. Auf Befragen erfährt man, daß er durch Elektrizität hingerichtet und zugleich erschossen werden solle. „Das Bild ist nicht

deutlich nachgeahmt“, sagt er; „alle Augenblicke steht bald hier, bald dort einer und lauert mit dem Revolver; wenn ich die Augen aufmache, verschwinden sie“. In beide Zehen und den Kopf sei ihm stinkende Flüssigkeit eingespritzt worden, durch die Bilder entstehen, die man dann für Wirklichkeit hält; das mache ein internationaler Verband, der Leute wegschaffe, die „durch Fehlritte unverschuldet ins Unglück kamen“. Dabei blickt er gespannt nach dem Fenster, wo er Häuser und Bäume sieht, die verschwinden und wieder erscheinen. Bei leichtem Drucke auf die geschlossenen Augen sieht er zuerst Gefunkel, dann einen Hasen, ein Bild, einen Kopf, ein Waschgeschirr, einen Halbmond, einen Menschenkopf, anfangs verschwommen, dann farbig. Zeigt man ihm einen Fleck am Boden, so versucht er, den vermeintlichen Gegenstand aufzuheben, meint, es sei ein Geldstück. Schließt man ihm die Hand mit der Frage, was man ihm gegeben habe, so hält er sie vorsichtig geschlossen und rät, es sei ein Bleistift, ein Stück Gummi. Die Stimmung des Kranken ist halb ängstlich, halb belustigt. Sein Kopf ist stark gerötet, der Puls klein, weich, etwas beschleunigt. Das Gesicht erscheint gedunsen, die Augen schwimmend. Der Atem riecht stark nach Alkohol und Aceton. Die Zunge ist dick belegt, zittert beim Hervorstrecken; auch die gespreizten Finger zeigen ein starkes, stoßweises Zittern. Die Kniesehnenreflexe sind etwas gesteigert; an den Pupillen ist keine Störung zu bemerken. Es besteht eine ziemlich bedeutende Herz-erweiterung.

Das vorliegende Krankheitsbild zeichnet sich durch einige Züge aus, die sich bei keinem anderen Zustande in dieser Weise wiederfinden und daher sogleich eine bestimmte Diagnose ermöglichen. Dahin gehört zunächst die Unklarheit der örtlichen und zeitlichen Orientierung bei fast völliger Besonnenheit. Man kann sich lange Zeit mit dem Kranken unterhalten, ohne seine Geistesstörung zu bemerken, bis sich plötzlich zeigt, daß er keine Ahnung hat, wo er ist, und sämtliche Personen vollständig verkennt. Paralytiker können zwar unter Umständen ein ähnliches Bild darbieten; dann ist aber immer auch das Gedächtnis für die Vergangenheit bedeutend gestört, während es hier für alle Einzelheiten bis auf die letzten Tage oder Stunden völlig treu ist. Noch eigenartiger fast ist das Gemisch von richtiger und

falscher Auffassung bei unserem Kranken, der, ohne den Widerspruch zu empfinden, bald als Zecher in der Krone, bald als Kranker in der Klinik sitzt, bald Wirte und Gäste, bald Ärzte um sich hat. Diese Unfähigkeit, bei leidlicher Besonnenheit und guter Herrschaft über das Gedächtnis solche handgreiflichen Ungereimtheiten zu berichtigen, erinnert uns an manche Erlebnisse im Traume und lehrt uns, daß wir es hier mit einem deliriösen Zustande, mit traumhafter Bewußtseinstrübung zu tun haben. Nehmen wir noch die lebhaften Gesichtstäuschungen, die Unruhe, das starke Zittern, den Alkoholgeruch hinzu, so haben wir alle wesentlichen Züge jenes Krankheitsbildes zusammen, das man als *Delirium tremens* bezeichnet. Auch die Stimmung bietet eine eigentümliche Mischung dar. Es hat fast den Anschein, als ob neben der Angst vor den drohenden Gefahren doch ein gewisses Gefühl für die Unsinnigkeit der Wahnvorstellungen besteht, für die lächerlichen Widersprüche zwischen Wahn und Wirklichkeit. Indessen ist die mehr humoristische Auffassung ihrer Lage den Trinkern auch sonst eigentümlich.

Das *Delirium tremens* ist eine sehr rasch, meist im Zeitraum von 4—5 Tagen verlaufende Krankheit, die sich nur auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entwickelt. Unser Kranker hat schon seit seinem 13. Jahre stark getrunken. Sein Vater soll leicht erregbar, ein Onkel früher sehr starker Trinker gewesen sein. Eine Tante hatte eine Wirtschaft, in der er schon als Knabe Bier austragen mußte, wobei ihm überall angeboten wurde. Zu Hause bekam er täglich $\frac{1}{4}$ Liter Wein, trank dann viel in einer Schülerverbindung, der er angehörte; das Schnapstrinken lernte er in Amerika. Zuletzt trank er nach eigener Angabe täglich 6—7 Liter Wein und außerdem 5—6 Magenbitter, aß fast nur Suppen. Schon vor einigen Wochen traten gelegentlich Gesichtstäuschungen auf, Mäuse, Ratten, Käfer, Kaninchen; er verkannte zeitweise die Personen und kam im Hemde in seine Wirtschaft. In den letzten Tagen verschlimmerte sich sein Zustand.

Der weitere Verlauf des Falles wird sich voraussichtlich so gestalten, daß in wenigen Tagen ziemlich plötzlich alle Störungen verschwinden*). Meist tritt die Klarheit, die ganz an das Erwachen

*) Nach 6 Tagen war das *Delirium* abgelaufen. Der Kranke ist in den

aus einem Fiebertraume erinnert, nach einem langen Schläfe ein, während auf der Höhe der Krankheit der Schlaf nahezu gänzlich zu fehlen pflegt. Mit dem Aufhören des Deliriums sind die Kranken natürlich keineswegs gesund, sondern die Erscheinungen des Alkoholismus bestehen fort, wenn sie auch im Schutze des Krankenhauses kaum bemerkbar hervortreten. Namentlich nach mehrfacher Wiederholung des Deliriums geht dasselbe nicht selten in leichtere oder schwerere Formen der später zu besprechenden Korsakow-schen Psychose über; außerdem aber beobachtet man hie und da in unmittelbarem Anschlusse an das Delirium die Entwicklung eines eigenartigen, mit Sinnestäuschungen und lebhaften Wahn-bildungen einhergehenden Schwachsinn. Endlich gehen etwa 3—5% der Kranken, unter ungünstigen Verhältnissen auch wohl noch mehr, an Lungenentzündungen, Herzschwäche, Verletzungen oder Selbstmord rasch zugrunde.

Unser Kranker ist, wie er selbst angibt, schon einmal in der Klinik gewesen und zwar vor 4 Monaten. Das Bild, das er darbot, war genau dasselbe wie jetzt, doch bestand starke Druckschmerzhaftigkeit der großen Nervenstämmen und Glykosurie. Auch damals waren einzelne Sinnestäuschungen längere Zeit vorausgegangen; der Kranke sah Ratten und Mäuse, äußerte Eifersuchtsideen und bedrohte Frau und Dienstmädchen mit einem Revolver. Bei der Aufnahme hatte er eine Flasche schweren Weines mitgebracht, aus der er rasch noch einige tüchtige Züge tat. Am nächsten Morgen hatte er 3 epileptische Krampfanfälle. Das Delirium dauerte etwa 6 Tage; dann war er vollkommen klar und machte uns Aufzeichnungen über seine Erlebnisse während der Krankheit.

Ihm war es, als sei „Papustag“, an dem der Teufel umgehe. Er rannte mit dem Kopfe plötzlich gegen eine Marmorsäule, wollte ausweichen, aber auch quer über die Gasse stellte sich ihm eine mächtige Marmorplatte entgegen, ebenso, als er sich rückwärts wenden wollte. Beide Platten fielen drohend gegen ihn zusammen. Zwei verwegene Gestalten brachten ihn auf einem Karren in den „Ochsen“ und legten ihn auf das Totenbett. Ein Zeremonien-

folgenden 6 Jahren noch 6mal in der Klinik gewesen, bald freiwillig im Rausche oder im Katzenjammer, bald mit deliranten Erscheinungen; er ist außerordentlich willensschwach und völlig unfähig zu geordneter Tätigkeit.

meister sandte mittelst einer glühenden Schere heiße Strahlen gegen seinen Mund, so daß seine Lebenskraft allmählich schwand. Auf seine Bitte erhielt er ein Glas Rotwein; ein weiteres Glas wurde ihm von Satanas selbst mit grinsendem Lächeln abgeschlagen. Er sagte dann unter allerlei frommen Ermahnungen den Umstehenden Lebewohl und verschied; gleichzeitig wurden ihm auch die Leichen seiner drei Töchter an die Seite gelegt. Im Jenseits wurde er nun damit bestraft, womit er auf Erden gesündigt hatte: er fühlte beständig einen unheimlichen Durst; so oft er aber nach Krug oder Glas griff, verschwanden sie aus seiner Hand.

Am nächsten Morgen lag er wieder lebendig auf der Totenbahre im Ochsen, die Kinder ebenfalls, in Gestalt von weißen Hasen. Es fand Umzug der Katholiken statt; dabei mußte er selbst mitwirken, indem er während des Absingens von Litaneien im Nebenzimmer der „Krone“ auf eine Unzahl am Boden liegender goldener Brillen drücken mußte; es gab jedesmal einen Schuß. Die Teilnehmer am Umzuge berieten nun, ob er bloß durchgehauen oder ganz tot geschlagen werden sollte; die Kronenwirtin war für das erstere unter der Bedingung, daß er dauernd bei ihr wohnen müsse. Er wollte aber fort, weil er kein Bier bekam; dann kam ein Wachtmeister zu seiner Befreiung; der Kronenwirt schoß auf denselben mit dem Revolver und wurde ins Gefängnis abgeführt.

An einem anderen Abende war die ganze protestantische Gemeinde in der Kirche zu einer Feyerlichkeit, deren Mittelpunkt ein Korpsstudent bildete, der vor Beginn des Gottesdienstes mit 50 Kommilitonen auf kleinen Pferden eine Art Zirkusvorstellung gab. Später bemerkte der Kranke, daß seine Frau sich mit einem Verwandten in einen Kirchenstuhl zurückzog; er beobachtete darauf mit einer barmherzigen Schwester, hinter der Orgel versteckt, wie jene das Heiligtum entweihten. Sodann war er in der Kirche eingeschlossen; schließlich sägte der Glaser ein Loch in das Kirchenfenster, damit wenigstens Bier hereingereicht werden konnte. Beim Ankleiden waren alle Ärmel und Löcher verstopft und zugenäht, die Taschen aufgetrennt. Im Bade sah sich dann der Kranke von 7 unter Wasser schwimmenden Hasen umgeben, die ihn beständig bespritzten und benagten.

Die hier in kurzem Abrisse wiedergegebene Schilderung der

delirösen Erlebnisse gibt uns einen klaren Begriff von dem traumartigen Zustande des Kranken, in dem sich einzelne wirkliche Wahrnehmungen, wie das Anstoßen des Kopfes, mit massenhaften, ungemein deutlichen Trugwahrnehmungen, namentlich auf dem Gebiete des Gesichts und Gehörs, vermischen. Es ist, wie im Traume, eine ganze Kette der merkwürdigsten und abenteuerlichsten Begebenheiten, die sich abspielen, hie und da mit plötzlichem Szenenwechsel. Oft befinden sich die Kranken dabei in ihrer Tätigkeit; auch hier kann man wenigstens insofern von einem „Beschäftigungsdelirium“ reden, als überall wieder das Verlangen nach Stillung des Alkoholdurstes sich hervordrängt.

Auch bei unserem zweiten Kranken, einem 48jährigen Kaufmanne, werden Sie zunächst kaum etwas Auffallendes entdecken. Er gibt völlig geordnete Auskunft über seine Lebensschicksale, hat den Feldzug mitgemacht und einen Schuß in den Fuß erhalten. Das Datum kennt er, weiß, wo er sich befindet, gibt an, er sei aufgeregt, weil ihm nachts Leute ins Fenster gestiegen seien. Plötzlich ruft er: „Das ist die Tante, die kreischt“, gibt an, er sehe ein Kind dastehen. Dann blickt er zum Fenster hinaus und meint: „Ich glaube, sie ist es. Oder nicht? Doch, sie ist es.“ Daß es sich um Sinnestäuschungen handelt, will er nicht zugeben. Beim Druck auf die geschlossenen Augen sieht er Nebel, dann einen roten Streifen, eine Bank, auf der zwei Mädchen und eine alte Frau sitzen; sie halten die Hand in die Höhe. Nebenan ist ein Bär, darüber ein Esel; „da ist ein Gendarm, halt, noch ein Gendarm, dann ein Polizist“. Es waren Zeichnungen wie in Kleinkinderfibern; er glaubt, daß er sie durch einen Spalt zwischen den Fingern habe sehen können.

Über seine Erlebnisse mit den nächtlichen Einbrechern erzählt er in ziemlich verworrener Weise, setzt immer voraus, daß man manches davon schon wisse. Nach und nach erfährt man aber von ihm, daß er in der letzten Woche nach längerer arbeitsreicher Zeit, in der er auch regelmäßig viel getrunken hatte, bei schlechter Nahrungsaufnahme einige Tage sehr stark kneipte, ohne Ruhe zu haben. Vor 5 Tagen, als er sich nach einer schweren Sitzung ins Bett legte, bemerkte er, daß kleine Schlangen und Skorpione an den Wänden, Frösche und Ratten am Boden herumliefen. Nachdem er sich den nächsten Tag ruhig verhalten hatte, stiegen abends

2 Männer durch das Fenster und riefen ihm zu: „Guten Abend, Karlchen.“ Auf sein Anreden antworteten sie nicht, und als er mit dem Stocke gegen sie schlug, traf er in die leere Luft. Später klopfen sie wieder ans Fenster und drohten ihm; ein Geschwirre begann in seinem Kopfe, und er fiel in Ohnmacht. Am nächsten Abende traten 2 Herren, 2 Damen und 2 Kinder in sein Schlafzimmer, setzten sich und flüsterten miteinander. Einer der Herren trat an sein Bett und verlangte die Unterzeichnung eines Wechsels von 5000 Mark. Auch diesmal ließ sich die Gestalt nicht packen, verschwand aber sofort; die Türe wurde zugeschlagen, und eine Stimme rief: „Bis morgen!“ Die Frauen und Kinder blieben jedoch auf dem Sofa liegen, traten dann an das Bett und baten um Verzeihung.

Nach eifriger Arbeit am nächsten Tage sah der Kranke schon nachmittags 2 Männer im Hausgange stehen und sich unterhalten; auch durch das Fenster grinsten 3 Kerle; sein Federhalter krümmte sich und machte Bücklinge. In seiner Angst stürzte er in der Nachbarschaft einige Glas Wein herunter, sah bei der Rückkehr noch immer die Männer im Hausgange stehen, erhielt aber keine Antwort auf seinen Gruß. Da er auf dem Hofe unheimliches Gelächter von vielen Personen vernahm, hetzte er seinen Hund, der jedoch unbeweglich blieb. In einem Nebenzimmer hörte er seinen Geschäftsführer mit einem Herrn verhandeln, obgleich alle Türen verschlossen waren; er erblickte auch beide durch das Oberlicht in der Türe; dann trat ein Schwindelanfall ein.

Infolge dieser Erlebnisse dachte der Kranke an Selbstmord, wurde davon nur durch das Erscheinen seines Töchterchens abgehalten. Wieder traten die beiden Herren bei ihm ein und ersuchten ihn, endlich den Wechsel zu unterschreiben. Bei einem Spaziergange bemerkte er zu seiner Verwunderung Reiterei, deren Pferde auf 2 Meter hohen Stelzen liefen und die auf dem Felde stehenden Hopfenstangenhaufen stürmten. Seine ihn begleitende Tochter suchte ihm seine Wahrnehmung vergeblich auszureden. Bei der Rückkehr nach Hause sah er überall grinsende Gesichter und in der Luft kämpfende Reiter mit goldenen Spießen. Ein Herr trank ihm mit einem Becher zu und sagte ihm: „Heute gehen Sie uns nicht durch, und wenn Sie 12 Hunde bei sich haben.“ Die Männer überreichten ihm dann sein eigenes, unter Doppel-

verschluß befindliches Checkbuch, um ihn zur Unterzeichnung zu zwingen, verschwanden aber auf sein Schreien. Sodann öffnete sich die Wand, und ein langer Zug kam ins Zimmer, voran ein „Präsident“ in goldstrotzender Uniform, dessen Tochter festlich ihre Verlobung feierte, bei der Wein nicht gespart wurde. Auch dem Kranken wurde angeboten; er beschwerte sich beim Präsidenten über den Einbruch in sein Haus, worauf dieser zusehends kleiner wurde und in der Wand verschwand. Er kam aber mit Wein und anderen Herrlichkeiten wieder, bot sie als Entschädigung an und lud den Kranken zu einem Konzerte ein. Das Gelage endete; die ganze Gesellschaft verschwand, und eine Stimme forderte zum Besuche des Konzerts auf, wohin der Kranke mit einem Begleiter durch die Luft ritt. Im Konzertsale war es völlig dunkel; Musik ertönte durch ein langes Pendel. Für den Kranken wurde eine Sammlung veranstaltet, die 740 Mark und einige Brillantringe und Uhren ergab, doch brannte jemand mit dem Gelde durch, worauf ihm der Präsident den Tod schwor und versprach, am nächsten Morgen alles zu schicken. Nun wandte sich der Kranke, der auch noch ein eingeschlichenes Liebespäpchen in seiner Wohnung entdeckte, an die Polizei, die ihn der Klinik zuführte.

Über diese seine Erlebnisse berichtet der Kranke in halb verlegener, halb belustigter Stimmung; dazwischen weint er, weil er nach Hause in sein Geschäft müsse. Von der Wirklichkeit der geschilderten Vorgänge scheint er noch überzeugt zu sein. Eine leichte Unruhe ist auch an ihm deutlich. Körperlich ist starkes Zittern der gespreizten Hände, eine gewisse Unsicherheit beim Sprechen, Kleinheit und schlechte Reaktion der Pupillen zu bemerken, doch sind letztere Störungen wohl auf den starken Opiumgebrauch zurückzuführen, der in den Krankheitstagen stattgefunden hat. Die Leber ist vergrößert; im Harn findet sich Zucker.

Eine Reihe von Zügen, die wir im vorigen Falle kennen gelernt haben, begegnet uns bei diesem Kranken wieder, die eigentümlich abenteuerlichen, traumhaften Erlebnisse, die außerordentliche sinnliche Deutlichkeit der Sinnestäuschungen, die halb ängstliche, halb humoristische Stimmung, die Unruhe, das Zittern. Dagegen ist der Kranke zurzeit örtlich und sachlich orientiert. Das scheint während des Krankheitsverlaufes meist der Fall gewesen zu sein, zeitweise aber auch nicht, z. B. während des deliriösen Konzertes.

Wir können daher diesen Unterschied nicht für einen wesentlichen, sondern nur für einen gradweisen halten. Endlich haben wir auch bei dem letzten Kranken die Möglichkeit feststellen können, Sinnestäuschungen bei Schließen der Augen durch Einreden hervorzurufen, eine Erscheinung, die bei Alkoholdeliranten ungemein häufig ist. Wir werden daher nicht fehl gehen, wenn wir hier ebenfalls zur Annahme eines Delirium tremens gelangen. *)

Beide Kranke hatten Zucker im Harn, der erstere allerdings nur vorübergehend. Das ist kein regelmäßiger Befund; dagegen läßt sich auf der Höhe der Krankheit meist Eiweiß im Harne nachweisen; auch im Blute scheinen gewisse Umwälzungen vor sich zu gehen. Alle diese Erfahrungen deuten darauf hin, daß der Alkoholmißbrauch zu schweren Störungen im Körperhaushalte führt, die wir wahrscheinlich als die letzten Ursachen des Delirium tremens betrachten müssen. Um eine unmittelbare Alkoholvergiftung kann es sich dabei schwerlich handeln, da das klinische Bild von dem des Rausches stark abweicht, da ferner das Delirium nach wenigen Tagen endet, selbst wenn weitergetrunken wird, und da endlich das Delirium auch noch einige Zeit nach völliger Enthaltung vom Alkohol auftreten kann. Daß die Entziehung des Alkohols nicht etwa das Delirium zum Ausbruche bringt, lehren auch unsere Fälle. Beide Kranke tranken bis zur vollen Entwicklung der Krankheit weiter. Diese Erfahrung ist für die Behandlung des Leidens nicht ohne Bedeutung. Die Darreichung von Alkohol hat keineswegs den günstigen Einfluß auf den Verlauf der Störung, den man früher immer angenommen hat. Ich selbst behandle schon seit mehr als einem Jahrzehnt das Delirium tremens ganz ohne Alkohol und habe allen Grund, damit zufrieden zu sein. Zur Bekämpfung der drohenden Herzschwäche ziehe ich Koffein, Kampfer, nach Umständen Strophantus weit vor. Sehr gut haben sich uns warme Dauerbäder bewährt; von den Schlafmitteln halte ich das Paraldehyd für das wirksamste und zugleich ungefährlichste.

Die Besonnenheit und Klarheit, die der letzte Kranke trotz lebhaftester Sinnestäuschungen fast während des ganzen Deliriums gezeigt hat, bildet gewissermaßen den Übergang zu einer anderen,

*) Der Kranke ist nach 6tägiger Dauer des Deliriums klar geworden und einige Jahre später gestorben, aber nicht wieder erkrankt.

Kraepelin, Einführung. 2. Aufl.

nahe verwandten Form der alkoholischen Geistesstörung. Der 35jährige Agent, den ich Ihnen als Beispiel zeige, wurde uns von der Chirurgischen Klinik zugeschickt; er hat sich das letzte Glied seines linken kleinen Fingers abgehackt. Der Kranke ist zunächst ruhig, völlig besonnen, über Zeit und Ort im klaren. Bei längerer Unterhaltung tritt jedoch deutlich eine geheime Angst bei ihm hervor. Er meint, er sei nicht närrisch, bleibe nicht da, weil er sonst seine Kinder nie wiedersehen werde. Daß er verurteilt sei, von der Polizei verfolgt werde und hingerichtet werden solle, wisse er wohl; das Blutgerüst sei schon aufgeschlagen; er bitte um Gnade. Mitten im Gespräche verstummt der Kranke plötzlich, lauscht gespannt und gibt an, Stimmen zu hören, die er sehr deutlich unterscheiden könne. Ihm werde telegraphiert durch den Depeschensapparat, der hier im Hause sei. Auf Verlangen spricht er die gehörten Worte in rhythmischem Tonfall mit: „Sieben Eide — Vater kein Meineid — vier Meineide — nein, zwei — nicht ganz gewiß — brave Leute — ehrliche Leute — Vater Mutter Hals zgedrückt — Sohn braver Mensch — Bruder ein, Bruder ein — gar kein Bruder — Vater hat Mutter Hals zgedrückt — weil nicht gesagt wurde, daß Frau es mit meinem Manne gehabt.“ So spricht er weiter, wie wenn er einer telegraphischen Mitteilung folge, fragt dann ganz ruhig: „Ist es denn wahr, daß mein Vater und meine Mutter gestorben sind?“ Gebraust hat es in den Ohren, und dann habe er einen Schlag auf den Bauch gespürt, wie wenn Glas eindringe; wenn er hustete, stieg es ihm heiß in den Kopf.

Über Gesichtstäuschungen ist nichts zu erfahren. Auf die Frage, wie lange er krank sei, antwortet der Kranke ohne Zögern: „Seit 3½ Wochen,“ obgleich er sich vorher für gesund erklärt hat. Die Stimmen haben damals angefangen; sie sagten: „Frische Eier, gute Eier — Ende gut, alles gut — kommst heut nicht, kommst morgen.“ Alles ist ausgefragt worden; wenn er sich etwas dachte, wußte es der Mann, der zu ihm redete, auch. Gesehen hat er ihn nicht — „natürlich, er war ja weit fort“. Andere haben sich über ihn unterhalten; die Frau merkte nichts davon. Einmal hörte er eine Stimme oben auf dem Speicher: „Ach Gott, wenn das mein Mann sieht!“ Er ging mit dem Schürhaken hinauf, fand aber niemand. Den Finger hat er sich abgehackt, weil ihm gesagt wurde,

das solle eine Probe sein, ob er Mut habe, um in die Loge aufgenommen zu werden. Er war von einem Arzte hypnotisiert, der nun hier hingerichtet worden sei. Seinen drei Kindern sei der Hals abgeschnitten worden von der Frau; sie solle, wie die Stimmen erzählen, auch einen alten Mann tot gestochen haben.

Über die Entwicklung des Leidens haben wir erfahren, daß der Kranke aus gesunder Familie stammt, vor 11 Jahren geheiratet hat und 4 gesunde Kinder besitzt, während 3 gestorben sind. Er war immer etwas leichtsinnig, verschwenderisch, reiste seit 7 Jahren und trank seitdem sehr viel, wurde roh gegen seine Frau, reizbar und geschlechtlich ausschweifend. Vor etwa 4 Wochen kam er eines Abends unerwartet nach Hause, fiel sofort durch sein verstörtes Wesen auf, aß nichts, schlief nicht, jammerte, er sei hypnotisiert worden, solle geköpft werden, warf der Frau vor, daß sie sich mit anderen abgegeben und dafür 20000 Mark erhalten habe. Seine Hände zitterten dabei stark. Er war ruhelos, antwortete auf Stimmen, die er hörte, sprach vor sich hin, äußerte Verfolgungsideen und bedrohte seine Umgebung. In der letzten Woche wurde er immer ängstlicher, wollte sich den Hals abschneiden, sich ersäufen, lief auch ins Wasser, brachte sich einige Stiche bei, war im Begriffe, sich ein Messer in den Unterarm hineinzutreiben, bis die Frau es verhinderte; endlich hackte er sich das Fingerglied ab. Der Kranke selbst gibt an, daß er auf der Reise, als er anfing, Stimmen zu hören, plötzlich sehr ängstlich geworden sei und sich heim getrieben fühlte. Zu Hause hatten die Stimmen schon vorgebaut und alles berichtet. Sie teilten ihm mit, daß er mittels einer Maschine von einem Arzte, der Gedankenleser sei und Wagner heiße, hypnotisiert worden sei; seine Frau sei als öffentliche Hure proklamiert worden. Der Kranke gibt zu, daß er stark getrunken habe; das sei in seinem Berufe nötig. Er fügt hinzu: „Wenn ich wieder gesund bin, gehe ich lieber ins Zigarrengeschäft.“ Auf den Einwand, daß er doch morgen hingerichtet werde, meint er, er könne doch noch begnadigt werden; man werde vielleicht denken, den geisteskranken Kerl kann man doch nicht hinrichten. Körperliche Störungen sind jetzt außer sehr schlechtem Schlafe und feinschlägigem Zittern der gespreizten Finger nicht mehr nachweisbar.

Das vorliegende Krankheitsbild hat wegen der rasch sich entwickelnden abenteuerlichen Wahnvorstellungen, der Lebhaftigkeit

der Sinnestäuschungen, des merkwürdigen Gemisches von Wahn mit Krankheitseinsicht und der alkoholischen Entstehungsweise eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Delirium tremens. Es unterscheidet sich aber von demselben namentlich durch die weit längere Dauer, das Fehlen jeder Störung der Orientierung und das Vorherrschen von Gehörstäuschungen gegenüber dem Überwiegen der Gesichtstäuschungen in jener Krankheit. Auch die Unruhe pflegt geringer, das Zittern weit weniger ausgeprägt zu sein. Aus diesen Gründen empfiehlt es sich, das hier beobachtete Leiden nicht mit dem Delirium tremens zusammenzuwerfen, wenn es auch gewiß mit demselben nahe verwandt ist. Wir bezeichnen die Krankheit als Alkoholwahnsinn. Ihre Dauer kann sich über eine Reihe von Wochen und selbst Monaten erstrecken. Der Ausgang ist meist volle Genesung*), doch gibt es eine nicht unbedeutliche Reihe von Fällen, in denen unheilbare Schwächezustände zurückbleiben, gewöhnlich mit Haften einzelner Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen. Dieser Ausgang ist namentlich bei den aus äußeren Gründen häufigen Rückfällen zu befürchten. Die Behandlung erfordert wegen der Selbstmordgefahr vor allem sorgfältigste Überwachung, sodann dauernde, völlige Entziehung des Alkohols. Wird diese nicht durchgeführt, so hat man sicher auf frühere oder spätere Wiederkehr der Störungen zu rechnen.

XII. Vorlesung.

Irresein bei akuten Krankheiten.

M. H.! Die 30jährige Dienstmagd, die ich Ihnen im Bette habe hereintragen lassen, macht schon auf den ersten Blick den Eindruck einer Schwerekranken. Sie liegt mit eingefallenen Zügen, leicht zitternd da, reagiert in keiner Weise auf Anreden, dreht höchstens

*) Unser Kranker ist nach 6wöchiger Dauer der Krankheit gesund geworden, soll jetzt, nach 11 Jahren, nicht mehr trinken, lebt aber von seiner Frau getrennt.

leise den Kopf, spricht nichts. Auf eindringliches Zureden streckt sie langsam die Zunge heraus, die trocken, rot und mit braunen Krusten belegt ist; auch die Lippen und Zähne zeigen schmierige Auflagerungen. Andere Aufforderungen befolgt die Kranke nicht, vollführt aber allerlei unsichere, reibende Bewegungen. Ihr Gesichtsausdruck ist verständnislos, heiter. Die Körperwärme ist etwas erhöht, der Puls über 100, weich, nicht dikrot. Die sonstige körperliche Untersuchung ergibt außer lebhaften Kniesehnenreflexen und Andeutungen von Fußklonus sowie geringem Eiweißgehalt im Harn keine greifbaren Veränderungen.

Versuchen wir, aus diesen spärlichen Anhaltspunkten wenigstens eine ungefähre Ansicht über das Wesen des vorliegenden Zustandes zu gewinnen, so bildet das wichtigste Krankheitszeichen auf psychischem Gebiete offenbar die schwere Benommenheit. Da die Kranke die Zunge gezeigt hat, ist es nicht wahrscheinlich, daß ihr stuporöser Zustand auf Negativismus beruht; vielmehr werden wir annehmen dürfen, daß sie unsere Anreden mangelhaft auffaßt und versteht. Eine Hemmung auf psychomotorischem Gebiete scheint ebenfalls nicht vorzuliegen, da ihre selbständigen Bewegungen zwar große Schwäche verraten, aber ohne Schwierigkeit von statten gehen. Eher können wir auf eine leichte Unruhe schließen. Die Stimmung ist weder traurig noch ängstlich. Es besteht endlich irgendeine, nicht ganz leichte, akute körperliche Erkrankung, die zunächst nicht genauer zu erkennen ist.

Erkundigen wir uns nun nach der Entwicklung des Zustandes, so erfahren wir, daß der Großvater der Kranken durch Selbstmord endete, daß ihre Mutter nervös ist und mehrere Geschwister jung an Krämpfen starben. Sie selbst war gesund bis vor 4 Tagen, hatte nur 2 Nächte vorher schlecht geschlafen. Nachdem sie vormittags noch Besorgungen gemacht hatte, klagte sie mittags über starke Hitze und geriet sehr rasch in einen deliriösen Zustand, in dem sie sich unruhig im Bette herumwälzte, glaubte, sie müsse verbrennen, werde von dem Polizeidiener geholt und hingerichtet; sie sei der ewige Jude; die Leute schimpften über sie. In der Nacht wurde sie ruhiger, am nächsten Tage aber wieder so erregt, daß sie in die Klinik verbracht werden mußte. Hier zeigte sie hochgradigste Unruhe, wischte und streifte an ihrem Körper herum, wälzte sich hin und her, nestelte an ihren Haaren, so daß eine

genauere Untersuchung unmöglich war. Auf Fragen antwortete sie nicht, redete völlig zusammenhangslos in einzelnen abgerissenen Sätzen vor sich hin, flocht dabei zufällig aufgefangene Wörter mit ein. Es machte den Eindruck, als ob die Kranke zahlreiche Gesichts- und Gehörstäuschungen habe. Nahrung nahm sie nicht zu sich; die Lippen waren trocken, mit Krusten bedeckt; es bestanden die Menses.

In der nächsten Nacht war die ziellose Unruhe wieder sehr groß. Die Kranke schwatzte verworren vor sich hin, rutschte auf dem Boden herum, warf die Beine in die Luft, klopfte auf die Dielen und an die Betten, riß andere Kranke heraus, schlug um sich, ließ sich aus dem Bette fallen. Dabei wurde Taumeln und große Unsicherheit auf den Beinen bemerkt. Am dritten Krankheitstage dauerte die Unruhe fort, doch fing die Kranke bisweilen an, auf die an sie gerichteten Fragen zu antworten, um freilich sofort wieder in ihre verworrenen Reden hineinzugeraten. Einzelne Aufforderungen befolgte sie, zeigte die Zunge, als man es ihr vormachte. Die Körperwärme betrug abends 38,4, ließ sich nur unsicher messen. In der folgenden Nacht war die Kranke etwas ruhiger, faselte leise vor sich hin. Auch gestern früh war sie ruhig, sehr benommen, taumelig, redete leise und verworren, einzelne aufgefangene Wörter mit einflechtend. Die Temperatur war morgens 37,5, abends 38,4, der Puls 132; mittags erfolgte ein dünner, gelber Stuhl ins Bett. Nachmittags bat die Kranke um Wasser, da ihre Zunge so trocken sei, gab an, sie habe keine Kopfschmerzen; der Arzt komme ihr bekannt vor; sie wisse aber nicht, wer er sei. Die Stimmung war gleichmütig, etwas wechselnd, nicht vorwiegend ängstlich.

Die hier geschilderte Entwicklung macht wegen der Plötzlichkeit, mit der das Delirium ausbrach, die Annahme einer Paralyse, für die zudem jeder sonstige Anhalt fehlt, ganz unwahrscheinlich. Einer Dementia praecox, an die man auch wohl denken könnte, entspricht der psychische Zustand schwerlich. Vor allem ist hier, im Gegensatz zu jener Krankheit, die Auffassung schwer gestört, das Bewußtsein tief getrübt. Sodann waren die Reden der Kranken weder unsinnig noch stereotyp, sondern einfach zusammenhangslos, deliriös; in ihrem Benehmen sind keinerlei Andeutungen von Stereotypie, Befehlsautomatie oder Negativismus hervorgetreten. Nur eine große Ablenkbarkeit war festzustellen, weniger wohl

durch äußere, als durch innere Reize. Auch die Möglichkeit eines manischen Stupors müssen wir zurückweisen. Wie geschildert, bestand auf psychomotorischem Gebiete keine Hemmung, sondern lebhaft Erregung mit Rededrang bei schwerster Benommenheit, während die Denkhemmung im manischen Stupor einerseits die Auffassung und den Gedankengang weit weniger zu beeinträchtigen pflegt, andererseits aber sich mit Hemmung der Willensregungen, auch auf sprachlichem Gebiete, verknüpft. In den Äußerungen der Kranken war die Verworrenheit viel stärker, als in den gelegentlichen Reden der manisch Stuporösen. Endlich würde auch die außerordentliche Schnelligkeit, mit der hier die schweren Erscheinungen hereinbrachen, für jene Krankheit ganz ungewöhnlich sein. Uns bliebe somit wesentlich nur noch die Annahme eines epileptischen oder hysterischen Dämmerzustandes übrig. In dieser Richtung ist zunächst zu bemerken, daß weder für die eine noch für die andere Erkrankung in der Vorgeschichte irgendwelche Anhaltspunkte vorhanden sind. Ferner fehlt vollständig die ausgeprägt ängstliche, gereizte oder schwärmerische Stimmung, die wir in jenen Zuständen nicht zu vermissen pflegen. Auch läßt sich aus den Reden der Kranken durchaus kein bestimmter deliriöser Inhalt entnehmen, was dort immer der Fall sein dürfte, sofern die Kranken sich irgendwie äußern. Die Verworrenheit ist viel größer, als wir sie erwarten könnten, wenn die Kranken, wie die unserige, überhaupt noch einzelne Fragen richtig auffassen und zu beantworten suchen.

Gerade in dieser letzten Beziehung erinnert der Zustand unserer Kranken sehr an gewisse Fieberdelirien, bei denen auch zwischen allem zusammenhangslosem Gefasel durch kräftiges Anreden noch einmal eine richtige Antwort zu erhalten ist. Da hier eine, wenn auch niedrige Steigerung der Eigenwärme vorhanden ist, so werden wir uns immerhin die Frage vorlegen müssen, ob nicht etwa eine schwere körperliche Erkrankung die Grundlage der psychischen Störung bildet. Dafür würde namentlich auch die Schwere des ganzen Krankheitsbildes, der Eiweißgehalt des Harns, die Krustenbildung an Zunge und Lippen, die große Schwäche und Unsicherheit der Bewegungen bei der Kranken sprechen. Die geringe Steigerung der Temperatur an sich kann natürlich diese Störungen nicht hervorrufen. Dagegen weist uns die Plötzlichkeit

der schweren Erkrankung mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf den Eintritt einer Vergiftung hin. Allerdings sind die körperlichen Zeichen zur Zeit so vieldeutig, daß es nicht möglich ist, über die Art derselben ganz ins klare zu kommen. Wir wollen uns jedoch daran erinnern, daß im Beginne der Blattern und des Typhus nicht ganz selten derartige, plötzlich einsetzende deliriöse Zustände beobachtet werden, die zunächst leicht mit anderen geistigen Störungen verwechselt werden können. Blattern sind nach der ganzen Sachlage von vornherein sehr unwahrscheinlich; dagegen haben wir erfahren, daß in dem Heimort unserer Kranken wirklich zur Zeit einige Typhusfälle vorgekommen sind. Auch der bisherige Verlauf der körperlichen Störungen würde mit der Annahme eines beginnenden Typhus recht wohl vereinbar sein, wenn auch beweisende Anhaltspunkte aus demselben nicht gewonnen werden können. Uns ist jedoch auf Grund der hier vorgeführten Erwägungen schon bei der ersten Untersuchung der Kranken die Diagnose eines typhösen „Initialdeliriums“ als die wahrscheinlichste erschienen.

Ist unsere Auffassung richtig, so wird der jetzige schwere Zustand nicht sehr lange dauern. Die Initialdelirien pflegen mit der weiteren Entwicklung der Krankheit zurückzutreten, können allerdings dann durch gewöhnliche Fieberdelirien, die mit weit geringerer Benommenheit einherzugehen pflegen, abgelöst werden. Auf der anderen Seite sind diejenigen Typhusfälle, die mit Initialdelirien beginnen, regelmäßig außerordentlich schwere, so daß mehr als die Hälfte dieser Kranken rasch zugrunde zu gehen scheint. Wir müssen daher auch hier auf einen derartigen Ausgang gefaßt sein*). Um ihn zu verhüten, werden wir außer sorgfältiger körperlicher Pflege und Überwachung namentlich verlängerte Bäder, künstliche Ernährung und subkutane Kochsalzinfusionen in Anwendung zu bringen haben. Vielleicht gelingt es uns auf diese Weise, die Kranke über diesen ersten und gefährlichsten Abschnitt ihrer Erkrankung hinüberzubringen.

Glücklicherweise haben die übrigen, durch akute Krankheiten

*) Die Kranke ist am 10. Krankheitstage früh gestorben. Der ganze weitere Verlauf wie der Leichenbefund entsprach demjenigen einer schweren Infektionskrankheit, am meisten dem eines Typhus.

erzeugten Geistesstörungen nicht die gleiche schlimme Bedeutung wie die Initialdelirien. Vielmehr bilden sie mit wenigen anderen Formen die einzigen Gestaltungen des Irreseins, die auch im strengsten wissenschaftlichen Sinne eine vollständige, dauernde Heilung zulassen und fast immer erreichen. Ich zeige Ihnen hier eine 50jährige Frau, die teilnahmslos dasitzt, aber auf Befragen mit leiser, müder Stimme Antwort gibt. Sie weiß, daß sie sich in einem Spital befindet, daß wir Ärzte sind, kann aber nicht angeben, wie lange sie hier ist und wie sie herkam. Die Gesichtsrose habe sie gehabt, und die sei in den Kopf zurückgeschlagen; dann war sie ganz verwirrt, weiß nicht mehr, was vorgegangen ist. Sie gibt zu, Stimmen gehört und Erscheinungen gesehen zu haben, kann aber nichts Genaueres darüber sagen, als daß Vögel herumflogen. Die Kranke faßt schwer auf, muß sich lange besinnen, auch bei einfachen Fragen, nach ihrem Alter und Geburtsjahr, Monat und Tag, antwortet zögernd und einsilbig, vielfach falsch oder doch unsicher. Für krank hält sie sich nicht. Aufforderungen befolgt sie erst nach wiederholten, eindringlichen Mahnungen. Die Stimmung ist etwas gedrückt, weinerlich, aber ziemlich stumpf. Über die Entwicklung der Krankheit wissen wir, daß die Frau aus gesunder Familie stammt und selbst gesund war, bis sie vor 3 Wochen wegen Kopfrosee ins Krankenhaus kam. Dort trat plötzlich große Herzschwäche auf; zugleich äußerte die Kranke, sie sei tot, wollte nicht mehr essen, mußte mit der Sonde ernährt werden. Nach einer nochmaligen Steigerung des Erysipels sank die Körperwärme vor 14 Tagen plötzlich auf 35,8, während die Kranke ganz teilnahmslos und verwirrt wurde und zu halluzinieren begann.

Das Bild, das die Kranke jetzt darbietet, läßt sich mit keiner der uns bisher bekannten Formen zur Deckung bringen. Es besteht wohl eine gewisse Ähnlichkeit mit dem zirkulären Stupor, doch ist einerseits die Verworrenheit und Unklarheit der Kranken zu groß, andererseits fehlt die lebhaft gemüthliche Depression, und endlich tritt in ihrem psychomotorischen Verhalten nicht sowohl eine Hemmung, die trotz der Anstrengung nicht überwunden werden könnte, als vielmehr eine gewisse Schlawheit hervor. Auch in den Rahmen der Dementia praecox läßt sich der Zustand nicht einfügen. Ausgeprägtere Unbesinnlichkeit und Unklarheit

findet sich bei dieser Krankheit fast nur im ersten Beginne neben lebhaften ängstlichen Gefühlsschwankungen und meist sehr deutlichen Gehörstäuschungen, über die wir bei der guten Auffassung solcher Kranker meist leicht Auskunft erhalten. Zudem fehlen bei unserer Kranken völlig die Absonderlichkeiten des Handelns und Wollens, die der *Dementia praecox* in allen Abschnitten der Krankheit ihr eigenartiges Gepräge zu geben pflegen. Wir würden demnach auch ohne Kenntnis der Vorgeschichte in dem vorliegenden Zustandsbilde keine der bisher besprochenen Formen des Irreseins erblicken.

Dagegen können uns die Zeichen der psychischen Lähmung, die uns auf dem Gebiete der Auffassung, des Denkens, der Erinnerung, des Fühlens und Handelns gleichmäßig entgegneten, darauf hinweisen, daß hier eine Schädlichkeit allgemeinerer Art eingewirkt haben dürfte, die nach allen jenen Richtungen hin ihren Einfluß geltend gemacht hat. Zunächst wäre etwa an eine Paralyse zu denken, für die jedoch in dem ganz negativen körperlichen Befunde kein genügender Anhalt vorliegt. Unter diesen Umständen würden wir mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die Annahme aufstellen dürfen, daß in unserem Falle eine akute körperliche Erkrankung vorausgegangen ist. In Wirklichkeit sind wir zu dieser Vermutung freilich müheloser durch die Angabe der Kranken selbst gelangt, aber ich möchte Ihnen zeigen, daß wir zur Not unseren Weg auch ohne dieselbe zu finden vermögen.

Das ist deswegen wichtig, weil eine vorausgehende körperliche Erkrankung an sich durchaus nicht immer die Ursache der Geistesstörung zu sein braucht. Wir sehen vielmehr häufig genug, daß die Anfälle des manisch-depressiven Irreseins, der *Dementia praecox*, ja gelegentlich der Paralyse, durch eine körperliche Krankheit mehr zufällig ausgelöst werden. In solchen Fällen läßt sich selbstverständlich aus dem klinischen Bilde der Rückschluß auf die auslösende Ursache nicht durchführen. Zugleich aber dürfen wir dann an die Entstehungsweise der Geistesstörung keine Vermutungen über ihren weiteren Verlauf und Ausgang knüpfen, wie es uns bei unserer Kranken gestattet ist. Sind wir sicher, daß die Psychose nur durch das Erysipel verursacht wurde, wie es uns hier die besondere klinische Gestaltung des Krankheitsbildes zeigt, so dürfen wir mit Bestimmtheit einen raschen und günstigen

Verlauf des Falles voraussagen*). Die Behandlung wird wesentlich in Bettruhe und möglichst kräftiger Ernährung zu bestehen haben.

Als die eigentliche Grundlage derartiger Zustände haben wir wahrscheinlich Hirnrindenerkrankungen zu betrachten, die durch das Krankheitsgift erzeugt werden und sich allmählich wieder zurückbilden. Für diese Auffassung spricht hier wenigstens der Umstand, daß die ersten psychischen Störungen sich schon auf der Höhe des Erysipels gezeigt haben. Meist pflegt man diese Formen mit gewissen Zustandsbildern der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins unter dem Namen der „akuten, heilbaren Demenz“ zusammenzufassen; ich möchte aus dem angeführten Grunde hier lieber von einem infektiösen Schwächezustande sprechen und weiterhin den größten Wert auf die scharfe Abgrenzung von den auf den ersten Blick zwar recht ähnlichen, aber nach Ursache, Verlauf und Ausgang völlig verschiedenen Abschnitten anderer Krankheiten legen.

Dem vorigen trotz großer äußerlicher Unterschiede nahe verwandt ist der folgende Fall. Es handelt sich um einen 30jährigen, verheirateten Tüncher. Der kräftig gebaute Kranke ist mäßig genährt, hat eine ausgebildete Mitralinsuffizienz, eine alte Drüsen- geschwulst an der rechten Halsseite und einen ziemlich gut geheilten Bruch des rechten Unterarms; sonst bestehen keine körperlichen Störungen. Er ist aufmerksam, faßt gut auf und gibt zunächst Namen und Alter richtig an, weiß aber nicht genau, wann er gekommen ist und wo er sich befindet; man habe von Irren- klinik gesprochen. Über sein Geschäft, seine früheren Verhältnisse gibt er geordnete Auskunft, gerät jedoch bald in eine gewisse Erregung und beginnt, in eigentümlich zusammenhangsloser Weise zu jammern. Dabei mischt er allerlei Erlebnisse der letzten Zeit, wie die Sondenfütterung, Äußerungen anderer Kranker oder der Ärzte, mit ein, auch Worte oder Gesichtseindrücke, die er gerade auffängt. „Wegen der Schläuch', das muß scharlachrot sein, wie die Natur, wie Blut, daß man das ganze Geschlecht ausreißen kann und retour machen. Wenn sie das Glas emporheben mit dem

*) Die Kranke ist nach 6wöchiger Dauer der Störung vollständig gesund geworden und es bis jetzt, 9 Jahre lang, geblieben.

Gummischlauch, das währt 100 Jahr. Ich will nix wie heim. Sie wollen mir Händ' und Füß' abnehmen. Die Zeit kommen Ratten und Mäus' und alles auf der Welt. Alles kommt aus dem After. Ich tät sie tot drücken; von mir kämen sie; alle miteinander sagen sie's. Unsere Mutter und wir täten von wilden Viechern leben, von Schlangen und alles, und von uns tät alles abstammen. Ha, wenn man kaput ist, dann soll man noch so rumfliegen, wenn die Augen raus sind und alles kaput ist, als böser Geist. Das ist ein Japanese, der erste Doktor. Die Stimmen reden so, als wenn's meine Frau und meine Kinder wären. Gesehen hab' ich niemand. Wenn ich draus wär', wär' ich gesund, aber hier wollen sie ja das Geschlecht rausmachen. Im Bad sind sie, als wenn sie kaput wären. Wenn man die Schuhe hinstellt, dann sind sie fort.“ Die Ärzte „waren schon oft da, der eine am meisten; sie sagen, sie wären Ärzte“; die Namen weiß er nicht genau. Von den Hörern glaubt er einen „mit der blauen Krawatt'“ schon früher gesehen zu haben.

Wir haben hier zunächst festzustellen, daß der Kranke Einzelheiten, wie z. B. die Anwesenheit eines japanischen Kollegen, gut auffaßt und dabei ablenkbar ist. Es gelingt auch immer, ihn sofort zu unterbrechen und ihn zum Eingehen auf andere Dinge zu bringen; freilich schweift er bald wieder ab. Sehr gestört ist offenbar sein Verständnis der Eindrücke. Er begreift seine Umgebung und die Vorgänge um ihn herum nicht. Obgleich er hört und behält, wer wir sind, wo er ist, wird ihm nicht klar, daß die Verhältnisse den ihm gemachten Angaben entsprechen. „Ich kann das nicht auffassen,“ sagt er selbst. Alles kommt ihm daher fremdartig und unheimlich, rätselhaft vor. „Ich bin wie verhext,“ meint er; „was werden da für dumme Sachen gemacht? Hört doch auf, in Gottes Namen! Ich soll immerfort rasiert werden wie der Teufel; ich bin doch kein Teufel. Und dann kommt der Schlüssel, den zeigen sie mir alle Tag', dann wird aufgeschlossen; 's fehlt was, und ich soll's genommen haben.“ Er ist „hier in Heidelberg, wenn's doch Heidelberg sein soll“.

Zu dieser Unfähigkeit, ein zusammenhängendes Verständnis der Ereignisse zu gewinnen, und der daran sich knüpfenden Ratslosigkeit gesellen sich Sinnestäuschungen. Der Kranke hört Stimmen, auf die er antwortet, anscheinend Vorwürfe, gegen die er sich zu verteidigen sucht, und Drohungen. Er soll Räuber und

Mörder sein; das männliche Geschlecht soll ihm weggerissen werden. Neben den Täuschungen findet aber vielfach auch noch eine wahnhafte Deutung wirklicher, unverständener Wahrnehmungen statt. Als von einem Handtuche die Rede ist, fragt er: „Handtücher soll ich auch genommen haben?“ Seine Wahnvorstellungen sind alle depressiven Inhalts, wechseln aber vielfach und werden nicht weiter verarbeitet. Auch die Stimmung ist niedergeschlagen, weinerlich, zeitweise verzweifelt und gereizt. Einige Male hat der Kranke Versuche gemacht, sich das Leben zu nehmen. Aufforderungen befolgt er willig, streckt sogar die Zunge heraus, als man sagt, daß man sie abschneiden wolle, jammert zugleich, so etwas dürfe man doch nicht tun; die Zunge sei doch das Empfindlichste beim Menschen. Trotz seiner Angst ist er unfähig, abzuwehren, läßt vielmehr hilflos wie ein Kind alles mit sich geschehen.

In dem vorliegenden Krankheitsbilde begegnen uns somit bei guter Auffassung einzelner Eindrücke weitgehende Unfähigkeit zur Verknüpfung derselben, zur Gewinnung eines Verständnisses der Lage und der Vorgänge, ferner große Ablenkbarkeit bei lebhafter Aufmerksamkeit, dann Sinnestäuschungen, depressive, wechselnde Wahnvorstellungen, traurig-ängstliche Verstimmung, Reizbarkeit und Unruhe bei großer Willensschwäche. Es ist unmöglich, diesen Zustand in eines der früher besprochenen Krankheitsbilder einzuordnen. Gegenüber der Melancholie ist auf die schwere Störung des Verständnisses und des Willens hinzuweisen, gegenüber der zirkulären Depression ebenfalls auf die große Unklarheit des Kranken und die Art seiner Willensstörung, die keine Hemmung, sondern die Unfähigkeit bedeutet, das Handeln zweckmäßig zu gestalten. Von den Verstimmungen der Dementia praecox endlich unterscheidet sich das klinische Bild durch das Mißverhältnis zwischen guter Aufmerksamkeit und schlechter Gesamtauffassung, während dort bei geringer Aufmerksamkeit überraschend gut aufgefaßt zu werden pflegt, ferner durch die Stärke der gemüthlichen Erregung und durch die einfache Ratlosigkeit des Handelns, denen dort gemüthliche Stumpfheit, Negativismus und Befehlsautomatie, triebartige Ausbrüche, Stereotypie und Verschrobenheit gegenüberstehen. Wollte man etwa noch an die Möglichkeit einer Paralyse denken, so würde dagegen das Fehlen aller körperlichen Zeichen,

die geistige und gemütliche Regsamkeit des Kranken trotz seiner Verworrenheit sowie sein gutes Gedächtnis und Urteil für alle weiter zurückliegenden Vorgänge und Verhältnisse sprechen.

Wie es scheint, ist die hier gegebene Verbindung von guter Wahrnehmung und lebhafter Aufmerksamkeit mit schlechtem Verständnis der Eindrücke, Ablenkbarkeit, gemüthlicher Verstimmung, Reizbarkeit, Erregung und Hilflosigkeit des Handelns kennzeichnend für gewisse Formen des Irreseins, wie sie nach akuten körperlichen Krankheiten auftreten, mögen dabei infektiöse Ursachen oder Erschöpfung die Grundlage des Krankheitsvorganges bilden. In der Tat ist auch hier eine akute Krankheit vorausgegangen, nämlich Gelenkrheumatismus. Der Kranke stammt aus gesunder Familie; nur soll sein Vater jähzornig gewesen sein. Er lernte gut, war ein fleißiger, nüchterner Arbeiter, heiratete mit 23 Jahren und hat 3 gesunde Kinder. Mit 14 Jahren machte er einen Gelenkrheumatismus durch. In gleicher Weise erkrankte er jetzt vor 10 Wochen, hatte viele Schmerzen. Nach 4 Wochen verschwanden die Schmerzen plötzlich; zugleich aber begann der Kranke verwirrt zu sprechen, äußerte Versündigungs- und Verfolgungsideen, war sehr unruhig, betete viel, drängte hinaus, aß und schlief fast gar nicht mehr.

Bei der vor 5 Wochen erfolgten Aufnahme in die Klinik war der Kranke unklar, kannte die Jahreszahl und den Namen des Kaisers nicht, hörte Stimmen, namentlich seine Frau und seine Kinder, antwortete langsam, schwerfällig, sinngemäß, aber häufig verkehrt, vermochte einfache Rechnungen nicht auszuführen. Seine Stimmung war gedrückt, ängstlich; vorübergehend bestand Echolalie, Echopraxie und Katalepsie. Diese letzteren Störungen erweckten damals zunächst den Verdacht einer Dementia praecox, der jedoch im Hinblick auf das klinische Gesamtbild schon bei der ersten Untersuchung wieder aufgegeben werden mußte. Wir wissen ja, daß die Befehlsautomatie allein das Zeichen einer Willensstörung ist, die bei sehr verschiedenen Formen des Irreseins zur Beobachtung gelangen kann. Der Ernährungszustand des Kranken war sehr schlecht, hat sich inzwischen schon wesentlich gehoben. Zugleich ist der Kranke regsamer und unruhiger, aber noch nicht klarer geworden, so, wie Sie ihn jetzt vor Sich gesehen haben.

Die hier geschilderte Entwicklung entspricht völlig unseren

sonstigen Erfahrungen; namentlich ist das rasche Verschwinden der Gelenkschmerzen beim Auftreten der psychischen Störungen oft beobachtet worden. Wir können daher im Hinblick auf das klinische Bild nicht zweifeln, daß hier wirklich der Gelenkrheumatismus als die Ursache des Irreseins anzusehen ist. Der Zustand selbst würde wohl am meisten demjenigen entsprechen, den man nach Meynerts Vorgang als halluzinatorische Verworrenheit oder Amentia zu bezeichnen pflegt. Leider aber werden mit demselben Namen auch eine ganze Reihe wesentlich andersartiger, nur äußerlich ähnlicher Zustände belegt, die zum größten Teile der Dementia praecox, manchmal auch dem manisch-depressiven Irresein oder noch anderen Krankheiten angehören. So, wie wir das Bild hier abgegrenzt haben, bietet es uns, im Gegensatz zu den erwähnten Formen, die sichere Aussicht auf eine vollständige und dauernde Genesung. Haben wir, wie hier, wirklich eine Erkrankung vor uns, die nur durch das körperliche Leiden verursacht ist, so genügen Bettruhe, kräftige und sorgfältige Ernährung, unter Umständen verlängerte Bäder und die gelegentliche Anwendung von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln, um den Kranken im Laufe einiger Monate wiederherzustellen*).

XIII. Vorlesung.

Delirien.

M. H.! Aus unseren bisherigen Betrachtungen haben Sie wiederholt entnommen, daß einerseits die Zustände, die demselben Krankheitsvorgange angehören, außerordentlich verschieden aussehen können, während andererseits Bilder, die eine ganz verschiedene klinische Bedeutung haben, oft genug einander ungemein ähnlich sind. Wir müssen daraus den Schluß ziehen, daß die-

*) Der Kranke ist nach 4monatiger Dauer der Störung völlig genesen und auch jetzt, nach 5¹/₂ Jahren, noch gesund.

jenigen Krankheitszeichen, die in demselben Krankheitsverlaufe wechseln, in verschiedenen dagegen auf gleiche Weise wiederkehren, als allgemeine Begleiterscheinungen geistiger Störungen anzusehen sind, wie etwa Fieber, Pulsbeschleunigung, Schmerzen bei körperlichen Erkrankungen. Sie gestatten uns keine zuverlässigen Schlüsse auf die besondere Art des vorliegenden Leidens und sind unter diesem Gesichtspunkte als unwesentliche Krankheitszeichen zu betrachten, mögen sie an sich noch so auffallend oder gefahrdrohend sein. Ihnen stehen die oft viel unscheinbareren, diagnostisch wesentlichen, kennzeichnenden Störungen gegenüber, die wir in den verschiedensten Zustandsbildern derselben Krankheit immer wiederfinden, und die uns daher die Natur des zugrunde liegenden Leidens enthüllen. Ohne Zweifel kennen wir bisher erst einen sehr kleinen Teil der wesentlichen Krankheitszeichen. Es dürfte gelingen, festzustellen, daß so manche Störungen, die uns heute bei verschiedenen Krankheiten in ganz gleicher Form aufzutreten scheinen, bei genauester Zergliederung im einen und im anderen Falle doch gewisse Unterschiede darbieten. Wir halten z. B. jetzt die manische und die katatonische motorische Erregung, die Willenshemmung und den Negativismus auseinander, von denen die ersteren beiden früher unter dem gemeinsamen Namen des Bewegungsdranges, die letzteren unter dem des Stupors zusammengefaßt zu werden pflegten. Soweit wir schon imstande sind, äußerlich ähnliche Zustände auf Grund kennzeichnender Eigentümlichkeiten verschiedenartigen Krankheiten zuzuweisen, habe ich mich bisher bemüht, Ihnen Ziel und Weg zu zeigen. Auch heute wollen wir versuchen, bei einer kleinen Gruppe anscheinend gleichartiger Krankheitsbilder die maßgebenden Unterscheidungsmerkmale aufzufinden, die uns die Erkennung der besonderen klinischen Bedeutung des einzelnen Falles ermöglichen.

Der 40jährige, kräftig gebaute Lehrer, den ich Ihnen zuerst zeige, liegt mit etwas verfallenen Zügen und gerötetem Gesichte im Bette. Er befindet sich in beständiger Unruhe, wühlt in seinem Bettzeuge, reibt rhythmisch an seinen Armen und Beinen herum, sucht und pflückt an der Decke, wälzt und dreht sich; seine Bewegungen sind dabei zitterig und unsicher. Um seine Umgebung kümmert sich der Kranke gar nicht, gibt auf Befragen meist keine Antwort, sieht höchstens flüchtig auf, ist ganz mit sich be-

schäftigt, faselt abgerissen und unverständlich vor sich hin. Erst bei sehr eindringlichem Zureden gelingt es, seine Aufmerksamkeit zu erregen und einzelne Äußerungen von ihm zu erhalten, die zunächst sinngemäß sind, aber rasch zusammenhangslos werden. Er sei mit 24 Jahren auf die Welt gekommen, Sohn vom Kaiser Wilhelm; sein Vater heiße Germanicus. Mit einem wunderschönen Judenmädchen sei er verlobt, weiß aber ihren Namen nicht mehr. Hier befinde er sich im Krankenhause; das gehöre ihm; bisweilen komme er sich etwas verrückt vor. Der Kaiser von Rußland habe ihm 2 Milliarden Bergwerke geschenkt auf Neuseeland; die strotzen von Gold. Er müsse sterben, könne nicht sprechen, habe die Sehnen eines Menschenfressers, einen silbernen Arm, keinen Kehlkopf mehr. Man wolle ihm die Augen ausreißen, solle ihm ein neues Herz einsetzen. Die umliegenden Berge habe er bedeutend erhöht, könne Mäuse machen.

Der Kranke ist ablenkbar, knüpft an irgend einen zufälligen Eindruck an, springt ganz verworren von einem Gedanken zum anderen über. In der Luft sieht er Vögel fliegen, spricht von Leuten draußen, die nicht herein kommen sollen, meint, er habe die ganze Nacht gearbeitet, die Borten von den Decken geschnitten. Seine Stimmung ist bald heiter, bald ärgerlich, zornig. Vorübergehend wird er ängstlich, bricht dann wieder in heftiges Schimpfen aus, verlangt, man solle den Wärter, der sich mit ihm zu schaffen macht, augenblicklich tot schlagen oder zusammenschießen.

Das Zustandsbild, das wir hier vor uns haben, ist offenbar ein deliriöses. Der Kranke ist benommen, unklar, verworren, erregt und hat Sinnestäuschungen. Einzelne Züge dieses Bildes, das Zittern, die Unsicherheit der Bewegungen, das Sehen von fliegenden Vögeln, die heitere Stimmung, das Beschäftigungsdelirium, das Herumwühlen und Nesteln, erinnern uns sehr an die früher besprochenen alkoholischen Delirien. Dennoch haben wir eine Reihe wichtiger Abweichungen zu verzeichnen. Unser Kranker ist viel verworrener, als Alkoholdeliranten zu sein pflegen; er macht auch über seine früheren Lebensverhältnisse unsinnige Angaben; endlich weisen die von ihm geäußerten abenteuerlichen Wahnvorstellungen auf eine Veränderung des Persönlichkeitsbewußtseins hin, wie sie bei jenen Kranken niemals vorkommt.

Dagegen zeigt uns die körperliche Untersuchung des Kranken

sofort den richtigen Weg. Schon bei seinen Reden haben wir bemerkt, daß seine Sprache schwerfällig, undeutlich, schmierend ist. Die Pupillen sind ungleich, lichtstarr; die Schmerzempfindlichkeit ist herabgesetzt. Die Gesichtszüge sind schlaff und ausdruckslos; die Zunge wird zitternd vorgestreckt. In den Beinen bestehen starke Spannungen, die es schwierig machen, den Kniesehenreflex genauer zu prüfen; er läßt sich jedoch deutlich nachweisen. Gerade dieser Erscheinung begegnen wir ungemein häufig bei Paralytikern, bei denen auch durch die gebräuchlichen Kunstgriffe vielfach keine Entspannung der Beine zu erreichen ist. Am Kreuzbein besteht eine flache Hautabschürfung; an verschiedenen Stellen des Körpers finden sich kleine furunkulöse Geschwüre.

Die körperlichen Zeichen setzen es außer Zweifel, daß wir es hier nicht mit einem rasch und voraussichtlich günstig verlaufenden Delirium tremens, sondern mit einem Zustande zu tun haben, der dem Formenkreise der Paralyse angehört. Bei dieser Auffassung haben auch die unsinnigen Größen- und Kleinheitsideen des Kranken wie seine wahnhaften Angaben über sein Alter, seine Abstammung u. s. f. nichts Auffallendes mehr. Über die Entwicklung des Leidens erfahren wir, daß der Kranke, dessen Familienverhältnisse unbekannt sind, früher ein sehr unregelmäßiges Leben geführt und starke Weine sehr geliebt hat. Über luetische Erkrankungen fehlen alle Angaben. Er war verlobt, strengte sich in letzter Zeit sehr an, um eine Staatsanstellung zu erhalten. Die Krankheit begann ganz allmählich mit Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, mangelnder Eßlust und trauriger Verstimmung. Dann ging der Kranke viel ins Wirtshaus, trank mehr, als sonst, wurde auffallend gesprächig, drängte sich in den Vordergrund, prahlte, gab sich für einen reichen Mann aus, machte große Bestellungen beim Juwelier und geriet in immer wachsende Erregung, so daß er ins Krankenhaus und von da, wo er überaus gewalttätig war, zu uns verbracht werden mußte. Hier ist er seit 4 Wochen.

Wie Sie sehen, entspricht die Entwicklung der Krankheit vollständig der von uns auf Grund des jetzigen Zustandes gestellten Diagnose. Ja, wir erkennen jetzt auch, daß die Ähnlichkeit des Bildes mit einem Alkoholdelirium wahrscheinlich durch eine Mischung paralytischer mit alkoholischen Zügen bedingt war. Ich will indessen beiläufig bemerken, daß ähnliche, wenn auch etwas

anders gefärbte Delirien auch bei Paralytikern ohne alkoholische Vergangenheit hie und da zur Beobachtung kommen. Die Form des vorliegenden Krankheitsfalles ist eine sehr schwere; sie entspricht derjenigen, die wir früher als galoppierende Paralyse erwähnt haben. Wir werden uns daher, wenn sich auch die Möglichkeit einer Remission nicht ganz ausschließen läßt, auf einen raschen, ungünstigen Ausgang gefaßt machen müssen, der entweder durch einen paralytischen Anfall, durch eine Schluckpneumonie oder durch irgend eine septische Infektion herbeigeführt werden kann*). Wir behandeln den Kranken im Dauerbade, das sowohl auf seine Unruhe wie auf die Hautgeschwüre günstig wirkt. Da er die Nahrung bald gierig zu sich nimmt, bald längere Zeit völlig verweigert, ist vielfach Sondenernährung notwendig. Bei drohender Herzschwäche werden wir zu Kochsalzinfusionen greifen.

Der nächste Kranke, den ich Ihnen zeige, ein 26jähriger Goldarbeiter, befindet sich in so starker Erregung, daß er gehalten werden muß. Er sträubt sich dabei auf das lebhafteste, versucht zu beißen, schnaubt, schneidet Gesichter, schäumt, speichelt, faßt sein Hemd mit den Zähnen, um ein Stück her auszureißen, sucht mit den Händen irgend etwas zu packen, hält krampfhaft fest, was er ergriffen hat, windet sich, tritt mit den Füßen. Zureden macht anscheinend gar keinen Eindruck auf ihn; er sieht nicht auf, gibt keine Antwort, befolgt keine Aufforderungen, sondern ringt unter Aufbietung aller Kräfte mit trotzigem Gesichtsausdrucke, um sich den haltenden Armen zu entziehen. Plötzlich fängt er an, zu brüllen: „Hau, hau, hau — ob ihr mich schwitzen — das ist ein rechter Christ — und das übrige soll hinausgehen! Daß alles davongeht! Den will ich hören, der kommt da. Ob ihr mich zwingt — du mein Ring — alles heraus, und mein' Sach' heraus, was euch nicht gehört, alles.“ Allmählich wird er ruhiger, so daß man ihn loslassen kann. Er sitzt nun aufrecht im Bette, den Oberkörper vornüber geneigt, die Arme lang ausgestreckt, nickt lächelnd mit dem Kopfe, fährt mit einem Tuche aus, als ob er schlagen wollte, versucht, es zu zerreißen, zieht es durch den Mund, läßt es sich nicht wegnehmen. Dabei ruft er: „Mein Geld her, mein Blut her,

*) Der Kranke ist 7 Wochen nach der Aufnahme im Anschlusse an einen paralytischen Anfall zugrunde gegangen.

mein Schweiß her.“ Dem Wärter entreißt er die Schlüssel, schreit: „Weg, wer schwitzt, alles weg, wer schwitzt! Da herein! Der, wo dagewesen ist und mich angenommen hat, bleibt da — hier, ha, gar kein' Sorg'!“ Er lehnt sich dann zurück, breitet die Arme aus, wickelt die Hände in die Rockzipfel und bleibt starr so liegen. Sucht man seine Stellung zu ändern oder seine Hand zu ergreifen, so gerät er sofort in starre Spannung; nähert man sich seinem Kopfe, so weicht er mit demselben etwas zurück, läßt sich aber ohne Widerstand in die Stirn eine Nadel stechen, die er nicht entfernt. Sprachliche Äußerungen erfolgen nicht mehr; dagegen nickt der Kranke einmal mit dem Kopfe, als er gefragt wird, ob er den Arzt kenne. Eine genauere körperliche Untersuchung ist bei dem Widerstreben des Kranken nicht möglich.

Wollen wir diesen Zustand verwirrter Erregung richtig deuten, so haben wir zunächst festzustellen, daß die Wahrnehmung des Kranken anscheinend keine Störungen darbietet. Seine Versuche, etwas zu fassen, zu zerreißen, sich loszumachen, waren so geschickt, wie sie nur bei raschester und vollständigster Verwertung der Sinneseindrücke möglich sind. Wenn der Kranke sich trotzdem gegen alle Anreden und Aufforderungen ablehnend verhält, so kann das nicht auf mangelhafter Auffassung, sondern nur auf einem Widerstreben beruhen. Dieses Widerstreben aber könnte etwa durch Wahnvorstellungen oder durch Angst bedingt gewesen sein. Auf erstere deuteten weder die Handlungen noch die Reden des Kranken in irgend greifbarer Weise hin; jedenfalls dürfte es ungemein schwierig sein, das ganze absonderliche Verhalten aus bestimmten wahnhaften Gedankengängen zu erklären. Daß aber auch Angst nicht die Triebfeder seines Handelns war, geht aus seinem Lächeln, namentlich aber aus der Gleichgültigkeit des Kranken gegen den Nadelstich hervor, während schon die leiseste Berührung seiner Hand sofort den starrsten Widerstand auslöste.

Gerade dieser letztgenannte Umstand macht es vielleicht am klarsten, daß wir es hier mit dem Krankheitszeichen des Negativismus zu tun haben, mit triebartigem Widerstreben ohne Begründung durch Angst oder Wahnbildungen, die weit häufiger fehlen, als sie vorhanden sind, mithin keinesfalls die wahre Ursache der negativistischen Erscheinungen bilden können. Der Negativismus aber kommt, soviel heute feststeht, abgesehen von gewissen, noch

wenig erforschten Krankheitszuständen des Greisenalters, wesentlich nur in der *Dementia praecox*, hie und da auch in der Paralyse zur Beobachtung. Die letztere Krankheit können wir bei der Unmöglichkeit einer körperlichen Untersuchung nicht mit voller Sicherheit ausschließen, doch macht schon das Lebensalter des Kranken sie sehr unwahrscheinlich; auch die große Gewandtheit seiner Bewegungen spricht gegen jene Annahme. Dagegen erinnert uns der unvermittelte Wechsel zwischen sinnloser Erregung und starrer Spannung, das Einnehmen eigentümlicher Stellungen, endlich die hochgradige Verworrenheit der Reden bei guter Auffassung, die einförmige Wiederkehr einzelner Wendungen, der Mangel jeder inhaltlichen Beziehung der Ausrufe zur gegebenen Sachlage lebhaft an unsere früheren Erfahrungen über das Krankheitsbild der Katatonie. Auch das Speicheln gehört hierher, da es in der *Dementia praecox* überaus häufig vorübergehend oder dauernd aufzutreten pflegt. Wir werden somit unseren Kranken mit größter Wahrscheinlichkeit für katatonisch halten müssen.

Über die Entwicklung des Leidens ist zu bemerken, daß der kräftig gebaute Kranke aus gesunder Familie stammen soll, aber von Jugend auf etwas absonderlich war. In seiner Soldatenzeit, die er sonst zur Zufriedenheit erledigte, fiel ein eigentümliches Mienenspiel auf. Die jetzige Krankheit begann ganz plötzlich vor etwa 8 Wochen. Nachdem der Kranke in einer Nacht sehr unruhig gewesen und 12mal aufgestanden war, fing er in der nächsten an, zu stöhnen und laut zu rufen, warf verschiedene Gegenstände aus dem Fenster. Am anderen Tage war er gereizt, sprach zeitweise verwirrt, erinnerte sich aber seiner Handlungen in der Nacht. Nun steigerte sich seine Erregung sehr rasch. Er fragte, ob er gehenkt oder geköpft werden solle, wollte sich selbst aufhängen, wurde sehr gewalttätig, warf seine Mutter zu Boden, stieß einen Ofen um und sprang schließlich, obgleich er an Händen und Füßen gefesselt worden war, zum Fenster hinaus, ohne sich jedoch ernstlich Schaden zu tun. Bei der 4 Tage später erfolgten Aufnahme in die Klinik war der Kranke ganz ruhig, völlig klar, hatte nur mangelhafte Erinnerung an das Vorgefallene, äußerte sich wenigstens fast gar nicht darüber, zeigte aber auch kein Bedürfnis, über seine Erlebnisse und seinen Zustand ins klare zu kommen, machte sich keine Gedanken wegen der Zukunft.

Bei dem fast plötzlichen Beginne des heftigen, von lebhaften Angstzuständen und Verfolgungsideen begleiteten, verwirrten Erregungszustandes, bei dem raschen Schwinden der Krankheitszeichen und der sehr unvollkommenen Erinnerung an den Anfall lag damals die Vermutung einer epileptischen Geistesstörung sehr nahe. Dennoch mußten wir bei genauerer Prüfung diese Annahme als unwahrscheinlich zurückweisen, da dem Kranken nach dem Aufhören der Erregung, obgleich eine deutliche Verstandesschwäche nicht vorhanden war, doch gänzlich die klare und vollkommene Krankheitseinsicht mangelte, die wir beim Epileptiker nicht vermissen. Derartige Kranke pflegen genau zu empfinden, daß sich von einem gewissen Zeitpunkte an eine tiefgreifende krankhafte Umwälzung in ihnen vollzogen hat, deren Ende sich durch die Berichtigung der Wahnvorstellungen und das Bestreben andeutet, die krankhaften Vorgänge vom gesunden Leben möglichst scharf abzugrenzen. Erst bei vorgeschrittener Verblödung kann sich diese klare Stellungnahme gegenüber den Krankheitszuständen allmählich verwischen. Bei unserem Kranken fehlten übrigens auch in der Vorgeschichte alle Zeichen, die eine Diagnose der Epilepsie hätten begründen können. Wir kamen somit schon damals zu dem Schlusse, daß es sich um einen katatonischen Erregungszustand gehandelt habe, dem eine Remission von voraussichtlich nicht sehr langer Dauer folgen werde.

In der Tat war der Kranke nur 4 Wochen zu Hause, wurde dann von neuem erregt und ist uns gestern in dem Zustande wieder zugeführt worden, in dem Sie ihn vor Sich sehen. Auch jetzt werden wir vielleicht darauf rechnen dürfen, daß die Erregung nicht allzu lange dauert und in eine neue Remission oder in Stupor ausgeht. Dagegen ist mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit vorauszusagen, daß nach mancherlei Zwischenfällen schließlich doch ein mehr oder weniger hoher Grad von geistiger und gemüthlicher Schwäche zurückbleiben wird *). Die Behandlung bietet

*) Der Kranke hat sich allmählich so weit gebessert, daß er ein halbes Jahr später nach Hause zurückkehren konnte. Nach einem weiteren halben Jahre wurde er jedoch von neuem erregt, bot wie früher bei völliger Besonnenheit einen unregelmäßigen Wechsel von negativistischem Stupor, Gleichgültigkeit und triebartiger Gewalttätigkeit mit Neigung zu Wortspielereien und Grimmassieren dar. Seit 5 $\frac{1}{2}$ Jahren befindet er sich ganz verblödet in einer Pflegeanstalt.

augenscheinlich große Schwierigkeiten, da der Kranke ganz unberechenbar ist und jeden Augenblick die schwersten Gewalttaten gegen sich oder gegen andere begehen kann. Er bedarf daher sorgfältigster Überwachung im Bette oder im Bade. Steigt die Erregung zeitweise so, daß auch die Bäderbehandlung unmöglich wird, so werden wir, zur Not unter Beihilfe von Hyoscin, zu regelmäßigen feuchten Wicklungen schreiten, die in solchen Fällen oft überraschend gute Dienste tun. Das anfängliche Widerstreben der Kranken pflegt sich sehr bald zu verlieren. Nach je 2 Stunden befreien wir den Kranken wieder aus der Wicklung, wiederholen diese letztere aber nach Bedarf in kurzen Zwischenpausen so oft, bis einige Beruhigung eingetreten ist und der Kranke wieder ins Bad gesetzt werden kann. In der Regel pflegt das nach wenigen Tagen erreicht zu sein.

Auch der dritte Kranke, den Sie heute vor Sich sehen, ein 39jähriger Zigarrenmacher, muß von mehreren Wärtern überwacht werden. Er liegt zwar im Augenblicke ruhig, hastig atmend, mit starr geöffneten Augen und weiten Pupillen da, rührt sich auch nicht, wenn man ihn anredet, kneift oder selbst die Cornea berührt. Die Kniesehenreflexe sind ungemein lebhaft. Plötzlich springt der Kranke auf, sucht aus dem Bette zu stürzen und schlägt mit sinnloser Gewalt auf den Nächsten los, so daß er nur mit größter Mühe gehalten werden kann. Dabei ruft er laut: „Laß sie 'raus, jetzt kommt's, Mutter, Mutter — geh weg, laß sie vorbeilaufen, Hülfe, helft mir — Hülfe, komm, wir gehen da heraus, Jesus, Maria — laß sie vorbei, Käthchen, komm, nimm mich zu dir, Käthchen,“ indem er die Schlußworte vielfach wiederholt. Allmählich wird er ruhiger, murmelt leise vor sich hin, sinkt zurück und liegt nun wieder regungslos wie vorher da. Nach 5—10 Minuten wiederholt sich die frühere Erregung mit plötzlichem Aufspringen. Aus den abgerissenen Äußerungen des Kranken können wir folgende verstehen: „Geh nicht so nah, du fällst 'rein, wirf ihm was hin. Was legst du denn dahin? Wieder schließ' ich den Schrank. Wir gehen nicht aus; es geht nicht. Du Bulldogg, geh doch weg! Das Aas! Fritz, spann ein oder ich drück' dir die Kehle zu. Schmeiß ihn doch rein; drück ihn, daß er zufrieden ist. Das Aas hetzt den Hund auf mich!“ Mit den Zeichen der fürchterlichsten Angst fährt er fort: „Die Großmutter, die rote Hexe, lacht noch; Fritz, jetzt

bringt er auch noch seine Jungen mit! Jetzt packen sie mich bei meinem neuen Rock, Hermann. Gehen Sie eine Treppe höher; ich bin es nicht. Laß mich weg; ich muß in die Fabrik, Theres“ usf. Dieser Wechsel von Erregung und stuporösem Daliegen wiederholt sich eine ganze Reihe von Malen. Auch in der Erregung ist es übrigens unmöglich, den Kranken zu irgend einer Antwort oder Reaktion auf Anreden zu veranlassen.

Trotz vieler äußerlicher Ähnlichkeiten unterscheidet sich dieser Kranke von dem vorigen sofort dadurch, daß er schwer benommen ist. Seine Angriffe geschehen mit großer Gewalt, aber ganz ohne die Gewandtheit und geschickte Ausnutzung jedes Vorteils, die wir dort beobachteten. Da der Kranke auf keinen äußeren Reiz reagiert, haben wir hier keinen Anlaß, anzunehmen, daß er negativistisch ist, zumal er in den Pausen bisweilen seine Arme ganz willenlos bewegen läßt. Auf der anderen Seite sind die Reden des Kranken zwar abgerissen, aber durchaus verständlich. Man erkennt leicht, daß er in einer Traumwelt mit wechselnden Vorgängen lebt, denen seine Äußerungen entsprechen. Endlich aber bestehen bei ihm deutliche, sehr heftige Gemütsschwankungen, namentlich ängstlicher Art, in denen er sich von Gefahren umgeben glaubt und sein Leben verteidigt. Der Zustand ist also offenbar ein deliriöser.

Von den uns bisher bekannten Delirien würde wegen der tiefen Benommenheit und bei dem Fehlen der eigenartigen Unruhe wie des Zitterns das alkoholische Delirium von vornherein auszuschließen sein. Auch für ein gewöhnliches Fieberdelirium ist die Bewußtseinstrübung zu tief; derselbe Grund spricht neben dem Fehlen der kennzeichnenden Willensstörungen gegen die Annahme eines katatonischen Erregungszustandes. Allerdings könnte das vielfache Wiederholen derselben Ausrufe als katatonische Stereotypie aufgefaßt werden; ich möchte jedoch darauf hinweisen, daß es sich hier um Ausrufe handelt, die ihrem Inhalte nach den Ausdruck ängstlicher Stimmungen bilden. Ihre Wiederholung erklärt sich daher aus der lebhaften Angst selbst recht gut, ohne daß wir Grund hätten, einen ziellosen, triebartigen Zwang anzunehmen. In einem paralytischen Delirium oder im Initialdelirium eines Typhus begegnen wir zwar auch tiefer Benommenheit, doch werden wir weder dort noch hier dem Inhalte der viel verworrenen

Delirien einigermaßen zu folgen imstande sein. Die äußere Wahrnehmung ist in beiden Zuständen weniger, der Zusammenhang der Delirien dagegen weit stärker gestört, als hier. Zudem sind die Bewegungen bei unserem Kranken von solcher Kraft und Wucht, wie wir sie in den genannten Zuständen schwerlich erwarten dürften.

Endlich aber entspricht das vorliegende Bild mit seiner tiefgreifenden Auffassungsstörung, seinen lebhaften Delirien, seiner heftigen Angst, der Neigung zu rücksichtslosen Gewalttaten wie dem Wechsel von Stupor und plötzlich einsetzender Erregung auf das genaueste demjenigen gewisser epileptischer Dämmerzustände. Auch die weiten, reaktionslosen Pupillen sprechen für diese Auffassung. Wir werden daher erwarten dürfen, daß bei dem Kranken nach ganz kurzer Zeit, wahrscheinlich schon nach wenigen Tagen oder Stunden, Beruhigung, Klarheit und Krankheitseinsicht ohne deutliche Erinnerung an die jetzigen Vorgänge eintreten wird, daß sich aber früher oder später ähnliche Vorgänge wiederholen werden. Die Behandlung wird sich unter diesen Umständen auf genaue Überwachung des Kranken beschränken können, den wir in ein gepolstertes Bett gelegt haben.

Sehen wir uns nun in der Vorgeschichte des Kranken danach um, ob in ihr weitere Anhaltspunkte für unsere Auffassung aufzufinden sind, so erfahren wir, daß ein Bruder seiner Mutter geisteskrank war. Er selbst wurde mit 9 Jahren überfahren, war damals einige Tage bewußtlos. Später hat er längere Zeit ziemlich stark getrunken, konnte aber nicht viel vertragen. Bis zu seinem 4. Lebensjahre litt er an Gichtern und Bettnässen. In der Schule traten noch vielfach leichte Schwindelanfälle auf, doch lernte er ganz gut. Auch späterhin war ihm öfters morgens sehr schwindlig. Mit 34 Jahren trat bei ihm zum ersten Male im Anschlusse an stärkeren Alkoholgenuß ein Zustand auf, in dem er delirierte, Größenideen äußerte, nicht mehr wußte, wo er sich befand, und erst nach 8 Tagen in einer psychiatrischen Klinik wieder zu sich kam. Er führte dann ein sehr unstetes Leben; es trieb ihn häufig ohne bestimmten Grund wieder von seiner Arbeit fort, so daß er alles, auch Geldforderungen, im Stiche ließ und aufs Geratewohl in die Welt hinausfuhr. Die Dämmerzustände wiederholten sich dann noch mehrfach und führten ihn in verschiedene Irren-

anstalten. In einem solchen Zustande kam er vor etwa 4 Wochen zu uns, wurde aber rasch wieder klar. Einige Tage nach der Aufnahme trat ein neuer derartiger Anfall auf, nachdem der Kranke schon den ganzen Tag über verstimmt gewesen war. Der Anfall glich ganz dem jetzigen. Nach 3stündiger Dauer desselben verfiel der Kranke in einen tiefen Schlaf, aus dem er am nächsten Morgen ohne Erinnerung an das Vorgefallene erwachte. Sehr deutlich waren wiederholte Verstimmungen, die von dem Kranken selbst sehr gut geschildert wurden. Er fühlte sich, „wie wenn er einen Mordskatzenjammer hätte“, mußte ohne Grund in eine Ecke starren, meinte, man solle ihn doch lieber umbringen; das Leben habe für ihn ja doch keinen Wert mehr. Auch Fortdrängen wurde in diesen Zuständen beobachtet. Nach 1—2 Tagen war alles vorüber. Den Dämmerzuständen, die selbst ganz plötzlich einsetzten, gingen regelmäßig derartige Verstimmungen voraus. Der geringfügigste Anlaß konnte ihn dann in die heftigste Wut versetzen.

Diese Vorgeschichte entspricht, wie Sie sehen, ganz unseren Erwartungen. Allerdings sind eigentliche epileptische Krampfanfälle bei unserem Kranken höchstens in der frühesten Kindheit aufgetreten. Späterhin wurden nur Schwindelanfälle, namentlich aber die ungemein kennzeichnenden Verstimmungen und Dämmerzustände sehr schwerer Art beobachtet, deren Auftreten durch Alkoholgenuß begünstigt wurde. Die regelmäßige Wiederkehr dieser Zustände, die tiefe Bewußtseinstrübung dabei, ihr rascher Ablauf, die Erinnerungslosigkeit hinterher lassen an der epileptischen Natur dieser Anfälle nicht den geringsten Zweifel, auch wenn man die nicht minder eigenartigen Verstimmungen nicht als sicheren Beweis für das Bestehen einer Epilepsie gelten lassen will. Offenbar geht die Krankheit bis in die Jugend zurück; der Unfall im 9. Jahre ist schwerlich, wie man zunächst denken könnte, als die Ursache des Leidens anzusehen, das höchst wahrscheinlich schon vorher bestand. Trotz dieser langen Dauer der Krankheit ist übrigens der Kranke nicht nennenswert verblödet. Er zeigt zwar die Pedanterie, die Empfindlichkeit und die äußerliche Frömmigkeit der Epileptiker, besitzt aber ganz gute Kenntnisse, ein leidliches Urteil und die Neigung, sich nicht nur körperlich, sondern auch geistig zu beschäftigen. Gleichwohl wird bei

der Gefahr, die er für sich und seine Umgebung bedeutet, die dauernde Unterbringung des Kranken in einer Anstalt schwerlich zu umgehen sein*).

XIV. Vorlesung.

Wochenbettirresein.

M. H.! Die Umwälzungen, welche durch die verschiedenen Abschnitte des Fortpflanzungsgeschäftes im weiblichen Körperhaushalte hervorgerufen werden, sind so tiefgreifende, daß sie auf die Entstehung und den Verlauf von Geistesstörungen nicht ohne Einfluß bleiben können. In der Tat sehen wir psychische Krankheiten im Wochenbette sich bei etwa 7% der in Irrenanstalten aufgenommenen Frauen entwickeln, etwas seltener in der Schwangerschaft oder während des Säugegeschäftes. Auch in unseren bisherigen Betrachtungen sind wir wiederholt derartigen Fällen begegnet. Die Erfahrung zeigt indessen, daß nicht alle derartigen Beobachtungen gleichwertig sind. Man pflegt zwar oft von einer „Puerperalmanie“ im Sinne einer besonderen, nur durch das Wochenbett erzeugten Form des Irreseins zu sprechen, doch läßt sich die Ansicht heute nur noch in beschränktem Umfange aufrecht erhalten. Wo wirklich eine „Manie“ im Wochenbette auftritt, ist sie, wie jede andere Manie, nur ein Glied in der Kette von Anfällen des manisch-depressiven Irreseins; das Wochenbett darf also nicht als die Ursache, sondern nur als der letzte Anstoß zum Ausbruche der Krankheit angesehen werden. Dem entsprechend müssen wir darauf gefaßt sein, daß sich weitere Anfälle auch nach irgend einem sonstigen oder ganz ohne Anlaß einstellen. In der Regel aber entwickeln sich im Wochenbette überhaupt keine manischen, sondern wesentlich andersartige, wenn auch äußerlich ähnliche

*) Der Kranke befindet sich seit 4 Jahren unverändert in einer Pflegeanstalt, zeigt häufige Verstimmungen, aber keine Krampfanfälle, arbeitet fleißig.

Krankheitsbilder, unter denen namentlich die katatonischen Erregungszustände sehr häufig sind.

Eine in der Schwangerschaft entstandene Erkrankung bietet eine 29jährige Frau dar, die vor einem Jahre bei uns geboren hat. Die Kranke ist mittelgroß, schlecht genährt, zeigt eine fahle Hautfarbe und bläuliche Verfärbung der Lippen wie der Hände und Füße. Die Nasenspitze, die Finger und Zehen sind auffallend kalt. Der Gesichtsausdruck ist eigentümlich gespannt; auf der Stirn sehen Sie tiefe Querfalten, während die Augenbrauen zusammengezogen sind. Beim Befragen gibt die Kranke, die hereingeführt werden mußte, zunächst keine Antwort, sondern schüttelt verständnislos mit dem Kopfe. Nach längerem Zureden erhält man jedoch von ihr kurze, einsilbige, halblaut hingeworfene Auskunft über ihren Namen, ihren Geburtstag, die Namen ihrer Kinder. Mehrfach wiederholt sie dabei erst die Fragen, bevor sie antwortet. Zwischendurch steht sie auf, geht ans Fenster, sieht hinaus, nennt halblaut den Namen eines zufällig vorübergehenden, ihr bekannten Mannes, beachtet aber sonst ihre Umgebung sehr wenig, blickt vor sich hin, schaut nicht auf, wenn man sie anredet. Aufforderungen befolgt sie zögernd, hält auch bisweilen mitten in der Ausführung inne. Beim Handgeben berührt sie nur lässig meine Fingerspitzen und zieht dann ihre Hand wieder zurück. Fassen wir ihre Hand fest, so bemerken wir eine gewisse Spannung, die sich indessen durch leichte Gewalt überwinden läßt. Ist das geschehen, so zeigt die Kranke deutliche Katalepsie. Auf mehrfache, kräftige Aufforderung erhebt sie sich langsam, geht an die Tafel und schreibt den Namen ihres jüngsten Kindes an, zählt auch zweistellige Zahlen schriftlich richtig und ziemlich rasch zusammen.

