



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.

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
L601 L52 1904
Lehrbuch der Psychiatrie / bearb. von A.



24503341434

LEHRBUCH
DER

PSYCHIATRIE

BEARBEITET
VON
BINSWANGER-CRAMER-
HOCH-SIEMERLING-
WESTPHAL-WOLLENBERG

L 601
L 52
1904

VERLAG GUSTAV FISCHER JENA 1904

FROM
PAUL B. HOEBER
BOOKS
ST., N.Y.

LANE

MEDICAL

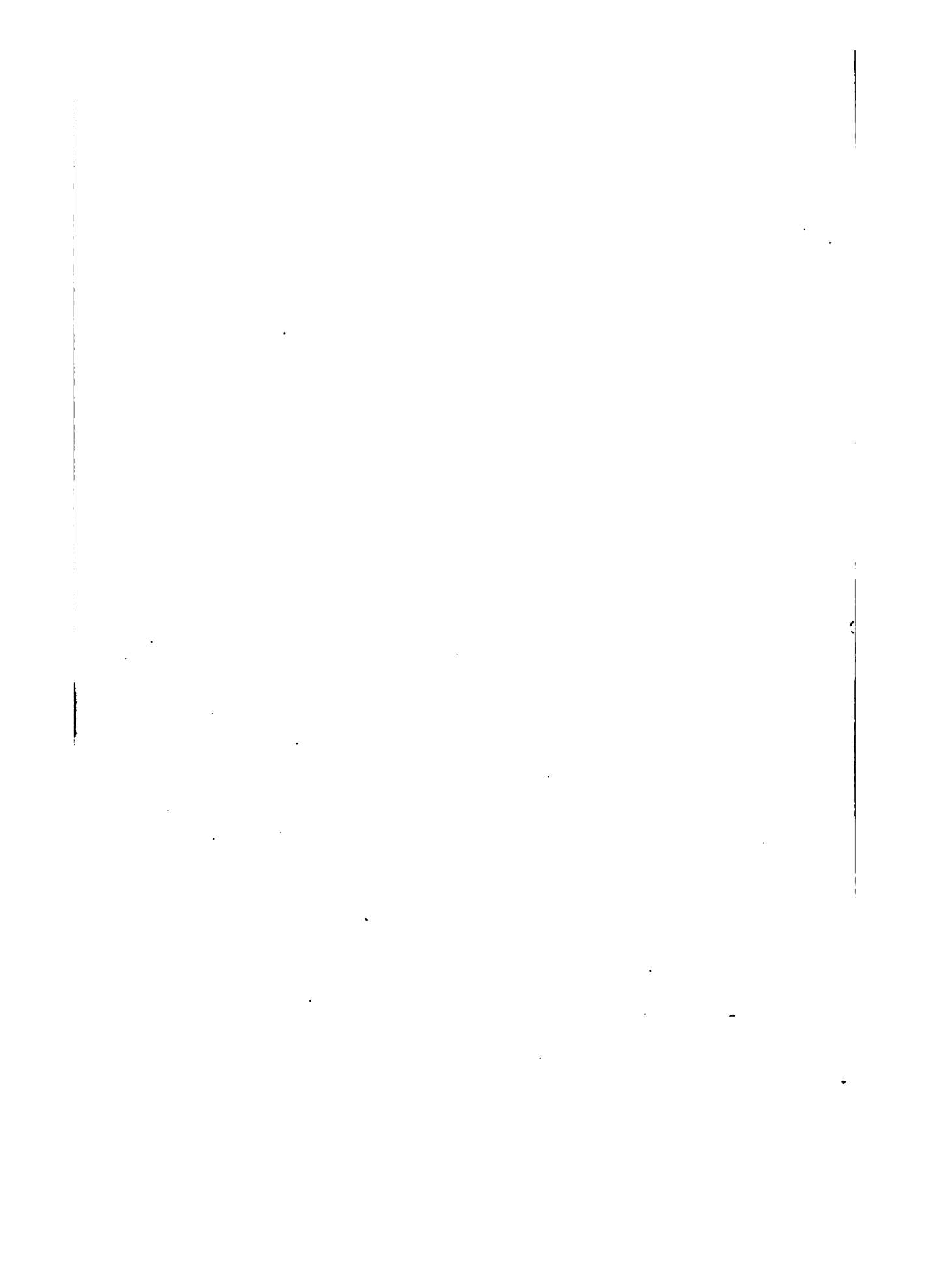


LIBRARY

GIFT
New York Academy of
Medicine







Lehrbuch der Psychiatrie

bearbeitet von

Dr. A. Cramer,

o. ö. Professor der Psychiatrie, Direktor
der psychiatr. Klinik und Poliklinik für
psychische u. Nervenkrankheiten in Göttingen,

Dr. A. Westphal,

a. o. Professor der Psychiatrie, Direktor
der psychiatr. Klinik in Greifswald,

Dr. A. Hoche,

o. ö. Professor der Psychiatrie, Direktor
der psychiatr. Klinik in Freiburg i. Br.,

Dr. R. Wollenberg,

o. ö. Professor der Psychiatrie, Direktor
der psychiatr. Klinik in Tübingen

und den Herausgebern

Dr. O. Binswanger,

o. ö. Professor der Psychiatrie, Direktor der psychiatr. Klinik in Jena, Geh. Medizinalrat

und

Dr. E. Siemerling,

o. ö. Professor der Psychiatrie, Direktor der psychiatr. und Nervenklinik in Kiel,
Geh. Medizinalrat.



Verlag von Gustav Fischer in Jena
1904.

LIBRARY

Alle Rechte vorbehalten.

Y&A&B&C DPA

52
1934

Vorwort.

Das vorliegende Lehrbuch der Psychiatrie reiht sich hinsichtlich der Einteilung und der gemeinsamen Bearbeitung des Lehrstoffes durch eine Anzahl klinischer Lehrer den im gleichen Verlage erschienenen Lehrbüchern anderer ärztlicher Disziplinen an.

Es ist dem Bedürfnis entsprungen, den Praktikanten in der psychiatrischen Klinik eine kurzgefaßte und zugleich möglichst vollständige Darstellung des gesamten Wissensgebietes zu geben, welches ihnen bei den klinischen Übungen zur lebendigen Anschauung gebracht werden soll.

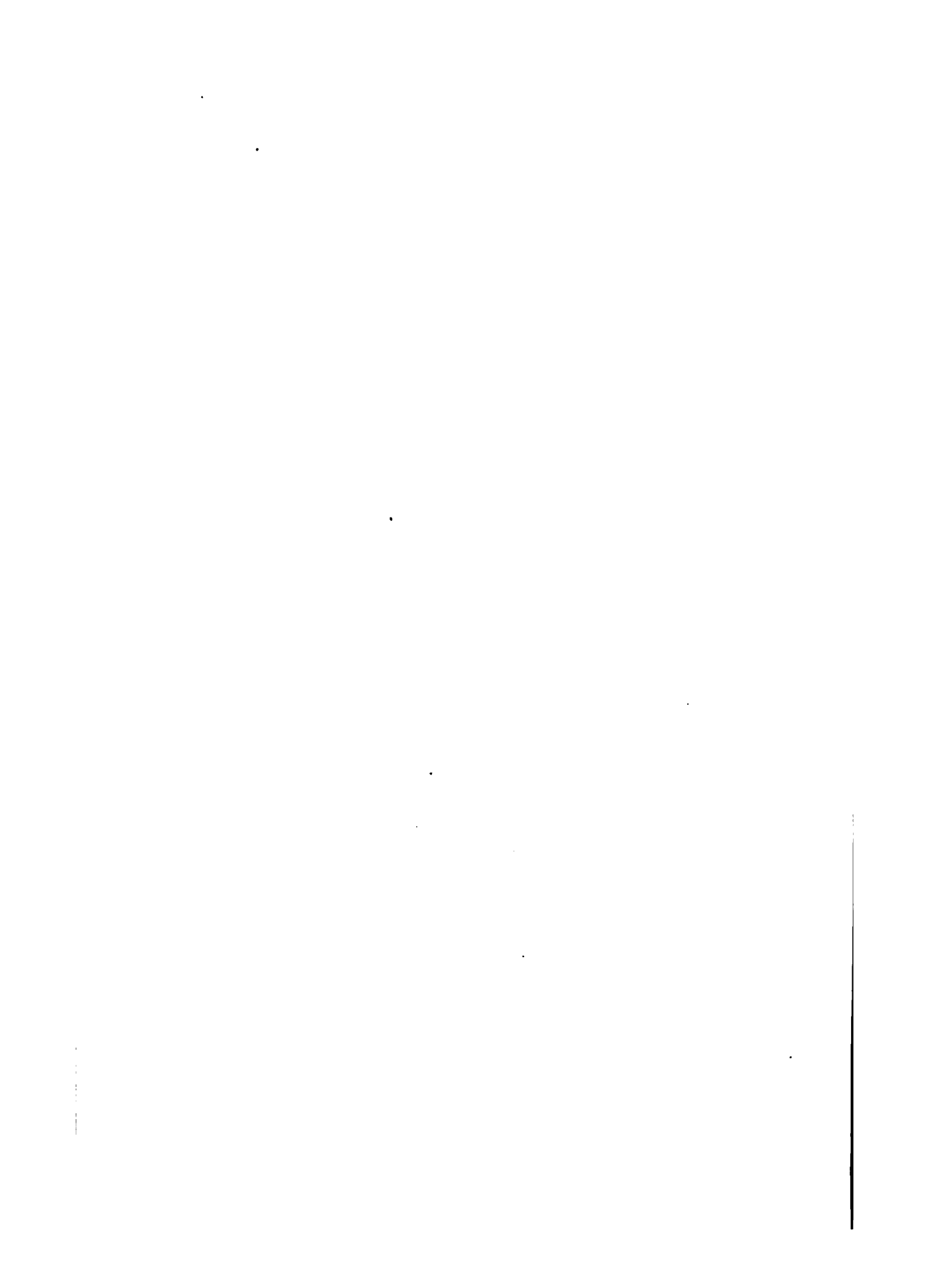
Es soll sichtlich und klärend wirken, wenn die oft übergroße Fülle von Einzelwahrnehmungen den ungeübten Beobachter verwirrt und ihn unfähig macht, das unwesentliche Beiwerk von den hauptsächlichlichen und ausschlaggebenden Krankheitserscheinungen zu trennen.

Gilt doch für die Psychiatrie ganz besonders die Erfahrung, daß erst nach Überwindung dieser Schwierigkeiten der Symptomatologie eine fruchtbringende, die Ursachenlehre und die Verlaufsrichtungen der Geistesstörungen in gleicher Weise berücksichtigende Diagnostik dem Lernenden möglich wird. Dieses Lehrbuch soll den klinischen Unterricht ergänzen, ihn keineswegs ersetzen.

Wir hoffen, daß es auch den weiteren Zweck erfüllt, dem praktischen Arzte das früher Gelernte wieder aufzufrischen und ihn in den Stand zu setzen, dieses am Krankenbette nutzbringend zu verwerten.

Dem Plane des Buches entsprechend sind alle wissenschaftlichen Kontroversen streng vermieden, und nur der einigermaßen gesicherte Bestand unseres Lehrgebietes ist zur Darstellung gebracht worden.

Die Herausgeber.



Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Allgemeine Psychiatrie	1—78
Einleitung	1—3
Allgemeine Symptomatologie der Geisteskrankheiten	3—52
I. Die Störungen der Empfindung	3—13
II. Störungen der Vorstellungsbildung und der Ideen- assoziatio n	13—36
III. Die krankhaften Störungen des Gefühlslebens	36—46
IV. Störungen des Handelns	46—51
V. Die körperlichen Begleiterscheinungen der Geistes- störungen	51—52
Allgemeine Ätiologie	53—66
I. Individuelle Prädisposition	53—58
II. Allgemeine prädisponierende Ursachen	58—60
III. Äußere Ursachen	60—66
Pathologische Anatomie	67—69
Verlauf, Prognose, Diagnose	69—74
Allgemeine Therapie	74—78
von O. BINSWANGER.	
Spezielle Psychiatrie	79—337
Die Manie	79—89
Die Melancholie	90—102
Periodische (und zirkuläre) Geistesstörungen	103—114
Die Neurasthenie oder Nervenschwäche	114—125
Die hypochondrische Form der Neurasthenie (Die Hypochondrie)	126—131
von A. WESTPHAL.	
Paranoia. Verrücktheit	132—157
I. Paranoia acuta	133—139
II. Paranoia chronica	139—150
III. Querulantenwahnsinn	150—156
IV. Induziertes Irresein	156—157
Delirien	158—170
Amentia	171—179
Graviditäts- und Puerperalpsychosen	179—184
von E. SIEMERLING.	

	Seite
Alkoholpsychosen	185—199
Psychosen bei Morbus Basedowii	199
Psychosen bei Chorea	200—202
Die Morphiumpsychosen	202—204
Die Cocainpsychosen	204
Die hysterische Seelenstörung	205—215
Die epileptische Seelenstörung	215—229
von A. CRAMER.	
Geistige Schwächezustände	230—268
Die Imbezillität	231—241
Die Idiotie	242—245
Kretinismus und Myxoedem	245—248
Dementia praecox	248—268
Die Hebephrenie	250—256
Die Katatonie	257—264
Dementia paranoides	265—268
von A. HOCHÉ.	
Die Dementia paralytica	269—309
Geistesstörungen bei Arteriosklerose	309—318
Senile Geistesstörungen	318—326
Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis	326—329
Geistesstörungen bei Gehirntumoren	329—331
Geistesstörungen bei multipler Sklerose	331—332
Traumatische Psychosen	332—337
von R. WOLLENBERG.	
Sachregister	338—341

Allgemeine Psychiatrie.

Von

O. Binswanger, Jena.

Einleitung.

Die Psychiatrie umfaßt denjenigen Teil der Allgemeinerkrankungen des Gehirns, welche vorwiegend mit Störungen der psychischen Vorgänge verknüpft sind. Diese psychischen Vorgänge sind an die Funktion der nervösen Elemente der Hirnrinde gebunden; cortikale Störungen müssen demgemäß als Ausgangspunkt der psychischen Krankheitserscheinungen bezeichnet werden. Man kann deshalb im engeren Sinne sagen: die psychischen Krankheiten sind Allgemeinerkrankungen der Großhirnrinde. Die anatomischen Veränderungen, welche diesen cortikalen Funktionsstörungen zugrunde liegen, sind bislang nur zum geringsten Teil aufgeheilt. Es hängt dies nicht allein mit der Schwierigkeit der anatomischen Untersuchung der cortikalen Nervelemente zusammen, sondern beruht auch sicherlich zum großen Teile auf dem besonders gearteten Verhältnis zwischen den biochemischen und biomechanischen Vorgängen der cortikalen Neurone. Der Gedanke ist naheliegend, daß der psychischen Tätigkeit, den höchststehenden und verwickeltesten Lebensäußerungen, ein Substrat entspricht, welches sowohl hinsichtlich des Baues, als auch der Leistungen seiner elementaren Bestandteile — der Neurone — die höchsten Anforderungen erfüllen muß. Die Aufnahme von Reizen, ihre intracortikale Verarbeitung und die Entsendung von Erregungen unterliegen hier schon unter physiologischen Bedingungen den weitgehendsten Schwankungen, welche nicht nur von der Intensität der Reizwirkungen und von dem Tätigkeitszustande des von dem Reize betroffenen Neurons, sondern auch von den Einwirkungen abhängen, welche durch andere, mit diesem Neurone in leitender Verbindung stehende Neurone auf dasselbe ausgeübt werden.

Es ist bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse unmöglich, das physiologische Problem, welches uns bei der Untersuchung der körperlichen Grundlagen der psychischen Erscheinungen gestellt ist, zu lösen. Um aber zu einer einigermaßen zutreffenden Kennzeichnung der cortikalen Innervationsvorgänge zu gelangen, ist es unerläßlich, sich gewisse Grundlehren der physiologischen Mechanik der Nervensubstanz zu vergegenwärtigen.

Jede äußere Einwirkung auf nervöse Elemente, welche ihre Funktion anregt oder abändert, wird Reiz genannt. Äußere Reize sind die physikalischen und chemischen Einwirkungen, die von der Außenwelt ausgehen, innere („automatische“) Reize nennt man alle diejenigen reizenden Einflüsse, die in den die Nervelemente umgebenden Geweben und Organen ihren Sitz haben (Blut, Gewebsflüssigkeit usw.).

Bei jedem Reizungsvorgange machen sich in den Neuronen zwei entgegengesetzte Wirkungen geltend:

- A. solche, die auf Erzeugung äußerer Arbeit (Muskelzuckungen, Wärmeentwicklung, Sekretion usw.) gerichtet sind, und
- B. andere, welche die freiwerdende Arbeit wieder zu binden streben.

Die Versuche, diese bahnenden und hemmenden Wirkungen auf bestimmte biomechanische und biochemische Vorgänge zurückzuführen, haben die folgenden Anschauungen gezeitigt. Die funktionstragende Nervensubstanz besteht aus äußerst labilen Atomenkomplexen (lebendige Eiweißmoleküle: Biogone, VERWORN), in welchen beständig bald positive (Ausgabe von Arbeitswerten), bald negative Molekulararbeit (Anhäufung von vorrätiger Arbeit) in überwiegendem Maße geleistet wird. Der positiven Molekulararbeit entspricht im wesentlichen der Vorgang der Dissimilation, d. i. die Spaltung der losen, zusammengesetzten zu festeren, schwerer zersetzbaren chemischen Verbindungen (Oxydationsprozesse). Die negative Molekulararbeit umfaßt im wesentlichen die Assimilation, d. i. den Aufbau der komplexen chemischen Moleküle (synthetische Prozesse). Ermüdung und Erschöpfung beruhen auf übermäßig gesteigerter positiver Molekulararbeit: Erholung tritt beim Überwiegen der negativen Molekulararbeit auf¹⁾.

Das Zusammentreffen zweier Reizungen im gleichen Neurone wird als Interferenz der Reizungen bezeichnet. Ihre Wirkung tritt bald als Steigerung (Bahnung), bald als Verringerung (Hemmung) eines im Ablauf befindlichen Erregungsvorganges hervor. Von den besonderen Bedingungen, welche das Ergebnis einer Interferenz von Reizungen bestimmen, sei hier nur die für die Pathologie wichtigste hervorgehoben: der Zustand des nervösen Zentralorgans. Bei normaler Leistungsfähigkeit werden durch Interferenz eher hemmende Wirkungen, bei Erschöpfung eher erregende Wirkungen ausgelöst. Eine Verringerung oder Aufhebung von nervöser Funktion kann demgemäß bedingt sein einerseits durch wirklichen Ausfall bestimmter Arbeitsleistung und andererseits durch Hemmung einer bestehenden Erregung infolge interferierender Reizwirkungen. Der Stoff- und Kräftewechsel in den zentralen Neuronen findet höchstwahrscheinlich in der Weise statt, daß zugeführte Reize zuerst die negative Molekulararbeit steigern. Erst intensivere oder wiederholte Reize bewirken positive Molekulararbeit.

WUNDT vertritt die Auffassung, daß in jeder zentralen Nervenzelle eine periphere und eine zentrale Region zu unterscheiden sind: Reizungen, welche die zentrale Region ergreifen, führen eine Fortpflanzung der hier infolge gesteigerter negativer Molekulararbeit stattfindenden Hemmungsvorgänge auf die periphere Region herbei, und umgekehrt bedingen Reizungen, welche die periphere Region treffen, eine Ausbreitung der hier infolge gesteigerter positiver Molekulararbeit ausgelösten Erregungsvorgänge auf die zentrale Region. Anatomisch betrachtet fällt nach WUNDT die zentrale Region der Ganglienzelle mit dem Ursprungsgebiete der Achsenfaser (des Neuriten) zusammen, während die periphere Region der Ursprungsmasse der Protoplasmafortsätze (Dendriten) entspricht. Die Ganglienzelle ist in dem Sinne trophisches Zentrum der Nervenfasern, daß nicht bloß Abfluß aufgespeicherter und frei gewordener Arbeit, sondern auch eine fortwährende „Stoffwanderung“ von dem Zentrum nach den peripheren Abschnitten des Neurons stattfindet. Durch diese Kraft- und Stoffwanderung können bei großer Ansammlung vorrätiger Arbeit in einer bestimmten Nervenzelle oder in einem Nervenzellenkomplexe neue dynamische Wechselbeziehungen zwischen benachbarten Zentralteilen sich entwickeln und so die Arbeitsleistung durch Zufuhr vorrätiger Arbeit von benachbarten Punkten aus gesteigert werden. Übung im Sinne dieser Prinzipien der Zellenergetik kennzeichnet die Tatsache, daß durch öfters wiederholte gleichartige Reizungen die Fortleitung von Erregungsvorgängen in einer bestimmten Richtung erleichtert wird, indem die zentrale Substanz innerhalb dieser allmählich „ausgeschliffenen Bahn“ immer mehr die der peripheren Region eigentümliche Beschaffenheit erlangt. Unter vikariierender Funktion verstehen wir den Übungserfolg, wenn unter geeigneten Bedingungen die Reizung innerhalb der zentralen Substanz neue Bahnen zu anderen, funktionell nahestehenden Neuronen einschlagen kann, nachdem durch Krankheitsprozesse die früheren Funktionsträger vernichtet worden sind.

1) VERWORN bezeichnet als Ermüdung im engeren Sinne die durch Vergiftung mit den eigenen Zersetzungsprodukten entstehende Herabsetzung der Funktion, während die Erschöpfung aus dem Verbrauche und mangelnden Wiederersatz der lebendigen Substanz entspringt.

Die Übertragung dieser der Molekularmechanik entnommenen Begriffsbestimmungen auf die psychischen Erscheinungen ist nur unter der klaren Erkenntnis der Tatsache statthaft, daß damit über das Wesen der psychischen Prozesse eine Aufklärung nicht geschaffen werden kann. Eine mechanistische Erklärung der psychischen Vorgänge ist schlechterdings unmöglich. Läßt man alle erkenntnistheoretischen Erwägungen beiseite, so wird man notwendigerweise zu der Anschauung gelangen, daß die psychischen Vorgänge zwar regelmäßig von einem physischen Kräftenwechsel, d. h. von materiellen Hirnrindenprozessen, begleitet sind, daß aber jedes dieser Gebiete selbständig für sich besteht (psychophysischer Parallelismus). Die einer psychischen Leistung, z. B. einer sogenannten Willenshandlung, entsprechende materielle Reihe ist verhältnismäßig einfach zu konstruieren. Ein peripherer taktile (optischer, akustischer usw.) Reiz löst eine Erregung in dem zugehörigen cortikalen Sinnesgebiete aus. Mittels Assoziationsfasern wird diese Erregung auf andere, und zwar solche Rindenelemente übertragen, welche infolge früherer, auf gleichen Wegen stattgehabter Erregungen mit dem zuerst erregten Rindenelement schon in leitender Verbindung stehen. Es sind durch diese wiederholten gleichartigen Erregungen nicht nur Bahnen des geringsten Leitungswiderstandes geschaffen worden, sondern es wurden auch bleibende Veränderungen in den Nervenzellen bewirkt (Residuen der früheren Erregungsvorgänge: sog. latente Erinnerungsbilder). Erst nachdem eine mehr oder weniger große Reihe corticaler Neurone miterregt worden ist, findet dieser Erregungsvorgang seinen Abschluß in der Erzeugung koordinierter Muskelleistungen, welche durch die Miterregung bestimmter Zellen, resp. Zellenkomplexe der cortiko-motorischen Region ausgelöst worden sind.

Allgemeine Symptomatologie der Geisteskrankheiten.

I. Die Störungen der Empfindung.

In der psychischen Reihe entspricht der cortiko-sensorischen Erregung die Empfindung, während die mittels der assoziativen Verknüpfung miterregten Nerven-elemente, welche die Residuen früherer, gleichartiger Erregungen enthalten, das materielle Substrat der Erinnerungsbilder oder Vorstellungen sind. Der Ausgangspunkt der psychischen Reihe ist also eine Empfindung, an welche sich eine Reihe von Vorstellungen angliedert.

A. Intensitätsstörungen. Aufhebungen oder Herabsetzungen der Empfindlichkeit (Anästhesien und Hypästhesien), bei welchen die Reizschwelle, (d. i. die Reizstärke, welche eben ausreicht, um eine Empfindung auszulösen) abnorm hoch liegt, treten kaum als reine, der Geistesstörung als solcher zugehörige Krankheitserscheinungen auf; sie sind vielmehr meistens ein Zeichen dafür, daß die psychischen Krankheitsvorgänge Teilerscheinungen von Neurosen (z. B. Morbus Basedowii) und Neuropsychosen (vor allem der Hysterie und Epilepsie) sind, oder daß sie als Komplikationen materieller (peripherer, spinaler und zentraler) Erkrankungen des Nervensystems (z. B. periphere Neuritis alcoholica, Tabes und Taboparalyse, multiple Sklerose, Dementia postapoplectica etc.) auftreten.

Das gleiche gilt von den Steigerungen der Empfindlichkeit (Hyperästhesien), bei welchen die Reizschwelle krankhaft erniedrigt ist. Die reinsten Formen kutaner Hyperästhesien bieten die neurasthenisch-hypochondrischen Krankheitszustände und die Hysterie dar. Doch findet man auch Steigerungen der Berührungsempfindlichkeit bei anderen psychischen Krankheitsformen, vor allem bei den akut einsetzenden Psychosen des Pubertätsalters. Fast immer ist mit der Steigerung der Berührungsempfindlichkeit eine Steigerung der Hautreflexe verbunden.

B. Die Störungen der sensoriiellen Gefühle werden, soweit pathologische Verringerungen oder Steigerungen negativer Gefühle in Frage kommen als Analgesien, resp. Hypalgesien und Hyperalgesien bezeichnet, während die gleichen Erscheinungen auf dem Gebiete der positiven Gefühle An-, resp. Hyphedonien und Hyperhedonien genannt werden.

Dabei gilt als Schmerz das negative Gefühl, welches sehr intensive Empfindungen begleitet, ganz abgesehen davon, ob zugleich eine pathologische Steigerung des peripheren Reizvorganges stattgefunden hat.

Da wir dem Gefühlselemente der Empfindung eine gewisse Selbständigkeit zuschreiben, so scheint es uns nicht ausgeschlossen, daß es auch einseitige Steigerungen der Gefühlsreaktionen gibt sowohl im Sinne der Hyperalgesien, als auch der Hyperhedonien, ohne daß eine krankhafte Steigerung der Empfindungsintensität vorliegt.

Die kutanen Analgesien und Hypalgesien gehören, soweit sie primäre Störungen der Gefühlselemente und nicht nur Begleit- und Folgeerscheinungen veränderter Bewußtseinszustände (Traum- und Dämmerzustände) sind, vornehmlich der Hysterie und Hysteroneurasthenie an. Doch finden wir auch beim angeborenen und erworbenen Schwachsinn ein sehr erhebliches Sinken der Schmerzgefühle. Viel häufiger und praktisch bedeutsamer sind die Hyperalgesien, welche nicht nur bei der Hysterie und Hysteroneurasthenie, sondern auch bei allen Psychosen mit pathologisch veränderten Gefühlserregungen sehr ausgeprägt sein können. Die kutanen und tiefen Hyperalgesien geben sich bald nur bei Einwirkung mechanischer Reize kund, bald treten sie als sogenannte spontane Schmerzen auf. Es sind hier die umschriebenen kutanen Hyperalgesien bei Erkrankungen innerer Organe (HEAD) und die sogenannten Druckschmerzpunkte besonders zu nennen. Letztere sind kleinere oder größere (bis fünfmarkstückgroße) umschriebene Stellen der Körperoberfläche, von welchen aus durch stärkeren Druck in den tiefer gelegenen Partien, einschließlich der Körperhöhlen, Schmerzen ausgelöst werden können.

Derartige Druckpunkte oder Druckzonen, von welchen aus die weitgehendsten Irradiationen des örtlich erzeugten Schmerzes hervorgerufen werden können, lassen sich in subkutane (Wirbel-, Skapular-, Interkostal-, Inguinal-, Symphysen-, Coccygeal- usw.) und viscerale Druckpunkte unterscheiden. Unter letzteren heben wir den Iliakal- (fälschlich Ovarie genannt), den Mammal-, den epigastrischen und den Paraumbilikaldruckpunkt (2 Finger breit seitlich vom Nabel) hervor.

Auch die Schmerzen, welche gewisse pathologische Organempfindungen (Gemeinempfindungen) begleiten (Hungerschmerz, Heißhunger, Bulimie), sowie die sog. Paralgesien, welche sich mit abnormen Empfindungen verschiedenster Art (Parästhesien) verbinden, können in das Gebiet der hyperalgetischen Krankheitserscheinungen hineingezogen werden.

Die Störungen der positiven Gefühlstöne, sowohl im Sinne der Hyper-, als auch der Afunktion, spielen in der Symptomatologie der Geistesstörungen eine große Rolle, doch sind sie nur selten als primäre, d. h. als Elementarempfindungen begleitende Gefühlsstörungen erkenn-

bar. Sie beruhen vielmehr meistens auf Reflexionen der Gefühlstöne. Sie werden deshalb besser bei den krankhaften Gefühlszuständen besprochen (vergl. pag. 36 ff).

C. Die qualitativen oder inhaltlichen Störungen der Empfindungen (Sinnestäuschungen) zerfallen, wenn wir von den praktisch unwichtigeren Sekundärempfindungen (ein Reiz löst außer der Empfindung auf dem entsprechenden Sinnesgebiete noch eine weitere Empfindung auf einem anderen Sinnesgebiete aus) absehen, in Halluzinationen und Illusionen.

Als Halluzinationen bezeichnen wir Sinnesempfindungen, welche ohne Erregung des betreffenden Sinnes durch ein äußeres Objekt nur infolge innerer Reize auftreten. Ist der pathologische Reizvorgang, welcher Sinnesempfindungen auslöst, im Verlaufe der peripheren Sinnesnervenbahn gelegen, so entstehen elementare Sinnestäuschungen (subjektive Licht-, Klang-, Geschmacks- etc. Empfindungen), welche bei Geisteskranken unter dem Einfluß des wahnhaft veränderten Vorstellungsinhaltes und unter der Mitwirkung krankhafter Stimmungen der Ausgangspunkt neuer Wahnideen werden können. Diese Entstehung der Halluzinationen bei Geisteskranken ist immerhin selten. In der Regel sind pathologische Erregbarkeitszustände in den empfindenden Elementen der corticalen Sinnesflächen selbst oder in den assoziativen Mechanismen, welche die Begriffs- und Urteilsbildung vermitteln, die Ursache. Im ersten Falle kommt es meist zu einförmigen, sich monoton wiederholenden Halluzinationen in einzelnen Sinnesgebieten (stabile Halluzinationen: KAHLBAUM); sie finden ein Analogon in den hypnagogischen Halluzinationen, welche bei neuropathischen Personen gar nicht selten vor dem Einschlafen auftauchen. Es handelt sich dann um einzelne Figuren, Blumen, Tiergestalten, Menschenköpfe u. dergl., seltener um einzelne Worte mit unbestimmter Klangfarbe.

Im zweiten Falle findet eine rückläufige Erregung von den latenten und aktuellen Erinnerungsbildern zu den zugehörigen Empfindungszellen statt. Wir sehen also, daß die corticalen Sinnesflächen wohl immer der Ursprungsort der Halluzinationen sind, daß aber der Ursprungsort der pathologischen Erregung bald in der peripheren Sinnesbahn, bald, und zwar viel häufiger, in den Stätten der Vorstellungs- und Urteilsbildung gelegen sein kann; in jedem Falle fehlt aber ein von der Außenwelt herstammender Reiz.

Die halluzinatorische Erregung führt zu einer Fälschung des Urteils über den wahren Ursprung der Sinnesreizung, indem die Patienten ihre Halluzinationen auf Reize beziehen, welche entweder von der Außenwelt oder wenigstens von Orten herkommen, welche außerhalb der betreffenden Sinnesbahn gelegen sind. Am häufigsten werden dementsprechend die Halluzinationen nach den Gesetzen der exzentrischen Projektion in die äußeren Sinnesfelder (Gesichts-, Klang-, Tast- u. s. w. Felder) verlegt oder in den verschiedensten Stellen des Körpers selbst („innere Stimmen“) lokalisiert.

Ganz verschieden gestaltet sich der Einfluß äußerer Reize auf den Ablauf der pathologischen Erregung.

Viele Kranke schließen die Augen, um ihren Visionen zu entgehen; andere halluzinieren nur nach Augenschluß. Manchmal treten Gehörshalluzinationen nur dann auf, wenn keine oder möglichst wenige äußere Gehörseindrücke stattfinden

(z. B. wenn die Patienten sich die Ohren zustopfen, oder wenn nachts alles still ist, oder endlich bei Sträflingen in der Einzelhaft). In anderen Fällen sind umgekehrt äußere, wenn auch unbestimmte Gehörseindrücke notwendig zur Entstehung von Gehörstäuschungen („funktionelle Halluzinationen“).

Bei der „Reflexhalluzination“ (KAHLBAUM) handelt es sich um die Auslösung einer halluzinatorischen Erregung in einem bestimmten Sinnesgebiete durch wirkliche Sinnesempfindungen auf einem anderen Gebiete. So können die später zu erwähnenden Sprachbewegungsempfindungen durch gehörte Worte erzeugt werden (A. CRAMER).

Ebenso verschiedenartig gestaltet sich der Einfluß der Aufmerksamkeit auf das Auftauchen und Schwinden der Halluzinationen.

Manche Kranke sind von ihren Stimmen befreit, sobald sie sich einer bestimmten körperlichen oder geistigen Tätigkeit, welche ihre Aufmerksamkeit fesselt, hingeben. Auch neue, ungewohnte äußere Eindrücke, z. B. auf Reisen, können die „Stimmen“ vorübergehend zum Schwinden bringen. Ein Teil der Patienten sucht aus diesem Grunde, um ihren „Peinigern“ zu entgehen, anregende Gesellschaft auf oder betreibt eine die Aufmerksamkeit fesselnde Beschäftigung (z. B. Patience legen). Umgekehrt fliehen andere Patienten die Geselligkeit und suchen stille Orte auf, um ungehindert sich ihren Sinnestäuschungen hingeben zu können. In letzterem Falle gelingt meistens auch der direkte Nachweis, daß das Aufmerken auf die Stimmen, das „Hinhorchen“, diese Halluzinationen verstärkt. Alte Halluzinanten können „willkürlich“ Bilder hervorzaubern, wenn sie lebhaft an bestimmte Personen denken und dabei den Blick auf einen festen Punkt richten.

Andererseits beklagen sich die Kranken, wenn auch seltener, darüber, daß die Stimmen sofort schwinden, wenn sie genau auf sie achten. „Es gelingt mir nicht, das Schimpfwort zu erhaschen und den Urheber festzustellen; sobald ich ihm meine Aufmerksamkeit zuwende, verstummt er. Das reine Blendwerk der Hölle, das mich öffnet und foltert!“

Wir finden Halluzinationen in allen Sinnesgebieten: Gesichtshalluzinationen (Visionen), Gehörshalluzinationen (Akoasmen, d. i. Gehörswahrnehmungen allgemeiner Art, und Phoneme, d. i. halluzinierte Wortklangbilder), Geschmackshalluzinationen, Geruchshalluzinationen, Berührungshalluzinationen (haptische Halluzinationen), kinästhetische Halluzinationen (Halluzinationen im Muskelsinne: CRAMER) und Halluzinationen der Organempfindungen. Auf die klinischen Besonderheiten der Halluzinationen in den verschiedenen Sinnesgebieten wird bei der Schilderung der einzelnen psychischen Krankheitsbilder näher eingegangen werden; hier mögen nur die Verschiedenheiten kurz berührt werden, welche aus der wechselnden Intensität der Halluzinationen, aus ihrer größeren oder geringeren sinnlichen Lebhaftigkeit, sowie aus ihrer verschiedenen räumlichen Projektion entspringen.

Die Visionen sind bald einfache Funken, Sterne, Flammen, Blitze, bald unbestimmt umschriebene, schattenhafte und farblose, menschliche und tierische Gestalten oder Landschaftsbilder, bald treten die halluzinatorisch auftauchenden Gestalten mit greifbarster Deutlichkeit hervor, mit scharf markierten Gesichtszügen und (vorwiegend bei Epileptikern und Alkoholisten) mit bunt gefärbter Körperbedeckung.

So erlebte ein Alkoholist folgende Szenen: Eines Abends stand am Horizont gen Norden ein großes Luftschiff, das er bei der klinischen Demonstration nach Art eines großen Kahnens an die Tafel zeichnete. In diesem Schiff befand sich zahlreiche Mannschaft in blau und weiß gestreiften Drilljacken; auf dem Kopfe trugen diese sich lebhaft hin und her tummelnden Luftschiffer bunte, zum Teil rote Mützen. Bewaffnet waren sie mit langen Flinten. Sie landeten dann in der Nähe seines Hauses, schifften sich aus, umstellten seine Wohnung und beschossen dieselbe. Der Patient verrammelte rasch Tür und Fenster und kauerte sich auf einem Stuhl in seiner Wohnstube nieder. Plötzlich sah

er unter dem Tische einen zottigen, schwarzen Hund, einen gelben Ziegenbock und einen alten, bunt gesprenkelten Hahn usw. Er entfloß darauf aus seiner Wohnung und wurde einige Stunden später, von Dornesträucher vollständig zerkratzt, aufgegriffen.

Die Visionen bei hysterischen und epileptischen Patienten sind ins riesenhafte vergrößert oder im Gegenteil zwerghaft verkleinert oder zeigen endlich wirklich gesehene Objekte verdoppelt oder vervielfacht (halluzinatorische Diplopie und Polyopie). Eigentümlich und für die cortiko-sensorische Entstehung der Halluzinationen beweisend ist das Auftauchen von Visionen bei organisch oder funktionell (und zwar wiederum bei der Hysterie und Epilepsie) bedingten hemianopischen Defekten der Gesichtsfeldhälften, für welche die Gesichtsempfindungen bei Lichtreizen aufgehoben sind. In anderen Fällen kann man gerade bei den Visionen den Nachweis liefern, daß periphere Einwirkungen die pathologisch gesteigerte Erregbarkeit der corticalen empfindenden Elemente, die zur Entstehung der Halluzinationen notwendig ist, erst herbeiführen. Es gelingt dies z. B. durch den LIEPMANNschen Versuch bei Alkoholdeliranten selbst nach Ablauf der stürmischen Krankheitserscheinungen: bei Druck auf die geschlossenen Augen tauchen in den Gesichtsfeldern bald einfarbige, dunkle, bald bunte, mehr oder weniger scharf unrisene Tier- und Menschengestalten auf.

Bei den Gehörshalluzinationen sind die Akoasmen die verschiedensten unbestimmten Geräusche (Brausen, Donnern, Murmeln, Glockenläuten usw.): die Phoneme dagegen bestehen aus teils laut, teils leise gehörten Worten mit verschiedenster Klangfärbung. Besonders Interesse beansprucht das, wenn auch seltenere, Vorkommen einseitiger Gehörstäuschungen, welche fast durchweg mit chronischen Erkrankungen des Mittelohrs und krankhaften elektrischen Reaktionen des Nervus acusticus (JOLLY u. a.) verbunden sind. Es genügt dann die elektrische Reizung des Hörnerven, um die Gehörstäuschungen zu erzeugen.

Geruchs- und Geschmackshalluzinationen sind sowohl bei akuten, als auch bei chronischen Halluzinanten verhältnismäßig häufig. Sie besitzen ein große praktische Wichtigkeit, weil sie sehr oft die Ursache sind, daß die Patienten die Nahrungsaufnahme verweigern.

Die haptischen Halluzinationen treffen wir am reinsten bei den toxischen (Alkohol-) Psychosen. Das gleiche gilt von den halluzinatorischen Organempfindungen. Außerdem sind sie sehr häufige Begleiterscheinungen des sog. physikalischen Verfolgungswahns.

So machte einer unserer Kranken einen tätlichen Angriff auf einen ihm völlig fernstehenden Herrn, weil er denselben beschuldigte, daß er ihm (dem Kranken) eine Elektrisiermaschine in den Leib praktiziert habe, welche unaufhörlich darin „herumrumore“.

Die kinästhetischen Halluzinationen (Bewegungshalluzinationen) üben einen entscheidenden Einfluß auf die Körperhaltung und die Willkürbewegungen der Kranken aus und sind verhältnismäßig oft der Grund eigenartiger Zwangsstellungen und monotoner Abwehrbewegungen. Treten sie im Gebiete der Lippen-, Zungen-, Gaumen- und Kehlkopfmuskulatur (Sprechbewegungsempfindungen) auf, so sagen die Kranken, daß ihnen die Zunge aus dem Munde gezerrt würde, oder daß sie bestimmte Gedanken oder Worte in ihrem Munde fühlten.

Als zusammengesetzte Halluzinationen bezeichnet man die Vereinigung der Halluzinationen mehrerer Sinnesgebiete zur Vortäuschung eines realen Objektes. Am häufigsten ist die Vereinigung von Visionen und Phonemen.

So berichtete ein Kranker: „Die Lichtgestalt Gottes in weißem Gewande, mit wallendem Barte und goldener Krone erschien mir auf einem Apfelbaume in meinem Hausgarten und rief mir laut und deutlich zu: »Wilhelm, wanke nicht!«“

Abänderungen der corticalen Erregbarkeit, infolge deren Sinnesempfindungen ohne äußere Reize ausgelöst werden, können durch die verschiedenartigsten Ursachen bedingt sein. Wir erwähnen hier die akuten und chronischen Vergiftungen mit Alkohol, Opium, Haschisch, Belladonna usw., die chronischen Metallvergiftungen (Blei), die infektiösen Prozesse (fiebrhafte Infektionskrankheiten), anämische und kachektische Zustände (z. B. nach schweren Blutverlusten, postfebriler Erschöpfung usw.). Die Halluzinationen sind auch bei diesen Entstehungsbedingungen mit anderen psychischen Krankheitserscheinungen verknüpft: vor allem bestehen zu gleicher Zeit mehr oder weniger intensive Bewußtseinsveränderungen, welche auf Störungen des assoziativen Mechanismus beruhen. Ferner finden sich halluzinatorische Erregungszustände im Verlaufe der Neurosen (Chorea, Epilepsie, Hysterie) entweder unter dem Einflusse heftigerer Affekterregungen oder als Teilerscheinungen komplizierterer psychischer Krankheitszustände, welche auf dem Boden dieser konstitutionellen Neurosen als paroxystische Krankheitsäußerungen entstanden sind. Auch im Verlaufe derjenigen Geistesstörungen, welche durch anatomisch nachweisbare destruktive Prozesse der Hirnrinde ausgezeichnet sind (Dementia paralytica, arteriosklerotische Hirndegeneration, multiple Sklerose), treten Halluzinationen verhältnismäßig häufig auf.

Am wichtigsten und am bedeutsamsten für die Gesamtheit der psychischen Vorgänge sind aber diejenigen Halluzinationen, welche ohne besondere Beziehung zu den vorerwähnten spezifischen Schädlichkeiten, vornehmlich infolge krankhafter formaler und inhaltlicher Störungen der Ideenassoziation, Symptome akuter und chronischer Psychosen sind. Hier sind in erster Linie die akuten und chronischen paranoischen Zustände zu nennen, welche auf dem Boden konstitutioneller Veranlagung erwachsen sind. Es sind dann die Sinnestäuschungen vielfach das hervorstechendste Krankheitselement. Der krankhafte Erregungszustand, welcher das Auftauchen von Sinnestäuschungen verursacht, ist besonders bei chronischen Halluzinanten genauer zu verfolgen, weil bei ihnen die innigen Zusammenhänge der Sinnestäuschungen mit den Erinnerungsbildern aus den Äußerungen der Patienten klarer erschlossen werden können. Die Stimmen (denn um solche handelt es sich bei diesen Patienten vorzugsweise) spiegeln den jeweilig vorhandenen Vorstellungsinhalt wieder (vermittelte oder begleitende Halluzinationen): die Kranken hören ihre eigenen Gedanken. Dieses Lautwerden der Gedanken („Doppeltdenken“) wird von den Patienten in verschiedene zeitliche Beziehung zu ihren Denkvorgängen gesetzt. Bald ist es ein „Mitklingen“, bald ein „Vorsprechen“, bald ein „Nachsprechen“. Selbst beim leisen Lesen rufen die Stimmen alle Worte vor; wenn der Kranke spricht, so werden ihm die Worte von außen laut zudiktirt. Alte Halluzinanten klagen auch darüber, daß die Stimmen nicht einfach ihre Gedanken wiederholten, sondern gewissermaßen als Aufpasser und Richter ihres Denkens ihnen Worte zuriefen, welche Urteile über ihr Wollen und Tun enthielten. Der ganze innere Vorgang des Denkprozesses, welcher sich in der Angliederung einfacher und zusammengesetzter Vorstellungen und in der Bildung von Urteilsassoziationen bis zur Gewinnung einer Zielvorstellung vollzieht, wird bei dieser sich fast ausschließlich in Hallu-

zinationen bewegenden Gedankenbildung lebendig. Die Stimmen gliedern sich hier gar nicht selten in verschiedene Parteien.

So berichtete ein Kranker, daß eine Familie, bestehend aus Vater, Mutter und Töchter, ihn vollständig beherrsche. Die Stimme des Vaters sage ihm erst etwas vor, was er tun solle; die Mutter streite heftig dagegen, nenne ihn „Schafskopf“, „Lümmel“ usw., bis dann endlich die Tochter durch ihr befehlendes Wort die Entscheidung gebe. Durch diese Tochter sei er auch ins Unglück gekommen, da sie ihn gezwungen habe, gegen seine ausdrückliche Überzeugung die häßlichsten Majestätsbeleidigungen auf offener Straße auszurufen. (Der Patient war tatsächlich wegen Majestätsbeleidigung angeklagt; während der gerichtlichen Untersuchung wurde er als chronischer Geisteskranker erkannt.)

In anderen Fällen fassen die Stimmen die wechselnden Gefühlsinhalte in Worte zusammen. Erotische Gefühle und Strebungen wecken widerstreitende Vorstellungen und zugehörige Schamgefühle. Der ganze Widerstreit der um die Herrschaft ringenden Vorstellungen gipfelt dann in Schimpfworten („Schwein“, „Hure“ u. s. w.). Einer unserer Kranken hört erst obszöne Worte, z. B. „Naturschwanz“, die ihn sittlich entrüsten und sofort eine Replik (z. B. „verdammter Kerl“) herbeiführen. In diesem Falle sind schon Übergänge zu den unvermittelten Halluzinationen gegeben. Die Halluzinationen erscheinen als Einschreibungen in dem im Ablauf befindlichen Denkprozeß, welche anscheinend ohne jede inhaltliche Beziehung zu demselben stehen. Hier muß angenommen werden, daß pathologische Erregungsvorgänge in latenten Erinnerungsbildern oder Komplexen von Erinnerungen stattfinden, welche bewirken, daß diese Vorstellungen sich als fremdartige, der gesetzmäßigen Ideenassoziation gewissermaßen entrückte Ideen in den normalen Gedankenablauf störend hineindrängen (vgl. hierzu autothone und Zwangsideen). Zugleich müssen begrifflich zugeordnete Wortklangbilder und Wortklangsempfindungen (Zwangsempfindungen) geweckt werden. Diese unvermittelten Halluzinationen können, wie das vorstehende Beispiel lehrt, zu den merkwürdigsten Neubildungen von Worten führen, welche gebildeten Kranken als widersinnige, ihnen aufgezwungene, „vorgeäffte“ Wortverbindungen erscheinen.

Die rückläufige Erregung cortikaler empfindender Elemente bei der Reproduktion von Vorstellungen mit großer sinnlicher Deutlichkeit ist von KAHLBAUM als Reperzeption bezeichnet worden. Es besteht nach diesem Autor ein bestimmtes Verhältnis zwischen der Stärke der Reperzeption und der Reizbarkeit der cortikalen Sinneszentren: je größer die Reizbarkeit dieser letzteren ist, desto leichter werden die Erinnerungsbilder das Gepräge der sinnlichen Deutlichkeit erhalten, desto schwächer braucht dann die rückläufige Erregungswelle zu sein, um dieselben auszulösen, und desto unabhängiger werden sie vom Vorstellungsverlaufe sein (KRAEPELIN). Lediglich als Vorstellungen von großer Lebhaftigkeit sind die Einbildungstauschungen (KRAEPELIN) aufzufassen, welche als psychische Halluzinationen (BAILLARGER), als Pseudohalluzinationen (HAGEN) oder als Apperzeptionshalluzinationen (KAHLBAUM) bezeichnet worden sind. Bei diesen von den Kranken selbst als innerliche Wahrnehmungen bezeichneten Pseudohalluzinationen handelt es sich höchstwahrscheinlich nur um eine Steigerung der rückläufigen Erregungswelle, nicht aber um eine erhöhte Erregbarkeit der cortico-sensorischen Zentren¹⁾. Sie besitzen einerseits eine nahe Verwandtschaft zu den zusammengesetzten Halluzinationen, da sie

1) Der Ausdruck Zentrum ist hier überall nur im physiologischen Sinne als funktionelle Einheit gemeint und beansprucht keine bestimmte anatomische Bedeutung.

meist mehrere oder alle Sinnesgebiete in zusammenhängender Weise umfassen, und andererseits zu den vermittelten Halluzinationen, weil sie in enger Beziehung zu dem aktuellen Vorstellungsinhalte stehen.

Umgekehrt sind die Perzeptionsphantasmen oder Wahrnehmungstäuschungen (KRAEPELIN) in der Hauptsache auf pathologische Reizzustände in den kortikalen Sinneszentren selbst zurückzuführen. Sie gehören fast ausschließlich der Gruppe der unvermittelten Halluzinationen an.

Kennzeichnend für den mächtigen Einfluß der Halluzinationen auf die inhaltliche Gestaltung der Wahnideen bei paranoischen Zuständen ist folgendes Beispiel:

Bei einem chronisch paranoischen Arzte waren die ersten Anfänge des Leidens in der Mitte der zwanziger Jahre durch ganz episodisch auftretende halluzinatorische Erregungszustände ausgezeichnet, in welchen beschimpfende Stimmen im Vordergrund standen. Der intellektuell hochstehende Patient bewahrte damals noch in diesen krankhaften Phasen seine volle Besonnenheit und ließ sich in lange Diskussionen darüber ein, ob er die Worte wirklich gehört oder halluziniert habe. Er stritt förmlich mit seiner Krankheit und suchte auf allen Wegen der Wahrheit auf die Spur zu kommen. So fuhr er eines Tages allein in einem Nachen auf einen großen See hinaus. Als er dort eine Stimme hörte, sagte er sich, wie er nachträglich berichtete, „das muß eine Sinnestäuschung sein“. Wenige Stunden später ans Land zurückgekehrt, erklärte er trotzdem neue Phoneme als auf wirklichen Gehörseindrücken beruhend und beschuldigte den Wärter, ihn in der gemeinsten Weise beschimpft zu haben.

Alle Erfahrung und Belehrung ist wertlos geworden gegenüber dem bestimmenden Einfluß der Halluzination auf Denken und Handeln. Obgleich manche chronische Halluzinanten ihre Sinnestäuschungen von den wirklichen, auf äußeren Reizen beruhenden, auf „natürlichem Wege“ entstandenen Sinnesempfindungen zu unterscheiden vermögen, indem sie jene als andersgeartete, ihnen eingegebene, vorgegaukelte Wahrnehmungen bezeichnen, so sind sie doch außerstande, sich ihrem Einflusse zu entziehen. Nur dann, wenn bei akuten, heilbaren Fällen die Zahl und die Intensität der Sinnestäuschungen abnimmt, und wenn zugleich die normalen Urteilsbildungen an Kraft und Sicherheit die Überhand gewinnen, gelingt es den Kranken, ihre Halluzinationen allmählich aus dem Denkinhalte auszuschalten. „Ich höre noch hie und da einzelne Stimmen, aber sie sind mir gleichgültig geworden. Ich habe auch ein paarmal noch Bilder gesehen, aber ich kümmerge mich nicht mehr um sie“, berichtete eine an periodischen halluzinatorischen Erregungszuständen leidende Patientin fast jedesmal beim Abklingen ihrer Krankheitsphasen. Ist bei chronisch verlaufenden Geistesstörungen ein tiefergreifender Intelligenzdefekt eingetreten, so kann, trotzdem auch weiterhin Phoneme vorhanden sind, infolge der geistigen Verarmung jede Einwirkung derselben auf das Tun und Handeln der Kranken vermißt werden. Das sind aber Ausnahmen, welche den Satz nicht erschüttern, daß die Sinnestäuschungen der maßgebende Faktor für die Handlungen der Kranken sind. Es beruht dies nicht auf einer größeren sinnlichen Lebhaftigkeit der Sinnestäuschung im Vergleich zu den normalen Empfindungen. Denn dieser übermächtige Einfluß der Halluzination bleibt sehr oft auch bestehen, wenn ihre sinnliche Deutlichkeit verhältnismäßig gering ist. Viel wichtiger erscheint die Art und der Weg des Erregungsvorganges, welche zur Entstehung der Sinnestäuschung geführt haben. Es sind eben pathologische Vorstellungsreize, welche ihre Grundlage in den Denkvorgängen der Kranken haben, die Ursache dieser begleitenden cortico-sensorischen Erregungen. Die Ge-

hörstäuschung ist vielfach nur die Zusammenfassung wahnhafter Ideenbildung in knappen Worten. Der ganze krankhafte Stimmungsinhalt wird gewissermaßen in diese Worte hineingepreßt.

Die abnorm starke Gefühlsbetonung der Halluzination ist sicherlich außerdem ein wichtiges Moment für ihren entscheidenden Einfluß auf den weiteren Vorstellungsablauf. Er wird gehemmt vornehmlich durch angstvolle Halluzinationen (halluzinatorischer Stupor) und beschleunigt durch Halluzinationen, bei welchen Lust- und Zornaffekte vorwiegen (halluzinatorisch bedingte Ideenflucht). Doch ist es im einzelnen Falle (z. B. bei den epileptischen Dämmerzuständen) außerordentlich schwer zu unterscheiden, inwieweit die vorhandene Denkhemmung tatsächlich als eine Folgeerscheinung der halluzinatorischen Erregung oder als Teilerscheinung der pathologischen Verschiebung des kortikalen Erregbarkeitszustandes besteht. Das gleiche gilt von der sogenannten halluzinatorischen Verwirrtheit, bei welcher die Inkohärenz sowohl auf einer primären Störung der Ideenassoziation, als auch auf einer sekundären Lösung des gesetzmäßigen Zusammenhanges der Vorstellungen beruhen kann, indem massenhafte und auf den verschiedensten Sinnesgebieten auftauchende Halluzinationen sich in den Vorstellungsablauf hineinzwängen. Mit dieser Inkohärenz ist fast durchweg eine zeitliche und örtliche Unorientiertheit verknüpft. Die Gesamtheit dieser Krankheitserscheinungen führt zu dem Zustandsbild der halluzinatorischen Dämmerzustände oder der halluzinatorischen Delirien (vgl. pag. 15 u. 16).

Eine weitere Schwierigkeit besteht hinsichtlich der genaueren Feststellung des genetischen Zusammenhanges zwischen der Wahnbildung und dem Auftauchen von Halluzinationen und Illusionen. Wir werden auf diese Frage später zurückkommen (vgl. pag. 32).

Das äußere Verhalten der halluzinierenden Kranken, ihr Mienen- und Gebärdenspiel verrät diese krankhaften Vorgänge, auch wenn die sprachliche Wiedergabe der halluzinatorischen Erlebnisse fehlt. Der bald starre, verzückte, bald unruhig und scheu hin und her irrende Blick des Visionärs, der gespannte, unbewegliche, erwartungsvolle Gesichtsausdruck, die gezwungene Kopfhaltung des auf seine Stimmen horchenden Gehörshalluzinanten sind charakteristische Merkmale. Noch deutlicher ist in vielen Fällen das Gebärdenspiel der Kranken, das gar nicht selten in eigenartigen, ganz monotonen Bewegungen des Kopfes, des Rumpfes und der Glieder besteht. Auch kompliziertere Bewegungen, sowohl vom Charakter der Abwehr-, als auch der Initiativbewegungen, werden durch den Inhalt, mehr aber noch durch den begleitenden Affekt ausgelöst. Die Kranken stopfen sich die Ohren zu, verkriechen sich unter die Bettdecke, halten sich (bei Geruchshalluzinationen) die Nase zu, verweigern (bei Geschmackshalluzinationen) die Nahrungsaufnahme oder spucken entrüstet das Essen wieder aus.

Eine eigenartige halluzinatorische Zwangsbewegung, welche zweifellos auf zusammengesetzten Halluzinationen (Wortklangempfindungen, Bewegungsempfindungen) beruhte, zeigte einer unserer Kranken. Stürzten die Halluzinationen massenhaft auf ihn ein, so stellte er sich in eine Ecke, machte eine möglichst ausgiebige Kopfdrehung nach links und verkrümmte den Rumpf nach links; den rechten Arm beugte er spitzwinklig und stemmte die rechte Faust auf die Hüfte. Dabei stieß er beständig das Wort „*pecus campi*“ aus. Er erklärte nachträglich, daß die Stimmen, welche durch geheimnisvolle, wahrscheinlich spiritistische Einflüsse erzeugt worden seien, ihn zugleich zu dieser Körperhaltung gezwungen hätten. Die Stimmen entluden sich dann nach außen durch den rechten Ellenbogen, „wie aus einer Leidener Flasche“.

Praktisch am bedeutungsvollsten sind die ganz plötzlichen und unvermittelten impulsiven Handlungen der Kranken, welche an imperativen Phonemen leiden. Ein chronischer Halluzinant hackte sich eines Tages im Holzstalle, in welchem er seit Jahren ohne jede Störung beschäftigt war, das Endglied des kleinen Fingers der linken Hand ab. Lächelnd gab er an, daß ihm eine Stimme dies befohlen habe. Aber auch Hemmungen der psychomotorischen Aktion (wochen- und monatelang dauernde merkwürdige Zwangstellungen des Körpers) können durch Halluzinationen bedingt sein. Teils sind es imperative Halluzinationen, welche die Ausführung von Bewegungen verbieten, meist mit der Drohung verknüpft, daß sonst ein grauenvolles Unheil über den Kranken oder seine Angehörigen hereinbrechen werde, teils sind es schreckhafte oder religiös-ekstatische („faszinierende“) Visionen, welche diese motorischen Hemmungen bedingen.

Treten die Halluzinationen massenhaft auf und überwiegen heitere und erregende Gefühlstöne, so kann sich das Bild einer ganz ungeordneten, sogenannten halluzinatorischen Agitation entwickeln: sind die Halluzinationen mit intensiven Zornaffekten verknüpft, so kommt es gelegentlich zu blinden Wutausbrüchen mit gemeingefährlichen Handlungen (vergl. die epileptischen und alkoholistischen halluzinatorischen Erregungen).

Die Illusionen entstehen dadurch, daß wirkliche, d. h. äußeren Reizen entspringende, Empfindungen unter dem Einfluß krankhafter Erregungsvorgänge in den cortikalen Sinnesflächen die verschiedenartigsten Abänderungen oder Umgestaltungen erfahren. Die Illusionen sind also Sinnesfälschungen, sei es, daß Verkennungen wahrgenommener äußerer Objekte oder eine inhaltliche Verwandlung des vom eigenen Körper herstammenden Empfindungsmaterials stattfinden. Ihre innige Verwandtschaft zur Halluzination, von welcher sie nur allzuhäufig nicht scharf unterschieden werden können, besteht darin, daß in beiden Fällen eine rückläufige Erregung im Sinne der Reperzeption KAHLBAUMS von den Zentren der Vorstellungsbildung (den „Vorstellungszellen“) zu den cortikalen Sinneselementen (den „Empfindungszellen“) erfolgen muß: Vorstellungen von besonderer Lebhaftigkeit und Affektbetonung treten dann in eine ganz regelwidrige assoziative Verknüpfung mit neu zufließenden Empfindungen, und zwar entweder mit solchen, welche durch Ähnlichkeit eine assoziative Verwandtschaft haben (z. B. die Umdeutung gehörter Worte zu Beschimpfungen), oder auch mit solchen, die in gar keiner Beziehung zum Vorstellungsinhalte stehen. In letzterem Falle ist kaum festzustellen, ob eine wirkliche Illusion oder eine wahnhafte Umdeutung, eine illusionäre Auslegung, stattgefunden hat. Recht häufig werden beide Faktoren an dieser Form der Urteilstäuschung beteiligt sein. Geradezu unmöglich ist die Unterscheidung auf dem Gebiete der Geruchs-, Geschmacks-, Haut- und inneren Organempfindungen, weil hier das Vorhandensein eines äußeren Reizes niemals mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Auch bei den elementaren Gehörs- und Gesichtshalluzinationen finden sich zahlreiche fließende Übergänge zu den Illusionen. So ist es z. B. bei den mittels des Liepmannschen Versuches bei den Alkohodeliranten erzeugten Visionen fraglich, ob Halluzinationen oder Illusionen vorliegen. Denn es gelingt nicht nur durch Druck auf die Augäpfel, also beim Wegfall von Lichtreizen, sondern

auch durch Fixierung eines glänzenden Gegenstandes die Sinnes-täuschungen hervorzurufen.

Die Illusionen, welche schon bei Gesunden unter bestimmten Umständen (Undeutlichkeit der äußeren Gegenstände, einseitige Richtung des Vorstellungsinhaltes mit spannungsvoller Erwartung) durchaus keine ungewöhnlichen Erscheinungen sind, spielen bei den Geisteskranken eine mindestens ebenso bedeutsame Rolle wie die Halluzinationen. Hier wird die Umformung einer wirklichen Sinnesempfindung hauptsächlich oder fast ausschließlich durch wahnhaft Vorstellungen bewirkt. Am häufigsten werden auf dem Gebiete der Gesichtsimpressionen phantastische Zutaten, welche dem Schatze der Erinnerungsbilder entnommen sind, von den Kranken hinzuhalluziniert und weiterhin wahnhaft verarbeitet: die ihnen begegnenden Menschen zeigen höhnisch verzerrte Gesichter, spöttische und drohende Gebärden usw. Ebenso werden bei den Gehörsillusionen aus unbestimmten Geräuschen höhnische Zurufe, Schimpfworte gehört. Eine unserer Kranken hörte aus dem Knistern des Ofenfeuers das Wimmern ihrer gemarterten Enkelkinder heraus. Sie verweigerte die Nahrungsaufnahme, weil aus den dargebotenen Speisen ihr die Augen der Enkelkinder entgegenstarrten. Die Geruchs- und Geschmacksimpressionen sind eine ebenso ergiebige Quelle der Nahrungsverweigerung wie die Halluzinationen, wenn unangenehme, ekelhafte Geruchsempfindungen zu den abenteuerlichsten Wahnvorstellungen des Vergiftetwerdens führen. Am häufigsten scheinen illusionäre Berührungs- und Organempfindungen zu sein, welche mit Vorstellungen eines stattgehabten Stuprumversuches, einer Schwängerung, eines gewaltsamen operativen Eingriffs, einer krankhaften Verlagerung einzelner Organe usw. verbunden sind.

II. Störungen der Vorstellungsbildung und der Ideen-assoziatio.n.

Schon die vorstehend besprochenen Störungen der Empfindungen wiesen auf den unlösbaren Zusammenhang zwischen den einzelnen, sowohl elementaren, als auch zusammengesetzten, affektiven und intellektuellen Bestandteilen der psychischen Prozesse hin.

Die Summe der zeitlich zusammentreffenden psychischen Vorgänge bezeichnet man als Bewußtsein. Äußere und innere Reize müssen, um die Schwelle des Bewußtseins zu überschreiten, d. h. um überhaupt psychische Vorgänge auszulösen, einen bestimmten Wert, den sogenannten Schwellenwert, erreichen.

Der Inhalt des Bewußtseins deckt sich mit dem Besitze von Erinnerungsbildern, welche ein Mensch während seines Lebens sich erworben hat, und ist im letzten Grunde abhängig von der Summe von Sinnesempfindungen, welche dem Organ des Bewußtseins, der Großhirnrinde, zufließen. Legt man (WERNICKE) die FECHNERSche Theorie von der psychophysischen Bewegung der Betrachtung der psychischen Prozesse zugrunde, und versucht man, nicht nur den Inhalt, sondern auch die Tätigkeit (den stattfindenden Erregungsvorgang) sich zu veranschaulichen, so kann auch von Graden des Bewußtseins gesprochen werden. Der Wellengipfel der psychophysischen Erregung bezeichnet die größte Helligkeit des Bewußtseins, die größte Intensität des Erregungsvorganges. Die Erfahrung, daß immer nur ein Wellengipfel in der in einer Kurve gezeichneten Erregungswelle bei der psychophysischen Bewegung vorhanden ist, hat zu dem Be-

griffe der Einheit oder Enge des Bewußtseins geführt. „Man ist weder imstande zwei Dinge zu gleicher Zeit zu denken, noch zu tun, noch wahrzunehmen“ (WERNICKE). Die Kontinuität des Bewußtseins, d. i. des Gedankenablaufs zwischen Ausgangsvorstellung und Zielvorstellung, wird dadurch hergestellt, daß neben der auf dem Gipfel der Erregungswelle wirkenden Vorstellung die assoziativ verwandten Vorstellungen in dem aufsteigenden und absteigenden Schenkel der Kurve mitenthalten sind, mit anderen Worten, daß die Ideenassoziation in hervorragendem Maße von der Konstellation der latenten Erinnerungsbilder beherrscht wird.

Der Ausdruck „Bewußtseinsstörungen“ (Bewußtseinsveränderungen, Bewußtseinstrübungen) bedeutet nichts anderes als krankhafte Abweichungen des gesetzmäßigen Ablaufes der psychischen Vorgänge, welche uns am deutlichsten in den Anfangsteilen der assoziativen Tätigkeit, in dem Vorgang des Aufmerkens und des Wiedererkennens, und in den Endgliedern, den sogenannten Willenshandlungen, erkennbar werden. Je nach der Erhöhung des psychophysischen Schwellenwertes, d. i. der geringeren oder größeren Erschwerung der Aufnahme und der Verarbeitung von Sinnesempfindungen, unterscheidet man verschiedene Helligkeitsgrade des Bewußtseins. Diejenige Bewußtseinstätigkeit, bei welcher die Merkfähigkeit und die Aufmerksamkeit, sowie der Ablauf der Ideenassoziation in formaler Hinsicht nicht geschädigt ist, nennt man Besonnenheit. Hierbei können trotz völlig erhaltener Orientierung die weitgehendsten inhaltlichen Störungen des Denkprozesses vorhanden sein.

Unter Dämmerzuständen sind akut oder subakut einsetzende Bewußtseinsstörungen meist vorübergehender Art — ausnahmsweise können sie sich bei hysterischen und epileptischen Kranken über Wochen und Monate hin erstrecken — zu verstehen, bei welchen die zeitliche und räumliche Orientierung und damit im engsten Zusammenhang die Ideenassoziation krankhaft verändert ist. Die Unorientiertheit kann sich, wie besonders epileptische Dämmerzustände lehren, gelegentlich nur auf die zeitliche und nicht auch auf die räumliche Orientierung erstrecken. Die Dämmerzustände sind dadurch ausgezeichnet, daß auf Grund eigenartiger, bislang unaufgeklärter Verschiebungen der kortikalen Erregbarkeitszustände äußere oder innere Reize Empfindungen und mehr oder weniger weit ausgespannte Ketten von Erinnerungsbildern auslösen, welche in assoziativer Verbindung untereinander stehen und zu geordneten, wenn auch unzweckmäßigen (z. T. verbrecherischen) Handlungen Veranlassung sind. Dabei sind die assoziativen Brücken zwischen dem Wachbewußtsein und demjenigen des Dämmerzustandes größtenteils abgebrochen. Denn es stehen engere oder weitere Vorstellungsgebiete in gesetzmäßiger assoziativer Verknüpfung untereinander, während sie in gar keinem oder nur lockerem Zusammenhang mit den Vorstellungsverbindungen des Wachbewußtseins stehen. Daraus resultiert eins der wesentlichsten, aber nicht absolut notwendigen klinischen Merkmale der Dämmerzustände: der völlige oder teilweise Erinnerungsdefekt für die Erlebnisse des Dämmerzustandes (totale oder partielle Amnesie).

Der Abschluß dieses krankhaften Zustandes ist ebenfalls meistens ein plötzlicher, unvermittelter; die Patienten wachen wie aus einem traumerfüllten Schlaf auf, blicken erstaunt um sich und suchen sich zuerst räumlich und zeitlich zu orientieren. Es können so die Dämmerzustände zu scharf umschriebenen, von dem normalen geistigen Verhalten genau abgegrenzten Krankheitszuständen werden. Das physiologische Paradigma dieser pathologischen Bewußtseinszustände ist der Schlaf, bei welchem es sich ebenfalls um eine mehr oder weniger ausgedehnte Ausschaltung normaler

Vorstellungsverbindungen handelt. Die Träume, welche vorwiegend von inneren Reizen (z. B. Organempfindungen) angeregt werden, im wesentlichen aber aus illusionären Phantasievorstellungen (Traumphantasmen) und wahren Traumahalluzinationen zusammengesetzt sind, bilden ein Analogon der Bewußtseinstätigkeit im Dämmerzustande. Das Traumleben des normalen Menschen charakterisiert sich durch das fast völlige Ausbleiben der motorischen Reaktionen, trotzdem daß im Traume sehr oft lebhaftere Bewegungsvorstellungen auftauchen. Pathologische Traumzustände, welche fließende Übergänge zu den vorstehend geschilderten Dämmerzuständen enthalten, sind häufiger mit lebhaften motorischen Reaktionen verknüpft (Noctambulismus und Somnambulismus). Es ist bemerkenswert, daß bei ausgesprochenen Psychosen (z. B. den paranoischen Zuständen) vielfach enge Beziehungen zwischen den Traumerlebnissen und dem Inhalte der Wahnideen (im Wachzustande) festgestellt werden konnten.

Außer der Hysterie und Epilepsie sind vor allem die akuten Vergiftungen (Alkohol, Kohlenoxyd, Metaldämpfe usw.) die Veranlassung dieser Krankheitszustände. Aber auch durch heftige psychische Erschütterungen (emotioneller Shock) oder durch mechanische Schädigungen (Commotio cerebri) werden Dämmerzustände ausgelöst. Der Erinnerungsdefekt beschränkt sich durchaus nicht immer auf diesen Dämmerzustand allein, sondern erstreckt sich auch auf einen kürzeren oder längeren Zeitraum, der vor dem Einsetzen des krankhaften Zustandes gelegen ist (retrograde Amnesie). Als anterograde Amnesie bezeichnet man den Erinnerungsdefekt, welcher sich auf Vorgänge erstreckt, welche nach Beendigung des Dämmerzustandes stattgefunden haben. Bei Feststellung dieser immerhin selteneren Gedächtnisstörung spielt die Herabsetzung der Merkfähigkeit und die dem Dämmerzustande nachfolgende Erschwerung der assoziativen Vorgänge die wesentlichste Rolle. Diese anterograde Amnesie läßt sich deshalb nicht genauer trennen von der sogenannten retardierten Amnesie, bei welcher anfänglich nach Beendigung des Dämmerzustandes die Erinnerung für einzelne Erlebnisse desselben noch vorhanden ist, während bald nachher diese Erinnerungsbilder völlig geschwunden sind. Ganz eigenartige, gewissen experimentell erzeugten hypnotischen Dämmerzuständen symptomatologisch nahe verwandte Krankheitsvorgänge bieten immerhin seltene Fälle schwerer Hysterie dar, bei welchen in mehr oder weniger regelmäßigem Wechsel ganz verschiedenartige Bewußtseinszustände sich einstellen. Es entwickeln sich so zwei, drei und mehrere „alternierende Bewußtseinszustände“, von denen der erste und dritte, der zweite und vierte in enger assoziativer Verbindung stehen, während im zweiten und vierten Zustande eine völlige Amnesie für die Erlebnisse des ersten und dritten besteht. Man hat in wenig zweckmäßiger Weise in solchen Fällen von einer „Verdoppelung“ oder sogar „Vervielfachung des Bewußtseins“ oder der „Persönlichkeit“ gesprochen.

Illusionen und Halluzinationen sind in der Mehrzahl der Dämmerzustände vorhanden, Meist sind es zusammenhanglose, in raschem Wechsel auftauchende und wieder verschwindende Visionen und Akaosmen mit lebhaftester Affektbetonung. Doch finden wir auch zusammenhängende halluzinatorische Erlebnisse. So erzählte ein 20jähriger Epileptiker: „Ich war unendlich glücklich; der liebe Gott führte mich auf einer goldenen Leiter zum Himmel hinauf. Ich sah die Engel in blauen Mänteln; überall tönte liebliche Musik.“ Für die übrigen Vorgänge während dieses Dämmerzustandes war er amnestisch. Soweit aus den meist spärlichen und abgerissenen sprachlichen Äußerungen zu entnehmen ist, werden wahnhaft

Beziehungsvorstellungen aus den halluzinatorischen Erlebnissen gebildet (wahnhafte Einfälle). Die mimischen und pantomimischen Aktionen, sowie die Handlungen der Kranken zeigen die mannigfachsten Störungen. Sie werden in der speziellen Psychiatrie geschildert werden.

Als Delirien werden rasch verlaufende, tiefer greifende Bewußtseinsstörungen mit stürmischen Reizerscheinungen auf sensorischem (Illusionen, Halluzinationen) und motorischem Gebiete bezeichnet, bei welchen die primäre Inkohärenz, die Desorientierung, sowie der abnorm beschleunigte Ablauf des dissoziierten, durch Halluzinationen und Illusionen vielfach bestimmten Vorstellungsinhaltes die wesentlichsten Merkmale des deliranten Zustandes sind.

Die schwereren Grade der Bewußtseinsstörungen, bei welchen nur noch vereinzelt und unfertige psychische Vorgänge auf Grund äußerer und innerer Reize bemerkbar sind, werden unter dem Begriffe des „Koma“ zusammengefaßt.

Als Bewußtlosigkeit bezeichnet man die Aufhebung der psychischen Prozesse in toto.

Bevor wir die Störungen der Vorstellungstätigkeit im einzelnen besprechen, sei darauf hingewiesen, daß von sinnlich wahrnehmbaren Gegenständen „Partialvorstellungen“ in verschiedenen Hirnteilen niedergelegt sind, welche in assoziativer Verbindung untereinander stehen und in ihrer Gesamtheit die Vorstellung des Gegenstandes bilden. Erst durch das Hinzutreten der sprachlichen Komponenten (motorische, akustische, optische Sprachvorstellungen) gelangen wir zu sinnlichen (konkreten) Begriffen. Aus konkreten Einzelbegriffen werden allgemeine sinnliche Begriffe gebildet, bei welchen die zahlreichen und nur lose miteinander verknüpften Einzelvorstellungen ohne das gemeinschaftliche Band der Wortvorstellung auseinanderfallen würden. Je allgemeiner und zusammengesetzter Begriffe sind, um so mehr Partialvorstellungen sind im ganzen Gebiet der Hirnrinde mit der Worterregung verknüpft. Auch alle Begriffe, welche eine Beziehung der konkreten Gegenstände untereinander ausdrücken, lassen sich noch direkt auf Empfindungen zurückführen (konkrete Beziehungsbegriffe). Als Phantasievorstellungen bezeichnen wir diejenigen, bei welchen die den Empfindungen entlehnten Teilvorstellungen zu Vorstellungskomplexen vereinigt sind, welchen die Beziehung auf ein wirkliches Objekt fehlt. Die Phantasievorstellungen sind also Vorstellungskombinationen, für welche analoge Empfindungskombinationen nie existiert haben.

Von den vielen zentripetal geleiteten Reizen, welche, sei es von der Außenwelt, sei es von den Körperorganen, zu gleicher Zeit dem Organ des Bewußtseins zufließen und Empfindungen bewirken, werden jeweilig nur einzelne oder meist nur eine einzige durch Weckung des zugehörigen Erinnerungsbildes zu Wahrnehmungen; diese Empfindung zieht unsere Aufmerksamkeit auf sich und wirkt bestimmend auf den Gang der Ideenassoziation ein.

Im Zusammenhang mit der Aufmerksamkeit steht, soweit nicht angeborene oder erworbene geistige Schwächezustände in Frage kommen, die Merkfähigkeit, d. i. die Fähigkeit der Erwerbung neuer Erinnerungsbilder und Vorstellungen (WERNICKE). Sie ist streng zu unterscheiden von dem Gedächtnis im engeren Sinne, welches nur den alt-erworbenen Besitzstand an Vorstellungen umfaßt und im wesentlichen bestimmt wird durch die Erinnerungsfestigkeit vergangener Eindrücke (KRAEPELIN). Die Merkfähigkeit ist also die Voraussetzung für

die Vermehrung, resp. Ergänzung des Gedächtnisses, jedoch nicht maßgebend für die Gedächtnisfestigkeit.

Wir begegnen hier zuerst gewissen elementaren Störungen, welche sich auf den Erwerb neuer und auf die Erhaltung früher erworbener Vorstellungen beziehen. Die erstere Störung beruht auf einer Herabsetzung oder dem Verluste der Merkfähigkeit, welche, wie wir gesehen haben, hauptsächlich von der Aufmerksamkeit abhängig ist. Es ist deshalb leicht verständlich, daß alle Krankheitsvorgänge, in welchen die ersten Akte der Vorstellungsbildung krankhaft verändert sind, diese Störungen aufweisen. Die Amnesien, denen wir oben bei den Dämmerzuständen begegnet sind, werden, wie wir hier ergänzend hinzufügen, nicht ausschließlich durch Störungen des assoziativen Zusammenhanges einzelner Vorstellungsketten mit dem Vorstellungsinhalte des Wachbewußtseins hervorgerufen, sondern sind zum Teil auch Folgeerscheinungen der gestörten Merkfähigkeit, indem die Erwerbung neuer Erinnerungsbilder die Möglichkeit ihres Festhaltens, der dauernden Einprägung, geradezu zur Voraussetzung hat. Eine Störung der Merkfähigkeit bedingt also ebenfalls Erinnerungsdefekte.

Bei den Gedächtnisstörungen, bei welchen es sich also um einen Verlust früher erworbener Vorstellungen handelt, haben wir es zum Teil nur mit einer krankhaften Steigerung von Vorgängen zu tun, welche noch den physiologischen Geschehnissen zugerechnet werden. Alle unsere latenten Erinnerungsbilder, das sind die materiellen Spuren unserer Vorstellungen, sind der Veränderung und schließlich dem Untergange geweiht infolge der Stoffwechselprozesse innerhalb der Rindenelemente, falls nicht durch stetig wiederholte neue Erregungen, durch häufigere Reproduktionen der Vorstellungen die materiellen Spuren immer wieder gefestigt werden. Sehen wir von den individuellen Schwankungen des Gedächtnisses, d. h. der Dauerhaftigkeit der materiellen Spuren früherer Sinneseindrücke, sowie von den angeborenen Gedächtnisdefekten auf Grund von Merkfähigkeit ab, so sind zu unterscheiden der isolierte Defekt gewisser Elementarvorstellungen, z. B. optischer oder akustischer Erinnerungsbilder (Seelenblindheit, Seelentaubheit), welcher durch Herderkrankungen bewirkt wird, und der diffuse Verlust von Erinnerungsbildern. Nur dieser letztere beansprucht bei den psychischen Krankheitszuständen eine erhöhte praktische Bedeutung. Er kann auf doppeltem Wege entstehen: einmal dadurch, daß der Krankheitsprozeß die anatomischen Substrate der Vorstellungen in irgend einer Form schädigt oder vernichtet, sodann dadurch, daß die über die ganze Rinde ausgebreiteten assoziativen Bahnen, deren Integrität zur Reproduktion von zusammengesetzten und allgemeinen Vorstellungskomplexen und zur Urteilsbildung unerlässlich ist, Leitungserschwerungen oder Leitungsunterbrechungen erlitten haben. Höchstwahrscheinlich sind für den Erinnerungsverlust beim erworbenen Schwachsinn beide Reihen von Krankheitsvorgängen wirksam. Die reinsten Beispiele der fortschreitenden Gedächtnisschwäche bietet die Dementia paralytica und die Dementia senilis dar, während die sogen. postsyphilitische Demenz, welche gewissermaßen der Rückstand einer akut einsetzenden und stürmisch verlaufenden Lues cerebrospinalis ist, einen gleichbleibenden Ausfall von Erinnerungsbildern aufweist. Bei dieser letztgenannten, sowie bei der KORSAKOFFSchen Psychose können auch ganz partielle Erinnerungsdefekte für einzelne Gruppen oder

Reihen von Erinnerungen vorkommen. In gleicher Weise, ja noch deutlicher findet sich gelegentlich ein derartiger partieller Gedächtnisdefekt bei dem Schwachsinn, welcher einem schweren Kopftrauma nachfolgt. So hatte ein 15jähriger Knabe, welcher nach einem Sturz aus dem Wagen eine mehrmonatliche traumatische Psychose durchgemacht hatte, alle Zahlenbegriffe vergessen.

Auch bei der fortschreitenden Einbuße der Erinnerungsbilder ist, besonders im Beginne der Erkrankung, erkennbar, daß die Gedächtnisschwäche sich nur auf bestimmte Gruppen von Vorstellungen beschränken kann. Vor allem sind es die konkreten Erinnerungsbilder (Orts-, Zahlen-, Namengedächtnis), welche zuerst zugrunde gehen. Bei tiefer greifenden Gedächtnisdefekten macht sich das „Gesetz des rück-schreitenden Erinnerungsverlustes“ (RIBOT) geltend: zuerst und am raschesten gehen diejenigen Kenntnisse und Erlebnisse verloren, welche in jüngster Zeit vor Einsetzen der Krankheit in den geistigen Besitz aufgenommen worden sind. Viel später erst folgen die Erinnerungen aus früheren Lebensperioden nach. Beim Altersschwachsinn läßt sich oft beobachten, daß dieser Zerstörungsprozeß lange Zeit hindurch auf einer gewissen Stufe beharrt. So konnte eine unserer Kranken, die im 80. Lebensjahre stand, alle Ereignisse bis zu ihrem 38. Jahre aufs genaueste, mit Angabe der nebensächlichsten Einzelheiten, wiedererzählen, während alle späteren Erlebnisse vollständig aus der Erinnerung ausgelöscht waren. Bei der senilen Demenz, ebenso bei der Korsakoffschen Geistesstörung lassen sich häufig Übergänge zur transcortikalen Aphasie nachweisen.

Eng verknüpft mit diesen Gedächtnisstörungen sind die Fälschungen der Erinnerungsbilder, bei welchen ihre inhaltliche Übereinstimmung mit wirklichen Erlebnissen gelitten hat. Man trennt hier zweckmäßig die Erinnerungsentstellungen (krankhafte Umgruppierung und assoziative Verknüpfung der Teilbestandteile wirklicher Erlebnisse) von den Erinnerungsfälschungen im engeren Sinne („Konfabulation“), bei welchen eine völlig freie Erfindung scheinbarer Reminiszenzen stattfindet, denen gar kein Vorbild in der Vergangenheit entspricht (KRAEPELIN).

SULLY bezeichnet sie als Halluzinationen der Erinnerung. WERNICKE unterscheidet eine positive Form der Erinnerungsfälschung, worunter er die vorstehend genannten Störungen versteht, und eine negative Modifikation der Erinnerungsfälschung, welche durch das Auftreten zirkumskripten Lücken in dem sonst wohl erhaltenen Gedächtnismaterial gekennzeichnet wird. Dabei besteht keine Trübung des Sensoriums oder Verlust der Merkfähigkeit zur Zeit des in Frage kommenden Erlebnisses.

Zwischen den Erinnerungsentstellungen und den Erinnerungsfälschungen stehen in der Mitte diejenigen „Paramnesien“, welche sich an ein vor Stunden oder vor Tagen stattgehabtes Erlebnis anschließen. Hierher gehört die Krankheitserscheinung, daß die Weckung konkreter Vorstellungen durch äußere Sinneseindrücke sich sofort mit durchaus irrthümlichen Urteilsassoziationen verbindet, welche hauptsächlich örtliche und zeitliche Beziehungsbegriffe enthalten. Die Kranken behaupten dann, bestimmte Gegenstände oder Personen schon früherhin (vor Wochen und Monaten) und an anderen Orten kennen gelernt, resp. gesprochen zu haben. Die zugrunde liegenden Sinneseindrücke erscheinen in der Erinnerung der Kranken manchmal als Traumbilder, die jetzt in wirklichen Erlebnissen eine Bestätigung gefunden haben.

Eine seltenere Form der Erinnerungsfälschung oder richtiger Erinnerungstäuschung (SANDER), welche übrigens mit Vorgängen im gesunden Leben (bei geistiger Ermüdung) enge Beziehungen hat, ist die hauptsächlich bei Epileptikern und Alkoholisten zu beobachtende „identifizierende“. Sie wird auch als Empfindungsspiegelung bezeichnet. Nicht bloß Teilbestandteile von Erlebnissen, sondern ihre Gesamtheit mit allen Einzelheiten, wobei die eigene Persönlichkeit gewöhnlich den Mittelpunkt des Geschehnisses darstellt, rufen die Vorstellung hervor, die gleiche Situation schon einmal erlebt zu haben. Meist schwindet diese Vorstellung, welche auf einer eigenartigen Störung des Wiedererkennens beruht, nach wenigen Augenblicken. Sie kann aber auch wochen- und monatelang bestehen bleiben und, falls sich diese Vorgänge mehrfach wiederholen, in dem Patienten die weitere Vorstellung erzeugen, daß er eine Art Doppelleben führt.

Diese Erinnerungsentstellungen und Erinnerungsfälschungen stehen also im engsten Zusammenhang mit der Phantasietätigkeit (vergl. pag. 16). Ohne hier auf die verschiedenartigen Störungen der Phantasietätigkeit bei Geisteskranken näher einzugehen, sei nur der pathologischen Lügenhaftigkeit gedacht, welche eine so häufige Begleiterscheinung der degenerativen Psychosen ist. Die abenteuernden, vor keinem Schwindel oder Betrug zurückschreckenden Individuen werden auch dann, wenn jedes andere persönliche Interesse als das der Selbstgefälligkeit und Eitelkeit für sie hinwegfällt, fortwährend dazu getrieben, selbst die kleinsten, geringfügigsten Erlebnisse phantastisch aufzuputzen und die eigene Persönlichkeit zum Mittelpunkt verwickelter Begebenheiten zu machen. Dieses schrankenlose Überwuchern der Phantasietätigkeit bei ethisch und meist auch intellektuell defekten Psychopathen ist übrigens durchaus nicht immer von ausgebildeten Erinnerungsentstellungen und Erinnerungstäuschungen begleitet, wenn wir für diese pathologischen Vorgänge das Fehlen jeglicher Kritik über die Unrichtigkeit der berichteten angeblichen Tatsachen zur Voraussetzung machen. Wie diese an Pseudologia phantastica leidenden Schwindler zu Zeiten relativer geistiger Ruhe und Sammlung selbst berichten, sind sie sich während der Produktion ihrer „Phantasielügen“ recht häufig ganz klar darüber, daß sie lügen. Sie werden aber durch jede von egoistischen Gefühlstönen begleitete Vorstellung geradezu gedrängt, ihrer Phantasie die Zügel schießen zu lassen. Eine strikte Grenze zwischen physiologischer und pathologischer Lüge besteht nicht.

Den breitesten Raum nehmen diejenigen psychischen Krankheitserscheinungen ein, welche auf Störungen der Denktätigkeit in formaler und inhaltlicher Beziehung beruhen. Da diese im letzten Grunde durch den Vorgang der Ideenassoziation bedingt sind, so werden sie begrifflich enger als solche der Ideenassoziation bezeichnet.

Der Assoziationsprozeß, welcher in der Weckung oder Reproduktion einer mehr oder weniger großen Zahl von Vorstellungen besteht, wird in der Regel eröffnet durch dasjenige Erinnerungsbild, welches der die assoziative Reihe auslösenden Empfindung (Wahrnehmungsbild) am ähnlichsten ist (Prinzip der Ähnlichkeitsassoziation). Eine neue assoziative Reihe wird, wenn zwischen der Empfindung und zwischen der zuerst auftauchenden Vorstellung (Ausgangsvorstellung $[V_1]$) Gleichheit besteht, durch ein Wiedererkennen (Identifikation) eröffnet. Die Weckung der nachfolgenden Vorstellungen (V_2, V_3, V_4 bis V_n) wird hauptsächlich durch das Prinzip der Gleichzeitigkeitsassoziation bestimmt. Jede Vorstellung ruft als ihre Nachfolgerin stets eine assoziativ verwandte

Vorstellung hervor; assoziativ verwandt nennt man aber solche Vorstellungen, die entweder selbst oder deren zugrunde liegende Empfindungen oft gleichzeitig aufgetreten sind. Auf dieser Gleichzeitigkeitsassoziation, welcher im physiologischen Sinne eine gesteigerte Leitungsfähigkeit, ein Ausschleifen bestimmter Assoziationswege zugrunde liegen muß, beruht übrigens nicht nur die Assoziation zweier einfacher Vorstellungen, sondern auch die Bildung der zusammengesetzten und abgeleiteten Vorstellungen. Unter den vielen mit V_1 oder seinen Teilvorstellungen assoziativ verknüpften Erinnerungsbildern wird nun diejenige Vorstellung die zweite Stelle besetzen, welcher außer der assoziativen Verwandtschaft eine besonders mächtige Gefühlsbetonung (vergl. pag. 37) eigentümlich ist. Aber noch ein weiterer Faktor kommt hinzu, welcher unter einer größeren Zahl assoziativ verwandter und mit starken Gefühlstonen verknüpfter, latenter, d. i. noch nicht über die Schwelle des Bewußtseins gehobener, Vorstellungen ihre Reproduktion bestimmt. Es ist dies die „Konstellation“ (ZIEHEN) der latenten Erinnerungsbilder, d. i. die wechselseitige Beeinflussung bald im Sinne der Erregung, bald im Sinne der Hemmung, welcher die untereinander assoziativ verknüpften Erinnerungszellen stetig ausgesetzt sind. Diese verschiedenartige Hemmung und Anregung bewirkt, daß eine vorzugsweise von Hemmungen getroffene Vorstellung trotz nächster assoziativer Verwandtschaft zu V_1 und trotz lebhaftesten Gefühlstones im Wettbewerb der Vorstellungen unterliegt, während eine andere in diesen beiden Punkten vielleicht sogar ungünstiger gestellte Vorstellung vermöge der Abwesenheit solcher Hemmungen und begünstigt von Anregungen siegt und deshalb als V_2 auf die Ausgangsvorstellung V_1 folgt. Auch die weitere Vorstellungsfolge ist durch diese drei Momente bestimmt: 1. durch den Grad der assoziativen Verwandtschaft zu der vorausgegangenen Vorstellung, 2. durch den Gefühlston, 3. durch die Konstellation. Unsere Denktätigkeit beruht aber nicht bloß auf einer einfachen Reihenbildung, sondern vielmehr auf einer Verbindung der sukzessiven Vorstellungen zu Urteilen und Schlüssen (Urteilsassoziation).