Die Gemütslage der Kranken zeigt keine bestimmte Färbung. Die Kranke ist weder heiter noch traurig, auch nicht ängstlich. Man kann ihr eine Nadel in die Stirn oder das Augenlid stechen, ohne daß sie lebhaftere Abwehrbewegungen macht; sie zieht dieselbe vielmehr langsam heraus und legt sie wieder auf den Tisch. Weder ihr Benehmen noch ihr Gesichtsausdruck verrät irgend welche Teilnahme an den Vorgängen in der Umgebung; nur bei einer scherzhaften Bemerkung, die sie auffaßt, verzieht sich ihre Miene vorübergehend zu einem blöden Lächeln. Sich selbst überlassen, murmelt sie leise schwerverständliche Sätze vor sich hin,

die sie mit einförmigen, wiegenden Bewegungen des Körpers und der Arme begleitet: „Die haben mich kaput gemacht — sie sollen ein Gedicht machen — ich muß nach drüben“ und ähnliches. Sie wiederholt dieselben Wendungen viele Male hintereinander, gibt aber trotz eindringlichsten Fragens keine weitere Erläuterung, schüttelt höchstens mit dem Kopfe. Einmal geht sie auch an die Türe und murmelt: „Ich will 'naus,“ entfernt sich aber nicht, als ihr die Türe geöffnet wird, schließt dieselbe vielmehr wieder und wiederholt nur, indem sie mit dem Knie regelmäßig dagegen stößt: „Ich muß 'naus“. Sehr bemerkenswert ist endlich noch die reichliche Absonderung zähen, übelriechenden Speichels, den sie von Zeit zu Zeit rücksichtslos auf den Boden entleert. Sonstige körperliche Störungen sind bei der Kranken nicht nachzuweisen.

Das ganze Verhalten der Kranken läßt keinen Zweifel darüber, daß sie blödsinnig ist. Auf der einen Seite ist sie imstande, einen Bekannten sofort zu erkennen und Rechenaufgaben rasch und richtig zu lösen, während sie auf der anderen Seite über ihre Zustände nicht die geringste Auskunft zu geben und ihre Lage gar nicht zu beurteilen vermag. Es handelt sich daher nicht etwa um eine Bewußtseinstrübung, sondern um eine wirkliche Verblödung. Diese Ansicht wird weiter gestützt durch den Mangel jeder Teilnahme für die Vorgänge in der Umgebung, das Fehlen irgend welcher Gemütsbewegung. Den Schlüssel zu dem näheren Verständnis des Zustandes liefern uns die Andeutungen von Negativismus, das Kopfschütteln, die Starre der Glieder, die Unzugänglichkeit, das Verweigern der Auskunft, die zögernden Willenshandlungen, das Schließen der geöffneten Türe trotz des Fortdrängens, ferner die Befehlsautomatie, die Stereotypie in Bewegung und Reden, endlich der Speichelfluß. Alle diese Zeichen sind uns als Merkmale der katatonischen Krankheitszustände bereits wohlbekannt, so daß wir nicht zögern werden, auch diesen Fall jenen Formen zuzurechnen.

Allerdings sind wir, wie ich nicht verschweigen will, zunächst anderer Ansicht gewesen. Schon früher habe ich Ihnen mitgeteilt, daß man als „akute Demenz“ geistige Schwächezustände beschrieben hat, die im Gegensatz zum gewöhnlichen Schwachsinn heilbar sind. Es handelt sich dabei, wie angenommen wird, um Rindenveränderungen, die eine tiefgreifende Herabsetzung aller

psychischen Leistungen bedeuten, aber der Rückbildung zugänglich sind. Eine derartige akute Demenz glaubten wir im Anfange vor uns zu haben. Ich habe mich jedoch im Laufe der Zeit mehr und mehr davon überzeugt, daß die meisten der als akute Demenz bezeichneten Fälle dem Gebiete der Katatonie, manche auch demjenigen des manisch-depressiven Irreseins angehören. Was übrig bleibt, sind infektiöse Schwächezustände nach akuten Krankheiten, die natürlich eine besondere klinische Stellung beanspruchen. Unter diesen Umständen halte ich die Diagnose der akuten Demenz überhaupt nicht mehr für angebracht und habe sie auch im vorliegenden Falle aufgegeben; die weitere Entwicklung des Krankheitsbildes hat dann in der Tat keinen Anlaß geboten, eine andere Diagnose zu stellen, als diejenige der Katatonie.

Aus der Vorgeschichte des Falles ist nunmehr nachzutragen, daß der Vater unserer Kranken an Epilepsie gelitten haben soll. Sie selbst war geistig und körperlich gut veranlagt, heiratete vor 4 Jahren und erlitt in der ersten Schwangerschaft vor 3 Jahren einen Schlaganfall, infolgedessen sie ohne Störung der Sprache ein Vierteljahr rechtsseitig gelähmt war. Das Kind wurde mit 7 Monaten tot geboren. Ein zweites Kind starb mit $\frac{3}{4}$ Jahren an Krämpfen. Die jetzige Geistesstörung begann bei der Kranken in der letzten Zeit der dritten Schwangerschaft. Sie hörte auf, zu sprechen, kümmerte sich um nichts mehr recht, wollte aus dem Hause fortlaufen. Zugleich äußerte sie Angst, meinte, man wolle sie totmachen, hörte sich rufen. Sie machte allerlei sonderbare Bewegungen, aß und schlief schlecht, wurde ganz stumm.

Bei der vor einem Jahre erfolgten Aufnahme in die Klinik war sie besonnen, gab aber fast gar keine Auskunft, lag teilnahmslos und ohne gemütlige Schwankungen im Bette, befolgte einfache Aufforderungen rasch und bot ausgeprägte wächserne Biegsamkeit dar. Am dritten Tage erfolgte ohne Schwierigkeit die Geburt eines gut ausgetragenen Knaben. Die Kranke verhielt sich dabei völlig gleichgültig, leugnete nachher, geboren zu haben, kümmerte sich nicht um das Kind. In den nächsten Wochen wurde sie zunächst ganz stuporös, dann allmählich etwas erregt, lief herum, drängte sinnlos fort, entkleidete sich. Zugleich verweigerte sie die Nahrung, fing an zu speicheln, wurde unsauber, stand den ganzen Tag an der Türe, bis ihr die Füße anschwellen, stieß rhythmisch mit

dem Knie dagegen, ging aber nicht hinaus, wenn man öffnete. Irgend welche Auskunft gab sie nicht, erinnerte sich wohl der Geburt, kannte auch den Namen des Kindes, verhielt sich aber bei Besuchen der Angehörigen ganz stumpf, meinte nachher, sie habe nicht gewußt, was sie reden solle. Ein Versuch, die Kranke in die Familie zurückzunehmen, mißlang, da sie auch dort fortdrängte und unrein war. Das Körpergewicht, das nach der Geburt langsam gesunken war, ist in den letzten Monaten wieder etwas gestiegen, ohne daß der sonstige Zustand eine Besserung gezeigt hätte*).

Die Entwicklung einer Katatonie in der Schwangerschaft ist immerhin so häufig, daß ein zufälliges Zusammentreffen nicht sehr wahrscheinlich bleibt. Vielmehr müssen wir vermuten, daß, wie das Wochenbett, so auch die Schwangerschaft die Ausbildung der Krankheit sehr begünstigt. Namentlich scheinen es mir die rasch in tiefen Blödsinn übergehenden stuporösen Formen zu sein, die hier gern vorkommen, ohne daß doch für jetzt schon genügender Anlaß vorläge, von einem besonderen „Schwangerschaftsirresein“ zu sprechen. Die Geburt übt auf den Gang der Krankheit keinen oder einen ungünstigen Einfluß aus, eine Erfahrung, die deswegen besonders wichtig ist, weil sie uns von der Einleitung des künstlichen Abortus oder der Frühgeburt in solchen Fällen abhalten wird, die hier in der Tat niemals angezeigt ist. Sehr bemerkenswert ist der Schlaganfall, den die Kranke in der früheren Schwangerschaft erlitten hat. Ob derselbe noch mit der Katatonie im Zusammenhange steht, läßt sich natürlich schwer entscheiden; ich kenne jedoch noch mehrere Fälle, bei denen sich im Beginne oder im Verlaufe einer Katatonie derartige Anfälle mit später sich wieder ausgleichenden Lähmungen einstellten.

Ein ganz anderes Bild bietet Ihnen die 41jährige Baumeistersfrau dar, die ich Ihnen nunmehr im Bette hereintragen lasse. Die sehr blasse, schlecht genährte Kranke ist in fortwährender Unruhe. Sie klatscht in die Hände, entblößt sich, will aufspringen, wühlt in ihren Betten, zupft an Kissen und Tüchern, wälzt sich herum, zerreißt plötzlich ihr Hemd, schleudert die Fetzen von sich. Dabei schwatzt und singt sie fast unaufhörlich ganz verworren, oft in

*) Die Kranke befindet sich seit 8 Jahren, vollkommen verblödet, in einer Pflegeanstalt.

Reimen und Gleichklängen: „Guten Morgen, Herr Hofrat, wie geht es, wie steht es — ich war noch nie so lustig wie heute — mein liebes Käthchen, mein liebes Gretchen, mein liebes Mädchen — was soll das — da bist du, mein Schatz — mein Gemahl ist ein Lump — er ist tot“ usf. Dazwischen spricht sie von der Bartholomäusnacht, von Dornenkrone und ans Kreuz nageln, von Krieg, Geistern, die ihr zuwinken, Männern, die vorbeiziehen. Die Kranke ist unbesinnlich, verkennt die Personen, gibt auf Anreden kaum eine Antwort; nur hie und da knüpft sie einmal an das Gehörte an, verdreht es oder verflucht es in eine scherzhafte Wendung. Die Stimmung ist gehoben, aber wechselnd; erotische Neigungen werden durch Reizbarkeit und gewalttätige Ausbrüche abgelöst. Die Gesichtszüge sind eingefallen; Zunge und Lippen sind trocken, mit Krusten belegt, rissig. Dargebotene Flüssigkeit weist die Kranke zurück, spuckt sie wieder aus. Die Hände zittern stark; sonst sind außer den Zeichen einer vor kurzem überstandenen Entbindung keine körperlichen Störungen nachzuweisen.

Der vorliegende Erregungszustand erinnert in seinen wesentlichen Zügen an das Bild der Manie. Nur scheint die Auffassungsstörung und die Bewußtseinstrübung eine viel tiefere zu sein auch die Verworrenheit in Reden und Handeln ist im Verhältnisse zu dem Grade der Erregung auffallend stark. Dazu kommen noch die deliriösen Sinnestäuschungen, über die wir aus den Reden der Kranken einzelne Andeutungen entnehmen können. Wie es scheint, haben wir ein Recht, derartige Erregungszustände, bei denen sich schwere Störung der Auffassung und des Denkens mit verhältnismäßig geringer psychomotorischer Erregung verbindet, als den Ausdruck von Krankheitsvorgängen zu betrachten, die nicht dem manisch-depressiven Irresein angehören, sondern durch erschöpfende Ursachen erzeugt werden. Wir sehen sie daher auch vorzugsweise im Wochenbett, nach starken Blutverlusten, endlich nach gewissen, sehr akuten Infektionskrankheiten, insbesondere nach Lungenentzündung und Kopfrosee auftreten. Wesentlich ist dabei die sehr günstige Prognose dieser Irreinsformen. Wenn es gelingt, die Kranken am Leben zu erhalten, so tritt, soviel wir bisher wissen, immer völlige und dauernde Genesung ein. Auch für unseren Fall dürfen wir somit auf Grund des klinischen Bildes die Erwartung aussprechen, daß sich die jetzigen Störungen trotz

ihrer Schwere vollständig wieder ausgleichen werden, ohne daß wir spätere Wiedererkrankungen zu fürchten hätten, wenn nicht neue, erhebliche Schädlichkeiten einwirken.

Die Kranke, deren Schwester ebenfalls im Wochenbette eine Geistesstörung durchmachte, war eine sehr begabte, lebhaftere Frau, die erst vor 3 Jahren geheiratet hat. Sie gebar vor 17 Tagen. Schon in der Schwangerschaft war sie sehr aufgeregter, hatte viele Beschwerden. Als sich nach der Geburt etwas Fieber einstellte, geriet sie in lebhaftere Unruhe, schlief nicht mehr, obgleich die Körperwärme unter dem Einflusse von Spülungen bald wieder sank. Am 6. Tage des Wochenbettes wurde sie ganz verwirrt, hörte Stimmen, sah Bilder, verkannte die Personen, wußte nicht mehr, wo sie sich befand, fing an, zu singen und zu schreien, und wurde wegen der rasch sich steigernden Erregung in die Klinik gebracht.

Die eigenartige Form der Störung in unserem Falle lehrt uns, daß ihr Zusammenhang mit dem Wochenbette höchst wahrscheinlich als ein engerer aufgefaßt werden muß. Wir haben es nicht mit dem Anfalle eines Leidens zu tun, das ein anderes Mal auch ohne derartigen Anlaß zum Ausbruche kommen könnte, wie es beim manisch-depressiven Irresein beobachtet wird, sondern wir dürfen die Schädigung durch das späte Wochenbett bei der nicht mehr jungen Frau als die wirkliche Ursache der geistigen Erkrankung betrachten. Meist pflegt man dabei die Erschöpfung in den Vordergrund zu stellen, doch fehlt es auch nicht an Stimmen, die das Hauptgewicht auf infektiöse Vorgänge legen. Im vorliegenden Falle würde das Auftreten von Fieber für die letztere Auffassung sprechen, doch war einerseits die Wochenbetterkrankung nur eine leichte; andererseits gibt es auch Fälle von Wochenbettirresein ohne Andeutungen von Infektion. Freilich handelt es sich dabei zumeist um Katatonien. Wirkliche Klarheit herrscht in dieser Frage noch nicht; wir wollen indessen darauf hinweisen, daß auch bei dem Vorgange der Erschöpfung Giftwirkungen, allerdings anderer Art, mit in Betracht gezogen werden müssen.

Nach dem klinischen Verlaufe unterscheidet man heute wesentlich zwei Formen des Erschöpfungsirreseins, das sehr stürmisch verlaufende Kollapsdelirium und die akute Verwirrtheit oder Amentia, die eine Reihe von Monaten zu dauern pflegt. Die erstere

Form scheint mir bisher klinisch am besten begründet zu sein; wir dürfen auch den vorliegenden Fall mit seiner überaus raschen Entstehung und seinen sehr schweren Störungen diesem Bilde zurechnen. Ist diese Auffassung richtig, so werden wir nach 8-, höchstens 14tägigem Verlaufe auf eine rasche und vollständige Genesung hoffen dürfen, wenn auch vielleicht noch einige Zeit lang leichte Erregbarkeit und allerlei Stimmungsschwankungen zurückbleiben werden*). Die Erinnerung an die stürmische Zeit pflegt dabei ziemlich unklar zu sein. Die ärztliche Aufgabe besteht in der sorgfältigsten Pflege und Erhaltung der Kräfte. Unsere Kranke gehört unbedingt in ein Dauerbad, womöglich Tag und Nacht. Zugleich ist reichliche Ernährung nötig, die bei dem verwirrten Widerstreben öfters die Anwendung der Schlundsonde erfordert. Als Beruhigungsmittel kann man der Fütterung Alkohol, nach Umständen auch Paraldehyd oder Trional hinzufügen. Besondere Überwachung erfordert die leicht erlahmende Herztätigkeit. Wir kräftigen sie durch Zusatz von Strophantus zur Fütterung, durch Einspritzungen von Koffein oder bei größerer Gefahr durch Kochsalzinfusionen, die oft geradezu lebensrettend wirken. Auch in unserem Falle haben wir sie schon mit vorzüglichem Erfolge angewendet; augenblicklich ist infolgedessen die Herztätigkeit so gut, daß wir die Kranke als außer Gefahr betrachten können.

Weit verwickelter, als im vorigen Falle, ist der Zusammenhang der Dinge bei einer 29jährigen Frau, die vor 2 Monaten geboren hat und sich jetzt seit 5 Tagen in der Klinik befindet. Die Kranke, die ich Ihnen ebenfalls im Bette vorführen muß, zeigt eine lebhaft Unruhe. Arme, Beine und Kopf führen unaufhörlich ruckende, ziellose Bewegungen aus, die Sie ohne weiteres als choreatische erkennen. Die Kranke schneidet Fratzen, verzieht den Mund, rümpft die Nase, schnappt mit dem Munde, schnellt die

*) Die Kranke ist am 12. Krankheitstage ruhig und klar geworden und hat sich ungemein rasch erholt. Sie blieb 11 Jahre vollständig gesund, erkrankte dann nach einer Bruchoperation an schwerer Phlebitis, die durch ausgedehnte Thrombenbildung zum Tode führte. In den letzten 2 Wochen trat unter raschem Verfall der Kräfte bei mäßiger Temperatursteigerung lebhaft delirante Unruhe mit Sinnestäuschungen, Verfolgungsideen, Ideenflucht, Ablenkbarkeit und ausgeprägtem Stimmungswechsel hervor. Man wird auch diesen Zustand in ähnlicher Weise deuten können wie den früheren.

Zunge vor; sie rollt den Kopf, stößt ihn rückwärts in die Kissen, wirft sich herum, schleudert die Arme, macht Pronations- und Supinationszuckungen. Vielfach entblößt sie sich unwillkürlich, denkt aber nicht daran, sich wieder zu bedecken. Da sie sich bei dieser Unruhe rücksichtslos anschlägt, ist sie überall mit blauen und grünen Flecken besät. Die Aufmerksamkeit der Kranken ist schwer festzuhalten; sie antwortet mitunter rasch auf eine Frage, ist aber ganz unfähig, zusammenhängende Auskunft zu geben, wird durch zufällige Eindrücke leicht abgelenkt oder achtet zeitweise überhaupt nicht auf die Vorgänge in der Umgebung.

Wie es scheint, bestehen einzelne Gesichts- und Gehörs- täuschungen. Die Kranke deutet plötzlich mit dem Finger nach vorn und sagt: „Der König, der Kaiser, der so geschrieen hat dort“; auch nennt sie den Namen ihres Bruders, den sie habe rufen hören. Über ihre Lage und Umgebung ist sie annähernd im klaren, bringt aber manche Vorkommnisse in wahnhafte Beziehung zur eigenen Person, glaubt schuld zu sein, daß eine Mitkranke mit der Sonde gefüttert wird. Ihre Stimmung zeigt keine sehr ausgeprägte Färbung, ist im ganzen eher heiter. Zeitweise singt die Kranke, doch hat sie ein deutliches Krankheitsgefühl. Die Sprache ist abgerissen, sprudelnd; ihre Reden sind einförmig, faselig, zusammenhanglos, von beziehungslosen Flickwörtern durchsetzt: „Zum Beispiel“, „inwiefern denn“, „ich sag' gar nichts“. „Rote Herzen trifft keine goldenen Herzen. Soll denn immer ich ein goldenes Herz abgeben, pfui Teufel noch einmal. Goldene Herzen treffen sich, lebende Herzen treffen sich, tote nicht. Man kriegt verschiedene Herzen“ usf. Bisweilen stößt sie unartikulierte Laute aus.

Beim Versuche, die Kranke aufstehen zu lassen, bemerken Sie, daß der Gang unsicher und taumelig ist; sie läßt sich einfach fallen, selbst auf das Gesicht. Die Empfindlichkeit der Haut ist erhöht; die Kranke schreit laut auf, wenn man sie mit der Nadelspitze unversehens berührt. Der Ernährungszustand ist ein sehr schlechter; das Körpergewicht ist in 5 Tagen um fast 3 Kilogramm gesunken. Lippen und Zunge sind trocken und rissig; die Eigenwärme beträgt 39,1°. Der Puls ist klein, 120, das Herz etwas nach links verbreitert; an der Herzspitze hört man ein präsysistolisches Geräusch. Sonstige körperliche Störungen sind nicht nachzuweisen; nur könnte als Ursache des Fiebers eine beginnende ober-

flächliche Zellgewebsentzündung am rechten Beine in Betracht kommen.

Die auffallendste Erscheinung in diesem Krankheitsbilde sind die choreatischen Bewegungen. Leider ist indessen deren klinische Deutung nicht ohne weiteres klar. Sie können die Zeichen einer eigenartigen Erkrankung, aber auch Begleiter der Hysterie sein. Die Schwere des ganzen Zustandes, die Andeutungen eines Herzfehlers, dessen nahe Beziehungen zur Chorea bekannt sind, würden mehr für die erstere Auffassung sprechen. Auf der anderen Seite aber erfahren wir, daß die Kranke, deren Vater an einem Schlaganfall gestorben ist, seit ihrem 15. Jahre an Anfällen von Bewußtlosigkeit gelitten hat, die sich im allgemeinen nach 6—8 Wochen wiederholten. Sie stieß dabei einen Schrei aus, zuckte mit den Händen und Füßen, hatte Schaum vor dem Munde und atmete schwer, wußte nachher nichts von dem Vorgefallenen. Verletzungen kamen nicht vor, nur einige Male ein leichter Zungenbiß. Die Anfälle dauerten 5—10 Minuten; nachher war die Kranke müde und schlief einige Stunden. Vom 21. Jahre an setzten sie 3 Jahre lang aus, kamen dann in verstärktem Maße wieder. Vor 3 Jahren heiratete die Kranke, nachdem sie vorher schon einmal außerehelich geboren hatte; während der Schwangerschaft blieben die Anfälle wieder aus. In der Ehe machte die Kranke 2 Fehlgeburten im 4. Monate durch, erkrankte dann vor 2 Jahren an Gelenkrheumatismus. Ein halbes Jahr später war sie 4 Wochen lang ganz verwirrt, sprach wenig und ohne Zusammenhang, verkannte die Personen, lag starr da, mußte gefüttert werden, war unrein. Nachher hatte sie keine Erinnerung an diesen Zustand. Mit dem Beginne einer neuen Schwangerschaft im vorigen Jahre blieben die Anfälle wieder aus, um erst in den letzten Monaten von neuem aufzutreten. Vor einem Vierteljahre setzte dann ein verwirrter Erregungszustand ein, der völlig dem jetzigen entsprach, aber leichter war und nach 3 Wochen wieder schwand. Einige Wochen nach der letzten Entbindung wurde die Kranke zum zweiten Male von Gelenkrheumatismus mit Fieber befallen, der sich bei geeigneter Behandlung rasch wieder verlor. Seit 12 Tagen machten sich dann die choreatischen Bewegungen mit Verwirrtheit und Personenverkennung bemerkbar, anfangs gering und mit Besserungen, dann immer stärker. Bei der Aufnahme der Kranken in die Klinik waren die

Störungen lange nicht so ausgesprochen wie jetzt. Schmerzhaftigkeit der Gelenke ließ sich schon damals nicht mehr nachweisen.

Prüfen wir diese Vorgeschichte, so muß es im Hinblick auf das langjährige, regelmäßige Auftreten des Leidens, auf die Art der Anfälle, insbesondere deren Einförmigkeit und die Zungenbisse, endlich auf das Fehlen sonstiger hysterischer Anwandlungen, doch als das Wahrscheinlichste bezeichnet werden, daß die Kranke an Epilepsie und nicht an Hysterie leidet. Wir würden es demnach hier mit einer echten Chorea zu tun haben, als deren Ursache der Gelenkrheumatismus anzusehen wäre, den die Kranke zweimal überstanden hat. Es ist genügend bekannt, daß sich an diese Krankheit sehr häufig Chorea anschließt. Freilich ist der erste Anfall von Chorea dem letzten Gelenkrheumatismus voraufgegangen; indessen scheint das Bindeglied zwischen beiden Leiden die Erkrankung der Herzklappen zu sein, die möglicherweise noch seit dem ersten Anfälle von Rheumatismus fortbestand.

Das klinische Bild, das unsere Kranke darbietet, entspricht in der Tat vollkommen den bei Chorea beobachteten Geistesstörungen. Insbesondere sind es neben den choreatischen Bewegungen selbst die Unbesinnlichkeit und Verwirrtheit, ferner die vereinzelt Sinnestäuschungen und die heitere Stimmung, endlich die große Unruhe und der rasche körperliche Verfall, die diese Formen des Irreseins kennzeichnen. Auffallend ist nur, daß die psychische Erkrankung vor 1½ Jahren ein ganz anderes Bild dargeboten hat. Es wird natürlich kaum möglich sein, sich nachträglich aus der Beschreibung der Angehörigen ein zuverlässiges Urteil über den damaligen Zustand zu bilden; so manche Züge scheinen mir jedoch dafür zu sprechen, daß es sich einfach um einen epileptischen Dämmerzustand gehandelt hat, der mit dem jetzigen Leiden in gar keiner näheren Beziehung steht.

Wir hätten demnach hier auseinanderzuhalten einmal die Epilepsie mit ihren besonderen Krankheitsäußerungen, sodann das choreatische Irresein in seiner Abhängigkeit von dem Gelenkrheumatismus. Dagegen scheint das Wochenbett, dem man vielleicht von vornherein eine Hauptrolle für die Entstehung der Geistesstörung zuschreiben möchte, in Wirklichkeit gar keine ursächlichen Beziehungen zu derselben zu besitzen. Der vorliegende Fall ist somit ein gutes Beispiel für die Beleuchtung des Unter-

schiedes zwischen wahren und falschen Ursachen, dessen Vernachlässigung in der Psychiatrie wie in der Medizin so oft verhängnisvoll geworden ist. Für die Katatonie bestehen ohne Zweifel tiefere ursächliche Beziehungen zum Fortpflanzungsgeschäfte beim Weibe, wenn auch der letzte Angriffspunkt jener Umwälzungen noch ganz unbekannt ist. Auch bei dem Kollapsdelirium ist ein solcher innerer Zusammenhang einigermaßen wahrscheinlich. Dagegen können wir in denjenigen Fällen, in denen sich eine Manie oder gar eine Paralyse an das Wochenbett anschließt, höchstens von einer auslösenden Wirkung der körperlichen Schädigung auf die schon anderweitig vorbereitete Krankheit sprechen. Im vorliegenden Falle endlich ist selbst eine solche entfernte Wirkung auf den Ausbruch des Irreseins kaum noch festzustellen. Alle diese Unterschiede prägen sich, wie ich glaube, deutlich in der klinischen Form der Geistesstörung aus. Wir sind bei genauer Beachtung des gesamten Krankheitsbildes recht wohl imstande, aus diesem selbst zu schließen, welche Rolle das Fortpflanzungsgeschäft in der Kette von Ursache und Wirkung gespielt hat.

Das choreatische Irresein pflegt, wenn die Kranken nicht an Erschöpfung zugrunde gehen, einen gutartigen Verlauf zu nehmen und in völlige Genesung zu endigen*). Wir werden im vorliegenden Falle die Aufgabe haben, der Kranken möglichste Ruhe zu verschaffen, sie gut zu nähren und vor Infektionen zu schützen. Zunächst wollen wir versuchen, durch Darreichung von Salipyrin die Chorea selbst zu bekämpfen. Wir behandeln die Kranke im Dauerbade und suchen ihr soviel flüssige Nahrung wie nur möglich beizubringen. Die Zellgewebsentzündung wird nach den gebräuchlichen Grundsätzen der Chirurgie behandelt.

*) Die Kranke genas nach 5wöchiger Dauer der Störung. Ein Jahr später trat im Anschlusse an gehäufte Anfälle von neuem ein Delirium mit Chorea auf, das mehrere Wochen dauerte. Seitdem war die Kranke im Laufe von 3 Jahren noch 5mal wegen deliranter Zustände in der Klinik; die ersten Male waren noch Andeutungen von Chorea vorhanden, später nicht mehr. Die epileptischen Anfälle kamen dauernd alle paar Wochen gruppenweise und gingen häufiger mit leichter Verwirrtheit einher. Die geistige Leistungsfähigkeit der Kranken nahm dabei allmählich ab.

XV. Vorlesung.

Paranoia.

M. H.! Unter den Zeichen des Irreseins haben neben den Stimmungsschwankungen von jeher die Wahnbildungen und Sinnestäuschungen, die sich sehr oft miteinander vereint finden, die Aufmerksamkeit der Beobachter besonders auf sich gelenkt. Die verschiedenen Gestaltungen des Wahns, der Größen- und Kleinheitswahn, der Versündigungswahn, der physikalische Verfolgungswahn usf., sind vielfach als Kennzeichen bestimmter Krankheitsformen betrachtet worden. Nach unseren heutigen Erfahrungen sind aus dem Bestehen und dem Inhalte der Wahnvorstellungen nur in sehr beschränktem Umfange Schlüsse auf die klinische Bedeutung eines Krankheitsbildes zulässig. Die Richtungen menschlicher Wünsche und Befürchtungen können in den verschiedensten Formen des Irreseins dieselben krankhaften Wege einschlagen. Dennoch bleibt die Art des Krankheitsvorganges natürlich nicht ganz ohne Einfluß auf die Gestaltung des Wahnes. Wir werden daher in den folgenden Vorlesungen einige Beziehungen dieser Störung zu bestimmten Krankheitsformen etwas näher ins Auge zu fassen haben.

Der stattliche, 62jährige Herr, der sich uns mit einer gewissen höflichen Würde vorstellt, macht mit seinem sorgfältig gepflegten Knebelbart, seinem Zwicker, seiner gut sitzenden, wenn auch schon etwas abgeschabten Kleidung den Eindruck eines Weltmannes. Er ist zunächst etwas unwirsch darüber, daß er sich vor den jungen Herren ausfragen lassen soll, geht aber doch bald in ruhiger und sachlicher Weise auf ein längeres, zusammenhängendes Gespräch ein. Wir erfahren von ihm, daß er als junger Mann nach Amerika ging, dort mannigfaltige Schicksale durchgemacht hat und schließlich in Quito lebte, wo es ihm gelang, sich als Kaufmann ein kleines Vermögen zu erwerben. Mit diesem kehrte er vor 21 Jahren in seine Heimat zurück, wurde aber bei der Lösung seiner Geschäftsverbindungen um bedeutende Summen betrogen. Zu Hause lebte er zunächst von seinem Gelde, verbrachte seine Zeit mit

Unterhaltung, Zeitunglesen, Billardspielen, Spaziergehen, Herumsitzen in Cafés. Zugleich beschäftigte er sich mit allerlei Plänen, von denen er Anerkennung und Nutzen erhoffte. So trug er dem leitenden Minister an der Hand einer Karte den Plan vor, eine Reihe noch unbesetzter Gebiete der Erde, namentlich in Afrika, ferner Neuguinea und vor allem die Galapagosinseln, die der Staat Ecuador gern abgeben werde, und die nach Vollendung des Panamakanals große Bedeutung gewinnen würden, für Deutschland in Anspruch zu nehmen. Kurze Zeit darauf reiste jener Minister nach Berlin, und nun begann die deutsche Kolonialpolitik, freilich ohne daß dem eigentlichen Urheber derselben der ihm gebührende Dank zuteil wurde, den ihm ein anderes Volk nicht vorenthalten haben würde. Sodann arbeitete der Kranke einen Plan zum Anbau des Chinabaums und des Kakaos in unseren Kolonien aus, machte auch mehrere Erfindungen für die bessere Verbindung der Eisenbahnschienen untereinander, durch die das Stoßen beim Fahren und damit eine wichtige Ursache von Entgleisungen beseitigt werden sollte. Endlich bewarb er sich um eine Reihe von Stellen, die ihm geeignet schienen, so um die eines Konsuls in Quito, hatte aber dabei immer nur Mißerfolge zu verzeichnen.

Da er es für unter seiner Würde hielt, herabzusteigen, so verbrauchte er allmählich sein Vermögen; zudem ist nach seiner Meinung auch bei der Verwaltung desselben nicht alles mit rechten Dingen zugegangen. Im ganzen machte er sich jedoch darüber nicht viele Sorgen, da er überzeugt war, daß ein Mann von seinen Fähigkeiten und Kenntnissen, der 3 fremde Sprachen spreche und die ganze Welt gesehen habe, nur zuzugreifen brauche, um eine seinen Ansprüchen genügende Stellung zu finden. Dennoch geriet er schließlich in Verlegenheit, da es ihm nicht gelang, seine Ausstände in Amerika einzutreiben, so daß er nicht mehr imstande war, seinen Lebensunterhalt zu bezahlen, sondern die Leute auf seine zukünftigen Einnahmen verweisen mußte, die ja doch nicht ausbleiben konnten. Er wurde dann unter der Vorspiegelung, daß man ihm eine Stelle geben wolle, in eine Kreispflegeanstalt gelockt, arbeitete dort auch in der Verwaltung mit, bis ihm klar wurde, daß man nicht beabsichtige, ihn für seine Leistungen zu bezahlen. Als er sich deswegen um andere Stellungen bemühte, sandte man ihn, ebenfalls unter falschem Vorwande, in die Klinik, wo er nun

widerrechtlich zurückgehalten werde. Das, so schließt er mit Bitterkeit, sei der Dank, den ihm das Vaterland für seine Verdienste zuteil werden lasse.

Alle diese Auseinandersetzungen gibt der Kranke in völlig ruhiger und geordneter Weise; sie entsprechen auch im allgemeinen den tatsächlichen Vorgängen. Auffallend ist zunächst nur ein gehobenes Selbstgefühl, die Überschätzung der eigenen Leistungen und Fähigkeiten, zumal aus der Art der Darstellung hervorgeht, daß der Kranke keine sehr hohe Bildung besitzt. Ferner ist bemerkenswert die Selbstverständlichkeit, mit der er einen inneren Zusammenhang zwischen seiner Unterredung mit dem Minister und der Einleitung der deutschen Kolonialpolitik annimmt, sowie die Zuversicht, mit der er trotz aller Mißerfolge in den Tag hinein gelebt und sein Vermögen verzehrt hat, ja auch jetzt noch Ehren und Gewinn von seiner Tätigkeit erwartet. Weist man ihn auf den Gegensatz zwischen seinen Hoffnungen und der Wirklichkeit hin, so meint er, der Prophet gelte nichts in seinem Vaterlande; er sei den Herren eben zu geschickt gewesen. Endlich aber wirft er mit geringschätziger Handbewegung die Bemerkung hin: „Was wollen Sie — der Unterrock!“

Auf näheres Befragen sträubt er sich zunächst, diesen Anspruch zu erläutern, erzählt aber dann nach und nach, daß ihn ein Frauenzimmer, die er mit dem Spitznamen „Bulldogg“ bezeichnet und die Tochter des englischen Konsuls in Quito war, schon seit 23—24 Jahren mit ihren Heiratsplänen verfolge und, um ihn müde zu machen, auf alle Weise seine Schritte zu durchkreuzen suche. Schon in Amerika gingen zuletzt die Dinge nie so, wie er wollte; ihm wurden mit Nachschlüssel Hunderte von Vogelbälgen aus Bosheit gestohlen; überall merkte er die Schwindeleien der Bulldogg und ihrer Helfershelfer. „Wenn man alles anders macht, als ich es gemacht haben will, da muß doch etwas dahinter stecken.“ Auch in die Heimat sei ihm die halbverrückte Amerikanerin nachgereist, habe sich in seiner Nähe eingenistet, die Frechheit gehabt, sich in Mannskleider zu stecken, und die Heirat dadurch erzwingen wollen, daß sie ihn verhinderte, eine Stellung zu finden, und ihn dadurch in Not brachte. Unter den verschiedensten Namen habe sich die raffinierte Person ihm genähert, obgleich er ihr immer gesagt habe, daß man sich durch solche

Schikanen die Liebe eines Mannes nicht erwerbe. Er würde vielleicht einer der reichsten Männer Kaliforniens sein, wenn die Bulldogg ihn nicht daran gehindert hätte. Auch an seiner Verbringung in die Anstalt sei sie schuld — „wer denn sonst etwa?“ Bei seinen Ausgängen wie im Hause sei sie ihm schon wiederholt begegnet. In seinen Stiefeln habe er Löcher, an den Kleidern Flecke entdeckt, die unmöglich anders entstanden sein könnten, als durch die Bulldogg.

Alle Einwendungen, die man gegen diese Ideen vorbringt, werden von dem Kranken mit überlegener, ungläubiger Miene aufgenommen und prallen an seiner felsenfesten Überzeugung spurlos ab. Man erkennt sofort, daß er nicht einmal an den Ernst unserer Entgegnungen glaubt, sondern der Meinung ist, daß wir ihm die Sache gegen unsere wirkliche Ansicht ausreden wollen.

Die wesentlichste geistige Störung bei unserem Kranken, dessen Auffassung, Gedächtnis und äußere Haltung keinerlei Abweichungen erkennen lassen, sind seine Beeinträchtigungsideen einerseits, seine starke Selbstüberschätzung andererseits. Namentlich die ersteren tragen ohne weiteres die Kennzeichen des Wahnes. Sie widersprechen jeder vernünftigen Erfahrung, werden von dem Kranken gar nicht näher begründet und dennoch mit äußerster Beharrlichkeit festgehalten. Wie es scheint, bestehen sie schon seit über 20 Jahren in annähernd derselben Form und haben ihrerseits fortlaufend zu wahnhafter Deutung der Lebensereignisse geführt. Alle kleinen Widerwärtigkeiten, zuletzt auch die Verbringung in die Anstalt, werden nicht auf den natürlichen Lauf der Dinge, sondern auf die zielbewußten Handlungen einer bestimmten Person und ihrer Helfershelfer zurückgeführt. Der Kranke hat sich also gewissermaßen eine wahnhafte Weltanschauung gebildet, von deren Standpunkt aus er die neuen Erfahrungen verarbeitet. So kommt es, daß die Verfolgung allmählich eine immer abenteuerlichere wird. Immer weitere Kreise seiner Umgebung erweisen sich als auf Seite der Bulldogg stehend, und auch wir sind schon im Begriffe, dieses Schicksal aller Personen zu teilen, die irgendwie den Wünschen des Kranken entgegenzutreten gezwungen sind.

Eigentliche Sinnestäuschungen spielen, soweit sich das übersehen läßt, in der Entwicklung des Wahnes keine oder doch nur

eine sehr geringe Rolle. Einmal allerdings machte der Kranke, als er an einem Hause vorbeiging, die Wahrnehmung, daß hinter den halb heruntergelassenen Läden ein Einjähriger mit einer Schußwaffe nach ihm zielte. Zugleich rief jemand: „Sehen Sie denn nicht, daß man auf Sie schießt?“ Nach einer nochmaligen Warnung, bei der ihm im Stolpern der Hut vom Kopfe flog, bemerkte er, daß ein Streifschuß seine linke Schläfe schrammte, so daß etwas Blut floß. Unmittelbar neben ihm stand der Bewohner jenes Hauses, ein ihm feindlich gesinnter Rechtsanwalt, mit einem Messer in der Hand und rief ihm zu, daß er ihn habe zeichnen wollen, weil er seiner Frau zu nahe getreten sei. Wie der Kranke annahm, wollte jener rasch den Hut mit dem Kugelloch durch einen anderen ersetzen und dem Leichnam, den er zu finden erwartete, das Gesicht bis zur Unkenntlichkeit zerschneiden, um so seine Täterschaft zu verdecken. Wieweit es sich bei dieser Erzählung um Täuschungen oder wahnhaftige Deutung harmloser Vorkommnisse handelt, läßt sich nicht entscheiden. Ich möchte indessen darauf aufmerksam machen, daß solche Erlebnisse bisweilen ganz frei erfunden werden, aber den Kranken als wirkliche Erinnerungen erscheinen. Jedenfalls sind sonst bei unserem Kranken Sinnestäuschungen nicht nachzuweisen. Vielmehr knüpfen sich seine Verfolgungsideen durchweg an gleichgültige und vieldeutige wirkliche Ereignisse an, denen er selbst nur ihre besondere Auslegung gibt, wie bei den Löchern in den Stiefeln, der Verbringung in die Anstalt, den erfolglosen Bewerbungen.

Bei dieser wahnhaften Verarbeitung tritt deutlich eine erhebliche Urteilsschwäche des Kranken hervor. Auch wenn man ihn ausdrücklich darauf hinweist, begreift er die Unsinnigkeit seiner Auffassung nicht, daß die Tochter des englischen Konsuls in Quito hier über 20 Jahre lang in so sonderbarer Weise um seine Liebe werben, sich in Mannskleider stecken, alle möglichen Menschen zu ihrer Hülfe gewinnen solle. Er hilft sich gegen Einwände mit der Bemerkung, man wisse gar nicht, was alles so ein raffiniertes Frauenzimmer fertig bringe. Die gleiche Urteilslosigkeit tritt uns in seiner Selbstüberschätzung entgegen. Trotz aller Mißerfolge leuchtet es ihm nicht ein, daß er seine Ansprüche herunterschrauben müsse; für seine langsame und rein mechanische Tätigkeit beim Abschreiben oder Ausführen einfacher Zeichnungen verlangt er große Summen. Dabei zeigt sich, daß er ganz außerstande ist, Arbeiten zu leisten,

die eine gewisse Selbständigkeit erfordern; so versagt er sofort, wenn es darauf ankommt, beim Abschreiben den Sinn zu berücksichtigen. Auch seine Lebensführung, die unbekümmerte Art, in der er sein letztes Geld einfach verbrauchte, ist überaus bezeichnend für seine Unfähigkeit, die wirkliche Sachlage klar zu überblicken und sich danach einzurichten. Wie wir dabei noch nachzutragen haben, wollte er nicht glauben, daß sein Bankguthaben erschöpft sei, sondern forderte immer neue Mittel, lebte auf Borg weiter, vertröstete die Leute auf seine zukünftigen Einnahmen und hielt schließlich bei verschiedenen Vätern um die Hand ihrer Töchter an, Vorgänge, die den letzten Anstoß zu seiner Verbringung in die Kreispflegeanstalt gaben, nachdem er sich bis dahin in seinen Kreisen bewegt hatte, ohne besonders aufzufallen.

Diese letztere Erfahrung ist es, auf die ich besonderes Gewicht legen möchte. Dem Kranken fehlen durchaus auffallendere Störungen auf dem Gebiete der gemüthlichen Regungen und namentlich des Willens. Höchstens ist eine gewisse Empfindlichkeit anzuführen, die bei Widerspruch gegen die Wahnvorstellungen, insbesondere die Selbstüberschätzungsideen, hervortritt. Im übrigen aber ist der Kranke weder in krankhaft heiterer oder in trüber Stimmung noch gemüthlich stumpf und gleichgültig, sondern er nimmt in natürlicher Weise Anteil an den Ereignissen und Personen seiner Umgebung, liest Bücher und Zeitungen, beschäftigt sich aus eigenem Antriebe mit Zeichnungen und Entwürfen, beobachtet seine Mitkranken, verfolgt die Tagesereignisse, plaudert mit den Ärzten, knüpft neue Bekanntschaften an, ärgert sich über Widerwärtigkeiten, freut sich über Anerkennung. Seine äußere Haltung, sein Benehmen ist völlig tadellos und unauffällig, frei von Manieren, Befehlsautomatie, Negativismus. Ebenso vermissen wir unvermittelte Antriebe und die Vorstellung der inneren Unfreiheit, wie sie sich bei solchen Kranken entwickelt, die ihr Denken und Handeln fremdartig beeinflußt fühlen. Wo der Kranke unsinnig handelt, liegt die Erklärung dafür ohne weiteres in seinen Wahnvorstellungen.

Diese eigentümliche Krankheit, bei der sich Wahnbildungen im Sinne der Beeinträchtigung und der Selbstüberschätzung ganz langsam entwickeln, ohne daß selbständige Störungen des Gemüthslebens oder des Willens auftreten, wollen wir mit dem Namen der Paranoia oder Verrücktheit bezeichnen. In dieser Krankheit

kommt es regelmäßig zu einer geistigen Verarbeitung des Wahnes, zur Bildung einer wahnhaften Weltanschauung, eines „Systems“; die Krankheit führt zu einer „Verrückung“ des Standpunktes, den der Kranke gegenüber den Lebensereignissen einnimmt. Das Leiden entwickelt sich immer ganz schleichend. Zunächst tauchen Vermutungen auf, die allmählich zur Gewißheit und felsenfesten Überzeugung werden. Die Wahnvorstellungen knüpfen sich an wirkliche Wahrnehmungen und Vorgänge an, die nur in krankhafter und vorurteilsvoller Weise gedeutet werden; Sinnestäuschungen pflegen in dem ganzen Krankheitsbilde, wenn überhaupt, so doch nur eine untergeordnete Rolle zu spielen; nicht selten begegnen uns jedoch Erinnerungsfälschungen. Da die Kranken ihre äußere Haltung bewahren, wird das Leiden in der Regel erst nach langjährigem Bestehen überhaupt erkannt; die Kranken kommen daher selten und spät, meist nur aus besonderem Anlasse, in die Irrenanstalt. Gewöhnlich sind sie imstande, ohne gröbere Störungen noch irgend eine Erwerbstätigkeit zu treiben.

Da das Leiden eine tiefgreifende Umwandlung der geistigen Persönlichkeit bedeutet, ist es einer Heilung nicht zugänglich*); vielmehr pflegt sich im Laufe der Jahrzehnte allmählich eine gewisse geistige Schwäche herauszubilden, wie es auch bei unserem Kranken der Fall gewesen ist. Die Anstaltsbehandlung vertragen die Kranken schlecht, weil sie sich ein lebhaftes Gefühl für ihre Selbständigkeit bewahren und mit größtem Nachdrucke den Kampf um ihre Freiheit aufnehmen, wenn nicht schließlich mit fortschreitender geistiger Schwäche ihre Tatkraft erlahmt. Auch unser Kranker hat durch zahlreiche Eingaben, Briefe wie persönliche Besuche in Zeitungsredaktionen den Versuch gemacht, seine Freiheit wiederzugewinnen.

Einen noch viel hartnäckigeren Kampf hat der 42jährige Schneidermeister geführt, den ich Ihnen als Beispiel einer anderen Form der hier besprochenen Krankheit zeigen möchte. Er ist vor 7 Jahren in Konkurs geraten und hat damals erbitterte Rechtsfehden mit dem Anwalte einiger Hauptgläubiger durchgeföchten. Später

*) Der Kranke befindet sich seit 9 Jahren ohne merkbliche Veränderung seines Zustandes in einer Pflegeanstalt, betreibt auch von da aus durch Eingaben, Ausarbeitung von Erfindungen, Beteiligung an Preisausschreiben seine Rückkehr in eine seinen Ansprüchen angemessene Lebensstellung.

verzog er in eine andere Stadt, konnte dort aber nicht recht vorwärts kommen und geriet in Schulden. Vor 4 Jahren mußte er aus einem Hause ausziehen, das durch Kauf in andere Hände übergegangen war. Der neue Besitzer wollte zur Wahrung seiner Mietsforderung einen Teil der Möbel durch den Gerichtsvollzieher wieder zurückbringen lassen, stieß dabei aber auf heftigen Widerstand. Der Kranke sperrte den Gerichtsvollzieher wie seine Begleiter einfach ein, um sich inzwischen bei Gericht beschweren zu können; er wurde wegen Freiheitsberaubung angeklagt und auch bestraft.

Über diese Angelegenheit erschien in einem Blatte eine kurze, humoristisch gehaltene Mitteilung, in der jener Vorgang unrichtigerweise als „Pfändung“ bezeichnet und hinzugefügt war, der Angeklagte habe gegen den Gerichtsvollzieher, der bei ihm häufiger Gast gewesen sei, einen tiefen Haß gehabt. Unser Kranker war über diese Darstellung tief erbittert und sandte eine Berichtigung ein, die nur zum Teil abgedruckt wurde und ihn daher nicht befriedigte. Er schrieb dem Schriftleiter einen gereizten Brief, den jener damit beantwortete, daß er auch über den weiteren Verlauf der strafrechtlichen Verhandlung, die bis ans Reichsgericht ging, ausführlich berichtete. Daß dabei der Titel „Schneidermeister“ gesperrt gedruckt wurde, versetzte den Kranken in höchste Erregung und bewog ihn, zunächst eine Privatbeleidigungsklage, dann eine Entschädigungsklage wegen Kreditschädigung und endlich eine Strafanzeige wegen groben Unfugs gegen den Schriftleiter zu richten.

Alle diese Klagen wurden von den Gerichten wegen ungenügender Begründung zurückgewiesen. Der Kranke beruhigte sich bei diesem Bescheide nicht, sondern setzte allmählich alle nur erdenklichen Hilfsmittel in Bewegung, um seinen Zweck zu erreichen, zunächst den gewöhnlichen Instanzenzug bis ans Oberlandesgericht und Reichsgericht. Dann kamen die Beschwerde, die Revision, der Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens, auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand, ferner Eingaben an das Justizministerium, an das Staatsministerium, an den Großherzog, den Kaiser, nebenher auch an den Verwaltungsgerichtshof und den Landeskommisär. Geplant wurden außerdem Eingaben an den Landtag, den Bundesrat, eine Interpellation des Reichskanzlers im Reichstage, weil er für die Ausführung der Gesetze im Reiche verantwortlich sei. Endlich versuchte es der Kranke mit der Ableh-

nung der Richter und Gerichte, mit Beschwerden an die Gerichtsvorstände und stellte die Beantragung des Disziplinarverfahrens gegen den Staatsanwalt beim Großherzoge sowie einen Notschrei an die Öffentlichkeit zur Wahrung berechtigter Interessen in Aussicht.

Die zahllosen Eingaben, die er in den letzten Jahren verfaßt hat, nach seiner Angabe meist in der Nacht, sind überaus langatmig, bringen in ziemlich unzusammenhängender Weise immer dieselben Dinge vor. In ihrer Form und Ausdrucksweise lehnen sie sich an diejenige juristischer Schriftstücke an, beginnen mit einem „Betreff“, führen überall „Beweismittel“ an, schließen mit „Gründen“, strotzen von halb oder ganz mißverstandenen Fachausdrücken und Paragraphen der verschiedensten Gesetze. Vielfach sind sie flüchtig und anscheinend in Erregung geschrieben, enthalten zahlreiche Ausrufungs- und Fragezeichen, selbst mitten im Satze, einfache und mehrfache Unterstreichungen, auch mit Rot- oder Blaustift, Randbemerkungen und Nachträge, so daß oft jedes freie Fleckchen noch ausgenutzt ist. Manche Eingaben sind auf die Rückseite von Bescheiden und Erlassen anderer Behörden geschrieben.

Infolge dieser unablässigen Belästigungen der Behörden wurde der Kranke schließlich als geisteskrank entmündigt, ergriff aber dagegen jedes nur mögliche Rechtsmittel und soll jetzt auf Anordnung der höchsten Instanz von uns endgültig noch einmal begutachtet werden. Sein Geschäft hat er inzwischen, wenn auch wohl mit manchen Schwierigkeiten, weiter betrieben und ist, von seinen Eingaben abgesehen, nicht auffällig oder störend geworden.

Wenn wir ihn nun selbst zu Wort kommen lassen, so erkennen Sie, daß der Kranke nicht nur über seine Lage vollständig klar ist und über die Ereignisse der Vergangenheit geordnete Auskunft gibt, sondern sich auch mit großer Geläufigkeit und Schlagfertigkeit über seinen Rechtsstreit zu äußern vermag. Offenbar tut er das mit einer gewissen Befriedigung. Er ist nie um eine Antwort auf Einwände verlegen, sondern verteidigt sein Vorgehen durch Anführen immer neuer Einzelheiten, Rechtsgrundsätze und Gesetzesparagraphen. Bei längerer Unterhaltung tritt allerdings eine ermüdende Weitläufigkeit seiner Erzählungen hervor, die Neigung, von einem Gedankengange auf einen anderen abzuspringen, während doch dabei schließlich immer dieselben Wendungen und Ausführungen wiederkehren. Dabei stellt sich heraus, daß der

Kranke als die eigentliche Quelle seiner Leiden den klägerischen Anwalt betrachtet, der in seinem Konkursverfahren mitgewirkt hat, obgleich er seit 6 Jahren mit ihm nicht mehr in Berührung gekommen ist. Als er aber seine Klage gegen den Zeitungsredakteur vorbringen wollte, riet ihm der Gerichtsschreiber zunächst davon ab, indem er auf jenen früheren Rechtsstreit hinwies.

Dadurch wurde dem Kranken klar, daß der Anwalt den Gerichtsschreiber gegen ihn eingenommen habe und ihn weiterhin zu verderben suche. Alles spätere Mißgeschick war nur die Folge dieser Beeinflussung. Der Schreiber setzte die Klage nicht gehörig auf, so daß sie nicht durchdringen konnte; die Staatsanwaltschaft gewann dadurch eine falsche Ansicht von der Sache, und die Richter der einzelnen Instanzen wollten aus kollegialen Rücksichten den einmal gefällten Entscheidungen nicht widersprechen; sie waren sämtlich „befangen“. Darum hätte seine Angelegenheit in diesem so besonders gelagerten Ausnahmefalle vor ein anderes Gericht verwiesen werden müssen. So sei ihm der Rechtsweg „systematisch verlegt“ worden. Die ganze Sache sei „Geheimbündelei“, „Freimaurermache“, da er annimmt, daß sein Feind unter die Freimaurer gegangen sei. Die ganze jüdische Hochfinanz spielt mit hinein, weil nach seiner Ansicht das Blatt, das über ihn schrieb, von dieser unterstützt wird. Zu dem „Verbrecheranwalt“ haben sich also noch die „Preßbanditen“ gesellt, der „Judenfrevel“, die „Winkelzügigkeit der Gerichte“, ferner die „Justizmeuterei“ der ihm vom Gerichte bestellten Anwälte, mit denen er sofort in Streit geriet, sobald sie nicht seinen Anweisungen folgten, endlich die Unfähigkeit seines Vormundes, der durchaus nichts von Rechtsangelegenheiten verstand.

Die Vorstellung von einer rechtlichen Benachteiligung geht somit bei dem Kranken auf eine einzige, bestimmte Quelle zurück; sie hat aber andererseits allmählich eine große Reihe von Personen mit hineingezogen und miteinander in Verbindung gebracht, die nach einem geheimen Plane zum Verderben des Kranken zusammenarbeiten sollen. Diese Anschauung des Kranken stützt sich überall auf wirkliche Vorgänge, die nur von ihm in ganz einseitiger Weise beurteilt und ausgelegt werden. Wir sehen hier deutlich, wie sich jene Vorstellung zu einer Art Weltanschauung entwickelt hat, die in maßgebendster Weise die Verarbeitung der späteren

Lebenserfahrungen beeinflusst. Dazu kommt, daß der Kranke völlig unbelehrbar ist. Es ist ganz unmöglich, von ihm das Zugeständnis zu erlangen, daß er sich in seiner Deutung der Vorgänge doch vielleicht auch irren könne. Vielmehr wird er sofort mißtrauisch, wenn man nach dieser Richtung in ihn dringt; ihm steigt bei Widerspruch ohne weiteres der Verdacht auf, daß man ebenfalls darauf aus sei, seine Gegner zu unterstützen.

Alle diese Züge, die Anknüpfung der Beeinträchtigungsideen an einen gemeinsamen Ausgangspunkt, die Ausbreitung derselben über immer weitere Kreise, endlich die Unbelehrbarkeit zeigen uns, daß wir es hier mit einem Wahne zu tun haben, der tief in der geistigen Persönlichkeit wurzelt und zu einem System verarbeitet worden ist. Daneben besteht bei unserem Kranken offenbar eine gewisse Schwäche des Verstandes, die sich in der Einförmigkeit und Ziellosigkeit seines Gedankenganges wie in seiner Unzugänglichkeit gegenüber den nächstliegenden Einwänden zeigt. Sein Gedächtnis ist im allgemeinen treu, doch erweisen sich manche seiner Angaben und wörtlichen Anführungen bei genauerer Prüfung doch als nicht ganz zuverlässig.

Auf gemütlichem Gebiete bemerken wir zunächst ein gesteigertes Selbstgefühl. Der Kranke trägt eine gewisse Überlegenheit zur Schau, liebt es, seine Rechtskenntnis glänzen zu lassen, und erwartet trotz aller Mißerfolge zuversichtlich einen günstigen Ausgang seiner Angelegenheit. Er scheut sich daher auch gar nicht, die höchsten Stellen immer wieder mit Eingaben zu belästigen, da er seine Angelegenheit als eine ganz besonders wichtige betrachtet. Als „Deutscher Mann und Familienvater“, als „Mann mit Geschäft“ hält er sein „Rechtsgefühl“ für maßgebender, als alle Entscheidungen der Gerichte. Zugleich ist er ungemein empfindlich, beantwortet jede ihm nachteilige Entscheidung sofort mit den größten Schmähungen, beschuldigt die Zeugen des Meineids, die Richter der Bestechlichkeit, spricht von „politisch-religiöser Brunnenvergiftung“, meint aber dabei ganz harmlos, daß er sich immer „im Rahmen des Anstandes“ bewege.

Am auffallendsten ist jedoch das unsinnige Handeln des Kranken in den letzten Jahren, durch das er sich und seine Familie immer tiefer ins Unglück gebracht hat. Er erkennt das an, schiebt aber die ganze Schuld auf seine Gegner und die Gerichte, die ihn

dazu gezwungen hätten, und von denen er immer wachsende Entschädigungssummen verlangt. Daß er auch jetzt noch am besten täte, sich zu fügen und seine ganze Kraft dem Erwerbe zuzuwenden, bleibt ihm unverständlich; vielmehr sinnt er bereits darüber nach, welcher Weg ihm für die Geltendmachung seiner Rechte noch offen stehe, wenn auch unser Gutachten für ihn ungünstig ausfallen sollte.

Das Lebensbild, das sich hier in großen Zügen vor Ihnen entrollt hat, ist das eines geisteskranken Querulanten. In den Hauptpunkten stimmt das Bild vollkommen mit demjenigen des vorigen Kranken überein, in der langsamen Entwicklung einer wahnhaften Weltanschauung durch krankhafte Verarbeitung der Lebenserfahrungen, der mäßigen, nur ganz allmählich fortschreitenden geistigen Schwäche, dem erhöhten Selbstgefühl, endlich der Beeinflussung des Handelns durch den Wahn bei sehr geringer Beeinträchtigung des Gedächtnisses und der geistigen Regsamkeit, ohne Hervortreten selbständiger Willensstörungen. Auch der weitere Verlauf, die Geringfügigkeit der Wandlungen, die der Zustand im Laufe langer Jahre erfährt, die grundsätzliche Unheilbarkeit sind beiden Kranken gemeinsam*). Wir sind daher wohl berechtigt, den Querulantenwahn als eine Unterform der Paranoia zu betrachten. Die Krankheit beginnt gewöhnlich im mittleren Lebensalter im Anschlusse an ein vermeintlich, bisweilen auch wirklich erlittenes Unrecht, das nun den Ausgangspunkt für die Wahnbildung, für das ganze Gewirr sich auseinander entwickelnder krankhafter Vorstellungen und Handlungen bildet. Querulanten brauchen im übrigen durchaus keine streitsüchtigen Menschen zu sein, sind im Gegenteil außerhalb ihres Wahnbereiches nicht selten gutmütig und umgänglich. Gleichwohl weist hier wie bei der Paranoia überhaupt die Geringfügigkeit des äußeren Anlasses wohl darauf hin, daß die eigentlichen Wurzeln des Leidens in einer krankhaften Veranlagung liegen dürften, daß wir es hier mit einer Erscheinungsform der Entartung zu tun haben. Dafür würde vielleicht auch die schleichende Entwicklung der Krankheit, ihre grundsätzliche

*) Der Kranke setzt noch jetzt, nach 6 Jahren, seinen Kampf gegen die vermeintliche rechtliche Benachteiligung mit allen möglichen Mitteln fort und betreibt dabei sein Schneiderhandwerk weiter, freilich „mit bedeutenden Schulden“, wie er klagt.

Unheilbarkeit und die Geringfügigkeit der äußerlich hervortretenden Störungen sprechen.

XVI. Vorlesung.

Paranoide Formen der Dementia praecox.

M. H.! Der 25jährige Kaufmann, den Sie heute vor Sich sehen, fällt dadurch auf, daß er sich einige Blätter und Farnkräuter ins Knopfloch gesteckt hat. Er nimmt mit einer gewissen Feierlichkeit Platz, gibt auf Fragen gemessene, kurze, meist zutreffende Antworten. Wir erfahren, daß er vor einem Jahre aufgenommen wurde, inzwischen 6 Wochen zu Hause war und sich jetzt wieder seit 6 Monaten hier befindet. Über die Art der aufgetretenen Störungen macht der Kranke keine näheren Angaben; er gesteht zwar auf Fragen zu, daß er längere Zeit nichts gesprochen habe, weiß aber nicht, warum. Dagegen erinnert er sich an die meisten Einzelheiten seiner Erlebnisse. Obgleich er weiß, wo er ist, verkennt er die Personen seiner Umgebung, benennt uns mit falschen Namen, hält uns für Kaufleute. Während er zunächst ziemlich gleichgültig ist, sich wenig um uns kümmert, sondern mit selbstbewußtem Ausdrücke um sich schaut, gerät er allmählich in eine gewisse Erregung, wird grob, gereizt, drohend und bricht in einen ziemlich zusammenhanglosen Wortschwall aus, in dem einige ganz unsinnige Silbenspielereien vorkommen: „Macbeth — mach' ins Bett“, „Irr' ich mich nicht — Klinik“, „je suis — Jesus“ u. ähnl.

Zugleich macht der Kranke die Andeutung, daß er der Deutsche Kaiser, der Großherzog sein Schwiegervater sei; ihm sei eine Tochter vom Großherzoge schon 1871 verschrieben worden. Er leitet die Astronomie von hier aus. Sinnestäuschungen leugnet er. Aufforderungen zu befolgen, lehnt er ab, streckt schließlich auf Zureden in steifer Haltung die Hand zum Gruße aus. Dabei ist der Kranke ablenkbar, bricht in seinen Reden häufig ab, schiebt eigentümlich schnarzende Töne ein. Die Stimmung wechselt, ist im allgemeinen sehr gehoben; öfters, namentlich bei seinen witzeln-

den Wortspielen, bricht der Kranke in ein kicherndes Lachen aus. In seinem Benehmen zeigt er keine auffallende Erregung; seine Bewegungen sind gespreizt und geziert.

Die Diagnose des vorliegenden Falles wird sich in erster Linie auf die eigentümlichen Störungen des Handelns zu stützen haben, auf die Manieren, die Wortspielereien, die Andeutungen von Negativismus, ferner auf die gemütliche Gleichgültigkeit bei voller Besonnenheit. Der Kranke hält sich nicht für krank, bleibt aber ohne Widerstreben hier, macht sich keine Sorgen, entwirft keine Pläne für die Zukunft, äußert keine Wünsche. Dieses Bild ist uns von früher her als Erscheinungsform der *Dementia praecox* wohlbekannt. Was den Zustand hier fremdartig erscheinen läßt, sind einerseits das Fehlen stärkerer Erregung, andererseits die wahnhafte Personenverkenning und die in voller Ruhe vorgebrachten Größenideen. Daß jedoch diese Abweichungen von den früher betrachteten Bildern für die klinische Auffassung des Zustandes nicht wesentlich sind, wird Ihnen sofort klar werden, wenn wir die Entwicklung des vorliegenden Falles verfolgen.

Der Kranke stammt angeblich aus gesunder Familie, hat in der Schule gut gelernt, war immer ernst und gewissenhaft, diente als Einjähriger. Schon vor 3 Jahren klagte er, daß er zitterig und aufgereggt sei, nicht mehr wie sonst arbeiten könne. Nachdem er dann einige Zeit besonders lebhaft und unternehmungslustig gewesen war, trat vor $\frac{5}{4}$ Jahren eine deutliche trübe Verstimmung hervor. Der Kranke wurde schlaflos, klagte über Schmerzen im Hinterkopfe, fühlte sich arbeitsunfähig, dumm, hatte keine Lust zum Geschäft, spielte teilnahmslos an den Fingern herum, lag tagelang zu Bett, meinte, er habe das Vertrauen seines Prinzipals mißbraucht, etwas unterschlagen. So kam er in die Klinik. Hier fiel die gemütliche Stumpfheit bei guter Auffassung und völliger Klarheit auf. Sehr bald versank der Kranke in Stupor, wurde stumm, zeigte Befehlsautomatie abwechselnd mit Negativismus und masturbierte stark. Er fürchtete, daß die Franzosen kämen, daß Messer gewetzt, Leute umgebracht würden, hörte drohende Stimmen, fühlte Elektrizität im Bette, wollte sterben und aß fast nichts; bei Besuchen war er völlig gleichgültig. Nur ganz langsam wurde er wieder etwas lebhafter, stand aus dem Bette auf, folgte dem Arzte im Hemde, allerdings ohne zu sprechen, murmelte höchstens leise vor sich hin oder

brachte einzelne, ganz beziehungslose Äußerungen vor, über deren Bedeutung nichts von ihm zu erfahren war.

In diesem Zustande wurde er von seinen Angehörigen nach Hause genommen. Auch hier war er zunächst fast stumm, aß wenig, sprang aber eines Tages mit den Worten: „Ich fahre Droschke“ in einen Wagen, fuhr eine Strecke, stieg wieder aus und blieb $\frac{5}{4}$ Stunden auf demselben Flecke stehen. In den nächsten Tagen wurde er plötzlich erregt, klatschte in die Hände, stampfte mit den Beinen, wälzte sich herum, sprach ganz verwirrt mit lauter Stimme von Prinzessin, Großherzog, Begnadigung, Köpfen u. dergl., lachte viel vor sich hin. Als er dann gewalttätig wurde und Scheiben zerschlug, wurde er in die Klinik zurückgebracht. Hier war er sehr gereizt, ablehnend, gab unsinnige, beziehungslose Antworten, äußerte abgerissene Größenideen, Personenverkennungen, sprach und benahm sich geziert. In Reden wie Schriftstücken bot er deutliche Sprachverwirrtheit mit Wortspielereien dar. So schrieb er in einem Briefe: „ $2 \cdot 4 = 8$, das ist der Tag des Herrn vom Stand; gute Miene zum schlechten Mann ist schlimm; schlechte, böse Mine von d'or zum guten Mann besser, wie erstes Genesen; heiß ich en A — Saucier, Du kriegschte — Minister — Mercier.“ Auf Vorzeigen eines Messers antwortete er: „Messer, Rasiermesser, Barbier von Bagdad, Salem aleikum“, beim Anblick eines Goldstückes: „Louisdor, Napoleon, Kaiserin Eugenie, la France, Spanien, dahin wollen wir ziehen.“ Häufig sprach er zum Fenster hinaus, gab an, sich mit Geistern zu unterhalten, Theater zu spielen. Der Schlaf war sehr gestört; die körperliche Untersuchung ergab keine bemerkenswerten Abweichungen, nur starke Dermatographie und mechanische Erregbarkeit des Facialis. Das Körpergewicht war bedeutend gestiegen.

Der Kranke ist ursprünglich für cirkulär gehalten worden. Die Vorgeschichte mit dem Wechsel zwischen gehobener und trauriger Stimmung schien sehr dafür zu sprechen. Im weiteren Verlaufe traten jedoch während der stuporösen wie in der erregten Zeit deutlich die katonischen Zeichen hervor, der Negativismus, die Manieren, die Befehlsautomatie, die Sprachverwirrtheit. Durch die ganze bisherige Entwicklung der Krankheit wird demnach unsere aus dem Zustandsbilde abgeleitete Diagnose vollkommen bestätigt. Freilich pflegt man die Ablenkbarkeit und das Silbenstechen, wie sie uns hier entgegentreten, meist für ein Zeichen der

Manie zu halten. Ich möchte indessen darauf hinweisen, daß bei manischen Kranken die Zusammenhanglosigkeit höchstens in den allerschwersten Erregungszuständen so hohe Grade erreicht wie hier, wo die Besonnenheit vollkommen erhalten und die Erregung verhältnismäßig sehr gering war. Wir werden unter diesen Umständen durchaus an der Diagnose einer Katatonie festzuhalten haben und demnach erwarten müssen, daß zwar eine erhebliche Besserung des jetzigen Zustandes noch möglich ist, daß aber auch im günstigsten Falle höchst wahrscheinlich auf dem Gebiete der gemütlichen Regungen und des Handelns eine gewisse Stumpfheit und Unfreiheit zurückbleiben wird*). Die Wahnvorstellungen können vollkommen wieder verschwinden.

Ein ziemlich ähnliches Bild wie der vorige Kranke bietet auf den ersten Blick der 43jährige Mechaniker, der sich uns nunmehr vorstellt. Er ist zierlich gebaut, zeigt eine gewisse gemessene Höflichkeit und beantwortet alle Fragen nach seinen persönlichen Verhältnissen rasch und richtig. Über die Zeit ist er klar, weiß, wo er sich befindet, kennt die Ärzte, rechnet ganz gut, zeigt auch leidliche Kenntnisse. Seine Stimmung ist selbstbewußt; ein überlegenes Lächeln spielt auf seinen Zügen. Auf die Frage, was er hier wolle, entwickelt er plötzlich einen ganzen Schwall der abenteuerlichsten Vorstellungen, die er mit großer Geläufigkeit vorbringt, ohne Einwände irgendwie zu beachten. Er sei zur Beobachtung seines Geisteszustandes durch den schwarzen Bund hergebracht. Krank sei er nicht, obgleich man ihm Kali, Arsenik, Blausäure, Schwefelsäure und andere Gifte ins Essen getan habe. Man habe ihn in den Kirchenbann getan, der mittelst eines Spiegels verhängt werde. In letzterem erscheine der Geist, durch den der Mensch mit den Geistern in Verkehr treten könne. Einen solchen Spiegel gibt es in jedem Hause, wo Mitglieder des schwarzen Bundes sind; sogar der Priester hat ihn in der Monstranz. Die Mitglieder des Bundes verspeisen geborene und ungeborene Leibesfrucht, geben Blutopfer. „Mit diesen Gaben verhängen sie den Bann

*) Der Kranke konnte nach 8monatigem Anstaltsaufenthalte wesentlich gebessert, wenig zugänglich, aber ziemlich einsichtig und ohne Wahnideen entlassen werden. Er ist jetzt, nach 6 Jahren, in seinem Berufe tätig, aber scheu, „paßt nicht unter die Leute“, zeigt ausgesprochene Katalepsie und äußert hypochondrische Wahnvorstellungen.

unter gleichzeitiger Bestimmung, wenn ihnen das, was sie durch ihre Opfergabe verlangen, nicht bewilligt wird, so setzen sie ihre persönliche Freiheit ein. Unter Opfergabe des toten Lebens versteht man, daß einer tot gemeldet wird, aber nicht tot ist. Der Mensch braucht überhaupt nicht zu sterben; es gibt Tausende, die nur tot gesagt werden, die aber noch leben und Menschenfleisch verzehren.“ „Es gibt Frauen, welche vorzugsweise Jesuitenfrauen sind, die sogar auch auf Thronen sitzen, die Landesfürsten und verschiedene, die in hohen Staatsstellen sind, z. B. die Minister; sie geben das Opfer der Unzucht und lassen sich von Tieren beflecken, sogar in der Kirche. Es gibt sogar Tiere, welche in Menschengestalt machen. Das ärgste dieser Übel datiert von Chamisso — das liegt schon im Namen, denn: Scham is so!“

In dieser verworrenen Weise geht es weiter. Auf welches Gebiet man auch kommt, der Kranke knüpft sofort seine ungeheuerlichen Wahnbildungen an. Napoleon sei in Rußland von Katharina I. zur Unzucht gebraucht worden, habe die Hoden und Eichel von neugeborenen Kindern zu essen bekommen, sei dadurch zum Mannweib geworden, das sich von Männern gebrauchen lassen könne, habe dann Unglück auf sein Haupt geladen und sei jetzt Zuchthausaufseher in Bruchsal. Ihm selbst habe man Schweißpulver und Katzendreck ins Essen gegeben, ihm Herz, Leber, Lunge und Hoden herausgenommen. Pfarrer Kneipp throne als Germania auf dem Niederwalddenkmal; die Germania habe in Freiburg in der Hochstraße ein Hurenhaus. „Das ist die wahre Heit, die noch vom Heidentum her stammt, das heißt er Wahrheit; er ist ja gar kein wahrer Heid.“

Alle diese Dinge werden von dem Kranken sehr geläufig, als ganz selbstverständliche Tatsachen vorgebracht. Auf Zwischenfragen geht er sofort ein, indem er seine Aussagen durch immer ungeheuerlichere Aufstellungen erläutert. Sobald er jedoch merkt, daß man zweifelt, wird er sofort äußerst gereizt, bricht in eine Flut von Schimpfworten aus, man gehöre auch zu den gedungenen Mördern, sei so ein Betrüger, ein Weißmensch, ist nur schwer wieder zu beruhigen. Bei dem Kranken besteht Echolalie, Echo-praxie und Katalepsie. Die Kniesehnenreflexe sind sehr lebhaft; die gespreizten Finger zittern; sonst ist keine körperliche Störung nachweisbar.

Die klinische Deutung dieses höchst abenteuerlichen Zustandes bietet zunächst einige Schwierigkeit. Indessen lehrt uns die Unsinnigkeit und Zusammenhanglosigkeit der mit voller Seelenruhe vorgebrachten Wahnideen, daß wir es mit einem geistigen Schwächezustande zu tun haben. Zugleich weist uns die Befehlsautomatie, die Verworrenheit und Unflätigkeit der Reden des Kranken, endlich das ganz unsinnige Spielen mit Anklängen auf Beobachtungen hin, die wir früher bei der *Dementia praecox* gemacht haben. Auch bei dem zuletzt besprochenen Kranken trafen wir ganz ähnliche Störungen.

Blicken wir zurück auf die Entwicklung der Krankheit, so erfahren wir, daß eine Schwester des Kranken idiotisch war, daß er selber einen leichtsinnigen Lebenswandel führte, sich von seiner Frau trennte, mit anderen Frauenzimmern wechselnde Beziehungen anknüpfte und wegen Diebstahl, Urkundenfälschung und Betrug eine Reihe von Zuchthausstrafen zu erstehen hatte. Die ersten Spuren der Krankheit zeigten sich vor bald 4 Jahren im Zuchthause in Form von Gehörstäuschungen. Der Kranke hörte, daß er von den anderen Sträflingen wegen seines blühenden Aussehens bewundert wurde, daß man ihm Arrest androhte. Die Aufseher flüsterten: „Sei still, da geht er; er hat's schon wieder gehört; Herr Gott, hat der Kerl Ohren!“ Man rief seinen Vornamen, unterhielt sich über ihn. Dann traten Geschmackstäuschungen und Personenverkennungen auf, und schon nach einem halben Jahre entwickelten sich allmählich immer unsinnigere Größen- und Verfolgungsideen. Dieselben wechselten vielfach, nahmen neue Züge in sich auf, gewannen aber nach und nach die jetzt noch bestehenden Formen, während die früheren Vorstellungen zurücktraten. Wiederholt wurden lebhaftere Erregungszustände mit Neigung zu Gewalttätigkeit beobachtet.

Seit 3 Monaten ist der Kranke in der Klinik. Meist verhält er sich ganz ruhig, zieht sich von den anderen Kranken zurück, beschäftigt sich nicht, lebt in den Tag hinein, ist heiterer Stimmung, versichert, es gehe ihm gut, begrüßt den Arzt in etwas förmlicher Weise, äußert von selbst keinerlei Wahnvorstellungen. Sobald man sich jedoch mit ihm in ein Gespräch einläßt, wird man sehr bald mit ganz verworrenen, nur in den Hauptzügen einander ähnelnden, wahnhaften Reden überschüttet. Dabei gerät der Kranke in steigende Erregung, wird immer zusammenhangloser und gereizter, ist aber

bei der nächsten Begrüßung wieder freundlich, auch wenn er noch so sehr geschimpft und gedroht hat. Seine Sprache ist ein gesuchtes Hochdeutsch.

Der Beginn dieses Krankheitsverlaufes mit den ziemlich rasch sich entwickelnden Sinnestäuschungen würde unseren sonstigen Beobachtungen bei der Dementia praecox ganz gut entsprechen. Wir können hinzufügen, daß auch der Ausbruch der Krankheit im Gefängnis nicht ungewöhnlich ist. Die große Mehrzahl der „Gefängnispsychosen“, jedenfalls der Formen mit längerem Verlaufe, gehört dem Gebiete der Dementia praecox an. Andererseits sind wir der üppigen Erzeugung ungeheuerlicher, stets wechselnder Wahnvorstellungen, so wie sie hier stattfindet, bisher noch nicht begegnet. Der vorliegende Fall erhält dadurch ein ganz eigenartiges Gepräge, welches mich veranlaßt hat, dieser Gruppe von Beobachtungen unter dem Namen der „Dementia paranoides“ eine gewisse Sonderstellung einzuräumen. Ich glaube nach meinen Erfahrungen sagen zu können, daß derartige Fälle durch Jahre und Jahrzehnte fast genau das gleiche Bild darzubieten pflegen, weder gesund werden noch auch tiefer verblöden*). Die Wahnbildung bleibt dabei dauernd rege; immer neue und absonderlichere Gestaltungen lösen einander ab; zugleich bestehen Gehörstäuschungen, öfters auch Gesichtstäuschungen, namentlich aber die merkwürdige Vorstellung einer Beeinflussung des körperlichen Befindens und des Gedankenganges von außen her. Auf gemütlichem Gebiete beobachten wir Reizbarkeit neben tiefer Teilnahmslosigkeit für die natürlichen Lebensbeziehungen. Die Kranken sind zu wortreichen Ergüssen geneigt, ohne Bedürfnis nach Tätigkeit, ohne zielbewußtes Streben nach Besserung ihrer Lage, ohne Gedanken an die Zukunft.

Gerade diese letztere Störung, die gemütliche Verblödung, legt uns im Verein mit den schon früher angeführten Zeichen die Annahme nahe, daß diese Zustände trotz mancher abweichender Einzelzüge mit der Dementia praecox in enger Verwandtschaft stehen dürften. Es ist mir auch bisher nicht gelungen, eine scharfe Abgrenzung zwischen beiden Gruppen von Krankheitsbildern aufzufinden; vielmehr scheint es zahlreiche Übergangsformen zwischen

*) Der Kranke befindet sich seit 4 Jahren völlig unverändert in einer Pflegeanstalt, äußert verworrene, wechselnde Wahnvorstellungen, ist zeitweise sehr erregt, dazwischen aber ganz besonnen, in seinem Benehmen geordnet.

beiden zu geben. Berücksichtigen wir, daß insbesondere die Wahnvorstellungen bei der *Dementia praecox*, bei der Paralyse, beim manisch-despressiven Irresein einerseits fehlen, andererseits die verschiedenste Ausbildung gewinnen können, so werden wir bei der Gleichartigkeit der Störungen auf dem Gebiete des Fühlens und Handelns zunächst keinen hinreichenden Anlaß haben, die hier beschriebene Form grundsätzlich von den übrigen mannigfaltigen Gestaltungen der *Dementia praecox* abzutrennen.

Schwieriger liegt die Frage bei einer weiteren, ziemlich großen Gruppe von Fällen, für die Ihnen die 35 jährige Witwe als Beispiel dienen mag, die ich Ihnen nunmehr vorführe. Die Kranke gibt über ihre Lebensschicksale auf Befragen gute Auskunft, weiß, wo sie ist, kennt Datum und Jahreszahl und zeigt befriedigende Schulkenntnisse. Auffällig ist, daß sie den Fragenden nicht ansieht und leise, in eigentümlich süßlichem, geziertem Tone spricht. Sobald man auf ihre Krankheit kommt, wird sie zunächst zurückhaltend, erklärt sich für ganz gesund, beginnt aber doch bald, eine Reihe von merkwürdigen Verfolgungsideen vorzubringen. Sie hört seit langen Jahren Stimmen, die sie beschimpfen und geschlechtlich verächtigen. Man nennt eine Reihe ihr bekannter Namen, kündigt ihr an, daß sie entkleidet und gemißbraucht werde. Die Stimmen sind sehr deutlich, müssen ihrer Meinung nach aus der Heimat durch ein Fernrohr oder durch eine Maschine übertragen werden. Ihre Gedanken werden ihr vorgesprochen; dann muß sie sie denken und hört sie noch einmal nachsprechen; in ihre Tätigkeit wird ihr hineingeredet. Zugleich hat sie allerlei unangenehme Empfindungen an ihrem Körper, an dem etwas „gemacht“ wird. Namentlich werden ihre „Mutterteile“ nach außen gekehrt; man schickt einen Schmerz durch ihren Rücken, legt Eiswasser auf ihr Herz, schnürt ihr den Hals zu, verletzt das Rückgrat, vergewaltigt sie. Weit seltener sind Gesichtstäuschungen, das Sehen schwarzer Gestalten, verändertes Aussehen der Personen. Wer alle die genannten Beeinflussungen vornimmt, und zu welchem Zwecke sie ausgeübt werden, vermag die Kranke nicht genauer zu sagen; bald sind es die Leute aus ihrer Heimat, bald die Ärzte einer Anstalt, in der sie früher war, die ihr etwas aus dem Leibe herausgenommen haben.

Alle diese absonderlichen Klagen bringt die Kranke ohne stärkere Gemütsbewegung vor; sie weint wohl vorübergehend, schildert

dann aber wieder ihre krankhaften Erlebnisse mit einer gewissen geheimen Befriedigung und selbst mit erotischer Färbung. Sie verlangt ihre Entlassung, läßt sich aber leicht vertrösten, macht sich keine Gedanken über ihre Lage und über ihre Zukunft. Sehr bemerkenswert sind in ihren Darstellungen zahlreiche geschraubte, kaum verständliche Redewendungen. Man mißhandelt sie „flegelweise“, „ausspruchsweise“, „entsetzenswegen“; sie ist „ein Jammerbild in Engelsgestalt“, „eine veruntreute Mama und Hausfrau von Ordnungssinn“; man hat ihr „die Gemütsbildung umgeändert“; „ein geheimes Insekt vom Bezirksamte verfolgt sie“. Die Hand reicht sie in gespreizter Weise, ist kataleptisch und echopraktisch. Körperliche Störungen von klinischer Wichtigkeit sind bei ihr nicht nachweisbar.

Die zuletzt erwähnten Krankheitszeichen werden uns auch hier den Verdacht erwecken, daß der Fall dem Formenkreise der Dementia praecox angehört. Gegenüber den bisher besprochenen Beobachtungen ist nur das lange, einförmige Haften derselben Wahnvorstellungen auffallend. Die Vorgeschichte ergibt nämlich, daß die Kranke, deren Vater etwas aufgereggt gewesen sein soll, während ein Bruder als Kind Krämpfe hatte, schon seit fast 10 Jahren leidend ist. Die Krankheit entwickelte sich ganz allmählich. Etwa ein Jahr nach dem Tode ihres Mannes, von dem sie 2 Kinder hat, wurde sie ängstlich, schlief unruhig, hörte nachts in ihrem Zimmer laut sprechen, meinte, sie werde ihres Vermögens beraubt, von Leuten aus Frankfurt verfolgt, wo sie früher gewohnt hatte. Vor 4 Jahren kam sie dann für 1 Jahr in eine Anstalt, glaubte dort „die Frankfurter“ wiederzufinden, merkte Gift im Essen, hörte Stimmen und fühlte Beeinflussungen. Nach ihrer Entlassung machte sie Anzeigen gegen die Ärzte der Anstalt, weil sie dort verstümmelt worden sei, hielt nun diese für ihre Verfolger, schimpfte öffentlich auf die Behörden, die sie nicht schützten, so daß ihre Aufnahme in die Klinik vor 2 Monaten notwendig wurde. Hier brachte sie Tag für Tag ohne tiefere Erregung dieselben Klagen vor, schrieb langatmige Briefe voll einförmiger, unsinniger Schimpfereien über die erlittenen Verfolgungen an ihre Angehörigen, die Anstaltsärzte, die Behörden. Sie beschäftigte sich gar nicht, trat mit ihren Mitkranken nicht in Beziehung, entzog sich jeder näheren Beeinflussung.

Fälle dieser Art sind ungemein häufig. In der Regel pflegt man

bei ihrer klinischen Deutung das Hauptgewicht auf die feststehenden Wahnbildungen zu legen und sie demgemäß der Paranoia zuzurechnen. Mir scheint indessen der eigenartige Schwachsinn der Kranken, der vollkommen demjenigen bei der Dementia praecox entspricht, für die Auffassung des Krankheitsbildes maßgebender zu sein. Die gemütlche Stumpfheit und der Verlust der geistigen Regsamkeit, die Andeutungen von Befehlsautomatie und Negativismus, die Manieren im Benehmen, die gezierten Redewendungen sind ja Zeichen, die wir bei jener Krankheit zur genüge kennen gelernt haben. Andererseits treffen wir auch dort die hartnäckigen Gehörstäuschungen und namentlich den Wahn der Beeinflussung des Körpers und des Denkens so häufig an, daß wir die stärkere Ausbildung dieser Störungen hier nur als gradweise, nicht als grundsätzliche Abweichung von den gewöhnlichen Fällen der Dementia praecox ansehen möchten.

Von dem Bilde der Paranoia dagegen unterscheidet sich der hier vorliegende Zustand nach verschiedenen, sehr wesentlichen Richtungen hin. Die Wahnvorstellungen sind von vornherein ganz unsinnig; sie werden geistig nicht verarbeitet. Die Kranke fühlt gar kein Bedürfnis, sich Einwände zu machen, sie zu widerlegen, ein klares Bild von den Personen, Hilfsmitteln und Beweggründen der Verfolger zu gewinnen. Wichtige Einzelheiten, wie z. B. die Personen der Verfolger, wechseln ganz willkürlich. Es findet wohl eine Wandlung, aber kein eigentlicher Ausbau des Wahnes statt, der sich nicht zu einer geschlossenen Weltanschauung entwickelt, sondern in Form von abenteuerlichen, nur locker zusammenhängenden Einfällen fortbesteht. Sodann spielen hier Sinnestäuschungen der verschiedensten Art eine durchaus herrschende Rolle, während wir bei der Paranoia den Wahn sich ganz vornehmlich an wirkliche, aber wahnhaft verarbeitete Erfahrungen anknüpfen sahen. Besonderes Gewicht möchte ich auch auf die Ausbildung der körperlichen Beeinflussungsideen, des sogenannten „physikalischen Verfolgungswahns“, und namentlich auf die Willensstörungen legen, die sich in den steifen, gezierten Bewegungen, der Befehlsautomatie, den Wortneubildungen, der Gedankenunfreiheit kundgeben und, soviel ich sehe, der Paranoia in unserem Sinne gänzlich fremd sind. Endlich aber verliert hier der Inhalt der Wahnvorstellungen im Laufe der Jahre ziemlich rasch seinen Einfluß auf das Handeln;

die Kranken werden stumpf und gleichgültig*). Gar nicht selten werden die Wahnideen sogar einfach vergessen. Den Endzustand kann dann ein ganz einfacher Schwachsinn bilden, wie wir ihn auch sonst als Abschluß der Dementia praecox beobachten, ein Ausgang, der bei der eigentlichen Paranoia niemals eintritt. Namentlich Beobachtungen dieser letzten Art sind es gewesen, die mich zu der Überzeugung geführt haben, daß auch die mit dauernden Wahnvorstellungen einhergehenden Schwachsinnformen nicht der Paranoia angehören, sondern in näherer Verwandtschaft zur Dementia praecox stehen. Wo und wie dann einmal die Grenzen auf diesem letzteren, übergroßen Gebiete abzustecken sein werden, muß die Zukunft lehren.

XVII. Vorlesung.

Verschiedene Formen der Wahnbildung.

M. H.! Indem wir heute unsere Besprechung der klinischen und diagnostischen Bedeutung der Wahnbildungen fortsetzen, zeige ich Ihnen zunächst einen 47jährigen Schlosser, der sich seit 4 Monaten in der Klinik befindet. Der Kranke ist besonnen, über seine Umgebung und annähernd auch über die Zeit orientiert. Er gibt an, daß er vor 5 Jahren nach Influenza mit Schmerzen im Kreuz und Spannung um den Leib herum erkrankt sei; die Nerven waren so angestrengt, daß er nicht gut mehr gehen konnte. Außerdem litt er an Verstopfung, und der Urin blieb ein paarmal stecken. Geisteskrank sei er nicht, nur „etwas rappelköpfig“. Von seiner Frau wolle er sich scheiden lassen, da er sich mit ihr nicht mehr vertragen könne. Seitdem er nicht mehr arbeiten konnte, sei er ihr lästig geworden; er habe dann gehört, wie sie sagte, er sei ein Lump; sie wolle lieber gar keinen Mann. Alles habe sie verkauft oder versetzen lassen, sich mit dem Hausherrn über ihn unterhalten und geäußert: „Wir hätten ihn schön holen

*) Die Kranke befindet sich seit etwa 5 Jahren in einer Pflegeanstalt, ist faselig, maniert, negativistisch, äußert die alten Beeinträchtigungsideen.

können.“ Jetzt wolle er wieder heiraten, ein junges, schönes Mädchen. Wenn er wieder besser gehen könne, werde er schon so viel verdienen, um das ausführen zu können. Seit langem habe man ihn schon verfolgt, daß er fort sollte. Die Leute sprachen auf dem Hofe über ihn: „Gestern Abend wäre es Zeit gewesen; da hätte man ihn fortbringen können“. Alles habe er nicht verstehen können, aber gesehen und gemerkt habe er es, daß man ihn mit einem Apparat beeinflusste. Das geschah durch die Frau; es kam von unten, wahrscheinlich wie mit Elektrizität, wie wenn man mit Spiegeln vor den Augen herumfährt. Mit dem Apparat habe man ihm Abzug an seinem Körper gemacht, im Kopf und aufs Gehör, daß es im Kopfe summt und pff. Wenn er aufstehe, fühle er den Apparat hinten auf dem Rücken; sehen könne er ihn nicht. Die Stimmung des Kranken ist im allgemeinen gleichmütig, öfters etwas gereizt; er meint, er habe hier nicht die richtige Pflege, zu schlechtes Essen, könne ganz gut wieder arbeiten. Über seine Frau ist er erbittert, weil sie ihn in das Irrenhaus geschafft habe, erklärt sich jedoch auf Zureden leicht bereit, sich wieder mit ihr zu versöhnen. Rechenaufgaben löst er ziemlich rasch und richtig; seine Kenntnisse entsprechen etwa seinem Stande.

Die Verfolgungsideen, die der Kranke äußert, werden uns zunächst vielleicht an diejenigen erinnern, die uns von der *Dementia praecox* her bekannt sind. Auch dort trat uns ja häufiger der Wahn entgegen, körperlich beeinflusst zu werden. Andererseits ähneln die Äußerungen, die der Kranke hörte, wieder denjenigen beim Alkoholwahnsinn; auch die Eifersuchtsideen würden, wie wir späterhin noch genauer sehen werden, etwa für eine alkoholische Entstehung des vorliegenden Leidens sprechen. Allerdings leugnet der Kranke durchaus, getrunken zu haben; zudem ist er so gedankenarm und urteilsschwach, daß von einer einfachen alkoholischen Geistesstörung nicht wohl die Rede sein kann. Aber auch die Annahme einer *Dementia praecox*, die schon wegen des Alters unseres Kranken wenig Wahrscheinlichkeit hat, widerlegt sich sofort, wenn wir seinen körperlichen Zustand genauer ins Auge fassen. Dabei zeigt sich nämlich, daß eine linksseitige Abducenslähmung, Miosis, Pupillendifferenz und reflektorische Pupillenstarre besteht, während die akkommodative Reaktion noch etwas erhalten ist. Die linke Nasenlippenfalte ist verstrichen; die

Zunge wird stoßweise vorgestreckt. Die Kniesehenreflexe sind völlig erloschen; der Gang ist sehr unsicher, ataktisch; beim Stehen mit geschlossenen Augen tritt starkes Schwanken ein. Die Schmerzempfindlichkeit ist herabgesetzt, die Lokalisationsfähigkeit schlecht. Die Sprache ist undeutlich, schmierend.

Dieser Befund macht es uns sofort klar, daß wir es mit einer progressiven Paralyse zu tun haben, deren Begleiterscheinung hier nur ganz andersartige, mit Sinnestäuschungen einhergehende Wahnvorstellungen bilden, als wir ihnen früher bei dieser Erkrankung begegnet sind. Wenn man will, so kann man die Ursache dieser eigenartigen Gestaltung in einer stärkeren Beteiligung der Sinneszentren an dem Krankheitsvorgange suchen; man hat wenigstens die Ansicht ausgesprochen, daß die Parästhesien und Schmerzempfindungen bei Rückenmarkserkrankungen dem Wahne der körperlichen Beeinflussung zugrunde liegen könnten. Die Vorstellung, geblendet zu werden, ließe sich auf krankhafte Blitzempfindungen in den Sehnerven zurückführen, die gerade bei den mit tabischen Zeichen einhergehenden Formen der Paralyse häufig in Mitleidenschaft gezogen werden. In unserem Falle hat sich leider eine beginnende Sehnervenatrophie weder nachweisen noch ausschließen lassen, da der zufällige Befund markhaltiger Nervenfasern die Beurteilung zu sehr erschwerte. Bemerkenswert ist bei dem Kranken die geringe Störung des Gedächtnisses, sein gutes Rechnen, da wir sonst gerade auf diesem Gebiete die ersten auffallenderen Krankheitszeichen auftreten sehen. Diese Erfahrung lehrt uns wie so manche andere, daß wir niemals auf das Vorhandensein oder Fehlen eines einzelnen Zeichens für die Diagnose allzu großes Gewicht legen, sondern immer das Gesamtbild im Auge behalten sollen.

Aus der Vorgeschichte des Falles ist zu bemerken, daß der Kranke angeblich aus gesunder Familie stammt und ein regelmäßiges Leben ohne Ausschweifungen führte. Er gibt zu, vor 20 Jahren einen Tripper gehabt zu haben, stellt aber luetische Ansteckung in Abrede. Seiner Ehe entstammen 2 gesunde Kinder. Seit 5 Jahren entwickelten sich bei ihm allmählich die Zeichen der Tabes, insbesondere Gürtelgefühl, Ataxie, Blasen- und Mastdarmstörungen, Impotenz. Vor einem halben Jahre begann er erregt zu werden, auch in geschlechtlicher Beziehung, trank mehr

und wurde dadurch noch reizbarer, glaubte, man verfolge ihn, wolle ihn vergiften, verschleudere sein Geld. Schließlich floh er unter Mitnahme seiner Papiere aus dem Hause, verlangte die sofortige Ehescheidung, wurde dann ins Krankenhaus gebracht, wo er sehr wenig schlief, auf seine Frau schimpfte, zerriß und unreinlich war. Von da kam er in die Klinik, beruhigte sich ziemlich rasch, hielt aber an den alten Wahnvorstellungen fest, die er Ihnen ja auch jetzt vorgetragen hat. Einmal wurde ein kollapsartiger Zustand, Schwindel, Blässe, sehr kleiner Puls, beobachtet, der wahrscheinlich als ein leichter paralytischer Anfall gedeutet werden mußte. Das Körpergewicht stieg zunächst an, ist jedoch jetzt wieder in langsamem Sinken begriffen*).

Daß die Erscheinungen einer Tabes der Entwicklung des paralytischen Krankheitsbildes längere Zeit, sogar viele Jahre hindurch, vorangehen, ist keineswegs selten. Man pflegt diese Form der Paralyse als „ascendierende“ oder Tabesparalyse zu bezeichnen. Ob die diesem Namen zugrunde liegende Vorstellung, daß die Krankheit gewissermaßen vom Rückenmarke zum Gehirne aufsteigt, richtig ist, erscheint ziemlich zweifelhaft. Wir sind sogar noch nicht einmal sicher, ob die Tabes, die später mit paralytischen Störungen endigt, mit der gewöhnlichen Form der Rückenmarkschwindsucht wesensgleich ist. Da die Paralyse regelmäßig mit Rückenmarksveränderungen einhergeht, die sich bald mehr in den Hintersträngen, bald mehr in den Seitensträngen ausbreiten, so könnte die paralytische Hinterstrangerkrankung recht wohl einmal die klinischen Zeichen der Tabes hervorbringen, ohne daß doch der Krankheitsvorgang in beiden Fällen derselbe wäre. In klinischer Beziehung ist mir aufgefallen, daß sich bei der ascendierenden Paralyse die tabischen Zeichen wesentlich auf Fehlen der Sehnenreflexe, Miosis, reflektorische Pupillenstarre und Sehnervenatrophie zu beschränken pflegen, während die übrigen Störungen, namentlich auch die schwerere Ataxie der Beine, das Schleudern, entweder ganz fehlen oder doch weit schwächer entwickelt zu sein pflegen, als bei der gewöhnlichen Tabes. Andererseits besteht zwischen der Tabes und der Paralyse ohne Zweifel eine sehr nahe Verwandt-

*) Der Kranke ist 6 Jahre nach Beginn der tabischen Zeichen zugrunde gegangen.

schaft, insbesondere in ihren ursächlichen Beziehungen zur Syphilis, ebenso hinsichtlich der Unwirksamkeit antiluetischer Behandlung. Auch unser Kranker ist früher mit grauer Salbe und Jodkalium behandelt worden, ohne daß dadurch die Krankheit aufgehalten oder die spätere Entwicklung der paralytischen Erscheinungen verhindert worden wäre.

Ganz ähnlichen Wahnvorstellungen wie bei dem vorigen Kranken begegnen wir bei einem 65 jährigen Landwirte, der sich vor einem Jahre zunächst poliklinisch bei uns vorstellte, später aber in die Klinik verbracht werden mußte. Er kam zum ersten Male, um sich bei uns elektrische Apparate anzusehen, nachdem er vorher einen Optiker zu dem gleichen Zwecke aufgesucht hatte. Über seine Beweggründe dazu kann Ihnen der völlig besonnene und geordnete Kranke selbst Auskunft geben. Er hat sogar das Bedürfnis, sich darüber auszusprechen, und erzählt uns, daß er schon seit 1½ Jahren von seinen Nachbarn, namentlich von einem Schuhmacher, verfolgt werde. Seine Feinde verfügen über Apparate, mit Hilfe deren sie ihn auf die verschiedenste Art beeinflussen können. Zuerst hörte er, daß die Leute über ihn sprachen, ihm Schlechtes nachsagten, wie wenn er gestohlen, Bäume verdorben, falsche Handschriften geschrieben hätte. Er erkannte deutlich die Stimmen und stellte die Leute zur Rede, die aber von nichts wissen wollten. Es muß mit dem Fernsprecher geschehen sein; man „konstruierte“ auch seine Gedanken: „Was ich gedacht habe, das haben die Anderen gesagt.“

Weiterhin warf man mit der Elektrizität so schwarzes Pulver auf ihn, wie Chloroformium; das zog bei Nacht in den Mund hinein, und nachher war es wie Feuer im Leibe. Auch auf die Bäume warfen sie das Pulver, so daß die Blätter verdorrten; er schickte sie dann ein zur Untersuchung, und es kam die Antwort, das könne auch Mehltau sein. Das Schlimmste aber ist der elektrische Strom, den sie mit den Maschinen auf ihn einstellen. Der fährt ins Ohr, in den Unterleib, in die Geschlechtsteile; dann fängt es an zu zucken und zu brennen, so daß es ihn plötzlich fast zu Boden reißt. Feuerrige Strahlen schießen auf ihn, wenn er im Bette liegt, daß er meint, er brenne an. Das wird mit der Steppmaschine gemacht, die der Schuhmacher hat; auch 1½ Fuß lange Hörner haben sie, wie zum Blasen, und kleine Dinger, die sie in der Hosentasche verbergen

können. Stahlstangen stellen sie auf, so daß sie den Strom gerade in sein Schlafzimmer hineinschmeißen können; es sind so Scheinwerfer. Mit dem elektrischen Schlüssel sind sie nachts in sein Haus gekommen, haben ihn betäubt und auf den Mund geschlagen. Es hat einen Gestank gegeben wie von verbranntem Leder oder Knochen; der wurde ins Haus gelassen. Im Essen war Seifenbrühgestank und Phosphorgestank. Manchmal haben sie ihm den Kopf zusammengespant, das Gesicht eingedrückt, ihn in die Seite oder in den Leib hinein geschlagen, daß er weh tat, dicker wurde und wie aufgeblasen war, bis die Winde abgingen. Der Optiker zeigte ihm ein rundes Ding von Glas mit Röhrchen dran, meinte aber, die Maschine, die seine Feinde hätten, müsse größer sein; auch ein Schutzmann, der dazu kam, sagte, das hätten die Schuster. Darauf bestellte er sich eine Preisliste von einer Fabrik elektrischer Apparate, um zu sehen, wie die Maschinen seien. In den Zeitungen sah er die Anzeigen durch, da dort auch ähnliche Apparate angezeigt waren. In dem Strom ist die „Sündenprognose“: „das ist grad' wie draußen am Telegraph; da zeigt sich alles an, was kommt.“

Gegen diese Verfolgung rief der Kranke zunächst den Bürgermeister um Hilfe an und wandte sich dann mündlich und schriftlich an das Bezirksamt, aber man half ihm nicht, so daß er bald merkte, die Herren unterstützten den Schuhmacher. Er suchte sich daher selbst zu helfen, legte die Bettflasche an den Kopf; darin hörte er deutlich das Ticken von dem Strom, hatte aber Ruhe, besonders wenn er noch ein Eisenstück dazu tat. Auch hier bittet er um einige Stücke Weißblech, damit er sie von allen Seiten um sich herum legen könne. Noch lieber wäre ihm ein festgeschlossener Raum mit dicken Wänden, durch die keine Strahlen hindurchgingen. Er schreibt noch immer Eingaben an die Behörden mit der Bitte um Schutz und beabsichtigt, bis an das Ministerium zu gehen.

Alle diese Erzählungen bringt der Kranke in völlig ruhigem Tone vor. Er ist von der Richtigkeit seiner Vorstellungen felsenfest überzeugt, läßt sich durch Einwendungen nicht im geringsten beirren, hört kaum darauf hin, gibt sich keine Mühe, sie zu widerlegen, sondern wird höchstens ärgerlich und meint, daß wir auch dazu helfen, indem wir ihn ungerechter Weise einsperren und zurückhalten, verlangt daher auch dringend seine Entlassung. Über fernliegende Dinge kann man sich mit ihm ganz gut unterhalten, doch

kommt er sehr leicht wieder auf seine Verfolgungen zurück. Seine Kenntnisse entsprechen vollkommen seinem Stande; er zeigt auch eine gewisse geistige Regsamkeit, liest, beschäftigt sich, unterhält sich mit seinen Mitkranken, spielt Karten und benimmt sich in keiner Weise auffällig, wenn man von seinen Schutzmaßregeln gegen die Strahlen absieht. Da er auch hier den Schuster über sich sprechen hört und in der Nacht keine Ruhe vor ihm hat, so sucht er namentlich seinen Kopf durch kleine Wälle von Bettstücken und anderen erreichbaren Gegenständen vor den Strahlen zu schützen. Bemerkenswert ist ein gewisses gehobenes Selbstgefühl, die Befriedigung darüber, daß er in seiner Schlaueit alle Schliche seiner Feinde durchschaut und sich nichts weiß machen läßt.

Aus der Vorgeschichte ist noch nachzutragen, daß der Kranke aus gesunder Familie stammt und ein nüchterner und fleißiger Arbeiter war. Er ist verheiratet und hat 5 gesunde Kinder. Die Krankheit begann vor 1½ Jahren mit Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen. Zeitweise äußerte der Kranke aber auch Größenideen, er wolle eine neue Religion einführen, die Landwirtschaft auf der ganzen Erde verbessern. Bei der Vernichtung seiner Person sei es auf den Untergang der ganzen Menschheit abgesehen; er werde aber jetzt mit einer Luftbüchse und einem besonderen Pulver seine Verfolger unschädlich machen. Von diesen Wahnvorstellungen will der Kranke jetzt nichts mehr wissen.

Die Deutung dieses Krankheitsbildes stößt auf gewisse Schwierigkeiten. Gewöhnlich pflegt man derartige Zustände einfach der Paranoia zuzurechnen. Mir scheint jedoch die rasche Entstehung des Leidens, die schnelle Entwicklung erheblicher geistiger Schwäche, endlich das Vorherrschen lebhafter Täuschungen auf allen Sinnesgebieten dagegen zu sprechen. Zudem sind die Wahnvorstellungen im einzelnen durchaus nicht feststehend, sondern wechseln vielfach. Deswegen und nach ihrem Inhalte erinnern sie sehr an diejenigen der Dementia praecox. Andererseits aber fehlen hier alle die eigenartigen Zeichen, die uns sonst von jener Krankheit her bekannt sind, der Verlust der geistigen Regsamkeit, der Negativismus, die Befehlsautomatie, die Stereotypie, die Manieren. Wir werden uns daher, auch im Hinblick auf das hohe Lebensalter des Kranken, nicht dazu entschließen können, diesen Fall etwa einfach als Dementia praecox aufzufassen. Vielmehr wird es vorläufig den Tat-

sachen am meisten entsprechen, wenn wir feststellen, daß es im höheren Lebensalter ein Krankheitsbild gibt, den „senilen Verfolgungswahn“, dessen wesentlichsten Zug das Auftreten abenteuerlicher Verfolgungsideen mit Sinnestäuschungen und deutlicher geistiger Schwäche bildet. In der Tat sind derartige Fälle nicht ganz selten. Die Beeinträchtigungsideen nehmen dabei häufiger die Form des Eifersuchtwahns an. Gewöhnlich bleibt der Zustand der Kranken jahrelang unverändert; die Wahnbildungen bestehen fort, wechseln aber in ihrem Inhalte. Im weiteren Verlaufe pflegen sich zu den Beeinträchtigungsideen unsinnige Größenideen zu gesellen. Die Besonnenheit bleibt meist dauernd erhalten, doch werden die Kranken nicht wieder gesund, sondern allmählich schwachsinniger und zerfahrener*).

Eine ganz eigenartige Form von Verfolgungsideen bietet endlich ein 42jähriger Offizier dar, dessen Leiden nach verschiedenen Richtungen hin von großem Interesse ist. Der Kranke ist vollkommen besonnen, orientiert und geordnet. Weder in seiner Stimmung noch in seinem gewandten und liebenswürdigen Benehmen zeigt er zunächst die geringste Andeutung einer Störung. Er fühlt sich gesund und leistungsfähig, hat nichts zu klagen, bittet nur in ruhiger und höflicher Weise, bald wieder nach Hause und in seinen Dienst zurückkehren zu dürfen. Erst bei längerer Unterhaltung fällt eine gewisse Unklarheit des Kranken über seine Erlebnisse in den letzten Jahren auf. Er macht darüber zwar allerlei Angaben, doch klingen dieselben eigentümlich abenteuerlich und stehen auch vielfach miteinander in Widerspruch.

Der Kranke erzählt, wie er in einem Kurhause mit einem Hochstapler zusammen gewohnt habe, der ihm unter falschem Namen vorgestellt worden sei, nächtlicherweise in sein Zimmer eindrang und jetzt in einer Irrenanstalt verwahrt werde, aus der er als geistesgesund wieder entlassen werden solle. Diesen Menschen, dessen Schicksale ihm von seiner Kindheit her bekannt sind, will er anzeigen; überdies ist derselbe schon in einem Prozesse verurteilt worden, von dem jüngst in der Zeitung zu lesen stand. Der Kranke selbst meint, daß seine Zurückhaltung in der Klinik mit

*) Der Kranke befindet sich seit 5½ Jahren ziemlich unverändert in einer Pflegeanstalt.

dieser Angelegenheit in Zusammenhang stehen müsse; hohe Damen seien mit hineingezogen worden. Auf zweifelnde Einwände hält er mit voller Bestimmtheit an seinen Angaben fest und bringt immer neue Einzelzüge vor, welche die Zuverlässigkeit seiner Darstellung erhärten sollen.

Dabei läßt sich erkennen, daß wir es hier mit jener eigenümlichen Störung zu tun haben, die man als Erinnerungsfälschung bezeichnet. Dem Kranken tauchen allerlei Bilder auf, die für ihn vollständig die Kennzeichen wirklicher Erinnerungen tragen, obgleich ihnen durchaus kein Urbild in der Vergangenheit entspricht. Diese vermeintlichen Erinnerungen besitzen offenbar eine große Lebhaftigkeit, denn der Kranke schildert mit den Worten: „Ich erinnere mich noch ganz genau“ alle Einzelheiten der von ihm berichteten Erlebnisse, gerade so, wie wir eine Begebenheit wiedergeben würden, die sich vor wenigen Tagen ereignet hat, die Worte, die dabei gesprochen wurden, die Personen, die zugegen waren, auch ganz unwesentliche Nebendinge, die zur Bekräftigung der Zuverlässigkeit der übrigen Züge dienen können. Je mehr man mit ihm darüber spricht, desto eingehender werden seine Erzählungen; es fallen ihm immer neue Einzelheiten ein. Bezeichnender Weise gesteht er dabei selbst zu, daß er an die ganze Sache bis jetzt „nie wieder gedacht“ habe, bis sie ihm plötzlich eingefallen sei. So erinnert er sich fälschlich, daß ihm eine bereits von mehreren, namentlich angeführten Richtern unterzeichnete Scheidungsurkunde zur Unterschrift vorgelegt wurde. Bestimmt genannte Personen waren als Zeugen zugegen. Zugleich wurde ihm die Verpflichtung auferlegt, jeden brieflichen Verkehr mit seiner Frau abzurechnen, was er auf Grund dieser Erinnerungsfälschung ohne sonstigen Anlaß eine Zeitlang wirklich tat.

Bringt man den Kranken auf sein früheres Leben, so erzählt er mit vollster Überzeugung eine Menge von höchst merkwürdigen Erlebnissen, Überfällen, die auf ihn ausgeführt wurden, kleinen Heldentaten, sonderbaren Begegnungen, die sämtlich auf dem Wege der Erinnerungsfälschung entstanden sind. Es ist daher ganz unmöglich, aus seinen Darstellungen ein irgendwie zutreffendes Bild seines wirklichen Lebens zu erhalten. Dazu kommt, daß diese Erzählungen nichts weniger als gleichförmig, sondern vielfachem Wechsel unterworfen sind, da immerfort neue Züge auftauchen,

während andere verblassen und verschwinden. Nicht selten läßt sich die Anknüpfung an bestimmte äußere Anregungen erkennen. So erweckte die Vorstellung eines neuen Arztes in dem Kranken sehr bald die Erinnerung daran, daß er demselben früher schon da oder dort begegnet sei, daß dessen Eltern vor Jahren in seiner Nähe gewohnt hätten und ähnliches.

Es ist begreiflich, daß die wirklichen Erinnerungen bei dieser schweren Störung nur sehr unklar und schwach sein können. Man kann sich bei dem Kranken auch leicht überzeugen, daß er schon nach wenigen Stunden den Inhalt einer früheren Unterredung vollständig vergessen hat. Er erzählt und schreibt daher auch vielfach zu wiederholten Malen dasselbe, weil er nicht mehr weiß, daß es schon einmal geschehen ist. Auseinandersetzungen haften nur sehr kurze Zeit. Beim ärztlichen Besuche vergißt der Kranke ganz, daß er selbst den Arzt hat rufen lassen, um von ihm seine Entlassung zu fordern; er vergißt, wohin er gestern gegangen oder gefahren war, ob er sich schon gewaschen hat, wieviel er geraucht hat, ob er gut oder schlecht schlief und aß, wiederholt deswegen bisweilen alltägliche Verrichtungen mehrfach. In besonderen, darauf gerichteten Versuchen ließ sich zeigen, daß er von Worten, die er sich merken sollte, schon nach einer halben Stunde nicht mehr den vierten Teil wiedergeben konnte, während Gesunde von gleichem Bildungsgrade in dieser Zeit kaum ein einziges Wort vergessen.

Andererseits haften bei ihm die falschen Erinnerungen nicht weniger, vielleicht noch fester, als die richtigen. So blieb der Kranke eine Zeitlang vormittags im Bette liegen mit der Behauptung, daß es ärztlicherseits vorgeschrieben worden sei. Alle derartigen Erinnerungsfälshungen tragen für ihn den Stempel vollster Gewißheit; er wird mißtrauisch, wenn man ihn davon abzubringen sucht, und vermutet dahinter geheime Beweggründe, deren Verständnis ihm gewöhnlich bald durch neue Erinnerungsfälshungen eröffnet zu werden pflegt. Indessen beherrschen die Wahnbildungen den Kranken immer nur für einige Zeit und treten dann wieder in den Hintergrund; sie schließen sich nicht etwa zu einer Weltanschauung zusammen. Der Kranke bleibt auch den Ärzten gegenüber immer höflich und lebenswürdig, obgleich er sich für völlig gesund hält und durchaus nicht begreifen kann, warum man ihn nicht entläßt.

Den Schlüssel zum Verständnisse dieses äußerst merkwürdigen Krankheitsbildes liefert uns die körperliche Untersuchung. Dabei stellt sich nämlich heraus, daß die Muskulatur der Arme und Beine ganz auffallend schlaff und leistungsunfähig ist, doch ergibt die elektrische Prüfung keine Entartungsreaktion. Dagegen zeigen die Muskeln eine auffallend hohe mechanische Erregbarkeit. Zugleich sind sämtliche Nerven an den zugänglichen Punkten auf Druck sehr empfindlich. Die Kniesehnenreflexe sind erloschen; beim Stehen mit geschlossenen Augen tritt deutliches Schwanken auf, ebenso bei raschen Kehrtwendungen. Die gespreizten Finger zittern stark. Sonst sind keine bemerkenswerten Störungen nachweisbar, insbesondere nicht an den Pupillen oder an der Sprache und Schrift. Dieser Befund weist uns darauf hin, daß hier eine Polyneuritis bestanden haben muß. Wir wissen aber durch Korssakoff, daß bei dieser Krankheit psychische Störungen vorkommen, die hauptsächlich durch das Auftreten sehr ausgebildeter Erinnerungsfälschungen gekennzeichnet sind.

In der Tat lehrt uns die Vorgeschichte des Falles deutlich, daß wir es hier mit einer derartigen polyneuritischen Geistesstörung zu tun haben. Der ursprünglich gut begabte, vielleicht von Seite des Vaters etwas belastete Kranke machte vor 10 Jahren eine Lungenentzündung durch, die sehr langsam zur Lösung kam. In der Genesungszeit wurde er an stärkeren Alkoholgenuß gewöhnt und erkrankte späterhin an einer Polyneuritis; wahrscheinlich bestand auch Lues, deren Erscheinungen durch eine Jodkaliumbehandlung gehoben wurden. Die neuritischen Störungen schwankten zunächst, wurden aber allmählich unter immer stärker sich ausbildendem Alkoholmißbrauche schwerer, so daß der Kranke in seinem Berufe sehr häufig behindert war. Schon bald nach dem Beginne des Leidens ließ sich eine leichte Urteilsschwäche bei ihm erkennen, insofern ihm völlig die Einsicht in die Tragweite seines Zustandes fehlte. In den letzten Jahren traten dazu Willensschwäche und Vergeßlichkeit. Er war unfähig, sich vom Alkohol fernzuhalten, wußte anscheinend auch gar nicht mehr recht, wieviel er trank. Vor 3 Jahren entwickelte sich vorübergehend ein deliriöser Zustand. Bei längerer Entziehung des Alkohols pflegten sich alle Erscheinungen rasch bis auf einen gewissen Rest zu bessern, kehrten aber bald in verstärktem Grade wieder, wenn der Kranke mehr sich

selbst überlassen war und wieder trank. Seit mehreren Jahren schon traten immer deutlicher die Erinnerungsfälschungen hervor, zunächst in der Vermischung von Wahrem und Falschem bei seinen Erzählungen, dann in ganz freien Erfindungen. Die Entwicklung von Wahnbildungen im Anschlusse an die Erinnerungsfälschungen führte endlich zur Verbringung in unsere Klinik.

Wie Sie sehen, ist die Entstehungsweise und die klinische Bedeutung der Wahnvorstellungen hier eine ganz andere, als in allen bisher betrachteten Fällen. Auch diese Erfahrung möge Sie davor warnen, den diagnostischen Wert jenes Krankheitszeichens zu überschätzen. Allerdings läßt sich nicht verkennen, daß zwar nicht die Tatsache der Wahnbildung an sich, wohl aber ihre besondere klinische Gestaltung vielleicht einen Schluß auf das Wesen des vorliegenden Krankheitsfalles zuläßt. Erinnt uns das völlig geordnete Verhalten und die tadellose Haltung unseres Kranken etwa an die Paranoia, so widerlegt sich diese Vermutung doch bald angesichts der Unbeständigkeit und Verschwommenheit der Wahnbildungen, die das Verhältnis des Kranken zu seiner Umgebung auffallend wenig beeinflussen, obgleich sie im Augenblicke mit größter Bestimmtheit vorgebracht werden. Sie ähneln in dieser Beziehung eher denjenigen der Paralyse oder der Dementia praecox, doch fehlen eben wieder die kennzeichnenden körperlichen Störungen einerseits, die Absonderlichkeiten in Handeln und Benehmen andererseits. Wir haben hier nicht die Lähmungen, aber auch nicht die weitgehende geistige und gemütliche Verarmung und den fortschreitenden Verlauf der Paralyse zu verzeichnen, während wiederum die Störung der Merkfähigkeit weit stärker ist, als in der Dementia praecox. Diese Unterschiede sind deswegen besonders wichtig, weil in jenen beiden Krankheiten gelegentlich Erinnerungsfälschungen zur Beobachtung kommen, die zwar weniger ausgeprägt zu sein pflegen, aber sonst den hier geschilderten sehr ähneln können.

Die polyneuritische Geistesstörung ist bei uns nicht gerade eine häufige Krankheit, wenn sie auch vielleicht öfters übersehen werden mag. Wie es scheint, handelt es sich bei ihr um eine Giftwirkung auf die Hirnrinde. Bisweilen ist Tuberkulose, fast immer Alkoholismus voraufgegangen. Ein Teil der Fälle kommt nach einer Reihe von Monaten zur Genesung; bei anderen entwickelt

sich, wie hier, ein unheilbarer Schwächezustand*), dessen Eigenart sich noch durch die Erinnerungsfälschungen und die Spuren der Neuritis verrät. Die Behandlung besteht außer in sorgfältiger Pflege in der dauernden Entziehung des Alkohols; in unserem Falle ist sie zu spät gekommen.

XVIII. Vorlesung.

Chronischer Alkoholismus.

M. H.! Nur in einer verhältnismäßig sehr kleinen Zahl von Fällen sind wir auf dem Gebiete der klinischen Psychiatrie imstande, uns über die Ursachen der Krankheitserscheinungen eine einigermaßen zuverlässige Vorstellung zu machen; noch seltener vermögen wir uns über die Art und Weise Rechenschaft zu geben, wie jene Ursachen wirken. Am nächsten sind wir diesem letzten Ziele der klinischen Forschung aus erklärlichen Gründen bei den Vergiftungen, namentlich bei denjenigen, die uns die tägliche Erfahrung recht häufig vor Augen führt. Wir wissen, daß die akute Alkoholvergiftung in der Hirnrinde leicht nachweisbare Veränderungen erzeugt, und daß der Ausdruck dieser Veränderungen im Rausche eine Erschwerung der Auffassung, eine Verflachung des Gedankenganges, endlich eine Steigerung der psychomotorischen Erregbarkeit mit Abnahme der Kraft und Störung der feineren Herrschaft über die Bewegungen darstellt. Es ist ferner bekannt, daß größere Alkoholgaben noch 24—48 Stunden nachwirken können, und daß sich bei regelmäßiger Wiederholung der Gabe, bevor die Nachwirkung der früheren geschwunden ist, schon nach wenigen Tagen ein Zustand dauernder Herabsetzung der geistigen Arbeitsfähigkeit auf verschiedenen Gebieten einstellt, der sich auch nach dem Aussetzen des Giftes nur sehr allmählich wieder verliert. Diese durch den Versuch gefundenen Tatsachen sind geeignet, uns ein gewisses Verständnis für die ersten Anfänge jener geistigen

*) Der Kranke befindet sich seit 5 Jahren völlig unverändert in einer Privatanstalt.

Störung zu gewähren, die wir als chronischen Alkoholismus bezeichnen.

Wenn Sie den 33 jährigen Kaufmann untersuchen, der vor wenigen Tagen freiwillig in unsere Klinik eingetreten ist, so werden Sie kaum ein Krankheitszeichen an ihm bemerken. Er ist vollkommen besonnen und klar, gibt geordnet über alle seine Verhältnisse Auskunft. Seine Gesichtszüge sind etwas schlaff und gedunsen. Die Sehnen- und Hautreflexe sind sehr lebhaft; beim Spreizen der Finger fällt ein feines Zittern auf. Gaumenbögen und Rachen sind stark gerötet; die Zunge ist ein wenig belegt.

Als den Anlaß seines Eintritts in die Klinik gibt Ihnen der Kranke an, daß er in der letzten Zeit stark getrunken habe. Er war ein guter Schüler, fing aber etwa mit 16 Jahren, durch die Trinkgewohnheiten seines Vaters verführt, an, ziemlich regelmäßig Bier zu trinken, eine Neigung, die sich bei ihm mit manchen Schwankungen allmählich immer stärker entwickelte. Seine Heirat, die mit 26 Jahren erfolgte, brachte eine Zeitlang Besserung; später wurde es aber wieder schlimmer, so daß er sich schließlich fast den ganzen Tag in einem gewissen Rausche befand. In diesem Zustande war er reizbar, schimpfte bei geringfügigem Anlasse in den gemeinsten Ausdrücken, wurde leichtsinnig und nachlässig in seiner Arbeit, aß zu Hause nur noch sehr wenig. Auf Zureden seiner Frau ließ sich der von Hause aus gutmütige und lenksame Kranke bei uns aufnehmen und blieb fast 4 Monate in der Klinik, wo sich alle Störungen ungemein rasch verloren. Ihm wurde von uns dringend geraten, dauernd völlig enthaltsam zu bleiben, und er befolgte diesen Rat auch 1 $\frac{1}{2}$ Jahre hindurch. Seine Arbeitsfähigkeit hatte sich dabei sehr gehoben, so daß er erheblich mehr verdiente, als früher. Namentlich aber war seine Frau ganz glücklich über die Umwandlung in seinem Wesen, da der Kranke heiter, lebenswürdig und sehr häuslich geworden war.

Erst vor 4 Monaten begann er wieder zu trinken, wie er sagt, aus Neugier, um zu sehen, ob er es jetzt wohl vertragen könne. Das Beispiel seiner Kameraden hatte in ihm den Wunsch erweckt, doch hier und da auch ein Glas trinken zu können, um nicht hinter ihnen „zurückzustehen“. Anfangs blieb er mäßig; sehr bald aber vermochte er nicht mehr einzuhalten. „Wenn man eins getrunken hat, dann kommt man eben in Zorn und wird erregt, und dann

trinkt man eben hinein und weiß nicht wie.“ In den letzten Wochen trank er sehr stark, meist Champagner, vernachlässigte dabei natürlich wieder seine Arbeit und bat, als er einsah, daß er nicht mehr die Kraft hatte, sich zu beherrschen, wieder um Aufnahme in die Klinik.

Im Laufe dieser Erzählung fällt noch die eigentümlich humoristische Stimmung auf, in der unser Kranker seine Erlebnisse berichtet. So meint er, getrunken habe er schon seit seiner Geburt; das lerne der Mensch zuerst. Auch sucht er sein Trinken etwas zu beschönigen, obgleich er ja selbst deutlich die Unhaltbarkeit seiner Lage erkannt hat. Diese beiden Züge sind kennzeichnend für den Trinker. Sie beruhen auf der gemütlichen Wirkung des Alkohols, der uns dazu führt, auch ernste Dinge leicht zu nehmen, uns keine Sorgen zu machen und das Gefühl der eigenen Verantwortlichkeit über Bord zu werfen. Sie werden niemals einen Trinker finden, der, solange er noch unter der Nachwirkung des Giftes steht, sich selbst die Schuld an seinem Trinken beimißt. Immer sind die besonderen Verhältnisse, der Beruf, die Kameraden, namentlich aber die Frau, an dem Trinken schuld. Das Eingeständnis der eigenen Unselbständigkeit und Haltlosigkeit, das in diesen Ausreden liegt, ist in der Tat durch die Willensschwäche, die sich bei allen Trinkern entwickelt, nur zu gut begründet. Daß auch die Arbeitsfähigkeit bei unserem Kranken schwer geschädigt war, erklärt sich zum Teil schon aus der unmittelbaren Wirkung der einzelnen, in kurzen Zwischenzeiten genossenen Alkoholmengen. Indessen, es hat sich bei dem Kranken durch Versuche zeigen lassen, daß auch jetzt, 14 Tage nach völligem Aussetzen des Alkohols, noch eine sehr beträchtliche Störung der Auffassung besteht, sowie daß er beim einfachen Abschreiben ganz auffallend viele Fehler begeht und sehr leicht vergißt, Störungen, die uns in dem Bilde des chronischen Alkoholismus vollkommen geläufig sind.

Die Lebensgeschichte, die ich Ihnen hier vorgeführt habe, zeigt Ihnen den ganz gewöhnlichen Gang der Dinge in zahllosen Fällen von chronischem Alkoholismus, die Verführung in der Jugend durch unsere Trinksitten, das allmähliche Anwachsen der Neigung zum Trunk bei einem gutmütigen, etwas willensschwachen Menschen, das sittliche und wirtschaftliche Sinken, die guten Vorsätze, die immer wieder durch die Verführung über den Haufen geworfen

werden, die rasche Besserung des ganzen Zustandes bei völliger Enthaltbarkeit. Wir dürfen übrigens nicht daran zweifeln, daß bei einem Trinker namentlich die Willensschwäche, die durch das Gift erzeugt wurde, sehr lange fort dauert; jedenfalls ist die Gefahr gelegentlicher Rückfälle außerordentlich groß. Namentlich ist es der Genuß des Alkohols selbst, auch in kleinen Mengen, der sofort die Widerstandsfähigkeit gegen die Verführung schwächt. Wir wissen ja alle, daß sich niemand hinsetzt, um sich zu betrinken, sondern daß erst unter dem Einflusse der ersten Gläser die Selbstbeherrschung mehr und mehr verloren geht, gerade so wie es uns unser Kranker schildert.

Darum müssen wir alle Trinker zu völliger Enthaltbarkeit zu bringen suchen, wenn wir dauernde Erfolge haben wollen. Auch dann werden manche Enttäuschungen nicht ausbleiben. Immerhin gelingt es doch in der Hälfte bis zu $\frac{2}{3}$ der Fälle, in denen rechtzeitig eingeschritten wird, dauernde Genesung der Trinker zu erreichen. In allen irgendwie schwereren Fällen wird dabei eine Anstaltsbehandlung nicht zu umgehen sein, da der geschwächte Wille des Trinkers in den gewohnten Verhältnissen zu vielen Verführungen ausgesetzt ist, denen er aus eigener Kraft nicht zu widerstehen vermag. Leider verfügen wir heute erst über einige wenige Trinkerasyile, so daß die Trinker kaum anders, als in den Irrenanstalten behandelt werden können, ein Umstand, der natürlich das rechtzeitige Eingreifen, von dem alles abhängt, ungemein erschwert. Nur zu oft kommen die Trinker eben erst dann in die regelrechte Behandlung, wenn sie gemeingefährlich geworden sind und also schon die schwersten Formen des Alkoholismus aufweisen. In unserem Falle liegt die Aussicht insofern nicht ungünstig, als der Kranke ein deutliches Gefühl seiner Hilfsbedürftigkeit besitzt und beide Male aus freien Stücken unsere Klinik aufgesucht hat. Er dürfte nunmehr durch seinen Rückfall wohl auch selbst die klare Überzeugung gewonnen haben, daß nur die strenge Durchführung völliger Enthaltbarkeit ihn auf die Dauer retten kann. Wir dürfen daher hoffen, daß es gelingen wird, ihn nicht nur jetzt herzustellen, sondern auch für die Zukunft gesund zu erhalten*).

Weit ungünstiger ist die Sachlage bei einem 34 jährigen Eisen-

*) Der Kranke ist seit 9 Jahren gesund und völlig enthaltbar.

dreher, der uns vor wenigen Tagen aus dem Krankenhause zugeführt wurde. Dorthin war er gekommen, weil er einen Hausfriedensbruch dadurch verübte, daß er sich in die Wohnung seiner Schwiegermutter durch Zerschlagen einer Glastür gewaltsam Eingang verschaffte. Der Kranke ist vollkommen ruhig, besonnen, zeitlich und örtlich orientiert und gibt zusammenhängende Auskunft über seine Verhältnisse. Seine Schulkenntnisse sind sehr mäßige; während er in den ihn zunächst umgebenden Verhältnissen gut Bescheid weiß, vermag er über etwas allgemeinere Fragen aus dem Gebiete der Landeskunde, der Geschichte, Politik oder Religion nur äußerst dürftige Antworten zu geben. Über den letzten Vorfall erzählt er, daß er schon seit einiger Zeit den Verdacht gehabt habe, seine Frau sei ihm untreu. Genau könne er das zwar nicht sagen, da er den ganzen Tag nicht zu Hause sei, doch habe er vor einem Vierteljahre nach dem Beischlafe Brennen bemerkt, das ihm verdächtig vorgekommen sei. Allerdings habe ihn ein Arzt, den er befragte, darüber aufgeklärt, daß wohl die bei seiner Frau seit 4 Monaten bestehende Schwangerschaft daran schuld sei. Vor 14 Tagen, als er heimkam, habe er aber das Sofa in Unordnung gefunden und daraus geschlossen, daß sich die Frau in seiner Abwesenheit mit einem anderen Manne eingelassen habe. Daraufhin habe er ihr einen heftigen Auftritt gemacht. Als er am Abend heimkam, fand er seine Frau nicht zu Hause, sondern in der Wohnung ihrer Mutter. Da sie nicht mit ihm zurückkehren wollte, habe er stark angeläutet und dabei „aus Versehen“ die Scheiben der Glastüre eingedrückt.

Diese Erzählung muß uns von vornherein den Verdacht nahe legen, daß wir es hier mit einer wahnhaften Eifersucht zu tun haben. Natürlich ist bei einer solchen Annahme immer große Vorsicht geboten. Was aber hier sehr für eine krankhafte Entstehungsweise spricht, ist die Unbestimmtheit der Angaben und die überaus mangelhafte Begründung des Verdachtes. Da die von dem Kranken angeführten Beobachtungen augenscheinlich nicht das mindeste beweisen, ist seine Eifersucht eben nicht auf Grund der Erfahrung entstanden, sondern umgekehrt haben die an sich nichtssagenden Tatsachen ihre bestimmte Deutung erst durch die aus anderen, krankhaften Gründen entstandene Eifersucht erhalten. Der Wahn ehelicher Untreue hat an sich nichts Kennzeichnendes für eine be-

stimmte Krankheit; er kann bei ganz verschiedenen Geistesstörungen zur Entwicklung kommen. Am häufigsten ist er aber einmal in höherem Lebensalter, sodann beim Alkoholismus und Kokainismus. Da der letztere wegen seiner Seltenheit und Kostspieligkeit von vorn herein unwahrscheinlich ist, werden wir hier durch die Eifersuchtsideen sofort auf die Vermutung des Alkoholismus geführt. Der Kranke gibt indessen auf Befragen über diesen Punkt an, daß er fast nie betrunken gewesen sei; er trinke nur seinen „Satz“. Meist habe er etwa 3—4 Flaschen Bier am Tage getrunken, daneben wohl noch das eine oder andere Glas Bier, niemals Schnaps. Er habe so viel gearbeitet, daß er zu Hause gar nichts habe essen können.

Wir würden uns schwer täuschen, wenn wir auf Grund dieser Angaben ohne weiteres die Annahme des chronischen Alkoholismus bei unserem Kranken fallen lassen wollten. Schon die letzte Äußerung über das mangelhafte Essen ist recht verdächtig, da die bei weitem häufigste Ursache solcher Störungen der Alkoholmißbrauch zu sein pflegt. Zudem sind aber auch die von dem Kranken zugegebenen Alkoholmengen ansehnlich genug, wenn man bedenkt, daß trotz der allgemeinen Wertschätzung der Leistungsfähigkeit im Trinken doch überall die Neigung zu bestehen pflegt, den regelmäßigen Verbrauch möglichst gering hinzustellen. Sehen wir uns daraufhin den Kranken genauer an, so finden wir, daß er vorzeitig gealtert, fast ganz ergraut ist. Die gespreizten Finger zeigen ein deutliches, feinschlägiges Zittern; auch die vorgestreckte Zunge zittert ziemlich stark. Die Kniesehnenreflexe sind lebhaft; sonst lassen sich auffallendere körperliche Störungen nicht entdecken. Durch den Nachweis des Zitterns, welches genau demjenigen bei chronischem Alkoholismus entspricht, erhält indessen unser Verdacht neue Nahrung.

Wenden wir uns nun der Vorgeschichte zu, so erfahren wir, daß der Kranke von jeher viel getrunken hat und den größten Teil seines Arbeitsverdienstes für sich selbst verbrauchte. Unter dem Einflusse des Alkohols war er immer sehr erregt und zu geschlechtlichen Ausschweifungen geneigt. Seit einem halben Jahre äußerte er Eifersuchtsideen gegen seine Frau, bedrohte und schlug sie derart, daß sie sich vor den Leuten nicht sehen lassen konnte. Dabei gebrauchte er die gemeinsten Ausdrücke, auch in Gegenwart seiner Kinder. Als er wegen des letzten Auftrittes ins Krankenhaus abge-

holt wurde, schlief er fest und stand offenbar noch unter Alkoholkwirkung. Halten wir dem Kranken diese Angaben vor, so meint er, das sei alles stark übertrieben; es habe wohl hie und da einen kleinen Streit gegeben, wie das in jeder Ehe vorkomme, aber mißhandelt und bedroht habe er seine Frau niemals; nur einmal habe er sie etwas geschlagen, als sie ihm eine wichtige Nachricht nicht rechtzeitig mitgeteilt habe. Hinsichtlich der Untreue könne er sich wohl getäuscht haben; er werde seiner Frau auch kein Wort mehr darüber sagen. Das Trinken könne er recht gut lassen; er sehe schon ein, daß es ihm nicht gut tue.

Wie Sie sehen, hat unser Verdacht durch die weitere Prüfung des Falles volle Bestätigung gefunden. Uns begegnen bei dem Kranken alle die kennzeichnenden Züge der Trunksucht, der Verlust weiter reichender Interessen, die Selbstsucht, die ihn zu ganz unverhältnismäßigen persönlichen Ausgaben führt, die sittliche Verrohung, die sich in der Mißhandlung der Frau und den wüsten Auftritten in Gegenwart der eigenen Kinder zeigt, endlich die krankhafte Eifersucht, die sich bei Trinkern sehr häufig entwickelt, vielleicht auf Grund der unvermeidlichen innerlichen Entfremdung der Ehegatten. Namentlich dieses letztere Zeichen ist deswegen sehr bedenklich, weil die Eifersucht häufig genug zu gefährlichen Gewalttaten gegen die Frau führt; sie pflegt auch erst bei schwererer alkoholischer Schädigung des Seelenlebens aufzutreten.

Daß der Kranke seine Trunksucht schlankweg in Abrede stellt, darf Sie nicht wundernehmen; auch das ist eine ganz gewöhnliche Erscheinung bei Trinkern, ähnlich wie ja auch Betrunkene fast nie zugeben, berauscht zu sein. Ebenso wenig dürfen Sie Sich aber auf die schönen Versprechungen verlassen, die uns der Kranke gibt. Nach einiger Zeit der Ernüchterung können Sie solche Versprechungen von fast jedem Trinker hören. Aber auch dann, wenn sie ernst gemeint und nicht bloß ein Mittel sind, um möglichst baldige Entlassung zu erreichen, vermag doch der schwache Wille des Trinkers auch der kleinsten Versuchung gegenüber regelmäßig nicht standzuhalten. In allen irgendwie schwereren Fällen gelingt es den Kranken erst etwa nach Jahresfrist, in diesem Punkte wirklich fest zu bleiben. Leider haben wir zunächst kein Mittel, um die einsichtslosen Kranken auch gegen ihren Willen so lange festzuhalten, bis sich allmählich die Rückbildung der durch den Alkohol erzeugten

Störungen vollziehen kann *). Da die augenfälligen Zeichen der Krankheit sehr rasch schwinden, so müssen wir derartige Kranke viel zu früh wieder ihrem Schicksale überlassen, obgleich wir klar vor Augen sehen nicht nur, daß sie bestimmt wieder rückfällig werden, sondern, auch daß sie für ihre Umgebung, im vorliegenden Falle für die Frau, eine ernste Gefahr bedeuten. Viel Gutes vermögen hier die Enthaltensamkeitsvereine zu stiften, die solche Kranke sogleich in ihren Schutz nehmen und ihnen soviel Halt gewähren, daß so Mancher sich doch zur dauernden Enthaltensamkeit durchringt, der es aus eigener Kraft niemals vermöchte.

Ein ganz ähnliches Bild wie dieser Kranke bietet, wenigstens auf den ersten Blick, ein 44-jähriger Landwirt, der nun schon zum 15. Male Aufnahme in der Klinik gefunden hat. Er stammt angeblich aus gesunder Familie und war gut veranlagt, galt jedoch als leichtsinnig. Nachdem er als Soldat gedient hatte, heiratete er mit 24 Jahren und besitzt 2 gesunde Kinder. Seit seinem 20. Lebensjahre ist er dem Trunke ergeben und wegen der dabei betriebenen Verschwendung verbeistandet. Er trinkt indessen nur zeitweise, einige Tage oder Wochen, dann aber in ganz unsinnigen Mengen alles, was er nur bekommen kann, ohne eigentlich betrunken zu werden. Kommt dieser Drang, zu trinken, über ihn, so läßt er sich von niemandem halten, zwingt seine Frau durch ernste Drohungen, ihm Geld zu geben, rennt spornstreichs in die nächste Wirtschaft, unter Umständen mitten in der Nacht. Sein ganzes Gebahren ist dann erregt, reizbar; seine Augen glänzen; er spricht viel und laut, hält es nirgends lange aus, läuft aus einer Wirtschaft in die andere, fährt mit der Bahn oder im Fuhrwerk in benachbarten Orten herum, hält andere frei and gibt das Geld mit vollen Händen aus. Die Summen, die bei solcher Gelegenheit draufgehen, sind oft recht beträchtliche; einmal verbrauchte er in 2 Tagen 130 Mark, die er kurz zuvor auf der Sparkasse erhoben hatte.

Nach einiger Zeit hört dieses wilde Treiben auf. Der Kranke weiß dann meist nicht mehr genau, was er angestellt, insbesondere, wo er das Geld gelassen hat. Zugleich ist er sehr bekümmert über

*) Der Kranke mußte auf sein Drängen schon nach einer Woche wieder entlassen werden. Sein Zustand hat sich nach und nach so verschlechtert, daß seine Frau sich vor 4 Jahren von ihm trennen mußte. Er trank weiter und soll jetzt lungenleidend sein.

das Vorgefallene und hält sich nun ganz mäßig, trinkt oft lange Zeit hindurch keinen Tropfen geistiger Getränke mehr. Das Körpergewicht, das während des Trinkens stark gesunken war, steigt dann rasch wieder an. In den ersten Jahren traten solche Trinkanfälle etwa alle Vierteljahre auf; später wurden sie immer häufiger; schließlich kehrten sie sogar schon nach 8 Tagen wieder. In den letzten 7 Jahren, seit wir ihn kennen, hat sich das Leiden etwas gebessert; der Kranke hat mehrfach freie Zeiten gehabt, die sich über viele Monate erstreckten. Im ganzen ist jedoch der Verlauf ein ziemlich unregelmäßiger.

Sehen wir uns nun den groß und kräftig gebauten Kranken selbst an, so ist an ihm irgend eine auffallende körperliche Störung nicht nachzuweisen. Er ist besonnen, völlig klar über seine Lage, fühlt sich krank, verstimmt, klagt über Druck im Kopfe. Er hat im Gegensatze zu dem vorigen Kranken von vornherein den Wunsch, geheilt zu werden. „Ich muß trinken und will nicht trinken,“ sagt er. In seinen krankhaften Zuständen wird er nach seiner Schilderung mißmutig, starrt verdrießlich vor sich hin und fühlt eine innere Unruhe, die ihn mit Gewalt zum Trinken treibt. „Den ganzen Tag trinken, nur trinken, immer zu; man muß trinken, man mag wollen oder nicht;“ „es ist so ein Trieb von innen heraus.“ Das vergeht plötzlich wieder, „wie wenn es von mir fiel.“ „Wenns kommt, da muß ich ins Wirtshaus, und wenns vorüber ist, da hab' ich einen Ekel davor; man dürft' mir Geld geben; ich hab dann eben keinen Trieb.“ Aus diesen Äußerungen, die mit den Beobachtungen der Frau des Kranken gut übereinstimmen, geht klar hervor, daß wir es hier nicht mit einem gewöhnlichen Trinker zu tun haben. Vielmehr handelt es sich um jene Form der Trunksucht, die man als Dipsomanie zu bezeichnen pflegt, und die durch das periodische, triebartige Auftreten der Trinkneigung gekennzeichnet ist, während in den Zwischenzeiten wenig oder auch gar nichts getrunken zu werden pflegt.

Den Ausgangspunkt für jeden derartigen Anfall bildet, wie man leicht nachweisen kann, eine Verstimmung, ein Gefühl des Unbehagens und der inneren Unruhe, dessen Beseitigung die Kranken durch das Trinken erstreben. Unter dem Einflusse des Alkohols geraten sie dann aber in eine Erregung, die sie zu immer neuem Trinken treibt, bis der Anfall ziemlich plötzlich endet. Für das klinische Verständnis dieser sogenannten „Quartalsäufer“ sind zwei Tatsachen von größter Wichtigkeit. Einmal finden wir nämlich

diese Zustände recht häufig bei Kranken, die zweifellos an Epilepsie leiden; sodann aber zeigt sich, daß bei den Dipsomanen, auch in unserem Falle, wenn man ihnen jede Möglichkeit der Alkoholzufuhr abschneidet, die Anfälle in Form von einfachen, bald vorübergehenden Verstimmungen verlaufen, die vollkommen denen der Epileptiker gleichen.

Ich könnte Ihnen ferner aus unseren Beobachtungen der letzten Jahre jede nur denkbare klinische Übergangsform von den Dipsomanen zu den gewöhnlichen Epileptikern aufweisen. Auf der einen Seite stehen die Kranken, bei denen neben schweren Krampfanfällen periodische Verstimmungen von dipsomanischer Färbung auftreten; daran reihen sich Fälle, in denen sich die Epilepsie außer den dipsomanischen Anfällen nur durch einzelne Ohnmachten oder Dämmerzustände bemerkbar macht; endlich haben wir solche Beobachtungen zu verzeichnen, in denen, wie bei unserem Kranken, die Dipsomanie die einzige Krankheitserscheinung bildet. Alle die angeführten Tatsachen machen es, wie ich glaube, für die klinische Betrachtung unmöglich, in der Dipsomanie etwas anderes zu sehen, als eine der mannichfaltigen Gestaltungen der Epilepsie. Wenn auch das Trinken dabei zunächst im Vordergrund zu stehen scheint, so ist es doch nur eine Begleiterscheinung, aber nichts weniger, als die eigentliche Ursache des Anfalles. Es verschlimmert aber allerdings den Zustand sehr erheblich, ganz so, wie wir das früher bei anderen Formen der Epilepsie, bei den Dämmerzuständen und den krankhaften Rauschzuständen, gesehen haben.

Daraus geht hervor, daß die Dipsomanie von der gewöhnlichen Trunksucht trotz mancher Ähnlichkeiten grundsätzlich abzutrennen ist. In der Tat pflegt auch die alkoholische Schädigung des gesamten Menschen bei der Dipsomanie meist geringer zu sein, wohl wegen der kurzen Dauer der einzelnen, freilich oft sehr schweren Anfälle. Aus diesem Grunde bietet die Dipsomanie im allgemeinen auch günstigere Aussichten für die Beseitigung des Alkoholismus, als die gewöhnliche Trunksucht. Natürlich ist aber auch hier eine längere, sorgfältige Erziehung des Kranken zur völligen Enthaltbarkeit unerlässlich, wie wir sie in unserem Falle leider nicht haben erreichen können. Besitzen die Kranken so viel Willenskraft und Verständnis für ihr Leiden, daß sie die Vermeidung jeden Alkoholgenusses für ihr ganzes Leben durchführen, so verlaufen

nicht nur die Anfälle meist in Form leichter, verhältnismäßig harmloser Verstimmungen, sondern sie werden allmählich auch entschieden seltener. Während der Verstimmungen ist Bettruhe am meisten zu empfehlen, unter Umständen eine größere Bromgabe. Unser Kranker hat sich wiederholt über einen beginnenden Anfall dadurch hinweggeholfen, daß er täglich 1—2 gr Sulfonal oder Trional nahm und dann so lange schlief, bis nach 1—2 Tagen jede Neigung zum Trinken verschwunden war*).

XIX. Vorlesung.

Morphinismus; Kokainismus.

M. H.! Es wird gewiß keinen Arzt geben, der es nicht als obersten Grundsatz seiner Berufstätigkeit betrachtete, seinen Kranken nicht zu schaden. Dennoch muß ich Sie heute mit einer leider nicht kleinen Gruppe von psychischen Störungen bekannt machen, die fast ausschließlich ärztlichen Kunstfehlern ihre Entstehung verdanken. Sie sehen zunächst einen 44jährigen Landwirt vor sich, der vor 21 Jahren einen Schuß in die linke Hüfte erhalten hat, durch den das Becken gestreift und anscheinend auch der Ischiadicus etwas verletzt wurde. Im Anschlusse daran traten im Oberschenkel häufig reißende Schmerzen auf, die das Gehen sehr erschwerten und eine Reihe von Badekuren nötig machten. Nach 5 Jahren wurde die noch im Körper steckende Kugel herausgezogen, ohne daß die Schmerzen sich besserten.

Schon in der ersten Zeit waren dieselben mit Morphinum bekämpft worden, dessen Anwendung dann später dem Kranken selbst überlassen wurde. Da er bei seinen Einspritzungen natürlich nicht nach den Regeln der Asepsis verfuhr, so bildeten sich bei ihm zahlreiche Abscesse; er entschloß sich daher schon seit etwa 16 Jahren,

*) Der Kranke kommt alljährlich mehrmals für einige Zeit in die Klinik, bald vor dem Anfalle, bald während oder nach Ablauf desselben; er wurde in 11 Jahren 32mal aufgenommen.

die Morphiümlösung innerlich zu nehmen. Wie es immer geht, war ihm sehr bald das Mittel zum unentbehrlichen Lebensbedürfnisse geworden. Sobald er kein Morphiüm nahm, traten Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Unlust, Beklemmungsgeföhle auf, die ihn immer wieder zur Anwendung des Giftes drängten. Dabei genügten die anfänglichen Gaben nicht mehr, die auftretenden Beschwerden zu beseitigen, sondern der Kranke sah sich genötigt, immer größere Mengen des Mittels zu nehmen. Häufig versuchte er, wieder mit der Gabe herunterzugehen, doch scheiterte er dabei schließlich regelmäßig an den erwähnten, höchst peinlichen Beschwerden, die ihn verhinderten, die Gabe unter ein gewisses Maß herabzusetzen. Wie es scheint, kam er zeitweise etwa bis zu 0,06gr täglich herunter, nahm aber in der letzten Zeit wieder das Dreifache dieser Gabe, doch sind seine Angaben über diese Punkte, wie immer bei derartigen Kranken, wenig zuverlässig.

Augenblicklich bemerken Sie an dem Kranken, der diese seine Vorgeschichte in geordneter und zusammenhängender Weise erzählt, nichts Auffallendes. Er empfindet seine Abhängigkeit von dem Mittel sehr unangenehm und hat den lebhaften Wunsch, davon befreit zu werden, zumal das Morphiüm seine Schmerzen eigentlich gar nicht beeinflusst, sondern nur die Beschwerden beseitigt, die durch das Aussetzen des Mittels selbst entstehen. Der Kranke fühlt sich hinfälliger, als früher, schläft schlecht und hat wenig Appetit, ist auch in seiner Ernährung zurückgekommen. Sonst ist er kräftig gebaut. Die Pupillen sind eng, ein Zeichen der Morphiümvergiftung; die Hände zittern etwas. Beide Arme, Oberschenkel und Brust sind vollständig mit weißlich glänzenden, sehnigen Narben bedeckt, die von den Einstichen und Abscessen herröhren; die Beweglichkeit beider Ellbogengelenke ist durch Narbenzüge sehr erheblich beschränkt. Diese Narben sind ein unfehlbares Zeichen des Mißbrauches von Morphiüm oder ähnlichen Mitteln; sie fehlen nur in den seltenen Fällen, in denen von vornherein das Gift innerlich genommen wird. Von der alten Schußverletzung ist eine ganz kleine, verschiebliche Narbe am linken Beckenrande zurückgeblieben. Am linken Bein sind Bewegungsstörungen nach keiner Richtung hin nachzuweisen, doch klagt der Kranke über unangenehmes Kriebeln an der Sohle und an den Zehen, ferner über durchfahrende Schmerzen im linken Oberschenkel, aber auch über herumziehende Empfin-

dungen im übrigen Körper, die wohl nur auf den Morphinumhunger zurückzuführen sind. Das Gedächtnis und die Verstandesleistungen des Kranken zeigen keine Störung; auf gemütlichem Gebiete ist vielleicht eine gewisse Wehleidigkeit zu bemerken.

So wenig die Krankheitserscheinungen beim dauernden Morphinummißbrauche zunächst ins Auge fallen, so folgenswer ist das ganze Leiden doch für den Betroffenen. Wir wissen von der psychischen Wirkung des Morphiums aus Versuchen bisher nur soviel, daß es anscheinend den Gedankengang erleichtert, dagegen die Auslösung von Willensantrieben erschwert, also den Willen lähmt. Diese letztere Wirkung tritt im Bilde des chronischen Morphinismus auch klinisch in den Vordergrund. Die Kranken werden schlaff und verlieren ihre Tatkraft, ihre Ausdauer und Arbeitsfreudigkeit und werden dadurch in ihrer gesamten Lebens-tätigkeit auf das schwerste geschädigt. Dazu kommt der fortwährende Wechsel zwischen der geistig anregenden Wirkung der einzelnen Morphiumgabe und den sich nach wenigen Stunden einstellenden Entziehungserscheinungen, die in peinlicher innerer Unruhe, Angstgefühlen, ferner in Gähnen, Niesen, Durchfällen, Schweißen, Herzklopfen sowie mannigfachen quälenden Empfindungen bestehen und mit großer Gewalt zu neuer Einfuhr des Giftes drängen. Endlich bildet sich auch regelmäßig eine erhöhte Empfindlichkeit der Kranken gegen alle Schmerzen und gemütlichen Erschütterungen heraus, die sie schon bei verhältnismäßig sehr geringfügigem Anlasse zur Spritze greifen läßt. Auf diese Weise wird das Morphinum unfehlbar zum Mittelpunkte der gesamten Lebensinteressen, dem sich alle anderen Rücksichten unterordnen; es entwickelt sich eine vollkommen sklavische Abhängigkeit von dem Mittel, die ein Siechtum des Willens bedeutet. Dazu gesellen sich Schlaflosigkeit, Rückgang der Ernährung, Herabsetzung der körperlichen Widerstandsfähigkeit, Versiegen der geschlechtlichen Leistungen.

Leider ist es ungemein schwer, dieses verhängnisvolle Leiden wieder zu beseitigen. Zunächst haben wir natürlich das Morphinum zu entziehen, was sich ohne wesentliche Schwierigkeiten fast immer im Laufe von 2—3 Wochen durchführen läßt. Plötzliches Abbrechen der Morphinumzufuhr ist wegen der dabei vorkommenden Kollapse gefährlich. Da die Kranken meist ihre Gabe höher nennen, als sie

wirklich war, und zudem regelmäßig mehr nehmen, als zur Beseitigung ihrer Beschwerden nötig ist, kann man im Anfange der Kur ziemlich rasch heruntergehen. Wir haben unserem Kranken am ersten Tage noch 0,16, am zweiten Tage nur noch 0,12 gr gegeben und sind jetzt, nach 14 Tagen, auf 0,04 gr angekommen. Die Beschwerden des Kranken sind dabei sehr geringe gewesen, etwas Unruhe, schlechter Schlaf, in den letzten Tagen ein wenig Gähnen und Niesen sowie leichter Durchfall. Der Appetit ist ziemlich gut geblieben. In 3—4 Tagen denken wir mit dem Mittel auszusetzen, indem wir die letzte Gabe auf den Abend versparen, um die unangenehmen Erscheinungen möglichst am Tage sich abspielen zu lassen. Dabei hat der Kranke streng das Bett zu hüten, wird möglichst gut genährt, namentlich mit Milch, und erhält täglich ein verlängertes warmes Bad. Irgend erhebliche Störungen sind freilich nicht mehr zu erwarten.

Mit der Entziehung selbst ist indessen erst ein kleiner Teil der Arbeit getan. Weit wichtiger ist die Verhütung der überaus häufigen Rückfälle. In noch höherem Grade, als beim Alkoholismus, bleibt nämlich nach dem Morphinmißbrauche eine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit zurück, die den Kranken bei Überanstrengungen, Unannehmlichkeiten und Schmerzen sofort wieder seine Zuflucht bei der Spritze suchen läßt. Diese Störung verliert sich nur ganz langsam, meist wohl erst nach Jahr und Tag, während die Morphinisten sich in der Regel als geheilt betrachten, sobald sie einige Tage lang kein Morphin mehr genommen haben. Bevor nicht diese verhängnisvolle Selbsttäuschung gründlich beseitigt ist und die Morphinisten nicht mindestens ebenso lange unter sorgfältiger Aufsicht und Behandlung gestellt werden, wie das jetzt für die Alkoholisten als unerläßlich erkannt worden ist, wird sich die ungemein trübe Prognose des Morphinismus schwerlich bessern. Es ist eine durch nichts zu rechtfertigende Gewissenlosigkeit, wenn sich tagtäglich Ärzte in Zeitungen und Flugschriften anheischig machen, Morphinisten „ohne Zwang und Qual in 30 Tagen sicher zu heilen“. Die Entziehung des Morphiums in dieser Zeit ohne erhebliche Beschwerden durchzuführen, ist freilich keine besondere Kunst. Wer aber die Morphinisten dann als geheilt bezeichnet, belügt entweder sich selbst oder seine Kranken. Die unglücklichen Opfer derartiger Reklamen wandern

dann aus einer Anstalt in die andere, nachdem sie das Vertrauen zu sich selbst und zu ihren Ärzten gründlich verloren haben.

Wie sich die Zukunft unseres Kranken gestalten wird, läßt sich nicht mit Sicherheit sagen. Er kann und will in seinen Verhältnissen nur 7—8 Wochen auf seine Kur verwenden, obgleich wir ihm die große Gefahr eines Rückfalles klar gemacht haben. Immerhin ist es nicht ganz ausgeschlossen, daß er frei bleibt, da er nur verhältnismäßig kleine Gaben genommen hat und ein einsichtiger Mann ist, dessen Willenskraft nicht allzuschwer geschädigt zu sein scheint; endlich sind auch die Schmerzen, die den Anlaß zum Gebrauche des Mittels gegeben haben, ziemlich geringfügig*).

Weit ernster liegen die Dinge bei der 44jährigen Gerbersfrau, die Ihnen als Beispiel für die schwereren Gestaltungen des Morphinismus dienen mag. Die Kranke ist besonnen, klar über ihre Lage, aber sehr gereizter Stimmung. Bei der Besprechung ihres Morphiummißbrauches bricht sie in heftiges Schimpfen darüber aus, daß man ihr das Mittel entziehe, erklärt trotzig, sie werde doch sofort wieder anfangen, zu spritzen, droht, sich bei erster Gelegenheit den Hals zuzuschnüren; das gehe sehr leicht. Körperlich ist die Kranke klein, in dürftigem Ernährungszustande. Die Zähne sind schlecht; die Zunge ist leicht belegt, zittert, ebenso die gespreizten Finger. Am rechten Auge besteht ein von einer Iridektomie herrührendes Kolobom. An beiden Armen und Hüften finden sich zahlreiche, glänzende Narben.

Unsere Kranke war schon vor 4 Jahren einmal bei uns. Ihr Vater war Trinker; ihre Großmutter mütterlicherseits war gelähmt. Sie selbst heiratete vor 13 Jahren und hat 2 gesunde Kinder. Der Beginn ihres Leidens liegt 17 Jahre zurück. Sie mußte sich damals wegen akuten Glaukoms einer Operation unterziehen und erhielt dabei vom Arzte Morphium; dann gab es ihr die Krankenschwester, die selbst Morphinistin war, weiter, so daß sie sich daran gewöhnte. Später ließ sie sich das Mittel zunächst vom Arzte verschreiben, erhielt es dann aber auch ohne Rezept aus der Apotheke. Das Geld dazu wußte sie sich dadurch zu verschaffen, daß sie heimlich Leder verkaufte oder mit Nachschlüsseln den Schrank ihres Mannes

*) Der Kranke ist 10 Jahre nach seiner Entlassung gestorben und angeblich frei von Morphium geblieben.

öffnete. Schließlich nahm dieser selbst die Abgabe des Mittels in die Hand. Da er aber der Kranken nie genug gab, so wußte sie ihn auf alle mögliche Weise zu hintergehen, entnahm heimlich aus den Flaschen Morphium, goß Wasser nach und stieß sie dann um. Im Laufe der letzten 10 Jahre soll sie für mehrere 1000 Mark Morphium verbraucht haben, so daß die wirtschaftlichen Verhältnisse der Familie sehr darunter litten. Ihr Zustand verschlechterte sich dabei immer mehr; alles drehte sich für sie um das Morphium. Die Kranke wurde unstet, haltlos, ängstlich, konnte ohne Einspritzung nicht mehr arbeiten; sie aß und schlief sehr schlecht, kam in ihrer Ernährung zurück, sah blaß und verfallen aus. Die Menses schwanden fast ganz.

In den letzten Jahren fing die Kranke an, zu trinken. Alle Versuche, ihr das Morphium zu entziehen, schlugen fehl, so daß man sich endlich entschloß, sie in die Klinik zu bringen. Sie soll damals 1—2 gr Morphium täglich verbraucht haben. Dennoch ging die Entziehung, die in 5 Tagen durchgeführt wurde, ohne besondere Schwierigkeit vonstatten; jene Angabe war somit zweifellos viel zu hoch gegriffen. Es trat nur leichte Unruhe, Beklemmungsgefühl und etwas Durchfall auf. Dagegen war die Kranke während der Entziehung und auch noch einige Tage nachher sehr gereizt, einsichtslos, versicherte, sie werde sich sofort wieder Morphium verschaffen, obgleich sie auf eigenen Wunsch die Kur begonnen hatte. Erst späterhin, mit Hebung des anfangs noch gesunkenen Körpergewichtes, wurde sie verständiger und zuversichtlicher, meinte, sie werde nie mehr rückfällig werden. Trotz aller Warnungen ließ sie sich daher auch nicht halten, sondern verließ mit Zustimmung ihres Mannes nach kaum 2 Monaten die Klinik.

Der von uns unter diesen Umständen mit Bestimmtheit erwartete Rückfall erfolgte nach Aussage der Kranken schon in den ersten Tagen, doch merkte ihr Mann erst nach Jahresfrist davon. Sehr bald entwickelte sich wieder der alte Zustand. Wenn die Kranke kein Morphium hatte, legte sie sich zu Bett, hatte Herzklopfen und fühlte sich so elend, daß sie alles daran setzte, sich immer wieder auf allerlei Schleichwegen das Mittel zu verschaffen. „Ich würde gestohlen haben,“ sagt sie selbst; „ein Morphinist hat kein Schamgefühl.“ Die Tagesgabe soll etwa 1 gr betragen haben. Wir verabreichten ihr daraufhin zunächst etwas über $\frac{1}{3}$ dieser

Gabe, um dann ziemlich schnell herunterzugehen. Schon in der ersten Nacht traten große Unruhe, Schmerzen in den Gliedern, Schweiß, Beklemmungen auf; die Kranke klagte: „Von meinen Qualen machen Sie sich gar keinen Begriff.“ Gegen die Ärzte war sie gereizt, meinte, ihr könne niemand helfen, „und wenn ein Engel vom Himmel herabkäme“.

Am 17. Tage, als sie nur noch 0,04 gr Morphinum erhielt, fing sie an, auf dem Leintuche Ameisen zu sehen und ihren Mann zu hören, der ihr Vorwürfe machte, nachdem sie schon 2 Tage vorher ohne Anlaß eine Fensterscheibe zertrümmert hatte. Sie war sehr benommen, sprach zusammenhanglos vor sich hin, sah in der heimlichen Gerberei die Farbhähne offen stehen und die Farbe auslaufen, wischte Läuse und anderes Ungeziefer von ihrem Bette. Zeitweise war sie ganz klar, fürchtete, sie werde verrückt; ihr sei, als habe sie ein dickes Brett vor dem Kopfe. Zugleich trat ein grobes Zittern der Hände hervor. Vielfach wußte sie nicht, wo sie sich befand, redete den Arzt mit Du an, war schreckhaft, bald ängstlich, bald mehr humoristischer Stimmung. Bei Druck auf die Augen sah sie Wasser; sonst waren keine Gesichtstäuschungen auszulösen. Dagegen erbat sie sich einen Bettschirm, um einen großen Mann nicht sehen zu müssen, der ihr ein Schild mit den Worten hinhielt: „Man darf nicht spritzen.“ Dieser in seiner Stärke vielfach wechselnde deliriose Zustand dauerte etwa eine Woche; die tägliche Morphinumgabe wurde in dieser Zeit nur um 0,01 gr verringert. Seit 3 Tagen ist die Kranke, wie Sie sehen, wieder klar, aber noch einsehlos und gereizt. In 2—3 Tagen denken wir die Entziehung zu beenden.

Die Prognose dieses Falles wird gegenüber dem vorigen sehr wesentlich verschlechtert durch die viel größeren Mengen des Giftes, die lange Zeit hindurch genommen wurden, sodann aber durch die Haltlosigkeit und Willensschwäche der Kranken, die zum Teil durch den Morphinummißbrauch erzeugt worden ist, zum Teil aber auch wohl schon vorher bestand. Der Wunsch, von der Sklaverei des Giftes befreit zu werden, trat bei den ersten Entziehungserscheinungen sofort in den Hintergrund; zudem hat bei ihr die Sehnsucht nach dem Mittel schon zu sittlich sehr bedenklichen Handlungen geführt, wie sie leider bei Morphinisten nicht selten sind, sobald der Morphinumhunger über sie kommt. Gerade dieser

Verlust des sittlichen Haltes in allen Fragen, bei denen ihr Leiden in Betracht kommt, zeigt deutlich genug die tiefgreifende Wirkung des Morphiums trotz der geringen Schädigung des Gedächtnisses und der Verstandesleistungen*).

Eine besondere Erschwerung hat die Entziehung bei unserer Kranken durch das Auftreten des eigentümlichen deliriösen Zustandes erfahren. Solche und ähnliche Störungen sind bei Morphisten nicht ganz selten, aber wohl kaum auf die Wirkung des Giftes selbst zurückzuführen. In unserem Falle deutete das Krankheitsbild mit größter Wahrscheinlichkeit auf einen alkoholischen Ursprung hin, und die Kranke hat uns auch zugegeben, daß sie zur Linderung ihrer Beschwerden häufiger zum Alkohol gegriffen habe. Vielfach wird der Alkohol vom Arzte selbst zur Erleichterung der Entziehung herbeigezogen, regelmäßig mit dem Erfolge, daß die Kranken nun beide Mittel nebeneinander brauchen. Nicht weniger beliebt ist das Kokain, das man eine Zeitlang als das wahre Heilmittel des Morphinismus gepriesen hat, bis man erkannte, daß es noch weit schlimmer ist, als das Morphium. Auch unsere Kranke hat vor 7 Jahren einige Wochen hindurch vom Arzte Kokain bekommen. Schon nach 8—14 Tagen traten Angstgefühle und Unruhe auf. Sie hörte, daß man über sie sprach, daß ihr Mann sie schimpfte, glaubte auf einem hohen Turme zu stehen, von dem sie ein Engel herunterwerfen wollte. Erst nach dem Aussetzen des Kokains verschwanden diese Täuschungen wieder.

Ähnliche Erfahrungen hat ein 26jähriger Zahntechniker gemacht, der aus einer bekannten Morphiumentziehungsanstalt zu uns kam. Er war bereits seit einigen Jahren Morphinst und trat vor 8 Monaten in jene Anstalt ein. Dort ging es ihm in den ersten 2 Monaten ganz gut, bis er auf eine Tagesgabe von 0,02 gr heruntergekommen war. Als dann die ersten Entziehungserscheinungen auftraten, verbrauchte er zunächst ein Gramm Morphium, das er sich, wie die meisten Morphisten, für alle Fälle zurückbehalten hatte. Es gelang ihm, den Assistenzarzt zu täuschen, „denn er hatte noch nicht die nötige Übung, einen Morphinsten zu durchblicken“. „Die meisten Patienten mogelten, und ich wußte es genau, doch

*) Nach Mitteilung ihres Mannes soll die Kranke jetzt, 6 Jahre nach ihrer Entlassung, kein Morphium mehr nehmen.

verstellten sie sich bloß vor dem Arzte.“ Später trat eine Rippenfellentzündung auf, während derer angeblich die Gabe wieder bis auf 1 gr täglich gesteigert wurde. Noch später verschaffte ein Leidensgefährte, der zur Erleichterung seiner Entziehungerscheinungen nebenher spritzte, dem Kranken ebenfalls wiederholt Morphium, um sich seine Verschwiegenheit zu sichern, so daß die Kur durchaus keine weiteren Fortschritte machte.

Er wurde nun vom Anstaltsleiter fortgeschickt, der ihm angeblich erklärte, daß die Entziehung vor der Hand undurchführbar sei. Über die letzte Zeit, in der er vom Arzte kein Morphium mehr erhielt, half sich der Kranke dadurch hinweg, daß er in der Apotheke „Opiumkognak“ trank und sich außerdem je eine Flasche mit Morphium- und Kokainlösung dort kaufte, von der er einen Teil verbrauchte, den Rest aber für die Reise aufbewahrte. Kokain war von seinem Arzte dem Morphium zugesetzt worden, um die Einspritzungen schmerzloser zu machen. Bei der Abreise bemerkte der Kranke zu seinem Schrecken, daß er sein Morphium in der Anstalt vergessen hatte. Er ergänzte seinen Vorrat zunächst in der Apotheke, erhielt aber dort nur 0,13 gr, „weil man Verdacht geschöpft hatte, daß er Morphinist sei“. Unter diesen Umständen kehrte er nochmals heimlich in die Anstalt zurück und erhielt dort vom Oberwärter noch eine gleich große Gabe. Nachdem er sich für die Reise durch einige kräftige Einspritzungen vorbereitet hatte, wurde er unterwegs sehr schläfrig und fiel schließlich einem Gauner in die Hände, der ihn seiner ganzen Barschaft und seiner Uhr beraubte. Als er sich deswegen an die Polizei wandte, machte er den Eindruck eines Kranken, wurde ins Krankenhaus geschafft und geriet dort in einen Zustand deliriöser Verwirrtheit und Erregung, der eine Woche später zu seiner Überführung in unsere Klinik Anlaß gab.

Bei der Aufnahme war der Kranke unklar über seine Umgebung und seine Lage, faßte schwer und unvollkommen auf, zeigte aber einen lebhaften Rededrang, erzählte von seinen letzten Erlebnissen, immerfort abspringend und den Faden verlierend. Dabei bestanden zahlreiche Sinnestäuschungen, über die er uns später genauere Auskunft gegeben hat. Im Krankenhause sah er Katzen, Mäuse, Ratten, die in der Zelle herumsprangen und an seinen Beinen knabberten, so daß er schreiend hin und her hüpfte; er

fühlte ihre Zähne. Es war Spiritismus; sie waren durch Hypnotismus durch die Wände gekommen. Die Bettdecken verwandelten sich in zwei Menschen, von denen der eine seziert war. In der Wand war ein Loch; darin saß ein uralter, weißer Greis, der eine Vorstellung gab. Eine seiner Tanten sah der Kranke mit den Wärtern geschlechtlich verkehren; sie zwang auch seine 11jährige Schwester dazu. Er hörte das Kind schreien und die Tante ihr zureden, rief ihr dann zu, sie solle doch wenigstens nicht so starke Männer auswählen. Noch ein anderes Kind von 6—7 Jahren wurde ebenso behandelt; die Tante suchte die Männer auf der Straße und führte sie zu dem Bette, in dem die Mädchen lagen. Auch ein Mord wurde begangen; das Militär schoß und die Feuerwehr spritzte dazwischen, so daß das Wasser in der Zelle fußhoch stand. Bei uns sah der Kranke Fische im Badewasser, hörte Schießen, Stimmen draußen auf dem Gange. Körperlich war außer Druckempfindlichkeit der großen Nervenstämme, Zittern der Zunge, mehreren frischen Abscessen und den Zeichen eines akuten Magenkatarrhs keine auffallendere Störung nachzuweisen. Die Pupillen waren weit, obgleich der Kranke in den letzten Tagen regelmäßig 3—4 Zentigramm Morphinum erhalten hatte.

Der lebhaft erregte, weitschweifig schwatzende Kranke wurde sofort ins Bad gebracht, erhielt nach Ausspülung des Magens durch die Sonde reichlich flüssige Nahrung, kleine Gaben Morphinum und etwas Koffein. Im Laufe der nächsten Tage besserte sich sein Zustand rasch. Er fing an, von selbst Nahrung zu sich zu nehmen; die Täuschungen verschwanden, und die früheren wurden berichtigt. Am 5. Tage erhielt er die letzte Morphinumgabe. Die Entziehungserrscheinungen, Schwitzen, Gähnen, Niesen, waren mäßig stark, doch blieb der Kranke noch etwas unklar und schwerfällig in seinem Denken. Die Stimmung war ängstlich, zeitweise gereizt und drohend. In seinen massenhaften Schriftstücken traten außer großer Weitschweifigkeit und Zusammenhanglosigkeit Auslassungen, Wiederholungen und Verwechslungen von Buchstaben und Wörtern, endlich auch Unsicherheit und Fahrigkeit der einzelnen Schriftzüge hervor. Alle diese Störungen schwanden indessen bald. Das Körpergewicht stieg um 6,5 Kilogramm; der Schlaf kehrte wieder, so daß Sie den Kranken heute, nach 6 wöchigem Aufenthalte in der Klinik, in recht gutem Zustande vor sich sehen. Außer den

Spritznarben erinnert im Augenblicke nichts mehr an die überstandene Krankheit. Er hat gute Einsicht in sein Leiden, ist voller Zuversicht für die Zukunft, schwört, nie wieder zur Spritze greifen zu wollen, und bittet um seine Entlassung, die auch von seiner Mutter dringend verlangt wird. Nach dem, was ich Ihnen früher gesagt habe, werden Sie begreifen, daß wir diesem Verlangen nur mit schwerem Herzen und nur darum nachgeben, weil wir kein Recht haben, ihm zu widerstehen. In Wirklichkeit ist die Zeit der Behandlung viel zu kurz, um eine dauernde Genesung mit einiger Sicherheit zu gewährleisten*).

Sehr bemerkenswert ist in diesem Falle der etwa zehn Tage dauernde deliriöse Zustand, der lebhaft an die Alkoholdelirien erinnerte. Es ist ja auch möglich, daß der Alkohol in Form von einfachem und „Opiumkognak“, wie er zur Erleichterung der Entziehung herangezogen wurde, dabei eine gewisse Rolle gespielt hat. Einige Züge des Deliriums weisen jedoch mehr auf eine Beteiligung des Kokains hin. Dahin rechne ich den schleppenden Verlauf der Störung, die Gefühlstäuschungen des Benagtwerdens, sodann die geschlechtlichen Abenteuer, namentlich aber die Redseligkeit, den Schreibedrang und die Weitschweifigkeit des Kranken, die wir in dieser Weise nicht im Delirium tremens, dagegen regelmäßig in der Kokainvergiftung zu finden pflegen. Allerdings läßt sich der Anteil, den die beiden, hier nebeneinander wirkenden Gifte an der Entstehung des Deliriums haben, nicht mit Sicherheit auseinanderhalten. Nur soviel können wir sagen, daß jener Zustand nicht durch das Morphinum erzeugt wurde.

Was uns alle diese Fälle lehren, ist die schwere Schuld, die der ärztliche Stand an der Entstehung des Morphinismus trägt. Freilich ist auch er selbst bei weitem am meisten unter den Morphinisten vertreten. Andererseits sind es gerade die morphinistischen Ärzte, die am leichtsinnigsten mit dem Gifte umgehen, obgleich ihnen am klarsten sein sollte, daß es das Lebensglück fast sicher zerstört. Endlich aber mögen Sie ersehen, daß es jedem Morphinisten ein Leichtes ist, sich überall das ersehnte Mittel zu verschaffen; unsere Gesetzgebung ist bisher diesem Unheil gegen-

*) Es ist mir leider unmöglich gewesen, Nachrichten über die weiteren Schicksale des Kranken zu erhalten.

über ohnmächtig geblieben. Die einzig wirksame Vorbeugung des Morphinismus besteht daher darin, daß jeder Arzt sich der ernststen Verantwortung klar bewußt wird, die er durch die dauernde Anwendung des Morphiums auf sich nimmt.

XX. Vorlesung.

Endzustände der Paralyse.

M. H.! Der zuverlässigste Wegweiser für die klinische Deutung der mannigfaltigen Krankheitszustände, mit denen wir es zu tun haben, ist, wie ich glaube, der Ausgang derselben. Wir haben genugsam gesehen, wie in demselben Krankheitsverlaufe die verschiedenartigsten Bilder miteinander wechseln können, so daß es auf den ersten Blick unmöglich erscheint, ihre innere Zusammengehörigkeit zu erkennen. Wenn aber einmal die mehr vorübergehenden Begleiterscheinungen abgelaufen sind, treten wenigstens bei den ungeheilten Fällen immer klarer und reiner die wesentlichen Störungen im Krankheitsbilde hervor. Haben wir sie hier richtig aufgefaßt, so sind wir imstande, die dauernden, grundlegenden Züge auch in solchen Zuständen schon zu erkennen, in denen sie zunächst durch weit auffallendere, aber vorübergehende Störungen teilweise verdeckt erscheinen. Aus den Ausgängen der Krankheiten vermögen wir uns daher am besten ein Urteil darüber zu bilden, welche Krankheitszeichen klinisch bedeutsam sind, welche nicht. Aber auch wenn wir diesen Gesichtspunkt der klinischen Gruppierung ganz außer acht lassen wollen, muß für den Arzt schon die rein erfahrungsmäßige Feststellung der Krankheitsausgänge von der größten Wichtigkeit sein, da nur sie ihm die Möglichkeit an die Hand gibt, das Kommende vorauszusagen, eine Aufgabe, die in der Irrenheilkunde aus praktischen Gründen fast noch größere Bedeutung hat, als sonst in der Medizin, zumal der Arzt bei der Machtlosigkeit unserer Behandlungsmittel in ihrer Lösung vielfach seine einzige Befriedigung suchen muß.

Diejenige Krankheit, die durch ihren gesetzmäßigen Ausgang trotz ihrer Vielgestaltigkeit zuerst als Einheit erkannt werden konnte, ist die Paralyse. Der Größen- und Kleinheitswahn, die Erregungen und Verstimmungen, die Delirien und Sinnestäuschungen — alles geht bei dieser Erkrankung schließlich auf in dem Bilde eines eigenartigen, hochgradigen Schwachsinnns mit Lähmung. Das Ende ist, soweit nicht besondere Ereignisse es vorzeitig herbeiführen, überall dasselbe. Daß aber in der Tat jene genannten, zunächst weit mehr ins Auge fallenden Störungen nicht die wesentlichen, sondern mehr nebensächliche Begleiterscheinungen des Krankheitsvorganges darstellen, lehren uns die zahlreichen Fälle, in denen von vornherein die einfache paralytische Verblödung ganz oder fast rein das Krankheitsbild beherrscht.

Wenn Sie den 41jährigen Maschinenführer ansehen, den ich Ihnen hier zeige, so werden Sie sehr bald erkennen, daß der Kranke hochgradig blödsinnig ist. Er gibt zwar auf Befragen langsam und schwerfällig Antwort, weiß aber nicht genau, wo er sich befindet, meint, er sei „in einem Badhause, wo Nervenranke sind“. Monat und Jahr vermag er nicht zu nennen, gibt sein Alter falsch an, weiß nicht, wann er geheiratet hat, wie lange er schon hier ist, kennt die Namen der Ärzte nicht. Sein Wissen erweist sich als äußerst dürftig. Obgleich er ein eifriger Zeitungsleser war, meint er, Württemberg sei eine Republik; „der Kronprinz wird Präsident sein, Georg oder wie er heißt“. Die Schlacht bei Sedan war am 10. oder 12. September; andere Schlachten 1870 waren bei Königgrätz, Belfort, Saarlouis. Beim Rechnen begeht der Kranke viele grobe Fehler, meint aber am Schlusse befriedigt, er sei ein guter Kopfrechner. Mit seinem Aufenthalte hier ist er ganz einverstanden; es gefällt ihm gut, obgleich er sich nicht für geisteskrank hält. Indessen habe er in einer Papierfabrik, wo er tätig war, viele Stunden lang in großer Hitze zubringen müssen und sei dadurch nervös geworden. Die Stimmung ist gleichmütig; der Kranke macht sich über seine Lage keinerlei Gedanken und läßt sich ohne weiteres nach Belieben lenken.

Schon bei dieser kurzen Unterredung tritt neben der Urteilschwäche und Stumpfheit des Kranken die tiefgreifende Störung des Gedächtnisses und der Orientierung so stark hervor, daß wir dadurch sofort zu der Vermutung einer progressiven Paralyse

geführt werden. Die körperliche Untersuchung ergibt zunächst schlaffe, ausdruckslose Gesichtszüge mit ungleicher Ausprägung der Nasenlippenfalten. Die Zunge zittert stark beim Vorstrecken; dabei treten Mitbewegungen im ganzen Gesichte und in den Halsmuskeln auf. Die rechte Pupille ist weiter, als die linke; beide sind lichtstarr. Die Hände zittern; die grobe Kraft ist gering; die Bewegungen sind plump und ungeschickt. Die Sehnenreflexe sind lebhaft; Fußklonus ist angedeutet. Beim Stehen mit geschlossenen Augen tritt leichtes Schwanken ein. Einen derben Nadelstich, den ich dem Kranken in der Unterhaltung beibringe, bemerkt er gar nicht, ist ganz verwundert, als er auf die tief in der Hand steckende Nadel aufmerksam gemacht wird. Der Gang ist etwas schwerfällig, die Schrift unsicher. Auch die Sprache ist erheblich gestört; beim Nachsprechen der Probewörter stellt sich deutliches Silbenstolpern ein. Außerdem aber vermag der Kranke beim Vorzeigen von Gegenständen vielfach die richtige Bezeichnung nicht zu finden, obgleich er die Dinge selbst ganz gut erkennt und sofort zustimmt, wenn man ihm die Namen sagt; es bestehen also Andeutungen von Aphasie.