Die formalen Störungen bestehen in der Hauptsache aus Veränderungen der Ablaufgeschwindigkeit. Bei der Beschleunigung des Vorstellungsablaufes erfolgt die Anreihung der Ausgangsvorstellung an die Empfindung in beschleunigtem Tempo und ebenso die Auslösung einer Handlung durch die Zielvorstellung (motorische Agitation). Die Hyperprosexie, welche mit dieser beschleunigten Reproduktion und erleichterten Verknüpfung der Vorstellungen untrennbar verbunden ist, setzt sich zusammen aus einer gesteigerten Erregbarkeit und einer verringerten Haftfähigkeit der Aufmerksamkeit. Die dadurch bedingte Zersplitterung der Aufmerksamkeit ist nicht zu verwechseln mit jener pathologischen Zerstreutheit bei neurasthenischen und hysterischen Patienten, bei welcher eine Beschleunigung der Ideenassoziation nicht vorliegt. Macht sich der gesteigerte Bewegungsdrang vornehmlich auf dem Gebiete der Sprache geltend, so spricht man von ideenflüchtigem Geplauder, solange noch ein inhaltlicher Zusammenhang besteht, in höheren Graden von Logorrhoe. Als Verbigeration (KAHLBAUM) wird eine später noch zu erörternde Störung der sprachlichen Äußerungen bezeichnet, bei welcher dieselben Worte oder Sätze ununterbrochen stunden- oder selbst tagelang wiederholt werden. Diese krankhafte Erleichterung und Beschleunigung der Reproduktion der Vorstellungen und die Häufung psychomotorischer Entladungen (Ideen-

flucht) kann primär auftreten, z. B. als Reminiszenzenflucht bei den neurasthenisch-hypochondrischen Krankheitszuständen. Sehr häufig ist sie die Folgeerscheinung krankhafter Steigerungen positiv gerichteter Gefühlstone (Lust-, Erregungsgefühle, z. B. bei der typischen Manie). Auch Halluzinationen und Wahnideen mit machtvoller Affektbetonung können der Ausgangspunkt dieser sekundären Ideenflucht sein. Es ist naheliegend, daß jede übermäßige Beschleunigung des Vorstellungsablaufes zu den weitgehendsten Störungen des assoziativen Zusammenhanges der Vorstellungen führen muß, und zwar in erster Linie dadurch, daß jedes einzelne Glied einer assoziativ verknüpften Vorstellungskette der Ausgangspunkt von mehr oder weniger weit ausgedehnten Nebenassoziationen (Gedankensprüngen) wird und somit die Fähigkeit immermehr schwindet, die Hauptassoziation festzuhalten (sekundäre Inkohärenz).

KRAEPELIN bezeichnet als Ideenflucht eine besondere Form der krankhaften Zusammenhangslosigkeit des Gedankenganges mit planlosem Herumschweifen des Vorstellungsverlaufes vom Hundertsten ins Tausendste. Bei dieser Fassung ist die Grundlage der Krankheiterscheinung nicht die beschleunigte Aufeinanderfolge der einzelnen Vorstellungen, sondern die Flüchtigkeit der einzelnen Ideen, die keinen nachhaltigeren Einfluß auf den Ablauf des Gedankenganges zu gewinnen vermögen. Mit der Ideenflucht ist, auch wenn als ihre Grundlage ein beschleunigter Vorstellungsablauf angenommen wird, durchaus nicht ein größerer Reichtum an reproduzierten Vorstellungen in vielen Fällen verbunden; wir finden die gleiche Erscheinung auch bei großer Gedankenarmut.

Die krankhafte Verlangsamung der Ideenassoziation (Denkhemmung) tritt in gleicher Weise als primäres und sekundäres Krankheitssymptom in Erscheinung und führt zu jenem Zustandsbild, das als Stupor bezeichnet wird.

Aprosexie als Teilerscheinung der Denkhemmung kommt durch die erschwerte Anknüpfung der ersten Vorstellung an die Empfindungszustände und ist durchweg mit einer Erschwerung und Verlangsamung des Wiedererkennens verbunden. Dabei tritt, wie man bei den leichteren Graden der Denkhemmung unschwer feststellen kann, deutlich zutage, daß weder eine Schädigung der Sinnesempfindung als solcher, noch des zugehörigen Erinnerungsbildes vorliegt, sondern daß der Akt des Wiedererkennens nur durch die erschwerte und verlangsamte Fortleitung der kortikalen Erregung von den Sinnes- zu den Erinnerungszellen gestört ist. Eine weitere Begleit- und Folgeerscheinung ist die motorische Hemmung, d. i. die Verlangsamung, resp. der Ausfall der sogenannten Willkürbewegungen. Es gelingt eben dem Kranken nicht, eine assoziative Reihe bis zur Zielvorstellung fertig zu stellen. Damit im Zusammenhang steht die Verlangsamung und Erschwerung des sprachlichen Ausdruckes bis zu völligem Mutismus. Die Körpermuskulatur befindet sich bald in Resolution, bald in einem gereizten Spannungszustande, welcher Teilerscheinung des später zu erörternden katatonischen Symptomenkomplexes sein kann (vgl. p. 48).

Die reinsten Formen des primären Stupors bieten die langsam sich entwickelnden zerebralen Erschöpfungszustände (sogenannter Erschöpfungstupor) dar. Aber auch bei Auto- und Fremddintoxikationen kann der stuporöse Zustand den größten Teil des Krankheitsverlaufes ausfüllen. Die Denkhemmung besteht bei leichteren Graden in einer auffälligen Verlangsamung der an sich noch geordneten und auch in-

haltlich durchaus richtigen Gedankenverknüpfung. In schwereren Fällen sind die Kranken außerstande, zusammengesetzte und abgeleitete Vorstellungen zu produzieren oder selbst einfache Urteilsassoziationen zu bilden, während im Gegensatz zum Schwachsinn Urteilsassoziationen sich noch vollziehen, wenn überhaupt eine Gedankentätigkeit noch stattfindet. Auf der Höhe des Krankheitsvorganges ist bei der außerordentlichen Verarmung der intellektuellen Prozesse kaum zu unterscheiden, ob es sich nur um Hemmungs- oder um Ausfallserscheinungen (Schwachsinn) handelt. Der Gesichtsausdruck ist stumpf, gleichgültig; flüchtige, an Intensität und Qualität wechselnde Affekte beleben noch hie und da die Scene und führen zu abortiven Ausdrucksbewegungen. Treten interkurrente Erregungsphasen auf, so läßt sich sowohl aus dem sprachlichen Ausdruck, als auch aus den Handlungen der Kranken die Dissoziation der Vorstellungen erkennen (vgl. Amentia).

Der sekundäre Stupor wird vornehmlich als Begleit- und Folgerscheinung psychischer Depressionszustände (*Melancholia passiva, attonita*) beobachtet. Die weitgehendsten sekundären Denkhemmungen werden durch emotionellen Shock (vgl. die Schreckpsychosen), sowie durch paroxystische negative Affekterregungen (Angstaffekt bei ausgebildeter Melancholie) ausgelöst.

Als Pseudostupor (C. WESTPHAL) bezeichnet man eine andere Form des sekundären Stupors, welche meist durch katatonische Spannungszustände ausgezeichnet ist: hier sind affekterfüllte Wahnideen und Halluzinationen die zugrunde liegenden Störungen.

Die psychologische Auffassung, welche hier zugrunde gelegt ist, geht von der Voraussetzung aus, daß die elementaren psychischen Bedingungen, welche den Vorgang des Aufmerkens beherrschen sich vollständig in die für den Ablauf der Ideenassoziation gültigen Gesetze einreihen lassen. Die Aufmerksamkeit ist bei dieser Betrachtungsweise keine besondere Tätigkeit, sondern bleibt vollständig im Rahmen der Ideenassoziation. Eine andere Lehre, die Apperzeptionspsychologie (WUNDT) stellt die Aufmerksamkeit über die Ideenassoziation; sie betrachtet sie als ein besonderes, selbständiges Seelenvermögen, als eine „innere Willenstätigkeit“.

KRAEPELIN, dessen allgemeine Psychiatrie auf der Apperzeptionspsychologie aufgebaut ist, unterscheidet folgende Störungen der Aufmerksamkeit:

A. Die Abstumpfung der Aufmerksamkeit, welche bei der allgemeinen Herabsetzung der psychischen Ansprechbarkeit, also vornehmlich in den fortschreitenden Verblödungszuständen, zutage tritt.

B. Die Sperrung der Aufmerksamkeit, bei welcher die Kranken (z. B. bei der *Dementia praecox*) sehr wohl imstande sind, Sinneseindrücke wahrzunehmen, sich aber „unwillkürlich gegen jede Beeinflussung ihres Denkens und Handelns durch diese Wahrnehmungen sträuben“.

C. Die Hemmung der Aufmerksamkeit, bei welcher „der innere Widerhall fehlt, der die Verknüpfung der äußeren Eindrücke mit dem eigenen Erfahrungschatz herstellt und dadurch die auswählende Tätigkeit der Aufmerksamkeit anregt“.

D. Die krankhafte Bestimmbarkeit der Aufmerksamkeit, d. i. der Verlust ihres bestimmenden Einflusses auf die Wahrnehmung (namentlich bei der progressiven Paralyse und beim Altersblödsinn).

E. Die erhöhte Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit (Zerstreuung), bei welcher es sich „um einen häufigen Wechsel in der Richtung der Aufmerksamkeit aus inneren und äußeren Beweggründen handelt“, z. B. die

leichteren Grade bei der chronischen nervösen Erschöpfung und bei konstitutionell-psychopathischen Krankheitszuständen, die schwereren Grade bei der Manie und bei allen agitierten geistigen Schwächezuständen. Diese Ablenkung der Aufmerksamkeit ist nicht mit Hyperprosexie zu verwechseln, da in Wirklichkeit der ablenkbare Kranke durchschnittlich weniger und schlechter auffaßt als der Gesunde. Eine wirkliche Hyperprosexie wird von **KRAEPELIN**

F. in den Fällen mit Fesselung der Aufmerksamkeit angenommen, für welche die Zerstretheit des Gelehrten mit höchster einseitiger Richtung der Aufmerksamkeit als Paradigma gelten kann. Bei der Melancholie, vor allem aber bei der Hypochondrie findet sich ein analoger Zustand, indem die Aufmerksamkeit ausschließlich durch bestimmte traurige oder Krankheitsvorstellungen gefangen gehalten wird.

Der assoziative Zusammenhang der Vorstellungen untereinander, welcher die Grundbedingung des normalen Gedankenganges ist, unterliegt ebenfalls primären und sekundären Störungen (primäre und sekundäre Dissoziation oder Inkohärenz). Die sekundäre Lockerung und Lösung der gesetzmäßigen Verknüpfung der Vorstellungen und Begriffe untereinander wird durch die verschiedenen Krankheitsvorgänge hervorgerufen, welche die Denkvorgänge in formaler und inhaltlicher Beziehung tiefer greifend stören. Wir sind ihr deshalb schon bei der primären Beschleunigung des Vorstellungsablaufs (Ideenflucht) begegnet. Andere Ursachen der sekundären Inkohärenz sind halluzinatorische Erregungszustände, starke Affektsteigerungen (vor allem Zornaffekte) und der Ausfall psychischer Leistungen (mangelhafte Entwicklung von Vorstellungen und assoziativen Verknüpfungen beim angeborenen oder Untergang derselben beim erworbenen Schwachsinn). Nicht bloß die assoziative Verwandtschaft, welche zwei aufeinanderfolgende Glieder einer assoziativen Reihe verbindet, sondern auch der äußere und innere Zusammenhang aller Glieder mit einer die Reihe bestimmenden oder sie abschließenden Vorstellung ist für die normale Gedankentätigkeit ausschlaggebend. Eine Lockerung oder sogar Aufhebung des Zusammenhanges wird schon dadurch hervorgerufen, daß ausgeprägte Haupt- (allgemeine) Vorstellungen, resp. Zielvorstellungen, welche die Richtung des Vorstellungsverlaufes bestimmen, nicht vorhanden sind. Die Inkohärenz der Dementia paralytica und der Dementia senilis bietet hierfür die besten Beispiele. Als Dissoziation oder Inkohärenz im engeren Sinne ist die Aufhebung des äußeren und inneren Zusammenhanges zwischen benachbarten Gliedern einer Reihe aufzufassen. Die Kranken sind dann, soweit dies aus den sprachlichen Äußerungen erkennbar wird, außerstande, auch nur wenige assoziativ zusammengehörige Vorstellungen in gesetzmäßiger Art zu reproduzieren. Es werden dann nur einzelne zusammenhangslose Vorstellungen oder abgerissene Fragmente einer Vorstellungsreihe, die inhaltlich in keiner oder nur ganz entfernter Beziehung zu einander stehen, geäußert. Tritt eine solche Lockerung oder Loslösung in dem festen Gefüge der Assoziationen (Sejunktion; WERNICKE) ganz plötzlich und kurzdauernd ein, und unterbricht sie so momentan den Bewußtseinszustand, den wir früher Besonnenheit genannt haben, so entstehen Bewußtseinslücken (psychische Deliquien; L. MEYER), welche der Ausgangspunkt der mannigfachen inhaltlichen Störungen der Vorstellungstätigkeit, besonders bei gleichzeitigem Bestehen pathologischer Erregbarkeitszustände in latenten Erinnerungsbildern, werden können. Sie sind von eigen-

artigen Gefühlsreaktionen (Schwindel-, Betäubungs-, Ohnmachtsgefühlen) begleitet, welche der Kategorie der logischen Gefühle WUNDTs zuzurechnen sind. In der Mehrzahl der Fälle ist aber die Dissoziation ein länger bestehender, sich über Wochen und Monate hin erstreckender Krankheitsvorgang, welcher zu ganz charakteristischen Krankheitsmerkmalen führt. Hier ist zuerst zu nennen die Unorientiertheit, die von einer ganz besonderen, ebenfalls den logischen Gefühlen zugehörigen Affektreaktion begleitet ist, welche Ratlosigkeit genannt wird. Die Patienten sind außerstande, das zufließende Empfindungsmaterial gesetzmäßig in die Ideenassoziation aufzunehmen und zu verarbeiten. Daraus ergibt sich eine mehr oder weniger große Unfähigkeit, normale Beziehungsbegriffe zu bilden zwischen dem Komplex der Ich-Vorstellungen (Persönlichkeit) und den Sinneseindrücken, welche von den Personen und Gegenständen der Umgebung herkommen (räumliche Unorientiertheit). Dasselbe gilt von den zeitlichen Beziehungen, welche zwischen den einzelnen Vorstellungen, resp. Vorstellungskomplexen bei der normalen Denktätigkeit vorhanden sind (zeitliche Unorientiertheit).

Daß es sich im wesentlichen um eine Störung des Aufmerkens und des Wiedererkennens, um die Anreihung ganz unzugehöriger Vorstellungen an normaliter zufließendes Empfindungsmaterial bei der Unorientiertheit handelt und daß die Merkfähigkeit wenigstens in Fällen mit unfertig entwickelter Inkohärenz keine Schädigung aufweist, läßt sich bei Kranken konstatieren, bei welchen eine Intoxikationsamentia im Abklingen begriffen ist. Hier gelingt es, durch lautes Anrufen die Aufmerksamkeit der Kranken vorübergehend zu fixieren und sie dazu zu bringen, einzelne Gegenstände richtig zu bezeichnen oder Aufträge korrekt auszuführen. Sie sind nach einigen Minuten imstande, den vorhin gezeigten Gegenstand oder die ausgeführte Handlung wieder richtig anzugeben.

KRAEPELIN führt die Orientiertheit auf eine recht verwickelte geistige Leistung zurück, an deren Zustandekommen die verschiedensten Gebiete unseres Seelenlebens beteiligt sind. Er unterscheidet drei Hauptformen der Störungen der Orientierung (Desorientierung), je nachdem die Ursache wesentlich in krankhaften Veränderungen der Auffassung (die apathische Desorientierung, z. B. bei der Dementia praecox), des Gedächtnisses (die amnestische Desorientierung, z. B. bei der Korsakoffschen Krankheit und bei gewissen Formen des Altersblödsinns) oder des Urteils (die wahnhafte Desorientierung) liegt. WERNICKE bezeichnet die Desorientierung als das Fundamentalsymptom jeder Psychose. Alle krankhaften Veränderungen des Bewußtseinsinhaltes, die vorübergehend oder dauernd bei dem Geisteskranken auftreten, sind diesem Begriffe unterzuordnen und sind die gesetzmäßige Folge der krankhaft abgeänderten Bewußtseinstätigkeit. Entsprechend seiner Einteilung des Bewußtseins in die drei Gebiete der Körperlichkeit, der Außenwelt und der Persönlichkeit, unterscheidet er eine somatopsychische, eine allopsychische und eine autopsychische Desorientierung. Ihnen reiht sich die motorische Art der Desorientierung an.

Sehr wechselnd gestaltet sich das Krankheitsbild der primären allgemeinen Inkohärenz, je nachdem zugleich die Zeichen der Hemmung oder der Erregung in der Ablaufgeschwindigkeit des dissoziierten Bewußtseinsinhaltes zum Ausdruck kommen. Die Erschöpfungszustände (Erschöpfungpsychose) und die toxischen Psychosen zeigen aufs deutlichste, daß die gleichen Schädlichkeiten bald

eine Steigerung der, wenn auch völlig ungeordneten, psychischen Leistungen (primäre Inkohärenz + primäre Ideenflucht), bald eine Verringerung (Hemmung, resp. Ausfall) derselben hervorrufen. Es kommen aber auch höchst zusammengesetzte Krankheitsbilder vor, indem kürzere oder längere Phasen eines schweren stuporösen Zustandes von interkurrenten Erregungen durchbrochen werden, in welchen Halluzinationen und Illusionen eine große Rolle spielen.

Die Ursachen hierfür sind nur ungenügend aufgeklärt. Aus dem Studium der Entwicklung der Krankheitsfälle läßt sich vermuten, daß bei akutem Einsetzen die Erregung (die inkohärente Ideenflucht bei der Amentia) und bei langsamer, mehr schleichender Entwicklung die Hemmung (z. B. der primäre Erschöpfungsstupor) vorzugsweise eintritt. Auf der anderen Seite weisen die leichteren Grade von Dauerermüdung bei den Erschöpfungsneurosen (Neurasthenie) darauf hin, daß in dem Zustande der Übererregung selbst unterschwellige Reize auf die übermüdeten Zentren bald im Sinne einer gesteigerten Arbeitsleistung, bald als Hemmungen von Arbeitsleistungen wirken können. Die Erschöpfung im engeren Sinne, die mit einer Funktionsverringering, resp. mit einem Funktionsausfall verknüpft ist, kennzeichnet sich dadurch, daß Reize nur in spärlichem Maße oder gar nicht mehr auf das erschöpfte Zentrum wirken, solange nicht ein gewisser Grad von Erholung stattgefunden hat. Die verschiedenen funktionellen Bezirke werden je nach dem Stande ihres Kraftvorrats und dem Maße ihrer Kraftleistung ganz verschiedenartige Grade der Funktionsstörungen innerhalb eines bestimmten Zeitabschnittes darbieten. So kann z. B. ein sensorisches Zentrum die Zeichen der ausgeprägten Übererregung aufweisen, während ein anderes sensorisches oder motorisches Zentrum im Zustande der Erschöpfung sich befindet.

Diese Betrachtungen haben fast ausschließlich für die langsam sich entwickelnden Fälle von Neurasthenie Geltung. Man sieht aber auch dort, daß bei intensiveren Schwankungen des Krankheitszustandes einer anfänglichen Funktionssteigerung sehr rasch ein höherer Grad von Erschöpfung nachfolgt. Speziell für den Erschöpfungsstupor besteht eine ähnliche Verlaufsrichtung: auch hier ist eine initiale, nur Stunden oder Tage dauernde Erregung von einem oft monatelang dauernden schweren Erschöpfungsstadium mit ausgedehnter Abnahme aller Kraftleistungen gefolgt. Die Schwierigkeit ist hauptsächlich darin gelegen, daß wir bislang außerstande sind, festzustellen, welchen Anteil an der verringerten, resp. aufgehobenen Leistung eine Steigerung der hemmenden Vorgänge innerhalb der zentralen Nervensubstanz und welchen die Erschöpfung im engeren Sinne, d. i. der Verlust an erregenden Vorgängen, hat. Derartige Betrachtungen haben nicht nur ein theoretisches, sondern auch ein praktisches Interesse, indem sie einen Fingerzeig geben für die Schwierigkeiten, welche bei der Feststellung ausgleichbarer und unausgleichbarer Kraftschädigungen vorhanden sind. So läßt sich beim protrahierten Erschöpfungsstupor ein bestimmtes Urteil oft lange Zeit nicht abgeben, ob der Krankheitszustand noch einer völligen Restitution zugänglich ist oder nicht, mit anderen Worten, ob schon ein endgültiger Verlust an psychischer Energie stattgefunden hat.

In leichteren Graden allgemeiner Inkohärenz treten gar nicht selten eigenartige Krankheitssymptome hervor, welche kurz als Einfälle zu bezeichnen sind: Mitten in eine geordnete, mehr oder weniger weit ausgedehnte Gedankenreihe schiebt sich ganz unvermittelt eine Vorstellung, resp. ein Vorstellungskomplex (letzterer gelegentlich auch in Urteilsform: wahnhaftige Einfälle) hinein, welcher weder durch äußere, noch durch innere Assoziation mit ersterer in irgend einem Zusammenhange steht. Kurz hervorgestoßene Worte, mimische und pantomimische Bewegungen oder auch bestimmte Handlungen geben uns dann Kunde von diesen inneren Vorgängen.

Ein junger Offizier war durch einen Jagdunfall (Schrotschuß ins Gesicht) einem längeren Kranklager, zum Teil im Dunkelzimmer, ausgesetzt. Es entwickelte sich ein Zustand völliger Inkohärenz mit mäßiger motorischer Agitation. Nach Abklingen dieser Krankheitserscheinungen äußerte Patient noch mehrere Wochen hindurch die Wahndee, er sei Friedrich der Große. Er ahmte mit Vorliebe bei Gängen im Garten die Körperhaltung des großen Königs nach und ging, auf einen langen Stock gestützt, gravitatisch

auf und ab. Nach seiner vollständigen Genesung berichtete er, daß ihm plötzlich wie ein Blitz aus heiterem Himmel während seines Krankenlagers der Gedanke gekommen sei, er sei Friedrich der Große. Er könne sich gar nicht erklären, wie er zu dieser „verrückten“ Annahme gelangt sei. Es müßte wohl damit zusammenhängen, daß er früherhin in gesunden Tagen sich sehr für Friedrich den Großen interessiert habe.

Wir gelangen damit zu den Bewegungsäußerungen der Kranken. Bei den stuporösen Bildern allgemeiner Inkohärenz treten die gleichen Erscheinungen zutage wie bei den einfachen Denkhemmungen. Nur wird hier der Mangel jeglichen Zusammenhangs mit bestimmten Zielvorstellungen recht deutlich. Die Patienten greifen planlos nach diesem oder jenem Gegenstande, brechen oft eine Handlung mitten in ihrer Ausführung ab oder führen sie ganz fehlerhaft zu Ende. Entsprechend den spärlichen, doch geringwertigen und inhaltlich wechselnden Affektvorgängen wird der stumpfe, matte Gesichtsausdruck von flüchtigen, meist abortiven, mimischen Bewegungen belebt. Pantomimische Bewegungen treten nur seltener und unvollständig auf. Je lebhafter der Vorstellungsablauf, desto wechselvoller und ungeordneter, geradezu bizarr sind die mimischen und pantomimischen Ausdrucksbewegungen, sowie die Versuche, mehr oder weniger zusammengesetzte Handlungen auszuführen. Nicht selten kommt es zu dem Symptomenbilde der Paramimie, d. h. Mienen- und Gebärdenspiel entsprechen in keiner Weise mehr der affektiven Färbung der Vorstellungen. Alle diese Erscheinungen treten am schärfsten im sprachlichen und schriftlichen Ausdrucke der Kranken zutage. Es ist geradezu ein Zustand transcortikaler Paraphasie und Paragraphie vorhanden, wenn die Kranken alle ihnen vorgezeigten Gegenstände mit falschen Bezeichnungen belegen oder unsinnige Worte niederschreiben. Es liegen hier zweifellos die weitgehendsten Verschiebungen der assoziativen Zusammenhänge zwischen den optischen Empfindungen, resp. den zugehörigen Objektbildern und den Wortklangbildern, resp. den Sprechbewegungs- und Schreibebezugsvorstellungen zugrunde. Das Zustandsbild, welches aus der Gesamtheit dieser Erscheinungen (allgemeine Inkohärenz mit Unorientiertheit und motorischer Inkohärenz) hervorgebracht wird, nennt man Verwirrtheit. Je nach den vorwaltenden Symptomen und nach den Entstehungsbedingungen der Inkohärenz kann man von stuporöser, ideenflüchtiger und halluzinatorischer Verwirrtheit sprechen. Wie die spezielle Psychiatrie zeigen wird, finden sich auch beim angeborenen und beim erworbenen Schwachsinn Symptomenbilder, welche als Verwirrtheit bezeichnet werden.

Weitere Störungen der Denktätigkeit werden durch das Auftauchen überwertiger Ideen (WERNICKE) herbeigeführt, welche sich am häufigsten bei konstitutionell-psychopathischen Individuen zu Zeiten geistiger oder körperlicher Erschöpfung (z. B. bei der hereditären Form der Neurasthenie) vorfinden. Sie drängen sich auf Grund intensiverer Affekt-erregungen als einzelne Vorstellungen oder Vorstellungskomplexe oder als kompliziertere Vorstellungsverknüpfungen in der Form von Urteilen im Bewußtseinsinhalt mit elementarer Gewalt hervor. Oft handelt es sich nur um einzelne Worte oder Zahlenbegriffe, welche in ganz sinnloser Weise immer wieder auftauchen und das geordnete Denken stören (Onomatomanie; CHARCOT und MAGNAN). Noch häufiger sind es bestimmte hypochondrische Vorstellungen, welche durch peinliche Organempfindungen verursacht sind, oder Furchtvorstellungen, welche sich vor eine Zielvorstellung (z. B. Absendung eines wichtigen Briefes) ein-

schieben oder sich einer an sich gleichgültigen Handlung (z. B. das Anheften einer Stecknadel) anschließen. Je nach der Kritik, welche die Patienten diesen überwertigen Ideen gegenüber besitzen, werden Zwangsvorstellungen im engeren Sinne und überwertige Wahnvorstellungen unterschieden. Jene werden von den Kranken selbst als unberechtigte, ja widersinnige Eindringlinge erkannt und beurteilt, diese dagegen zwar als lästige, ja qualvolle, jedoch durchaus berechnete Bestandteile des Denkens aufgefaßt. Eine Abart der Zwangsvorstellungen ist das Zwangsdenken, bei welchem bald (z. B. bei melancholischen und hypochondrischen Depressionszuständen) an sich durchaus folgerichtige Gedankenverbindungen, in der Mehrzahl affekterfüllte Erlebnisse, bald (bei psychischen Schwächezuständen) mehr oder weniger sinnlose Gedankenverbindungen immer wieder im Denkinhalte emporetuchen.

WERNICKE hält neben anderen Erscheinungen gestörter Bewußtseinstätigkeit, welche als Reizsymptome auf dem Boden der Sejunktion entstehen, streng auseinander: überwertige Ideen, Zwangsvorstellungen und autochthone Ideen. Die überwertigen Ideen kennzeichnen sich dadurch, „daß sie von den Kranken selbst keineswegs als fremde Eindringlinge in das Bewußtsein beurteilt werden; im Gegenteil, die Kranken erblicken den Ausdruck ihres eigensten Wesens darin und in dem Kampfe für sie recht eigentlich den Kampf um die eigene Persönlichkeit. Trotzdem werden sie oft als quälend empfunden, und die Kranken klagen oft, daß sie an nichts anderes denken können“. Von den Zwangsvorstellungen sind sie dadurch zu unterscheiden, daß diese letzteren als unberechtigt und oft direkt als unsinnig erkannt werden. Die autochthonen Ideen sind ebenfalls Vorstellungen, resp. Vorstellungskomplexe, welche sich auf Grund krankhafter Reize in der Assoziationsfähigkeit hervordrängen und den sonstigen, geordneten und normalen Gedankenablauf stören. Die Aufmerksamkeit wird zwangweise den autochthonen Ideen zugerichtet, und werden dieselben als lästige Eindringlinge empfunden. Sie unterscheiden sich von den Zwangsvorstellungen dadurch, „daß letztere niemals als fremd, der Persönlichkeit nicht angehörig empfunden werden und infolgedessen auch nicht die verhängnisvolle Bedeutung für das ganze Geistesleben erlangen, wie die autochthonen Gedanken“. WERNICKE macht auf die nahen Beziehungen zwischen Halluzinationen und autochthonen Ideen aufmerksam. Es gibt Übergänge zwischen beiden Symptomen, indem ein Stadium von autochthonen Gedanken dem Hören von Stimmen vorangeht.

Die engen Beziehungen der Zwangsvorstellungen zu dem Komplex der Ich-Vorstellungen treten am schärfsten bei den sogenannten Phobien hervor (Agoraphobie, Claustrophobie, Mysophobie usw.), bei welchen heftige Affekterregungen und Affektreaktionen zu den typischen Begleiterscheinungen gehören. Auf die Entstehungsbedingungen dieser und anders gearteter Zwangsvorstellungen wird im speziellen Teile näher eingegangen werden.

Hier sei nur kurz des Einflusses gedacht, welchen die Zwangsvorstellungen auf die Handlungen der Kranken besitzen. Einmal enthält die Zwangsvorstellung einen Inhalt, welcher nur mittelbar zu motorischen Entladungen drängt, z. B. in dem bekannten Falle C. WESTPHALS, in welchem der Patient, sobald er ein Stück Papier sah, von der Vorstellung gequält wurde, er hätte seinen Namen darauf gesetzt.

Daran schloß sich die Furchtvorstellung, es könnte Mißbrauch mit seiner Unterschrift getrieben werden. Der daraus resultierende qualvolle Angstzustand kam erst dadurch zur Lösung, daß Patient alle Papiere, die in sein Bereich kamen, zerriß. Er war sich dabei der Unsinnigkeit dieser Handlung vollständig bewußt. Wir begegnen aber auch der entgegengesetzten Erscheinung, daß der Angsteffekt jede motorische Tätigkeit hemmt und geradezu zu lähmungsartiger Schwäche führt, z. B. bei der Agoraphobie. Tauchen bei bestimmten Anlässen affekterfüllte, meist peinliche Erinnerungsbilder als Zwangsvorstellungen auf, so stellen sich die gleichen motorischen, vasomotorischen und sekretorischen Störungen als Affektreaktionen ein, welche dem zugrunde liegenden Erlebnis zu eigen waren. So wurde z. B. eine unserer Kranken jedesmal beim Betreten einer Gesellschaft von der Erinnerung an ein früheres unliebsames Ereignis ergriffen — die Patientin, welche vorübergehend an Blasenkatarrh gelitten hatte, war von heftigem Urindrang befallen worden und hatte deshalb eine Gesellschaft verlassen müssen. — Mit dieser Erinnerung trat dann sofort Urindrang ein; Patientin floh schleunigst aus der Gesellschaft. Auch die Erythrophobie (die Vorstellung, erröten zu müssen) oder die umgekehrte Vorstellung, in auffälliger Weise zu erblassen, führt tatsächlich diese vasomotorischen Reaktionen herbei. Bei anderen Patienten wird entweder nur die Vorstellung einer Handlung (z. B. sich zum Fenster hinausstürzen zu müssen) oder die Handlung selbst unmittelbar durch eine Vorstellung ausgelöst, z. B. der Anblick eines Stuhles zwingt den Kranken, denselben auf einen anderen Platz zu bringen. Meist ist auch hier damit die Vorstellung verbunden, daß das Unterlassen der Handlung für den Kranken selbst oder für andere ein Unglück herbeiführe. In selteneren Fällen ruft jede Handlung sofort zwangsweise die Vorstellung hervor, gewissermaßen zum Ausgleich der schädlichen Folgen dieser Handlung eine andere, dieser ersteren entgegengesetzte Handlung ausführen zu müssen. So überschritt z. B. einer unserer Kranken eine Türschwelle, sprang dann aber sofort wieder zurück und mußte diesen Vorgang 10—20mal wiederholen, bevor er endgültig das Zimmer verlassen konnte; zu anderen Zeiten kam er überhaupt nicht zur Ausführung einer beabsichtigten Handlung, weil er gezwungen war, eine ihr entgegengesetzte zu vollziehen. In derartigen Fällen von „Zwangshandlungen“ spielen augenscheinlich bestimmte, zwangsweise auftauchende Bewegungsvorstellungen eine entscheidende Rolle.

Das Zwangsdenken ist, wenn auch seltener, von Zwangsreden begleitet. Bei degenerativen Psychosen mit eigenartigen, höchst zusammengesetzten Krankheitsbildern (*Maladie des ties*) treten neben motorischen koordinierten Zwangsbewegungen die Kopro-lalie (zwangsweises Hervorstößen von Worten schmutzigen Inhalts), sowie auch die Echo-lalie (zwangsweises Nachsprechen gehörter Worte) auf. Letzterem Symptome begegnet man aber auch bei anderen, ebenfalls vorwiegend degenerativen, Geistesstörungen.

Eine Zwischenstellung zwischen den isoliert auftauchenden Zwangsvorstellungen, welche übrigens, wie schon die angeführten Beispiele lehren, bei manchen Kranken durch bestimmte, mit dem Inhalte der Zwangsvorstellungen im Zusammenhang stehende Sinneseindrücke ausgelöst werden, und dem Zwangsdenken nimmt die Grübel- und Frage-sucht ein. Die Erreichung bestimmter Zielvorstellungen wird dadurch unmöglich, daß sich in jede Gedankenreihe eine Unsumme ganz nutzloser, oft geradezu kindisch-alberner Fragen einschleibt („Warum hat

der Mensch zwei Beine?"; „warum hat der Stuhl vier Beine?"; „warum ist die Sonne gelb und der Mond silbern?"; „warum ist Silber ein Metall?" u. s. w.). Die Patienten geraten durch diese, ihnen selbst fruchtlos und krankhaft erscheinende Gedankenarbeit in äußerste Erregung.

Von den Zwangsvorstellungen und dem Zwangsdenken ist zu unterscheiden das Haften einzelner Vorstellungen. Irgend eine an sich ganz folgerichtige Vorstellung staut gewissermaßen durch ihren überwertigen Charakter die Ideenassoziation. In leichteren Graden, welche manche Beziehungen zu Vorgängen im gesunden Leben aufweisen, sind es bestimmte Worte, Namen, Zitate, welche den Patienten nicht loslassen, ihn verfolgen und quälen (Kleben an Gedanken). Im sprachlichen Ausdruck macht sich diese Erscheinung gelegentlich bei abnorm ermüdbaren Individuen (z. B. bei der Neurasthenie) in sehr starker Weise geltend, indem die Kranken über bestimmte Worte nicht hinwegkommen und auch für neue Vorstellungen (konkrete Dinge und abstrakte Vorstellungen) das vorher verwandte Wort in ganz verkehrter Weise wieder aussprechen. Diese Krankheitserscheinung, bei welcher eine einmal geweckte Vorstellung in den unmittelbar nachfolgenden Vorstellungsreihen in sinnloser Verbindung wiederkehrt, ist von CL. NEISSER als perseveratorische Reaktion oder schlechtweg als Perseveration bezeichnet worden. Haftet bloß das Wort fest, so erscheint die Störung als Paraphasie; bleibt aber die begriffliche Vorstellung allein haften (ohne das Wort), so kann der Kranke den Gegenstand gelegentlich richtig benennen, aber seinen Gebrauch falsch angeben (Pseudoapraxie). Bei Intoxikations- und Erschöpfungspsychosen haben wir dies Symptom der Perseveration verhältnismäßig häufig gesehen. Dasselbe kommt den verschiedensten Gehirnerkrankungen zu. Am reinsten tritt es oft in der schriftlichen Produktion zutage. Die äußerliche Verwandtschaft der Perseveration mit der Verbigeration ist bei gesteigerten sprachlichen Leistungen irreführend. Doch beschränkt sich der Verbigerierende meist auf die Wiederholung bestimmter Worte und Sätze, reproduziert diese aber immer wieder durch längere Zeit, selbst tage- und wochenlang. Die perseveratorische Wiederholung schließt sich an alle möglichen, gerade geweckten Worte und haftet nicht an bestimmten Worten. Die für die Perseveration so charakteristische Beeinflußbarkeit durch neu zufließende Empfindungen, resp. neu geweckte Vorstellungen ist der Verbigeration ganz fremd (v. SÖLDER). Doch läßt sich nicht verkennen, daß zuweilen bei Verblödungsprozessen in späteren Stadien des Leidens, wenn der geistige Verfall weit fortgeschritten ist, eine scharfe Grenze zwischen Perseveration und Verbigeration nicht mehr zu ziehen ist.

Über motorische Perseveration vergl. pag. 49.

Nicht mit der Perseveration zu verwechseln sind die impulsiven Wiederholungen derselben Vorstellung, welche sich regelmäßig mit einer Zerfahrenheit des Gedankenganges verbinden (KRAEFELIN). Der Inhalt dieser „stereotypen“ Vorstellungen ist dabei ein ganz zufälliger und wird nicht, wie beim Haften, durch das Voraufgegangene bestimmt.

Die bedeutsamste Stellung unter den inhaltlichen Störungen der Ideenassoziation nimmt die Wahnbildung ein. Die Verstandestätigkeit, die Bildung von Urteilen und Schlüssen mittelst Vorstellungsverknüpfungen baut sich im gesunden Geistesleben auf den gesetzmäßigen Beziehungen der Erinnerungsbilder mit den ihnen inhaltlich zugeordneten Empfindungen auf, welche von der Außenwelt und von dem

eigenen Körper herkommen. Dabei wird die Urteilsbildung des einzelnen Menschen überall beeinflußt von Gedankengängen, welche nicht ausschließlich der eigenen Erfahrung entspringen, sondern aus überlieferten, in einer Volkseinheit oder in einer Zeitepoche vorherrschenden und als allgemein gültige Wahrheiten gelehrten Vorstellungsverbindungen bestehen. Dem persönlichen Wissen, welches unmittelbar unseren Empfindungen und ihren Erinnerungsbildern entstammt, stehen so die Glaubensvorstellungen zur Seite, welche abgeleitete, durch Zutaten unserer Einbildungskraft ergänzte abstrakte Vorstellungsverbindungen sind (religiöse, naturwissenschaftliche, sozialpolitische etc. Glaubensvorstellungen). Die Bemessung des Einflusses dieser Glaubensvorstellungen kann nicht hoch genug eingeschätzt werden, da sie für die Mehrzahl der Menschen infolge der ihnen eigentümlichen Stärke der Gefühlsbetonung die Richtschnur für ihre gesamte Urteilstätigkeit werden. Je reicher die individuelle Erfahrung, auf welcher unser Wissen sich gründet, je entwickelter die eigene Kraft hinsichtlich der Einordnung des Wissenschatzes in allgemeine, der eigenen Erkenntnis entstammende Urteilsverbindungen sich gestaltet, desto selbständiger wird das Individuum in seiner Urteilstätigkeit. Gewisser Glaubensvorstellungen in dem oben berührten Sinne wird aber keiner, selbst nicht der geistig Höchststehende, entbehren können, da sie ein unbedingtes Erfordernis zur Überbrückung der Lücken in unseren aus der Erfahrung allein geschöpften Urteilsbildungen sind. So ist auch jeder von uns dem Irrtum unterworfen. Er entspringt einerseits daraus, daß der Erwerb von Erfahrungen über die Vorgänge der Außenwelt niemals zum Abschluß gelangt, sondern zu jeder Zeit durch neu zufließendes, bislang fremdartiges Empfindungsmaterial in seinem Besitzstande erschüttert wird, und andererseits daraus, daß unsere durch affektive Charakterveranlagung, Erziehung, Lebensgewohnheiten, Familien- und Volkstraditionen tief verankerten Leitvorstellungen auf ethischem, ästhetischem, religiösem, naturwissenschaftlichem Gebiete beständig in unsere Urteilsbildung eingreifen. So entstehen die Irrtümer aus Vorurteil und Aberglauben, die um so fester haften, je intensiver der ihnen innewohnende Gefühlswert für die betreffende Persönlichkeit ist. Vom Irrtum infolge hartnäckigen, unbelehrbaren Verharrens auf einmal gefaßten Meinungen zur Wahnbildung ist nur ein Schritt; eine scharfe Grenzlinie zwischen beiden besteht nicht. Denn beide besitzen die Eigenschaft, daß sie aus unrichtigen, den Tatsachen der Außenwelt nicht entsprechenden Vorstellungsverknüpfungen hervorgegangen sind. Als wesentliches unterscheidendes Merkmal des Irrtums von der Wahnidee wird der Umstand betrachtet, daß ersterer einer Berichtigung durch spätere, aus neuen Wahrnehmungen und verbesserten Schlußfolgerungen geschöpfte Urteile zugänglich ist, während letztere jeglicher Beweisführung trotzt. Dieses unterscheidende Merkmal gilt hauptsächlich für diejenigen Irrtümer, welche aus der Unzulänglichkeit unserer Erfahrungen, resp. aus der Inkongruenz zwischen neuen Wahrnehmungen und unserem Erfahrungsschatze herrühren. Es versagt aber dort, wo Urteilsbildungen in Frage kommen, welche gar nicht oder nur mit einem belanglosen Bruchteile aus unseren äußeren Erfahrungen herkommen. So wird es verständlich, daß zwischen festgewurzelten Vorurteilen, zwischen Aberglaube und Wahnbildung prinzipielle Verschiedenheiten nicht bestehen, indem ihnen gemeinsam die gesetzmäßige kausale Begrün-

ding in den Vorgängen der Außenwelt mangelt. Aber auch die durchaus berechtigten und aus dem menschlichen Bedürfnis nach Erkenntnis entspringenden Glaubensvorstellungen entbehren, soweit es sich um Vorstellungen über transzendente Vorgänge handelt, dieser kausalen Begründung. Sie sind deshalb, wie die tägliche Erfahrung lehrt, eine fruchtbare Quelle von Wahnbildungen. Diese Betrachtung nötigt uns aber auch zur Bescheidenheit und weisen Einschränkung in unserer Urteilsbildung über die geistige Beschaffenheit andersdenkender Menschen. Es ist nicht angängig, um bei dem Gebiete der religiösen Glaubensvorstellungen stehen zu bleiben, von religiöser Wahnbildung schon dann zu sprechen, wenn schrankenloses Versenken eines glaubensdurstigen Gemütes in religiöse Vorstellungskreise vorliegt und diese zur Grundlage uns unverständlich, ja widersinnig erscheinender Glaubensvorstellungen und daraus resultierender Handlungen werden. Es sei hier an die neuerdings wieder in Schwung gekommenen, auf der „christian science“ basierenden Gebetsheilungen und an die spiritistisch-okkultistischen Bestrebungen erinnert. Man hüte sich, in Fällen, in welchen diese Glaubensgebiete den Denkinhalt erfüllen, die Diagnose auf Wahnbildung zu stellen, wenn nicht beweiskräftige Zeugnisse für diese Diagnose durch andere, unzweifelhaft krankhafte psychische Erscheinungen gegeben sind.

Das hauptsächlichste Merkmal sogenannter primärer Wahnbildung ist in der Mehrzahl der Fälle — wenigstens soweit die paranoischen Krankheitszustände in Frage kommen — ihr Ursprung aus abnormen Gefühlszuständen im Zusammenhange mit einer krankhaften Überwertigkeit des Komplexes der Ich-Vorstellungen, des Bewußtseins der Persönlichkeit. Dieser rückt andauernd in den Mittelpunkt der Denktätigkeit, beherrscht sie vollständig und führt damit zur Bildung ganz unrichtiger Beziehungsvorstellungen zwischen dem eigenen Ich und den Vorgängen der Außenwelt. Dabei mag die alte Streitfrage unerörtert bleiben, ob der pathologische Gefühlszustand die Grundlage der krankhaften Vorstellungsrichtung ist, oder ob er bei dieser primären Wahnbildung nur eine untergeordnete, sekundäre Bedeutung hat.

Für jeden Fall sind diese Urteilsfälschungen über die Wertschätzung der Persönlichkeit und deren Zusammenhänge mit den Vorgängen der Außenwelt nur dann der Ausgangspunkt einer andauernden und weitere Kreise des Vorstellungsinhaltes erfassenden chronischen Wahnbildung, wenn eine, freilich bislang unaufgeklärte, Veränderung des assoziativen Mechanismus stattgefunden hat. Sie kennzeichnet sich klinisch dadurch, daß bei Integrität der formalen assoziativen Verknüpfung (Wiedererkennen, Merkfähigkeit und Gedächtnis im engeren Sinne können völlig unversehrt sein) eine tiefgreifende Störung in der Bildung von Urteilsassoziationen bewirkt worden ist. Die Kranken mit „fixen“ Wahnideen besitzen also Besonnenheit in dem früher erörterten Sinne, jedoch keine Krankheitseinsicht, da ja in erster Linie ihr Urteil über die eigene Persönlichkeit gefälscht ist.

KRAEPELIN hält eine Umwandlung der Gesamtpersönlichkeit oder eine krankhafte Verödung des geistigen Lebens für notwendig, damit überwertige Vorstellungen auf die Dauer das Übergewicht erhalten; der Ausbildung von Wahnideen liegt deshalb regelmäßig eine allgemeine Störung des psychischen Gesamtzustandes zugrunde.

WERNICKE hält die Lockerung in dem festen Gefüge der Assoziation (die früher erwähnte Sejunktion) für das Ausschlaggebende bei der Wahnbildung. Er erblickt darin „einen Defekt, eine Kontinuitätstrennung, welche dem Ausfall gewisser Assoziationsleistungen entsprechen muß“ (Verfall der Individualität).

In der Tat ist die Wahnbildung bei vorübergehenden, ausgleichbaren Störungen als ein Hemmungssymptom, bei chronischem Bestehen als ein Ausfallssymptom zu betrachten, indem die kritische Sichtung und Einordnung der Urteilsbildungen in die individuelle Erfahrung des gesunden Daseins verloren gegangen ist. Denn nur so wird es verständlich, daß die wahnhaften, aus der äußeren Wahrnehmung entstammenden Urteilsassoziationen bei den chronischen paranoischen Zuständen durch neue Wahrnehmungen nicht korrigierbar sind. Eine allgemeine Urteilschwäche, welche den Wahnbildungen beim angeborenen und erworbenen Schwachsinn sicherlich zugrunde liegt, besteht bei den paranoischen Zuständen im engeren Sinne nicht. Denn diese finden sich auch bei intellektuell durchaus gut entwickelten, ja sogar geistig hoch stehenden Menschen; gerade bei solchen läßt sich am schönsten erkennen, wie jede Wahnidee zum unerschütterlichen Glaubenssatz nur dann wird, wenn das Urteil über die eigene Persönlichkeit, wenn die Beziehungen des Ichs zu den Außendingen in Frage stehen. Die Kranken besitzen für alle anderen (z. B. wissenschaftlichen oder wirtschaftlichen) Fragen oft ein völlig zutreffendes Urteil.

Gelingt es, bei Fällen chronischer systematisierter (stabiler oder fortschreitender) Wahnbildung den ersten Anfängen des Leidens genauer nachzuspüren, so stößt man fast überall auf die Angabe, daß zuerst für einige Tage oder Wochen ein Zustand von geistiger Leere (z. B. äußerte einer unserer Kranken: „Mein Kopf war ganz weg“), verbunden mit einem unruhigen Gefühlszustand — der „Ratlosigkeit“ — vorhanden gewesen sei. Auch ganz kurzdauernde, den früher erwähnten psychischen Deliquien zuzurechnende Störungen der Bewußtseinstätigkeit können die ersten Anlässe zur Wahnbildung sein.

Bei einem seit vielen Jahren in der Klinik befindlichen Paranoiker war nachträglich festzustellen, daß er im 21. Lebensjahre nach angestrengten Studien, nächtlichen Kneipereien usw. die erste deutlich erkennbare wahnhafte Urteilsbildung vollzogen hat. Der Patient stammte aus erblich stark belasteter Familie und hatte schon während der Gymnasialzeit mannigfache „nervöse“ Störungen dargeboten. Er hatte auf einem Spaziergange „im Kater“, als er an eine von ihm verehrte junge Dame dachte, eine „ohnmachtsartige“ Anwendung, die nur wenige Augenblicke währte. Als er sich wieder zurecht fand, wurde sein Blick durch einen Strauß von Rosen gefesselt. „Sofort wußte ich, daß die Dame mich liebte und die Rosen für mich bestimmt seien. Es war mir klar, daß sie mir durch die Rosen ein Zeichen gegeben hatte, um sie zu werben.“ Trotzdem er bei seiner Werbung eine derbe Abweisung erfahren hatte, blieb die krankhafte Urteilsbildung (wahnhafte Beziehungsvorstellung) für ihn eine unumstößliche Wahrheit.

Viele Kranke verbinden mit den pathologischen Organempfindungen, resp. Organgefühlen, welche diesen Bewußtseinsstörungen anhaften, nachträglich die Erklärungswahnvorstellung, daß sie betäubt, chloroformiert oder durch andere Gifte um ihren Verstand gebracht worden seien.

Noch klarer werden diese Beziehungen zwischen der Wahnbildung und den allgemeinen Denkstörungen bei den Fällen chronischer Paranoia, deren Anfänge durch einen remittierenden Verlauf ausgezeichnet sind. Es wird dann von intellektuell hochstehenden Patienten recht häufig in den Zeiten relativer geistiger Ruhe und Klarheit die Auskunft gegeben, daß die von ihnen selbst noch als fremdartig, krankhaft empfundenen

Urteilsbildungen unter ganz besonderen Umständen (nach intensiver geistiger Arbeit, gemüthlicher Erregung, schlaflosen Nächten usw.) ganz plötzlich und unvermittelt in ihr Denken „eingeströmt“ seien. Freilich macht jeder neue Ansturm diese kritischen Überlegungen zunichte.

Eine zweite Gruppe bilden die inkohärenten und flüchtigen Wahnbildungen, welche bei akut einsetzenden und meist auch akut verlaufenden Psychosen (vgl. hierzu vor allem die Infektions- und Intoxikationspsychosen) auf dem Boden einer primären Inkohärenz entstanden sind. Das disparate, inhaltlich zusammenhanglose Vorstellungsmaterial wird zur Bildung ganz merkwürdiger und widersinniger Urteilsassoziationen verwandt. Daß die schon früherhin als wahnhaft e Einfälle (vgl. pag. 25) besprochenen krankhaften Vorgänge auf assoziative Störungen zurückzuführen sind, bedarf keiner weiteren Erörterung. Sie werden nur dann zum Ausgangspunkt fixierter Wahnvorstellungen, wenn die akute Psychose mit einem Intelligenzdefekte endigt.

Eine dritte Gruppe umfaßt diejenigen Fälle, bei welchen der klinische Nachweis einer primären assoziativen Störung nicht erbracht werden kann und die Wahnbildung allein auf pathologische Affektvorgänge zurückgeführt werden muß. Dabei ist zu bemerken, daß Stimmungsanomalien besonders dann zur Wahnbildung disponieren, wenn pathologische Empfindungsreize oder affekterfüllte Vorstellungen den Anstoß zu einem jähen Anstieg der Affekterregung (sowohl im positiven, als auch im negativen Sinne) oder zu einem brusken Umschlag des gerade vorherrschenden Gefühlszustandes geben.

Eine besondere Bedeutung für die Wahnbildung besitzen die Illusionen und Halluzinationen. Einmal schießen als Reizsymptome einzelne Halluzinationen und Illusionen — man kann sie geradezu als halluzinatorische Einfälle bezeichnen — hervor, während im übrigen die Bewußtseinstätigkeit verlangsamt, erschwert, die Assoziation mehr oder weniger gelockert ist. Die Halluzination haftet fest und wird der Ausgangspunkt bestimmter, um den Kern der Ichvorstellung gruppierter Wahnideen im Sinne des Erklärungs- und Beziehungswahns. Diese Art von halluzinatorischer Wahnbildung finden wir vornehmlich bei der Amentia. Bei den heilbaren Formen tritt mit der Genesung, mit der festeren Fügung des assoziativen Mechanismus und mit der Wiederkehr der normalen Urteilsbildung eine Korrektur dieser halluzinatorischen inkohärenten Wahnbildung ein. Beim Ausgang in geistige Schwäche bleibt die halluzinatorische Wahnbildung entweder unverändert bestehen oder führt zu weiterer Wahnbildung.

Bei den paranoischen Zuständen mit exquisit chronischer Entwicklung ist den Halluzinationen und Illusionen eine mehr sekundäre Bedeutung zuzumessen, und zwar auch dann, wenn diese Krankheitserrscheinungen in einzelnen Krankheitsphasen gehäuft auftreten; es läßt sich auch bei den chronischen Halluzinanten bei genauer Erforschung des Entwicklungsganges der Krankheit nachweisen, daß die wahnhaften Beziehungsvorstellungen sich (freilich oft nur in unklarer, verschwommener Ausdrucksweise) zuerst eingestellt haben. Die Halluzination prägt sozusagen den Beziehungswahn in bestimmte Formen, kleidet ihn in Worte. Viel schwieriger ist der wechselseitige Einfluß zwischen Wahnbildung und halluzinatorischer Erregung bei den akut einsetzenden und akut (sehr häufig periodisch) verlaufenden paranoischen Zuständen, bei welchen nur allzu häufig sofort beim Beginn des Anfalls die zuerst geäußerte Halluzination eine wahnhafte Urteilsassoziation wider-

spiegelt und ebenso jede in der Folge neu erzeugte Wahnidee. Die Patienten schildern ganze Reihen von halluzinatorischen Erlebnissen, die alle das Leitmotiv der Beeinträchtigung, der Verfolgung usw. erkennen lassen. Wir sind der Überzeugung, daß auch bei dieser sogenannten akuten halluzinatorischen Paranoia, bei welcher die heftigste gemüthliche Erregung fast die Regel ist, die Wahnbildung als primärer Krankheitsvorgang aufzufassen ist. Wir finden diese Krankheitsform, von welcher erst in den letzten Dezennien die Amentia schärfer abgegrenzt wurde (letzterer ist eine primäre Wahnbildung nicht eigentümlich), fast ausschließlich bei den konstitutionell (hereditär) veranlagten Individuen. Dieselben boten meistens schon früherhin die Vorläufer der Wahnbildung durch ihre verschrobene Lebensauffassung und Lebensführung (pathologisches Mißtrauen, verbunden mit pathologischem Eigendünkel usw.). Irgendwelche Anstöße, meist heftige gemüthliche Erschütterungen, lösen, (vergl. die Beobachtung pag. 10) den akuten paranoischen Anfall und gleichzeitig die halluzinatorische Erregung aus. Es ist aber gerade hier am schärfsten erkennbar, daß die Ausprägung, die genauere Formulierung der Wahnidee durch die Halluzination oder Illusion herbeigeführt wird. Der Verdacht des Patienten wird durch die Halluzination zur unumstößlichen Gewißheit. Klingt der Gefühlssturm ab, der in allen diesen akut verlaufenden Fällen mehr oder weniger weitgehende Bewußtseinsstörungen bedingt, so sinkt die Überwertigkeit der Wahnidee auf ein immer tieferes Niveau, zugleich aber auch schwindet allmählich der halluzinatorische Erregungsvorgang. Die Kranken gewinnen in der Folge ihr gesundes Urteil zurück; die überstandene Krankheitsphase erscheint ihnen in der Erinnerung wie ein wüster Traum, wie ein fremdartiges, ihnen unbegreifliches Ereignis. In subakut verlaufenden Fällen können die Wahnideen in der Folgezeit als solche fortbestehen; da ihnen aber ein höherer affektiver Wert nicht mehr inneohnt, so besitzen sie auf das Denken und Handeln der Patienten keinen Einfluß mehr (Residualwahn). Jede neue gemüthliche Erregung drängt sie wieder in den Vordergrund und bewirkt eine Ergänzung und Erweiterung der Wahnbildung. In welcher Weise sich der Ausbau eines Wahnsystems vollzieht, wie sich späterhin logisch aus wahnhaften Prämissen entwickelte sogenannte „komplementäre“ Wahnideen in das System eingliedern, wird die spezielle Psychiatrie lehren. Nach mehrfachen derartigen Krankheitsschüben unterscheidet sich das Krankheitsbild von den Schlußbildern der chronischen Paranoia nicht mehr.

Auch vereinzelte wahnhaft halluzinatorische Einfälle, welche scheinbar unvermittelt entstehen und plötzlich wieder schwinden, sind bei den originär verschrobenen Persönlichkeiten gar nicht selten.

Ein in Amt und Würden stehender, durchaus besonnener, aber eigentümlich mißtrauischer, jähzorniger und rechthaberischer Mann wurde nachts gegen 12 Uhr nach einer längeren gesellschaftlichen Sitzung (kein Alkoholabusus!) und nach einer erregten Debatte über religiös-politische Fragen auf dem Nachhausewege von der Wahnvorstellung befallen, daß an jeder Straßenecke Jesuiten auf ihn lauerten. Er zog den ihn begleitenden Freund ängstlich in eine Nebenstraße, verbot ihm lautes Sprechen und erklärte ihm, daß zwei harmlose, ihrer Behausung zustrebende Spießbürger zwei römische Sendlinge seien, die ihn bewachen sollten. Er hätte gehört, wie sie seinen Namen gerufen haben. Am andern Tage schrieb er dem Freunde einen Brief, in welchem er den Vorfall bedauerte; er müßte geradezu verrückt gewesen sein, daß er solches Zeug hätte glauben können. — Der Mann ging 10 Jahre später an einer arteriosklerotischen Hirndegeneration zugrunde.

Daß aber ein isolierter wahnhafter halluzinatorischer Einfall die Grundlage eines immer weiter ausgesponnenen Wahnsystems werden

kann, lehren Fälle, in welchen erblich behaftete Individuen in Zuständen körperlicher und geistiger Erschöpfung von kurzdauernden halluzinatorischen Erregungen (meist zusammengesetzten Halluzinationen von großer sinnlicher Lebhaftigkeit) befallen werden.

Ein zwanzigjähriger Bauakademiker, welcher bei kümmerlicher Nahrungszufuhr anfänglich durch intensives Studium, nachher durch ebenso intensiv betriebenes Nachleben in verrufenen Lokalen in einen Zustand hochgradiger intellektueller Erschöpfung geraten war, wurde von einem plötzlichen Schwächezustand im Berliner Tiergarten befallen. „Mir schwanden die Sinne, ich konnte nichts denken und mußte mich auf eine Bank setzen. In diesem Augenblick fuhr die kaiserliche Equipage an mir vorüber. Ich sah, wie der Kaiser mir huldvoll winkte und mir laut zurief: »Du bist mein Sohn!«“ Der Vorfall beschäftigte ihn in den nächsten Tagen unaufhörlich; er gelangte allmählich zu der Überzeugung, daß seine Eltern nur seine Pflegeeltern seien, und daß er als kleines Kind in seine Heimatprovinz direkt aus dem kaiserlichen Palais geschickt worden sei. Der nächstliegende Gedanke war, sich eine Unterstützung seitens seines kaiserlichen Vaters zu verschaffen. Er ging ins Schloß, bezeichnete sich dort als kaiserlichen Prinzen und verlangte seinen Vater zu sprechen, um eine größere Summe zu erheben, die dieser ihm versprochen habe. Er wurde von dort auf die Irrenabteilung der Charité gebracht und äußerte schon nach wenigen Tagen ein ganz kompliziertes Wahnsystem mit grotesken, phantastischen Auslegungen seiner Abstammung und Lebensgeschichte. Wir sahen ihn viele Jahre später in einer Irrenanstalt wieder als chronischen Paranoiker.

Um sekundäre Wahnbildungen im engeren Sinne, die man auch als erklärende Wahnbildungen bezeichnen kann, handelt es sich dann, wenn protrahierte pathologische Gefühlszustände, vor allem die manische, heitere Exaltation oder die melancholische Depression oder die depressiv-reizbare, sogenannte hypochondrische Verstimmung, der Boden der Urteilsfälschung sind. Bei der heiteren exaltierten Stimmungsanomalie mag die Überwertigkeit derjenigen Vorstellungen, welche der affektiven Störung am meisten entsprechen, die wesentlichste Ursache dieser Art von Wahnbildung sein. Doch ist hier zu bemerken, daß bei der reinen Manie eine Stabilisierung der Wahnideen trotz allen Schwelgens in Lustgefühlen kaum vorkommt; dagegen entwickeln sich die schrankenlosesten Größenideen auf der Grundlage der schwachsinnigen Euphorie des Paralytikers oder bei der kindisch-heiteren Erregung der Dementia praecox. Eindeutig als Erklärungswahn tritt uns die Wahnidee des Melancholikers und zum Teil auch des Hypochonders entgegen. Sie ist die logische Motivierung der Angst und schwindet (bei den heilbaren Fällen) mit dem Aufhören des pathologischen Gefühlszustandes. Bleiben die Wahnideen trotz Abklingens der krankhaften Stimmung bestehen und findet eine weitere Verarbeitung derselben im Sinne des Beziehungs- und Erklärungswahnes statt, so ist jener chronische Krankheitszustand gegeben, der von manchen Autoren als sekundäre Paranoia bezeichnet wird. Da in derartigen Fällen eine allgemeine Schwächung der Urteilsfähigkeit und eine Verarmung des Vorstellungsinhaltes Platz gegriffen hat, so wird die sekundäre Paranoia richtiger als Teilerscheinung der sekundären Demenz betrachtet.

Hinsichtlich der zahlreichen inhaltlichen Variationen der wahnhaften Urteilsbildungen verweisen wir auf die spezielle Psychiatrie. Nur die Hauptrichtungen, in welchen die Wahnbildung sich bewegt, mögen hier noch angeführt werden. Dem Grundgesetz entsprechend, nach welchem auch bei den weitverzweigtsten „systematisierten“ Wahnbildungen die „Ich-Wahnvorstellungen“ der Ausgangspunkt gewesen sind, und im Hinblick auf ihre unerläßliche Gefühlskomponente unterscheidet man den expansiven (euphorischen) Größenwahn und den depressiven Kleinheitswahn. Beide zusammen entsprechen den „Primordialdelirien

GRIESINGERS. Der depressive Wahn zerfällt wieder in einige Untergattungen: den Versündigungswahn, den hypochondrischen Wahn (einschließlich des Wahnes der Verwandlung in andere Menschen- oder Tiergestalten), den Verarmungswahn (einschließlich des Vernichtungswahns) und den Verfolgungswahn (einschließlich des Eifersuchtwahns).

Als eine der Quellen der Wahnbildung haben wir früherhin die allgemeine Urteilsschwäche kennen gelernt, welche den angeborenen und erworbenen Schwachsinn kennzeichnet. Indem wir hinsichtlich der klinischen Varietäten der Entwicklungshemmungen auf geistigem Gebiete und der Verblödungsprozesse auf die einschlägigen Kapitel der speziellen Psychopathologie verweisen, mögen hier einige Bemerkungen über die ihnen gemeinsamen Merkmale Platz finden.

Die intellektuelle Leistungsfähigkeit des einzelnen wird weniger bestimmt durch den mehr oder weniger großen Vorrat an einfachen Vorstellungen (Erinnerungsbilder einzelner stattgehabter früherer Empfindungen) als durch den Reichtum an allgemeinen und zusammengesetzten konkreten (sinnlichen) und abstrakten Begriffen. Indem nicht nur die Summe der sinnlichen Partialvorstellungen in den Wortklang-, resp. Wortbewegungsvorstellungen ihre Zusammenfassung zu Einzelbegriffen findet, sondern auch alle komplexen allgemeinen Begriffe wiederum ihre bestimmte sprachliche Bezeichnung besitzen, so können wir bis zu einem gewissen Grade aus dem Wortschatze einen Rückschluß auf den intellektuellen Besitzstand ziehen*). Je stärker die geistige Entwicklungshemmung, desto mühseliger ist die Verknüpfung der spärlichen Einzelvorstellungen zu Allgemeinvorstellungen und Begriffen (Vorstellungsarmut oder Intelligenzdefekt im engeren Sinne), und desto leichter werden einseitige und verkehrte Urteile gebildet (schwachsinnige Wahnideen infolge allgemeiner Urteilsschwäche), welche die obenerwähnten Merkmale der wahnhaften Urteilsbildung an sich tragen. Das gleiche gilt von dem erworbenen Schwachsinn, bei welchem die früher vorhandenen Begriffe und feingegliederten assoziativen Verknüpfungen verloren gegangen sind und schließlich nur noch disparate Glieder zusammengesetzter Vorstellungskomplexe in zusammenhangloser Weise aneinander gereiht werden (Inkohärenz des Schwachsinnnes). Am klarsten tritt diese Verarmung betreffs der assoziativen Verknüpfungen und die aus ihr entspringende Urteilsschwäche bei der progressiven Paralyse hervor, bei welcher auch die Unfähigkeit der Kranken, neue Verknüpfungen aus dem zufließenden Empfindungsmaterial herzustellen und mit früheren Erfahrungen zu Urteilen zu verbinden, offenkundig ist.

III. Die krankhaften Störungen des Gefühlslebens.

Wir haben im vorstehenden schon mehrfach auf die Gefühlskomponente hingewiesen als einen wesentlichen Faktor, welcher die Wertigkeit der Empfindungen, der einfachen und zusammengesetzten Vorstellungen für die Ideenassoziation bestimmt. Während die Empfindung und ihre Erinnerungsbilder, die Vorstellungen, die Elementarphänomene des Bewußtseins sind, welche auf äußere, dem wahrnehmenden Subjekt (dem Komplex der Ich-Vorstellung, der Persönlichkeit) gegebene Gegen-

*) Nach einer bei MEYNERT (Die Bedeutung des Gehirns für das Vorstellungsleben) befindlichen Notiz betrug der Wortschatz Shakespeares 15 000, während derjenige eines englischen Matrosen nicht über einige Hundert hinausgeht.

stände bezogen werden, repräsentieren die Gefühle und die aus ihnen entstammenden Gemütsbewegungen die subjektiven Bewußtseins-elemente und dienen demgemäß zum Aufbau desjenigen Bewußtseinsinhaltes, welcher sich auf den Zustand des Subjekts selbst bezieht (Ich-Inhalte und Ich-Qualitäten: LIPPS).

Unter Affekten versteht man plötzlich einsetzende und rapid anschwellende Gefühlsvorgänge, welche einen Einfluß auf die Ideenassoziation und die motorischen Innervationen ausüben.

Stimmungen sind Gefühlszustände von längerer Dauer, die teils in bestimmten, mit Bewußtsein erlebten, aber wieder vergessenen Anlässen, teils in Empfindungen der vegetativen Organe wurzeln, und die aus beiden Gründen der willkürlichen Beherrschung nur unvollkommen unterworfen sind (STUMPF). Die Intensität der augenblicklichen Gefühlswirkungen steht hier außer Proportion zu dem Bestand an Vorstellungen und Gedanken, indem letztere nur ganz unbestimmt und schattenhaft sind, während das Gefühl stark entwickelt auftritt. Es ist leicht verständlich, daß Affekterregungen sich verhältnismäßig leicht auf dem Boden dieser länger dauernden Gefühlszustände bei verhältnismäßig geringfügigen Anstößen entwickeln können. Da die Gefühle, wenigstens in ihrer ursprünglichen, erstmaligen Entstehung, an Empfindungen und Vorstellungen gebunden sind, so sind sie in letzter Linie ebenfalls abhängig von dem Erregungszustande der corticalen Neurone.

Die Empfindungen und Vorstellungen übertragen ihre Gefühlskomponenten nach bestimmten Gesetzen. Jede Empfindung teilt ihre Gefühlsbetonung (sensorielle Gefühle) ihrem eigenen Erinnerungsbilde (der Vorstellung) mit (intellektuelle Gefühle). Zwei assoziativ verwandte Vorstellungen übertragen ihre Gefühlsbetonung aufeinander. Als Irradiation der Gefühlstöne bezeichnet ZIEHEN die Übertragung einer mehr oder weniger starken Gefühlsbetonung auf eine ihr assoziativ verwandte gefühlsärmere Vorstellung. So entstehen sekundäre intellektuelle Gefühlstöne. Als Reflexion der Gefühlstöne bezeichnet er den Vorgang, daß eine ursprünglich gefühlsfreie Vorstellung ihre sekundäre Gefühlsbetonung auf ihre eigene ursprünglich gefühlsfreie Grundempfindung überträgt. Es bilden sich dadurch sekundäre sensorielle Gefühle. Diese Reflexion und Irradiation der Gefühle sind im wesentlichen für die Entstehung und Fortdauer von Stimmungen, resp. Stimmungsanomalien maßgebend. Es folgt hieraus, daß den Gefühlen eine Übertragbarkeit zuzuschreiben ist, wie sie den Empfindungs- und Vorstellungsinhalten nicht zukommt. Die Entladungsbereitschaft, deren Veränderung den Affektveränderungen entsprechen soll, muß deshalb als eine übertragbare Eigenschaft betrachtet werden.

Wenn wir unter Gesamtbewußtsein die Summe aller innerhalb einer Zeiteinheit sich vollziehenden psychischen Vorgänge verstehen, so rechtfertigt sich der Satz, daß die Gefühlsreaktionen von dem Zustande unseres Gesamtbewußtseins abhängig sind. Alle Einwirkungen körperlicher und seelischer Art, welche Bewußtseinsstörungen herbeiführen, verursachen auch krankhafte Gefühlsreaktionen. Erst die neuere Psychologie hat die Bedeutung der Gefühlsreaktionen sowohl für unser psychisches Geschehen, als auch für die körperlichen Vorgänge richtiger erkannt und klarer formuliert. Vergleichen wir elementare Gefühle mit den Empfindungen, so finden wir als wesentliches unterscheidendes Merkmal der Gefühle außer der qualitativen Verschiedenheit und der erhöhten subjektiven Beschaffenheit das Fehlen einer räumlichen Bestimmtheit

(LIPPS). Man ist daher berechtigt, die emotionellen Vorgänge als eigene Bewußtseins-elemente neben die intellektuellen zu stellen und diese zwei Gruppen in ihrer Zusammenfassung als die Bestandteile eines in der Zeit verlaufenden psychischen Prozesses zu bezeichnen. Den Gefühlen kommt also wie den Empfindungen eine Qualität, eine Intensität und eine Zeitdauer zu. Die ältere Psychologie unterschied nur die zwei Gefühlsqualitäten der Lust und der Unlust (Schmerz). Die Einteilung in zwei kontrastierende Grundformen oder Hauptrichtungen der Gefühle (positive und negative Gefühlstöne) genügt aber nicht, um die zahlreichen qualitativen Abstufungen der Gefühlsreaktionen zu kennzeichnen. Außer Lust und Unlust unterscheidet WUNDT als zweite Hauptrichtung die erregenden und beruhigenden (exzitierenden und deprimierenden) und als dritte Hauptrichtung die spannenden und lösenden Gefühle. Auch diese neu aufgestellten Hauptrichtungen bewegen sich also zwischen gewissen Gefühlsgegensätzen und müssen als Kollektivausdrücke einer unendlichen Menge individuell variierender Gefühle aufgefaßt werden. Nur selten wird sich ein einfaches, unzerlegbares sinnliches Gefühl mit einer ganz eindeutigen Verlaufsrichtung im normalen Bewußtseinsinhalte auffinden lassen. Fast immer besteht ein untereinander „zusammenhängendes, mehrfach ausgedehntes Gefühlskontinuum, das nicht nur verschiedene Hauptrichtungen, sondern auch qualitativ und individuell ganz verschiedenartige, schwer voneinander zu unterscheidende Gefühle enthält“ (WUNDT). Die individuelle Veranlagung zu bestimmten, gleichmäßig wiederkehrenden affektiven Reaktionen wird als affektiver Charakter (Temperament) bezeichnet. Logische Gefühle (WUNDT) werden diejenigen genannt, welche den Vorgang der Ideenassoziation, das Gelingen oder Mißlingen beim Aufbau einer logisch geordneten Vorstellungsreihe begleiten. Auch in der Psychopathologie müssen wir meist darauf verzichten, Gefühlsmischungen in ihre qualitativen Einheiten zu zerlegen.

Die Aufstellung WUNDTs gibt uns nur den Schlüssel in die Hand, in den Gefühlsmischungen die jeweilig vorherrschenden Gefühlsrichtungen genauer zu präzisieren. Es ist sehr wahrscheinlich, daß sowohl die Richtungen, als auch die Stärke der Gefühle von wesentlichstem Einfluß auf die körperlichen Begleit- und Folgeerscheinungen psychischer Störungen sind. Bei den einzelnen Gefühlen, soweit dieselben experimentell erzeugbar sind, sind die physischen Begleit- und Folgeerscheinungen auf geringe Veränderungen der Herz- und Atmungsinnervation beschränkt. Bei den Affekten finden sich Wirkungen auf das Herz, die Blutgefäße, die Atmung und auf die Bewegungsorgane. Es treten zunächst Bewegungen der Antlitzmuskulatur (mimische Bewegungen), dann solche der Arme und des Gesamtkörpers (pantomimische Bewegungen) auf. Bei stärkeren Affekten gesellen sich ausgebreitete Innervationsstörungen (Muskelzittern, krampfartige Erschütterungen des Zwerchfells und der Antlitzmuskeln, lähmungsartiger Nachlaß des Muskeltonus) hinzu.

Die Folgewirkungen der Affekte auf die psychischen Vorgänge sind sowohl von der Intensität, als auch von der Qualität der Gefühle abhängig. Intensivere Gefühlsreaktionen wirken bahndend auf die Ideenassoziation, beschleunigen also den Vorstellungsablauf, während intensivste Erregungen denselben hemmen. Akute Affekte in höchster Steigerung können zu einer momentanen Stockung des Vorstellungsablaufes, ja zu völliger Bewußtlosigkeit führen (LOTZE). Welchen Einfluß außer den formalen Eigenschaften (Stärke- und Ab-

laufgeschwindigkeit der Gefühle) auch die Gefühlsinhalte auf den Ablauf der Ideenassoziation besitzen, ist noch wenig aufgeklärt. Es kann nur im allgemeinen gesagt werden, daß positive Affekte die Ablaufgeschwindigkeit steigern, während negative dieselbe verlangsamten.

Wir unterscheiden die folgenden Stimmungsanomalien:

A. Die Steigerung der gemüthlichen Erregbarkeit. Sie findet sich am ausgeprägtesten bei der Hysterie und bildet hier die Grundlage der mannigfaltigsten, sowohl in ihrer Intensität, als auch in ihrer zeitlichen Dauer abnormen Affektreaktionen. Auch den leichteren Formen der sogenannten maniakalischen Exaltation ist diese Übererregbarkeit auf affektivem Gebiete vielfach eigentümlich. Sie bildet ferner ein charakteristisches Merkmal mancher Zustandsbilder beim angeborenen und erworbenen Schwachsinn, z. B. bei der *Dementia praecox* (insbesondere in den Anfangsstadien der katatonischen Form), der *Dementia paralytica* und dem Altersschwachsinn. Sie verbindet sich vornehmlich bei den geistigen Schwächezuständen recht häufig mit einer krankhaften Veränderlichkeit und Beeinflußbarkeit der Gefühle, die in einem jähen Stimmungswechsel durch geringfügigste Ursachen (z. B. durch eine neu auftauchende Vorstellung oder durch Verbalsuggestionen traurigen, heiteren, zornenerregenden Inhalts) sich kundgibt.

Doch sind diese letztgenannten Erscheinungen durchaus nicht immer die Begleiterinnen einer allgemeinen Steigerung der Affekterregbarkeit. Sie können sich sogar mit der nachstehend erörterten Abstumpfung des Gefühlslebens (Gefühlverarmung, Gefühlsroheit) verbinden. Am bekanntesten sind die plötzlichen Zornausbrüche bei gefühlsstumpfen Imbezillen oder die plötzlichen Erregungszustände auf sexuell-erotischem Gebiete bei Paralytikern und senil Dementen, welche im übrigen die weitgehendsten Verarmungen und Verflachungen des Gefühlslebens aufweisen.

Die Labilität der Stimmung, die krankhafte „Launenhaftigkeit“ ist auch bei normaler geistiger Entwicklung ein häufiges Attribut der hysterischen Gefühlsstörung. Hier ist nicht immer der Nachweis zu liefern, daß bestimmte Empfindungs- oder Vorstellungseize den plötzlichen Stimmungswechsel verursacht haben. Man ist dann zu der Annahme genötigt, daß auch Änderungen des cortikalen Erregbarkeitszustandes an sich, „Verschiebungen innerhalb der latenten Erinnerungsbilder“ (ZIEHEN), die Grundlage pathologischer Affekterregungen sein können.

Als krankhafte Ergriffenheit (ZIEHEN) wird die einseitige Steigerung der „höheren“ (ethischen, ästhetischen und religiösen) Gefühle bezeichnet, welche wiederum insbesondere bei der Hysterie, aber auch bei der Paranoia (Wahnbildung auf religiösem Gebiete) zu eigenartigen ekstatischen Zustandsbildern führen kann.

Eine besondere Art der affektiven Übererregbarkeit bildet die reizbare Verstimmung, bei welcher aus geringfügigsten Ursachen heftige Zornaffekte entstehen.

Der Zornaffekt ist als eigenartiger Gefühlszustand aufzufassen, in welchem Unlust-, Erregungs- und Spannungsgefühle in merkwürdiger Mischung vereinigt sind. Er besitzt eine ausgesprochene Tendenz zu motorischer Entladung; die Zornhandlung ist immer gegen außen stehende Personen, selbst gegen leblose Gegenstände, und niemals gegen das eigene Ich gerichtet. Zunächst bewirkt der Zorn eine motorische Hemmung; erst wenn eine Summation der affektiven Erregung bis zu einer gewissen Höhe stattgefunden hat, erfolgen mit explosiver Heftigkeit jähe, beschleunigte motorische Reaktionen. Der Vorstellungsablauf zeigt in gleicher Weise anfänglich eine Hemmung, dann eine explosive Beschleunigung, und zwar in der Weise, daß Empfindungen fast unvermittelt Ziel- (resp. Bewegungs-) Vorstellungen und damit Handlungen auslösen. Alle hemmenden, im Spiele der Motive beruhenden

Vorstellungen fallen demgemäß auf der Höhe des Zornaffektes aus. Das Überstürzte, geradezu Zweck- und Sinnlose der Zornhandlung gibt sich auch in den Ausdrucksbewegungen, insbesondere in dem Hervorstößen abgerissener, unzusammenhängender Worte oder unartikulierter Schreie kund. Forensisch bedeutsam ist der partielle oder totale Erinnerungsdefekt für die Zornhandlung.

Die krankhafte reizbare Verstimmung bei normaler intellektueller Entwicklung finden wir vorwiegend bei den neurasthenisch-hypochondrischen, sowie bei den hysterischen Krankheitszuständen. Der Zornaffekt vermengt sich hier gelegentlich mit heftiger Angst. Aber auch beim Abklingen der maniakalischen Erregung oder im Beginn der Rekoneszenz der Amentia ist eine weinerlich-zornmütige Stimmung durchaus nicht selten. Wir begegnen ihr ferner im Verlaufe der senilen Involution.

Ein 80jähriger, hühnerhaft entwickelter Mann wurde eines Tages in unsere Klinik verbracht, weil er in seinen unmotivierten Wutausbrüchen seine fast gleichaltrige Frau und 56jährige Tochter mit dem Stocke durchprügelte und Mobiliar zerschlug. Außer der in der greisenhaften Veränderung begründeten Einengung des geistigen Interessenkreises bot er keine intellektuellen Störungen dar, vor allem keinen Verlust der Merkfähigkeit oder wahnhafte Urteilsbildungen.

Die heftigsten Zornaffekte und die gewaltigsten Zornhandlungen bieten die Epileptiker entweder in den Dämmerzuständen oder auch außerhalb derselben (als Teilerscheinung der sogenannten epileptischen Charakterveränderung) dar (Furor epilepticus). Eine krankhafte Zornmütigkeit kann übrigens auch allen Formen des angeborenen und erworbenen Schwachsinn (es sei hier nur noch der brutalen Zornhandlungen der chronischen Säufer Erwähnung getan) eigentümlich sein.

Die weitgehendsten Schwankungen hinsichtlich der Intensität und Qualität bieten die Sexualgefühle dar. Auf die exzessive Steigerung derselben bei den schweren Graden des Schwachsinn haben wir schon hingewiesen. Pathologisch gesteigerte sexuelle Erregbarkeit finden wir außerdem bei der hereditären Form der Neurassthenie (hier sehr häufig mit den verschiedensten Phobien kombiniert), bei der Hysterie (bei dieser überwiegt aber der Mangel an Sexualgefühlen) und bei der Epilepsie. Krankhaften Perversionen der Sexualgefühle im Sinne der konträren homosexuellen Veranlagung begegnen wir ebenfalls am häufigsten bei psychopathisch veranlagten Individuen entweder im Verein mit anderen psychischen Krankheitserscheinungen und körperlichen Degenerationszeichen oder auch als ein isoliertes Merkmal psychischer Entwicklungsstörung. Bei jungen Männern (zwischen 18 und 25 Jahren), welche nicht nur schwere erbliche Belastung, sondern direkt auch die Zeichen erblicher Behaftung aufwiesen, sind wir mehrfach der Erscheinung begegnet, daß homosexuelle Neigungen und Antriebe nur im Alkoholrausche sich geltend machten, während im übrigen normale geschlechtliche Bedürfnisse vorhanden waren.

Eine pathologische Mischung von Wollust und Grausamkeit findet sich bei jener Störung des Geschlechtstriebes, die als Sadismus bezeichnet wird. Umgekehrt tritt beim Masochismus eine krankhafte Sucht hervor, die Wollustgefühle durch Erduldung körperlichen Schmerzes zu verstärken. Beide werden unter den Begriff der Algolagnie („Schmerzgeilheit“) durch v. SCHRENCK-NOTZING zusammengefaßt. Der Exhibitionismus besteht darin, daß eine Steigerung der Sexualgefühle durch Entblößen und Vorzeigen des männlichen Gliedes Kindern oder weiblichen Personen gegenüber erstrebt wird. Unter Fetischismus versteht man die Verstärkung von geschlechtlichen Gefühlen durch das Beschauen oder Betasten einzelner Körperteile, Kleidungsstücke (Stiefel, Unterröcke, Hemden u. dergl.). Die Zopfabschneider, Kleideraufschlitzer gehören hierher. Höchstwahrscheinlich um Mischungen von sadistischen und fetischistischen Gefühlsantrieben handelt es sich bei den Leichenverstümmlern, Bauchaufschlitzen, Lustmördern usw.

Unter der großen Zahl von geschlechtlichen Delikten, welche eine psychiatrische Begutachtung des Täters unbedingt erfordern, sind noch die unzünftigen Berührungen, z. B. Manustuprationen von Kindern beiderlei Geschlechts, zu nennen, welche so häufig von Schwachsinnigen (angeborener Schwachsinn, epileptischer Schwachsinn, Dementia paralytica, senile Demenz) begangen werden. Es muß übrigens hier beigefügt werden, daß alle geschlechtlichen Verirrungen (einschließlich der Sodomie) auch von Individuen begangen werden, bei denen irgendwelche Zeichen eines krankhaften Geisteszustandes durchaus nicht vorhanden sind. Man wird in

solchen Fällen oft den Nachweis liefern können, daß ursprünglich ganz normale Geschlechtsgefühle und normale Geschlechtstätigkeit bestanden haben, und daß die Ausartung in der geschlechtlichen Sphäre erst späterhin beim Sinken der normalen Geschlechtsgefühle Platz gegriffen hat.

B. Die krankhafte Apathie, die Herabsetzung der gemüthlichen Erregbarkeit, tritt als allgemeine, die Intensität und Qualität der Gefühlstöne in gleichem Maße schädigende Störung bei der primären Denkhemmung (Stupor) mit oder ohne Dissoziation am reinsten hervor. Nur dann, wenn interkurrente Reizsymptome (Einfälle, Halluzinationen) auftreten, ändert sich vorübergehend das stumpfe, gleichgültige, teilnahmslose Verhalten der Kranken: ein flüchtiges Lächeln oder ein weinerlicher Ausdruck huscht über ihr Gesicht, aber auch heftige mimische und pantomimische Affektentladungen unterbrechen das gar nicht selten über Monate sich erstreckende Bild tiefster Apathie. Bei der einfach melancholischen Verstimmung oder auch im Initialstadium schwerer Melancholien finden wir einen im wesentlichen auf der Herabsetzung der gemüthlichen Erregbarkeit beruhenden Zustand von Apathie. Die Patienten klagen darüber, daß sie weder Freude, noch Trauer, noch Zorn empfinden können. Mit Vorliebe sagen sie in Anlehnung an das Hauffsche Märchen, daß ihnen ein steinernes Herz eingesetzt sei. Die Verarmung an ästhetischen und ethischen Gefühlsreaktionen tritt uns aber auch bei der Neurasthenie und Hypochondrie entgegen in der Form des Verlustes höherer geistiger und künstlerischer Interessen. Sie ist hier eine Begleiterscheinung der Erschwerung der komplizierteren intellektuellen Leistungen und steht meistens in einem schroffen Gegensatz zu der Reizbarkeit auf affektivem Gebiete gegenüber einfachen Sinnesempfindungen oder bei Weckung von Vorstellungen mit ausgeprägten egozentrischen Gefühlselementen.

Eine völlig andere Stellung besitzt die gemüthliche Apathie beim angeborenen und erworbenen Schwachsinn. Bei ersterem handelt es sich um eine mangelhafte Entwicklung des Gefühlslebens, welche mit der intellektuellen Entwicklungshemmung gleichen Schritt halten, dieselbe aber auch überflügeln kann (vgl. moralischen Schwachsinn.). Das hervorstechendste Merkmal ist das einseitige Hervortreten der „niedereren“ mit Organempfindungen zusammenhängenden Gefühlsregungen (Hungergefühle, Sexualgefühle usw.) bei gleichzeitigem Mangel aller ethisch-ästhetischen Gefühlsreaktionen. Ein den höheren Ständen angehöriger Schwachsinniger äschert ein Haus ein, um bei den Lösungsarbeiten ein Glas Wein zu erlangen!

Beim erworbenen Schwachsinn geht, wie uns besonders die progressive Paralyse lehrt, der Verlust der höherstehenden Gefühle mit dem Ausfall der intellektuellen Leistungen Hand in Hand. Hier läßt sich am klarsten erkennen, wie das Tun und Handeln des gesunden, intellektuell voll entwickelten Menschen im letzten Grunde von den komplizierten, abgeleiteten Gefühlsregungen, die wir als altruistische (sittliche, religiöse usw.) Gefühle bezeichnen, abhängig ist. Der Paralytiker, aber auch der an alkoholischer, epileptischer, seniler Demenz leidende Kranke wird unanständig, schamlos, lügenhaft, begeht Diebstähle, Wechselfälschungen usw. In höheren Graden der Erkrankung tritt dann eine allgemeine Gefühlsverarmung und Gefühlsstumpfheit ein.

Mehr um eine Gefühlseinkengung als um einen Gefühlsdefekt handelt es sich bei jenen Fällen mit chronischer Wahnbildung, bei welchen bestimmte, krankhafte Vorstellungskreise ausschließlich die geistigen Interessen repräsentieren und

die ihnen zugehörigen egozentrischen Gefühlstöne die Handlungen der Kranken beherrschen. Beim Altersschwachsinn lassen sich die Übergänge zwischen der Gefühlseinengung und der Gefühlsverarmung am schönsten verfolgen.

C. Die heitere Verstimmung (Hyperthymie) tritt uns als primäre Krankheitserscheinung am reinsten bei der Manie entgegen. Der leichteste Grad dieser Krankheit, die sogenannte maniakalische Exaltation, zeigt uns am anschaulichsten, daß positive (Lust- und Erregungs-) Gefühle sich allen intellektuellen Vorgängen, und zwar auch solchen, die unter normalen Verhältnissen nur eine geringe oder sogar negative Gefühlsbetonung haben, in erhöhtem Maße zugesellen. Es muß also eine krankhafte Abänderung des Gefühlszustandes vorliegen, welche unabhängig von der Qualität der Empfindungen und dem Vorstellungsinhalt sein kann und im wesentlichen nur beeinflußt wird von der Intensität der dem Bewußtsein zufließenden äußeren und inneren Reize. Die Frage ist bislang ungelöst, ob die mit der heiteren Verstimmung immer verbundene Steigerung der Ablaufgeschwindigkeit der psychischen Prozesse, welche sich sowohl in den Ausdrucksbewegungen (einschließlich der Sprache), als auch in den Handlungen der Kranken offenbart, das ursprüngliche Krankheitselement ist, oder ob die heitere Verstimmung mehr eine Begleit- oder sogar Folgeerscheinung der psychischen Übererregung darstellt.

Wir persönlich neigen im Hinblick auf die experimentelle Erzeugung von Lustgefühlen (durch Alkohol, Opium, Morphinum, Cannabis indica u. s. w.) zu der Ansicht, daß sowohl die heitere Verstimmung, als auch die nachher zu erörternde traurige Verstimmung primäre Krankheitsvorgänge sind, welche auf Störungen der biomechanischen und biochemischen Prozesse innerhalb der cortikalen Neurone zurückzuführen sind. Bei dem Versuche einer genaueren Formulierung dieser Störungen liegt uns die Hypothese am nächsten, daß bei diesen primären Hyperthymien durch Reize sowohl eine Steigerung der assimilatorischen, als auch der dissimilatorischen Erregungen stattfindet, welche im Sinne der Ziehenschen Theorie eine Erhöhung der Entladungsbereitschaft herbeiführt. Sowohl konstitutionelle (ererbte) Prädisposition, als auch chronische Vergiftungen (Alkohol) können die Grundlage von periodischen gleichartigen oder alternierenden Störungen der Dynamik der cortikalen Neurone im vorstehenden Sinne werden.

Die gesteigerte Ablaufgeschwindigkeit der Ideenassoziation entspringt entweder der gleichen Ursache wie die Steigerung der positiven Gefühlstöne: sie ist dann die notwendige Begleiterin der heiteren Verstimmung; oder sie ist die Folge der verstärkten und einseitig gerichteten Gefühlserregung: die Steigerung und Zersplitterung der Aufmerksamkeit, die beschleunigte Weckung und Verknüpfung von Vorstellungen und die erleichterte Auslösung motorischer Reaktionen sind stetige Begleiterscheinungen der heiteren Exaltation.

Wie sich im einzelnen die primäre heitere Exaltation in dem Reden und Tun der Kranken kundgibt, inwieweit auch ihr Vorstellungsinhalt durch die Gefühlsstörung bestimmt wird, wird aus der Schilderung der Manie hervorgehen. Hier sei nur nochmals darauf hingewiesen, daß zur heiteren Verstimmung der Manie sich Zornaffekte hinzugesellen.

Fast alle akuten und chronischen Geisteskrankheiten können episodisch das Symptom der heiteren Verstimmung in verschiedenartiger Ausprägung und wechselnder, mannigfacher Mischung mit den Gefühls-elementen der reizbaren Verstimmung darbieten. Es kann so zu höchst zusammengesetzten und schwer zu analysierenden Gefühlszuständen kommen. Wir verweisen besonders auf die Erregungszustände im Verlauf der juvenilen Verblödungsprozesse, sowie auf die toxischen

Psychosen. Die heitere Exaltation des Paralytikers kann insofern mit derjenigen der wirklichen Manie verwechselt werden, als in beiden ganz wesentlich dem Komplex der Ich-Vorstellung die gesteigerte Gefühlsbetonung anhaftet. Das gehobene Selbstgefühl des Paralytikers (die Euphorie) steigert sich zu maßloser Überschätzung der eigenen körperlichen und geistigen Kräfte und wird so zur Grundlage schwachsinniger Größenwahnvorstellungen.

Die sekundäre heitere Exaltation (ZIEHEN), bei welcher Halluzinationen und Wahnideen heiteren Inhalts die Stimmungsanomalie verursachen, findet sich vornehmlich bei den akuten und chronischen paranoischen Zuständen.