Wie Sie sehen, wird durch diesen Befund unsere Annahme in vollem Umfange bestätigt. Das vorliegende Gesamtbild enthält alle wesentlichen Züge der Paralyse und zwar ohne die Wahnbildungen und Stimmungsänderungen, die wir in früheren Fällen dieser Krankheit beobachten konnten. Es wäre allerdings möglich, daß dem jetzigen Zustande etwa eine reichere Entwicklung der Krankheitszeichen vorausgegangen wäre. Das trifft jedoch hier nicht zu. Der Kranke, der unehelich geboren ist und zwei entfernte Verwandte hat, die geisteskrank waren, ist bis vor $\frac{3}{4}$ Jahren ganz gesund und ein nüchterner, fleißiger Arbeiter gewesen. Er ist verheiratet und hat ein Kind besessen. Die Krankheit soll nach einem Brande zuerst bemerkt worden sein, doch hat der Kranke schon vor 4 Jahren vorübergehend an Doppeltsehen gelitten, damals auch zeitweilig den Harn nicht halten können. Nach jenem Schreck stellten sich Kopfschmerzen ein, Schlaflosigkeit, Mangel an Eßlust, Stuhlverstopfung, Gedächtnisschwäche und Verstimmung. Zeitweise besserten sich die Erscheinungen; in den Zwischenzeiten arbeitete der Kranke, aber hastig und mit einer gewissen Erregung. Als er schließlich vor 4 Wochen bei uns aufgenommen wurde, traten

mehrmals leichte Anfälle von Schwäche und Benommenheit auf, in denen er schwindlig wurde, sich rasch setzen mußte und stärkere Zeichen von Aphasie darbot. Nach einigen Stunden pflegte er sich wieder zu erholen. Lues wird von dem Kranken geleugnet, Tripper zugegeben. Gerade das frühere Doppelsehen macht aber wohl eine luetische Grundlage der Krankheit auch hier sehr wahrscheinlich.

Diese Vorgeschichte bereichert unser Bild noch durch das Hinzutreten leichter, aber unverkennbarer paralytischer Anfälle. Derartige Anfälle mit vorübergehenden aphasischen Störungen bilden ungemein häufig eines der ersten Zeichen der beginnenden Paralyse. In psychischer Beziehung aber hat der Kranke von Anfang an einfach das Bild einer allmählich fortschreitenden Verblödung dargeboten, wenn man etwa von der gemüthlichen Verstimmung absieht, wie sie fast regelmäßig die Einleitung des Leidens bildet. Diese Verlaufsart der Paralyse, die man als die demente Form zu bezeichnen pflegt, ist nach meinen Erfahrungen bei weitem die häufigste, wenn sie auch wegen der Unscheinbarkeit der psychischen Krankheitszeichen mehr dem Nervenarzte, als dem Irrenarzte vorzukommen pflegt.

Die Fälle, die dieser Gruppe angehören, sind übrigens keineswegs gleichartig. Der größere Teil derselben muß entschieden zu den schwereren Verlaufsarten der Paralyse gerechnet werden. Die höchsten Grade der Verblödung und auch das Ende der Krankheit werden hier nicht selten in überraschend kurzer Zeit, selbst innerhalb weniger Monate erreicht, so daß man bisweilen anzunehmen geneigt ist, die Krankheit müsse schon viel länger bestanden haben, ohne erkannt zu werden. Ich habe mich jedoch oft genug von der Irrthümlichkeit dieser Meinung überzeugen können. Auch der weitere Verlauf, in dem paralytische Anfälle häufig zu sein, Remissionen zu fehlen pflegen, kann ein recht schneller sein, so daß in fast $\frac{1}{5}$ der Fälle der Tod schon innerhalb des ersten Krankheitsjahres eintritt. Andererseits gibt es aber auch eine kleine Zahl wesentlich unter dem Bilde einfacher Verblödung verlaufender Fälle, die einen sehr langsamen Verlauf und eine ungemein lange Dauer aufzuweisen haben. Über die Ursachen dieser Verschiedenheiten wissen wir leider gar nichts. In unserem Falle gehen die ersten Spuren der Krankheit ziemlich lange zurück; wenigstens werden wir wohl das

Doppeltsehen und die Blasenstörungen vor 4 Jahren schon mit dem später deutlicher hervortretenden Leiden in Beziehung bringen dürfen, da derartige Zeichen der Paralyse vielfach voraufgehen. Vielleicht ist es wegen der Langsamkeit, mit der den ersten Vorboten schwerere Störungen gefolgt sind, gerechtfertigt, bei unserem Kranken eine längere Dauer des Leidens zu erwarten *).

Daß ein Zustand einfacher Verblödung auch den Abschluß ganz andersartiger paralytischer Krankheitserscheinungen bilden kann, möge Ihnen das Beispiel einer 52jährigen Kaufmannsfrau zeigen, die sich seit 6 Jahren in der Klinik befindet. Die Kranke tritt mit schwerfälligen, schlürfenden Schritten in gebückter Haltung ein. Auf Fragen bringt sie kaum verständliche Antworten vor, die erkennen lassen, daß sie zwar weiß, wo sie sich befindet, und auch die Namen einiger früherer Ärzte kennt, aber von ihrer Lage und von den Zeitverhältnissen gar keine klare Vorstellung hat. Sie vermag nicht, ihr Alter, ihr Hochzeitsjahr oder die Namen ihrer Kinder anzugeben, weiß nicht, wie lange sie schon hier ist, hält sich für ganz gesund, war nie krank. Die Stimmung ist gleichmütig, bisweilen etwas gehoben oder gereizt; auch die Erwähnung von Mann und Kindern macht keinen besonderen Eindruck. In einzelnen Wendungen verraten sich jedoch noch die Spuren früherer Kenntnisse. Die Kranke flicht italienische und französische Brocken in ihre Reden, knüpft an den ihr vorgesagten Namen „Artaxerxes“ die Worte „Hannibal, Karthagena“ an. Auch vermag sie noch leidlich zu lesen, versteht aber den Sinn des Gelesenen nicht. Hie und da ist sie etwas widerstrebend, will die Hand nicht geben, schimpft, daß man ihr alles gestohlen habe, benimmt sich im übrigen jedoch völlig teilnahmslos, kümmert sich nicht um die Vorgänge in ihrer Umgebung.

Auf körperlichem Gebiete fällt neben der Schlaffheit der blöden Gesichtszüge vor allem die schwere Sprachstörung auf. Die Artikulation ist äußerst undeutlich; die einzelnen Wörter werden ruckweise, mit einer gewissen Anstrengung hervorgebracht, wobei es oft noch zur Auslassung und Versetzung von Buchstaben kommt. Die Zunge zittert stoßweise stark beim Hervorstrecken; die Lippen

*) Der Kranke ist 3³/₄ Jahre nach dem Auftreten der psychischen Veränderung gestorben.

geraten dabei in ein deutliches Beben. Die rechte Nasenlippenfalte ist stärker verstrichen; die rechte Pupille ist sehr viel weiter, als die linke; beide sind vollkommen lichtstarr. Die Schmerzempfindlichkeit ist bedeutend herabgesetzt; die Sehnenreflexe sind stark erhöht.

Durch diese Befunde ist die Diagnose der Paralyse natürlich gesichert. Wir sehen auch hier, wie sich gegen das Ende der Krankheit alle die kennzeichnenden Erscheinungen des Leidens in ausgeprägteste Form gewissermaßen rein, ohne nebensächliche Störungen, zusammengefunden haben. Die Kranke stammt aus einer erregbaren Familie und war auch selbst immer sehr lebhaft, reizbar, dabei nach den verschiedensten Richtungen hin begabt. Sie abortierte 3mal und hat eine Tochter, die schon in der Jugend an einem schleichenden Hirn- und Rückenmarksleiden erkrankte. Der Beginn der Paralyse läßt sich bei der Kranken bis vor 8 Jahren zurückverfolgen, wo sich mehrmals ein rasch vorübergehender Verlust der Sprache einstellte. Im Laufe des nächsten Jahres bildete sich allmählich eine durchgreifende Veränderung in ihrem Wesen heraus. Sie wurde sehr reizbar, dabei flüchtig und vergeßlich, nachlässig in ihrem Tun, ließ in den Briefen Buchstaben und Wörter aus, verlor ihre früheren Sprachkenntnisse, ihre Gesangfertigkeit, ihren künstlerischen Geschmack, verstieß gegen Anstand und Sitte, wurde grob und roh gegen ihre Angehörigen. Zugleich wurde die Sprache undeutlich und schmierend.

In diesem Zustande wurde die Kranke bei uns aufgenommen und erwies sich als schon ziemlich weit verblödet. Sie begann nun, ganz unsinnige Größenideen vorzubringen. Zunächst blieb es noch bei einem Landgute in Italien, einer ausgezeichneten Stimme, wunderschönen Kindern; späterhin aber verschenkte sie 1000 Liter Rotwein und Champagner, besaß goldene Kleider, 5000 Kisten voll, viele Millionen in Gold, 30 schöne Finger, 4 Umfänge in der Stimme, 3 Kinder von Bismarck, war vom Kaiser im 2. Monate schwanger, fühlte 4füßige Kinder im Leibe, hatte 70mal geboren u. s. f. Wiederholt traten leichte paralytische Anfälle mit Schwindel, Erbrechen und starker Rötung des Kopfes auf. Das Körpergewicht stieg bei riesiger Eßlust im Laufe von $\frac{5}{4}$ Jahren von 53 auf 80,5 Kilogramm.

Von da ab begann ein anfangs rascher, dann ziemlich jäher Abfall bis auf 45,5 Kilogramm. Zugleich stellte sich bei der Kranken eine lebhafte ängstliche Erregung ein. Sie wurde ganz verwirrt,

aß und schlief nicht mehr, widerstrebte jeder Einwirkung, wälzte sich in größter Unruhe herum, suchte sich selbst Verletzungen beizubringen, die Zunge und Zähne auszureißen, und äußerte eine Reihe der unsinnigsten depressiven Vorstellungen. Sie sei tot, könne nicht mehr schlucken; es kämen Räuber; der Mann sei geschlachtet; die Kinder säßen im Abort; 100000 Kaiserinnen seien in der Heilung gefangen; man habe ihr 10000 Taschentücher gestohlen, die Brüste abgeschnitten, das Blut abgezapft.

Aus diesem höchst bedrohlichen Zustande erholte sich die Kranke erst nach einigen Monaten ganz langsam wieder, ohne jedoch im weiteren Verlaufe mit ihrem Körpergewichte viel über 50 Kilogramm zu steigen. Zugleich stellte sich heraus, daß die Verblödung wie die körperlichen Störungen einen sehr erheblichen Fortschritt gemacht hatten; die Kranke war ganz gedankenarm und stumpf geworden. Seit jener Zeit hat sich der Zustand nur wenig verändert*). Dieser Verlauf widerspricht durchaus der gewöhnlichen Regel, daß die Paralyse in 3—4 Jahren zum Tode führt. Die Fälle von weit längerer Dauer sind indessen gar nicht selten, ja es muß sogar mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß die Krankheit unter besonders günstigen Umständen einmal ganz zum Stillstande kommen könne. Zurzeit wird allerdings in solchen „stationären“ Fällen immer die Wahrscheinlichkeit eines diagnostischen Irrtums, namentlich der Verwechslung mit syphilitischen Rindenerkrankungen, betont werden müssen. Bei unserer Kranken erlaubt indessen die klare Ausprägung des klinischen Bildes schwerlich eine solche Annahme. Leider können wir einen etwa dennoch auftauchenden Zweifel hier nicht durch ein diagnostisches Hilfsmittel zum Schweigen bringen, das sonst bei der klinischen Abgrenzung arteriosklerotischer, alkoholischer, traumatischer, katatonischer Verblödungen von der Paralyse entscheidend ins Gewicht fällt, die mikroskopische Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit. Während das durch Lumbalpunktion gewonnene Serum beim Gesunden fast keine Zel-

*) Die Kranke befindet sich nach 12jähriger Dauer ihrer Paralyse noch jetzt in der Klinik, freilich vollständig verblödet und körperlich recht hilflos. Der rechte Arm zeigt eine leichte Kontraktur; es scheint sich ein Aortenaneurysma entwickelt zu haben. Die Krankheit der inzwischen verstorbenen Tochter hat sich bei der anatomischen Untersuchung als juvenile Paralyse herausgestellt, wie sie durch ererbte Lues erzeugt werden kann.

len enthält, zeigen sich bei der Paralyse regelmäßig zahlreiche Lymphocyten. Auch bei unserer Kranken wurde dieser Befund erhoben. Da aber bei syphilitischen Erkrankungen, soweit sie auf die Pia übergreifen, ebenfalls eine Vermehrung der Lymphzellen eintritt, erhalten wir auf die hier vorliegende Frage durch jene Feststellung keine Antwort.

Wie Sie sehen, haben in dem geschilderten Krankheitsverlaufe eine Reihe verschiedenartiger Zustände einander abgelöst, deren Ende der einfache paralytische Blödsinn bildet. Sie erkennen daraus, daß die landläufigen paralytischen Krankheitsbilder, die depressiven, agitierten, dementen Formen u. s. f., nicht geschlossene Gruppen darstellen, sondern nur in ganz groben Umrissen eine gewisse Einteilung des Lehrstoffes bieten. Leider wissen wir zur Zeit noch keine bessere Gruppierung an die Stelle zu setzen.

Dem Wechsel der Zustände hat in unserem Falle bis zu einem gewissen Grade der Gang des Körpergewichtes entsprochen. Was wir hier beobachtet haben, deckt sich mit den allgemeinen Erfahrungen. Es ist eine sehr gewöhnliche Erscheinung, daß in einem gewissen Abschnitte der Paralyse das Gewicht ungeheuerlich ansteigt, um dann später unaufhaltsam zu sinken, ohne daß etwa die Nahrungsaufnahme entsprechend große Schwankungen aufwiese. Dieser Verlauf ist so häufig, daß er schwerlich auf zufällige Ursachen zurückgeführt werden kann. Vielmehr scheint es mir zweifellos, daß wir es dabei mit Umwälzungen im Körperhaushalte zu tun haben, ähnlich etwa denen, die wir beim Diabetes oder auch beim Alkoholismus beobachten. Gerade diese Erscheinung dürfte dafür sprechen, daß die Paralyse nicht eine reine Gehirnerkrankung ist, sondern mit Veränderungen im gesamten Körper einhergeht. Im gleichen Sinne sind, wie ich glaube, die Neigung der Paralytiker zum Druckbrande, zu Ohrblutgeschwülsten und die auffallende Brüchigkeit ihrer Rippen zu deuten, ferner die Häufigkeit von Eiweiß im Harn wie die vasomotorischen Störungen.

Der vorliegende Fall gibt Ihnen zugleich ein Beispiel der weiblichen Paralyse. Sein Verlauf unterscheidet sich in keinem wesentlichen Punkte von dem, was wir auch bei Männern beobachten. Man hat bisweilen angegeben, daß die Krankheit bei Frauen langsamer verlaufe, und daß die Wahnbildungen hier bescheidener seien, doch kommt dabei wohl nur die freiere Stellung des Mannes

zum Ausdrucke, insofern sie ihm Gelegenheit gibt, sich im Beginne der Erkrankung stärkeren Schädlichkeiten auszusetzen, die den Verlauf der Krankheit ungünstig beeinflussen können. Namentlich alkoholische und geschlechtliche Ausschweifungen erweisen sich in dieser Beziehung öfters verhängnisvoll. Daß auch in unserem Falle die Syphilis ihre ursächliche Rolle gespielt hat, wird durch die voraufgegangenen Aborte, vielleicht auch durch die Erkrankung des Kindes recht wahrscheinlich. Meist allerdings ist der Nachweis dieser Ursache bei Frauen noch weit schwieriger, als bei Männern.

Die letzten, schweren Endzustände der Krankheit zeigt Ihnen endlich ein 50 jähriger Frachtbriefträger, den ich Ihnen im Bette vorführen muß, da er längst außerstande ist, zu gehen. Zudem liegt der Kranke seit gestern bewußtlos da, reagiert weder auf Anreden noch auf Nadelstiche. Der Kopf ist nach links hinübergedreht; auch die halbgeöffneten Augen stehen nach links und sind etwas nach oben gerollt. Die Pupillen sind weit und verengern sich nicht auf Lichteinfall. Die Gesichtszüge sind schlaff, eingesunken, die Lippen trocken, wie die Zunge mit leichten, bräunlichen Krusten belegt. Die Atemluft zeigt einen halb fauligen, halb säuerlich-aromatischen Geruch, wie er sich bei hungernden Geisteskranken einzustellen pflegt und auf Acetonbeimischung zurückzuführen ist. Die Atmung ist oberflächlich, langsam, der Puls klein und frequent, die Körperwärme etwas erhöht. In den Gliedern, besonders auf der rechten Seite, bemerken Sie bei Beugungsversuchen deutliche Spannung; die Kniesehenreflexe sind trotzdem sehr ausgiebig. Warten wir einige Zeit, so bemerken Sie, wie sich plötzlich die Augen ganz nach links wenden; dann folgt eine ruckartige Bewegung des Kopfes nach links, der sich nach kurzer Pause schüttelnde Zuckungen des Kopfes anschließen. Die Spannung in den Gliedern nimmt zu und entladet sich ebenfalls in leichten Zuckungen, die vorzugsweise die rechte Seite betreffen. Dieses ganze Spiel dauert nur wenige Minuten; dann liegt der Kranke wieder regungslos da.

Was Sie hier vor sich sehen, ist ein paralytischer Anfall. Er unterscheidet sich von einem epileptischen sofort durch die verhältnismäßig geringe Stärke der Krampferscheinungen bei tiefster Bewußtlosigkeit, namentlich aber durch die ungleichmäßige Beteiligung der verschiedenen Muskelgebiete, wie sie dem Bilde der Rindenepilepsie im Gegensatze zu den gewöhnlichen epileptischen

Anfällen entspricht, bei denen die Krämpfe symmetrisch zu sein pflegen. Es gibt übrigens auch paralytische Anfälle, die völlig den epileptischen gleichen. Andere wiederum treten unter dem Bilde einer Apoplexie auf: die Kranken stürzen in tiefer Bewußtlosigkeit mit schnarchender Atmung plötzlich zu Boden und können sofort tot sein, oder sie erwachen nach einiger Zeit mit halbseitiger Lähmung und oft auch aphasischen Störungen. Sehr rasche Rückbildung dieser Erscheinungen muß uns immer den Verdacht auf eine paralytische Grundlage des Anfalles erwecken. Der leichten Schwindelanfälle und Ohnmachten, die ebenfalls oft durch Spuren von Aphasie ihre verhängnisvolle Bedeutung verraten, haben wir schon früher gedacht.

Bei unserem Kranken dauert der Anfall, der sich eigentlich aus einer großen Reihe von Einzelanfällen zusammensetzt, bereits 30 Stunden. So kann es aber noch einige Zeit, unter Umständen 8, 10 Tage und selbst länger, fortgehen; freilich wird die Lebensgefahr von Tag zu Tag größer*). Der Tod ist jedoch in der Regel nicht die unmittelbare Folge des Hirnleidens, sondern er wird am häufigsten durch Schluckpneumonien herbeigeführt. Durch den ganz unempfindlichen Kehlkopf sickert der mit Fäulnisregern durchsetzte Speichel ungehindert in die Lungen und erzeugt dort lobuläre Entzündungen. Eine andere Gefahr bildet der Druckbrand, der bei den unbehilflichen, sich immerfort verunreinigenden Kranken nur durch sehr sorgfältige Pflege, am besten durch das Dauerbad, verhütet werden kann. Da die Kranken nicht schlucken, hört die Nahrungsaufnahme im paralytischen Anfall auf, und man tut auch am besten, die Kranken zunächst hungern zu lassen. Dauert der Anfall aber länger, als 2—3 Tage, so ist nach Maßgabe des allgemeinen Ernährungszustandes zur Sondenfütterung zu greifen. Vorher kann man allenfalls durch hohe Eingießungen von physiologischer Kochsalzlösung in den Darm dem Körper etwas Wasser zuzuführen suchen; bei bedenklicher Herzschwäche haben wir auch wohl schon zu Kochsalzeinläufen unter die Haut gegriffen. Die Mundhöhle muß, soweit das möglich ist, durch häufige Waschungen sauber gehalten werden; auch auf die regelmäßige Entleerung von Blase und Mastdarm, die öfters stockt, ist das Augenmerk zu richten.

*) Der Kranke ist am nächsten Tage im Anfall gestorben.

Selbst bei sorgfältigster Pflege ist indessen ein ausgeprägter paralytischer Anfall immer ein sehr ernstes Ereignis. Wenn es auch gelingt, das Leben zu erhalten, sieht man in der Regel, daß die Verblödung des Kranken wieder einen erheblichen Schritt vorwärts gemacht hat.

Unser Kranker hat schon einmal, vor 3 Monaten, einen mehrtägigen paralytischen Anfall überstanden. Er ist erkrankt vor etwa $1\frac{3}{4}$ Jahren. Es wurde bemerkt, daß sein Gedächtnis abnahm, daß er viele Rechenfehler beging und nicht mehr gut schreiben und sprechen konnte. Obgleich diese Störungen rasch zunahmen, fühlte er sich doch nicht krank. Erst jener Anfall gab den Anlaß zu seiner Verbringung in das Krankenhaus, wo er sich als schon ganz blöde erwies, ziemliche Unruhe zeigte und spärliche Größenideen entwickelte. Zu uns kam er vor 7 Monaten, vollkommen verblödet, mit ausgeprägtester Sprachstörung. Dieselbe äußerte sich namentlich in der Neigung zur Verdoppelung tonloser Silben, einer Störung, die in die Gruppe der sogenannten Perseverationserscheinungen gehört. Der Kranke war ferner deutlich aphasisch; so bezeichnete er ein Feuerzeug als „Holzen, Hölzchen, Holzkasten“, einen Uhrschlüssel als „Uhrkaiser, Uhraufzieher“. Die Pupillen reagierten noch etwas; die allgemeine Reflexerregbarkeit war so stark erhöht, daß er bei plötzlichen Bewegungen gegen sein Gesicht am ganzen Leibe zusammenfuhr. Setzte man ihn so auf den Stuhl, daß nur die Fußspitzen auf dem Boden aufstanden, so entwickelte sich sofort ein rhythmisches Auf- und Niederwippen des Beines durch Auslösung von Fußklonus. Gehen und Stehen war infolge von Schwäche und Spannungen in den Beinen bald nicht mehr möglich; das Körpergewicht sank trotz reichlicher Nahrungsaufnahme stetig um 10 Kilogramm. Der Kranke wurde immer blöder und unbehilflicher, hielt sich dauernd unrein. In der letzten Zeit trat noch anhaltendes, lautes Zähneknirschen auf, wie es in den Schlußabschnitten der Paralyse häufig beobachtet wird.

Dieses völlige Erlöschen des geistigen Lebens, verbunden mit schwerstem körperlichem Siechtume und den aufgezählten Lähmungserscheinungen, bildet den regelmäßigen Ausgang des Leidens, wenn nicht andere Zufälle demselben schon vorher ein Ende gemacht haben. Wir haben wenigstens angesichts der ungeheuren Menge traurig endender Kranker kaum ein Recht, mit der früher

berührten Möglichkeit eines Stillstandes oder gar einer Heilung des Leidens praktisch zu rechnen. Dagegen erleidet diese unsere trübe Vorhersage durchaus nicht selten Schiffbruch an diagnostischen Irrtümern. Wir haben schon eine Reihe von ausgebreiteten Rindenerkrankungen erwähnt, die im Leben mehr oder weniger täuschend das klinische Bild der Paralyse nachahmen können. Außer ihnen gibt es aber höchst wahrscheinlich auch noch manche uns bisher unbekannte Krankheitsvorgänge, die bei größter Ähnlichkeit der Erscheinungen doch einen ganz anderen Verlauf nehmen, als die Paralyse. Die Führung bei der Entscheidung dieser Fragen hat die pathologische Anatomie zu übernehmen.

Sie lehrt uns jetzt, daß der Paralyse weit ausgedehnte Zerstörungen aller wichtigen Rindenbestandteile zugrunde liegen, der Zellen, der Fasern und, wie es scheint, auch der grauen Grundsubstanz zwischen den Zellen, ferner eine starke Vermehrung der Glia, Gefäßneubildung, Einlagerung von Plasmazellen in die Lymphscheiden der Gefäße, Auftreten zahlreicher Stäbchenzellen. Das Endergebnis ist eine Schrumpfung der Hirnrinde mit mehr oder weniger vollständigem Untergange derjenigen Gewebsteile, die wir als die Träger der Seelenvorgänge betrachten. Außerdem aber breiten sich die krankhaften Veränderungen über viele andere Teile des Gehirns, die großen Basalganglien, die Nervenkerne und selbst das Rückenmark aus, wo vorzugsweise die Seiten- und Hinterstränge beteiligt erscheinen. Endlich werden auch die weichen und harten Hirnhäute sowie wahrscheinlich noch eine ganze Reihe von Organen des Körpers in Mitleidenschaft gezogen, doch sind über diesen letzten Punkt unsere Kenntnisse bisher sehr unvollkommen.

Das Gesamtbild aller dieser Veränderungen darf als derartig kennzeichnend für die Paralyse angesehen werden, daß es gelingt, auf Grund der anatomischen Untersuchung einerseits einer Reihe von Krankheitsbildern als „atypische“ Paralysen zu erkennen, die wegen ungewöhnlicher Ausbreitung der Veränderungen klinisch sehr wesentlich von den bekannten Erscheinungsformen abweichen. Andererseits sind wir nunmehr auch imstande, aus dem Sammelbegriffe der Paralyse vom anatomischen Standpunkte aus alle nicht wesensgleichen Beimischungen auszuschneiden. Die klinische Abgrenzung ist hier allerdings einstweilen vielfach noch unsicher,

doch steht wohl zu erwarten, daß wir allmählich immer besser lernen werden, das Bild der auf syphilitischem Boden entstehenden, fortschreitenden Gehirnlähmung, wie es unzweifelhaft den Kern der Paralyse bildet, schon im Leben von den mannigfaltigen äußerlich ähnlichen Formen abzutrennen, die eine andere Entstehungsweise und darum vielfach auch einen anderen Verlauf und Ausgang darbieten.

XXI. Vorlesung.

Endzustände der Dementia praecox.

M. H.! Der unerbittliche Ausgang der Krankheit macht es uns bei der progressiven Paralyse verhältnismäßig leicht, auch ohne Leichenöffnung wenigstens am Schlusse zu erkennen, daß alle die verschiedenartigen klinischen Gestaltungen des Leidens auf einen einheitlichen Krankheitsvorgang in der Hirnrinde zurückzuführen sind. Weit schwieriger liegt die Frage bei anderen Formen der Verblödung, weil hier die Endzustände keineswegs so gleichartige sind, daß aus ihnen ohne weiteres die Zusammengehörigkeit der so ungemein mannigfaltigen klinischen Bilder in die Augen spränge. Nicht nur finden sich von den günstigen Fällen bis zur allerschwersten Verblödung alle möglichen Abstufungen, sondern es können auch bald diese, bald jene Überbleibsel aus den früheren Krankheitsabschnitten den Endzuständen ihre besondere Färbung geben. Auf diese Weise entsteht nicht nur im Verlaufe, sondern auch in den Ausgängen des Irreseins ein geradezu verwirrender Formenreichtum. Ich entsinne mich nur zu gut noch der Ratlosigkeit, mit der ich lange, lange Jahre hindurch der Fülle von geistigen Schwächezuständen gegenübergestanden habe, wie sie jede größere Anstalt beherbergt. Auf der einen Seite drängte ihre Mannigfaltigkeit zu einer gewissen Gruppierung; andererseits aber ließ sich nicht verkennen, daß trotz aller Verschiedenheiten in der äußerlichen Gestaltung doch bestimmte Grundzüge überraschend gleichförmig wiederkehrten.

Den Wegweiser in diesem Wirrsal gibt uns die Geschichte

der einzelnen Kranken. Sie lehrt uns, daß bei der großen Mehrzahl der mehr oder weniger verblödeten Kranken diejenigen Erscheinungen voraufgegangen sind, die wir im Krankheitsbilde der Dementia praecox kennen gelernt haben, wenn auch in sehr wechselnder Ausprägung. Sie lehrt uns aber ferner, daß dort, wo andersartige Krankheitsvorgänge die Verblödung herbeigeführt haben, bei genauerer Betrachtung auch in den Endzuständen noch die Eigenart des Leidens erkennbar bleibt. Darum ist es eine, wenn auch schwierige, so doch grundsätzlich lösbare Aufgabe, nicht nur beim Beginne einer Geistesstörung den weiteren Verlauf und Ausgang vorauszusagen, sondern auch umgekehrt aus dem Endzustande Rückschlüsse auf die früheren Krankheitsabschnitte zu ziehen. Es gibt nicht etwa einen einzigen Blödsinn mit mehr zufälligen Spielarten, der den Ausgang der verschiedenartigsten ungeheilten Geisteskrankheiten bildet, sondern jede Form des Irreseins führt, wenn sie nicht heilt, zu einem ihr allein eigentümlichen Endzustande. Freilich zeigt sich diese Eigenart immer nur in den wesentlichen Krankheitszeichen, während die zufälligen Begleiterscheinungen sehr wechseln können. Leider ist unsere Kenntnis dessen, was wesentlich ist, heute noch sehr unvollkommen, so daß wir bei der Deutung des einzelnen Endzustandes ohne die Vorgeschichte oft genug im Zweifel bleiben werden. Immerhin ermöglicht uns die sorgfältige Beachtung der klinischen Zeichen auch schon jetzt, uns in einer beträchtlichen Zahl von Fällen aus dem Schlußabschnitte des Leidens wenigstens ein ungefähres Bild von dem zu entwerfen, was voraufgegangen ist.

Die 57jährige Frau, die Ihnen als erstes Beispiel dienen mag, ist vollkommen besonnen, klar über Zeit und Umgebung und gibt mit großer Redseligkeit Auskunft. Sie beginnt sogleich, zu betonen, daß sie ganz gesund sei, nicht in die Klinik gehöre, sondern ihre baldige Entlassung verlange. Ihr Mann schein geisteskrank zu sein, da er sie hergebracht habe; er habe sich mit anderen Frauenzimmern abgegeben und sie schlecht behandelt, viel Geld verbraucht, während sie eine ungemein ordentliche und sparsame Frau gewesen sei. Auch die Nachbarsleute hätten sie beschimpft; ein Reisender habe in ihrer Gegenwart eine unsittliche Handbewegung gemacht. Als sie auf dem Bezirksamte gewesen sei, um sich ein Leumundszeugnis zu holen, habe sie plötzlich lachen müssen, ob-

gleich ihr gar nicht danach zumute gewesen sei; ähnlich sei es ihr früher in der Anstalt ergangen, als man sie mit Spiegeln untersucht habe. Vom Personal werde sie schlecht behandelt; die Mitkranken sprächen eingelernte Sachen; man spucke ihr in die Waschkübel. Das Bett brenne nachts übernatürlich; es müsse etwas in die Matratze gebracht sein. Ihren Arm habe ihr der Arzt verdorben; auch mit den Augen sei etwas gemacht worden. Diese Angaben bringt die Kranke geläufig, aber in geziert hochdeutscher Sprechweise und mit allerlei geschraubten Wendungen vor. Aufforderungen befolgt sie erst nach einigen Einreden, meint, es sei unnötig, die Hand zu geben, streckt sie schließlich dem Arzte steif entgegen. Von körperlichen Störungen ist nur ein sehr blasses, etwas gedunsenes Aussehen und die Kleinheit des bis zu 120 Schlägen zählenden Pulses bemerkenswert.

Bei weiterem Befragen gibt die Kranke zu, schon mehrmals in unserer Klinik gewesen zu sein, und weiß sich der wichtigsten Einzelheiten aus diesen Zeiten noch sehr gut zu erinnern. Sie stammt von einer religiös überspannten Mutter, heiratete mit 22 Jahren und gebar 9 Kinder, von denen 6 gestorben sind. Mit 38 Jahren machte sie einen Typhus durch, an den sich bald der Beginn der geistigen Störung angeschlossen haben soll. Es ist jedoch zu erwähnen, daß sie sich damals zugleich in den ersten Monaten einer Schwangerschaft befand. Sie meinte, die Leute sprächen über sie, sähen ihr frech ins Gesicht, spuckten vor ihr aus, machten unanständige Anspielungen, suchten ihr eine unvorsichtige Äußerung über den Kaiser zu entlocken, um sie dann anklagen zu können. Als sie infolgedessen nicht mehr aß und schlecht schlief, wurde sie in die Klinik gebracht. Hier fühlte sie sich ebenfalls verfolgt und hatte mehrere heftige Schreianfälle, in denen sie sich die Haare ausraufte und Gesichter schnitt. Einige Wochen hindurch war sie ganz stumm und nahm mit blödem Gesichtsausdrucke immer dieselbe Stellung ein. Auch mit dem Eintritte der Besserung blieb sie unzufrieden, nörgelnd, einsichtslos, gab nicht zu, daß sie krank gewesen sei. Nach fast halbjährigem Anstaltsaufenthalte kehrte sie in die Familie zurück, erwies sich hier als reizbar, zerstreut, vergeßlich.

Seit 7—8 Jahren verschlechterte sich ihr Zustand allmählich; sie wurde stumpf, untätig, sprach wenig, äußerte die alten Verfolgungsideen und suchte sich vor 4½ Jahren plötzlich mit Streich-

holzköpfchen zu vergiften, später auch noch die Pulsadern zu öffnen. Damals schon fiel ihrem Manne die gezierte Sprechweise auf, die ihr früher nicht eigen war. Als sie nun wiederum in die Klinik gebracht wurde, versank sie rasch in tiefen Stupor. Obgleich sie über Zeit und Umgebung klar war, sich völlig sauber hielt und selbständig aß, saß sie fast ein Jahr lang stumm, stark vornübergebeugt und mit fest zugekniffenen Augen im Bette, jedem Eingriffe den starrsten Widerstand entgegensetzend. Legte man sie mit vieler Mühe zurück, so federte sie sofort in die Höhe; ihr die Augen zu öffnen, erwies sich als gänzlich unmöglich. Auf Nadelstiche, selbst an den empfindlichsten Stellen, reagierte sie höchstens durch leises Blinzeln oder Erröten. Der Besuch ihrer Angehörigen machte ihr nicht den geringsten Eindruck. Beim Essen tauchte sie mit der Nasenspitze in die Suppe, führte aber den Löffel ganz langsam und regelmäßig zum Munde, hielt sofort an, sobald jemand ins Zimmer trat. Zwischen den fest ineinander gefalteten Fingern entstand schließlich Druckbrand. Das Körpergewicht sank um 16 Kilogramm.

Die Kranke wurde nun in eine andere Anstalt verbracht, wo sie fast noch ein weiteres Jahr in dem gleichen Zustande verharrete. Dann erwachte sie ganz plötzlich aus demselben und verlangte sofort, entlassen zu werden, da sie durchaus gesund sei. Auch jetzt betrachtet sie ihr sonderbares Benehmen keineswegs als krankhaft, obgleich sie alle Einzelheiten zugibt. Gesprochen habe sie nicht, weil sie meinte, durch Schweigen eher heimzukommen; sie beklagt sich bitter, daß man ihr damals ein Eisen, die Stecknadel, in die Stirn gestochen, sie umgeworfen habe.

Nach dem Aufhören des Stupors kehrte die Kranke vor 2 $\frac{1}{2}$ Jahren wieder zu ihrem Manne zurück, war aber sehr gereizt, namentlich zu gewissen Zeiten, lief zu verschiedenen Anwälten, um eine Klage wegen ihrer Einsperrung in die Anstalt anzustrengen, verlangte dafür 30 000 Mark Entschädigung. Nach und nach traten dann deutliche Gehörs- und Gefühlstäuschungen hervor. Der Mann und die Leute auf der Straße schimpften über sie; im Bett, im Stuhl, im Ofen waren Höllenmaschinen, durch die man Strahlen auf sie losließ. Aus ihrem eigenen Leibe, aus der Wasserleitung, aus dem Bellen der Hunde ertönten gräuliche Stimmen, so daß sie Tag und Nacht keine Ruhe hatte und drohte, sich verhungern zu lassen. Alle diese Dinge stellt die Kranke jetzt kurzweg in Abrede. Sie gibt nur

zu, daß sie Stimmen gehört habe; auch werde sie nachts angehaucht und angeblasen; Majestätsbeleidigungen lasse sie sich nicht gefallen. Von ihren Mitkranken hält sie sich daher auch fast ganz abgesondert, beschäftigt sich jedoch fleißig mit Nähen und schreibt zahlreiche Briefe einförmigen Inhaltes, in denen sie ihren Mann bestürmt, sie wieder nach Hause zu nehmen.

Daß es sich in dem vorliegenden Falle um eine Katatonie gehandelt hat, wird Ihnen im Hinblick auf den langdauernden, scharf ausgeprägten negativistischen Stupor einleuchtend sein. Auch die erste Entwicklung der Krankheit, das Auftreten einer Depression mit Verfolgungsideen und Gehörstäuschungen, entspricht durchaus dieser Auffassung. Sehr bemerkenswert aber ist die Tatsache, daß auf dieses erste Einsetzen der Krankheit, deren Art schon damals durch das vorübergehende Versinken in Stupor deutlich gekennzeichnet wurde, ein mehr als 10 jähriger Zeitraum folgte, in dem außer einer leichten Veränderung im Wesen keine auffallenderen Krankheitszeichen bestanden. Daß dieser Zustand nichts weniger bedeutete, als eine Genesung, wird durch den späteren schweren Rückfallargetan. Gerade diese Beobachtung wird uns, wie so manche ähnliche, bei der Beurteilung der Besserungen und Heilungen katatonischer Kranker zu großer Vorsicht mahnen müssen.

Der zweite Anfall zeigt uns sehr schön das plötzliche Schwinden des Stupors nach anscheinend schon weit gediehener Verblödung, zugleich aber auch den völligen Mangel an Krankheitseinsicht, die Unfähigkeit der Kranken, über die Beweggründe ihres absonderlichen Benehmens irgend welche Auskunft zu geben oder auch nur die Krankhaftigkeit desselben zu erkennen. Namentlich wird dadurch auch klar, daß der katatonische Stupor nicht etwa, wie noch hie und da angenommen wird, durch Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen zustande kommt, sondern auf einer ganz ursprünglichen Willensstörung beruht. Der jetzige Zustand unserer Kranken endlich ist der eines eigenartigen Schwachsinn mit Urteilsschwäche, gemüthlicher Stumpfheit, Reizbarkeit, Manieren und Andeutungen von Negativismus, während Auffassung und Gedächtnis wenig oder gar nicht geschädigt sind. Zugleich bestehen noch Täuschungen auf dem Gebiete des Gehörs und Gefühls sowie mit ihnen verknüpfte Wahnbildungen, die sich nur gradweise von jenen unterscheiden, wie wir sie früher bei den paranoiden Formen

der Dementia praecox kennen gelernt haben. Dieser Zustand ist im wesentlichen als ein endgültiger anzusehen; Verschlechterungen, Stupor oder Erregung, weitere Verblödung, sind wohl noch möglich, doch dürfte auf eine wesentliche Besserung nicht mehr zu rechnen sein*).

Ein wesentlich anderes Bild bietet die 36jährige Frau dar, die Sie nunmehr mit etwas verschämtem Lächeln eintreten sehen. Sie setzt sich, ohne sich umzublicken, gibt erst auf eindringliches Befragen einzelne, einsilbige Antworten, starrt meist mit gedankenlosem Ausdruck vor sich hin. Auf die Frage, wo sie sei, meint sie: „im Zimmer“, gibt aber zu, schon vor 4 Jahren hier gewesen zu sein, bezeichnet mich als „Herrn aus Frankfurt“, hat auch einen der anderen Ärzte schon gesehen; er sei immer durch das Zimmer durchgelaufen. Namen kennt sie nicht; krank ist sie nicht, gibt über ihren Zustand wie über ihre häuslichen Verhältnisse keine andere Auskunft, als daß sie Kinder habe, die zu Hause seien. Aufforderungen befolgt sie nicht, widerstrebt bei dem Versuche, ihre Hand zu ergreifen. Bei der Besprechung ihres Benehmens fängt sie plötzlich an, ganz verworren zu reden: „Was brauch' ich denn für die alten Narren dahenzuliegen! So kann ich sie nicht reinigen. Da drüben liegen die Alten — was gehen mich die an! Die sind ja alt genug — die können ja hinliegen. Ein Teil Menschen sagen hinlegen, niederlegen oder Leichen.“ Lachend fährt sie fort: „Kinder legen Leichen, haben die gesagt, aber ein Kind legt nicht Eier. Die Leute sind mir hier viel zu hoffärtig.“

Eine Erklärung für diese Reden zu erhalten, erweist sich als unmöglich. Die Kranke sieht auf Anreden gar nicht her, blickt vielmehr beiseite, schweigt still und beginnt nach einiger Zeit, ähnliche unverständliche Sätze vor sich hin zu murmeln, wobei sie nach und nach in eine gewisse Erregung gerät. Körperlich ist die Kranke sehr blaß, schlecht genährt; sie hat seit der letzten, vor 1½ Jahren erfolgten Entbindung ihr Kind gestillt. Im Harn hat sich vorübergehend Zucker nachweisen lassen.

Bei einer klinischen Deutung dieses Zustandes haben wir vor allem die eigentümlich unverständlichen Reden der Kranken zu

*) Die Kranke ist in eine Pflegeanstalt verbracht worden, wo sie wieder in Stupor versank und nach einigen Jahren starb.

berücksichtigen, die offenbar als Sprachverwirrtheit aufzufassen sind, da sie durchaus keine Beziehung zu den an sie gerichteten Fragen oder zu sonstigen Vorgängen in der Umgebung erkennen lassen. Dabei ist die Kranke, wie einzelne Antworten dartun, sicher imstande, den Sinn einfacher Reden aufzufassen. Ich will außerdem bemerken, daß sie sich zeitweise ganz geordnet an den Arbeiten auf der Abteilung beteiligt, allerdings auch dabei immer ganz verworrene Reden führt. Sodann sind die Andeutungen von Negativismus zu berücksichtigen, das Verweigern der Hand, das Wegsehen beim Reden, das Schweigen bei Fragen, die sie sicher zu verstehen imstande ist, endlich die vollkommene Gleichgültigkeit und Teilnahmlosigkeit in ihrem ganzen Benehmen. Die Kranke ist blödsinnig, und sie bietet zugleich eine Reihe von Krankheitszeichen dar, die uns aus der Besprechung der Katatonie wohlbekannt sind. Wir werden daher kaum fehlgehen, wenn wir ihren Zustand als den Ausgang einer ungeheilten Katatonie auffassen.

Aus der Vorgeschichte ist zu bemerken, dass eine Stiefschwester der Mutter geistesschwach war. Die Kranke selbst hatte vor 4 Jahren im Anschlusse an ein Wochenbett leichte Krämpfe mit Herzklopfen, ohne Bewußtseinsverlust. Vor 3 Jahren, als ein Kind an Influenza krank lag und ein Umzug in eine andere Stadt bevorstand, wurde die Kranke ängstlich, machte sich Sorgen wegen der Zukunft, meinte, sie habe ihren Mann unglücklich gemacht, wurde nachlässig im Haushalte und mußte in die Klinik verbracht werden. Hier war sie weinerlich, fast stumm, abweisend, wußte nicht, wo sie sich befand, klagte über Schwere im Kopfe, lief viel außer Bett herum, beging allerlei läppische, unbegreifliche Handlungen, warf Teller zum Fenster hinaus, stieß die volle Gemüschüssel um, wurde gelegentlich ohne erkennbaren Anlaß sinnlos gewalttätig. Ihre Stimmung war meist gleichmütig, bisweilen heiter oder gereizt; sie lachte viel vor sich hin, schrie plötzlich laut: „Hurrah“.

Ihre Reden waren schon damals vielfach so beziehungslos und unverständlich wie heute. So reichte sie dem Arzte ein Stück Brot und fügte hinzu: „Hier haben Sie die Ochsen. Ich bin ein Ochse, bin ein Ochse; nehmen Sie; ich bin ein Ochse.“ Noch deutlicher, als in ihrer Äußerung vorhin, tritt dabei die Neigung zum sinnlosen Wiederholen einzelner Wendungen hervor,

die wir in der Katatonie so häufig beobachten. Ein anderes Mal äußerte sie: „Ich habe nicht geblunken und nicht gewünscht und habe nicht gestohlen. Ich stehe an der Kost — so habe ich sie zu Hause nicht gehabt. Backofen sind keine Menschen.“ Neben der Geschraubtheit der Ausdrucksweise ist die unsinnige Wortneubildung bemerkenswert, die ebenfalls eine sehr gewöhnliche Begleiterscheinung der Sprachverwirrtheit darstellt.

Bei Besuchen ihres Mannes war die Kranke teilnahmslos oder gereizt, verschlang gierig und in unappetitlichster Weise die mitgebrachten Eßwaren. Anscheinend bestanden wenigstens vorübergehend auch Sinnestäuschungen, obgleich von der Kranken nichts näheres darüber zu erfahren war, doch sprach sie vom Totengeruch des Essens, sah ihren Bruder draußen gehen, meinte, man sage, daß sie alle Seelen erlösen solle. Auffallend war endlich eine starke Verlangsamung des Pulses.

Nach halbjährigem Anstaltsaufenthalte wurde die Kranke gegen ärztlichen Rat nach Hause genommen. Auch dort war sie öfters gewalttätig, äußerte Verfolgungsideen, die Kinder würden geköpft. Wenn sie auch sehr vergeblich war, beschäftigte sie sich doch im Haushalte ganz gut und gebar noch ein Kind. In der letzten Zeit wurde sie aber dadurch, daß sie in eine Schule einzudringen und auf dem Kirchhofe ein Grab zu öffnen suchte, so störend, daß sie vor 4 Monaten wieder in die Klinik verbracht werden mußte. Hier bot sie von Anfang an das Bild dar, das Sie heute gesehen haben. Öfters äußerte sie ganz verworrene Verfolgungsideen, namentlich geschlechtlichen Inhalts*).

Schon während des ersten Aufenthaltes bei uns war einmal ein Ohnmachtsanfall aufgetreten; auch zu Hause sollen ähnliche Anfälle mit Krämpfen sich mehrfach wiederholt haben. Einige Anfälle sind noch in letzter Zeit hier beobachtet worden. Die Kranke sank zu Boden, wälzte sich mit geschlossenen Augen herum, ohne auf Kneifen oder Stechen zu reagieren, murmelte: „Mir ist schlecht, mein Kopf!“ In den Armen und Beinen wie in der Rumpfmuskulatur traten kurze, zitternde und zuckende Stöße auf; die Kinnbacken waren fest zusammengepreßt. Die Atmung geschah ober-

*) Die Kranke befindet sich seit 9½ Jahren in einer Pflegeanstalt, ist blöde, sprachverwirrt, negativistisch, maniert, zeitweise erregt.

flächlich, mit langen Pausen; der Puls war beschleunigt. Die Pupillen reagierten auf Lichteinfall. Nach 15—20 Minuten trat Ruhe ein. Diese Anfälle glichen ziemlich genau denen, die wir bei der Hysterie beobachteten. Es ist natürlich möglich, daß sie als hysterische zu deuten sind; immerhin erscheint es auffallend, daß der erste Anfall im Wochenbette auftrat, in dem wir ja eine wichtige Ursache der Katatonie kennen gelernt haben. Ich möchte deswegen darauf hinweisen, daß wir derartige und ebenso andere, mehr an einfache Ohnmachten oder auch an Epilepsie erinnernde Anfälle ziemlich häufig in der Katatonie beobachten. Mir sind eine ganze Reihe von Fällen bekannt, in denen Anfälle von ausgesprochen hysterischer Färbung die Einleitung katatonischer Erkrankungen mit tiefer Verblödung bildeten. Eine sichere Erklärung dieser klinischen Beziehungen sind wir freilich zurzeit noch nicht imstande, zu geben.

Einen fast noch blödsinnigeren Eindruck, als die soeben besprochene Kranke, macht der kräftig gebaute, 21 jährige Zigarrenarbeiter, der jetzt in nachlässiger Haltung, stumpf vor sich hinstarrend, vor Ihnen sitzt. Er nennt auf eindringliches Befragen seinen Namen, weiß, wo er ist, kennt das Datum und erinnert sich, daß er vor 5—6 Jahren schon einmal hier war, vermag aber nicht unsere Namen anzugeben, fühlt sich nicht krank, meint, zu Hause gefalle es ihm besser. Der Kranke zeigt nicht das geringste Interesse an seiner Umgebung, blickt nicht auf, spricht nicht aus eigenem Antriebe, gibt nur ganz kurze, einsilbige Antworten, bietet außer gelegentlichem blödem Lächeln keine Zeichen von Stimmungsschwankungen dar. Aufforderungen befolgt er schwerfällig, reicht die Hand in steifer, manierterter Stellung, ist deutlich kataleptisch. Über seine Lebensschicksale, seine häuslichen Verhältnisse, seine Zukunftspläne erfährt man von ihm kein Wort. Stellen wir aber diesen anscheinend völlig blödsinnigen Kranken vor die Landkarte, so ist er imstande, mit ganz überraschender Schnelligkeit jede beliebige größere Stadt aufzufinden; auch einfachere Rechenaufgaben löst er rasch und richtig.

Wir erkennen daraus, daß die jetzt bestehende geistige Stumpfheit und Gedankenarmut ein erworbener Zustand sein muß, da der Kranke so, wie er jetzt ist, unmöglich sich irgendwelche Kenntnisse hätte aneignen können. Berücksichtigen wir ferner den

Mangel gemüthlicher Regungen wie die Manieriertheit beim Handgeben, so wird sich uns die bestimmte Annahme aufdrängen, daß unser Kranker einen Endzustand der Dementia praecox darstellt. Bemerkenswert ist dabei, daß er ein etwas gedunsenes Gesicht zeigt, wie wir es sehr häufig bei jener Krankheit beobachten. Endlich mache ich Sie noch auf die zahlreichen kleinen oberflächlichen Geschwürchen im Gesichte und auf der Kopfhaut aufmerksam, die sich der Kranke durch fortwährendes Zupfen mit den Fingern zugezogen hat; er hat sich auch einige Nägel an den Zehen ausgerissen. Die Neigung zu derartigen, meist sehr hartnäckigen kleinen Selbstbeschädigungen begegnet uns ebenfalls in den Verblödungszuständen der Dementia praecox ziemlich oft.

Aus der Vorgeschichte des Kranken ist zu bemerken, daß zwei Tanten von ihm an Fallsucht gelitten haben; er selbst hatte in der Jugend Krämpfe, machte vor 7 Jahren einige Male Gesichtserose durch. In der Schule war er einer der besten Schüler, nur immer etwas scheu und zurückgezogen. Vor 6 Jahren erlitt er einen Fall auf den Hinterkopf. Bald nachher wurde er ängstlich; meinte, es beuge sich nachts jemand über sein Bett, arbeitete schlechter und brachte verworrene Äußerungen vor, daß er den Krieg mitgemacht, 6 Teufel totgeschlagen habe. Er wurde immer stiller, wie geistesabwesend, exerzierte bisweilen zum Ergötzen seiner Mitarbeiter herum, war beim Essen auffallend gierig, ein Zeichen, das uns bei der Dementia praecox, namentlich im Wechsel mit Nahrungsverweigerung, ungemein häufig berichtet wird.

Bei der vor 5 Jahren erfolgten Aufnahme in die Klinik machte der Kranke bereits einen ähnlich blöden Eindruck wie jetzt. Er war aber widerstrebend, gab völlig beziehungslose Antworten und führte Reden, in denen sich Sprachverwirrtheit mit Stereotypie bemerkbar machte. So wiederholte er einige Dutzend Male: „Der ist der Herrscher; der ist ein Herrscher“ und fuhr dann fort: „Überflüssig tot machen — Französisch. Das gehört ausgeschellt; ich nehme selbst die Schelle.“ Auf die Frage: „Wo sind wir hier?“ erwiderte er: „Beim Herrscher.“ „Von welchem Land?“ „Von Hiob“ u. s. f. Gemüthlich war er völlig stumpf, kümmerte sich nicht um seine Umgebung, saß oder lag in den Ecken herum, ohne sich zu beschäftigen. Nach einigen Monaten wurde er etwas regsamer

und entwickelte nun eine Menge von Kenntnissen, die man ihm niemals zugetraut hätte. Sein Benehmen blieb aber läppisch, seine Antworten vielfach durchaus unsinnig. Zeitweise geriet er in Erregung, spuckte plötzlich dem Arzte ins Gesicht, zerschlug eine Scheibe, beruhigte sich meist sehr rasch, ohne über den Grund seiner Handlungen Auskunft geben zu können. Anscheinend hörte er zu solchen Zeiten auch Stimmen. Häufig zeigte er Echolalie; einmal machte er den Versuch, sich zu erdrosseln.

Nach $\frac{3}{4}$ jährigem Aufenthalte in der Klinik kehrte der Kranke nach Hause zurück, fing dort auch wieder an, zu arbeiten, war dabei sehr langsam. Er sprach wenig, war öfters reizbar. Vor fast einem Jahre wurde er stärker erregt, ging viel ins Wirtshaus, warf Gegenstände aus dem Fenster, schrie laut, er sei verhext, schien allerlei Gesichts- und Gehörstäuschungen zu haben, aß und schlief fast gar nicht mehr und mußte deshalb wieder zu uns gebracht werden. Hier war er besonnen, aber blöde und stumpf, erinnerte sich an seinen früheren Aufenthalt, ohne Einzelheiten angeben zu können, erzählte verworren, daß man ihn verfolgt und verhext habe. Während er zumeist ganz teilnahmslos im Bette lag und sich unter der Decke versteckte, geriet er von Zeit zu Zeit in sehr heftige Erregung, zerstörte, rief zum Fenster hinaus, redete zusammenhanglos, wurde unrein, nahm sonderbare Stellungen ein, kletterte auf der Bettkante herum, warf die Bettstücke heraus, um den Drahtrost in die Höhe zu stellen, drohte mit Gewalttätigkeiten und beklagte sich, daß man ihm den Leib aufschneiden, die Kehle herausreißen wolle, anscheinend auf Grund von Stimmen. Nach wenigen Tagen beruhigte er sich wieder und versank in dasselbe blöde Nichtstun wie vorher. Auf körperlichem Gebiete war außer starker Dermatographie, mechanischer Erregbarkeit des Facialis und der Gedunsenheit des Gesichtes keine Störung nachzuweisen; nur zeigte das Gewicht im Zusammenhange mit den Erregungen ziemlich regelmäßige Schwankungen*).

Das hier gezeichnete Bild kann Ihnen als Beispiel für zahllose ähnliche Fälle gelten, die allmähliche Verblödung nach ängstlicher

*) Der Kranke kam vor 5 Jahren in eine Pflegeanstalt, konnte von da gebessert entlassen werden, arbeitet jetzt zu Hause fleißig, spricht aber wenig und ist leicht aufgeregt.

Verstimmung im Beginne, die Entwicklung einzelner katatonischer Zeichen, hier der Sprachverwirrtheit, der Stereotypie, der Befehlsautomatie, der triebartigen Handlungen und Manieren, endlich der dauernde Wechsel zwischen stumpfem Hindämmern und läppischer Erregung mit einzelnen Sinnestäuschungen; dabei der Nachweis überraschender Kenntnisse aus früheren Tagen. Namentlich die periodischen Erregungen sind ungemein häufige Begleiterscheinungen der Endzustände der *Dementia praecox*. Diese letzteren pflegen sich in den großen Irrenanstalten in gewaltiger Zahl anzusammeln und geben ihnen mit ihren Absonderlichkeiten und plötzlichen Aufregungen einerseits, mit ihrer Besonnenheit und Arbeitsfähigkeit andererseits geradezu ihr eigenartiges Gepräge. So verschieden sich aber auch das äußere Bild der Einzelnen in diesen Massen ausnimmt — die von uns so oft gekennzeichneten Grundstörungen auf dem Gebiete der Gefühle und des Handelns sind ihnen allen gemeinsam.

XXII. Vorlesung.

Verblödung bei größeren Hirnerkrankungen.

M. H.! Wenn wir die Erwartung ausgesprochen haben, daß es gelingen werde, aus dem großen Gebiete der Paralyse noch einige andersartige Rindenerkrankungen loszulösen, so ist dazu zu bemerken, daß wir natürlich auch jetzt schon diejenigen Hirnkrankheiten ohne Schwierigkeit von der Paralyse abgrenzen, die keine ausgebreiteten, sondern umschriebene Veränderungen in der Rinde erzeugen. So werden Sie die 58jährige Bäuerin, die ich Ihnen jetzt vorführe, gewiß nicht für paralytisch halten. Wie Sie auf den ersten Blick erkennen, ist die Kranke auf der rechten Seite gelähmt. Der rechte Arm liegt in Beugestellung dicht am Leibe an; die Hand hängt herunter, ist blaurot verfärbt, etwas gedunsen und kühl. Bei passiven Bewegungen bemerken Sie deutlich eine starke Spannung in den leicht gekrümmten Fingern; es gelingt nur mit einem gewissen Kraftaufwande, sie zu strecken; auch das Strecken des Armes

stößt auf einen leichten Widerstand. Die Kranke selbst vermag nur ganz geringe Bewegungen der Finger und des Armes auszuführen. Das rechte Bein schleift beim Gehen ein wenig nach. Die Empfindlichkeit für Berührungen und Nadelstiche ist rechts sehr stark herabgesetzt, erscheint aber auch links etwas abgestumpft; wenigstens macht die Kranke keine Abwehrbewegungen. Der Kniesehnenreflex ist links erhalten, rechts gesteigert; hier besteht auch etwas Fußklonus. An Augenbewegungen, Pupillen und Augenhintergrund ist keine Störung nachzuweisen. Der Puls ist ziemlich voll und hart.

Die genauere Untersuchung der Kranken wird sehr bedeutend dadurch erschwert, daß sie völlig aphasisch ist. Die einzigen Worte, die sie vorzubringen vermag und immer wiederholt, sind: „Ich will ins Bett.“ Es läßt sich indessen zeigen, dass sie einfache Reden versteht. Der Aufforderung, die Hand zu geben, die Zunge zu zeigen, kommt sie meist nach, wenn auch sehr langsam und schwerfällig. Dabei verrät sich die Neigung, dieselbe Handlung zu wiederholen, auch wenn man späterhin etwas anderes von ihr verlangt. Erst allmählich findet sie sich in die neue Aufgabe hinein. Verwickeltere Aufforderungen versteht sie anscheinend überhaupt nicht. Sie macht wohl noch den schwachen Versuch, auf Wunsch die gelähmte Hand zu reichen, wird aber ganz ratlos, wenn man verlangt, daß sie mit der linken Hand das rechte Ohr ergreifen solle. Sie streckt dann vielleicht die Zunge heraus, schließt die Augen oder macht irgendwelche sonstige verkehrte Bewegungsanläufe.

Es ist natürlich von vornherein schwer, zu sagen, ob dieses Verhalten durch die Unfähigkeit zur zweckmäßigen Ausführung der richtig gewollten Bewegungen, also durch Parapraxie, oder durch unvollkommenes Verständnis der Aufforderungen bedingt ist. Für die erstere Auffassung würde etwa die Beobachtung sprechen, daß die Kranke bei wechselnden Aufforderungen zunächst entschieden die Neigung hat, die frühere Bewegung zu wiederholen, sich dann aber verbessert. Andererseits ist es bei den allerdings sehr spärlichen selbständigen Willenshandlungen der Kranken nicht aufgefallen, daß sie besondere Schwierigkeiten hätte, ihre Absichten auszuführen, oder daß sie gar Verkehrtes täte.

Weiterhin aber läßt sich mit voller Sicherheit zeigen, daß in

der Tat das Verständnis für Worte bei ihr gelitten hat. Legt man ihr zwei verschiedene Geldstücke hin mit der Aufforderung, etwa das größere oder das höherwertige zu nehmen, so bleibt ihr der Sinn der Aufforderung offenbar ganz unklar. Sie nimmt bald das eine, bald das andere in die Hand, legt es wieder hin und sieht den Arzt fragend an, ohne zu wissen, was man von ihr will. Bietet jedoch der Gegenstand selbst eine gewisse Handhabe dafür, unsere Absicht zu erraten, so wird sie auch ohne langes Zögern von ihr ausgeführt. So macht sie mit einem Schlüssel die Bewegung des Schließens, öffnet eine Streichholzschachtel und nimmt ein Hölzchen heraus, obgleich es ihr mit ihrer einen Hand ziemlich Mühe macht; ein Messer öffnet sie sogar unter Zuhilfenahme der Zähne. Einen Arzt, den sie zufällig von früher her kannte, begrüßte sie sehr lebhaft, nickte ihm bei jedem Besuche besonders zu und verstand, daß man von ihm sprach, wenn man sie aufforderte, ihn aus der Zahl der begleitenden Herren herauszusuchen. Auch jetzt findet sie auf meine Frage ihren Abteilungsarzt leicht heraus und nickt ihm wiederholt freundlich zu, indem sie ihren monophasischen Satz eifrig vor sich hinmurmelt.

Aus diesen Erfahrungen dürfen wir schließen, daß die Kranke im allgemeinen die dargebotenen Eindrücke ziemlich gut auffaßt und verwertet, daß sie aber die an sie gerichteten Worte nur mangelhaft versteht. Es besteht also neben der völligen Unfähigkeit, zu sprechen, auch ein ziemlich hoher Grad von Worttaubheit. Die Kranke zeigt keine auffallende Färbung ihrer Gemütslage; sie ist im allgemeinen gleichmütig, kümmert sich wenig um ihre Umgebung, schläft viel. Beschäftigt man sich mit ihr, so wird sie freundlich; vernachlässigt man sie, so weint sie, so einmal, als man vergessen hatte, sie mit den anderen Kranken in den Garten zu bringen. Wünsche oder Furcht äußert die Kranke nicht; Erregungen wurden nicht beobachtet. Ihr Benehmen ist ganz geordnet. Sie hält sich sauber, ißt selbständig, begrüßt den Arzt, fügt sich willig in die getroffenen Anordnungen.

In den 4 Monaten, seit die Kranke bei uns ist, hat sich ihr körperlicher und psychischer Zustand nicht wesentlich geändert; nur war sie im Anfang unrein, mußte gefüttert werden, erschien blöder als jetzt. Dieser Verlauf spricht von vornherein sehr gegen den Verdacht einer paralytischen Erkrankung, da die dort vorkommenden

Herderscheinungen sich mit ganz seltenen Ausnahmen auffallend rasch wieder zurückzubilden pflegen. Wir werden daher sofort zu der Vermutung gedrängt, daß hier eine mehr umschriebene Zerstörung der Rinde in der Gegend der Insel stattgefunden haben muß, die auf die dritte Stirnwindung einerseits, auf den Schläfenlappen andererseits übergegriffen haben dürfte. In der Tat hat die Kranke zwei Schlaganfälle überstanden, den ersten, der nur leicht war, vor 8 Monaten, den zweiten 3 Wochen später. Nach dem ersten Anfall konnte sie ihre häuslichen Arbeiten noch verrichten; nach dem zweiten trat die starke Lähmung des rechten Armes und der Verlust der Sprache hervor. Zugleich wurde die Kranke schlaflos, ängstlich, verwirrt und, erregt, wollte sich ums Leben bringen und ging sogar einmal in den Fluß, kam aber von selbst wieder heraus. Vorher soll sie immer gesund und lebenslustig gewesen sein, hat in der Jugend ein uneheliches Kind geboren. Ihre Großmutter war geisteskrank.

Wenn es uns auch beim Mangel genauerer Anhaltspunkte schwer wird, uns ein sicheres Urteil über die Art des hier vorliegenden Krankheitsvorganges in der Hirnrinde zu bilden, so liegt es doch im Hinblick auf die wiederholten Anfälle, den plötzlichen Eintritt der Störungen ohne Zeichen einer Drucksteigerung in der Schädelhöhle und ihre lange, unveränderte Dauer am nächsten, an eine Gefäßverstopfung zu denken. Gefäßerkrankungen sind ja in dem Alter, in dem unsere Kranke steht, recht häufig; zudem weist die schwere Veränderung des gesamten Seelenlebens, namentlich die große Stumpfheit der Kranken, die sich kaum aus einer umschriebenen Rindenzerstörung allein erklären würde, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf eine allgemeinere Beteiligung der Hirnrinde an dem Krankheitsvorgange hin. Wir dürfen uns vielleicht vorstellen, daß arteriosklerotische Vorgänge an den Hirngefäßen einmal allgemeinere Ernährungsstörungen, sodann aber örtliche Verstopfungen herbeigeführt haben.

Als bekanntere Ursachen solcher Erkrankungen kämen alkoholische und syphilitische Schädigungen der Gefäße in Betracht; zu meist freilich pflegen sie sich im Rückbildungs- und Greisenalter ohne greifbare Ursache einzustellen. Da indessen die Möglichkeit einer Syphilis hier wenigstens nicht auszuschließen war, so haben wir den Versuch gemacht, der Kranken durch Darreichung von Jod-

kalium zu helfen, leider ohne Erfolg. Die Kranke hat wohl hier und da noch ein einzelnes Wort über ihren gewöhnlichen Satz hinaus hervorgebracht oder sich ein wenig regsamer gezeigt; im ganzen werden wir uns jedoch darauf gefaßt machen müssen, daß eine wesentliche Besserung dieses apoplektischen Blödsinns nicht eintreten, vielmehr das Leiden durch neue Anfälle früher oder später noch weitere Fortschritte machen wird*).

Sehr viel schwieriger gestaltet sich die richtige Deutung des Krankheitsbildes bei dem kräftig gebauten, 45 Jahre alten Elektrotechniker, der nunmehr mit etwas müden, schwerfälligen Schritten hereintritt. Der Kranke begrüßt uns, nimmt Platz, gibt über seine persönlichen Verhältnisse zögernde, aber richtige Auskunft. Wir erfahren, daß er unehelich geboren, anfangs Laufbursche, später Schlosser gewesen ist; über die Schicksale seiner Eltern und Geschwister vermag er keine näheren Angaben zu machen. Mit 18 Jahren beteiligte er sich an einem Einbruchsdiebstahl und wurde zu 1 Jahr Gefängnis verurteilt; „es war eine richtige Lausbuberei; man hätte mir sollen den Hintern vollhauen.“ Vier Jahre später heiratete er, ließ sich aber nach einigen Jahren wieder scheiden; „es war wie ein Hintertreppenroman, aber ich hab's selber erlebt.“ Zwei Kinder starben klein. Später gelang es ihm, in gut bezahlte Stellen zu kommen; er arbeitete fleißig und war gesund bis vor 3 Jahren, wo starke Kopfschmerzen auftraten, namentlich hinten. Dieselben kamen alle paar Tage, bald bei Tage, bald nachts; durch Migränin wurden sie rasch beseitigt, doch half das Mittel, an das sich der Kranke sehr gewöhnt hatte, zuletzt nicht mehr so gut. Kurz vor der Aufnahme hier, die vor 7 Monaten stattfand, wurde er schlaflos, ging mehrmals ins Krankenhaus, blieb aber immer nur ganz kurze Zeit dort. Ein Arzt, den er aufsuchte, erklärte ihm, daß Zucker im Harn sei. Einmal schlief er einen Tag und eine Nacht hindurch, war nachher schwach auf den Beinen. Schließlich brachte man ihn gegen seinen Willen hierher zu den Geisteskranken. Er habe fürchterliche Schmerzen und wisse, daß es mit ihm zu Ende gehe. Tröstende Einwände wehrt er mit wehmütigem Lächeln ab; man solle ihm die Wahrheit sagen; die Ärzte wüßten ja ganz gut, wie es mit ihm stehe.

*) Die Kranke ist ein Jahr später in einer Pflegeanstalt gestorben.

Beim genaueren Eingehen auf die Lebensgeschichte des Kranken fällt die Unklarheit und Verschwommenheit seiner Angaben auf. Er ist sehr unsicher in seinen Zeitbestimmungen, vermag sich nicht auf den Namen seines letzten Arbeitgebers zu besinnen, bei dem er jahrelang beschäftigt war, weiß von wichtigeren Ereignissen der letzten Jahre kaum etwas anzuführen, meint, als armer Arbeiter habe er sich nicht so um Politik gekümmert. Jahreszahl und Datum nennt er unrichtig, verwechselt die Namen der Städte, in denen er sich aufgehalten hat, vermag die Vorgänge bei seiner Verbringung in die Klinik nicht zu schildern. Auf die Frage nach überstandenen Geschlechtskrankheiten gibt er einmal an, daß er mit 20 Jahren einen weichen Schanker gehabt habe; später verlegt er denselben 3 Jahre vor seine Aufnahme in die Klinik und erzählt noch von zwei Trippererkrankungen. Einfache Rechenaufgaben löst er richtig, versagt aber völlig, sobald er dabei eine Zahl im Gedächtnisse behalten muß. Für diese starke Störung seiner Merkfähigkeit und seiner Erinnerungen hat er eine gewisse Einsicht; „es ist lächerlich,“ meint er, „daß ein alter Mann wie ich nicht weiter orientiert ist.“

Die Stimmung des Kranken ist im ganzen gedrückt, verzagt. Wenn ihm auch ein klares Verständnis für die Schwere seines Leidens fehlt, dessen Erscheinungen er zum Teil durch äußere Umstände zu erklären sucht, so ist doch das Gefühl der Hilflosigkeit bei ihm sehr ausgeprägt. Er macht sich Vorwürfe über Onanie in der Jugend, über seine Bestrafung, über den Verlust seiner Stellung, fürchtet schlimme Folgen von dem Aussetzen der Migräninpulver, möchte sie aber auch nicht weiternehmen. Andererseits gelingt es leicht, ihn, wenn auch nur vorübergehend, abzulenken und selbst zum Lachen zu bringen. Sehr auffallend ist seine Willensschwäche. Er befolgt jede Aufforderung, erklärt sich ohne weiteres bereit, in der Klinik zu bleiben, obgleich er sich über seine „Inhaftierung“ beklagt, äußert keine bestimmten Pläne oder Wünsche für die Zukunft.

Schon in der Unterhaltung mit dem Kranken haben wir bemerkt, daß er sich langsam und schwerfällig ausdrückte, mehrfach nach dem richtigen Worte suchte, sich versprach, z. B. „Ehrenstellung“ statt „Lebensstellung“ sagte, und namentlich oft kurz vorher gegangene Silben oder Wörter an Stelle der richtigen setzte,

eine Störung, die auf das Haften früherer Bewegungsantriebe hinweist. Alle diese Erscheinungen sind allmählich, offenbar infolge von Ermüdung, immer stärker hervorgetreten, so daß es schließlich schwer wird, ihn zu verstehen. Beim Versuche, zu schreiben, machen sich entsprechende Krankheitszeichen sofort ungemein deutlich geltend. Der Kranke beginnt ganz flott seinen Namen, gerät aber schon nach wenigen Worten in ein ganz unverständliches Gekritzel hinein, in dem man zur Not noch einzelne Buchstaben erkennen kann, während deren Zusammenordnung zu Silben durch Umstellungen, verkehrte Einschiebsel, besonders aber durch sinnlose Wiederholung derselben Zeichen völlig vereitelt wird, so daß der Kranke entmutigt den Bleistift beiseite legt.

Die körperliche Untersuchung des kräftig gebauten und gut genährten Mannes ergibt erhaltene Pupillenreaktion, leichte nystagmusartige Zuckungen beim Sehen nach rechts und vielleicht Andeutungen von rechtsseitiger Hemianopie, soweit sich darüber bei seiner geistigen Schwerfälligkeit ein Urteil gewinnen läßt. Die Hautempfindlichkeit ist rechts etwas herabgesetzt; Gegenstände, die dem Kranken in die Hand gegeben werden, erkennt er links besser als rechts. Lähmungen sind nicht vorhanden, doch ist die grobe Kraft beträchtlich vermindert, besonders rechts. Alle Bewegungen geschehen langsam und ungeschickt; der Kranke vermag nicht einfache Handstellungen nachzuahmen. Der Gang ist unsicher, tappend; beim Stehen mit geschlossenen Augen schwankt der Kranke; die gespreizten Finger zeigen feinschlägiges Zittern. Die Kniesehnenreflexe sind lebhaft, beiderseits gleich. Sonstige Störungen von seiten des Nervensystems sind nicht nachzuweisen. Die Schläfenarterien sind stark geschlängelt, treten deutlich hervor; die Radialarterien sind ziemlich hart. Der Puls ist voll, regelmäßig, 72; am Herzen ist keine Abweichung nachzuweisen. Im Harn findet sich reichlich Eiweiß.

Die Verbindung von psychischer Schwäche, insbesondere von Gedächtnisabnahme, mit den Zeichen eines schweren Hirnleidens, wie sie der Kranke darbietet, wird uns zunächst an die Möglichkeit einer Paralyse denken lassen. Dieser Verdacht wird noch verstärkt, wenn wir erfahren, daß er 2 Monate nach der Aufnahme einen Ohnmachtsanfall gehabt hat, an den sich in den nächsten Tagen die Entwicklung einer ausgeprägten Aphasie mit Hemianopie, Hypästhesie

und Parese der rechten Körperhälfte anschloß. Zeitweise war er ganz benommen und hatte mehrmals Erbrechen. Alle Störungen verloren sich bis auf geringe Reste ziemlich rasch wieder. Einen Monat später zeigte sich vorübergehend Harnverhaltung, und wieder 6 Wochen nachher trat ein epileptiformer Anfall auf. Diese Störungen würden sich ungezwungen als paralytische Anfälle deuten lassen. Dennoch werden wir uns nicht verhehlen dürfen, daß gewisse Eigentümlichkeiten des vorliegenden Krankheitsfalles doch nicht so ganz dem gewöhnlichen Bilde der Paralyse entsprechen. Auf psychischem Gebiete gehört dahin das gänzliche Fehlen von Wahnvorstellungen, die verhältnismäßig sehr gute Krankheitseinsicht, das völlig geordnete, sachgemäße Benehmen. Ferner ist darauf hinzuweisen, daß die Störung der Sprache und Schrift nicht sowohl die ataktischen und paretischen Züge der Paralyse, sondern mehr paraphasische, paragraphische und perseveratorische Erscheinungen darbietet; auch die hier so deutlich ausgesprochene hochgradige Ermüdbarkeit wird in der Paralyse nicht in dieser Weise beobachtet.

Wir werden uns unter diesen Umständen die Frage vorzulegen haben, ob nicht noch eine andere Deutung des Krankheitsbildes möglich ist. In erster Linie wäre etwa an eine syphilitische, in zweiter an eine arteriosklerotische Hirnerkrankung zu denken. Ob wirklich Syphilis voraufgegangen ist, mußte nach den Angaben des Kranken zweifelhaft erscheinen. Dennoch haben wir im Hinblick auf die üblen Aussichten des Krankheitsfalles geglaubt, einen Versuch mit der Einleitung einer Quecksilberkur machen zu sollen. Da sich dabei der Zustand rasch verschlechterte, die Harnmenge abnahm und der Eiweißgehalt stieg, mußten wir diese Behandlung bald wieder aufgeben und haben uns auf die Darreichung von Jodnatrium beschränkt, mit dem Erfolge, daß sich die geschilderten bedrohlichen Erscheinungen wieder verloren, ohne daß jedoch im sonstigen Zustande des Kranken irgend eine wesentliche Veränderung eingetreten wäre.

Es ist nach diesen Erfahrungen zwar nicht möglich, eine syphilitische Grundlage des Leidens auszuschließen, aber diese Annahme hat auch keine Bestätigung gefunden. Die Möglichkeit einer arteriosklerotischen Erkrankung wird daher näher gerückt. Für dieselbe würden sich der Eiweißgehalt des Harns und die sichtbaren Arterien-

veränderungen anführen lassen, dagegen das immerhin jugendliche Alter des Kranken. Die Art der Herderscheinungen würde mehr der Arteriosklerose entsprechen, insbesondere ihre rasche Entwicklung und ihr Wechsel; auch das Fehlen der Pupillenstarre würde in diesem Sinne zu verwerten sein. Endlich ist darauf hinzuweisen, daß wir dem ganz einfachen Schwachsinn ohne Wahnbildungen und Sinnestäuschungen verhältnismäßig häufig gerade bei der Arteriosklerose begegnen. Wir werden somit zu dem Schlusse kommen, daß wir es hier höchst wahrscheinlich nicht mit einer Paralyse, auch wohl nicht mit einer syphilitischen Hirnerkrankung, sondern mit einer Arteriosklerose der Hirngefäße zu tun haben. Warum dieses Leiden bei unserem Kranken in verhältnismäßig frühen Jahren aufgetreten ist, muß dahingestellt bleiben, zumal wir über die Ursachen der Arteriosklerose überhaupt noch nicht genügend klar sind. Die Prognose ist eine äußerst trübe; es steht zu erwarten, daß die Krankheit unaufhaltsam fortschreitet und in wenigen Jahren unter dem Auftreten mannigfaltiger Herderscheinungen zum Tode führt*).

Zu einer Fortsetzung der soeben angestellten Erörterungen regt uns der 52jährige Gipser an, der nunmehr, einen unordentlichen Strauß im Knopfloche, hinkend und mit plumpen Bewegungen hereintritt. Der Kranke begrüßt uns lebhaft und wortreich, gibt auf die an ihn gerichteten Fragen sinngemäße und meist zutreffende Antwort, gerät dabei jedoch regelmäßig in einen ziemlich zusammenhanglosen Redeschwall, der sehr bald auf die Schilderung von Kriegserlebnissen und auf die Forderung hinausläuft, man möge ihn wegen rheumatischer Leiden in das Landesbad nach Baden-Baden schicken. Er ist leicht abzulenken, geht aber auf neue Anregungen nur ganz flüchtig ein, um alsbald wieder auf die erwähnten Fragen zurückzukommen, die er weitschweifig fast mit denselben Worten immer wieder vorbringt. In seine polternden Reden schiebt er ohne

*) Leider war uns bei der Untersuchung des Kranken das wichtige Hilfsmittel der Cytodiagnostik noch nicht bekannt. Der Nachweis oder das Fehlen einer Vermehrung der Lymphocyten in der Cerebrospinalflüssigkeit würde für die Unterscheidung zwischen syphilitischer oder arteriosklerotischer Erkrankung schwer ins Gewicht gefallen sein. Der Kranke ist $\frac{3}{4}$ Jahre nach dem Eintritte in unsere Klinik in einer Pflegeanstalt zugrunde gegangen. Die feinere Untersuchung des Hirns ergab unzweifelhafte Arteriosklerose.

Sinn eigentümliche Flickwörter ein, „fasso“, „fasso soso“, „fasso andersrum“, entstanden aus dem Worte „façon“. Auf Befragen erfahren wir, daß er über zeitliche Verhältnisse, seinen Aufenthaltsort, die ihn umgebenden Personen durchaus klar ist. Er kommt aus dem Arbeitshause, wo man ihn „vertelephont“ hat. Das taten die Aufseher; auch hier hört er noch Telephonstimmen von dorther. „Jetzt also, das mit dem Telephon, das ist so: Da ist meine Bettstatt und da ist die Wand, die ist elektrisch. Da habe ich auch meine Schmerzen im Rücken und in der Schulter, das kommt vom Elektrisieren. Da in der Türe ist ein Hebel; der wird gesetzt und da rüttelt's und elektrisiert's. Das kommt, weil ich im Arbeitshause auf dem Bodenbett gelegen habe; durch die Erschütterung habe ich das Ding im Kopfe und in den Ohren, und in der Achsel bin ich wie eingefroren.“ „Die hören ja und sprechen alles, was wir denken; ich hör' jedes Wort, was sie dort sagen, und die hören, was ich sage.“ Aufgefordert, über den Inhalt der Stimmen zu berichten, horcht er auf: „Jetzt erzählen sie eben — jetzt schwätzen sie nicht, sagen sie — jetzt sind sie fertig — jetzt darf man nichts mehr sagen — das sagt der Doktor — jetzt wird Politik umgeschmissen, sagt die Mutter.“ „Das ist gerade so, wie wenn wir hier miteinander schwätzen.“ Weiterhin erzählt er eine verworrene Geschichte von Sibyllenweissagung, die ihm ein Briefträger gemacht habe. „Der Deutsche Kaiser sei verschossen, der Großherzog sei verschossen, und ich sei in das Zimmer hineingekommen als Zielpunkt. Dann tu ich an den russischen Kaiser telegraphieren als Infanterist, damit er bestattet wird; der ist gekommen und hat mit mir gesprochen; er heißt Friedrich Czar. Ich habe die Prinzessin Maria Theresia Hildazar heiraten wollen. Das laß ich mir nicht absprechen, daß der Aufseher und der Briefträger, daß die das mit der Ambulanzgeschichte und der Zaubergeschichte; die sind aber mit der elektrischen Schießmaschine verschossen worden.“

Im weiteren Verlaufe dieser mit ausgiebigen Gebärden vorgetragenen Erzählungen ersucht der Kranke um seine Uniform als „König Halleluja von Portugal“, die hier liege. Zugleich verlangt er seine Pension von 800 Mark, will Urlaub nehmen, um die Prinzessin Karolina Viktoria in Berlin zu heiraten, zunächst als General von der Tann hinfahren, so lange er nicht gekrönt sei. Die Ärzte ernennt er zu Stabsärzten; einige der Mitkranken will er mitnehmen,

um sie in verschiedenen Stellungen zu verwenden. In Baden-Baden will er einen Kaiserkongreß abhalten, auf dem sämtliche Deutsche Fürsten und Stämme erscheinen sollen, als Deutscher Kaiser von Rußland und Frankreich.

Die Stimmung des Kranken ist gehoben, leicht erregt. Häufig bricht er in ein unbändiges Lachen aus; er meint jedoch: „Ich muß lachen; ich lach' nicht gern und kann's nicht lassen; es kommt und geht; es ist gerad' wie's Meer.“ Uns gegenüber schlägt er einen gemüthlich-kollegialen Ton an, klopft uns auf die Schulter, schlägt zur Bekräftigung derb auf den Tisch. Sein Benehmen ist etwas ungeschlacht, aber natürlich und geordnet; nur fällt eine gewisse Unruhe und Geschwätzigkeit auf.

Die körperliche Untersuchung des großen, sehr kräftig gebauten Mannes ergibt zunächst als Ursache seines Hinkens eine alte, rechtsseitige Coxitis mit Verrenkung des Gelenkkopfes nach hinten und Verkürzung des Beines um 7 cm. Der linke Arm ist etwas schwächer, als der rechte; der Kranke gibt an, hier öfters das Gefühl von Pelzigsein zu haben, doch läßt sich eine Empfindungsstörung kaum nachweisen. Die linke Gesichtshälfte erscheint etwas schlaffer, als die rechte; der Kniesehnenreflex ist links stärker, als rechts. Die Pupillenreaktion zeigt keine Störung; die Sprache des Kranken ist ein wenig undeutlich und verwaschen; seine Schriftzüge bieten kleine Unregelmäßigkeiten und Verbiegungen dar; Auslassungen von Buchstaben kommen ebenfalls vor, wenn sie auch bei der sehr mangelhaften Rechtschreibung des Kranken schwer zu beurteilen sind. Die Radialarterien sind geschlängelt, hart; der Puls ist gespannt, langsam; sonst lassen sich keine Abweichungen auf körperlichem Gebiete nachweisen.

Über die Vorgeschichte unseres Kranken erfahren wir, daß er im Feldzuge 1870/71 erkrankte und in französische Gefangenschaft geriet. Es entwickelte sich bei ihm eine eitrige Hüftgelenkentzündung, die zu der Verkürzung seines rechten Beines führte. Vom Jahre 1881 an verfiel der Kranke dem Trunke und kam allmählich immer mehr herunter. Er wurde etwa 60 mal bestraft, wegen Bettelns, Ruhestörung, Hausfriedensbruchs, groben Unfugs, einige Male auch wegen Körperverletzung und kleiner Diebstähle. Ferner wurde er dreimal ins Arbeitshaus eingewiesen, nachdem der zuständige Bezirksarzt ihn wiederholt für nicht geisteskrank, sondern für

einen verkommenen Säufer und Simulanten erklärt hatte. Im Arbeitshause fiel er wegen seiner Unbotmäßigkeit auf, die sich durch keine Zuchtmaßregel bekämpfen ließ. Als er dann endlich bedrohlich wurde, die Nahrung verweigerte und von einem bevorstehenden Besuche des Kaisers sprach, wurde er vor nunmehr 7 Monaten unserer Klinik überwiesen.

Hier bot er zunächst, abgesehen von seiner langatmigen und einförmigen Geschwätzigkeit, nicht viel Auffallendes. Er verfaßte eine Unmenge von Briefen und Eingaben an alle möglichen hochgestellten Personen und Behörden, in denen er ziemlich verworren seine Feldzugserlebnisse sowie seine Ansprüche auf Versorgung und Behandlung im Landesbad darlegte. Dabei war er andauernd von einer polternden Lustigkeit, machte plumpe Scherze, hielt Reden an die Mitkranken, sammelte allerlei Unrat in seinen Taschen, schmückte sich mit Zigarrenbändern und Blättern, band sich Fäden um die Finger. Dazwischen äußerte er abenteuerliche, vielfach wechselnde Wahnvorstellungen, ähnlich den heute vorgebrachten, er stamme von einem russischen, seine Frau von einem französischen General ab; er solle Deutscher Kaiser sein und Kronkaiser und Generalfeldmarschall, in den Ruhestand versetzt; das seien Telephongeschichten. Diese Erzählungen wurden meist scherzhaft vorgebracht und waren durch Einreden leicht zu beeinflussen. Sein Benehmen war dabei im ganzen geordnet; er beschäftigte sich vielfach mit Abteilungsarbeit.

Etwa 5 Wochen nach seiner Aufnahme traten bei dem Kranken plötzlich eine lange Reihe schwerer Krampfanfälle auf, die sich mit einer Häufigkeit bis zu 80 in 24 Stunden über 17 Tage hin erstreckten. Die Anfälle begannen jeweils mit Rollung der Augen nach links oben, Linksdrehung des Kopfes, Hebung und Beugung des linken Armes, des linken Beines und des rechten Armes. Dann begannen heftige Zuckungen in den Armen und im Gesichte, besonders links, bei starrer Streckung beider Beine, Schütteln des ganzen Körpers, Kinnbackenkrampf und Stocken der Atmung. Der Krampf löste sich nach 1 Minute; auch reagierten die bis dahin stark erweiterten, starren Pupillen wieder. Nach einer kurzen Zeit deliranter Benommenheit kam der Kranke rasch zu sich, erkannte die Umgebung, zeigte Verständnis für die Maßnahmen des Arztes, wollte aber nicht glauben, daß er Krämpfe gehabt habe.

Erst im weiteren Verlaufe war er öfters auch zwischen den Anfällen benommen und unklar, aber meist sehr guter Stimmung. Als die Anfälle allmählich schwanden, ließ sich eine linksseitige spastische Lähmung mit Anästhesie, Steigerung des Kniesehnenreflexes und Babinskis Zehenstreckreflex feststellen. Der Augenhintergrund war normal, der Puls stets hart und gespannt, anfangs verlangsamt, später beschleunigt, vielfach aussetzend. Alle diese Störungen verloren sich bis auf geringe Reste ziemlich rasch wieder. Seither ist der Kranke im ganzen entschieden geistig zurückgegangen; die Gehörstäuschungen und abenteuerlichen Wahnbildungen sind stärker hervorgetreten. Sprache und Schrift haben sich verschlechtert.

Der vorliegende Krankheitsfall kann zunächst für eine Paralyse gehalten werden. Dafür würden etwa die unsinnigen, beeinflussbaren Größenideen, sodann die Anfälle sprechen, die an paralytische erinnern, endlich die Störung der Schrift und der Sprache. Allein jener Annahme stehen doch gewichtige Bedenken entgegen. Der Kranke war andauernd zeitlich und örtlich völlig klar und bot durchaus nicht die kennzeichnende Unbesinnlichkeit des Paralytikers dar; er zeigt bis heute trotz deutlicher Verblödung eine Regsamkeit und Lebhaftigkeit, wie sie jenen Kranken nicht eigen zu sein pflegt. Auch das starke Hervortreten der Gehörstäuschungen ist bei der Paralyse, wenn man von den tabischen Formen absieht, recht ungewöhnlich. Dazu kommt, daß Pupillenstörungen gänzlich fehlten, daß die Störung der Sprache und Schrift auffallend geringfügig war, weiterhin, daß auch die Anfälle von denjenigen der Paralytiker abwichen. Namentlich war die regelmäßige, rasche Wiederkehr der Besonnenheit zwischen den einzelnen Anfällen bemerkenswert; in einer längeren Reihe paralytischer Anfälle pflegen die Kranken dauernd tief benommen zu bleiben. Sodann trugen die Krämpfe in ausgeprägtester Weise die Züge einer umschriebenen Rindenschädigung; nach ihrem Ablaufe erhielten sich viele Monate hindurch die Andeutungen der erlittenen Lähmung, ein Verhalten, das bei der Paralyse immerhin selten ist.

Wir werden uns unter diesen Umständen die Frage vorzulegen haben, ob nicht eine andere Deutung des Falles näher liegt. Das Verhalten des Pulses könnte uns auf eine arteriosklerotische Hirnerkrankung hinweisen. Allein auch hier stoßen wir auf Schwierig-

keiten. Die verhältnismäßig geringe Schädigung des Gedächtnisses, andererseits die ausgeprägten Wahnbildungen und namentlich die Sinnestäuschungen passen nicht in den Rahmen jenes Leidens. Auch die Art der Sprachstörung, die mehr einer leichten Parese und Ataxie ähnelte, stimmt nicht zu jener Annahme, ebensowenig die lange Reihe von Krampfanfällen hintereinander mit ihren verhältnismäßig geringfügigen Ausfallerscheinungen.

Dagegen dürften uns gerade die Zeichen, die den bisher besprochenen Deutungen Schwierigkeiten boten, auf eine weitere Möglichkeit hinweisen, diejenige einer luetischen Rindenerkrankung. Das geringe Hervortreten der Gedächtnisstörung, die Erhaltung der Klarheit und geistigen Regsamkeit trotz ausgeprägten Schwachsinn, die andauernden Gehörstäuschungen, die an Paralyse erinnernden, aber weit leichteren Veränderungen der Sprache und Schrift, die auf einen umschriebenen Herd hindeutenden Krämpfe sind Erscheinungen, die sich ohne Zweifel am besten durch die Annahme einer syphilitischen Endarteriitis erklären lassen. Der Verlauf dieses Leidens ist ein ungleich langsamerer, als derjenige der Paralyse und der Arteriosklerose. Es kann sich ein einfacher, mehr oder weniger hochgradiger Verblödungszustand mit einzelnen körperlichen Störungen entwickeln, der lange Jahre unverändert bleibt, vielfach unter Fortdauer von Gehörstäuschungen*). Die antiluetische Behandlung vermag daran in der Regel nicht viel zu ändern.

*) Der Kranke ist 2 Monate später in einer neuen Reihe schwerer Anfälle zugrunde gegangen. Es fand sich ein apoplektischer Herd an der Basis des rechten Stirnhirns, außerdem Schrumpfniere, Herzvergrößerung, Herzmuskelentartung, Endarteriitis am Aortenbogen. Die feinere Untersuchung des Gehirns ergab ausgedehnte luetische Endarteriitis. Leider konnte auch hier zur Klärung des Krankheitsfalles noch nicht die Lumbalpunktion herangezogen werden, die wenigstens eine einfache Arteriosklerose auszuschließen gestattet hätte.

XXIII. Vorlesung.

Altersblödsinn.

M. H.! Gleich zu Beginn unserer Betrachtungen haben wir in der Melancholie eine Krankheit kennen gelernt, deren Entstehung, wie es scheint, an das Alter der sinkenden Lebenskraft gebunden ist. Außerdem aber pflegen in den Rückbildungsjahren, die eine Zeit geringerer Widerstandsfähigkeit bedeuten, häufiger auch eine Reihe von anderen Geistesstörungen aufzutreten, so namentlich die verschiedenen Anfälle des manisch-depressiven Irreseins, ferner die Paralyse, besonders bei Frauen. Seltener sind die Epilepsie sowie diejenigen Formen des Irreseins, die überhaupt keine nähere Beziehung zu bestimmten Lebensaltern aufweisen, wie die Vergiftungen. Endlich aber gibt es eine größere Gruppe von Geistesstörungen, die in noch höherem Grade, als die Melancholie, den Stempel des geistigen Niederganges tragen, wie er das Greisenalter kennzeichnet. Eine dieser Formen haben wir in dem senilen Verfolgungswahne bereits näher besprochen.

Ein anderes, hierher gehöriges Bild zeigt Ihnen ein 86jähriger Gummiarbeiter, der nunmehr in leicht gebückter Haltung und mit schlürfenden Schritten hereintritt. Er erwidert freundlich unseren Gruß, winkt zutraulich mit der Hand und erweist sich als zugänglich und gesprächig. Sein Alter gibt er richtig an, versieht sich aber bei Angabe der jetzigen Zeit um einige Monate und verlegt unsere Unterhaltung in das Jahr 1991, um sich dann auf Vorhalt zu verbessern. Wie lange er schon hier ist, weiß er nicht, „ein Jahr oder ein halbes Jahr vielleicht“, doch ist er darüber klar, daß er sich in einem Krankenhause befindet, „wegen seines Kopfes“. Die Ärzte kennt er „vom Sehen“, aber nicht mit Namen; auch den Praktikanten hat er schon gesehen. Über sein Leiden vermag er keine Auskunft zu geben, weiß nicht, wie es angefangen hat, wie er zu uns gekommen ist. Als wir ihn daran erinnern, daß er sich vor 8 Monaten plötzlich mit Urin gewaschen und auch seinen Urin getrunken habe, daß er damals dreimal habe zum Bahnhofe laufen und auf einem bestimmten Wege zurückkehren müssen,

fallen ihm diese Erlebnisse wieder ein; er vermag aber keine Rechenschaft darüber zu geben, warum er das getan habe; „das weiß ich nicht; das weiß ich heute noch nicht“. Als wir ihm erzählen, daß er sich für Jesus Christus ausgegeben habe und im Himmel gewesen sei, lacht er zunächst herzlich: „Das soll ich gesagt haben?“ Dann aber wird er ernst und meint: „Ja, ich weiß aber doch, daß meine Frau das Wasser abgestellt hat, damit ich nicht versaufen kann.“ Über die Ereignisse seines früheren Lebens, auch über politische Vorgänge bis vor etwa 30 Jahren, erhalten wir von ihm mancherlei, wenn auch nicht sehr ergiebige Auskünfte; über die späteren Zeiten erfahren wir kaum noch etwas. Schulkenntnisse, namentlich das Rechnen, haften noch leidlich. Dagegen vergißt der Kranke binnen wenigen Minuten Worte und Zahlen, die er sich merken sollte; er hat auch keine Ahnung mehr, was er in den letzten Tagen oder vor einigen Stunden gesagt und getrieben hat, hört den Bericht darüber halb zweifelnd an, und er wiederholt auch mehrfach die gleichen Erzählungen, ohne zu bemerken, daß er sie in derselben Unterhaltung schon einmal vorgebracht hat. Seine Stimmung ist kindisch-fröhlich, zeitweise, bei Widerspruch, unwirsch und gereizt. Er möchte wieder nach Hause, gibt sich aber zufrieden, wenn man ihm entgegnet, daß er noch krank sei, hofft, bald gesund zu werden. Er habe es bisweilen im Kopf; seine Söhnerin, das Saumensch, sei ihm mit dem Finger über die Zähne gefahren und habe ihn so verrückt gemacht.

Die körperliche Untersuchung des Kranken ergibt vor allem die Zeichen vorgerückten Greisenalters, Atrophie der Haut, der Knochen, der Muskulatur, ausgebreitete Arteriosklerose, Andeutungen von Katarakt. Die linke Pupille ist weiter, als die rechte, die Lichtreaktion beiderseits wenig ausgiebig. Auf dem rechten Ohr ist der Kranke schwerhörig.

Die klinische Deutung dieses Zustandes würde uns auch dann keine großen Schwierigkeiten bereiten, wenn uns das Alter des Kranken nicht von vornherein den Weg wiese. Die Unklarheit über Zeitverhältnisse und Umgebung bei erhaltener Auffassungsfähigkeit und Regsamkeit, die deliranten Wahnbildungen neben einem gewissen Krankheitsgefühl, der Mangel an Verständnis für die ganze Lage, die leere Heiterkeit des Kranken, namentlich aber die tiefe, Merkstörung und der weitgehende Erinnerungsverlust, von dem

nur weit zurückliegende und fest eingeübte Vorstellungsreihen verschont worden sind, liefern uns das Bild jener krankhaften Steigerung der gesunden Altersveränderungen, die wir mit dem Namen des Altersblödsinns belegen. Allerdings begegnen wir auch bei der Paralyse und bei der Korssakowschen Krankheit hochgradigen Merkestörungen. Bei jener ersteren Erkrankung verbindet sich indessen, auch wenn wir von den körperlichen Zeichen ganz absehen, mit so schwerer Merkestörung regelmäßig eine ausgeprägte Verblödung, Stumpfheit, Verständnislosigkeit, geistige Schwerfälligkeit, Gedankenarmut; zudem greift der Gedächtnisverlust auch den Erwerb früherer Zeiten an und betrifft neben der zeitlichen Orientierung meist sehr früh schon die Rechenfähigkeit. Schwieriger schon gestaltet sich, wenn man Vorgeschichte und Lebensalter außer acht läßt, die Abgrenzung von der Korssakowschen Krankheit. Immerhin pflegt hier die Merkestörung stärker, der Gedächtnisausfall dagegen geringer zu sein, als beim Altersblödsinn. Das Urteil ist weit weniger getrübt; die Wahnbildungen sind, wo sie überhaupt auftreten, lange nicht so unsinnig und verworren; die Stimmung zeigt an Stelle der kindischen Heiterkeit des Altersblödsinns mehr die stumpfe oder humoristische Gelassenheit des Trinkers.

Aus der Vorgeschichte des Kranken haben wir nunmehr noch nachzutragen, daß er aus gesunder Familie stammt, 3 gesunde Kinder hat und kein Trinker war. Bis vor 1½ Jahren hat er gearbeitet, klagte aber schon längere Zeit über starke Kopfschmerzen, stand nachts auf, legte sich nasse Tücher auf den Kopf, schimpfte vor sich hin, irrte im Hause herum, suchte seine Kleider, vermißte seine Sachen, wußte am nächsten Tage nichts mehr von dieser nächtlichen Unruhe, die für den Altersblödsinn in hohem Maße kennzeichnend ist. Vor ungefähr 8 Monaten beging er dann die früher erwähnten absonderlichen Handlungen, meinte, er sei Christi Nachfolger, bekomme ein goldenes Medaillon. Zeitweilig wurde er gereizt, schalt auf seine Schwiegertochter, sie sei eine große Sünderin, komme in die Hölle. Auch bei der Aufnahme hier vor 7 Monaten bezeichnete er sich als den Sohn Gottes; er sei öfters im Himmel gewesen, noch in der letzten Nacht, fahre mit dem goldenen Wagen durch die Luft dorthin. Auf Befragen gab er an, da sei es genau so wie auf der Erde; nur sei die Frucht besser, und die Leute äßen nur die Hälfte, hätten daher besseres Auskommen. Alles sei

dort schöner. „Wenn ich gepißt habe, so war das ein Staat von Wasser gegen früher.“ Im Himmel gebe es keine schlechten Leute und keine Eisenbahnen; die Leute müßten tüchtig schaffen und faulenzten nicht. Seine Frau sei nun schon 12 Jahre im Himmel; heute nacht habe er sie erlöst. Der heilige Geist habe ihnen befohlen, Gutes zu tun und Mannheim umzubauen. „Alle reichen Leute, die das Geld gefressen haben, müssen helfen bauen, Rothschild an der Spitze.“ Über Zeit und Aufenthaltsort war er ganz im unklaren. Nachts schlief er wenig, flüsterte vor sich hin, schlug sich auf die Brust. Die Stimmung war meist vergnügt; zeitweise wurde er ärgerlich, schimpfte auf die Wärter, die „selbst alles fressen und uns nichts übrig lassen“. Einige Male war er finster, abweisend, sprach kein Wort, lag mit geschlossenen Augen da, widerstrebte lebhaft bei Eingriffen, erklärte dann später, wenn er plötzlich wieder freundlich und zugänglich geworden war, der heilige Geist sei bei ihm gewesen. Gelegentlich verweigerte er die Nahrung; der heilige Geist speise ihn; er brauche nichts zu essen.

Allmählich wurde der Kranke etwas klarer über seine Lage, meinte auch wohl, er sei ganz verrückt, doch tauchten immer noch hie und da wechselnde Wahnvorstellungen auf, die Frau sei von den Toten auferstanden und habe zwei Ehrenzeichen mitgebracht, er sei Präsident u. dergl. Den Mitkranken hielt er bisweilen lange Reden über seine Erlebnisse im Himmel, geriet dabei in immer abenteuerlichere Schilderungen hinein, ohne sich hinterher mehr daran zu erinnern. Einmal hatte er einen kurz dauernden Schwindelanfall*).

Die hier geschilderte Entwicklung entspricht vollkommen den geläufigen Erfahrungen; insbesondere ist das Schwanken des Zustandes zwischen deliranten und klareren Zeiten ganz gewöhnlich. Auffallen könnte höchstens die ziemlich rasche Entwicklung des Leidens, doch dürfen wir wohl annehmen, daß leichtere Störungen, wie sie noch im Rahmen der normalen Greisenveränderungen liegen, schon längere Zeit voraufgegangen sind. Die augenfälligste Grundlage derselben sind die senilen Gefäßerkrankungen; es unterliegt jedoch keinem Zweifel, daß auch unabhängig von jenen

*) Der Kranke lebt seit 2¼ Jahren in einer Pflegeanstalt.

in großem Umfange nervöses Rindengewebe zum mindesten beim krankhaften Greisenschwachsinn zugrunde geht.

Eine ganz eigenartige Gestaltung des Altersblödsinns mag Sie nunmehr eine 72jährige Frau kennen lehren, die uns vor $\frac{1}{2}$ Jahre zugeführt wurde. Sie war früher geistig und körperlich immer gesund, heiratete mit 30 Jahren und gebar 4 Kinder, von denen noch 2 leben. Über erbliche Veranlagung haben wir nichts erfahren können. Seit dem Tode ihres Mannes, der nach $7\frac{1}{2}$ jähriger Ehe erfolgte, hatte die Frau viele Sorgen. Eine stärkere Veränderung vollzog sich mit ihr jedoch erst seit etwa 1 Jahre, nachdem sie allerdings schon einige Jahre vorher viel über Kopfschmerzen und Schwindel geklagt hatte. Die Kranke wurde allmählich vergeßlich, fand sich in der Zeit, ja in ihrem Hause nicht mehr zurecht, wußte nicht, ob sie schon gegessen habe, verkannte die Personen. Ihre Tochter hielt sie für ihre Schwester, sprach viel von ihren längst verstorbenen Eltern, als ob sie noch lebten. Zugleich machte sich eine gewisse Unruhe bemerkbar. Die Kranke wurde reizbar, ärgerlich, mißtrauisch, ging abends nicht ins Bett, stand früh vor Tagesanbruch wieder auf, kramte zwecklos herum, wollte fort, vermochte nicht mehr geordnet zu arbeiten, aß unregelmäßig.

Die Kranke ist klein, zeigt gebückte Haltung, runzlige Züge, weißes, noch ziemlich volles Haar. Ihr Ernährungszustand ist sehr mäßig; sonst bietet sie jedoch außer Zittern der Hände und Unregelmäßigkeit des Herzschlags keine auffallenderen körperlichen Störungen dar. Sie faßt die an sie gerichteten Fragen richtig auf, wenn auch oft mit einer gewissen Mühe und erst bei Wiederholung. Aus ihren Antworten geht jedoch hervor, daß sie über Zeit, Ort und Umgebung völlig im unklaren ist. Sie glaubt, hier auf einer Hochzeit zu sein; die Personen kommen ihr alle bekannt vor, aber sie weiß die Namen nicht anzugeben, klagt selbst darüber, daß sie so vergeßlich geworden sei. „Ich weiß mich in den Sachen nicht so zu fassen“; sie stehe so allein und habe sich nicht so um die Dinge gekümmert. Als Jahreszahl gibt sie bald ihr Geburtsjahr, bald irgend eine andere Zahl an, meint abwechselnd, sie sei 30 oder 60 oder noch nicht 20 Jahre alt, ist über die Anrede „alte Frau“ sehr entrüstet. Die größten Widersprüche in ihren Zeitangaben kommen ihr gar nicht zum Bewußtsein. So behauptet sie, ihre Tochter sei 2 Jahre jünger als sie, ihr Vater sei 60 Jahre,

wenn sie sich selbst gerade als 60jährig bezeichnet hat; ihr Kind sei 3 Jahre usf. Von Eltern und Großeltern erzählt sie, daß sie mit ihnen zusammen lebe, nennt sich selbst mit ihrem Mädchen-namen. Der Großherzog heißt Leopold; die vorgezeigten Münzen sind Gulden und Kreuzer.

Auf Zureden ist sie ganz einverstanden, in nächster Zeit Hochzeit zu machen, meint, ein Mann aus der Nachbarschaft komme schon alle Tage, sich nach ihr umzusehen. Auch sonst läßt sie sich leicht alles mögliche einreden, geht darauf ein, wenn man ihr sagt, daß sie gestern Besuch gehabt habe, spazieren gegangen sei, spinnt derartige Anregungen selbst noch weiter aus, weiß, wer dagewesen ist, was er mitgebracht hat, wohin sie spaziert sei. Sehr bemerkenswert ist es jedoch, daß man sie trotz ihrer Zugänglichkeit für das Einreden doch nicht auf anderen Gebieten zu unsinnigen Angaben verleiten kann, als auf dem der zeitlichen Ordnung der Ereignisse. Sagt man ihr, daß der Schnee schwarz sei, so erwidert sie: „Ja, gewiß, wenn Ruß darauf fällt.“ Das Blut sei nicht schwarz, „aber doch dunkel“. Grün seien die Kirschen „zuerst wohl, aber später werden sie rot“. Diese Widersprüche faßt sie also gut auf, oft sogar mit Humor. Auf die Frage, ob ein Dieb nicht ein braver Mann sei, meint sie lachend: „Ja, darauf wollen wir doch nicht gehen“; und wenn ich ihr sage, sie selber habe gestohlen, antwortet sie schlagfertig: „Sonst tu ich's nicht, aber meinen dummen Husten tät' ich mir gleich stehlen lassen.“

Ganz besonders auffallend ist bei dieser Kranken die Schnelligkeit, mit der die angeregten Vorstellungen wieder verblassen. Sie vergißt alle Erlebnisse nach wenigen Minuten, vielfach sogar fast augenblicklich. Dem Arzte, der ihr eine Einspritzung gemacht hat, klagt sie unmittelbar darauf, es sei ein Mädchen dagewesen und habe sie gestochen. An Stelle der wirklichen Erinnerungen treten dabei freie Erfindungen. Als die Kranke sich einmal ein Tuch um den Fuß gebunden hatte, erzählte sie kurz nacheinander, zuerst, daß ihr der Schuh aufgegangen sei und sie denselben wieder habe zubinden müssen, dann, daß sie sich einen Verband gemacht habe, weil ihr ein Stück Holz an den Fuß geflogen sei, endlich, der Arzt habe sie an den Fuß gestoßen; darum habe sie sich verbinden müssen. Bei Versuchen mit Vorzeigen von Bildern und Gegenständen konnten schon 5" später mehr als $\frac{1}{4}$ der Eindrücke nicht

mehr wiedergegeben werden, und nach 30" haftete nur noch $\frac{1}{4}$, später gar nichts mehr. Daß die Kranke selbst diese Flüchtigkeit ihrer Vorstellungen empfand, geht aus ihrer Äußerung hervor: „Ich weiß nicht; man kann sich in seinem ganzen Innern nicht mehr fassen.“

Die Stimmung der Kranken ist im ganzen gleichmütig, hier und da ärgerlich, nicht selten aber auch lustig, zu Scherzen geneigt. Sie zeigt vielfach eine gewisse Unruhe, packt ihre Sachen zusammen und will fort, zu ihren Eltern, zur Hochzeit, behauptet, in ihrer Decke ein Kind zu haben, das getauft werden müsse, wird grob, wenn man sie wieder ins Bett bringen will. Der Schlaf ist durch die Unruhe sehr beeinträchtigt; dagegen nimmt die Kranke genügend Nahrung zu sich und hält sich bei einiger Nachhilfe sauber.

Der hervorstechendste Zug in dem geschilderten Krankheitsbilde ist offenbar die außerordentlich starke Störung der Merkfähigkeit, die weit über alles hinausgeht, was wir bei anderen Krankheitsformen beobachten. Die einzelnen Vorstellungen, die durch äußere und innere Vorgänge angeregt werden, verblassen so schnell wieder, daß durchaus keine zusammenhängende Kette von Erinnerungen zustande kommt. Hinzufügen will ich, daß, wie manche Anzeichen lehren, außerdem auch die Klarheit der Eindrücke weit langsamer erreicht zu werden scheint, als beim Gesunden. Daher schwinden viele Vorstellungen bereits wieder, bevor sie noch recht deutlich geworden sind. Man versteht wohl einigermaßen, daß sich aus dem Zusammenwirken dieser beiden Störungen jener Zustand entwickeln kann, wie ihn unsere Kranke darbietet. Wir bezeichnen denselben als „Presbyophrenie“.

Gerade die wachsende Bedeutung, welche die Merkstörung in den schweren Irreseinsformen des Greisenalters gewinnt, dürfte, wie mir scheint, die Anschauung rechtfertigen, daß auch diejenigen Verstimmungs- und Erregungszustände dem senilen Irresein zuzurechnen sind, bei denen jener Zug in den Vordergrund tritt und damit die Wahrscheinlichkeit eines ungünstigen Ausgangs nahe rückt*). Sollte sich diese Ansicht auch für die Zukunft als richtig

*) Die Kranke ist 3 Jahre später in einer Pflegeanstalt gestorben, nachdem sie allmählich stumpfer geworden war.

erweisen, so würden wir damit vielleicht einen Gesichtspunkt für die Abgrenzung der Melancholie in dem früher umschriebenen Sinne von dem eigentlichen Altersblödsinn gefunden haben.

Wir dürfen uns indessen nicht verhehlen, daß die Deutung der im beginnenden Greisenalter auftretenden Krankheitsbilder vielfach noch die größten Schwierigkeiten bietet. Vor Ihnen sitzt eine 60jährige Frau, bei der eine ganze Reihe von Diagnosen in Betracht gezogen werden könnten. Die Frau stammt angeblich aus gesunder Familie und soll bis vor etwa 1—2 Jahren gesund gewesen sein. In den letzten Jahren war sie geizig und mißtrauisch, fürchtete, sie werde bestohlen, traf ungewöhnliche Sicherungsmaßnahmen gegen vermeintliche böse Nachbarn. Einige Wochen vor der Aufnahme, die vor $\frac{1}{2}$ Jahre erfolgte, wurde sie stiller, ängstlich, beichtete, stieg nachts aus dem Fenster hinaus zu einem Nachbarn, bat, bei ihm bleiben zu dürfen. In der nächsten Nacht kletterte sie gar aufs Dach, wurde unter heftigem Widerstreben durch eine Luke hereingeholt, äußerte große Angst und wollte ihr Geld dem Nachbarn übergeben, weil der Teufel darin sei. Zeitweise sprach sie auch ganz vernünftig, erinnerte sich genau an alle Vorgänge.

Bei der Aufnahme war die Kranke stumm, saß aufrecht im Bette, ließ sich durchaus nicht aus dieser Stellung bringen, widerstrebte allen Einwirkungen. Am nächsten Tage dagegen befolgte sie einfache Aufforderungen, zeigte ausgeprägte Katalepsie, nahm auf dem Bette stehend mit hoch erhobenen Armen Predigerstellung ein, antwortete auf keine Frage, äußerte nur zweimal kurz: „Gehen Sie weg!“ Sie nahm keine Nahrung zu sich und hielt den Harn zurück, so daß zur Entleerung durch den Katheter geschritten werden mußte. Späterhin zog sie sich nackt aus, hockte so auf dem Boden oder legte sich unter das Bett. Erst nach einer Woche fing sie plötzlich an, zu sprechen, entschuldigte sich wegen der Umstände, die sie gemacht habe; sie habe keinen Hunger gehabt, nicht essen können. Über ihre Umgebung und die Erlebnisse der letzten Zeit war sie völlig im klaren, hatte auch ein gewisses Krankheitsgefühl, aber kein richtiges Verständnis für ihr unsinniges Handeln.

Schon am nächsten Morgen war sie auch wieder kataleptisch, stumm und widerstrebend wie früher, saß unbeweglich da, ihren dünnen Zopf mit der rechten Hand wagrecht hinaushaltend.

Dieses Verhalten wechselte in der Folgezeit vielfach. Bisweilen trat lebhaftere Angst hervor; die Kranke schien auch Stimmen zu hören, blickte nach der Decke mit der Frage: „Was wollt Ihr denn? Ich komme gleich!“ Zu anderen Zeiten war sie zugänglicher, freundlich, lächelte, gab mit leiser Stimme rasche, schwer verständliche Auskunft.

In solchem Zustande sehen Sie die Kranke jetzt vor sich. Sie sitzt ziemlich teilnahmslos da, kümmert sich nicht um das, was um sie her vorgeht, antwortet aber auf eindringliche Fragen, nennt ihren Namen, weiß, wo sie ist, kennt die Ärzte, aber nicht deren Namen, vermag auch keine der Mitkranken oder Wärterinnen zu nennen. Über die Zeit ist sie im unklaren, macht ganz unzutreffende Angaben, entschuldigt sich, daß sie keinen Kalender habe einsehen können. Nicht einmal Geburtsjahr und -tag erfahren wir von ihr. Auch ihre Schulkenntnisse sind äußerst dürftige, soweit es möglich ist, darüber von ihr Auskunft zu erhalten. Von ihrer Lage hat sie keine rechte Vorstellung, macht sich keine Gedanken über die Zukunft, verlangt nicht heim. Ihre Stimmung ist gleichgültig; öfters gerät sie in ein zaghaftes, weinerliches Wesen hinein, ist aber leicht davon abzubringen, wird heiter, gesprächig, aber faselig. Ihr Kopf sei „gut und gesund“, meint sie. Auf körperlichem Gebiete ist bei der schwächlichen, dürftig genährten Frau, die häufig mit der Sonde ernährt werden mußte, außer leichtem Zittern der Hände keine bemerkenswerte Störung nachzuweisen.

Wir werden kaum darüber im Zweifel sein können, daß die Kranke zurzeit einen ziemlich hochgradigen Blödsinn darbietet, Unfähigkeit zu klarer Verarbeitung der äußeren Eindrücke, Gedankenarmut, Urteilsschwäche, Verlust früherer Kenntnisse, gemütlige Stumpfheit. Allerdings hat sie bei Besuchen ihres Mannes noch mehrfach lebhaftere Erregung gezeigt; im übrigen ist jedoch der Mangel tieferer Gemütsregungen und der schwächliche Wechsel der Stimmungen bei ihr deutlich genug. Für eine etwa in Verblödung übergegangene Melancholie werden wir den Zustand schwerlich halten können, da weder die kennzeichnende Verstimmung das ganze Krankheitsbild begleitet hat, noch Versündigungswahn vorhanden war, der bei der Melancholie so sehr im Vordergrunde zu stehen pflegt. Endlich aber fehlte auch ganz das Mitteilungsbedürfnis der Melancholischen, die mit Lebhaftigkeit ihre trüben

Vorstellungen der Umgebung vorzutragen lieben. Statt dessen sind uns eine Reihe von Zeichen begegnet, die wir von katatonischen Erkrankungen her kennen, die Stummheit, der Negativismus, die Katalepsie, die absonderlichen Stellungen und Handlungen, der unvermittelte Wechsel von Stupor und Zugänglichkeit ohne Krankheitseinsicht, die Sinnestäuschungen.

Wenn wir trotzdem zögern, hier ohne weiteres von einer Katatonie zu sprechen, so veranlaßt uns dazu einerseits der Umstand, daß wir sonst jene Krankheit fast immer in weit jugendlicherem Alter auftreten sehen, andererseits, daß hier dem Krankheitsbilde gewisse Züge beigemischt waren, die dem Altersblödsinn eigentümlich sind, das Mißtrauen, die mangelhafte zeitliche Orientierung, der rasche Verlust der früheren Kenntnisse. Freilich schien die Merkfähigkeit nicht so hochgradig gestört zu sein wie bei der vorigen Kranken, doch war es bei dem widerstrebenden und teilnahmslosen Wesen der Kranken unmöglich, darüber genauere Erhebungen anzustellen.

Es sei indessen auch darauf noch hingewiesen, daß der Nachweis einzelner „katatonischer“ Zeichen an sich noch nicht zur Diagnose der Katatonie berechtigt, da z. B. bei der Paralyse derartige Zeichen nicht ganz selten zur Beobachtung kommen. Möglich wäre es daher, daß wir auch beim Altersblödsinn unter Umständen Formen mit katatonischen Erscheinungen zu verzeichnen hätten, die doch nicht mit der eigentlichen Katatonie der jüngeren Lebensalter zusammengeworfen werden dürfen. Wir sind zurzeit nicht imstande, die Frage nach der klinischen Stellung dieser Gruppe von Fällen mit Sicherheit zu beantworten; vielleicht wird das einmal mit Hilfe der pathologischen Anatomie möglich sein. Uns mag es heute genügen, auf die eigenartigen katatonischen Erkrankungsformen im Greisenalter hingewiesen zu haben. Soviel ich nach meiner eigenen Erfahrung übersehen kann, ist der Ausgang dieser Fälle ein recht ungünstiger; sie führen zu einer erheblichen, oft tiefen Verblödung, bei der sich die katatonischen Zeichen auch späterhin wenigstens in Andeutungen zu erhalten pflegen*).

*) Die Kranke ist nach 2jährigem Aufenthalte in einer Pflgeanstalt blöde, stumpf und negativistisch gestorben.

XXIV. Vorlesung.

Epileptischer Schwachsinn.

M. H.! Schon bei verschiedenen Gelegenheiten sind wir einer mehr oder weniger deutlichen Periodizität der Krankheitserrscheinungen begegnet. Wir haben große Gruppen des Irreseins kennen gelernt, die in einer Reihe von scharf abgegrenzten, bisweilen ganz regelmäßig wiederkehrenden Anfällen verlaufen. Die Ursache dieser Periodizität kann natürlich nur in dauernden Veränderungen des Seelenlebens gesucht werden, deren Spuren wir freilich in den Zwischenzeiten meist gar nicht nachzuweisen vermögen. Es geht uns dabei nicht anders, wie bei den vielfachen periodischen Erscheinungen im gesunden Körper, Puls, Atmung, Schlaf, Menstruation u. s. f., bei denen wir ja ebenfalls über die eigentlichen Grundlagen der periodischen Auslösung noch im unklaren sind. Auf der anderen Seite aber fehlt es uns gerade auf krankhaftem Gebiete doch auch nicht an Beobachtungen, in denen neben den periodischen Entladungen eine dauernde Veränderung der Persönlichkeit deutlich hervortritt und uns lehrt, daß in der Tat die einzelnen Ausbrüche nicht selbständige Erkrankungen, sondern nur die Äußerungen eines krankhaften Grundzustandes darstellen. Lehrreiche Beispiele für dieses Verhalten haben uns bereits die Endzustände der Dementia praecox mit ihren so überaus häufigen periodischen Erregungen geliefert; heute werden wir noch eine weitere, äußerlich oft recht ähnliche, ihrem Wesen nach aber ganz andersartige Gruppe von Krankheitszuständen zu betrachten haben, bei denen ebenfalls neben einem bleibenden Schwachsinn rasch ablaufende Seelenstörungen mehr oder weniger regelmäßig wiederkehren.

Zunächst zeige ich Ihnen einen 18jährigen Schreinergehilfen, der bereits zum 5. Male seit einem Jahre zu uns gekommen ist. Er soll aus gesunder Familie stammen, hat aber zwei Geschwister früh an Krämpfen verloren. Bei ihm selbst trat im Alter von $\frac{1}{2}$ Jahre ein Krampfanfall auf, der sich dann anfangs etwa alle Vierteljahre, späterhin alle Monate wiederholte. Oft kamen die Krämpfe in Gruppen, auch des Nachts. Vor $2\frac{1}{2}$ Jahren und ebenso vor $1\frac{1}{2}$ Jahren schlossen sich an die Krämpfe noch Verwirrtheit, Angst und

Sinnestäuschungen an. In einem derartigen Zustande wurde der Kranke vor 1 Jahre zum ersten Male in die Klinik gebracht. Nachdem im Laufe von 4 Tagen 6 Anfälle aufgetreten waren, stellte sich bei dem Kranken, der bis dahin still und einsilbig gewesen war, Unruhe und Angst ein. Er meinte, er müsse sterben, schlief nicht mehr, betete, drängte fort, behauptete, Schuhmachergesellen aus der Nachbarschaft hätten ihm mit langen Messern die Augen ausgestochen, dafür Tieraugen eingesetzt, den Gurgelknopf herausgeschnitten; er habe gehört, wie der Meister sagte, er komme von der Welt. Dabei war er verwirrt, unbesinnlich, schwindlig im Kopfe. Dieser Zustand dauerte etwa eine Woche.

Späterhin wiederholten sich derartige Anfälle mehrmals und führten meist zur Verbringung des Kranken in die Klinik. Auch hier wurden dieselben öfters beobachtet. Meist schlossen sie sich an eine Reihe von Krampfanfällen an, die sich auf mehrere aufeinanderfolgende Tage verteilten. Der Kranke wurde dann verwirrt, erregt, äußerte hypochondrische Vorstellungen, er sei tot, habe kein Blut mehr, könne keine Faust mehr machen; die Augen würden ihm so weit. Dann meinte er, man trachte ihm nach dem Leben, wolle ihn totschießen; er sah Männer, die ihre Gewehre auf ihn gerichtet hatten, wurde sehr gereizt, rief um Hilfe, lief ängstlich herum. Nach einigen Stunden oder Tagen wurde er wieder ruhiger, hielt aber zunächst noch an den Wahnvorstellungen fest, bis er endlich zugab, daß er wieder „wahnsinnig“ gewesen sei. Das während des Anfalles erheblich gesunkene Körpergewicht stieg dann rasch wieder an.

In den Zeiten zwischen diesen Anfällen, die sich etwa nach 3—4 Monaten zu wiederholen pflegten, hatte der Kranke häufigere, aber leichte Krampfanfälle, bei denen er das Bewußtsein verlor und wenige Minuten lang tonische und klonische Zuckungen zeigte. Ferner wurden Anfälle beobachtet, in denen er schlaff, mit geschlossenen Augen dalag, auf Anrufen und Nadelstiche nicht reagierte, aber die Augen zusammenkniff, wenn man sie öffnen wollte. Die Pupillen waren dabei weit, verengerten sich auf Lichteinfall; vorübergehend bestand Katalepsie. Die Kniesehnenreflexe waren wegen starker Spannungen nicht auszulösen; der Puls war beschleunigt. Diese Zustände verloren sich nach einigen Stunden wieder. Endlich klagte der Kranke selbst noch über rasch vorüber-

gehende Schwindelanfälle mit Zittern und Schwäche in den Händen, „als ob ein Anfall kommen wollte“. Dabei verlor er jedoch das Bewußtsein nicht völlig, erholte sich ganz schnell wieder.

Der schwächig gebaute, blaß aussehende Kranke zeigt eine schmale Stirne, eingesunkene Nasenwurzel, angewachsene Ohrfläppchen und einen steilen Gaumen, Abweichungen, die man gewöhnlich als „Entartungszeichen“ zu betrachten pflegt. Die Pupillen sind weit, reagieren aber gut. Die ausgespreizten Finger zittern; die Hautreflexe sind recht lebhaft. Sehr auffallend ist eine bedeutende Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit am ganzen Körper. Man kann überall durch Hautfalten Nadeln hindurchstoßen, ohne daß der Kranke Schmerz äußert, während die Berührungsempfindlichkeit nicht abgestumpft erscheint. Auf psychischem Gebiete bemerken Sie an dem Kranken vor allem eine große Schwerfälligkeit. Er ist besonnen, klar über Zeit, Ort und Umgebung, antwortet aber ungemein langsam und bedächtig, versteht trotz voller Aufmerksamkeit nicht immer gleich, was man von ihm will, kommt mit seinen Auseinandersetzungen nicht von der Stelle. Daß er krank sei, gibt er selbst an, vermag aber nicht viel darüber zu erzählen, meint, die letzten Anfälle seien nur noch ganz leicht gewesen. An die Zustände von Verwirrtheit hat er nur eine sehr unklare Erinnerung. Die Wärter hatten Revolver, um ihn zu erschießen; er war im Himmel und sah den lieben Gott; alles, was er sich dachte, sah er gleich deutlich vor sich. Häufig werde es ihm schwindlig im Kopfe, so daß er nicht klar denken könne.

Seine Kenntnisse sind, obgleich er kein schlechter Schüler war, recht dürftig; von Dingen und Verhältnissen, die außerhalb seines unmittelbaren täglichen Gesichtskreises liegen, hat er gar keinen Begriff. Sein Vorstellungsschatz und sein Urteil entsprechen etwa der Stufe eines 10—12jährigen Kindes. Seine Mitkranken wie die Vorgänge um ihn herum sind ihm gleichgültig, soweit sie ihn nicht persönlich berühren; dagegen zeigt er große Anhänglichkeit an seine Familie, spricht von seinem lieben Vater, zu dem er gern wieder zurückkehren möchte. Auch über Besuche freut er sich sehr. Sein Benehmen ist außerhalb der Anfälle im allgemeinen völlig geordnet. Freilich ist er ziemlich stumpf, aber gutmütig und lenksam; nur beim Herannahen der Anfälle wird er gereizt und

drohend. Er beschäftigt sich nicht viel, führt aber einfache Arbeiten, die man ihm aufträgt, sorgfältig, wenn auch überaus langsam, aus. Sehr bemerkenswert sind bei seinem bedeutenden Schwachsinn Zeichnungen, die er nach farbigen Abbildungen von Tieren und Pflanzen angefertigt hat. In denselben ist jeder Strich der recht naturwahr durchgeführten Bilder mit solcher Sorgfalt und Treue wiedergegeben, daß es unmöglich erscheint, die Zeichnungen von den Vorlagen zu unterscheiden. Als wir aber dem Kranken die Aufgabe stellten, ganz einfache Diagramme nach gegebenen Zahlen zu entwerfen, erwies er sich als durchaus unfähig für die Erledigung dieser, eine gewisse Selbständigkeit erfordernden, sonst aber ungemein einfachen Arbeit.

Daß unser Kranker an Epilepsie leidet, wird durch die bis in die früheste Kindheit zurückreichenden, in ziemlich regelmäßigen Zwischenzeiten wiederkehrenden, allmählich häufiger werdenden Krampfanfälle dargetan. Daneben traten leichtere Schwindelanfälle und in den letzten Jahren Dämmerzustände auf, die vollkommen den bei der Epilepsie bekannten Bildern entsprechen. Ungewöhnlicher sind die Zustände schlaffer Benommenheit, die ohne Berücksichtigung des Gesamtbildes leicht als hysterische hätten aufgefaßt werden können. Auch die Analgesie würde sich anscheinend einer solchen Deutung gut einfügen, zeigte aber nicht die bei der Hysterie gewöhnliche örtliche Umgrenzung.

Endlich hat sich bei unserem Kranken im Laufe der Jahre eine zunehmende, eigenartige Verblödung entwickelt, die sich von den uns bisher bekannten Endzuständen ungeheilter Geistesstörungen wesentlich unterscheidet. Sie ist gekennzeichnet namentlich durch die geistige Schwerfälligkeit und Unbeholfenheit bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit und Ordnung des Denkens außerhalb der Anfälle. Dazu kommt eine außerordentliche Einengung des Gesichtskreises, innerhalb dessen sich die Kranken jedoch leidlich zurechtzufinden vermögen. Dieses Verhalten steht im Gegensatz zu den Endzuständen der Dementia praecox, bei denen oft erhebliche Bruchstücke höherer Bildung nachweisbar sind, während doch die Fähigkeit zu den einfachsten geistigen Leistungen vernichtet erscheint. Die Mangelhaftigkeit des Gedächtnisses hat bei unserem Kranken zu einer weitgehenden Verarmung des Vorstellungsschatzes geführt. Dabei sind aber, anders als in der

Paralyse, zuerst die ferner liegenden und allgemeineren Vorstellungen verloren gegangen, während das jüngst Vergangene und unmittelbar Wichtige noch recht gut festgehalten wird.

Auch die gemüthlichen Beziehungen sind nicht allgemein abgestumpft, wie bei der Dementia praecox, sondern nur eingeengt, wenn auch keineswegs zu höheren Formen entwickelt. Selbstsucht und starrköpfiger Eigensinn beherrschen das Gemüthsleben des Kranken; in Verbindung mit den Anfällen wird er auch reizbar und gewaltthätig. Die eigene Person, sodann die Familie steht für ihn durchaus im Vordergrund, während sein Mitgefühl für andere sehr wenig ausgebildet ist. Dagegen legt er eine gewisse äußerliche Frömmigkeit an den Tag, wie wir sie bei Epileptikern ungemein häufig finden. Auch daß er trotz seiner hypochondrischen Befürchtungen doch nicht zu schwarz in die Zukunft sieht, sondern „nur noch leichte Anfälle“ hat, entspricht völlig unseren sonstigen Erfahrungen bei diesen Kranken, Endlich ist die peinliche Genauigkeit in Kleinigkeiten, wie sie uns in den Zeichnungen des Kranken entgegentritt, ein vielfach sehr ausgeprägter Zug der Epileptiker.

Alle diese Eigenschaften setzen die eigenartige epileptische Verblödung zusammen, wie sie sich bei längerer Dauer und bei den schweren Formen des Leidens in stärkerem oder schwächerem Grade herauszubilden pflegt. Sie erinnert in vieler Beziehung sehr an die Zustände des angeborenen Schwachsinn, unterscheidet sich aber von diesem wesentlich durch das ausgesprochene Krankheitsgefühl. Oft genug bildet sich diese Verblödung erschreckend rasch heraus, und sie kann im Laufe weniger Jahre sehr hohe Grade erreichen. Auch bei unserem Kranken, bei dem sie in der letzten Zeit offenbar erhebliche Fortschritte gemacht hat, werden wir uns auf eine Weiterentwicklung in ungünstigem Sinne gefaßt machen müssen. Die bekannten Mittel gegen epileptische Anfälle, insbesondere das Brom, vermögen diese Verblödung nicht zu beseitigen und scheinen auch ihre Ausbildung nicht zu verhindern*).

Sehr große diagnostische Schwierigkeiten hat uns ein 26jähriges Mädchen bereitet, das uns vor 5 Wochen aus der Frauenklinik

*) Der Kranke befindet sich seit 5½ Jahren in einer Pflgeanstalt, hat noch Anfälle und Verstimmungen mit Beziehungswahn, arbeitet und zeichnet, ist aber sonst recht blödsinnig.

zugeführt wurde. Die Kranke, die sich in der letzten Zeit der Schwangerschaft befand und dort ihre Entbindung abwartete, wurde in den letzten Tagen unruhig, verwirrt, ängstlich, lief planlos herum und wurde deswegen zu uns gebracht. Der allmählichen Entwicklung dieses Zustandes waren zwei „Anfälle“ vorausgegangen. Hier erwies sich die Kranke als unbesinnlich, gab auf Befragen nur die Antwort: „Ich weiß nichts“, sprach aber in langsamem Zeitmaße und mit rhythmischer Betonung viel vor sich hin, als ob sie zu jemandem rede. Der Inhalt dieser Reden war völlig verworren: „Ei, was soll ich denn — ei, was machst denn — ei, muß doch sterben — ah, wo soll ich denn, kann doch nicht sterben. Schön Schulhaus — immer sitzen bleiben. Ah, wo soll ich denn — darf immer singen — ah, die Maus ist doch tot — find sie doch nicht — kann immer sterben — ah, muß immer tanzen — hab' schöne Strümpfe an“ u. s. f. Bisweilen erhielt man von ihr sinn-gemäße, aber ganz falsche Antworten, sie sei 100 Jahre, 13 Jahre alt, befinde sich in Mannheim, habe ihr Kind vom Kaiser. Dazwischen faselte sie in zusammenhangloser Weise, verstand anscheinend oft die Fragen gar nicht, suchte aber an die Äußerungen ihrer Umgebung anzuknüpfen.

Die Stimmung war gleichmütig, wechselnd; bald äußerte die Kranke Angst vor Schlägen, bald Neigung, zu singen und zu tanzen. Aufforderungen befolgte sie ohne weiteres, schrieb ihren Namen und vorgesagte Wörter langsam, aber in leserlicher, sorgfältiger Schrift nieder. Dagegen erwies sich ein Brief, den sie schreiben sollte, als eine bunte Zusammenwürfelung einzelner Wörter und verworrener Leseerinnerungen; den Schluß machte eine endlose Zahlenreihe. Befehlsautomatie war nicht nachzuweisen, doch streckte die Kranke unbedenklich die Zunge heraus, um sie sich durchstechen zu lassen. Auf körperlichem Gebiete war außer den Erscheinungen der vorgeschrittenen Schwangerschaft nur noch eine starke Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit am ganzen Körper bemerkenswert.

Bei der Deutung dieses Zustandes konnten, da wir über die Vorgeschichte des Falles nichts Näheres wußten, eine Reihe von Krankheiten in Betracht kommen. Die vorausgegangenen „Anfälle“ vermochten uns keine bestimmten Anhaltspunkte zu liefern, da sie ebenso gut hysterische wie epileptische, katatonische oder para-

lytische gewesen sein konnten. Gegen Hysterie schien uns die große geistige Schwerfälligkeit der Kranken, ihre geringe Beeinflussbarkeit und der Mangel stärkerer gemüthlicher Schwankungen zu sprechen; dem Bilde fehlte ganz der etwas theatralische Zug, der den hysterischen Dämmerzuständen eigen zu sein pflegt. An die Katatonie erinnerten sehr lebhaft die Reden und Schriftstücke der Kranken, doch vermißten wir den Negativismus, die Manieren, die Befehlsautomatie. Die Kranke faßte offenbar trotz guten Willens sehr schwer auf, im Gegensatze zu der guten Auffassung bei mangelnder Aufmerksamkeit in der Katatonie. Auch die Langsamkeit und Unsinnigkeit der Antworten schien uns auf Unbesinnlichkeit, nicht aber auf Negativismus zu beruhen, da sich die Kranke sichtlich bemühte, den an sie gerichteten Aufforderungen zu entsprechen.

Gerade dieses Verhalten mußte uns veranlassen, etwa an die Möglichkeit einer Paralyse zu denken. Wir glaubten jedoch auch diese Annahme zurückweisen zu sollen. Zunächst fehlten alle greifbaren körperlichen Störungen außer der Analgesie, deren allgemeine Ausbreitung freilich mehr für Paralyse, als etwa für Hysterie gesprochen hätte. Sodann aber waren die Antworten der Kranken viel unsinniger und verworrener, als man sie in der Paralyse bei gleicher geistiger Regsamkeit hätte erwarten dürfen. Dieses Mißverhältnis sprach mehr für einen Dämmerzustand, als für einen paralytischen Schwachsinn. Höchstens hätte eine Verwirrtheit nach einem paralytischen Anfalle in Betracht kommen können, doch war dafür die Benommenheit der Kranken nicht tief genug; zudem fehlten die in solchem Falle immerhin zu erwartenden Lähmungserscheinungen. Unter diesen Umständen erschien uns die Annahme eines epileptischen Dämmerzustandes am besten begründet, und wir stellten daher ein rasches Schwinden der Störung in Aussicht.

In der Tat verlor sich die Bewußtseinstrübung schon in den nächsten Tagen, und wir erfuhren nun, daß die Kranke, deren Mutter „nervös“ sein soll, seit ihrem 15. Lebensjahre an Krämpfen leide, die sich etwa alle 3—4 Wochen wiederholen, dann gruppenweise auftreten und mit tiefer Bewußtlosigkeit, gelegentlichem Zungenbiß und anderen Verletzungen einhergehen. Hier und da blieben die Krämpfe aus; dafür setzten dann Zustände von Be-

nommenheit und Verworrenheit ein, die etwa eine Woche zu dauern pfliegten. In ihrer geistigen Entwicklung blieb die Kranke zurück, lernte infolge ihres Leidens nicht viel.

Sehen wir uns nun die kräftig gebaute und gut genährte Kranke an, die inzwischen ohne Schwierigkeit geboren hat, so bemerken wir sofort, daß sie jetzt zwar ganz klar und geordnet ist, aber geistig höchstens auf der Stufe eines 10—12 jährigen Kindes steht. Sie faßt einfache Fragen richtig auf und antwortet auch sinngemäß, zeigt aber einen sehr beschränkten Gesichtskreis, äußerst geringe Kenntnisse und große Urteilsschwäche. Von allen Dingen und Verhältnissen, die über ihre nächste, tägliche Umgebung hinausgehen, weiß sie nichts. Ihre Ausdrucksweise ist unbeholfen, umständlich, einförmig und inhaltleer; in ihren zahlreichen, an die Angehörigen gerichteten, sauber geschriebenen Briefen fallen die vielen Begrüßungs- und Abschiedsredensarten auf. Über die Bedeutung ihrer Schwangerschaft ist sie völlig im unklaren gewesen, erzählt ganz kindlich, wie sie vom vielen Essen immer dicker geworden sei und schließlich ihre Kleider nicht mehr zugebracht habe. Die Mutter habe sie Sonntags nicht mehr mitnehmen wollen; dann habe sie sich auf den Schemel gestellt und aus dem Fenster gesehen. Einen Schatz habe sie wohl gehabt; der habe immer gesagt: „Du bist ein braves Mädchen.“ Ihre Freundin habe ihr gesagt, mit dem würde sie nicht gehen; der halte es mit anderen. Deswegen habe sie ihm abgeschrieben, und dann sei die Freundin mit ihm gegangen. Ihr Kind habe sie von ihrem Vater. Der Heiland sei ihr erschienen und habe gesagt, sie bekomme keine Schläge; sie sei ein braves Mädchen; das Kind sei vom Vater. An dieser Erzählung hält sie hartnäckig fest. Ihre Stimmung ist im ganzen gehoben; nur ist sie enttäuscht, daß nach der Geburt, von der sie mit Bestimmtheit Besserung ihres Leidens erwartet hatte, doch noch wieder Anfälle aufgetreten sind. Es daure nun aber nur noch ganz kurze Zeit. Tatsächlich hat sie schon wieder mehrere, recht schwere Anfälle überstanden. In ihrem Benehmen ist die Kranke geordnet, lenksam und gutmütig, beschäftigt sich aus eigenem Antriebe fleißig.

Sie werden unschwer auch bei dieser Kranken die früher aufgeführten Eigentümlichkeiten des epileptischen Schwachsinn wiederfinden, die geistige Schwerfälligkeit, Gedankenarmut, Ein-

engung des Gesichtskreises, Urteilslosigkeit, das gehobene Selbstgefühl, die Hoffnungsfreudigkeit, die Frömmigkeit und Förmlichkeit der Kranken. Nur stärkere gemütlche Reizbarkeit ist wenigstens in der kurzen Beobachtungszeit nicht bemerkt worden. Ich muß dabei hinzufügen, daß die meisten Epileptiker, entgegen der verbreiteten Meinung, durchaus nicht immer, sondern nur zu gewissen Zeiten reizbar zu sein pflegen, während sie in den Zwischenzeiten oft ganz gutmütig und hilfsbereit sind, freilich meist in täppischer und verständnisloser Weise. Da die Angehörigen unserer Kranken sie bald wieder nach Hause zu nehmen wünschen, werden wir von der Einleitung einer Brombehandlung absehen, von der zudem hier wenig zu hoffen sein dürfte. Die Kranke kann auch zu Hause damit anfangen, wenn sie unter regelmäßige ärztliche Aufsicht gestellt wird; im anderen Falle müßten wir davon abraten, da die Gefahr einer chronischen Bromvergiftung nicht zu unterschätzen ist. Die vielfach geübte Massenvergiftung von Brom ohne ärztliche Anordnung und Aufsicht ist jedenfalls eine recht bedenkliche Maßregel*).

Während in den beiden besprochenen Fällen das Leiden bis in die Jugend zurückreichte, zeige ich Ihnen nunmehr noch einen 50jährigen Zimmermann, der erst seit kürzerer Zeit epileptisch ist. Derselbe soll aus gesunder Familie stammen, ist verheiratet und hat 3 gesunde Kinder, während 4 klein an Krämpfen gestorben sind. Er soll immer viel getrunken, dabei aber doch regelmäßig gearbeitet haben. Vor 20 Jahren fiel er 2 Stockwerke hoch von einem Neubau, lag mehrere Tage bewußtlos, wurde aber wieder ganz gesund. Während einer Lungenentzündung, die er vor 8 Jahren durchmachte, delirierte er und entwich zweimal, um draußen zu arbeiten; vor 3 Jahren trat nochmals ohne äußeren Anlaß ein deliriöser Zustand mit Kopfschmerzen und Angst auf, der 14 Tage andauerte. Seitdem wurde der Kranke in gewissen Zwischenzeiten häufiger gereizt gegen seine Umgebung, beschuldigte seine Frau der Untreue, bedrohte und mißhandelte sie, während er in den Zwischenzeiten sehr gut mit ihr lebte. Vor $\frac{1}{2}$ Jahre wurde es ihm bei der Arbeit schwindlig; er fiel beim Heimgehen um, ver-

*) Die Kranke hat 2 Monate nach ihrer Entlassung aus der Klinik im Anfall eine brennende Petroleumlampe umgeworfen und ist dabei verbrannt.

letzte sich an der Stirn, fing an, zu delirieren und gewalttätig zu werden.

Als er deswegen in die Klinik gebracht wurde, war er klar, aber sehr mürrischer Stimmung und erinnerte sich weder an den Anfall noch an seine Erregung, gab nur an, daß er es „im Kopfe“ gehabt habe; „was es war, weiß ich nicht“. Es schien ihm etwa eine Woche aus seiner Erinnerung zu fehlen. Schon damals klagte er, daß er in der Narbe, die er bei seinem Sturze davongetragen hat, häufig Stechen und Zucken empfinde; dann werde es ihm schwindlig und wirr, so daß er mitten in der Arbeit fallen lassen müsse, was er gerade in der Hand habe; manchmal wisse er hinterher gar nicht mehr, was geschehen sei. Seine mißmutige Stimmung verlor sich nach einigen Tagen. Späterhin klagte der Kranke noch einige Male über kurzdauernden Schwindel, bot aber sonst außer deutlichem Schwachsinn nichts Auffallendes und wurde daher nach mehrwöchiger Beobachtung wieder entlassen.

Bald nachher aber trat draußen ein epileptischer Krampfanfall auf, der sich von da ab alle 5—6 Wochen wiederholte. Zuweilen kamen mehrere Anfälle kurz nacheinander; öfters war der Kranke danach $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Tag lang verwirrt, lief zwecklos umher, sprach verkehrtes Zeug. Vor 5 Wochen wurde er schlaflos, ohne Anlaß sehr gereizt, gewalttätig gegen Frau und Kinder, verwirrt, meinte, er sei im Himmel, predigte und betete in der Nacht, zwang auch seine Angehörigen zum Beten und zündete eine Woche später in diesem Zustande sein Bett an, so daß man ihn wieder in die Klinik brachte. Hier war er anfangs noch recht unklar, erkannte zwar die Umgebung, sprach aber davon, daß er hinunter in die Werkstatt wolle, meinte, er habe es wieder im Kopfe gehabt. Der Anfall habe mit Angst, Frostgefühl und Schwindel angefangen; er sah einen Vogel auf sich zufliegen, hörte Singen, Musik und Glocken, konnte sich auf nichts mehr besinnen. An das Feuer erinnerte er sich, wußte aber nicht, wie es entstanden war; erst später tauchte dunkel die Erinnerung in ihm auf, daß er habe Kaffee kochen wollen.

Wie Sie sehen, ist der Kranke jetzt völlig klar, geordnet, einsichtig, zeigt aber ebenfalls eine gewisse Schwerfälligkeit der Auffassung und des Denkens. Selbst bei einfachen Fragen muß er sich erst ziemlich lange besinnen, ist sehr unsicher in Bezug auf

weiter zurückliegende Ereignisse. Über sein Leiden vermag er kaum nähere Auskunft zu geben. Von den eigentlichen Anfällen weiß er fast nur aus den Schilderungen seiner Umgebung, hat aber auch darüber anscheinend nicht viel gefragt; außerdem berichtet er über zeitweise auftretenden Schwindel mit Hitzegefühl im Kopfe, der immer einige Stunden daure. Der Kranke spricht nicht viel, ist ziemlich gedankenarm und stumpf, in seinem Benehmen natürlich und unauffällig; er beschäftigt sich aus eigenem Antriebe regelmäßig. Sein Trinken sucht er als ganz harmlos hinzustellen. Die alte Narbe an der rechten Stirnseite ist empfindlich, ebenso in geringerem Grade auch die Umgebung; es gelingt jedoch nicht, durch Druck einen Anfall auszulösen.

Ob bei diesem Kranken die alte Kopfverletzung in irgend einer ursächlichen Beziehung zu der Epilepsie steht, läßt sich nicht mit Bestimmtheit sagen. Bei der langen Zwischenzeit könnte ein Zusammenhang wohl nur unter der Annahme vermutet werden, daß etwa in der Zwischenzeit zunächst leichtere oder nächtliche, von dem Kranken und seiner Umgebung nicht bemerkte Anfälle aufgetreten seien. Es wäre auch denkbar, daß ein Anfall damals schon die Ursache und nicht die Folge des Sturzes gewesen ist, was tatsächlich nicht ganz selten zutreffen dürfte, wo auf den ersten Blick die Epilepsie durch eine Kopfverletzung verursacht zu sein scheint. Indessen hat hier noch eine andere wichtige Schädlichkeit eingewirkt, der Alkohol. Daß derselbe schwere Krampfanfälle zu erzeugen vermag, ist zweifellos, doch muß es als sehr fraglich bezeichnet werden, ob diese Anfälle ohne weiteres mit der gewöhnlichen Epilepsie zusammengeworfen werden dürfen. In ihrem klinischen Auftreten unterscheidet sich die sog. „Alkoholepilepsie“ von den übrigen, „genuinen“ Formen dadurch, daß dort immer nur Krämpfe auftreten, und zwar in der schwersten Gestalt, während die reiche Zahl andersartiger „Äquivalente“, die kleinen Anfälle, die Dämmerzustände, die Verstimmungen u. s. f., gar keine Rolle spielen. Andererseits aber hat ohne Zweifel auch bei wirklicher Epilepsie der Alkohol regelmäßig eine verschlimmernde und auslösende Wirkung.

Auf Grund dieser Erfahrung werden wir im vorliegenden Falle mit seinen verschiedenartigen epileptischen Krankheitsäußerungen den Alkohol schwerlich für die einzige und wahre Ursache der

Störungen halten dürfen. Es wäre aber immerhin denkbar, daß der frühere Sturz eine gewisse Disposition zur Epilepsie zurückgelassen hat, die sich dann späterhin unter dem schädigenden Einflusse des Trinkens weiter entwickelte. Die Eifersuchtsideen des Kranken könnten recht wohl auf Rechnung des Alkohols zu setzen sein; ebenso ist es möglich, daß es sich bei der Geistesstörung während der Lungenentzündung um ein Delirium tremens gehandelt hat. Für die letzten Delirien muß diese Annahme zurückgewiesen werden, wenn auch einzelne Züge daran erinnern. Die lange Dauer des Zustandes vor 3 Jahren, die ausgeprägt religiöse Färbung des letzten Anfalles sowie die Unklarheit der Erinnerung, endlich das Fehlen der humoristischen Stimmung sprechen dagegen. Gleichwohl werden wir dem Kranken natürlich völlige Enthaltung vom Alkohol auf das eindringlichste zu empfehlen haben. Ob er freilich diesem Rate folgen will, kann und wird, ist leider mehr als zweifelhaft*).

XXV. Vorlesung.

Hysterisches Irresein.

M. H.! Das sorgfältig in schwarz gekleidete, 30jährige Fräulein, das, auf eine Wärterin gestützt, mit kleinen, schlürfenden Schritten in den Saal tritt und wie erschöpft auf den Sessel sinkt, macht einen leidenden Eindruck. Die schlanke Gestalt ist leicht in sich zusammengesunken; die Gesichtszüge sind bleich, etwas schmerzlich verzogen, die Augen niedergeschlagen; die schmalen, wohlgepflegten Finger spielen nervös mit einem Taschentuche. Die Kranke antwortet auf die an sie gerichteten Fragen leise, mit müder Stimme, ohne aufzusehen; wir erkennen dabei, daß sie über Ort, Zeit und Umgebung völlig klar ist. Schon nach wenigen Minuten schließen sich plötzlich die Augen der Kranken fest; der Kopf sinkt vornüber, und die Kranke scheint in einen tiefen Schlaf zu verfallen. Die Arme sind ganz schlaff geworden, fallen wie gelähmt herunter, wenn man sie erhebt. Die Kranke antwortet nicht mehr; beim Ver-

*) Der Kranke ist einige Jahre später zu Hause an Schwindsucht gestorben.

suche, ihr die Lider zu öffnen, fliehen die Augäpfel nach oben. Nadelstiche rufen nur leichtes Zusammenzucken hervor. Auf Anspritzten mit kaltem Wasser dagegen erfolgt ein tiefer Atemzug; die Kranke fährt auf, öffnet die Augen, sieht sich verwundert um und kommt allmählich wieder zu sich. Wir erfahren von ihr, daß sie soeben einen ihrer „Schlafanfalle“ gehabt hat, an denen sie schon seit 7 Jahren leidet. Die Anfälle kommen ganz unregelmäßig, oft viele an einem Tage, und dauern einige Minuten bis zu einer halben Stunde.

Über ihre Lebensgeschichte teilt uns die Kranke mit, daß ihre Eltern schon vor 16 Jahren rasch nacheinander gestorben sind. Ein Stiefbruder des Vaters machte einen Selbstmordversuch; ein Bruder der Kranken ist ein höchst abenteuerlicher Sonderling. Hinzuzufügen ist, daß zwei andere Geschwister einen sehr nervösen Eindruck machen. Sie selbst lernte in der Schule leicht, wurde in klösterlichen Erziehungshäusern unterrichtet und bestand die Erzieherinnenprüfung. Als junges Mädchen atmete sie gegen Zahnschmerzen viel Chloroform ein, das sie sich heimlich zu verschaffen wußte. Später wurden ihr Wucherungen aus der Nase entfernt, wodurch eine Besserung der Kopfschmerzen eintrat, an denen sie bis dahin sehr gelitten hatte. Bei fieberhaften Krankheiten geriet sie sehr leicht in deliriöse Zustände. Vor 3 Jahren nahm sie eine Stellung als Erzieherin in Holland an, fing aber bald an, zu kränkeln, und befindet sich während der letzten 7 Jahre mit kurzer Unterbrechung, während derer sie eine Stellung in Mähren inne hatte, in den verschiedensten Krankenhäusern.

Aus den Angaben der Angehörigen und Ärzte läßt sich feststellen, daß die Kranke an den mannigfachsten Beschwerden gelitten und die merkwürdigsten Kuren durchgemacht hat. Wegen heftiger Schmerzen im Unterleibe und Menstruationsstörungen, die auf Stenose des Cervicalkanals und Retroflexion des Uterus zurückgeführt wurden, ist vor 5 Jahren eine Keilexcision und die Einlegung eines Pessars vorgenommen worden. Später stellten sich Stimmlosigkeit, Kontraktur des rechten Vorderarms und des linken Oberschenkels ein, die mit Massage, Elektrizität, Bandagen und Streckung in der Narkose behandelt wurden. Ferner traten Herzbeklemmungen und Atemkrämpfe auf, rasch vorübergehende Lähmungen in den verschiedensten Muskelgebieten, Störungen beim Harnlassen,

Durchfälle, Schmerzen und unangenehme Empfindungen bald in diesem, bald in jenem Körperteile, namentlich aber Kopfschmerzen. Zugleich machte sich ein außerordentlich starker und unvermittelter Wechsel der Stimmung bemerkbar, Einschränkung des Interessenkreises auf den eigenen leidenden Zustand, Klagen über mangelnde Berücksichtigung durch die Umgebung und die Angehörigen, obgleich diese letzteren die größten Opfer für die Kranke gebracht hatten. Soolbäder, Russische Bäder, Fichtennadelbäder, Elektrizität, Landluft, Sommerfrischen, schließlich Aufenthalt an der Riviera — alles war versucht worden, meist ohne oder doch nur mit ganz vorübergehendem Erfolge.

Den letzten Anlaß zur Verbringung der Kranken in die Klinik gab vor 2 Jahren die Zunahme der „Schlafanfalle“, die zuletzt auch im Stehen auftraten und bis zu einer Stunde dauern konnten. Die Kranke fiel dabei nicht um, sondern lehnte sich einfach irgendwo an. Auch hier in der Klinik setzten sich diese Anfälle fort; außerdem wurden noch Atmungskrämpfe beobachtet, die durch Suggestion beeinflußt werden konnten. Bei hypnotischen Versuchen wurde nur Hypotaxie erzielt; Heilsuggestionen erwiesen sich nicht als nachhaltig. Dagegen waren kalte Übergießungen und der faradische Strom ziemlich wirksam, auch gegen die hie und da auftretenden Lähmungen. Nach 8 monatigem Aufenthalte kehrte die Kranke zunächst zu ihrer Schwester zurück. Sie mußte jedoch schon nach wenigen Monaten in eine andere Irrenanstalt gebracht werden, wo sie etwa 1 Jahr blieb, um dann nach kurzem Aufenthalte in der Familie wieder zu uns zurückzukehren.

Während dieses jetzigen Aufenthaltes sind außer den früheren Beschwerden noch sog. „große“ Anfälle bei der Kranken aufgetreten. Wir wollen versuchen, durch Druck auf die sehr empfindliche linke Ovarialgegend einen solchen Anfall auszulösen. Nach 1—2 Minuten mäßig starken Drückens, bei dem die Kranke lebhaften Schmerz äußert, verändert sich ihr Gesichtsausdruck. Mit geschlossenen Augen wirft sie sich hin und her, schreit laut, meist französisch, man solle sie nicht anrühren. „Du darfst mir nichts tun, du Hund, cochon, cochon!“ Sie ruft um Hilfe, wehrt mit den Händen ab, windet sich, wie um einem geschlechtlichen Angriffe zu entgehen. Bei jeder Berührung steigert sich die Erregung. Dabei ist der ganze Körper stark hintenüber gestreckt. Plötzlich ändert sich das Bild; die

Kranke bittet flehentlich, sie nicht zu verfluchen, jammert und schluchzt laut. Auch dieser Zustand läßt sich durch Angießen mit kaltem Wasser sehr rasch beseitigen. Die Kranke schrickt zusammen, erwacht mit einem tiefen Seufzer und sieht starr um sich, macht nun einen müden, unbesinnlichen Eindruck. Aufschluß über das Vorgefallene vermag sie nicht zu geben.

Die körperliche Untersuchung der Kranken ergibt außer den bereits erwähnten Abweichungen zurzeit keine besonderen Störungen; nur besteht großes allgemeines Schwächegefühl, infolgedessen die Kranke vielfach das Bett hütet oder sonstwie herumliegt; alle Bewegungen sind schlaff und kraftlos, ohne daß irgendwo eine Lähmung bestünde. Der Schlaf ist vielfach sehr schlecht; die Kranke wandert zeitweise nachts herum, weckt die Wärterinnen, schickt zum Arzte. Auch der Appetit ist sehr mäßig, doch hat die Kranke die Neigung, neben den Mahlzeiten alle möglichen Kuchen, Früchte, Kompots zu naschen, die ihr von ihren Angehörigen auf ihre dringenden Bitten geliefert werden.

Was uns an diesem Krankheitsbilde vor allem ins Auge fällt, ist einerseits das anfallsweise Kommen und Gehen einer ganzen Reihe von verschiedenartigen Störungen, andererseits die Beeinflussbarkeit derselben durch äußere Einwirkungen. Diese beiden Eigentümlichkeiten lehren uns sofort mit aller Bestimmtheit, daß wir es hier mit jener Erkrankung zu tun haben, die man als Hysterie bezeichnet. Das Wesen derselben ist, wie mir scheint, darin zu suchen, daß alle Störungen auf psychischem Wege, durch Vermittelung von Vorstellungen mit ungemein starker Gefühlsbetonung entstehen. Unter der ganzen bunten Reihe von Erscheinungen ist keine einzige, die nicht durch heftige gemüthliche Erschütterungen hervorgerufen werden könnte. Krankhaft ist dabei nur der Umstand, daß diese Störungen auch dann auftreten, wenn gar kein oder doch nur ein äußerst geringfügiger Anlaß zu gemüthlicher Erregung voraufgegangen ist. Bei den „großen Anfällen“ wiederholen sich in traumhafter Erinnerung Vorgänge, die sich nach der Erzählung der Kranken früher abgespielt haben sollen. Es handelt sich dabei einmal um eine gynäkologische Untersuchung, die ein holländischer Arzt in sehr roher Weise mit ihr vorgenommen haben soll, andererseits um einen Fluch, den ihre Tante auf sie geschleudert habe.

Ganz besonders deutlich aber wird die Entstehung aller Störungen aus gefühlsstarken Vorstellungen durch die Tatsache, daß sie durch psychische Einflüsse sofort wieder beseitigt werden können. Sehr lehrreich war eine Kontraktur der rechten Hand, die bei der Kranken durch die gelegentliche Frage ihres ehemaligen Arztes nach dieser früher öfters bei ihr beobachteten Störung hervorgerufen wurde. Schon am nächsten Tage war die Hand so krampfhaft geschlossen, daß die Nägel in die Haut eindringen. Nach einer kurzen Belehrung über die Metallotherapie erzielte ein auf die Handwurzel gelegtes Goldstück, dann auch ein Schlüssel die Lösung der Spannung. Noch besser und nachhaltiger wirkte allerdings der faradische Pinsel. Der Schlaf, auf den wirkliche Schlafmittel fast gar keinen Einfluß hatten, wurde durch destilliertes Wasser mit harmlosen Zusätzen oder durch Zuckerpulver vorzüglich beeinflusst; ebenso wichen alle die übrigen wechselnden Beschwerden derartigen, nur auf die Einbildung wirkenden Maßregeln. Allerdings waren alle Erfolge nur vorübergehende, wie es dem ewig schwankenden Verhalten der Gefühle entspricht; nach einigen Stunden oder Tagen kehrte mit oder ohne äußeren Anstoß dieses oder jenes alte Krankheitszeichen wieder.

Diese Launenhaftigkeit der hysterischen Erscheinungen verführt nur zu leicht zu der Annahme zielbewußter künstlicher Mache. Allein viele der beobachteten Störungen sind willkürlich kaum oder überhaupt nicht nachzuahmen; andere werden nur zufällig entdeckt, da sie den Kranken gar nicht zum Bewußtsein kommen, wie namentlich die Einschränkung bestimmter Wahrnehmungsgebiete. Gerade dieser Umstand scheint mir geeignet, die Annahme zu stützen, daß wir es überall mit den unwillkürlichen Wirkungen von lebhaften Gefühlen zu tun haben.

Auf der anderen Seite wird die Krankhaftigkeit des Gesamtzustandes auch da, wo wirklich einmal Störungen vorgetäuscht oder stark übertrieben werden, durch die ganze Lebensführung der Kranken dargetan. Unsere Kranke ist trotz ihrer recht guten geistigen Veranlagung durchaus nicht imstande gewesen, auf die Dauer irgend eine Stellung im Leben auszufüllen, sondern ist nun schon seit vielen Jahren aus den Händen eines Arztes in die des anderen gewandert. Wir erkennen darin die tiefe Willensstörung, die wir bei Hysterischen niemals vermissen. Trotz der meist ganz

maßlosen Klagen über das eigene Leiden, mit denen auch unsere Kranke immer und immer wieder in Worten und Briefen die Ärzte überschüttet, fehlt ihr doch völlig die Fähigkeit, tatkräftig nach Überwindung der krankhaften Erscheinungen zu streben. Das Leiden gewährt ihr vielmehr eine gewisse Genugtuung, und sie widerstrebt unwillkürlich, wenn man zu seiner Beseitigung schreitet. Daher das Auftreten immer neuer und merkwürdigerer Störungen, daher die Übertreibungen, die Arztbedürftigkeit, der brennende Wunsch, den eigenen Zustand gehörig beachtet zu sehen, weil das Kranksein im Grunde zu einem Lebensbedürfnisse geworden ist.

Mit der wachsenden Meisterschaft im Kranksein schränkt sich die gemütliche Anteilnahme der Kranken immer mehr auf die selbstsüchtige Förderung der eigenen Wünsche ein. Rücksichtslos sucht die Kranke von ihrer Umgebung die sorgfältigste Beachtung zu erzwingen, nötigt bei dem geringsten Anlasse tags oder nachts den Arzt, sich mit ihr zu beschäftigen, ist äußerst empfindlich gegen jede vermeintliche Vernachlässigung, eifersüchtig auf die Bevorzugung anderer Kranker, sucht durch Klagen, Verdächtigungen, Wutausbrüche das Wartpersonal gefügig zu machen. Die Opfer, die von anderen, insbesondere von der Familie gebracht werden, betrachtet sie als ganz selbstverständlich, und die bisweilen überschwänglichen Dankesäußerungen dienen nur dazu, neuen Forderungen den Weg zu bahnen. Um sich die Teilnahme der Umgebung zu sichern, greift sie zu immer stärkeren Schilderungen ihrer leiblichen und geistigen Qualen, zu theatralischer Ausschmückung ihrer Anfälle, wirkungsvoller Beleuchtung ihrer Person. Sie bezeichnet sich als die Verworfenen, Ausgestoßene, macht in geheimnisvollen Andeutungen Geständnisse über schauerlich-reizvolle Erlebnisse und Verfehlungen, die sie nur dem verschwiegene Busen des Arztes und Seelenfreundes anvertraut.

Das hysterische Irresein ist der Ausdruck einer eigenartigen krankhaften Veranlagung und kann durch äußere Anlässe wohl zur weiteren Entwicklung gebracht, nicht aber erzeugt werden. Bei unserer Kranken reichen die Anfänge des Leidens bis in die Jugend zurück. Wir werden daher auch nicht erwarten dürfen, daß es der Behandlung etwa gelingen werde, eine Umwandlung der Persönlichkeit zu bewirken. Derartige Kranke, bei denen sich neben den sonstigen Zeichen der Hysterie auch die

selbstsüchtige Entwicklung des Fühlens und Wollens eingestellt hat, pflegen dauernd das Kreuz ihrer Angehörigen und Ärzte zu bilden. Die einzelnen Erscheinungen der Krankheit können wohl wechseln, aber der Mutterboden, aus dem sie immer wieder hervorstechen, bleibt im wesentlichen unverändert*).

Wie weit die ersten Zeichen der Hysterie zurückreichen können, mag Ihnen das Beispiel eines 5 jährigen Mädchens zeigen, das uns vor wenigen Tagen zugeführt wurde. Wie Sie sehen, ist das Kind zwar klein für sein Alter, aber gut genährt. An den gekrümmten Unterschenkeln und den verdickten Epiphysen bemerken Sie die Spuren früherer Rhachitis. Das Kind faßt gut auf, ist lebhaft, zutunlich, erkennt die ihm vorgezeigten Bilder und Gegenstände rasch und sicher und gibt flotte Antworten, wenn auch seine Kenntnisse vielleicht nicht ganz seinem Alter entsprechen. Auffallend ist eine gewisse Unruhe, die Neigung, herumzuspielen, zu schwatzen, Gesichter zu schneiden. Die Stimmung ist vorwiegend heiter, schlägt aber auch leicht in Weinen und in zornigen Eigensinn um. Sehr deutlich treten bei dem Kinde erotische Neigungen hervor. Es faßt und streichelt gern die Hände der Ärzte, versichert, daß es sie ganz besonders gern habe, hält sich scherzend die Hände vor das Gesicht, blinzelt dabei zwischen den Fingern durch, sucht die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. In seinem sonstigen Benehmen ist das Kind natürlich, ißt manierlich, spielt gern, hält sich sauber. Mit seiner Umgebung hat es sich bald völlig bekannt gemacht. Abends kostet es gewöhnlich Mühe, die Kleine ins Bett zu bringen, da sie lieber aufbleiben und sich unterhalten möchte. Sie wird dann bisweilen sehr böse, weint und kratzt, wenn man ihr nicht den Willen tut.

Den Anlaß zu ihrer Verbringung in die Klinik gaben Anfälle, die sich schon vor 2 Jahren nach einer Influenza bei dem aus einer gesunden Familie stammenden, aber stark an Rhachitis leidenden Kinde einstellten. Nach voraufgehenden Bauchschmerzen, Atemnot, Rötung des Kopfes, Schweißausbruch und Herzklopfen schlief das Kind ein, war blaß und wie tot, konnte aber durch Anspritzen mit Wasser wieder erweckt werden, ohne sich nunmehr

*) Die Kranke ist nach 1jährigem Anstaltsaufenthalte psychisch unverändert an Lungenschwindsucht gestorben.

des Vorgefallenen zu erinnern. Ähnliche Anfälle traten in der Folgezeit zunächst nach mehreren Wochen, später immer häufiger auf, zuletzt in Reihen von 5—6 an einem Tage. Der vorletzte Anfall stellte sich vor 4 Wochen ein. Das Kind kam dann in ein Krankenhaus, wo sich der Anfall vor 14 Tagen noch einmal wiederholte; seitdem wurde keiner mehr beobachtet. In seiner geistigen Entwicklung soll das Kind zurückgeblieben sein, namentlich vieles vergessen haben, was es früher schon wußte. Es wurde längere Zeit wegen einer ansteckenden Kolpitis behandelt, die es von einer kleinen Freundin aufgefangen hatte.

Leider sind wir nicht in der Lage gewesen, einen der geschilderten Anfälle selbst zu beobachten. Es kann aber nach der Beschreibung kaum bezweifelt werden, daß es sich um hysterische Erscheinungen gehandelt hat. Dafür spricht neben der leichten Form und der kurzen Dauer der Anfälle ihre Beeinflußbarkeit durch Anspritzen mit Wasser, dann aber die außerordentliche Häufung derselben in der letzten Zeit und das fast völlige Ausbleiben im Krankenhause, nachdem sie vorher oft schon nach 3—4 Tagen wiedergekehrt waren. Neben diesen Anfällen besteht eine eigentümliche Veränderung des Wesens, große Lebhaftigkeit, jäher Wechsel der Stimmung und die Neigung, die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, endlich mangelhafte geistige Entwicklung, Züge, denen wir häufig genug bei krankhaft veranlagten und schwierig zu erziehenden Kindern begegnen. Wenn wir das übrigens nicht sehr bedeutende Zurückbleiben der geistigen Ausbildung wohl mit Recht auf die Kränklichkeit des Kindes überhaupt zurückführen können, entsprechen die sonstigen Eigentümlichkeiten der Kranken völlig denjenigen, denen wir bei erwachsenen Hysterischen begegnen; sie dürften daher in tieferer Beziehung zu dem Leiden stehen, dessen Ausdruck die Anfälle bilden. Diese krankhafte Störung im ganzen Wesen des Kindes weist uns auf die Möglichkeit einer späteren Weiterentwicklung des Leidens hin. Sonst lehrt die Erfahrung im allgemeinen, daß leichtere hysterische Erscheinungen bei Kindern mit ihrer großen gemüthlichen Beeinflußbarkeit recht häufig sind, ohne daß es darum späterhin immer zur Ausbildung schwerer hysterischer Erkrankungen kommen müßte. Oft genug verlieren sich die Störungen bei geeigneter psychischer Behandlung vollständig wieder. Am besten wirkt in der Regel die

Versetzung aus der Familie in eine andere Umgebung, etwa in ein Krankenhaus, ferner die Nichtbeachtung der Störungen, endlich vielfach eine einfache Suggestivbehandlung mit oder ohne Hypnose, die gerade hier oft sehr rasch und sicher dauernde Erfolge erzielt, während sie bei Erwachsenen meist nur vorübergehend wirkt oder auch völlig versagt*).

Die Hysterie hat man früher, wie die Ableitung des Namens aus der griechischen Bezeichnung für Gebärmutter dartut, für eine Krankheit des weiblichen Geschlechtes gehalten. Wenn es nun auch richtig ist, daß bei diesem letzteren wegen seiner größeren gemüthlichen Erregbarkeit leichter jene Beeinflussungen der körperlichen und geistigen Vorgänge durch gefühlsstarke Vorstellungen zustande kommen, die uns den Schlüssel zum Verständnisse der hysterischen Erscheinungen liefern, so ist doch die männliche Hysterie durchaus keine Seltenheit. Allerdings pflegen ihre Äußerungen im allgemeinen einförmiger zu sein. Ich zeige Ihnen hier einen 50 jährigen Mann, der uns vor nahezu 4 Wochen zur Untersuchung seines Geisteszustandes zugeführt wurde, nachdem er ohne erkennbaren Beweggrund und in unsinniger Weise eine Brandstiftung verübt hatte. Er war in angetrunkenem Zustande nach Hause gekommen und hatte dann auf dem Speicher des von ihm bewohnten Hauses sowie eine Treppe tiefer allerlei altes Gerümpel mit Petroleum getränkt, auch einiges davon angezündet und zwar gerade nicht ihm gehörige Sachen. Seiner schwer kranken Frau, die ihn fragte, wo er gewesen sei, gab er ausweichende Antwort und legte sich zu Bett. Der Brand, der leicht große Ausdehnung gewinnen und das Leben seiner eigenen Tochter gefährden konnte, wurde sehr bald entdeckt, ebenso die von seinen erdölgetränkten Strümpfen herrührende Spur, die bis in sein Schlafzimmer führte. Bei seiner Verhaftung gab der Kranke seine Schuld zu, wußte sich aber an die Einzelheiten der Tat nicht mehr zu erinnern.

Die Mutter des Kranken war geisteskrank; ein Neffe desselben war hier in der Klinik. Er selbst erlitt mit 19 Jahren einen Unfall mit Verletzung des Kopfes, einen weiteren mit Bruch zweier Rippen

*) Das Kind ist einige Jahre später für 6 Jahre in eine Idiotenanstalt geschickt und von da gut entwickelt entlassen worden.

vor 12 Jahren. Seit jener Zeit ist er verändert. Sofort nach dem zweiten Unfälle fiel sein wehleidiges, ängstliches Wesen auf; er klagte viel über Schmerzen und Beklemmungen, obgleich der Befund dafür keine ausreichende Erklärung gab, fürchtete, nie wieder arbeitsfähig zu werden. In der Tat blieb seine Leistungsfähigkeit dauernd eine niedrige, so daß er eine Invalidenrente von 30—50% bezog. Er arbeitete nur zeitweise, ließ sich meist von seiner Frau ernähren, zog planlos in der Stadt herum, saß in den Wirtshäusern und trank, nahm zeitweise kleine Beträge aus der Kasse, um sie zu vertrinken, obgleich die Familie in immer mißlichere Verhältnisse geriet. Mehrfach, namentlich wenn er getrunken hatte, traten bei ihm Anfälle auf, in denen er sich auf dem Boden wälzte, um sich schlug und den Atem verlor. In der letzten Zeit ließ sein Gedächtnis nach; er kümmerte sich gar nicht mehr um den Gelderwerb, sondern überlies alles seiner jungen, kränklichen Tochter.

Bei der Aufnahme in die Klinik war der Kranke ziemlich unklar, mußte sich auf einfache Dinge aus der Vergangenheit lange besinnen. Er sei nicht mehr der halbe Mensch wie früher, meinte er selbst in weinerlicher Stimmung. Auf körperlichem Gebiete fiel Herabsetzung der Empfindlichkeit am ganzen Körper, Steigerung der Reflexe, kauende, skandierende Sprache, ungemein starkes Zittern der Glieder und plumpe Ungeschicklichkeit aller Greifbewegungen auf. In den nächsten Tagen stellte sich starke Unruhe mit lebhaften Gesichtstäuschungen ein. Der Kranke sah Tiere, besonders schwarze Käfer, in Massen herumlaufen und -fliegen und verlor dabei völlig die Klarheit über seinen Aufenthaltsort. Erst nach fast einer Woche gewann er mit dem Schwinden der Täuschungen die Orientierung wieder. Offenbar handelte es sich um ein Delirium tremens. Nach Ablauf desselben wurden zweimal Anfälle beobachtet, die der Schilderung der Tochter entsprachen. Der Kranke klagte über Unwohlsein, sank dann zu Boden, streckte sich steif aus, schlug mit den Armen um sich, wälzte sich herum, bohrte den Kopf rückwärts in die Kissen. Die Augen waren krampfhaft geschlossen, die Pupillen weit mit undeutlicher Reaktion auf Licht. Bei gewaltsamem Öffnen der Augen flohen die Augäpfel nach oben; auf Stechen mit einer Nadel, Anspritzen mit Wasser, Betupfen der Lippen mit Chininlösung erfolgten Abwehrbewegungen. Herantreten des Arztes an das Bett verschlim-

merte den Anfall, während rasch Beruhigung eintrat, sobald man den Kranken unbeachtet ließ. Die Erinnerung erschien nachher vollständig erloschen.

Zurzeit ist der Kranke besonnen, klar, geordnet, wenn auch etwas schwerfällig in seinen Angaben. Er erzählt mit großer Breite von seinen Unfällen und den dadurch hervorgerufenen Beschwerden. Seine Kenntnisse sind gering. Die Stimmung entspricht nicht ganz seiner Lage. Der Kranke macht sich nicht viel Gedanken über dieselbe, hat allerlei Pläne und gute Vorsätze für die Zukunft, ist aber leicht zum Weinen zu bringen. Auf körperlichem Gebiete ist noch stockende Sprache, sehr starkes Zittern der Hände und Ungeschicklichkeit der Bewegungen nachweisbar, die sich deutlich steigert, wenn man die Aufmerksamkeit des Kranken darauf lenkt. Die Schrift ist infolge dessen kaum leserlich. Die Empfindlichkeit für Berührungen und Nadelstiche ist am ganzen Körper etwas herabgesetzt, ohne daß sich bestimmte ganz unempfindliche Gegenden abgrenzen ließen. Geruchs- und Geschmacksempfindungen lassen sich nur langsam und schwach auslösen. Das Gesichtsfeld ist um mehr als die Hälfte eingeschränkt.

Die bei unserem Kranken beobachteten Anfälle lassen keine andere Deutung zu, als daß er an Hysterie leidet. Auch die übrigen körperlichen Störungen fügen sich ohne Schwierigkeit in das Bild der Hysterie ein. Bemerkenswert ist namentlich, daß sowohl die Anfälle wie die Bewegungsstörungen in sehr auffallender Weise durch den Arzt beeinflußt werden können. Insbesondere ist die Unbehilflichkeit beim Schreiben durch einige hypnotische Sitzungen ganz erheblich gebessert worden, so daß ihre psychische Entstehung durchaus sicher gestellt ist. Da alle diese Störungen sich bis zu dem zweiten Unfälle zurückverfolgen lassen, so haben wir hier höchst wahrscheinlich einen Fall von traumatischer Hysterie vor uns. Sehr bemerkenswert ist es, daß damals eine nennenswerte Erschütterung des Gehirns gar nicht stattgefunden hat. Andererseits können die Schwäche des Armes, das Zittern, die Anfälle natürlich nicht durch die Rippenbrüche an sich hervorgerufen sein. Es wird somit hier ganz klar, daß nur die starke Gemütsbewegung als Ursache oder wohl besser Auslösung der hysterischen Veränderung anzusehen ist.

Die Brandstiftung dürfte der Kranke in einem hysterischen

Dämmerzustände begangen haben, der sich bei ihm, wie es scheint, unter dem Einflusse des Alkohols einstellte. Dieser Vorgang entspricht durchaus unseren sonstigen Erfahrungen. Wir wissen nicht nur, daß Brandstiftungen in hysterischen Dämmerzuständen recht häufig vorkommen, sondern namentlich auch, daß der Alkohol die Entwicklung hysterischer Störungen im allgemeinen wie im einzelnen sehr begünstigt. Eine weitere Folge des Alkoholmißbrauches bei unserem Kranken war das von uns beobachtete Delirium tremens; ferner haben wir dem Gifte wohl einen wesentlichen Anteil an der geistigen und sittlichen Schwäche zuzuschreiben, die sich im Laufe der Zeit bei dem Kranken herausgebildet hat und völlig der bekannten Ver lumpung des Trinkers entspricht.

Endlich wollen wir noch darauf hinweisen, daß hier durch Gewährung der Rente nicht, wie das sonst vielfach geschieht, die Störungen beseitigt oder doch gemildert wurden; vielleicht ist auch dafür der Alkoholismus verantwortlich zu machen, der über den Kranken immer neue Sorgen gebracht und zugleich seine Widerstandsfähigkeit schwer geschädigt hat. Möglicherweise wird eine dauernde, völlig Entziehung des Alkohols noch jetzt eine gewisse Besserung bei dem Kranken herbeiführen können; wir dürfen uns aber nicht verhehlen, daß durch die Anzeichen der psychischen Schwäche die Aussichten für die Zukunft erheblich getrübt werden *).

XXVI. Vorlesung.

Irresein nach Kopfverletzungen.

M. H.! Schon wiederholt haben wir Gelegenheit gehabt, auf die ursächliche Bedeutung schwerer Kopfverletzungen für die Entstehung geistiger Störungen hinzuweisen. Es läßt sich aller-

*) Der Zustand des Kranken hat sich in der Klinik allmählich sehr gebessert, wenn auch ein gewisser Grad von Urteilsschwäche und Rührseligkeit deutlich blieb. Der Kranke wurde mit Rücksicht auf seine Gefährlichkeit nach einem halben Jahre in eine Pflegeanstalt überführt und von dort später wieder entlassen.

dings nicht in Abrede stellen, daß man einen derartigen Zusammenhang wohl öfters etwas zu bereitwillig angenommen hat, zumal wenn längere Zeiträume zwischen dem Unfalle und der späterhin allmählich sich entwickelnden Geisteskrankheit liegen. Wir wissen eben über die wirklichen Ursachen des Irreseins noch so herzlich wenig, daß wir ungemein vorsichtig sein müssen, wo aus einer lockeren zeitlichen Folge Schlüsse auf innere ursächliche Beziehungen abzuleiten sind. Berechtigt werden wir zu einer solchen Annahme sein, wenn sich die Geistesstörung eng an die Verletzung anschließt, ganz besonders aber dann, wenn die klinischen Eigentümlichkeiten des gegebenen Falles genau denen gleichen, die wir in anderen, ganz unzweifelhaften Beobachtungen kennen gelernt haben. Beiden Bedingungen entspricht, wie ich denke, der Fall eines 44jährigen Spenglers, der uns vor einer Woche aus der chirurgischen Klinik zugeführt wurde. Der Kranke ist vor 3 Wochen, als er gegen Mitternacht hinausging, um Wasser zu holen, auf einer Treppe ausgeglitten und hinuntergestürzt. Er wurde bewußtlos gefunden und kam erst am nächsten Morgen allmählich wieder zu sich. Aus dem rechten Gehörgange lief etwas Blut; gegen Mittag hatte der Kranke mehrmals Erbrechen; auch dabei soll er jedesmal etwa einen Eßlöffel Blut ausgeworfen haben. Aus seinem Vorleben ist nur zu bemerken, daß er seit langen Jahren zeitweise stärker trank, aber nicht viel vertragen konnte; er war dann reizbar, öfters gewalttätig gegen seine Frau.