D. Die traurige Verstimmung (Dysthymie). Sie wird dadurch gekennzeichnet, daß alle Empfindungsreize und alle Vorstellungen von intensiven Unlustgefühlen begleitet sind. Daneben spielen bei den protrahierten „drepressiven“ Gefühlszuständen der Melancholie zweifellos Hemmungs- und Spannungsgefühle eine große Rolle. Der Ausgangspunkt der traurigen Verstimmung ist sehr häufig in schmerzlichen, gemütserschütternden Anlässen (Tod eines geliebten Familiengliedes, enttäuschte Hoffnungen, Geldverluste u. s. w.) gelegen, und kann die Grenzlinie zwischen physiologischer Traurigkeit, Kummer, Sorge und pathologischer Gemütsdepression im einzelnen Falle recht schwierig zu finden sein. Im allgemeinen ist die traurige Verstimmung dann als krankhaft zu betrachten, wenn ein grelles Mißverhältnis zwischen den gemütlichen Anstößen und der Schwere, resp. Dauer der gemütlichen Depression besteht. Außerdem ist maßgebend der Einfluß, welchen die Stimmungsanomalie auf die Gesamtheit der psychischen Vorgänge, einschließlich der Handlungen, und auf den körperlichen Zustand gewinnt. Am reinsten tritt uns der pathologische Charakter der traurigen Verstimmung in den Fällen entgegen, in welchen sie ohne jeglichen Zusammenhang mit bestimmten äußeren Anlässen entsteht (z. B. bei den periodischen Melancholien).

Eine fast regelmäßige Folgeerscheinung der gemütlichen Depression ist die Erschwerung des Vorstellungsablaufs. In leichteren Graden finden wir nur ein Haften an bestimmten, mit den auslösenden traurigen Anlässen inhaltlich zusammenhängenden Vorstellungen, resp. Vorstellungskomplexen. Es ist eine Art traurigen Zwangsdenkens, indem die gleichen mit starken negativen Gefühlstönen erfüllten Erinnerungsbilder immer wieder auftauchen. In schwereren Fällen ist die Denkhemmung vollständiger: die Patienten sind außerstande, selbst einfachste Denkopoperationen auszuführen. In erster Linie sind die Aufmerksamkeit und die Merkfähigkeit der Kranken in auffälliger Weise geschädigt. Die Patienten zeigen ein stumpfes Hinbrüten, ganz ähnlich wie bei den primären stuporösen Krankheitszuständen. Der pathologische Gefühlszustand wird dann nur erschlossen aus bestimmten affektiven (mimischen und pantomimischen) Reaktionen.

Die genetischen Beziehungen zwischen der Denkhemmung und der traurigen Verstimmung sind die gleichen wie bei der heiteren Exaltation. So muß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle unentschieden bleiben, ob das Überwiegen krankhafter negativer Gefühlselemente das Ursprüngliche und Ausschlaggebende und die Denkhemmung nur eine Folgeerscheinung ist, oder ob es sich hier um gleichgeordnete, derselben

Ursache entspringende Krankheitsvorgänge handelt. In anderen, nur rudimentär entwickelten Fällen melancholischer Verstimmung (vgl. die Apathie), bei welchen weniger eine ausgeprägte traurige Verstimmung, als ein Nachlassen der gemüthlichen Anspruchsfähigkeit vorliegt, ist die Denkhemmung sicher als eine der Affektstörung gleichgeordnete Krankheitserscheinung aufzufassen. Ganz wesentlich werden die auf dem Boden der gemüthlichen Depression entstandenen Krankheitsbilder bestimmt durch die besondere Art der motorischen Reaktion. Der krankhafte Gefühlszustand wirkt bald hemmend, bald erregend auf das motorische Verhalten. Wir unterscheiden hier:

a. Die einfache motorische Hemmung, bei welcher neben dem Ausfall der Mehrzahl oder aller psychomotorischer Impulse (Willenshandlungen und impulsive Affekthandlungen) eine vollständige Lösung der Körpermuskulatur vorhanden ist, und

b. die motorische Hemmung mit Spannungszuständen der willkürlich erregbaren Körpermuskulatur, die man früherhin als „Atonität“ und neuerdings als katatonische Zustandsform der Melancholie bezeichnet hat.

Von ausschlaggebender Bedeutung für die Gestaltung der Krankheitsbilder und für die besondere Art und den Grad der motorischen Affektreaktionen ist das Auftreten der negativen Affektschwankung, der Angst. Sie kennzeichnet sich dadurch, daß sie mit weittragenden psychischen und somatischen Folgewirkungen verbunden ist, welche ihrerseits wiederum zu den mannigfaltigsten, individuell verschiedenartigen, intensiven, quälenden Organempfindungen und Organgefühlen Veranlassung sind. Die durch die Angst bedingten Hemmungen der Ideenassoziation verstärken pathologische Spannungsgefühle, die in das Kopfinnere lokalisiert werden, während die Einwirkungen auf die motorischen, vasomotorischen und sekretorischen Innervationsvorgänge nicht nur die Intensität der Angst infolge dieser neuen „sekundären“ Gefühlserregungen im allgemeinen steigern, sondern auch ihre besondere Lokalisation in einzelnen Körpergebieten vorwaltend bestimmen. Die häufigste Form ist die Präkordialangst, die mit eigentümlichem Druckgefühl in der Herzgegend verbunden ist. Opressionsgefühle, die auf den ganzen Thorax sich verteilen („Ich kann kaum Luft holen, so angst ist mir“), schließen sich an die Präkordialangst gelegentlich an und täuschen so dem Unkundigen Asthmaanfalle vor. Andere Lokalisationen der Angst sind die Kopfangst (die vorerwähnten Spannungsgefühle = vaskuläre Empfindungen, resp. Gefühle), die Bauchangst (am häufigsten in der Magengegend), die Knieangst u. s. w. Je nach dem Grade und dem Verlaufe des Angsteffektes unterscheiden wir Angstgefühle, d. i. längerdauernde und leichtere Angstzustände, und Angstanfälle im engeren Sinne. Während bei ersteren die affektiven corticofugalen Erregungsentladungen überwiegen (qualvolle motorische Unruhe, Reibebewegungen mit den Händen, kratzende Bewegungen an den Fingerkuppen), sind die letzteren in völlig unberechenbarer Weise bald von weit verbreiteten Erregungsentladungen (Angstzittern, choreiformen Angstbewegungen, inkohärenter motorischer Jaktation, Angstschweißen, ausgedehntem peripheren Gefäßkrampf u. s. w.), bald von schweren Hemmungsentladungen (Angststupor) begleitet. Die agitierte Angst ist außerdem mit den lebhaftesten Ausdrucksbewegungen (lautem Schreien, heftigem Gestikulieren, wälzenden Bewegungen des Körpers, Strampelbewegungen der Beine u. s. w.) verknüpft.

Wir finden die primäre Depression nicht nur als ursprüngliches und ausschlaggebendes Symptom der Melancholie, sondern auch als mehr oder weniger scharf ausgeprägte Krankheitserscheinung von wechselnder Dauer im Beginne und im Verlaufe anderer Geistesstörungen. Sie stellt z. B. bei der Dementia paralytica oder bei der Dementia praecox oder endlich bei der senilen Involution die ersten Zeichen des sich langsam, gleichsam unter der Decke vollziehenden geistigen Verfalles dar. Einen bestimmten, vielfach geradezu gesetzmäßigen Wechsel zwischen trauriger und heiterer Verstimmung zeigen die im speziellen Teile genauer geschilderten Krankheitsfälle der zirkulären Psychose.

Der Angststaffekt entsteht durchaus nicht ausschließlich auf dem Boden der traurigen Verstimmung, sondern kann, wie wir schon gesehen haben, fast ebenso häufig mit der reizbaren Verstimmung bei den neurasthenisch-hypochondrischen und hysterischen Krankheitszuständen verbunden sein. Anfällen agitierter Angst begegnen wir verhältnismäßig häufig bei den alkoholischen und epileptischen Psychosen. Der Angststaffekt tritt aber auch als relativ selbständige Krankheitserscheinung mit den weittragendsten körperlichen und psychischen Folgewirkungen bei den sogenannten Angst- und Schreckpsychosen infolge schwerer, shockartig wirkender Gemütsregungen auf. Aber auch organische Erkrankungen, unter denen in erster Linie die Erkrankungen des Herzens und der Gefäße zu nennen sind, können ohne jede psychische Veränderung schwere Angstzustände wachrufen. Es sei hier nur an die Angstanfälle der wahren Angina pectoris erinnert.

Sekundäre Depression, resp. sekundäre Angst wird durch das zwangsweise Auftauchen von Furchtvorstellungen, welche an bestimmte Empfindungen, resp. Erinnerungsbilder geknüpft sind (Phobien)*, und durch Wahnideen im engeren Sinne ausgelöst. Nicht zu verwechseln ist diese Art von Wahnbildung, bei welcher die psychische Depression und die Angst ihr gleichsam nachhinkt, mit der pag. 35 erwähnten erklärenden Wahnbildung, bei welcher primäre Depression und Angst zu bestimmten, wahnhaften Erklärungsversuchen des krankhaften Gefühlszustandes die Veranlassung gegeben haben. Die melancholische Angstvorstellung und in gleicher Weise auch die einfache hypochondrische Wahnvorstellung (bei reizbar-ängstlicher Verstimmung) kennzeichnen sich dadurch, daß die wahnhafte Urteilsbildung sich ausschließlich auf den körperlichen und geistigen Zustand, auf die sittliche Qualifikation, Vermögensverhältnisse und dergl. der eigenen Persönlichkeit bezieht (Kleinheits-, Verarmungs-, Versündigungswahn), während bei der primären Wahnbildung von Anfang an wahnhafte Urteilsfälschungen (Beziehungswahnvorstellungen) in dem Sinne gebildet werden, daß die Ursachen für diese Veränderung der Persönlichkeit und der Lebensverhältnisse immer in Vorgängen der Außenwelt gesucht und gefunden werden. Es führt dies zu den früher erwähnten Beeinflussungs-, Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahnideen. Der sogenannte Beschuldigungswahn, d. i. der Wahn, fälschlich eines Verbrechens geziehen zu werden oder wegen

*) Bei den von L. MEYER zuerst beschriebenen Intensionspsychosen liegt der Fall vor, daß die einzelnen Glieder einer assoziativ eng verknüpften Reihe von Erinnerungsbildern, welche ein bestimmtes, gemütserschütterndes Erlebnis zum Inhalt haben, jedes für sich, eine abnorm starke negative Gefühlsbetonung im Sinne der Angst besitzen. Es werden dann in der Folge die heftigsten Angstzustände mit den weitgehendsten somatischen Folgewirkungen herbeigeführt, wenn nur ein einzelnes Glied dieser Erinnerungsreihe dabei ganz außer Zusammenhang mit dem früheren Erlebnis durch eine Sinnesempfindung geweckt wird.

eines vermeintlichen Verbrechens verklagt zu sein („Ich höre schon den grünen Wagen kommen, welcher mich nach dem Gefängnis führen soll“), steht sozusagen in der Mitte zwischen primärer und sekundärer (erklärender) Wahnbildung, indem wir ihn sowohl bei primärem Verfolgungswahn, als auch als abgeleitete Wahnvorstellung bei der Melancholie vorfinden. Das gleiche gilt von den Vergiftungsideen, welche der Hypochonder aus einfachen hypochondrischen Wahnvorstellungen ableitet (die hypochondrische Paranoia von C. WESTPHAL).

Bei psychopathisch prädisponierten Individuen treten auch ganz außer Zusammenhang mit bestimmten intellektuellen Prozessen, und ohne daß ein krankhafter Gefühlszustand zu gleicher Zeit besteht, plötzliche und kurzdauernde Affekterregungen ein, welche dem Kranken als fremdartige, geradezu aufgezwungene Gefühlsvorgänge erscheinen. Diese „Zwangsaffekte“ sind recht häufig der Ausgangspunkt von Zwangshandlungen.

IV. Störungen des Handelns.

Da alle psychischen Vorgänge beim gesunden und kranken Menschen von uns nur aus seinen motorischen Reaktionen erschlossen werden können, so wird bei der Erforschung der Geistesstörungen ihrem Studium die größte Bedeutung zuerkannt werden müssen. Wir unterscheiden hier die sogenannten Willenshandlungen, welche durch die Zielvorstellung einer bezweckten Bewegung ausgelöst werden, von den Ausdrucksbewegungen (mimische und pantomimische Bewegungen), welche im wesentlichen durch die Intensität und die Qualität der Gefühle bestimmt werden.

Willensstörungen im Sinne der alten Psychiatrie, welche auf der Annahme einer eigenen „Willenssphäre“ aufgebaut war, gibt es nicht. Störungen der Willenshandlungen werden verursacht durch alle bislang erörterten krankhaften Vorgänge auf dem Gebiete der Empfindungen, der Vorstellungsbildung, der Ideenassoziation und der Gefühls-erregungen. Wir sind deshalb diesen Störungen schon mehrfach begegnet; an dieser Stelle soll nur noch ein summarischer Überblick über dieselben gegeben werden. Werden durch die verschiedenartigsten krankhaften Vorgänge Handlungen in gesteigertem Maße und in beschleunigtem Tempo ausgelöst, so sprechen wir von motorischer Agitation und umgekehrt von krankhafter Willensschwäche (Abulie) und von motorischem Stupor, wenn der motorischen Entladung durch psychische Krankheitszustände weitgehende Hemmungen entgegengesetzt werden. Als tobsüchtige Erregung bezeichnet man die heftigsten Grade motorischer Agitation, welche aus den verschiedensten Ursachen und im Verlaufe der verschiedensten klinischen Krankheitsformen (Manie, Amentia, einschließlich der Dämmerzustände, Paranoia, Dementia praecox, progressive Paralyse u. s. w.) vornehmlich unter dem Einfluß heftiger Affekterregungen zustandekommen. Da die Störungen der Handlungen, einschließlich der Ausdrucksbewegungen, die hauptsächlichsten und sinnfälligsten Merkmale jeder geistigen Veränderung sind, so werden sie bei der Darstellung jeder einzelnen klinischen Krankheitsform eine eingehende Betrachtung finden. An dieser Stelle kann nur eine kurze Übersicht gegeben werden über die psychopathologischen Grundlagen und die allgemeinen Merkmale der psychomotorischen Krankheitserscheinungen. Ein pathologischer Einfluß der Empfindungen im Sinne einer Bahnung oder Hemmung motorischer Entladungen wird im wesentlichen durch

Schwankungen der Empfindungsintensität und durch die Qualität und Intensität der begleitenden Gefühle verursacht. Im allgemeinen kann man sagen, daß mäßige Steigerungen der Empfindungsintensität und positiv gerichtete Gefühle eine erleichterte und beschleunigte Auslösung von Handlungen bewirken, während intensivste und mit starken negativen Gefühlen behaftete Empfindungen eher einen hemmenden Einfluß ausüben. Die reaktiven Handlungen, welche auf diesem Wege zustandekommen, sind als pathologisch gesteigerte Abwehrbewegungen (MEYNERT) aufzufassen. Doch ist nicht zu verkennen, daß auch pathologisch gesteigerte Ausdrucksbewegungen, welche durch pathologisch gesteigerte Gefühlstöne der Empfindungen verursacht sind, diesen Reaktivbewegungen beigesellt sind. Die Illusionen und Halluzinationen sind ganz besonders geeignet, Reaktiv- und Ausdrucksbewegungen in gesteigertem und beschleunigtem Maße zu bewirken. Doch sind hier an den pathologischen Bewegungsäußerungen auch Initiativ- (Angriffs-) Bewegungen (MEYNERT, WERNICKE) in hohem Maße, und zwar vorwiegend durch die inhaltliche Bedeutung der Halluzinationen, resp. Illusionen, mit beteiligt.

Unter den hauptsächlich durch den pathologischen Gefühlszustand bedingten motorischen Agitationen steht die Manie obenan. Hier bringen die pathologisch gesteigerten Lust- und Erregungsgefühle ein buntes und stets wechselndes Bild mimischer, pantomimischer (gestikulativer) Entladungen und eine durch Reime und Alliteration ausgezeichnete Logorrhöe hervor. Bei den geringeren und mittleren Graden maniakalischer Exaltation, bei welchen der assoziative Zusammenhang der Vorstellungen ganz oder in größeren Bruchstücken noch erhalten ist, findet außerdem noch eine beschleunigte und vermehrte Auslösung von Initiativbewegungen statt, welche zu einer scheinbar noch folgerichtigen, jedoch in ihren Motiven und Zwecken unsinnigen Handlungsweise führen. Bei stärkerer Ausbildung der heiteren Erregung bedingen bunt zusammengewürfelte Zielvorstellungen ein überstürztes, widerspruchsvolles, geradezu triebartiges Handeln. — Affektiv bedingte motorische Hemmung, welche ebensowohl aus den negativen Gefühlstönen, als auch aus der Verlangsamung und Erschwerung des Vorstellungsablaufes hergeleitet werden kann, ist der melancholischen Verstimmung eigentümlich. Die Angstaffekte wirken, wie wir früher gesehen haben, bald hemmend, bald bahnend auf die Auslösung von Handlungen ein. Im letzteren Falle bestehen sie entweder aus den einfachen motorischen Affektentladungen oder aus komplizierteren Bewegungsäußerungen, welche ihren prägnantesten Ausdruck in den so häufigen Selbstmordversuchen der Kranken finden. Von besonderen Formen der Angsthandlungen sei hier nur der Drang nach Betäubung durch alkoholische Getränke, sowie — fast ausschließlich bei weiblichen Patienten — die maß- und schamlose Masturbation erwähnt. Bei den explosiven, gewalttätigen Angsthandlungen (z. B. Tötung der eigenen Kinder) handelt es sich meist um eine merkwürdige Mischung von Angst- und Zornaffekten. Die Angstbewegungen treten in der Regel anfallsweise auf. In der Zwischenzeit befindet sich die Körpermuskulatur in einem abnormen Spannungszustande. Die Patienten verharren regungslos in den verschiedenartigsten Zwangshaltungen, sind entweder völlig mutistisch oder stoßen abgerissene Jammerlaute oder Klageworte aus. Die Augen sind weit geöffnet, an der Stirne findet sich tiefe horizontale, an der Nasenwurzel senkrechte Furchung; nur selten kommt es zu wirklicher Tränensekretion. Auf die mächtige motorische Tendenz des Zorns haben wir schon aufmerksam gemacht. Bei der tobüchtigen Erregung werden Zornhandlungen niemals vermißt.

Bei der Mehrzahl der akut einsetzenden Psychosen, welche mit einer primären Beschleunigung des Vorstellungsablaufs verbunden sind (z. B. Amentia), ist die hochgradige motorische Agitation Teilerscheinung der pathologisch gesteigerten Erregbarkeit der gesamten psychischen Vorgänge, obgleich auch hier der Gefühlston und der Inhalt der Halluzinationen für die besondere Ausprägung der Bewegungsäußerungen von Bedeutung ist.

Ebenso geben die früher erwähnten primären Verlangsamungen des Vorstellungsablaufs, sowie die primäre Dissoziation den Bewegungsäußerungen der Kranken ein besonderes Gepräge.

Die Jaktation der Vorstellungen ist durchweg mit einer Steigerung des Mienen- und Gebärdenspiels (exzessives Grimassieren und Gestikulieren) und mit einem allgemeinen Drang nach motorischer Betätigung verbunden, der auf der Höhe der Erregung zu den mannigfachsten, oft geradezu gewaltsamen und monoton wiederholten Bewegungskombinationen (Lauf-, Roll-, Kletter-, Schlagbewegungen u. s. w.) führt oder sich in einem blinden Zerstörungsdrange äußert. Die ausgeprägtesten Zustände inkohärenter motorischer Jaktation bieten die Erregungsphasen der progressiven Paralyse dar. — Umgekehrt werden wir bei den primären Deukhemmnungen den weitgehendsten Ausschaltungen motorischer Entladungen begegnen. Das früher erwähnte Zustandsbild des primären Stupors, welches sich aus der Hemmung der gesamten cortikalen (einschließlich der corticomotorischen) Funktionen ergibt, setzt sich aus einer mehr oder weniger vollständigen Aufhebung der Merkfähigkeit, Stillstand des Vorstellungsablaufes, Wegfall der Reaktiv- und Initiativbewegungen (Ausdrucks- und Willkürbewegungen) zusammen. Bei vollentwickeltem Stupor fehlt jeglicher sprachlicher Ausdruck (Mutismus).

Viel bedeutsamer als bei den affektiv bedingten Hemmnungen ist hier das Verhalten der willkürlich erregbaren Körpermuskulatur, vor allem die besonders gearteten Verknüpfungen zwischen Hemmnungs- und Erregungsentladungen auf motorischem Gebiete. Sie geben uns für die klinische Stellung und für die Prognose des einzelnen Krankheitsfalles wichtige Fingerzeige. Seltener ist während des ganzen Bestehens dieses Krankheitszustandes ein völliges Erschlaffen der gesamten Körpermuskulatur und fast ebenso selten eine sich gleichmäßig auf alle Muskelgebiete erstreckende katatonische Spannung vorhanden. Vielmehr finden wir in der Mehrzahl der Beobachtungen nur einzelne Muskelgebiete — Kiefer-, Nacken-, Halsmuskulatur stehen in erster Linie — in einem abnormen Spannungszustande, der zu einer charakteristischen, gezwungenen Kopfhaltung führt (Haltungsstereotypien). Die Augen sind entweder weit geöffnet, der Blick starr und ausdruckslos, oder die Lider sind fest geschlossen. Passiven Bewegungen wird ein starker Widerstand entgegengesetzt. Jeder Versuch, irgend eine Zwangshaltung zu beseitigen, verstärkt die Muskelspannung. Dieser Negativismus ist ein sehr häufiges Glied in der Reihe der katatonischen Krankheitserscheinungen. Der Widerstand gegen alle von außen kommenden Bewegungsantriebe wird um so stärker, je länger solche Bemühungen fortgesetzt werden. So kneifen z. B. die Patienten bei dem Versuche, die geschlossenen Lider zu öffnen, sie nur um so fester zusammen, ebenso pressen sie die Kiefer um so kräftiger aufeinander, je mehr man sich bemüht, den Mund gewaltsam zu öffnen. Der Kopf wird nach rückwärts geschleudert und das Hinterhaupt in die Kissen gebohrt, sobald man versucht, die Nackenspannung durch Vorwärtsbeugung des Kopfes zu beseitigen usw. Gelingt es endlich, die Widerstände zu überwinden, so tritt die frühere Zwangshaltung nach kürzester Frist wieder ein. Schmerzhaftes Hautreize, lautes Anschreien sind entweder völlig wirkungslos oder führen nur ganz abortive Abwehrbewegungen herbei.

Bei der wächsernen Biagsamkeit (*Flexibilitas cerea*), welche hauptsächlich eine Begleiterscheinung hystero-kataleptischer Krankheitszustände ist, ist die Spannung der Körpermuskulatur bedeutend geringer, und ist der Widerstand bei passiven Bewegungen kaum merklich. Das Wesentliche dieses bald allgemein verbreiteten, bald partiellen Spannungszustandes besteht darin, daß jede beliebige Stellung, welche einem kataleptischen Gliede durch passive Bewegungen gegeben wurde, kürzere oder längere Zeit, angeblich bis zu mehreren Stunden, für jeden Fall aber länger beibehalten wird, als dies im normalen Zustande wegen der Einwirkung der Ermüdungsempfindungen geschehen würde. Auf diesem Wege können ganz ungewöhnliche oder unnatürliche Gliederstellungen erzeugt werden. Die Fähigkeit zur willkürlichen Innervation der Körpermuskulatur ist dabei aufgehoben. Als *Pseudoflexibilitas cerea* werden symptomatologisch nahestehende Krankheitserscheinungen bezeichnet, welche im katatonischen Symptomenkomplexe gelegentlich mit

vorhanden sind: die Patienten geben passiven Bewegungsversuchen der Glieder, des Rumpfes und des Kopfes willig nach; sie unterstützen sie sogar durch aktive Innervationen, wodurch die passiv eingeleitete Gliederstellung leichte Abänderungen erfährt. Auch diese neuen, künstlich herbeigeführten Zwangshaltungen und Zwangstellungen werden längere Zeit festgehalten.

Eigentümliche motorische Reizerscheinungen, welche sich gleichsam zwischen die genannten katatonischen Spannungszustände hineinschieben, sind die Bewegungstereotypien, d. i. monotone, zum Teil rhythmische Wiederholungen bestimmter Bewegungen einfacher und zusammengesetzter Art (rüssel- und schnauzenförmige Vorstülpungen der Lippenmuskulatur mit oder ohne fauchende und schmatzende Laute, pendelnde, drehende oder wippende Bewegungen des Kopfes und des Rumpfes, trommelartige Schlagbewegungen mit den Vorderarmen, Exerzierbewegungen usw.). Da von den Kranken selbst irgend eine klare Auskunft über die hier zugrunde liegenden psychischen Vorgänge fast niemals zu erhalten ist, so muß unentschieden bleiben, inwieweit diese motorischen Stereotypien psychomotorische oder corticomotorische Reizerscheinungen im engeren Sinne sind, d. h. ob sie mit bestimmten Vorstellungsinhalten zusammenhängen. Für die früher (pag. 20) erwähnten Symptome der Verbigeration, welche sich dem katatonischen Symptomenkomplex so häufig hinzugesellen, gilt die gleiche Erwägung; hier gewinnt man nur zu oft den Eindruck, daß die monotone und zugleich beschleunigte Wiederholung von Worten nur auf Erregungsvorgängen im motorischen Sprachzentrum beruht. Die Erregungsphase der Katatoniker kennzeichnet sich auf sprachlichem Gebiete gelegentlich auch durch die Produktion ganz unverständlicher, durch sinnlose Wort- und Silbengruppierungen ausgezeichneter Satzbildungen, in welchen Reime und Alliterationen vielfach verwandt werden („Sprachverwirrtheit“, KRÄPPELIN; „Wortsalat“, FOREL). Hauptsächlich bei den erworbenen geistigen Schwächezuständen, aber auch bei dem sogenannten Delirium tremens begegnen wir Bewegungstereotypien, welche in einer vom Vorstellungsinhalte ganz unbeeinflussten einförmigen Wiederholung sogenannter Berufsbewegungen (z. B. Ziehen des Pechdrahtes beim Schuster, Nähbewegungen usw.) bestehen. Über die klinischen Varietäten der Bewegungstereotypien vgl. die spezielle Psychiatrie.

In einem gewissen Gegensatz zum Negativismus steht die motorische Perseveration, d. i. die monotone Erneuerung und Wiederholung einer Bewegung, gleichviel ob diese Bewegung zuerst spontan oder auf Befehl erfolgt ist (z. B. zeigt der Patient immer wieder von neuem seine Zunge, auch wenn ganz andere Bewegungen von ihm verlangt werden, oder knöpft unaufhörlich seine Jacke auf und zu, nachdem er mühselig zum Ankleiden gebracht worden ist).

Streng zu trennen sind diese Bewegungstereotypien des katatonischen Symptomenkomplexes von der sogenannten motorischen Inkohärenz, welcher wir bei der primären und sekundären Inkohärenz des Vorstellungsablaufes in besonders auffälliger Weise begegnen, wenn diese mit schweren Erregungserscheinungen einhergeht (agitierte Verwirrtheit). Den Handlungen der Kranken fehlt die normale Motivierung und der innere Zusammenhang. In den höheren Graden agitiierter Verwirrtheit sind die Handlungen der Kranken geradezu widersinnig; anscheinend werden an regellos auftauchende, isolierte Erinnerungsbilder oder Fragmente von Erinnerungsreihen Bewegungsäußerungen angeknüpft, welche in keiner Beziehung zu jenen stehen (Parapraxien). Auf sprachlichem Gebiete führt dies zu paraphasischen und paraphra-

schen Störungen. Auch die Koordination bei kombinierten Bewegungen ist schließlich hochgradig geschädigt (taumelnder Gang, choreiforme Bewegungen der Extremitäten). Das Bild wird noch verwirrender durch zahlreiche, ungeordnete, zusammenhangslose Ausdrucksbewegungen. Die agitierte Verwirrtheit, verbunden mit inkohärenter halluzinatorischer Erregung ist früherhin vielfach als Chorea magna bezeichnet worden. Eine geradezu verhängnisvolle Bedeutung besitzt die inkohärente Agitation (in höchsten Graden auch als Jaktation bezeichnet) in jenen Zustandsbildern, welche in erster Linie bei den Intoxikations-, resp. Infektionspsychosen vorkommen, und denen früherhin fälschlich als Delirium acutum eine gesonderte klinische Stellung eingeräumt worden ist. Diese meistens tödlich endigenden Krankheitszustände zeichnen sich aus durch hochgradigste motorische Erregung, allgemeine Dissoziation und Temperatursteigerungen bis zu 42° C.

Diesem vorstehend geschilderten katatonischen Symptomenkomplex begegnen wir hauptsächlich bei jugendlichen Patienten, und ist er bei voller Ausbildung immer als ein prognostisch ungünstiges Krankheitsmerkmal aufzufassen (vergl. die Dementia praecox). Einzelne Teile des katatonischen Symptomenkomplexes finden sich häufig den verschiedensten Psychosen beigemengt, ohne daß aus ihrem Auftreten ein bestimmter prognostischer Schluß zu ziehen ist. Insbesondere ist es nicht zulässig, allein aus der katatonischen Muskelspannung (z. B. bei der Melancholie) oder aus dem vorübergehenden Auftreten von Mutismus oder Haltungsstereotypien zu folgern, daß der Kranke unausweichlich dem geistigen Verfall geweiht sei. Wir finden eine Beimengung einzelner katatonischer Krankheitserscheinungen zu psychischen Krankheitsbildern besonders oft bei denjenigen Geisteskrankheiten, die auf dem Boden der erblichen Prädisposition als einmalige, in ihrem Krankheitsverlauf abgeschlossene oder als periodische, resp. zyklische Formen vorkommen (z. B. bei der Hysterie).

Impulsive Handlungen werden diejenigen genannt, welche auf einer vorübergehenden psychomotorischen Überwertigkeit (ZIEHEN) beruhen, dem Kranken sich plötzlich und zwangsweise aufrängen und zu einfachen und zusammengesetzten Bewegungsäußerungen Veranlassung sind. Sind sie durch unvermittelt auftauchende Affekterregungen (Zorn, Angst, exzessive Sexualgefühle) verursacht, so nennen wir sie impulsive Affekthandlungen (Triebhandlungen; KRAEPELIN). Verleihen plötzlich emportauchende Zwangsvorstellungen oder wahnhafte Einfälle bestimmten Bewegungsvorstellungen diese abnorme Energie, die zur unaufhaltsamen motorischen Entladung zwingt, so sprechen wir von impulsiven Zwangshandlungen und impulsiven Wahnhandlungen. Von den impulsiven Zwangshandlungen sind diejenigen Zwangshandlungen zu trennen, bei welchen Zwangsvorstellungen (meist Furchtvorstellungen) die Patienten unaufhörlich zur Ausführung bestimmter, in der Mehrzahl der Fälle sehr zusammengesetzter Handlungen drängen. So treibt z. B. die Zwangsvorstellung, an den Händen oder an den Kleidern hafte Schmutz oder, im modernen Gewande, Tuberkel- und andere Bazillen, zu beständigen Waschungen der Hände und Reinigungen der Kleider. Auf die entscheidende Bedeutung, welche imperatorische Halluzinationen für die Auslösung impulsiver Handlungen gewinnen können, haben wir früher schon hingewiesen. Wandertrieb („Fugues“; Porriomanie) findet sich bei den verschiedensten psychopathologischen Vorgängen; meist sind es Angsteffekte in Dämmerzuständen

(Epilepsie und Hysterie); aber auch ohne nachweisbare Bewußtseinsveränderungen tritt dieser affektive Wandertrieb nicht nur beim angeborenen Schwachsinn, sondern auch bei intellektuell sehr gut entwickelten Hereditariern in Erscheinung. Im letzteren Falle verbindet er sich gern mit einem krankhaften Drange nach alkoholischen Getränken (Dipsomanie). Bei anderen Kranken läßt sich der Nachweis führen, daß wahnhafte Einfälle das triebartige Fortlaufen und Herumreisen verursacht hatten.

Auf ähnlichen Grundlagen beruht der Stehltrieb (Kleptomanie) und der Brandstiftungstrieb (Pyromanie). Doch ist wohl zu beachten, daß aus der motivlosen, durch psychologische Erwägungen nicht genügend aufzuklärenden Handlung allein ein Schluß auf das Bestehen einer geistigen Störung nicht gezogen werden kann; es muß in jedem einzelnen Falle bewiesen werden, daß wirklich krankhafte impulsive Handlungen vorliegen, welche bestimmten, klinisch nachweisbaren Psychosen zugehören. Soweit die pag. 28 erwähnte Koprolalie eine den degenerativen Formen der Hysterie oder dem ebenfalls auf erblich-degenerativer Basis entstandenen Krankheitsbilde der *Maladie des tics* zugehörige Krankheitserscheinung ist, bildet sie den Übergang zu den koordinierten Zwangsbewegungen (Grimassieren usw.). Sie verbindet sich vielfach mit dem Symptom der Echokinese oder Echopraxie, d. i. dem zwangsweisen Nachahmen gesehener Bewegungen, und der Echolalie, d. i. dem Nachsprechen gehörter Worte.

Von Nachahmungsautomatie spricht man in dem Falle, daß vorgemachte Bewegungen, z. B. Händeklatschen, in monotoner Weise längere Zeit hindurch wiederholt werden. Wir begegnen diesem Krankheitssymptome vornehmlich beim angeborenen oder im jugendlichen Alter erworbenen Schwachsinn, vereinzelt und vorübergehend bei Paralytikern, epileptischen und alkoholischen Psychosen.

Über die auf dem Boden pathologischer Sexualgefühle entstehenden impulsiven Affekthandlungen vergl. pag. 40.

Auf die mannigfachen Störungen des Handelns, welche durch die inhaltlichen Veränderungen der Denktätigkeit, sowie auf dem Boden der Urteilsschwäche entstehen, können wir an dieser Stelle nicht eingehen. Wir verweisen auf die einschlägigen Kapitel der speziellen Psychopathologie.

V. Die körperlichen Begleiterscheinungen der Geistesstörungen.

Sie bestehen in Störungen der Ernährung und des Stoffwechsels, der Motilität und Sensibilität, soweit diese nicht direkt aus den psychischen Störungen abgeleitet werden können, in Störungen der oberflächlichen und tiefen Reflexe, einschließlich der Sehnenphänomene und der Pupillarreflexe, sowie in sekretorischen, angio- und trophoneurotischen Störungen.

Die allgemeinen Ernährungsstörungen sind in der Hauptsache als Nebenwirkungen der psychischen Erkrankung aufzufassen.

Ohne diese Störungen im einzelnen hier behandeln zu wollen, soll nur darauf hingewiesen werden, daß das Verhalten des Körpergewichts bei allen akuten Psychosen nicht bloß für die Bestimmung des Krankheitsstadiums, sondern auch für die viel wichtigere Frage der Prognose des Krankheitsfalles von maßgebender Bedeutung sein kann. In der Regel sinkt das Körpergewicht andauernd, bis die Höhe der Krankheit

überwunden ist; die ersten Zeichen der Besserung machen sich recht häufig durch eine Gewichtszunahme schon zu einer Zeit bemerkbar, zu welcher ein Nachlassen der psychischen Krankheitserscheinungen noch nicht deutlich hervortritt. In der Rekonvaleszenzperiode findet dann ein rapides Steigen des Körpergewichts statt. Steigt aber das Körpergewicht andauernd und in beträchtlichem Maße, ohne daß eine Besserung des geistigen Zustandes mit dieser Gewichtszunahme gleichen Schritt hält oder ihr wenigstens bald nachfolgt, so ist dies von altersher mit Recht als ein Zeichen übler Vorbedeutung betrachtet worden. Es vollzieht sich in diesem Falle der Ausgang der Krankheit in Schwachsinn.

Die übrigen vorstehend genannten körperlichen Begleiterscheinungen sind Komplikationen, welche auf diffusen und umschriebenen (Herd-) Erkrankungen des Gehirns (Meningitis, Tumor cerebri, Hirnabszeß, Hydrocephalus) beruhen oder durch spinale oder periphere Krankheitsprozesse verursacht sind. Bei der Dementia paralytica, bei der arteriosklerotischen Hirndegeneration, bei den syphilitischen Psychosen im engeren Sinne, sowie bei den toxischen Psychosen (Alkohol, Blei usw.) sind ebenfalls viele Reiz- und Ausfallserscheinungen auf motorischem, sensiblem, vasomotorischem und trophischem Gebiete auf Krankheitsprozesse zurückzuführen, welche mit der Gehirnerkrankung in keinem direkten Zusammenhang stehen. Wir erinnern hier nur an die Arthropathie des Tabikers, welcher im Verlaufe seines Spinalleidens psychisch erkrankt ist.

Ob die abnorme Knochenbrüchigkeit, welche bei der paralytischen und bei der senilen Demenz verhältnismäßig häufig vorkommt, in einem unmittelbaren ursächlichen Zusammenhang mit der cerebralen Erkrankung steht, halten wir für zum mindesten zweifelhaft. Richtiger wird sie als eine Folgeerscheinung allgemeiner Ernährungsstörungen zu betrachten sein. Das gleiche gilt von den besonders bei Paralytikern so häufigen Othämatomen, die, wie v. Gudden unwiderleglich bewiesen hat, durchweg traumatischen Ursprungs sind.

Die somatischen Nebenwirkungen (z. B. Menstruationsstörungen, Veränderungen der Körpertemperatur, Herztätigkeit, Pulsbeschaffenheit usw.), welche den einzelnen klinischen Formen der Geistesstörungen eigentümlich sind, gelangen in der speziellen Psychiatrie zur Darstellung.

Allgemeine Ätiologie.

I. Individuelle Prädisposition.

Wenn auch ein erheblicher Teil der Ursachen geistiger Erkrankungen in der Einwirkung mehrerer inhaltlich und zeitlich oft weit auseinanderliegender Schädlichkeiten zu suchen ist, die als äußere Ursachen nachher kurz besprochen werden sollen, so muß doch der wesentlichste Faktor in der individuellen Veranlagung gelegen sein.

Unter neuro-, resp. psychopathischer Prädisposition verstehen wir diejenige krankhafte Veranlagung, welche der eigentlichen Erkrankung voraufgeht, ihr gewissermaßen die Wege ebnet. Sie besteht darin, daß sie dem Individuum eine verringerte Widerstandsfähigkeit gegen physiologische und pathologische Reize, gegen von außen kommende oder im Organismus selbst entstandene Schädlichkeiten gibt. Wir unterscheiden:

- A. die ererbte.
- B. die intrauterin erworbene.
- C. die während des extrauterinen Individuallebens erworbene Prädisposition;

Die ersten zwei umfassen die angeborene neuro-, resp. psychopathische Veranlagung. Als erbliche Belastung bezeichnet man den Umstand, daß Geistes- oder Nervenkrankheiten in der Familie des Patienten überhaupt vorgekommen sind, während mit der Bezeichnung erbliche Behaftung zum Ausdruck gebracht werden soll, daß bei dem zur Untersuchung gelangten Kranken gewisse körperliche oder geistige Merkmale der stattgehabten Übertragung pathologischer Keimesvariationen vorhanden sind. Die Häufigkeit der erblichen Belastung bei Geisteskranken wird durch die Massenstatistik, diejenige der erblichen Behaftung nur durch die Individualstatistik festgestellt werden können.

Die Bedeutung der erblichen Belastung wird vielfach überschätzt. In Laien- und Ärztekreisen hört man nur zu häufig den irrigen, aber deshalb nicht minder verhängnisvollen Ausspruch, daß jeder, der aus erblich belasteter Familie stammt, im Banne der Geisteskrankheit stehe. Dazu ist folgendes zu bemerken:

Als ererbt im engeren Sinne können nur diejenigen pathologischen Änderungen des Keimplasmas bezeichnet werden, welche aus einer ursprünglich pathologischen Keimesanlage eines oder beider Eltern hervorgegangen sind. Neben den wahren ererbten Keimesänderungen stehen die Keimesschädigungen, welche in ihrer Wirkungsweise auf die Anlage der Frucht höchstwahrscheinlich mit jenen auf gleiche Linie zu stellen sind. Solche Schädigungen der elterlichen Keimsubstanz entstehen durch chronische Intoxikationen — wir nennen hier nur die chronische Alkoholvergiftung —, durch Infektionen (Syphilis, Tuberkulose u. s. w.), durch konstitutionelle Erkrankungen (Blut- und Stoffwechselerkrankungen) und durch lokale Erkrankungen der keimbildenden Apparate. Inwieweit diese allgemeinen Voraussetzungen für eine „konstitutionelle“, von den Eltern überkommene Veranlagung im Einzelfalle tatsächlich wirksam werden, mit anderen Worten, warum bei der amphigonen Zeugung in dem einen Falle pathologisch veränderte Keimbestandteile vom väterlichen oder mütterlichen Elter oder von beiden Eltern zugleich zum Aufbau der Frucht dienen, und warum im anderen Falle trotz gleicher individueller erblicher Belastung nur gesundes elterliches oder vorelterliches Keimplasma (vergl. die Lehre Weismanns vom Ahnenplasma) verwandt wird, wissen wir nicht. Es genügt, auf die empirisch aus einer größeren Zahl von Individualstambäumen gewonnene Tatsache hinzuweisen, daß in Familien, die entweder nur väterlicher- oder mütterlicherseits erblich belastet sind, die größere Zahl der in mehreren Generationen gezählten Nachkommen geistig gesund geblieben ist. Dagegen ist in schwer belasteten Familien, vor allem bei konvergierender, gehäufte erblicher Belastung (vergl. unten) die Zahl der späterhin geistes- oder nervenkranken Individuen bedeutend größer; sie schwankt hier zwischen 50–70% (Strohmayer). Die an deutschen Irrenanstalten durchgeführte Massenstatistik hat uns gelehrt, daß durchschnittlich 60 bis 70% der Anstaltsinsassen eine erbliche Belastung aufweisen. Dabei sind aber in der Aszendenz und bei den Seitenverwandten nicht nur die ausgeprägten Geisteskrankheiten, sondern auch die Neurosen, sowie die Fälle von Alkoholismus, die auffälligen Charaktere und die

verbrecherischen Individuen unter die Zahl der erblich Prädisponierten mit aufgenommen worden (polymorphe Vererbung). Dieser Massenstatistik ist trotz aller ihr anhaftender Mängel doch ein gewisser Wert beizumessen, da, wie die Anfänge einer auf gleichen Gesichtspunkten beruhenden Feststellung der Erblichkeitsverhältnisse bei Geistesgesunden lehren, die erbliche Belastung bei diesen eine bedeutend geringere (nach Naecke höchstens 20—25%) ist.

Das Verhältnis zwischen erblicher Belastung und erblicher Behaftung läßt sich kurz dahin definieren: Durch den Nachweis der erblichen Belastung ist im einzelnen Falle die Möglichkeit nahe gerückt, daß das Individuum eine ererbte krankhafte Veranlagung, d. i. eine Behaftung, hat. Ob wir zu dieser Annahme berechtigt sind, läßt sich nur durch genaueste Erforschung des individuellen geistigen und körperlichen Entwicklungsganges, durch den Nachweis der nachstehend geschilderten Entwicklungsstörungen entscheiden.

Man spricht von direkter, einseitiger Vererbung, wenn ein Elter, von kumulativer, konvergierender Vererbung, wenn beide Eltern geistes- oder nervenkrank gewesen sind. Von indirekter Vererbung wird gesprochen, wenn die Eltern gesund sind und keinerlei Zeichen erblicher Behaftung dargeboten haben, dagegen in der großelterlichen Generation psychische Krankheit vorhanden gewesen war (atavistische Vererbung). Eine andere klinische Varietät der indirekten Vererbung, ist die kollaterale, welche bei einer Ahnentafel sich nur in den Seitenlinien (Onkel, Tante, Vettern u. s. w.) geltend macht. Selbstverständlich muß hier die pathologische Keimesabänderung schon in einer früheren Generation stattgefunden haben, und ist ihr klinischer Nachweis einfach nicht gelungen.

Man unterscheidet ferner eine einfache und eine degenerative erbliche Veranlagung. Die erstere beruht, wenn man so sagen darf, auf einer geringwertigeren pathologischen Abänderung des elterlichen Keimplasmas. Sie äußert sich einmal darin, daß weniger Nachkommen innerhalb mehrerer Generationen an Geistes- oder Nervenkrankheiten gelitten haben, sodann — was wir für viel wichtiger halten — darin, daß die psychischen Krankheitsformen einfachere und gutartigere sind. Die letztere, die degenerative erbliche Veranlagung, weist auf tiefergreifende Keimesabänderungen hin. Entweder beruht sie auf Kumulation konvergierender Vererbung, oder es liegt eine durch mehrere Generationen eines Elters hindurch bestehende pathologische Vererbung vor. Sie wird als progressive erbliche Entartung bezeichnet, wenn nicht nur der Nachweis zu erbringen ist, daß die Zeichen der erblichen Behaftung bei einer größeren Zahl der Nachkommen stärker und vielseitiger ausgeprägt sind, sondern auch, daß den voll entwickelten psychischen Krankheitsformen der Stempel einer degenerativen Psychose in einzelnen, wenn auch nicht in allen, Fällen aufgedrückt ist.

Die angeborene (ererbte und intrauterin erworbene) psychopathische Veranlagung gibt sich bei der späteren individuellen Entwicklung entweder als allgemeiner, konstitutioneller Schwächezustand oder als einseitige, nur das Nervensystem betreffende Entwicklungsstörung kund. Grobe morphologische Störungen, z. B. die partielle Anencephalie (Porencephalie, Balkenmangel), die diffuse tuberöse Gliomatose der Großhirnrinde u. a. m., finden sich nur bei den schwersten Entwicklungshemmungen. Feinere, durch sorgfältige mikroskopische Untersuchungen nachweisbare

morphologische Abweichungen sind bei angeborenen psychischen Schwachzuständen sicherlich viel häufiger anzutreffen (z. B. mangelhafte Entwicklung einzelner Fasersysteme des Rückenmarks). Viel bedeutungsvoller sind die geistigen und körperlichen Degenerationszeichen, d. i. Bildungsfehler, welche auf eine schwere erbliche Behaftung hinweisen.

Es ist jedoch nicht sichergestellt, daß sie ausschließlich auf dem Boden der ererbten psychopathischen Veranlagung vorkommen. Vielmehr ist es wahrscheinlich, daß auch während der intrauterinen Entwicklung stattgehabte Störungen sie veranlassen können. Außerdem beweist ein vereinzelt Vorkommen somatischer Degenerationszeichen durchaus nichts für das Vorhandensein einer schweren erblichen psychopathischen Behaftung.

A. Psychische Degenerationszeichen.

Zuerst erwähnen wir die affektiven Störungen verschiedenster Art: a) auffällige Labilität der Gemütsstimmung mit exzessiven Zorn- und Wutausbrüchen und Angstafekten oder, umgekehrt b) „eigensinniges“ Verharren in bestimmten pathologischen Gefühlszuständen, unter welchen die Unlust-, Erregungs- und Hemmungsgefühle vorwalten. Weitgehende motorische und vasomotorische Erregungs- und Hemmungsentladungen (vorherrschende Tendenz zu schweren Ohnmachten, zu epileptiformen Insulten bei gemüthlicher Erregung) sind häufige Folgeerscheinungen dieser affektiven Störungen. Besonders erwähnt sei noch gehäuftes Erbrechen bei geringfügigsten emotiven Anlässen. Am häufigsten sind trübe, unzufriedene, misanthropische Stimmungen der Ausgangspunkt dieser Affekterregungen. Dabei braucht die intellektuelle Entwicklung keinerlei Störungen aufzuweisen. Bei höhergradigen Entwicklungsstörungen tritt schon frühzeitig eine verkümmerte Ausbildung jener höheren intellektuellen Gefühlsreaktionen zutage, welche normaliter mit dem Erwerb der sittlichen, altruistischen Vorstellungskomplexe verbunden sind. Alle egoistischen Gefühlsregungen entfalten sich dagegen in ausgiebigstem Maße (vorzeitige Entwicklung geschlechtlicher, normaler und perverser, Gefühle).

In einer zweiten Gruppe tritt die abnorme, disharmonische intellektuelle Entwicklung stärker hervor, z. B. exzessive Phantasiewucherung, einseitige geistige Begabung (auffälliges Sprachengedächtnis, mathematische Begabung, musikalisches Talent) bei rudimentärer Begriffs- und Urteilsbildung auf anderen geistigen Gebieten, verstärktes Auftauchen überwertiger Vorstellungen (zwangsartige Furchtvorstellungen). Weiterhin sind zu erwähnen Schlafstörungen (Pavor nocturnus, protrahierte Enuresis nocturna) und das Auftreten einzelner Sinnestäuschungen, besonders bei Affekterregungen. Schließlich erwähnen wir die Widerstandslosigkeit gegen toxische Schädlichkeiten (Alkohol).

B. Körperliche Degenerationszeichen.

Störungen der morphologischen Entwicklung finden sich besonders häufig als Schädelmißbildungen (Mikrocephalie, Turmschädel, Aztekenschädel, schwere Schädelkoliosen, Cranium progenaeum). Defekte der Knochenbildung, z. B. Wolfsrachen, sodann in der Bildung des äußeren Ohres (Morel'sches Ohr: Fehlen der Differenzierung des Ohrläppchens von der Wangenhaut; Henkelohren, zahlreiche Spinae helices usw.), in der Entwicklung der Zähne und Augen (asymmetrische Fleckung und verschiedenartige Färbung der rechten und linken Iris, angeborenes Kolobom, exzentrische Stellung der Pupille). Allgemeine Störungen der

Skelettentwicklung (Zwerg- und Riesenwuchs), umschriebene Entwicklungsstörungen (angeborene Luxationen, Spaltung des Manubrium sterni, Spina bifida occulta, Polydaktylie, Syndaktylie). Störungen der Genitalentwicklung (Epispadie, Hypospadie, Kryptorchismus, Azoospermie, Aspermie, Uterus infantilis, U. bicornis, Verdoppelung des Genitalkanals, Atresia vaginae, verkümmerte Entwicklung der Ovarien). Von weiteren Störungen der ektodermalen Entwicklung führen wir den übermäßigen Haarwuchs an normaliter unbehaarten oder wenig behaarten Stellen (u. a. Verdoppelung des Haarwirbels) und die Polymastie an. Nicht unerwähnt darf bleiben, daß Individuen mit angeborener konträrer (homosexueller) Veranlagung einen eigentümlichen weiblichen Habitus mit breitem, flachem Becken und starker Entwicklung der Mammae zeigen können.

Unter den funktionellen Entwicklungsstörungen beanspruchen die Asymmetrien der Facialisinnervation (vor allem der Nasolabialäste), die Störungen der Sprache (plumpe, schwerfällige, undeutliche, näselse Sprache, Stammeln, Stottern), kongenitaler Strabismus und Nystagmus eine größere Bedeutung. Auch die erhöhte Tendenz, auf verhältnismäßig geringfügige periphere Reize mit partiellen und generalisierten, tonischen und klonischen Krämpfen (u. a. infantiler Laryngospasmus, manche Formen der kindlichen Eklampsie) zu antworten („Konvulsibilität“), muß hierher gerechnet werden.

Die erbliche Veranlagung gewinnt nur dann einen entscheidenden Einfluß auf die Gestaltung der Psychosen, wenn sie eine in dem eben entwickelten Sinne degenerative ist. Die erbliche Degeneration schafft nicht eigene psychische Krankheitsformen, sondern sie verleiht den vorhandenen durch Abänderung des Entwicklungsganges, durch die Gruppierung der Symptome und durch den Verlauf ein besonderes Gepräge. Vorwiegend auf erblich-degenerativer Basis entstehen die periodischen und zirkulären Geistesstörungen, die originäre Paranoia, die mit den mannigfachsten Zwangsvorstellungen (Phobien) ausgestattete hereditäre Form der Neurasthenie, die „große“ Hysterie, gewisse Formen des angeborenen Schwachsinnns oder die in den Pubertätsjahren einsetzenden juvenilen Verblödungsprozesse (Dementia praecox).

Hinsichtlich der Gruppierung der Symptome ist die Unreinheit und Unklarheit der Zustandsbilder am auffälligsten: Es mischen sich nur allzuoft die affektiven und intellektuellen Reiz- und Ausfallsymptome in bunter, wechselvollster Art, so daß während des ganzen Krankheitsverlaufs eine schärfere Sonderung der einzelnen Reihen der Krankheitserscheinungen in einheitliche, abgeschlossene Krankheitsbilder nicht möglich ist (Mischformen), oder es entstehen zusammengesetzte Krankheitsformen, d. h. solche, welche zu verschiedenen Zeiten des Krankheitsverlaufs bald dieses, bald jenes klinische Krankheitsbild in voller Ausprägung enthalten (Kombination von Hysterie und Neurasthenie, von Epilepsie und Hysterie, von Migräne und Epilepsie, von melancholischer Depression und primärer halluzinatorischer Verwirrtheit u. dgl.).

Die ausgeprägtesten Formen degenerativer Konstitution zeichnen sich durch einen völlig gesetzlosen Krankheitsverlauf aus.

indem plötzlich aus gar nicht erkennbaren oder aus geringfügigen Anlässen ganz episodisch teils eine klinisch wohl charakterisierte Psychose, teils eine ganz unklare Mischform (z. B. hysterischer Dämmerzustand mit katatonischem Symptomenkomplex) emporschießt, um nach kürzerem oder längerem Bestehen ebenso jäh wieder zu verschwinden. Erst die Stammes- und Entwicklungsgeschichte des Patienten, sowie die Kenntnis des weiteren Krankheitsverlaufs klärt uns dann über die ominöse Bedeutung dieser scheinbar rasch zur Heilung gelangten Krankheitsepisode auf. Ein Teil dieser Fälle endigt schon frühzeitig mit völligem geistigen Verfall, andere aber können sich, selbst nach monatelangem Bestehen schwerer psychischer Krankheitszustände (z. B. primärer Stupor mit katatonischem Symptomenkomplex), in wenigen Wochen wieder völlig erholen und ihren früheren geistigen Besitzstand wieder erlangen.

So erinnern wir uns eines jungen Kaufmanns aus schwerst belasteter Familie und mit allen psychischen Merkmalen erblicher Behaftung, den wir vor mehr als 20 Jahren in einem Zustand intensivster Denkhemmung mit katatonischen Zuständen, Mutismus, Negativismus, Haltungs- und Bewegungsstereotypien (völlige Unreinlichkeit, Kotessen usw.) beobachtet und begutachtet haben. Die Krankheit bestand damals schon über 9 Monate. Unser Urteil ging dahin, daß der Kranke schon in Schwachsinn verfallen, also unheilbar geisteskrank sei. 6 Wochen später erfolgte in wenigen Tagen völlige geistige Klärung: Schwinden der Denkhemmung, Lösung der motorischen Spannung, Wegfall aller krankhaften Bewegungsäußerungen. 3 Monate später befand er sich wieder in seiner früheren kaufmännischen Stellung in Alexandrien und hat sich im Laufe der nächsten Jahre durch Intelligenz und Tatkraft zu einer leitenden Stellung heraufgearbeitet. Wir betonen, daß ein Rückfall in die psychische Krankheit nicht eingetreten ist. Dagegen traten in der Folgezeit mit verschiedener Intensität „neurasthenische“ Beschwerden auf. Ein geistiger Verfall ist auch heute nicht vorhanden.

Das Gesetz der ungleichartigen, „polymorphen“ Vererbung (als gleichartige Vererbung bezeichnet man das Auftreten der nämlichen Nerven- oder Geisteskrankheit bei einem Elter und einem oder mehreren Nachkommen: Epilepsie, Melancholie usw.) tritt bei den erblichen Psychosen in verstärktem Maße in Kraft. Ohne ein bestimmtes Schema für die oben erwähnte progressive degenerative Vererbung aufstellen zu wollen, sei nur bemerkt, daß der Ausgangspunkt der erbten Veranlagung recht häufig Trunksucht (MOREL), Syphilis oder erworbene neuropathische Krankheitszustände (Neurasthenie) sind, daß in der folgenden Generation die Neurosen (Neurasthenie, Epilepsie, Hysterie, Chorea usw.) und die unkomplizierten, heilbaren Psychosen (Manie, Melancholie usw.) überwiegen, während in späteren Generationen die schweren, „konstitutionellen“ Psychosen (Paranoia chronica, Irresein aus Zwangsvorstellungen, die periodischen und zirkulären Psychosen, die degenerative „große“ Hysterie, die epileptischen Geistesstörungen usw.) vorherrschen; Idiotie zum Teil mit schweren, schon makroskopisch nachweisbaren Hirnveränderungen beschließt die Reihe. Schwer degenerativ behaftete Zweige einer Familie finden ihren Abschluß dadurch, daß die vereinzelt übrig gebliebenen anscheinend gesunden Glieder dieses Zweiges infolge der erwähnten Entwicklungsstörungen in der Genitalsphäre entweder zeugungsunfähig geworden waren oder keine lebensfähigen Früchte mehr hervorbrachten.

Wir fügen der obigen Feststellung, daß in Familien mit einseitiger erblicher Belastung nur der kleinere Teil der Deszendenten späterhin geistig erkrankt, noch die weitere Einschränkung hinzu, daß auch durch den Nachweis erblicher Behaftung durchaus nicht gefolgert werden darf, das betreffende Individuum müsse über kurz oder lang geistig erkranken.

Denn die Erfahrung lehrt, daß günstige Lebensbedingungen, rationelle Erziehung, kurz alle Umstände, welche eine vollkommene körperliche und geistige Ausreifung zu fördern imstande sind, einen Ausgleich krankhafter Anlagen, welche in der kindlichen und jugendlichen Entwicklung noch durch einzelne krankhafte Züge hervorgetreten sind, herbeiführen können. Immerhin wird dieser günstigste Abschluß der individuellen Entwicklung nur einer geringeren Zahl bevorzugter Naturen zu teil. In der Mitte steht die bei weitem größere Zahl erblich veranlagter, resp. behafteter Individuen, welche zwar nicht ausgeprägt geistes- oder nervenkrank geworden sind, jedoch während ihrer ganzen Lebenszeit eine Reihe krankhafter Züge auf geistigem Gebiete aufweisen. Dieser unfertige psychopathische Zustand, den man auch ganz treffend als „Minderwertigkeit“ bezeichnet hat, kann unter dem Einfluß interkurrenter Schädlichkeiten vorübergehend oder dauernd eine weitere Steigerung erfahren. Selbstverständlich ist er ganz besonders geeignet, die Grundlage ausgebildeter geistiger Krankheit zu werden.

II. Allgemeine prädisponierende Ursachen.

Die statistischen Erhebungen, welche über den Einfluß des Geschlechtes auf die Häufigkeit und auf die Art der psychischen Erkrankung Aufschluß geben sollen, haben zu keinem sicheren Ergebnis geführt. Soweit die in Irrenanstalten befindlichen Kranken in Frage kommen, ist die Zahl der Erkrankungen bei beiden Geschlechtern annähernd die gleiche. Dagegen läßt sich nachweisen, daß bestimmte Schädlichkeiten (vor allem Syphilis und Trunksucht) bei den Männern häufiger wirksam sind, während gemütlche Erschütterungen, Kummer, Sorge, sowie alle mit der Fortpflanzung zusammenhängenden Schädigungen (Gravidität, Gebärrakt, Wochenbett und Laktation) bei der Frau als auslösende Ursachen im Vordergrund stehen. Bei 15–20% der weiblichen Psychosen findet man dieses „Irresein der Wöchnerinnen“ (die Laktationsperiode mit eingeschlossen). Schon der Vorgang der Menstruation kann bei prädisponierten Individuen zu ausgesprochenen, geradezu periodisch wiederkehrenden Geistesstörungen Veranlassung werden, sodann aber auch eine schon bestehende geistige Störung vorübergehend steigern. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, daß die exzessive geschlechtliche Betätigung, hauptsächlich aber die Masturbation, früherhin zu einer der häufigsten Ursachen des Irresein gestempelt wurde. Es ist hier meistens Ursache und Folge verwechselt worden. Dabei soll nicht in Abrede gestellt werden, daß maßlose und lange fortgesetzte Masturbation bei psychopathisch prädisponierten Individuen sehr schädlich auf die nervösen, resp. psychischen Funktionen wirken kann. Nuptiales Irresein wurden die im Anschluß an die ersten ehelichen Kohabitationen auftretenden akuten und subakuten Geistesstörungen genannt.

Viel wichtiger ist das Alter.

Bei den Kinderpsychosen nehmen die geistigen Entwicklungshemmungen in ihren zahlreichen Abstufungen bis hinab zu den schwersten Formen der Idiotie den breitesten Raum ein. Sie beruhen zum Teil auf Keimesschädigungen (vergl. pag. 53), fötalen Erkrankungen des Gehirns, Schädel-, resp. Gehirntraumen während der Geburt, zum Teil auf Krankheitsprozessen des Gehirns, welche in den ersten Kinderjahren sich abspielt haben. Ferner sind die Kinderinfektionskrankheiten.

sowie gewisse vom Darm ausgehende Selbstvergiftungen als Quelle infantiler, morphologisch noch wenig durchforschter Rindenerkrankungen zu nennen, und ist auf die Bedeutung der kongenitalen Lues und der Tuberkulose in diesem Zusammenhange aufmerksam zu machen. -- Auf die allgemeinen, den erblich behafteten Kindern eigentümlichen psychischen Krankheitsmerkmale, welche die Grundlage ausgeprägter Kinderpsychosen werden können, ist pag. 55 hingewiesen.

Der mächtige Einfluß, welchen die Pubertätsentwicklung auf das körperliche und geistige Verhalten schon unter normalen Verhältnissen ausübt, wird bei erblich prädisponierten Individuen oder bei solchen, deren Widerstandskraft durch voraufgegangene Krankheiten (auch Traumen) gesunken ist, geradezu verhängnisvoll. Sie unterliegen dem Ansturm. Bald vollzieht sich gewissermaßen unter der Decke ein vorzeitiger und jäher Abschluß der weiteren Ausreifung; die Unfertigkeit und Unzulänglichkeit des geistigen Könnens, das Mißverhältnis zwischen den gesteigerten Anforderungen und der Leistungsfähigkeit wird nur allmählich offenkundig. Die Patienten klagen über allgemeine nervöse Beschwerden (allgemeine Müdigkeit, Kopfdruck, erschwerte geistige Tätigkeit, Schlaflosigkeit u. s. w.) und werden anfänglich der großen Gruppe der jugendlichen Neurastheniker beigesellt, bis dann der spätere Verlauf den wahren Tatbestand, die geistige Schwäche, klarlegt. Bald macht sich der Beginn der krankhaften psychischen Veränderung durch stürmische Anzeichen kund, welche zu den verschiedenartigsten Zustandsbildern vereinigt sind und unter der Bezeichnung Pubertätspsychosen zusammengefaßt werden. Sie zeigen gemeinsame Züge, welche in ihrer Gesamtheit pathologische Karikaturen des Backfischalters, resp. der Flegeljahre darstellen (hebephrene Modifikation; Ziehen). Nur zu häufig sind diese Pubertätspsychosen die Anfänge jener symptomatologisch so vielgestaltigen und hinsichtlich des zeitlichen Verlaufes so verschiedenartigen Krankheitsformen, welche die juvenilen Verblödungsprozesse umfassen (Dementia praecox). Dabei möchten wir aber nicht den Glauben erwecken, daß alle Pubertätspsychosen, selbst wenn sie die hebephrene Modifikation aufweisen, den geistigen Verfall einleiten. Sie können ganz ähnlich, wie wir dies auch bei den erblich behafteten Kindern sehen, nur vorübergehende Krankheitszustände sein, bei welchen schon früher vorhandene, unfertig entwickelte, nur vereinzelt und abortiv auftauchende psychopathische Krankheitszeichen zu mehr oder weniger abgeschlossenen Verbänden zusammengetreten sind. Sie schwinden wieder, ohne daß ein Intelligenzdefekt zurückgeblieben ist. Doch haftet ihnen, wie allen erblich degenerativen Psychosen, die ominöse Tendenz zum Rezidiv, sowie zur Entwicklung periodischer und zyklischer Geistesstörungen an. Außer der „endogenen“, durch die Praedisposition gegebenen Ursache werden in dieser Altersperiode auch andere „exogene“ Schädlichkeiten, unter denen wir hier nur Alkoholmißbrauch, sexuelle Ausschweifungen und luetische Infektion nennen, ganz besonders verderblich wirken.

Die Morbidität steigt noch jenseits des Pubertätsalters und erreicht ihre Höhe zwischen dem 35. und 40. Lebensjahre. Neue Gefahren bringt die Involutionsperiode; wir erwähnen die Psychosen des Klimakteriums, die praesenilen arteriosklerotischen Hirnerkrankungen und die später (durchschnittlich nach dem 70. Lebensjahre) einsetzenden Psychosen des Greisenalters.

Beruf und soziale Stellung sind infolge der aus ihnen entspringenden Schädlichkeiten von Bedeutung. So treffen wir z. B. die intensivsten Erschöpfungszustände (Erschöpfungstupor, Erschöpfungsamentia) in der Pubertätszeit bei schwächlichen Steinhauer- und Schmiedelehrlingen, welche den schwersten körperlichen Anstrengungen ausgesetzt sind, bei Kellnerjungen, denen berufsgemäß nur wenige Stunden Schlaf gegönnt sind, und die sich schon frühzeitig durch Alkohol vergiften, und endlich bei eben aus der Schule entlassenen Dienstmädchen, welche bei Gewerbetreibenden (u. a. bei Bäckermeistern) von morgens um 4 Uhr bis nachts um 11 Uhr in und außer dem Hause tätig sein müssen. Bekannt ist die Häufigkeit der Dementia paralytica bei Handlungsreisenden und Militärpersonen. Sodann erwähnen wir den Einfluß der Gefangenschaft, welche besonders bei Einzelhaft zu halluzinatorischer Verwirrtheit führen kann. Die große Zahl von Geistesstörungen bei Gefangenen erklärt sich aber auch dadurch, daß besonders unter den jugendlichen Verbrechern angeborener und frühzeitig erworbener Schwachsinn die Grundbedingung der verbrecherischen Lebensführung ist. Endlich sei noch der praktisch bedeutsamen Militärpsychosen gedacht, bei denen die verschiedensten Momente (Heimweh, fortgesetzte Mißhandlungen, Furcht vor Strafe, körperliche Überanstrengung, Alkoholabusus, Lues usw.) zusammenwirken. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich bei den psychisch erkrankten Rekruten um geistig minderwertige, oft geradezu schwachsinnige Individuen. Auch sind in dieser Gruppe vielfach Epileptiker und Hysteriker enthalten (triebartige Entweichungen).

III. Äußere Ursachen.

Hierher gehören die Schädlichkeiten, welche, von außen kommend, den gesamten Organismus oder das Zentralnervensystem treffen, ferner diejenigen äußeren Vorgänge, welche vermöge ihrer psychischen Einwirkungen („psychische Ursachen“) die geistige Störung bedingen, und endlich die Wirkungen von Giften, welche unter krankhaften Bedingungen im eigenen Organismus gebildet werden und einen deletären Einfluß auf die zentrale Nervensubstanz ausüben (Autointoxikationen).

A. Vergiftungen.

Unter den chemischen Giften steht der Alkohol (einschließlich des Absinths) obenan. Die Statistik der Irrenanstalten lehrt, daß zwischen 30 und 40 Prozent der Anstaltsinsassen unter dem Einfluß der chronischen Alkoholvergiftung geistig erkrankt sind. Sie wirkt einmal mittelbar durch Erzeugung von Organerkrankungen (Leber, Herz, Blutgefäße) und allgemeinen Stoffwechselstörungen auf die Ernährung der zentralen Nervensubstanz schädigend ein, sodann aber auch unmittelbar durch Erzeugung atrophisch-degenerativer Prozesse im Zentralnervensystem und in den peripheren Nerven (z. B. Polyneuritis alcoholica, Erkrankungen der Vorderhornzellen des Rückenmarks, degenerative Prozesse im Hemisphärenmark usw.). Der Wirkung des Alkohols sind verwandt die Vergiftungen mit Äther, Chloroform, Chloral und Paraldehyd, ferner diejenigen mit den pflanzlichen Giften: Opium, Haschisch, Tabak usw., und mit den Alkaloiden: Morphium, Kokain, Atropin, Ergotin usw. Erwähnt sei hier noch die Pellagra, welche

durch bislang noch unbekannte Gifte beim Genuß von verdorbenem Mais erzeugt wird und die schwersten chronischen Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems mit Ausgang in Demenz verursacht.

Unter den metallischen Giften beanspruchen das Blei und das Quecksilber das größte Interesse. Sie bewirken chronische Krankheitszustände, welche denjenigen der Alkoholvergiftung am nächsten kommen. Eigentümliche akute Verwirrheitszustände mit heftigster motorischer Agitation haben wir bei Vergiftungen mit Metaldämpfen gesehen (Messingfieber).

Genauer bekannt geworden sind in den letzten Dezennien die akuten und chronischen Kohlenoxyd- und Leuchtgasvergiftungen (erstere am häufigsten bei Plätterinnen, Maschinenheizern u. s. w.), welche zu eigenartigen Krankheitszuständen führen, unter denen der Verlust der Merkfähigkeit und der partielle Ausfall ganzer Erinnerungsketten, ähnlich wie bei der Korsakoffschen Krankheit, hervorzuheben ist. Die akut verlaufenden psychischen Störungen nach Wiederbelebung Erhängter werden vielfach auf die Kohlensäureintoxikation zurückgeführt. Doch ist hier sicherlich die Hirnanämie zum mindesten ebenso bedeutungsvoll.

Auch die Schwefelkohlenstoffvergiftungen (Gummiarbeiter) führen zu schweren, zum Teil unheilbaren, nervösen und psychischen Krankheitszuständen.

Seltener sind psychische Störungen bei längerer Anwendung von Jodoform und Karbol.

Die Vergiftungen mit Ptomainen (Fleisch-, Wurst-, Käse-, Bohnengift) führen außer zu den bekannten Intestinalstörungen, falls sie nicht rasch tödlich verlaufen, zu den schwersten psychischen und nervösen Störungen.

B. Trauma.

Wir lassen hier die durch äußere Gewalt bewirkten, schon makroskopisch erkennbaren Veränderungen der zentralen Nervensubstanz außer Betracht, da die überwiegende Mehrzahl der „traumatischen Psychosen“ nur auf Erschütterungen (Commotio cerebri, „akute Hirnpressung“; — KOCHER —) zurückgeführt werden kann. Ohne hier auf die klinischen Varietäten dieser Psychosen einzugehen, bemerken wir, daß ihnen außer den noch ganz hypothetischen „Molekularschädigungen“ gar nicht selten mikroskopisch nachweisbare miliare Erweichungsherde (zum Teil an kapillare Blutungen anschließend) zugrunde liegen. So sahen wir einmal das Gehirn eines im Zustande tiefster Demenz zugrunde gegangenen Sportsmannes von einer Unzahl derartiger miliarer Herde durchsetzt. Freilich war in diesem Falle der Verdacht nicht unbegründet, daß früher einmal eine syphilitische Durchseuchung stattgefunden hatte. Mesarteriitische und endarteriitische Krankheitsprozesse fehlten gänzlich.

Im Anschluß hieran erwähnen wir die Neurosen und Psychosen infolge elektrischer Entladungen, sowie diejenigen nach „kalorischen Schädlichkeiten“ (bei Feuerarbeitern; Hitzschlag besonders bei Militärpersonen; Insolation bei Aufenthalt in tropischen Gegenden).

C. Akute und chronische Infektionskrankheiten.

Bei den akuten Infektionskrankheiten, unter denen Typhus, akuter Gelenkrheumatismus, Influenza, Erysipel, Infektionen durch Streptokokken, Staphylokokken, Bacterium coli u. a., Lyssa, Variola und

Pneumonie hervorzuheben sind, wirken die verschiedensten Momente zusammen, um vorübergehende oder länger dauernde Geisteskrankheit zu erzeugen. Früherhin hat man das Hauptgewicht auf den Fieberprozeß (die Hyperthermie mit ihren Folgeerscheinungen) gelegt. In der Tat genügen bei jugendlichen erblich behafteten Individuen schon verhältnismäßig geringe Temperatursteigerungen, um halluzinatorische Dämmerzustände mit motorischer Agitation (Fieberdelirien) hervorzurufen. Die neueren Forschungen machen es aber wahrscheinlicher, daß weniger die Temperatursteigerung als die Einwirkung von Bakteriengiften auf die zentrale Nervensubstanz die geistige Störung verschuldet. Dafür spricht der Umstand, daß diese schon vor Einsetzen des Fiebers sich einstellen kann („Inkubationsdelirien“). Noch häufiger und in ihren klinischen Erscheinungsformen vielgestaltiger sind die psychischen Krankheiten, welche nach Abfall des Fiebers auftreten. Soweit pathologische Stoffwechselprodukte der organisierten Infektionsträger die Ursache sind, spricht man von postinfektiösen Psychosen, soweit der durch den fieberhaften Krankheitsprozeß bedingte Kräfteverfall an Bedeutung überwiegt, von Kollaps- oder Inanitionsdelirien. Sowohl die infektiösen, als auch die postinfektiösen Psychosen bieten häufiger einen stürmischen tödlichen Verlauf dar (Delirium acutum, vergl. pag. 50). Der ungünstige Ausgang in sekundäre Demenz gehört bei schweren und protrahierten Erkrankungen dieser Art (stuporöse Zustände, agitierte halluzinatorische Verwirrtheit) nicht zu den Seltenheiten.

Unter den chronischen Infektionskrankheiten steht die Syphilis an erster Stelle. Auf ihre keimesschädigenden Eigenschaften haben wir schon bei der Erörterung der Erblichkeitsfrage hingewiesen. Hier kommen nur die ätiologischen Momente in Betracht, welche sich auf die psychische Erkrankung des syphilitisch infizierten Individuums selbst beziehen. Sie hängen, wenn wir die allgemeinen, durch die Syphilis bedingten Ernährungsstörungen außer Betracht lassen, im wesentlichen davon ab, ob das Zentralnervensystem (funktionstragendes Gewebe, Neuroglia und gefäßtragende Stützsubstanz) durch den Infektionsträger oder durch Syphilitoxine geschädigt worden ist. Ohne auf die anatomischen Einzelheiten der syphilitischen Gehirnerkrankungen hier näher einzugehen, lassen sich aus klinisch-ätiologischen Gesichtspunkten 3 Formen unterscheiden:

1. Syphilitische Herderkrankungen (zirkumskripte Syphilome in Meningen und Hirnsubstanz, Endarteriitis, resp. Mesarteriitis syphilitica an einzelnen Hirngefäßen, konsekutive umschriebene Hämorrhagien und Erweichungen). Sie bedingen die gleichen Störungen auf psychischem Gebiete wie andere Arten von Herderkrankungen.

2. Die meningitischen (gummösen) Prozesse (die diffuse Meningitis und Meningoencephalitis der Konvexität, die Meningitis cerebrospinalis), welche bei akutem Einsetzen und subakutem Verlauf zu schweren psychischen Störungen führen und nach Ablauf dieser Krankheitserscheinungen (Inkohärenz, halluzinatorische Erregung, motorische Agitation) recht häufig eigenartige geistige Defekte (postsyphilitische Demenz s. str.) zurücklassen.

3. Die para- und metasyphilitische Hirnerkrankung, die in der allgemeinen progressiven Paralyse ihren klinischen Ausdruck findet. Bei dieser Krankheitsform handelt es sich höchstwahrscheinlich nicht um primäre Gewebsproliferationen im Sinne der infektiösen Granulationsgeschwülste, sondern um chemische Schädigungen der Nerven-

substanz, des Gliagewebes und der Blutgefäße durch Syphilitoxine. Die entzündlichen Prozesse sind vielmehr sekundärer Natur. Doch kommen auch Kombinationen spezifischer und metasypilitischer Hirnerkrankungen vor.

Erwähnt seien noch die Fälle von angeborenem Schwachsinn, welche durch hereditäre Syphilis verursacht sind. Sie verbinden sich vielfach mit anderweitigen, klinischen Zeichen syphilitischer Gehirnkrankungen (Lähmungen, Kontrakturen, Krämpfe).

Die Tuberkulose führt, wenn wir von den psychischen Krankheitssymptomen der akuten Miliartuberkulose oder der Meningitis tuberculosa der Kinder absehen, im wesentlichen nur durch den Kräfteverfall zu Zuständen, die der Erschöpfungsamentia zuzurechnen sind.

Die Malaria verläuft, wenn auch seltener, mit Anfällen schwerster agitierte Verwirrtheit, welche die Fieberattacken begleiten und einen periodischen Typus gewinnen können. Es sind auch solche motorische Erregungszustände mit Inkohärenz und Halluzinationen ohne die typischen Fieberanfälle beschrieben worden (psychische Äquivalente des Malariaanfalles). Verhältnismäßig häufiger entwickeln sich (auf Grund der Malaria-kachexie) Melancholie, primärer Stupor und Amentia.

Die Karzinose führt infolge des fortschreitenden Kräfteverfalls zu kachektischen Delirien, die wir ebenfalls der Amentia zurechnen, oder zu ausgeprägten Melancholien mit heftigsten ängstlichen Erregungen. Außerdem werden durch multiple karzinomatöse Herde im Gehirn oder durch diffuse Infiltrate in den Meningen schwere psychische Krankheitszustände (allgemeine Denkhemmung mit totalem Verlust der Merkfähigkeit, interkurrente Erregungszustände usw.) hervorgerufen.

D. Krankheiten des Stoffwechsels, des Blutes und des Lymphsystems.

Ausgebildete psychische Störungen bei der Gicht auf dem Boden der „harnsauren Diathese“ kommen, wenigstens nach den Erfahrungen der deutschen Psychiater, nur selten vor. In der ausländischen Literatur spielt die schon von den älteren Ärzten angenommene „Kopfgicht“ eine größere Rolle. So sollen verhältnismäßig oft periodische gemüthliche Depressionszustände durch Retention von Harnsäure im Blute verursacht sein (LANGE). Auch agitierte Verwirrheitszustände aus gleichem Grunde sind beschrieben worden. Es handelt sich also hier in gleicher Weise wie bei schwerem Diabetes um psychische Krankheitszustände durch Selbstvergiftung, welche häufiger den Charakter ausgleichbarer (z. B. Melancholie), viel seltener unausgleichbarer (Dementia) Schädigungen des funktionstragenden Gewebes besitzen.

Die im Verlaufe der akuten und chronischen Nephritis auftretenden Geistesstörungen sind entweder direkt toxämische Psychosen (Urämie), oder sie entstehen auf dem Boden einer allgemeinen arteriosklerotischen Erkrankung. Im ersteren Falle handelt es sich um toxische Dämmerzustände, im letzteren finden wir Krankheitsbilder mit schweren Stimmungsanomalien meist depressiven Charakters, welche nur allzuoft Vorläufererscheinungen der arteriosklerotischen Hirndegeneration sind.

Die Stoffwechselstörung, welche der Rhachitis zugrunde liegt, kann zu angeborenem Schwachsinn führen, und zwar sind die auf ihr beruhenden gröberen Entwicklungsstörungen des Gehirns und der Schädelkapsel (u. a. der rhachitische Hydrocephalus) die wesentlichste Ursache;

weniger bedeutungsvoll erscheint eine in ihren Einzelheiten noch wenig erforschte, nur mikroskopisch erkennbare Erkrankung der Hirnrinde.

Die Osteomalacie verursacht nach Mitteilungen von WAGNER ebenfalls akut und subakut verlaufende psychische Störungen.

Viel klarer liegen auf Grund der neueren Forschungen die ätiologischen Beziehungen zwischen den Schilddrüsenkrankheiten und den Geistesstörungen. Der Kretinismus und das Myxödem werden heute unbestritten auf kongenitale Verkümmierungen oder erworbene Erkrankungen der Schilddrüse zurückgeführt. Während bei diesen Erkrankungen der Ausfall der Schilddrüsentätigkeit die Grundlage der geistigen Entwicklungsstörung oder des geistigen Verfalls (vergl. auch die Cachexia strumipriva) ist (Anhäufung von Toxinen, für welche die Schilddrüse normalerweise die Antitoxine liefert), werden umgekehrt für die psychischen und nervösen Störungen, welche im Verlauf des Morbus Basedowii sich gar nicht selten einstellen, direkte Vergiftungen des Gehirns, resp. der Nervensubstanz durch das im Übermaße gebildete Schilddrüsensekret verantwortlich gemacht. Teils sind es akute affektive oder amentiaartige Störungen mit Inkohärenz, flüchtiger Wahnbildung, teils sind es schwerere, remittierend verlaufende Psychosen mit depressiver Wahnbildung oder halluzinatorischen Erregungszuständen, welche bei jugendlichen Patienten nach kürzerer oder längerer Zeit zur Verblödung führen.

Noch wenig aufgeklärt sind die psychischen Störungen bei der Addison'schen Krankheit (stuporöse Zustände, agitierte Verwirrtheit, sekundäre Demenz).

Wir haben damit das Gebiet der Selbstvergiftungen betreten. Ihre ergiebigste Quelle sind Erkrankungen des Intestinaltractus. Die hier in Betracht kommenden Krankheitsfälle gehören nach v. WAGNER zum größten Teil in das Gebiet der Amentia, meist mit Aufregungszuständen, zuweilen auch in depressiver Form. Wir selbst haben einen solchen Fall (17jähriger Patient) mit schwerem stuporösen Zustand und vollständiger motorischer Hemmung (ohne katatonische Symptome) beobachtet. Nach Mitteilung des behandelnden Arztes war der geistigen Erkrankung, die in Demenz ausging, ein mehrwöchentlicher, mit schwerer Koprostase einhergehender Intestinalkatarrh vorausgegangen. Die Schwierigkeiten der Beurteilung solcher Krankheitsfälle liegen darin, daß niemals mit Sicherheit entschieden werden kann, ob diese initialen intestinalen Störungen nicht schon Teilerscheinungen der aus anderen Ursachen entspringenden psychischen Erkrankung sind. Vornehmlich bei französischen Autoren spielen in der Ätiologie akuter, subakuter und periodisch verlaufender Psychosen Erkrankungen der Leber eine bedeutende Rolle. Auch wir haben Fälle periodischer Verwirrheitszustände bei jugendlichen Individuen gesehen, welche regelmäßig mit leichtem Ikterus und deutlicher Leberschwellung verbunden waren (Vergiftungen mit Carboaminsäure?). In einem dieser Fälle war hereditäre Syphilis sehr wahrscheinlich.

In gewissem Sinne ist auch die geistige und körperliche Erschöpfung (Erschöpfungsneurosen und -psychosen) als eine Selbstvergiftung zu betrachten, indem eine Anhäufung pathologischer, durch den übermäßigen Kräfte- und Stoffumsatz bewirkter Zerfallsprodukte entweder lokal in den funktionell überanstrengten Nervenzentren selbst oder in der Blutbahn stattfindet. Im ersteren Falle ist der gestörte Chemismus in der zentralen Nervensubstanz die direkte Ursache der Krankheitsvor-

gänge; im letzteren Falle sind es im Blute kreisende „Erschöpfungs-toxine“, welche in den verschiedensten Teilen des Organismus ihren Ursprung haben können (z. B. bei übermäßiger körperlicher Arbeit in den Muskeln). Unterschieden werden die akuten Erschöpfungen (vgl. Kollapsdelirien) und die chronischen Erschöpfungen (Neurasthenie, Erschöpfungsstupor usw.). Eine scharfe Grenze zwischen beiden läßt sich, wie die Erschöpfungsamentia lehrt, nicht ziehen.

Unter den Erkrankungen des Blutes ist zuerst die Chlorose zu nennen, welche in nahen Beziehungen zu den Erschöpfungspsychosen und zur Hysterie steht, sodann die perniziöse Anämie, in deren Verlaufe halluzinatorische Verwirrheitszustände auftreten können. Auch schwere Blutverluste führen zu akuten und subakuten dämmerhaften Zuständen mit heftiger halluzinatorischer Erregung.

Die organischen Herzerkrankungen veranlassen auf den verschiedensten Wegen Störungen in der psychischen Sphäre, einmal in unmittelbarem Zusammenhang mit stenokardischen Anfällen schwere Präkordialangst, aber auch außerhalb der Anfälle pathologisch gesteigerte affektive Erregbarkeit, sodann mittelbar durch Erzeugung von Hirnerkrankungen (Hirnebolie) postapoplektische Demenz. Drittens sind die eigenartigen „mussitierenden“ Delirien bei dem durch Herzschwäche verursachten Hirnödeme zu erwähnen. Die Arteriosklerose ist in den mittleren Jahrzehnten (bei Alkoholismus, Gicht, Syphilis usw.), vor allem aber jenseits des 50. Lebensjahres als erstes Zeichen der praesenilen Involution eine sehr häufige Ursache allgemeiner Ernährungsstörungen des Gehirns, welche anfänglich neurasthenisch-hypochondrische Krankheitszustände und späterhin die Symptome der sogenannten arteriosklerotischen Hirndegeneration hervorrufen.

Den Genitalerkrankungen des Weibes ist besonders von den älteren Ärzten eine übergroße ätiologische Bedeutung zugemessen worden („Reflexpsychosen“). Sie sind nur selten und dann auch nur auf dem Umwege der durch das gynäkologische Leiden verursachten allgemeinen Ernährungsstörung prädisponierende Ursachen. Häufiger sind sie Gelegenheitsursachen (unterstützt durch langwierige gynäkologische Behandlungen) zum Ausbruch einer Geistesstörung bei erblich behafteten Individuen. Die Überschätzung der Genitaleiden rührt daher, daß die pathologischen Genitalempfindungen und die wahnhaften Vorstellungsbildungen auf sexuellem Gebiete von den Patienten selbst in den Vordergrund geschoben werden.

Auf die vielfachen und zum großen Teil sehr engen Beziehungen zwischen den Geistes- und Nervenkrankheiten können wir hier nur hinweisen. Sie sind entweder koordinierte, auf den gleichen Schädlichkeiten entstandene (z. B. Tabes und Paralyse, toxische Polyneuritis und Korsakoffsche Verwirrtheit u. a. m.) Krankheitsvorgänge, oder die Psychosen sind, wie bei den embolischen und thrombotischen Herden, den Hirntumoren, der multiplen Sklerose usw., die Folgen der organischen Erkrankung. Bei den großen diffusen Neurosen (Neurasthenie, Epilepsie, Hysterie) sind diese Zusammenhänge am innigsten. Sie erklären sich aus der nahen Verwandtschaft dieser so häufig auf dem Boden der neuro-, resp. psychopathischen Veranlagung entstandenen „Nervenleiden“ mit den Geisteskrankheiten im engeren Sinne. Es braucht hier nur darauf hingewiesen zu werden, daß die psychische Komponente in den Krankheitsbildern der Neurasthenie und in erhöhtem Maße in denen der Hysterie das Ausschlaggebende bei der Entwicklung und Gestaltung auch der so-

nannten rein nervösen Krankheitserscheinungen ist, und daß sowohl in den paroxystischen, als auch in den interparoxystischen Phasen der Epilepsie und der Hysterie bei genauerem Hinsehen das psychische Krankheits-element niemals fehlt. Über die ausgeprägten psychischen Krankheitsbilder, welche sich im Verlaufe der diffusen Neurosen entwickeln, vergleiche die spezielle Psychiatrie. Hinsichtlich der psychischen Störungen bei der Chorea, Migräne, Tetanie, Paralysis agitans gelten die gleichen Gesichtspunkte.

E. Psychische Ursachen.

Alle gemütserschütternden, plötzlich und unmittelbar (z. B. Schrecken) oder chronisch sich vollziehenden Vorkommnisse (Ärger, Kummer, Sorge) können die Ursache geistiger Störungen sein. Sie wirken um so sicherer und verhängnisvoller, je widerstandsunfähiger das Individuum ist, sei es, daß erbliche Prädisposition, sei es, daß erworbene neuro-, resp. psychopathische Zustände (nach erschöpfenden Krankheiten, Trauma, Alkohol usw.) den Boden für diese pathologischen Affektwirkungen vorbereitet haben. Diese emotiven Ursachen bilden, wie z. B. bei der Dementia paralytica, ein bedeutsames Glied in der Kette schädigender Ursachen und sind, wie die Erfahrung lehrt, nur zu oft der letzte Anstoß zum Ausbruch der Erkrankung. Unter den sogenannten funktionellen Psychosen steht in dieser Beziehung die Melancholie in erster Linie; hier lassen sich die fließendsten, oft schwer zu beurteilenden Übergänge zwischen physiologisch begründeter Sorge, Kummer und pathologisch protrahierter und vertiefter Verstimmung beobachten. Die Schreckneurosen und -psychosen finden sich fast ausschließlich bei solchen Individuen, die schon früher ein labiles und leicht erregbares Gemütsleben dargeboten haben. Wie besonders ein Blick auf die engen Beziehungen zwischen gemütlichen Schädlichkeiten und hysterischen Krankheitsäußerungen lehrt, muß genau unterschieden werden zwischen der Erzeugung der Krankheit durch emotive Schädlichkeiten und der Entwicklung neuer Krankheitssymptome bei schon vorhandenen Grundleiden.

Die psychische Infektion wird durch höchst zusammengesetzte psychische Einflüsse bewirkt. Teils ist es eine durch Gewohnheit und Übung (bei Geschwistern, Ehegatten, Herrin und Dienerin usw.) gezüchtete Unterordnung und Anschmiegun, welche zu einer Art von Übertragung krankhafter Urteilsbildungen auf die Personen der nächsten Umgebung bei paranoiden Kranken führt („induziertes Irresein“). Teils sind die gemütlichen Erregungen, das nagende Gefühl der Verantwortlichkeit, die stete Sorge bei der Pflege selbstmordverdächtiger Kranker, aber auch Nachtwachen, körperliche Überanstrengung usw., welcher Ärzte, Pflegepersonal oder mit der Pflege geliebter Angehöriger betraute Familienglieder ausgesetzt sind, bei der psychischen Infektion ausschlaggebend. Die psychischen Volkskrankheiten des Mittelalters, die Haus-epidemien von Hysterie (Pensionate, Waisenhäuser usw.) werden auf gemütliche Erschütterungen und auf den in seinem Wesen noch unklaren Vorgang der Imitation zurückgeführt.

Pathologische Anatomie.

Wie die Lehren der Ätiologie ergeben, bestehen wesentliche Verschiedenheiten in der Wirkungsweise der einzelnen Schädlichkeiten je nach der anatomischen und funktionellen Beschaffenheit des Zentralorgans der psychischen Tätigkeit. Pathologisch-anatomische Kriterien einer psychopathischen konstitutionellen Veranlagung gibt es, wie wir gesehen haben, nur insoweit, als wir in der Lage sind, grobe, makroskopisch erkennbare (Mikrocephalie, Mikrogyrie, angeborenen Balkenmangel u. dergl.) oder nur mikroskopisch nachweisbare Entwicklungsstörungen, resp. -hemmungen des Gehirns und Rückenmarks (verkümmerte Entwicklung der Ganglienzellen und Nervenfasern bei der Idiotie, mangelhafte Entwicklung der Pyramidenbahnen u. a. m.) festzustellen.