In der chirurgischen Klinik, wohin er zunächst gebracht worden war, stellte man über dem rechten Scheitelbein eine gequetschte, etwa 3-Markstück große Wunde mit Schwellung und Blutunterlaufung in der Umgebung fest. Auch die rechte Ohrmuschel war stark gequetscht, die ganze rechte Seite des Kopfes bis zum Warzenfortsatze hinunter sehr schmerzhaft. Im rechten Gehörgange fand sich ein kleines Blutgerinnsel. Endlich war die Gegend der 3. und 4. Rippe links schmerzhaft. Irgend welche Störungen, die auf eine umschriebene Hirnverletzung hingewiesen hätten, ließen sich nicht nachweisen. Dagegen befand sich der Kranke in einer gewissen Erregung, die eine genauere Untersuchung sehr erschwerte. Er war über die Zeitverhältnisse ganz im unklaren, erinnerte sich durchaus nicht der näheren Umstände seines Sturzes und der Ereignisse seit jenem Zeitpunkte, hatte auch gar kein Ver-

ständnis für die Schwere seines Zustandes, verlangte, nach Hause gelassen zu werden, da er arbeiten müsse, wollte seine Kleider haben, widerstrebte bei allen Eingriffen, riß den Verband wieder ab, ging nachts aus dem Bette. Die Wunde heilte rasch; auch die Schmerzhaftigkeit verschwand nach einiger Zeit, aber die Unruhe und Unklarheit des Kranken bestand fort. Er erzählte von Briefen, die er erhalten habe, hatte keine Ahnung, wie lange er schon da sei, und entwich endlich abends in Hemd und Pantoffeln, um sich in einem benachbarten Neubau zu verstecken, da sein Schwager, wie er ihm mitgeteilt habe, mit seinem Wagen auf ihn wartete. Infolge dieses Vorfalles wurde er zu uns gebracht.

Wie Sie sehen, versteht der etwas dürftig genährte, blaß aussehende Mann die an ihn gerichteten Fragen, wenn auch eine gewisse Unbesinnlichkeit nicht zu verkennen ist. Er weiß, wo er sich befindet, kennt die Ärzte und erinnert sich der Vorgänge aus den letzten Tagen ganz gut. Dagegen ist seine zeitliche Orientierung recht unklar. Auch wenn man ihn in dieser Richtung belehrt, vergißt er das sehr bald wieder. Andererseits erzählt er unrichtiger Weise, daß er gestern Besuch gehabt habe, daß seine Frau ihm versprochen habe, ihn heute abzuholen.

Rechnungen, die mit Hilfe des Einmaleins zu lösen sind, führt er richtig aus, gerät aber leicht in Verwirrung, sobald er dabei Überlegung und Merken von Zahlen nötig hat. Sehr auffallend ist die Tatsache, daß er von seinem Aufenthalte in der chirurgischen Klinik, namentlich aber von seinem Sturze, fast gar nichts mehr weiß. Er gibt abwechselnd verschiedene, frei erfundene Darstellungen seines Falles. Einmal meint er, mittags 3 Uhr in der Fabrik gefallen zu sein, ein anderes Mal kurz darauf, er sei schnell 3 Treppen auf eine Eisenplatte mit Schraubchen hinuntergesprungen, um noch den Zug zu erreichen. Auf näheres Befragen schmückt er diese Vorgänge noch mit allerlei Einzelheiten aus, offenbar überzeugt, wirkliche Erlebnisse wiederzugeben. Dabei sind aber alle seine Angaben eigentümlich unbestimmt und verschwommen. Krankheitsgefühl hat er gar nicht, drängt einsichtslos fort, da er unbedingt zur Arbeit müsse. Er werde seine Stelle verlieren, wenn er nicht komme; man werde meinen, daß er sich drücken wolle. Seine Stimmung ist etwas weinerlich, aber ohne tiefere Gemütsbewegung. Die Tatsache, daß er sich in der Irrenanstalt befindet,

nimmt er ganz gleichgültig hin, verrät wenig Anteil an den Vorgängen seiner Umgebung.

Die körperliche Untersuchung des Kranken zeigt uns eine noch frische, nicht mit dem Knochen verwachsene Narbe am Rande der rechten Hinterhauptschuppe, ferner einige kleinere Narben an der Schläfe und am linken Scheitelbeine. Der Schädel ist asymmetrisch; die Gesichtszüge sind etwas schlaff. Von irgend welchen nervösen Störungen, die auf eine Herderkrankung hindeuten würden, ist nichts nachzuweisen. Die Kniesehnenreflexe sind ziemlich lebhaft; auch die mechanische Muskeleerregbarkeit ist gesteigert. Da das Gehör, namentlich links, beeinträchtigt erschien, ist auch ein genauerer Ohrenbefund aufgenommen worden. Derselbe ergab zwar die Wahrscheinlichkeit einer doppelseitigen Labyrinthkrankung, doch kann dieselbe nach ohrenärztlicher Ansicht nicht mit dem erlittenen Sturze in Verbindung gebracht werden. Bei den verschiedenen körperlichen Prüfungen zeigte der Kranke eine auffallende Ermüdbarkeit.

Die Geistesstörung, die sich in dem vorliegenden Falle unmittelbar an die Bewußtlosigkeit nach dem Sturze angeschlossen hat, zeichnet sich im wesentlichen aus durch eine Erschwerung der Auffassung und des Denkens, ferner durch die Erinnerungslücke für die Verletzung selbst, eine erhebliche Merkstörung und endlich das Eintreten von Erinnerungsfälschungen an Stelle der geschädigten wirklichen Erinnerungen. Merkwürdig ist dabei das Fehlen des Krankheitsgefühls. Wie ich glaube, dürfen wir diese Züge mit ziemlicher Sicherheit als kennzeichnend für die Geistesstörungen nach schweren Hirnerschütterungen betrachten, so daß also auch das klinische Bild für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Sturz und Irresein sprechen würde. Da derartige Erkrankungen nach einiger Zeit ohne deutliche Reste wieder verschwinden können, handelt es sich dabei offenbar um Veränderungen in der Hirnrinde, die der Rückbildung fähig sind, kleinere Blutungen und Zerreißen, vielleicht auch um feinere Störungen des nervösen Gefüges. Auch in unserem Falle dürfen wir, da Herderscheinungen und Fieber fehlen, auf einen allmählichen Ausgleich der jetzt noch nachweisbaren Störungen hoffen*).

*) Der Kranke konnte nach 4wöchigem Aufenthalte, noch etwas schwer-

In welcher Weise sich die weiteren Schicksale solcher Kranken gestalten können, die eine schwere Kopfverletzung erlitten haben, mag Ihnen der Fall eines 18jährigen Tagelöhners zeigen, dessen Zustand wir hinsichtlich seiner Erwerbsfähigkeit zu begutachten haben. Der Kranke, der aus gesunder Familie stammt und bei mittlerer Begabung in der Schule fleißig und gesittet war, wollte vor 1½ Jahren auf dem 4. Stockwerke eines Neubaus von einer Leiter herabsteigen. Als dieselbe auf der schlüpfrigen Unterlage ins Rutschen geriet, sprang er ab, verfehlte aber dabei die Gerüstbretter und fiel durch eine Lücke bis in den ersten Stock hinunter, wo er mit der rechten Stirnseite aufschlug. Er wurde anscheinend sterbend nach Hause gebracht. Die rechte Gesichtshälfte war sehr stark geschwollen; aus Mund und Nase floß Blut. Der Kranke war vollkommen bewußtlos und kam erst nach einigen Tagen wieder zu sich. Nach Abschwellung des Gesichtes stellte sich heraus, daß das Sehvermögen auf dem rechten Auge vollkommen erloschen war. Außerdem klagte der Kranke über Kopfschmerz und andauernden Husten; er soll auch etwas Blut ausgeworfen haben. Ganz allmählich besserte sich der Zustand, doch bemerkte der Vater des Kranken schon in den ersten Monaten, daß er in seinem ganzen Wesen verändert war. Der früher gutmütige und lenksame Junge war jähzornig und sehr erregbar, zeigte einen müden Gesichtsausdruck und war zu keiner Arbeit mehr recht zu brauchen. Schlaf und Appetit waren gut, doch fanden sich im Harn regelmäßig kleine Mengen Zucker. Der Kranke selbst klagte viel über Schwindelgefühl. Die Untersuchung der Augen ergab Atrophie des Sehnerven und chorioiditische Veränderungen rechts, zugleich hier fast vollständige Blindheit. Als Ursache dieser Störung wurde ein Bruch des Augenhöhlendaches mit Beteiligung des Sehnervenkanals betrachtet.

Im weiteren Verlaufe traten nun nach den Angaben des Vaters mehr und mehr auch gewisse Veränderungen auf psychischem Gebiete hervor. Der Kranke wurde vergeßlich, konnte nichts behalten und benahm sich wie ein kleines Kind, arbeitete nicht, lief zwecklos herum, mußte gesucht werden, weil er nicht zur rechten

fällig im Denken und ohne Erinnerung an den Unfall, aber sonst völlig klar, aus der Klinik entlassen werden, ist jetzt seit 9 Jahren anscheinend gesund.

Zeit nach Hause kam. Er spielte mit Kindern, konnte stundenlang einigen Kanarienvögeln zusehen, zeigte nicht die Neigungen, die seinem Alter entsprachen. „Der Verstand wächst nicht mit,“ sagte der Vater in sehr bezeichnender Weise. Bisweilen soll er Tage gehabt haben, an denen er sehr verdrießlich und reizbar war, „Faxen und unnötiges Zeug“ machte, ältere Leute mit Du anredete und sich ungebührlich benahm.

Betrachten wir uns nun den schwächling gebauten und mäßig genährten jungen Mann, so läßt sich zunächst keine äußere Spur des erlittenen Unfalles mehr feststellen. Dagegen ist das rechte Auge blind; auch scheint eine leichte Abducensparese zu bestehen. Die rechte Gesichtshälfte erscheint ein wenig schlaffer, als die linke. Die Sehnenreflexe sind an Armen und Beinen auffallend lebhaft; der Händedruck ist links stärker, als rechts. Sonst zeigen weder Bewegungen noch Empfindlichkeit irgend welche Störungen. Im Harn läßt sich 1% Zucker nachweisen, den wir bei geeigneter Ernährung auf die Hälfte haben sinken sehen.

Der Kranke ist besonnen, klar über Zeit, Aufenthaltsort und seine Lage; er gibt geordnete Auskunft auf die an ihn gerichteten Fragen. Seit dem Falle leide er an Kopfschmerzen und sei vergesslich geworden. Von Zeit zu Zeit werde es ihm schwindlig; es gehe alles im Kreise mit ihm herum, ohne daß er jedoch hin- falle. Das Arbeiten sei ihm schwer geworden. Seine Kenntnisse im Rechnen sind recht gute; dagegen kennt er weder die Hauptstadt von Baden noch den Namen des Großherzogs oder des Kaisers. Auch die Hauptstädte Frankreichs und Österreichs sind ihm unbekannt; von Ortschaften und Flüssen in Deutschland weiß er nur einige wenige anzugeben. Über den Krieg von 1870 hat er höchst unklare Vorstellungen. Die 10 Gebote vermag er herzusagen, weiß aber nicht, warum das Osterfest gefeiert wird.

Es kann zweifelhaft erscheinen, ob diese Mangelhaftigkeit seines Wissens ohne weiteres als krankhaft angesehen werden darf. Der Kranke war zwar nicht gerade ein schlechter Schüler, aber in einer uns übersandten Auslassung seines früheren Lehrers wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß junge Leute, die in der Schule kein reiferes Verständnis für die Lehrgegenstände erreicht haben, oft überraschend schnell alles wieder vergessen, was nicht durch das Leben tagtäglich aufgefrischt wird. Immerhin werden

wir wohl berechtigt sein, wenigstens die Unfähigkeit, den Namen des Fürsten und der Landeshauptstadt zu nennen, bei einem Menschen, der vor 4 Jahren aus der Schule, vor 2 Jahren aus der Sonntagsschule als leidlicher Schüler entlassen wurde, auf einen krankhaften Verlust früherer Kenntnisse zu beziehen.

In seinem Benehmen bietet der Kranke auf den ersten Blick nichts besonderes dar. Bei längerer Beobachtung hat sich indessen herausgestellt, daß er sehr wenig Neigung hat, sich zu beschäftigen, vielmehr gern herumlungert. Namentlich aber zeigte er bald ein unbotmäßiges, anmaßendes Wesen, vertrug keinen Widerspruch, wurde grob und ausfallend gegen seine viel älteren Mitkranken, nannte alle ohne weiteres „Du“, schimpfte in wüsten Ausdrücken, sobald ihm etwas nicht recht war, suchte sich nach solchen Ausbrüchen selbst als den Gekränkten hinzustellen.

Diese Erfahrungen stimmen vollständig mit den vom Vater gemachten Schilderungen überein. Berücksichtigen wir die Zeugnisse der früheren Lehrer, in denen ausdrücklich das sehr lobenswerte Betragen des Jungen betont wird, so gewinnt die Angabe des Vaters, daß sich bei dem Kranken seit dem Sturze eine Veränderung seines Wesens herausgestellt habe, an Wahrscheinlichkeit. Dazu kommt, daß einerseits die Spuren eines Schädelbruches in der Sehnerventrophie und dem Zuckergehalte des Harnes noch jetzt bestehen, und daß andererseits derartige Veränderungen des Charakters nach schweren Kopfverletzungen schon oft beobachtet worden sind. Auch Zola hat sich bei seiner bekannten Schilderung im „Assommoir“ offenbar auf eine derartige Beobachtung gestützt. Wir dürfen daher wohl annehmen, daß die Vergeßlichkeit des Kranken, seine Vorstellungsarmut, der Mangel an geistiger Regsamkeit, endlich seine Reizbarkeit und der Verlust der feineren Gefühle nicht nur krankhaft, sondern geradezu die Folgen der erlittenen Verletzungen sind. Dafür würden auch wohl die leichten Schwindelanfälle sprechen, von denen wir allerdings nur aus den Angaben des Kranken selbst wissen. Andeutungen epileptischer Störungen sind nach solchen Verletzungen nicht selten. Vielleicht wären dahin auch die von dem Vater des Kranken erwähnten Verstimmungen zu rechnen, die uns an die ähnlichen Störungen der Epileptiker erinnern, doch sind die Angaben darüber zu unbestimmt; zudem konnten wir in der allerdings nur kurzen

Zeit der klinischen Beobachtung keine Periodizität der Reizbarkeitsausbrüche nachweisen.

Auch in diesem Falle hat wahrscheinlich sofort eine Blutung in die Schädelhöhle stattgefunden, durch deren Druck vermutlich die lange Dauer der anfänglichen Bewußtlosigkeit bedingt wurde. Es muß indessen zweifelhaft erscheinen, ob die jetzt noch vorhandene psychische Veränderung als Nachwirkung der damaligen Drucksteigerung angesehen werden darf, etwa als Folge der durch sie erzeugten Ernährungsstörungen. Vielmehr scheinen derartige geistige und gemüthliche Schwächezustände nach Kopfverletzungen auch dann vorzukommen, wenn eine gröbere Zerreißung und Blutung in das Hirngewebe gar nicht stattgefunden hat. Manche Erfahrungen sprechen dafür, daß schon eine sehr heftige Erschütterung des Hirns zu feineren Zerstörungen führen kann, die eben dann das hier beschriebene, eigenartige Bild erzeugen, oft noch bereichert durch deutlich epileptische Züge und namentlich verminderte Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol. Nicht selten treten alle diese Störungen erst ganz allmählich und selbst längere Zeit nach der Verletzung stärker hervor. Die Aussichten für die Zukunft sind in der Regel ungünstige; auch in denjenigen Fällen, in denen verwachsene Narben und Knocheneindrücke uns einen Fingerzeig für operatives Eingreifen bieten, pflegt der Erfolg auszubleiben oder doch nur sehr vorübergehend zu sein*).

Daß der Zusammenhang zwischen Verletzung und Irresein auch ein ganz anderer sein kann, als in den letzten beiden Beobachtungen, lehrt uns der Fall eines 61jährigen Gürtlers, der uns zur Begutachtung zugewiesen wurde. Der Kranke erlitt vor 8 Monaten auf der Eisenbahn dadurch einen Unfall, daß er nebst Frau und Tochter durch einen Zusammenstoß beim Rangieren zu Boden geworfen und erheblich gequetscht wurde. Die Verletzungen erstreckten sich auf das rechte Knie, den rechten Oberarm, die rechte Jochbeingegend und Kopfseite sowie die rechte Mittelhand, heilten jedoch schnell wieder. Unmittelbar nach dem Unfälle verlor der Kranke, der durch den Stoß zu Boden geschleudert worden war, die Besinnung auf einige Augenblicke. Als er wieder zu sich

*) Wir haben leider über die weiteren Schicksale dieses Kranken nichts in Erfahrung bringen können.

gekommen war und seine Frau wie die weit schwerer verletzte Tochter suchte, sagte ein zufällig anwesender Arzt: „Am schlimmsten wird es mit dem Manne noch werden“; er war „ungeheuer aufgeregt“.

Sehr bald nachher bemerkte der Kranke, daß eine wesentliche Veränderung mit ihm vorgegangen war. Wie er uns mit einer gewissen Beredsamkeit schildert, war er sehr vergeßlich; namentlich auf Personen konnte er sich gar nicht mehr besinnen. Er fühlte sich immer müde und angespannt, schlief schon vormittags im Zimmer ein, mußte sich sehr anstrengen, um den Reden der Umgebung folgen zu können, besonders in größerer Gesellschaft. Infolgedessen sah er sich genötigt, seine Ehrenämter aufzugeben, da er keinen Sitzungen mehr beiwohnen konnte. Auch im Wirtshause hielt er es nicht mehr aus; ihm wurde sofort schlecht; er mußte hinaus und nach Hause.

Sehr viel mußte er an den Unfall denken und mit seinen Angehörigen darüber sprechen. Namentlich bekümmert ihn auch die Sorge um seine und seiner Familie Zukunft, da der Rechtsstreit mit der Eisenbahnverwaltung über die Entschädigung noch schwebt. Seine Arbeitsfähigkeit ist jetzt empfindlich herabgesetzt. Ihm ist zwar in seiner Werkstatt am wohlsten, aber er kann nicht lange hintereinander fortarbeiten, hat auch nicht die Kraft und Sicherheit mehr in seinen Händen, die für seinen Beruf nötig ist. Zum Verkehr mit anderen Leuten, zu geistiger Beschäftigung hat er keine rechte Lust mehr, da ihn alles anstrengt und gemächlich angreift. Das Lesen wird ihm schwerer, als früher; es treten bald Kopfschmerzen auf, und die Augen fallen ihm zu. Beim Sprechen hat er häufig die Empfindung, als ob ihm etwas in der Kehle stecke. In der Tat stockt der Kranke vielfach mitten im Worte. Auch im Gehen ist er behindert; es tritt leicht Herzklopfen auf, auch Rückenschmerz und starkes Schwitzen. Oft hat er das Gefühl, als müsse er hinfallen, kann nicht mehr auf einen Stuhl steigen, weil ihn sofort die Angst vor dem Fallen schreckt. Die Stimmung des Kranken ist im Zusammenhange mit allen diesen Störungen sehr gedrückt.

Die körperliche Untersuchung des kleinen, wohlgenährten Mannes ergibt lebhaftes Zittern der Augenlider beim Augenschlusse, Zittern der Zunge, leichten Strabismus, schlaffe Gesichtszüge, Her-

absetzung des Kniesehnenreflexes auf der rechten Seite; auch die Hautreflexe sind rechts weit schwächer als links. Die Kraft erscheint rechts bedeutend vermindert. Bei Augenschluß gerät der Kranke in starkes Schwanken und fällt dann um; Kehrt machen bei geschlossenen Augen kann er nicht. Die Empfindlichkeit zeigt nirgends Störungen. Bei der Untersuchung ermüdet der Kranke ungemein leicht. Der Puls ist beschleunigt; bei Anstrengungen tritt starke Rötung des Gesichtes auf. Die genauere ohrenärztliche Untersuchung hat noch eine Herabsetzung der Empfindlichkeit im rechten Gehörnerven festgestellt.

Das hier gegebene Krankheitsbild unterscheidet sich von den vorigen sofort durch den wesentlichen Umstand, daß dort trotz schwerer Störungen das Krankheitsgefühl vollständig fehlte, während hier die Klagen sehr stark, die tatsächlich nachweisbaren Störungen dagegen verhältnismäßig geringfügige sind. Das einzige greifbare Zeichen, das etwa für eine gröbere Erkrankung des Nervensystems sprechen würde, ist die Ungleichheit der Sehnenreflexe, doch ist es nicht ausgeschlossen, daß dieselbe nur durch verschiedene Spannung der Muskeln bedingt wird. Ob die rechtsseitige Hypästhesie des Gehörnerven überhaupt mit dem Unfälle in Beziehung steht, läßt sich nicht entscheiden.

Bei diesem Mangel an objektiven Krankheitszeichen trägt das ganze Leiden so durchaus die Züge der psychischen Entstehungsweise, daß sogar der Verdacht auftauchen konnte, ob nicht auch absichtliche Verstellung mit im Spiele sei, zu dem Zwecke, eine möglichst hohe Entschädigung für den erlittenen Unfall zu erreichen. Diese Frage nach der Verstellung hat bei den psychischen Erkrankungen nach Unfällen infolge unserer Gesetzgebung eine große Bedeutung gewonnen, und sie hat zu einer eifrigen Jagd nach objektiv nachweisbaren Zeichen derartiger Störungen geführt, freilich bisher mit geringem Erfolge, weil man sie ausschließlich auf neurologischem Gebiete gesucht hat. Offenbar aber entsprechen sämtliche von unserem Kranken vorgebrachten Klagen denjenigen, die etwa eine quälende Sorge auch hervorbringen könnte; sie weisen also auf die Entstehung aus *k r a n k h a f t e n S t i m m u n g e n* hin. In der Tat spielt bei der Entstehung dieser Krankheitsbilder, die namentlich von Oppenheim unter der Bezeichnung der „traumatischen Neurose“ genauer beschrieben worden sind, die gemüt-

liche Erschütterung, der Schreck, jedenfalls die Hauptrolle. Sie kommen auch dann zustande, wenn keinerlei Kopfverletzung, ja wenn überhaupt gar kein Unfall stattgefunden hat, sondern nur die große Gefahr eines solchen bestand. Daraus erklärt es sich, daß hier, abgesehen von den zufälligen Begleiterscheinungen wirklicher Verletzungen, nur solche Krankheitszeichen aufzutreten pflegen, die durch Gemütsbewegungen hervorgebracht werden können. Zuverlässige Zeichen des bestehenden Leidens, die nicht am Ende auch willkürlich erzeugt werden könnten, wird man daher mit Hilfe der körperlichen Untersuchung wohl niemals aufzufinden vermögen.

Dagegen schützt uns vor der Fehlerquelle der Verstellung einigermaßen das ungemein eigenartige Gesamtbild, das die Züge einer dauernden gemüthlichen Beunruhigung mit ihren Folgen für die Arbeitsfähigkeit, für die Lebensfreudigkeit, die Stimmung und die körperlichen Verrichtungen, Empfindungen, Bewegungen, Kreislauf u. s. f. darbietet. Wie es scheint, ist diese gemüthliche Beunruhigung zum Teil als die Nachwirkung der heftigen gemüthlichen Erschütterung, zum Teil aber auch wohl als die Wirkung des „Kampfes um die Rente“ anzusehen, der sich so oft in den peinigendsten Formen an den Unfall anschließt. Für die letztere Annahme sprechen wenigstens die nicht seltenen Fälle, in denen mit der Sicherung der Rente eine wesentliche Besserung aller Beschwerden eintritt. Gerade dann freilich pflegt sich leicht der Verdacht zu erheben, daß es sich vorher um zielbewußte Verstellung gehandelt habe.

Will man diesem Verdachte begegnen und Verfahren auffinden, die einen einigermaßen zuverlässigen Einblick in das kranke Seelenleben gewähren, so können nur die psychischen Untersuchungsverfahren zum Ziele führen. Ich habe daher schon in einer Reihe derartiger Fälle mit Hilfe fortlaufenden Addirens einstelliger Zahlen und ähnlicher einfacher Versuche das Verhalten der Kranken genauer prüfen lassen. Diese Verfahren, auf deren Einzelheiten ich hier nicht näher eingehen kann, haben den großen Vorzug, daß sie Ergebnisse liefern, bei denen jede absichtliche Verstellung sofort deutlich erkennbar wird. Selbst solchen Personen, welche genau die auf diesem Gebiete herrschenden Gesetze kennen, ist es nämlich ganz unmöglich, die besonderen, hier vorkommenden krankhaften Störungen willkürlich nachzuahmen, wie das eigens darauf gerichtete Versuche dargetan haben. Auch bei unserem Kranken haben wir

uns in der angedeuteten Weise ein Urteil darüber zu bilden versucht, wie weit seine Klagen über Herabsetzung seiner Arbeitsfähigkeit berechtigt sind. Dabei hat sich ergeben, daß er in der Tat einerseits eine ungemein geringe geistige Leistungsfähigkeit, andererseits eine zweifellos krankhaft gesteigerte Ermüdbarkeit besitzt. Es dürfte kaum Schwierigkeiten bieten, derartige Feststellungen auch auf anderen Gebieten geistiger Leistungen vorzunehmen, namentlich für die Auffassungsfähigkeit und Merkfähigkeit, für die Übungsfestigkeit, Erholungsfähigkeit, Ablenkbarkeit usw. Da sich bei derartigen Untersuchungen absichtliche Täuschungen überall durch mangelnde Übereinstimmung der Ergebnisse untereinander und mit sonstigen Erfahrungen verraten, so bieten sie durchaus die Möglichkeit, zu vollkommen sicheren Befunden zu gelangen.

Über die mutmaßliche weitere Entwicklung unseres Krankheitsfalles vermag ich Ihnen wenig Sicheres zu sagen. Auf der einen Seite ist das Alter des Kranken einem raschen Ausgleiche der Störung nicht günstig. Andererseits ist es jedoch möglich, daß sich bei glücklicher Erledigung der Entschädigungsfrage mit der Beseitigung der wirklich begründeten Sorgen doch wieder eine erhebliche Besserung und selbst Heilung einstellt*). Freilich nehmen manche dieser Fälle einen ungemein hartnäckigen Verlauf. Die Behandlung kann im Augenblicke nur in dem Maße zu fleißiger Beschäftigung bestehen. Außerdem ist an die Hypnose zu denken, die vielfach eine günstige, beruhigende Wirkung ausübt. Wir haben sie bei unserem Kranken bereits einige Male mit leidlichem Erfolge angewendet, erwarten aber davon so lange keine nachhaltige Besserung, als die Hauptsorge des Kranken nicht beseitigt ist.

Die Erkenntnis von der psychischen Entstehungsweise der traumatischen Neurose oder, wie ich sie lieber nennen möchte, der „Schreckneurose“, hat sie in so nahe Beziehungen zur Hysterie gebracht, das derartige Fälle nach Charcots Vorgang vielfach ohne weiteres jener Krankheit zugezählt werden. Man geht dabei von der Ansicht aus, daß durch den Unfall die verborgene Hysterie

*) Der Zustand des Kranken hat sich in den letzten 6 $\frac{1}{2}$ Jahren nach befriedigender Lösung der Entschädigungsfrage bedeutend gebessert, doch ist eine gewisse Einschränkung der Leistungsfähigkeit und der gemüthlichen Widerstandsfähigkeit dauernd zurückgeblieben.

gewissermaßen ans Tageslicht gezogen worden sei. Ohne Zweifel können durch Unfälle auch hysterische Störungen ausgelöst werden. Dennoch scheint mir das soeben entwickelte Krankheitsbild nach Entstehungsweise, klinischer Ausprägung und Verlauf so wesentlich von demjenigen der Hysterie abzuweichen, daß ich ein einfaches Zusammenwerfen beider nicht für einen Fortschritt halten kann. Vielmehr bin ich überzeugt, daß uns die genauere Kenntnis der auf psychischem Wege ausgelösten Störungen neben der eigentlichen Hysterie, die durch die dauernde Neigung zu psychogenen Krankheitszeichen verschiedenster Art gekennzeichnet ist, zur Abtrennung einer Reihe mehr oder weniger nahe verwandter Formen führen wird, bei denen sich die Entstehungsgeschichte der krankhaften Veränderungen wesentlich anders abspielen dürfte, als dort.

XXVII. Vorlesung.

Zwangsvorstellungen, Zwangsbefürchtungen.

M. H.! Mit der Betrachtung der Hysterie haben wir ein Gebiet krankhafter Seelenzustände betreten, in denen die eigenartige Veranlagung der Persönlichkeit als die wahre Grundlage des Leidens angesehen werden mußte. Dementsprechend hatten wir dort auch nicht mit einem eigentlichen Verlaufe der Krankheit zu rechnen, sondern mehr mit einer angeborenen, dauernden Veränderung des psychischen Verhaltens, welches den günstigen Boden für die Entwicklung einer Reihe verschiedenartiger Zwischenfälle abgibt. Von der „hysterischen Veranlagung“ führen nun alle möglichen Übergänge zu anderen Formen der krankhaften Persönlichkeiten, der „dauernden psychopathischen Minderwertigkeiten“, wie Koch sie genannt hat, hinüber, von denen wir einige Beispiele näher ins Auge fassen wollen.

Sie sehen zunächst einen 31 jährigen Lehrer vor sich, der vor 4 Wochen aus freien Stücken die Klinik aufgesucht hat, um sich hier behandeln zu lassen. Der schlank und hager gebaute Mann zeigt körperlich außer einer niedrigen Stirn, einer geringen Pupillendifferenz, lebhaften Kniesehenreflexen keine bemerkenswerte Stö-

rung, doch ist sein Puls während der Untersuchung auf 120 Schläge gestiegen, ein Zeichen großer gemüthlicher Erregbarkeit. In der That war der Kranke, als er hierher kommen sollte, in lebhafter Aufregung, sank auf das Bett nieder und meinte, die Besprechung in der Klinik werde ihm das Leben kosten. Er bat, sich schon vor Beginn der Stunde in den Saal setzen zu dürfen, um die Zuhörer allmählich kommen zu sehen, da er nicht so plötzlich vielen Menschen gegenüber treten könne.

Der Kranke ist völlig besonnen, klar, geordnet in seinen Angaben. Er erzählt uns, daß eine seiner Schwestern ähnlich leide wie er selbst. Die Entstehung seiner Krankheit führt er auf etwa 11 Jahre zurück. Da er sehr begabt war, wurde er Lehrer und mußte viel geistig arbeiten, um seine Prüfungen zu bestehen. Allmählich stieg in ihm die Befürchtung auf, daß er ein schweres Leiden habe und am Herzschlag sterben müsse. Alle ärztlichen Versicherungen und Untersuchungen konnten ihn nicht beruhigen. Daher kam er vor 7 Jahren eines Tages plötzlich aus seiner Stellung nach Hause, weil er fürchtete, rasch zu sterben. Später befragte er alle möglichen Ärzte, nahm wiederholt längeren Urlaub, erholte sich auch immer etwas, doch kehrten die Befürchtungen jeweils sehr bald wieder. Nach und nach gesellte sich die Scheu vor Menschenansammlungen hinzu; auch konnte er nicht allein über große Plätze oder durch weite Straßen gehen. Ferner vermied er aus Angst vor Zusammenstoßen und Entgleisungen, die Eisenbahnen zu benutzen, wollte nicht in einem Kahne fahren, weil er umschlagen könnte. Auf Brücken, beim Schlittschuhlaufen befiel ihn Angst; schließlich war es die Angst vor der Angst selbst, die ihm bei den verschiedensten Gelegenheiten sofort Herzklopfen und Beklemmungen verursachte. Auch nach seiner Verheiratung vor 3 Jahren wurde es nicht besser. Er lebte häuslich, war verträglich und lenksam, aber „nur zu weich“. Auf dem Wege hierher, als er sich endlich entschlossen hatte, bei uns Besserung zu suchen, zitterte er vor Todesfurcht.

Der Kranke bezeichnet sich selbst als einen Hasenfuß, der bei guter geistiger Leistungsfähigkeit immer Angst vor allen möglichen Krankheiten gehabt habe, vor Schwindsucht, Herzschlag u. dergl. Er hat ein Verständnis für die Krankhaftigkeit dieser Besorgnisse, kann sich aber doch nicht davon frei machen. Auch während der

Beobachtung in der Klinik trat diese Ängstlichkeit in sehr ausgeprägter Weise hervor. Bei jeder ärztlichen Maßregel, Bädern, Einpackungen, Arzneien machte er sich Gedanken, ob das nicht etwa zu stark für ihn sei und schwächend wirke; er wünschte, daß immer ein Wärter in der Nähe sei für den Fall, daß er aufgeregt werde. Der Anblick anderer Kranker beunruhigte ihn lebhaft; als er in einem Garten mit geschlossener Türe spazieren ging, quälte ihn die Furcht, daß er nicht hinaus könne, wenn ihm etwas zustoße. Schließlich wagte er sich kaum vor das Haus, mußte immer die geöffnete Tür im Rücken haben, um sich im Notfalle hineinflüchten zu können. Darum bat er, ihm ein Fläschchen „blaue Elektrizität“ zur Beruhigung mitzugeben, das er mit hereingebracht hatte. Bisweilen überfiel ihn im Sitzen plötzlich heftiges Herzklopfen. Einige kleine Aknepusteln setzten ihn so in Angst, daß er ihretwegen weder spazieren gehen noch schlafen konnte. Ihm fiel auf, daß sein Blick so trübe geworden sei; er meinte, das sei der Anfang einer Geistesstörung, die ihn hier gewiß überfallen werde.

Manche Züge in diesem Krankheitsbilde erinnern an die Hysterie, namentlich die durch zufällige Eindrücke wachgerufenen, wechselnden Krankheitsbefürchtungen. Dagegen vermissen wir einerseits die körperlichen Begleiterscheinungen der Hysterie; andererseits steht hier die wirkliche Angst, nicht nur vor Krankheit, sondern auch vor allen möglichen anderen Fährlichkeiten, im Vordergrund, während die eigentliche Dulderfreudigkeit, die wir in der Hysterie oft so deutlich ausgeprägt sehen, vollständig fehlt. Dazu kommt die große Einförmigkeit der Krankheitsäußerungen. Wir werden daher den Fall jener dem hysterischen Irresein zwar verwandten, aber doch von ihr ziemlich deutlich unterschiedenen Gruppe von Krankheitszuständen zurechnen dürfen, die wir unter dem Namen des Zwangsirreseins zusammenfassen. Kennzeichnend für diese ungemein häufigen Formen krankhafter Veranlagung ist das Auftreten zwangsmäßiger, durch Vernunftgründe nicht widerlegbarer Befürchtungen, die das Handeln des Kranken in ziemlich hohem Grade unterjocht haben. Er weiß recht gut, daß ihm vor der Klinik nichts Böses begegnen kann, aber die in ihm auftauchende Angst ist mächtiger, als alle Überlegung, und läßt sich eben nur durch das Bewußtsein in Schranken halten, daß die Tür ihm für alle Fälle offen steht, oder daß er zur blauen Elektrizität seine Zuflucht

nehmen kann. Der Kreis dieser Befürchtungen, der hier die Platzangst, Brückenangst, Massenangst, Eisenbahnangst u. s. f. umfaßt, kann je nach persönlicher Neigung und Erfahrung ein ganz verschiedener sein; bei anderen sehen wir Schmutzangst, Giftangst, Nadelangst, Gewitterangst, Kleiderangst und eine Menge ähnlicher Formen auftreten.

Die Krankheit, um die es sich hier handelt, wurzelt tief in der gesamten Persönlichkeit, wie das auch der ganze bisherige Verlauf dartut. Sie pflegt sich früh zu entwickeln und mit größeren oder geringeren Schwankungen das ganze Leben hindurch anzudauern. In den schwersten Fällen können die Erscheinungen bis zur völligen Zerstörung der geistigen Freiheit fortschreiten; die Kranken werden dann von ihren zwangsmäßigen Beängstigungen so sehr in Anspruch genommen, daß durch diese das gesamte Denken, Fühlen und Handeln beherrscht wird. Meist vermag man jedoch durch Zuspruch und anderweitige psychische Behandlung eine gewisse Besserung der Erscheinungen herbeizuführen. Wir haben im vorliegenden Falle die Hypnose versucht, die, wie gewöhnlich bei derartigen Kranken, sofortige, aber kurzdauernde Erfolge brachte. Während der Kranke sich nach den ersten Sitzungen sehr erleichtert fühlte, knüpften sich nur zu bald die Befürchtungen auch an die neue Behandlung an. Er überzeugte sich, daß sie ihm nicht gut tue und verlor rasch den Glauben, der eben die Grundlage jenes Verfahrens bildet. Wir wollen jetzt versuchen, den Kranken durch planmäßige Übung immer mehr an den freien Verkehr außerhalb der Klinik zu gewöhnen und so seine mannigfaltigen krankhaften Befürchtungen zu bekämpfen. Große Erwartungen dürfen wir freilich daran nicht knüpfen. Gerade für derartige Kranke wäre ein längerer Aufenthalt in einer der von Möbius vorgeschlagenen Nervenheilstätten mit reichlicher Gelegenheit zu regelmäßiger Arbeit unter ständiger ärztlicher Anleitung und Überwachung außerordentlich am Platze, während das Verweilen in der Klinik mit ihren doch ganz andersartigen Aufgaben und Hilfsmitteln dem Kranken schwerlich viel Nutzen bringen wird*).

*) Wir haben den Kranken nach 7 Wochen in seine Familie zurückgeschickt, da die stete Beschäftigung mit Kurplänen und der Mangel an geregelter Tätigkeit entschieden ungünstig auf ihn wirkte; er ist jetzt seit 8 Jahren wieder

In etwas anderer Beleuchtung, als hier, zeigt Ihnen das Krankheitszeichen der Zwangsbefürchtungen ein 35 jähriger Artist, der uns vorgestern durch die Polizei zugeführt wurde. Er hatte dieselbe mit der Bitte um Schutz aufgesucht, nachdem er auf einer Eisenbahnfahrt plötzlich ängstlich geworden war, den Zug verlassen hatte und planlos in der Stadt herumgeirrt war.

Der Kranke ist, wie Sie sehen, völlig besonnen und klar, gibt über seine Erlebnisse geordnete Auskunft. Wir erfahren von ihm, daß er vor $\frac{3}{4}$ Jahren 20 Fuß hoch vom Trapez fiel, auf dem er „arbeitete“, glücklicherweise, ohne mehr als den Bruch eines Mittelhandknochens davonzutragen. Er fiel jedoch auf den Hinterkopf, an dem noch jetzt zwei nicht mit dem Knochen verwachsene Narben sichtbar sind. Nach dem Falle war er längere Zeit bewußtlos. Am 3. Tage nachher soll ein Krampfanfall aufgetreten sein, der sich indessen nicht wiederholte. Seit dem Sturze leidet der Kranke an ängstlichen Befürchtungen eigentümlicher Art. Wie er erzählt, tritt bei ihm, namentlich, wenn er sich in größerer Gesellschaft befindet, unter heftigem Kopfdrucke die Angst auf, er könne etwa unanständige Reden, besonders Majestätsbeleidigungen, ausstoßen, obgleich das seiner Gesinnung durchaus widerspreche. Bisweilen werde die Angst so groß, daß er sich das Taschentuch vor den Mund halte, um nur nichts zu sagen, doch habe er noch niemals wirklich etwas Strafbares ausgesprochen. Im letzten Jahre arbeitete er deswegen vorzugsweise im Auslande, wo er nicht zu fürchten brauchte, daß er wegen Beleidigung des Kaisers sofort verhaftet werde. Ferner hatte er beim Schließen eines Briefumschlages regelmäßig die Befürchtung, er müsse in denselben hineinspucken, ließ daher seine Briefe durch andere schließen. Bei der Fahrt über Heidelberg nach dem Süden, wo er erwartet wurde, sei es ihm schlecht geworden; er habe die Besinnung verloren und nach Aussage der Mitreisenden auch Krämpfe gehabt. Dann habe ihn große Angst überfallen; er habe gefürchtet, verhaftet zu werden, sei ausgestiegen und ans Wasser gelaufen. Über diese letzten Ereignisse weiß der Kranke keine genaue Auskunft zu geben; sonst aber bietet er außer etwas gedrückter Stimmung keine psychische Stö-

im Dienste, sein Befinden „zufriedenstellend“. Seine Schwester wurde in der Zwischenzeit wegen ganz ähnlicher Störungen von uns behandelt.

rung mehr dar. Auf körperlichem Gebiete ist eine leichte Pulsbeschleunigung, ferner große Lebhaftigkeit der Muskeleregbarkeit sowie der Haut- und Sehnenreflexe, ferner Überempfindlichkeit der Haut, namentlich gegen Kältereize, zu bemerken; der Knie-sehnenreflex ist links viel stärker als rechts.

Auch bei diesem Kranken haben die Befürchtungen scheinbar die Gestalt von Antrieben gewonnen. Bei genauerer Betrachtung erweist sich indessen, daß der Kranke sich nicht wirklich zu den von ihm gefürchteten Handlungen getrieben fühlt, sondern daß ihn nur die Angst befällt, er könne vielleicht etwas derartiges tun. Der Vorgang ist demnach nur dadurch von den bei unserem ersten Kranken beobachteten Störungen unterschieden, daß dort die vermeintliche Gefahr von außen drohte, während sie hier aus dem eigenen Handeln entspringen soll. Es gibt allerdings auch, glücklicherweise ziemlich selten, Fälle, in denen wir es mit wirklichen krankhaften Antrieben zu unter Umständen äußerst gefährlichen Handlungen zu tun haben. Die Handlung wird dabei nicht gefürchtet, sondern erstrebt, und der Widerstand gegen ihre Ausführung entspringt nicht sowohl dem Gefühl, als vielmehr der Überlegung. Werden aber die Hemmungen einmal überwunden, so folgt der Tat zunächst ein gewisses Gefühl der Befriedigung. Hier dagegen kommt es niemals zur wirklichen Ausführung der gefürchteten Handlungen; die Möglichkeiten, die dem Kranken vorschweben, sind auch regelmäßig solche, die ihm besonders widerwärtig oder schrecklich erscheinen, während bei den eigentlichen krankhaften Antrieben das Ziel begehrenswert erscheint, so sehr auch die vernünftige Überlegung abrät.

Die klinische Deutung des Krankheitsfalles bietet keine allzu große Schwierigkeit. Der bald nach dem Unfälle aufgetretene und sich anscheinend vor kurzem wiederholende Krampfanfall könnte als Zeichen einer Epilepsie aufgefaßt werden. Allein gerade die Zwangsbefürchtungen, ferner die Überempfindlichkeit der Haut, der Verlauf der Krämpfe ohne Verletzungen oder Zungenbiß, ihre innige Verbindung mit den Angstzuständen, das Fehlen sonstiger epileptischer Zeichen legen die Annahme nahe, daß wir es hier wohl eher mit einem psychogenen Krankheitsbilde zu tun haben, dessen Erscheinungen wir zu einem Teile wohl der Hysterie zurechnen dürfen. Die eigentümlichen Befürchtungen sind allerdings

nicht für die Hysterie kennzeichnend, aber sie gehören einem nahe verwandten Krankheitsbilde, eben dem Zwangsirresein, an, das gleichfalls eine Ausdrucksform der Entartung bildet. Gerade darum sehen wir nicht so selten Krankheitsfälle, in denen sich die Erscheinungen dieser Leiden und ebenso des aus derselben Wurzel hervorwachsenden manisch-depressiven Irreseins in der mannigfaltigsten Weise miteinander verbinden.

Die hier gewonnene Deutung des Krankheitsfalles wird uns auch vor einer Überschätzung der ursächlichen Rolle schützen, die dem Sturze für die Entstehung der jetzigen Störungen beizumessen ist. Wenn wir von den völlig abweichenden psychischen Schwächeständen nach Kopfverletzungen ganz absehen, so bietet doch auch die „Schreckneurose“ ein wesentlich anderes Bild dar, als wir es bei unserem Kranken vor uns haben. An Stelle der allgemeinen Behinderung der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit und der gesteigerten Ermüdbarkeit begegnen uns hier Krankheitszeichen, die wir oft genug auch ohne das Voraufgehen einer Kopfverletzung beobachten. Wir dürfen daraus schließen, daß hier der Unfall nicht als die eigentliche Ursache, sondern nur als Auslösung der Krankheitserscheinungen anzusehen ist, deren tiefere Grundlage die besondere Veranlagung des Kranken bildete. Diese Auffassung ist von erheblicher Bedeutung für die Beurteilung der Aussichten, die unser Fall für die Zukunft bietet. Während sich bei den schweren Formen der Schreckpsychose die Störungen nur langsam, unter Umständen überhaupt nicht mehr verlieren, wissen wir, daß hysterische Erscheinungen einerseits schärfer umgrenzt, andererseits aber ungemein beeinflussbar und wechselvoll zu sein pflegen. Auch bei sehr langer Dauer können sie durch irgend welche psychische Einwirkungen ebenso plötzlich wieder verschwinden, wie sie entstanden sind. Wir werden daher in unserem Falle darauf rechnen dürfen, durch geeignete psychische Behandlung eine gewisse Besserung zu erzielen. Freilich werden wir, da wir nur die Erscheinungen, nicht aber die hysterische Veranlagung beseitigen können, darauf gefaßt sein müssen, daß früher oder später mit und ohne Anlaß bei dem Kranken ähnliche Störungen wieder einmal hervortreten *).

*) Wir haben den Kranken einer hypnotischen Behandlung unterzogen, die sehr leicht gelang und sofort alle seine Beschwerden beseitigte. Leider konnten wir ihn nur noch eine Woche beobachten.

Insbesondere gilt das für die außerhalb des hysterischen Krankheitsbildes stehenden und große Neigung zum Haften zeigenden Zwangsbefürchtungen.

Einen weiteren, wieder ganz andersartigen Beitrag zur Kenntnis der Zwangsvorstellungen mag Ihnen ein 26jähriges Fräulein liefern, das vor 3 Wochen von ihren Angehörigen zu uns gebracht wurde. Das zart gebaute, mäßig genährte, kränklich aussehende Mädchen zeigt einen leidenden, bekümmerten Gesichtsausdruck. Die Hände und Finger sind immerfort in leichter Bewegung und spiegeln eine gewisse innere Unruhe wider. Die Kranke ist ganz besonnen und klar, gibt aber nur einsilbige Auskunft. Ein Bruder ihrer Mutter ist geisteskrank. Sie selbst war gut beanlagt, lebhaft und fröhlich, erkrankte aber schon vor 10 Jahren an einer chronischen Fußgelenkentzündung, die ihr viel zu schaffen machte und sie zu jahrelanger ärztlicher Behandlung zwang. Auch jetzt ist das Gehen wegen Gelenksteifigkeit noch sehr behindert und wird leicht schmerzhaft. Auf Befragen erklärt die Kranke, daß sie nicht geisteskrank, sondern nur eine schlechte Person sei, die man zum Teufel jagen werde, wenn man wisse, wie sie sich fortwährend versündige. Sie verdiene es nicht, daß man sie gut behandle, und könne es nicht ertragen, daß man sie als Kranke betrachte, während sie sich in Wirklichkeit nur verstelle. Nähere Angaben von ihr zu erhalten, gelingt nicht, da sie jedem Eindringen in ihre Gedankenkreise ausweicht. Nur das erfährt man von ihr, daß sie unwürdig zur Beichte gegangen sei und deshalb keine Ruhe finden könne, und wenn sie bis ans Ende der Welt gehe. Sie müsse fort, irgendwohin, nur nicht nach Hause, wo sie gelogen und betrogen habe; auch hierbleiben könne sie nicht, da man viel zu gut gegen sie sei.

Soviel wir wissen, hat sich der hier bestehende Depressionszustand seit etwa 1—2 Jahren ganz allmählich entwickelt. Es fiel den Angehörigen der Kranken auf, daß ihre Stimmung rasch und unvermittelt wechselte. Sie äußerte gelegentlich religiöse Zweifel, wegen derer man sie zum Geistlichen, auch in einen Wallfahrtsort schickte. Man erreichte damit aber jedesmal nur eine Verschlimmerung des Zustandes. Die Unruhe wuchs; die Kranke verlor immer mehr Schlaf und Appetit und kam infolgedessen allmählich sehr von Kräften. Sie fühlte sich mit schweren Sünden beladen, die sie aber doch nicht richtig bereuen könne; daher sei sie dem Teufel

verfallen. Sie habe weder Wunsch noch Willen; alles sei ihr gleichgültig geworden. Ihr ganzes früheres Leben, alle ihre Vergehen ständen klar und scharf vor ihr, so daß sie sich selbst über ihr Gedächtnis wundern müsse. Sie müsse grübeln, habe unreine Gedanken, die ihr das Herz abstießen. Deshalb arbeitete sie feberhaft, um nur nicht denken zu müssen, obgleich ihr alles ungemein schwer wurde.

Von dem Inhalte ihrer quälenden Gedanken hat sie mir nach langem Sträuben Mitteilung gemacht. Es handelt sich um sehr lebhafte geschlechtliche Bilder, die sich ihr immerfort in peinlichster Weise aufdrängen. Jeder Gegenstand, den sie sieht, erinnert sie an männliche Genitalien, ein Griff, ein kurzer Stab u. dergl. Bei einer Binde muß sie daran denken, dieselbe um ein männliches Glied zu wickeln; ein Kreuzifix löst in ihr die Vorstellung aus, den Schurz aufzuheben und die Gestalt zu manustuprieren. Derartige, in mannigfachster Form denselben Gegenstand betreffende Gedanken verfolgen sie unablässig, ohne daß sie imstande ist, sie zurückzudrängen. Daher meint sie, eigentlich wolle sie doch wohl solche Gedanken haben; sie müsse doch Freude daran empfinden; sonst würden sie nicht kommen. Es ist ungemein schwer, die Kranke von ihren peinigenden Selbstquälereien abzulenken; sie kommt immer wieder darauf zurück. Zu lesen oder sich sonst geistig zu beschäftigen, ist sie fast ganz außerstande, da sich an jede, noch so fernliegende Gedankenreihe durch die merkwürdigsten Verknüpfungen sofort jene geschlechtlichen Vorstellungen anschließen. In ihrem gesamten Denken ist die Kranke schwerfällig und langsam; sie hat immer erst große Widerstände zu überwinden, wenn sie nur einen einfachen Brief schreiben soll. Den ärztlichen Anordnungen fügt sie sich im allgemeinen, hat aber dabei eine Menge von Eigenheiten. Die Bäder machen ihr Schmerzen; Fleisch ist ihr nicht gut; ihre ganze Lebensweise muß sich in bestimmten Bahnen bewegen, wenn es mit ihr nicht schlechter werden soll. Körperliche Störungen sind außer Steifigkeit, Schwellung und Schmerzen im linken Sprunggelenke und einer schon seit vielen Jahren bestehenden Neigung zur Verstopfung nicht hervorgetreten. Der Schlaf ist sehr mangelhaft.

Haben wir es bei unserem ersten Kranken mit ängstlichen Befürchtungen verschiedensten Inhaltes zu tun gehabt, so sehen

wir hier eine bestimmte Gruppe peinlicher Vorstellungen, bisweilen mit Antrieben verknüpft, sich der Kranken zwangsmäßig aufdrängen. Auch hier werden wir annehmen dürfen, daß die unangenehmen Gedanken gegen den Willen der Kranken auftauchen und nicht etwa absichtlich von ihr festgehalten werden. Wenn sie auch selbst meint, daß sie jene Dinge doch wohl denken wolle und demgemäß dafür verantwortlich sei, so ist es doch klar, daß sie lebhaft wünscht, von ihren quälenden Gedanken befreit zu werden, sich aber derselben nicht zu erwehren vermag. Ist demnach eine gewisse Ähnlichkeit der Krankheitszeichen in beiden Fällen unverkennbar, die noch deutlicher in der Anknüpfung hypochondrischer Befürchtungen an die ärztlichen Maßnahmen hervortritt, so werden wir uns andererseits auch nicht die Unterschiede in dem sonstigen klinischen Verhalten beider Kranken verhehlen dürfen. Dahin gehören zunächst die kurze, aber rasch fortschreitende Entwicklung des Krankheitsbildes hier, im Gegensatz zu dem sehr einförmigen, geringe Schwankungen darbietenden Zustande dort, ferner die große innere Unruhe bei unserer Kranken, die erhebliche Beeinträchtigung des körperlichen Allgemeinbefindens, endlich die stark ausgeprägten Versündigungsideen, die Erschwerung des Denkens sowie die tiefe gemüthliche Ergriffenheit, die mit dem Gefühle der inneren Teilnahmlosigkeit in bemerkenswertem Widerspruche stand.

Alle diese Zeichen deuten, wie ich glaube, darauf hin, daß wir es hier nicht, wie bei dem früheren Kranken, mit einem dauernden Zustande, sondern mit einem Krankheitsvorgange zu tun haben, bei dem wir demgemäß auch einen bestimmten Ablauf erwarten dürfen. Aus dem Inhalte und der Form der Zwangsvorstellungen selbst dürfen wir diesen Schluß nicht ziehen. Vielmehr könnten dieselben ganz ebenso als der Ausdruck einer auf krankhafter Veranlagung beruhenden, dauernden „psychopathischen Minderwertigkeit“ auftreten. Dagegen sind es die angeführten klinischen Begleiterscheinungen, die uns zu einer andersartigen Deutung des Bildes nötigen. Sie haben hier, wie ich denke, wieder einen der häufigen Belege für den Satz vor sich, daß ein einzelnes Zeichen, und sei es noch so eigenartig, niemals ohne weiteres zu einer bestimmten Diagnose berechtigt, sondern daß immer nur das Gesamtbild für die klinische Auffassung maßgebend sein darf.

Wir stehen indessen nun noch vor der Frage, welchem Krankheitsvorgange unser Fall angehört. Nach den in diesen Vorlesungen vertretenen Anschauungen werden wir namentlich an die Möglichkeit einer Dementia praecox einerseits, eines manisch-depressiven Irreseins andererseits zu denken haben. Die Entscheidung darf uns nicht allzuschwer fallen. Bei beiden Krankheiten können Zustände von gemüthlicher Verstimmung mit Versündigungsideen und Zwangsvorstellungen zur Beobachtung kommen. Indessen machen es die Erschwerung des Denkens, die tiefe gemüthliche Erregung, die besonders bei einem Besuche der Mutter in heftigster Weise zum Ausbruche kam, endlich das Fehlen aller Absonderlichkeiten und negativistischen Züge äußerst wahrscheinlich, daß wir hier einen Anfall des manisch-depressiven Irreseins vor uns haben.

Derartige Fälle, die mit lebhaften Zwangsvorstellungen einhergehen und meist sehr schleppend verlaufen, werden in der That nicht ganz selten beobachtet. Sie kennzeichnen sich durch ihre rasch fortschreitende Entwicklung ohne länger zurückreichende Vorboten, durch die starke gemüthliche Verstimmung, die Behinderung des Denkens und Wollens, endlich durch die begleitenden Versündigungsideen. Wir werden daher erwarten dürfen, daß bei unserer Kranken in absehbarer Zeit die jetzt so stürmischen Erscheinungen gänzlich verschwinden werden*). Allerdings müssen wir darauf gefaßt sein, daß sich früher oder später ähnliche oder anders gefärbte Anfälle wieder einstellen können. Natürlich ist die klinische Deutung des Krankheitsbildes auch für die einzuschlagende Behandlung maßgebend. Ganz anders, als im ersten Falle, wird hier Anstaltsbehandlung, Entfernung aus der Familie, Überwachung wegen der Selbstmordgefahr, Bettruhe, ferner eingehendste Sorge für gute Ernährung und Schlaf angezeigt sein. Auch an die Darreichung von beruhigenden Mitteln können wir denken; ich würde etwa eine Verbindung von mäßigen Opium- und Bromgaben für zweckmäßig halten.

*) Das Leiden der Kranken ist nach 3—4jähriger Dauer in vollständige Genesung übergegangen, die noch jetzt, nach 9 Jahren, fortbesteht. Der weitere Verlauf hat also bisher unsere aus dem Zustandsbilde gewonnene Auffassung bestätigt.

XXVIII. Vorlesung.

Angeborene Krankheitszustände.

M. H.! In der Folge der Geschlechter wird die Veranlagung des Einzelnen durch sehr verschiedenartige Einflüsse bestimmt. Auf der einen Seite sehen wir die persönlichen Eigenschaften der Vorfahren, gute und schlechte, gesunde und krankhafte, in den Kindern wieder auftauchen; andererseits aber wird die Eigenart der Nachkommen durch die mannigfachsten Ursachen in ihre besonderen Bahnen gelenkt, so daß neben den Übereinstimmungen mit den Erzeugern immer auch zahlreiche Abweichungen zur Ausbildung kommen. Das Gesamtergebnis kann dann entweder eine Vervollkommnung oder eine Verschlechterung, eine „Entartung“ des Geschlechtes bedeuten. Im letzteren Falle, wenn die unvorteilhaften und krankhaften Einflüsse überwiegen, wird das neue Geschlecht den Keim des Unterganges in sich tragen, wenn nicht in der weiteren Entwicklung durch Mischung mit gesunderem Blute wieder ein Ausgleich der Entartung, eine Abschwächung der unzweckmäßigen Eigenschaften eintritt. Die klinischen Ausdrucksformen der Entartung sind überaus mannigfaltige. Wir wissen einmal, daß sie den günstigen Boden für die verschiedensten Gestaltungen geistiger Erkrankung bildet; andererseits aber kennen wir eine Reihe von psychischen Störungen, die ganz vorzugsweise auf krankhafter Veranlagung beruhen, namentlich das manisch-depressive Irresein, die Hysterie, das Zwangsirresein. Bald zeigt sich die Entartung in einer dauernd zweckwidrigen Verarbeitung der gesamten Lebensreize von Jugend auf, bald ist eine gewisse Entwicklung der krankhaften Züge im Laufe des Lebens oder ein Schwanken ihrer Stärke zu verschiedenen Zeiten bemerkbar. Es ist daher vielleicht gestattet, angeborene Krankheitszustände und krankhafte Persönlichkeiten auseinanderzuhalten, je nachdem die Störungen mehr als Ausdruck von Krankheitsvorgängen oder als abnorme persönliche Eigenart erscheinen; freilich ist es nicht möglich, hier irgend eine scharfe Grenze zu ziehen.

Wenn wir nun einige Blicke in diese weiten Gebiete tun wollen,

so bitte ich Sie, Ihre Aufmerksamkeit zunächst einem 22jährigen Chemiker zuzuwenden, der uns vor kurzem zur Untersuchung seines Geisteszustandes vom Gerichte eingeliefert wurde. Er ist angeklagt, mit einer Anzahl von Knaben im Alter von 10—14¹/₂ Jahren unzüchtige Handlungen verübt zu haben. Gewöhnlich hatte er sie auf der Straße angeredet, ihnen kleine Besorgungen aufgetragen und sie dann auf sein Zimmer mitgenommen, wo er Läden und Tür sorgfältig verschloß. Nachdem er sich einige Zeit unverfänglich mit ihnen unterhalten hatte, begann er, sie an sich zu ziehen, zu küssen, an ihre Geschlechtsteile zu greifen, ihnen die Hosen aufzuknöpfen und sie zu manustuprieren; einige Male kam es auch zu gemeinsamer Masturbation und zu beischlafähnlichen Handlungen, obgleich die Knaben meist wenig Entgegenkommen zeigten. Zum Schlusse beschenkte er sie, empfahl ihnen Schweigen und bestellte sie für einen der nächsten Tage wieder. In einer aus der Untersuchungshaft an einen der Knaben gerichteten Karte bat er ihn um Verzeihung, versicherte, daß er ihn „so lieb gehabt“ habe und grüßte ihn „herzlich mit Kuß“.

Die auffallenden Umstände des Falles gaben Anlaß zu Nachforschungen über das Vorleben des Angeklagten. Sein Vater wird als sehr jähzornig geschildert; ein kleiner Bruder soll an Krämpfen gestorben, eine Schwester „nervös“ sein. Während der Schwangerschaft hatte seine Mutter lebhaftere Gemütsbewegungen zu überstehen; die Geburt war schwer. Der Knabe war ungemein schwächlich, brachte erst mit 4 Jahren verständliche Worte hervor, kehrte auch späterhin vielfach die Silben um, z. B. „Ungzeit“ statt Zeitung. Dabei litt er viel an Kopfschmerzen, war äußerst furchtsam und scheu. Wegen seines Sprachgebrechens und seiner schlechten Auffassungsgabe kam er in der Volksschule nicht vorwärts, wurde daher in einer Privatschule unterrichtet. Späterhin wechselte er vielfach die Schule, geriet mit den Lehrern in ernste Zwistigkeiten, verbrachte viel Zeit mit Rudern und Segeln. Mit Mühe gelang es ihm, seine Freiwilligenprüfung zu bestehen. Er wollte Soldat werden, wurde aber wegen einer Verkrüppelung der rechten Hand zurückgewiesen, studierte dann auf einem Polytechnikum, verbrauchte sehr viel Geld, gab sich für einen Grafen aus und machte einen Selbstmordversuch, als der Schwindel aufgedeckt wurde. Bemühungen, ihn in Fabriken unterzubringen, schlugen fehl, da er sich tage- und wochenlang nicht bei der Arbeit sehen ließ, aber immerfort Geld verlangte.

Er reiste nun nach Bremen, um nach Amerika auszuwandern, trat dort als Doktor der Chemie auf und versäumte das Schiff. Nach Hause zurückgekehrt, war er sehr gereizt, verkehrte brieflich mit seinen Eltern, forderte große Summen zur Ausführung seiner Zukunftspläne, ohne doch genauere Angaben darüber zu machen. Er schrieb von einer „Stimme, die niemand hört“, von einem „geheimen Drängen, nach etwas hin, das ich nicht fassen kann, und das dennoch sich den Glauben und die Hoffnung erzwingt, Seele und Geist zu befriedigen, wenn es erraten und ergriffen“. Er werde Vergnügen daran finden, mit gefährlichen, aber wichtigen Experimenten, etwa der Luftschiffahrt, sich herumzuschlagen, da doch das Verlangen nach Betätigung einer gewissen Kühnheit ihm im Blute liege. Die Schuld für seine bisherigen Mißerfolge liege nur zum Teil an ihm; die Lehrer wüßten eben mit einem Schüler nichts anzufangen, der nicht „wie der Haufe gebacken“ sei.

Schon seit Jahren hatten die Eltern bemerkt, daß unser Kranker sehr gern mit jüngeren Knaben verkehrte und ihnen unverhältnismäßig kostbare Geschenke machte. Nunmehr begab er sich fast täglich um die Zeit des Schulschlusses, mit einem Opernglase ausgerüstet, auf einen Baum des Gartens und beobachtete die aus der gegenüberliegenden Schule heimkehrenden Knaben. Wiederholt suchte er mit solchen in näheren Verkehr zu treten, nahm sie in den väterlichen Garten, machte mit ihnen Spaziergänge. Sehr beunruhigend mußten unter diesen Umständen eine Reihe von Aufzeichnungen wirken, die dem Vater zufällig in die Hände fielen. In denselben schildert der Kranke zunächst, wie zwei bestimmte Knaben in seinem „bestausgerüsteten Teppich- und Spiegelzimmer“ ziemlich nahe beieinander auf dem Fußteppich mit weichem, hohem Kopflager festgebunden sind, so daß sie sich im Spiegel sehen, aber nicht aufrichten können. Sie schreien; dann kniet er zuerst bei dem älteren nieder, „um den andern moralisch möglichst zu quälen“, zieht dessen Penis, „Amor“, „mit Hoden“ hervor und masturbiert ihn, läßt ihn dann „Hosen unten — Hemd zurückgeschlagen, Amor offen da“ liegen und macht dasselbe bei dem anderen „mit großer Wonne“. Unter Beihilfe zweier anderer Knaben wird nun das Spiel in zahllosen Wandlungen fortgesetzt von 1 Uhr 35 Min. bis 6 Uhr, wobei die Dauer jeder einzelnen Handlung wie der „Stärkungspausen“ peinlich genau verzeichnet wird. Sodann finden sich tabellarische Übersichten über geschlechtliche Er-

lebnisse mit einer ganzen Reihe von Knaben, deren Einzelheiten wiederum auf das eingehendste angeführt werden; auch eine sorgfältige Schilderung ihrer körperlichen Vorzüge fehlt nicht. Besonders merkwürdig ist aber die ausführliche Erzählung einer Fahrt von Heidelberg nach Schloß Montfort am Bodensee, die der Kranke „als Graf“ in einem Abteil erster Klasse unternimmt. In Stuttgart, wo der Kammerdiener „zum Berichterstaten“ erscheint, wird ein dort spazierender hübscher Knabe in den Wagen genötigt und zum Mitfahren eingeladen. Er erhält Wein mit einem Schlaftrunk, schläft ein und wird nun manustupriert, während „das Weiße“ in einem Schälchen „für Amors Ergüsse“ aufgefangen und verschlossen wird. Auch diese Vorgänge sind mit erstaunlicher Peinlichkeit in allen Einzelheiten ausgemalt. Weiterhin findet sich eine umfangreiche Aufzählung von Landhäusern und Palästen in den verschiedensten Teilen Europas und Amerikas unter genauer Aufzählung des reichen Dienerpersonals vom „Hausmarschall“ herab sowie des Besitzstandes an Pferden, Boten, Schiffen u. s. f. Ihr Gesamtwert beträgt 41 380 000 Mark; dazu kommen Güter und Fabriken im Werte von 15 Millionen, ein eigenes Bankhaus mit 7 Filialen, Ozeandampfer und große Jachten im Werte von 12 821 000 Mark. Eine Ergänzung dazu bildet die Schilderung einer Berufung nach Kiel im geheimen Auftrage des Kaisers, an die sich die Aufnahme in die Marine und das Aufrücken zum Kapitänleutnant in zwei Jahren nebst Verleihung eines „sehr anerkennenden Ordens“ anschließt.

Die Auffindung dieser Schriftstücke gab dem Vater des Kranken Anlaß zur Herbeiziehung irrenärztlichen Rates. Unter vielem Widerstreben wurde der Kranke dazu vermocht, in unsere Klinik einzutreten, benutzte aber die Unachtsamkeit eines Wärters, um nach wenigen Tagen zu entweichen. Da er sich aufs Bitten legte und alles Gute versprach, machte dann sein Vater noch einen Versuch, ihn Chemie studieren zu lassen; kaum 2 Monate später erfolgte die Verhaftung wegen der Sittlichkeitsvergehen.

Der Kranke selbst ist ruhig, besonnen und klar. Er gibt zögernd, häufig stockend, plötzlich abbrechend, geordnete Auskunft über seine Lebensschicksale. Sein Gedächtnis zeigt keine Störung; seine Stimmung ist gleichmütig; hie und da bemerkt man ein verlegenes Lächeln. Das Benehmen ist im allgemeinen natürlich, vielleicht etwas süßlich. Seine Straftat gibt er ohne Umschweife zu, erklärt

sie dadurch, daß er sich immer seiner Kameraden mit Wärme und Eifer angenommen habe; dadurch sei allmählich dann „die böse Seite seiner Leidenschaft“ zur Entwicklung gelangt, die ihn schließlich dazu getrieben habe, trotz heftiger innerer Kämpfe in der Sinnenlust das Elend seines bisherigen verfehlten Lebens zu vergessen. Schon früh sei er in einem Pensionate zur Onanie verführt worden, habe dann auch wohl einige Male mit Kameraden geschlechtlich gespielt, später aber nicht mehr daran gedacht. Vielmehr beschäftigte er sich mit dem Gedanken an eine junge Verwandte, die er auch jetzt noch gern heiraten würde, begann in Berlin den Geschlechtsverkehr mit Frauenzimmern, verlor aber die Neigung dazu, nachdem er dort einen 13jährigen Knaben kennen gelernt hatte, der ihn sehr anzog. Erst in der letzten Zeit sei der allmählich immer anwachsende Trieb so stark geworden, daß er, ohne sich Gedanken über die Verwerflichkeit seiner Handlungsweise zu machen, die Straftaten begangen habe. Jetzt begreife er sich selbst nicht mehr und empfinde Abscheu vor dem, was er angerichtet habe. Mit erwachsenen Männern habe er niemals derartige Beziehungen gehabt, ebensowenig geschlechtliche Regungen bei Mißhandlung anderer verspürt, auch keine Neigung zu weiblicher Kleidung oder Arbeit. Seine Aufzeichnungen seien reine Spiele seiner Einbildung ohne jeden wirklichen Hintergrund; er habe sich das alles nur so ausgemalt, weil es ihm Vergnügen gemacht habe; an eine Verwirklichung zu denken, sei ja reiner Unsinn. Man möge ihn jetzt, da er offenbar in einem Anfall von „momentanem moralischem Irresein“ gefehlt habe, aber wieder zur Vernunft gekommen sei, nicht in eine Irrenanstalt einsperren, sondern ihm die Teilnahme an einer gefahrdrohenden Expedition in ferne Länder gestatten. Eine innere Stimme, die man ihm nicht ausrotten könne, rufe ihm doch zu: „Per aspera ad astra“.

Die körperliche Untersuchung des Kranken ergibt kräftigen Körperbau und gute Muskeln, eine leichte Ungleichheit der Pupillen, geringgradige Phimose und Epispadie, mäßige Verkürzung der Phalangen an der rechten Hand und die Spuren einer früher operierten Verwachsung des 2. und 3. Fingers. Die Lippen sind auffallend wulstig; die Stimme hat etwas unklaren Fistelklang. Sonstige Abweichungen sind nicht nachweisbar.

Bemerkenswert in dem geschilderten Krankheitsbilde ist zu-

nächst die eigentümlich zerfahrene Lebensführung des Kranken, die Unfähigkeit, sich dem landläufigen Bildungsgange anzubequemen und seinen Anforderungen zu genügen, der wiederholte Wechsel der Schulen und Lebensziele. Solche Schwierigkeiten weisen auf erhebliche Abweichungen vom Durchschnitte hin, meist im Sinne der Entartung, deren Spuren wir deutlich genug in den körperlichen Verbildungen wie in der Verspätung der geistigen Entwicklung erkennen. In demselben Sinne sind ohne Zweifel auch die geschlechtlichen Verfehlungen des Kranken zu deuten. Wir wissen aus zahllosen Erfahrungen, daß sich der Geschlechtstrieb bei Entarteten sehr früh regen kann, daß er häufig zur Onanie führt und von da aus nur allzu leicht die absonderlichsten Bahnen einschlägt. Nicht selten sind dabei für seine Richtung zufällige persönliche Erlebnisse bestimmend. Auf diese Weise können sich die geschlechtlichen Begierden auf Personen des gleichen Geschlechtes oder auf Kinder lenken. Ferner kann sich die Geschlechtslust, vielleicht anknüpfend an uralte, in unsere tierische Vorgeschichte zurückgehende Triebreite, mit der Ausübung oder der Erduldung von Mißhandlungen verbinden, bei den sogenannten sadistischen und masochistischen Verirrungen, und endlich kann die geschlechtliche Erregung so stark durch einzelne Begleitumstände des Geschlechtsverkehrs hervorgerufen werden, durch bestimmte Körperteile, Kleidungsstücke, Stoffe, Gerüche, daß sie schließlich nur noch durch diese, aber nicht mehr durch die natürlichen Reize ausgelöst wird — das ist der Fetischismus.

Bei unserem Kranken ist anscheinend die Bekanntschaft mit einem ihn besonders anziehenden Knaben für die weitere Entwicklung seiner geschlechtlichen Neigungen maßgebend geworden, so daß er auch späterhin ganz vorzugsweise im Verkehr mit Knaben Befriedigung fand. Daneben treten in seinen Aufzeichnungen noch Andeutungen sadistischer Neigungen hervor. Man hat früher geglaubt, daß die gleichgeschlechtliche Liebe auf einem angeborenen Zwiespalte zwischen geschlechtlicher Veranlagung und Körperbau beruhe. Gegen diese Auffassung sprechen aber einmal die zahlreichen Fälle, in denen, wie auch bei unserem Kranken, ein Schwanken zwischen homosexuellen und heterosexuellen Neigungen stattfindet. Sodann aber sehen wir bei Entarteten auf dem Boden eines früh erwachenden Geschlechtstriebes von natürlicher oder

gleichgeschlechtlicher Richtung durch zufällige Einflüsse die allermännigfachsten Verirrungen zustande kommen, für die jene Erklärung vollkommen versagt. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle werden wir daher als Grundlage der geschlechtlichen Verirrungen nur die zweckwidrige Bestimmbarkeit und Unzuverlässigkeit des natürlichen Triebes ansehen dürfen, wie sie auch den sonstigen Triebrichtungen der Entarteten vielfach eigentümlich ist.

Eine ganz verblüffende Erscheinung ist bei unserem Kranken endlich die Neigung zur Ausmalung unwirklicher, durch Wunsch und Hoffnung gefärbter Lebenslagen. Als ich dieser Störung zum ersten Male begegnete, war ich geneigt, in diesen Luftschlössern die Vorstufen paranoischer Gedankengänge zu erblicken. Ich bin jedoch wieder zweifelhaft geworden, ob diese Deutung richtig ist. Jedenfalls spiegelt sich hier die bei Entarteten so häufige Abkehr des Denkens und Handelns von der Wirklichkeit wider, wie sie vielleicht durch die unzulängliche Ausrüstung für den Lebenskampf bei erhöhter Beweglichkeit der Einbildungskraft und des Trieblebens besonders begünstigt wird. Wenn ich auch unter diesen Umständen nicht die Entwicklung einer Paranoia bei unserem Kranken vorhersagen möchte, so dürfen wir doch schwerlich hoffen, daß er jemals imstande sein wird, sich eine selbständige Lebensstellung in geregelter Arbeit zu erringen; auch seine naturwidrigen geschlechtlichen Neigungen dürften früher oder später von neuem auf Betätigung drängen*).

Auch der 49jährige Privatlehrer, der uns nunmehr mit erwartungsvoller, überlegener Miene mustert, befindet sich zur Beobachtung seines Geisteszustandes bei uns, weil er trotz gänzlicher Zahlungsunfähigkeit bei hiesigen Geschäftsleuten unter allerlei Vorspiegelungen umfangreiche Bestellungen gemacht hat. Er hatte sich als Leiter eines Erziehungsinstituts ausgegeben und seine Gläubiger auf die Einnahmen aus dieser Quelle verwiesen, obgleich er wissen

*) Der Kranke hat ein sehr unstetes Leben geführt, die verschiedensten Anläufe gemacht, ohne irgend einen Plan durchzuführen, wechselte die Religion und war auch einige Zeit im Kloster, ferner mehrfach in Irrenanstalten. Er wurde noch zweimal wegen Sittlichkeitsvergehen angeklagt, aber beide Male außer Verfolgung gesetzt; einmal hatte er sich mit Knaben, das andere Mal mit einem kleinen Mädchen vergangen. Für die Annahme einer paranoischen Erkrankung haben sich keine Anhaltspunkte ergeben.

mußte, daß er die Erlaubnis zur Errichtung einer Schule nicht erhalten werde. Ferner erbot er sich zu Unterweisung Studierender in Latein, Griechisch, alter Geschichte, in Französisch, Englisch, Holländisch, Italienisch, in Rechts- und Staatswissenschaften. Da nämlich die Aufdeckung seiner Vorgeschichte Zweifel an seiner geistigen Gesundheit erweckte, wurde er uns zur Begutachtung überwiesen.

Aus den Akten geht hervor, daß der Kranke Sohn eines einfachen Landmannes ist, aber wegen hervorragender Begabung für das Studium bestimmt wurde, die Obersekunda übersprang und als Primus omnium die Hochschule bezog, um Theologie und Philologie zu studieren. Er besuchte die Universitäten Heidelberg, München, wo er am Typhus erkrankte, ferner Utrecht und Jena, war einige Zeit Lehrer, ging dann nach Straßburg und bestand mit 25 Jahren seine erste theologische Prüfung. Während des Typhus soll er vorübergehend „wie tobsüchtig“ gewesen sein. Aus Straßburg wird berichtet, daß er dort einmal unangemeldet in eine Sitzung der theologischen Fakultät eingedrungen sei und sich als zukünftigen Privatdozenten vorgestellt habe. Als Student arbeitete er übermäßig viel, aß wenig, um sich Bücher kaufen zu können, und lebte sehr zurückgezogen. Nach seiner Anstellung als Vikar geriet er wegen seines rechthaberischen und selbstbewußten Wesens bald mit seiner vorgesetzten Behörde in Streit, wechselte rasch seine Stellen, schrieb giftige Zeitungsaufsätze, richtete grobe Postkarten an den Leiter des Konsistoriums und wurde wegen Unbotmäßigkeit verabschiedet. Andererseits liegen aber auch Zeugnisse seiner Pfarrer vor, die sich außerordentlich lobend über seine Tüchtigkeit und sein würdiges Auftreten aussprechen. Es gelang ihm zunächst, in einem Nachbarlande als Pfarrverweser Unterkunft zu finden, doch wanderte er auch hier von einer Stellung zur anderen, um endlich die geistliche Laufbahn ganz aufzugeben, nachdem er wegen Beamtenbeleidigung mit 60 Mark Geldstrafe belegt worden war. In dieser Zeit machte er einmal einen mehrtägigen Verwirrtheitszustand mit sehr unklarer Erinnerung durch. Er trat nun in ein Gymnasium ein, geriet aber bald in ein gespanntes Verhältnis zu den übrigen Lehrern, unterrichtete dann aushilfsweise in Halle, wo er nebenher die Oberlehrerprüfung mit mäßigem Erfolge ablegte. Darauf wandte er sich nach Frankfurt a. M. und

erteilte Privatunterricht. Dort kam er in seinem 32. Lebensjahre zum ersten Male in die Irrenanstalt. Er hatte sich eine Kirche aufschließen lassen und zu predigen begonnen, um die Akustik zu prüfen, da ihm vom Geistlichen der Auftrag geworden sei, später hier das Abendmahl zu reichen. Er konnte nur mit Gewalt entfernt werden und stieß dabei den maurerischen Hilferuf aus. In der Anstalt war er sehr anspruchsvoll, reizbar, voller Pläne, ohne Krankheitsgefühl.

Nach 2 Monaten wurde er in eine andere Anstalt gebracht. Auch hier fiel vor allem sein stark gehobenes Selbstgefühl auf, das mit seinem völlig verwahrlosten Äußeren in stärkstem Widerspruche stand. Er war sehr redselig, liebte es, mit großer Lebhaftigkeit übertriebene und verblüffende Behauptungen zu verfechten und seine Gegner zu überschreien, entwickelte allerlei Pläne, wollte sich als Privatdozent habilitieren. Für die ungerechtfertigte Einsperrung drohte er umfassende Entschädigungsansprüche geltend zu machen. Im weiteren Verlaufe zeigte der Zustand vielfache Schwankungen. Zeitweise stieg die Erregung in erheblichem Grade. Der Kranke begann, die weißen Blätter aus den Büchern herauszureißen, um sie zu beschreiben, ließ rücksichtslos Blähungen abgehen, nahm anderen Kranken das Essen fort, sammelte alles mögliche fremde Eigentum in seinen Taschen an, wurde grob und bedrohlich, predigte laut vor sich hin, schwatzte die ganzen Nächte hindurch und machte einen verwirrten und verstörten Eindruck. Das anfänglich stark gestiegene Körpergewicht sank dabei rasch. Erst nach etwa Jahresfrist scheint eine allmählich fortschreitende Besserung eingetreten zu sein. Nach 1½ Jahren entfloh der Kranke, nicht ohne sich in einer Reihe von Eingaben über die Freiheitsberaubung zu beschweren.

Nachdem er in mehreren Städten, überall nur kurze Zeit, als Privatlehrer tätig gewesen war, heiratete er mit 37 Jahren und scheint mit seiner Frau, die ihn als sparsam und nüchtern schildert, glücklich gelebt zu haben. In den nächsten Jahren wurde er einmal wegen Urkundenfälschung, dreimal wegen Beamtenbeleidigung, zuletzt zu einem Monat Gefängnis, einmal wegen unberechtigter Führung des Dokortitels verurteilt. Außerdem war er in eine ganze Reihe von bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten verwickelt, in die er mit Vermietern und Lieferanten geriet, da er überall große Ansprüche

erhob, ohne seinen Verpflichtungen nachzukommen. In den zahlreichen Eingaben, die er an Gerichte und Behörden sandte, führt er eine ungemein hochfahrende Sprache, droht, die Dinge höheren Orts anhängig zu machen, damit Remedur eintrete, lehnt die Gerichte ab, beantragt Verschiebung der Termine auf bessere Zeiten. Bei einer Beschwerde wegen zu hoher Steuereinschätzung will er sich „vom Landesfürsten“ Auskunft erbitten, ob in seinen Staaten ein Raubsystem Staatsgesetz sei, das durch seine Erpressungen den Privatmann „in Konflikt mit den Wuchergesetzen bringe“, verlangt dann wirklich in einer ganz unordentlich geschriebenen Eingabe an den Fürsten „sein gutes Recht“. In langatmigen Schriftstücken betont er, daß die Beamten „wider Recht und Pflicht gegen die Staatswürde verstoßen“, daß die Entscheidungen „allen gesetzlichen Bestimmungen Hohn sprechen“, verwahrt sich in einer Immediateingabe „gegen das unqualifizierbare Auftreten und die Staatstheorien eines subalternen Beamten“, stellt Strafantrag gegen seine Richter wegen Beleidigung und gegen den pfändenden Steuerbeamten wegen Hausfriedensbruches, bedroht letzteren mit Tätlichkeiten. Bei Verurteilungen ergriff er stets alle irgend zulässigen Rechtsmittel, ließ sich wegen eines Betrages von 2 Mark pfänden und zum Offenbarungseide vorladen, den er aber schon vorher geleistet hatte. Vor Gericht benahm er sich grob und anmaßend, redete in alles hinein, drohte mit der Presse, warf die Türe zu und mußte in Ordnungsstrafe genommen werden. Eine Anklage wegen Beamtenbeleidigung schlug er vor, mit dem von ihm erhobenen Strafantrage gegen den Richter „zu kompensieren“. Auf der anderen Seite betonte er, daß er vor längerer Zeit sehr aufgeregt gewesen sei, ihm daher „volles Bewußtsein der Tragweite seiner Ausdrücke nicht imputiert werden könne“; es lägen Gründe vor, die „ein strafrechtliches Vorgehen gegen ihn unmöglich machten“; es könne gegen ihn weder strafrechtlich verhandelt werden, noch könne im Falle einer Verurteilung Strafvollstreckung eintreten. Dies machte er namentlich auch in einer Berufungsschrift an das Reichsgericht und in einem Gnadengesuche an den Kaiser geltend.

Mittlerweile wurde er wiederum wegen unberechtigter Führung des Dokortitels angeklagt. Er behauptete wie früher, ihn von Philadelphia bezogen und das Diplom verloren zu haben. Bei der Verhandlung benahm er sich ungemein aufgeregt, sprach viel in hef-

tigem, überlegenem, oft höhnischem Tone, unterbrach Vorsitzenden und Zeugen. Als die Polizei in seinem Hause erschien, um die trotz höheren Verbotes von ihm weiter geführte Schule aufzuheben, schloß er die Türen und ließ während der vergeblichen Bemühungen, die Türe gewaltsam zu öffnen, seine Schüler allerlei lustige Lieder singen. Seine Zöglinge hielt er wie Gefangene. Auch an seinem neuen Aufenthaltsorte war er wieder in mehrfache Rechtsstreitigkeiten verwickelt, bei denen er „die Langmut des mit ihm verhandelnden Richters auf die härteste Probe stellte“.

Wegen Verdachtes der Geistesstörung wurde er nunmehr von mehreren Sachverständigen begutachtet, die zu sehr verschiedenen Urteilen kamen, doch wurde schließlich das Verfahren gegen ihn eingestellt. Bemerkenswert ist, daß er damals aus gewissen Zeitungsartikeln den Wunsch seines früheren Konsistoriums herauslas, sich wieder mit ihm zu versöhnen; die Überführung von Kranken aus der früher von ihm bewohnten Anstalt in eine andere betrachtete er als einen Beweis dafür, daß man dem von ihm heftig angegriffenen Leiter derselben kein Vertrauen mehr schenke.

Auch in den nächsten Jahren dauerte das unstete Wanderleben des Kranken fort. In einer ganzen Reihe von Städten suchte er Fuß zu fassen, teils an Schulen, teils durch Erteilung von Privatunterricht. Mehrfach entstanden wegen seiner Unbotmäßigkeit und wegen seines eigentümlichen Auftretens Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit, die zu seiner Entlassung führten; einmal wurde die Absicht, ein Entmündigungsverfahren gegen ihn einzuleiten, nur wegen seines Wegzuges aufgegeben. Überall geriet er sehr bald in zahllose Streitigkeiten. Vor 8 Jahren stand er gleichzeitig unter Anklage des Betrugs, der Körperverletzung, der Erpressung, der unberechtigten Führung von Titeln, des Widerstands und der Unterschlagung, wurde aber wegen zweifelhafter geistiger Gesundheit außer Verfolgung gesetzt; vor 3 Jahren schwebten wiederum mehrere Verfahren gegen ihn, wegen Betrugs, Diebstahls, unbefugter Führung des Doktor- und Schuldirektortitels, ferner eine Menge von Forderungsklagen. Andererseits hatte er selbst mehrere Anzeigen erstattet wegen Verleumdung, fahrlässigen Meineids, wegen Falscheid und Anstiftung dazu, brachte Verdächtigungen gegen Richter und Anwälte vor. Auch diesesmal wurde er wegen

Geistesstörung außer Verfolgung gesetzt, begann aber das alte Leben sofort von neuem.

Geben wir nun ihm selber das Wort, so äußert er sich gewandt und klar, zunächst etwas zurückhaltend, dann aber rasch warm werdend, mit lebhaften Gebärden, großer Schlagfertigkeit und in weitschweifiger Darstellung. Dieselbe erhält ihre besondere Färbung dadurch, daß er alles Ungünstige fortläßt oder mildert, während er andererseits die eigenen Fähigkeiten sehr stark betont. Seine Mißerfolge sind durchweg auf Neid und Mißgunst böswilliger oder verständnisloser Menschen, auch wohl auf einfaches „Pech“, namentlich auf die unberechtigte Einsperrung im Irrenhause zurückzuführen. Doch fand er auch die Gunst hervorragender Männer, die alle sofort bereit wären, für ihn einzutreten. Der Preußische Kultusminister, bei dem er sich über die schlechte Note in der Lehrerprüfung beschwerte, gestand ihm zu, daß er „einen faux-pas“ gemacht habe, und wollte ihm zur Entschädigung für $\frac{1}{2}$ Jahr Gehalt auszahlen lassen. Ihn habe der Mißerfolg sehr verstimmt. Damals könne eine Krankheit bei ihm angefangen haben. Die Verbringung in die Anstalt war jedoch eine elende Intrige; mehrere Ärzte versicherten ihm dort, daß er ganz gesund sei, aber der Direktor hielt ihn zurück, weil er ihn einmal einen Schuft genannt hatte. Einer jener Ärzte wurde bald nachher Direktor, meint er mit verständnisvollem Lächeln. Auch späterhin habe er sich eine Reihe von ärztlichen Gutachten gesammelt, die ihn für gesund erklärten. Seine vielfachen Verfehlungen nimmt er sehr leicht, weiß sie in der mannigfaltigsten Weise zu begründen, als ganz harmlose und berechtigte Handlungen hinzustellen, zu denen er durch das feindselige und gemeine Verhalten anderer gezwungen wurde. Seine Erzählungen weichen dabei vielfach von der Wahrheit ab. In den Akten sei viel gelogen; das Papier sei geduldig.

Die Stimmung des Kranken ist eine durchaus gehobene. Er spricht von oben herab, sehr zuversichtlich, vielfach mit spöttischem Lächeln. Über die Zukunft macht er sich gar keine Sorgen; bei seinen Kenntnissen und Fähigkeiten kann es ihm gar nicht fehlen, und auch der Hinweis auf das Scheitern aller seiner Bestrebungen macht ihm gar keinen Eindruck. Seine erheblichen Schulden könne er leicht bezahlen, sobald er nicht mehr gehindert werde, zu arbeiten. Er hat durchaus kein Gefühl für das Mißliche seiner Lage,

bittet nur, ihn nicht für gemeingefährlich zu erklären. In seine neue Umgebung hat er sich rasch hineingefunden, benimmt sich sehr ungeniert, redet in alles hinein, wird leicht vertraulich. Seine große Erregbarkeit zeigte sich, als es nötig wurde, ihn wegen Fortsetzung des vom Untersuchungsrichter untersagten mündlichen Verkehrs mit seiner Frau auf die Straße hinaus in eine andere Abteilung zu verlegen. Sofort schrieb er eine geharnischte Beschwerde an die Oberstaatsanwaltschaft, zwei Ministerien und das geheime Kabinet des Großherzogs. Die körperliche Untersuchung hat außer starker, durch eine goldene Brille ausgeglichener Kurzsichtigkeit, einer feinen Narbe auf der linken Stirnseite, schlechten, vernachlässigten Zähnen und auffallender Entwicklung der unteren Gesichtshälfte mit wulstigen Lippen, starken Kaumuskeln, dicker, fleischiger Zunge keinen Befund von Erheblichkeit geliefert.

Der vorliegende Krankheitsfall hat bisher eine sehr verschiedenartige Beurteilung erfahren. Mehrfach wurde er als Querulantenwahn aufgefaßt. Die Unrichtigkeit dieser Deutung ist leicht nachzuweisen. Wenn wir von dem Mangel einer Krankheitseinsicht absehen, kann von einer Wahnbildung hier gar keine Rede sein. Es fehlt durchaus der wahnhafte Zusammenhang zwischen den zahllosen Rechtsstreitigkeiten; sie entspringen aus den verschiedensten Anlässen und spielen keine Rolle mehr, sobald sie in irgend einer Form erledigt sind. Von anderer Seite ist unser Kranker als auf der Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit stehend, dann wiederum als an „chronischer Manie“ leidend bezeichnet worden. Er habe in der Irrenanstalt eine Manie durchgemacht, die nicht in Heilung, sondern in einen krankhaften Dauerzustand übergegangen sei. Diese Auffassung scheint mir der Wahrheit am nächsten zu kommen. Wir können kaum bezweifeln, daß die Erkrankung in der Anstalt eine manische gewesen ist; die Schilderung ist ungemein kennzeichnend. Allerdings pflegen Manien in Genesung oder in Depressionszustände überzugehen. Über letztere haben wir hier, wenn wir von der Verstimmung nach der Lehrerprüfung absehen, nichts in Erfahrung bringen können. Eine Genesung ist nicht eingetreten; vielmehr müssen wir im Hinblick auf die Nachrichten aus früherer Zeit annehmen, daß sich nach einigen mehr vorübergehenden Schwankungen des psychischen Gleichgewichtes im Anschlusse an den schwereren manischen Anfall ein dauernder Zustand von leicht-

tester, vielleicht in ihrer Stärke wechselnder, manischer Erregung herausgebildet hat. Daher besteht auch keine Krankheitseinsicht.

Derartige Beobachtungen sind bekannt, wenn auch nicht gerade häufig, ebenso das Gegenstück, daß manische Kranke in den langjährigen Zwischenzeiten zwischen ihren Anfällen dauernd still und menschenfeindlich werden. Hierher gehören, wie ich glaube, gewisse Formen von unverwundlich heiterer Stimmung mit unruhigem Tatendrang sowie von ewiger Verzagttheit und Mutlosigkeit, bei denen sich dann gelegentlich ein überraschender Umschlag des ganzen Verhaltens zeigen kann; manisch-depressive Erkrankungen bei nahen Angehörigen werfen öfters ein Licht auf diese Zustände. Wir werden daher annehmen dürfen, daß diese leichten, dauernden, heiteren oder traurigen Verstimmungen den krankhaft veränderten Boden bilden, auf dem sich dann die schwereren manisch-depressiven Anfälle entwickeln. In diesem Sinne kann man wohl von einer chronischen Manie sprechen, wenn ich auch die Bezeichnung „konstitutionelle Erregung“ deswegen vorziehen möchte, da ich sie nicht als den unglücklichen Ausgang einer ungeheilten Geistesstörung, sondern als den Ausdruck der manisch-depressiven Veranlagung, als eine Vorstufe der ausgeprägten Krankheit betrachte. Die Weitschweifigkeit unseres Kranken, seine mangelhafte Erinnerungstreue, seine gehobene Stimmung, seine Reizbarkeit, die Unstetigkeit und Planlosigkeit seiner Lebensführung, die ihn trotz vorzüglicher Anlagen hat scheitern lassen, erinnern uns lebhaft an hypomanische Zustände. Sehr bemerkenswert ist noch die erste Erkrankung mit rasch vorübergehender Verwirrtheit, wie sie hier und da die Entwicklung eines manisch-depressiven Irreseins einleitet. Vorher deutet nur sein Verhalten in Straßburg auf eine hypomanische Stimmung hin, während der Kranke sonst nicht aufgefallen ist und anscheinend eher etwas zurückgezogen gelebt hat. Für die Zukunft werden wir auf eine Fortdauer der manischen Verstimmung gefaßt sein müssen; es ist aber möglich, daß sich einmal wieder ein heftigerer Anfall, vielleicht auch ein mehr oder weniger ausgebildeter Depressionszustand bei ihm einstellt*).

*) Der Kranke hat sein unstetes Leben weitergeführt und ist auch schon wieder mit dem Strafgesetze in Berührung gekommen.

Einen vollen Gegensatz zu dem vorigen Kranken bildet der 61 jährige Bahnarbeiter, den ich Ihnen zum Vergleiche noch zeigen möchte. Seine Schwester war in der Schwangerschaft geisteskrank, wurde aber wieder gesund; ein Sohn starb mit 7 Jahren an einer Hirnkrankheit. Der Kranke selbst war immer ein fleißiger, ruhiger, „pünktlicher“ Mann. Er erkrankte zum ersten Male vor 16 Jahren. Damals wollte man ihn für die Entgleisung eines Wagens verantwortlich machen; außerdem wurde ihm seine Wohnung unerwartet gekündigt. Daraufhin wurde er ängstlich, konnte seinen Dienst nicht mehr tun und ging endlich in eine Anstalt, aus der er nach 4jährigem Aufenthalte geheilt entlassen wurde. Von da ab war er 10 Jahre lang gesund. Vor nunmehr 2 Jahren erkrankte er von neuem nach einem Besuche bei einer geisteskranken Frau in der Nachbarschaft. Er kam sehr aufgeregt nach Hause, klagte über Druck auf der Brust, Angst, schlechten Schlaf, lief ruhelos herum, konnte es nirgends lange aushalten und machte schließlich einen ziemlich schwächlichen Selbstmordversuch, indem er sich in Gegenwart seiner Frau mit dem Holzbeile eine kleine Hiebwunde an der Stirn beibrachte. Dieser Vorfall gab den Anlaß zu seiner Verbringung in die Klinik.

Wenn Sie den Kranken betrachten, so fällt Ihnen zunächst sein riesiger, in allen Durchmessern vergrößerter Schädel auf. Im übrigen ist der Mann kräftig gebaut, sieht für sein Alter verhältnismäßig jung und rüstig aus. Er ist besonnen, ruhig, klar und zeigt ein sehr ausgeprägtes Krankheitsgefühl. An nichts hat er mehr Lust, kann sich nicht mehr freuen, spürt Angst, die in der Herzgegend sitzt und morgens am stärksten ist. Sie plagt ihn Tag und Nacht, läßt ihm keine Ruhe; er vermag sich nicht anhaltend zu beschäftigen, weil es immer derselbe Kampf ist. Manchmal packt es ihn stärker, so daß er gerade herausschreien muß; er ist immer so erschrocken, daß er sich nicht zu helfen weiß. Dazu kommen die bösen Gedanken, die in ihm aufsteigen und die er nicht bezwingen kann. Nähere Angaben darüber kann er eigentlich nicht machen; es sind aber offenbar Selbstmordgedanken. Zweimal sah er dreieckige Sterne vor den Augen, und jedesmal drängte es ihn zum Selbstmorde; es war wie eine innere Stimme. So eine Krankheit hat es noch gar nicht gegeben; er wird diesmal auch bestimmt nicht wieder gesund. Lärm kann er nicht vertragen; auch

Musik ist nichts für ihn. Ebensovwenig kann er in die Kirche gehen; er wird so arg angegriffen davon. Manchmal zucken die Glieder; wenn er so daliegt, gibt es einen Stoß; die Hände fahren durcheinander; der Mund geht auf; der Kopf ruckt herum. In der Tat sind hier und da bei ihm Schleuderbewegungen des Kopfes, schnappendes Öffnen des Mundes, krampfhaftes Zusammenziehen einzelner Muskelgruppen beobachtet worden. Der Schlaf ist ganz schlecht und Gegenstand beständiger Klagen, die Nahrungsaufnahme recht gut. Das Körpergewicht hat sich langsam, aber stetig um 10 Kilogramm gehoben.

Das hier gezeichnete, ungemein einförmige Krankheitsbild, das seit der Aufnahme nur ganz unbedeutende Schwankungen dargeboten hat, läßt sich schwer in den Rahmen der uns bisher bekannten Formen des Irreseins einordnen. Offenbar sind die ängstlichen Verstimmungen des Kranken lediglich Steigerungen eines Zustandes gewesen, der ihn sein ganzes Leben hindurch begleitet hat. „Ich kann sagen, ich bin in der Angst geboren,“ gibt er selbst an. Wir bezeichnen eine derartige dauernde Störung in der Verarbeitung der Lebensreize, wie sie als Ausdruck der Entartung vorkommt, mit dem Namen der „konstitutionellen Verstimmung“. Es muß indessen vor der Hand zweifelhaft bleiben, ob die so zusammengefaßten Zustände eine einheitliche klinische Gruppe bilden. In manchen Fällen sieht man auf dieser Grundlage ein ausgeprägtes Zwangsirresein zur Entwicklung kommen, während in anderen die Kleinmütigkeit und das Fehlen der Daseinsfreude einfach zu einer fortschreitenden Einschränkung aller Lebensbeziehungen bis zur völligen Abschließung von der Welt führt. Endlich aber gibt es eine große Gruppe von Fällen, bei denen deutliche Schwankungen des Zustandes, vielleicht auch einmal rasches Umschlagen der Stimmung eine tiefere Verwandtschaft mit dem manisch-depressiven Irresein andeutet. Wir erinnern uns dabei der Erfahrung, daß periodisch-manische Anfälle nicht ganz selten auf dem Boden einer dauernden depressiven Verstimmung entstehen. Weiterhin dürfen wir wohl annehmen, daß den Fällen von „periodischer Manie“ auf der Grundlage einer dauernd gehobenen Stimmung auch das Gegenstück nicht fehlen wird, Anfälle von stärkerer Depression als Steigerung eines konstitutionellen Grundzustandes von gleichartiger Färbung. In der Tat beobachten wir neben den mehr oder weniger

reinen Fällen von periodischer Manie auch solche von „periodischer Depression“, und diese wie jene können auf dem Boden einer heiteren oder depressiven konstitutionellen Verstimmung erwachsen. Das Bild des manisch-depressiven Irreseins wird dadurch in seine zartesten Andeutungen hinein vervollständigt. Allerdings ist die hier vorgetragene Auffassung vor der Hand nichts als ein Versuch, zu einem tieferen Verständnisse dieser Krankheit wie gewisser Formen der krankhaften Veranlagung zu gelangen; die weitere Erfahrung muß lehren, wie weit sich diese Gesichtspunkte bewähren werden.

Einstweilen haben wir bei unserem Kranken das Bild der periodischen Depression zu verzeichnen. Die einzelnen Anfälle sind von dem Dauerzustande nur unvollkommen abgegrenzt, in erster Linie gewiß deswegen, weil dieser die gleiche Färbung der Stimmung aufweist. Weiterhin haben wir noch allerlei psychogene Störungen und Zwangsantriebe zu verzeichnen, wie sie gelegentlich auch beim manisch-depressiven Irresein zur Beobachtung kommen und auf die gemeinsamen Wurzeln aller dieser Erscheinungsformen der Entartung hinweisen. Auch dieses Mal werden die Klagen wohl ganz allmählich wieder zurücktreten, ohne daß wir auf eine wirkliche Genesung hoffen dürften*). Die Behandlung besteht je nach der Heftigkeit der Erscheinungen wesentlich in Anstaltspflege, Bettruhe, Darreichung von kleinen Opiumgaben, Ablenkung und Beschäftigung.

XXIX. Vorlesung.

Krankhafte Persönlichkeiten.

M. H.! Dem Irrenarzte wird häufig, bald im Scherze, bald im Ernst, der Vorwurf gemacht, daß er alle Menschen für geisteskrank halte. In Wahrheit kann es demjenigen, der sich mit den krankhaften Seelenzuständen beschäftigt, nicht verborgen bleiben,

*) Der Kranke ist nach 2jährigem Anstaltsaufenthalte gebessert entlassen worden, war aber viele Jahre später „noch sehr leidend“.

daß sie ihre tiefsten Wurzeln in Vorgängen haben, denen wir auch im gesunden Leben begegnen. Überall, wo wir die Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit zu ziehen versuchen, stoßen wir daher auf ein Zwischengebiet, auf dem sich ganz unmerklich der Übergang aus dem Bereiche der Norm in dasjenige der ausgeprägten Störung vollzieht. Ganz besonders macht sich die Schwierigkeit der Abgrenzung geltend, sobald wir es mit angeborenen abnormen Zuständen und nicht mit eigentlichen Krankheitsvorgängen zu tun haben, bei denen der Vergleich mit dem Verhalten in gesunden Tagen die Beurteilung erleichtert.

Der Maßstab, der uns bei der Kennzeichnung der krankhaften Züge im Seelenleben eines Menschen zu Gebote steht, ist seine Abweichung vom Durchschnitte im Sinne der Zweckwidrigkeit. Schon der Umstand, daß gewisse Eigenschaften je nach Zeit und Umständen eine sehr verschiedene Wertschätzung für die allgemeinen Lebenszwecke erfahren können, muß das Urteil schwanken lassen. Dazu kommt aber weiterhin die Erfahrung, daß sich die Abweichungen von der Breite des Alltäglichen natürlich nicht auf alle Seiten des Seelenlebens gleichzeitig und gleichmäßig erstrecken. Vielmehr finden wir auf dem weiten Gebiete der krankhaften Persönlichkeiten, wie sie durch den Vorgang der Entartung erzeugt werden, alle nur denkbaren Mischungen von Unzulänglichkeit und Verkehrtheit mit gesunder, ja sogar hervorragender Veranlagung. Diese Mannigfaltigkeit ist insofern noch bunter, als diejenige der gesunden Persönlichkeiten, weil die Größe und die Verschiedenheit der krankhaften Abweichungen einen weiteren Spielraum besitzen. Indessen gelangt aus naheliegenden Gründen nur ein beschränkter Teil der entarteten Persönlichkeiten in die Hände des Irrenarztes; namentlich geschieht das bei gesetzwidrigen Handlungen, die eine richterliche Entscheidung über den Geisteszustand des Täters erforderlich machen. Viele vermögen den Kampf ums Dasein mit Hilfe ihrer gesunden Eigenschaften noch leidlich durchzuführen, wenn sie sich auch von dem großen Haufen der Durchschnittsmenschen als Sonderlinge und auffallende Persönlichkeiten abheben; viele gehen an ihrer unzureichenden Veranlagung zugrunde, je nach dem Laufe der Dinge bemitleidet, verachtet oder verabscheut.

Um aus der schier unübersehbaren Vielgestaltigkeit der entar-

teten Persönlichkeiten wenigstens einige Beispiele kennen zu lernen, beschäftigen wir uns zunächst mit einem 33jährigen Techniker, der nach den buntesten Irrfahrten für einige Zeit bei uns gestrandet ist. Eine Schwester und eine Tante der Mutter des Kranken waren geisteskrank. Der Kranke selbst soll als kleines Kind Zahnkrämpfe gehabt haben und späterhin von einem Baume gefallen, dabei längere Zeit bewußtlos gewesen sein. Er war von Jugend auf unverträglich, unruhig, blieb häufig aus der Schule oder lief aus derselben fort. Obgleich er nicht unbegabt war, sondern namentlich in Mathematik, Zeichnen und Literatur gute Fortschritte machte, fehlte ihm jede Ausdauer zur Arbeit. Er fügte sich nirgends, war unbotmäßig, machte dumme Streiche und mußte infolgedessen die Schulen und Pensionen, in denen er untergebracht wurde, vielfach wechseln. Es kam auch vor, daß er, um sich der lästigen Schule zu entziehen, wochenlang einfach verschwand, um dann plötzlich bei weit entfernt wohnenden Verwandten wieder aufzutauchen. Die geschlechtliche Entwicklung trat sehr früh ein; der Kranke mußte schon auf der Schule wegen Trippers behandelt werden, hat auch viel onaniert. Er machte eine Phimosenoperation durch und litt sehr lange an Bettnässen. Mit 20 Jahren trat er als Einjähriger beim Militär ein, erlitt mehrere Strafen wegen Betrunkenheit und nächtlichen Ausbleibens, kam dann wegen Insubordination auf die Festung und wurde endlich als „geistig defekt“ aus dem Militärverbände entlassen.

Man versuchte nunmehr, ihn in verschiedenen Werkstätten und Fabriken als Volontär unterzubringen, doch wurde er überall wegen seiner Neigung, seine Arbeit einfach liegen zu lassen, zu trinken, geschlechtliche Ausschweifungen zu begehen, nach kurzer Zeit wieder fortgeschickt. Ebenso mißglückte ein Versuch, ihn auf eine Gewerbeschule zu schicken; er zechte ohne Geld in einem Bordell und verwundete den Hausknecht, der ihn hinauswarf, mit einem Messer. Zeitweise war er dann bei Verwandten oder zu Hause und wurde hier entmündigt. Dann reiste er wegen des „wenig schönen Verhältnisses zum Vater“ eines Tages davon, wurde jedoch wieder aufgegriffen und mit 24 Jahren vorübergehend in eine Irrenanstalt gebracht. Als er nach seiner Entlassung die Flucht von Hause unter Mitnahme erheblicher Geldsummen wiederholte, die er schleunigst in Bordells durchbrachte, kam er für 3 Jahre in

eine große Irrenanstalt. Hier beschäftigte er sich mit Musik, Sprachen, Mathematik, Stenographie, zeigte aber ein kindisch-haltloses, unbotmäßiges Benehmen, hänselte und beschimpfte Mitkranke und Wartpersonal, stiftete überall Unfrieden, war dabei anspruchsvoll, hochfahrend, unbeeinflussbar, besaß nicht das geringste Verständnis für seine Lage, versprach oft bereitwilligst alles Gute, um regelmäßig sehr bald sein altes Treiben wieder aufzunehmen.

Nach seiner Entlassung begannen neue Versuche, ihn hier oder da unterzubringen, immer mit demselben Erfolge, daß er sich binnen kurzer Zeit durch Ausschweifungen und Zusammenstöße mit der Polizei unmöglich machte. Einmal verwundete er auch wieder jemanden mit dem Messer und wurde deswegen gerichtlich verurteilt. Dennoch bestand er schließlich die Prüfung als Maschinentechniker. Er machte Schulden, führte ein sehr freies Leben; „gesumpft wurde mächtig und ich mitten dabei“, wie er sagte. Aus einer Stelle wurde er wegen Schwänzens und fleißigen Besuchs der Bordelle, „die er schon von früher her kannte“, fortgejagt und wiederum einer Anstalt überwiesen. Er brannte aber wiederholt durch und führte nun ein Landstreicherleben, indem er sich seinen Lebensunterhalt notdürftig durch Versetzen seines Eigentums und Klavierspielen in Wirtschaften verschaffte. Sobald er etwas verdient hatte, brachte er es schleunigst in „Weiberkneipen“ wieder durch, wurde schließlich wegen Zechprellerei verhaftet und bestraft. Einem Abgesandten seines Vaters, der ihn nach Hause bringen sollte, entwich er, fand wieder eine Stellung, ließ sich jedoch alsbald zu neuen Ausschweifungen verführen und wurde nochmals wegen Zechprellerei bestraft. Das Gleiche begegnete ihm in dem nun wieder aufgenommenen Landstreicherleben nochmals. Er fand endlich in einer befreundeten Familie Unterkunft und auch Arbeit, lief aber trotz aller guten Vorsätze immer nach kurzer Zeit wieder davon, betrank sich ohne Geld, wurde verhaftet und bestraft. Als sich das im Laufe weniger Monate zweimal wiederholt hatte und er im Rausche noch überfahren worden war, willigte er auf das Drängen seiner Umgebung ein, sich in unsere Klinik verbringen zu lassen.

Einen großen Teil dieser seiner Erlebnisse erzählt der Kranke, der völlig klar und geordnet ist, selbst. Seine Darstellung ist

gewandt, sein Gedächtnis, abgesehen von Ungenauigkeiten in der Zeitbestimmung der einzelnen Abschnitte seines verschlungenen Lebenspfades, vortrefflich. Die Mitteilungen aus den früher von ihm besuchten Anstalten über sein Benehmen bezeichnet er als stark übertrieben, doch zeigt er sonst keine Neigung, seinen Lebenswandel besonders zu beschönigen. Im Gegenteil ist es höchst auffallend, daß er seine Geschichte mit einem gewissen Behagen erzählt und sich eher als Held fühlt. Von Scham oder wirklicher Reue ist durchaus keine Spur vorhanden, und seine Versprechungen für die Zukunft tragen den Stempel einfacher Redensarten, die er macht, um sich möglichst bald dem lästigen Zwange der Freiheitsberaubung zu entziehen. „List geht über Gewalt“, meint er gelegentlich. Für seine jetzt in zahllosen Fällen bewiesene Unfähigkeit, in der Freiheit zu leben, hat er nicht das geringste Verständnis. Ohne irgendwie diese Erfahrungen zu würdigen, meint er, daß es ihm keine Schwierigkeiten machen könne, sich durchzubringen, sobald er wieder Arbeit habe.

In der Tat hat er sich auch einige Arbeiten verschafft, die er so gut ausgeführt hat, daß man ihn dafür ordentlich bezahlte. Nachdem er indessen einmal den ihm gewährten freien Ausgang zu einer Zechprellerei benutzt hatte, entwich er wiederholt in immer schlauerer Weise, erhob das verdiente Geld, kneipte in der Stadt herum, spielte in den Wirtschaften Klavier und wurde endlich von der Polizei wieder zurückgebracht. Seine Entweichungen begründete er damit, daß man ihm keine bestimmten Zusicherungen über die Gestaltung seiner nächsten Zukunft gemacht habe. Er würde sein Verhalten einwandfrei gestaltet haben, wenn man ihm die Entlassung nach einigen Wochen oder Monaten in Aussicht gestellt hätte. Von dem körperlichen Befunde ist außer einer geringen Pupillendifferenz nichts Wichtiges zu bemerken.

Wenn Sie die guten Kenntnisse, das Gedächtnis, das natürliche Benehmen unseres Kranken, die Ordnung seines Gedankenganges allein ins Auge fassen, also diejenigen Züge, die bei der Beobachtung zunächst in Betracht kommen, so werden Sie kaum auf die Vermutung kommen, daß es sich hier um eine krankhafte Persönlichkeit handelt. Erst aus dem Überblicke über die gesamten Lebensschicksale des Kranken, sein Handeln und die Stellung, die er seiner eigenen Vergangenheit gegenüber einnimmt, wird

die volle Größe der vorliegenden Störung deutlich. Allmählich sind daher auch alle Personen, die sein Treiben genauer zu beobachten Gelegenheit hatten, zu dieser Auffassung gelangt. Offenbar handelt es sich um eine von Jugend auf bestehende Haltlosigkeit des Willens, die das Fehlen jeder Ausdauer, jedes Widerstandes gegen Verführungen zur Folge hat. Wie es scheint, sind bei dem Kranken diejenigen Beweggründe, die aus den sittlichen Gefühlen entspringen, nicht zur Ausbildung gelangt. Er fühlt nicht die Unwürdigkeit, ja nicht einmal die Widerwärtigkeiten seiner Lebensführung, denkt eher mit einem gewissen Wohlbehagen an seine Abenteuer zurück, läßt sich nicht durch die Rücksicht auf seine Eltern, auf seine eigene Zukunft in seinem Handeln bestimmen, sondern nur durch augenblickliche Gelüste.

Mit dieser kurzsichtigen Selbstsucht verbindet sich ein gehobenes Selbstgefühl, gänzlicher Mangel an Mitgefühl mit anderen, die der Kranke gern zur Zielscheibe seiner Neckereien macht, endlich gelegentlich starke Reizbarkeit, die ihn, namentlich unter dem Einflusse des Alkohols, wiederholt zu schweren Gewalttaten getrieben hat. Diese letztere Eigenschaft könnte an eine epileptische Grundlage des Leidens denken lassen, um so mehr, als der Kranke zeitweise wochenlang ein ganz geregeltes Leben führte, und als er früher zweimal Ohnmachtsanfälle gehabt haben soll*). Jedenfalls ist aber seine krankhafte Haltlosigkeit, die es ihm unmöglich gemacht hat, eine seiner sonstigen Begabung entsprechende Lebensstellung zu erringen, nicht etwa eine Erscheinungsform der Epilepsie, sondern ein Erzeugnis der Entartung. Doch dürfen wir darauf hinweisen, daß sich Andeutungen epileptoider Störungen nicht ganz selten bei entarteten Persönlichkeiten auffinden lassen.

In noch merkwürdigerer Weise mischt sich die krankhafte Unfähigkeit zu geordneter Tätigkeit mit ungewöhnlichen Anlagen bei einem 30jährigen Schauspieler, der uns vor 3 Wochen zugeführt wurde, weil er einer Prostituierten unter falschem Namen einen Brillantring abgeschwindelt hatte. Er hatte sich denselben

*) Der Kranke befand sich zunächst noch einige Zeit in einer großen Anstalt, wo er in unregelmäßigen Zeiträumen reizbare Verstimmungen zeigte, die immerhin an die Erfahrungen bei Epileptikern erinnern könnten. Vor fast 3 Jahren ging er im Einverständnis mit seinen Eltern nach Amerika, wo er mit Unterstützung seinen Lebensunterhalt durch Klavierspiel erwirbt.

einfach angesteckt und das Mädchen, das auf weiteren Verdienst hoffte, für den nächsten Tag in ein vornehmes Hotel bestellt, wo er jedoch nicht zu finden war. Bei seiner Verhaftung behauptete er, die Dirne habe ihm den Ring geschenkt; er hatte ihn inzwischen verkauft. Im Untersuchungsgefängnisse machte er einen, nach Meinung des Arztes nicht ernst gemeinten Selbstmordversuch und erkrankte dann an Anfällen mit Erregung und Krämpfen, die den Anlaß zur Verbringung in unsere Klinik gaben.

Der etwas blasse, schlecht genährte, glatt rasierte Mann, der mit einer gewissen verlumpten Sorgfalt gekleidet ist, bietet in seinem Äußeren wie in seinem ganzen Auftreten vollkommen das Bild eines heruntergekommenen Schauspielers dar. Er spricht ungewein gewandt und viel, bewegt sich in klingenden, hochtrabenden Wendungen, Kunstausdrücken aller Art und überschüttet uns mit einer Reihe verblüffendster Enthüllungen aus seinem Leben. Das Gymnasium hat er mit 16 Jahren durchgemacht, ging zunächst zur Marine, studierte dann in Chicago, ferner in Straßburg und Leipzig Medizin, bestand das Physikum in Würzburg. Darauf wurde er Schauspieler, wurde nacheinander Kutscher, Kellner, Goldgräber in Südafrika, Straßenkehrer in New York. Dort lernte ihn ein russischer Edelmann kennen, der ihn mit sich auf sein Gut nach Rußland nahm. Er lernte die russische Sprache und ging als Dolmetscher nach Teheran. Die Liebe zur Kunst trieb ihn jedoch wieder auf die Bühne. Er spielte in Rußland, kam dann nach Brüssel, wo er in der Not Kofferträger wurde und als solcher die Bekanntschaft von Coquelin machte, der ihn für das Théâtre français verpflichtete und ihn auf seine große Kunstreise nach Ostasien mitnahm. Später spielte er auf allen möglichen hervorragenden Bühnen, stets erste Rollen, heiratete eine Frau aus guter Familie, ein engelreines Wesen, das ihm 4 Kinder schenkte, die sämtlich binnen kurzer Zeit starben.

Bei der Schilderung seines unaussprechlich glücklichen Familienlebens gerät der Kranke in die hochgradigste Rührung, bejammert sein Schicksal, malt sich aus, wie schrecklich es sei, wenn sein alter Vater, seine unvergeßliche Mutter etwas von seiner jetzigen Lage erführen. Seine Straftat war ein sehr harmloser Vorgang. Er wollte mit dem Ringe nur ein wenig glänzen, dachte gar nicht daran, ihn zu behalten, war nur durch die Not gezwungen,

ihn zu verkaufen. Im übrigen sei er ein anständiger Mensch, dem man doch nicht eine Dirne gegenüberstellen könne, „ein Wesen, dessen ganze Lebensbasis auf der höchsten Potenz erotischer Ausfälle basiert“.

Prüfen wir diese abenteuerlichen Angaben näher, so ergeben sich natürlich sofort die größten Widersprüche. Der Kranke erkennt dieselben auch ohne weiteres an und löst sie durch neue, völlig abweichende Erzählungen, indem er erklärt, daß er durch besondere Rücksichten genötigt gewesen sei, manche Einzelheiten anders darzustellen. Aber auch die neuen Angaben erweisen sich als erdichtet, und so kann man von ihm der Reihe nach die mannigfachsten Schilderungen seines Lebenslaufes hören, von deren jeder er „auf sein Ehrenwort“ versichert, daß er nunmehr aber wirklich die volle Wahrheit gesagt habe. Die tieferen Gründe für seine Erfindungen sind aus den Aufklärungen, die uns der Untersuchungsrichter über seine Vergangenheit verschafft hat, un schwer zu begreifen. Es hat sich nämlich herausgestellt, daß wir es mit einem Hochstapler zu tun haben, der seit vielen Jahren unter den verschiedensten Namen und in den verschiedensten Städten eine endlose Reihe der unglaublichsten Schwindeleien verübt hat und überall mit Hinterlassung zahlreicher Schulden plötzlich verschwunden ist, auch schon vielfach bestraft wurde.

Halten wir ihm diese Dinge vor, so ist er um Ausreden niemals in Verlegenheit. Einzelnes leugnet er schlankweg; anderes stellt er ganz anders dar; noch anderes gesteht er zerknirscht zu und sucht sich mit einer Notlage oder sonstigen besonderen Verhältnissen zu entschuldigen, betont dabei immer, daß er eigentlich doch durchaus ein Ehrenmann sei. Die Gewandtheit und Zungenfertigkeit, die er bei diesen Unterredungen entwickelt, ist erstaunlich. Dazu kommt, daß er die deutsche, russische und französische Sprache vollkommen, das Englische, Polnische, Rumänische, Ungarische, Italienische, Schwedische leidlich beherrscht und sogar etwas Latein, Griechisch und Hebräisch versteht. Er besitzt auf den verschiedensten Gebieten einzelne, freilich sehr oberflächliche und lückenhafte Kenntnisse, ist auch bei uns bemüht, gesprächsweise möglichst viel medizinisches Wissen zu erwerben, das er dann gelegentlich mit überraschender Selbstverständlichkeit vorbringt. Seine Umgebung weiß er sehr geschickt zu beherrschen, sich auf

alle Weise Vergünstigungen zu verschaffen, wird sofort vertraulich und zudringlich, sobald man ihm freundlich entgegenkommt.

Auch bei uns sind eine Reihe von „Anfällen“ beobachtet worden, in denen sich der Kranke unter lautem Stöhnen und Jammern krümmte, winselte und um Morphinum bettelte; eine Menge hervorragender Ärzte, die er namentlich anführt, hätten dieses Mittel als unerlässlich bezeichnet. Schließlich drohte er mit Selbstmord, wurde grob, gewalttätig, beruhigte sich aber auf eine Wasser-einspritzung. Ähnliche Anfälle soll er früher oft gehabt haben, war deswegen in mehreren Irrenkliniken; einer seiner Hauswirte gab an, daß er an Epilepsie leide. Einmal war er vorübergehend sprachlos, vermochte keinen Laut hervorzubringen, verstand aber auch nicht, was man ihm sagte, und schrieb später auf ein Papier: „Stimmbandlähmung“. Zu irgend einer ernstern Arbeit ist er nicht zu bewegen, liest nur Romane, raucht, plaudert, spielt liederlich, wenn auch nicht ohne Talent, Klavier, deklamiert, freilich recht mäßig, beobachtet seine Umgebung und sucht sich nach Möglichkeit zu unterhalten.

Man kann daran zweifeln, ob wir berechtigt sind, diese absonderliche Persönlichkeit im eigentlichen Sinne als geisteskrank zu bezeichnen. Es handelt sich um einen geborenen Schwindler, dem trotz mannigfacher Begabung die wesentlichsten Erfordernisse zur Arbeit vollkommen fehlen, die Ausdauer und das Pflichtgefühl. Seine ganze Lebensführung trägt daher den Stempel des Sprunghaften und Unsittlichen. Zu jeder geregelten Tätigkeit ist er unfähig; nirgends hält er es lange aus; immer sehnt er sich nach Abwechslung. Sein Gedächtnis ist ausgezeichnet, aber es gewährt ihm einen offenbaren Genuß, seine Hörer durch immer neue Erfindungen in Staunen zu setzen. Für das Verwerfliche seines Treibens hat er nicht das mindeste Gefühl. Obgleich er bei seinen eigenen Erdichtungen anscheinend in die lebhafteste Rührung gerät, ist ihm doch jede tiefere Gemütsregung völlig fremd. Im Vordergrund steht bei ihm die persönliche Eitelkeit, die ihn zu abenteuerlichen Prahlereien, zur rücksichtslosen Schädigung seiner Opfer, zum unsinnigen Verschleudern des Geldes treibt, das er sich durch Schwindel, Diebstahl und Betrug ohne Gewissensbisse erwirbt. Mißt man eine solche Persönlichkeit mit dem Maßstabe des Richters, so erscheint sie einfach als Verbrecher, als Hoch-

stapler. Der Arzt indessen wird sich dem Eindrücke nicht entziehen können, daß hier eine angeborene Unfähigkeit zu geregelter Lebensführung vorliegt, die mächtiger ist, als alle Erziehung, Erfahrung und Selbstbeherrschung. Jedenfalls befinden wir uns hier der Grenze der „krankhaften Lügner und Schwindler“ sehr nahe. Dafür sprechen namentlich mit die deutlichen hysterischen Züge, die unser Kranker aufweist, wenn wir auch seine „Stimmbandlähmung“ als bewußte Täuschung betrachten müssen. Offenbar ist es ja nicht sowohl der einfache Eigennutz, als vielmehr der unwiderstehliche Hang zum Abenteuerleben, der ihn immer wieder aus seinen Stellungen hinaustreibt und es ihm unmöglich, aber auch unerwünscht macht, irgendwo festen Fuß zu fassen. Freilich wird er die Folgen dieser seiner Neigungen in sehr unliebsamer Weise zu tragen haben, da er wohl dem Irrenarzte als krankhaft veranlagte Persönlichkeit, dem Richter aber voraussichtlich immer nur als abgefemter und gefährlicher Gauner erscheinen wird*).

Ganz ähnliche Schwierigkeiten der Beurteilung treten uns in dem Falle eines 64jährigen Landwirtes entgegen, der seit fast zwei Jahrzehnten Ärzte und Richter in der ausgiebigsten Weise beschäftigt hat. Immer von neuem tauchte hier die Frage auf, ob man es mit einem Kranken oder mit einem bösartigen Menschen zu tun habe, und immer wurde sie verschieden beantwortet. Der Kranke stammt aus einer schwer entarteten Familie. Sein Vater war geisteskrank und starb durch Selbstmord; ein Bruder desselben war eigentümlich, sehr geizig und wurde viel verspottet. Seine Mutter war vorübergehend geisteskrank und starb an „Hirnschlag“. Eine Schwester wurde nach einem Wochenbett geisteskrank, und ein Bruder befindet sich wegen Schwachsinn in einer Irrenanstalt. Nach einigen unbedeutenden Vorstrafen begann etwa von seinem 42. Jahre an, wo er sein nicht unbedeutendes väterliches Erbteil selbständig übernahm, die ganz unübersehbare Kette von Rechtsstreitigkeiten, die ihn vollständig verarmen ließ. Die uns zugegangenen, noch nicht einmal vollständigen Akten beziehen sich

*) Der Kranke ist in Wien neuerlich verurteilt worden und hat sich einige Jahre danach als „Dr. B.“ und Kollege sehr zudringlich in meiner Wohnung Zutritt zu verschaffen gesucht, wurde leider abgewiesen, bevor ich ihn sprechen konnte.

auf 81 Strafverfahren gegen ihn, 41 von ihm erstattete Anzeigen und 110 bürgerliche Streitsachen! In 65 verschiedenen Fällen wurde er verurteilt, allerdings fast immer nur zu ganz geringen Geldstrafen, da die etwa von seinem 45. Jahre an sich häufenden Straftaten ausnahmslos sehr unbedeutende waren. Besonders häufig handelte es sich um Übertretung der Feldpolizei. Er fuhr über fremdes Feld, pflügte über die Ackergrenze hinüber, ließ seine Kühe den Klee des Nachbarn fressen, griff beim Mähen über seinen Feldstreifen hinaus. Mehrfach erntete er Gelände ab, das er schon verkauft hatte, sobald er mit dem Käufer in Streit geriet, riß einmal auf einem solchen Felde alle Kartoffeln heraus.

Eine zweite Gruppe von Straftaten bilden kleine Diebstähle und Betrügereien. Er nahm unbeaufsichtigte Gegenstände an sich und benutzte sie, stahl dem Nachbarn Eier unter dem Vorwande, seine Hühner hätten sie verlegt, nahm aus dem Gefängnis Handwerkszeug mit, schmuggelte beim Heuwiegen mehrere schwere Ketten mit ein. Auch einige Urkundenfälschungen sind zu verzeichnen, indem er Briefe und Eingaben mit dem Namen anderer unterschrieb. In großer Zahl verübte er falsche Anschuldigungen und Beleidigungen. Dieselben richteten sich in erster Linie gegen den Feldhüter, der ihn so häufig angezeigt hatte, weiter gegen die verschiedensten Menschen, mit denen er irgend einen Zwist gehabt hatte. Die Zeugen, die nicht in seinem Sinne aussagten, bezichtigte er des Meineids, einen Nachbarn, der ihn wegen Traubendiebstahls angezeigt hatte, der Urkundenfälschung, zwei andere der Brandstiftung; einer derselben hatte einen Haufen verfaulten Futters verbrannt, das der Kranke widerrechtlich auf seinem Acker geschnitten hatte. Den Vormund seines Bruders beschuldigte er der Unterschlagung, einen seiner Feinde der Ruhestörung, des Sittlichkeits-ärgernisses, der Bestechung und des unehelichen Zusammenlebens. In einem einzigen Jahre erstattete er 22 derartige Anzeigen, zu denen noch 15 Erneuerungen früherer Anzeigen, Berufungen an die Oberstaatsanwaltschaft und an das Ministerium kamen. Den Bürgermeister und den Ratsschreiber zeigte er wegen Notzucht an, da sie seiner Frau im Rathause unsittliche Zumutungen gemacht hätten. Ferner lief eine Anzeige wegen fahrlässiger Tötung gegen einen Nachbarn ein, der ihn in ganz bestimmter Weise derart gemißhandelt habe, daß der Tod bevorstehe; 2 Jahre früher hatte er eine

ganz gleichlautende Anzeige über eine Mißhandlung seiner Frau eingereicht. Jede dieser zahlreichen Anzeigen berief sich auf Zeugen, die meist gar nichts oder das Gegenteil des Behaupteten anzugeben wußten; die Klagen wurden trotz völliger Aussichtslosigkeit durch alle Instanzen hindurch verfolgt. Bisweilen bezogen sie sich auf ganz weit zurückliegende Ereignisse. So erhob der Kranke gegen einen Gerber eine Entschädigungsklage über 5 Mark wegen eines angeblich vor 8-10 Jahren abhanden gekommenen Kalbfelles, bezichtigte ihn auf seine Ablegnung des Meineids und ergriff alle irgend zulässigen Rechtsmittel.

Diesen Vorgängen, die uns den Kranken in fortwährendem Kriege mit seiner Umgebung zeigen, schließen sich seine Bestrafungen wegen groben Unfugs, Bedrohung, Hausfriedensbruchs an. Er verunreinigte in der Nacht die Türschwellen seiner Nachbarn, beschmierte Türklinken mit Kot, heftete Zettel mit beleidigendem Inhalt öffentlich an, zertrümmerte ein Türschloß, drohte mit Tätlichkeiten. Endlich aber verging er sich in der mannigfaltigsten Weise gegen die Polizeivorschriften, versäumte die Feuerlöschproben, band schmutzige Rohre an den Gemeindebrunnen zur Einleitung von Wasser in sein Jauchefäß, hinterzog Tabaks- und Hundesteuer, meldete seine Arbeiter nicht an, grub ohne Erlaubnis eine Kalkgrube, fuhr vorschriftswidrig durch das Dorf, ließ den Mistwagen vor des Nachbarn Haustüre stehen.

Kaum weniger umfangreich waren die Berührungen des Kranken mit den Gerichten auf dem Boden der bürgerlichen Rechtspflege. Eine besonders ergiebige Quelle dafür bildeten vermögensrechtliche Beziehungen zu seinem entmündigten Bruder. Jeder Versuch des Vormundes, ihn zur Erfüllung seiner Verpflichtungen zu zwingen, führte zu einer ganzen Kette von Klagen, die mit größter Hartnäckigkeit durchgeführt wurden und regelmäßig große Summen verschlangen. Alle Vereinbarungen erwiesen sich als nutzlos, da der Kranke sie doch nicht einhielt und immer neue Klagen anstrengte oder nötig machte. Auch Fleischer und Bäcker, Arzt und Apotheker mußten ihn verklagen, da er unter den wichtigsten Vorwänden die Zahlung ablehnte; eine Kuh weigerte er sich nach Jahr und Tag, zu bezahlen, weil sie minderwertig gewesen sei, obgleich er sie inzwischen weiter verkauft und ein von ihr geworfenes Kalb für sich behalten hatte.

Durch diese unausgesetzten Prozesse, die nicht selten ein Vielfaches des Streitwertes verschlangen, ganz abgesehen von dem Zeitverluste für Schreibereien, Vernehmungen, Gerichtstermine, geriet der Kranke unaufhaltsam in Vermögensverfall, so daß er schließlich im Armenhause untergebracht werden mußte. Seine Frau suchte ihn lange Zeit hindurch von dem unsinnigen Prozessen abzuhalten und ihm dann dadurch zu helfen, daß sie durch eine schlaue Schiebung den Rest des Vermögens auf sich übertragen ließ. Endlich aber erkrankte sie anscheinend an echtem Querulantenwahn und begann nun ihrerseits, allein und im Verein mit ihrem ihr blindlings folgenden Manne, eine lange Reihe neuer Rechtsstreitigkeiten, die sich an die erwähnte Schiebung anknüpften und mit größter Leidenschaft durchgeführt wurden, bis die Einleitung der Entmündigung ihnen ein Ziel setzte.

Unser Kranker selbst wurde von seiner Umgebung von jeher für einen „äußerst boshafte Prozesser“ gehalten, der sich nirgends an die Ordnung gewöhnen könne und nichts als streiten und prozessen wolle. Doch zeigte seine Frau schon vor 10 Jahren an, daß er sehr nervös sei. Er schlafe schlecht, stehe jede Nacht um 1—2 Uhr auf, koche sich Essen, hantiere unruhig herum, schaffe sich Gegenstände an, die er nicht brauchen könne, und habe etwa 6000 Mark unnütz ausgegeben. „Wenn er irgend eine Übertretung begeht, so denkt er gewiß nicht, daß er bestraft wird. Erhält er eine Strafverfügung, so zeigt er sich sehr angegriffen, kann gar nicht begreifen, warum er gestraft wird, und klagt, daß er von jedermann verfolgt werde.“ Seine Entmündigung erscheine geboten. Die damals eingeholten ärztlichen Gutachten gingen auseinander; eines erklärte, daß er an periodisch wiederkehrenden Dämmerzuständen leide, ein anderes, daß er nicht krank, aber schlaue und durchtriebene sei. Er selbst führte in einer Klagesache als „wichtigen Grund“ an, daß er nicht zurechnungsfähig und aus diesem Grunde straflos sei. Diese Berufung auf seine Geistesstörung wiederholte er so oft, daß schon vor 7 Jahren eine Untersuchung in unserer Klinik angeordnet wurde, zu der er aber erst gezwungen werden mußte, nach Ansicht des Bezirksarztes deswegen, weil er als Simulant seine Entlarvung zu fürchten hatte.

Nach seiner Begutachtung, welche die Frage offen ließ, ob er als geisteskrank im Sinne des Strafgesetzes anzusehen sei, gingen

die alten Zwiſtigkeiten von neuem an, bis endlich der Antrag auf Entmündigung, der wieder eine Reihe widersprechender Gutachten hervorgerufen hatte, den Anstoß zu einer nochmaligen Beobachtung des Kranken bei uns lieferte.

Alle diese Ausführungen hat der mittelgroße, schlecht genährte, stark gealtert aussehende Mann ohne ein Zeichen innerer Anteilnahme mit angehört. Die Gesichtszüge sind faltig, die Kiefer fast zahnlos; die großen Ohren stehen vom Kopfe weit ab; die Ohrfläppchen sind angewachsen. Die rechte Pupille ist weiter als die linke, das Sehvermögen etwas herabgesetzt. Die Blutgefäße an Armen und Schläfen sind geschlängelt und hart; sonst ist außer einem unbedeutenden doppelseitigen Leistenbruche keine körperliche Veränderung zu erwähnen. Der Schlaf hat keine Störung erkennen lassen; das Körpergewicht hat sich seit seinem früheren Aufenthalte bei uns gehoben.

Ziehen wir nunmehr den Kranken selbst ins Gespräch, so ergibt sich, daß er besonnen, klar und geordnet ist. Er läßt sich aber zu eingehenderen Antworten erst drängen, erscheint schlaff und verdrossen, gibt wortkarge, ausweichende und unbestimmte Auskunft. Erst nach und nach gerät er etwas mehr in Eifer. Dabei zeigt sich, daß er an seine zahlreichen Streitfälle eine ganz gute Erinnerung besitzt und seine Verteidigung vielfach mit denselben Wendungen führt wie in den Akten. Allerdings gibt er oft an, sich dieser oder jener Angelegenheit durchaus nicht mehr zu erinnern, da sein Gedächtnis so schlecht geworden sei; „wenn manchmal was vorkommt, da weiß ich's manchmal nicht recht mehr.“ Meist läßt sich jedoch durch vorsichtiges Ausfragen auf Umwegen dartun, daß er ganz gut weiß, um was es sich handelte. Dagegen sind seine Kenntnisse der Zeitereignisse und aller Dinge, die außerhalb des engsten bäuerlichen Gesichtskreises liegen, ungemein dürftig; auch das Rechnen wird ihm schwer, führt aber doch meist zum richtigen Ergebnis. Bei den Wahlen hat er so gestimmt, „wie der Herr Pfarrer es angeordnet hat“.

In seine Prozesse ist er ganz unschuldig hineingekommen. „Ich hab' noch nie Unrecht gehabt.“ Immer waren es andere, die an seiner Verurteilung Schuld trugen. Alles sind „Lügereien, dumme Geschichten“; das Gericht war falsch berichtet; man hat ihn falsch angezeigt. „Was einem doch für Sachen nachgeredet werden!“ Er

weiß gar nicht, wie er immer in solche unglückliche Sachen gerät; die Leute waren ihm feindselig; „man bekommt sein Recht nicht“. Er könne doch die Strafen nicht annehmen, wenn er unschuldig sei, aber seine Beschwerden würden zurückgewiesen, weil die falschen Zeugen immer alles anders angeben. Es wurde nicht richtig untersucht, die Zeugen nicht vereidigt. „Wenn die Herren vom Gericht selber hingegangen wären, wäre es vielleicht anders geworden.“ Die vielen Anschuldigungen habe er gemacht, weil er kein Unrecht sehen könne; bisweilen sei er auch leichtsinnig gewesen. Man müsse aber doch den Leuten glauben können, wenn sie ihm vorher alles genau erzählt hätten; sonst könne man ja dem Pfarrer auf der Kanzel auch nicht mehr glauben; man müsse doch anzeigen, wenn man etwas Unrechtes erfahre. Treibt man ihn in die Enge, indem man ihm die handgreifliche Unwahrheit einiger seiner Anzeigen vorhält, so seufzt er; „Wenn man doch nicht auf der Welt wär“; wenn mich doch der Herrgott wegnehmen tät von meinem Elend!“ Man könne ja glauben, was man wolle, und solle ihm nur lieber gleich den Kopf herunter machen. Jetzt wünsche er nur noch, daß der Großherzog „seine Sach’ prüfe“; mit dessen Entscheidung wolle er sich zufrieden geben. Geisteskrank sei er nicht, nur oft schwermütig und gedrückt. Sein Haus möchte er wieder haben und dann zu Fuß nach Rom und Palästina wandern. Wenn er sich darauf berufen habe, daß man ihn immer als geisteskrank hinstelle, so verteidige man sich eben, so gut man könne.

Mit seiner Umgebung hat sich der Kranke bei uns nicht viel abgegeben, auch wenig aus eigenem Antriebe gesprochen oder gelesen; oft sah er stundenlang teilnahmslos zum Fenster hinaus.

Legt uns schon die schwere erbliche Belastung die Auffassung nahe, daß wir es hier mit einer krankhaften Persönlichkeit zu tun haben, so wird sie zur Gewißheit angesichts der Urteilsschwäche, mit der unser Kranker die aussichtslosesten und unsinnigsten Streitfälle verfolgt, angesichts seiner Unbelehrbarkeit, die durch keinen Schaden klug wird, und der leidenschaftlichen Hartnäckigkeit, mit der er seine eigenen Daseinsbedingungen untergräbt. Sein ganzes Tun und Treiben erinnert auf den ersten Blick sehr an dasjenige eines Querulanten. Wir finden bei ihm, der nie unrecht gehabt hat und kein Unrecht mit ansehen kann, die gleiche Selbstüberhebung und die gleiche Empfindlichkeit gegen die geringste Beeinträchtigung

durch andere, die gleiche Unfähigkeit, fremde Rechte zu verstehen und zu achten; auch für ihn sind alle Strafen und Unannehmlichkeiten, die ihm seine Streitsucht zuzieht, nur das Erzeugnis gehässiger Verfolgung.

Allein es fehlt unserem Kranken trotz dieser übereinstimmenden Züge doch die wesentlichste Eigentümlichkeit des Querulanten, die Wahnbildung. Zwar glaubt auch er sich von seinen Nachbarn verfolgt, aber wir dürfen auch annehmen, daß der Kranke von seiner Umgebung, die ihn als einen zanksüchtigen und böartigen Menschen ansah, wirklich nicht gerade freundlich behandelt wurde. Vor allem jedoch vermissen wir durchaus den inneren Zusammenhang der zahllosen Rechtsstreitigkeiten untereinander, ihre Ableitung aus einem ersten, ganz bestimmten Anlasse, wie sie eben durch die Wahnbildung bedingt wird. Während ferner der Querulant außerhalb seiner Wahnbeziehungen oft ein ganz umgänglicher und friedfertiger Mensch ist, sehen wir unseren Kranken mit aller Welt in Zank und Streit leben. Dafür erweitert sich hier der Kreis der Feinde immer nur auf Grund bestimmter, neuer Reibereien, und die Richtung der Angriffe wechselt häufig; die höheren Behörden und Gerichte werden nicht mit hineingezogen. Endlich führt der Kranke bei aller Reizbarkeit den Kampf nicht mit jener freudigen Genugtuung, die dem Querulanten den endlichen Sieg über alle Machenschaften seiner Feinde verheißt, sondern er empfindet die unaufhörliche Beunruhigung selbst als eine Qual, von der er sich jedoch auf keine Weise zu befreien vermag. Es kommt daher auch nicht zu einer eigentlichen Fortentwicklung des Leidens, wenn auch natürlich die Reibungsflächen zwischen dem Kranken und seiner Umgebung aus naheliegenden Gründen allmählich wachsen.

Aus den angeführten Gründen werden wir unseren Kranken nicht als Querulanten betrachten können. Er gehört vielmehr einer nicht allzu großen Gruppe von Fällen an, die wir unter dem Namen der Pseudoquerulanten zusammenfassen. Es handelt sich dabei um krankhaft veranlagte Persönlichkeiten mit der unausrottbaren Neigung zum Querulieren, aber ohne Wahnbildungen. Die allmähliche Steigerung der Krankheitsäußerungen wird hier, wie es scheint, wesentlich durch die Zunahme der feindseligen Beziehungen, ferner durch den wirtschaftlichen Verfall und endlich, wie bei unserem Kranken, durch Altersveränderungen bedingt,

Sehr merkwürdig ist es, daß hier die Frau, die den Kranken anfangs zurückzuhalten suchte, nach einer Reihe von Jahren im Anschlusse an einen eigenen Rechtsstreit an wirklichem Querulantenwahne erkrankte. Derartige Personen verstehen es nicht selten, andere in ihre wahnhaften Gedankengänge mit hineinzuziehen. Hier konnte das um so leichter geschehen, als ihr Mann für eine solche Beeinflussung in besonders hohem Grade zugänglich sein mußte.

XXX. Vorlesung.

Krankhafte Verbrecher und Landstreicher.

M. H.! Die krankhafte Unzweckmäßigkeit der Veranlagung, wie wir sie als den Ausdruck der Entartung kennen gelernt haben, belastet nicht nur ihren Träger selbst mit einer Mitgift, die ihn im Wettbewerbe des Lebens auf Schritt und Tritt hinter seinen glücklicheren Genossen zurückbleiben läßt, sondern sie bildet auch vielfach eine große Gefahr für das menschliche Zusammenleben. Schon in den letzten Vorlesungen haben wir gesehen, wie die mannigfaltigsten Formen krankhafter Eigenart, sobald sie die Einfügung in geregelte Lebensverhältnisse unmöglich machen, zum Widerstreite mit der gesetzlichen Ordnung führen können. Dabei zeigte sich, daß neben der krankhaften Unfähigkeit, sich den Grundbedingungen menschlichen Zusammenlebens anzupassen, gelegentlich auch geradezu gesellschaftsfeindliche Triebe vorhanden sind. So bilden sich einmal die verschiedenen Gestaltungen des Gewohnheitsverbrechers heraus, der sich wegen der Eigenart seiner Anlage nicht in geordnete Lebensverhältnisse hineinzuarbeiten vermag; andererseits aber können Berufsverbrecher mit ganz bestimmten verbrecherischen Willensrichtungen entstehen. Die Abgrenzung der krankhaften Persönlichkeiten von denen, die wir lediglich mit dem Maßstabe des sittlichen Werturteils zu messen pflegen, ist hier überall eben so schwer wie auf dem Gebiete der Verstandesleistungen.

Wenn Sie das 54 jährige, blasse, zart gebaute Mütterchen ins Auge fassen, das höflich grüßend Platz nimmt und auf unsere Fragen klare, geordnete Auskunft gibt, so werden Sie schwerlich auf den

Verdacht kommen, daß diese Frau bereits sechsmal wegen Brandstiftung angeklagt worden ist und nicht weniger als $24\frac{1}{4}$ Jahre in Gefängnissen und Zuchthäusern zugebracht hat; während der letzten 20 Jahre befand sie sich nur etwa 15 Monate in Freiheit. An der Hand der Akten und ihrer eigenen Erzählungen erhalten wir ein merkwürdiges und zugleich ungemein trübes Bild ihres Lebens. Ihre Mutter starb früh; eine Schwester derselben soll geisteskrank gewesen sein. Ihr Vater war Schnapstrinker und Dieb; ihre Geschwister sind mit Ausnahme eines Bruders, der wegen Ehebruchs und Diebstahls bestraft und „Schnapslump“ ist, ausgewandert und verschollen. Die Erziehung war schlecht; sie wurde früh zum Diebstahl angehalten und mit 19 Jahren zum ersten Male deswegen bestraft. Weitere Strafen wegen Diebstahl, Betrug und Gewerbsunzucht folgten in den nächsten Jahren; mit 23 Jahren wurde sie syphilitisch angesteckt. Die erste Brandstiftung beging sie mit 24 Jahren. Sie zündete damals einen Schuppen im Garten ihrer Stiefmutter an, die während einer Zuchthausstrafe des Vaters mit dem Manne einer Zuchthäuslerin zusammenlebte. Es gab Streit, und ihr wurde das Haus verboten; deshalb faßte sie den Entschluß, das Haus abzubrennen, damit die Stiefmutter auch nicht mehr darin wohnen könne. Wie gewöhnlich bei ihren Straftaten, legte sie sehr bald ein umfassendes Geständnis ab und wurde zu $4\frac{1}{2}$ Jahren Zuchthaus verurteilt.

Vier Monate nach ihrer Entlassung verübte sie die zweite Brandstiftung, die sie zwei Jahre später freiwillig gestand, um den Verdacht von einem Unschuldigen abzuwenden. Sie wollte damals ihren Mann aufsuchen, der sich nach kurzer, glücklicher Ehe von ihr abgewendet hatte, als er ihr Vorleben erfuhr. Sie fand ihn in seinem Heimort nicht auf und wurde nach ihrer Schilderung darüber so erzürnt, daß sie beschloß, das Haus eines seiner Verwandten anzuzünden. Ein Stall, dessen Besitzer jedoch in gar keiner Beziehung zu ihrem Manne stand, brannte nieder. Wiederum drei Monate nach Verbüßung der ihr zuerkannten dreijährigen Zuchthausstrafe zeigte sie in Straßburg selbst an, daß ein gewisser Stein frühmorgens Feuer an zwei Verkaufsbuden gelegt habe, gestand aber bei der Vernehmung aus freien Stücken, daß sie selbst die Täterin und jener Stein eine erdichtete Persönlichkeit sei. Sie hatte Papier aus dem Kehricht so an die Verkaufsstände gehäuft, daß es brennen mußte. „Ich tat

dies bei voller Überlegung und bei gesundem Verstande aus purem Übermute.“ Nachdem sie dem auflodernden Feuer einige Zeit zugeschaut hatte, ging sie fort, kehrte aber wieder zurück. Dann überkam sie „eine Unsicherheit, ein Gefühl, als sei sie entdeckt, als schaue alles nach ihr“, und deswegen erzählte sie ungefragt, sie sei bei der Brandlegung zugegen gewesen und kenne den Täter. Zugleich erkundigte sie sich, ob aus ihrer Wohnung keine Nachricht gekommen sei. Die Nachforschung ergab, daß sie sich unter falschem Namen eingemietet und ihr Zimmer vor zwei Tagen nach Bezahlung ihrer Schuld und unter Zurücklassung ihrer Habseligkeiten verlassen hatte. Als sie an der Straßenecke längere Zeit stehen blieb und zum Fenster zurückblickte, bemerkte ihre Wirtin, daß sie das Bett mit Hilfe einer Stearinkerze in Brand gesteckt hatte. „Weshalb ich diesen Brand anlegte, weiß ich eigentlich selbst nicht,“ meinte sie; „die Leute hatten mir keine Veranlassung zur Zufügung eines Schadens gegeben.“ Sie wurde zu 8 Jahren Zuchthaus verurteilt, da man die Frage nach dem Bestehen einer strausschließenden Geistesstörung nicht zu bejahen vermochte.

Die nächste Brandstiftung erfolgte 4 Jahre später im Zuchthause. Nachts 3 Uhr brach in einem Vorratsraume, in dem die Kranke beschäftigt gewesen war, Feuer aus. Sie selbst fiel dadurch auf, daß sie sehr unruhig war und nachts angekleidet auf dem Bette saß. Auf eindringliches Befragen gestand sie. „Ich sah die glühenden Kohlen im Herd; der Gedanke an eine Brandstiftung tauchte in mir auf; ich konnte nicht widerstehen und nahm zugleich mit dem Wasser auch drei glühende Kohlen auf einem alten Scherben mit in die Kammer. Dort warf ich sie in den hintersten, mit Lumpen gefüllten Kübel und stellte drei bis vier andere leere Kübel darauf.“ „Ein Motiv zu meiner Tat kann ich nicht angeben.“ „Ich konnte mich im Augenblick der Gelegenheit nicht mehr halten; es war mir, als triebe eine unsichtbare Gewalt dazu, die Tat zu begehen. Möge mir Gott helfen.“ Späterhin widerrief sie dieses Geständnis und will auch jetzt nichts mehr davon wissen. Sie machte noch einen schwächlichen Selbstmordversuch durch Verletzung des Handgelenks mit einer Schere, wurde aber wiederum zu 5 Jahren Zuchthaus verurteilt.

Etwas über ein Jahr war sie nunmehr in Freiheit und diente bei einem Wirte. Dann geriet sie mit der Hausfrau in Streit und

lief davon. Beim Durchsuchen ihres Koffers fanden sich einige anscheinend gestohlene Gegenstände. Als sie bei ihrer Rückkehr von der drohenden Anzeige erfuhr, legte sie in der folgenden Nacht Feuer an das Wohnhaus und entfloh, gab aber bei ihrer Verhaftung sofort ihre Täterschaft zu. Nach ihrer Angabe habe sie zunächst im Sinne gehabt, sich umzubringen, und große Unruhe verspürt; dann habe ihr Bruder ihr geraten, „es“ zu tun. Sie habe weit mehr Brandstiftungen verübt, als ihr zur Last gelegt würden, wohl an zwanzig, die erste als Kind von 5—6 Jahren. Es sei ihr immer eine große Freude gewesen, mit Feuer zu spielen. „Heute noch kommt mir immer gleich die Idee, wenn nur dies oder jenes abbrennen würde; es ist wie eine fixe Idee“; „besonders, wenn ich Streichhölzer in der Tasche habe, dann denke ich, es treibt mich dazu, wie eine unsichtbare Gewalt.“ Der Gedanke komme über sie wie ein Blitz, ganz plötzlich; „wenn ich überlegen täte, würde ich so etwas nicht tun.“ Einige Male habe sie vorher etwas getrunken, andere Male im Ärger gehandelt.

Die Kenntnisse, die sich die Kranke trotz sehr mangelhafter Schulbildung nachträglich im Zuchthause angeeignet hat, gehen über das Durchschnittsmaß ihres Standes hinaus; sie weiß auch sehr anschaulich zu erzählen. Ihre Stimmung ist im allgemeinen gleichmütig freundlich, doch wurden auch vielfache Schwankungen beobachtet. Bisweilen war sie reizbar und heftig, wurde deswegen im Zuchthause öfters bestraft; zu anderen Zeiten war sie lustig, übermütig oder weinerlich, verzweifelt, mit etwas theatralischem Anstrich. Sie drohte mehrfach mit Selbstmord und machte, wie öfters in der Gefangenschaft, auch bei uns einmal den Versuch, sich zu erhängen. Einigemale erzählte sie von traumhaften Sinnestäuschungen; zwei Teufel hätten sie nachts gezupft; vor dem Fenster hätten Menschen gestanden und ihr zugerufen, sie habe 7 Kinder umgebracht und ein paar Häuser angezündet. Über ihre Zukunft macht sie sich nicht viel Gedanken. Für geisteskrank hält sie sich nicht; ebensowenig empfindet sie eigentliche Reue über ihre Straftaten. „Ich bin heute noch nicht klar darüber,“ meint sie; „ich denke immer, ich hab's nicht getan; ich kann keinem Tier etwas zuleide tun.“

Die körperliche Untersuchung der mäßig genährten Frau ergibt als wesentlichsten Befund Lichtstarre beider Pupillen und Steigerung der Kniesehenreflexe, ferner einige weißliche Narben an der

Brust und eine Beinhautverdickung am rechten Schienbein. Sichere Empfindungsstörungen sind trotz ihrer lebhaften, aber vielfach wechselnden Klagen über allerlei Schmerzen und Mißempfindungen an verschiedenen Körperstellen nicht nachzuweisen.

Der auffallendste Zug in dem hier geschilderten Lebensgange ist die immer wieder auftretende Neigung zur Brandstiftung, die in der allereinschneidendsten Weise die Schicksale der Frau bestimmt hat. Der Mangel jedes verständlichen Beweggrundes in einigen, die Unzulänglichkeit desselben in anderen Fällen, ferner die unverbesserliche Rückfälligkeit muß von vornherein den Verdacht des Krankhaften erwecken. Dieser Eindruck wird noch verstärkt durch die Schilderung der Kranken von der Triebartigkeit der Brandstiftungen, an deren Wahrheit wir keinen Grund haben, zu zweifeln. Wir kennen in der Tat eine kleine Gruppe von krankhaften Persönlichkeiten, die durch die triebartige Neigung zu bestimmten gemeingefährlichen Handlungen ohne verständlichen Beweggrund gekennzeichnet ist. Namentlich der Hang zur Brandstiftung scheint in dieser Weise vorzukommen, aber auch jene grauenhaften Giftmörderinnen, die kalten Blutes eine Reihe gleichgültiger oder selbst geliebter Personen umbrachten, dürften hierher zu rechnen sein. Zweifelhafte sind die sogenannten Stehlsüchtigen oder Kleptomane, schon weil hier der Beweggrund des Eigennutzes gewöhnlich nicht auszuschließen ist. Nicht selten stehen verbrecherische Triebe mit geschlechtlichen Verirrungen in Zusammenhang, so gewisse Formen des Stehltriebes mit dem Fetischismus. Wir stehen hier an dem Übergange von den Berufsverbrechern zu der entschieden krankhaften Gruppe der Triebverbrecher, zu denen wir wohl auch die Verbrecher aus geschlechtlichen Verirrungen zählen dürfen. Das gemeinsame Kennzeichen ist eben der Mangel jedes vernünftigen Beweggrundes und die Macht der sofort zur Ausführung drängenden Antriebe gegenüber jeder Überlegung. Gemütsbewegungen und Alkohol scheinen, wie sonst, so auch hier, die Widerstandsfähigkeit gegen die krankhaften Antriebe herabzusetzen.

Jeder Irrenarzt und ebenso wohl jeder Strafanstaltsbeamte wird diesem Falle andere, ähnliche an die Seite stellen können. Wir brauchen darum auf andere Deutungen gar nicht weiter einzugehen. Einzelne hysterische Züge, die Stimmungsschwankungen, die schwächlichen Selbstmorddrohungen, die traumhaften Sinnes-

täuschungen, dürften hier nur als allgemeine Entartungszeichen anzusehen sein. Auch bei der Hysterie kommen zwar nicht selten krankhafte Brandstiftungen vor, aber dann regelmäßig in Dämmerzuständen, während unsere Kranke zwar in einer gewissen gemüthlichen Erregung, aber, wie ihre eingehenden Schilderungen dartun, bei klarem Bewußtsein gehandelt hat. Die Lichtstarre der Pupillen könnte an die Möglichkeit einer Paralyse denken lassen. Abgesehen jedoch davon, daß der übrige Befund bei der Kranken nicht die mindeste Stütze für diese Annahme bietet, würde sie natürlich auch nicht ihre bis in die Kindheit zurückgehenden Brandstiftungen erklären können. Offenbar ist die Pupillenstörung einfach als ein Überbleibsel der früheren Lues aufzufassen.

Der Zustand, den wir hier vor uns haben, ist seinem Wesen nach der Ausdruck einer krankhaften Veranlagung und daher unveränderlich. Da er große Gefahren für die öffentliche Sicherheit in sich schließt, wird die dauernde Verwahrung unserer Kranken in einer Irrenanstalt unumgänglich geboten sein*).

Nur widerwillig und auf eindringliches Zureden hat sich der bleich und finster dreinblickende, untersetzt gebaute Mann, dem unsere weiteren Betrachtungen gelten sollen, zu einer Besprechung seiner bewegten Lebensschicksale herbeigelassen. Darum gibt er zunächst auch nur kurze, öfters höhnisch und bitter klingende Auskunft, wird aber bei freundlichem Zureden doch allmählich etwas zugänglicher und findet schließlich anscheinend sogar Geschmack daran, sich in seiner Weise aussprechen zu können. Er berichtet vollkommen klar und geordnet, ja in auffallend gewandter und fließender Ausdrucksweise, daß er unehelich geboren, von fremden Leuten auferzogen und mit 13 Jahren zum ersten Male wegen Diebstahls bestraft worden sei. Dadurch sei er in mißliche Verhältnisse geraten, die ihn zu immer neuen Gesetzwidrigkeiten getrieben hätten, zumal er leichtsinnig und leidenschaftlich gewesen sei. Sein Pflegevater sei lange Jahre bettlägerig krank gewesen, und seine Pflegemutter, von der er mit einer gewissen Anhänglichkeit spricht, habe die ganze Last des Haushaltes und des Broterwerbes auf ihren Schultern gehabt und ihn daher nicht genügend zu erziehen vermocht. „In dieser Freiheit blieb ich vollständig ohne

*) Die Kranke befindet sich seit 2 $\frac{1}{2}$ Jahren unverändert in einer Irrenanstalt.

Aufsicht mir selbst überlassen, und dieses bildete den Grund meines späteren Unglücks. Meine Unarten konnten sich zu Eigenschaften ausbilden, ohne daß es bemerkt wurde.“ „Meine Mutter besaß eine Gutmütigkeit, in welcher sie glaubte, mir nichts versagen zu dürfen.“ Sie habe ihm das Geld, das er sich gelegentlich verdiente, zur freien Verwendung überlassen und ihm, selbst unter Opfern, nach Möglichkeit alles verschafft, was andere Kinder in besseren Verhältnissen hatten. „Dies erwähne ich nur, damit bei Beurteilung meines Lebensganges niemand in dem Vorurteil befangen ist, daß meine Eltern einen bösen Einfluß auf mich ausgeübt haben.“ In der Schule habe er gut gelernt, doch habe es von ihm geheißen: „könnte bei mehr Fleiß und Aufmerksamkeit sowie bei regelmäßigerem Schulbesuche einer der besten Schüler sein“. Früh sei er vergnügungssüchtig gewesen und habe sich die fehlenden Mittel auf unrechtmäßige Weise verschafft, wobei sich die ihm vertrauenden Pflegeeltern leicht hätten täuschen lassen. „Dieses war der Anfang des Weges, der mich auf eine abschüssige Bahn brachte.“ Darauf folgten eine Reihe von Vergehen. „Bei Beurteilung derselben nach den Akten sind, wie ich aus Erfahrung kenne, viele geneigt, sich nach denselben ein Phantasiebild von mir zu machen in dem Sinne, daß in meinen Handlungen ein natürlicher Hang und Interesse zum Verbrechen vorherrscht. Dies ist jedoch nicht der Fall, sondern durch die Lage der Verhältnisse konnten sich die besseren Fähigkeiten und Eigenschaften nicht entwickeln; hingegen reizten mich die Verhältnisse, die bösen Eigenschaften zu entfalten. Die Grundlage meiner bösen Eigenschaften bildete die Genußsucht.“ Unmittelbar nach der ersten Einlieferung ins Gefängnis, eingesperrt in eine Zelle, angeekelt von der Kost, habe er einen ängstlichen Aufregungszustand durchgemacht, über dessen Verlauf er ganz die Besinnung verloren habe, bis er sich mit Kopfschmerzen auf dem Bette liegend wiederfand, Arzt, Direktor und Aufseher um ihn bemüht.

Über seine weiteren Schicksale erfahren wir, daß er sehr vielfach wegen Diebstahls und ebenso wegen Bettelns bestraft ist und dreimal in Arbeitshäusern war. Seine Straftaten gesteht er ohne Zurückhaltung, aber auch ohne irgendwelche innere Bewegung zu, sucht sie als die natürlichen Folgen seiner Anlagen und seiner Erziehung, namentlich aber des Strafvollzugs zu erklären, der es

dem Einzelnen nahezu unmöglich mache, sich nach einer Bestrafung wieder emporzuarbeiten. „Trägheit, Genußsucht, Leichtsinn, Rache, Geiz usw. sind gewöhnlich in den Aktennotizen als diejenigen Eigenschaften bezeichnet, welche die individuelle Ursache des Verbrechen und Vergehens bilden. Die Verhältnisse haben größtenteils die Entwicklung der bösen Eigenschaften begünstigt, und es ist dann nur eine Frage der Zeit, wann der Betreffende mit den Strafgesetzen in Konflikt gerät.“ Er selbst habe nie „nach ellenlangen Grundsätzen“ gehandelt, sondern sei einfach seiner augenblicklichen Stimmung gefolgt. Das Gefängniswesen, das immer als human gepriesen werde, sei gänzlich unpraktisch. „Es wird den jugendlichen Gefangenen nicht die geringste Gelegenheit geboten, sich für einen künftigen Lebensberuf auszubilden. Im Gegenteil wird in den meisten Fällen durch die Strafverbüßung die Lehrzeit unterbrochen, und der Betreffende ist durch seine Jugendfehler für sein ganzes Leben geschädigt. Wenn mangelhafte Erziehung ins Gefängnis gebracht und dasselbe die schönsten Lebensjahre in Anspruch genommen hat, so kann sich nur ein Drang nach schrankenloser Freiheit bilden, in welchem bereits die Ursache eines zweiten Vergehens keimt.“ Die Gesellschaft der entlassenen Strafgefangenen bestehe aus solchen, welche die Gelegenheit zur Verübung unrechter Handlungen selten vorübergehen lassen, solchen, welche jederzeit auf Gelegenheit warten oder solche suchen, und solchen, welche systematisch ein unredliches, spezielles Erwerbsfach zu ihrem ferneren Lebensberuf erwählen, wie Taschendiebe, Bauernfänger, solche, welche mit Nachschlüsseln usw. einzeln oder im Komplott arbeiten. „Für denjenigen, der oft bestraft ist, bleibt es im allgemeinen schwierig, mit der Vergangenheit zu brechen.“ Man begegne ihm überall mit Mißtrauen; er werde daher keine innerliche Befriedigung finden und den Versuchungen seiner früheren Kameradschaft schwer widerstehen können, die bereit sei, mit ihm jede Lage und jeden Bissen zu teilen.

Bei diesen Ausführungen läßt er allerlei abfällige Bemerkungen über die Zustände in den verschiedenen Strafanstalten und namentlich im Arbeitshause einfließen, deutet an, daß man dort vergewaltigt werde, kein Recht finden könne und an seiner Gesundheit Schaden leide. Bei der letzten Strafe, die er erlitt, weil er in betrunkenem Zustande eine Scheibe eingeschlagen hatte, sei er

unrechtmäßigerweise ins Arbeitshaus überwiesen worden und habe deswegen dem Richter eine furchtbare Szene gemacht, sich ferner mehrfach beim Ministerium beschwert; dann habe man ihn in die Irrenanstalt geschickt, um ihn mundtot zu machen und an der Aufdeckung mannigfaltiger Übelstände zu verhindern, obgleich er durchaus nicht geisteskrank sei. Nur körperlich leidend sei er, habe viel Kopfschmerzen und Magenbeschwerden. In seiner Familie trete ein eigentümliches, schweres Nervenleiden auf, das sich in Schmerzen an den verschiedensten Körperstellen äußere; sein Vater sei daran gestorben; sein unehelicher Bruder habe die fallende Sucht gehabt. Man möge ihn nur jetzt frei lassen, damit er sich in geordnete Verhältnisse hineinarbeiten könne; dann würden ihm auch wieder frohe, heitere Gedanken kommen.

Wie unsere Nachforschungen ergeben haben, sind die Schulzeugnisse dieses Mannes sehr schlechte und berichten über viele unerlaubte Versäumnisse. Sein späteres Leben ist eine fast ununterbrochene Kette von Gefängnis- und Zuchthausstrafen; bis zu seinem 25. Jahre hatte er bereits 9 Jahre Freiheitsentziehung hinter sich, alles wegen zahlreicher Diebstähle, die er meist in Gemeinschaft verübte. Der Wert der entweder bei günstiger Gelegenheit oder durch Einbruch gestohlenen Gegenstände war in der Regel gering; der Erlös wurde rasch verjubelt. In die letzten 9 Jahre fällt nur noch eine längere Freiheitsstrafe wegen einiger unbedeutender Diebstähle; dazu kommen aber 19 kurze Haftstrafen wegen Bettelns, endlich 3 Verweisungen in das Arbeitshaus. In den Gefängnissen wird der Mann überall als sehr sicherheitsgefährlich, verkommen und arbeitsscheu geschildert. Wiederholt wurde er wegen Faulheit und Widerspenstigkeit bestraft, einmal wegen eines Fluchtversuches geprügelt. In einem Zuchthause hielt man ihn wegen eines Aufregungszustandes für einen psychisch nicht völlig gesunden Menschen und behandelte ihn längere Zeit in der Krankenabteilung.

Sehr bemerkenswert sind seine vielfachen Beschwerden über die ihm zuteil gewordene Behandlung. Schon in einem Briefe vor 16 Jahren behauptete er trotzig, daß man ihn zu Unrecht verurteilt, dafür aber andere Dinge, die er begangen, nicht herausgebracht habe. Auch späterhin sucht er öfters die Wiederaufnahme des Verfahrens in diesem oder jenem Straffalle zu erreichen. Bei

jeder vermeintlichen oder wirklichen Benachteiligung beschwert er sich und weiß meist in sehr geschickter und wirksamer Weise seine Rechte geltend zu machen, indem er sich auf die Verfassung, die Gesetze, allgemeine Rechtsnormen und die Gebote der Sittlichkeit beruft. Er ist dabei von großer Hartnäckigkeit und erklärt, daß er sich nicht unterdrücken lasse, Beschwerde einlege und sich auf jede Art verteidige; „wenn ich deshalb von irgend jemand schikaniert werde, wenn ich was getan habe, dann können Sie mich strafen, auch gerichtlich, aber extra ausgesucht schlecht behandeln deshalb, weil ich mich beschwere, das heißt, weil ich mein Recht suche und mich nicht unterdrücken lasse, das lasse ich mir wieder nicht gefallen; das tut nicht gut.“ Eine ganze Reihe solcher, in sehr entschiedenem Tone gehaltenen, mit spitzigen Wendungen ausgestatteter Eingaben richteten sich gegen seine letzte Überweisung in das Arbeitshaus und gegen die dortige Behandlung durch Beamte und Arzt. Diese Eingaben wurden Anlaß zu seiner Verbringung in unsere Klinik, da man ihn als an Paranoia leidend betrachtete.

Bei uns verhielt er sich zunächst sehr zurückhaltend, brachte allerlei hypochondrisch gefärbte Klagen über sein Befinden vor, während sein körperlicher Zustand nur eine gewisse Anämie darbot. Er begann bald, sich mit Eifer zu beschäftigen, schrieb sich Gedichte ab, machte sich Auszüge aus einem psychiatrischen Lehrbuche, das ihm ein Mitkranker verschafft hatte, und lieferte uns ausführliche Schilderungen seines Lebens. In denselben heißt es u. a.: „In meiner Jugend bis zu einem Alter von 24 Jahren habe ich mich von Trieben sinnlicher Empfindungen vollständig beherrschen lassen, so daß dieselben die Quelle meiner Ausschreitungen bildeten, ohne daß ich deshalb damals für moralische Grundsätze besonders unzugänglich war. Meine Handlungen waren die Ergebnisse meiner momentanen Stimmung. Wenn ich nach moralischen Grundsätzen würde gehandelt haben, wären die bösen Regungen in mir zwar unterdrückt worden, aber meine damals schon oft schwierigen Verhältnisse würden ein längeres Dulden veranlaßt haben, ohne meine Lage zu verbessern. Daher empfand ich keinen Reiz zu besseren Handlungen. Mein Temperament war und ist noch leicht erregbar, und ich konnte Unangenehmes in mir schwer unterdrücken und beherrschen. In meinem Leben sind oft Züge von aufbrausender Leidenschaftlichkeit zu finden, ein

zähes Festhalten an Neigungen, Ansichten und Empfindungen, so daß dieselben zur Gewohnheit werden und manche Eigentümlichkeit entsteht.“ „Zugeben muß ich, daß geringe Ursachen mich oft längere Zeit unnötig ärgern und aufregen, ebenso, daß ich aus denselben mitunter ganze Tage verstimmt bin.“

In seinem äußeren Verhalten war er immer vollkommen geordnet, ruhig und höflich, aber kalt und wenig zugänglich, auch gegenüber anderen Kranken. Über das Benehmen der Wärter führte er unter genauer Angabe von Einzelheiten Beschwerde, stand ihnen feindselig und mißtrauisch gegenüber.

Die Selbstschilderung, die er uns gegeben hat, zeigt uns deutlich, daß die Gründe für das Scheitern dieses Lebensschiffes nicht in ungenügender Verstandesbegabung gesucht werden dürfen. Er selbst gibt seiner Genußsucht und dem Mangel an Selbstbeherrschung, die ihn nicht „nach ellenlangen Grundsätzen“ handeln ließ, die Schuld. Dennoch gehört er keineswegs zu den haltlosen Augenblicksmenschen, die sich einfach vom Zufall treiben und bestimmen lassen. Das tritt namentlich in der Zähigkeit und Nachdrücklichkeit hervor, mit der er sich gegen jede Beeinträchtigung auflehnt. Darum ist er auch keineswegs leicht beeinflußbar, sondern unzugänglich und widerspenstig. Ja, er hat sich in entschiedenen Gegensatz zu der herrschenden Gesellschaftsordnung gestellt, die er für sein verfehltes Leben wesentlich mit verantwortlich macht; er fühlt sich mit einer gewissen Genugtuung als Märtyrer, den man ungerechter Weise verlästert und mißhandelt.

Spricht aus dieser Auffassung, in der von eigentlicher Reue keine Spur zu finden ist, ein erhöhtes Selbstgefühl, so überrascht ferner der ganz merkwürdige Gegensatz zwischen dem scharfen, eindringenden Verständnis seiner ganzen Lage und der tiefen Unfähigkeit, die Erkenntnis in Taten umzusetzen, nicht, weil der Wille an sich schwach und schwankend wäre, sondern weil anscheinend sittliche Beweggründe nicht auf ihn zu wirken vermögen. Der Wunsch, sich aus dem klar erkannten Elend herauszuarbeiten, hat bei ihm offenbar niemals die leidenschaftliche Stärke erlangt, mit der die echte Reue den Willen antreibt; die Sehnsucht nach Freiheit, selbständiger Lebensstellung, Achtung bei seinen Mitmenschen ist nicht imstande gewesen, ihn zur Unterdrückung augenblicklicher Gelüste und zu nachhaltiger Anspannung seiner Kräfte

anzuspornen. Auch jetzt, wo seine Vergangenheit freilich die Rückkehr in geordnete Verhältnisse fast unmöglich gemacht hat, empfindet er nicht so sehr diese Tatsache wie die kleinen Widerwärtigkeiten des Tages, und er gibt sich nicht die geringste Mühe, irgendwie einen neuen Anlauf zu würdigerem Leben vorzubereiten. Da er dabei lebhaft geistige Interessen zeigt und sich aus freiem Antriebe fleißig beschäftigt, werden wir der Annahme kaum entgegen können, daß hier eine sittliche Verkümmernng bei guter Verstandesbegabung vorliegt.

Man wird allerdings bezweifeln können, ob diese Erscheinung als eine krankhafte anzusehen ist. Wir wissen aus vielfachen Erfahrungen des gesunden Lebens, daß sittliche und verstandesmäßige Veranlagung durchaus voneinander unabhängig sind. Krankhaft wird die Unzulänglichkeit hier wir dort erst dann, wenn sie eine gewisse, willkürlich angenommene Größe erreicht. Immerhin werden wir scharf ausgeprägte Mißverhältnisse als den Ausdruck der Entartung betrachten dürfen; darauf deuten auch ihre nahen ursächlichen Beziehungen zu anderen Formen derselben hin. Im vorliegenden Falle wird die Krankhaftigkeit des Gesamtzustandes zudem noch durch die wiederholten, klinisch allerdings nicht geklärten Aufregungszustände, die Verstimmungen, die hypochondrischen Neigungen und die querulatorischen Züge nahe gelegt. Die schwersten Formen der umgrenzten sittlichen Verkümmernng hat man wohl mit dem Namen des „moralischen Irreseins“ belegt, eine Bezeichnung, die allerdings auch auf sehr verschiedenartige andere Zustände, namentlich die einfache Haltlosigkeit und die konstitutionelle Erregung, angewendet worden ist. Faßt man das moralische Irresein in dem hier angedeuteten Sinne, so kennzeichnet es den „geborenen“ Verbrecher, der eben in seine Laufbahn gerät und in ihr verharrt, weil die sittlichen Beweggründe keine Macht über ihn haben. Die Hebel, an denen die Erziehung angreifen könnte, fehlen ihm; er ist daher grundsätzlich unverbesserlich. Den größten Teil dieser Entarteten beherbergen die Strafanstalten; ein kleinerer Rest mit stärker hervortretenden krankhaften Zügen endet schließlich in der Irrenanstalt*).

Ebenfalls zu den Stiefkindern der Natur gehört ein 44jähriger, gutmütig aussehender, vorzeitig gealterter Mann, der uns vor kur-

*) Der Kranke ist bald nachher entwichen, wurde nach wenigen Wochen wegen Diebstahls zu 1 1/2 Jahren Zuchthaus verurteilt, gilt als „paranoisch“.

zem wegen chronischen Alkoholismus zugewiesen wurde. Er gerät bei der Anrede zunächst in eine gewisse Verlegenheit, beginnt aber dann mit unerwarteter Lebhaftigkeit in Gebärden und Ausdrucksweise über seine Lebensschicksale zu berichten; mehrfach hat er Mühe, Tränen zu unterdrücken. Sein Vater, der ein schüchternes, weiches Gemüt hatte, starb früh; die Mutter war überaus jähzornig und leidenschaftlich und heiratete später wieder. Sich selbst schildert er als „feig von Natur, gerade wie ein Hase, ohne Unternehmungsgest“; er habe sich als Kind in die Einsamkeit zurückgezogen, sich niemals mit jemandem geschlagen, schimpfe höchstens einmal, wie ein kleiner Spitz, der bellt; „wenn es zur Tat geht, bin ich nicht zu gebrauchen.“

Das Metzgerhandwerk, das er lernen sollte, behagte ihm daher nicht; er lief davon. Aber auch als Bäcker hielt er nicht lange aus, sondern geriet schon in jungen Jahren in ein Stromerleben, das er bis jetzt mit kurzen Unterbrechungen fortgesetzt hat. Anfangs ging er in Begleitung anderer, die ihn, da er ein hübscher Junge war, geschlechtlich mißbrauchten und freihielten; später hielt er sich mehr für sich. Obgleich er gar keinen Ortssinn besaß und sich überall verlief, fühlte er doch einen unwiderstehlichen Drang, die Welt zu sehen, und hielt es nirgends lange aus, auch dann nicht, wenn sich ihm, wie mehrmals, Aussicht auf eine dauernde, angenehme Stellung eröffnete. Der Grund war ein „furchtbarer Leichtsinn“, das Erbteil seiner Mutter. „Die nervöse Unruhe, die Jagd nach Abwechslung und Veränderung wußte alles zu vereiteln.“ „Ich war wie ein kleines Kind bis in die 20er Jahre hinein; mein bißchen Verstand ist ja erst im letzten Jahrzehnt gekommen.“ Länger als 6 Monate blieb er nirgends; vielmehr wanderte er jahraus, jahrein von seiner sächsischen Heimat aus in Deutschland, Österreich, Ungarn, Italien, Frankreich herum; einige Zeit schloß er sich auch einer Zigeunertruppe an. Seinen Unterhalt verdiente er sich, so gut es ging, durch Anfertigung von Kinderspielzeug aus Holz und Pappe. Zu ernsthafter Arbeit fühlte er sich nicht fähig. „Ungeschickter, als ein 12 jähriges Kind zu jeder Hantierung, ohne Sinn für jede handwerkliche Arbeit, unüberwindliche Abneigung gegen jede, nur im geringsten monotone Beschäftigung, fehlt mir die Freude und das Interesse, was zu jeder Tätigkeit notwendig ist.“ Er habe alles Mögliche versucht, sich aber stets als unbrauchbar erwiesen und

dann eingesehen, daß das Gelingen der Arbeit „ohne seine Person besser verbürgt war“.

Wenn er in Not war, blieb ihm schließlich nichts übrig, als zu betteln, aber das wurde ihm sehr schwer. „Ich bringe es heute noch nicht fertig, kann keinen Menschen ansprechen; das ist meiner Natur zuwider; es ist mir ein empörendes Gefühl, wenn ich eines anderen Barmherzigkeit anrufen muß, eine Art Scham und Stolz.“ Nach dem Beispiel seiner Kameraden lernte er diese Scheu durch Schnapsgenuß zu verscheuchen; „in der Betrunkenheit mache ich mir nichts draus“; „wenn ich kein Geld hatte, erst eins zu trinken, habe ich lieber Hunger gelitten“. Auch beim Hausieren, beim Aufsuchen von Arbeit war ihm seine „notorische Feigheit“ hinderlich; er war sofort entmutigt, wenn ihn jemand barsch behandelte oder sein Angebot nicht raschen Erfolg hatte. Er trank sich daher Mut an mit solchem Eifer, daß schließlich kein Tag verging, an dem er nicht von Schnaps, Wein, Most oder Bier betrunken war. Wiederholt hatte er Delirien, meist dann, wenn er eingesperrt wurde, was ihm wegen Bettelns oder Landstreicherei etwa 20-30mal widerfuhr; andere Strafen hat er nach seiner Aussage nie erlitten. Wenn er Arbeit hatte, trank er wenig und namentlich keinen Schnaps, der ihm eigentlich zuwider war, aber auf der Landstraße und in den Herbergen, wo überall viel getrunken wurde, ging es sogleich wieder los. In geschlechtlicher Beziehung blieb er wesentlich bei der von Jugend auf geübten Onanie. Verkehr mit Frauenzimmern suchte er nur einige Male. Meist fühlte er sich zu schüchtern dazu; er würde wohl gern ein hübsches Mädchen heiraten, kann sich auch ganz schön unterhalten, aber „keinen Antrag stellen“. Vor dem Verkehr mit Männern habe er jetzt, wenigstens in nüchternem Zustande, einen Ekel.

Vor etwa 15 Jahren lernte er in der Haft von einem Kameraden die Kunst, aus Brot Blumen und Gestalten zu kneten, in der er es zu einer erstaunlichen Fertigkeit gebracht hat. Wenn er uns seine kleinen Kunstwerke, Blumenkörbe, Baumgruppen mit Zwergen, „Jagdstücke“, „Schlachtfeldstücke“ vorführt, leuchten seine Augen, und er gerät in eine gewisse Begeisterung. „In meiner Sache, da fühle ich mich, daß ich soviel wert bin wie ein anderer; da kommt das Selbstgefühl an Stelle des früheren Knechtssinns.“ An diese seine Kunstfertigkeit knüpfen sich seine Hoffnungen auf eine bessere

Zukunft. Er will das Trinken ganz aufgeben; „vielleicht vertreibt die Freude an Erfolgen die mich sonst quälenden Dämonen schneller, als ich mir das vorstelle.“ „Es ist mir jetzt zur Gewißheit geworden, daß nur meine Kunst das Mittel sein kann, das so heiß ersehnte Ziel zu erreichen. Ich verlange nichts weiter, als ein Mensch unter Menschen sein zu dürfen. Auf materielle Genüsse lege ich gar keinen Wert; im Gegenteil, ich verachte Luxus und Bequemlichkeit.“ „Was ich wünsche, ist die ehrliche Achtung meiner Mitmenschen; ich möchte dieses Gefühl ein für allemal getötet wissen, sich gegenüber jedem Alltagsmenschen für kleiner zu halten. Dieses Gefühl, sich demütig vor jedem Hanswurst verkriechen zu müssen, diese unerklärliche Einbildung, als ob andere eine geheime Gewalt über mich hätten, dieser Mischmasch von sklavischer Demütigkeit, von Furcht, Scham, Angst, Kleinmutskrämerei und Menschenscheu.“ Besondere Freude werde ihm das Theater bereiten. „Es gab eine Zeit, wo ich den ersten Teil vom Faust auswendig zitieren konnte. Gerade aus Goethes Faust habe ich mir meine Weltanschauung zusammen modelliert, aber mein Gott, ich bin doch zu ungebildet, um dies alles zu begreifen. Im Grunde ist das aber höchst gleichgültig, denn die wirkliche Wahrheit weiß doch kein Sterblicher.“ „Ich habe mir Italien für später als Winterheimat bestimmt; wenn mir nur die religiösen Sachen erst besser gelingen, habe ich hier ein großes Feld für meine Kunst.“

Der körperliche Zustand des Kranken bietet außer feinschlägigem Zittern der Zunge und der gespreizten Finger sowie starkem Schwanken bei geschlossenen Augen keine bemerkenswerten Störungen. Sein Benehmen war während der ganzen Beobachtungszeit vollkommen ruhig, höflich und sachgemäß; er hat mit großem Fleiße an der Herstellung einer ganzen Reihe seiner zierlichen Brotkunstwerke gearbeitet und einen ausführlichen, recht gewandt geschriebenen Lebenslauf verfaßt.