Über die während des Individuallebens entstandenen krankhaften Veränderungen des Gehirns und seiner Hüllen, welche die Grundlage psychischer Krankheitsvorgänge sind, gibt uns die Hirnsektion nur für die verhältnismäßig kleinere Gruppe der sogenannten organischen Gehirnkrankheiten (Porencephalie, diffuse und lobäre Sklerose des Gehirns, Hydrocephalus chronicus, akute und chronische Meningitis, Erweichungen, Blutungen, Tumoren, Hirnabszeß usw.) einen für die Erklärung der einzelnen psychischen Krankheitserscheinungen freilich nur ungenügenden Aufschluß. Bei allen chronischen, mit ausgesprochenem geistigen Defekt einhergehenden oder mit einem solchen endigenden Geistesstörungen ist die Hirnwägung, die Feststellung der Rindendicke, die Weite der Hirnventrikel, die Beschaffenheit des Ventrikelependyms, der basalen Hirngefäße usw. von größter Wichtigkeit. Eine endgültige Aufklärung gibt uns in allen diesen Fällen aber nur die mikroskopische Untersuchung. Auf ihre Technik hier einzugehen, mangelt uns der Raum; es sei nur hervorgehoben, daß sich diese Untersuchung zu erstrecken hat:

1. auf die funktionstragende Nervensubstanz (degenerativ-atrophische Veränderungen der Nervenfasern, resp. -zellen);
2. auf die ektodermale Stützsubstanz (degenerative und reparatorische entzündliche Prozesse, z. B. Gliawucherungen bei der epileptischen Demenz);
3. auf die mesodermale gefäßtragende Stützsubstanz (z. B. hyaline Degeneration der Hirngefäße, endotheliale Wucherungen an der Gefäßadventitia und an der Pia mater, kleinzellige Anhäufung in- und außerhalb der Gefäßscheide usw.).

Über die Besonderheiten dieser mikroskopischen Befunde wird bei der Bearbeitung der einzelnen Psychosen das Nähere mitgeteilt werden. Hier sei nur noch einiger allgemeiner Gesichtspunkte gedacht, nach welchen das Verhältnis zwischen den pathologisch-anatomischen Veränderungen und den psychischen Störungen betrachtet werden kann. Es besteht prinzipiell nur ein quantitativer Unterschied zwischen den Schädigungen der Nervensubstanz, welche den funktionellen, und denjenigen, welche den organischen Nerven- und Geisteskrankheiten zugrunde liegen. Die funktionellen Neurosen und Psychosen beruhen in letzter Linie auf nutritiven Störungen der funktionstragenden Nervensubstanz und insbesondere der zentralen Nervenzelle (Störungen der assimilatorischen und dissimilatorischen Prozesse). Die ausgleichbaren funktionellen Störungen sind auf Partialschädigungen der Nervenzelle zurückzuführen, die einer völligen Regeneration durch die physiologischen Stoffwechselvorgänge leicht zugänglich sind. Hier kommen hauptsächlich Partialschädigungen derjenigen Be-

standteile der Nervenzelle in Betracht, die in den Nisslschen Körpern aufgestapelt sind. Je weitergehend die Art dieser Molekularschädigung ist, desto schwieriger und langwieriger wird auch der Ersatz, der erneute Aufbau dieser Zellbestandteile sein. Er wird ferner bei allen denjenigen Individuen schwieriger und unvollkommener stattfinden, bei denen, wenn man so sagen darf, die molekulare Konstitution der Nervenzelle schon vor der Einwirkung der schädigenden Ursache eine geringerwertige ist. Aber auch dann wird der Ersatz ein ungenügender und unvollkommener sein, wenn das Verhältnis zwischen Assimilation und Dissimilation (Kraftvorrat, Kraftverbrauch und Kraftersatz) durch andauernd erhöhte Ansprüche an das Zentralnervensystem und durch Verringerung oder Verschlechterung des der Zelle zugeführten Nährmaterials, für längere Zeit oder sogar dauernd gestört ist. Aus den völlig ausgleichbaren entstehen so die bleibenden funktionellen Störungen. In letzterem Falle ist die nervöse Leistungsfähigkeit zwar herabgemindert, aber nicht aufgehoben. Die chronische nervöse, resp. psychische Erschöpfung, die Geringerwertigkeit der psychischen Leistungen nach akuten Geistesstörungen können als klinische Belege für diese molekularen Schädigungen gelten. Sie treten uns, soweit Toxinwirkungen in Frage kommen, am reinsten bei jenen sogenannten funktionellen Störungen entgegen, welche als Syphillis-Neurasthenie, resp. -Hypochondrie bezeichnet werden. Sind die Toxinwirkungen intensiverer Art und treffen sie zusammen mit anderweitigen, die Ernährungsbedingungen und Leistungen der Nervenzelle beeinträchtigenden Vorgängen, so ist ihr Einfluß um so verderblicher. Der Krankheitsprozeß verharret nicht auf der Stufe der Partialschädigung, vielmehr wird allmählich die ganze Nervenzelle von ihm ergriffen.

Die Totalerkrankung der Nervenzelle führt nicht nur zum Untergang der Nisslschen Körper, sondern auch der funktionstragenden Substanz im engeren Sinne (das Neurosoma HELDS). Anatomisch lassen sich diese verschiedenen Stadien oder Arten der Zellerkrankung am schönsten nachweisen bei den akut verlaufenden und tödlich endigenden infektiösen, resp. postinfektiösen Psychosen (Influenza, Varizellen, Variola, Typhus usw.). Auch die syphilitischen Erkrankungen der Großhirnrinde, vor allem die progressive Paralyse, führen zu den gleichen, nicht bloß graduell, sondern auch qualitativ verschiedenartigen Zelldegenerationen. Die Entwicklung und der Verlauf dieser letztgenannten Krankheit weist außerdem darauf hin, daß in den verschiedenen Stadien des Krankheitsprozesses an einzelnen Partien des Zentralnervensystems Partialschädigungen mit ausgleichbaren, an anderen Stellen solche mit unausgleichbaren Störungen der Nervenfunktion stattfinden können, während an dritten Stellen Totalschädigungen mit völligem Funktionsausfall Platz gegriffen haben. Das Höhestadium dieser Krankheit ist erst dann erreicht, wenn die Totalschädigungen der Rindenelemente weit fortgeschritten sind.

Dieser Gedankengang zeigt uns, daß eine scharfe Grenze zwischen funktionellen (ausgleichbaren und unausgleichbaren Partialschädigungen) und organisch bedingten Psychosen nicht gezogen werden kann. Er berechtigt uns außerdem zu der Hoffnung, daß mit der weiteren Vervollkommnung der histologischen Technik und Ausdehnung der mikroskopischen Durchforschung der Großhirnrinde für weitere Gebiete, die bislang den funktionellen Psychosen zugerechnet wurden, sich bestimmte anatomische Veränderungen der Nervensubstanz werden auffinden lassen.

Dafür sprechen nicht nur die oben angeführten pathologisch-anatomischen Befunde bei den unter dem Bilde der akuten Amentia (Delirium acutum) verlaufenden infektiösen Psychosen, sondern auch die Befunde bei den chronischen Vergiftungen mit Alkohol, Blei usw., sowie endlich bei den geistigen Schwächezuständen, welche nach akuten fieberhaften (infektiösen) Krankheiten zurückgeblieben sind (sogenannte postfebrile Demenz).

Verlauf, Prognose, Diagnose.

Hinsichtlich des Verlaufs unterscheidet man akut entstehende und akut verlaufende, akut entstehende und subakut, resp. chronisch verlaufende, sowie chronisch entstehende und chronisch verlaufende Geistesstörungen. Als Beispiel führen wir an für die erste Kategorie gewisse Krankheitsbilder der toxischen, infektiösen und traumatischen Psychosen; für die zweite Kategorie finden wir ebenfalls in diesen ätiologisch-klinischen Gruppen, sowie bei den senilen Involutionspsychosen zahlreiche Belege. Die Melancholie und Manie zeigt häufiger eine akute, d. h. in wenigen Tagen oder Wochen ansteigende, Entwicklung und einen über viele Monate protrahierten Verlauf. Auch die in der Pubertätszeit oder kurz nachher einsetzenden Psychosen weisen die gleichen Verlaufsarten auf. Die dritte Kategorie ist durch die chronischen paranoischen Zustände am besten gekennzeichnet.

Ferner unterscheidet man Psychosen mit rezidivierendem und, wenn die Anfälle durch annähernd gleiche Zeiträume getrennt sind, mit periodischem Verlauf. Bei den periodischen Psychosen zeigen in den einzelnen Anfällen die Krankheitsbilder oft eine verblüffende Gleichheit (periodische Manie, Melancholie). In anderen Fällen finden wir ganz verschiedenartige Krankheitszustände; nur die zeitliche Begrenzung, der mehr oder weniger regelmäßige Wechsel zwischen Krankheitsphasen und Zeiten relativer Gesundheit weist auf einen einheitlichen Krankheitsprozeß hin. Wir sagen absichtlich Zeiten relativer Gesundheit; denn bei genauerer Betrachtung machen sich auch hier einzelne psychopathische Züge bemerkbar. Für jeden neuen Krankheitsanfall ist eine bestimmte auslösende Gelegenheitsursache nicht notwendig. Im engen Zusammenhang mit den periodischen stehen die zirkulären Psychosen, bei welchen zwei in ihren hauptsächlichsten Symptomen einander entgegengesetzte Krankheitsphasen zu einem „Zyklus“ vereinigt sind. In der einen Phase handelt es sich vorwiegend um Erregungssymptome auf affektivem, corticosensorischem und corticomotorischem Gebiete, während die entgegengesetzte Phase durch Hemmungssymptome ausgezeichnet ist. Die reinsten Bilder dieser Art haben wir bei den sogenannten affektiven zirkulären Psychosen, bei welchen maniakalische Exaltation und melancholische Depression paarig zusammengeordnet und durch kürzer oder länger dauernde gesunde Zwischenzeiten von einem neuen Zyklus streng geschieden sind (manisch-depressives Irresein; KRAEPELIN). Aber auch in ihren Symptomen sehr gemischte (stuporöse und halluzinatorisch erregte) Krankheitsbilder verbinden sich zu einem zyklischen Verlaufe. Doch läßt sich hier in den Zeiten relativer Ruhe und Klarheit fast immer der Nachweis liefern, daß von einer wahrhaft gesunden Zwischenzeit nicht gesprochen werden darf. Die periodischen und zyklischen Psychosen weisen fast durchweg auf eine schwere erbliche Behaftung hin, und gehen ihre ersten Anfänge auf die Zeit der Pubertät zurück. Doch sei hier eingeschaltet, daß wir

zweimal Fällen von zirkulärer Geistesstörung begegnet sind, welche sich bei einfacher erblicher Belastung und ohne frühere Anzeichen erblicher Behaftung bei schon seit Jahren bestehendem chronischen Alkoholismus erst im reiferen Lebensalter entwickelt hatten.

Von wahren Rezidiven sprechen wir, wenn eine mit Genesung endigende psychische Krankheit späterhin auf Grund bestimmter auslösender Ursachen ein oder mehrere Male wieder auftritt. Dabei ist nicht ausgeschlossen, daß die erstmalige Geistesstörung, trotzdem Heilung erfolgt war, eine gewisse Schwächung (vgl. die Schlußbemerkungen des vorigen Abschnittes) der psychischen Leistungsfähigkeit, eine verringerte Widerstandskraft gegen schädigende Einwirkungen zurückgelassen und dadurch den Boden für neue Erkrankungen vorbereitet hat.

Die Prognose ist bei erstmaliger geistiger Erkrankung in der Hauptsache abhängig zu machen von den ätiologischen Bedingungen, von der Eigenart des erkrankten Individuums und von der klinischen Gestaltung des Krankheitsbildes. In allen Fällen ist der Grad der geistigen Ausreifung, welchen das Individuum erlangt hat, von ausschlaggebender Bedeutung. Geringer begabte oder geradezu debile Personen unterliegen unter gleichen ätiologischen Bedingungen dem tieferen Einfluß einer akut oder subakut verlaufenden Psychose viel leichter; bei ihnen finden wir am häufigsten jene Ausgänge, welche als Heilung mit Defekt bezeichnet werden. Nach Ablauf der akuten Krankheitserscheinungen bleiben geringe, nur dem Kundigen bemerkbare Ausfallssymptome zurück, welche auf intellektuellem Gebiete in einer Einschränkung des geistigen Interessenkreises bestehen. Noch häufiger kennzeichnet sich der Defekt durch eine Verarmung, resp. Verflachung der feineren (ethischen und ästhetischen) Gefühlsreaktionen, verbunden mit einer krankhaften Steigerung der gemüthlichen Erregbarkeit.

Als sekundäre Demenz bezeichnet man den schärfer ausgesprochenen allgemeinen Verfall der geistigen Kräfte im Anschluß an eine akute, resp. subakute Geistesstörung. So bedeutungsvoll der Faktor der erblichen Veranlagung, resp. Behaftung für die Beurteilung des Entwicklungsganges und des Verlaufes einzelner Krankheitsphasen erscheint, so widerspruchsvoll ist auch der Einfluß, welchen er auf den endgültigen Verlauf besitzt. Wir finden auf der einen Seite bei intensiver erblicher Behaftung schwere und protrahiert verlaufende Krankheitsfälle, welche oft in überraschender Weise noch zur Heilung gelangen (vgl. pag. 57), und auf der anderen Seite stehen scheinbar leichte Erkrankungen (Manie, Melancholie, primäre stuporöse Zustände mit katatonischem Symptomenkomplex, halluzinatorische Verwirrtheit mit motorischer Agitation usw.), welche trotz guter intellektueller Entwicklung in den Schuljahren einen rapiden geistigen Verfall bis zur tiefsten Verblödung herbeiführen. Hier ist unverkennbar die akute geistige Störung nur das Anfangsglied des zeitlich und ursächlich mit dem Pubertätsalter zusammenhängenden vorzeitigen Abschlusses der intellektuellen Entwicklung. Sie zeichnet sich durch besonders stürmische Reiz- und Hemmungssymptome aus, welche die Ausfallssymptome vielfach verdecken. Aber auch ein remittierender oder intermittierender, d. h. durch kürzere oder längere Zwischenstadien relativer Erholung charakterisierter, Verlauf ist diesen in Dementia endigenden Geistesstörungen recht häufig eigentümlich. Die juvenilen Verblödungsprozesse (Dementia praecox sive hebephrenica) bieten hierfür genügend Beispiele. Wenn wir so die Ansicht vertreten, daß die Mehrzahl dieser juvenilen Verblödungsprozesse auf erblich-degenerativer Basis

(ZIEHEN berechnet erbliche Belastung in 80 % aller Fälle und betont die Häufigkeit gehäufter Degenerationszeichen) entstanden ist, so muß doch die Möglichkeit eingeräumt werden, daß sie auch bei nicht erblich behafteten Individuen beim Zusammenwirken verschiedener Schädlichkeiten (psychischer und körperlicher Ursachen) sich entwickeln können. Nach unseren Erfahrungen ist dann immer ein gewisser Grad geistiger Schwäche schon vor dem Einsetzen der Dementia praecox vorhanden gewesen. Daß die periodischen und zyklischen Geistesstörungen fast ausschließlich den erblich bedingten Psychosen zuzurechnen sind, haben wir früher schon hervorgehoben. Die schleichend sich entwickelnden Psychosen mit exquisit chronischem Verlauf (vgl. paranoische Zustände) bieten bei schwerer erblicher Behaftung die allerungünstigste Prognose.

Ein gewisses praktisches Interesse bieten, insbesondere in Hinblick auf den § 1569 des B.G.B.*), die Spätheilungen dar. Es sind Fälle bekannt gegeben worden, in welchen sogar nach einem Anstaltsaufenthalt von 20 Jahren völlige Genesung eintrat (Kreuser). Wir haben hier eine Kranke mit anscheinend chronischer halluzinatorischer Erregung und ausgeprägter (sekundärer) Wahnbildung beobachtet, die nach schwerer Commotio cerebri (Sturz aus dem Fenster in selbstmörderischer Absicht) sich geistig völlig klärte und in der Folge andauernd von Halluzinationen befreit war. Die Krankheit hatte schon 6—7 Jahre ganz unverändert bestanden.

Sehen wir von diesen ätiologisch-klinischen Gesichtspunkten der allgemeinen Prognostik ab, so bieten auch die einzelnen Krankheits-symptome, ihre Aufeinanderfolge und ihre Verknüpfungen Fingerzeige für die freilich immer nur mutmaßliche Voraussage über den Ausgang der Krankheit. Einfache Melancholien, ohne schwere erbliche Behaftung, bei guter intellektueller Entwicklung sind prognostisch sehr günstig. Unsere hier in Thüringen gesammelten Erfahrungen beweisen nicht nur das überaus häufige Vorkommen einfacher, unkomplizierter Melancholien, sondern auch die gute Prognose dieser Krankheitsform (80 %)**). Viel seltener ist die einfache — nicht periodische oder keiner zirkulären Psychose zugehörige — Manie. Sie kommt aber zweifellos vor. Wir erinnern uns an eine 19jährige Patientin, welche in der hiesigen Klinik an einer schweren, sich über sieben Monate erstreckenden Manie behandelt worden ist. Die Krankheit endigte ohne jeden Intelligenzdefekt. Das Mädchen verheiratete sich einige Jahre später und ist, wie wir auf Grund wiederholter eingehender Erkundigungen versichern können, bis auf den heutigen Tag — es sind inzwischen 20 Jahre verflossen — trotz mannigfacher Fährnisse (schwere Geburten, Todesfälle in der Familie) gesund geblieben.

Ohne auf die Prognose im einzelnen einzugehen, sei nur darauf hingewiesen, daß primäre Wahnbildung in dem früher erörterten Sinne prognostisch immer ungünstig ist, daß dagegen die inkohärente, sowie die komplementäre (auf Grund von Affektstörungen oder Halluzinationen) Wahnbildung keinen sicheren Rückschluß auf die Prognose des Falles gestattet. Eine absolut, auch quoad vitam, infauste Prognose bieten die perakut verlaufenden Fälle von Amentia (Delirium acutum), auf welche

*) Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist.

**) Es sind selbstverständlich bei der statistischen Berechnung alle Melancholien mit periodischem oder zyklischem Verlauf außer Acht gelassen.

wir pag. 50 hingewiesen haben, ebenso die allgemeine progressive Paralyse der Irren und die arteriosklerotische Hirndegeneration. Indirekt, d. h. durch Affekthandlungen (Selbstmorddrang) oder durch andauernde Unterernährung und Kräfteverfall, kann auch bei den einfachen Psychosen (Melancholie, Manie) ein tödlicher Ausgang stattfinden.

Die Diagnose einer Geistesstörung gründet sich nicht allein auf eine genaue Analyse des zur Zeit der Krankenbeobachtung vorhandenen Zustandes, sondern auch auf die eingehende Erforschung der Familiengeschichte und des individuellen Entwicklungsganges des Patienten an der Hand der in der Ätiologie gegebenen Fingerzeige. Wir lassen hier ein Schema der Krankenuntersuchung folgen:

I. Anamnese.

a) Familiengeschichte (mit Berücksichtigung der Blutsverwandtschaft, Trunksucht, konstitutioneller Erkrankungen, Verbrechen, auffallender Charaktere, Selbstmord usw.): Großeltern väterlicher- und mütterlicherseits, Eltern (Schwangerschaft und Geburt), Geschwister der Eltern und deren Kinder, Geschwister des Patienten, Kinder des Patienten.

b) Individueller Entwicklungsgang: Säuglingserkrankungen, erste Dentition (Eklampsie), Rhachitis, Erlernen von Gehen und Sprechen, kindliche Schlafstörungen (Pavor nocturnus, Somnambulismus, Enuresis nocturna), Kindernervenkrankheiten, Infektionskrankheiten, Trauma, Schulbildung, Schulleistungen (erschwertes Lernen, einseitige Begabung, rasche Ermüdung, Unaufmerksamkeit), Verhalten beim Verkehr mit anderen Kindern und den Eltern (krankhafter Eigensinn, Zornausbrüche usw.), Pubertätsentwicklung (erste Menstruation, Masturbation, geistige Entfaltung, Charakterbildung), Berufswahl (Gewerbekrankheiten, Überanstrengung von Lehrlingen und Dienstmädchen, Alkoholabusus, Verkürzungen des Nachtschlafes usw.), Militärzeit (Trauma, kalorische Schädlichkeiten, syphilitische Infektion). Weiterer Lebensgang mit Erforschung aller körperlichen und psychischen (intellektuellen und affektiven) schädigenden Einwirkungen. Soziale Sphäre, endgültiger Berufsstand und die mit ihm verknüpften Gefahren (Vagabondage, Bettelei, Gewohnheitsverbrechen usw.). Bei Verheirateten: eheliche Verhältnisse, Puerperium. Von besonderer Wichtigkeit ist die Feststellung des psychischen Verhaltens von der Pubertätsperiode bis zum nachweisbaren Beginn der psychischen Erkrankung. Hier ist den krankhaften, leicht übersehbaren Abänderungen der „nervösen“, resp. psychischen Leistungsfähigkeit (affektive Erregbarkeit, Schlafstörungen, Intoleranz gegen Alkohol, rasche geistige Ermüdbarkeit, Neigung zu Ohnmachten) besonders nachzuspüren. Feststellung des geistigen und körperlichen Verhaltens der Patienten in den letzten Monaten oder Wochen vor dem deutlich erkennbaren Beginn und der Nachweis von besonderen Gelegenheitsursachen für den Ausbruch der Psychose. Schilderung der Krankheitserscheinungen und des Krankheitsverlaufes bis zur Vornahme der ärztlichen Untersuchung.

II. Status praesens.

a) Körperlicher Befund (auf Degenerationszeichen achten!): Körpergröße, Körperbau, Muskulatur, Fettpolster. Haut: Feststellung von Selbstverletzungen oder von Merkmalen stattgehabter Mißhandlungen (Hautwunden, Sugillationen, Rippenbrüche). Schädeluntersuchung (Umfang, Länge, Breite), Gesichtsfarbe, Schleimhäute, Iris, Ohren, Gaumen, Zähne. Untersuchung der inneren Körperorgane. Puls, Arterien: vasomotorisches Nachröten. Nervensystem: oberflächliche und tiefe Reflexe;

mechanische Muskeleregbarkeit. Berührungsempfindlichkeit, Schmerzempfindlichkeit, Druckpunkte. Gleichgewichtsstellung bei geschlossenen Augen; Gang, Armbewegungen (statischer Tremor, Ataxie), Händedruck; Beinbewegungen. Pupillen (Lichtreaktion, Konvergenzreaktion). Cornealreflex, Stirnrunzeln, Augenschluß, Mundfacialisinnervation, Zunge, weicher Gaumen; Gaumenreflex. Geruch, Gehör, Augenhintergrund, Gesichtsfeld. Sprachartikulation.

b) Psychischer Status. Allgemeines Verhalten: Ausdrucksbewegungen (Gesichtsausdruck, mimische, pantomimische Bewegungen, einschließlich Grimassieren und Gestikulieren, sprachlicher Ausdruck, Schrift), Schlafstörungen, Nahrungsaufnahme, spontane Bewegungen, Haltungs- und Bewegungstereotypien, Negativismus, katatonische Muskelspannungen, Katalepsie u. a. m. Reaktionen auf äußere Anreize. Störungen der Empfindungen (Illusionen und Halluzinationen). Formale Störungen der Ideenassoziation und geistiger Besitzstand: Bildung, Inhalt der Vorstellungen, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Gedächtnis, örtliche und zeitliche Orientierung, Geschwindigkeit der Ideenassoziation. Inhaltliche Störungen der Ideenassoziation: Zwangsvorstellungen, Urteilsschwäche (Krankheitseinsicht). Pathologische Gefühlszustände: heitere, traurige, reizbare Verstimmung, Gefühlsleere (Apathie); ethisch-ästhetische Gefühlsreaktionen, Affekterregungen (Angst, Zorn usw.). Handlungen: Initiativ- und Reaktivbewegungen. Bei Untersuchungen zu wissenschaftlichen Zwecken: Prüfung der einfachen Reaktionszeit, der Erkennungs-, beziehungsweise Unterscheidungszeit und der Wahlzeit (KRAEPELIN, SOMMER, ZIEHEN) mit besonderer Berücksichtigung der Aufmerksamkeit und Ermüdbarkeit der Kranken.

Nachdem auf diesem Wege die Grundlage zur Beurteilung des Falles gewonnen ist, wird die klinische Krankheitsform aus der Aufeinanderfolge und Verknüpfung der einzelnen psychischen Krankheits-elemente erschlossen werden können.

Die Gesamtheit der in einer gegebenen Zeit vorhandenen Krankheits-symptome bezeichnet man als Zustandsbild. Die einzelnen im ätiologischen Abschnitt aufgeführten Krankheitsursachen können zu den verschiedenartigsten Zustandsbildern Veranlassung sein, welche in diagnostischer Hinsicht nur unter Hinzufügung der wirksamen Schädlichkeit die Bedeutung klinischer Krankheitsformen gewinnen (Erschöpfungs-amentia, epileptischer Stupor usw.). Innerhalb der Zustandsbilder besitzen die einzelnen Krankheits-symptome einen ganz verschiedenen Wert. Die wesentlichsten und für die Gestaltung des Krankheitsbildes ausschlaggebenden bezeichnet man als Kardinal- oder Primärsymptome, die anderen, welche nur Nebenwirkungen oder Folgeerscheinungen der erstgenannten sind, als Neben- oder Sekundärsymptome.

So ist z. B. bei der Melancholie die traurige Verstimmung (einschließlich der Angstafekte) in einem Teile der Fälle das Kardinalsymptom, die Denkhemmung (einschließlich der Aproxie und der Herabsetzung der Merkfähigkeit), sowie die psychomotorischen Störungen Nebensymptome, ebenso die komplementären, als Erklärungsversuche der Angst zu bezeichnenden Wahnideen. In anderen Fällen von Melancholie läßt sich aus der zeitlichen Aufeinanderfolge der Elementarsymptome schließen, daß die affektive Depression und die Denkhemmung einander gleich zu stellende Kardinalsymptome sind. Dagegen ist bei dem primären Stupor die Denkhemmung das Kardinalsymptom; die depressive Stimmungsanomalie fehlt hier vollständig, oder sie tritt nur als flüchtige Nebenerscheinung auf und wechselt gelegentlich mit oberflächlichen Erregungs- und Lustgefühlen ab, welche offenkundig vom Inhalt der ebenfalls als Nebensymptome zu bezeichnenden inkohärenten Wahnideen (wahnhafte Einfälle) abhängig sind. Der Ausfall psychomotorischer Leistungen ist

hier ebenfalls als Kardinalsymptom aufzufassen. Daß bei dem primären Stupor eine primäre Dissoziation, d. i. eine aus dem Herabsinken der Energie des Assoziationsprozesses entspringende Lockerung der assoziativen Verknüpfungen der Er-innerungsbilder — im Gegensatz zur assoziativen Hemmung bei der Melancholie — als Kardinalsymptom besteht, ist sehr wahrscheinlich, jedoch nicht mit Sicherheit aus der Analyse der Krankheitsvorgänge zu entnehmen. Die Aproxie und der Merkdefekt sind ebenfalls Begleiterscheinungen, die nur bei geringer gradiger Denkhemmung überhaupt zur Beobachtung gelangen. Bei der Amentia sind die Kardinalsymptome die primäre Dissoziation, der beschleunigte Ablauf der dissoziierten Vorstellungen und die gesteigerte psychomotorische Erregbarkeit; als Nebensymptome sind die Unorientiertheit, die Bildung inkohärenter Wahnideen, sowie die Halluzinationen und Illusionen aufzufassen. Bei den Dämmerzuständen, welche mit der Amentia durch fließende Übergänge verbunden sind, sind die Störungen der Merkfähigkeit und des Aufmerkens zu Hauptsymptomen geworden. Das Kardinalsymptom der paranoischen Zustände ist die primäre Wahnbildung in dem früher erörterten Sinne.

In einigen klinischen Krankheitsformen sind während des ganzen Krankheitsverlaufes die gleichen Kardinalsymptome vorhanden und bestimmen so die Diagnose, z. B. die Manie, die Melancholie, die Neurasthenie, die Hypochondrie, die Paranoia simplex chronica usw. In anderen Fällen treten einzelne Zustandsbilder mit verschiedenen Kardinalsymptomen zu einer klinischen Krankheitsform zusammen; es kann dies auch bei akut einsetzenden und subakut verlaufenden Geisteskrankheiten stattfinden (z. B. die Kombination von Erschöpfungsstupor und Erschöpfungsamentia). Die Mehrzahl der chronisch verlaufenden Psychosen bietet eine Reihe von Zustandsbildern, welche für kürzere oder längere Zeit selbständig bestehen und scharf voneinander geschieden sind oder sich flüchtig ablösen und oft schwer auseinander zu halten sind. In den juvenilen Verblödungsprozessen lassen sich für beide Erscheinungsformen instruktive Beispiele auffinden. Hier sind, wie wir schon früher gesehen haben, die Zustandsbilder mit dem voll entwickelten katatonischen Symptomenkomplex sehr häufig anzutreffen.

Es geht schon aus diesen Andeutungen hervor, daß die Diagnose einer Geistesstörung nicht aus der Feststellung irgend eines Zustandsbildes, sondern nur aus der genauesten Kenntnis ihres Entwicklungsganges und des gesamten Verlaufes mit Sicherheit gestellt werden kann. Auf die Bedeutung des Erbliehkeitsfaktors für die Gestaltung des Krankheitsbildes und des Krankheitsverlaufes haben wir in der Ätiologie eingehender hingewiesen. In welcher Weise die ätiologisch-klinischen und klinisch-symptomatologischen Gesichtspunkte die Diagnostik gegenseitig beeinflussen und befruchten, wird die spezielle Psychiatrie dartun, bei welcher beide Gesichtspunkte verwertet sind.

Simulation von Geistesstörung in dem Sinne, daß ein geistig völlig normaler Mensch längere Zeit hindurch die Symptome einer voll entwickelten und wohl charakterisierten Geistesstörung vortäuscht, gehört zu den immerhin seltenen Vorkommnissen. Hingegen finden wir bei psychopathischen, resp. hysteropathischen Individuen, besonders bei jugendlichen Degenerierten mit Pseudologia phantastica (vergl. pag. 19), sowie bei mäßig schwachsinnigen Individuen häufiger das Bestreben, einzelne psychische Krankheitssymptome, auch Krämpfe, Lähmungen usw., vorzutäuschen.

Allgemeine Therapie.

Sie beginnt mit der allgemeinen Prophylaxe, für welche sich die leitenden Grundsätze aus der Ätiologie ohne Mühe entnehmen lassen. Besondere Sorgfalt wird auf die körperliche und geistige Entwicklung erblich behafteter Kinder verwendet werden müssen. Schon frühzeitig

ist die Widerstandskraft gegen gemüthliche Schädlichkeiten zu stärken; vor allem sind die Kinder auch gegen körperlichen Schmerz abzuhärten. In der Jugenderziehung ist durch geeignete Belehrung den Gefahren des Alkoholmißbrauchs und der syphilitischen Infektion vorzubeugen.

Da die überwiegende Mehrzahl der Psychosen mit Krankheitserscheinungen einhergeht, welche entweder für die Umgebung störend und lästig und geradezu gefährlich (Gemeingefährlichkeit) werden können oder das Leben der Kranken selbst gefährden (Selbstmordgefahr), so ist die Unterbringung der Kranken in besonderen Anstalten schon in den ersten Stadien der Erkrankung ein dringendes Erfordernis. Aber viel wichtiger als diese äußeren, auf den Schutz der Gesellschaft und der Kranken abzielenden Indikationen zur Anstaltsaufnahme sind diejenigen, welche aus der Aufgabe, den Kranken zu heilen, entspringen. Jeder, der mit dieser verantwortungsvollen und mühseligen Aufgabe vertraut ist, welche dem Arzte und dem Pflegepersonal bei der Behandlung akuter heilbarer Geistesstörungen erwächst, jeder Arzt, welcher weiß, wie wertvoll, besonders im Beginn der Erkrankung, die völlige Loslösung des Kranken aus den gewohnten, ihn psychisch schädigenden Verhältnissen ist, wird möglichst rasch die Versetzung des Kranken in die Anstalt befürworten und auch gegen Widerstände seitens der Angehörigen dieselbe durchzusetzen bemüht sein. Nur durch verständnisvolle und unablässige Kontrolle kann der Weiterentwicklung einzelner, besonders störender und für das gesamte geistige Geschehen bedeutungsvoller Krankheitsäußerungen (Affekterregungen, motorische Entladungen, Nahrungsverweigerung, Schlafstörungen usw.) Halt geboten werden. Doch wird in selteneren Ausnahmefällen, in welchen die häuslichen Bedingungen und die materielle Lage das Aufgebot eines umständlichen Apparates (Isolierung im eigenen Hause, geschultes Pflegepersonal, eigener Arzt) ermöglichen, bei akuten, heilbaren oder bei unheilbaren, störenden Kranken die Privatbehandlung durchzuführen sein. Die Stimmungsanomalien, die leichteren Grade der Erschöpfungsneurosen und -psychosen (neurasthenisch-hypochondrische Zustände), die einfach dementen Formen der progressiven Paralyse u. a. m. können auch zweckmäßig in den sogenannten offenen Nervenheilanstalten behandelt werden. Alle schwereren Fälle bedürfen der Aufnahme in die geschlossene Anstalt, in welcher sie auch gegen ihren Willen festgehalten werden können. Der Gegensatz zwischen beiden Systemen schwindet immer mehr, indem auch die privaten und staatlichen geschlossenen Anstalten offene Abteilungen besitzen. Von größter Bedeutung ist die Einrichtung der freiwilligen Aufnahme (ohne jede behördliche Vermittlung), welche auch für die unteren Klassen mittelst der Krankenkassen und Invaliditätsversicherung in immer noch steigendem Maße erleichtert werden muß. Es liegt auf der Hand, daß nur auf diesem Wege ein möglichst frühzeitiger Beginn der Behandlung bewirkt wird und so der Ausbildung einer schweren, voll entwickelten Geistesstörung erfolgreich vorgebeugt werden kann. Ein wesentliches Unterstützungsmittel bei dieser Aufgabe ist die Errichtung von Polikliniken in Verbindung mit den staatlichen Irrenanstalten. Es wird auf diesem Wege, wie uns die eigene Erfahrung lehrt, der Zufluß frischer Fälle sehr verstärkt. Das alte Odium, welches der Irrenanstalt anhaftet, wird am besten dadurch zerstört, daß auch den Laien der Zutritt zu den Krankenabteilungen beim Besuche ihrer kranken Familienmitglieder gewährt wird. Sie können sich dann durch eigenen Augenschein überzeugen, daß die Einrichtungen einer modernen Irrenanstalt

sich von denjenigen anderer Krankenhäuser kaum unterscheiden, und daß die überlieferten Anschauungen von einer grausamen und, wie wir gleich hinzufügen wollen, widersinnigen Zwangsbehandlung heutzutage nicht mehr zutreffend sind.

Statistische Erhebungen lehren folgendes: Es genesen von den Kranken, die aufgenommen werden:

im 1. Monat	41,4 %	im 2. Halbjahr	5,5 %
„ 2.—3. „	32,9 „	„ 2. Jahr	2,9 „
„ 4.—6. „	15,3 „	nach dem 2. Jahr	2,2 „

Auf die Therapie im einzelnen hier einzugehen, gebietet uns der Raum. Wir beschränken uns deshalb auf einige allgemeine Bemerkungen. Die Hilfsmittel sind die gleichen, welche bei der Therapie der Nervenkrankheiten überhaupt zur Anwendung gelangen. Obenan steht die Psychotherapie, d. i. die seelische Einwirkung, welche selbstverständlich das genaueste Verständnis für die Krankheitsursachen und Krankheitsäußerungen voraussetzt und strengste Individualisierung verlangt.

Jeder neu in die Anstalt aufgenommene Krankheitsfall, vornehmlich aber jede akute Psychose, wird mit Bettruhe behandelt, welche, wie alle neueren Erfahrungen lehren, das geeignetste Mittel zu einer genauen Beobachtung, Bewachung (Selbstmordgefahr) und Fernhaltung aller schädigenden psychischen Einwirkungen auf den Kranken ist. Es gelingt oft durch diese einfache Maßnahme, schwere psychische Erregung (Angstaffekte, halluzinatorische Erregung, motorische Agitation) zu bekämpfen. Für jeden Fall aber ist sie für eine konsequent durchgeführte diätetisch-physikalische und medikamentöse Behandlung das beste Unterstützungsmittel. Selbstverständlich bedürfen Patienten mit schlechtem Ernährungszustand oder fiebernde Kranke der Bettbehandlung.

Ebenfalls als psychisches Heilmittel ist die Isolierung der Kranken, d. i. ihre Unterbringung in zweckmäßig eingerichteten und mit Sicherheitsvorrichtungen versehenen Zimmern, zu betrachten. Sie darf nur auf direkte ärztliche Anordnung erfolgen und bezweckt, von dem Kranken alle erregenden und störenden Einwirkungen fernzuhalten, welche mit der Vereinigung mehrerer Kranker in einem Wachzimmer unvermeidlich verbunden sind. Außerdem wird sie vorübergehend notwendig, um die Mitkranken vor gemeingefährlichen Handlungen, z. B. durch Patienten in epileptischen Dämmerzuständen oder durch erregte Paralytiker, zu schützen. Die früher geübte dauernde Isolierung gemeingefährlich erregter Kranker ist vollständig zu verwerfen, da sie die Patienten nicht nur unsozial macht, sondern auch ihre Neigung zur Unreinlichkeit und zu aggressiven Handlungen direkt steigert.

Von größtem Werte ist die Arbeit, d. i. die methodische Beschäftigung der Kranken. Die körperliche Arbeit in der Anstalt selbst (Hausarbeiten, Handarbeiten, Werkstättenarbeit), im Hofe (Holz sägen!), im Garten, sowie im geordneten landwirtschaftlichen Betriebe ist ein ausgezeichnetes Hilfsmittel, um die Aufmerksamkeit körperlich gesunder, in der Rekonvaleszenz ihrer geistigen Erkrankung begriffener, vor allem aber auch chronischer Geisteskranker angemessen zu fesseln, auf diesem Wege krankhafte Stimmungen und Vorstellungsrichtungen zu bekämpfen und ungeeignete, zwangsartig und impulsiv erfolgende Bewegungsäußerungen in geordnete Bahnen zu lenken. Den gleichen Zwecken dient eine leichte, dem Bildungsgrade und der früheren Berufsarbeit angepaßte geistige Betätigung (Bureauarbeiten, Beschäftigung mit fremden Sprachen, geschichtliche, geographische und technische Studien).

Es genügen schon diese kurzen Hinweise, um darzutun, daß die Arbeit ein wichtiger Bestandteil der psychischen Heilmethode ist.

Gesellige Vereinigungen, musikalische Aufführungen, Turnspiele, gemeinsame Ausflüge sind zur Vervollständigung des psychotherapeutischen Rüstzeugs unbedingte Erfordernisse einer modernen Anstalt.

Bezüglich der Ernährungstherapie erwähnen wir hier nur die bei den Erschöpfungspsychosen gebotenen Mastkuren, die in erster Linie bei der Melancholie so notwendige diätetische Behandlung der Appetitlosigkeit und Obstipation, sowie die bei der Nahrungsverweigerung notwendige Zwangsfütterung. Letztere gehört zu den schwierigsten Aufgaben. Gelingt es nicht, dem Kranken die Nahrung mit dem Löffel oder der Schnabellasse einzufüttern, wobei mit größter Geduld verfahren werden muß, so muß zur Einführung der Schlundsonde (durch die Nase!) geschritten werden, damit ein lebensbedrohlicher Kräfteverfall vermieden wird. Milch mit verschiedenen Zusätzen (Malztropon, Santogen etc.), Eier, Fleischsäfte, Lipanin oder (bei Obstipation) Beimengungen von Rizinusöl, Kochsalz, Wein werden zu diesen Fütterungen verwandt. Die Gefahren der Schlundsondenfütterung sind bei starkem Widerstand der Kranken nicht unerheblich. Pressen die Patienten die Speisen immer wieder heraus, so wird die Nahrungszufuhr auf diesem Wege illusorisch und Schluckpneumonien fast unvermeidlich. Die Nährklystiere sind, obgleich sie nur einen ungenügenden Ersatz der Fütterung bilden, dann unentbehrlich. Es werden in wechselnder Zusammensetzung die vorstehend genannten flüssigen Nahrungsmittel unter Zusatz von Stärkemehl oder Salepschleim verwandt.

Unter den hydriatischen Behandlungsmitteln heben wir nur die Dauerbäder hervor, welche zur Bekämpfung von Erregungszuständen geradezu unschätzbare Dienste leisten. Es sind dies warme (durchschnittlich 35° C.) Vollbäder, in welchen die Patienten bis zu mehreren Stunden verbleiben. Diese Dauerbäder sind mit der Bettbehandlung in geeigneter Weise zu kombinieren: es müssen deshalb in unmittelbarem Zusammenhang mit den für die Bettbehandlung eingerichteten „Wachabteilungen“ (Krankensäle in Verbindung mit Einzelzimmern) die Baderäume sich befinden.

Auf die anderen physikalischen Heilmethoden (Massage, Elektrophotherapie, Mechanotherapie) kann hier nicht eingegangen werden.

Betreffs der medikamentösen Behandlung, welche in der speziellen Psychiatrie eine eingehendere Berücksichtigung erfahren wird, sei nur erwähnt, daß wir der Narkotica, resp. Hypnotica (Hyoszin, Duboisin, Chloralhydrat, Paraldehyd und Amylenhydrat, Sulfonal, Dormiol und Trional, Veronal etc.) zur Bekämpfung hartnäckigster Schlaflosigkeit und schwerster motorischer Erregungszustände trotz der Dauerbäder nicht entbehren können. Die Bromsalze finden vorzugsweise bei der Behandlung der epileptischen Psychosen Verwendung, sind aber auch bei leichteren Erregungszuständen ein wertvolles Hilfsmittel.

Über die bei primären depressiven Stimmungsanomalien mit ausgeprägten Angstzuständen geradezu spezifisch wirkende Opiumbehandlung vergleiche die Behandlung der Melancholie.

Zum Schluß sei noch die Frage gestreift, wann die Patienten aus der Anstaltsbehandlung, resp. -pflege entlassen werden können. Bei den akuten, heilbaren Fällen gehört die richtige Bestimmung des Zeitpunktes der Entlassung zu den schwierigsten Aufgaben. Geschieht sie verfrüht, ist die Schaffung einer Übergangsstation bei verständnisvollen

Verwandten oder auch bei fremden Familien auf dem Lande (Familialpflege), in Luftkurorten, Nervensanatorien u. dergl. aus äußeren Gründen unmöglich, so liegt die Gefahr eines baldigen Rückfalls um so näher, wenn der Patient den früheren, die Krankheit verursachenden Schädlichkeiten wieder ausgesetzt ist. Eine übermäßige Verzögerung der Entlassung ruft auf der anderen Seite nicht nur von neuem krankhafte Stimmungsanomalien hervor, sondern kann auch lähmend auf das Streben der Kranken nach selbständiger Betätigung, nach freier Übung der wiedergewonnenen geistigen Kräfte wirken. Beiden Gefahren wird am besten vorgebeugt durch das System der Beurlaubung, resp. probeweisen Entlassung, wobei für die nächsten Wochen oder Monate noch eine Beaufsichtigung der gebesserten, resp. geheilten Kranken durch den Arzt des Aufenthaltsortes stattfindet.

Chronische Geistesranke sind nur dann dauernd in Anstalten zu belassen, wenn gemeingefährliche Erregungszustände mit oder ohne äußere Anlässe oder verbrecherische Handlungen im Krankheitsverlauf vorherrschen: dann aber auch wenn bei geistiger und körperlicher Hilflosigkeit die soziale Lage der Angehörigen eine geeignete häusliche Pflege unmöglich macht. Leider treffen diese Voraussetzungen nur zu häufig zu, so daß die Zahl der in öffentlichen und privaten Irrenanstalten unterzubringenden Kranken stetig wächst. Im Jahre 1898 befanden sich nach LÄHR in den Irrenanstalten Deutschlands etwa 74 000 Kranke; es kam also durchschnittlich ein Anstaltsinsasse auf 688 Einwohner. In dieser statistischen Angabe ist die Zahl der behandlungs- und pflegebedürftigen Geisteskranken keineswegs zutreffend zum Ausdruck gelangt; den Bedürfnissen der Jetztzeit wird nur dann genügt werden, wenn auf 500 Einwohner ein Platz in einer öffentlichen Irrenanstalt vorhanden sein wird.

Literatur.

- STÖRRING, Vorlesungen über Psychopathologie etc., Leipzig 1900.
 WUNDT, Grundzüge der physiologischen Psychologie, 5. Aufl., Leipzig 1902.
 ZIEHEN, Leitfaden der physiologischen Psychologie in 15 Vorlesungen, 6. Aufl., Jena 1902.
- KRAEPELIN, Psychiatrie, Bd. I, 7. Aufl., Leipzig 1903.
 v. KRAFFT-EBING, Lehrbuch der Psychiatrie, 6. Aufl., Stuttgart 1897.
 MENDEL, Leitfaden der Psychiatrie, Stuttgart 1902.
 SOMMER, Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden, Berlin und Wien 1899.
 WERNICKE, Grundriß der Psychiatrie, Leipzig 1900.
 WEYGANDT, Atlas und Grundriß der Psychiatrie, München 1902.
 ZIEHEN, Psychiatrie, 2. Aufl., Leipzig 1902.

Spezielle Psychiatrie.

Die Manie.

Von

A. Westphal, Greifswald.

Symptomatologie und Verlauf.

Wir verstehen unter Manie eine Geistesstörung, deren wesentliche Symptome in **heiterer Verstimmung** mit Neigung zu raschem **Stimmungswechsel**, **Erleichterung des Ablaufs der Vorstellungen**, **Ablenkbarkeit** der Aufmerksamkeit und vermehrtem **Bewegungsdrang** bestehen. Die Krankheit wird in der großen Mehrzahl der Fälle durch ein sich über Tage bis Wochen ausdehnendes **Vorstadium** eingeleitet, in welchem die Stimmung eine ängstlich gedrückte oder reizbare ist, unbestimmtes Krankheitsgefühl besteht, das Denken erschwert ist.

Von körperlichen Erscheinungen pflegt in dieser Zeit Appetit und Verdauung darnieder zu liegen, der Schlaf fängt an schlecht zu werden, Kopfschmerzen, Gefühl von Benommenheit, sowie mannigfache abnorme Sensationen an den verschiedensten Körperstellen treten auf. Dieses Initialstadium der Krankheit führt mitunter plötzlich, mitunter allmählich im Verlauf von Tagen bis Wochen in das **Hauptstadium** hinüber. Der Zustand des Kranken erscheint völlig verändert; die traurige, gedrückte Stimmung ist verschwunden, an ihre Stelle sind gesteigerte Gefühle der Lust, des körperlichen und geistigen Wohlbefindens getreten. Die heitere Stimmung ist aber häufig eine labile, sie macht nicht selten vorübergehend einem weinerlichen oder gereizten Verhalten Platz.

Während dem Kranken in dem Vorstadium der Krankheit jede Arbeit erschwert schien oder unmöglich war, fühlt er sich während der heiteren Exaltation leistungsfähiger und schaffensfreudiger als jemals. Seine eigene Lage, die ganze Welt erscheint ihm im rosigsten Lichte, er neigt zu prahlerischem Hervorheben und Übertreiben seiner vermeintlichen geistigen oder körperlichen Vorzüge. Der Gesichtsausdruck ist heiter, ausgelassen, mitunter zornig oder gereizt, entsprechend der Stimmung, die mir ein Maniakus in diesem Stadium als „niederträchtig lustig“ bezeichnete. An Stelle der vorausgegangenen Hemmung des Denkens ist eine deutliche, von dem Kranken angenehm empfundene **Erleichterung des Vorstellungsablaufes** getreten. Die in buntem Wechsel auftauchenden Ideen sind außerordentlich flüchtig, von sehr

kurzer Dauer. Jeder Gedanke, jeder Einfall des Kranken wird sofort von ihm ausgesprochen. Die Kranken kommen bei ihren Reden vom Hundertsten ins Tausendste, schweifen ab, sind nicht imstande, den Zielpunkt einer Vorstellungsreihe im Auge zu behalten. Die Ungeordnetheit des Gedankenganges wird noch gesteigert durch die Eigenschaft der Kranken, auffallenden äußeren Eindrücken aus ihrer Umgebung sofort ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden, abzuspringen in ihrem Redefluß, um mit ihren sprachlichen Äußerungen unmittelbar an das, was sie gerade hören oder sehen, anzuknüpfen. Diese erhöhte Beeinflußbarkeit und Ablenkbarkeit durch die verschiedenartigsten Reize ist ebenso wie die Neigung des Kranken zu Reimen, Wortwitzen, Alliterationen, zu den mannigfachsten Ähnlichkeitsassoziationen auf den erleichterten Vorstellungsablauf und die zwar lebhaft gesteigerte, aber außerordentlich unbeständige Aufmerksamkeit der Kranken zurückzuführen.

Die für die Manie charakteristische Störung des Gedankenganges, welche beruht auf der Flüchtigkeit und Ablenkbarkeit der Vorstellungen bei dem Fehlen bestimmter Zielvorstellungen, wird **Ideenflucht** genannt. Eine Probe manischer Ideenflucht geben folgende Nachschriften:

„Zuerst kommt der Staat und die Kirche, dann das Militär, dann die Seefahrer. Das Militär hat blanke Knöpfe. Ich bin Gegner von Nietzsche, Anti-Nietzsche . . . Die Zeit ist eine Erscheinung der Ewigkeit . . . Bebel hat recht, Harnack hat recht, die Tuberkulose entsteht durch Unsittlichkeit“ oder „Am 1. Januar 1814 überschritt Blücher, der Husarengeneral, den Rhein. Husaren, was blasen die Trompeten, Ersatz Ziethen, 1870 hatten die Ulanen in einer Schlacht mit Frankreich die Entscheidung, der Interimsdom in Berlin ist der Schlußstein des Werkes von Rom — Franzosen mit roten Hosen, natürlich meine ich die roten Mützen damit, die Türken“ usw.

Der vermehrte Bewegungsdrang, den wir als weiteres Kardinalsymptom der Manie bezeichneten, tritt in den meisten Fällen zunächst als ausgesprochener Mitteilungs- und Rededrang hervor. Alsbald pflegt sich die motorische Erregung auch nach anderen Richtungen bemerkbar zu machen. Das Mienenspiel, die Bewegungen werden lebhafter als in der gesunden Zeit. Die Kranken zeigen einen erhöhten Tätigkeitsdrang, fangen an auffallend viel zu schreiben, überschwängliche Briefe mit zahllosen Ausrufungszeichen und Unterstreichungen zu verfassen, in denen sich ihre gehobene Stimmung deutlich widerspiegelt.

Bei einem von mir beobachteten jugendlichen Maniakus sprach sich das gehobene Selbstgefühl in seinen Briefen zuerst darin aus, daß er den Anfangsbuchstaben von „ich“ stets groß (J) schrieb.

Weiter werden unnötige Einkäufe gemacht, Geld verschwendet, nicht motivierte Reisen unternommen. Das gehobene Selbstgefühl, die allgemeine Steigerung der Erregbarkeit der Manie ist häufig mit einer Steigerung des Geschlechtstriebes verbunden, deren Folgen bei beiden Geschlechtern oft in auffallender Weise zutage treten, zumal die normalen Hemmungen fortfallen. „eine Nivellierung der im gesunden Zustand überwertigen Vorstellungsgruppen“ einzutreten pflegt. Bei Männern ist dieser sexuelle Erregungszustand in der Regel mit einem gesteigerten Bedürfnis nach alkoholischen Exzitationsmitteln verbunden. Früher solide Familienväter tragen keine Scheu, übel berüchtigte Kneiplokale aufzusuchen, Verhältnisse mit zweifelhaften Frauenzimmern anzuknüpfen, während sich beim weiblichen Geschlecht die Erregung gewöhnlich in der gesteigerten Neigung zu kokettieren, sich zu putzen, erotische Gespräche zu führen, dokumentiert.

Während des Bestehens dieser Symptome können die besonnenen, nicht verwirrten Kranken ihrer Umgebung einen normalen Eindruck machen, da sie ein gutes Gedächtnis zeigen, mit sprudelndem Redefluß ihr Benehmen zu rechtfertigen wissen, Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen nicht zu bestehen pflegen, so daß diese leichte Form der manischen Erregung (Hypomanie) früher mit dem Namen der „folie raisonnée“ (Geistesstörung mit dem Anschein der Vernünftigkeit oder Irresein ohne Verstandesstörung) bezeichnet wurde.

Das in der Regel blühende Aussehen dieser Kranken, der lebhafte Blick in Verbindung mit den schlagfertigen, auf Kosten der Umgebung witzelnden, scheinbar aus einer gesteigerten Beobachtungsgabe entspringenden Äußerungen, läßt mitunter fälschlich auf eine besonders gute geistige Leistungsfähigkeit der Kranken schließen. Eine genauere Prüfung indessen lehrt, daß die Erleichterung des Vorstellungsablaufes keineswegs mit einer Vertiefung desselben Hand in Hand geht. Die schnippischen Bemerkungen und Witze dieser Kranken sind sehr oberflächlich, nichtssagend, das ideenflüchtige Geplauder läßt eine entschiedene Gedankenarmut erkennen, bewegt sich auf dem Gebiete der Klang- und Ähnlichkeitsassoziationen, erinnert an die Redeweise leicht ange-trunkener Personen, mit denen die Kranken nicht selten verwechselt werden. Eine Einsicht in das Krankhafte ihres Zustandes ist bei den Patienten nicht vorhanden.

Von diesen leichteren Formen der Manie führen fließende Übergänge zu den **schweren Formen** hinüber.

Die verschiedenartigsten graduellen Abstufungen der Schwere der Erkrankung finden sich nicht nur bei den verschiedenen Krankheitsfällen vor, sie kommen mitunter in verschiedenen Stadien einer einzelnen Erkrankung zur Beobachtung.

Die heitere Erregung erreicht bei den schwereren Fällen von Manie sehr hohe Grade. Die Kranken schwelgen förmlich in ihrem Glücks- und gehobenem Selbstgefühl. So sagte einer meiner Kranken: „Ich bin sehr lustig, die Gedanken schießen mir nur so durch den Kopf, ich habe Hohenzollerngedanken.“ Mannigfache Wahnvorstellungen, besonders Größen- und Überschätzungsideen pflegen aufzutreten. Die Kranken fühlen sich sehr reich, besitzen Millionen, die schönsten Schlösser, haben große Erfindungen gemacht, sind General, Feldmarschall usw. Weibliche Kranke besitzen Dutzende der feinsten Kleider, köstlichen Schmuck, zahlreiche niedliche Kinder, schöne Prinzen usw. Diese Wahnvorstellungen pflegen flüchtiger Natur zu sein, in ideenflüchtiger, abspringender Weise vorgebracht zu werden, um mit Nachlaß der heiteren Erregung abzublassen und zu verschwinden. Die Unbeständigkeit der Wahnvorstellungen geht schon daraus hervor, daß die Kranken in kurzen, ruhigeren Intervallen, welche sich in die Zeit der Erregung einschieben, nicht selten die von ihnen vorgebrachten Größenideen als Scherze oder Einfälle mitunter in sich selbst ironisierender Weise behandeln.

Sinnestäuschungen können während des ganzen Verlaufs der Manie fehlen, wie fast regelmäßig bei den leichteren Verlaufsweisen (Hypomanie), in anderen Fällen sind sie bald vereinzelt, bald in reichlicherer Menge vorhanden. Halluzinationen und Illusionen des Gesichtsinns überwiegen bei manchen Kranken, aber auch die verschiedensten anderen Sinnestäuschungen kommen nicht selten zur Beobachtung. Die Kranken sehen Fratzen an den Wänden oder wechselnde Erscheinungen

nicht selten erotischer Färbung, sie suchen nach Schlangen in den Betten, hören Schießen, Musik, Glockengeläute, sie werden elektrisiert, gespiegelt, riechen Schwefel, Phosphordämpfe, das Essen schmeckt nach Rattengift usw. Noch lebhafter wie bei der *Mania mitis* (Hypomanie) tritt bei den schweren Formen dieser Krankheit der Stimmungswechsel mit gesteigerter Reizbarkeit hervor. Ohne jede äußere Veranlassung oder bei dem geringsten Hindernis, welches dem Kranken in seinem Bewegungsdrang entgegentritt, schlägt häufig die expansiv heitere Stimmung in hochgradige zornmütige Erregung um. In diesen Wutausbrüchen verübt der Kranke rücksichtslose Angriffe auf seine Umgebung, zerschlägt, was ihm in den Weg kommt, eine Flut der gemeinsten Schimpfreden von sich gebend. Manche dieser Kranken sind durch ihr nörgelndes, mit allem unzufriedenem Wesen für ihre Umgebung besonders unangenehm und gehören durch ihre Neigung, andere Kranke zu verhöhnen, Unfrieden zu stiften, auf den Abteilungen zu den unleidlichsten Patienten. In einzelnen Fällen überwiegen die zornigen Affekte die heitere Erregung während längerer Phasen des Krankheitsverlaufes und werden diese Zustände als zornmütige Manie (*Mania furiosa*) bezeichnet. So können während der Manie Zeiten heiterster Erregung und jubelnder Stimmung mit Phasen wilden Tobens, Brüllens und Schreiens in mannigfacher Weise abwechseln. Auch die Wahnvorstellungen bewahren nicht immer ihren expansiven Charakter, machen bei ängstlicher und zorniger Erregung Verfolgungsideen oder hypochondrischen Vorstellungen vorübergehend Platz.

Der Bewegungsdrang, welcher sich in den Fällen leichter Manie noch in gewissen, an das normale Verhalten streifenden Grenzen hält, erfährt bei den schweren Formen die hochgradigste Steigerung bis zur „Tobsucht“. Die Kranken tanzen und springen umher, sind keinen Augenblick ruhig, zerrauen sich die Haare, zupfen und ordnen an ihren Kleidern, gestikulieren. Bei vielen Kranken pflegen die Bewegungen von gewissen Vorstellungen und Stimmungen beherrscht zu werden; die Bewegungen haben etwas Theatralisches, sie scheinen bestimmte Empfindungen, Affekte, Absichten zum Ausdruck bringen zu wollen; so machen die Kranken drohende, abwehrende oder auch freudig begrüßende Bewegungen und Gebärden. In den schwersten Fällen ist die motorische Unruhe mitunter anscheinend eine regellose. Die Kranken wälzen sich herum, verdrehen den Rumpf, machen mit Armen und Beinen zappelnde, ungeordnete Bewegungen, die mit der choreatischen Bewegungsstörung Ähnlichkeit haben können (choreiforme Bewegungsunruhe).

In dem wilden, ungestümen Bewegungsdrang treten Bewegungen und Handlungen auf, welche auf die in diesem Stadium der Krankheit hochgradig gesteigerte sexuelle Erregbarkeit zurückzuführen sind. Öffentliches Onanieren, Koitusbewegungen, bei Frauen Zerreißen der Kleider, Auflösen und Zerrauen der Haare, schamloses Entblößen vor männlichen Personen, wohl auch das Schmieren mit Kot, Urin, Menstrualblut, beständiges Ausspucken, werden mitunter durch ungezügelter sexuelle Antriebe hervorgerufen. Bemerkenswert ist, daß den Kranken bei der Leichtigkeit, mit der die motorischen Impulse erfolgen, jedes Ermüdungsgefühl zu fehlen pflegt, obwohl der übermächtige Bewegungsdrang mit kurzen Unterbrechungen monatelang bestehen kann.

Die schwereren, mit zahlreichen Sinnestäuschungen verlaufenden Fälle sind auf der Höhe der manischen Erregung nicht selten verwirrt — zeitlich und örtlich unorientiert. Die sinnlosen, inkohärenten Reden

dieser Kranken werden als ideenflüchtige Verwirrtheit und das durch dieselbe charakterisierte Krankheitsbild als Manie mit Verwirrtheit oder als verworrene Manie bezeichnet.

Ein Beispiel ideenflüchtiger Verwirrtheit gibt folgende Probe:

„Blutstropfen wollte ich haben, da sind die Wege der Welt gerichtet. Wie viel karrätig? Wollen Sie mich verlassen. Sie sind kein Kater, eine gesunde Kehle, ein gesunder Leib und eine gesunde Seele. Tesla-Licht, Markoni. Sie haben wieder etwas telegraphiert, wenn Sie mich anspucken, sind Sie erlöst. Vater mir ist wieder so. Leonore fuhr ums Morgenrot — Katzenschwanz, sehen Sie wohl den Affen, Affenheilkunst, Affenmensch, la Paloma, die weiße Taube etc.“

In diesen Stadien der manischen Erregung besteht häufig anhaltende Schlaflosigkeit; die Nahrungsaufnahme ist eine ungenügende, das Körpergewicht sinkt oft erheblich. In manchen Fällen wird Albuminurie oder Peptonurie beobachtet.

Infolge des andauernden Sprechens und Schreiens werden Lippen und Zunge der Kranken trocken, borkig, die Stimme heiser und rau.

Allmählich, gewöhnlich unter mannigfachen Remissionen und Exacerbationen pflegt die manische Erregung abzuklingen. Als erste günstige Erscheinung wird der Schlaf besser, die Nahrungsaufnahme bei Nachlaß der motorischen Unruhe regelmäßiger und reichlicher. Die Kranken werden zunächst nur vorübergehend zugänglicher, besser zu fixieren, weniger ideenflüchtig und abschweifend in ihren Reden. Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, wenn sie vorhanden gewesen sind, verschwinden. Die Stimmung bleibt noch längere Zeit eine heitere, ausgelassene, nicht selten mit den Zeichen einer eigenartigen törichtigen Geschwätzigkeit (Moria), macht aber dann in der Regel einem veränderten, auffallend gedrückten Verhalten Platz. Die Kranken erscheinen in diesem Nachstadium der Manie weinerlich, reizbar, zu Zornesausbrüchen geneigt, fühlen sich außerordentlich matt, an Stelle der frohen Schaffensfreudigkeit ist ein verzagtes, kleinmütiges Wesen mit der Neigung zu allerhand Selbstanklagen getreten. Erst allmählich unter stetigem, oft recht erheblichem Ansteigen des Körpergewichts pflegt dieser depressive Zustand zu verschwinden und zur Genesung zu führen.

Die Dauer der manischen Erregung kann eine sehr verschiedene sein: in der Mehrzahl der Fälle zieht sie sich über eine Reihe von Monaten hin, aber auch eine Dauer von einem oder mehreren Jahren gehört nicht zu den ungewöhnlichen Vorkommnissen.

Prognose und Ausgänge.

Bei der Stellung der Prognose der Manie ist die Frage nach dem Ausgang der einfachen Manie, wie wir sie geschildert haben, streng von der Frage, ob dauernde Heilung zu erwarten oder Neigung zu Rezidiven besteht, zu trennen und folgende Gesichtspunkte hierbei im Auge zu behalten:

Die Manie ist diejenige Geisteskrankheit, welche wohl von allen Psychosen die größte Neigung zu Wiederholungen besitzt. Nur in seltenen Fällen bleibt es bei einem einmaligen Anfall im Leben bewendet, in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Beobachtungen kommt es in längeren Zwischenräumen zu Rezidiven oder aber es treten häufige Anfälle, bald in regelmäßigen Intervallen, bald in unregelmäßig miteinander abwechselnden Perioden geistiger Gesundheit

und Krankheit auf (vergl. Kapitel „Periodische Geistesstörungen“). Die einzelne Erkrankung als solche bietet für völlige Herstellung die besten Aussichten dar. Mit wenigen Ausnahmen pflegt der Anfall von Manie nach längerer oder kürzerer Zeit in Genesung überzugehen. Die Ausnahmen werden zunächst durch Fälle gebildet, bei denen der Tod durch zufällige Komplikationen, durch Erschöpfung oder durch Verletzungen eintritt, welche sich die Kranken auf der Höhe der tobsüchtigen Erregung und Verwirrtheit unter Umständen zuziehen können. Bei der Schwierigkeit der chirurgischen Behandlung stark erregter und unreiner Kranken geben mitunter schon leichte Verletzungen den Ausgangspunkt einer allgemeinen septischen Infektion. Es führen ferner in manchen Fällen Kontusionen, die mit Zerstörungen des Fettgewebes oder Eiterungen einhergehen, zum Tode durch Fettembolie der feineren Lungengefäße.

Der Ausgang der Manie in geistige Schwächezustände, welche die Bezeichnung Demenz verdienen, ist ein sehr seltener; etwas häufiger kommen Fälle vor, die eine leichte Abnahme der geistigen Fähigkeiten, der Urteilskraft und des Gedächtnisses dauernd aufweisen, keine Krankheitseinsicht zeigen und in abgeblaßten Farben manische Symptome noch lange Zeit erkennen lassen. Das läppische ideenflüchtige Faseln dieser Kranken bei leichter motorischer Unruhe erinnert mitunter an die beim Abklingen der manischen Erregung vorkommenden moriaartigen Krankheitsphasen. Eine Verwechslung dieser Zustände kann zu prognostischen Irrtümern Veranlassung geben. Man tut gut, in der Annahme eines sekundären schwachsinnigen Zustandes bei der Beurteilung auch sich über lange Zeit erstreckender Manien recht vorsichtig zu sein, da die Erfahrung lehrt, daß selbst Manien nach jahrelangem Bestehen keine Intelligenzdefekte aufzuweisen brauchen.

Eine besondere, seltene Verlaufsart der Manie, deren Entstehung aus der „akuten, reinen Manie“ nicht allgemein anerkannt ist, die chronische Manie, stellt den Ausgang der Krankheit in einen völlig stabilen Zustand dar, der die Symptome der manischen Erregung in der Regel in ihrer leichteren Form bis zum Lebensende ohne wesentliche Intelligenzdefekte erkennen läßt.

So beobachte ich z. Z. eine Kranke, die seit über 10 Jahren das ausgesprochene Krankheitsbild der Manie ohne Übergang in Demenz zeigt. Bemerkenswerterweise ist die Mutter dieser Patientin nach siebenjähriger Psychose (wahrscheinlich Manie) völlig genesen und hat ein hohes, gesundes Alter erreicht.

Ätiologie.

Eine sehr wesentliche Rolle in der Ätiologie der Manie kommt der hereditären Anlage, sowohl einer allgemeinen Disposition zu Erkrankungen des Nervensystems in der Familie, wie der gleichartigen Vererbung zu. Wenn nun auch in der überwiegenden Mehrzahl der Beobachtungen hereditäre Belastung vorliegt, gibt es zweifellos Erkrankungen an Manie, in denen eine erbliche Anlage nicht nachweisbar ist. Nicht selten kommt die Erkrankung im Anschluß an psychische oder körperliche Schädlichkeiten der verschiedensten Art zum Ausbruch. Unter den psychischen Einflüssen sind starke Gemütserschütterungen, Schreck, geistige Überanstrengungen von Bedeutung, unter den somatischen Schädlichkeiten werden Traumen des Kopfes, Insolationen, auch Herzkrankheiten beschuldigt. Der Einfluß der akuten

Infektionskrankheiten sowie von Inanitionszuständen auf die Entstehung der Manie ist vielfach überschätzt worden, wenn auch diese Schädlichkeiten in manchen Fällen dem Ausbruch einer Manie vorausgehen können. Nicht zweifelhaft ist es, daß die mannigfachen, mit dem Geschlechtsleben des Weibes zusammenhängenden körperlichen Zustände (Menstruation, Wochenbett, Laktation) den Anstoß zur Entstehung der Manie in einer Reihe von Fällen geben. Begünstigt scheint der Ausbruch der Krankheit durch das Zusammentreffen mehrerer der erwähnten Schädlichkeiten zu werden.

Von den Altersstufen wird das jugendliche Alter (15—25 Jahre) von der Manie in ausgesprochener Weise bevorzugt, es wurden aber schon Fälle dieser Erkrankung bei Kindern unter 12 Jahren beobachtet.

Der Beginn einer Manie als erster Anfall in den mittleren Lebensjahren und den höheren Altersstufen gehört zu den Ausnahmen.

Diagnose.

Praktisch ist bei der völlig verschiedenen Prognose beider Krankheiten die Trennung der Manie von den Erregungszuständen im agitierten Stadium der Dementia paralytica von größter Wichtigkeit. Die Merkmale der zunehmenden geistigen Schwäche, welche alle psychischen Symptome der Paralyse beherrscht, geben uns, in Verbindung mit dem Nachweis von körperlichen Lähmungserscheinungen der Paralyse, die Möglichkeit, die manische und paralytische Exaltation, welche einander äußerlich sehr ähnlich verlaufen können, zu unterscheiden.

Während der Größenwahn des Maniakus mit der heiteren Erregung Hand in Hand geht, auf der Höhe derselben mitunter sehr weitgehende Dimensionen annehmen kann, um mit dem Nachlassen der Euphorie zu verschwinden, tragen die Größenvorstellungen des Paralytikers von vornherein den Stempel der geistigen Schwäche. Schon bei leichter Erregung werden die allerunsinnigsten, phantastischen Größenvorstellungen oft in eigentümlich affektloser Weise vorgebracht; es können ferner dem Kranken mit Leichtigkeit beliebige Größen- oder auch Kleinheitswahnvorstellungen fast gleichzeitig suggeriert werden. Diese erhöhte Suggestibilität in Verbindung mit großer Lenkbarkeit des Patienten tritt in vielen Fällen von Paralyse in auffallenden Gegensatz zu dem selbständigeren, lebhaften und humorvollen Wesen des Maniakus hervor, der seine Größeneideen in mehr scherzender Weise vorzubringen pflegt. Gesellen sich dem dementen Größenwahn noch andere Zeichen geistiger Schwäche, besonders Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, hinzu, so wird die Diagnose eines paralytischen Erregungszustandes sehr wahrscheinlich. Der eigentümlich stumpfe, leere Gesichtsausdruck, den Paralytiker oft trotz bestehender Erregung zeigen, kann, im Gegensatz zu dem belebten Mienenspiel des Maniakus, auch für die Diagnose „Paralyse“ in die Wagschale fallen. Gesichert wird dieselbe durch den gleichzeitigen Nachweis von körperlichen Lähmungssymptomen (vergl. Kapitel „Paralyse“), unter denen an Wichtigkeit die erste Stelle einnehmen die Sprachstörung (Silbenstolpern, hesitierende, verwaschene Sprache), reflektorische Pupillenstarre oder träge Reaktion der Pupillen und Fehlen der Kniephänomene. Hat die eingehende körperliche Untersuchung, die bei erregten Kranken nicht selten auf große Schwierigkeiten stößt, den Nachweis auch nur eines der erwähnten

Symptome in unzweifelhafter Weise ergeben, und sind andere Erklärungen für diese Anomalien (z. B. neuritische Affektionen für das Fehlen der Kniephänomene) auszuschließen, so muß die Annahme einer einfachen Manie fallen gelassen, und die Diagnose eines paralytischen Erregungszustandes gestellt werden.

In vielen Fällen ist eine genaue Anamnese für die Stellung der Diagnose von größtem Wert, da sich die Manie in ganz anderer Weise zu entwickeln pflegt, wie die Paralyse (vergl. Kapitel „Paralyse“). Ein manischer Erregungszustand bei früher psychisch gesunden, syphilitisch infizierten Männern in den besten Jahren (30. bis 50. Lebensjahr) wird den Verdacht auf Paralyse lenken, wenn natürlich auch im Auge behalten werden muß, daß ein Syphilitischer an einer einfachen Manie erkranken kann.

Die Verschiedenheit der Vorhersage des Ausgangs der Krankheit ist es auch, welche der Unterscheidung der Manie von den Erregungszuständen der Katatonie (vergl. Kapitel „Katatonie“) eine besondere Bedeutung verleiht und eine Kenntnis der differentialdiagnostisch wichtigen Punkte erfordert.

Während die Stimmung des Maniakus eine ausgesprochen heitere oder auch reizbare, auf jeden Fall affektbetonte ist, erscheint die Stimmungslage des Katatonikers oft trotz hochgradiger äußerer Erregung auffallend gleichgültig und indifferent. Der manische Kranke zeigt für seine Umgebung lebhaftes, wenn auch oberflächliches Interesse, hat eigene Initiative, knüpft an seine Wahrnehmungen an, macht witzelnde Bemerkungen über ihm auffallende Äußerlichkeiten, der Katatoniker hingegen nimmt keine Notiz von seiner Umgebung, sieht und redet den Arzt nicht an, obwohl er die Vorgänge um sich herum gut aufzufassen vermag. Sogar bei hochgradiger Erregung kann ungetrübte Orientierungsfähigkeit bei dieser Krankheit erhalten bleiben, während manische Kranke auf der Höhe der Erregung mehr oder weniger ausgesprochene Störungen der Auffassung zu zeigen pflegen. Die Bewegungen des Maniakus werden, wenn man von den schwersten Fällen manischer Verwirrtheit absieht, von gewissen Vorstellungen beherrscht, lassen bestimmte Antriebe erkennen, sind wechselvoll, mannigfaltig (**Tätigkeitsdrang**). Der **Bewegungsdrang** des Katatonikers hingegen erscheint völlig unverständlich, unsinnig, seine Bewegungen haben etwas Zwangsmäßiges, Eintöniges, bekommen ein eigentümliches Gepräge durch Stereotypien, zwecklose Wiederholungen, Manieren. In den ideenflüchtigen Reden des Maniakus ist häufig ein gewisser Sinn noch zu erkennen, während die Katatoniker zusammenhanglose Worte (Verbigeration) oder Silben in eintöniger Weise wiederholen und ein vollendetes Kauderwelsch („Wortsalat“) oft schon bei verhältnismäßig leichter äußerer Erregung vorzubringen pflegen. Bei Berücksichtigung der Gesamtheit dieser Merkmale wird es mitunter bald gelingen, die manische von der katatonischen Erregung zu unterscheiden, während in anderen Fällen erst längere Beobachtung des Krankheitsverlaufes ein Urteil ermöglicht. Besondere Schwierigkeiten für die Diagnose können die manischen Erregungszustände Imbeziller darbieten, die in ihrem läppischen Gebahren mitunter der katatonischen Erregung sehr ähnlich sehen, doch wird die Anamnese in diesen Fällen den richtigen Weg weisen.

Von Zuständen der halluzinatorischen Verwirrtheit (Amentia) ist die Manie in ihren leichteren Formen durch ihre gute Auffassungsfähigkeit, durch ihre vorwiegend heitere Stimmung mit ausge-

sprochener Neigung zu plötzlichem Stimmungswechsel und durch ihre Schlagfertigkeit, bei dem Fehlen einer tiefen, traumhaften Bewußtseinsstörung, dem Zurücktreten von Sinnestäuschungen leicht zu trennen.

Sehr erhebliche und nicht in allen Fällen zu überwindende Schwierigkeiten können hingegen bei der Unterscheidung der verworrenen Manie von der Amentia auftreten, da eine Reihe von Symptomen, Verwirrtheit, illusionäre Verfälschung der Sinneswahrnehmungen, mannigfache Halluzinationen, Ablenkbarkeit, Ideenflucht, motorische Unruhe mit lebhaftem Stimmungswechsel, beiden Krankheiten gemeinsam sind. Indessen pflegt die Bewußtseinstrübung bei der Manie keine so tiefe und vor allem nicht so anhaltende zu sein wie bei der Amentia. Während bei der Manie auf der Höhe der Erregung die Störungen der Auffassung und Denktätigkeit am hervortretendsten sind, um bei Nachlaß der Erregung zu verschwinden, überdauert bei der Amentia die Bewußtseinstrübung in der Regel die Erregung und kann noch bei äußerlich völlig ruhigem Verhalten des Patienten sehr deutlich längere Zeit nachweisbar sein. Es kann ferner der raschere Anstieg der Erregung bei der halluzinatorischen Verwirrtheit unter Umständen zur Unterscheidung von der Manie, welche langsamer ihren Höhepunkt zu erreichen pflegt, aber eine größere Stetigkeit des Affekts aufweist, verwertet werden. Wenn es nun auch in einer Reihe von Fällen gelingt, an der Hand dieser Merkmale die in Frage stehenden Krankheitsformen zu trennen, wird dennoch eine Zahl von Fällen übrig bleiben, in der sich eine solche Scheidung auf symptomatologischem Wege ungezwungen nicht bewerkstelligen läßt. Diese Beobachtungen haben zu der Annahme von Übergangsfällen, sowie Mischformen von Manie und Amentia geführt mit den Bezeichnungen der „Manie mit Verwirrtheit“ resp. „maniakalischer Verwirrtheit“, je nachdem die eine oder andere Erscheinung in dem Krankheitsbilde vorherrscht.

Die Unterscheidung der Manie von den mannigfachen, auf dem Boden der Epilepsie entstehenden Erregungs- und Verwirrheitszuständen (vergl. Kapitel „Epilepsie“), die manische Symptome in mehr oder weniger großer Deutlichkeit mitunter erkennen lassen, wird in erster Linie auf der Feststellung epileptischer Antezedentien in der Anamnese beruhen, ferner den eigenartigen Verlauf der epileptischen Psychosen mit ihrer vorwiegend ängstlichen Erregung bei traumhaft verändertem Bewußtsein, sowie den Nachweis von Erinnerungsdefekten für das während der Erregung Geschehene, im Gegensatz zu der meist intakten Erinnerung bei der Manie, zu berücksichtigen haben. Besondere Aufmerksamkeit in der Beurteilung erfordern sehr seltene epileptische Psychosen, die sich zunächst als Zustandsbilder symptomatologisch von der Manie in keiner Hinsicht unterscheiden (epileptische Manie); ein auffallendes Haftenbleiben einzelner Vorstellungen in dem Redefluß der Kranken scheint für manche dieser Fälle charakteristisch zu sein und ihr ideenflüchtiges Sprechen von der manischen Ideenflucht zu unterscheiden.

Aus dem Zustandsbilde sichere diagnostische Schlüsse zu ziehen, ob eine einfache oder periodische Form der Manie vorliegt, sind wir nicht imstande. Jungdliches Alter des Patienten, rascher Anstieg der Krankheit bei nur leichter Ausbildung der Symptome machen, wie wir bei Besprechung der periodischen Psychosen näher ausführen werden, einen periodischen Verlauf in hohem Grade wahrscheinlich.

Therapie.

Die therapeutischen Maßnahmen haben in erster Linie die Aufgabe, den Kranken sowie dessen Umgebung vor den schädlichen Folgen, welche unmittelbar aus der Erregung des Kranken erwachsen können, zu schützen. Die wichtigste Aufgabe des Arztes ist es, den Kranken, sobald die Manie erkannt ist, aus seinen gewohnten Verhältnissen heraus in eine Umgebung zu bringen, die einerseits alle Garantien für den Schutz des Kranken bietet, andererseits darauf eingerichtet ist, äußere Reize und Schädlichkeiten; welche steigend auf die Erregung des Patienten wirken, von ihm fern zu halten. In den weitaus meisten Fällen ist die **geschlossene Anstalt** hierfür der geeignetste Ort. Die Behandlung in offenen Heilanstalten oder Sanatorien wird nur ganz ausnahmsweise in Fällen leichter Erregung in Betracht gezogen werden können. Gutes Zureden von den Verwandten, Beschränkungen der Freiheit im Hause pflegt in der Regel das Gegenteil von der beabsichtigten Wirkung hervorzurufen, den Kranken noch erregter und widerspenstiger zu machen. Außerdem geht bei solchen Versuchen nicht selten die beste Zeit zur Heilung der Krankheit verloren, welche gerade in den Initialstadien der Behandlung am zugänglichsten ist. Ist der Kranke in der geschlossenen Anstalt untergebracht, dann wird in erster Linie der Versuch gemacht werden, durch **Bettruhe** den Beschäftigungsdrang des Kranken einzuschränken. In einer ganzen Reihe von Fällen leichter manischer Erregung läßt die motorische Unruhe bei Bettbehandlung, die besonders von schwächlichen und körperlich heruntergekommenen Individuen oft wohltuend empfunden wird, nach und macht allmählich einem geordneten Verhalten Platz. In Fällen stärkerer Erregung, bei der es häufig nicht gelingt, die Kranken im Bett zu halten, tritt die **Bäderbehandlung** in ihr Recht. Wir besitzen in den prolongierten und den Dauerbädern (26—29° R steigend. Die ununterbrochene Dauer der Bäder kann auf Wochen und darüber ausgedehnt werden) ein Mittel, welches auf die manische Erregung entschieden beruhigend wirkt und außerdem durch das Erhalten der Reinlichkeit, Verhüten von Decubitus nicht geringe Vorteile bietet. Zweckmäßig ausgeführte feuchte Einpackungen an Stelle dieser Bäder wirken besonders bei leichten Fällen manischer Erregung oft günstig, so daß die Kranken wieder Ruhe zum Essen und Schlaf finden. In Fällen besonders starker Erregung, bei denen auch die Bäderbehandlung im Stich läßt, besitzen wir in dem **Scopolaminum** (hydrobromicum), identisch mit **Hyoscinum** (hydrobromicum), dasjenige Mittel, welches bei der medikamentösen Behandlung der manischen Erregung den ersten Platz einnimmt und durch seine prompte Wirkung, subkutan in allmählich steigenden Dosen von 0,0005—0,001 gegeben (ev. mehrmals täglich bis 0,002 pro die) besonders dann am Platze ist, wenn rasche Beruhigung durch die Verhältnisse indiziert ist.

Von anderen beruhigenden Mitteln kommen noch die Brompräparate und das Opium in Betracht. Letzteres in allmählich steigender Dosis zu geben, ist für die Behandlung von Fällen protrahiert verlaufender Manien empfohlen worden. Erhebliche Schwierigkeit macht oft die Behandlung der andauernden Schlaflosigkeit bei der Manie. In Fällen leichterer Erregung kommt man mit prolongierten lauwarmen Bädern, Aufenthalt und Bewegung im Freien, ev. in Verbindung mit

Schlafmitteln, wie Trional (0,5—2 g), Sulfonal (1—2 g), Veronal (0,5 bis 1 g), Paraldehyd (3,0—5,0 g) nicht selten zum Ziel. Wenn diese Mittel ohne Wirkung bleiben, wie es bei Fällen tobsüchtiger Erregung fast stets der Fall ist, gibt man Chloralhydrat (1—2 g), ein Mittel, welches besonders in Verbindung mit Morphinum (0,01 g) (event. als Klystier in schleimiger Einhüllung) auch bei schwerer Erregung und Schlaflosigkeit in vielen Fällen von gutem Erfolg begleitet ist.

Die Ernährung des manischen Kranken muß auf das sorgfältigste geregelt und überwacht werden, in Fällen hochgradiger Erregung ist mitunter flüssige Diät (vorwiegend Milch mit Eiern) erforderlich. Alle erregenden Getränke, besonders Alkohol, sind zu vermeiden! Schlundsondenfütterung wird nur in seltenen Fällen geboten sein.

Es bedarf keiner besonderen Ausführung, daß in dem zweckmäßigen Wechseln und Kombinieren der angeführten Mittel (z. B. der Bäderbehandlung mit Schlafmitteln), sowie der Anpassung der Behandlungsmethode an die oft während des Krankheitsverlaufes sehr wechselnden Intensitätsgrade der Erregung eine der Hauptaufgaben des Arztes beruht. Bei der psychischen Behandlung des manisch erregten Kranken ist vor allem seine große Reizbarkeit zu berücksichtigen.

Ruhiges, freundliches Entgegenkommen, wenn nötig einmal Eingehen auf die Scherze und Bemerkungen des Patienten, Vermeiden schroffer Zurechtweisungen, wird Zornesausbrüchen des Kranken am besten vorbeugen, seine Behandlung wesentlich erleichtern.

Literatur.

- Außer den Lehrbüchern und Grundrissen der Psychiatrie von ARNDT (1883), GRIESINGER (4. Aufl. 1876), v. KRAFFT-EBING (7. Aufl. 1903), MENDEL (EBSTEIN-SCHWALBE, Bd. V, 1901), KIRCHHOFF (1899), KRAEPELIN (6. u. 7. Aufl. 1899 u. 1904), SCHÜLE (3. Aufl. 1896), WERNICKE (1900), ZIEHEN (2. Aufl. 1902), dem Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie (hrsg. von HOCHÉ 1901) und CRAMERS Leitfaden der gerichtlichen Psychiatrie (3. Aufl. 1903) folgende Arbeiten:
- HEILBRONNER, Über epileptische Manie. Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XIII.
- JOLLY, Behandlung der Manie mit Opium. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. XLVI.
- MAGNAN, Psychiatrische Vorlesungen: Über Manie, 1893, 6. H.
- MENDEL, Die Manie, eine Monographie (1881).
- MEYER, E., Beitrag zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen. Archiv für Psych., Bd. XXXII.
- VAN ERP TAALMAN KIP, Akute Manie. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIV.
- PFISTER, Die Behandlung des Irreseins im allgemeinen. Handbuch der Therapie innerer Krankheiten (hrsg. von PENZOLDT u. STINTZING), 3. Aufl., Bd. VI.
- SIEFERT, Über chronische Manie. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIX.
- SIEMERLING, Über Psychosen im Zusammenhang mit akuten und chronischen Infektionskrankheiten. Die deutsche Klinik 1903.

Die Melancholie.

Von

A. Westphal, Greifswald.

Symptomatologie und Verlauf.

Die Melancholie ist eine Psychose, deren wesentliche Symptome in einer nicht genügend motivierten **traurigen Verstimmung (Depression)** und **Denkhemmung** bestehen, bei welcher ferner **Wahnideen** im Sinne der **Minderwertigkeit**, des **Kleinheitswahnes** eine hervorragende Rolle spielen. Wir unterscheiden nach der Höhe der Affektstörung eine leichtere einfache Form der Melancholie (*Melancholia simplex*) von den schwereren Graden dieser Krankheit, der **Angstmelancholie** (*Melancholia agitata*).

Als eine besondere klinische Form wird vielfach die durch hochgradige Hemmung auf psychomotorischem Gebiete ausgezeichnete „*Melancholia stupida*“ oder „*attonita*“ angeführt.

Die Krankheit entwickelt sich allmählich, wird häufig eingeleitet durch ein sich über Wochen oder Monate erstreckendes Vorstadium, in welchem die Kranken über Kopfschmerzen, Unruhe, Schlaflosigkeit, Appetitmangel, allgemeine Mattigkeit klagen. Diese Beschwerden pflegen von der Umgebung nicht sonderlich beachtet zu werden, bis sich dann in der Regel ziemlich plötzlich, deutliche Symptome der Geistesstörung bemerkbar machen.

Ohne daß ein hinreichender Grund vorliegt, nicht selten unter den glücklichsten Verhältnissen, bemächtigt sich des Kranken eine tiefe, andauernd traurige Verstimmung. Seine Umgebung, die ganze Welt kommt ihm verändert vor, erscheint ihm in den schwärzesten Farben. Nichts kann in ihm mehr eine freudige Empfindung erwecken, durch alle Ereignisse und Beschäftigungen werden traurige Saiten in seinem Innern angeschlagen. Besonders pflegt Musik, auch wenn sie von dem Patienten in seinen gesunden Tagen mit Vorliebe gepflegt wurde, schmerzsteigernd zu wirken. Die Patienten klagen oft über das Gefühl „innerer Leere“, sie hätten „einen Stein an Stelle des Herzens in der Brust“, die Mutter vermag ihre Kinder nicht mehr mit der früheren Zärtlichkeit zu lieben; das Gebet kann nicht mehr mit der nötigen Andacht verrichtet werden, hört man von religiösen Kranken klagen.

„Das, was mir sonst das Liebste ist, mag ich gerade am wenigstens sehen . . . ich habe kein Gefühl mehr für Recht und Unrecht . . . ich bin ganz hohl, bis obenhin zugeknöpft“, sagte eine meiner Patientinnen.

Dieses Gefühl der inneren Erkaltung und Leere wird nicht selten zu einer Quelle mannigfacher Selbstvorwürfe für den Patienten, zumal die traurige Verstimmung stets von einer Verlangsamung und Hemmung des Denkens und Handelns begleitet wird, welche dem Patienten jede Arbeit erschweren, sich störend bei jedem Versuch einer Beschäftigung bemerkbar machen. Die Hausfrau wird mit ihrer Wirtschaft nicht mehr fertig, der Beamte kann den Anforderungen des gewohnten Dienstes nicht mehr genügen. Es kommt hinzu, daß allmählich auch die Initiative völlig verloren geht, so daß die Patienten infolge ihrer krankhaften Willenlosigkeit (*Abulie*) unfähig auch zu den leichtesten Beschäftigungen werden, und schließlich das An- und Ausziehen, Wechseln der Kleider, selbst die Einnahme der Mahlzeiten die größten Schwierigkeiten bereitet.

„Ich muß immer darauf gestoßen werden, was ich tun soll, meine Kraft ist ganz hin . . . es ist mir alles zuwider, ich kann doch Nichts anfassen, es ist mir, als ob eine Hand mich zurückstieße“ schilderte eine Patientin diesen Zustand.

Auch dies Gefühl der „subjektiven Insuffizienz“ wird von den Kranken schmerzlich und häufig als ein selbstverschuldeter Fehler empfunden: So sehen wir schon bei den leichten Formen der Melancholie (*Melancholia simplex*), wie sich aus der traurigen Verstimmung heraus Versündigungsideen entwickeln können. In allen schwereren Fällen verbindet sich mit der Depression ein mehr oder weniger ausgeprägtes Angstgefühl, welches von den Kranken sehr häufig in die Herzgegend (Präkordialangst), aber auch in die verschiedensten anderen Körperteile (Kopf, Unterleib) lokalisiert wird und von ihnen als Herzensangst, innere Angst oder heiße aufsteigende Angst bezeichnet zu werden pflegt.

Diese Angstepfindungen werden mitunter von den Kranken in mannigfacher Weise wahnhaft gedeutet, als Folge oder Strafe früherer Vergehen aufgefaßt.

So sagte mir eine melancholische Patientin:

„Ich muß büßen, ich bin nicht wert, angespuckt zu werden, ich bin weniger wie ein Stück Vieh. Ich habe meinen Mann belogen, die ganze Familie ins Unglück gebracht. Ich selbst gehöre ins Gefängnis, muß geschlachtet, hingerichtet werden.“

Irgend eine Lüge aus der Schulzeit, Onanie, versäumter Kirchenbesuch etc., Dinge, an die Patient in seinen gesunden Tagen nicht mehr dachte, erscheinen ihm in seiner Verstimmung als schweres Verbrechen, für die er jetzt büßen muß. Aus Erklärungsversuchen der krankhaft veränderten Gefühle läßt sich demnach die Entstehung von Versündigungsideen in einer Reihe von Fällen ableiten, während man sich in anderen Fällen, in denen dieser Nachweis nicht möglich ist, begnügen muß, nahe, aber uns ihrem Wesen nach unbekannte Beziehungen zwischen der traurigen Verstimmung und dem Versündigungswahn anzunehmen.

Die melancholischen Wahnvorstellungen sind mannigfacher Art und können in ihrer Gesamtheit als Vorstellungen der Minderwertigkeit bezeichnet werden. Neben den Versündigungsideen kommen Verarmungsvorstellungen, sowie hypochondrische Wahnideen besonders häufig zur Beobachtung.

Die Kranken werfen sich vor, schlecht gewirtschaftet, zu viel Geld ausgegeben zu haben: „Alles ist dahin, nicht mehr ein Stück Brot da zum Essen, der Hungertod die Strafe.“ In vielen Fällen treten hypochondrische Vorstellungen auf, bisweilen nur vereinzelt, in anderen Fällen aber sehr zahlreich, so daß sie das ganze Krankheitsbild beherrschen und man diese Zustände „hypochondrische Melancholie“ genannt hat. Die hypochondrischen Vorstellungen haben die verschiedenartigsten Organe des Körpers zum Ausgangspunkt: das Gehirn ist vertrocknet, die Knochen verfault, kein Stuhlgang mehr vorhanden, alle Säfte venerisch. Einen besonders unsinnigen Inhalt haben mitunter die hypochondrischen Vorstellungen der Melancholie im höheren Lebensalter:

„Ich bin ein ausgestopfter Wollsack, keine Luft mehr in mir vorhanden, der ganze Körper mit Eisenplatten ausgeschlagen, ich bin schon tot, auch alle andern Kranken und die Ärzte Leichen“ usw.

Bemerkenswert ist, daß sich in diesen Fällen neben den hypochondrischen Vorstellungen andere melancholische Wahnideen in den mannigfachsten Kombinationen häufig nachweisen lassen.

Der „am ganzen Körper syphilitische Patient hat seine Familie angesteckt, kommt dafür ins Gefängnis“ — ein anderer Kranker „hat den Arzt und die Klinik beleidigt, darf nichts mehr essen, sein After und Schlund sind zugewachsen, die Zunge ausgerissen“.

Wahnvorstellungen im Sinne der Verfolgung und Beeinträchtigung werden seltener und in der Regel nur vorübergehend im Verlauf einer Melancholie vorgebracht. Eine größere Bedeutung kommt diesen Wahnideen mitunter bei der durch lebhaft angelegte Angsteffekte ausgezeichneten Melancholie zu. Es sind dies Beobachtungen, in denen die ganze Umgebung dem Kranken in feindlichem Sinne verändert erscheint, mannigfache Befürchtungen als Ausfluß der Beziehungswahnideen und der Verfolgungsvorstellungen geäußert werden, welche aber von den Kranken nicht weiter in systematisierender Weise verarbeitet zu werden pflegen. In vereinzelt Beobachtungen treten neben den Wahnvorstellungen Vorstellungen auf, die sich dem Kranken zwangsweise aufdrängen, von deren Widersinnigkeit er überzeugt ist. Diese Zwangsvorstellungen pflegen mit dem Rückgang der melancholischen Wahnideen zu verschwinden.

Die Wahnvorstellungen der Melancholiker beziehen sich auf die verschiedensten Phasen des Lebens, lassen ihnen nicht nur die Gegenwart, sondern auch Vergangenheit und Zukunft in den dunkelsten Farben erscheinen.

Im Gegensatz zu den flüchtigen Wahnvorstellungen der Manie wird an den melancholischen Wahnideen von den Kranken in der Regel längere Zeit festgehalten, mitunter dieselben Wahnvorstellungen in monotoner Weise während des ganzen Krankheitsverlaufes vorgebracht: erst mit dem Nachlassen des krankhaften Affektes pflegen auch die Wahnideen zu verschwinden.

Sinnestäuschungen fehlen während der Melancholie nicht selten vollständig, in anderen Fällen kommen Halluzinationen zur Beobachtung, ohne daß ihnen eine wesentliche Rolle in dem Krankheitsbilde zufällt. Krankheitsfälle mit zahlreichen, längere Zeit andauernden Sinnestäuschungen gehören zu den Ausnahmen, kommen jedoch im höheren Alter bei manchen Fällen von Melancholie mit starker ängstlicher Erregung (Angstmelancholie) häufiger vor. Die Sinnestäuschungen sind entsprechend dem depressiven Vorstellungskreis der Kranken trauriger und beängstigender Natur. Besonders pflegen erschreckende Gehörshalluzinationen sowie Visionen im Sinne der melancholischen Verstimmung aufzutreten. Die Mütter hören ihre Kinder wimmern, Drohungen, Beschimpfungen werden dem Kranken zugerufen, vor den Augen erscheinen häßliche Gestalten, Schlangen, Totenköpfe, Flammen etc. Wie die Wahnvorstellungen, schwinden auch die Sinnestäuschungen mit dem Ablauf der Depression.

Das äußere Verhalten der Kranken ist bei der Melancholie ein verschiedenes, abhängig in erster Linie von dem Intensitätsgrade der Angst, welche die mit der Depression Hand in Hand gehenden Hemmungserscheinungen in mannigfacher Weise beeinflußt. Die Fälle, in welchen die Hemmungen die Angst überwiegen, bieten durch die Verbindung der Verlangsamung des Vorstellungsablaufes mit einer Verlangsamung der willkürlichen Bewegungen ein charakteristisches Bild. Bei den leichteren Erkrankungsformen dieser Art pflegt man auf einfache Fragen noch prompte Antworten von den Patienten zu erhalten, und erst bei längerer Unterhaltung eine Er-

schwerung des Gedankenablaufes sich bemerkbar zu machen, während bei etwas vorgeschrittener Erkrankung die Hemmung sofort deutlich hervortritt. Die Antworten erfolgen langsam und zögernd, der Kranke muß sich längere Zeit besinnen, es macht ihm ersichtliche Mühe, über ihm sonst geläufige Daten aus seinem Leben, über Familienverhältnisse usw. Auskunft zu geben. Da das Gefühl der subjektiven Insuffizienz dieser Kranken durch jeden Bewegungsvorgang bis zu heftigem „psychischem Schmerz“ gesteigert wird, sucht der Melancholiker von selbst die Ruhe auf, bleibt oft den halben Tag im Bette liegen, ist nur mit Mühe zum Aufstehen zu bewegen. Außer Bett sitzt er stundenlang untätig, oft ohne sich zu bewegen an einer Stelle, ins Leere vor sich hinstarrend. Der Gesichtsausdruck ist ein trauriger, ängstlich gespannter, mitunter eigenartig ratlos. Die Stirn erscheint gerunzelt, die Mundwinkel sind häufig herabgezogen. Die sprachlichen Äußerungen werden immer langsamer und spärlicher, erfolgen schließlich nur ruckweise, werden nicht mehr vollendet, der Kranke bleibt mitten im Satze stecken, bewegt dann wohl auch noch die Lippen weiter, ohne einen Laut hervorzubringen. Bei schweren Graden der Erkrankung kann dieser Hemmungszustand in einen sogenannten „Stupor“ übergehen. Der Gesichtsausdruck des Kranken verrät während des Stupors mitunter noch die traurige und ängstliche Stimmung, häufiger macht er mehr einen erstaunten, ratlosen Eindruck. Von den Kranken selbst ist nichts mehr zu erfahren, was in ihnen vorgeht, da sie auf Fragen nicht mehr antworten, tage- und wochenlang kein Wort sprechen. Sie sind völlig in sich versunken, unempfindlich gegen äußere Reize, müssen zur Entleerung der Blase und des Mastdarms angehalten, in manchen Fällen gefüttert werden. Die erhobenen Extremitäten fallen entweder, dem Gesetz der Schwere folgend, auf die Unterlage zurück oder sie verharren eine Zeitlang in der ihnen vom Arzt gegebenen Stellung (*Melancholia attonita*, *stupida*, *Melancholia cum stupore*). Während des Bestehens dieser kataleptischen Stellungen fühlt man mitunter bei passiven Bewegungen einen leichten, sich gleichbleibenden Widerstand in den beteiligten Gelenken (*Flexibilitas cerea*).

Im Gegensatz zu diesem Verhalten zeigen die stuporösen Patienten mitunter ein hartnäckiges, ängstliches Widerstreben gegen alle Handlungen und Bewegungen, die man mit ihnen vornehmen will, spannen bestimmte Muskelgruppen an, so daß es z. B. nicht gelingt, die Kranken zum Öffnen des Mundes bei dem Versuch, ihnen Nahrung einzufußeln, zu bewegen.

Die Aufmerksamkeit und Auffassungsfähigkeit ist bei diesen Zuständen der *Melancholia attonita* wesentlich gestört, so daß die Kranken nach Ablauf des Stupors nur eine unklare Vorstellung von dem, was mit ihnen und um sie herum geschehen ist, zu haben pflegen.

Der Verlauf der *Melancholia attonita* ist ein verschiedener, bald lassen die Hemmungserscheinungen ziemlich plötzlich nach, bald tritt nach mannigfachem Wechsel von freieren und gehemmten Zeiten eine allmähliche Lösung des Stupors ein.

Der Stupor in seiner vollen Ausbildung mit lange Zeit andauernder schwerer Hemmung ist eine seltene Erscheinungsform der Melancholie, wenn auch einzelne stuporöse Erscheinungen, Andeutungen von Katalepsie, *Mutacismus* (*Mutismus*) vorübergehend im Verlauf einer Melancholie nicht zu den ungewöhnlichen Erscheinungen gehören. Unzweifelhaft sind früher mannigfache Zustände als stuporöse Melancholie bezeichnet worden,

die zu anderen Krankheitsgruppen, besonders der Katatonie und dem zirkulären Irresein, gehören, so daß bei der Annahme einer *Melancholia attonita* stets große Vorsicht am Platze ist (vgl. bei Diagnose).

In auffallendem Gegensatz zu den durch Hemmung auf psychomotorischem Gebiete ausgezeichneten Fällen von Melancholie steht diejenige Form der melancholischen Erkrankung, bei welcher der Angstaffekt stärker als die Hemmung ist und als Hauptsymptom in den Vordergrund der Krankheitserscheinungen tritt, die *Melancholia agitata sive activa* (Angstmelancholie).

Bei diesen Fällen ist Bewegungsunruhe an Stelle der motorischen Hemmung getreten. Die Kranken kommen, von lebhafter Angst getrieben, keinen Augenblick zur Ruhe; sie ringen die Hände, reiben und zerkratzen ihren Körper, zupfen an den Bettdecken, zerrauen sich die Haare. Oft sind die Kranken nicht im Bett zu halten, sie laufen unstill, laut vor sich hinjammernd, im Zimmer umher. In abgerissener, sich überstürzender Weise bringen sie hierbei die mannigfachsten melancholischen Wahnvorstellungen hervor. Die sich in buntem Wechsel jagenden Vorstellungen der Angst, der Versündigung usw. sind bei manchen dieser Fälle derartig flüchtig, lösen einander so schnell ab, daß man von einer „melancholischen Ideenflucht“ sprechen kann. Bei noch weiterer Steigerung der Angst kann es bei schweren Erkrankungsfällen zu tobsüchtiger Erregung kommen, in welcher die Kranken zertrümmern, was ihnen in den Weg kommt, laut schreiend um Hilfe rufen, für alle Beruhigungsversuche unzugänglich sind. Besonders häufig kommen diese agitierten Formen der Melancholie bei älteren Personen zur Beobachtung. Schon bei den leichteren Formen der Melancholie pflegen die ängstlichen Vorstellungen nicht von gleichmäßiger Intensität zu sein, sondern zu gewissen Zeiten, besonders in den Morgenstunden, ein Anschwellen zu erfahren. Bei den schwereren Erkrankungsgraden tritt mitunter anfallsartig ganz plötzlich eine außerordentlich lebhafte, in manchen Fällen mit Trübung des Bewußtseins einhergehende Steigerung des Angstaffekts hervor, die sich in triebartigen gewalttätigen Handlungen gegen das eigene Leben oder das der Umgebung entladen kann (*Raptus melancholicus*). Selbstmord, Selbstverstümmelungen der verschiedensten Art (Ausreißen eines Bulbus, Abschneiden des Penis, Verbrennen der Zunge, Ermordung der eigenen Kinder) werden während dieser Zustände von den Kranken oft mit erstaunlicher Geschwindigkeit und Geschicklichkeit ausgeführt. Nach Ablauf des Angstanfalls pflegt die innere Spannung der Kranken nachzulassen und einem freieren Verhalten Platz zu machen.

Es ist demnach die Gefahr des Selbstmordes bei allen mit Angstaffekten verlaufenden Fällen von Melancholie eine außerordentlich große, sie kann aber kaum jemals in einem Falle von Melancholie mit einiger Sicherheit ausgeschlossen werden. So können auch aus dem regungslosen Verhalten der *Melancholia attonita* heraus die heftigsten Angstaffekte die Hemmung ganz plötzlich durchbrechen und zu sehr energischen Selbstmordversuchen führen. Mit großer Hartnäckigkeit und Schlaueit verstehen die Kranken oft die zur Erreichung ihres Zweckes günstigen Umstände zu benutzen.

Die Nahrungsverweigerung, welche in vielen Fällen von Melancholie ein praktisch sehr wichtiges Symptom bildet, ist mitunter auch auf die Absicht des Patienten, sich durch Verhungern den Tod zu geben,

zurückzuführen. In anderen Fällen halten Wahnvorstellungen die Kranken von der Nahrungsaufnahme ab: sie dürfen nicht mehr essen, weil sie zu schlecht, nicht eines Stückes Brot mehr wert sind, sie können das Essen nicht bezahlen, müssen deshalb hungern, der After und Schlund sind zugewachsen, so daß keine Verdauung mehr möglich ist usw. Eine scharfe Trennung zwischen den Fällen von Melancholie simplex, attonita und agitata ist nicht durchführbar, da zwischen diesen Zuständen die mannigfachsten, fließenden Übergänge vorkommen. Die Stärke des Angstaffektes, die Intensität der motorischen Hemmung kann im einzelnen Krankheitsfall zu verschiedenen Zeiten eine so wechselnde sein, daß die Einreihung des Falles in eine bestimmte Gruppe unmöglich oder willkürlich wird.

Unter den körperlichen Erscheinungen der Melancholie nehmen Störungen der Verdauung eine wichtige Rolle ein.

Die Zunge ist häufig belegt, trocken und borkig, es besteht Foetor ex ore, der Appetit und die Verdauung liegen danieder. Störungen der Salzsäureausscheidung des Magens sind von einigen Beobachtern nachgewiesen worden. Der Stuhlgang ist angehalten, mitunter besteht hartnäckige Obstipation. Das Körpergewicht sinkt während der Krankheit in den meisten Fällen erheblich, auch wenn keine Nahrungsverweigerung stattgefunden hat, um sich im Rekonvaleszenzstadium allmählich wieder zu heben.

Der Schlaf ist bei der Melancholie regelmäßig gestört, in den leichten Fällen unruhig, von ängstlichen Träumen begleitet, von zu kurzer Dauer. Bei den schwereren Fällen mit ängstlicher Erregung kann anhaltende Schlaflosigkeit bestehen.

Die Herztätigkeit pflegt schwach, der Puls klein, verlangsamt, mitunter unregelmäßig zu sein, jedoch unter dem Einfluß der ängstlichen Erregung beschleunigt zu werden. Die Extremitäten fühlen sich kühl an, haben nicht selten ein leicht cyanotisches Aussehen. Die Körpertemperatur ist in manchen Fällen subnormal. Die Respiration ist verlangsamt, oberflächlich, mitunter von einzelnen tiefen Atemzügen unterbrochen; bei der Melancholia agitata kann sie keuchend und beschleunigt werden. Die Menstruation weist in manchen Fällen Störungen auf, cessiert nicht selten mit dem Beginne der Krankheit, um mit eintretender Rekonvaleszenz wieder aufzutreten, in anderen Fällen sind Menstruationsstörungen nicht zu konstatieren.

Bei der senilen Form der Melancholie sind nicht selten Altersveränderungen an dem Gefäßsystem, neben Tremor und anderen Zeichen der senilen Hirnerkrankung nachweisbar. Es muß darauf hingewiesen werden, daß diese arteriosklerotischen Veränderungen das Krankheitsbild nicht nur in somatischer, sondern auch in psychischer Hinsicht wesentlich beeinflussen und einen ungünstigen Verlauf herbeiführen können.

Die subjektiven Beschwerden sind bei der Melancholie mannigfaltige. Die Kranken klagen über allgemeine Mattigkeit, Gliederschmerzen, Ohrensausen, Kopfdruck, der nicht selten als schmerzhaft empfindung in die Gegend des Hinterkopfes verlegt wird. Die Herzgegend ist der Sitz verschiedenartiger unangenehmer Sensationen, Empfindungen des Umschnürtseins, der Spannung, des Pulsierens werden angegeben, in schweren Fällen wird die Angst nicht selten als „Schmerz“ in die Herzgegend lokalisiert.

Bei den leichteren Erkrankungsformen ist mitunter ausgesprochenes Krankheitsgefühl vorhanden, welches bei den schwereren Fällen fast regelmäßig zu fehlen pflegt, so daß man auf Fragen häufig die Antwort erhält: „Ich bin nicht krank, sondern schlecht.“

Über die Dauer der Melancholie läßt sich allgemein nur so viel sagen, daß sich die Erkrankung über eine Reihe von Monaten zu erstrecken pflegt, daß sie aber auch ein Jahr und länger dauern kann, und daß selbst nach 4—5jähriger Dauer der Melancholie noch Heilung beobachtet ist.

Der Verlauf der Krankheit ist selten ein gleichmäßiger, häufig durch mannigfache Remissionen und Exacerbationen der Krankheitserscheinungen ausgezeichnet. Der Übergang in Genesung ist in der Mehrzahl der Fälle ein allmählicher, traurige Verstimmung, Angst und Hemmungserscheinungen bilden sich langsam unter stetigem Steigen

des Körpergewichts und Besserwerden des Schlafes zurück, in anderen Fällen ist der Übergang in Heilung ein sehr plötzlicher, nach Art einer Krisis eintretender. In vielen Fällen wird die Melancholie von einem kurzen, sich über Tage bis Wochen erstreckenden Nachstadium gefolgt, in welchem an Stelle der traurigen eine heitere Verstimmung mit Erleichterung des Vorstellungsablaufes tritt, die Hemmung auf motorischem Gebiete einer gewissen Unruhe und Vielgeschäftigkeit Platz macht, so daß ein Stadium leichter manischer Erregung von der Melancholie zur Gesundheit hinüberführt.

Prognose und Ausgänge der Krankheit.

Bei der Prognose der Melancholie muß, wie bei der Manie, die Vorhersage für den Ausgang der einmaligen Erkrankung durchaus vor der Frage, ob Rezidive zu erwarten sind, getrennt werden.

Wenn auch die Melancholie zweifellos häufiger als die Manie als einmalige Erkrankung im Leben vorkommt, ist dennoch ihre Neigung zu Wiederholungen eine nicht zu verkennende.

Namentlich tritt diese Neigung zu Rezidiven bei den Melancholien des jugendlichen Alters in ausgesprochener Weise hervor, so daß man bei einem Anfall von Melancholie in den Jugendjahren immer mit der Wahrscheinlichkeit rechnen muß, daß sich die Krankheit im späteren Leben wiederholt, besonders wenn erbliche Belastung vorliegt. Die Tendenz zu Rezidiven ist aber keineswegs auf die jugendlichen Depressionszustände beschränkt, auch die auf der Lebenshöhe oder in vorgeschrittnerem Lebensalter, besonders die bei Frauen im Klimakterium, selbst die im beginnenden Greisenalter einsetzenden Melancholien zeigen nicht selten Wiederholungen in bald ganz unregelmäßigen, bald mehr oder weniger regelmäßigen Zwischenräumen (vergl. Kapitel: Periodische Seelenstörungen).

Was die Prognose des einzelnen Anfalls von Melancholie mit Hinsicht auf das Lebensalter betrifft, so bieten die jugendlichen Melancholien günstigere Chancen für die Heilung dar, wie die Melancholien der höheren Altersstufen, deren Aussichten auf Heilung sich von Jahrzehnt zu Jahrzehnt etwas zu verschlechtern scheinen. Während erstere in der großen Mehrzahl der Fälle in Genesung übergehen, muß die Prognose der senilen Melancholie als eine zweifelhafte bezeichnet werden.

Auch die Chancen für die Zeitdauer des einzelnen Anfalls werden mit zunehmendem Alter schlechter. Während die Krankheitsdauer der jugendlichen Melancholie in der Regel unter einem Jahr zu betragen pflegt, kommen die senilen Formen nicht selten erst nach ein- oder mehrjähriger Krankheit zum Ablauf.

Von den der Melancholie zugehörigen Symptomen gestattet keines einen sicheren Schluß auf den Endausgang der Krankheit. Doch läßt sich sagen, daß lebhafter Beziehungswahn oder sehr unsinnige Wahnvorstellungen, z. B. hypochondrischer Art im höheren Alter im allgemeinen von ungünstiger prognostischer Bedeutung sind. Das Wiederauftreten der während der Krankheit ausgebliebenen Menses ist häufig ein günstiges Zeichen, auch allmähliches, stetiges Steigen des Körpergewichts pflegt, wenn nicht bereits Zeichen psychischer Schwäche eingetreten sind, auf beginnende Heilung hinzuweisen.

Abgesehen von den in Heilung übergehenden Fällen kommen folgende Endausgänge der Krankheit vor.

In einer Anzahl von Beobachtungen entwickelt sich mit allmählicher Abnahme der gemüthlichen Erregung, dem Zurücktreten der Verstimmung und der Wahnvorstellungen ein Zustand geistiger Schwäche. Diese geistige Schwäche kann sich in manchen Fällen bis zu ausgesprochener Demenz weiter entwickeln. Der Ausgang in Demenz kommt in erster Linie bei den senilen Formen der Melancholie zur Beobachtung, jedoch zeigen bereits manche Fälle der früheren Altersstufen des Rückbildungsalters die Tendenz in Schwachsinn überzugehen. Ein Ausgang der jugendlichen Melancholien in dauernde geistige Schwächestände, die den Namen Demenz verdienen, wird nicht beobachtet. In seltenen Fällen von Melancholie findet ein Übergang in einen chronischen Krankheitszustand statt, bei dem die Affektstörungen in abgeschwächtem Maße in Gestalt eines wehleidigen, weinerlichen Wesens bestehen bleiben, stärkere Angstempfindungen nicht mehr aufzutreten pflegen.

Der tödliche Ausgang der Melancholie erfolgt am häufigsten durch Selbstmord, und zwar handelt es sich in der Mehrzahl der Beobachtungen um Fälle, welche nicht rechtzeitig in einer Anstalt untergebracht worden sind. Auch durch Inanition infolge hartnäckiger Nahrungsverweigerung, sowie durch interkurrente Krankheiten (Darmaffektionen, Tuberkulose) wird mitunter der Tod herbeigeführt.

Ätiologie.

In einer erheblichen Anzahl von Erkrankungen an Melancholie findet sich erbliche Belastung; bemerkenswert erscheint dabei der wesentliche Einfluß einer gleichartigen Vererbung, die von einzelnen Autoren in der Hälfte aller hereditär belasteten Fälle nachgewiesen wurde. Auf dem Boden der angeborenen geistigen Schwäche entwickeln sich nicht selten im späteren Leben Melancholien. Unter den die Krankheit auslösenden äußeren Schädlichkeiten kommen zunächst psychische Einflüsse der verschiedensten Art (Gram, Sorgen, unglückliche Liebe usw.) in Betracht. Von körperlichen Störungen sind die verschiedenen, mit dem Fortpflanzungsgeschäft des Weibes in Zusammenhang stehenden Vorgänge (Pubertät, Schwangerschaft, Wochenbett, Laktation) als Gelegenheitsursachen zu betrachten, welche einen besonders günstigen Boden für die Entstehung der Psychose darbieten und wohl auch das häufigere Vorkommen der Melancholie beim weiblichen Geschlecht bedingen. Es werden ferner die verschiedensten akuten und chronischen körperlichen Erkrankungen (Influenza, Erkrankungen der Unterleibsorgane, besonders Magenaffektionen usw.) als Ursache der Melancholie angeführt, da sie nicht selten dem Ausbruch der Krankheit vorauszu gehen pflegen.

Eine wesentliche Bedeutung unter den ätiologischen Momenten kommt inneren, mit dem Senium und den präsenilen Altersstufen in engem Zusammenhang stehenden Einflüssen zu. Es scheint, daß die absteigende Kurve des Lebens (das Rückbildungsalter) ganz besonders günstige Bedingungen für die Entstehung der Melancholie schafft.

Während bei Frauen diese Melancholien in einem früheren Lebensalter, dem fünften und dem Anfang des sechsten Lebensjahrzehntes, der Zeit der klimakterischen Störungen, zu beginnen pflegen, treten sie bei Männern in der Regel erst in späteren Lebensjahrzehnten, beim Ein-

tritt in das Greisenalter auf. Es läßt sich jedoch eine genaue zeitliche Umgrenzung der fraglichen Phasen des Rückbildungsalters nicht geben, da hier individuelle Unterschiede fraglos sehr in Betracht kommen.

Diagnose.

Bei der Häufigkeit, mit der Melancholien im Senium und in der präsenilen Zeit zur Beobachtung kommen, ist ihre Abgrenzung von den depressiven Stadien der senilen Demenz von Wichtigkeit. Die Diagnose hat sich in erster Linie auf den Nachweis der für die senile Demenz charakteristischen geistigen Schwäche (vergl. Kapitel „Senile Demenz“) zu stützen und erfordert eingehende Untersuchung, da die Abnahme der Intelligenz bei den Melancholien der höheren Altersstufen mitunter nur eine scheinbare ist, durch die Denkhemmung vorgetäuscht wird. Andererseits ist zu berücksichtigen, daß naturgemäß die senilen Melancholien allmählich in die geistigen Schwächezustände des Seniums überführen können.

Erhebliche Schwierigkeiten kann die Unterscheidung der Melancholie von depressiven Phasen im Verlauf der Dementia paralytica bereiten, da traurige Verstimmung, Angst, Denkhemmung nicht selten zu hervortretenden Erscheinungen dieser Gehirnkrankung auf psychischem Gebiet gehören. Bei Stellung der Diagnose ist das größte Gewicht auf den Nachweis geistiger Schwächesymptome zu legen, die bei der Melancholie in den in Frage kommenden Lebensjahren zu fehlen pflegen, bei der Paralyse, wenn mitunter auch nur andeutungsweise vorhanden, nie ganz vermißt werden. Entscheidend für Paralyse ist der Nachweis körperlicher Lähmungserscheinungen (vergl. Kapitel „Paralyse“).

Praktisch ist es von Wichtigkeit, bei erstmaligen melancholischen Verstimmungen von früher syphilitisch infizierten Männern im 4. und 5. Lebensjahrzehnt, dem Prädilektionsalter der Paralyse, stets an die Möglichkeit einer paralytischen Erkrankung zu denken und mit der Diagnose einer einfachen Melancholie vorsichtig zu sein.

Eine besonders eingehende und sorgfältige klinische Analyse erfordert die Unterscheidung der Melancholien des jugendlichen Alters von den depressiven Phasen der Katatonie.

Wir haben schon hervorgehoben, daß ein Teil der früher als Melancholia attonita oder stupida bezeichneten Fälle dem Gebiet der Katatonie angehört.

Für die Unterscheidung der depressiven Zustände der Katatonie von der Melancholie sind folgende Punkte als wichtig hervorzuheben:

Die Herzensangst, die innere Traurigkeit der Melancholie wird bei der Verstimmung des Katatonikers vermißt. Diese Kranken erscheinen im Kontrast zu ihren Wahnvorstellungen auffallend gleichgültig, sie nehmen keinen Anteil an ihrer Umgebung, obwohl sie die Vorgänge um sich herum ganz gut aufzufassen imstande sind, während die Affekterregbarkeit des Melancholikers bei den verschiedensten äußeren Gelegenheiten in deutlicher Weise zum Ausbruch zu kommen pflegt.

Das Auftreten zahlreicher Sinnestäuschungen und unsinniger, besonders hypochondrischer Wahnvorstellungen bei den depressiven Zuständen des jugendlichen Alters macht die Annahme einer sich entwickelnden katatonischen Erkrankung wahrscheinlich.

Sind demnach auf psychischem Gebiete die gemüthliche Stumpfheit, die Apathie und Gleichgültigkeit, die Interesselosigkeit gegenüber der Umgebung bei relativ guter Auffassungsfähigkeit, sowie unsinnige Wahnvorstellungen für die Katatonie im Gegensatz zu dem affektbetonten Wesen, der inneren Traurigkeit und ängstlichen Verstimmung, der Denkhemmung bei der Melancholie charakteristisch, so kommen in der motorischen Sphäre die Befehlsautomatie, die Stereotypie und Manieren, sowie der Negativismus des Katatonikers wesentlich für die Unterscheidung von der psychomotorischen Hemmung der Melancholie in Betracht (vergl. Kapitel „Katatonie“).

Es ist demnach bei Stellung der Diagnose einer Melancholie des jugendlichen Alters, besonders der stuporösen Form derselben, große Vorsicht am Platze und das Bestehen eines katatonischen Zustandes nicht immer leicht auszuschließen. Doch wird man in der Mehrzahl der Beobachtungen zu einer richtigen Diagnose des Krankheitsfalles gelangen, wenn man sich vor Überschätzung einzelner Symptome des Krankheitsbildes hütet, stets den Verlauf und die Entwicklung der gesamten Erscheinungen im Auge behält.

Die Trennung der Melancholie von akuten paranoischen Zuständen kann in Fällen Schwierigkeiten bereiten, in denen ausgesprochene Verfolgungsideen und Beziehungswahnvorstellungen das Krankheitsbild beherrschen, wie es bei den durch starken Angstaffekt ausgezeichneten Melancholien des Involutionalters mitunter beobachtet wird. Dieser mit lebhaften Sinnestäuschungen bei äußerlich geordnetem Verhalten einhergehende Verfolgungswahn kann weitgehende Ähnlichkeit besitzen mit einer akuten paranoischen Erkrankung, die sich vornehmlich auf dem Boden des Alkoholismus zu entwickeln pflegt, der akuten alkoholischen Paranoia (akute Halluzinose, halluzinatorischer Wahnsinn der Trinker). Eine genaue Analyse des Verfolgungswahns, wie er im Verlauf einer Melancholie entstehen kann, zeigt jedoch die Abhängigkeit desselben von der Affektstörung der Angst, aus der heraus sich die Beziehungswahnvorstellungen entwickeln. Ferner pflegen die auf dem Boden einer Melancholie entstehenden Verfolgungsideen nicht in systematisierender Weise von den Kranken verarbeitet zu werden, während die in Frage kommenden akuten alkoholischen Psychosen häufig schon frühzeitig ein paranoisches Stadium erkennen lassen, in welchem die Kranken die beängstigenden Trugwahrnehmungen unter einheitliche Gesichtspunkte zu bringen und Erklärungswahnvorstellungen zu äußern pflegen.

In zweifelhaften Fällen kann die Anamnese sowie die Eigenart der auf alkoholischer Basis entstehenden Phoneme den richtigen Weg weisen.

Für die Beantwortung der Frage, ob ein Fall von Melancholie zu den einfachen, rezidivierenden oder periodischen Formen der Krankheit gehört, gibt uns die Symptomatologie keine sicheren Anhaltspunkte. Inwieweit Zeit des Auftretens und Verlauf der Krankheit in dieser Hinsicht Wahrscheinlichkeitsschlüsse gestatten, werden wir bei Besprechung des periodischen Irreseins erörtern.

Therapie.

Da die Art der Behandlung von wesentlichem Einfluß auf Verlauf und Ausgang der Melancholie zu sein pflegt, ist die Kenntnis der in

Frage kommenden therapeutischen Faktoren von weitgehender praktischer Bedeutung*).

Der wichtigsten Anforderung, von dem Kranken alle schädlichen Reize fern zu halten und denselben vor der dringenden Gefahr des Selbstmordes zu bewahren, wird am besten durch Unterbringung des Patienten in einer **geschlossenen Anstalt** genügt.

Die Behandlung in der Irrenanstalt wird in allen Fällen, in denen Angsteffekte bestehen und somit die Gefahr des Selbstmordes eine sehr hochgradige und naheliegende ist, zu einer Notwendigkeit. Da aber auch in den leichteren Fällen der Melancholia simplex Angst nicht völlig zu fehlen pflegt und unerwartet ängstliche Erregungen aus anscheinend vorher ganz ruhigem Verhalten heraus auftreten können, darf auch bei diesen Fällen die Behandlung in einer offenen Anstalt (Sanatorien) nur dann erfolgen, wenn die äußeren Verhältnisse günstige sind, für andauernde Beaufsichtigung des Kranken durch ein geschultes Wartepersonal Sorge getragen werden kann. Von einem Verbleiben in der Familie muß fast in allen Fällen abgeraten werden, da die gewohnte Umgebung den Kranken am meisten zu erregen pflegt, das Zusammensein mit den Familienangehörigen, die Erinnerungen an den Beruf oder häusliche Pflichten sehr häufig einen ungünstigen Einfluß auf die krankhafte Gemütsstimmung ausüben.

Besonders schädlich pflegen Versuche, durch Zerstreungen, Reisen, Geselligkeit usw. den Kranken auf andere Gedanken zu bringen, einzuwirken und eine direkte Steigerung der Depression hervorzurufen. In vereinzelt Fällen leichter melancholischer Verstimmung können durch ruhigen Landaufenthalt bei Trennung von der Familie, unter steter Beaufsichtigung, günstige Erfolge erzielt werden.

Ist demnach die Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt für die weitaus meisten Fälle von melancholischer Erkrankung das dringendste Erfordernis, so vergeht leider in der Praxis mitunter einige Zeit, ehe die Aufnahme erfolgen kann. Da erfahrungsgemäß gerade diese Tage von den Kranken zur Ausführung von Selbstmord nicht selten mit Erfolg benutzt werden, ist es Pflicht des Arztes, mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln die Kranken in dieser Phase vor Selbstmord zu schützen. Durch geeignete Vorsichtsmaßregeln, Sicherung der Fenster und Türen, ev. Unterbringung des Kranken in einem Parterrezimmer, Fernhalten aller schneidenden Gegenstände, auch von Bändern, Schnüren usw. wird dies gelingen, wenn Patient niemals allein gelassen, ununterbrochen, auch bei Nacht, bei Aufsuchen des Klosets usw. überwacht wird.

In der Anstalt kommen folgende Behandlungsmethoden in erster Linie in Betracht, mit denen sehr zweckmäßig schon vor der Einlieferung die häusliche Behandlung beginnen kann.

Nicht nur das beste Beruhigungsmittel ängstlich erregter Kranker, sondern auch die sicherste Überwachungsmethode für dieselben ist die **Bettbehandlung** die man selbst bei langer Krankheitsdauer konsequent durchzuführen versuchen muß.

Die Schlaflosigkeit wird bei den leichteren, nicht von stärkeren Angsteffekten begleiteten Fällen von Melancholie am besten

*) ZIEHEN hat die für den praktischen Arzt in Frage kommenden therapeutischen Gesichtspunkte eingehend in einer Abhandlung „Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis“ (Altsche Sammlung, Bd. I, H. 2 u. 3) wiedergegeben, auf die wir für ein spezielleres Studium verweisen.

durch abendliche lauwarme Bäder (27—28° R), hydropathische Einpackungen (24—25° R) bekämpft, Prozeduren, die in manchen Fällen zweckmäßig in Verbindung mit Darreichung von Trionaldosen (0,5 bis 1,5 g in warmer Milch) oder von Bromnatrium in kleineren stündlichen Dosen zu 0,5—1,0 g, resp. einmaligen größeren Gaben (2—3 g) zur Anwendung kommen.

Auch der Alkohol kann als Beruhigungs- und Schlafmittel bei leichteren Fällen von Melancholie gute Dienste leisten.

Für viele Fälle mit stärkerer ängstlicher Erregung ist **Opium** das souveräne Beruhigungsmittel und die Einleitung einer methodischen Opiumbehandlung indiziert.

Man beginnt mit kleinen Dosen *Opium pulv.* (0,025—0,05) in Pulvern oder Pillen. *Tinct. Opii simpl.* 10—15 Tropfen, mehrmals täglich und steigt successive mit diesen Einzeldosen, bis die Gesamtmenge des Opiums 1,0 beträgt, um dann das Mittel nicht plötzlich einzustellen, sondern allmählich mit der Opiumdosis wieder zurückzugehen. Dieses „Ausschleichen“ mit der Dosis ist von Wichtigkeit, da schnelles Aussetzen gewöhnlich Exacerbationen der Krankheitserscheinungen hervorzurufen pflegt. Es ist zwecklos, die Opiumbehandlung fortzusetzen, wenn nicht bald eine deutlich beruhigende Wirkung derselben hervortritt. In vereinzelten Fällen wirkt das Opium nicht beruhigend, sondern die Erregung steigernd, so daß ein schnelles, dabei vorsichtiges Aussetzen des Mittels geboten ist. Man kann dann versuchen, durch Morphiuminjektionen (0,01—0,02) oder durch Verbindung von Morphium mit Scopolamin (0,015 Morphium + 0,0005—0,001 Scopolamini hydrobromici) Beruhigung zu erzielen. Zuweilen soll Codein besser wie Morphium oder Opium wirken.

Bei der Bäderbehandlung der Melancholie mit stärkerer ängstlicher Erregung ist streng individualisierendes Verfahren geboten, da erfahrungsgemäß durch prolongierte oder Dauerbäder die Angst nicht selten gesteigert wird; auch feuchte Einpackungen können eine Steigerung der Angst zur Folge haben, während sie in manchen Fällen von ängstlicher Verstimmung des Rückbildungsalters, besonders wenn man bei abgemagerten, blutarmen Personen warmes Wasser zur Befechtung der Laken verwendet, von günstigem Erfolg begleitet sind.

Eine sehr sorgfältige Berücksichtigung verlangt die Ernährung bei der Melancholie. Die Nahrung muß kräftig und reizlos sein, wiederholtes Darreichen kleinerer Portionen ist einzelnen kopiösen Mahlzeiten vorzuziehen. Reichlicher Milchgenuß, Eier, Fleischspeisen sind empfehlenswert, als erfrischendes Getränk säuerliche Limonaden von Nutzen. Der häufig bestehenden hartnäckigen Obstipation muß durch Massage, Wasser-, Glycerin- oder Ölklystiere, Einläufe, ev. durch innerliche Abführmittel (Rizinusöl) entgegengearbeitet werden. Da das Opium die Salzsäuresekretion des Magens herabsetzt, tut man gut, nach den Mahlzeiten kleine Mengen Salzsäure in Wasser nehmen zu lassen. Auf die Mundpflege der Kranken ist großes Gewicht zu legen.

Bemerkenswert ist, daß durch die Opiumtherapie die Obstipation in keiner Weise vermehrt wird, im Gegenteil bestehende Stuhlverstopfung nicht selten unter dieser Behandlung verschwindet. Wird Opium innerlich von den Kranken nicht vertragen, dann kann man den Versuch machen, es subkutan als *Extr. Opii aquosum* zu verabreichen. Eine konsequente Durchführung dieser Injektionen scheidet aber in

der Regel an der ängstlichen Erregung, in welche die Kranken durch die Einspritzungen versetzt werden.

Bei Nahrungsverweigerung kann man nicht selten durch freundliches oder energisches Zureden die Kranken zum Essen bewegen; mitunter essen die Kranken die neben sie gestellten Mahlzeiten, wenn sie allein gelassen werden, während sie im Beisein anderer die Nahrung verweigern.

Gelingt es nicht mehr, die abstinierenden Kranken durch wiederholtes Einführen kleiner Mengen flüssiger Nahrung in genügender Weise zu ernähren, dann kann man zunächst den Versuch machen, durch Nahrungsklystiere ($\frac{1}{2}$ l Wasser, 2 Eier, 2 Eßlöffel Stärkemehl, 0,05 Opium, 1 Messerspitze Kochsalz, 31° — nach ZIEHENS Vorschrift) für die nötige Nahrungszufuhr zu sorgen.

In allen Fällen hartnäckiger Nahrungsverweigerung säume man aber nicht, zur Schlundsondenfütterung*) zu greifen, die in der Behandlung abstinierender Kranker weitaus den ersten Platz einnimmt und bei sachgemäßer Ausführung sich lange Zeit ohne Schaden für den Patienten durchführen läßt. Die Darreichung reichlicher Mengen von Milch, $\frac{1}{2}$ bis 1 Liter mehrmals täglich, mit eingeführten Eiern bei Zusatz von etwas Zucker, Salz und geringen Mengen Alkohols haben sich als zweckmäßig erwiesen.

Bei der psychischen Behandlung der Melancholie sind ruhiges, gleichmäßig freundliches Wesen und vor allem Geduld die wesentlichsten Erfordernisse. Erörterungen und Diskussionen mit den Kranken über ihre Wahnvorstellungen haben keinen Wert.

Bei der Entlassung des Patienten aus der Anstalt ist Vorsicht am Platze, da die Kranken in ihrem Drang nach Freiheit mitunter dissimulieren, um außerhalb der Anstalt bald wieder schwerer zu erkranken oder Selbstmord auszuführen.

Eine erhebliche und dauernde Zunahme des Körpergewichts ist ein wichtiges objektives Zeichen der eingetretenen Genesung, wenn die Besserung der psychischen Symptome mit der Hebung des körperlichen Befindens gleichen Schritt gehalten hat.

Literatur.

Außer den unter Manie zitierten Hand- und Lehrbüchern der Psychiatrie:

- FÜRSTNER, Über die Geistesstörungen des Senium. Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten, Bd. XX.
 KRAEPELIN, Zur Diagnose und Prognose der Dementia praecox. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. LVI.
 Derselbe, Über die klinische Stellung der Melancholie. Monatsschrift für Neurologie u. Psych., 1899, Bd. VI.
 SCHOTT, Beitrag zur Lehre von der Melancholie (mit ausführlichem Literaturverzeichnis). Archiv f. Psych. u. Nervenkrankheiten, Bd. XXXVI.
 SIEMERLING, Graviditäts- und Puerperalpsychosen. „Die deutsche Klinik“ 1904.
 ZIEHEN, Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. Altsammlung zwangloser Abhandlungen, 1896, Bd. I, H. 2 u. 3.

*) Eine ausführliche Schilderung der praktisch wichtigen Sondenfütterung findet sich bei PFISTER (Die Abstinenz der Geisteskranken und ihre Behandlung, Stuttgart 1899).

Periodische (und zirkuläre) Geistesstörungen.

Wesen und Bedeutung der periodischen Seelenstörungen.

Wir haben schon bei der Schilderung der einfachen Manie und Melancholie die Neigung dieser Krankheiten, zu wiederholten Malen im Leben aufzutreten, betont und hervorgehoben, daß es sich bei diesen Wiederholungen einerseits um Rezidive handelt, die, durch lange Intervalle von der ersten Erkrankung getrennt, mitunter nur einmal während einer langen Lebensdauer zur Entwicklung kommen, andererseits um periodisch auftretende Zustände eines veränderten psychischen Verhaltens mit der Tendenz zu häufigen Wiederholungen. Das Wesen dieser periodischen Seelenstörungen ist darin begründet, daß die Wiederholung der einzelnen Phasen und Zustände geistiger Erkrankung sich nicht aus äußeren Veranlassungen herleiten läßt, sondern daß die Periodizität der Anfälle auf Störungen beruht, die tief in der Organisation des Erkrankten begründet sind. Die Entstehung durch endogene Ursachen ist das diese Fälle beherrschende Prinzip.

Das Krankheitsbild, unter dem die periodischen Seelenstörungen sich darstellen, ist ein verschiedenes, je nachdem immer dieselben Formen bei den wiederholten Erkrankungen auftreten (periodische Manie, periodische Melancholie) oder verschiedene Formen mit größerer oder geringerer Regelmäßigkeit miteinander abwechseln. Der regelmäßige Wechsel von melancholisch-maniakalischen resp. maniakalisch-melancholischen Phasen, die in der Mehrzahl der Fälle durch freie Intervalle getrennt werden, wird als zirkuläres Irresein bezeichnet. Das zirkuläre Irresein stellt somit nur eine bestimmte Verlaufsweise der periodischen Seelenstörungen dar, ist dem Wesen nach nicht von denselben zu trennen.

Da jedoch dieser regelmäßige Turnus (Zirkel) der einzelnen Krankheitsphasen zu den seltneren Verlaufsarten der periodischen Erkrankungsformen gehört, sehr viel häufiger ein unregelmäßiger Wechsel depressiver und manischer Krankheitszustände, die einander auch in mannigfacher Weise ersetzen und sich miteinander vermischen können, zur Beobachtung kommt, ferner zahlreiche Übergänge von den regelmäßigen zu den unregelmäßigen Verlaufsarten hinüberführen, bezeichnen wir diese große Gruppe der periodischen Psychosen, von denen die streng zirkulären Formen einen kleinen Teil bilden, zweckmäßig mit dem Namen des manisch-depressiven Irreseins.

Unsere Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins ist eine engere als diejenige, welche ihm KRAEFLIN gegeben hat, da dieser Autor alle Erscheinungsformen der Manie und Melancholie, mit Ausnahme der Melancholie des Rückbildungsalters, „als eine Einheit auffaßt und die einzelnen Zustandsbilder und Verlaufsarten als Sondergestaltungen des einen gemeinsamen Krankheitsvorganges“ — des manisch-depressiven Irreseins — darstellt.

Es geht aus diesen Ausführungen hervor, daß die Feststellung der Periodizität einer Geistesstörung von prinzipieller Bedeutung ist, gegenüber welcher die Frage nach der manischen oder depressiven Färbung, sowie der Aufeinanderfolge der einzelnen Phasen, der Dauer derselben, sowie der Länge der freien Intervalle an Wichtigkeit in den Hintergrund tritt.

Da bei oberflächlicher Betrachtung die Melancholie und Manie zwei sich diametral entgegengesetzte Krankheitsbilder darstellen, erscheinen die mannigfachen Beziehungen, in welche die manischen und depressiven Krankheitsphasen im Verlauf des manisch-depressiven (zirkulären) Irreseins miteinander treten, zunächst befremdend. Die eingehende klinische Analyse hat jedoch ergeben, daß der zwischen melancholischen und manischen Zuständen bestehende Gegensatz nur ein scheinbarer ist, in der Tat eine innere Verwandtschaft dieser Formen psychischer Erkrankung besteht.

Diese verwandschaftlichen Beziehungen werden uns verständlich, wenn wir bedenken, daß ein leichter Grad der einen Krankheit häufig nach Ablauf der anderen einzutreten und in die Rekonvaleszenz hinüberzuführen pflegt, in manchen Fällen auch vorausgehen kann (depressives Vorstadium der Manie), daß ferner im Verlauf des manisch-depressiven (zirkulären) Irreseins ein Anfall von Melancholie nicht selten durch eine Manie und umgekehrt ersetzt wird, daß ferner fließende Übergänge von den rein periodischen zu den zirkulären Störungen vorkommen und schließlich Mischformen von manischen und melancholischen Zuständen beobachtet werden. Die Tatsache der inneren Verwandtschaft der Manie und der Melancholie muß bei Betrachtung der periodischen und zirkulären Seelenstörungen den leitenden Gesichtspunkt bilden, da nur die Berücksichtigung dieser Beziehungen die außerordentlich mannigfachen Krankheitsbilder des periodischen resp. manisch-depressiven (zirkulären) Irreseins unserem Verständnis näher bringen kann. Wenn wir bei der folgenden Schilderung die periodischen von den zirkulären Störungen trennen, so geschieht dies einmal aus dem Grunde, daß wohl zweifellos rein periodische Formen der Manie und Melancholie vorkommen, andererseits die Prognose im Einzelfall von der besonderen Form der vorliegenden periodischen Störung beeinflußt werden kann.

Ätiologie.

In der Ätiologie aller periodischen Seelenstörungen spielt die **erbliche Belastung** die größte Rolle; sie läßt sich in der überwiegenden Mehrzahl (zirka 80%) aller Fälle nachweisen. Auffallend häufig findet sich gerade zirkuläres oder periodisches Irresein bei anderen Familienmitgliedern, so daß in manchem dieser Fälle sich weitverzweigte Stammbäume der von diesen Psychosen betroffenen Anverwandten konstruieren lassen. Nicht selten erfährt man, daß die Kranken von Jugend auf grüblerische, scheue und stille Naturen oder im Gegenteil aufgeregte, zu lebhaftem Stimmungswechsel neigende Menschen gewesen sind.

Als auslösende Ursachen kommen die bei der Ätiologie der Manie und Melancholie erwähnten Schädlichkeiten in Betracht. Eine hervorragende Bedeutung in der Ätiologie der periodischen Seelenstörungen kommt den Pubertäts- und Entwicklungsjahren in weiterem Sinne bei beiden Geschlechtern etwa bis zum 25. Lebensjahr zu.

Das erste Auftreten der Menses fällt nicht selten mit den ersten deutlichen Symptomen einer beginnenden periodischen Seelenstörung zusammen. Auch in den klimakterischen Jahren kommen in manchen Fällen sich häufiger wiederholende psychische Störungen vom Charakter periodischer Melancholien zur Entwicklung.

Betrachten wir nach diesen einleitenden Bemerkungen die einzelnen Formen der periodischen Seelenstörungen gesondert.

Die periodische Manie.

Symptomatologie und Verlauf.

Diejenigen Kardinalsymptome, die wir bereits bei der Besprechung der einfachen Manie geschildert haben, gehobene Stimmung mit Neigung zu Stimmungswechsel, Ideenflucht, Ablenkbarkeit und Bewegungsdrang, bilden auch die wesentlichen Erscheinungen der periodischen Formen dieser Erkrankung. Jedoch sind diese periodischen Manien in der Mehrzahl der Fälle dadurch charakterisiert, daß die Symptome weniger intensiv auftreten, die einzelnen Anfälle den leichten Graden der Krankheit, der hypomanischen Erregung, (vgl. pag. 80, 81) entsprechen.

Ein depressives Vorstadium fehlt bei den einzelnen Phasen der periodischen hypomanischen Erregung nicht selten völlig, in manchen Fällen gehen dem Beginn des Anfalls Prodromalerscheinungen, wie Kopfschmerzen, Angstempfindungen, Störungen des Appetits, voraus, die mit dem gewöhnlich sehr schnellen und unvermittelten Auftreten manischer Symptome sofort zu verschwinden pflegen. Die manische Erregung erreicht sehr rasch eine bestimmte Höhe, welche sie dann in dem einzelnen Krankheitsfall in der Regel nicht überschreitet. Das heitere, lebhaft und gesprächige Wesen, die rastlose Geschäftigkeit, die schlagfertigen, „witzigen“ Antworten lassen den Betreffenden seiner Umgebung oft nicht als krank (folie raisonnée), mitunter leicht angetrunken erscheinen. Diese Verkennung tatsächlich vorliegender krankhafter Veränderungen hat für den Patienten in vielen Fällen die unangenehmsten und schwersten Konsequenzen, da er infolge seiner Neigung zu Exzessen in Baccho et Venere, zu großen Ausgaben, tollkühnen Spekulationen, einerseits sein Vermögen ruinieren, andererseits mit dem Strafgesetz in Konflikt kommen kann. Besonders pflegt der lebhafte Stimmungswechsel, die große Reizbarkeit dieser Kranken zu mannigfachen Verstößen gegen das Gesetz und Bestrafungen zu führen, wenn, wie es häufig der Fall ist, die Krankheit nicht als solche erkannt wird.

So beobachtete ich z. Z. eine an periodischer Manie leidende Patientin, die achtmal mit Haft, viermal mit Gefängnis, einmal mit Zuchthaus und dreimal durch Unterbringung in Korrekptionsanstalten bestraft wurde, ehe ihr Zustand richtig gedeutet und sie in die Irrenanstalt gebracht wurde.

Es bildet deshalb die Kenntnis dieser leichten periodischen Manien und die Vorbeugung ihrer event. Folgen eine wichtige Aufgabe des Arztes*).

Bemerkenswert ist, daß die einzelnen Anfälle der periodischen Manien sich oft mit „fast photographischer Treue“ gleichen. Dieselben Eigentümlichkeiten des Benehmens und Sprechens, dieselben Veränderungen des Gesichtsausdrucks, das Auftreten flüchtiger Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen stets desselben Inhalts, können in den verschiedenen Anfällen ganz in gleicher Weise auftreten, denselben ein eigenartiges stereotypes Gepräge verleihen. Nicht selten fühlen die Kranken das Herannahen eines neuen Anfalls mit Deutlichkeit voraus, finden sich von selbst wieder in der Klinik, oft schon in charakteristischem äußeren Aufzug, ein.

*) Für ein eingehenderes Studium dieser praktisch überaus wichtigen psychischen Störungen verweise ich auf die Abhandlung HOCHES: „Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins.“ Alts Sammlung, Bd. I, H. 8.

Die im Anfall zu beobachtenden körperlichen Störungen sind dieselben wie die bei der einfachen Manie beschriebenen Symptome.

Von diesen leichten Formen der periodischen Manie führen Übergänge zu den schweren Verlaufsarten hinüber, in denen die einzelnen Anfälle mit tobsüchtiger Erregung, in manchen Fällen unter dem Bilde der manischen Verwirrtheit (vergl. pag. 82, 83) verlaufen. Seltener Beobachtungen, in denen massenhafte Sinnestäuschungen bei großer Verwirrtheit das Krankheitsbild in jedem einzelnen Anfall beherrschen, haben zur Aufstellung einer besonderen Krankheitsform der „periodischen Amentia“ geführt. Auch im Verlaufe ein und desselben Falles können Erregungszustände leichter und schwerer Natur in mannigfachen Abstufungen miteinander abwechseln, häufiger wird beobachtet, daß leichtere Anfälle den Beginn der Krankheit bilden, um mit wachsender Wiederholungsziffer in schwerere Erregungsphasen überzugehen.

Während bei den leichteren periodischen Manien die Erregung nach Wochen oder Monaten, ausnahmsweise schon nach Tagen abzufließen pflegt, kommt bei den schweren Formen eine Verlaufsauer von einem Jahr und darüber vor. Die einzelnen Anfälle enden in einer Reihe von Fällen sehr plötzlich, fast kritisch, in anderen Fällen kommen sie allmählich zum Ablauf. Ein depressives Nachstadium von verschiedener Dauer und Intensität kann nach den einzelnen Anfällen fehlen, kann aber denselben auch folgen. Fälle, in denen das depressive Nachstadium besonders ausgebildet ist, den Charakter einer mehr selbständigen melancholischen Erkrankung darbietet, stellen Übergangsformen der periodischen Manie zum manisch-depressiven (zirkulären) Irresein dar.

Die freien Intervalle zwischen den einzelnen manischen Anfällen können von sehr verschieden langer Dauer sein, Wochen bis Jahre betragen.

Ein ziemlich regelmäßiges Verhalten der intervallären Zeiten findet man bei den Manien von periodischem menstruellen resp. prämenstruellen Typus, bei denen die Anfälle sich in ca. vierwöchentlichen Intervallen regelmäßig von der ersten Menstruation an oder erst im Zusammenhang mit späteren Menstruationen einzustellen pflegen. Diese Fälle sind für den Verlauf der periodischen Manien geradezu typisch.

Das psychische Verhalten in den freien Zeiten ist ein verschiedenes. Es gibt zahlreiche Fälle, in denen die sorgfältigste Untersuchung keine krankhaften Erscheinungen in den Intervallen erkennen läßt; in anderen Fällen findet man Zeichen erhöhter Reizbarkeit, Labilität der Stimmung und andere nervöse, auf die hereditäre Belastung hinweisende Symptome.

Ausgang und Prognose.

Der tödliche Ausgang der periodischen Manie ist, da es sich in der Mehrzahl der Fälle um leichtere Erkrankungsformen handelt, ein seltener.

Bei den schweren Verlaufsarten kann der Tod unter den bei der einfachen Manie (cf. pag. 84) geschilderten Verhältnissen (Phlegmonen, Fettembolien, Verletzungen usw.) eintreten.

Eine Aussicht auf dauernde Heilung ist bei dem periodischen Verlauf dieser konstitutionell bedingten Erkrankung nicht zu erwarten; wohl aber kommen lange Zeit dauernde Remissionen, die mitunter Heilung vortäuschen, nicht selten zur Beobachtung. Besonders die menstruell bedingten Formen der periodischen Manie bieten unter günstigen äußeren Bedingungen eine gute Prognose für einen leichten Verlauf mit sehr weitgehenden Remissionen.

Die Prognose des einzelnen Anfalles der periodischen Manie ist zweifellos eine gute. In der großen Mehrzahl der Fälle besteht das Leiden bis zum Lebensende, ohne die geistigen Fähigkeiten des Erkrankten wesentlich zu schädigen. Eine dauernde Einbuße an Intelligenz erleiden mitunter die sich schnell aufeinander folgenden Erkrankungsformen mit sehr kurzen freien Intervallen.

Diagnose.

Für die Erkennung des einzelnen Anfalles einer periodischen Manie gelten die bei der Besprechung der Manie (pag. 85 u. folg.) angegebenen Merkmale. Was die weitere Frage der Unterscheidung der einfachen von den periodischen Formen der Manie anbetrifft, hoben wir bereits hervor, daß das Zustandsbild allein uns keinen sicheren Schluß nach dieser Richtung gestattet. Wenn wir jedoch die Verhältnisse berücksichtigen, unter denen die periodischen Manien aufzutreten pflegen, ergeben sich eine Anzahl Merkmale, die mit Wahrscheinlichkeit den periodischen Verlauf der Psychose vermuten lassen:

Sehr plötzliches Einsetzen, schneller Ablauf und mildes Auftreten der Erkrankung sprechen für einen periodischen Verlauf, ganz besonders, wenn bei ausgesprochener hereditärer Belastung die Erkrankung im jugendlichen Alter zur Zeit der Pubertätsentwicklung zum erstenmal auftritt, bei Mädchen mit dem Eintritt der Menstruation zusammenfällt. Es machen also leichte hypomanische Erregungszustände jugendlicher Hereditärer, besonders mit den eigenartigen Zügen der folie raissonnante, einen periodischen Krankheitsverlauf von vornherein sehr wahrscheinlich.

Die periodische Melancholie.

Symptomatologie und Verlauf.

Die klinischen Erscheinungen der einzelnen Anfälle von periodischer Melancholie entsprechen in der überwiegenden Mehrzahl der Beobachtungen den Symptomen der Melancholia simplex, und zwar den leichteren Verlaufsarten derselben (vergl. pag. 90, 91). Traurige gedrückte Stimmung, das Gefühl der subjektiven Insuffizienz beherrschen in Verbindung mit leichten Hemmungserscheinungen auf psychomotorischem Gebiet das Krankheitsbild in vielen Fällen. Unbestimmte Angstempfindungen, die auch wohl mitunter den Charakter ausgeprägter Präkordialangst annehmen, sind häufig vorhanden, steigern sich aber nur ausnahmsweise zu den lebhaften Angstausschüben der Melancholia agitata. Wenn aus diesem Grunde auch die Besonnenheit in der Mehrzahl der Fälle von periodischer Melancholie erhalten bleibt, sind suicidale Neigungen bei diesen Kranken doch niemals mit Sicherheit auszuschließen. In seltenen schweren Fällen kommt es zu Wahnbil-

dungen. Es pflegen dann dieselben melancholischen Wahnideen sich im Verlauf der verschiedenen Anfälle immer wieder einzustellen.

Die körperlichen Symptome entsprechen denjenigen der Melancholia simplex. Der einzelne Anfall setzt meist ziemlich rasch ein, um sich bald plötzlich, bald langsam wieder zu lösen. Ein hypomanisches Nachstadium wird bei den leichten periodischen Depressionszuständen häufig vermißt; wenn es vorhanden ist, kann es den Übergang zu den leichten Formen des zirkulären Irreseins bilden.

Die Zeit der einzelnen Krankheitsphasen sowie die der freien Intervalle ist von recht verschiedener Dauer. Die einzelne Depression pflegt sich über einen Zeitraum von Wochen bis Monaten zu erstrecken, mit freien Zwischenzeiten, die oft ein oder mehrere Jahre betragen.

Die leichtesten Formen der einfachen traurigen Verstinmung, bei denen die Kranken gewöhnlich nicht für krank gehalten werden, nicht in eine Anstalt gelangen, treten nicht selten häufiger, etwa jedes Jahr einmal, in manchen Fällen jeden Monat nach dem menstruellen Typus auf. Die Altersstufen, in welchen die periodischen Melancholien sich in der Mehrzahl der Fälle entwickeln, werden von den Pubertätsjahren, vorzugsweise aber von der Zeit der senilen Involution gebildet. Im Klimakterium und der präsenilen Zeit werden vielfach periodisch auftretende Melancholien beobachtet. Beachtenswert ist, daß Frauen weit häufiger wie Männer an den periodischen Formen der Melancholie erkranken.

Zwischen den einfachen rezidivierenden Krankheitsformen der Melancholie und den sich häufiger wiederholenden periodischen Störungen kommen naturgemäß die verschiedensten Übergänge vor.

Ausgang und Prognose.

Für die Chancen des Ausganges in dauernde Heilung, sowie für die Prognose des einzelnen Anfalls gibt das bei der periodischen Manie Ausgeführte, mit der Einschränkung, daß einmal der tödliche Ausgang wegen der nicht seltenen Suicide häufiger als bei der Manie eintritt, andererseits die melancholischen Anfälle der höheren Altersstufen nicht selten einen Ausgang in Schwachsinn nehmen.

Diagnose.

Sichere diagnostische Zeichen, aus denen zu erkennen wäre, ob eine einzelne Erkrankung an Melancholie zu den periodischen Depressionszuständen gehört, gibt es nicht. Es läßt sich nur soviel sagen, daß melancholische Erkrankungen im jugendlichen Alter eine sehr ausgesprochene Neigung zu Wiederholungen im späteren Leben zeigen. Ferner muß berücksichtigt werden, daß erstmalige Erkrankungen an melancholischer Depression, besonders solche von leichterem, schnell vorübergehendem Charakter, die sich im beginnenden Rückbildungsalter, bei Frauen in den klimakterischen Jahren entwickeln, spätere Wiederholungen des Leidens in kürzeren oder längeren, bald regelmäßigen, bald unregelmäßigen Intervallen wahrscheinlich machen.

Das manisch-depressive (zirkuläre) Irresein.

Das zirkuläre Irresein stellt diejenige Form der periodischen Seelenstörungen dar, welche durch die **regelmäßige Aufeinanderfolge zweier entgegengesetzter Zustandsbilder der Manie und Melancholie** gekennzeichnet ist. Diese beiden Phasen bilden einen **Zyklus**. Die einzelnen Zyklen wiederholen sich nach kürzerem oder längerem freien Intervall während der gesamten Lebensdauer immer wieder, können aber auch in selteneren Fällen ohne freies Intervall fortlaufend ineinander übergehen. Wenn wir diese **regelmäßig alternierenden psychischen Störungen**, die durch den auffallenden Gegensatz der Symptome in den einzelnen Krankheitsphasen schon lange das Interesse in hohem Grade erregt haben, der folgenden Darstellung zugrunde legen, so geschieht dies mit dem ausdrücklichen Hinweis auf die schon hervorgehobene Tatsache, daß **zwischen den streng zirkulären und den ungemein zahlreichen Verlaufswesen mit unregelmäßigem Aufeinanderfolgen manischer und depressiver Zustände die mannigfachsten fließenden Übergänge bestehen**, auf die wir bei Besprechung der verschiedenen Verlaufswesen der Krankheit zurückkommen.

Symptomatologie und Verlauf.

In vielen Fällen treten die Symptome in den einzelnen Anfällen des zirkulären Irreseins in der milden Form auf, wie wir sie bei der Hypomanie und den leichten Formen der melancholischen Verstimmung kennen gelernt haben. Der in die Augen fallende Kontrast, in der die heitere Verstimmung der einen Phase sich zu der ihr unmittelbar folgenden traurigen, gedrückten Gemütslage befindet, weist schon bei den leichtesten, auch als **Cyklothymie** bezeichneten Verlaufsarten des Leidens, dessen einzelne Phasen, für sich betrachtet, als abnorm kaum angesprochen werden würden, auf die krankhafte Grundlage des wechselnden Zustandsbildes hin.

Von einzelnen Erscheinungen pflegen während der manischen Phase gesteigerte sexuelle Erregbarkeit, Vielgeschäftigkeit, Reizbarkeit in Verbindung mit nörgelndem, rechthaberischem Wesen besonders hervorzutreten, während das depressive Stadium durch Mutlosigkeit, Abnahme der Energie und Arbeitskraft gekennzeichnet ist. Das Aussehen der Kranken in beiden Phasen des Anfalls pflegt ein sehr charakteristisches zu sein. Zur Zeit der heiteren Erregung ist der Blick strahlend, die Gesichtsfarbe gerötet, der Turgor der Gewebe erscheint vermehrt, die Körperhaltung straff, während mit Einsetzen der traurigen Stimmung Falten im Gesicht auftreten, der Blick trübe wird, Haltung und Züge ein müdes, erschlafftes Aussehen erhalten.

Dieselben Veränderungen können bei den einzelnen Anfällen mitunter in stereotyper Weise mit einer fast „photographischen Treue“ immer wieder auftreten. Der Steigerung des Appetits in der manischen Phase entspricht in manchen Fällen auch eine Zunahme des Körpergewichts, während dasselbe im melancholischen Stadium abzunehmen pflegt.

Während die leichteren Grade des zirkulären Irreseins der Umgebung häufig als nicht krankhaft erscheinen, die Betroffenen lediglich für sonderbare, exzentrische, zu Stimmungswechsel neigende Persönlichkeiten gehalten werden, treten in den schwereren Formen ausgesprochene Symptome der Manie und Melancholie in deut-

licher Weise hervor. Die Manie kann sich bis zur tobsüchtigen Erregung mit ideenflüchtiger Verwirrtheit steigern, das depressive Stadium das typische Bild einer Melancholie mit den charakteristischen Kleinheitswahnvorstellungen in ihrer verschiedenen Gestaltung, mit Sinnestäuschungen, Neigung zum Suicid u. s. w. darbieten. Die psychomotorische Hemmung der Melancholie, welche das depressive Stadium vieler Fälle von zirkulärem Irresein kennzeichnet, steigert sich mitunter bis zum ausgesprochenen Stupor (vergl. pag. 93), der in einer Reihe weiterer Anfälle immer wieder während dieser depressiven Phase auftreten und die Verlaufsweise des „zirkulären Stupors“ annehmen kann. Diese schweren stuporösen Phasen alternieren nicht selten mit den ideenflüchtigen Formen der tobsüchtigen Erregung in mehr oder weniger regelmäßiger Weise.

Ferner sind in neuerer Zeit seltene Fälle zirkulären Irreseins beschrieben worden, bei denen in den maniakalischen Phasen mannigfache, sich schnell systematisierende und dem Anfall ein „paranoisches“ Gepräge verleihende Verfolgungs- und Beziehungswahnideen bei ungetrübtem Bewußtsein auftraten, um mit Abblassen der manischen Erregung wieder zu verschwinden.

Was die Ausbildung und Intensität der Symptome anbetrifft, so ist dieselbe häufig in den beiden Krankheitsphasen eine sehr verschiedene. Ein schwerer Stupor kann von leichter manischer Erregung, tobsüchtige Erregung von einem Zustand leichter, schnell vorübergehender Depression gefolgt werden, so daß Verlaufsarten, bei denen die eine Phase nur rudimentär entwickelt, die andere hingegen gut ausgebildet ist, in das Gebiet der periodischen Melancholie oder Manie hinüberführen.

Für die einzelnen Phasen eines Zyklus bildet jähher Anstieg und jähher Abfall der Erscheinungen die Regel.

Der Übergang der einen Phase in die andere ist ein äußerst mannigfaltiger; er kann ein sehr schneller sein, sich innerhalb weniger Stunden oder über Nacht vollziehen; in anderen Fällen ist er ein mehr allmählicher, und häufig sieht man die entgegengesetzten Zustände mit mannigfachen Schwankungen der Symptome ineinander übergehen. Eine nicht geringere Mannigfaltigkeit wie die Intensität der Krankheitserscheinungen in den verschiedenen Phasen der Krankheit zeigt die Dauer der Zyklen, sowie der sie bildenden einzelnen Phasen und der freien Intervalle, so daß eine allgemein gültige, zeitliche Umgrenzung derselben nicht gegeben werden kann. Da nur in einer relativ kleinen Anzahl von Fällen ein regelmäßiger Wechsel von manischen und depressiven Krankheitsabschnitten stattfindet, häufiger erst nach mehrmaliger Wiederholung des einen Zustandsbildes das andere auftritt oder ein ganz unregelmäßiger Wechsel der Krankheitsphasen beobachtet wird, erhält der eng umschriebene Begriff der zirkulären Geistesstörung durch diese dem Wesen nach nicht von ihr zu trennenden Verlaufsweisen des manisch-depressiven Irreseins eine sehr erhebliche Erweiterung.

Ein besonders helles Licht wird auf die nahen Beziehungen manischer und depressiver Zustandsbilder, wie sie uns in den mannigfachen Verlaufsweisen des manisch-depressiven Irreseins entgegentreten, durch eigenartige „Mischzustände“ der scheinbar gegensätzlichen Symptomengruppen geworfen. Für die Auffassung dieser Mischformen ist die Tatsache von Bedeutung, daß innerhalb der einzelnen Phasen des manisch-depressiven Irreseins mitunter für Tage oder Stunden ein

plötzlicher Umschlag der Erscheinungen in der Weise stattfindet, daß an Stelle der manischen, melancholische Symptome (resp. umgekehrt) auftreten oder daß dieselben vorübergehend in verschiedener Weise miteinander verschmelzen.

Die durch Verschmelzung der Symptome entstehenden Mischzustände kommen nicht nur im Verlauf der einen oder der anderen Phase des zirkulären Irreseins zur Beobachtung, sie finden sich auch häufig beim Übergang des einen Zustandes in den anderen, schließlich können sie auch als selbstständiger Anfall auftreten, Wochen, Monate dauern und sich mehrfach in derselben Weise wiederholen.

Am deutlichsten pflegt die Mischung der Symptome in dem charakteristischen Bilde des „manischen Stupors“ hervorzutreten, der durch psychomotorische Hemmung bei manischer, heiterer Stimmung gekennzeichnet ist. Wenn die Hemmung in diesem Krankheitsbilde hohe Grade erreicht, zu Regungslosigkeit und Mutismus (Mutismus) führt, verrät mitunter nur der lächelnde, heitere Gesichtsausdruck die gehobene Stimmung. Das völlig unzugängliche gehemmte Verhalten dieser Kranken wird mitunter ganz plötzlich durch Anzeichen eines lebhaften Bewegungsdranges, Herumlafen, Tanzen, Zerreißen der Kleider, begleitet von Lachen, Schreien, Schimpfen, unterbrochen. Unvermittelt pflegen diese kurzen Erregungszustände wieder in die frühere Regungslosigkeit hinüberzuführen. Als das Gegenstück zum manischen Stupor kann ein Mischzustand aufgefaßt werden, der geradezu dessen „Negativbild“ darstellt: die agitierte Depression. Die wesentlichen Symptome dieses Zustandes bestehen in depressiver Stimmung, ängstlicher Erregung mit Ideenflucht und Ablenkbarkeit.

Eine dritte Mischform stellt die sog. unproduktive Manie vor, bei der sich neben manischer Stimmung und Erregung, Denkhemmung an Stelle der Ideenflucht findet.

Durch diese verschiedenartigen Mischzustände*), von denen die angeführten nur die häufiger vorkommenden darstellen, werden die schon geschilderten Variationsmöglichkeiten der Erscheinungsformen des manisch-depressiven Irreseins noch vermehrt und die Krankheitsbilder ungemein vielgestaltige und mannigfache. Da einerseits alle möglichen Kombinationen, was Färbung, Schwere und Zeitdauer der einzelnen Krankheitsphasen betrifft, vorkommen, andererseits die verschiedene Länge der Intervalle dem Krankheitsverlauf ein wechselvolles Gepräge verleiht, ist es leicht verständlich, daß sich eine alle Möglichkeiten der Verlaufsweisen des manisch-depressiven Irreseins erschöpfende Darstellung nicht geben läßt.

Ausgänge und Prognose.

Die Prognose für den einzelnen Anfall des manisch-depressiven (zirkulären) Irreseins ist im allgemeinen eine günstige. Selbst nach langer Dauer des manischen oder depressiven Stadiums pflegen die krankhaften Erscheinungen wieder zu verschwinden. Wenn sich jedoch schwere, lang andauernde Anfälle häufig wiederholen, dann treten in manchen Fällen allmählich dauernde psychische Veränderungen ein, welche in der Regel weniger die intellektuelle Seite betreffen, sondern vorwiegend in Veränderungen des Charakters und der gemüthlichen Sphäre bestehen. Die Kranken werden reizbar, gleichgültig

*) Ich beobachte z. Z. eine eigenartige Mischform von manisch-depressivem Irresein bei einer Patientin, welche nach zuerst alternierendem Verlauf typisch melancholischer und leichter manischer Phasen jetzt bei äußerlich manischem Verhalten (Neigung zu Singen, Pfeifen, schnippischen treffenden Bemerkungen, Ablenkbarkeit usw.) ausgesprochene Kleinheitswahnvorstellungen in den mannigfachsten Variationen vorbringt. Der Gesichtsausdruck zeigt in sehr deutlicher Weise eine Mischung von manischen und depressiven Zügen (sauerstüßer Ausdruck).

und willenlos, oft zeigen sie andauernd eine Neigung zu abnormem Stimmungswechsel. Von besonders ungünstiger Bedeutung für die Erhaltung des geistigen Besitzstandes scheint die Kürze der Zwischenzeiten zwischen den einzelnen Anfällen zu sein. Kurzdauernde Anfälle mit ganz kurzen Intervallen, so daß Erregung und Beruhigung in ziemlich regelmäßigem Wechsel fast unmittelbar aufeinander folgen, führen häufig ziemlich rasch zur Verblödung.

Bei den streng zirkulären Formen sieht man mitunter, daß sich die Regelmäßigkeit der Zyklen bei langer Dauer der Krankheit mehr und mehr verwischt, die Intensität der Krankheitserscheinungen abläßt, und die Anfälle immer seltener werden.

Eine Aussicht auf dauernde Heilung ist, wenn sich erst einmal Anfälle vom Typus des zirkulären Irreseins entwickelt haben, im Prinzip nicht vorhanden. Wir müssen dann stets mit der großen Wahrscheinlichkeit rechnen, daß sich gleiche oder ähnliche Anfälle später wiederholen werden, praktisch aber können besonders die leichten Formen des zirkulären Irreseins einen so günstigen Verlauf zeigen, daß die Patienten bei geeignetem Verhalten keine wesentliche, dauernde Einbuße ihrer Lebens- und Schaffensfreudigkeit zu erfahren brauchen.

Diagnose.

Aus der Beobachtung eines einzelnen manischen oder depressiven Anfalls können wir keine sicheren Anhaltspunkte für die Entscheidung der Frage gewinnen, ob derselbe eine Phase im Verlauf des zirkulären Irreseins darstellt. Erst die Feststellung eines aus einem melancholischen und einem manischen Stadium zusammengesetzten Zyklus gibt für die Diagnose genügenden Anhalt.

Je rascher und brüsker sich der Umschwung der einen Phase in die andere vollzieht, je schneller dieselben bei deutlicher Ausbildung der Symptome zum Ablauf kommen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß es sich um Stadien des zirkulären Irreseins handelt. Es geht aus unserer Darstellung ferner hervor, daß auch vereinzelt unregelmäßig aufeinander folgende manische und depressive Anfälle weitere Anfälle dieser Art sehr wahrscheinlich machen. Das Auftreten der geschilderten Mischzustände im Verlauf eines manischen oder depressiven Anfalls läßt auf Zugehörigkeit desselben zum manisch-depressiven Irresein schließen.

Was die Unterscheidung der einzelnen Anfälle des manisch-depressiven Irreseins von den Erregungs- und Hemmungszuständen der Kata-tonie, der Paralyse usw. betrifft, verweisen wir auf die Ausführungen in den früheren Kapiteln.

Therapie

der periodischen (und zirkulären) Seelenstörungen.

Bei der Behandlung der einzelnen Anfälle im Verlauf der periodischen Manie und Melancholie, sowie der alternierenden Phasen des zirkulären Irreseins gelten dieselben Regeln, die bei der Therapie der einfachen Manie und Melancholie (cf. pag. 88 u. 99) in Betracht kamen. Bei den schweren Fällen ist Anstaltsbehandlung fast stets notwendig. Da jedoch die periodisch auftretenden Psychosen nicht selten einen besonders milden Verlauf zeigen (die sog. Cyklothymien), kann in

manchen dieser Fälle bei günstigen äußeren Verhältnissen von der Unterbringung in eine Anstalt Abstand genommen und eine häusliche Behandlung eingeleitet werden.

Vielfach ist der Versuch gemacht worden, die kommenden Anfälle durch Darreichung bestimmter Mittel zu koupieren, wozu besonders Formen mit kurzen, schnell aufeinander folgenden Krankheitsphasen geeignet schienen. So hat man in manchen Fällen die zu erwartende Erregung durch Gaben großer Bromdosen (12—15 g täglich) mit Erfolg zu verhindern versucht, um nach den kritischen Tagen ganz allmählich mit der Dosierung des Mittels herunterzugehen. Ferner ist es gelungen, durch subkutane Injektion kleiner Atropindosen, beginnend mit sehr geringen Mengen (0,1—0,3 mg) und allmählichem Steigen mit den Mitteln den Ausbruch der Erregungszustände in einigen Fällen zu koupieren resp. den Verlauf derselben zu einem mildereren zu gestalten. Daß diese Behandlungsmethoden nur im Krankenhaus unter dauernder ärztlicher Kontrolle ausgeführt werden dürfen, bedarf kaum einer Erwähnung.

Besondere Indikationen sind bei der Behandlung der periodischen psychischen Anomalien vom Typus der menstruellen Psychosen zu erfüllen. Vollständige Bettruhe zur Zeit der Menses ist beim Bestehen auch leichtester menstrueller Erregungszustände ein unbedingtes Erfordernis. Zweckmäßig ist es, die Patientinnen schon einige Tage vor dem vermutlichen Einsetzen der Menses das Bett hüten zu lassen und die Bettruhe noch auf einige Tage nach dem Aufhören der Blutungen auszudehnen. Bei den schweren Fällen der menstruellen periodischen Psychosen ist die koupierende Brombehandlung (große Dosen!) in Verbindung mit absoluter Bettruhe und reichlicher Ernährung nicht selten von gutem Erfolg begleitet.

In den intervallären Zeiten ist den an periodisch auftretenden Psychosen leidenden Kranken ein möglichst ruhiges, einfaches Leben, Fernhalten von allen Exzessen, besonders auch alkoholischer Art, anzuraten.

Bei dem häufigen Beginn der periodischen Psychosen in den Pubertätsjahren muß die Überwachung der geistigen und körperlichen Entwicklung nervös veranlagter Kinder in diesen Zeiten eine besonders sorgfältige sein, um nach Möglichkeit auf dem Wege der Prophylaxe den Ausbruch der Störungen zu verhindern.

Pathologische Anatomie.

Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen des Gehirns bei der Manie, Melancholie, den periodischen und zirkulären Geistesstörungen haben bisher ein negatives Resultat ergeben. Es ist noch nicht gelungen, die diesen Psychosen wahrscheinlich zugrunde liegenden Veränderungen der Hirnrinde durch die uns zu Gebote stehenden Untersuchungsmethoden nachzuweisen.

Literatur.

Außer den unter Manie und Melancholie zitierten Lehr- und Handbüchern der Psychiatrie.

НОЧЕ, Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, herausg. von ALT, 1897, Bd. I, H. 9.

- HITZIG, Über die nosologische Auffassung und über die Therapie der periodischen Geistesstörungen. Berl. klin. Wochenschr. 1898, No. 1.
- KEMMLER, Über die Depressionszustände des jugendlichen Alters und ihre Prognose. Archiv f. Psych., Bd. XXVII.
- V. KRAFFT-EBING, Psychosis menstrualis, Stuttgart 1902.
- PICK, Über Änderungen des zirkulären Irreseins. Berl. klin. Wochenschr. 1899, No. 51.
- PILCZ, Die periodischen Geistesstörungen. Eine klinische Studie. (Mit ausführlichem Literaturverzeichnis.) Jena 1901.
- WEYGANDT, Über die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins, München 1899.
- ZIEHEN, Eine neue Form der periodischen Psychosen. Monatsschr. f. Psychiatrie und Nervenkrankh., 1898, III, 1.

Die Neurasthenie oder Nervenschwäche*).

Wesen der Krankheit und allgemeines Krankheitsbild.

Die Nervenschwäche, welche der Neurasthenie den Namen gegeben hat, bildet nur einen Teil der Erscheinungen dieses Leidens. Mit der Schwäche des Nervensystems geht regelmäßig eine große Erschöpfbarkeit desselben Hand in Hand, die den Neurastheniker zu fortgesetzter und andauernder geistiger oder körperlicher Arbeit unfähig macht. Ein wesentliches Symptom tritt uns ferner in der gesteigerten Erregbarkeit des Nervensystems entgegen, welche die Ursache ist, daß schon leichteste Reize in quantitativer und qualitativer Hinsicht abnorme Reaktionen hervorrufen. Durch die geringfügigsten Einflüsse werden die Grenzen des Normalen überschreitende Wirkungen erzielt, die sich körperlich in abnormen Reizerscheinungen, auf psychischem Gebiete in erster Linie in Unlustgefühlen und Verstimmungen oder ängstlichen Erregungszuständen zu äußern pflegen.

Diese erhöhte Reizbarkeit und Erschöpfbarkeit (reizbare Schwäche) des Nervensystems ist eine in der Neuzeit besonders bei den Bewohnern großer Städte außerordentlich häufig anzutreffende Erscheinung, so daß die Neurasthenie wohl diejenige Neurose darstellt, welche das größte Kontingent der ärztlichen Rat suchenden Nervenleidenden bildet. Ebenso häufig wie das Leiden ist, ebenso mannigfaltig sind die Erscheinungsformen, unter denen es auftritt. Da die reizbare Schwäche nicht nur das Gehirn, die Sinnesorgane, das Rückenmark, sondern auch den Zirkulations- und Gefäßapparat, das Verdauungs- und Fortpflanzungssystem, die sympathischen Nerven, mit einem Wort das ganze Nervensystem ergreifen kann, bietet nach der wechselnden Lokalisation und Verteilung der Symptome das Krankheitsbild eine fast unerschöpfliche Mannigfaltigkeit der Erscheinungen dar. Von den leichtesten Formen der Neurasthenie, die, noch das Gebiet des Normalen streifend, sich vorwiegend in größerer Empfindlichkeit, Reizbarkeit, leichterem „Angegriffensein“ dokumentieren, führen alle Übergänge zu Verlaufsweisen mit schweren geisti-

*) Den Namen „Neurasthenie“ verdanken wir dem amerikanischen Neurologen BEARD, der diese „modernste“ Krankheit in ausgezeichneter Weise an der Hand eines großen Beobachtungsmaterials geschildert hat.

gen und körperlichen Krankheitserscheinungen, die jede geordnete Betätigung unmöglich machen, lähmend auf die Leistungsfähigkeit und Lebensfreude einwirken, hinüber.

Ätiologie.

Die wichtigste Vorbedingung für die Entstehung der Neurasthenie bietet die **neuropathische Belastung**, d. h. die in der Familie bestehende, durch Vererbung sich fortpflanzende Neigung zu Erkrankungen des Nervensystems. Auf dem Boden dieser angeborenen nervösen Veranlagung kommen einerseits Fälle von Neurasthenie zur Beobachtung, in denen sich die neurasthenischen Erscheinungen bis in die früheste Kindheit, nicht selten in Verbindung mit anderen körperlichen und geistigen Zeichen der Degeneration verfolgen lassen, andererseits entwickelt sich bei bestehender Heredität häufig im späteren Leben eine Neurasthenie unter der Einwirkung der verschiedenartigsten psychischen und körperlichen Schädigungen. Dieselben Schädlichkeiten können aber zweifellos auch ohne hereditäre Veranlagung zum Ausbruch einer Neurasthenie führen, wenn sie stark genug sind, um ein vorher intaktes Nervensystem vorübergehend oder dauernd in den krankhaften Zustand reizbarer Schwäche zu versetzen.

Alle Einflüsse, die, allgemein gesagt, das Nervensystem übermäßig anstrengen, ermüden und erschöpfen, sind imstande, unter Umständen das Krankheitsbild der Neurasthenie hervorzurufen. Die hervorragendste Bedeutung unter diesen Schädlichkeiten kommt psychischen Momenten zu. Geistige Überanstrengung, Überarbeitung, Überlastung mit Berufsgeschäften spielen unter den ätiologischen Faktoren eine sehr hervorragende Rolle; Kopfarbeiter erkranken deshalb am häufigsten an Neurasthenie, obwohl auch unter den Handarbeitern, in allen Bevölkerungsschichten, die Krankheit weitverbreitet ist.

Namentlich wirkt die Überanstrengung in den Fällen schädlich, in denen andauernde intellektuelle Inanspruchnahme mit sich ständig wiederholenden gemüthlichen Erregungen und großer Verantwortlichkeit verbunden ist. So sehen wir die Erkrankung nicht selten während der Vorbereitung zu einem Examen entstehen, auch die Schulüberbürdung kann den ersten Anstoß zur Entwicklung des Leidens geben. Ungenügender Schlaf, Mangel an frischer Luft und Bewegung begünstigen in diesen Fällen den Krankheitsausbruch. Der erschwerte Kampf ums Dasein, die gesteigerten Anforderungen, die das moderne Leben an den einzelnen, namentlich in großen Verkehrszentren, stellt, sind eine ergiebige Quelle für die Entstehung von Neurasthenien und haben unzweifelhaft eine erhebliche Zunahme dieses Leidens herbeigeführt.

Neben diesen psychischen Schädlichkeiten kommen bei der Entstehung der Neurasthenie die allerverschiedensten körperlichen Ursachen in Betracht. Sie pflegen besonders wirksam zu sein, wenn sie sich, wie es recht häufig der Fall ist, mit ersteren verbinden. Chronische erschöpfende Krankheiten, insbesondere chronische Affektionen der Verdauungsorgane, ferner die mannigfachen Erkrankungen der weiblichen und männlichen Geschlechtsorgane, unter denen die Gonorrhöe und Syphilis mit ihren Folgezuständen eine hervorragende Rolle spielen, akute Infektionskrankheiten (Typhus, Influenza usw.), von den konstitutionellen Krankheiten vornehmlich Gicht und Diabetes führen nicht selten zu neurasthenischen Symptomenkomplexen.

Sexuelle Exzesse jeder Art, in erster Linie in frühem Alter begonnene und lange Zeit fortgesetzte Masturbation sind eine häufige Ursache (mitunter allerdings auch Folge) neurasthenischer Erkrankungen.

Körperliche Überanstrengungen der verschiedensten Art, Mißbrauch der Genußmittel (besonders des Alkohols und des Tabaks), ausschweifendes Leben, Nachtwachen, alle diese Schädlichkeiten können die Neurasthenie zum Ausbruch bringen, vornehmlich, wenn sie einen noch nicht ausgebildeten, in der Entwicklung begriffenen Organismus (Pubertätsjahre), sowie ein schon geschwächtes oder durch hereditäre Belastung disponiertes Nervensystem betreffen.

In neuerer Zeit ist von KRAEPELIN der Versuch gemacht worden, die durch erschöpfende Ursachen bei vorher gesunden Menschen hervorgerufenen nervösen Störungen als „chronische konstitutionelle Erschöpfung“ von der auf hereditärer Basis bei Degenierten entstehenden „Nervosität“ zu trennen. Diese theoretisch wohlbegründete Scheidung wird sich praktisch in der Mehrzahl der Beobachtungen kaum durchführen lassen, da sich bei der Neurasthenie endogene und exogene Krankheitsursachen in der mannigfaltigsten und oft nicht zu entwirrenden Weise miteinander zu verbinden pflegen, so daß es im Einzelfall häufig rein willkürlich ist, ob man hereditäre Belastung oder äußere Schädlichkeiten ätiologisch in den Vordergrund stellt.

Symptomatologie.

Die reizbare Schwäche, welche wir als eine Grundlage aller Erscheinungen der Neurasthenie bezeichnet haben, tritt uns auf den verschiedensten Gebieten des Nervensystems teils in pathologischen Herabsetzungen der Erregbarkeit, teils in abnormen Steigerungen derselben in überaus mannigfacher Weise entgegen.

Zu den wichtigsten Symptomen gehören Kopfschmerz, Schwindelgefühl und Schlaflosigkeit, die in sehr verschiedener Intensität und Ausbildung vorhanden sein können. Die Störungen des Schlafes pflegen zu den quälendsten und hartnäckigsten Erscheinungen der Neurasthenie zu gehören.

Unter den Störungen der höheren Sinnesorgane kommen Störungen der Gesichtsempfindung (Flimmern vor den Augen, gesteigerte Lichtempfindlichkeit, Ermüdbarkeit der Augen usw.), die man unter dem Namen der neurasthenischen Asthenopie zusammengefaßt hat, sowie eine Überempfindlichkeit gegen Schalleindrücke (Hyperacusis) zur Beobachtung.

Sensible Reizerscheinungen in den verschiedensten Teilen des peripherischen Nervensystems spielen eine erhebliche Rolle in dem Krankheitsbilde. Mannigfache neuralgiforme Schmerzen und Parästhesien werden von den Kranken an den Extremitäten und am Rumpfe angegeben. Meist handelt es sich nicht um sehr intensive Schmerzen, viel häufiger um ziehende, vibrierende, drückende, nagende Empfindungen oder um das Gefühl von Taubsein, Abgestorbensein, Kriebeln, Kälte, mit vorwiegender Lokalisation dieser Parästhesien an Händen und Füßen. Die bei Neurasthenikern häufig zu findende oberflächliche Druckempfindlichkeit einzelner Wirbel oder der ganzen Wirbelsäule (Spinalirritation) ist früher oft fälschlich als Symptom eines Rückenmarksleidens gedeutet worden.

Im Bereich der Motilität bilden Schwächegefühl und große Ermüdbarkeit sehr häufige Erscheinungen; die Ermüdbarkeit kann so hochgradig sein, daß schon leichte Anstrengungen vorübergehende völlige Leistungsunfähigkeit zur Folge haben. Das Gefühl der Muskelschwäche ist in der Regel ein subjektives, so daß sich ein Ausfall von einzelnen Bewegungen oder eine deutliche Abnahme der groben Kraft nach Art einer Lähmung nicht nachweisen läßt.

Zittern der Hände in Gestalt eines feinschlägigen Tremors, Zittern der Lider bei geschlossenen Augen, sowie fibrilläre Muskelzuckungen, die besonders häufig am Orbicularis oris und palpebrarum auftreten, sind Erscheinungen, die sich bei der Neurasthenie oft aufs deutlichste ausgebildet finden. In vielen Fällen ist eine Steigerung der mechanischen Muskeleerregbarkeit nachweisbar. Die Sehnenreflexe, namentlich die Kniephänomene, sind in

der Mehrzahl der Fälle gesteigert, mitunter ist auch Fußklonus, meistens jedoch nur in Gestalt eines schwachen, leicht erschöpfbaren Fußzitterns, hervorzurufen.

Im Bereich der Hirnnerven finden sich keine Lähmungserscheinungen, besonders ist die Lichtreaktion der Pupillen stets eine prompte. Pupillendifferenzen geringen Grades sind kein ganz seltenes Vorkommnis.

Die Sprache des Neurasthenikers ist, wenn wir von den häufig vorkommenden Komplikationen mit Stottern und einem leichten, bisweilen unter dem Einfluß psychischer Erregung auftretenden Hesitieren absehen, nicht gestört.

Eine ganz hervorragende Bedeutung kommt den **psychischen Veränderungen** im Krankheitsbilde der Neurasthenie zu. Dieselben fehlen in keinem Falle, häufig stehen sie im Mittelpunkt der krankhaften Erscheinungen und verbinden sich mit den geschilderten körperlichen Symptomen in der mannigfaltigsten Weise.

Die reizbare Schwäche, welche das Seelenleben des Neurasthenikers kennzeichnet, tritt uns ebenso in der leichten Ermüdbarkeit bei jeder geistigen Anstrengung wie in der krankhaften Reizbarkeit seiner Stimmung entgegen. Schon nach kurzdauernder geistiger Arbeit läßt die Aufmerksamkeit nach, so daß die gewohnten Beschäftigungen weit mehr Zeit in Anspruch nehmen wie in der gesunden Zeit. Im mündlichen und schriftlichen Verkehr macht sich eine gewisse Zerfahrenheit und Unsicherheit des Gedankenganges bemerkbar, Erscheinungen, welche auf die krankhafte Ermüdbarkeit, nicht auf eine Abnahme der intellektuellen Fähigkeiten, zurückzuführen sind. Die Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit zu konzentrieren, die Unstetigkeit der Gedanken wird gesteigert durch die Neigung dieser Kranken, sich fortwährend mit ihrem Zustand zu beschäftigen, über ihre verschiedenartigen körperlichen Sensationen und Schmerzen, die infolge einer krankhaft veränderter Selbstempfindung in mannigfacher Weise hypochondrisch verarbeitet und gedeutet werden, nachzudenken (vergl. folg. Kapitel). Die reizbare Stimmung, in der sich der Neurastheniker befindet, wird durch die verschiedenartigen Parästhesien und Schmerzen wesentlich gesteigert, der Kranke findet in diesen Einwirkungen eine ergiebige Quelle zu immer neuem Ärger und Mißmut.