Man würde den Zustand unseres Kranken nur sehr unvollkommen kennzeichnen, wenn man ihn einfach als Trinker hinstellen wollte. Ohne Zweifel trägt die Trunksucht bei ihm, wie bei etwa 70 % der Landstreicher überhaupt, wesentlich mit Schuld an der trostlosen Verkommenheit, in die er allmählich versunken ist. Aus seiner Schilderung geht jedoch klar hervor, daß ihn ursprünglich ganz andere Gründe auf die Bahn des Landstreichers geführt haben,

und daß auch seine Neigung zum Trunke sehr eigenartige Wurzeln hatte. Seine Unfähigkeit zu „handwerksmäßiger Arbeit“, seine Unstetigkeit und die Abneigung gegen jeden Zwang waren es, die ihn nirgends festen Fuß fassen ließen. Er gehört wegen dieser Eigenschaften zu jener Gruppe von Landstreichern, die man als „Orientkunden“ zu bezeichnen pflegt, weil ihre rastlose Wanderlust sie weit in die Ferne und namentlich nach dem Süden treibt. In überraschendem Gegensatze zu seiner Untauglichkeit für den täglichen Broterwerb steht einmal seine große geistige Regsamkeit, die ihn unter den elendesten Verhältnissen für Dichterwerke und philosophische Fragen sich begeistern ließ, sodann aber sein Geschick und seine Ausdauer in seiner eigenartigen „Kunst“. Offenbar besteht bei ihm eine ausgeprägte Einseitigkeit der Veranlagung, die ihm in seinen Lebensverhältnissen verhängnisvoll wurde.

Die größte Erschwerung für sein Fortkommen war jedoch der Mangel an Selbstvertrauen, den er in immer neuen Wendungen schildert und beklagt. Er vermochte nirgends, sich eine Stellung zu schaffen, zielbewußt Hindernisse zu überwinden, Angriffen entgegenzutreten, ja schon die kleinen Schwierigkeiten des täglichen Lebens entmutigten ihn derart, daß er sich scheute, irgend eine verantwortliche Tätigkeit zu übernehmen. Gerade darauf dürfte seine Abneigung „gegen jeden Zwang“ zurückzuführen sein. Das Demütigende dieser Veranlagung, die als Ausdruck psychopathischer Entartung weit verbreitet ist, empfand er auf das lebhafteste. So kam er zum Alkohol, der seine Überempfindlichkeit gegen unsanfte Berührungen mit der Außenwelt abstumpfte und seine Schüchternheit vertrieb, so daß er unter seinem Einflusse den Anforderungen seines Landstreicherlebens, dem Betteln und Hausieren, gewachsen war. Erst seine sich allmählich entwickelnde Kunstfertigkeit, seine „Sache“, hat sein Selbstgefühl gehoben; an ihr hofft er den Halt gefunden zu haben, der ihn nicht wieder in das Elend der Landstraße zurücksinken läßt*).

Das hier betrachtete Beispiel aus dem merkwürdigen Völkchen der Landstreicher mag Ihnen zeigen, wie wenig unter Umständen die Wirklichkeit den geläufigen Vorstellungen entspricht. Die große

*) Wir wollen den Versuch machen, ihn in diesem Bestreben nach Möglichkeit zu unterstützen.

Masse der Landstreicher allerdings besteht wesentlich aus Schwachsinnigen, die aus irgend einem Grunde des Familienschutzes entbehren, wegen ihrer Unfähigkeit nirgends ständige Beschäftigung finden und nun durch schlechte Gesellschaft und den verlumpenden Einfluß des Alkohols dem einförmigen Wechsel zwischen Landstraße, Haft und Arbeitshaus anheimfallen. Daneben finden wir eine Gruppe von Epileptikern, die wegen ihres Leidens überall fortgeschickt werden oder in ihren Verstimmungen immer wieder auf und davon gehen. Sodann begegnet uns eine gewisse Anzahl von Trinkern, die bessere Tage gesehen, aber durch den Alkohol alle Arbeitslust und Arbeitskraft verloren haben. Nicht ganz gering ist auch der Anteil hebephrenisch Verblödeter, die entweder unmerklich oder im Anschlusse an eine akute Geistesstörung kindisch und arbeitsunfähig geworden sind; bei ihnen pflegen auch später gelegentlich vorübergehende Erregungszustände, Sinnestäuschungen, Wahnbildungen aufzutreten. Ganz vereinzelt gesellt sich wohl einmal ein Fall von luetischem oder gar paralytischem Schwachsinn hinzu. Den Rest aber bilden Psychopathen verschiedener Art, wie wir sie hier vor uns gesehen haben, Menschen, denen die Entfaltung und Verwertung ihrer guten Anlagen durch Unzufänglichkeiten und krankhafte Beimischungen dauernd unmöglich gemacht wird. Sie erkennen unschwer, daß es vergebene Mühe ist, dieses bunte Gemisch von Menschen durch das Allheilmittel kurzzeitiger Freiheitsstrafen oder die gefürchtete Zucht des Arbeitshauses wieder in geordnete Bahnen lenken zu wollen. Soweit es überhaupt möglich erscheint, die schwere Plage zu lindern, die das Landstreichertum darstellt, kann es nur dadurch geschehen, daß jede einzelne der hier zusammengewürfelten Gruppen nach ihrer Eigenart behandelt wird. Der erste Schritt dazu aber ist ihre wissenschaftliche Erforschung.

XXXI. Vorlesung

Imbecillität, Idiotie.

M. H.! Sie werden in diesen Vorlesungen schon vielfach die Bemerkung gemacht haben, wie wenig sich im allgemeinen das

Bild, das sich der Laie von dem Verhalten der Geisteskranken macht, mit den wirklichen Erfahrungen deckt. Zahlreiche hier von Ihnen untersuchte Kranke boten auf den ersten Blick kaum irgend etwas Auffallendes, gaben verständige Auskunft, benahmen sich geordnet; nicht wenige hatten ein deutliches Gefühl des Krankseins, einzelne sogar ein klares Verständnis für die besondere Art ihres Leidens. Dennoch aber haben sich bei genauerer Betrachtung meist Störungen erkennen lassen, die ohne weiteres den Stempel des Krankhaften trugen und zweifellos aus dem Rahmen des gesunden Verhaltens herausfielen. Anders steht es mit denjenigen Formen des Irreseins, bei denen wir nur gradweise Abweichungen von jenen mehr oder weniger willkürlich bestimmten Grenzlinien vorfinden, welche die geistige Gesundheitsbreite umschließen. Freilich wird an den äußersten Enden der Stufenleiter, die vom ausgesprochen Krankhaften unmerklich in den Bereich des Alltäglichen führt, die Entscheidung leicht sein. Dagegen muß es hier notwendig zahlreiche Zwischenglieder geben, die mit schwimmenden Grenzen einerseits dem Krankhaften, andererseits dem Gesunden sich nähern.

Wenn wir uns mit dem 36jährigen Mädchen unterhalten, das jetzt mit freundlichem, ein wenig befangenem Gruße vor Ihnen Platz nimmt, so erkennen wir sehr bald, daß sie zu den Armen im Geiste gehört. Sie weiß zwar, wo sie sich befindet, kennt auch die Ärzte wie die sonstigen Personen ihrer Umgebung gut und vermag sie leidlich zu schildern, aber schon bei der Frage nach der Jahreszahl rät sie ganz hilflos herum, während sie Monat und Tag wenigstens annähernd angibt. Auch über ihr Alter ist sie um einige Jahre im unsichern. Dagegen erzählt sie verständlich, wenn auch weit-schweifig und dabei sehr dürftig, von ihren bisherigen Lebensschicksalen. Ihre Eltern sind tot; der Vater trank gern, war aber selten betrunken, lebte mit der Mutter in Unfrieden. Drei Brüder sind gestorben; drei andere leben und sind gesund. Die Kranke selbst kam in der Schule schlecht mit, wie sie meint, infolge eines Augenleidens. Nach dem Tode der Eltern, dessen Zeitpunkt sie nur sehr ungefähr angeben kann, kam sie zu einem Pflegevater, versuchte auch einmal, in Dienst zu gehen, aber nur 2 Monate lang. Dann wurde sie in einem Siechenhause untergebracht. Der Grund war die unliebsame Erscheinung, daß sie fast alle Jahre ein Kind gebar, bisher seit

ihrem 20. Lebensjahre 8, von denen nur 2 gestorben sind. Über das Alter, die Namen und den Aufenthaltsort der Kinder macht sie ziemlich lückenhafte Angaben. Einmal entwich sie aus der Anstalt, kehrte aber nach kurzer Zeit freiwillig zurück.

Das letzte Kind gebar sie von einem Wärter jener Anstalt; man beschloß daher, sie nunmehr anderweitig unterzubringen. Sie ist damit einverstanden, da sie weiß, daß sie sich verfehlt habe. Darum habe sie auch dem Herrn Armenrat in die Hand versprochen, daß so etwas nicht mehr vorkommen solle, und er habe gesagt, er wolle ihr dieses Mal noch verzeihen. Der Wärter habe ihr gesagt, er werde sie heiraten, und es habe ja auch alles verschwiegen bleiben sollen, entschuldigt sie sich. Sie habe gedacht, sie werde durch eine Heirat aus der Anstalt fortkommen, aber wie es soweit war, ist „er“ fortgewesen. Daß man sie einsperren müsse, wenn sie jedes Jahr ein Kind bekomme, begreife sie ganz gut. Sie ist auch nicht erschreckt, als ihr ein jahrelanges Verbleiben in der Klinik in Aussicht gestellt wird, erwidert nur, man werde dann sehen, was für schöne Strümpfe sie stricken könne. Dabei fühlt sie sich vollständig gesund; „ich bin nicht krank; ich kann arbeiten.“ Sie könne sich ihr Brot verdienen, mit Obst handeln oder eine Stelle annehmen.

Ihre Kenntnisse sind äußerst geringe. Sie vermag ein wenig zu rechnen, versagt aber sofort, wenn dabei irgend welche eigene Überlegung gefordert wird. Den Namen des Großherzogs, des Kaisers kennt sie nicht, weiß nicht, an welchem Flusse Heidelberg liegt, vermag überhaupt keine Städte, Flüsse, Länder anzugeben. Aus dem religiösen Unterrichte haften noch einige eingelernte Brocken, aber ohne verstanden und geistig verwertet zu sein. Dagegen ist die Kranke ganz geschickt in allerlei häuslicher Arbeit, beschäftigt sich willig und fleißig, findet sich auch in dem kleinen Kreise der Abteilung ohne jede Schwierigkeit zurecht, hilft sachgemäß, wo sie kann, und gibt zu keinen Störungen Anlaß. Unpassendes Benehmen anderer Kranker empfindet sie deutlich, sucht zu vermitteln, die Ärzte gegen Schimpfereien in Schutz zu nehmen. Ihre Stimmung ist fast immer heiter und zufrieden, sorglos; nur hie und da drängt sie einmal fort, äußert Sehnsucht nach ihren Kindern, meint, sie könne für sich selbst sorgen; man habe kein Recht, sie zurückzuhalten. Auf körperlichem Gebiete fällt Ihnen

bei der Kranken sofort die niedrige Stirn und der sehr kurze Schädel auf. Der Gesichtsausdruck ist blöde, leer, der Gaumen auffallend steil gewölbt. Sonst sind keine erwähnenswerten Störungen nachweisbar.

Sie werden nicht darüber im Zweifel sein, daß wir es hier mit einem einfachen geistigen Schwächezustande zu tun haben. Die Kranke macht in ihrem geistigen und gemüthlichen Verhalten den Eindruck eines Kindes von höchstens 8—10 Jahren. Ihre Kenntnisse stehen freilich noch erheblich tiefer, aber sie besitzt andererseits die Fähigkeit, sich in einfachen Verhältnissen weit besser zurechtzufinden, als man das nach der außerordentlichen Dürftigkeit ihres Vorstellungsschatzes und der Schwäche ihres Urteils erwarten sollte. Ihren geschlechtlichen Verfehlungen steht sie genau so gegenüber wie ein Kind seinen Unarten. Sie ist froh, wenn man ihr wieder verziehen hat, und besitzt durchaus kein Gefühl für die sittliche Bedeutung ihrer Aufführung. Sich irgend welche Sorgen und Gedanken über die Folgen ihrer Handlungen, über ihre Zukunft überhaupt zu machen, liegt ihr vollständig fern. Lenksam und zutunlich wie ein Kind, fügt sie sich darein, wie es gerade kommt. So läßt sich der Zustand im großen und ganzen am besten begreifen als ein Zurückbleiben der psychischen Persönlichkeit auf einer niederen Stufe der Entwicklung, als ein höherer Grad jener auch dem gesunden Leben leider nicht fremden Unzulänglichkeiten, die wir als Dummheit und Beschränktheit bezeichnen.

Was hier im Gegensatze zu den früher betrachteten Schwachsinnsformen gänzlich fehlt, sind die Reste voraufgegangener Geistesstörungen, Wahnbildungen, Sinnestäuschungen, Verstimmungen, Absonderlichkeiten im Benehmen und Handeln. Nur dem Grade, nicht aber dem Wesen nach unterscheiden sich die geistigen, gemüthlichen und Willensleistungen unserer Kranken von denen einfältiger Menschen, die wir noch der Gesundheitsbreite zurechnen. Namentlich aber fehlt hier auch der so wichtige Gegensatz zwischen Kenntnissen und Fähigkeiten, den wir beim erworbenen Schwachsinn immer angetroffen haben. Überall sahen wir die Kranken im Leben Schiffbruch erleiden, obgleich ihr Wissen oft noch ein recht bedeutendes war. Hier dagegen erweist sich die Kranke den gewöhnlichen Anforderungen des täglichen Lebens leidlich gewachsen, während ihre geistige Ausbildung über die allernächst liegenden

sinnlichen Erfahrungen nicht hinausgeht und völlig versagt, sobald allgemeinere Vorstellungen und Kenntnisse in Betracht kommen. Die Kranke kann unvergleichlich viel mehr, als sie weiß, und wenn nicht die wachsende Zahl ihrer unehelichen Kinder den Anlaß zu ihrer Verbringung in die Anstalt gegeben hätte, würde sie ohne allzu große Schwierigkeiten irgendwo draußen ein Plätzchen für sich gefunden haben. Diese Fähigkeit zur praktischen Lebensführung bei überraschendem Tiefstande der höheren geistigen Leistungen ist das Kennzeichen des angeborenen Schwachsinn, den wir im Gegensatz zur erworbenen Demenz mit ihrem umgekehrten Verhalten als Imbecillität bezeichnen. Natürlich aber vermögen auch die Imbecillen irgendwie schwierigeren Lebensanforderungen nicht zu genügen. Wie in unserem Falle das Geschlechtsleben, so wird in anderen der Alkohol, die Verführung, der Hang zum Müßiggang zur Klippe, an der sie infolge ihrer unzulänglichen Ausrüstung für den Kampf ums Dasein scheitern*).

Da die Imbecillität auf einer angeborenen oder doch sehr früh erworbenen Schädigung der Hirnrinde beruht, ist das Leiden irgend einer Beeinflussung durch das ärztliche Handeln nicht zugänglich. Dagegen vermag eine sorgfältig die Eigenart dieser Kranken berücksichtigende Erziehung immerhin die vorhandenen Fähigkeiten noch zu einer gewissen Entfaltung zu bringen. In den gewöhnlichen Schulen pflegen die schwachsinnigen Kinder nicht nur selbst keine Fortschritte zu machen, sondern sie hemmen auch ihre Mitschüler. Mit Recht hat man daher schon in vielen Städten angefangen, die krankhaft unbegabten Kinder auszusondern und in Hilfsklassen zu unterrichten, deren Lehrverfahren und Plan ihrem Lernvermögen angepaßt ist.

Bei den schwereren Formen des angeborenen Schwachsinn genügen freilich diese Hilfsklassen auch nicht mehr, sondern die Erziehung derartiger Kinder muß in eigene Anstalten mit besonders für diese Aufgabe ausgebildeten Lehrern verlegt werden. Sie sehen hier einen 24jährigen Menschen vor sich, der seit seinem 7. Lebensjahre in einer Idiotenanstalt lebte, da er schon als kleines Kind hochgradige geistige Unfähigkeit erkennen ließ;

*) Die Kranke befindet sich seit vielen Jahren unverändert in einer Pflegeanstalt.

leider wissen wir über die erste Zeit seines Lebens gar nichts Genaueres. Der Kranke gibt bereitwillig, aber in eigentümlich abgerissenen und verbildeten Sätzen Auskunft. Er weiß, wo er herkommt, „ist ein Anstaltshaus und Anstaltskinder“. Daran knüpft er die Bemerkung: „hat sich schon gelernt und besser aufgepaßt, kann man furchtbar viel lernen“; er habe Lesen, Schreiben, Rechnen und vieles andere gelernt. Seinen jetzigen Aufenthalt bezeichnet er als „Krankenhaus“, kennt ganz genau die Namen aller ihn umgebenden Personen, wenn er auch von der besonderen Bedeutung der Anstalt keine zutreffende Vorstellung hat. Sein Alter gibt er richtig an, hat aber keine Ahnung von der Zeitrechnung. Nur den jetzigen Monat und seinen Geburtstag kann er nennen, nicht aber die Jahreszahl, auch nicht annähernd.

Bilder, die man ihm vorlegt, erkennt und benennt er richtig, fügt kleine Bemerkungen bei, die für ein Verständnis des Gesehenen sprechen, wie „Entenvogel, schwimmt auf dem Wasser“, „Katze, trinkt gern Milch“. Auch zu lesen versteht er, in dem taktmäßigen, die Wörter in Silben zerhackenden Zeitmaße, wie es die Schulkinder erlernen. In derselben Weise vermag er noch eine Menge eingelernter Bibelsprüche und Gesangbuchverse aufzusagen. Auf Aufforderung setzt er sich sogleich mit gefalteten Händen hin, neigt den Kopf ein wenig und beginnt, im Klassenton z. B. das Weihnachtsevangelium herzubeten. Man kann sich indessen dabei überzeugen, daß er den Inhalt so ziemlich versteht. Außer den immer wieder von ihm vorgebrachten religiösen Vorstellungen von Himmel und Hölle, Christkind und Engeln sind es die Erinnerungen an seinen Anstaltsaufenthalt, die ihn erfüllen, die „Bändelarbeit, blau, rot und weiß zusammen“, das „Weben schaffen“, das „Backen schaffen“, „Stiegen putzen, Garten aufputzen, gut Teig anmachen, Gott beten“, sodann ein Besuch seines früheren Oberwärters, den er sogleich erkannte und freudig begrüßte. Er rechnet mit kleinen Zahlen langsam und unter Zuhilfenahme der Finger, aber richtig. Das Geld kennt er bis zu einer Mark: „Wenn einer wissen will, kann gut rechnen, z. B. wenn einer fragt, wie viel ist 300 Pfennig, da besinne ich mich, ja muß aufpassen, da sagt man drei Mark; wenn einer fragt 800 Pfennig, da sagt man 8 Mark, 1000 Pfennig, da sagt man 10 Mark.“ Ein 10-Markstück bezeichnet er als „Goldpfennig“, weiß den Wert nicht anzugeben.

Das Land, in dem wir leben, kann er nicht nennen, „hab' ich auch nicht so vielmal Zeit gehabt“. Ebensovienig kennt er den Namen des Großherzogs, „haben sie draußen nicht so gesagt“. „Kaiser weiß ich, Friedrich Wilhelm.“ Der Großherzog wohnt in Karlsruhe; sein Geburtstag ist am 9. September, „und das will ich auch gleich sagen, daß Du es schreiben kannst, der Kaiser wohnt in Berlin.“ Die Himmelsrichtungen kennt der Kranke und gibt sie auch im Zimmer richtig an. Seine Stimmung ist im allgemeinen vergnügt; er ist kindlich zugänglich, offenbar stolz darauf, daß man sich mit ihm beschäftigt. Bereitwillig bläst er auf einer Mundharmonika eine einfache Melodie, flötet auf einem kleinen Fläschchen, ahmt auf den hohl zusammengelegten Händen den Kukul nach, freut sich kindlich über den ihm gespendeten Beifall. Seine Gebärden sind lebhaft und ausdrucksvoll; auch in seinem oft fratzenartigen Mienenspiel pflegen sich die Regungen seines Inneren sehr deutlich widerzuspiegeln.

Sehr auffallend ist, wie wir schon bemerkten, die Sprache des Kranken. Ihm fehlt durchaus die Fähigkeit, Sätze zu bauen. Vielmehr reiht er die einzelnen Worte nach ihrem ungefähren Zusammenhange lose aneinander, so daß man so ziemlich erraten kann, was er meint. Gerade durch das deutliche Herausleuchten eines einigermaßen verständlichen Sinnes unterscheidet sich diese wirre Folge von Worten durchaus von der Sprachverwirrtheit der Katatoniker, mit der sie auf den ersten Blick eine gewisse Ähnlichkeit besitzt. Mehr erinnern seine Reden an das Kauderwelsch Ungebildeter, die eine fremde Sprache nur durch das Gehör sehr unvollkommen erlernt haben. So setzt er auf die Frage nach seinem Alter auseinander: „Wenn Sie einmal wissen, wie alt ich bin, hören, wie viel alt, bin jetzt 23 alt, das heißt 23 Augustmonat, ein Monat dazukommt, wenn einer vorüber ist, ein Jahr älter, wenn 17. Tag ist Namenstag, da Freude, wissen Sie, das ist gleich Sonntag; ich habe halt immer gut gelernt, schön gut aufgepaßt, ist wie der Kaisers Geburtstag.“ Er spricht etwas stotternd, zwischendurch aber auch sehr schnell und viel. Häufig streut er Flickwörter ein, wie er sie in seiner Erziehung oft gehört hat, namentlich „aufgepaßt“ und „schöne Gruß“. „Der liebe Gott kanns viel auf der Erd', gut Zeit, recht aufgepaßt, in der Schul' gelernt, hab' auch Zeichnen gelernt; auch lateinisch lesen kann ich, schöne'

Gruß! Im Winter hab' ich Holzsäg' gespaltet; da hat sich gut Arbeit geschafft.“

Wie Sie sehen, ist der Kranke sehr ablenkbar in seinen Äußerungen, flickt alle möglichen Nebendinge ein. Sein Vorstellungsschatz erweist sich dabei als recht dürftig; es sind immer wieder dieselben Gedanken und Wendungen, die er vorbringt. Die Schrift des Kranken ist groß, regelmäßig, leserlich und sorgfältig; er schreibt mit fester Hand und sehr langsam. Der Inhalt der Schriftstücke zeigt dieselben Eigentümlichkeiten wie seine sprachlichen Äußerungen, fast völliges Fehlen der Satzbildung, Abschweifen des Gedankenganges, Einförmigkeit und Armseligkeit der Vorstellungen. Dagegen hat der Kranke aus eigenem Antriebe eine Menge von z. T. bunten Zeichnungen geliefert, die in kindlicher Darstellung Häuser, Weihnachtsbäume, Engel, Wagen und eine ganze Menge von Gegenständen des täglichen Lebens darstellen. Da sie meist in festen Formen wiederkehren und auffallend gut wiedergegeben sind, handelt es sich bei diesen Zeichnungen wohl um Wiederholungen eingeübter Vorlagen. Sie werden von ihm in ähnlich drolliger Weise erläutert wie andere vorgezeigte Bilder.

Die Stufe, auf der im vorliegenden Falle die geistige Entwicklung stehen geblieben ist, haben wir wohl ein gutes Stück tiefer anzusetzen, als bei der vorigen Kranken, wenn auch im Vorstellungsschatze selbst vielleicht der Unterschied kein allzugroßer ist. Hier indessen sehen wir das Ergebnis einer langjährigen, mühevollen Erziehung vor uns, während jene Kranke nur soviel geistige Mitgift in der Schule erhalten hat, wie sie unter den gewöhnlichen Verhältnissen aufzufassen vermochte. Dem entspricht die Tatsache, daß bei ihr die Spuren des Unterrichts sehr spärliche waren, daß sie aber weit mehr Verständnis für ihre Lage besaß, als unser Kranker. Wir erkennen hier deutlich, daß sein Vorstellungsschatz nur aus der unmittelbaren sinnlichen Anschauung gewonnen wurde, während alle weitere geistige Verarbeitung, insbesondere die Bildung allgemeinerer Vorstellungen und Begriffe, fast gänzlich ausgeblieben ist. Dazu gesellt sich noch ein Ballast rein gedächtnismäßig erlernten Wissens, das sich bezeichnender Weise wesentlich auf dem Gebiete der Bibelweisheit bewegt. Was aber den geistigen Tiefstand hier am schärfsten kennzeichnet, ist die un-

vollkommene Entwicklung der Sprache, die trotz allen Unterrichts etwa auf der Stufe eines 3—4jährigen Kindes stehen geblieben ist. Wir werden daher berechtigt sein, diesen Fall jenen schwersten Formen des angeborenen Schwachsinnns zuzurechnen, die man unter dem Namen der Idiotie zusammenzufassen pflegt.

Auch die Idiotie beruht natürlich auf einer frühen, allgemeinen Schädigung der Hirnrinde. Meist denkt man dabei an Entwicklungshemmungen im Sinne der Mißbildungen; es scheint indessen, daß es sich in der weitaus größten Zahl der Fälle um wirkliche Erkrankungen mit teilweise Unter gange der Rindenbestandteile handelt. Vielfach vollziehen sich diese Zerstörungen schon vor der Geburt, oft genug aber auch erst im Laufe der ersten Lebensjahre. Größere Lähmungen brauchen dabei gar nicht aufzutreten. Auch bei unserem Kranken weist die körperliche Untersuchung außer Steilheit des Gaumens keinerlei erwähnenswerte Störungen auf. Dagegen ist ein Zeichen der Hirnerkrankung zurückgeblieben, das vielfach beobachtet und als ungünstig für die weitere Entwicklung des Zustandes betrachtet wird, das sind epileptische Anfälle. Dieselben bestehen bei dem Kranken schon seit der Kindheit und sind auch bei uns etwa alle 4 Wochen einzeln oder in kleinen Gruppen beobachtet worden. Zwischendurch traten öfters Zustände von ängstlicher Erregung und zorniger Gereiztheit auf, in denen der Kranke fürchtete, umgebracht zu werden, laut schrie, fort drängte, gewalttätig und ungebärdig wurde. Bisweilen stellten sich solche Zustände, die den Anlaß zu seiner Verbringung in die Klinik gaben, auch nachts ein, gingen in der Regel aber nach einigen Stunden wieder vorüber.

Das Leiden unseres Kranken ist seinem Wesen nach unheilbar. Was durch die Erziehung erreicht werden konnte, ist wohl bei ihm erreicht worden. Zu einer selbständigen Stellung im Leben ist der Kranke nicht fähig, doch wird es möglich sein, seine bescheidenen Kräfte in einem Anstaltsbetriebe immerhin in gewissem Umfange zu verwerten. Die begleitende Epilepsie läßt allerdings befürchten, daß im Laufe der Zeit möglicherweise noch ein Rückgang der geistigen Leistungen eintritt *).

* Der Kranke befindet sich seit 5 Jahren unverändert in einer Pflegeanstalt.

Da wir unter dem Namen der Idiotie alle Störungen zusammenfassen, welche in der ersten Kindheit zur Verblödung führen und demnach die psychische Entwicklung im Keime unterdrücken, dürfen wir hier nicht von einer einheitlichen Krankheit sprechen. Vielmehr können sehr verschiedenartige Krankheitsvorgänge dem klinischen Bilde der Idiotie zugrunde liegen, wenn es uns auch zurzeit unmöglich ist, sie genügend von einander zu trennen. Tatsächlich zeigen die einzelnen Fälle von Idiotie große Abweichungen untereinander, nicht allein nach dem Grade, sondern auch nach der Art der Verblödung. Vor wenigen Wochen wurde uns ein 12jähriger Knabe zugeführt, der aus einer schwer entarteten Familie stammt. Seine Mutter war lange Jahre in einer Irrenanstalt; der Vater soll zeitweise gestört gewesen sein; ein naher Verwandter endete durch Selbstmord; der Großvater war hochgradig „nervös“. Der Junge ist der 6. unter 8 Geschwistern, von denen die letzten 5 alle unbegabt und schwerfällig sein sollen. Er wurde zur rechten Zeit geboren, hatte aber von der 4. Woche an sehr häufige Krämpfe, die mehrere Monate lang wiederkehrten, lernte spät sprechen. Die Erziehung bot große Schwierigkeiten, da das Kind unbotmäßig, unstet und leicht erregbar war. In der Schule kam der Knabe ganz schlecht vorwärts, wurde für faul und zerstreut gehalten. Wenn er wolle, könne er ganz gut, meinten die Lehrer. In der letzten Zeit war er nicht mehr in die Schule zu bringen, warf sich auf den Boden, wenn man ihn zwingen wollte.

Seit 2 Jahren lief er, sobald er sich unbewacht sah, von Hause fort, blieb zuletzt auch die Nächte aus, trieb sich planlos herum, verbarg sich, kletterte auf Dachböden und in Kellern herum, grub sich Höhlen, aus denen er schließlich beschmutzt und verwahrlost wieder auftauchte. Alle Erziehungsversuche erwiesen sich als wirkungslos; gute Worte machten auf ihn ebensowenig Eindruck wie Schelte oder Hiebe. Auf Ermahnungen antwortete er nur: „Ich mag nicht, will nicht.“ Zuneigung zu seinen Verwandten zeigte er gar nicht, höchstens zu einem jüngeren Bruder; dagegen spielte er gern mit anderen Knaben. Vielfach lachte er ohne Grund unbändig, einmal eine ganze Nacht hindurch. Der Schlaf war sehr unruhig, die Nahrungsaufnahme wechselnd. Beim Essen benahm sich der Kranke unmanierlich, kroch meist dabei unter den Tisch. Er war sehr reizbar, konnte in ganz sinnlose Wut geraten, zerstörte

dann, was ihm in die Hände kam, warf auch wohl Gegenstände zum Fenster hinaus. In seinen Aussagen war er unzuverlässig und lügendhaft. Da der Junge schließlich drohte, das Haus anzustecken, wurde er in unsere Klinik gebracht.

Der Knabe ist, wie Sie sehen, für sein Alter klein, dürrig genährt, macht etwa den Eindruck eines 8jährigen Kindes. Sein Schädel ist ungewöhnlich klein, asymmetrisch. Die Ohrläppchen sind angewachsen, die Augen klein; sonst bietet er keine bemerkenswerten körperlichen Abweichungen dar. Über seinen Aufenthaltsort ist er im klaren, weiß, wer ihn hergebracht hat, vermag die Namen aller Kranken und Wärter zu nennen, mit denen er in Berührung gekommen ist, weiß sogar, in welchen Betten sie schlafen. Rechenaufgaben, soweit sie eingelernt sind, löst er ungemein schnell und auch richtig; das Zusammenzählen und namentlich das Abziehen fällt ihm jedoch weit schwerer, als das Vervielfältigen. Von Städten, Flüssen, Ländern weiß er kaum etwas, kennt nicht die Hauptstadt Badens oder Deutschlands. Ebenso wenig hat er etwas von der Schlacht bei Sedan gehört. Der Kaiser heißt Friedrich; in Deutschland regiert Bismarck. Von Handwerken vermag er nur einige wenige aufzuzählen, von Tieren ziemlich viele, ist aber nicht dazu zu bringen, auch die in der Luft und im Wasser lebenden zu berücksichtigen. Die 10 Gebote kann er nicht sagen, hat sehr unklare und kümmerliche religiöse Vorstellungen. Sünde ist, wenn man Brot verdirbt oder Vögel totschießt. Er weiß, daß man das nicht tun darf, vermag es aber nicht näher zu begründen.

Die Stimmung des Jungen ist heiter; er ist gern hier, hat nicht die mindeste Sehnsucht nach Hause, fragt nie nach seinen Angehörigen. Auch bei einem Besuche benahm er sich gänzlich teilnahmslos. Er hat sich schnell in die neuen Verhältnisse hineingefunden, verkehrt ohne Scheu mit den Erwachsenen, redet überall vorlaut hinein, fürchtet sich nicht vor erregten Kranken, sondern lacht über sie, wird auch dadurch nicht gewitzigt, daß ihn einige derselben zurechtweisen, bedrohen oder gar schlagen. Zu irgend anhaltender Tätigkeit ist er nicht zu bringen. Obgleich er ganz fließend liest, bleibt er nicht dabei, wenn man ihm bestimmte Aufgaben stellt, hat sehr bald vergessen, was er sollte, treibt allerlei kindlichen Unfug. Zwingt man ihn, zu lesen, so vermag er hinterher ganze Sätze fast oder genau wörtlich wieder-

zugeben, hat aber von dem Inhalte kaum eine Spur aufgefaßt. Am nächsten Tage ist alles vollständig vergessen. In seinem Benehmen ist er zutraulich, begrüßt den Arzt von weitem, begleitet ihn bei seinen Besuchen, berichtet, mischt sich in die Gespräche, läßt sich auch zu kleinen Diensten verwenden.

Während bei diesem Kranken in den geregelten Verhältnissen der Klinik die äußere Haltung kaum eine, das Gedächtnis und die sinnliche Auffassung gar keine nennenswerte Störung erkennen lassen, befindet sich die geistige Verarbeitung der Erfahrungen und das Urteil auf einer sehr tiefen Stufe, die höchstens derjenigen eines 5—6jährigen Kindes entsprechen würde. Ganz im Vordergrund des Krankheitsbildes steht aber der völlige Mangel an Gemüt, die Gleichgültigkeit gegen die nächsten Angehörigen, das Fehlen des Heimwehs, der Scheu vor fremden und sogar bedrohlichen Personen, die Unzugänglichkeit gegen erzieherische Einwirkungen. Auf diesem Gebiete ist die krankhafte Störung, im Gegensatze zu dem Verhalten des vorigen Kranken, bei weitem am stärksten ausgeprägt, wenn auch die schwere Schädigung des Verstandes nur für eine ganz oberflächliche Betrachtung durch die überraschenden Gedächtnisleistungen verdeckt wird.

Die besondere Gestaltung der Verblödung im vorliegenden Falle wird uns vielleicht an unsere Erfahrungen bei der *Dementia praecox* erinnern, deren Endzustände sich ja ebenfalls vielfach durch Erhaltung des Gedächtnisses bei erheblicher Schwäche des Urteils und Verlust der gemüthlichen Regungen auszeichnen. Allerdings fehlen bei unserem Kranken die dort meist so ausgeprägten Störungen im Benehmen und Handeln, wenn wir etwa von dem triebartigen Fortlaufen absehen. Immerhin wäre es denkbar, daß eine gewisse Verwandtschaft zwischen derartigen Formen der Idiotie und der *Dementia praecox* bestände. Gibt es doch eine nicht kleine Gruppe von Fällen, in denen sich auf der Grundlage eines von Kindheit bestehenden Schwachsinnss späterhin deutliche katatonische Störungen entwickeln. Die Krämpfe in der Kindheit dürften in unserem Falle das Einsetzen der Hirnkrankheit bedeuten, deren Ergebnis wir zurzeit vor uns sehen. Eine weitere Entwicklung der Kenntnisse des Knaben durch sorgfältigen Unterricht in einer Idiotenanstalt kann bei seinem guten, wenn auch flüchtigen Gedächtnisse wohl erreicht werden. Ob es indessen möglich sein wird,

auch sein verödetes Gemütsleben einigermaßen zu entwickeln, müssen wir leider als sehr fraglich bezeichnen*).

XXXII. Vorlesung.

Kretinismus; Schlußbetrachtung.

M. H.! Der Anblick, den das 32jährige Mädchen bietet, das heute den Abschluß unserer klinischen Betrachtungen bilden soll, ist ein sehr merkwürdiger. Der Wuchs dieses abenteuerlichen Geschöpfes ist auffallend niedrig. Dagegen sind die Umrisse des Körpers geradezu unförmliche. Bei einer Körpergröße von 137,5 cm beträgt das Gewicht 70,5 kg, der Umfang über dem Nabel 108, quer über den Brustdrüsen 104 cm. In der Mitte des Oberarms messen wir 27,5, in derjenigen des Oberschenkels 54 cm. Der Kopf ist im Verhältnis zur Körperlänge sehr groß und mißt 58 cm im Umfange; er sitzt fast ohne Halseinschnürung breit auf dem dicken Leibe. Arme und Beine sind ziemlich kurz, Hände und Füße, ebenso Finger und Zehen klein und zierlich wie diejenigen eines Kindes.

Bei näherer Betrachtung zeigt sich, daß dieses merkwürdige Mißverhältnis zwischen Kopf und Körperlänge wie namentlich zwischen Rumpf und Extremitäten wesentlich durch eine ungeheuerliche Verdickung der Haut bedingt wird. Der Knochenbau unserer Kranken ist eher zart; auch die Muskeln sind nur mäßig entwickelt. Dagegen hängt die Haut in Form von dicken Wülsten um Brustkorb und Bauch, Oberarme und Oberschenkel herum. Am Nacken bildet sie ein derbes, nur im ganzen verschiebliches Polster, das bei seitlichem Anblicke geradezu eine erhebliche Kyphose vortäuscht. Die Brüste hängen wie große, schlaffe Säcke herab, und auch um die Oberarme schlottern gewaltige Hautmassen, auf deren Oberfläche sich keinerlei Falte mehr aufheben läßt. Der plump verdickte Hals versinkt zum großen Teile in einem riesigen Doppelkinn, das von einem Ohre zum anderen reicht.

*) Der Knabe befindet sich seit 8 Jahren in einer Idiotenanstalt, ist dort als Gärtner tätig, kindlich, etwas unruhig und zerfahren, aber fleißig und anhänglich.

Das Gesicht ist breit auseinandergetrieben; die Augen quellen etwas vor; die Backen bilden feste, gewölbte Polster. Die Nasenwurzel ist eingesunken, breit und niedrig, die kleine Nase selbst aufgestülpt; die Backenknochen treten hervor. Die Ohrläppchen fehlen fast vollständig; Haare und Zähne sind ziemlich gut entwickelt, die Augenbrauen dünn. Der Ausdruck des Gesichtes ist starr, maskenartig, da auch beim Lachen und Sprechen jedes feinere Mienenspiel in den massigen Zügen ausbleibt. Die verdickte Haut zeigt überall einen prallen, derben Widerstand; der Fingerdruck hinterläßt nirgends Eindrücke. Die Bewegungen der Augen, Pupillen, Zunge, der Arme und Beine gehen ungestört von statten; auch an den Reflexen ist keine Abweichung nachzuweisen. Die Hautempfindlichkeit näher zu prüfen, verbietet der psychische Zustand der Kranken. Beim Versuche, sie mit einer Nadel zu stechen, wehrt sie heftig ab, läßt aber die Nadel stecken, wenn man ihre Aufmerksamkeit ablenkt. Beim Beklopfen des mittleren Facialisastes erfolgt ein leichtes Zucken der Oberlippe. Der Puls ist sehr klein, leicht unterdrückbar.

Unsere Bemühungen, uns über den psychischen Zustand der Kranken Aufschluß zu verschaffen, stoßen auf ziemliche Schwierigkeiten. Die Kranke blickt zwar neugierig umher, kümmert sich aber gar nicht um die an sie gerichteten Fragen, gibt höchstens hie und da eine abweisende, meist scherzhaft gefärbte Antwort. Sie heiße Niemand, sei 45 Jahre alt, am 45. August geboren, sei die Tochter des Regiments, sei daheim Viehtreiber. Dringt man mehr in sie, so wird sie ärgerlich, stößt einige unflätige Schimpfworte aus, erhebt sich schwerfällig, um mit trippelnden Schritten davon zu laufen. Auch bei der Untersuchung sträubt sie sich zunächst ziemlich heftig, ruft: „Geh' weiter,“ „hör' auf,“ schlägt auch um sich, aber alles in mehr spaßhafter Weise, fügt sich schließlich ohne Schwierigkeit. Auf viele Fragen erwidert sie: „Ich weiß nicht,“ oder bringt ganz unsinnige, abgerissene Wendungen vor.

Es ist daher jetzt ganz unmöglich, sich ein Urteil darüber zu bilden, ob sie über ihre Umgebung im klaren ist. Ich kann indessen auf Grund gelegentlicher mündlicher und schriftlicher Äußerungen der Kranken hinzufügen, daß sie weiß, wo sie sich befindet, und auch die Namen der Personen ihrer Umgebung genau kennt. Ihre Stimmung ist heiter, gehoben; sie bricht häufig ohne Anlaß in ein

kurzes, ruckartiges Lachen aus, oder sie fängt mit schriller Stimme ein Lied, einen Gassenhauer an. Aufforderungen befolgt sie nur widerstrebend, steckt die Hand weg, die sie geben soll, schlägt aber dann schallend ein. Worte, die sie hört, oder Fragen, die man an sie richtet, wiederholt sie gelegentlich, sogar mehrere Male hintereinander; ferner hat sie eine entschiedene Neigung, Reime zu bilden: „Herr Lehrer, Herr Scherer, Dokter, gelockter.“ Ihren Namen schreibt sie richtig an die Tafel, löst auch eine einfache Rechenaufgabe. Alle anderen Versuche, ihre Kenntnisse zu prüfen, scheitern an ihrem von blödem Lachen und schmatzenden Zungenbewegungen begleiteten Widerstreben.

Daß die Kranke einen bedeutenden Grad von Blödsinn darbietet, ist aus ihrem Benehmen unschwierig zu erkennen. Dieser Blödsinn erinnert bis zu einem gewissen Grade an die Endzustände der *Dementia praecox*, namentlich wegen des leeren Lachens, der Echolalie sowie der Andeutungen von Negativismus. Der körperliche Zustand der Kranken ist indessen ein so auffallender, daß wir unsere Aufmerksamkeit zunächst einmal ihm zuwenden müssen. Die Verdickung der Haut kann nur ein Myxödem sein. Sie weist uns darauf hin, daß hier eine Ver-nichtung der Schilddrüsen-tätigkeit stattgefunden haben muß. Betasten wir den Hals der Kranken, dessen Umfang 32,5 cm beträgt, so fühlen wir nach links neben der Luftröhre eine steinharte, kleinapfelgroße Geschwulst, die offenbar der wahrscheinlich verkalkten Schilddrüse entspricht. Da bei der Kranken Zwergwuchs nebst Verbreiterung des Schädels vorliegt, muß die Schilddrüsentätigkeit schon in der Jugend zugrunde gegangen sein. Wir haben es mithin nicht mit dem gewöhnlichen Myxödem, sondern mit jener schon die Kinder befallenden Form des Leidens zu tun, die man als Kretinismus bezeichnet.

Der Kretinismus ist eine endemische Krankheit, die namentlich am Fuße großer Gebirgsstöcke ziemlich weit verbreitet ist und auch eine Reihe von Tierarten in Mitleidenschaft ziehen kann. Träger des Krankheitskeimes scheint das Trinkwasser zu sein, durch dessen Wirkung zunächst die Schilddrüse schrumpft oder entartet, während die Veränderungen des Knochenbaues, der Haut und des Nervensystems erst durch den Ausfall der Schilddrüsentätigkeit bedingt werden. Unsere Kranke stammt in der Tat aus einer Gegend,

in welcher der Kretinismus heimisch ist, und aus einer Familie, in der Geistesstörungen, auch solche kretinistischer Art, vielfach vorgekommen sind. Ihr Vater war schwachsinnig; ebenso ist es ihr Bruder, ferner ein Bruder der Mutter; endlich leidet ein Vetter väterlicherseits an manisch-depressivem Irresein.

Die Kranke war von Jugend auf geistig wenig entwickelt, sehr eigensinnig, schwer zu erziehen. Die Menses traten erst mit 18 Jahren ein, setzten oft lange Zeit aus, bis zu einem Jahre. Seit den Entwicklungsjahren klagte die Kranke viel über Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit, war aufgeregt, sehr gereizt und wurde vor nahezu 8 Jahren schließlich deswegen in unsere Klinik gebracht. Sie erwies sich schon damals als sehr blödsinnig, gab wenig mehr Auskunft, als jetzt. Bisweilen äußerte sie verschwommene Verfolgungs- und Größenideen, sprach von nächtlichen geschlechtlichen Angriffen, von Goldschmuck. Meist war sie ziemlich erregt, schwatzte abgerissene, mehr oder weniger unverständliche Worte vor sich hin, reimte, witzelte, machte einfältige Scherze, hob dem Arzte den Rock auf, zog ihm das Taschentuch aus der Tasche, gab ihm unversehens einen Stoß, lief mit aufgerafften Kleidern herum, masturbierte, zerriß Kleider und Bettzeug. Ihre unförmlichen Züge betrachtete sie in der spiegelnden Fensterscheibe mit großem Wohlgefallen. Zu anderen Zeiten war sie stiller, abweisend, mürrisch, immer aber äußerst gedankenarm und ohne tiefere Gemütsregungen; bei Besuchen blieb sie völlig gleichgültig. Nicht selten wurde sie unrein, auch wohl einmal absichtlich, ließ sich aber einigermassen zu Ordnung und Sauberkeit erziehen. Der Schlaf und namentlich die Eßlust waren sehr gut; die Kranke nahm daher seit ihrem Eintritte ziemlich stetig zu, im ganzen von dem tiefsten Stande ihres Körpergewichts um 21,5 Kilogramm.

Es lag unter diesen Umständen natürlich nahe, den Versuch einer Beeinflussung des Zustandes durch Darreichung von Thyreoidin zu machen. Das ist denn auch zu wiederholten Malen bei der Kranken geschehen, regelmäßig mit dem Erfolge, daß ihr Körpergewicht sank, beim ersten Male sogar um 10 Kilogramm. Damals traten zugleich nach zweijähriger Pause wieder die Menses auf, um von da ab ziemlich regelmäßig wiederzukehren. Irgend eine Besserung des psychischen Befindens konnte indessen nicht wahrgenommen werden. Bei den späteren Darreichungen des Mittels stellte sich sehr bald

großes Schwächegefühl ein. Die Kranke verlangte ins Bett; der Puls wurde ungemein klein und frequent, und es machten sich Ödeme bemerkbar, die uns zu baldigem Abbrechen der Kur veranlaßten. Dennoch hatte die Kranke die Wirkungen derselben recht gut aufgefaßt und bat öfters, man möge sie wieder magerer machen. Bei Kindern mit beginnendem Kretinismus ist durch Darreichung von Thyreoidin Verschwinden aller Wachstumshindernisse und Krankheitserscheinungen erzielt worden; hier müssen wir wohl annehmen, daß sich bei der langen Dauer des Leidens Veränderungen herausgebildet haben, die einer Rückbildung nicht mehr zugänglich sind*).

Der Kretinismus ist eine der wenigen Formen des Irreseins, bei denen wir uns mindestens ungefähr eine Vorstellung von dem Zusammenhange zwischen Ursache und Wirkung bilden können. Wir wissen, daß die Krankheit nur dann, aber auch sicher dann entsteht, wenn die Tätigkeit der Schilddrüse vernichtet ist. Da die verderblichen Wirkungen dieser Schädigung durch Einführung toter Schilddrüsenmasse von Tieren aufgehoben werden, so kann die hier in Betracht kommende Tätigkeit der Schilddrüse nur darin bestehen, daß sie einen Stoff liefert, der für den geregelten Haushalt des Körpers durchaus notwendig ist. Ob wir dieses Stoffes unmittelbar für den Aufbau und die Arbeit der Gewebe bedürfen, oder ob er andere, schädliche Stoffe zerstören muß, was wohl mehr Wahrscheinlichkeit für sich hat, können wir hier dahingestellt sein lassen. Jedenfalls haben wir im Kretinismus wie im Myxödem ein Beispiel dafür, daß die Vernichtung eines kleinen Körperbestandteils schwere Störungen im Gesamthaushalte und insbesondere auch Irresein hervorbringen kann. Gleichgültig ist es dabei, auf welchem Wege die Vernichtung der Drüse erfolgt, ob durch Ausschneiden, Tuberkulose, Syphilis, Geschwulstbildung, das endemische Gift des Kretinismus oder irgend eine andere Schädlichkeit. Ganz verschiedene äußere Ursachen können also dasselbe Krankheitsbild erzeugen, indem sie dasselbe Glied in der Kette der Stoffwechselforgänge vernichten und dadurch für den Körperhaushalt die gleichen, krankhaft veränderten Bedingungen schaffen.

Unsere Kenntnis dieser Zusammenhänge stammt erst aus jüngster Zeit. Es ist daher denkbar, daß entsprechende Verhältnisse sich

*) Die Kranke befindet sich seit 12 Jahren unverändert in der Klinik.

dereinst auch bei einigen anderen Formen des Irreseins auffinden lassen. Vielleicht dürfen wir eine derartige Aufklärung namentlich für die Paralyse erhoffen. Wie wir früher angedeutet haben, ist die Paralyse weit davon entfernt, eine einfache Hirnerkrankung zu sein. Vielmehr werden bei ihr die verschiedensten Gewebe unseres Körpers derart in Mitleidenschaft gezogen, daß diese Störungen nicht einfach als Folgezustände der Hirnveränderungen erklärt werden können. Es müssen auch hier allgemeine und tiefgreifende Umwälzungen im Körperhaushalte stattfinden, deren nächste Ursache uns allerdings zurzeit noch völlig unbekannt ist. Dagegen kennen wir die fernere, äußere Ursache der Paralyse mit hinreichender Bestimmtheit: die Syphilis. Dennoch ist die Paralyse schwerlich eine einfache Erscheinungsform der Syphilis, da sie sich klinisch und anatomisch recht gut von den syphilitischen Rindenerkrankungen abgrenzen läßt. Wahrscheinlich ist irgend ein Zwischenglied vorhanden, durch dessen Vermittlung das syphilitische Gift die paralytische Erkrankung des Gesamtkörpers erzeugt.

Weit dunkler noch ist zurzeit die Entstehungsweise jener ungeheuren Masse von Erkrankungen, bei denen ohne greifbare Ursachen klinisch eine eigenartige Verblödung, anatomisch eine ausgebreitete Erkrankung und Zerstörung wichtiger Rindenbestandteile eintritt. Dahin gehört in erster Linie das übergroße Gebiet der „Dementia praecox“. So deutlich hier in vieler Beziehung die klinischen Ähnlichkeiten mit der Paralyse sind, so unwahrscheinlich ist es doch, daß etwa irgend eine äußere Schädlichkeit die Krankheit erzeugt. Wir wissen nur, daß die Entwicklungsjahre den günstigsten Boden für den Ausbruch der Krankheit abgeben, wie es übrigens auch für das manisch-depressive Irresein der Fall ist. Ferner scheint das Fortpflanzungsgeschäft beim Weibe und endlich wohl auch die Gefangenschaft das Auftreten der Krankheit zu begünstigen. Gerade das Fehlen äußerer Ursachen und die Beziehungen zu bestimmten Umwälzungen im Körperhaushalte dürfte etwa darauf hinweisen, daß wir es auch hier mit Erkrankungen zu tun haben, deren letzte Ursache in Stoffwechselstörungen zu suchen ist. Ähnliches könnte für manche Formen der Idiotie und ferner in gewissem Sinne für die arteriosklerotischen Rindenerkrankungen gelten, namentlich im Hinblick auf die gefäßschädigenden Wirkungen des Nebennierensaftes.

Recht weite Anerkennung hat endlich die Meinung gefunden, daß auch die Epilepsie durch bestimmte, im Körper selbst erzeugte Gifte hervorgerufen werde; es sind sogar schon Stoffe nachgewiesen worden, denen man die ursächliche Rolle in jener Krankheit zuschreibt, und auch Behandlungsverfahren haben sich auf derartigen Anschauungen aufgebaut. Eine große Schwierigkeit für die klinische Betrachtung liegt indessen zunächst noch in der Unsicherheit über die Frage, ob und wieweit die Epilepsie überhaupt eine einheitliche Krankheit ist.

Bewegen wir uns hier auf weiten Gebieten einfach in ganz unbestimmten Vermutungen, so kennen wir doch eine kleine Gruppe von klinisch ähnlichen Erkrankungen, bei denen wir bestimmte, greifbare äußere Ursachen für die Entwicklung der Verblödung verantwortlich machen können. Ich meine den Schwachsinn nach akuten Infektionskrankheiten, insbesondere nach Typhus und Blattern, ferner die encephalitischen Formen der Idiotie. Hier sehen wir, wie das Krankheitsgift, sei es unmittelbar, sei es durch Vermittlung von Organerkrankungen, schwere Zerstörungen in dem Gewebe der Hirnrinde herbeiführt, die das klinische Bild unheilbaren Blödsinns erzeugen können. Wir dürfen kaum daran zweifeln, daß wir es dabei mit Giftwirkungen zu tun haben, und gerade diese Erfahrungen legen uns die Vermutung nahe, daß es sich auch bei der gewöhnlichen *Dementia praecox* am letzten Ende um Vergiftungen der Hirnrinde handeln möge, wenn wir auch deren Ursprung noch nicht zu erkennen imstande sind.

Indessen die akuten Infektionskrankheiten führen nur verhältnismäßig recht selten zu dauernder Verblödung. In der Regel gleichen sich die durch das Krankheitsgift erzeugten Störungen ziemlich rasch wieder aus. Namentlich nach Gelenkrheumatismus und Kopfrosee scheinen, obgleich beide Krankheiten ziemlich häufig Irresein erzeugen, unheilbare Störungen überhaupt nicht vorzukommen. Diese Erfahrungen, die uns zeigen, daß unzweifelhafte, schwere Vergiftungen der Hirnrinde sich allmählich vollständig wieder ausgleichen können, sind geeignet, uns ein gewisses Verständnis für die Remissionen zu vermitteln, die wir so häufig in der Paralyse wie in der *Dementia praecox* beobachten. Allerdings stellt sich bei diesen letzteren Erkrankungen früher oder später fast immer wieder ein neuer Fortschritt des Leidens ein. Das

deutet darauf hin, daß eben hier, im Gegensatz zu den akuten Infektionskrankheiten, die Quelle des Giftes nicht versiegt, sondern immer von neuem fließen kann.

Ganz ähnliche Unterschiede begegnen uns bei der Wirkung der von außen eingeführten Gifte, bei denen wir ebenfalls die rasch sich ausgleichenden Störungen durch einmalige oder einige wenige Gaben dem dauernden Siechtum bei gewohnheitsmäßiger Einfuhr gegenüberzustellen haben. Von der Erforschung gerade dieser Gruppe von Geistesstörungen, des Alkoholismus, Morphinismus, Kokainismus u. s. f., dürfen wir, wie ich glaube, in erster Linie Fortschritte unserer klinischen Erkenntnis hoffen, da hier Ursache und Wirkung so eindeutig bestimmt sind, daß wir ohne weiteres von ersterer auf die letztere schließen dürfen und umgekehrt. Durch Einführung der Gifte können wir jederzeit mit vollster Sicherheit dieselben Störungen hervorrufen und somit die gesetzmäßigen Beziehungen zwischen der Schädlichkeit und ihren Wirkungen nicht nur durch die klinische Beobachtung, sondern auch durch den psychologischen Versuch bis in alle Einzelheiten hinein verfolgen.

Bei derartigen Untersuchungen aber erkennen wir leicht, daß wir auch bei den Vergiftungen zwischen unmittelbaren und mittelbaren Folgen zu unterscheiden haben. Die Krankheitsbilder, die der Alkoholismus erzeugt, sind weit mannigfaltiger, als die Einheitlichkeit der Ursache erwarten ließe. Von ihnen entsprechen nur der Rausch, auch der pathologische, ferner der einfache alkoholische Schwachsinn den Erfahrungen, die uns der psychologische Versuch liefert. Andere Formen, das Delirium tremens, das Korsakowsche Irresein, der Alkoholwahnsinn, tragen ganz abweichende Züge. Aus verschiedenen Gründen liegt die Vermutung nahe, daß wir es bei diesen Erkrankungen wenigstens teilweise nicht mit unmittelbaren Wirkungen des Giftes, sondern mit Folgezuständen im Körper zu tun haben, die erst mittelbar durch den dauernden Alkoholmißbrauch herbeigeführt werden. Das Verhältnis zwischen Ursache und Wirkung ist hier möglicherweise ein ähnliches wie zwischen der endemischen Krankheitsursache und dem Schwachsinn beim Kretinismus oder, wie wir es zwischen Syphilis und Paralyse vermuteten.

Auf die Wirkung von Giften, allerdings von solchen, die im

Körper selbst entstehen, pflegt man gewöhnlich auch diejenigen Formen des Irreseins zurückzuführen, die sich im Anschlusse an erschöpfende Einflüsse, namentlich auch an geistige, gemüthliche und körperliche schwere Überanstrengung anschließen. Man nimmt an, daß in derartigen Fällen die rasch in übermäßiger Menge erzeugten Zerfallsstoffe nicht mehr schnell genug aus dem Körper ausgeschieden oder unschädlich gemacht werden können und daher ihre verderbliche Wirkung auf die Hirnrinde zu entfalten Gelegenheit finden. Wenngleich mir diese Frage noch nicht genügend geklärt zu sein scheint, läßt sich die Möglichkeit derartiger Vorgänge bei der akuten und chronischen nervösen Erschöpfung zunächst nicht bestreiten. Dazu dürfte aber jedenfalls noch die Verarmung der Gewebe an Kraftvorräten kommen.

Außer den Giftwirkungen sind unserem Verständnisse zurzeit einigermaßen zugänglich wohl nur noch die gröbren Zerstörungen des Rindengewebes durch Blutungen, Zertrümmierungen, Druck, Abschneiden der Blutzufuhr und ähnliche Schädigungen. Vielleicht sind hierher auch die sogenannten Hirnerschütterungen zu rechnen. Weit weniger klar ist schon die allmähliche Veränderung der Hirnrinde durch das Alter, die wir als die Grundlage verschiedener Formen geistiger Störung kennen gelernt haben. Einmal dürften sich hier im Nervengewebe selbst entscheidende Umwandlungen vollziehen, aber auch Störungen durch Gefäßveränderungen oder sonstige Umwälzungen im alternen Körper werden wohl mit eine Rolle spielen. Bei der Verschiedenartigkeit der klinischen Bilder, die uns die Geisteskrankheiten des Alters darbieten, ist es gewiß am wahrscheinlichsten, daß auch ihre Entstehungsweise in vielen Punkten voneinander abweicht.

Das Auftreten der körperlichen und geistigen Altersveränderungen hängt außer von Krankheiten und Lebensschicksalen zum guten Teile sicher von der persönlichen Veranlagung ab. Auch bei den übrigen Formen des Irreseins ist dieser Umstand vielfach von erheblicher Bedeutung, um so mehr, je weniger eingreifend die Schädlichkeit ist, die das Leiden hervorruft. Auf der einen Seite stehen die Gifte, die bei gehöriger Gabe jedes Gehirn überwältigen, wie groß auch seine Widerstandsfähigkeit sein mag. Am Gegenpol finden wir Krankheiten, deren wesentliche Ursache in der persönlichen Eigenart liegt, bei denen also die äußeren Schäd-

lichkeiten nur den letzten Anstoß zum Ausbruche des Leidens geben, unter Umständen auch ganz fehlen können. Als derartige Formen haben wir das manisch-depressive Irresein, die Paranoia, ferner die Hysterie zu betrachten, der die Schreckneurose nahe steht, wenn auch bei ihr der äußeren Veranlassung im allgemeinen ein weit stärkeres Gewicht beigemessen werden muß.

Noch unabhängiger dagegen von besonderen schädigenden Einflüssen sind in ihrer Entstehung die verschiedenartigen Formen krankhafter Veranlagung, die wir in den dauernden psychopathischen Minderwertigkeiten, im Zwangsirresein und den verschiedenartigen Gestaltungen der angeborenen Krankheitszustände und krankhaften Persönlichkeiten, endlich in denjenigen Formen des angeborenen Schwachsinns kennen gelernt haben, die auf Entwicklungshemmungen beruhen. Hier handelt es sich überall nicht mehr um Krankheitsvorgänge von bestimmtem Ablaufe, sondern um krankhafte Zustände, die durch das ganze Leben hindurch im wesentlichen gleichmäßig fortbestehen, wenn auch bisweilen mit gewissen Schwankungen. In ihnen sehen wir daher mit Recht den Ausdruck einer Entartung, die zumeist nicht von dem Einzelnen erworben, sondern ererbt ist und auch von ihm weiter vererbt zu werden pflegt. —

Blicken Sie noch einmal zurück auf den ganzen durchmessenen Weg, so erkennen Sie, daß Geistesstörungen entstehen können durch die einmalige oder wiederholte Einfuhr solcher Gifte, die eine erhebliche Schädigung der Hirnrinde erzeugen. Ähnliche Gifte können ferner von Krankheitserregern hervorgebracht werden, die in den Körper eindringen, sodann aber auch durch die Stoffwechselfvorgänge selbst entstehen; ihre Wirkung kann sich vielleicht verbinden mit einem übermäßigen Verbrauche der in den Geweben vorhandenen Kraftvorräte. Wie wir vermuten, ist eine weitere Quelle für die Entstehung von Giften in den Störungen einzelner Organe des Körpers zu suchen, deren Tätigkeit für den Haushalt desselben notwendig ist. Einigermaßen sicher ist diese Annahme freilich nur für den Kretinismus. Außer den Giften sind es noch feinere oder gröbere Zertrümmerungen sowie Altersveränderungen des Hirnrindengewebes, denen wir für die Entstehung von Geistesstörungen eine Rolle zuschreiben müssen. Die letzte große Gruppe

von Irreseinsformen bilden endlich die von Jugend auf bestehenden krankhaften Zustände, die entweder unverändert fortdauern oder die Grundlage mannigfaltiger, anfallsweise verlaufender Störungen bilden.

Das etwa sind in den wesentlichsten Zügen die Gesichtspunkte, nach denen sich heute die klinischen Formen des Irreseins gruppieren lassen. Indem wir überall von den ursächlichen Verhältnissen ausgehen, dürfen wir hoffen, Krankheitsbilder aufzufinden, in deren Erscheinungen, Verlauf und Ausgang die Gleichheit oder Verschiedenheit der Entstehungsbedingungen zu deutlichem Ausdrucke kommt. Freilich begegnen uns heute noch in der tatsächlichen Beurteilung des klinischen Erfahrungsstoffes auf Schritt und Tritt Unklarheiten und Zweifel. Wir sind eben von einer wirklichen Kenntnis der Ursachen, der Erscheinungen, des Verlaufes und Ausganges der einzelnen klinischen Formen noch soweit entfernt, daß an ein fest begründetes Lehrgebäude durchaus noch nicht zu denken ist. Was wir entwerfen, ist nur ein Grundriß, den der Fortschritt unserer Wissenschaft in seinen Einzelheiten, vielleicht sogar in seinen Hauptlinien, noch vielfach umzugestalten und zu erweitern haben wird.

Register.

A

- Ablenkbarkeit 68.
Äquivalente, epileptische 59.
Alkohol als Ursache des Irreseins 2.
104. 185.
Alkohol bei Epilepsie 53. 57. 58. 263.
Alkohol bei Hysterie 273. 275.
— bei polyneuritischer Geistesstörung 184.
Alkoholdelirium 105.
Alkoholepilepsie 263.
Alkoholische Geistesstörungen 105. 185.
Alkoholismus, chronischer 185.
— — Behandlung desselben 188.
Alkoholvergiftung, akute 185.
Alkoholwahnsinn 116.
Altersblödsinn 243.
Altersveränderungen als Ursache des Irreseins 243.
Amentia 127. 145.
Anfälle, epileptische 55.
— — bei Idiotie 354.
— — bei Hirnlues 240.
— hysterische 266. 270. 273. 320.
— katatonische 143. 225.
— manisch-depressive 13.
— paralytische 214.
Angst bei Melancholie 6.
— zwangsmäßige 289.
Aphasie 230.
— bei Paralyse 216.
Apoplexie als Ursache des Irreseins 229.
Arteriosklerose als Ursache des Irreseins 232.
Arteriosklerotische Hirnerkrankung 233.

B

- Befehlsautomatie 26.
Berufsverbrecher 330.
Beschäftigungsdelirium beim Delirium tremens 110.

Kraepelin, Einführung. 2. Aufl.

- Beschäftigungsdrang bei Manie 69.
Beziehungswahn 79.
Biigsamkeit, wächserne 26.
Blatterndelirien 120.
Blödsinn s. Verblödung.
Brandstifter, krankhafte 330.
Bromkur bei Manie 72.
Bromopiumkur bei Epilepsie 62.
Brückenangst 289.

C

- Charakter, hysterischer 268.
Charakterveränderung bei Katatonie 91.
— nach Kopfverletzung 281.
Choreatisches Irresein 146.
Circuläres Irresein 18. S. auch manisch-depressives Irresein.
Cytodiagnostik 212. 237.

D

- Dämmerzustände, epileptische 55. 137. 259.
— hysterische 266.
Delirium, epileptisches 135.
— in der Morphiumentziehung 201.
— katatonisches 131.
— kokainistisches 203.
— paralytisches 128.
— traumatisches 276.
— tremens 105. 273.
Dementia paralytica s. Paralyse, progressive.
Dementia paranoides 169.
— praecox 21. 31. 84. 163. 218. 363.
— — Ausgang derselben 30. 218.
— — Endzustände 218.
— — Remissionen 30.
— — Wahnbildungen 163.
Demenz, akute, heilbare 123. 141.
Denkhemmung 16.
Depressionszustände, circuläre 11.

Depressionszustände im Beginn der Dementia praecox 22.
 — paralytische 41. 47.
 — periodische 314.
 Dipsomanie 193.

E

Echolalie 29.
 Echopraxie 26.
 Eifersuchtwahn der Trinker 189.
 — seniler 180.
 Endarteriitis, syphilitische 242.
 Endzustände ungeheilter Geistesstörungen 218.
 — der Dementia praecox 218.
 — der Paralyse 206.
 Entartung 298.
 Entartungszeichen 255.
 Entschlußunfähigkeit beim manisch-depressiven Irresein 20. 80.
 Entwicklungshemmungen 354.
 Entziehungskur beim Alkoholismus 188.
 — — Morphinismus 197. 200.
 Epileptisches Irresein 52. 253.
 — — Äquivalente 59.
 — — Anfälle 55.
 — — Dämmerzustände 55. 137.
 — — Delirien 62. 136.
 — — Reizbarkeit 61.
 — — Schwachsinn 253.
 — — Ursachen 318.
 — — Verstimmungen 54.
 Erinnerungsfälschungen bei Paranoia 155.
 — bei polyneuritischer Geistesstörung 181.
 — bei Presbyophrenie 248.
 — nach Kopfverletzungen 277.
 Erinnerungsverlust nach Kopfverletzung 276.
 Erregungen, periodische der Katatoniker 229.
 Erregung, konstitutionelle 311.
 Erschöpfung als Ursache des Irreseins 144. 366.
 Erysipel als Ursache des Irreseins 121.

F

Fetischismus 303.
 Fieberdelirien 119.
 Flexibilitas cerea 26.

G.

Gefäßerkrankungen beim Altersblödsinn 246.
 — bei Arteriosklerose 237.

Gefäßerkrankungen bei Hirnlues 242.
 Gefangenschaft als Ursache des Irreseins 363.
 Gehörstäuschungen bei Alkoholwahnsinn 114.
 — bei Dementia praecox 27. 29 93. 164. 168. 170.
 — beiluetischer Hirnerkrankung 241.
 Geisteskranke, Zahl derselben 2.
 — Zunahme derselben 2.
 Geisteskrankheiten, Ursachen derselben 2. 362.
 — Vorbeugung derselben 3.
 Gelenkrheumatismus als Ursache des Irreseins 126.
 Gemütsstumpfheit bei Dementia praecox 23.
 — bei Idiotie 357.
 — bei Verbrechernaturen 341.
 Geschlechtstrieb, krankhafte Richtung desselben 303.
 Gesichterschneiden 25.
 Gewohnheitsverbrecher 330.
 Gravidität s. Schwangerschaft.
 Grimmassieren 25.
 Größenwahn, paralytischer 94.

H

Haltlosigkeit, krankhafte 319.
 Hilfsklassen für Schwachsinnige 350.
 Hirnerkrankungen als Ursache des Irreseins 229.
 Hirnerschütterungen als Ursache des Irreseins 275. 366.
 Hirnlähmung, fortschreitende, s. Paralyse, progressive.
 Hypnose bei Hysterie 272.
 — bei traumatischer Hysterie 274. 293.
 — bei traumatischer Neurose 286.
 — bei Zwangsirresein 290.
 Hypomanie 65.
 Hysterie der Kinder 270.
 — männliche 272.
 — traumatische 274. 292.
 Hysterisches Irresein 264.

I

Ideenflucht 68.
 Idiotenanstalten 350.
 Idiotie 346.
 Imbecillität 346. 354.
 — moralische 341.
 Infektiöser Schwächezustand 123.
 Infektionskrankheiten als Ursache des Irreseins 116. 364.
 Initialdelirium bei Typhus 120.

Irresein s. Geisteskrankheiten.

- alkoholisches 105. 185.
- choreatisches 149.
- epileptisches 52. 253.
- hysterisches 264.
- im Wochenbett 139.
- in der Schwangerschaft 140.
- manisch-depressives 13. 63. 294.
- moralisches 341.
- nach akuten Krankheiten 116.
- nach Kopfverletzung 275.
- polyneuritisches 83.

K

- Katalepsie 26.
- Katatonie 33.
 - Anfälle 143. 225.
 - Delirium 131.
 - Erregung 84.
 - senile Formen 250.
 - Stupor 31.
 - Willensstörung 36.
- Kleiderangst 290.
- Kleptomanie 334.
- Körpergewicht bei manisch-depressivem Irresein 15.
 - bei Paralyse 213.
- Kokainismus 202.
- Kollapsdelirien 145.
- Konstitutionelle Erregung 311.
 - Verstimmung 313.
- Kopfroße als Ursache des Irreseins 121.
- Kopfverletzungen als Ursache der Epilepsie 56. 263.
 - als Ursache des Irreseins 275. 366.
- Koprolalie 86.
- Korssakowsche Krankheit 183.
- Krankheiten, akute, als Ursachen des Irreseins 116.
- Krankheitseinsicht 8.
- Krankheitszustände, angeborene 298.
- Kretinismus, endemischer 358.

L

- Lachen bei Dementia praecox 25.
- Landstreicher, krankhafte 341.
- Lüge, krankhafte 323.
- Lues s. Syphilis.
- Lumbalpunktion 212.

M

- Manie 63. 65.
 - chronische 310.
 - periodische 73.
- Manieren bei Katatonie 86.

Manisch-depressives Irresein 13. 63. 294.

- — Depressionszustände 11.
- — Körpergewicht 15.
- — Manische Erregung 63.
- — Mischzustände 73.
- Masochismus 303.
- Melancholia simplex 10.
- Melancholie 6.
 - Ausgänge 10.
 - Behandlung 11.
 - Wahnbildungen 8.
 - Ursachen 10.
- Merkstörungen beim Altersblödsinn 245. 249.
 - bei Kopfverletzung 277.
 - bei Korssakowscher Geistesstörung 182.
- Metallotherapie bei Hysterie 268.
- Metasyphilis 47.
- Minderwertigkeit, psychopathische dauernde 287.
- Mischzustände, manisch-depressive 73.
- Moralisches Irresein 341.
- Morphinismus 195.
- Morphiumentziehung 197. 200.
- Morphiumhunger 197.
- Mutacismus 32.
- Myxödem bei Kretinismus 360.

N

- Negativismus 32.
- Neurose, traumatische 282.

O

- Ohnmachten epileptische 55.
- Onanie als Krankheitsursache 25.

P

- Paralyse, progressive 41. 94. 127. 173. 206. 363.
 - — agitierte Form 104.
 - — Anfälle 214.
 - — aszendierende Form 176.
 - — atypische 217.
 - — Ausgänge 44. 206.
 - — Behandlung 46.
 - — circuläre 102.
 - — Delirien 127.
 - — demente Form 209.
 - — Depressionszustände 41.
 - — Diagnose 47.
 - — Endzustände 206.
 - — Erregung 102.
 - — galoppierende Form 104.
 - — Größenwahn 94.

Paralyse, progressive klassische Form 97.
 — — Remissionen 102.
 — — Rindenbefund 217.
 — — stationäre 212.
 — — Verblödung 206.
 — — weibliche 213.
 Paranoia 151.
 — periodische 83.
 Persönlichkeiten, krankhafte 314.
 Petit mal 61.
 Platzangst 289.
 Polyneuritische Geistesstörung 183.
 Presbyophrénie 249.
 Pseudoquerulanten 329.
 Psychiatrie s. Seelenheilkunde.
 Puerperalmanie 139.
 Puerperium s. Wochenbett.

Q

Quartalssäufer 193.
 Quecksilberbehandlung bei Paralyse
 47. 177.
 Querulantenwahn 162.

R

Ratlosigkeit 124.
 Rausch, psychisches Bild desselben 185.
 Rauschzustände, krankhafte 61.
 Remissionen 364.
 — bei Katatonie 91. 222.
 — bei Paralyse 102.
 Rente, Kampf um dieselbe 285.

S

Sadismus 303.
 Schlafanfalle bei Hysterie 265.
 Schmierkur bei Paralyse 47.
 Schmutzangst 289.
 Schnauzkrampf 40.
 Schreckneurose 286.
 Schriftstörung bei Paralyse 45.
 Schwachsinn, angeborener 346.
 — epileptischer 253.
 — sittlicher 341.
 Schwächezustände, sekundäre 218.
 — infektiöse 123.
 Schwangerschaftsirresein 140. 143.
 Schwerfälligkeit der Epileptiker 255.
 Schwindler, krankhafte 323.
 Seelenheilkunde, Aufgabe derselben 1.
 — Gegenstand derselben 1.
 — praktische Bedeutung derselben 2.
 Selbstmordneigung bei Melancholie 7.
 — beim manisch-depressiven Irresein 21.
 Senile Katatonie 250.

Sexualempfindung, konträre 303.
 Silbenstolpern bei Paralyse 96.
 Simulation s. Verstellung.
 Spannungen bei Paralyse 130.
 Spannungsirresein 33.
 Speicheln bei Katatonie 38. 133.
 Sprache, schmierende bei Paralyse 100.
 Sprachstörung bei Idiotie 352.
 — bei Paralyse 45. 96. 100.
 Sprachverwirrtheit 86. 224.
 Stereotypie 32.
 Stimmungswechsel 69.
 Stumpfheit, gemütliche s. Gemüts-
 stumpfheit.
 Stupor, circulärer 18.
 — katatonischer 31.
 — manischer 77.
 — paralytischer 101.
 Syphilis als Ursache des Irreseins 2.
 — bei Paralyse 43. 52. 363.
 Syphilitische Rindenerkrankung 237.

T

Tabesparalyse 176.
 Thyreoidinbehandlung bei Kretinismus
 361.
 Trauma s. Kopfverletzung.
 Triebhandlungen bei Katatonie 86.
 Triebverbrecher 334.
 Trunksucht s. Alkoholismus, chroni-
 scher.
 — periodische 193.
 Typhus als Ursache des Irreseins 53.
 120.

U

Unfallpsychose s. Neurose, trauma-
 tische.
 Ursachen des Irreseins 150. 362.

V

Veranlagung, persönliche als Ursache
 des Irreseins 366.
 Verblödung, apoplektische 233.
 — epileptische 253.
 — katatonische 40. 218.
 — nach Kopfverletzung 279.
 — syphilitische 242.
 — paralytische 206.
 Verbrecher, geborene 341.
 — krankhafte 330.
 Verfolgungswahn, seniler 180.
 Vergiftungen als Ursache des Irreseins
 365.
 Verrücktheit 156.

Verschrobenheit 34.
 Verstellung bei Hysterie 268.
 — bei traumatischer Neurose 284.
 Verstimmung, ängstliche bei Melancholie 6. 8.
 — beim manisch-depressiven Irresein 12.
 — epileptische 52.
 — konstitutionelle 313.
 — periodische 314.
 Versündigungswahn 6.
 Verwirrtheit, akute 145.
 Verworrenheit, halluzinatorische 127.

W

Wahnbildungen bei Dementia praecox 163.
 — bei manisch-depressivem Irresein 81.

Wahnbildungen bei Melancholie 8.
 — bei Paralyse 95. 173.
 — bei Paranoia 154.
 Wahnsystem bei Paranoia 157.
 Willenshemmung 13.
 Wochenbett als Ursache der Katatonie 41. 140.
 Wochenbettirresein 139.
 Wortspielerei 25. 92.
 Worttaubheit 231.

Z

Zähneknirschen bei Paralyse 216
 Zwangsantriebe 292.
 Zwangsbefürchtungen 287.
 Zwangsirresein 289.
 Zwangsvorstellungen 287.
 Zwergwuchs bei Kretinismus 360.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

MÖBIUS, Dr. P. J., Ausgewählte Werke. Jeder Band *M* 3. —
geb. *M* 4.50.

— — **Band I. J. J. Rousseau.** XXIV, 311 S. mit Titelbild und Handschriftprobe. 1903.

„Das vorliegende Buch, in dem uns M. die Entwicklung der Geistesstörung J. J. Rousseaus schildert, wird von jedem Gebildeten von Anfang bis Ende mit warmem Interesse, ja mit Spannung gelesen werden, denn die Lösung der Aufgabe ist M. in mustergültiger Weise gelungen.“
Prof. E. Kraepelin.

— — **Band II und III. Goethe.** 260 und 264 S. mit Titelbildern. 1903.

Literarisches Centralblatt: M. unternimmt eine umfassende Darstellung des Pathologischen bei Goethe in den Werken und der Person selbstverständlich unter Bevorzugung der Abnormitäten geistiger Art. Dieser Aufgabe, deren außerordentliche Wichtigkeit noch von der Schwierigkeit ihrer Behandlung übertroffen scheint, ist der ausgezeichnete Neurologe in so hervorragendem Maße gerecht geworden, daß es vielleicht nicht zu kühn ist, wenn wir sein Buch als die inhaltreichste Frucht der Goetheforschung der jüngsten Jahre auffassen . . .

— — **Band IV. Schopenhauer.** XII, 282 Seiten mit 13 Porträts. 1904.

Der 1. Teil ist ein Gutachten über den Geisteszustand Schopenhauers. In ihm wird auf Grund der Familiengeschichte und der Biographie gezeigt, daß Schopenhauer eine „pathologische Mehrwertigkeit“ war.
Der 2. Teil des Buches enthält eine Kritik der Philosophie Schopenhauers vom Standpunkte des Verfassers aus, die bei aller Schärfe des Urteils den Kern der Lehre als gesund anerkennt, und die Freunde wie Gegner Anregung gewähren wird.

— — **Band V. Nietzsche.** VIII, 194 Seiten mit 2 Bildnissen. 1904.

Medizin. Blätter: Die Schrift über Nietzsche gehört zum besten, das wir dem rührigen Leipziger Neurologen verdanken; die durchaus gesunde psychiatrische Anschauung macht dieselbe dem Fachmann außerordentlich wertvoll, aber auch der nicht spezialistisch geschulte Arzt wird viel Anregung und viel Belehrung aus ihr schöpfen.

— — **Band VI. Im Grenzlande.** Aufsätze über Sachen des Glaubens. XII, 248 Seiten mit Fechners Bildnis. 1905.

Inhalt: Über die drei Wege des Denkens. Drei Gespräche über Religion. Über die Veredelung des Menschen. Drei Gespräche über Metaphysik. Über den Zweck des Lebens. Über den Anthropomorphismus.

— **Über die Anlage zur Mathematik.** VIII, 332 S. mit 51 Bildnissen. 1900. *M* 7.—, geb. *M* 8.50.

Nach M.'s Darstellung wird das mathematische Talent nicht erworben, sondern mit zur Welt gebracht; es ist nicht proportional den anderen geistigen Fähigkeiten, sondern kann bei großer Intelligenz klein sein und umgekehrt. . . . Der besonderen Geistesbeschaffenheit des Mathematikers entspricht auch eine körperliche Besonderheit: eine ungewöhnlich starke Entwicklung des oberen äußeren Augenhöhlenwinkels.

— **Über Kunst und Künstler.** VIII, 296 S. mit 8 Tafeln. 1901. *M* 7.—, geb. *M* 8.50.

Verfasser kommt bei seinen Untersuchungen zu der Annahme bestimmter einzelner Kunsttriebe, deren fünf unterschieden werden. Er zeigt, daß einzelne dieser Triebe bei einzelnen Menschen von Geburt an besonders stark entwickelt sind und daß der ungewöhnlich starke Trieb oder das Talent den Künstler zu seiner Tätigkeit nötigt.

— **Vermischte Aufsätze.** IV, 176 S. 1898. *M* 4.—

In dem vorliegenden Hefte ist Altes und Neues abgedruckt. Die wichtigsten dieser Studien betreffen die augenblicklich im Vordergrund stehende Bewegung zur Änderung unsrer sogenannten „Nervenheilstätten“ in Arbeitsanstalten für Nervenranke und vor allem die Neugründung von Volksheilstätten für solche Patienten. Auch was wir über den Kampf gegen den Alkoholismus, den Kampf gegen die Tuberkulose und gegen die venerischen Krankheiten erfahren, das sollte in breiteren Schichten des Publikums bekannt werden.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

MÖBIUS, Dr. P. J., Stachyologie. Weitere vermischte Aufsätze. VIII, 219 S. 1901. *M* 4.80, geb. *M* 6.—

Diese „Abreue“ setzt sich aus folgenden Arbeiten zusammen: 3 Gespräche über Metaphysik. 3 Gespräche über Religion. Psychiatrie und Literaturgeschichte. Über J. J. Rousseaus Jugend und W. A. Freund. Über die Heilung des Orest. Über das Studium der Talente. Über die Vererbung künstlerischer Talente. Über einige Unterschiede der Talente. Über einige Unterschiede der Geschlechter. Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes. Über Entartung. Über Mäßigkeit und Enthaltensamkeit.

— **Neurologische Beiträge.** 4 Hefte. 1894—1895. *M* 14.—

Inhalt: 1. Heft: Über den Begriff der Hysterie und andere Vorwürfe vorwiegend psychologischer Art. VI, 210 S. 1894. *M* 4.—

2. Heft: Über Akinesia algera. Zur Lehre von der Nervosität. Über Seelenstörungen bei Chorea. IV, 137 S. 1894. *M* 3.—

3. Heft: Zur Lehre von der Tabes. IV, 154 S. 1895. *M* 3.—

4. Heft: Über verschiedene Formen der Neuritis. Über verschiedene Augenmuskelerkrankungen. IV, 216 S. 1895. *M* 4.—

— **Nervenkrankheiten.** Ein kurzes Lehrbuch. VIII, 188 S. 1893. geb. *M* 4.50

Deutsche Medizinal-Zeitung. Das gediegene kleine Buch wird sich schnell überall einbürgern. Es enthält bei aller Kürze das Wissenswerteste aus dem Gebiete der Nervenkrankheiten und zwar in so ansprechender origineller Form, daß es das Interesse des Lesers stets fesselt.

SCHWARZ, G. CH., Über Nervenheilstätten und die Gestaltung der Arbeit als Hauptheilmittel. Mit einer Einführung von Dr. P. J. Möbius, Leipzig. XII, 134 S. 1903. *M* 2.50, geb. *M* 3.20

Die aus praktischen Erfahrungen gesammelte Schrift richtet sich an Ärzte, speziell Nervenärzte, Medizinalbeamte, sowie alle Förderer des Gemeinwohles.

Das gut und überzeugend geschriebene Buch hat besondere Berechtigung und verdient vollkommen die warmen Worte, mit denen es Dr. Möbius eingeführt hat ... Niemand, der sich für die Sache interessiert, darf die Schrift ungelesen lassen.

BUNGE, Dr. med. et phil. G. von, Professor an der Universität Basel, Alkoholvergiftung und Degeneration. Ein Vortrag, gehalten auf Ersuchen des Zentralausschusses der Abstinenzvereine am 17. Januar 1904 in der französischen Kirche zu Bern. 1. u. 2. Auflage. 1904. [20 Seiten] *M* —.40 (Bei gleichzeitigem Bezuge von mindestens 50 Stück à *M* —.30, von 200 und mehr Stück à *M* —.25.)

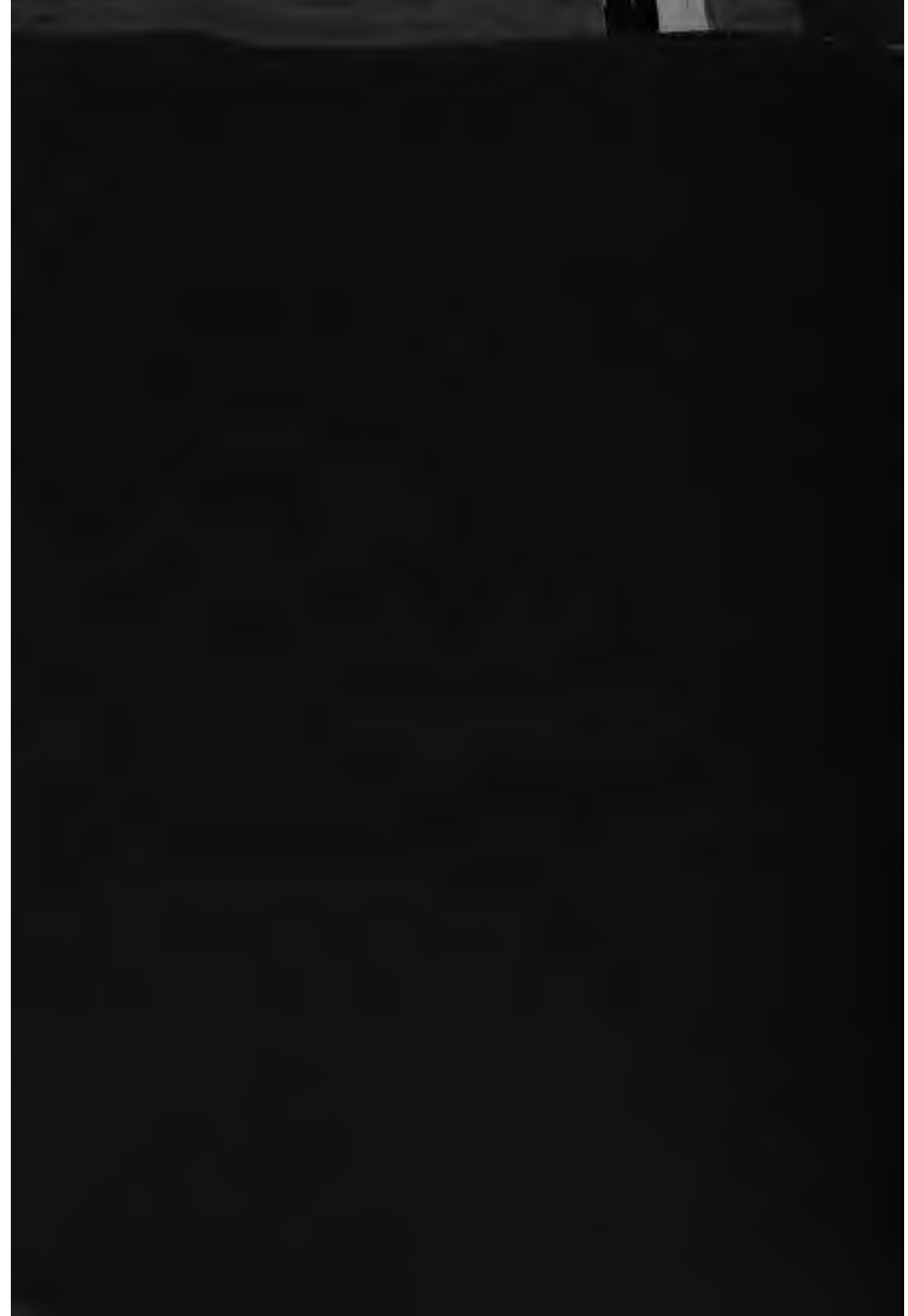
Abstinenz-Rundschau: ... Es liegt in allem, was Bunge schreibt, eine elementare Kraft, ein Überzeugungszwang, dem sich kein sozial und sittlich denkender Mensch entziehen kann. So auch hier. Die jüngste Schrift ist ein gewaltiger Fels, der aus der unendlichen Flut der modernen Antialkoholliteratur hoch emporragt, ein Fels, auf den wir bauen sollen und müssen. Banal wäre es, diese Arbeit noch besonders „zur Lektüre zu empfehlen“. Es ist selbstverständlich, daß jeder gewissenhafte Streiter im Kampfe wider den Alkohol sich die Ausführungen unseres großen Vorkämpfers zu eigen machen muß.

ACKERMANN, Dr. med., OSWALD (Chemnitz). Alkoholgenuß als Krankheitsursache. Gemeinverständlich bearbeitet. 64 Seiten. *M* 1.—

Volksausgabe 30 Pf. (weniger als 20 Exemplare werden vom Verleger nicht abgegeben).

Die Enthaltensamkeit: Die Schrift behandelt in gemeinverständlicher Form hauptsächlich die verschiedenen Erscheinungen des chronischen Alkoholismus. Sie enthält eine Reihe trefflich gezeichneter Krankheitsbilder und bietet dem Laien manche wertvolle Anregung und Belehrung.





This book should be returned to
the Library on or before the last date
stamped below.

A fine of five cents a day is incurred
by retaining it beyond the specified
time.

Please return promptly.

WILSON
BOOKS
NOV 13 1935
W. A. G. 21
DUE 1 1936



Phil 6960.5.12

Einführung in die psychiatrische K

Widener Library

005625763



3 2044 084 649 524