Der neurasthenische Ärger pflegt jedoch nicht von langer Dauer zu sein, nach einer heftigen Entladung alsbald zu verrauchen. In manchen Fällen tritt neben der krankhaften Reizbarkeit ein abnormer Wankelmut und Entschlußunfähigkeit hervor, die den Kranken zu jeder Willensanspannung unfähig macht.

So klagte mir ein jugendlicher Neurastheniker, er könne sich nicht einmal mehr entschließen, dem Arzte gegenüber seine mannigfachen Beschwerden vorzubringen.

Die Schläffheit und Energielosigkeit kann so weit gehen, daß die Patienten in einen Zustand völliger geistiger und körperlicher Untätigkeit verfallen, den ganzen Tag über auf dem Sofa liegen, schließlich das Bett nicht mehr verlassen wollen. Der rücksichtslose Egoismus, der diese launenhaften Patienten nicht selten beherrscht, macht sie zu einem schwierigen Gegenstand der Behandlung und Pflege. Viele Fälle, in denen die hereditäre nervöse Belastung unter den ätiologischen Momenten in den Vordergrund tritt, bieten mannigfache und wechselvolle, auf die Entartung hinweisende Erscheinungen dar, die besonders in Störungen des Trieblebens, ungewöhnlich starken oder abnormen sexuellen Neigungen, Zwangsvorstellungen, in dem Hang zu Träumereien, zum Fabulieren und Lügen, großer Selbstüberschätzung hervortreten. Das gesamte Handeln und Wollen der Kranken kann durch diese Symptome in hohem Grade beeinflußt werden. Die intellek-

tuellen Fähigkeiten der Kranken zeigen meist keine deutlichen Störungen, sie sind in manchen Fällen, nicht selten in Verbindung mit künstlerischer Begabung, sehr gut entwickelt, obwohl die Patienten selbst klagen, daß sie die Herrschaft über ihr Denken verloren hätten, da sich ihre Gedanken bald überstürzten, bald ihnen der Gedankenfaden abrisse.

In einer Reihe von Fällen tritt die reizbare Schwäche der Neurasthenie gegen eine andauernde melancholische Verstimmung mit Angst Anfällen (die „konstitutionelle Verstimmung“ KRÄPELINS) in den Hintergrund. Diese traurige Verstimmung geht in der Mehrzahl der Fälle mit neurasthenischen Symptomen von Anfang an Hand in Hand, in anderen Fällen kann sie sich dem neurasthenischen Symptomenkomplex erst später zugesellen. Der Grundzug dieser Krankheitszustände wird von einer gedrückten, mutlosen oder auch verbitterten Gemütsstimmung mit Neigung zu heftigen Zornausbrüchen gebildet. Der Verlauf ist ein schleppender, mit mannigfachen Remissionen und Exacerbationen der Krankheitserscheinungen. Ein auffallender Mangel an Gleichmäßigkeit und Einheitlichkeit der Stimmung ist für viele dieser Fälle, die bei hereditär Belasteten zur Beobachtung kommen, charakteristisch.

Eines der wesentlichsten Symptome der Neurasthenie auf psychischem Gebiet sind **Angstaffekte**, die in verschieden starker Ausbildung fast ausnahmslos vorhanden sind. Die Angstaffekte stellen häufig eine primäre Erscheinungsform der neurasthenischen Seelenstörung vor, nicht selten treten sie aber auch sekundär in enger Verknüpfung mit den mannigfachen, beunruhigenden körperlichen Empfindungen oder als Folge resp. Begleiterscheinung bestimmter Störungen des Vorstellungsablaufes (Zwangsvorstellung) auf. Die mitunter in der Herzgegend oder im Kopf lokalisierte, häufig aber auch ganz unbestimmte Angst kann durch sehr mannigfache äußere Veranlassungen hervorgerufen werden. Manche Neurastheniker empfinden selbst bei der Ausführung der einfachsten, täglichen Verrichtungen (Schreiben, Essen usw.) Angstgefühle (Pantophobie). Bei anderen werden diese Gefühle durch den Anblick einzelner Personen, von Menschen überhaupt oder durch bestimmte Situationen ausgelöst. So hat man eine Anthropophobie (Furcht, mit Menschen zusammen zu sein), Claustrophobie (Furcht, in einem engen Raume zu sein) und viele andere Phobien unterschieden.

Am bekanntesten ist die Agoraphobie (Platzangst oder Platzfurcht), welche darin besteht, daß manche Personen, wenn sie einen freien Platz zu überschreiten im Begriffe sind, von einem enormen Angstgefühl, einer wahren Todesangst, verbunden mit Zittern, Oppression der Brust, Herzklopfen, einem Gefühl von Gefesseltsein am Boden, mit der Angst, hinzustürzen, befallen werden. In der zwingenden Gewalt des dem Kranken selbst unerklärlichen plötzlich auftretenden Angstgefühls liegt das Charakteristische des Zustandes, der verschwunden ist, sobald es dem Betroffenen gelungen ist, unter großer Überwindung allein oder, was die Ausführung in der Regel bedeutend erleichtert, in Begleitung den Platz zu überschreiten. Ähnliche heftige Angstempfindungen können beim Passieren langer Häuserfronten, beim Überschreiten einer Brücke, inmitten großer Menschenmengen, entstehen.

In sehr nahen Beziehungen zu den **Phobien**, bei denen unter bestimmten Umständen zwangsweise bestimmte Furchtvorstellungen ausgelöst werden, stehen die **Zwangsvorstellungen** im engeren Sinne.

Das Charakteristische dieser Zwangsvorstellungen besteht darin, daß die Vorstellungen bei intakter Intelligenz gegen den Willen des

betreffenden Menschen in den Vordergrund des Bewußtseins treten, den normalen Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, sich aus dem Ideenkreis nicht verschrecken lassen, obwohl sie von dem Betroffenen als abnorme, ihm fremdartige anerkannt werden und er ihnen mit seinem gesunden Bewußtsein gegenübersteht (C. WESTPHAL). Dieser Denkwang kann als selbständige Erscheinung in dem Krankheitsbilde der Neurasthenie eine so dominierende Stellung einnehmen, daß neben dieser Störung alle übrigen Symptome mehr oder weniger in den Hintergrund treten. Der Inhalt der Zwangsvorstellungen ist außerordentlich mannigfaltig, oft ganz gleichgültiger Natur. Sie drängen sich nicht selten in Form von Fragen (Grübel- und Fragesucht) oder in Gestalt des Zweifels (folie du doute) in den Ablauf der Vorstellungen hinein. Die Fragen beziehen sich bald auf die gewöhnlichsten Dinge der Umgebung — wieviel Ziegelsteine auf dem Dach? wieviel Fenster vorhanden? wieviel Menschen gehen vorüber? — bald auf die schwierigsten metaphysischen Dinge, wie ist die Welt — wie sind die Sterne entstanden? was ist Gott, was ist Natur, die Ewigkeit? Alle diese Fragen werden dadurch, daß sie sich in keiner Weise verschrecken lassen, schließlich bei jeder Beschäftigung, jedem Sinneseindruck auftreten, zu einer äußerst quälenden, krankhaften*) Erscheinung.

Die Zwangsvorstellungen in Zweifelform, ob ein Brief richtig in den Kasten geworfen, ein Licht ausgelöscht, die Tür verschlossen, eine Unterschrift richtig gegeben sei, werden häufig beobachtet und imponieren besonders durch sich anknüpfende Handlungen, fortwährendes zwangsartiges Sehen nach dem Licht, wiederholtes Zurückkehren nach der verschlossenen Tür u. s. w. als krankhaft.

In einer weiteren Reihe von Fällen verbinden sich mit den Zwangsvorstellungen motorische Antriebe der sonderbarsten Art. Plötzlich auftretende Vorstellungen gotteslästerlichen oder obszönen Inhalts bei feierlichen Gelegenheiten, die sich mit zwangsartigen Impulsen zu fluchen, obszöne Worte auszustoßen (Koprolalie) verbinden, werden ebenso wie Antriebe, fremde Menschen oder auch geliebte Personen der Umgebung beim Anblick spitziger oder schneidender Instrumente zu verletzen und niederzustoßen, eine Quelle intensiver Beängstigungen für den Kranken. Es ist leicht verständlich, daß Kranke, bei denen die Zwangsvorstellungen mit diesen motorischen Impulsen einhergehen, die sie auf jede Weise zu bekämpfen und zu verbergen suchen, durch ihr dadurch verursachtes sonderbares Benehmen ihrer Umgebung zeitweilig einen geistesgestörten Eindruck machen können.

Was das Auftreten der Zwangsvorstellungen betrifft, befindet sich der Kranke beim ersten Aufsteigen derselben mitunter in einer völlig ruhigen, indifferenten Gemütslage, so daß es erst sekundär infolge des quälenden Denkwanges zu heftigen Angstaffekten kommt. In anderen Fällen wirken bei der Entstehung von Zwangsvorstellungen von Anfang an Emotionszustände mit. Ängstliche Erregungszustände bilden dann die Grundlage, auf der sich die Zwangsvorstellung entwickelt.

Nicht selten ist aber der Zusammenhang der Zwangsvorstellung mit der Angst ein so inniger, daß sich nicht entscheiden läßt, ob die

*) Die Erfahrung lehrt, daß ähnliche Zustände, das sich zwangsmäßige Aufdrängen von Melodien, Versen, das Zählen von Laternen, Umdrehen von Zahlen, Namen usw. sich vorübergehend auch bei Gesunden, besonders in erschöpftem Zustand, finden, um nach eingetretener Erholung wieder zu verschwinden.

Vorstellung oder der Affekt die primäre Erscheinung darstellt. Auf der Höhe der ängstlichen Erregung kann die Einsicht in das Krankhafte und Unsinnige der Vorstellungen verloren gehen, dieselben können somit vorübergehend den Charakter von Wahnvorstellungen annehmen. In den Remissionen der Angst gelingt es jedoch fast regelmäßig, die Kranken von der Unsinnigkeit ihrer Vorstellungen wieder zu überzeugen.

Diese Zwangsvorstellungen können vorübergehend im Verlaufe einer Neurasthenie besonders in Zeiten großer geistiger Erschöpfung und Ermüdung auftreten, um bei zunehmender Kräftigung völlig zu verschwinden. In anderen Fällen sind sie dauernd vorhanden, verleihen dem Krankheitsbild ein eigenes Gepräge und geben mitunter in paroxysmellen Steigerungen zu schweren Störungen des psychischen Gleichgewichts Veranlassung, ohne jedoch in der Regel selbst bei sehr langem Bestehen eine Schwächung der intellektuellen Fähigkeiten zur Folge zu haben. Die Mehrzahl der Fälle, in denen Zwangsvorstellungen eine hervortretende und langandauernde Erscheinung bilden, sind auf hereditärer, degenerativer Basis entstanden*). Bei ausgesprochener neuropathischer Belastung lassen sich mitunter Zwangsvorstellungen schon im frühen Kindesalter nachweisen.

Da in einer Anzahl von Fällen vorwiegend bestimmte Organe von den Erscheinungen der reizbaren Schwäche befallen werden, hat man nach der Lokalisation dieser vorherrschenden Symptome eine vasomotorische (angioneurotische), dyspeptische und sexuelle Form der Neurasthenie unterschieden, ohne daß dieser Einteilung eine besondere klinische Bedeutung zukäme. Die gesteigerte Erregbarkeit des Herz-nervensystems, mannigfache nervöse Störungen des Verdauungsapparates, Herabsetzungen der sexuellen Leistungsfähigkeit bis zur Impotenz, bilden in Verbindung mit den verschiedenartigsten krankhaften Empfindungen an den betroffenen Organen wesentliche Erscheinungen dieser Neurasthenieformen**).

Eine eingehendere Schilderung verlangt eine Gruppe von Krankheitszuständen, die zur Neurasthenie in engster Beziehung stehen, aber durch Komplikationen mit anderen Neurosen, besonders der **Hysterie**, häufig ein eigenartiges Gepräge erhalten, die sog. **traumatischen Neurosen (Unfallneurosen, Schreckneurosen)**.

Diese Krankheitszustände entstehen im Anschluß an körperliche Verletzungen der verschiedensten Art, unter denen die mit Erschütterungen einhergehenden (Eisenbahnunfälle) die wichtigsten sind. In einer großen Anzahl von Fällen ist aber nicht das materielle Trauma das die Krankheit auslösende Moment, sondern es bildet die mit ihm verbundene psychische Erschütterung, Ausgangs- und Mittelpunkt der Krankheitserscheinungen. Ja es kann das psychische Trauma allein diesen Symptomenkomplex in deutlicher Weise hervorrufen.

So behandle ich z. Z. einen Lokomotivführer, durch dessen Geistesgegenwart und entschlossenes Handeln ein drohendes Eisenbahnunglück verhütet wurde, der infolge der hochgradigen, durch die plötzliche Gefahr hervorgerufenen Erregung unter den charakteristischen Erscheinungen der traumatischen Neurose erkrankte.

*) Mannigfache Beobachtungen haben gezeigt, daß auch unter den Initialerscheinungen und im Verlaufe der Paranoia, der Melancholie sowie anderer Psychosen zwangsartig auftretende Vorstellungen vorkommen können (vergl. die betr. Kapitel).

***) In betreff der speziellen Symptomatologie dieser Neurasthenieformen, welche keine selbständigen Krankheitsbilder darstellen, sondern vielfach ineinander übergehen, verweisen wir auf die Lehrbücher der inneren Medizin und der Nervenkrankheiten.

Mit dem Schreck und der Aufregung verbinden sich in manchen Fällen eine Reihe anderer psychischer Schädigungen. Gedanken über die Wiedererlangung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, sowie die Sorge über die mit dieser Frage eng zusammenhängenden Entschädigungsansprüche (Unfallrente) pflegen in dem Bewußtsein des Verunglückten bald eine dominierende Stellung einzunehmen, sich mit seinem Ideenkreis auf das festeste zu verbinden, so daß sie eine Quelle andauernder, krankhafter Selbstbeobachtung werden.

Diese gesteigerte Selbstbeobachtung des Kranken gestaltet die psychischen Veränderungen zu allgemein charakteristischen. Die Stimmung der Traumatiker ist fast andauernd eine trübe, gedrückte, sie sind unlustig zu jeder Arbeit, völlig energielos, in manchen Fällen steigert sich die Depression bis zu ausgesprochen hypochondrischen Zuständen (vergl. folg. Kapitel). Ein gewisser wehleidiger, dabei apathischer Gesichtsausdruck ist für viele dieser Kranken fast pathognomonisch.

Die reizbare Schwäche tritt uns in der abnormen Reizbarkeit, ängstlichen Unruhe und Weinerlichkeit der Patienten entgegen. Alle diese Erscheinungen pflegen außerordentlich hartnäckig zu sein, durch die verschiedensten therapeutischen Maßnahmen kaum beeinflußt zu werden. In vereinzelten Fällen schließen sich an das Trauma nach längerer oder kürzerer Zeit eigenartige deliriöse Verwirrheitszustände (hysterische Dämmerzustände) an, in denen die Kranken mitunter Fragen der allereinfachsten Art verblüffend falsch beantworten, obwohl sie durch die Art ihrer Antworten kundgeben, daß sie den Sinn der Fragen annähernd erfaßt haben. Es ist wichtig, dies Symptom des Vorbeiredens bei den Dämmerzuständen der traumatischen (Schreck-) Neurose zu kennen, um aus den sinnlosen Antworten der Patienten nicht ohne weiteres den mitunter naheliegenden Schluß einer beabsichtigten Simulation von Geistesstörung zu ziehen.

Über Gedächtnisschwäche und Abnahme der Intelligenz wird von vielen Kranken geklagt, jedoch läßt sich in der Mehrzahl der Fälle nachweisen, daß es sich weniger um eine wirkliche Abnahme dieser Fähigkeiten, wie um große Ermüdbarkeit des Denkprozesses und der Merkfähigkeit handelt.

Von subjektiven Klagen und objektiv nachweisbaren Symptomen finden wir die bei der Neurasthenie geschilderten Erscheinungen (vergl. oben) in mannigfachen Kombinationen vor.

Eine sehr wesentliche Rolle im Krankheitsbilde kommt Kopfschmerzen und Schwindelanfällen, sowie einer gesteigerten Erregbarkeit*) des Herznervensystems zu. Auch Krämpfe und psychische Attacken epileptischer Natur sind beobachtet worden.

In den meisten Fällen von traumatischer Neurose gesellen sich den Symptomen der reizbaren Schwäche motorische und sensible Lähmungserscheinungen hinzu, die nach der Art ihrer Entstehung und Ausdehnung als hysterische aufgefaßt werden müssen. Die motorischen Lähmungen entsprechen dem Typus der hysterischen Hemiparese resp. Hemiplegie, selten dem der Paraparese oder Paraplegie, sie sind häufig von Zittern begleitet, welches in manchen Fällen hohe Grade erreicht und in Verbindung mit den Lähmungserscheinungen zu dem Symptomenkomplexe der pseudospastischen Parese mit Tremor führen kann. Die Gangstörungen der Traumatiker sind indessen sehr verschiedenartig, es kann der

*) Durch Drücken bestimmter schmerzhafter Stellen gelingt es mitunter, eine deutliche Beschleunigung der Herzaktion hervorzurufen (Mannkopfsches Symptom).

Gang mitunter an das Taumeln eines Betrunknen erinnern, dem ataktischen Gange ähnlich sein oder einen plumpen, steifen Charakter zeigen.

Die hysterischen Störungen der Sensibilität und der Sinnesfunktionen gehören zu den konstantesten Erscheinungen. In der Regel handelt es sich um ausgedehnte, mitunter halbseitige Hypästhesien, weit seltener um vollständige Anästhesien. Auch an zirkumskripten Hautstellen lokalisierte Hypästhesien sind beobachtet worden.

Unter den sensorischen Sensibilitätsstörungen ist die häufigste die konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes, neben der aber auch Herabsetzungen des Gehörs, Geruchs und Geschmacks nicht selten vorkommen. Von größter Wichtigkeit für die Beurteilung der hysterischen Lähmungserscheinungen sowohl auf motorischem wie sensorischem Gebiete ist die Tatsache, daß sie, wenn sie einseitig auftreten, sich immer zuerst ausschließlich odervorwiegend auf der Seite entwickeln, an welcher das Trauma angegriffen hat. Es liegt in der Art der Entstehung der traumatischen Neurosen und ihrer praktischen Folgen, daß man bei ihrer Beurteilung das Vorkommen von Simulation resp. Aggravation der Krankheitserscheinungen im Auge behalten muß, da der Wunsch, eine möglichst hohe Unfallrente zu erzielen, seit der Unfallgesetzgebung mit dem Vorstellungsleben des Traumatikers eng verknüpft ist. Die objektiv nachweisbaren Zeichen, die Steigerung der Sehnenphänomene, die Erhöhung der mechanischen Muskel- und Nervenirregbarkeit, fibrilläre Muskelzuckungen oder auch Zittern und klonische Zuckungen in einzelnen Muskeln, die vasomotorischen Phänomene, die häufig nachweisbare Pupillendifferenz, werden bei der zur Beurteilung hysterischer Erscheinungen notwendigen Übung und Erfahrung (Vermeidung suggestiver Einflüsse!), unter Berücksichtigung des gesamten psychischen Verhaltens des Patienten in der Regel zu einer richtigen und gerechten Beurteilung des Falles führen. Stets ist daran festzuhalten, daß bewußte, absichtliche Simulation keine häufige Erscheinung ist, daß Übertreibungen mancher Krankheitserscheinungen zu den der Hysterie eigentümlichen psychischen Veränderungen gehören.

Verlauf und Prognose der Neurasthenie.

Der Verlauf der Neurasthenie ist meistens ein chronischer, die Krankheit zieht sich mit mannigfachen Exacerbationen und Remissionen der neurasthenischen Erscheinungen über Jahre hin. Akute, in einigen Monaten zum Ablauf kommende Fälle gehören zu den Ausnahmen.

Die günstigste Aussicht auf dauernde Heilung bieten die ohne nervöse Belastung infolge einer nachweisbaren äußeren Veranlassung entstehenden Fälle, in denen es gelingt, ehe die Krankheit weit vorgeschritten ist, diese Schädlichkeiten für die Zukunft zu beseitigen.

Eine Ausnahme bilden die traumatisch bedingten Fälle, deren Krankheitserscheinungen, wie oben ausgeführt, ungemein hartnäckig zu sein und allen therapeutischen Bemühungen zu trotzen pflegen. Ausgesprochene hereditäre Belastung verschlechtert die Prognose, besonders wenn die Entwicklung des Leidens eine langsame, schleichende ist, und wenn psychische Symptome, die auf eine degenerative Grundlage des Leidens hinweisen, in dem Krankheitsbilde dominieren.

So bieten Beobachtungen, in denen Zwangsvorstellungen eine hervorragende Rolle spielen, in der Regel ungünstige Aussichten auf Genesung.

Wenn nun auch in diesen Fällen dauernde Heilungen nicht zu erwarten sind, können doch meistens durch geeignete therapeutische Maßnahmen Besserungen erzielt und die Beschwerden gemildert werden.

Diagnose.

Bei der Stellung der Diagnose Neurasthenie muß daran gedacht werden, daß im Beginn und im Verlauf innerer Krankheiten Symptome vorkommen, die neurasthenischen sehr ähnlich sind, daß sich anderer-

seits auf dem Boden schwerer organischer Erkrankungen die Neurasthenie entwickeln kann, daß demnach eine sorgfältige Untersuchung des gesamten Organismus die Vorbedingung für die richtige Erkennung und Behandlung des Leidens bilden muß. Von den Erkrankungen des Nervensystems ist es in erster Linie die *Dementia paralytica*, deren Unterscheidung von der Neurasthenie von hervorragender Wichtigkeit ist, da die Symptome der Paralyse in ihrem Frühstadium mit denen der Neurasthenie weitgehende Ähnlichkeit haben können.

Reizbarkeit, große Ermüdbarkeit bei geistiger Anstrengung, Störungen des Schlafes, Kopfschmerzen, Schwindelanwandlungen, Zittern der Hände und der Finger sind in vielen Fällen beiden Krankheiten gemeinsame Erscheinungen. Von entscheidender Bedeutung für die Differentialdiagnose ist der Nachweis von körperlichen Lähmungssymptomen (vergl. Kapitel „Paralyse“), die bei der Neurasthenie stets fehlen, bei der Paralyse in vielen Fällen schon in frühen Stadien nachweisbar sind.

Solange körperliche Lähmungserscheinungen fehlen, kann die Unterscheidung einer beginnenden Paralyse von der Neurasthenie sehr große Schwierigkeiten bereiten, indessen zeigen auch die initialen psychischen Symptome beider Krankheiten Unterschiede, deren Berücksichtigung den richtigen Weg mitunter weist. Schon sehr frühzeitig pflegt sich bei der Paralyse eine Abnahme der Intelligenz, Urteils- und Kritiklosigkeit bemerkbar zu machen.

Diese Erscheinungen fehlen bei der Neurasthenie, können vorübergehend durch die Erschöpfbarkeit und Ermüdbarkeit dieser Kranken vorgetäuscht werden.

Die Beurteilung des eigenen Zustandes pflegt in beiden Krankheiten eine recht verschiedene zu sein. Während der Neurasthener sich selbst mit minutiösester Genauigkeit beobachtet, in seiner Schilderung oft eine scharfe Beobachtungsgabe zeigt, nicht selten in exakter Weise über alle Beschwerden Buch führt, ist das Krankheitsbewußtsein des Paralytikers oft ein sehr unklares, die Selbstbeobachtung und Kritik eine äußerst mangelhafte, sein ganzes Wesen trägt den Stempel der Apathie und Indolenz.

Wesentlich kann die Diagnose schließlich durch die anamnestischen Daten gestützt werden. Schwere neurasthenische Symptome, die bei früher syphilitisch infizierten, sonst gesunden Personen in den besten Jahren ohne äußere Veranlassung plötzlich auftreten, müssen den Verdacht einer beginnenden Paralyse erwecken, während greifbare erschöpfende Ursachen oder ausgesprochene neuropathische Belastung mit nervösen Zuständen im Vorleben des Patienten eine Neurasthenie wahrscheinlicher machen.

Für die Unterscheidung der depressiven Form der Neurasthenie (der konstitutionellen Verstimmung) von der Melancholie kommt in erster Linie der Nachweis der körperlichen und psychischen Symptome der Neurasthenie (Parästhesien, Schmerzen, Reizbarkeit usw.) in Betracht, die dem Krankheitsbilde der Melancholie fremd sind.

Ausgesprochene melancholische Kleinheitswahnvorstellungen pflegen den depressiven neurasthenischen Formen zu fehlen, ebenso vermissen wir bei ihnen die anhaltende Gleichmäßigkeit der melancholischen Verstimmung; ein schleppender Krankheitsverlauf mit ganz unregelmäßigen Schwankungen ist diesen Zuständen, von denen mannigfache Übergänge zu den leichten, auf konstitutioneller

Grundlage beruhenden Krankheitsfällen periodischer Verstimmung (vergl. Kapitel „Periodische Seelenstörungen“) hinüberführen, eigentümlich.

Bei der Trennung von der Hysterie ist das Fehlen des für diese Krankheit so charakteristischen hysterischen Wesens (vergl. Kapitel „Hysterie“) hervorzuheben. Es werden ferner bei der Neurasthenie die zum Krankheitsbilde der Hysterie gehörigen Reiz- und Lähmungserscheinungen, wie Hemiparesen, Kontrakturen, Sensibilitätsstörungen, Krampfanfälle usw. vermißt. Daß aber zwischen der Neurasthenie und Hysterie Übergangsformen, sowie Vermischungen der Symptome beider Krankheiten vorkommen, geht besonders deutlich aus dem Symptomenkomplex der traumatischen Neurosen, wie auch aus zahlreichen anderen Beobachtungen hervor.

Therapie.

Bei der Behandlung der Neurasthenie muß das Fernhalten von allen Faktoren, welche auf das Nervensystem einen erregenden oder erschöpfenden Einfluß haben, den leitenden Gesichtspunkt bilden. Es ist deshalb Ruhe auf intellektuellem und gemüthlichem Gebiete in Verbindung mit körperlicher Pflege und Kräftigung die wesentlichste therapeutische Bedingung, für deren Erfüllung die Entfernung der ätiologisch schädlichen Einflüsse zunächst in Betracht kommt. Bei geistiger Überarbeitung ist das Fernhalten von jeder anstrengenden Tätigkeit, bei körperlich Erschöpften Ruhe, körperliche Erholung, die erste Bedingung. Von der Schwere der Erkrankung hängt es ab, inwieweit leichtere geistige Arbeiten resp. mäßige körperliche Bewegung dem Patienten zu gestatten sind.

Bei den schwereren Graden der Erschöpfung ist oft längere Zeit durchgeführte Bettruhe, in manchen Fällen in Verbindung mit einer sogenannten „Mastkur“*) am Platze, da erfahrungsgemäß der neurasthenische Zustand durch ein gewisses Maß von Überernährung günstig beeinflußt zu werden pflegt, während forcierte Entfettungskuren diesen Kranken entschieden schädlich sind. Auf jeden Fall ist es notwendig, durch bestimmte diätetische Vorschriften (gemischte, leicht verdauliche Nahrung, häufige kleine Mahlzeiten) die Ernährungsweise der Kranken sorgfältig zu regeln.

Die Hydro- und Elektrotherapie stellen wichtige Faktoren bei der Behandlung des Leidens dar. Für die bemittelten Stände sind die Sanatorien und Wasserheilstätten geeignete Orte, um sich diesen Behandlungsmethoden in ihren mannigfachen Variationen zu unterziehen.

Leichtere hydrotherapeutische Kuren (kalte Abreibungen, Sitzbäder, laue Halb- und Vollbäder) können auch bei der Behandlung im Hause durchgeführt werden.

Als ein erfreulicher Fortschritt muß es bezeichnet werden, daß in neuester Zeit der Anfang gemacht ist, auch den zahlreichen unbenittelten Neurasthenikern durch Einrichtung besonderer Nervenheilstätten**)

*) Diese von WEIR-MITCHEL, PLAYFAIR u. a. ausgebildete Methode der Überernährung besteht im wesentlichen in möglichst ausgiebiger Ernährung (2—3 stündliche Darreichung kleiner Portionen, zunächst vorwiegend Milch, dann gemischte Kost in steigender Menge) bei völliger geistiger und körperlicher Ruhe. Für Regelung der Verdauung und der Zirkulation muß durch regelmäßige Massage und allgemeine Faradisation Sorge getragen werden.

***) Derartige Heilstätten sind das „Haus Schönow“ in Zehlendorf bei Berlin, und die Rasenmühle bei Göttingen.

Gelegenheit zu einer den modernen therapeutischen Anforderungen entsprechenden Behandlung ihres Leidens zu geben. Außer den mannigfachen „physikalischen Heilmethoden“ kommt in diesen Anstalten das Bestreben, die Kranken durch methodische Übungen wieder an die Arbeit zu gewöhnen, sie im Garten und in den Werkstätten wieder für die Anforderungen des Lebens zu erziehen, unter den therapeutischen Maßnahmen wesentlich in Betracht.

Bei der Verordnung klimatischer Kuren ist strenge Individualisierung erforderlich, da die Kranken in sehr verschiedener, oft nicht im voraus zu übersehender Weise auf klimatische Einflüsse reagieren. Bei manchen Kranken werden ausgezeichnete Erfolge durch einen Aufenthalt an der See erzielt, während das Befinden anderer durch das Gebirge günstiger beeinflusst wird. Auch Winterkuren im Hochgebirge (St. Moritz, Grindelwald usw.) werden warm empfohlen. Von heruntergekommenen, sehr schwachen Neurasthenikern, besonders solchen mit ausgesprochenen Herzbeschwerden, wird das Klima starker Seebäder und des Hochgebirges im allgemeinen nicht gut vertragen, von diesen Kranken werden die Mittelgebirge (Harz, Thüringen, Schwarzwald usw.), die Vorgebirge der Alpen oder mildes Seeklima (Ostseebäder) bevorzugt. Nicht selten ist ein beliebiger Luftwechsel (Landaufenthalt) von wohlthätigstem Einfluß auf das Befinden des Kranken.

Arzneimittel finden bei der Behandlung der Neurasthenie vorwiegend in symptomatischer oder suggestiver Hinsicht Verwendung, jedoch wird man bei der Behandlung mancher Fälle einzelne Medikamente nur ungern entbehren. Eine günstige Wirkung bei nervösen Erregungszuständen kommt den Brompräparaten zu, auch das Arsen (bei Anämie in Verbindung mit Eisenpräparaten) wird mit Erfolg bei neurasthenischen Zuständen verwendet. Chinin- und Strychninpräparate werden häufig als tonisierende Mittel allein oder in Verbindung angewendet.

Zur Bekämpfung der verschiedenartigen neurasthenischen Schmerzen leistet die ganze Reihe der Nervina (Antipyrin, Phenacetin, Antifebrin etc.) vorübergehend oft gute Dienste, jedoch ist bei der Behandlung chronischer schmerzhafter Zustände die größte Zurückhaltung bei der Verwendung dieser Mittel geboten.

Eine besondere Behandlung erfordert oft die hartnäckige Schlaflosigkeit. Wenn die Allgemeinbehandlung, Bewegung im Freien während des Tages, eventuell prolongierte laue Bäder oder feuchte Einpackungen vor dem Zubettgehen keinen Erfolg haben, wirkt mitunter ein Glas Bier abends schlafbefördernd. Von Medikamenten können kleine Bromdosen, Trional (0,5—1,5), Sulfonal (1,0), Veronal (0,5—1,0) oder andere leichtere Hypnotika unter steter ärztlicher Kontrolle gegeben werden. Zweckmäßig ist es, mit der Anwendung der Schlafmittel bei längere Zeit andauernder Schlaflosigkeit zu wechseln. Mit der Verordnung von stärkeren Narkotica, wie Morphinum und Chloral, kann man bei Neurasthenikern nicht vorsichtig genug sein!

Was die symptomatische Behandlung der zahllosen körperlichen Beschwerden der Neurastheniker betrifft, verweisen wir auf die Lehrbücher der Neuropathologie.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird eine konsequent durchgeführte individualisierende psychische Behandlungsweise, unterstützt durch möglichst indifferenten Arzneimitteln, sowie durch Hydrotherapie und Elektrizität von Erfolg begleitet sein.

Literatur.

Außer den in den vorigen Kapiteln angeführten Lehr- und Handbüchern der Psychiatrie:

BINSWANGER, Pathologie und Therapie der Neurasthenie, Jena 1896.

ERB, Über die wachsende Nervosität unserer Zeit, Heidelberg 1895.

JOLLY, Neurasthenie. Handbuch der prakt. Medizin von EBSTEIN-SCHWALBE, Bd. IV, 1900.

KRAUS, Lehrbuch der inneren Medizin, hrsg. von v. MERING, 2. Aufl.

LÖWENFELD, Die psychischen Zwangsercheinungen, Wiesbaden 1904.

MÖBIUS, Über die Behandlung von Nervenkranken und die Errichtung von Nervenheilstätten. Berlin 1896.

OPPENHEIM, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 3. Aufl., 1902.

Derselbe, Die traumatischen Neurosen, 1888 u. 1892.

STRÜMPFELL, Über die Untersuchung, Beurteilung und Behandlung von Unfallkranken, München 1896.

WESTPHAL, C., Ges. Abhandlungen, Berlin 1892, hrsg. von Dr. A. WESTPHAL.

Die hypochondrische Form der Neurasthenie. (Die Hypochondrie.)

Begriffsbestimmung und Ätiologie.

Unter der Bezeichnung Hypochondrie wurden und werden von manchen Autoren auch noch heute mannigfache psychische Zustandsbilder und Symptomenkomplexe zusammengefaßt, die durch eine bestimmte Form der krankhaften Verstimmung ausgezeichnet sind, in welcher die Aufmerksamkeit des Kranken anhaltend oder vorwiegend auf die Zustände des eigenen Körpers oder Geistes gerichtet ist (JOLLY, HITZIG). Da sich diese auf „einer krankhaften Veränderung der Selbstempfindung“ beruhende Verstimmung bei den verschiedensten Formen psychischer Erkrankung¹⁾ der Melancholie, der Paranoia, angeborenen und erworbenen geistigen Schwächezuständen, der Paralyse und in erster Linie auch bei der Neurasthenie findet, vermögen wir eine in sich abgeschlossene, selbstständige Krankheit der „Hypochondrie“, welche der obigen Definition entspricht, nicht anzuerkennen.

Wir ziehen an dieser Stelle ausschließlich diejenigen hypochondrischen Zustände in den Bereich unserer Betrachtung, die in engster Beziehung zur Neurasthenie stehen. Die viel erörterten Beziehungen der Hypochondrie zur Neurasthenie lassen sich mit JOLLY am besten in der Weise kennzeichnen, daß die durch die Neurasthenie bedingten Veränderungen der Selbstempfindung den eigentlichen Stoff für die hypochondrischen Beängstigungen, Befürchtungen und Vorstellungen geben.

Wenn wir die hypochondrische Form der Neurasthenie hier gesondert besprechen, so geschieht dies aus dem Grunde, weil in einer Reihe von Beobachtungen der psychische Faktor des hypochondrischen Denkens und Fühlens bei dieser Erkrankungsform mehr hervortritt wie bei der einfachen Neurasthenie, der Krankheit nicht selten ein besonderes charakteristisches Gepräge verleiht. Es sind dies in erster Linie diejenigen Fälle, bei denen an Stelle der Befürchtungen von krankhaften Veränderungen der eigenen Person die zur Gewißheit gewordene Vorstellung der Erkrankung getreten ist. Diese Vorstellungen können durch ihre Fixiertheit, durch ihre völlig kritiklose Verarbeitung der krankhaften Empfindungen, an welcher jeder ärztliche Zuspruch scheitert, mit dem Zwang, den sie auf das gesamte Handeln des Kranken ausüben, den Charakter von Wahnvorstellungen annehmen.

Die Ätiologie der Hypochondrie ist mit derjenigen der Neurasthenie identisch. Alle die mannigfachen endogenen und exogenen schädigenden Einflüsse, welche wir bei der Entstehung der Neurasthenie kennen gelernt haben, spielen unter den Ursachen der Hypochondrie eine wichtige Rolle. Bei Fällen mit besonders hervortretender schwerer erblicher Belastung lassen sich mitunter hypochondrische Wahnvorstellungen bis in ein frühes Lebensalter, selbst bis in die Kindheit zurückverfolgen, so daß man in diesen Beobachtungen von

¹⁾ Wir verweisen auf die betreffenden Kapitel des Lehrbuchs mit dem Bemerkens, daß wir in dem vorliegenden Abschnitt mit der kurzen Bezeichnung „Hypochondrie“ nur die hypochondrischen Formen der Neurasthenie bezeichnen.

einer konstitutionellen Form der Hypochondrie sprechen kann. Nicht selten ist bei diesen Fällen zu konstatieren, daß sich die hypochondrische Veranlagung, „das hypochondrische Temperament“ familienweis vererbt und exquisite Hypochonderfamilien zur Entstehung kommen.

Auf Grund der verschiedenen ätiologischen Faktoren hat WOLLENBERG zwei Grundformen der Hypochondrie, die „konstitutionelle“ und „accidentelle“ Hypochondrie unterschieden, mit der Betonung, daß eine scharfe Grenze zwischen diesen Formen nicht anzunehmen sei.

Symptomatologie.

Unter den Symptomen der Hypochondrie nimmt die krankhaft veränderte Selbstempfindung und die sie begleitende traurige Verstimmung den ersten Platz ein. Die mannigfachen Schmerzen und Parästhesien, die abnormen Organempfindungen, auf die wir bei der Neurasthenie hingewiesen haben, werden mit der peinlichsten Aufmerksamkeit verfolgt und der Ausgangspunkt der verschiedenartigsten Befürchtungen einer bestehenden oder drohenden schweren Erkrankung.

Es ist erklärlich, daß die Stimmung unter dem Einfluß dieser beängstigenden Vorstellungen eine gedrückte, traurige wird. Der Kranke kann sich von intensiver Beobachtung seines Körpers und der Funktionen desselben nicht mehr frei machen, zwangsartig wird er immer wieder zu Grübeleien und Betrachtungen über seinen Zustand getrieben, die ihm stets neuen Stoff für seine Befürchtungen liefern. Es bleibt aber in einer Reihe von Fällen nicht bei diesen Befürchtungen bewendet, allmählich kann sich unter mannigfachen Remissionen und Exacerbationen des Zustandes die feste Überzeugung bei dem Patienten entwickeln, unheilbar krank zu sein. Diese hypochondrischen Wahnideen pflegen jeder Korrektur unzugänglich zu sein, durch den Einfluß des Arztes und vernünftigen Zuspruch nicht wesentlich beeinflusst werden zu können. Von diesen selteneren schweren Formen der Hypochondrie finden sich alle Übergänge zu den so außerordentlich häufigen leichten hypochondrischen Zuständen, die in der Regel suggestiven Einflüssen gut zugänglich sind, allerdings mit ausgesprochener Neigung zur Bildung neuer hypochondrischer Vorstellungen bei irgend einer Veranlassung.

Die hypochondrischen Vorstellungen sind in der Regel nicht andauernd von gleicher Stärke, entsprechend ihrer neurasthenischen Grundlage sind sie oft morgens intensiver wie am Abend, um in der Einsamkeit, besonders nachts, eine neue Steigerung zu erfahren. Anfallsweise kann es unter dem Einfluß der hypochondrischen Vorstellungen zu förmlichen Angstparoxysmen kommen, in denen die Kranken jammern und stöhnend umherlaufen, sich mit den Nägeln zerkratzen, sich die Haare raufen usw.

Auch außerhalb der paroxysmellen Steigerungen der Angst zeigen die Hypochonder ein ängstliches, mißtrauisches Wesen. Die fortwährende krankhafte Selbstbeobachtung macht die meisten dieser Kranken zu ausgesprochenen Egoisten; da sich ihr Gedankenkreis ausschließlich um den Zustand des eigenen Körpers dreht, bleibt für die Angehörigen, den Beruf, alle höheren Interessen kein Raum übrig.

Eine sehr hervortretende Erscheinung der Hypochondrie bietet die Erregung und Verstärkung von Empfindungen durch Vorstel-

lungen, so daß ROMBERG diese Kranken mit Recht als „Virtuosen auf den sensiblen Nerven“ bezeichnete. Schon das Denken an einen Körperteil ruft daselbst Kriebeln, Brennen, Vibrieren, Pochen, Sensationen von Wärme oder Kälte, Empfindungen der Vergrößerung oder Verkleinerung des Organs, das Gefühl von Veränderungen der Schwere desselben usw. hervor.

In ungemein mannigfacher Weise werden diese Empfindungen geschildert:

„Starke Durchzuckungen und kalte Durchgänge, Grinsen in den Unterschenkeln, Ansetzen der Schleimhaut im Halse, Vergiftung des Zahnfleisches, Druck im Gesicht, Zittern in den Augen, kalte Zehen“, gab mir unter zahlreichen anderen Klagen ein neurasthenischer Hypochonder an.

In anderen Fällen wird über Brennen in den Genitalien, Störungen beim Urinlassen, Gluckern im Magen, Blähungen des Darms, „zurückziehendes Gefühl“ beim Stuhlgang, Vertaubung der Gedanken, schwappendes, glühendes Gefühl im Schädelinnern usw. geklagt. Häufig werden diese Beschwerden von den Kranken in Form von Vergleichen vorgebracht, „es sei ihnen so, als ob Würmer in ihrem Leibe krabbelten.“ „das Rückgrat käme ihnen wie ausgehöhlt vor. „es spannte in den Beinen, als ob die Sehnen zu kurz wären“ etc. Es ist erklärlich, daß bei der gesteigerten Selbstbeobachtung der Kranken diese Empfindungsstörungen zu einer ergiebigen Quelle von Krankheitsvorstellungen werden.

Nach der vorwiegenden Lokalisation der Sensationen wird bald das eine, bald das andere Organ der Mittelpunkt von hypochondrischen Befürchtungen, die nach längerer oder kürzerer Zeit weitere Kreise zu ziehen, sich nicht auf ein Organ zu beschränken pflegen. Der Inhalt der hypochondrischen Vorstellungen ist nach den Kenntnissen und dem Bildungsgrad des Erkrankten, sowie nach dem Standpunkt der herrschenden Krankheitslehren (Bazillenfurcht!) ein sehr verschiedener; er ist ferner davon abhängig, ob ein vorher rüstiges oder ein abnorm veranlagtes Gehirn erkrankt ist, da die Erfahrung lehrt, daß die hypochondrischen Wahnideen bei ausgesprochen degenerativen konstitutionellen Formen der Neurasthenie sich durch die Absurdität und Ungeheuerlichkeit der Vorstellungen, sowie durch die mangelhafte Motivierung derselben auszuzeichnen pflegen. Von in das Bereich der Möglichkeit fallenden Befürchtungen oder Vorstellungen, an einem unheilbaren Rückenmarks- oder Gehirnleiden erkrankt zu sein, den Krebs oder Syphilis zu haben, von irgendwelchen gefährlichen Bazillen infiziert zu sein usw., führen alle Übergänge zu den unsinnigsten Vorstellungen, einen Frosch oder Vogel im Leib zu beherbergen, vollkommen leer zu sein, kein Gehirn, keinen Darm zu besitzen usw. herüber.

Es werden somit gelegentlich sämtliche Krankheiten mit allen ihren Symptomen in den Kreis der hypochondrischen Befürchtungen hineinbezogen. Diese Befürchtungen können unter uns nicht näher bekannten Umständen, wahrscheinlich bei schwereren Erkrankungsformen hereditär Belasteter oder bei geringerer Widerstandsfähigkeit des Zentralorgans, in unerschütterliche Vorstellungen (Wahnideen) eines unheilbaren Leidens allmählich übergehen, mitunter sind die hypochondrischen Vorstellungen von vornherein unkorrigierbar. Besonders sind die konstitutionellen Formen der Erkrankung mit kontinuierlich chronischem Verlauf zur Entwicklung derartiger hartnäckiger hypochondrischer Wahnideen disponiert, welche diese Kranken schließlich ganz ge-

wohnheitsmäßig und affektlos vorzubringen pflegen. Zwangsvorstellungen und Phobien, wie wir sie bei der Neurasthenie beschrieben haben, kommen bei den hypochondrischen Verlaufsweisen dieser Krankheit häufig in Gestalt bestimmter zwangsartig auftretender Befürchtungen, der Beschmutzungsfurcht (Mysophobie) und der Berührungsfurcht (*délire du toucher*) vor.

Es tritt in diesen Fällen die Befürchtung bei den Kranken auf, sich an irgend einem Gegenstand, Schwefelhölzern, Eß- und Trinkgeschirren, Türklinken, Geldstücken usw. zu verunreinigen oder zu vergiften, Krankheitsstoffe auf sich oder andere zu übertragen. Mitunter sind es Wäschegegenstände oder die Kleider, welche Anlaß zu lebhaften Befürchtungen geben. Die Kranken suchen alle Berührungen zu vermeiden, waschen sich nach einer zufälligen Berührung unaufhörlich, werden niemals mit der Reinigung ihrer Kleider fertig, so daß sie stundenlang zum Anziehen und Ausziehen brauchen, in manchen schweren Fällen abends kaum ins Bett gelangen können. Das Benehmen, die Handlungen derartiger Kranker erhalten durch diese zwangsmäßig auftretenden Vorstellungen und die sich ihnen anschließenden motorischen Impulse nicht selten ein sehr auffallendes bizarres Gepräge.

So war bei einem jungen Manne, den ich vor kurzem beobachtete, urplötzlich beim Anblick eines Kameraden, der sich abends eine wunde Stelle („Wolf“) mit Hirschtalg einrieb, die Vorstellung aufgetreten, er könne sich mit diesem Hirschtalg irgendwie verunreinigen. Bald dehnte sich die Berührungs- und Beschmutzungsfurcht auf die verschiedenartigsten anderen Gegenstände aus. Eine Türklinke anzufassen, ohne ein Papier oder Holzstückchen dazwischen zu legen, war ihm unmöglich. Mit dem Waschen wurde er gar nicht mehr fertig, denn auch der Hahn der Wasserleitung und das Handtuch waren „befleckt“, gaben stets Anlaß zu neuen Waschungen, so daß bald die Gesichtshaut und die Hände blutig durchgerieben waren, mit Salbenverbänden behandelt werden mußten.

Derartige zwangsweise auftretende Befürchtungen und Vorstellungen können in dem Krankheitsbilde der Hypochondrie mitunter eine so hervorragende Rolle spielen, daß die anderen neurasthenischen Beschwerden im Vergleich mit ihnen mehr in den Hintergrund treten.

Eine hervorragende Bedeutung kommt den hypochondrischen Klagen in dem Krankheitsbild der traumatischen Neurose zu (vergl. voriges Kapitel). Die trübe, hoffnungslose Stimmung dieser Kranken, die einseitige Konzentration der Gedanken auf ihren körperlichen und geistigen Zustand, die mannigfachen abnormen Empfindungen und ihre krankhafte Verarbeitung machen die Traumatiker fast ausnahmslos zu ausgesprochenen Hypochondern.

Verlauf und Prognose.

Der Verlauf der Krankheit gestaltet sich verschiedenartig, nur selten geht ein hypochondrischer Zustand in akuter Weise schon nach kurzer Zeit vorüber. Am bekanntesten unter diesen leichten Formen sind wohl die hypochondrischen Zustände, von denen junge Mediziner beim Eintritt in die klinischen Semester infolge der eingehenden Beschäftigung mit gewissen Krankheiten nicht selten befallen werden (Medizinerhypochondrie). In der Mehrzahl der schwereren Fälle von Hypochondrie handelt es sich um einen protrahierten Krankheitsverlauf, der sich über Monate oder Jahre häufig mit mannigfachen Exacerbationen und Remissionen erstrecken kann. Ganz allmählich können diese Fälle in Genesung übergehen, in der Regel aber kommt es später bei irgend einer Veranlassung infolge psychischer oder körperlicher Schädlichkeiten

zum Aufflackern der alten oder Entstehung neuer hypochondrischer Vorstellungen. Schwere hypochondrische Zustände, in denen es zur Bildung feststehender Wahnideen gekommen ist, zeigen einen exquisit chronischen Verlauf, pflegen, abgesehen von gelegentlichen Schwankungen des Befindens, anhaltende Besserungen nicht zu erfahren. Einen gleich ungünstigen Verlauf weisen diejenigen Krankheitsfälle auf, bei denen sich hypochondrische Vorstellungen bis in die frühe Jugendzeit verfolgen lassen. Im übrigen verweisen wir auf die über Prognose und Verlauf der Neurasthenie gemachten Angaben.

Diagnose.

Es ist wichtig, den auf dem Boden der Neurasthenie entstandenen Krankheitszustand der Hypochondrie, wie wir ihn geschildert haben, von hypochondrischen Zuständen, wie sie symptomatisch im Verlauf oder als Initialstadium anderer Psychosen häufig vorkommen, möglichst scharf zu trennen.

Die hypochondrische Form der Melancholie kann mit der uns beschäftigenden Krankheit äußere Ähnlichkeit besitzen.

Eine genauere Analyse der Krankheitserscheinungen zeigt jedoch, daß die hypochondrischen Wahnideen der Melancholie als eine direkte Folge der traurigen Verstimmung anzusehen sind, nur einen Teil der für die Melancholie charakteristischen Kleinheitswahnvorstellungen (Versündigungswahn) darstellen und in der Regel im Zusammenhang mit diesen vorgebracht werden. Der Versündigungswahn ist der hypochondrischen Form der Neurasthenie fremd.

Die Wahnideen der hypochondrischen Neurastheniker stehen im engsten Zusammenhang mit den mannigfachen abnormen Empfindungen und der gesteigerten Selbstbeobachtung dieser Kranken. Die traurige Verstimmung derselben ist bedingt durch die Angst vor bestehender oder drohender schwerer Erkrankung.

Zu den häufigsten Erscheinungen im Initialstadium und im Verlauf der chronischen Paranoia gehören hypochondrische Wahnideen, die sich nach der Art ihrer Entstehung grundsätzlich von denen der hypochondrischen Neurastheniker unterscheiden.

Der Paranoiker bezieht seine abnormen Sensationen und Organempfindungen auf feindliche Beeinflussungen der Außenwelt, das Gefühl seiner körperlichen Veränderungen bringt er in engste kausale Beziehungen zu Verfolgungs- und Beziehungswahnvorstellungen, „er ist nicht krank, sondern wird künstlich krank gemacht“, er projiziert somit seine Sensationen in die Umgebung, während die Entstehung hypochondrischer Vorstellungen bei Neurasthenikern jede Beziehung auf eine feindliche Außenwelt vermissen läßt. Der Umstand ferner, daß sich den Wahnideen bei der einfachen Hypochondrie niemals Überschätzungs- und Größenideen zugesellen, wie sie in logisch systematisierender Weise sich mit Verfolgungsvorstellungen bei der Paranoia zu verbinden pflegen, kann in manchen Fällen auch für die Unterscheidung beider Krankheiten verwertet werden.

Ungemein häufig werden hypochondrische Vorstellungen im depressiven Initialstadium der Katatonie beobachtet. Die Diagnose macht hier besonders bei jugendlichen Individuen nicht selten Schwierigkeiten, da die mannigfaltigsten neurasthenischen Symptome auf körperlichem und geistigem Gebiet im Beginn katatonischer Zustände oft lange

Zeit hindurch nachweisbar sind. Die scharfe Eigenbeobachtung des neurasthenischen Hypochonders, die Beeinflussbarkeit seiner Beschwerden auf suggestivem Wege, die Lebendigkeit, welche er bei der Schilderung seiner Leiden entwickelt, unterscheidet ihn von der gemüthlichen Stumpfheit, der Urteilslosigkeit und Zerfahrenheit des Katatonikers, der auch bei ärztlichem Zuspruch völlig indifferent zu bleiben pflegt. Treten Stereotypien, Negativismus, Befehlsautomatie oder andere Erscheinungen des katatonischen Stupors auf, werden Sinnestäuschungen beobachtet, dann ist die Diagnose Katatonie gegenüber der Hypochondrie gesichert.

Was schließlich die Unterscheidung der Hypochondrie von den durch hypochondrische Wahnbildung ausgezeichneten depressiven Verlaufweisen der Dementia paralytica anbelangt, so kommen hier alle Unterscheidungsmerkmale in Betracht, die wir bei der Trennung der Neurasthenie von der Paralyse hervorgehoben haben (vergl. Kapitel „Neurasthenie“).

Therapie.

Die Behandlungsweise ist mit derjenigen der Neurasthenie identisch.

Literatur.

Außer den unter Neurasthenie zitierten Werken:

- BÖTTIGER, Über Hypochondrie. Archiv für Psychiatrie, Bd. XXXI.
JOLLY, Die Hypochondrie. ZIEMSENS Handbuch, 2. Aufl., Bd. XII, 2, 1877,
und Handbuch von EBSTEIN-SCHWALBE, Bd. IV, 1900.
RAECKE, Über Hypochondrie. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. LIX.
WOLLENBERG, Die Hypochondrie. Spez. Pathologie und Therapie, herausg. von
NOTHNAGEL, XII. Bd., 1. Teil, 3. Abt., Wien 1904.

Paranoia. Verrücktheit.

Von

E. Siemerling, Kiel.

Als Paranoia (*παρά* neben, *νόος* oder *νοῦς* Verstand = Daneben-denken) werden diejenigen Geistesstörungen bezeichnet, bei denen die **Wahnbildung** das Krankheitsbild beherrscht. **Wahnideen mit oder ohne Sinnestäuschungen spielen hier die Hauptrolle.**

Die Paranoia, Verrücktheit, wurde früher als eine sekundäre Geistesstörung, hervorgegangen aus einer Manie oder meist Melancholie, aufgefaßt. SNELL sen. und GRIESINGER wiesen zuerst auf das primäre Vorkommen dieser Erkrankung hin, faßten sie als eine selbständige für sich bestehende Geisteskrankheit auf.

Eine Abart der chronischen Verrücktheit, eine bis in die früheste Jugend zurückreichende Erkrankung benannte SANDER „originäre Verrücktheit“. C. WESTPHAL gab eine neue Auffassung über die Entwicklung der chronischen Form und bezeichnete eine akute heilbare Form als Paranoia acuta. Die Existenz einer akuten Paranoia wird von manchen Autoren bestritten, sie wollen nur eine chronische Form anerkennen.

Auch über die Ausdehnung dieser letzteren Form bestehen noch sehr geteilte Meinungen.

So will KRAEPELIN als chronische Verrücktheit nur die Erkrankungen gelten lassen, bei denen ganz langsam ein dauerndes unerschütterliches Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit und der Ordnung des Gedankenganges sich entwickelt.

Dieser strengen Forderung dürfte kaum ein einziger Fall von Verrücktheit entsprechen, denn auch die Kranken mit Eifersuchts- und Querulantenwahnsinn, welche von manchen Autoren ihren Symptomen nach als diesen Forderungen entsprechend angesehen werden, lassen keineswegs Störungen in der Besonnenheit und in der Ordnung des Gedankenganges vermissen.

Andere Autoren wollen zur Paranoiagruppe alle Erkrankungen rechnen, bei denen Störungen der Verstandestätigkeit im Vordergrund des klinischen Bildes stehen. Diese lassen z. B. die akute Verwirrtheit, die Amentia, ganz in die akute Paranoia aufgehen.

Wird der Nachdruck, wie es meistens geschieht, auf die Wahnbildung gelegt, so läßt sich eine **akute** von der **chronischen** Form trennen.

I. Paranoia acuta.

Bei der akuten Verrücktheit handelt es sich um **schnelle Entwicklung von Wahnideen mit systematisiertem Charakter der Verfolgung oder Größe**. Je nachdem Sinnestäuschungen vorhanden sind oder nicht, kann die Paranoia simplex acuta von der Paranoia hallucinatoria acuta getrennt werden. Letztere ist die bei weitem am häufigsten vorkommende Form. Fälle ohne jede Mitbeteiligung von Sinnestäuschungen gehören zu den äußersten Seltenheiten. Die Erkrankung kommt bei beiden Geschlechtern ungefähr im gleichen Verhältnis vor, in 3—4 %.

Ätiologie.

Häufig entsteht sie als Zustandsbild auf dem Boden einer pathologisch veränderten konstitutionellen Grundlage bei geistigen Schwächezuständen, bei Hysterie, Epilepsie, Dementia senilis, progressiver Paralyse.

Hereditäre Belastung ist vielfach nachgewiesen, die sich in eigenartiger Veranlagung kundgibt. Es sind oft leicht empfindliche, verletzbare, exaltierte Menschen, die übelnehmerisch, unverträglich, mißtrauisch den Verkehr meiden.

Bestimmte Gelegenheitsursachen können die Erkrankung zum Ausbruch bringen, wie starke geistige Inanspruchnahme, seelische Erschütterungen. In der Haft, besonders der Einzelhaft, auf dem Boden des Alkoholismus und anderen Vergiftungen, nach Trauma, im Wochenbett, im Klimakterium, im Zusammenhang mit menstrualen Vorgängen sehen wir den Ausbruch erfolgen.

In einzelnen Fällen fehlt jede Gelegenheitsursache, vergebens forschen wir nach einer besonderen eigenartigen Veranlagung.

Eine der häufigsten Ursachen ist der chronische Alkoholismus. Die Form, in welcher die Erkrankung sich hier oft präsentiert, ist der **akute Eifersuchtswahn**, der für sich allein oder in Verbindung mit anderen Ideen der Verfolgung, untermischt mit Größenideen, sich entwickelt (s. d. Kapitel „Alkoholismus“). Auch im Puerperium resp. in der Laktation ist die akute Entstehung des Eifersuchtswahns nicht selten (pag. 182).

Symptomatologie und Verlauf.

Dem eigentlichen Ausbruch der Erkrankung geht in der Regel ein Prodromalstadium voraus, in welchem die Kranken über **Abspannung, Nervosität, Schlaflosigkeit, Appetitmangel, unbestimmtes Angstgefühl** klagen.

Es bemächtigt sich ihrer in steigendem Maße die Idee, es liege etwas gegen sie vor, sie bilden den Gegenstand der Beachtung. Infolgedessen sind sie nur zu leicht geneigt, alle Vorgänge auf sich zu beziehen und mit sich in Beziehung zu bringen (krankhafte Eigenbeziehung, **Beachtungswahn**). Die Verfälschung der Wahrnehmung geht bei diesen Kranken außerordentlich schnell, so daß sie kaum Zeit gewinnen, sich Rechenschaft darüber abzulegen, was mit ihnen vorgeht, sie nicht mehr imstande sind, Kritik zu üben an den Trugschlüssen, zu welchen sie gelangen.

Stellen sich keine Sinnestäuschungen, was selten ist, ein, dann entwickelt sich durch illusionäre Deutungen faktischer Vorgänge (zuweilen ist es die plötzliche falsche Auslegung eines bestimmten Vorganges), durch Urteilstäuschungen und Urteilsfälschungen, durch unrichtige Kombinationen der Verfolgungs- oder Beeinträchtigungswahn. Zuweilen sind die Kranken gleich von vornherein in einer glückseligen, gehobenen Stimmung, auf deren Boden ohne Zutun von Halluzinationen Ideen der Größe entstehen können. Beide Verfolgungs- und Größenideen gehen dann Hand in Hand nebeneinander, ohne daß sie in einem ursächlichen Zusammenhang zu stehen brauchen.

In der überwiegenden Zahl der Fälle sind Sinnestäuschungen von vornherein sehr zahlreich vorhanden und tragen wesentlich zur schnellen Ausbildung der Wahnideen bei, fördern diese jedenfalls aufs lebhafteste. Zuweilen leiten sie unmittelbar nach dem Prodromalstadium die Erkrankung ein, treten in solcher Massenhaftigkeit und Intensität auf, daß die Kranken völlig von ihnen beherrscht, ganz verwirrt, unorientiert erscheinen und den Eindruck von lebhaft delirierenden und von allgemein Verwirrten hervorrufen. Es bilden sich Erregungszustände aus, ähnlich denen, die bei der Amentia, bei den Kollapsdelirien beschrieben sind. Diese Phase der Erregung, welche meist in Stunden und Tagen vorübergeht, klingt aus in äußerlich ruhigeres Verhalten, in welchem die Kranken in zusammenhängender Weise über ihre Verfolgungs- und Größenideen berichten.

So bricht bei einem Kranken ohne besondere Ursache nach einem kurzen Vorstadium allgemeiner Nervosität eine heftige Erregung aus, in welcher massenhaft Täuschungen des Gesichts und Gehörs produziert werden. Er hat einen Phonographen im Ohr, der fortwährend spricht, in seinem Körper sitzt eine elektrische Maschine, alle Elemente der Welt umfassend, die arbeitet und deren Schläge er spürt. Dabei die lebhaftesten Größenideen: er könne bis ins Innere der Erde sehen, in die Sonne und auf alle Sterne. Er hat besondere Strahlen à la Röntgen entdeckt, will dadurch die Welt erlösen, Anarchisten entdecken, Verstorbene aufwecken. Er hat eine elektrische Gitarre erfunden, die Funken erzeugt so hell wie das Tageslicht, man könne dadurch das Gehirn des Menschen sehen. Sein Herz steht als Mittelpunkt der Elektrizität mit der Sonne in Verbindung. Er kann Menschen auf elektrischem Wege erzeugen. Er spürt einen öligen und elektrischen Geschmack im Munde, ein Zeichen, daß er mit Elektrizität geladen ist. Er behauptet, Funken zu sehen, welche er aus Gegenständen, aus Personen hervorzieht. Christus ist ihm erschienen (er beschreibt die Gestalt) und hat ihm verkündigt: Heute wirst du mit mir im Paradiese sein. Er hört den Geist sprechen, welcher ihn auffordert, die Welt zu bessern. Er erklärt sich für den Sohn des heiligen Geistes. Das Fenstergitter erklärt er für eine Gitarre, behauptet Funken herauspringen zu sehen. Schurken entziehen ihm die Elektrizität. Er spürt, wie sie festgenommen wird. Den Funken, den er erfunden hat, hat die Welt ihm gestohlen. Er hat aber eine Maschine konstruiert, in der die Sünden der ganzen Welt enthalten sind, ebenso ein neues Gesetz. Er fürchtet, er soll wegen seiner Erfindungen umgebracht werden. Kehlkopfschwindsucht hat man ihm beigebracht, in seinem Magen sitzt eine Ringelnatter, Gift hat man ihm eingegeben. Er hört die Stimmen von Kaiser und König.

Seine Stimmung ist sehr wechselnd, meist gehoben, pathetisch, dann ängstlich, scheu, selten heftig, gereizt, aggressiv.

Die Orientierung geht nie so weit verloren, daß er nicht weiß, wo er sich befindet. Heilung nach 7 $\frac{1}{2}$ Monaten. Gute Erinnerung.

Diese eigenartige Mischung von Größenideen (besondere Erfindungen) und Verfolgungsideen (Beseitigung durch Gift, durch beigebrachte Erkrankungen) ist häufig anzutreffen. So glaubte ein Kranker sich verfolgt wegen einer der größten epochemachenden Erfindungen des ganzen Jahrhunderts. In der Suppe ist ihm Gift beigebracht, er hat ein Mittel erhalten von Studenten, die als Juden verkleidet waren, um ihn zuckerkrank zu machen. Auf der Straße blickten ihn die Leute sonderbar an, schimpften hinter ihm in gemeinen Ausdrücken, in seiner Heimat wurde er als Verrückter empfangen, es war schon alles arrangiert. Verkleidete Leute gingen umher.

Ein anderer Kranker, bei dem sich längere Zeit schon ein sehr starkes Mißtrauen gezeigt hatte, bekommt heftige Angstanfälle, fürchtet, daß er vergiftet, ausgeraubt wird, hört dumpfe Stimmen und Geräusche von rollenden Wagen. Eine eigentümliche Stimmung bemächtigt sich seiner, besonders an kirchlichen Festtagen, er fühlt sich frei, gehoben, besonders befähigt. Im Rücken spürt er häufig stechende Schmerzen, ein Brennen im After, das mußte von Mitteln, die er heimlich erhalten, herrühren. Eine Stimme treibt ihn, früh aufzustehen, eine lange Predigt zu schreiben, es ist, als ob der heilige Geist sich über ihn ergossen hätte. Plötzlich hat er eine Vision. Sein Körper war heiß, er dachte ans Jenseits, wie trunken von einem erhabenen Anblick rief er: „O wie schön, wie einfach, wie herrlich!“ Es war wie eine Offenbarung. Es stand bei ihm fest, daß er als zweiter Luther die Menschheit vom Verderben erlösen solle. In seiner Umgebung vermutete er Sozialisten, bestellt, ihn zu beobachten und zu verderben. Wenn er Zeitung liest, bezieht er alles auf sich. Liest er eine Trauernachricht, meinte er, es sei ein Verwandter gestorben und hört deutlich Grabgeläute. Diese Gedanken drängen sich ihm gegen seinen Willen auf und spinnen sich von selbst fort. Am Körper spürt er allerlei Sensationen, meint etwas erhalten zu haben, damit das Blut vom Gehirn abwärts riesele und durch magnetischen Einfluß entfernt werde.

Stimmung ist meist gedrückt, leicht ängstlich. Nie unorientiert. Keine Erregungszustände. Heilung. Krankheitseinsicht. Wiederholte Nachuntersuchung ergibt vollkommene Gesundheit; geht seinem Berufe nach.

Bei einem Studenten, der sehr angestrengt zum Examen gearbeitet hat, körperlich heruntergekommen ist, treten sehr intensive Gesichtstäuschungen und Illusionen auf: er sieht Bilder, die sein ganzes Leben widerspiegeln. Alles erscheint ihm verändert. Tritt er auf ein Stück Holz, glaubt er eine Schlange zu berühren, wenn es blitzt, fürchtet er, es wird auf ihn gestoßen. Dabei fühlt er sich sicher, von Gott beschützt und begnadigt: er ist ausersehen, eine große Rolle zu spielen, den Menschen einen besonderen Dienst zu leisten. Ein helles Licht, das Sinnbild einer neuen Ordnung, ist ihm erschienen. Die Leute blickten ihn sonderbar an, bald böse, bald gut. An seinem Körper spürt er Verwesung. Die Züge der Personen, mit denen er spricht, verändern sich, im Saal sieht er Funken fliegen, hört seinen Namen rufen, gelbe Flecke huschen am Fenster, fratzenhafte Gesichter starren hinein. In der Ferne sieht er einen Kreuzgang mit Soldaten. Er ist

von Gott darauf hingewiesen, daß das 1000jährige Reich nahe sei, die Welt sei dem Untergange geweiht. Er müsse gegen fürchterliche Feinde kämpfen. Er muß Strafe dulden, weil er gelästert hat. Seine Feinde vergiften ihn, er sieht dunkle Gestalten, welche drohen. Wiederholt treten auf Stunden heftige Erregungen mit Schreien auf.

(Genesung nach Ablauf von fünf Wochen.)

Bei einem 20jährigen Kranken stellten sich im Anschluß an ein Trauma (Fall von der Treppe) eine Menge von Sinnestäuschungen ein: er sah Schatten huschen, hörte Stimmen von oben, die ihn schimpften, die Luft ist wie elektrisch, alles ist wie ein Nebel, als ob er Kohlendunst geatmet, er fühlt sich eingeengt, am Körper ein Prickeln, das geht von Gott aus. Gott habe ihn zu besonderer Mission ausersehen, er solle der Menschheit große Dienste leisten. Er fühle sich wie Christus, Buddha. In Flammenschrift ist ihm eine Verheißung erschienen: mene, mene tekel upharsin. Aus dem Bett spricht es, er antwortet den vermeintlichen Stimmen laut. Seine Stimmung ist dauernd gehoben. Heilung in sechs Monaten.

Bei anderen Kranken bildet sich lediglich Verfolgungswahn aus. Im Anschluß an eine aufgehobene Verlobung fühlte sich ein junges, eigenartig veranlagtes Mädchen ängstlich, bekümmert, mißtraut ihrer Umgebung, fürchtet, diese wolle sie hypnotisieren. Sie sucht sich diesem durch eine Reise zu entziehen, auf der Straße blicken die Leute sie eigentümlich an, im Zuge hört sie über sich sprechen. Die Reisenden tuscheln, machen sich Zeichen, sie glaubt, ein Komplott werde geschmiedet. Sie sieht, wie ein Mitreisender etwas aus der Tasche holt, mit dem sie vergiftet werden solle. Als der Zug durch einen Tunnel fährt, glaubt sie, daß sie ergriffen werden soll. Sie stürmt hinaus und springt vom Wagen herab. Mit einem abgequetschten Fuß spielend wird sie auf dem Eisenbahndamm sitzend vorgefunden. Auf einen Zettel hat sie die Worte geschrieben: Ich bin vergiftet, hypnotisiert, rasch untersuchen, verdächtig Frau G. u. Frau v. R. Im Krankenhaus starke Erregung, ruft um Hilfe, hört Stimmen, sieht Gesichter, glaubt vergiftet zu sein.

Nach wenigen Stunden beruhigt sie sich. Langsame Rückbildung der Ideen. Heilung. Krankheitseinsicht.

Bei einem 30jährigen Manne ohne hereditäre Belastung, ohne jede Besonderheit im Wesen und Charakter entwickelt sich im Anschluß an eine aufgehobene Verlobung eine größere Unruhe mit quälender Angst. Er glaubt sich beobachtet und verfolgt. Radfahrer sind angestellt, ihn zu begleiten, die Leute fragen ihn eigentümlich, als ob sie ihn ausspionieren wollten. Überall in allen Städten, in welche er reist, um den Beobachtungen zu entgehen, sind sie da. Er kann sich nirgends vor seinen Verfolgern retten. Hauptsächlich ist ein Herr dabei, der mit seiner Braut in Verbindung steht. Dieser hat wieder andre bestochen, darunter auch Bahnbeamte, so daß er überall gleich erkrankt wird; auf der Fahrt, auf dem Bahnhof, im Hotel, im Restaurant, im Theater ist dieser Herr oder seine Helfershelfer. Alle Reisenden auf den Bahnhöfen erscheinen ihm bekannt, in ihnen sieht er Verfolger. Der Wagen, in welchem er fährt, ist besonders gekoppelt am Ende des Zuges, um ihn leichter umzubringen. Auf der Straße hört er sagen: „er muß Gift haben“, fürchtet, daß Spiritisten ihn als Medium benutzen wollen. Anzügliche Gespräche von Lustmord und Präderastie werden in seiner Gegenwart geführt. Er bekommt den Eindruck, daß ein Kartell,

eine Verschwörung besteht, bestimmt, gegen alle vorzugehen, die nicht mit den Plänen seiner Vernichtung übereinstimmen. In seiner Angst zieht er die Notleine, springt aus dem Zuge, läuft fort, kniet hin und bittet den Himmel um Rat und Hilfe. Er fühlt sich feierlich gehoben, da kommt ein großer Stern herab vom Himmel, angetan mit einer Art Brautkleid, der weist ihm den Weg nach links. In dieser Erscheinung vermutet er seinen verstorbenen Bruder. Die Erscheinung versucht ihn in den Fluß zu locken, damit er ertrinkt. Günstige Kräfte treten in Wirkung, um ihn zu retten. Er versteht plötzlich die Stimmen der Vögel, welche ihm Ratschläge geben, wie er seinen Verfolgern enttrinnen kann. In die Klinik ist er gebracht, damit er beiseite geschafft wird. Er hört Stimmen von Verwandten seiner früheren Braut. Seine Feinde lassen vergiftete Mücken fliegen, um ihn zu töten. In den Pflegern sieht er gedungene Mörder, verweigert Essen aus Angst vor Gift. Von seinem Bett steigt ein Geruch auf, um ihn zu betäuben. Als er ausgeht, erblickt er wieder in allen Menschen Bekannte, die ihm auflauern sollen, glaubt, die Vögel und Raben fliegen ihm nach. Alle seine Gedanken werden erraten, er fühlt sich eigentümlich, als ob er kein Mann mehr wäre, sondern eine Frau. Aus jedem Geräusch hört er etwas, aus dem Knarren der Stiefel glaubt er zu entnehmen, daß ein Mormone hinter ihm her ist. Seine Verfolger erkennt er an gelben Bärten und Bleistiften. Man versucht, ihn zu hypnotisieren, will ihn zur Päderastie verleiten. Eine Frau mit elektrisch-magnetischen Augen richtet diesbezügliche Fragen an ihn. Seinen eigenen Grabstein und seine Beerdigung hat er gesehen.

Nach einem stuporösen Stadium vollkommene Heilung. Krankheitseinsicht.

Heftigen Erregungszuständen mit Verwirrtheit begegnen wir meist im Beginn, im weiteren Verlauf sind die Kranken wechselnder Stimmung: ängstlich, gedrückt, gehoben, feierlich, pathetisch, wie verzückt. Stuporöse Zustände kommen verhältnismäßig selten vor, leiten zuweilen die Genesung ein.

Abgesehen von den im Beginn auftretenden Verwirrheitszuständen kommt es im ferneren Verlauf nicht zu dieser anhaltenden traumhaften Verwirrtheit mit weitgehender Desorientierung wie bei der Amentia. Äußerlich oft ganz ruhig, sind die Kranken noch vollkommen beherrscht von den Ideen der Beeinträchtigung und Verfolgung, die sie in systematisierter Weise vorbringen.

Bei Unterhaltungen über die Ideen, beim Versuch, diese durch Gegenvorstellungen zu beeinflussen, erweisen sie sich meist nicht so abweisend, als die chronisch Verrückten, sind einem Zuspruch zugänglich.

Die Rückbildung erfolgt meist langsam. Schnelles plötzliches Aufhören muß immer den Verdacht auf Dissimulation erwecken. Eine totale anhaltende Unwandlung, eine Transformation der ganzen Persönlichkeit, wie diese bei der chronischen Verrücktheit zu beobachten ist, tritt nicht ein.

In einzelnen Fällen kommt es zu einer periodischen Wiederholung der Anfälle.

Besondere körperliche Symptome treten bei dieser Erkrankung nicht in Erscheinung.

Prognose.

Zu beachten ist, daß die akute Verrücktheit als Zustandsbild auf dem Boden der Paralyse, der Dementia senilis, der Epilepsie und

der Hysterie vorkommen kann. Die Prognose wird dabei diese Erkrankungen zu berücksichtigen haben. Die Rückbildung der akuten Verrücktheit ist in allen Fällen möglich.

Die Prognose der akuten Verrücktheit ist mit aller Reserve zu stellen.

Folgende Ausgänge können eintreten: die akute Verrücktheit bildet das Vorstadium der chronischen Paranoia. Der Kranke kommt zu keiner Korrektur seiner Vorstellungen, diese haften fest in geschlossenem System oder es tritt ein Zerfall des Zusammenhanges ein mit der Ausbildung einer mehr oder minder weitgehenden Demenz, die sich hauptsächlich in Zerfahrenheit, läppischem, albernem Wesen mit eichter interkurrenter Erregung kundgibt.

Die Erkrankung kann in Heilung übergehen.

Günstig ist sehr schneller Beginn, rasche Entwicklung bis zur Höhe, keine weitgehende anhaltende Trübung des Bewußtseins, langsame stetige Rückbildung.

Die Erkrankung wiederholt sich in periodischen Anfällen, ein verhältnismäßig seltenes Vorkommen.

Ein Teil der Kranken endet im Beginn durch Selbstmord. Verletzungen, Selbstverstümmelungen, die sie sich zuziehen, haben oft unangenehme Komplikationen (Erysipel, Phlegmone) im Gefolge. Über die Prognose der akuten Paranoia auf alkoholischer Basis vergl. Kap. Alkoholismus. Der akute, in der Laktation entstehende Eifersuchtswahn hat eine günstige Prognose.

Differentialdiagnose.

Am schwierigsten ist die Trennung von der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit. Es gibt sicher Fälle, welche den Übergang zwischen beiden Erkrankungen darstellen. Für die Zurechnung zur akuten Paranoia wird entscheidend sein die Gruppierung der Wahnvorstellungen zu einem System, das Fehlen der anhaltenden traumhaften Verwirrtheit.

Schwere anhaltende stuporöse und katatonische Symptome, namentlich im Beginn, werden den Verdacht auf Katatonie erwecken.

Vor Verwechslung mit Manie und Melancholie wird das Fehlen der ausgesprochenen, diesen Erkrankungen eigenen affektiven Störungen schützen.

Therapie

Am zweckmäßigsten ist die **Entfernung der Kranken** von Hause aus ihrer gewohnten Umgebung. Ist die erste Erregung vorüber, ist für zweckmäßige Ablenkung durch Arbeit und Beschäftigung Sorge zu tragen. Da die Kranken meist suggestibel und Einwirkungen des Zupruchs zugänglich sind, tritt die psychische Behandlung in ihre Rechte.

Zur Beruhigung leisten hier Bromkalium, Codein oft gute Dienste. Für die Rekonvaleszenz ist Nachkur in einem Bade, an der See, im Gebirge zu empfehlen.

Literatur.

- VON BECHTEREW, Über periodische akute Paranoia simplex. *Monatsschr. f. Psych. u. Neurol.*, Bd. V, 1899.
 CRAMER, A., Krankhafte Einbeziehung und Beachtungswahn. *Berl. kl. Wochenschr.* Nr. 24, 1902.

- Ders., Abgrenzung und Differenzialdiagnose der Paranoia. Zeitschr. f. Psych., Bd. LI.
- CATTANI, Zur Differentialdiagnose der Paranoia acuta, von der akuten Verwirrtheit und dem akuten halluzinatorischen Wahnsinn. I.-D., Bern 1896.
- Diskussion von JASTROWITZ, JOLLY, MENDEL, MOELI, NEISSER zu dem Vortrage von CRAMER und BÖDECKER: Über Begrenzung der Paranoia. Allgm. Zeitschr. f. Psych., Bd. LI, p. 178 ff., 488.
- FÜRSTNER, Diskussion zu dem Vortrag KÖPPEN, über Paranoia acuta. Neurol. Centralbl. Nr. 10, p. 469, 1899.
- FRIEDMANN, Zur Kenntnis und zum Verständnis milder und kurz verlaufender Wahnformen. Neurol. Centralbl., 14. Jahrg., p. 448, 1895.
- GALLUS, Die akute halluzinatorische Paranoia im Greisenalter. I.-D., Jena 1892.
- HITZIG, Über den Querulantenwahnsinn. Leipzig 1895.
- HOCHE, Akutes halluzinatorisches Irrsein. Deutsche Klinik.
- KRAUSE, Über Zustände von Verwirrtheit mit Aufregung oder Stupor im Beginne und Verlaufe der chronischen Paranoia. Monatschr. f. Psych. und Neurol., Bd. I, H. 5.
- KAUSCH, Ein Beitrag zur Kenntnis der period. Paranoia. Arch. f. Psych., Bd. XXIV, p. 924.
- KÖPPEN, Paranoia acuta. Neurol. Centralbl., 18. Jahrg., p. 434, 1899.
- LÜDEMANN, Über Entstehung, Ausbildung und Verlauf der Paranoia im allgemeinen, erläutert an einem bestimmten Falle. I.-D., Greifswald 1897.
- MEYER, E., Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 32, 1902.
- Ders., Beitrag zur Kenntnis der akut entstandenen Psychoseu und katatonischen Zustände. Arch. f. Psych., Bd. XXXII.
- PILCZ, ALEXANDER, Die periodischen Geistesstörungen. Eine klinische Studie. Jena 1901.
- SERBSKI, Über die akuten Formen von Amentia und Paranoia. Zeitschr. f. Psych. Bd. XLVIII, p. 328, 1892.
- WESTPHAL, C., Über die Verrücktheit. Zeitschr. f. Psych., Bd. XXXIV, p. 252.
- WILLE, Die Lehre von der Verwirrtheit. Arch. f. Psych., Bd. XIX, p. 328.
- WEBER, Über Psychosen unter dem Bilde der reinen primären Incohärenz. Münch. med. Wochenschr., Nr. 33, 1903.
- WERNER, Die Paranoia. Stuttgart 1891.
- ZIEHEN, Über Störungen des Vorstellungsablaufes bei Paranoia. Arch. f. Psych., Bd. XXIV, p. 112.
- Ders., Über die Affektstörung der „Ergriffenheit“ bei akuten Psychosen. Monatschr. f. Psych. u. Neurol.

II. Paranoia chronica.

Der chronischen Verrücktheit ist eigen eine langsam sich entwickelnde, meist zu einem System auswachsende und fortschreitende Wahnbildung.

Nicht richtig ist es, diese Erkrankung ausschließlich als Verstandesirresein aufzufassen. Wenn auch die Störung im Bereiche der Verstandestätigkeit oft so in den Vordergrund tritt, daß sie das Bild beherrscht, so ist doch auch die gemütliche, affektive Seite sehr in Mitleidenschaft gezogen, viel mehr, als es auf den ersten Blick scheint.

Die pathologischen Vorgänge erstrecken sich auf beide Gebiete, auf Vorstellungen und Affekte.

Die Skala der Gefühlsstörungen, welche ein Verrückter durchläuft, ist eine große, in jedem einzelnen Falle wieder eine ganz besondere. Bei dem ausschließlich subjektiven Charakter einer Gefühlsstörung ist es begreiflich, daß die Kranken nur schwer eine treffende Darstellung davon geben können. Die Empfindungen und Gefühle sind oft so eigener Art, so spezifisch, daß die Kranken in der Sprache vergebens nach einem passenden Ausdruck suchen, statt der

bloßen Benennung der stattgehabten Empfindung gleich eine Umschreibung, eine Auslegung oder Deutung bringen.

Wie in der Einleitung bemerkt, wollen manche (KRAEPELIN) die Benennung „chronische Verrücktheit“ nur auf die Fälle angewandt wissen, bei denen „ganz langsam ein dauerndes unerschütterliches Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit und Ordnung des Gedankenganges“ sich bildet. Diese Definition ist nicht anwendbar, weil ihr in dieser Fassung kein einziger Fall ganz entspricht.

Es würde damit auch ausgedrückt, dass die chronische Paranoia immer ein unheilbares Leiden darstellt. Das ist nicht richtig. Mit der Annahme der Unheilbarkeit in jedem Falle von chronischer Verrücktheit muß man sehr vorsichtig sein. Gerade die starke Mitbeteiligung der Affekte in einzelnen Fällen bei der Bildung der Wahnideen resp. des Wahnsystems läßt zuweilen eine Rückbildung zu.

Für das Zustandekommen der chronischen Verrücktheit nahm man früher allgemein eine geistige Schwäche an. Wenn diese auch manchen Fällen zugrunde liegt und bei ihrem Vorhandensein eine natürliche Erklärung abgeben kann für die Entstehung der Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen und für die Leichtigkeit, mit welcher die Kranken davon überwältigt werden, so ist doch geistige Schwäche keineswegs ein unbedingtes Erfordernis. Wo eine ausgesprochene geistige Schwäche vorhanden ist, kann sie in dem angegebenen Sinne Verwendung finden. Ist der Schwachsinn sehr ausgesprochen, tut man besser, von Paranoia mit Schwachsinn zu sprechen. Ganz und gar nicht angängig ist es, einen Verrückten als schwachsinnig anzusehen mit Bezug auf seine Wahnvorstellungen in der Vorstellung, dass nur eine Urteils- oder Kritiklosigkeit imstande wäre, zu solcher Überwältigung durch Wahnvorstellungen zu führen, wie sie hier zustande kommt. Der Vorgang im Gehirn, welcher zu der Verrücktheit führt, ist uns noch vollkommen verschlossen, wir kennen nur die Wege, welche die Störung einschlägt.

Es ist in hohem Grade wahrscheinlich, dass bei diesem sehr komplizierten Vorgang der Umdeutung, der falschen Auffassung, der Fälschung der Wahrnehmung, der Wahnbildung selbst die sehr starke Gefühlsbetonung (eine Überspannung) ebenso tätigen Anteil hat, als die Urteilsschwäche. Wir rekurrieren nur auf letztere, um das endgültige Unterliegen der Kranken unter die Wahnvorstellungen plausibel zu machen.

Ätiologie.

Eine geistige Schwäche ist nicht unbedingtes Postulat für die Entwicklung der Paranoia.

Liegt ein durch Heredität, Trauma, Vergiftung, senile Veränderung geschädigtes Gehirn vor, so kann die dadurch gesetzte Invalidität des Trägers die natürliche Erklärung für die Entstehung der Verrücktheit abgeben. Nicht selten sehen wir eine eigenartige Veranlagung des Charakters, in erster Linie durch Heredität bedingt, zugrunde liegen. Es sind oft eigentümlich stille, grüblerisch veranlagte, rechthaberische, reizbare, mißtrauische Personen, bei denen bestimmte Gelegenheitsursachen die Erkrankung auslösen.

In fast drei Viertel aller Fälle ist eine erbliche Belastung nachzuweisen. Unter den Gelegenheitsursachen spielen Alkoholismus, Haft, starke gemüthliche Erregung durch Rechtsstreitigkeiten, Enttäuschungen eine wesentliche Rolle.

In einzelnen Fällen läßt sich die Entstehung der Erkrankung bis in die früheste Jugend verfolgen: Paranoia originaria (SANDER). Häufig begegnen wir dem Ausbruch in der Pubertät. Nach meiner Statistik entfallen 15% der Störungen auf Paranoia chronica.

Symptome und Verlauf.

Wie bei der akuten Verrücktheit, können wir auch hier die Paranoia chronica simplex von der Paranoia chronica hallucinatoria unterscheiden.

Die Entwicklung erstreckt sich oft über viele Jahre. Bei diesem langen Vorbereitungsstadium ist es recht schwer, den eigentlichen Beginn und die ersten Anfänge und Manifestationen der Störung festzulegen. Daher erhalten wir auch so selten einen richtigen Einblick in die ersten Gefühlsstörungen, welche diese Kranken empfinden. Und doch sind diese sehr ausgesprochen vorhanden.

Es bemächtigt sich des Kranken ein Gefühl der Ängstlichkeit, Bangigkeit. „Es bewegt ihn“, er fühlt sich „anders“. Es ist ein „unbestimmtes inneres Gefühl“, welches wehmütig stimmt. Oft empfinden sie große Mattigkeit, Abspannung, Befangenheit. Schlaflosigkeit, Kopfweh, Kopfdruck sind häufige Klagen.

Zu diesen mehr unangenehmen Empfindungen gesellen sich dann andere im entgegengesetzten Sinne. Es gehen „gute und schlechte Gefühle“ nebeneinander. Sie fühlen sich gehoben, mit übermenschlicher Kraft, leicht ums Herz, schneidig, verzückt, himmlisch, unbeschreiblich wohl, es ist als ob die „Gedanken fließen“, der „Geist ist geweitet“. Warme Freude und Rührung durchrieselt den Körper. Sie fühlen sich frisch, munter, erhoben. „eigenartig erregt, als ob ein Glück bevorsteht“. Sie sind so leicht, als ob sie fliegen könnten, als ob sie schweben. Außerordentlich häufig sind frühzeitig schon hypochondrische Empfindungen: eine Leere im ganzen Körper, wie von Stein, als ob sie keine Zirkulation hätten, ein Gefühl von Fieber, Hitze, Wärme, Kälte, ein Kriebeln, plötzliche Betäubung, Klopfen, Drückungen am Kopfe, Gedärmschwäche, Stiche im Leib, krampfartige Zuckungen in den Gliedern.

Diese Störungen sind in manchen Fällen schwankend, beeinflussen den Kranken nur vorübergehend in der Stimmung, daß sie oft ganz unbeachtet bleiben. Erst bei längerem Bestehen, bei stärkerer Intensität bemächtigt sich der Kranken eine Verstimmung mit Mißtrauen. Die körperlichen Beschwerden steigern seine hypochondrischen Befürchtungen. Er fühlt sich seiner Umgebung gegenüber anders als sonst, merkt, daß etwas an ihm und um ihn vorgeht. Er fühlt sich zurückgesetzt, verkannt.

Für den Gesunden ist's schwierig, sich eine Vorstellung zu machen von der Verfassung, in welcher ein solcher Kranker sich befindet. Zur Erklärung hat man physiologische Vorgänge herangezogen: das Gefühl, wie es jemand hat, der zum erstenmal Uniform trägt und glaubt, jeder müßte ihm die Änderung ansehen, alle schenken ihm ihre Aufmerksamkeit (C. WESTPHAL).

Das Mißtrauen steigert sich, er kommt sich fremd vor in seiner Umgebung, weiß nicht, wie er sich diese erklären soll, sucht Rat und Aufklärung, scheut sich zu fragen, legt sich aufs Beobachten. In gespannter innerer Unruhe und Erwartung verfolgt er nun alles, was in seiner Umgebung sich abspielt.

Er hat die Vermutung, die Ahnung, daß etwas gegen ihn vorliegt und findet eine Bestätigung dieses Verdachts in den harmlosesten Vorgängen. Die Leute sehen ihn besonders an, grüßen auffallend oder grüßen gar nicht, spucken aus, die Kinder laufen nach, lachen eigentümlich, „alles ist verändert, alles in anderem Lichte, wie verwandelt“ (verkauft, verzaubert), er kommt sich als an einem fremden Ort vor. Die Tiere schreien anders, die Gänse schnattern besonders, der Hahn kräht lange, die Vögel fliegen dicht heran, die Glocken läuten lange und dumpf. Miene, Gebärde, Geste, Bewegung, die Stimme der mit ihm Sprechenden erscheinen verändert, sie sprechen mit eigenartiger Betonung, richten Blicke auf ihn, fixieren ihn, machen Bemerkungen.

In den Zeitungen liest er Ausspielungen, in Versammlungen in der Kirche, im Kolleg spricht der Vortragende zu ihm besonders, bringt Beziehungen zu seiner Person, im Theater werden Stücke gegeben, welche für seine Verhältnisse besonders passen.

Alles bringt er in Beziehung zu sich, sucht hinter allem etwas. Diese Idee, daß er beobachtet wird, setzt sich mehr und mehr fest. Hat sich das Mißtrauen anfangs nur gegen seine nächste Umgebung gerichtet, so dehnt es sich bald aus auf alle, die er sieht. Im Theater, im Restaurant, im Konzert, auf der Eisenbahn, überall kennt man ihn. Es muß eine Verschwörung, ein Komplott sein, darauf abgelegt, ihn zu beobachten und zu verfolgen. Er kann sich nicht anders denken, als daß seine Photographie überall verteilt, daß sein Signalement in allen Orten bekannt gemacht ist. Geld ausgesetzt ist für seine Ergreifung. Die Idee der Verfolgung nimmt immer festere Gestalten an: er soll beseitigt, vergiftet werden, für einen Mord macht man ihn verantwortlich, er soll diesen eingestehen; verkleidete verzauberte Leute folgen ihm, locken ihn in leere Straßen, um ihn zu überfallen, zum Eintritt in den spiritistischen Geheimbund will man ihn bringen, er ist für vogelfrei erklärt. Zu Unsittlichkeiten sucht man ihn zu verführen, zu Notzuchtvergehen, er soll Versuchsobjekt zu Studienzwecken sein.

Die Idee der Vergiftung gewinnt Anhaltspunkte in der besonderen Zubereitung der Speisen, die süßlich, anders riechen, ihm mit besonderer Betonung angeboten werden. Eine leichte Übelkeit, ein Unbehagen nach dem Essen gibt ihm die Gewißheit, daß das Essen mit Gift (Arsenik, Alkoholpillen) präpariert war.

Die Verfolgungen erscheinen so ausgedehnt, mit solcher Überlegung und List, daß er auf die Vermutung kommt, es müssen ganz bestimmte Leute, die seiner Familie, einer politischen Partei, einem Verein, einer religiösen Gesellschaft angehören, dabei beteiligt sein, Jesuiten, Juden, Geheimpolizisten, Kriminalbeamte, Freimaurer, Sozialdemokraten, Studenten hält er an seiner Verfolgung beteiligt. Auf dieser Stufe der Entwicklung kann die Erkrankung verharren: **Verfolgungswahn, persekutorischer Wahnsinn.**

In der Regel treten noch andere Ideen hinzu oder gehen mit den Verfolgungsideen Hand in Hand, sind gleich von vornherein mit diesen vorhanden: **Größenwahn.**

Die im Beginn auftretenden oben geschilderten Gefühle des Gehobenseins u. s. w. geben oft die Grundlage ab für Größenideen. In seltenen Fällen ist eine Abhängigkeit dieser von den Verfolgungsideen derart vorhanden, daß die Entstehung der Größenideen als Resultat der Erklärung für die allgemeine intensive Beobachtung und Aufmerksamkeit, welche dem Kranken geschenkt wird, angesehen werden kann.

Getragen von dem hohen Gefühl der eigenen Worte und der Person kommt ihm die Ahnung, etwas Besonderes zu sein, von hoher Abstammung, aus einem adligen, einem Fürsten-Königsgeschlecht zu stammen. Aus gelegentlichen Erzählungen hat er gehört, daß bei seiner Geburt Wunderzeichen passiert seien, die Sterne haben besonders gestanden. Aus Vorgängen in der Natur, dem Zuge der Wolken, dem Rauschen der Blätter, des Wassers, dem Fliegen der Vögel hat sich ihm Gott offenbart, um Veränderungen, Verbesserungen, Reformen auf politischem, religiösem, sozialem Gebiet durchzuführen. Er ist als Werkzeug ausersehen. Die Verfolgungen sind eine Probe, eine Vorbereitung, eine Prüfung, ein Martyrium, welches ihm auferlegt ist, damit er seiner erhabenen Rolle gerecht werden kann.

Aus Träumen, aus bestimmten Vorgängen entnimmt er Stützen für seine Ideen. Er wird mit besonderem Respekt behandelt, das Militär grüßt ihn, die Wache tritt für ihn ins Gewehr, aus dem Schloß eilen Lakaien, wenn er vorübergeht, der Fürst grüßt ihn, im Theater singt die Primadonna Lieder, welche Bezug haben auf seine hohen Beziehungen und Verbindungen.

In märchenhaft phantastischer Weise berichten manche dieser Kranken über ihre Abstammung, sie wären untergeschobene Kinder, ausgesetzt bei fremden Eltern, bei Pflegeeltern erzogen, ihre richtigen Eltern, von hoher fürstlicher Abstammung, die sie an der Ähnlichkeit erkennen, wollen sie geheim halten, bis ihre Zeit gekommen ist und sie hervortreten können. Sie berufen sich dabei auf Träume, in denen sie prächtig gekleidet, im fürstlichen Wagen gefahren wären, Versammlungen von Fürsten und Königen mitmachten, in denen sie präsidierten.

So gelangen sie allmählich zu einer völligen Umwandlung ihrer ganzen Persönlichkeit, erklären sich für adlig. Fürst, Prinz, König, Kaiser, Papst, Messias, Reformator, Erfinder, Entdecker usw.

So können sich Verfolgungs- und Größenwahn oder beide kombiniert entwickeln durch die unrichtige Auffassung wirklicher Erlebnisse und durch die falsche Deutung von Wahrnehmungen.

Jedenfalls genügen diese, um die Auffassung des Kranken über seine Person und ihr Verhältnis zur Außenwelt ganz zu ändern, sie zu verschieben, zu „verrücken“.

Sinnestäuschungen sind nicht unbedingt nötig zum Zustandekommen. In vielen Fällen sind sie so zahlreich auf allen Gebieten, daß sie der Erkrankung ein besonderes Gepräge verleihen: Paranoia chronica hallucinatoria. Es ist nicht so selten, daß sie von vornherein sehr lebhaft auftreten, namentlich die Täuschungen des Gehörs. Sie gehen dann oft einher mit eigenartigen Empfindungen. Gleichzeitig mit einer solchen Empfindung spüren sie eine Sinnestäuschung, es spricht eine laute Stimme, ein Ruf erschallt. Die erste Sinnestäuschung, die erste Stimme setzt zuweilen mit einer ganz besonderen Empfindung ein, mit einem Ruck durch den ganzen Körper, wie von einem elektrischen Schlag. Sie hören die Stimme und sehen gleichzeitig ein Blitzen vor den Augen, eine helle Wolke, ein Strahl fliegt vorüber.

Stimmen in allen Variationen und Abstufungen hören sie. In der Luft spricht es von oben, unten, leise, laut, tief, hoch. Einzelne, mehrere Stimmen rufen. Es ist eine Unterhaltung der Stimmen untereinander und mit ihm selbst. Jedesmal, wenn er etwas denkt, wird eine Stimme laut, die Gedanken werden abgelesen, entzogen, aus dem Gehirn geholt

(Telephongeschichte, Cumberland — Gedankenlesen). Er antwortet den Stimmen, das Wort legt sich ihm auf die Zunge (er fühlt es) und dann muß er es aussprechen. Schlechte, unangenehme Stimmen wechseln ab mit angenehmen, guten: selten, daß auf dem einen Ohr eine beschimpfende, auf dem anderen eine beruhigende, lobende Stimme gehört wird. Die Stimmen fragen aus, es ist wie ein Verhör, was angestellt wird. Sie erfolgen langsam, rhythmisch, als wenn die Ader schlägt. Innen im Körper, im Kopf, im Magen, im Geschlechtsteil spricht es. Der Inhalt, selten angenehm, beruhigend, meist beschimpfend, freundlich, steht in engstem Zusammenhang mit dem, was der Kranke denkt, er beklagt sich geradezu über die laut gewordenen Gedanken. Es sind Schmähungen, Schimpfworte, anzügliche Reden (Lump, Verbrecher, Zuchthäusler, aus dem wird was Rechtes, so einen gibt es nicht) gemeinen sexuellen Inhalts. Es ist eine förmliche Überwachungskommission, was er treibt, tut, denkt, alles wird vorher gesagt: jetzt macht er das, jetzt geht er dahin, nun lacht er, jetzt ißt er usw. Daneben Stimmen, welche ihn seine Größe, seine hohe Bestimmung verkünden (der wird König, der ist zu Großem bestimmt). Gottes Stimme verheißt ihm seine Mission, läßt Berufung an ihn ergehen.

Mit den Stimmen verbinden sich Erscheinungen: Geister, Bilder werden vorgestellt, ein Theater wird gespielt, er sieht Köpfe in phantastischer Form, die Gestalten Verstorbener, er sieht den Himmel offen, Gott in glühenden Wolken, den heiligen Geist im Licht, sieht Blitze, blaue Flämmchen. Die Bilder sind nebelhaft, legen sich aufs Gesicht. In der Wohnung sehen sie phantastische Köpfe an den Möbeln, Wänden. Mit dem Rascheln und Poltern über sich sehen sie die Decke sich bewegen, es sind deutlich Löcher angebracht, durch welche sie beobachtet werden. Im knisternden Feuer sehen sie Gestalten.

Geschmacks- und Geruchstäuschungen sind zuweilen sehr ausgesprochen: Gerüche nach Schwefel, Karboldämpfen, Gasen, nach Leichen, Sektionen. Selten, daß der Kranke einen angenehmen Geruch nach Veilchen, Nelken beobachtet.

Perverse Sensationen und hypochondrische Empfindungen sind oft so zahlreich schon im Anfang vorhanden, daß von einem hypochondrischen Stadium der Verrücktheit oder von einer hypochondrischen Verrücktheit gesprochen werden kann.

Der Körper verändert sich, er spricht nicht mit eigener Stimme, die Zunge wird bewegt, festgehalten, er muß stottern, die Augen werden bewegt, der Kopf wird größer, kleiner, die Arme werden länger, der Mund wird dick, das Gesicht verzerrt sich, ein Ziehen in Händen, Füßen, es knackt darin, die Füße schrumpfen. Die Nervenenden stehen mit den Nervenenden anderer in Berührung, empfangen von diesen elektrische Schläge. Der Körper ist wie verfault, Eiweiß und Mark gehen heraus, Stuhlgang und Urin sind verändert. Alle diese hypochondrischen Empfindungen werden als durch äußere Einwirkung und Beeinflussung entstanden gedeutet. Sie vermuten dabei physikalische, chemische Kräfte im Werk, sprechen von Elektrizität, Magnetismus, Spiritismus, Hypnotismus, Maschinen besonderer Konstruktion. Die Genitalsphäre ist dabei besonders in Mitleidenschaft gezogen.

Es wird eine „Entsämung“, eine Entkräftung vorgenommen. Dabei bedienen sich die Feinde sonderbarer, besonders konstruierter Apparate in Form von „Fliegen“, welche auf große Entfernungen, selbst durch Wände und Decken hindurch den Samen abziehen. Um den Effekt

vollständig zu machen, wird ein Wollustgeruch durch das ganze Land verbreitet, durch welches die Bevölkerung in einen Sinnestaumel versetzt wird.

Zur aktiven und passiven Vollziehung des Beischlafes werden sie benutzt. Sie spüren deutlich die Nähe einer fremden Person, das Küssen, Umarmen, die geschlechtliche Berührung. Durch magnetische elektrische Ströme werden die Genitalien beeinflusst, mit Röntgenstrahlen beleuchtet. Die Säfte werden herausgezogen. Mit Hohlspiegeln, Fernrohren werden Blendungen vorgenommen. Blutstockungen werden hervorgerufen, das Herz wird zum Stillstand gebracht.

Bei Frauen entwickelt sich häufig durch diese Empfindungen die Idee schwanger zu sein. Sie spüren, wie der Leib sich aufbläht, glauben Bewegungen wahrzunehmen. Sie haben bemerkt, wie ihnen in der Betäubung ein Federkiel mit Samen eingeführt wurde in die Gebärmutter. Sie glauben Wehen zu bemerken, sehen Fruchtwasser abfließen, das Kind, die Nachgeburt zur Welt kommen.

Sehr lebhaft sind oft die Empfindungen, ein Tier im Leibe zu haben: eine Schnecke im Gehirn, im Leib Würmer, die nagen, welche die Materie durch den ganzen Körper tragen. In der Wirbelsäule sitzt ein Tier, welches die Wirbel übereinanderschiebt, dadurch wird Stuhlgang verhindert. Der Idee, selbst in ein Tier verwandelt zu sein (Lykanthropie, Kynanthropie) begegnet man heutigen Tages selten. Der Glaube an Hexen, an Dämonen, welche ihnen Gift, Bazillen im Essen beigebracht, von ihrem Körper Besitz ergriffen haben, kehrt auch heute noch in den Wahnideen dieser Kranken wieder.

Für das Zustandekommen dieser verschiedenartigen Wahnideen, ihrer Verknüpfung zu Systemen sind Erinnerungsfälschungen von großer Bedeutung. Retrospektiv überschauen sie ihr ganzes Leben. Jetzt in dem Lichte des Wahnes erscheinen ihnen manche ganz gleichgültige harmlose Ereignisse ganz besonders, gewinnen eine hohe Bedeutung.

Jetzt ist ihnen erst klar, warum Bemerkungen über sie gemacht, weshalb diese Andeutungen gefallen sind.

Nach dem verschieden gefärbten Inhalt der Wahnvorstellungen spricht man von erotischem Wahn (Erotomanie), religiösem, politischem Wahn, Erfinderwahn, Eifersuchtswahn usw.

Bei der Erotomanie bemächtigt sich die Idee des Kranken, der Geliebte oder die Geliebte eines Bestimmten, zuweilen einer hochgestellten Persönlichkeit zu sein, ohne daß der Betreffende jemals Gelegenheit gehabt hat, in nähere Beziehung zur Person seiner Neigung zu treten, kaum daß er diese gesprochen hat. Aus Blicken, Reden, Gesten, aus zufälligen Ereignissen (weil sie einmal eine Blume getragen hat) wird diese Idee abgeleitet. In schwärmerischer platonischer Verehrung hält er an seinem Ideal fest, hofft immer, daß die Zeit der Vereinigung kommen wird.

Beim Eifersuchtswahn stützt sich der erste Verdacht auch auf ganz zufällige Ereignisse. Eine Bewegung der Frau, ein Blick, ein Lächeln, eine zu lange Unterhaltung beweisen dem Manne, daß er betrogen wird. Nun sieht er in gleichgültigen Zetteln geheime Korrespondenz, das Erröten dient ihm als Schuldbewußtsein, das ganze Benehmen der Frau kommt ihm verändert vor, sie ist kühl, abstoßend, auch im ehelichen Verkehr merkt er die abnehmende Neigung, das Gefühl ist anders dabei, das Glied brannte, schrumpfte nachher gleich ein.

Er glaubt Ausfluß zu bemerken. Flecke in der Wäsche, Kniffe im Bettuch dienen als Beweis des Umganges mit anderen. Ein Herpesbläschen an der Lippe zeigt ihm die Ansteckung durch einen anderen Mann.

Der Eifersuchtswahn kommt für sich allein vor oder als Teilerscheinung des allgemeinen Verfolgungswahns, zuweilen mit Größenwahn.

Der Mann merkt, wie er vergiftet werden soll, die Frau hat anderes Essen, sie steht im Komplott mit Anarchisten, denen sie sich hingibt, ist in deren Händen ein Werkzeug, ihn beiseite zu schaffen.

Bei der religiösen Verrücktheit entwickelt sich die Idee, Apostel, Paulus, Christus, Messias, Prophet, Verkünder einer neuen Religion usw. zu sein. Außerordentlich häufig ist hier im Beginn ein hypochondrisches Vorstadium: aller Samen wird von einer höheren Macht entzogen, das Blut wird aus der Brust mit einem Schlauch entnommen. Er muß kämpfen gegen Sünde und Macht der Finsternis, ein Martyrium bestehen.

Damit mischen sich Ideen der allgemeinen Verfolgung.

Am Himmel erscheinen Wunder, blaue Blitze, Strahlen, welche sich auf ihn niedersenken. Er empfängt die Verkündigung, die Offenbarung durch Gottes Stimme.

Als Paranoia originaria hat SANDER eine Form der Verrücktheit beschrieben, wo die krankhaften Störungen sich bis in die Kindheit hinein verfolgen lassen.

Es sind eigenartig veranlagte, sonderbare, empfindliche menschen-scheue, zu Grausamkeiten neigende Kinder, bei denen sich früh hypochondrische und Beeinträchtigungsideen einstellen. Sehr frühzeitig kommt es zu ausgesprochenen Vergiftungsideen, zu denen meist später Größenideen hinzutreten. In der Regel ist eine schwere neuropathische Konstitution vorhanden.

Die Stimmung der Kranken ist eine wechselnde, im großen und ganzen mit den Wahnideen im Zusammenhang stehend, insofern, als eine gehobene, selbstbewußte den Größenideen, eine erwartungsvolle, ablehnende, mißtrauische, leicht reizbare, erregbare Stimmung den Beeinträchtigungsideen entspricht. Auf diese Kongruenz ist nicht mit Sicherheit zu rechnen, z. B. sah ich bei einem Kranken, der sich über geschlechtliche Beeinflussung lebhaft beklagte, jedesmal eine gehobene, angenehme Stimmung, wenn die Manipulation von seinen Feinden durch eine Maschine erfolgte.

Manche Kranke haben sich sehr in der Gewalt, verraten in ihrer Stimmung für gewöhnlich nichts von den sie beherrschenden Vorstellungen.

Gelegentlich, bei besonderen Veranlassungen macht sich die gehobene oder mißtrauische Stimmung geltend. Sie sind dann sofort bemüht, dieses zu verbergen.

Auch im ganzen Auftreten, Benehmen, Handeln zeigen oft die Kranken, namentlich im Beginn, keine auffallenden Störungen. Sie verstehen sehr geschickt ihr Mißtrauen, ihre Furcht zu verbergen. Gelegentlich einmal verrät sich die Erkrankung in kurzen Äußerungen, in plötzlichen abrupten Handlungen, die einen Einblick in die krankhaften Vorstellungen und ihren Einfluß auf die Kranken gestatten. Das sind Ausnahmen.

Bei den meisten Kranken ist die Reaktion auf die Wahnvorstellungen eine recht lebhaft. Sie suchen Schutz gegen ihre vermeintlichen Gegner, wenden sich an die Behörden, bringen der Polizei Nahrungsmittel, da-

mit diese auf Gift usw. untersucht werden, beklagen sich bei den Gerichten über ihre Feinde, wenden sich an die breiteste Öffentlichkeit in Zeitungen, in Broschüren, Flugblättern, machen Eingaben an die Parlamente, in denen sie um Abstellung der Verfolgungen, der Schmähungen, der Frevel usw. bitten. Wird ihnen keine Unterstützung, so suchen sie sich durch gewalttätige Angriffe und Attentate gegen ihre Gegner zu schützen, teilen Schläge, Ohrfeigen aus, schießen. Um ihren Feinden zu entgehen, machen sie fortwährend Reisen, wechseln Wohnung.

In der Idee, eine Prüfung zu überstehen, bringen sie sich Verletzungen bei, schlagen sich Nägel in Hände und Füße, in den Kopf, kastrieren sich, bohren sich Augen aus.

Sie konstruieren sich Schutzapparate von Blech, Pappe, Zeug für ihren Körper, um den Einwirkungen des Magnetismus usw. zu entgehen. Ihre Wohnungen verrammeln sie, lassen sich besondere Schlösser machen, wickeln Fäden um Klinke und Schlüssel ihrer Tür, die sie jedesmal wieder lösen und versiegeln, um zu verhüten, daß unbemerkt jemand zu ihnen kommt. Gegen die Stimmen stecken sie sich Watte in die Ohren.

Um die bösen Geister zu vertreiben, hatte sich ein Kranker den ganzen Körper, Gesicht inbegriffen, mit Jodtinktur bepinselt.

Die am Wahn der vornehmen Abstammung Kranken suchen ins Schloß zu dringen, wollen sich ihren fürstlichen Verwandten vorstellen.

Die Erfinder bemühen sich für ihre Ideen Anhänger zu gewinnen. Die religiös Verrückten wollen ihren neuen Lehren Geltung verschaffen, stören den Gottesdienst, verbreiten Flugblätter mit Beschimpfungen der bestehenden Kirche.

Die an Erotomanie Leidenden schreiben zärtliche Briefe, suchen sich ihrem Auserwählten um jeden Preis zu nähern, lauern ihnen auf, reisen ihnen nach, suchen in die Wohnung zu dringen.

Hat diese Kranken dann eine gemeingefährliche Handlung in die Irrenanstalt gebracht, verhalten sie sich hier oft ganz ablehnend; mit herablassender lächelnder Miene verweigern sie Auskunft. Oft sind sie nach abgelaufenen Erregungszustand am neuen Ort zunächst ruhig, fühlen sich von Verfolgungen freier, dann ziehen sie auch die neue Umgebung in das Reich ihres Wahnes. Durch die gebotene Zurückhaltung die sie als widerrechtliche Freiheitsberaubung auffassen, findet der Wahn der Beeinträchtigung oft neue Nahrung.

Die Sprache der Verrückten zeigt oft Besonderheiten, sie sprechen eigentümlich geziert, affektiert, andere stottern infolge von hypochondrischen Empfindungen im Halse, an der Lunge, am Munde. Manche nehmen in Schrift und Sprache eine besondere Ausdrucksweise an, bilden ganz neue Worte, um die verschiedenen Manipulationen klar zu machen, welche mit Hilfe von Maschinen an ihnen ausgeführt werden.

Eine reiche Blütenlese findet sich in WOLLNY: Erklärungen der Tollheit. Zuweilen führen sie die Ausdrücke auf Sinnestäuschungen des Gehörs zurück, wie „HAL, SKENE, KORDELHAND“, Worte, welche einem Kranken zugerufen wurden.

Der Verlauf ist ein chronischer oft sich über das ganze Leben erstreckender. Die Wahnbildung ist nicht immer progressiv, es kommt zu Stillständen.

Im Beginn und späterhin kommen Erregungszustände vor, welche den bei der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit auftretenden Erregungen gleichen. Sie sind als Exazerbationen im Verlaufe der chronischen Erkrankung aufzufassen. Auch stupuröse Phasen können

sich einschließen: Anfälle von Starre, stereotype, krampfartige Bewegungen, Stummheit, Nahrungsverweigerung, Widerstreben. Die krampfartigen Bewegungen können äußerlich hysterischen Anfällen sehr ähnlich sehen, werden ausgelöst durch Empfindungen, Sensationen und Vorstellungen. Bei den religiös Verrückten kommt es häufig zu ecstatischen, dämonomanischen Zuständen mit anhaltendem Beten, Wiederholung derselben Worte, Singen von Psalmen, Sprüchen, Neigung zu Verletzungen. Ein schubweiser Verlauf in Remissionen ist in einzelnen Fällen zu beobachten.

Prognose.

Die Prognose ist eine ernste. Vereinzelt gelangt die Erkrankung zur Heilung, es sind besonders die Fälle, welche mit einer lebhaften Beteiligung der Affekte einhergehen, bei denen es vorwiegend zur Entwicklung von Verfolgungsideen gekommen, der Größenwahn nur angedeutet ist (z. B. in einem Falle verfolgt wegen guter Begabung), nicht zu einer totalen Umänderung der Persönlichkeit geführt hat. Manche Kranke lernen sich so beherrschen, daß sie Genesung vortäuschen können. Die Intelligenz bleibt in vielen Fällen intakt. Bei einem Teil tritt, unter Zerfall des Wahnsystems, deutliche geistige Schwäche ein.

Therapie.

Es wird von mannigfachen Zufälligkeiten, die in dem Charakter des Kranken, in dem Inhalt der Wahnvorstellungen, in der äußeren Umgebung begründet liegen, abhängen, wann ein Kranker in Anstaltsbehandlung kommt. Versuch der Ablenkung durch geeignete Beschäftigung wird die zweckmäßigste Therapie sein. — Bei dem schädlichen Einfluß, den zuweilen die Zurückhaltung ausübt, wird bei nicht vorhandener Gemeingefährlichkeit der Versuch einer freieren Unterbringung angezeigt sein.

Zu der vorstehenden Gruppe der Paranoia chronica sind auch die Fälle gerechnet, welche nach KRAEPELIN als Abart der Dementia praecox, als paranoide Form derselben aufzufassen sind. Er versteht darunter Fälle, „bei denen neben den Erscheinungen einer rasch sich entwickelnden psychischen Schwäche unter vollkommener Erhaltung der Besonnenheit Wahnvorstellungen und meist auch Sinnestäuschungen viele Jahre hindurch die hervorragendste Störung bilden“.

Nicht selten beginnen sie akut, bieten einzelne katatonische Züge, stuporöse Zustände dar, Erregung, Manieren, Wortspielereien, Wortneubildungen, Sprachverwirrtheit. Dazu gehört die Dementia paranoides. Es handelt sich dabei um das dauernde Bestehen massenhafter zusammenhangloser, immerfort wechselnder Verfolgungs- und Größenideen mit leichter Erregung.

Und ferner rechnet er dazu die Gruppe, „bei der abenteuerliche Wahnvorstellungen, meist von zahlreichen Sinnestäuschungen begleitet, sich in mehr zusammenhängender Weise entwickeln und eine Reihe von Jahren festgehalten werden, um dann entweder wieder zu verschwinden oder völlig verworren zu werden.“

Er bezeichnete diese Form früher als phantastische Verrücktheit der Paranoia, meint, dass sie etwa der Schilderung MAGNAN's vom délire chronique à évolution systématique (Paranoia completa, Möbius) entsprechen.

Literatur.

- ADAM, GEORG, Zum periodischen Irresein. I.-D., Rostock 1903.
- ADRIAN, HERMANN, Zur Frage vom moralischen Irresein und Verbrecherwahnsinn. I.-D., Berlin 1881.
- BUCHHOLZ, ALBERT, Über die chronische Paranoia bei epileptischen Anfällen. Habilitationsschrift. Leipzig 1895.
- BERZ, JOSEF, Über das Primärsymptom der Paranoia. Halle a. S. 1903.
- CRAMER, A., Pathologisch-anatomischer Befund in einem akuten Falle der Paranoia-gruppe. Arch. f. Psych., Bd. XXIX, H. 1.
- CRAMER, Krankhafte Eigenbeziehung und Beachtungswahn. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 24, 1902.
- DAMEROW, H., Sefeloge. Eine Wahnsinnstudie. Halle 1853.
- ESPUET, PAUL, Über akute primäre Verrücktheit mit Anschluß zweier in der Charité zu Berlin beobachteter Fälle. I.-D., Berlin 1874.
- FRANTZ, ADOLF, Ein Fall von Paranoia mit konträrer Sexualempfindung. I.-D., Berlin 1895.
- FRITSCH, J., Allgemeine Diagnostik des Irreseins. Wiener Klinik, VII. Jahrgang, H. 8, 1881.
- GOTTLÖB, A., Zur sexuellen Form des Verfolgungswahns. I.-D., Würzburg.
- HAMEL, MAURICE, Contribution à l'étude clinique des hallucinations genitales et des idées erotiques chez les persécutés. Paris 1892.
- HELLER, ERNST, Die Wahnideen der Melancholiker. I.-D., Marburg 1898.
- HENNEBERG, R., Beitrag zur Kasuistik der Paranoia chronica. Charité-Annal., 21. Jahrgang.
- JÄNICKE, GEORG, Über Metamorphosenwahn. I.-D., Hannover 1902.
- KÄS, TH., Untersuchungen über Verwirrtheit. Jahrbuch der Hamburger Staatskrankenanstalten, II. Jahrgang 1890.
- KRAUSE, A., Über eine bisher weniger beobachtete Form von Gesichtstäuschungen bei Geisteskranken. Arch. f. Psych., Bd. XXIX, H. 3.
- Ders., Über Zustände von Verwirrtheit und Aufregung oder Stupor im Beginne und Verlaufe der chronischen Paranoia. Monatschr. für Psych. und Neurol.
- LEIDESDORF, Kasuistische Beiträge zur Frage der primären Verrücktheit.
- LEGRAND DU SAULL, Le Délire des Persécutions. Paris 1871.
- MERKLIN, A., Über die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Paranoia. Zeitschrift f. Psych., Bd. XLVIII.
- MEYNERT, THEODOR, Die akuten (halluzinat.) Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf. Wien 1881.
- MAGNAN, Leçons cliniques sur les maladies mentales, Paris 1893, übersetzt von Möbius.
- NEISSER, KLEMENS, Erörterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkte. Vortrag im Verein ostdeutsch. Irrenärzte in Breslau 5./12 91. Centralbl. für Nervenh. und Psych.
- OTTO, F., H., Ein seltener Fall von Verwirrtheit. I.-D., München 1889.
- PARAND ARMAND, VICTOR, Les Délires de Jalousie. Thèse Toulouse 1901.
- REINIGE, THEODOR, Ein Beitrag zur Lehre vom zirkulären Irresein. I.-D., Bonn 1902.
- SKIERLO, FRIEDR., Über periodische Paranoia. I.-D., Königsberg i. Pr. 1900.
- SANDBERG, RICHARD, Beitrag zur Charakteristik der Wahnideen der chron. Verrückten. I.-D., Breslau 1887.
- SOMMER, Paranoia. Deutsche Klinik.
- SCHULTZE, ERNST, Stirnersche Ideen in einem paranoischen Wahnsystem. Arch. f. Psych., Bd. XXXVI, H. 3.
- Ders., Bemerkungen zur Paranoiafrage. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 3 u. 4, 1904.
- SCHULTZE, MAX, Über den Eifersuchtswahn außerhalb des chron. Alkoholismus. I.-D., Bonn 1893.
- SCHOLINUS, GUSTAV, Über primäre und sekundäre Paranoia. I.-D., Greifswald 1890.
- TAUBE, WOLDEMAR, Über hypochondrische Verrücktheit. I.-D., Dorpat 1886.
- WERNER, C., Die Paranoia. Monographie. Stuttgart 1891.
- WAHLERT, FRANZ, Zur Kasuistik des Eifersuchtswahns. I.-D., Greifswald 1903.
- WASSMUND, ERNST, Beitrag zu der Frage von dem Vorkommen der kompletten und partiellen Amnesie bei der akuten und chronischen Paranoia. I.-D., Berlin 1886.
- WERNICKE, Grundriß der Psychiatrie.
- WESTPHAL, C., Über die Verrücktheit. Zeitschr. f. Psych. XXXIV, Bd. H. 2, S. 352 bis 1878.
- ZIEHEN, TH., Über Störungen des Vorstellungsablaufs bei Paranoia. Arch. f. Psych. Bd. XXIV, H. 1.

Schriften von Kranken.

AHRENS, Ein Appell an Hamburgs Bürger.

VON BESSER, Aus dem Irrenhause.

CASPARI, F., R., Die Seele des Menschen, ihr Wesen und ihre Bedeutung. Leipzig.

GEHRMANN, KARL, Körper, Gehirn, Seele, Gott. Berlin 1893. (Ein vierbändiges Werk.)

HASLAM, Erklärungen der Tollheit, übersetzt von Wollny. Leipzig 1889.

HERRMANN, Das moderne Vehmgericht, eine soziale Gefahr. Erlebnisse eines für unheilbar irrsinnig Erklärten.

Modernes Strandrecht. Kein Roman, eine aktenmässige Entmündigungsgeschichte.

PAASCH, Eine jüdisch-deutsche Gesandtschaft und ihre Helfershelfer.

SCHMEZER, An König und Mitbürger. Leidensgeschichte eines unschuldig Verfolgten.

SCHRETER, Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken. Leipzig 1903.

TEFFER, Über die Tatsache des psycho-sexuellen Kontaktes oder die actis in Distanz.

III. Querulantenwahnsinn.

Einer besonderen Erwähnung verdient die Abart der chronischen Paranoia, der

Querulantenwahnsinn.

Beim Querulantenwahnsinn herrscht die **Idee der rechtlichen Beeinträchtigung, der rechtlichen Verfolgung.**

Die Erkrankung bricht in der Regel während eines Rechtsstreites, während der Führung eines Prozesses aus, (häufig zunächst bei Grenz- Erbschaftsstreitigkeiten), in welchem der Betreffende bei der Entscheidung der ersten Instanz unterliegt. Nicht immer ist es aber der ungünstige Auslauf der Rechtssache, das daraus resultierende Gefühl des erlittenen Unrechtes, nein, auch die günstige Wendung, der Gewinn des Rechtsstreites, kann den Anstoß geben zur Entwicklung der Erkrankung, ausgehend von der Vorstellung, es sei in dem günstigen Urteil nicht genügend Recht, nicht das richtige Recht gesprochen.

Eine Wendung in dem Erkenntnis gibt zuweilen den Anknüpfungspunkt, noch mehr Recht zu erlangen, als gesprochen ist.

Auf jeden Fall glaubt der Kranke sich nicht im Besitze des richtigen Rechtes oder im Unrecht. Er glaubt sich benachteiligt, geschädigt, zurückgesetzt durch die Behörden, welche mit seiner Sache zu tun haben. Daraus entwickelt er sich Anschauungen über Rechtsverhältnisse, zu deren Bildung die tatsächlichen Umstände gar keinen oder keinen ausreichenden Grund abgeben. Trotz aller mit seinen Anschauungen in Widerspruch stehenden Tatsachen, trotz aller eklatanten Gegenbeweise hält er an der einmal gefaßten, in dieser Ausdehnung unbegründeten und darum unzutreffenden, oft ganz falschen Anschauung fest. Dieser sucht er Geltung und Anerkennung zu verschaffen.

Diese **Idee der rechtlichen Benachteiligung wirkt wie ein in Wasser geworfener Stein: er zieht immer weitere Kreise.** Daß sie Wurzel fassen und sich so weitgehend ausbreiten kann, erklärt sich ungewungen aus der in der Regel bestehenden großen Selbstüberschätzung und dem trotz guter Kenntnisse der Rechtsformen gleichzeitigen Mangel an richtigem Verständnis für das wirkliche Recht, für den sittlichen Inhalt des Rechtes.

Dieser Urteils-mangel und die gesteigerte Selbstüberschätzung, die den Wert anderer Personen, wenn überhaupt, nur sehr

begrenzt, einschätzt, führen zu einer unbegrenzten Würdigung und maßlosen einseitigen Betonung der eigenen Interessen.

Für sich beanspruchen sie nur Rechte, Pflichten weisen sie ihren Gegnern zu. Von der Richtigkeit der einmal gefaßten Meinung sind sie so überzeugt, daß sie jedem Versuch der Aufklärung, der Korrektur, der Belehrung trotzen. In starrer Unbelehrbarkeit („ich bin der rocher de bronze, an welchem sich das jetzige Recht brechen muß“) beharren sie auf ihrem Wahn.

Dieses Mißverhältnis zwischen den tatsächlichen Verhältnissen und den Schlußfolgerungen, die sie ziehen, wird in der Folgezeit immer größer und auffallender.

In vielen Fällen gelingt es, an der Hand des Aktenmaterials den Nachweis zu erbringen, daß den Schlußfolgerungen der Kranken, welche sie in ihren Beschwerden zutage fördern, der tatsächlichen Begründung ganz entbehren. Aber darauf kommt es in letzter Linie nicht an, ob sie eine unbegründete, falsche oder irrige Meinung vertreten, sondern es handelt sich um die Art und Weise, in welcher die Auffassung über erlittene rechtliche Schädigung weiter verarbeitet wird. Das ist zu berücksichtigen, wenn die Klarstellung der tatsächlichen Verhältnisse auf Schwierigkeiten stößt und im Stich läßt.

Allen Einwendungen setzen die Kranken eine vollkommene Unbelehrbarkeit und Starre entgegen. Nur ihre eigene Ansicht ist die allein richtige, wer dieser zustimmt, ist ihr Freund, wer ihr zu widersprechen wagt, ihr Feind, der ebenso wie die Behörden sie zu schädigen sucht, mit diesen sich im Bunde befindet.

Infolgedessen sind sie empfänglich für alles, was in ihre Ideenverbindung paßt, sie verlieren jede Objektivität des Urteils, wie fasziniert halten sie sich in ihrer Leichtgläubigkeit nur an das, was mit ihrer Denkweise übereinstimmt.

Diese verkehrte wahnhafte Auffassung, welche allen äußern Verhältnissen entgegengebracht wird, führt zu einer falschen Beurteilung der Handlungen aller Personen, die mit ihrer vermeintlichen rechtlichen Benachteiligung irgendwie in Berührung gekommen sind. Alle Überlegungen, Urteile und Beweggründe dieser erscheinen ihnen anders, verändert, werden nicht mehr aus den normalen Verhältnissen heraus beurteilt, sondern nur in Beziehung zu ihrem eigensten Recht, in Beziehung zu ihrer krankhaft veränderten Persönlichkeit betrachtet. Eine unbefangene, sachliche Prüfung der Gesamtverhältnisse vorzunehmen sind sie gar nicht mehr imstande. Der Gedanke: „was ich denke, tue, halte ich für gerecht, das ist das Rechte“ läßt sie nicht zu einer richtigen Auffassung und zu richtigen Schlußfolgerungen kommen.

Die falsche Prämisse ruft immer wieder falsche Schlüsse hervor. Entgegenstehende Zeugenaussagen gelten darum nicht für sie. Die einzigen richtigen Zeugen, wenn sie überhaupt solche anerkennen, sind lediglich die, welche in ihrem Sinne aussagen. Dabei macht es ihnen nichts aus, wenn ihre zitierten Zeugen nur nichtige Sachen zu berichten wissen, in der Hauptsache ganz abweichen von ihrer Meinung.

Auffassungsvermögen und Gedächtnis sind oft intakt. In anderen Fällen werden auch sie von der alles beherrschenden Idee des erlittenen Unrechtes in Mitleidenschaft gezogen und bei der Neigung, sich alles zu ihren Gunsten auszulegen, kommen sie infolge von Erinnerungsfälschungen leicht zu falschen Reproduktionen. Auf eine Entstellung der Tatsachen kommt es ihnen nicht dabei an, sie ersinnen sich direkt unwahre Geschichten, schieben fabulierte Erzählungen unter.

So nimmt die Idee der rechtlichen Beeinträchtigung das ganze Denken in Besitz. Ist auch die Methode des Denkens noch vorhanden, so ist doch die Fähigkeit, richtig zu überlegen, gestört, weil keine Gegenvorstellung sie von der falschen Voraussetzung abbringt.

Die Idee der rechtlichen Verfolgung gewinnt an Ausdehnung und Intensität. Jeder Widerstand trägt zur Verstärkung und Verallgemeinerung des Wahns bei und läßt den Kranken zu der Auffassung kommen, daß schließlich Alle gegen ihn zusammenhalten, nicht nur die, welche mit seiner Angelegenheit direkt zu tun haben, nein, auch seine ganze Umgebung. Seine Familie steht nicht mehr zu ihm, das ganze Dorf hat sich verbündet. Er sieht sich in einer vollkommen rechtlosen Sonderstellung, findet kein Verständnis bei seinen Mitmenschen, weil es diesen nach seiner Ansicht an der nötigen moralischen Befähigung und der erforderlichen Einsicht fehlt. Es kommt in manchen Fällen zum Ausbau anderweitig gefärbter Verfolgungsideen. Die Frau hält es mit dem Gegner, hat sich diesem hingeeben, versucht ihn zu vergiften, beiseite zu bringen. In diesem Stadium treten sogar Sinnestäuschungen auf; so berichtet ein Kranker über die Erscheinung einer Taube und eines Raben, welche miteinander kämpften, führte diese als symbolische Auslegung seines Kampfes gegen das Unrecht auf.

In einem anderen Falle von induziertem Querulantenwahnsinn bei einer an Lues cerebri leidenden Frau traten in den anfallsweise auftretenden Störungen des Bewußtseins sehr lebhaft Sinnestäuschungen, verknüpft mit ihrem Wahnsystem auf: es erschien ihr Hauptfeind, den sie deutlich sah, wie er sie bedrohte.

Derartige halluzinatorische Zustände, meist mit Erregung einhergehend, sind passager und nicht häufig. In den meisten Fällen werden niemals Sinnestäuschungen beobachtet.

Die Besonnenheit, die dadurch vorübergehend gestört sein kann, ist für gewöhnlich bei diesen Kranken ungetrübt.

Bei aller Besonnenheit sind sie aber ganz unbelehrbar. Diese totale Unbelehrbarkeit begründet ihre Eintönigkeit in allen ihren Äußerungen, mögen sie sich mündlich verteidigen oder in Beschwerden ihr Recht suchen. In stereotyper Weise reproduzieren sie immer dieselben Geschichten. Die Idee hat eine zwingende Gewalt erlangt, sie ist zum fixen Zwangsgedanken geworden, der immer wieder antreibt, keine Ruhe läßt.

Diese von innen heraustreibende Kraft der krankhaften Idee im Verein mit der Selbstüberschätzung bewirkt eine mehr oder weniger starke Steigerung der gemütlichen Erregbarkeit. Dieser noch durch die Unbelehrbarkeit verstärkte Affekt drückt dem ganzen Handeln den Stempel auf. Mit einer außerordentlichen Rührigkeit, mit einer staunenswerten Energie sind sie Verfechter ihres angeblich beleidigten und nun um jeden Preis zu erringenden Rechtes. Beschwerde erfolgt auf Beschwerde, alle Instanzen rufen sie an. Jede Abweisung, jeder ablehnende Bescheid bestärkt sie in ihrer Annahme, daß ihre Gegner ihnen nicht recht geben wollen.

Die Schriftstücke in ihrer Weitschweifigkeit, in ihrer eintönigen Wiederholung immer derselben Geschichten mit den zahlreichen Unterstreichungen, Interpunktionen verraten oft schon ihrem ganzen Äußeren nach die krankhafte Entstehung.

Auch in den Schriften lassen sich die Mängel und Unrichtigkeiten bei der Wiedergabe von Erlebnissen und Äußerungen infolge ihrer

mangelnden Reproduktionstreue erkennen, auch hier treten Kritiklosigkeit und Leichtgläubigkeit zutage, mit denen sie ganz unklare und unwahrscheinliche Behauptungen vorbringen. Zuweilen weisen die Schriftstücke eine sehr krause, unklare Ausdrucksweise auf, die das Verständnis sehr erschwert.

Mit großer Sorgfalt sammeln sie alle auf ihre Angelegenheiten bezüglichen Papiere, sind jederzeit bereit, den Inhalt in extenso aus dem Gedächtnis vorzubringen.

Nicht selten steigert sich ihre gemüthliche Erregbarkeit bei der Erwähnung ihrer Streitigkeiten sehr. Mit leidenschaftlichem Affekt, mit erhobener Stimme, mit Pathos in Wort und Gesten, in hastiger, sich überstürzender Sprechweise, äußerlich schon ihre Erregung erkennen lassend, ergehen sie sich in Darstellungen über ihr Schicksal, über das himmel-schreiende Unrecht, was ihnen zugefügt ist und wird.

Man erwarte aber nicht immer solchen Leidenschaftsausbruch. Wahnsinnige Querulanten, wie Verrückte wissen sich sehr wohl zu beherrschen und bemühen sich gerade durch äußere Ruhe, ihre innere Erregung zu verbergen. Ihre dauernd gereizte Stimmung entladet sich dann in Verweigerung der Annahme von Vorladungen oft unter Berufung aus einem ganz nichtigen Grunde (Wohlgeboren statt Hochwohlgeboren auf der Adresse), im Abweisen des Gerichtshofes aus Befangenheit, in Schriftstücken, die von gehässigen Angriffen, Schmähungen, Beleidigungen, Verdächtigungen gegen die Beamten, welche ihre Angelegenheit zu führen haben, strotzen. Der Kranke scheut sich nicht, diese als meineidige Verbrecher, Schurken, Gesetzesbeuger, pflichtvergessene, jeder Moral und Intelligenz bare Beamten hinzustellen, die bestochen sind, nur ein Spiel mit ihm treiben, ihn um jeden Preis verderben wollen. Der wörtlichen Beleidigung folgt oft die tätliche auf dem Fuße, sie schrecken nicht davor zurück, sich mit der Waffe in der Hand ihr vermeintliches Recht zu erkämpfen. Sie fühlen sich als Märtyrer, als unschuldig Leidende, vergleichen sich mit Christus, halten es für ihre Pflicht, den Kampf um das Recht gegen die ganze Welt aufzunehmen, wenden sich in Broschüren, Aufrufen an das Publikum, beschimpfen öffentlich die höchsten Beamten, ergehen sich in Majestätsbeleidigungen (verfolgte Verfolger). Eine beliebige Taktik dabei ist, die persönlichen Beziehungen der Beamten, ihre Abstammung, ihre privaten Beziehungen zu verdächtigen nach der Schablone der Verleumder: *semper aliquid haeret*.

Als Beleidigung wollen sie das alles nicht anerkannt sehen, nur als Mittel zur Erlangung ihres Rechtes.

In dieser streitsüchtigen Stimmung, mit ihrer Rede- und Schriftgewandtheit, mit ihrer Belesenheit und Kenntnis des formellen Rechtes, mit ihrem oft glänzenden Gedächtnis, ihrer Schlagfertigkeit imponieren sie, finden überzeugungstreue Anhänger, werfen sich zu Anwälten der rechtlichen Interessen anderer auf, gründen Vereine zur Wahrung des unterdrückten Rechts. Zeit und Vermögen verschwenden sie in diesem Kampf, bringen sich und ihre Familie oft an den Bettelstab.

Bestrafungen bessern diese Kranken nicht, steigern sie nur weiter in ihren Wahn hinein.

Es ist eine der häufigsten Erscheinungen, daß gerade diese Kranken im Beginn verkannt, auch später, wenn ihr Leiden ganz manifest geworden ist, nicht richtig erkannt werden und eine ganz falsche Beurteilung und Behandlung erfahren.

Schuld daran trägt die Eigenart des von ihnen gebildeten Wahnes der rechtlichen Benachteiligung, der die objektive Möglichkeit des erlittenen Unrechts zunächst nicht ausschließt und darum auf leichtgläubige Gemüter beruhigend und verlockend einwirkt, sie ohne weiteres, ohne Kenntnis der genauen Vorgänge, in den Ruf nach Gerechtigkeit einstimmen läßt.

Das äußere Benehmen dieser Kranken mit dem „Vernünftigenreden“, der Schlagfertigkeit in Rede und Schrift, hinter welcher sich bei oberflächlicher Betrachtung die krankhaften Erscheinungen verbergen, entspricht so wenig der Vorstellung von Geisteskrankheit, welche der Laie sich zu machen pflegt, daß an alles andere, nur nicht an Geistesstörung gedacht wird. Dieser Mann, der „so klug spricht“, der seiner Beschäftigung nachgeht, soll geisteskrank sein, nie und nimmer. Er wird noch als besonders gelehrt und gescheit angesehen, allenfalls infolge der Schroffheit seines Auftretens, der beleidigenden Heftigkeit und Gehässigkeit seiner Beschwerden als schlecht, böseartig, „grundverdorben“.

So gelingt es einem solchen Kranken leicht, Gesundheitsatteste von Ärzten, von anderen Personen Bescheinigungen über seine normale geistige Tätigkeit beizubringen. Nichts ist ja in den Augen der Menge leichter, als die Beurteilung derartiger Zustände, dazu genügt der gesunde Menschenverstand. Bei der oft erstaunlichen Langmut der Behörden gerade diesen impertinent und schroff auftretenden Petenten gegenüber, bei der ungerechtfertigten Scheu und übertriebenen Ängstlichkeit, sie als das zu behandeln, was sie sind, als Geisteskranke, bringen es derartige Kranke fertig, unaufhörlich mit ihren Eingaben und Beschwerden die Behörden zu belästigen.

Treffliche Fälle, die eine lebende Illustration des Gesagten bieten, habe ich mehrmals beobachtet, sind in der Literatur veröffentlicht (HIRTIG, E. MEYER).

Vorkommen.

Das Querulieren als solches ist dem Querulantenwahnsinn keinesfalls ausschließlich eigen.

Es ist ein Symptom, welches sich auch bei Geistesgesunden finden kann. Hüten muß man sich, in der bloßen Tatsache des Querulierens etwa einen Beweis von Geistesstörung zu erblicken. Zeitverhältnisse, Ausfluß des Volkscharakters erfordern Berücksichtigung.

Häufig kommt das krankhafte Querulieren im Verlaufe von anderen Psychosen vor, besonders häufig im Verlaufe der chronischen Verrücktheit, bei angeborenen Schwachsinnszuständen, bei Imbezillität, dann gelegentlich auch bei progressiver Paralyse, Dementia senilis, hysterischen, epileptischen Geistesstörungen, Alkoholismus chronicus.

Gewöhnlich ist es bei diesen letzteren Psychosen als Nebenerscheinung zu den übrigen Symptomen hinzugetreten aufzufassen, ohne daß die ganze Psychose ein besonderes charakteristisches Gepräge dadurch erhält.

Als häufigste Ursache muß eine ererbte Veranlagung angesehen werden, übertragen durch ausgesprochene Geistesstörungen, Trunksucht der direkten Aszendenten. Zuweilen lassen sich in der Vorgeschichte dieser Kranken schon weitgehende psychopathische Störungen nachweisen: überstandene geistige Erkrankung, sehr ausgesprochene Stimmungsanomalien, unmoralische, selbst verbrecherische Betätigung ihrer Neigungen von Jugend an, Unvermögen, sich eine feste Lebensstellung zu erringen und zu bewahren.

Die Intelligenz braucht nicht immer geschädigt zu sein. Ein nicht unerheblicher Teil der Kranken weist allerdings die deutlichen Erscheinungen des Schwachsinnns auf.

Die Auslösung der Erkrankung führt ein Rechtsstreit herbei.

Diagnose.

Bei der Diagnose ist zu berücksichtigen, daß es nicht auf die Feststellung der Richtigkeit und Unrichtigkeit der Beschuldigungen ankommt, da die tatsächlichen Verhältnisse eine genaue Entscheidung in dieser Beziehung oft nicht zulassen.

Die Diagnose wird sich stützen müssen auf den **Nachweis der fortschreitenden Veränderung der ganzen Persönlichkeit**. Diese dokumentiert sich in der **einseitigen Betonung des persönlichen rechtlichen Interesses**, die eine vollkommen rechtliche Sonderstellung verlangt, in der **absoluten Unbelehrbarkeit**, in den **Beziehungs- resp. Verfolgungsideen mit der Tendenz der Verallgemeinerung**, in den fast immer angedeuteten **Größenideen**, sei es nur als **Selbstüberschätzung**, in der **gesteigerten gemüthlichen Erregbarkeit**, die zu einer dauernden tiefgehenden Affektstörung führen kann und das Handeln beeinflußt.

Die Annahme einer partiellen geistigen Störung ist, wie überhaupt, auch bei dieser Erkrankung unhaltbar. Es ist auch nicht mit annähernder Bestimmtheit auszusagen und anzugeben, ob und welehe Interessensphäre von der wahrhaften Auslegung und dem falschen Urteil verschont bleibt. Ihre Mitwirkung ist bei keiner Handlung mit Bestimmtheit auszuschließen.

Verlauf und Prognose.

Es ist unzweifelhaft, daß eine **Rückbildung** der wahnhaften Auslegung, wie sie den geisteskranken Querulanten auszeichnet, eintreten kann und der Kranke als genesen anzusehen ist.

Bei manchen Kranken wirkt die gemüthliche Erregbarkeit, die Kampfesstimmung dauernd fort und läßt ihn nicht zur Ruhe kommen.

Bei anderen tritt im Laufe der Zeit eine **Beruhigung** ein, die Affektstörung bildet sich zurück, das Alter wirkt zuweilen beruhigend, so daß sie ihre frühere Energie in der Verfolgung ihrer Ideen verlieren, ohne diese selbst aufzugeben. Sie reagieren aber nicht mehr darauf, setzen sie nicht mehr in die Tat um, stellen ihre Beschwerden, Schreibereien, Beleidigungen ein und dokumentieren durch nichts mehr das Vorhandensein ihrer krankhaften Auffassung. Derartige Remissionen können lange anhalten.

Behandlung.

Aus Gründen der Fürsorge resp. der Pflegebedürftigkeit, auch wenn Gemeingefährlichkeit im engeren Sinne nicht mitspricht, sollte ein geisteskranker Querulant Aufnahme in eine Anstalt finden.

Infolge ihrer Erkrankung versetzen gerade Querulanten sich und die Ihrigen oft in die allergrößte Not, so daß eine Verhütung dieser Katastrophe im öffentlichen Interesse wohl angezeigt ist.

Ein **kurzer Aufenthalt in der Anstalt** wirkt meist **beruhigend und günstig** auf den Kranken ein, längere Zurückhaltung weckt das Gefühl der ungerechten Festhaltung und erschwert oft die Behandlung sehr.

Die eventuelle Gemeingefährlichkeit wird bei der Entscheidung der **Frage** nach der Dauer des Aufenthaltes maßgebend sein müssen.

Ein bloßer Ortswechsel wirkt oft auch schon günstig auf die Kranken ein.

Im allgemeinen Interesse würde es liegen, einen an Querulantenwahnsinn Leidenden, dessen kriminelle Unzurechnungsfähigkeit festgestellt ist, zu entmündigen, sei es wegen Geistesschwäche oder Geisteskrankheit.

Literatur.

- BROSIUS, Über Querulantenwahn. Berlin. klin. Wochenschrift Nr. 24. 1876.
 BECKER, CARL, Der Querulantenwahn. I.-D., München 1889.
 FÜRSTNER, Bemerkungen zum Fall Hegelmair. Deutsche med. Wochenschr. Nr 31, 1894.
 HORN, Unterschiede zwischen gesunden und kranken Querulanten. Friedrichs Bl. für gericht. Med. 1893.
 HENNEMEYER, Fall von Denunziantenwahn. Vierteljahrschr. f. ger. Med., 3. Folge, Bd. VIII, p. 305.
 HITZIG, Über den Querulantenwahnsinn. Leipzig 1895.
 KALÄHNE, WALDEMAR, Beitrag zum Querulantenwahnsinn. I.-D., Berlin 1898.
 KÖPPEN, Der Querulantenwahnsinn in nosologischer und forensischer Beziehung. (Literaturverzeichnis). Arch. f. Psych., Bd. XXVIII, H. 1.
 Ders., Beitrag zur forensischen und klinischen Beurteilung des sog. Querulantenwahnsinns. Charité-Annal., Bd. XIX, p. 606.
 Ders., Zur Lehre von der überwertigen Idee und über die Beziehung derselben zum Querulantenwahnsinn. Zeitschr. f. Psych., Bd. LI.
 MEYER, E., Beitrag zur Kenntnis des induzierten Irreseins und des Querulantenwahns. Arch. f. Psych., Bd. XXXIV, H 1.
 Ders., Zur Kenntnis des Querulantenwahns. Friedrichs Blätter f. ger. Med. 1903.
 MAGNAN, Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris 1893. 8. 9. Lection Persecutés — Persécuteurs — übersetzt von MÖBIUS.
 MARX, Gutachten über einen Fall von Querulantenwahn. Vierteljahrschr. f. ger. Med., 3. Folge, Bd. VII., pag. 233.
 MITTENZWEIG, Der Fall Witte. Zeitschr. für Medizinal-Beamte 1893.
 SCHÜLE, H., Epikritische Bemerkungen zum Hegelmairprozeß. Württemb. med. Correspondenzbl. Bd. LXIV, No. 17, 1894.
 SIEMERLING, E., Gutachten betreffend den Geisteszustand des Herrn X. Charité Annal., 18. Jahrg.
 STRASSMANN, Querulantenwahn. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin.

Schriften von Kranken.

- BIHLER, Ein militärischer Justizmord.
 OE, Zustände in der Staatsirrenanstalt Winnenthal.
 PFEIFFER, Enthüllungen aus dem Bereiche des Irrenwesens und der Rechtspflege.
 PAASCH, Dr. jur. Freiherr F. E. von Langen und der Fall Paasch.
 WITTE, Meine Amtsenthebung wegen beginnenden Querulantenwahns.

IV. Induziertes Irresein.

(folie communiquée).

Fälle, in denen eine gleichgeartete Geisteskrankheit durch Übertragung von einer Person auf die andere entsteht, resp. weiter verbreitet wird, werden als induziertes Irresein benannt.

Die psychische Erkrankung der Umgebung muß in der Psychose der ersterkrankten Personen ihre spezifische Ursache gehabt haben.

In der engeren Fassung (SCHÖNFELDT) wird sogar verlangt, daß der sekundär Erkrankte auch nach der Trennung ganz unabhängig seine Erkrankung weiter ausbaut.

Von französischer Seite (Lasègue et Falret, Marandon et Montyél) wird der Begriff viel weiter gefaßt.

Dort wird die folie à deux, á trois usw. eingeteilt in

- 1) la folie simultanée: zwei Disponierte ziehen sich gleichzeitig dasselbe Wahnsystem durch die gleiche Ursache zu;
- 2) la folie imposée: die Wahnideen werden einem geistig und moralisch schwachen Individuum aufgedrängt;
- 3) la folie communiquée: ein Geisteskranker überträgt seine Wahnideen und Halluzinationen auf einen Disponierten.

Der folie communiquée entspricht am meisten das induzierte Irrsein. Die folie simultanée hat eigentlich mit psychischer Infektion nichts zu tun.

Geisteskrankheiten mit lebhafter äußerer Erregung (folies impressionantes, Pronier) spielen als Gelegenheitsursache bei der Entstehung von Psychosen eine wesentliche Rolle. Die erzeugte Psychose ist aber oft ganz verschieden von der ursprünglichen. So sah ich in einem Falle von Kollapsdelirium bei Pneumonie der älteren Schwester die jüngere Schwester, welche diese pflegte, an einer maniakalischen Exaltation erkranken.

Derartige Fälle rechnen nicht zum induzierten Irrsein.

Die hauptsächlichliche Psychose, welche auf dem Wege der psychischen Infektion übertragen wird, ist die Paranoia. Häufig ist auch die Infektion mit Hysterie resp. hysterischen Psychosen.

Unter den veranlassenden Momenten spielen **psychopathische Disposition, Blutsverwandtschaft und geistige Inferiorität** die wesentliche Rolle.

Für das Zustandekommen sind weiter wichtig die **Gleichartigkeit der Charaktere, das enge innige Zusammenleben mit dem primär Erkrankten in großer Abgeschlossenheit gegen die Außenwelt, der innige geistige Konnex, die Seelenharmonie.**

Es ist leicht erklärlich, daß gerade die Paranoia, am meisten Verfolgungswahn, religiöser Wahn, Querulantenwahnsinn, so leicht übertragen wird. Die Wahnideen sind oft bis zu einem gewissen Grade wahrscheinlich, finden Nachahmung und Anklang. Die Kranken selbst bemühen sich, Anhänger für ihre wahnhafte Überzeugung zu gewinnen.

Mehrfach sah ich ganze Familien aus drei bis sechs Mitgliedern an derselben Form der Paranoia erkranken. Die Literatur kennt Wahnsinnsepidemien, wo die Erkrankung durch Übertragung auf ganze Dörfer und Distrikte sich weiter ausbreitete.

Prognostisch ist in den meisten Fällen der passive Teil, der Zweiterkrankte, günstiger gestellt, als der erste.

Die Therapie wird eine möglichst schnelle Trennung der erkrankten Individuen anstreben.

Literatur.

Siehe auch Paranoia chronica.

- Literatur bei WOLLENBERG, Über psychische Infektion. Arch. f. Psych., Bd. XX, pag. 62. und bei SCHÖNFELDT, Über das induzierte Irrsein. Arch. f. Psych., Bd. XXVI., pag. 202. CAMPBELL, DUNCAN, Zwillingenirresein und induziertes Irresein. J. D., Leipzig 1902. BOCHHORN, HERMANN, Beitrag zu dem induzierten Irresein. J. D., Göttingen 1892. JESS, Ein Beitrag zur Lehre vom induzierten Irresein. J. D., Kiel 1903. KRÖNER, Die Folie à deux. J. D., Berlin 1890. KÖLPIN, Beitrag zur Kenntnis der induzierten Psychosen. Arch. für Psych., Bd. XXXV, H. 2. MEYER, ERNST, Beitrag zur Kenntnis des induzierten Irreseins und der Querulantenwahns. Arch. f. Psych., Bd. 34, H. 1. WESTPHAL, A., Über psychische Infektion. Charité Annal., 20. Jahrg., pag. 664.

Delirien.

Delirien bei akuten und chronischen Infektionskrankheiten.

Inkubations-, Initial-, Fieber-, Infektionsdelirien. Deferveszenz-, Kollaps-, Inanitionsdelirien.

Mit diesen verschiedenen Bezeichnungen (Name Delirium abgeleitet von *λήρος*, leeres Geschwätz oder de lira decedere oder delirare, vom rechten Wege abweichen) werden die im engen zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit akuten und chronischen Infektionskrankheiten auftretenden akut ausbrechenden psychischen Störungen benannt, welche die Erkrankung in den verschiedenen Stadien begleiten können.

Die im Beginn vorhandenen Störungen bilden Fieber-, Inkubations-, Initial- oder Infektionsdelirien. Im Stadium decrementi und in der Rekonvaleszenz treten die Deferveszenz-, Kollaps- oder Inanitionsdelirien in Erscheinung. Außer den eigentlichen Delirien kommen im Gefolge von Infektionskrankheiten die verschiedenartigsten anderweitigen Psychosen zur Beobachtung.

Schon dem Altertum (Hippokrates) sind Delirien im Gefolge von erhöhter Temperatur bekannt. Bei gelegentlichen Influenzaepidemien im 16. und 18. Jahrhundert wurden ausgesprochene psychische Störungen beschrieben, später auch beim Wechselfieber (Sydenham, Sebastian). ESQUIROL wies zuerst auf den ursprünglichen Zusammenhang zwischen akuten fieberhaften Krankheiten und Psychosen im allgemeinen hin. BAILLARGERS Meinung, daß die Psychosen bei diesen Erkrankungen nur Komplikationen wären, wurde widerlegt durch spätere Untersuchungen von SCHLAGRR (bei Ileotyphus), H. WEBER (1865) über das Delirium oder die akute Geistesstörung während des Abfalles akuter Erkrankungen, MUGNIER (1865), SIMON (1874) (Psychosen bei akuten Gelenkrheumatismus) u. a.

Ätiologie. Häufigkeit. Entstehung.

Besonders häufig werden geistige Störungen beobachtet bei Typhus, akutem Gelenkrheumatismus, oft in Kombination mit Chorea und Endokarditis und Influeza, aber auch bei jeder andern Infektionskrankheit treten sie in Erscheinung: so bei Pneumonie, Pleuritis, Phthisis pulmonum, Malaria, Pocken, Rubeolen, Masern, Scharlach, Diphtherie, Erysipelas, Pertussis, Parotitis epidemica, Cholera, Dysenterie, Lepra, Lyssa, Gonorrhoe, Ergotinismus, Pellagra, Beriberi.

1,6% — 2% aller Geistesstörungen verdanken ihre Entstehung den akuten Infektionskrankheiten, das größte Kontingent liefert Abdominaltyphus, bei Typhusepidemien ist in 4,5% Geistesstörung beobachtet. Beim Zustandekommen der Delirien wirken die mannigfachen Umstände mit, die in der Eigenartigkeit des Verlaufes und der Erkrankung selbst, sowie in der Individualität des Befallenen begründet sind.

Am wenigsten hat wohl die Schwere der Affektion mit dem Ausbruch der Psychose zu tun: wir sehen bei geringem Fieber schwere

Delirien, auf der anderen Seite sehr ernste Erkrankungen mit hohem Fieber ohne eine Spur psychischer Störung verlaufen. Höhe des Fiebers und Intensität der psychischen Störungen gehen keineswegs Hand in Hand.

Beim Typhus fallen schwere cerebrale Störungen oft mit niedrigen Temperaturen zusammen. Bei vollkommener Fieberlosigkeit während des Typhus brechen oft die schwersten Delirien aus, um mit Einsetzen des Fiebers wieder zu enden.

Jäher Wechsel in der Temperatur, in der Pulsfrequenz, Zirkulationsstörungen sind oft wesentlich beim Zustandekommen des Kollapsdeliriums.

Die toxische Wirkung der Infektionsstoffe, respektive Bakteriengifte, die natürlich nicht ohne Einfluß auf das Blut, Gehirn, den gesamten Stoffwechsel bleiben, erscheint bedeutungsvoll. Dabei sind Temperaturerhöhung und Delirium als koordinierte Folge der Infektion anzusehen.

Eine angenommene Idiosynkrasie der Hirnrinde gegen Toxine mancher Erkrankungen dürfte schwerlich geeignet sein, Aufklärung zu geben.

Alle diese angeführten Momente, soweit sie Geltung haben, werden keine entgültige Erklärung dafür geben können, warum das Nervensystem in einem Falle mit einer Psychose antwortet, im andern Falle unter den gleichen äußeren Bedingungen, soweit diese zu kontrollieren sind, nicht.

Um das verständlich zu machen, rekurrieren wir auf die durch Prädisposition und Heredität gesetzte Individualität.

Jüngere Menschen, Frauen, nervös Veranlagte neigen mehr zum Ausbruch von Psychosen bei Infektionskrankheiten.

Frauen werden im ganzen häufiger ergriffen als Männer, bei einzelnen Erkrankungen, z. B. Influenza, ist ein Überwiegen des männlichen Geschlechts hervorzuheben. Jeweilige Schwere der Epidemie, örtliche Verhältnisse spielen dabei eine große Rolle.

Das hauptsächlichste Alter fällt in die Zeit vom 20. bis 50. Lebensjahr, jedoch gelangen auch im Greisenalter und im ganz jugendlichen Alter (2 bis 3 Jahre) Delirien und anderweitige psychische Störungen nach Infektionskrankheiten zur Beobachtung.

Einzelne Autoren wollen in $\frac{1}{2}$ bis $\frac{3}{4}$ der Fälle eine ererbte oder erworbene psychische Disposition gefunden haben, sei es nun eine neuropathische Konstitution auf erblicher Belastung oder erworbener Veranlagung, wie Trauma, Exzesse, Vergiftungen, Überanstrengungen, psychischer Shok, erschöpfende Krankheiten.

Ich konnte in 20% Erblichkeit konstatieren. Es sind das aber alles Momente, deren Auftreten kein konstantes ist. In vielen Fällen können wir eine Reihe von Ursachen anschuldigen, in anderen gibt uns selbst die genaueste Anamnese keine Anhaltspunkte, um das Zustandekommen der Psychose zu erklären. Wir werden nach unseren bisherigen Erfahrungen in den Infektionskrankheiten veranlassende Momente sehen, die schon als solche oder unter Umständen auf dem Boden einer vorübergehenden oder dauernden Schädigung ihre Wirkung in Form von Psychosen oder Delirien äußern können.

In dem gleichen Stadium treten annähernd die gleichen Formen in Erscheinung. Die im Beginn auftretenden Störungen, die Inkubations-, Fieber- und Initialdelirien zeichnen sich durch eine gewisse

Flüchtigkeit der Symptome aus bei gleichzeitig tief ergriffenem Sensorium. Es kommt nicht leicht zur Bildung festsitzender systematisierter Wahnvorstellungen, nicht zu andauernden Stimmungsanomalien. Im späteren Verlauf der Erkrankung, bei den Kollapsdelirien haben die Symptome schon etwas Beständigeres, erst recht bei den in der Rekonvaleszenz auftretenden Psychosen, wo wir am häufigsten den ausgebildeten Psychosen, wie Melancholie, Manie, der akuten Verwirrtheit, der Katatonie begegnen. Überall kommen fließende Übergänge vor.

Inkubations-, Initial-, Fieber-, Infektionsdelirien.

Symptome. Verlauf.

Die Fieberdelirien gehen mit den Initial-, Inkubations- und Infektionsdelirien so Hand in Hand, daß eine Trennung ausgeschlossen ist, es sei denn, daß man die Bezeichnung Fieberdelirien für die Störungen wählen will, welche mit dem Fieber einsetzen und nach Ablauf des Fiebers schwinden.

In anderen Fällen leiten die Delirien die Erkrankung ein, verschwinden bei Ausbruch resp. Manifestwerden der für die Infektionskrankheit charakteristischen Symptome. So sah ich einige Male schwere Verwirrheitszustände mit suicidalem Trieb (Sprung ins Wasser) als einleitende Phase eines Typhus abdominalis (Inkubations- oder Initialdelirien).

Typhus abdominalis und akuter Gelenkrheumatismus sind als die Infektionskrankheiten anzusehen, welche mit den heftigsten und stürmischsten Delirien im Beginn oder während des Fiebers einhergehen, daß sogar von einem Cerebrorheumatismus, Cerebrotyphus einer Typhomanie gesprochen wird.

Die Initialdelirien können ohne Fieber verlaufen oder die Fieberpsychosen können schon im Initialstadium beginnen. Es wird nicht ganz leicht sein, immer zu entscheiden, ob dem Ausbruch des initialen Deliriums nicht schon eine Temperatursteigerung vorausgegangen ist, da der Schluß auf Fehlen des Fiebers immer erst gemacht wird, wenn der Fall zunächst wegen seiner psychischen Störungen in Beobachtung gelangt zu einer Zeit, wo der erste Fieberanfall schon abgeklungen sein kann. Ist es doch nicht selten bei Beginn der Infektionskrankheiten, namentlich des Typhus, der akuten Exantheme, des Gelenkrheumatismus, daß das Fieber nach einer ersten plötzlichen Steigerung für Stunden oder Tage wieder schwindet.

Die **Hauptsymptome des ausgebildeten Fieberdeliriums, sind Bewußtseinstrübung, Desorientiertheit, Sinnestäuschungen**; dabei kann es zu einem mehr ruhigen Verlauf mit vereinzelt Wahnideen kommen, oder es tritt eine lebhaft motorische Erregung auf, nicht selten einer Manie ähnlich mit Ideenflucht, Inkohärenz, Bewegungsdrang. Oft stellen sich ängstliche Affektzustände oder ein Wechsel zwischen Zorn und Angstaffekten ein. Die leichte motorische Unruhe kann sich steigern zu schweren Jaktationen. Nicht selten wird die Erregung durch stuporöse Zustände unterbrochen.

Die Sinnestäuschungen haben meist einen beängstigenden Charakter. Im Anfang sind es mehr unbestimmte Geräusche: Donnern, Poltern, Klopfen, Stampfen wie von einer Maschine. Darreichung von Chinin, Natrium salycilicum steigert zuweilen diese belästigenden Ge-

räusche. Es treten ausgesprochene Gehörstäuschungen auf: die Kranken vernehmen Worte, Sätze, hören beschimpfende Äußerungen, ihren Namen rufen, glauben die Stimme zu erkennen. In der Regel sind Gesichtstäuschungen damit verbunden, anfangs Flimmern, Sternesehen, bunte Kreise, Kugeln, dann richtige Gestalten von Tieren, Menschen, Köpfen, Teufelsgestalten. Viel seltener sind Geruchs- und Geschmackshalluzinationen: üble Gerüche nach Schwefel, Verwesung.

Bei Kindern, selten bei Erwachsenen, ist der Inhalt der Sinnestäuschungen ein angenehmer: liebliche Musik, Engelgestalten mit Flügeln, spielende Kinder, mit denen sie sich necken und rufen, schöne Landschaften, Gärten mit Blumen.

Infolge des meist beunruhigenden Inhaltes der Täuschungen sind die Kranken ängstlich, unruhig: mit glänzenden, weitgeöffneten Augen starren sie fest in eine Ecke, horchen, lauschen auf die Stimmen, das Gesicht ist gerötet, die Lippen bewegen sich leise, plötzlich schreien sie auf, schreckhaft fahren sie empor, springen aus dem Bett, suchen zu entweichen, greifen ihre Umgebung an, verletzen diese, fliehen vor dem Rufen und Schreien, suchen aus dem Fenster zu entkommen, bringen sich Verletzungen bei. Mit Mühe ist der heftig zitternde, stark schwitzende Kranke zu beruhigen. Dieser plötzlichen Erregung folgt ein ruhigeres Stadium: ängstlich gespannt liegt der Kranke da, macht nur geringe Bewegungen mit den Händen, sucht auf der Decke, antwortet nicht, stöhnt oft auf. Jetzt geht ein Schütteln durch den ganzen Körper, heftig wirft er sich umher, liegt dann wieder ruhig, um gleich darauf erschreckt aufzufahren.

Die Sprechweise ist abgerissen, hastig, sie schreien oft anhaltend, singen dazwischen in pathetisch-pastoralem Tone. Bei freundlicherem Inhalt der Sinnestäuschungen kommt es auch zu heiterem vergnügten Affekt mit lustigem Lachen, Singen von heiteren Liedern.

Alle diese Symptome können eine Steigerung in verschiedenen Phasen erfahren, wie solche von **LIEBERMEISTER** bei den Wirkungen der febrilen Temperatursteigerung beschrieben ist.

Im ersten Stadium keine Störung des Bewußtseins. Ein gewisses unbestimmtes Gefühl von Unruhe, Unbehagen, Bedrücktsein, leichte Reizbarkeit und Empfindlichkeit, Unlust. Der Schlaf ist unruhig, durch beängstigende Träume gestört. Bei Remissionen oder Verschwinden des Fiebers weichen diese Störungen sofort.

Im zweiten Stadium treten stärkere elementare Störungen des Bewußtseins, der Apperception, des Vorstellens ein: Unruhe wechselt mit Apathie ab, die Wahrnehmung verfälscht sich durch Illusionen und Hallucinationen. Diese sind meist flüchtig, zeichnen sich selten wie im Delirium tremens durch Plasticität und Lebendigkeit aus.

Auch diese Störungen können sich mit Schwinden des Fiebers schnell zurückbilden.

Stärkere andauernde Benommenheit, resp. Bewußtseinstrübung tritt im dritten Stadium auf. Die Kranken sind schwer besinnlich, schlafächtig, liegen mit geöffneten Augen da, sprechen halblaut vor sich hin. Neben den ruhigen mussitierenden Delirien auch furibunde Erregungszustände mit aggressivem Vorgehen gegen ihre Umgebung, Selbstverletzungen, Selbstverstümmelungen, Flucht vor vermeintlichen Verfolgern durch Sprung aus dem Fenster.

Dieses Stadium hält in der Regel mit Nachlassen des Fiebers länger an.

Im vierten Stadium tiefer Sopor, blande mussitierende Delirien, Flockenlesen, zielloses Greifen, oft Coma, Tod.

Nur selten sind diese Stadien derartig abzugrenzen, meist verwischen sie sich ohne deutlich abzugrenzende Übergänge.

Dieselben Delirien wie im Beginn können auch im weiteren Verlauf während der Akme auftreten.

Deferveszenz-, Kollaps-, Inanitionsdelirien.

Symptome. Verlauf.

Im Stadium decrementi und während der Rekonvaleszenz sind abgesehen von anderen psychischen Störungen, wie Manie, Melancholie, akute halluzinatorische Verwirrtheit (Amentia), die Kollaps-, Deferveszenz- oder Inanitionsdelirien häufig. Wo die Erscheinungen der chronischen Erschöpfung überwiegen, spricht man von letzteren.

Im Anschluß an den kritischen Temperaturabfall bricht das Kollapsdelirium ganz akut aus, erhebt sich in wenigen Stunden zu seiner Höhe.

Hauptsymptome sind die **traumhafte Verwirrtheit**, zahlreiche unzusammenhängende **Halluzinationen** und **Illusionen**, einzelne **Wahnideen**, **lebhafter Bewegungsdrang**.

Die Verwirrtheit — in vielen Fällen geben später die Kranken selbst an, daß sie das Gefühl gehabt hätten, es sei alles „verwirrt“, man habe sie „verwirrt“ gemacht — wird hervorgerufen durch formelle und inhaltliche Störung im Auffassungsvermögen und im Bereiche der Vorstellungen, die zum Teil durch massenhafte Illusionen und Halluzinationen, teilweise durch primäre Inkohärenz der Vorstellungen bedingt sein kann.

Meist sind die Auffassungsbehinderung, die Inkohärenz und die Sinnestäuschungen als gleichwertige Symptome primär entstanden infolge der zugrunde liegenden Hirnschädigung anzusehen.

Die Kranken sind im Beginn sehr ängstlich, äußern Selbstanklagen, Veründigungs-ideen (es ist als ob er Verbrecher war), die Angstzustände gehen mit großer Erregung einher oder es treten frühzeitig stuporöse Zustände auf. Stupor und Erregung wechseln oft in schneller Folge ab.

Zahlreiche Halluzinationen und Illusionen mit entsprechenden Wahnvorstellungen der Verfolgung, der Größe: sie sehen Tote, Engel, glauben Gift zu erhalten, blasen Haare fort, die ihnen zufliegen, glauben sich in der Hölle, im Feuer, im Schloß, sprechen mit Kaiser, hören Regimentier schießen, sehen Tiere, Hunde, Pudel, Hasen, hören Wasser rauschen, spüren ein Sausen, Klingeln. In ihren Vorstellungen kehren Gedanken an Gefahren, an Weltuntergang oft wieder. Ungemein stark sind die Störungen des Gemeingefühls: sie haben das Gefühl des Schwindels, des Schwankens, des Drehens (als ob alles „verkehrt“ sei, der Boden schwankte, das Laken, das Bett drehten sich).

Die Kranken haben das dunkle Gefühl, es müsse eine Veränderung sein, alles sei verkehrt, zugleich mit dem Bewußtsein ihrer Krankheit (nicht recht im Kopf, „wirr im Kopf gefühlt“, es gehe durcheinander, die Gedanken verwirren sich, es hat mich „gedrückt“).

Die Sprechweise ist sehr wechselnd: Flüstern, Singen, Schreien folgen sich oft schnell, von Lachen und Weinen abgelöst. Sehr lebhaftes

Gebärdenspiel mit Schnüffeln, Fauchen, Blasen begleitet ihr Sprechen. Zuweilen alliterieren sie, sprechen in Reimen, Versen.

Sie haben Neigung zu Klangassoziationen, monotonen oder einzelnen sinnlosen Wortzusammenstellungen. Häufig tritt Ideenflucht passager oder länger anhaltend auf.

Die Stimmung wechselt sehr jäh, in einem Augenblick sind sie heiter, vergnügt, erotisch; in nächsten zornig, gereizt, dann wieder traurig, ängstlich.

Neben dem Bewegungsdrang treten noch eine Reihe von motorischen Störungen auf: Zucken, Zusammenfahren des ganzen Körpers, Zittern, rhythmisch sich wiederholende Bewegungen mit dem Körper oder mit den Armen, eigentümliche Verdrehungen und Verrenkungen, dämonomanische und ekstatische Stellungen und Haltungen, wie sie im Verlaufe anderweitiger Psychosen beobachtet werden. Heftige, unwillkürliche Bewegungen erinnern zuweilen an Chorea.

Katatonische Erscheinungen kommen in allen Abstufungen vor: Stupor verschiedenen Grades, Mutismus, Negativismus. Stereotypie der Haltungen und Bewegungen, *Flexibilitas cerea*, Echolalie, Echopraxie.

Nicht selten kommt es schon früh zu vorübergehenden Aufhellungen des Bewußtseins, es scheint zuweilen, als ob äußere Eindrücke (Besuch der Angehörigen, Versetzung in andere Umgebung) dabei eine Rolle spielen. Anhaltender leiten diese später meist die Rekonvaleszenz ein.

Die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen wird noch verstärkt durch das Auftreten von schweren, nervösen Begleiterscheinungen anderer Art. Hysterische, epileptische Krampfanfälle, ausgelöst durch die Infektionskrankheit, komplizieren die Symptome, ganz abgesehen von den somatischen Anzeichen der einzelnen zugrundeliegenden Erkrankungen. Zuweilen brechen sehr allarmierende Zustände aus, welche den Verdacht auf Meningitis, Sinusthrombose nahelegen.

Die Zitterbewegungen, Unsicherheit, Ataxie der Bewegungen im Verein mit einer deutlichen Artikulationsstörung, welche der paralytischen ähnelt, können Veranlassung geben zu Verwechslungen mit deliriösen Phasen im Verlauf der progressiven Paralyse, so daß manche Autoren bei den Infektionspsychosen mit derartigen schweren, nervösen Erscheinungen von Pseudoparalyse, Pseudotabes gesprochen haben. Es erinnern diese Störungen an die von C. WESTPHAL in der Rekonvaleszenz der Pocken beschriebenen Erscheinungen: Störungen der Sprache, der Motilität, Ataxie, Tremor, Verlangsamung der Bewegungen.

Die Kollapsdelirien haben im ganzen einen etwas protahierten Verlauf, dauern länger als die Initialdelirien. Es gibt zwar auch hier Fälle, wo das Delirium in Stunden und Tagen, z. B. bei Kindern nach Masern, Scharlach abklingt, aber in der Regel nehmen sie einen auf Wochen, Monate (3—4 Monate) sich erstreckenden Verlauf. Vereinzelt kann die Psychose die ursprüngliche fieberhafte Erkrankung um viele Monate bis Jahre überdauern. Besonders hartnäckig sind die Störungen im Nachstadium der Pneumonie.

Die Erinnerung ist oft nur eine ganz summarische, es verschwinden einzelne wichtige Vorgänge, so die Änderung des Aufenthaltsortes, das Fortbringen von Hause, die Einwirkung der neuen Umgebung ganz aus dem Gedächtnis. Zuweilen bleibt das Gefühl, eine schwere Kopfkrankheit überstanden zu haben, oder einen schweren Traum, viele

Phantasien, große Angst gehabt zu haben. Einzelne bewahren sich gute Erinnerung an ihre Sinnestäuschungen, die Haltungen, Stellungen, welche sie eingenommen haben, wissen eine Erklärung für ihre Sonderbarkeiten zu geben. Zuweilen erstreckt sich die Amnesie noch auf Vorgänge in der gesunden Zeit (retrograde Amnesie).

Delirium acutum.

Eine bedrohliche Steigerung der Bewußtseinstrübung, der Verwirrtheit, der motorischen Erregung mit Fieber, schweren Ernährungsstörungen wird Delirium acutum benannt. Es ist ein Symptomenkomplex, der unter verschiedensten Bedingungen gelegentlich einmal bei jeder Psychose sich bilden kann, Agitation, Verwirrtheit, Inkohärenz erreichen hier ihre höchsten Grade.

Es ist noch eine offene Frage, ob wir zum Zustandekommen dieser schweren Affektion immer eine Infektion oder Intoxikation annehmen müssen.

Zuweilen ist wohl eine Autointoxikation die Ursache: Stoffwechselveränderungen und durch diese entwickelte Toxine.

Ich sah es entstehen im Gefolge einer psychischen Störung bei Hydronephrose, bei Karzinom, bei Anämie nach Blutverlusten, bei Magen-Darmerkrankungen und verschiedentlich, gewissermaßen als Steigerung der Symptome bei Manie, Melancholie, akutem halluzinatorischen Irrsein, bei Wochenbettpsychosen, progressiver Paralyse, bei Hirnerkrankungen, bei Infektions- und Kollapsdelirien.

Äußerlich sind die Kranken oft sehr erregt, liegen in heftigen Jaktationen mit Zähneknirschen, dazwischen lautes anhaltendes Schreien, Brüllen, Ausstoßen von unzusammenhängenden Äußerungen. Die Zunge ist trocken, fuliginös belegt, die Lippen rissig, spröde. Im Urin oft Zucker und Eiweiß.

In manchen Fällen sehen wir die Intensität der psychischen Erscheinungen wechseln entsprechend dem Inhalt des Urins an Eiweiß.

In anderen Fällen kommt es zu mussitierenden Delirien. Sie liegen wie im Coma da, fahren bei Anrede, zuweilen spontan, schreckhaft auf, greifen auf der Decke, am Körper umher. Die Bewegungen sind zittrig, unsicher, inkoordiniert, Chorea ähnlich. Die ganze Körpermuskulatur ist oft in einem Zustand der Spannung, der Nacken steif, die Arme gebeugt, die Beine angezogen, so daß die Kranken in diesem Verhalten an Meningitis, an Tetanus, an Tetanie erinnern. Die Hände halten sie vor dem Gesicht, als ob sie sich fürchten, etwas abwehren wollten. Im Gesicht treten eigenartige zuckende Bewegungen der Muskulatur auf. Stuhlgang und Urin lassen sie unter sich.

Im Zustand hochgradiger Prostration erfolgt der Tod. Die Temperatur, die während des Lebens schon hoch angestiegen ist, erreicht oft nach dem Tode sehr hohe Grade (bis 43°).

Besonderheiten bei einzelnen Formen.

Bei Malaria bricht ein Delirium selten im ersten Anfall aus, meist, wenn diese chronisch geworden ist. Deliriöse Zustände kommen bei Intermittens gewissermaßen als Äquivalente der Fieberparoxysmen vor. Bei Kindern sind vorwiegend comatös stuporöse Zustände. Bei Erwachsenen überwiegen halluzinatorische Erregungszustände und Melancholia agitata.

Bei Malariakachexie treten einfache Melancholie, stuporöse Zustände in Erscheinung.

Unter den Pneumonien gehen die Spitzenpneumonien am häufigsten mit Delirien und anderweitigen Psychosen einher.

Bei vorgeschrittener Phthise habe ich kurze, episodisch auftretende, in Stunden abklingende Erregungszustände unter dem Bilde einer akuten halluzinatorischen Paranoia mit Stupor gesehen. Sonst überwiegen hier, abgesehen von Inanitionsdelirien, die heiteren Erregungszustände unter dem Bilde der Manie.

Sehr selten sind Delirien bei Pleuritis.

Bei den Pocken ist der Zeitraum zwischen Eruption und Suppurationsstadium der günstigste für den Ausbruch der Delirien.

Im Anschluß an die akuten Exantheme, Masern, Scharlach, nach Erysipel, Diphtherie, Parotitis epidemica, Influenza, Pertussis treten bei Kindern in der Rekonvaleszenz oder beim Abtiefen Kollapsdelirien auf. So sah ich nach Parotitis epidemica und Scharlach mit Nephritis bei einem Knaben von 12 Jahren und einem 10jährigen Mädchen comatös stuporöse Zustände mit halluzinatorischer Verwirrtheit, die nach einigen Wochen in völlige Heilung übergingen.

Bei Scharlach ist die Entwicklung der Psychose direkt im Anschluß an urämische Krampfanfälle beobachtet (HENOCH). Bei Diphtherie, Influenza beobachtete ich schlafähnliche Dämmerzustände.

Im Zusammenhang mit Gonorrhoe kommen schwere stuporöse Zustände, Delirien mit meningitischen Erscheinungen vor.

Bei Lepra, Ergotinismus, Pellagra, Beriberi sind melancholische Stuporzustände häufiger als manische und halluzinatorische Erregungszustände. Bei Lepra, Ergotinismus, Pellagra treten schwere spinale Erkrankungen mit nachweisbaren Veränderungen im Rückenmark auf. Charakterveränderungen andauernder Art mit Nachlaß der geistigen Kräfte, stumpfem Wesen werden dabei beobachtet. Bei Pellagra kommt es oft zur Demenz mit kombinierter Hinter-Seitenstrangserkrankung, einem der Paralyse sehr ähnlichen Symptomenkomplex (TUCZECK).

Prognose.

Was zunächst die Dauer anlangt, so sind in den meisten Fällen die Initial-, Inkubations-, Fieber- und Infektionsdelirien von kürzerer Dauer, vorausgesetzt, daß sie nicht Anfangsstadien anderweitiger psychischer Erkrankungen sind oder in chronische infektiöse Schwächezustände übergehen.

Sonst laufen sie in Stunden bis Tagen ab, verschwinden oft schon mit Aufhören des Fiebers.

Länger dauernd sind im großen und ganzen die Kollapsdelirien, schon weil an diese sich häufiger anderweitige Psychosen anschließen.

Gewiß gibt es auch hier Fälle, wo das Delirium in Stunden und Tagen, z. B. nach Masern, Scharlach abklingt, aber in der Regel nehmen sie einen protahierten, auf Wochen und Monate sich erstreckenden Verlauf. Vereinzelt kann die Psychose die ursprünglich fieberhafte Erkrankung um viele Monate bis Jahre überdauern.

Besonders hartnäckig sind die Störungen im Nachstadium der Pneumonie. SNELL berichtet von einem Falle, welcher nach neunjähriger Dauer noch zur Genesung gekommen ist.

Verhältnismäßig schnell endet das Delirium acutum, in der Regel in Tagen bis drei Wochen.

Beim Kollapsdelirium sehen wir eine Dauer von 12 Tagen bis 10 Monaten.

In einem Falle nahm die Erkrankung bei Pneumonie einen sehr langen Zeitraum — sieben Monate — bis zur Genesung in Anspruch. Auch beim Gelenkrheumatismus beobachtete ich 10 Monate bis zur Genesung. Im Durchschnitt sehen wir die günstig ausgehenden Fälle in 3—4 Monaten verlaufen.

Die Vorhersage der Fälle ist sonst abhängig von der Art und Schwere der erzeugenden somatischen Grunderkrankung, von der Form der psychischen Störung und der Gesamtverfassung des Befallenen.

Besonders schwierig gestaltet sich die Frage, ob ein ausbrechendes Delirium nur als ein schnell abklingendes Begleitdelirium anzusehen ist oder Vorläufererscheinung resp. selbst schon Symptom einer länger dauernden Psychose bildet. In der Regel wird sich dieses erst nach einem längeren Zeitraum der Beobachtung entscheiden lassen.

Auf den Grad der Bewußtseinstrübung ist der allergrößte Wert zu legen. Geht diese so weit, daß der Kranke dauernd nicht mehr zu fixieren ist, ist die Prognose ungünstig.

Handelt es sich um reine Fieberdelirien, schwinden diese mit Aufhören des Fiebers.

Am günstigsten sind entschieden diejenigen Fälle, wo die Fieber- resp. Infektionsdelirien keinen hohen Grad erreichen, sich mit Aufhören des Fiebers in kürzester Zeit, ohne sonstige psychische Störungen zu hinterlassen, zurückbilden.

Es kann vorkommen, daß eine vereinzelte Sinnestäuschung bestehen bleibt, resp. sich zu einer Wahnidee bildet und erst langsam sich ausgleicht (*conception délirante isolée*).

Man muß darauf gefaßt sein, daß ein einmal ausgebrochenes Fieber- oder Infektionsdelirium schnell einen hohen Grad erreichen kann, wo es zur Ausführung von Selbstbeschädigungen, planlosen Handlungen, Tobsuchtsanfällen mit bedrohlichem Charakter kommt.

Zweimal im Initialdelirium im Beginn eines Typhus habe ich ernste Selbstmordversuche beobachtet. Hüten sollte man sich, aus einem einzelnen Symptom im Beginn eines Deliriums, z. B. dem Flockenlesen, welches in der Regel erst im Endstadium in Erscheinung tritt und hier prognostisch ungünstig anzusehen ist, eine ungünstige Prognose zu stellen. Mehrmals habe ich mussitierende Delirien mit Flockenlesen gleich im Beginn gesehen, bei vollkommen gutem Ausgang.

Sehr ernst ist die Prognose der schweren Initialdelirien bei Typhus, akutem Gelenkrheumatismus (Cerebrorheumatismus, Typhomanie) wo der Tod in wenigen Stunden unter heftigen Erscheinungen mit hoher Temperatursteigerung (41—44° C) erfolgen kann.

In der Hälfte der Fälle muß man mit diesem ernsten Ausgang rechnen. Am trübsten gestaltet sich die Prognose beim Delirium acutum, hier liegt fast immer die Befürchtung des letalen Ausgangs vor.

Günstiger liegen die Verhältnisse bei den Fieberdelirien der übrigen akuten Infektionskrankheiten, entschieden am günstigsten bei den in der Rekonvaleszenz auftretenden Kollapsdelirien und den anderweitigen Psychosen dieses Stadiums. Hier sind die Delirien im Typhus und Rheu-

matismus bei Komplikationen des Herzens (Endokarditis mit und ohne Chorea) und der Lunge besonders ernst.

Immer ist bei der Vorhersage zu bedenken, daß es sich in den meisten Fällen um schwere Infektionen des Gesamtorganismus handelt, die durch Erkrankungen des Herzens (Endokarditis usw.) durch plötzlichen Kollaps, Phlegmone, Sepsis, Fettembolie das Leben sehr ernst gefährden können.

Ein nicht kleiner Teil der Fälle endet durch Selbstmord beim Mangel einer genügenden Beaufsichtigung.

Zuweilen müssen wir auf einen remittierenden Verlauf gefaßt sein, der sich Monate und Jahre bis zu günstigem Ausgange hinzieht. Schwere meningitische Erscheinungen, namentlich bei Kindern, sind nicht absolut ungünstig anzusehen.

Auch choreatische Störungen, welche im Verlauf des Rheumatismus und gelegentlich einmal bei anderen Infektionskrankheiten beobachtet werden, trüben die Prognose nicht.

Störungen der Motilität, der Sprache, welche das Bild der Paralyse vortäuschen, sind nicht ungünstig.

Differentialdiagnose.

Ein sicheres Kriterium, um eine Infektionspsychose, besonders im Fieber-, Infektions- und Kollapsdelirium in der Höhe ihrer Entwicklung rein aus den psychischen Symptomen heraus mit Bestimmtheit von den ähnlichen psychischen Störungen, welche nicht auf dem Boden der Intoxikation erwachsen sind, abzugrenzen, gibt es nicht.

Alle Versuche, welche darauf abzielen, bestimmte psychische Symptome als den Psychosen bei Infektionskrankheiten nicht zugehörig auszuschließen resp. ihnen zuzuschreiben, sind als verfehlt anzusehen.

Die Diagnose läßt sich einzig und allein nur stellen aus der ganzen Vorgeschichte, aus der ätiologischen Entwicklung.

Es können natürlich einzelne Begleiterscheinungen den Verdacht erwecken, daß hier eine derartig entstandene Psychose vorliegt, so die Temperatursteigerung oder subnormale Temperaturen, Herzschwäche, aber stichhaltig sind diese gerade so wenig als die psychischen Symptome. Ein einziger sicherer Befund, welcher für die Diagnose der Grundkrankheit bestimmend ist, z. B. die Widalsche Reaktion bei Typhus, wiegt für die Stellung der Diagnose mehr als alle psychischen Symptome.

Fieber- und Kollapsdelirien können leicht verwechselt werden mit Delirium tremens, weil die Erkrankungen äußerlich oft die größte Ähnlichkeit haben können in dem Bewegungsdrang, dem Zittern, dem Schweiß.

Tremor, welcher als Unterscheidungsmerkmal für Delirium tremens von manchen Autoren angegeben wird, spricht absolut nicht gegen ein Kollapsdelirium. Im Gegenteil, man wird oft überrascht durch die große Ähnlichkeit, welche die beiden Erkrankungen gerade in dieser Beziehung haben.

Ich kann auch die Behauptung nicht als richtig anerkennen, daß im epileptischen Dämmerzustand die Ideenflucht fehlen soll und er sich dadurch unter Umständen von einem Infektionsdelirium unterscheidet. Ideenflucht kommt, wie ich es mehrfach zu beobachten Gelegenheit hatte, bei beiden Erkrankungen in derselben Weise vor.

Auch der Zustand der Bewußtseinstrübung bei den Infektions- und Kollapsdelirien ist nicht ein so charakteristischer, um daraufhin andere Psychosen auszuschließen. Er hat ja manches Eigenartige in dem Traumhaften, in der Benommenheit, Betäubung, in dem oft schnellen Wechsel mit Klarheit, aber das alles sehen wir auch bei anderweitigen Psychosen, die nichts mit Infektion zu tun haben, z. B. bei Psychosen nach Trauma des Gehirns. Unter Umständen erweckt die Kombination der Bewußtseinstrübung mit den geschilderten nervösen Erscheinungen den Verdacht auf eine infektiöse Grundlage.

Die Feststellung des ätiologischen Momentes wird hier die richtige Diagnose stellen lassen.

Von dem akuten halluzinatorischen Irrsein (Amentia) sind die Infektions- und Kollapsdelirien nicht zu trennen.

Die akute Paranoia unterscheidet sich durch die Systematisierung der Wahnvorstellungen.

Der schnelle Ausbruch der Psychose kann nicht ohne weiteres verwendet werden zugunsten des Deliriums, denn dieser erfolgt auch sehr plötzlich bei der Amentia, der Katatonie, der akuten Paranoia.

Bei der Manie, die keinen zu hohen Grad erreicht, wo keine weitgehende Trübung des Bewußtseins eintritt, läßt sich am ersten der anhaltend heitere Affekt und der ungemein lebhafte Stimmungswechsel von Heiterkeit zu Zornmütigkeit, von Lachen und Weinen differentialdiagnostisch verwerten.

Pathologische Anatomie und Pathogenese.

Die Frage, ob es spezifische anatomische Befunde gibt, welche uns das Zustandekommen der Psychosen bei den Infektionskrankheiten erklären können, ist bisher mit einem Nein zu beantworten.

Die vorhandenen pathologisch-anatomischen Befunde sind nicht ausreichend, um in ursächlichem Zusammenhang mit den klinischen Symptomen dergestalt gebracht zu werden, daß sie uns eine vollkommene Erklärung für das Auftreten dieser geben.

Früher legte man großen Wert auf die Anomalien der Blutfülle des Hirns, Hyperämie und Anämie, suchte z. B. die Kollapspsychosen aus einer Anämie des Gehirns zu erklären.

Weiter wurden beschrieben: Trübung der Pia, Verwachsung der Dura mit Schädeldach, Gehirnödem. Chemische Veränderungen der Hirnsubstanz, veränderter Wasser- und Fettgehalt bei Typhus (BUHL), größerer oder geringerer Wassergehalt des Hirns bei Typhus (NOBILING) wurden angeschuldigt. Man legte dabei auch schon Nachdruck auf Veränderung der Zellen und Nervenfasern (HOFFMANN, EMMINGHAUS).

Diese Zellenveränderungen haben in neuerer Zeit ein eingehendes Studium erfahren. Hauptsächlich sind diese Untersuchungen beim Delirium acutum angestellt, weil hier die gesamten klinischen Erscheinungen am ersten den Eindruck einer schweren Infektion machten und Hoffnung erweckten für greifbare anatomische Befunde (E. MEYER).

Als Resultat ergibt sich, daß bei den Fällen, die als Delirium acutum verlaufen, ziemlich regelmäßig akute, meist schwere Zellveränderungen, Hyperämie und Blutungen in der Rinde nachweisbar sind, während die Glia keine stärkere Beteiligung erkennen läßt

(akute Encephalomyelitis, BINSWANGER u. a.). Blutungen im Gehirn und in den Meningen konnte auch ich in einem Falle von Delirium acutum nachweisen.

Bei gewissen Formen (Intoxikationspsychosen) zeigt die Glia viele Mitosen (ALZHEIMER).

Bakterienbefunde sind bei der ersteren Form häufig, aber nicht konstant.

Es liegen eine Reihe zuverlässiger, unzweideutiger Beobachtungen vor, so die Untersuchungen von WESTPHAL, WASSERMANN und MALKHOFF, welche bei akutem Gelenkrheumatismus mit Chorea und Psychose aus Blut, Gehirn, Herzklappen Mikroorganismen darstellten. Bei Tieren riefen diese Fieber und multiple Gelenkaffektionen hervor.

SANDER, welcher unter Kontrolle des EHRlich'schen Instituts seine Untersuchungen anstellen konnte, gelangte zu dem Schluß, daß in einzelnen Fällen von Delirium acutum, in denen meist eine fieberhafte Erkrankung (Angina, Influenza) vorhergegangen ist, eine Allgemeininfektion mit Bakterien, speziell Staphylokokken vorliegt. Die Blutinfektion sei die Hauptsache, die Bakterienherde im Hirn der Ausdruck der Allgemeininfektion.

In zwei Fällen von Delirium acutum bei periodischen Psychosen fand SANDER nur sehr geringe Veränderungen gegenüber der mehr idiopathischen Form und bei Infektionskrankheiten ohne psychische Störungen gleiche, nur quantitativ geringere Veränderungen. BINSWANGER und BERGER konnten in ihren Fällen (Influenza mit Varizellen) die akute Degeneration von Fasern, Zellen, Hyperämie u. s. w. zeigten (Encephalomyelitis acuta), nicht sicher Bakterien nachweisen.

Therapie.

Bei der Behandlung ist dem Grundleiden Rechnung zu tragen.

Die Hauptaufgaben bestehen in Sorge für genügende **Bewachung guter Ernährung, Bekämpfung der Unruhe, der Schlaflosigkeit**. Wenn irgend möglich Eisbeutel auf den Kopf.

Das Fieber wird durch die üblichen Mittel bekämpft, am besten Laktophenin (0,5 mehrmals), bei Malariadelirien Chinin.

Von der **Hydrotherapie** ist die ausgiebigste Anwendung zu machen in Form von protrahierten warmen Bädern mit kühlen Übergießungen, kühlen Bädern, Abreibungen, Einpackungen.

Bei letzteren ist größte Vorsicht zu üben, der Zustand des Herzens, der Lunge genau zu berücksichtigen. Auf alle Fälle setze man die Einpackung nicht zu lange fort.

Mit sehr gutem Nutzen wende ich bei heftigen Erregungen mit Sinnestäuschungen und großer Reizbarkeit, aggressivem Verhalten die **vorübergehende Isolierung unter der nötigen Bewachung** an. Es tritt oft schon nach kürzester Zeit ein Zustand der Beruhigung ein, der es gestattet, den Kranken wieder aus der Isolierzelle zu entfernen.

Als Nahrung dienen breiige, flüssige Speisen, bei Nahrungsverweigerung zögere man nicht mit Anwendung der Schlundsonde, mit Nährklistieren.

Die Bewachung sei von vornherein eine besonders sorgfältige, da plötzliche Steigerungen im Fieber, namentlich im Beginn, mit Beschädigungen sehr häufig sind. Eventuell ist der Kranke in ein gepolstertes Kastenbett zu legen. Dem drohenden Kräfteverfall ist vorzubeugen

durch Kochsalzinfusionen, die Herztätigkeit durch Alkohol, Kaffee, Kampfer zu heben.

Von Schlafmitteln werden am zweckmäßigsten gereicht Paraldehyd 4—10 g, Amylenhydrat 2—4 g, Veronal 0,25—1,0 g.

Bei meningitischen Erscheinungen wäre unter Umständen an Lumbalpunktion zu denken.

Handelt es sich um Bekämpfung der chronischen Schwächestände, nachdem die ersten bedrohlichen Erscheinungen vorüber, dann sind die zur Hebung des Kräftezustandes üblichen therapeutischen Maßnahmen, unterstützt von Massage, Elektrizität, Bädern, in Anwendung zu bringen.

Literatur.

- ADLER, Über die im Zusammenhange mit akuten Infektionskrankheiten auftretenden Geistesstörungen. *Zeitschr. f. Psych.*, Bd. LIII, p. 740, 1897 (enthält ausführliches Literaturverzeichnis).
- BINSWANGER-BERGER, Zur Klinik und pathologischen Anatomie der postinfektiösen und Intoxikationspsychosen.
- CRAMER, Pathologische Anatomie der Psychosen in Handb. der pathol. Anatomie des Nervensystems.
- EBERLING, Influenza-Psychosen. I.-D., Berlin 1892.
- FRIEDLÄNDER, Über den Einfluß des Typhus abdominalis auf das Nervensystem. Berlin 1901.
- HERRMANN, Über die Ursachen und Behandlung der Delirien bei akuten fieberhaften Krankheiten. I.-D., Berlin 1901.
- JOLLY, Bericht über die Irrenabteilung des Juliusspitals in Würzburg für die Jahre 1870—72. Würzburg 1873.
- JUTROSINSKI, Über Influenzapsychosen. *Deutsche med. Wochenschr.*, Nr. 3, 1891 und I.-D., Straßburg 1890.
- KLEMM, Psychosen in ätiologischem Zusammenhang mit Influenza. I.-D., Marburg 1901.
- KLEIN, Kasuistische Beiträge zu den im Gefolge von Gelenkrheumatismus vorkommenden Psychosen. Berlin 1890.
- LAEHL, M., Die nervösen Krankheitserscheinungen der Lepra.
- LADAME, Des psychoses après l'influenza. *Annales méd. psych.*, 1. Dezbr. 1890.
- LAMMERS, Störungen seitens des Nervensystems als Komplikationen und Nachkrankheiten der akuten infektiösen Exantheme. I.-D., Berlin 1890.
- MEYER, E., Die pathologische Anatomie der Psychosen. Orth-Festschrift.
- MÜLLER, B. F. C., Über psychische Erkrankungen bei akuten fieberhaften Erkrankungen. I.-D., Straßburg 1881.
- PFÜTSCH, Über Psychosen im Verlauf des Typhus abdominalis. I.-D., Kiel 1903.
- REIF, Über Psychosen im Verlauf und im Gefolge des Typhus. I.-D., Würzburg. Referat CRAMERS in dem Jahresbericht für Neurologie u. Psychiatrie, von 1897 ab.
- SIEVERT, Beitrag zur Lehre von den Psychosen bei Infektionskrankheiten. Ein Fall von Psychose bei gonorrhöischer Infektion. I.-D., Kiel 1902.
- SCHMITZ, Geistesstörung nach Influenza. *Zeitschr. f. Psych.*, Bd. XLVII.
- TIEDERMANN, Ein Beitrag zur Lehre von Delirien bei Pyämie. I.-D., Kiel 1903.
- WESCHER, Über Erkrankungen des Nervensystems im Anschluß an Influenza. I.-D., Bonn 1892.
- WEBER, On the delir, or acute insanity during the decline of acute diseases.
- WEBER (Göttingen), Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. *Sammlung zwangl. Abhandlungen*, Bd. III, H. 7.
- WAHN, Über das Auftreten von Psychosen nach Influenza. I.-D., Kiel 1903.
- ZIEHEN, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters mit besonderer Berücksichtigung des schulpflichtigen Alters. *Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie*, Bd. VII, H. 1.

Amentia.

Akute halluzinatorische Verwirrtheit. Amentia. Akute Verwirrtheit. Akuter Wahnsinn. Akutes halluzinatorisches Irresein. Halluzinose.

Mit diesen Bezeichnungen werden Geistesstörungen benannt, welche ausgezeichnet sind durch das **plötzliche Einsetzen traumhafter Bewußtseinstrübung mit Verwirrtheit, zahlreiche und sehr lebhaft, meist unzusammenhängende Halluzinationen und Illusionen, Veränderungen in der motorischen Sphäre, die sich als gesteigerter Bewegungsdrang und stuporöse Hemmung darstellen. Wahnideen, meist durch Halluzinationen verursacht, auch ohne diese auf dem Boden der Bewußtseinstrübung und Verwirrtheit entstehend, sind wechselnd flüchtig und regellos, werden selten festgehalten und nicht in ein System gebracht.**

Ätiologie. Häufigkeit.

Der Heredität kommt beim Zustandekommen der Erkrankung keine wesentliche Bedeutung zu; so fand ich bei dem puerperalen halluzinatorischen Irresein mehr Fälle ohne jede erhebliche Belastung, als mit solcher.

Verschiedentlich läßt sich eine angeborene geistige Schwäche nachweisen.

Die wichtigste Rolle beim Zustandekommen spielen körperliche und seelische Schädigungen, Infektionskrankheiten, Vergiftungen (Alkohol, Morphin, Kokain, Atropin, Blei, Tabak, Arsenik), Gravidität, Puerperium, Laktation, Pubertät, Menstrationsvorgänge, Klimakterium mit den im Organismus vor sich gehenden Umwälzungen, Blutverluste, Erschöpfungen infolge von schweren körperlichen Erkrankungen, nach Operationen (Augenoperationen), Trauma, besonders des Gehirns, Haftstrafen, gemüthliche Erschütterungen (starker Schreck, schwerer Kummer, Sorgen, unglückliche Ehe, häusliche Zwistigkeiten), geistige Überanstrengung sind als auslösende Momente anzusehen.

Bei vielen Fällen wirken mehrere Schädlichkeiten zusammen. In einigen ist eine greifbare äußere Schädlichkeit überhaupt nicht nachzuweisen.

Unter den Geisteskrankheiten bei Männern entfallen 5,2 Proz., bei Frauen 11,5 Proz. auf diese Psychose. Das überwiegende Vorkommen beim weiblichen Geschlecht erklärt sich aus bestimmten ätiologischen Momenten, wie Gravidität, Puerperium, Laktation, Menstruation. Das hauptsächlichste Alter fällt in die Zeit vom 20. bis 40. Jahre.

Symptome und Verlauf.

Dem eigentlichen Ausbruch geht meist ein kürzeres oder längeres Prodromalstadium voraus. Klagen über nervöse Beschwerden: Kopfdruck, Kopfweh, Sausen in den Ohren, Schlaflosigkeit, werden geäußert. Die Stimmung ist leicht gereizt, häufiger Stimmungswechsel fällt der Umgebung auf. Die Lust zur gewohnten Tätigkeit geht verloren. Die Kranken versinken bei der Arbeit in Träumereien, unterbrechen

diese unmotiviert, sind scheu, halten sich allein. Zuweilen bemächtigt sich ihrer eine steigende Verstimmung mit dem Gefühl der Unruhe, Angst, Beklemmung. Schreckhafte Träume stören den Schlaf. Der Kranke fühlt sich matt, angegriffen, elend. Der Appetit liegt danieder. Rein äußerlich erwecken sie in dieser Zeit oft den Eindruck des Melancholischen.

In vielen Fällen entwickelt sich die Erkrankung auch ohne besondere Vorboten sehr rapid in wenigen Stunden.

Der eigentliche Ausbruch erfolgt sehr plötzlich. Die ängstliche Stimmung steigert sich: Versündigungsideen werden geäußert. Sie haben unrecht getan, sind nicht fromm gewesen, haben sich versündigt (Erbsünde sitzt im Herzen), sprechen von drohendem Unglück (es kommt ein Krieg) durch ihre Schuld. Infolge dieser ängstlichen Verstimmung kann es zu Selbstverletzungen kommen. Unangenehme Sinnestäuschungen des Geruchs belästigen sie: glauben Leichen zu riechen, Blut, welches sie vergossen haben.

Das Essen verweigern sie, weil Gift darin ist.

Aufs Schafott werden sie gebracht, der Teufel holt sie, Hexen, Männer mit langen Bärten bedrohen sie.

In der Folgezeit herrscht die traumhafte Trübung des Bewußtseins vor, die sich in der Verwirrtheit und Unorientiertheit, der Ratlosigkeit, der Regellosigkeit und Zerfahrenheit des Vorstellungslbens kundgibt. Auch das ganze Benehmen und Handeln steht unter dem Einfluß dieser traumhaften Verwirrtheit.

Sehr beachtenswert ist der unaufhörliche Wechsel, oft mit dem Charakter des Gegensätzlichen, in den Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. In einem Atem sprechen sie von Häuser kaufen und Leben nehmen, Villa bauen und ins Wasser gehen, von den versammelten Feinden, dem wüsten Schimpfen dieser, gleich darauf wieder hören sie Champagnergläser klingen und lustiges Singen, dann beklagen sie sich über den hohlen Hals, in welchen ein Schlauch gesteckt sei, rufen pathetisch: Hurra die Kaiserin. Ein anderer Kranker schilt auf die Gerüche im Bett, spricht sofort von sich als Gott, dem Mittelpunkt des Weltalls. Schattenbilder sind hinter ihm her, Napoleons Schädel ist bei ihm. „Ich soll dich hinmachen.“ In buntem Wechsel schießen die verschiedensten Empfindungen und Vorstellungen auf, um bald wieder zu verschwinden.

Sehr intensiv sind die Gehörs- und Gesichtstäuschungen aller Art. Sie vernehmen dummes Gequatsch, alles durcheinander, hören Papageien sprechen, Tauben gurren, Löwen schreien, ihren Namen rufen, die Stimme des Teufels, aus dem Wasserrohr, aus der Wand, aus dem Bett, von draußen ruft es. Gestalten sehen sie schweben, fahren in goldenen Wagen, in Eisenbahn, Schiffen. Häufig erscheinen ihnen die Gestalten Verstorbener, sprechen zu ihnen, rufen, winken.

Störungen des Gemeingefühls sind sehr ausgesprochen. Sie fühlen sich gestorben, chloroformiert, haben das Gefühl von Staub, von giftigem Zeug im Gesicht, spüren Blasen, Wärme, eine kolossale Hitze, ein Brennen am ganzen Körper. Füße und Hände sind umbogen, sie sind verwandelt, bald dick und dünn, die Füße sind fort, verbrannt, abgehauen.

Sie glauben, alles gehe im Kreise um sie, es sei wie ein Karussell, als wären sie auf einem Schiff oder der Eisenbahn, alles sei auf Walzen. Zuweilen klagen sie direkt über Schwindelgefühl, als ob sie an einem Abhang stehen, wie wenn sie in eine tiefe Grube blicken.

Infolge dieser vielfachen und wechselnden Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen ist die Orientierung weitgehend gestört, geht oft völlig verloren. Die Merkfähigkeit ist sehr beeinträchtigt. Sie haben zwar eine gewisse Aufmerksamkeit auf ihre Umgebung gerichtet, aber sie verkennen diese, fassen sie falsch auf, verwechseln sie: glauben im Schloß, beim Sultan, im Garten zu sein, die Fenstervorhänge erscheinen ihnen als eine Kutsche, sie verwechseln die Personen ihrer Umgebung, belegen diese mit Namen von Verwandten.

Fast anhaltend sind sie in Erregung und Unruhe, gehen aus dem Bett, klammern sich ängstlich an, dann laufen sie plötzlich fort, verstecken sich, springen umher, schlagen Purzelbäume, kriechen unter das Bett, fahren mit den Händen umher, reiben an sich, führen monotone gleichmäßige Bewegungen aus. Dabei sprechen sie oft unaufhörlich (Logorrhoe), flüstern, singen, pfeifen, lachen, schreien abwechselnd. Sehr oft sprechen sie in Alliteration, reimen, wiederholen die Worte, sprechen Worte nach, die sie hören (Echolalie), bilden eigentümliche Silbenzusammensetzungen, die sie andauernd wiederholen. Oft folgen die Äußerungen so schnell, unzusammenhängend, daß sie an die ideenflüchtige Sprechweise erinnern, zuweilen mischen sich hinein unverständliche Worte z. B. Blitzebusch (pseudophasische Verwirrtheit). Durch Fragen sind sie schwer zu fixieren, geben ganz vereinzelt eine zutreffende Antwort, meist stehen ihre Antworten gar nicht im Zusammenhang mit der Frage.

Die Stimmung, welche im Beginn meist eine ängstlich gedrückte ist — nur selten ist heitere Stimmung im Beginn — wechselt später außerordentlich häufig und schnell. Eine gleichbleibende Grundstimmung ist nicht vorhanden. Angstzustände lösen Heiterkeit und freudiges Gebobensein ab, große Reizbarkeit und Zornmütigkeit wechseln mit mürrischem stumpfen, einfach abwehrendem Verhalten.

Häufig sind ekstatische und dämonomanische Stellungen: die Kranken liegen im Bett in Kruzifixstellung oder Arme wie zum Gebet erhoben, knieen mit gesenktem Kopf, stehen mit ausgebreiteten Armen, offenen oder geschlossenen Augen. Ihre Sprechweise nimmt einen theatralisch-pathetischen Ton an, sie sprechen vom Ertragen des Schmerzes, dem Unrecht, was sie getan, dazwischen singen sie in getragener Melodie vom Schloß, Königinnen, dann deklamieren sie, fauchen und brüllen plötzlich wie ein Tier, um gleich darauf zu tanzen in sonderbaren Verrenkungen.

Diese ekstatischen Anfälle können stunden-, tagelang andauern.

Sie wechseln mit ausgesprochenen Stuporzuständen und anderweitigen katatonischen Erscheinungen: *flexibilitas cerea*, stereotype Haltungen und Bewegungen, Mutismus, Negativismus. Aus der stärksten Erregung heraus plötzlich, zuweilen allmählich, versinken die Kranken in einen Zustand der Bewegungs- und Regungslosigkeit. Herrscht diese vor, so scheinen, rein äußerlich betrachtet, manche Kranke wie im Schlaf zu liegen. Gewöhnlich verraten sie aber durch das Starre, Steife, Unbequeme ihrer Stellung, daß ihre Muskeln sich in einem Spannungszustande befinden. Sie haben den Kopf steif von der Bettdecke abgehoben, eine Hand, einen Arm emporgestreckt.

Das Gesicht verrät durch den Ausdruck des Ekels, des Abscheus, der Angst, selten der Verzückung, daß etwas in ihrem Innern vorgeht, welches sie bewegt. Ihre ganze Haltung erweckt den Eindruck, daß sie unter der lebhaften Wirkung eines Affektes stehen. Die Augen sind geschlossen, selten, wie bei der Verzückung, weit geöffnet, starr nach

oben gerichtet. Der Mund bewegt sich oft ganz leise. Die Atmung erfolgt oberflächlich, regelmäßig, selten tief. In den Lidern häufig Blinzeln. Sprachliche Reaktionen sind nicht zu erzielen, auch nicht bei lautem Anrufen, Schütteln. Aufforderungen kommen sie nicht nach oder nur ganz langsam, zögernd, bleiben stehen bei der einmal begonnenen Bewegung. Bei passiven Bewegungen spürt man entweder gar keinen Widerstand, die Extremitäten fallen schlaff herab oder es macht sich ein lebhaftes Widerstreben geltend, welches mit starker Anspannung der Muskulatur die Bewegung zu hindern trachtet, die Lider krampfhaft schließt, die Kiefern aufeinanderpreßt. Nicht selten ist ausgesprochene wächserne Biagsamkeit (*flexibilitas cerea*) vorhanden, welche gestattet, den Gliedern beliebige Stellungen zu geben, in denen sie oft lange, bis zu Stunden verharren.

Während der Untersuchung sieht man oft eine schnelle Rötung des Gesichtes auftreten, namentlich bei unerwarteten Untersuchungen. Auf Nadelstiche, auf Reize mit dem elektrischen Strom treten gar keine oder nur geringe Abwehrbewegungen ein. Auch von empfindlichen Stellen (Nasenschleimhaut, Cornea) löst Berührung keinen Reflex aus. Die Reaktionslosigkeit geht so weit, daß die Kranken Fliegen, welche an den Augen kriechen, nicht abwehren. Zuweilen kommen sie dabei automatisch befehlenden Aufforderungen nach.

Zur Regungslosigkeit und Stummheit gesellt sich oft Nahrungsverweigerung, ein Widerstreben gegen alle vorgenommenen Maßnahmen. Stuhl und Urin lassen sie unter sich. Der Speichel fließt aus dem Munde.

Diese katatonischen Hemmungen werden oft von raschen impulsiven Bewegungen unterbrochen.

Sie springen aus dem Bett, bleiben plötzlich wieder stehen, greifen nach einem in der Nähe befindlichen Gegenstand; es kommt vorübergehend zu interkurrenten Erregungszuständen: ganz plötzlich löst sich die Stummheit und sie bringen oft unter lebhaftem Affekt Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen vor, welche einen Einblick in die inneren Vorgänge gestatten oder wenigstens vermuten lassen.

Diese stuporösen Zustände können langdauernde Phasen im Krankheitsverlaufe bilden. In anderen Fällen sind sie von kurzer Dauer, es kommt zu plötzlichen starrkrampfartigen Anfällen, in der Folgezeit treten diese intermittierend auf, wechseln mit Erregungen. Oder es bildet sich ein periodischer Wechsel dieser mit relativ freien Zeiten und Erregungszustände heraus.

Von Anfang an und auch im weiteren Verlaufe haben die meisten Kranken ein unbestimmtes Krankheitsbewußtsein, welches in dem Gefühl, es sei etwas Furchtbares passiert, sie finden nicht zurecht, „alles ist verkehrt“, „es ist mir nicht recht im Kopf“, „die Gedanken gehen durcheinander, einer verwirrt den andern“, „alles ist verloren, verwirrt, man hat mich verwirrt gemacht“ seinen beredten Ausdruck findet. Beachtenswert ist, daß diese Empfindung von der Verwirrtheit im Innern auch vorherrschend ist, wenn sie äußerlich ruhig erscheinen. „Immer springt und tut es hier, alles ist verstellt und verdreht, man findet keinen Weg mehr.“

Das äußere Bild des Verlaufes kann sich verschieden gestalten.

Die Erregungs- und Stuporzustände bilden für sich abgeschlossen mehr oder weniger schnell ineinander übergehende Phasen des Krank-

heitsbildes (FÜRSTNER, akutes halluzinatorisches Irresein der Wöchnerinnen).

Unter unbedeutenden vagen Prodromen, wie Kopfschmerzen, Mißmut, Verstimmung, setzt akut das erste Stadium ein: heftige vorübergehend remittierende halluzinatorische Erregung mit progressiv sich steigender Verworrenheit. In der zweiten Periode ein stupides, stummes, auf pathologischen Sensationen beruhendes Verhalten, Fortbestehen von Sinnestäuschungen, die einerseits die Kranken in gewissem Grade verwirren, sie zu gewaltsamen Handlungen fortreißen, andererseits nicht so vorherrschend sind, daß sie die Perzeption für äußere Vorgänge unmöglich machen. Den Schluß bildet die Rekonvaleszenzperiode: entsprechend einem schnelleren oder langsameren Zessieren und Schwinden der Sinnestäuschungen vollständige Lucidität: das normale psychische Verhalten kehrt zurück. Die stuporöse Phase im Krankheitsbild kann fehlen, nach der halluzinatorischen Erregung leitet sich ohne diese Rekonvaleszenz ein.

In anderen Fällen (Erschöpfungspsychosen, RAECKE) lassen sich noch weitere Stadien des Verlaufes abgrenzen.

Im Prodromalstadium herrschen allgemeine nervöse Beschwerden und Reizbarkeit. Der Ausbruch erfolgt mit schwerer Bewußtseinstrübung, Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen, motorischer Erregung, wechselndem Affekt, ängstlicher Ratlosigkeit, primärer Inkohärenz und Perseveration, unterbrochen durch Remissionen.

Im dritten Stadium kommt es zur Aufhellung, wechselnd mit Verwirrtheit, Unruhe. Merkfähigkeit noch gering.

Im vierten Stadium Reizbarkeit, mißtrauisch, oft Beziehungswahn.

Im fünften Stadium Rekonvaleszenz: Orientierung kehrt wieder. Krankheitseinsicht. Amnesie ist stark.

In noch anderen Fällen treten die Sinnestäuschungen fast ganz in den Hintergrund. Es ist hier vorherrschend primäre Inkohärenz des Vorstellungsablaufes, verbunden mit Ratlosigkeit, Unorientiertheit und einer bald ängstlichen, reizbaren, gehobenen, jedenfalls oft und schnell wechselnden Stimmung. Dazwischen schieben sich Anfälle mit Schreien, eigenartigen Stellungen und Verdrehungen des Körpers, oft begleitet mit Schlagen und Singen, besonders manierter und affektierter Sprechweise. Nicht selten treten schon in der ersten Zeit schnell vorübergehende Remissionen mit weitgehender Klarheit auf.

Sind diese Erregungszustände vorherrschend, spricht man von der **erregten Form der Amentia**.

Im Anschluß an das Klimakterium werden halluzinatorische Verwirrheitszustände, die wesentlich unter dem Bilde der Erregung verlaufen, ohne stuporöse Phasen beobachtet. Ein kurzes Prodromalstadium, dann heftige halluzinatorische Verwirrtheit, wenige Wochen anhaltend. Langsam tritt Klarheit und Genesung im Verlaufe der nächsten Wochen ein (BEYER, E. MEYER).

Auch infolge von Menstruationsvorgängen treten akut ausbrechende schwere halluzinatorische Verwirrheitszustände mit weitgehender Bewußtseinstrübung auf. Nach Kataraktoperationen sah ich verschiedentlich ganz akut halluzinatorische Erregung ausbrechen.

Seltener ist die **stuporöse Form**, bei welcher es nach kurzem Prodromalstadium zum ausgebildeten schweren Stupor kommt. Im Beginn sind dabei zuweilen sehr ausgesprochen schwere hypochondrische Em-

pfündungen (das Gehirn zittert, das Herz schlägt nicht mehr, das Gehirn, die Gehirnschale, das Herz sind fort). Diese wechseln mit melancholischen Vorstellungen (unwürdige Sünderin). Der Stupor erreicht dann in der Regel nach einer ganz kurz dauernden Erregung seine höchsten Grade. Die Genesung leitet sich langsam ein. Auch hier kommt es zu vorübergehenden kurzen Aufhellungen des Bewußtseins, besonders im Beginn und bei Einleitung der Rekonvaleszenz.

Körperliche Störungen begleiten alle diese verschiedenen Variationen. Am ausgesprochensten ist der allgemeine Kräfteverfall, der sich in einem erheblichen Sinken des Körpergewichts ausdrückt. Abnahmen bis auf die Hälfte des ursprünglichen Gewichts kommen vor. Gefühl von Mattigkeit, Hinfälligkeit ist oft ausgeprägt. In Anämie, Herzschwäche gibt sich die mangelhafte Ernährung kund. Appetitlosigkeit erschwert die Nahrungsaufnahme sehr. Vollkommene Nahrungsverweigerung erzeugt starken Foetor ex ore. Menstruationsstörungen sind häufig: Ausbleiben der Menses im Beginn und Wiederauftreten in der Besserung.

Schlaflosigkeit ist sehr hartnäckig. Dabei Gefühl von Schwindel, Kopfschmerzen, Kongestionen, starkes Schwitzen. Tremor, Steigerung der Reflexe, vasomotorisches Nachröten, fliegende Röte am Hals und im Gesicht treten auf. Bei schweren stuporösen Erscheinungen kommt es zu Zirkulationsstörungen, Ödemen, Decubitus.

Die Temperatur ist in diesen stuporösen Zuständen oft unter der Norm, im Beginn und weiterhin sind Steigerungen bemerkbar, für deren Vorhandensein der körperliche Zustand zuweilen keine ausreichende Erklärung abgibt. Einige Male sah ich, namentlich im Beginn und auf der Höhe der Verwirrtheit, ausgesprochene epileptische Anfälle, ohne daß eine Vergiftung (Blei, Alkohol) diese veranlaßt hatte.

Die Erinnerung, im großen und ganzen der Bewußtseinsintensität entsprechend, zeigt ein sehr verschiedenes Verhalten. Sie ist um so vollständiger, je mehr die Verwirrtheit durch inhaltliche Störungen der Empfindungen und Vorstellungen bedingt ist, meist dann am besten, wenn Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen eine gewisse Ordnung und Zusammenhang erkennen lassen. Sie ist um so lückenhafter, je mehr die Inkohärenz der Vorstellungen vorherrscht.

Es ist schwierig, eine befriedigende Erklärung für alle bei der Amentia auftretenden Erscheinungen zu geben. Am nächsten liegt es, diese auf den psychischen Erregungszustand der akut einsetzenden Geistesstörung zurückzuführen und anzunehmen, daß dieser die motorischen Zentralapparate hemmend oder reizend beeinflusst.

Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen und äußeres Verhalten, ganz gleich, ob dieses sich in Erregung oder in Hemmung unter den Erscheinungen des Stupors kundgibt, stehen ohne weiteres nicht in ursächlichem Zusammenhang, derartig, daß das Benehmen ausschließlich als Reaktion auf die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen aufzufassen ist. Häufig sind alle diese Symptome koordiniert als Ausdruck der bestehenden Gehirnkrankheit anzusehen, ohne direkt voneinander abhängig zu sein.

Wie jedoch die nachträglichen Erhebungen bei den Kranken, welche darüber Rechenschaft ablegen und ausführliche Angaben über Empfindungen und Vorstellungen, die sie beherrschen, machen können, ergeben, kennzeichnen sich die verschiedenen Stimmungen, die Verwirrtheit mit ihrem wechselnden, bald erregten, bald stuporösem Benehmen nicht selten als Ausfluß ganz bestimmter Wahnvorstellungen, Illusionen und Halluzinationen. So gibt eine Kranke als Erklärung für ihr regungsloses Verhalten im Stupor an, sie habe Totenköpfe im Kopfkissen gesehen, das Bett für einen Sarg gehalten, sie habe geglaubt, die Eltern wären tot, sie habe Kleider von ihnen an und bereite beim Wechseln dieser den Eltern

Schmerzen, sie habe sich nicht bewegt, weil sie dachte, man wolle nur sehen, ob sie nach ihrem Vater schlage.

Eine andere Kranke lag regungslos und steif, weil sie glaubte, am Kopfende läge eine zusammengerollte Schlange. Die Nahrungsverweigerung erklärt sie durch unangenehme Empfindung: sie glaubte, das Essen könne den Schlund nicht passieren. Das verzückte nach oben Schauen führt eine andere Kranke auf Sinnestäuschungen zurück, sie sah Gott und die Engel. Stumm war sie, weil Gott ihr verboten, zu sprechen, damit sie gereinigt und geheiligt werde. Die Stimme und ein Zwang hätten sie gebunden.

Durch Bewegung glaubt eine andere Kranke, sich und andern Unglück zu bringen, daher liegt sie still.

Der spätere Zustand vieler Kranken, welche keine Rechenschaft über ihr Verhalten abzulegen vermögen, verhindert oft einen hinreichenden Einblick in die stattgehabten Vorgänge. Wo dieses angängig, lassen sich derartige Angaben ungenutzungen als Erklärungen für das Sonderbare im Benehmen verwerten.

Der Stupor ist bei diesen Kranken in erster Linie bedingt durch den Inhalt der Empfindungen und Vorstellungen, nicht durch primäre Hemmung.

Prognose.

Die Dauer der Amentia ist eine sehr verschiedene. Bei Menstruationsvorgängen, im Klimakterium, Puerperium sehen wir oft die Krankheit in wenigen Tagen bis Wochen abklingen, meist beansprucht sie einen Zeitraum von mehreren Monaten (6—9). Vereinzelt nimmt der Verlauf ein Jahr und noch länger in Anspruch. Noch nach Jahren ist Heilung zu beobachten.

Ein Zusammenhang zwischen dem Grad der hereditären Belastung und dem Verlauf existiert nicht. Jedenfalls gelangen schwer Belastete gerade so gut zur Heilung, als Fälle ohne solche. Auch angeborene geistige Schwäche braucht keinen üblen Ausgang im Gefolge zu haben. Quoad vitam ist die Prognose in den meisten Fällen ernst: Selbstmorde, besonders im Beginn, sind nicht selten. Ein Teil der Kranken geht infolge der anhaltenden hochgradigen Erregung, Schlaflosigkeit, der totalen Abstinenz und der daraus resultierenden ungenügenden Ernährung in verhältnismäßig kurzer Zeit zugrunde. Somatische Krankheitsprozesse bringen den Tod: Herzinsuffizienz, Phlegmone, Erysipel (infolge von Verletzungen), Pneumonie, Tuberkulose, Fettembolie.

Die Fälle, wo sich die Verwirrtheit schnell zu hohen Graden steigert, dem Bild des Delirium acutum ähnlich, sind am ungünstigsten.

Bei einzelnen Fällen bildet sich ein periodischer Verlauf heraus (besonders oft bei der Verwirrtheit im Anschluß an menstruelle Vorgänge).

Im ganzen ist nur bei einem Drittel der Fälle auf günstigen Ausgang zu rechnen. Ein großer Teil endet tödlich. Ein anderer Teil geht in chronischen Erregungszustand über mit zunehmender Verblödung. Katatonische Erscheinungen lassen keine absolut ungünstige Prognose stellen.

Differentialdiagnose.

Die akute halluzinatorische Verwirrtheit ist vom Kollapsdelirium nicht zu unterscheiden. Auch in der Kürze des Verlaufs liegt kein unterscheidendes Merkmal.

Bei der Trennung von der Manie und Melancholie wird der Nachdruck auf die anhaltende Veränderung der Gemütslage, auf die Stetigkeit der Affekte zu legen sein, welche diese beiden Erkrankungen auszeichnen. Bei der Amentia ist ein beständiger Wechsel der Affekte. Die Verwirrtheit erreicht bei der Manie außerordentlich selten so hohe

Grade, Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen sind selten so zahlreich als bei der Amentia. Bei der Melancholie stehen die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen in inniger Beziehung zur Grundstimmung.

Vor Verwechslung mit Verwirrheitszuständen auf epileptischer Basis wird die Vorgeschichte, der Nachweis epileptischer Antezedentien, schützen müssen. In der Ideenflucht liegt jedenfalls kein Unterscheidungsmerkmal, diese sind auch den epileptischen Verwirrheitszuständen eigen.

Die Paralyse verlangt den Nachweis körperlicher Symptome.

Bei der Unterscheidung von der Katatonie wird der Nachdruck zu legen sein auf das Eintönige, Gebundene, Zerfahrene, welches dieser Erkrankung oft von vornherein anhaftet. Traumhafte Verwirrtheit, Fehlen katatonischer Symptome werden zunächst an Amentia denken lassen.

Therapie.

Die schnell sich steigernde Erregung und Verwirrtheit gestatten eine Behandlung in häuslichen Verhältnissen in den seltensten Fällen.

Von vornherein ist eine sorgfältige Bewachung der Kranken erforderlich. Zur Erzielung dieser und zur Bekämpfung der Erregung leistet Bettbehandlung gute Dienste.

Hydrotherapeutische Maßnahmen sind möglichst früh vorzunehmen: protahierte warme Bäder, auf Stunden, Tage fortgesetzt, kühle Übergießungen, Einpackungen, Abreibungen.

Bei heftigeren Erregungen, aggressivem Verhalten ist zur Beruhigung eine Isolierung unter der nötigen Bewachung sehr von Nutzen.

Auf den Ernährungszustand ist die größte Sorgfalt zu legen. Mit Anwendung der Schlundsonde, wenn Nährklistiere versagen oder nicht ausreichend sind, ist bei Nahrungsverweigerung nicht zu lange zu zögern. Wiederholte Kochsalzinfusionen (zwei- bis dreimal täglich) sind von hervorragendem Nutzen dabei.

Von Schlafmitteln bieten Trional (1,0—2,0), Veronal (0,25—1,0), Amylenhydrat (2,0—4,0) gute Dienste.

Literatur.

- BARTEL, Ein Beitrag zur Lehre vom menstrualen Irresein. I.-D., Berlin 1887.
 BEYER, ERNST, Über eine Form der akuten Verworrenheit im klimakterischen Alter. Arch. f. Psych., Bd. XXIX, H. 1.
 BINSWANGER, Über die Pathogenese und klinische Stellung der Erschöpfungspsychosen. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 23, 1897.
 CATTANI, EMIL, Zur Differentialdiagnose der Paranoia acuta von der akuten Verwirrtheit und dem akuten halluzinatorischen Wahnsinn. I.-D., Bern 1896.
 CRAMER, Abgrenzung und Differentialdiagnose der Paranoia. Zeitschr. f. Psych., Bd. LI.
 HOCH, E., Akutes halluzinatorisches Irresein. Amentia. Deutsche Klinik.
 JOLLY, Diskussion im Referat Cramer: Abgrenzung und Differentialdiagnose der Paranoia. Zeitschr. f. Psych., Bd. LI, 1895.
 v. KRAFFT-EBING, Psychosis menstrualis. Eine klinische forensische Studie. Stuttgart 1902.
 KRAUSE, Über Zustände von Verwirrtheit mit Aufregung oder Stupor im Beginn und Verlauf der chronischen Paranoia. Monatsschr. f. Psych. und Neurol., Bd. I, H. 5.
 MEYER, ERNST, Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen. Münch. med. Wochenschr., Nr. 32, 1902.
 Ders., Beitrag zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen und der katatonischen Zustände. Arch. f. Psych., Bd. XXXII, p. 780.
 RAECKE, Über Erschöpfungspsychosen. Zeitschr. f. Psych., Bd. LVII.

- Ders., Zur Lehre von den Erschöpfungspsychosen. Monatschr. f. Psych. u. Neurologie, Bd. XI, H. 1.
 SIEMERLING, E., Graviditäts- und Puerperalpsychosen. Deutsche Klinik.
 WEBER, Über Psychosen unter dem Bilde der reinen primären Inkohärenz. Münch. med. Wochenschr., Nr. 33, 1903.
 ZIEHEN, Über die Affektstörung der „Ergriffenheit“ bei akuten Psychosen.

Graviditäts- und Puerperalpsychosen.

Von alters her haben die Psychosen im Zusammenhang mit den physiologischen Prozessen beim Zeugungs- und Fortpflanzungsgeschäft der Frau eine hohe Bedeutung beansprucht. Die große Rolle, welche Menstruation, Gravidität, Puerperium und Laktation beim Zustandekommen psychischer Störungen spielen, drückt sich schon in der üblichen Trennung und Bezeichnung der Psychosen nach diesem rein äußerlichen und zeitlichen Zusammenhang aus.

Ganz besonders sind es die Vorgänge vor, bei und nach der Geburt, die wegen der Häufigkeit und Eigenartigkeit mannigfacher bei ihnen vorkommenden Psychosen die Aufmerksamkeit erregen.

„Sowohl Wahnsinn als Tobsucht und Narrheit kann die Wöchnerin so gut und so leicht befallen, als sie vom Schlagfluß, Konvulsionen und Epilepsie heimgesucht werden kann“, äußert sich SCHNEIDER in seiner Abhandlung über Mania lactea in Nasse's Zeitschrift für Anthropologie 1823. Mania puerperalis bleibt lange Zeit die Benennung für die im Puerperium vorkommenden psychischen Störungen mit dem Charakter der Erregung. Es ist FÜRSTNER'S Verdienst, 1894 zuerst darauf hingewiesen zu haben, daß ein großer Teil der Wochenbettpsychosen nicht unter dem Bilde der Manie verläuft, sondern unter den Erscheinungen des akuten halluzinatorischen Irreseins.

Häufigkeit. Ursachen.

Unter den Psychosen beim weiblichen Geschlecht nehmen nach umfassenden Zusammenstellungen früherer Beobachtungen die Schwangerschaftspsychosen 3,1 %, die Puerperalpsychosen 9,8 %, die Laktationspsychosen 4,9 % ein. Ich beobachtete diese in 2,2—4,8 %.

Die Zahl der Puerperalpsychosen ist im ganzen geringer geworden.

Die fortschreitende Besserung der sanitären Verhältnisse im Hebammenwesen, die bessere Schulung des geburtshilflichen Personals können ohne weiteres als Erklärung für die Abnahme der Wochenbettpsychosen herangezogen werden.

Auf die einzelnen Abschnitte entfallen: 86 % Puerperal-, 10 % Laktations-, 3 % Graviditätspsychosen.

Die von OLSHAUSEN vorgeschlagene Einteilung trennt die Puerperalpsychosen in Infektions-, idiopathische und Intoxikationspsychosen.

Eine eigentliche Ursache für das Zustandekommen der Wochenbettpsychosen kennen wir nicht. — Wir können nur eine Reihe von äußeren Schädlichkeiten anführen, bei deren Vorhandensein uns das Auftreten der Psychose erklärlich erscheint.

Erblichkeit spielt keine große Rolle. Schwere und Leichtigkeit der Entbindung sind ohne besonderen Einfluß. In 7,2 % war nach meinen Zusammenstellungen die Entbindung schwer, die durch Zange, Operation, Wendung usw. beendet werden mußte. Bedeutungsvoller ist die Entbindung, welche mit Blutverlusten, Anämie, großer Erschöpfung, schlechter Ernährung einhergeht (16 %).

Die hohe Bedeutung der **Infektion** ist schon lange hervorgehoben (1828). BERNDT unterscheidet schon die bei Endometritis, Phlebitis vorkommenden symptomatischen Psychosen von den Puerperalpsychosen im engeren Sinne. Dieses Moment hat große Bedeutung.

In 24 % fand ich Infektion, wichtig ist ferner die **Eklampsie** (16 %). Dazu gesellen sich noch 8 %, bei denen sich eine anderweitige fieberhafte Erkrankung findet (Herzfehler, Nephritis, Gelenkrheumatismus, Typhus usw.).

Diesen Zahlen gegenüber treten die psychischen Momente (Sorgen, Aufregung, Angst vor Entbindung, Gewissensbisse, Furcht vor Schande) mit 4,3 % sehr zurück. Auch Familienstand und Lebensstellung der Frauen fallen nicht besonders ins Gewicht. Die unehelich Geschwängerten überwiegen keinesfalls (74,7 % Verheiratete, 23,8 % Ledige). Frühere Geisteskrankheiten sind nicht selten.

Bei der Abschätzung aller dieser Momente ist zu bemerken, daß sie sich auf dem durch Gravidität, Puerperium, Laktation besonders vorbereiteten Boden abspielen.

Erstgebärende stellen das größte Kontingent mit 40 %, Zweit- und Drittgebärende mit 13 resp. 15 %. Dann sinkt schnell die Zahl, vereinzelt bricht die Erkrankung noch in der 8. bis 14. Entbindung aus. Rezidive sind nicht häufig. Dabei kann die Form der Psychose wechselnd sein.

Art und Vorkommen der psychischen Störungen.

Eine spezifische puerperale Psychose gibt es nicht, ebenso wenig eine Laktations- und Graviditätspsychose.

Psychische Störungen, welche sich eng an den Geburtsakt anschließen, oft mit Vollendung derselben schließen, sind selten. Es handelt sich um transitorische Dämmerzustände oder um schnell vorübergehende halluzinatorische Delirien oft auf hysterischer oder epileptischer Basis. Ältere Beobachtungen stammen von JÖRG und MARCÉ, neuere von WEISSKORN, ROUSTAN, DÖRFLER, DEBUS und SARWEY. Dahin gehören auch die als mania puerperalis transitoria beschriebenen Fälle. Häufig sind dabei impulsive Gewaltakte.

In der **Gravidität** begegnen wir der Melancholie am häufigsten. Halluzinatorisches Irrsein ist seltener.

Der Ausbruch erfolgt meist in der zweiten Hälfte. Zuweilen tritt mit Abort ein Nachlassen der psychischen Störungen ein.

Besondere Erwähnung verdient die **Chorea gravidarum**. In der Dissertation von KRONER (Berlin 1896) sind 151 Fälle zusammengestellt. In vier von mir beobachteten Fällen brach einmal die Chorea vier Wochen vor der Entbindung aus, in zwei weiteren einige Tage vor der Entbindung mit heftigster Erregtheit, Verwirrtheit, Halluzinationen. Alle drei endeten letal. Im 4. Falle, wo die Chorea seit 10 Jahren bestand, trat während der Gravidität eine Steigerung ein, die mit der Entbindung nachließ.

Die **Puerperal- und Laktationspsychosen** werden so getrennt, daß alle Psychosen bis zur 6. Woche dem eigentlichen Puerperium,

die nach dieser Zeit der Laktation zugeschrieben werden. Die Trennung ist keine scharfe.

Die meisten Geistesstörungen brechen in den ersten Tagen nach der Entbindung aus, die Hälfte aller in der 1. Woche nach der Entbindung, 60 % in den ersten 14 Tagen.

Gelegentlich einmal kommt jede Psychose vor. Progressive Paralyse ist sehr selten. Selten auch Entstehung der chronischen Paranoia. Meist handelt es sich um Exacerbationen einer schon lange bestehenden Erkrankung.

Auf dem Boden der Imbezillität treten halluzinatorische Erregungszustände auf (21jähriges lediges Mädchen suchte Kind mit Spiritus zu verbrennen).

Bei Epilepsie, Hysterie ist die Frage der ursächlichen Entstehung nicht immer ganz leicht zu entscheiden. Fünfmal in meinen Fällen ließ sich die Entstehung der Epilepsie auf das Puerperium zurückführen. Krämpfe traten auf wenige Stunden nach der Entbindung, einmal nach Chloroformnarkose und Zange.

Nach den Anfällen bestand ein halluzinatorischer Verwirrheitszustand von einigen Stunden, einmal $1\frac{1}{2}$ Monate dauernd.

Hysterische Anfälle beobachtete ich einmal in der Gravidität (bei einer 29jährigen Frau während der drei Schwangerschaften, die jedesmal nach Entbindung schwanden). Einmal schwere Hysterie bei einer Erstgebärenden.

Eine Kombination von Hysterie und epileptischen Anfällen sah ich bei einem an cerebraler Kindeslähmung leidenden 31jährigen Mädchen (stand unter Anklage der Tötung des Kindes).

Unter den eigentlichen Psychosen dominiert das akute halluzinatorische Irrsein mit 55,4 %, auf die übrigen entfallen: Melancholie 12,5 %, Manie 5 %, Fieberdelirien 13 %, Delirium acutum 4,5 %, Chorea puerperalis 2,5 % und Eklampsie 5,4 %.

Einzelne Autoren haben unter den Wochenbettpsychosen der Katatonie einen erheblich größeren Anteil zuschreiben wollen, als es sonst zu geschehen pflegt.

Wenn ich absehe von dem Tübinger Material, unter welchen bei 51 Fällen 14 (27 %) als zur Katatonie gehörig von E. MEYER gerechnet werden, mich beschränke auf die Berliner Fälle, dann ist die Katatonie mit kaum 2 % vertreten. Sehen wir ganz ab von dem subjektiven Moment, was bei der Stellung dieser Diagnose nicht gut zu eliminieren ist, dann könnte man daran denken, in der erwähnten Verschiedenartigkeit der Provenienz des Materials, das eine Mal aus der großen Stadt, das andere Mal aus ländlichem Bezirke eine Erklärung für diesen Unterschied in der Verlaufsweise zu finden. Ob diese Vermutung zutreffend ist, dürfte schwer zu beweisen sein. Das ist keine Frage, daß unter dem Tübinger Material auffallend häufig Fälle zur Beobachtung kamen, welche sich der Katatonie einreihen ließen.

Auf der anderen Seite erscheint es mir nicht gerechtfertigt, aus dem gelegentlichen Auftreten katatoner Erscheinungen, wie sie namentlich bei allen akuten Psychosen sehr häufig sind, die Fälle ohne weiteres der Katatonie zuzuzählen. Jedenfalls ist für die prognostische Beurteilung des Falles nichts damit gewonnen, da die katatonischen Erscheinungen noch lange kein ausreichendes Kriterium bilden, um eine sichere Prognose zu stellen, jedenfalls nicht ohne weiteres die Prognose verschlechtern. Wir werden hören, daß über die Hälfte der Puerperalpsychosen in Genesung ausgeht.

Die Manien entwickeln sich durchweg am Ende der ersten Woche nach der Entbindung. Die Dauer beträgt 4—5 Monate.

In ihren Symptomen bieten sie nichts Abweichendes von der manischen Exaltation aus anderer Ursache.

Die Melancholien zeichnen sich durch ihre Schwere aus. Der Ausbruch liegt meist in den ersten Tagen, sie steigern sich sofort zu hochgradiger Angst, melancholischen Vorstellungen, Versündigungsideen. In fast der Hälfte der Fälle kommt es zu ernstesten Selbstmordversuchen (Erhängen, Sprung ins Wasser, Schnitte, Sturz aus Fenster). Wiederholt sind Anklagen wegen Kindestötung. Verlauf im Durchschnitt sechs Monate. Einmal sah ich nach vierjährigem Bestehen Heilung.

Beginn der Genesung fällt zuweilen zusammen mit Eintritt der Menstruation.

Manische und melancholische Zustände können Phasen des zirkulären Irreseins bilden.

Die Hauptgruppe repräsentiert das akute halluzinatorische Irresein (FÜRSTNER). Die Schilderung der Symptome und des Verlaufes ist im Abschnitt Amentia gegeben. Zuweilen entwickelt sich eine akute Paranoia als ausgesprochener „Laktationseifersuchtswahn“. Nach dem Verlauf sind leichtere und schwerere Formen zu trennen. Erstere laufen in 33 Tagen, letztere in 3—4 Monaten ab. Dreiviertel der Fälle gelangt zur Genesung. Todesfälle sind selten (3%): die häufigsten Ursachen sind leichtere septische Erkrankungen und Komplikationen, wie Phthise.

Bei dem Vorwiegen der Infektion sind Fieberdelirien und Delirium acutum häufig. Die Sektion ergibt Pachymeningitis haemorrhagica, Hyperaemia cerebri, miliare Blutungen. Hierzu rechnen auch die Fälle von *Chorea puerperalis* meist mit septischen Erkrankungen verknüpft. Ausbruch erfolgt zuweilen unmittelbar nach der Entbindung, nach Entfernung der Nachgeburtsreste.

Besondere Besprechung verdienen die **Psychosen nach Eklampsie**, zu deren Kenntnis OLSHAUSENS Veröffentlichung beigetragen hat. Unter 45 von mir beobachteten Fällen waren 13 mit nur kurzdauerndem soporösem Stadium nach den Anfällen.

Bei 32 traten halluzinatorische Verwirrheitszustände auf von kürzerer oder längerer Dauer (Tage bis Wochen). Die Eklampsie brach entweder kurz vor, oder während, oder nach der Entbindung aus. Die Entbindungen waren zum Teil sehr schwer.

Die Psychose schließt sich entweder eng an den Anfall, oder an einer soporöses Stadium, oder an eine kurze Lacidität an.

Meist fieberfreier rascher Verlauf, günstiger Ausgang.

So verläuft die Erkrankung bei einer 29jährigen Frau (2. Entbindung) in folgender Weise: Gravidität normal. Einige Stunden vor der Entbindung 6 Anfälle. Nach der leichten Entbindung 17 Anfälle, 2 Tage später 4 Anfälle. Inzwischen soporös. Viel Albumen, reichlich Zylinder. Nach den letzten Krämpfen erregt, glaubt vergiftet zu werden, sieht Personen, verweigert Nahrung, spricht von Katzen, die sie geboren, hat Angst vor Hinrichtung, hört schimpfende Stimmen, sieht Fratzen, Köpfe, weint, jammert. Kurze Remission: es sei ihr wie ein Traum, sie habe sich eingebildet, daß sie Hunde und Katzen geboren. Erregung bricht wieder aus, sieht Prinzen mit gelb und schwarz gestreiften Hosen, die tanzen, ist weinerlich, beklagt sich über Stimmen, die gesagt, daß ihr Kind tot sei. Oft anhaltende Monologe, glaubt begraben zu sein. Sie müsse alles aussprechen, glaubt unverheiratet zu sein. Allmähliches Nachlassen der *Verwirrtheit und Erregung*. Heilung nach 2 Monaten.

Zweimal sah ich die Verwirrtheit in ein unheilbares Stadium übergehen, sonst nahmen alle einen günstigen Verlauf. Dauer zwei Monate. Zustände von Ekstase sind häufig dabei.

Vereinzelt sind Selbstmordversuche.

Oft herrscht weitgehende Amnesie für Geburt und vorausgegangene Ereignisse. Geburt und eventuelle Tötung des Kindes kann in einem Dämmerzustand vor sich gehen.

Periodisch gehäuftes Auftreten der Eklampsiepsychosen ist zu beobachten.

Prognose.

Die Prognose für die Puerperalpsychosen insgesamt ist nicht schlecht: über die Hälfte der Fälle gelangt zur Genesung. 58% geheilt resp. gebessert, 24% ungeheilt, 16% gestorben.

Unter den vielgestaltigen psychischen Symptomen, welche zur Beobachtung gelangen, gibt es keines, dessen Vorhandensein oder Fehlen eine sichere Prognose zu stellen gestattet. Die Heilbarkeit oder Unheilbarkeit eines Falles ist in letzter Linie wohl weniger abhängig von den psychischen Symptomen als von den zu Grunde liegenden und sie begleitenden anderweitigen Krankheitserscheinungen, welche durch die Eigenartigkeit des puerperalen Prozesses bedingt werden.

Therapie.

Die Therapie wird ihre Hauptaufgabe in der Bekämpfung der etwa vorhandenen infektiösen Vorgänge suchen. Für möglichst sorgfältige Überwachung der Kranken ist Sorge zu tragen, um Schädigungen des eigenen Lebens und der Umgebung zu verhüten. Ich kann dabei verweisen auf das Kapitel „Amentia“.

Zur Bekämpfung der Melancholie während der Gravidität ist eventuell an Einleitung der künstlichen Entbindung zu denken, wenigstens empfiehlt JOLLY diese bei schwerer Melancholie mit heftigem suicidalen Trieb, dessen Bekämpfung resp. Unterdrückung auch in einer geschlossenen Anstalt kaum erreicht werden könne.

Literatur.

- ALT, Abhandlung „Puerperalpsychosen“ in Enzyklopädie der Geburtshilfe und Gynäkologie.
- ASCHAFFENBURG, Über die klinischen Formen der Wochenbettpsychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. LVIII, p. 337, 1901.
- ARNDT, R., Puerperalpsychosen. Arch. f. Gynäkol., Bd. XVII, H. 3.
- BEHR, Zur Ätiologie der Puerperalpsychosen. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 11, p. 522 und Allgem. Zeitschr. f. Psych.
- BARAKOFF-DIMITRE, Du Rôle des Troubles de la Nutrition dans la Pathogénie de la folie puerpérale. Thèse de Paris 1902.
- BRETONVILLE, P., Contribution à l'étude des psychopathies puerpérales. Thèse de Paris 1901.
- DES COLOMBIERS, F., Essai sur la Fièvre dite de Lait. Thèse de Paris 1863.
- Diskussion zu dem Vortrag von E. MEYER über puerpérale Psychosen. Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte in Berlin 1901.
- DÖRSCHLAG, OTTO, Beitrag zu den Puerperalpsychosen. I.-D., Berlin 1886.
- DEBUS, H., Über Bewußtseinslosigkeit während der Geburt. I.-D., Tübingen 1896.
- FÜRSTNER, Über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. 1874.
- GÖTTSCHE, JOHANN, Über Psychosen nach Eklampsie. I.-D., Kiel 1902.
- GOURBEYER, J., Des Paralyses puerpérales. Paris 1861. Extrt. des Memoir, de l'acad. imper. de méd.. Tome XXV.

- HALLERVORDEN, Zur Pathogenese der puerperalen Nervenkrankheiten und der toxischen Psychosen. *Allgem. Zeitschr. für Psych.*, Bd. LIII, p. 661.
- HOBBS, The role of wound-injektion as factor in the causation of insanity. *Amer. Journ. of ins.*, Nr. 13, 1899.
- HIRSCH, W., Puerperal insanity. *The med. Rec.*, Bd. LVII, 1900.
- MLLE HEYN (Salomé), Contribution à l'étude de la Grossesse Imaginaire. Thèse de Paris 1896.
- HOCHE, Über puerperale Psychosen. *Arch. f. Psych.*, Bd. XXIV, p. 612.
- HOPPE, Symptomatologie und Prognose der im Wochenbett entstehenden Geistesstörungen (zugleich ein Beitrag zur Lehre von der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit). *Arch. f. Psych.*, Bd. XV, p. 137 (gutes Literaturverzeichnis).
- JAISSON, Les psychoses puerpérales. Thèse de Paris 1898. *Rev. neur.*, Nr. 25.
- JELLY, Puerperal insanity. *Boston med. and surg. Journ.*, Bd. CXLIV, p. 271 u. 286, 1901.
- JOLLY, Die Indikation des künstlichen Abortus bei der Behandlung der Neurosen und Psychosen. *Berl. klin. Wochenschr.*, Nr. 47, p. 194, 1901; *Neurol. Centralblatt*, Nr. 21, p. 1022, 1901.
- JÖRG, Die Zurechnungsfähigkeit der Schwangeren und Gebärenden. Leipzig 1837.
- KRONER, Chorea gravidarum. I.-D., Berlin 1896.
- KNAUER, Ätiologische Zeit-Streitfragen bezüglich der sogen. Puerperalpsychosen. *Monatsschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie*, p. 1272, Jahrb. 1897.
- Ders., Über puerperale Psychosen. Monographie, Berlin.
- LANE, Puerperal insanity. *Boston med. Journ.*, Bd. CXLIV, p. 606 u. 614.
- MARC, Traité de la folie des femmes enceintes. Paris 1858.
- MEYER, E., Zur Klinik der Puerperalpsychosen. *Berl. klin. Wochenschr.*, Bd. XXXI, 1901.
- Ders., Die pathologische Anatomie der Psychosen. (Kritisches Referat für die seit 1895 erschienenen Arbeiten.) Sonderabdruck aus der Orthaschen Festschrift.
- MACDONALD, C. F., Puerperal insanity a cursory view of the general practitioners. *Med.*, Nr. 7, p. 237.
- MAYER, LOUIS, Die Beziehungen der krankhaften Zustände und Vorgänge in den Sexualorganen des Weibes zu Geistesstörungen. Berlin 1870.
- OLSHAUSEN, Beitrag zu den puerperalen Psychosen, speziell den nach Eklampsie auftretenden. *Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkol.*, Bd. XXI, H. 2.
- ORTSCHKEIT, A., Über die Beziehungen der Genitalleiden zu Neurosen u. Psychosen beim weiblichen Geschlechte. I.-D., Straßburg 1888.
- POULSEN ARNE, Nogle bemærkninger om puerperal psychosen. *Hosp. Tid.* 4, Bd. VIII, p. 10.
- PÉRAUD, A., M., E., Etude historique et clinique sur la Fièvre de Lait. Thèse de Paris 1887.
- Puerperalpsychosen-Diskussion im *Lancet*. *Centralblatt für Gynäkologie*, Juni 1903.
- RIPPING, Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. Monographie, Stuttgart 1877.
- ROHÉ, G. H., Lactational insanity. *Ref. te Journ. Amer. med. Assoc.*, September 1893.
- ROHDE, Über puerperale Psychosen. *Deutsche Praxis*, Nr. 1 u. 2, 1898.
- ROUSTAN, De la Psychicité de la femme pendant l'Accouchement (Etude de Responsabilité). Thèse de Bordeaux 1900.
- SARWEY, O., Die Diätetik der normalen Geburt. *Hdb. d. Geburtsh.*, Bd. I, H. 2, p. 1119.
- SCHRAMM, Zur Milchfieberfrage. Würzburg 1868.
- SCHMIDT, MARTIN, Beitrag zur Kenntnis der Puerperalpsychosen. I.-D., Berlin 1880.
- SANDER, Ein Fall von posteklamptischem Irrsinn mit Amnesie. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, Bd. LIV, p. 1273, Jahrb. 1897.
- SIEGENTHALER, Beitrag zu den Puerperalpsychosen. I.-D., Wien 1898.
- SCHROCK, OTTO, Über Chorea gravidarum. I.-D., Königsberg 1898.
- SIEMERLING, E., Kasuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie. *Charité-Annal.*, Bd. XIV.
- Ders., Graviditäts- und Puerperalpsychosen. *Deutsche Klinik*.
- Ders., Statistisches und Klinisches zur Lehre von der progressiven Paralyse der Frauen. *Charité-Annal.*, 13. Jahrg.
- WESTPHAL, Ätiologisches und Symptomatologisches zur Lehre von der progressiven Paralyse der Frauen. *Charité-Annal.*, 18. Jahrg.
- WEBERS, W., Th., M., Over Puerperal-Psychosen. I.-D., Leyden 1897. (Sehr gute Monographie mit historischer Einleitung.)
- WEISSKORN, JOSEF, Transitorische Geistesstörungen beim Geburtsakt und im Wochenbett. I.-D., Bonn 1897.

Alkoholpsychosen.

Von

A. Cramer, Göttingen.

Soweit unsere geschichtlichen Überlieferungen reichen, haben die Menschen zu allen Zeiten berausende alkoholhaltige Getränke getrunken, es blieb aber der neueren Zeit vorbehalten, die Herstellung alkoholischer Getränke so zu vervollkommen, daß heutzutage jedermann auch schwerere geistige Getränke zur Verfügung stehen. Die Folge davon ist, daß heute viel allgemeiner und viel mehr getrunken wird als in früheren Zeiten. Gewiß wurde früher auch gekneipt, aber nicht so allgemein und nicht in so schweren Getränken.

Man braucht die Übertreibungen der Abstinenten nicht mitzumachen, man wird aber zugeben müssen, daß in weiten Kreisen unseres Volkes heute mehr als genug getrunken wird.

Die Ursache der alkoholischen Seelenstörungen besteht in der Vergiftung des Körpers mit Alkohol. Wie gegen jedes Gift, so ist auch gegen den Alkohol der Mensch individuell verschieden widerstandsfähig. Aus diesem Grunde läßt sich auch keine bestimmte Menge Alkohol angeben, welche, regelmäßig genossen, geeignet wäre, eine alkoholische Seelenstörung hervorzurufen. Ebenso sehen wir auch, daß bei dem chronischen Genuß einer und derselben Sorte Alkohol bei den einzelnen Individuen sehr verschiedene Arten von Seelenstörungen auftreten. Es hängt das eben von der individuellen Anlage und Prädisposition ab. So kommt es denn, daß wir in einem Falle einen Menschen lange Jahre den schärfsten Abusus spirituosorum treiben sehen, ohne daß eine Psychose kommt, während im anderen Falle schon eine durchzechte Nacht genügt, um eine Psychose auszulösen*). Dem entspricht auch, daß die alkoholischen Seelenstörungen kaum Zustandsbilder bieten, die nicht bei ohne Einfluß des Alkohols entstandenen Psychosen auch vorkämen.

Die meisten Alkoholpsychosen entstehen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus. Der chronische Alkoholismus ist in den meisten Fällen entstanden aus der Trunksucht. Die Trunksucht ist eine Krankheit, welche darin besteht, daß das betreffende Individuum nicht wie ein gesundes trinken kann, wenn es Lust hat, und damit wieder aufhören kann, wenn es will, sondern durch einen unwiderstehlichen Zwang zum Trinken getrieben wird, obschon es weiß, daß es sich durch dieses Trinken in geistiger und körperlicher Beziehung schwer schädigt.

Dieser Zwang, der den eigenen Willen ausschaltet, kann angeboren oder erworben sein. Wir sehen häufig, daß die chronischen Alkoholisten von Haus aus patholo-

*) Im wesentlichen hängt die Widerstandsfähigkeit gegen den Alkohol vom Oxydationsvermögen ab. Einem Menschen, der leicht oxydiert, wird der Alkohol gut bekommen, er wird deshalb öfter trinken und entsprechend dem sich steigernden Reizhunger zu höheren Dosen greifen. Ein Mensch, der schlecht oxydiert, dem von vornherein der Genuß alkoholischer Getränke schlecht bekommt, wird schwer ein chronischer Alkoholiker werden, obschon auch dieser sich, weil es ja in vielen Kreisen eine „Ehrensache“ ist, sich zum chronischen Alkoholiker trainieren kann.

gische Individuen sind: Kinder von Alkoholisten, von Prostituierten, mehr oder minder Belastete usw. Auch schwere Erkrankungen in der Kindheit (Meningitis, Encephalitiden, Traumen usw.) können die krankhaft bedingte geringere Widerstandsfähigkeit vorbereiten, welche das Individuum später der Trunksucht in die Arme treibt.

An Gelegenheit zum Trinken fehlt es leider nirgends, so daß solche Individuen überall zu ihrem Rechte kommen, d. h. die Art der heutigen Geselligkeit bei hoch und niedrig bringt es mit sich, daß ein derartig prädisponierter Mensch, sobald er die Schwelle der Pubertät überschritten hat, dem chronischen Alkoholismus mit vollen Segeln entgegensteuern muß. Ja, es gibt Menschen, welche rein durch die fortwährende Gelegenheit zum Trinken, welche ihr Beruf oder die landesübliche Gewohnheit mit sich bringen, im Anfang vielleicht widerstrebend, später aber gewohnheitsmäßig ihre von Haus aus möglicherweise noch vorhandene Widerstandsfähigkeit untergraben und dadurch zum Trinker werden. Auch Krankheiten im späteren Leben, z. B. Bleichsucht, septische Erkrankungen, Phthise, bei denen in der Therapie der Alkohol eine Rolle spielt, können bei weniger widerstandsfähigen Individuen zum chronischen Alkoholismus führen, gelegentlich wird der chronische Alkoholismus auch durch ein Trauma oder durch große Aufregungen und Strapazen, z. B. durch einen Feldzug oder durch ein Leben unter Kummer und Sorgen ausgelöst.

Natürlich muß nun nicht jeder, der einer oder der andern dieser Schädlichkeiten ausgesetzt gewesen ist, ein Trinker, ein chronischer Alkoholist werden, dazu gehört ein geeignetes Milieu. Daß es daran, wenigstens bei uns in Deutschland, nicht fehlt, habe ich, glaube ich, genügend betont. Allerdings gibt es auch Fälle, welche rein aus ihrer krankhaften Veranlagung heraus, ohne daß besonders fördernde begleitende Umstände vorhanden wären, chronische Alkoholisten werden.

Die Symptomatologie der Alkoholpsychosen werden wir am besten verstehen, wenn wir zunächst die klinischen Erscheinungen des **chronischen Alkoholismus** studieren; denn die meisten Alkoholpsychosen erwachsen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus.

Der chronische Alkoholismus ist in den meisten Fällen der Grenz-**zustand**, der in die Psychose hinüberleitet. Die ersten Anzeichen bestehen in der Regel in einer immer mehr hervortretenden Reizbarkeit; während die Alkoholiker am Stammtisch und im Kreise ihrer Zechgenossen noch als Biedermänner und gern gesehene Gesellschafter bekannt sind, leidet ihre Familie bereits unter den unmotivierten Zornesausbrüchen und dem immer mehr erkaltenden Interesse. Allmählich tritt deutlich ein ethischer Defekt hervor. Aus dem besorgten Familienvater wird ein Egoist, der sich nicht scheut, die Mittel, die seiner Familie zum Unterhalt dienen sollen, ins Wirtshaus zu tragen und oft auch die sauer erworbenen Gelder seiner Frau zu vertrinken. Dabei schreckt er seiner Familie und seinen Vorgesetzten gegenüber vor keiner Lüge zurück, um sein Laster zu verbergen. Aber auch die Scham schwindet und schließlich vernachlässigt er seine Arbeit, treibt sich, so lange er noch gehen kann, in den Wirtshäusern herum, kommt nur nach Hause, um sich Geld zu holen, mit seiner Frau Streit anzufangen und sie und die andern Familienglieder aufs roheste zu mißhandeln. Im Beginn faßt er noch häufig den Vorsatz, sich zu bessern, gibt im nüchternen Zustand sein Ehrenwort, nie wieder zu trinken, aber die Widerstandsfähigkeit gegen die Versuchung ist bereits gebrochen, immer wieder verfällt er aufs neue seinem Laster. Mit der Zeit leiden auch seine intellektuellen Fähigkeiten. Stück um Stück schwindet das geistige Kapital, auch körperlich kommt der Trinker herunter. Der Ernährungszustand geht zurück, die Hände zeigen das charakteristische Zittern (Tremor der Hände), die Zunge zittert beim Hervorstrecken stark, beim Stehen mit geschlossenen Füßen und Augen tritt starkes Schwanken auf, die körperliche Spannkraft verschwindet fast völlig. Zu einer Arbeit ist der dem Alkoholismus Verfallene erst fähig, wenn er einen oder mehrere Schnäpse zu sich genommen hat. Im Urin findet man nicht selten Eiweiß.

Der chronische Alkoholist ist ein ethisch total verkommener Mensch, der bei dem geringsten Anstoß in hochgradige Wut verfällt; um dann wieder in einer rührseligen Stimmung alles Gute zu versprechen, ob schon er weiß, daß ihm jede Energie fehlt, sein Versprechen zu halten, er ist geneigt zum Lügen und läßt sich leicht zu irgend einem Verbrechen verleiten. Wenn er vorübergehend in der Zornattacke und im Rausch Eifersuchtsideen äußert, so darf das noch nicht als ein Eifersuchtswahn aufgefaßt werden. Dabei findet sich häufig bei Trinkern eine sehr gesteigerte Schreckhaftigkeit, welche sie gelegentlich veranlaßt, unter dem Einfluß eines solchen Schrecks in ganz unüberlegter und gefährlicher Weise zu reagieren. Auch Angstzustände stellen sich bei den chronischen Alkoholisten häufig, namentlich des Morgens, ein.

Nicht selten leidet auch verhältnismäßig frühzeitig das Gedächtnis, während es in den höheren Graden des chronischen Alkoholismus wohl immer mehr oder weniger starke Defekte erkennen läßt. Meist betreffen diese Defekte die Merkfähigkeit mehr als die andern Gedächtnisqualitäten. Diese Gedächtnisdefekte beziehen sich nicht etwa auf während des Rausches gemachte Perzeptionen, sondern für den nüchternen Zustand. Wir sehen deshalb nicht selten bei Beamten und Geschäftsleuten, daß gerade dem Fernerstehenden, der nichts von dem Kneipenleben und den häuslichen Vorgängen weiß, zuerst daran die Krankheit auffällt.

In den höheren Graden des chronischen Alkoholismus, manchmal aber auch schon im Anfang, allerdings in seltenen Fällen, kommt es zu Bewußtseinsstörungen. Dieselben können leichtere oder schwerere Grade aufweisen, mit Schwindelempfindungen verknüpft sein und die verschiedensten Bewußtseinsqualitäten betreffen. Auch können sie unabhängig vom Genuß von Alkohol auftreten. Ich komme später bei der Besprechung der pathologischen Rauschzustände darauf zurück.

Für jetzt möchte ich nur noch darauf hinweisen, daß sich gelegentlich Fälle finden, bei denen Bewußtseinsstörungen leichter und schwerer Art sich stets mit einer mehr oder weniger deutlichen Albuminurie verbinden, ja ich habe Fälle längere Zeit beobachtet, bei denen Albuminurie als prämonitorisches Symptom der Attacke vorausging, und bei denen man durch Alkoholarreicherung eine Nierenreizung und damit einen eigentümlichen Zustand von Benommenheit und Verwirrung, charakterisiert durch eine eigentümliche Bewußtseinsstörung hervorrufen konnte. Zur exakten klinischen Untersuchung gehört die genaue Beobachtung der Nierentätigkeit.

Beim chronischen Alkoholisten müssen wir rein körperlich 2 Stadien unterscheiden: 1. Das Stadium der anscheinenden Überernährung. Die Kranken sehen gesund, frisch, gut genährt aus, mit fortschreitendem Alter entwickelt sich, namentlich bei Biersäufern, ein Zustand weitgehender allgemeiner Adipositas. Die Kranken bekommen etwas Aufgeschwemmtes, Plumpes, der Atem wird keuchend, bei der geringsten Kraftanstrengung fängt das Herz an zu versagen, sie werden kurzatmig und scheuen sich schließlich vor jeder Bewegung. Jede Hochschule bietet bereits unter den Studierenden deutliche Beispiele dieser allgemeinen Verfettung des Biersäufers. Schreitet der chronische Alkoholist auf seiner Bahn fort, dann wird er allmählich, wenn sein Körper es aushält, ein Schnapsäufer. Auch hier kann, selbst wenn von Anfang an Schnaps getrunken wird, zunächst ein Zustand von gesundem Aussehen vorgetäuscht werden, bis dann auch dabei allmählich der Körper seine Spannkraft verliert und schon von weitem die Willens- und Haltlosigkeit seines Trägers erkennen läßt. Der Säufer tritt alsdann in das 2. Stadium, das Stadium der Säuferkachexie. In diesem Stadium wird der Kranke immer mehr eine geistige und körperliche Ruine. Er magert ab, sieht blaß, cyanotisch und verfallen aus, die Bewegungen werden unsicher, zitterig. Die Sinnesorgane versagen mehr oder weniger ihren Dienst, ja, man hat auch lichtstarre Pupillen bei den chronischen Alkoholisten beobachtet (MÖLL, SIEMERLING, UTHOFF), das intellektuelle Leistungsvermögen sinkt

immer mehr, es tritt ein Zustand von gleichgültiger Stumpfheit, verbunden mit vollkommener Interesselosigkeit, auf, nur das Schnapsglas vermag manchmal noch einen Schimmer von Freude in dem blöden Blick hervorzurufen. Die Fähigkeit zu irgend einer Beschäftigung ist vollständig erloschen.

Nicht selten findet man im Verlaufe des chronischen Alkoholismus neuritische Erscheinungen. Der Rheumatismus, über den der Säufer häufig klagt, ist in manchen Fällen darauf zurückzuführen. Sie bekommen heftige, reißende Schmerzen in den verschiedensten Gliedern, die Nervenstämme und Muskeln sind druckempfindlich, es besteht mehr oder weniger deutlich Entartungsreaktion, die Reflexe ändern ihr Verhalten und es kommt zu partiellen Atrophien der Muskulatur. Häufig sieht man, daß die Atrophie in einer Extremität im Anschluß an einen Unfall, z. B. nach einem Sturz auf den Ellbogen einsetzt.

Auch zu chronischen Veränderungen in den Strängen des Rückenmarks kann es kommen, klinisch kommen dieselben in den gemischten Symptomen für die Strang-erkrankung des Rückenmarks zum Ausdruck.

In andern Fällen kompliziert eine Poliomyelitis superior haemorrhagica das Krankheitsbild. Wir finden chronisch progressive Augenmuskellähmungen.

Während man einen chronischen Alkoholisten, bei dem die Zeichen des geistigen und körperlichen Verfalls deutlich nachzuweisen sind, wohl immer als einen Geisteskranken betrachten kann, ist bei dem chronischen Alkoholismus im allgemeinen diese Frage immer besonders zu prüfen.

Das bekannteste Bild geistiger Erkrankung auf dem Boden des chronischen Alkoholismus ist das

Delirium tremens, das Säufertilirium.

Das Delirium tremens tritt im allgemeinen erst nach lange fortgesetztem Abusus spirituosorum ein. Es befällt am häufigsten Männer im kräftigsten Alter, nachdem sie 10 und 20 Jahre lang in Alkohol (Schnaps) exzediert haben (JACOBSONN); allerdings kommt es bei besonders Prädisponierten auch vor, daß schon nach 6 oder 4 Jahren des Abusus spirituosorum das Delirium losbricht.

Man denkt neuerdings daran, daß infektiöse Prozesse und Toxinbildungen (aus dem Darmtractus) bei seinem Auftreten eine Rolle spielen, ja man spricht davon, daß das Delirium eine Infektionskrankheit auf dem Boden des chronischen Alkoholismus darstellt.

Der Ausbruch des Deliriums erfolgt meist ganz plötzlich und die Krankheitserscheinungen steigen sofort zur vollen Höhe an. Gelegentlich nach einem vorübergehenden Aussetzen in der Zufuhr alkoholischer Getränke, nach einem Magenkatarrh, nach einer febrilen Erkrankung, nach einem längere Zeit vorausgegangenem Trauma setzt die Krankheit ein. Vorboten sind selten, sie können bestehen in Kopfschmerzen, Funkensehen und dergleichen.

Ich habe das Delirium bei einem Bekannten während des gemeinschaftlichen Mittagessens auftreten und sofort mit voller Verwirrung einsetzen sehen.

Während der gesamten Dauer des Delirium tremens, die auf 2 bis 10 Tage sich erstrecken kann, erscheint das Bewußtsein, allerdings in der Intensität schwankend, traumhaft verändert. Im Vordergrund der Erscheinungen stehen Sinnestäuschungen. Dieselben betreffen hauptsächlich den Gesichts- und Bewegungssinn. Aber auch die anderen Sinnesgebiete produzieren abnorme Empfindungen, Gehörstäuschungen, abnorme Sensationen der Haut, Geruchs- und Geschmackstäuschungen. Auch plötzlich auftauchende wahnhafte Vorstellungen, die an Sinnestäuschungen anknüpfend oder autochthon entstanden sind und ebenso plötzlich wieder verschwinden, kommen vor.

Häufig findet sich auch eine illusionäre Umdeutung der Umgebung. Nicht selten gelingt es, durch Zureden beliebige Sinnestäuschungen, namentlich Gesichtstäuschungen hervorzurufen.

Sehen Sie die Karpfen? Der Patient fängt an nach dem Karpfen zu greifen (L. MEYER) oder tritt nach Mäusen, die er an einer vorbezeichneten Stelle sucht.

Die Gesichtstäuschungen haben meist den Charakter von in großen Mengen und in starker Bewegung auftretenden kleinen Gegenständen. Die Luft ist von Millionen von Heuschrecken erfüllt, in allen Ecken, auf der Bettdecke huschen Mäuse in großen Scharen vorbei, es ist alles voller Fliegen, es fallen Läuse vom Himmel, in den Ecken tauchen kleine schwarze Männchen auf, aber auch drohende Fratzen, Feuererscheinungen erschrecken den Kranken, er ist von spitzigen schwarzen Lanzen umstellt, es dringen Wälder auf ihn ein etc. Gemeinsam verbunden sind gewöhnlich die Sinnestäuschungen aus den Hautsinnen, wie überhaupt ein ganzer Komplex von Sinnestäuschungen zu sprachlichen Äußerungen führt. Der Kranke glaubt in einem Meer von Lehm zu waten, seine Füße sind von Dornen umschlungen, er liegt auf Glasscherben, es ist alles voll Staub und Haare, die rasch herumwirbeln; immer spielt eine rasche Bewegung bei allen diesen Erscheinungen eine Rolle. Der Fußboden schwankt, die Wände bewegen sich, das Bett geht in die Luft. Auch durch Druck auf die Bulbi kann man Sinnestäuschungen auslösen (LIEPMANN). Auch die Gehörstäuschungen stellen Komplexe von Geräuschen und akustischen Wahrnehmungen dar. Es donnert und braust, eine wütende Volksmenge hört man heranstürmen, die Glocken läuten, eine Regimentsmusik zieht vorbei, es werden unanständige Unterhaltungen geführt, meist von vielen Menschen. Oft erleben die Deliranten durch diese Halluzinationskomplexe ganz komplizierte Szenen.

Aber ebenso gelingt es in nicht wenigen Fällen durch energisches Anrufen, den ganzen Spuk für längere oder kürzere Momente zum Verschwinden zu bringen (BONNHÖFFER). Ja, man kann gelegentlich kompliziertere Untersuchungen bei den Deliranten vornehmen, z. B. Gesichtsfelduntersuchungen. Es scheint dazu beizutragen die plötzliche Versetzung in einen anderen Raum. Man erlebt es deshalb auch nicht selten, daß ein Delirant bei der klinischen Vorstellung zunächst einen verhältnismäßig klaren Eindruck macht und erst, wenn man ihn eine Zeitlang sich selbst überläßt, seine charakteristischen Erscheinungen zeigt.

Ob die Bewußtseinsstörung das Primäre ist und die Halluzinationen und Illusionen herbeiführt oder ob umgekehrt diese Anomalien bei der Vorstellungsbildung die Bewußtseinsstörung herbeiführen, läßt sich nicht entscheiden, besitzt auch für die Klinik dieser Fälle keine Wichtigkeit. Die sprachlichen Äußerungen der Deliranten sind meist unzusammenhängend, wenn auch vorübergehend, namentlich nach energischem Aufrütteln, korrekte Antworten erfolgen. Vor allem fehlt die Aufmerksamkeit für die Umgebung, die fortwährend abgelenkt wird, während das Auffassungsvermögen durch die halluzinatorischen Vorgänge schwer leidet. Es besteht meist eine vollkommene Desorientiertheit, gelegentlich auch Ratlosigkeit.

Die Stimmung ist eine äußerst wechselnde und kann bei ein und demselben Falle alle Stufen von der höchsten Glückseligkeit bis zur stärksten Furcht und höchsten Verzweiflung durchlaufen. Meist befinden sich die Kranken ihrem jeweiligen und fast ständig wechselnden Gedankeninhalt entsprechend in fortwährender Bewegung. Von Zupfen auf der Bettdecke und leicht abwehrenden Bewegungen an finden wir alle Arten von Beschäftigung angedeutet bis zu verzweiflungsvollen und energischen Wutausbrüchen, die sich blind gegen die Umgebung wenden und die Kranken sehr gefährlich machen können. Man hat wiederholt im Beginne des Deliriums ein blindes Schießen auf die Umgebung beobachtet.

Auch bei Nacht kommen die Kranken nicht zur Ruhe, im Gegenteil, gerade bei Nacht nehmen alle Erscheinungen an Intensität zu.

Auf körperlichem Gebiete finden wir eine Reihe charakteristischer Begleiterscheinungen.

Zunächst besteht meistens leichteres oder schwereres Fieber, das in nicht wenigen Fällen mit dem Ende der Krankheit kritisch abfällt. Dieses Fieber braucht nicht

etwa durch Komplikationen (z. B. durch eine Lungenentzündung) herbeigeführt zu sein. Der Puls ist meist beschleunigt und unregelmäßig und leicht unterdrückbar. Die Zunge zittert stark, ist stark, meist borkig belegt. Der Appetit ist schlecht, oft nehmen die Kranken während der ganzen Dauer des Deliriums so gut wie nichts zu sich. Der Stuhl ist unregelmäßig, bald diarrhöisch, bald angehalten. Die Kranken schwitzen stark, fast stets finden sich größere Mengen Eiweiß im Urin, die Hände zeigen in erhöhtem Maße das typische Zittern des chronischen Alkoholisten. Häufig besteht auch ein Konjunktivkatarrh. In typischen Fällen endet das Delirium nach dem kritischen Fieberabfall in einem 10—24stündigen Schlaf, wonach die Kranken in voller Klarheit und Orientiertheit erwachen.

In wechselndem Prozentsatz führt das Delirium zum Tode (Herzschwäche, Lungenentzündung, Darmkatarrhe).

Im allgemeinen soll der Prozentsatz der Todesfälle bei uns höher sein als in andern Ländern, z. B. bei den Genevertrinkern in Belgien, weil das Herz infolge des früheren Biergenusses weniger widerstandsfähig sein soll.

Manchmal ist der Verlauf des Delirium tremens ein etwas protrahierterer, es dauert einige Wochen, bis die Kranken vollständig frei von allen aus der Krankheit zurückgebliebenen falschen Vorstellungen sind, bis sie zur vollen Krankheitseinsicht gelangen. Übergang in eine chronische Geisteskrankheit ist selten, allerdings sieht man bei häufigerer Wiederholung der Attacken von Delirium tremens immer deutlicher die Intelligenz zurückgehen.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Delirium tremens unterscheiden sich zunächst dadurch von den Befunden bei einfachen deliranten Zuständen (Delirium acutum), daß man die Zeichen des chronischen Alkoholismus findet; wenn auch diese wieder nicht gerade charakteristisch für den chronischen Alkoholismus sind, so zeigen sie doch eine dem akuten Zustande zugrunde liegende chronische Erkrankung an. Im übrigen sind Zellveränderungen, Marchidegenerationen (BONNHÖFFER) und Blutungen in der Hirnrinde, wie sie ähnlich bei anderen akuten Psychosen auch gefunden worden sind, nachweisbar. Etwas für das Delirium tremens Charakteristisches läßt sich aber nicht angeben.

Die Differentialdiagnose kann nur Schwierigkeiten machen, wenn man die Anamnese nicht kennt. Es kommen in Betracht die verschiedenartigen transitorischen Bewußtseinsstörungen auf dem Boden der Epilepsie, der Hysterie, des Traumas etc. und die Intoxikations- und Infektionsdelirien anderer Ätiologie, bei denen ein traumhaft veränderter Bewußtseinszustand besonders in die Augen springt (Délire onirique der Franzosen).

Forensisch kommt das Delirium hauptsächlich strafrechtlich in Betracht, weil gelegentlich außerordentlich gewalttätige Handlungen von den Deliranten vorgenommen werden. Zivilrechtlich spielt das Delirium tremens kaum eine Rolle.

Einige der häufigsten Psychosen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus ist der sogenannte

Klassische Eifersuchtswahn der Trinker (NASSE).

Bei seiner häufigen Abwesenheit von Hause denkt der Trinker wohl gelegentlich daran, entsprechend seinem depravierten Charakter, daß seine Frau gute Gelegenheit habe, mit einem andern anzubinden. Seine eigene Potenz, anfangs gesteigert, nimmt ab, seiner Frau wird er zuwider, sie ist ihm nicht mehr zu Willen wie früher. Er wird mißtrauisch, sieht wohl auch zufällig einen Mann häufiger an dem Hause seiner Frau vorübergehen oder seine Frau mit einem fremden Mann sprechen; sofort wird es ihm zur Gewißheit, daß seine Frau mit diesem Manne ein Verhältnis habe. Von jetzt ab macht er seiner Frau die größten Vorwürfe und verfolgt sie mit seiner nicht gerechtfertigten Eifersucht.

Die Entwicklung des Wahns ehelicher Untreue geht weiter. Er ist jetzt fest überzeugt, daß seine Frau es nicht nur mit einem, sondern mit mehreren hält. Durch Sinnestäuschungen irregeleitet, hört er, wie die Kerle entweichen, wenn er das Haus betritt. Ganz in seinem Wahn befangen, erklärt er, wenn das nicht aufhöre, werde er seine Frau umbringen; erbarmungslos prügelt er auf dieselbe ein, wenn er nach Hause

kommt und nicht selten läßt er sich zu schweren Mißhandlungen und Verletzungen seiner Frau hinreißen.

Er sieht durchs Schlüsselloch, wie ganze Schwadronen mit seiner Frau huren, er findet im Bett den Samen von andern Männern, die Kinder gleichen dem vermeintlichen Nebenbuhler, die Frau hat selbst sich andern gegenüber gebrüstet, wie gut sie huren können, das hat er selbst gehört; sie führen des Nachts förmliche Tänze auf, um ihn zu ärgern; es ist kein Wunder, daß kein Geld im Hause ist, weil die Frau alles mit den Kerlen durchbringt usw. Oft werden dabei die Frauen in der scheußlichsten Weise von den Männern gequält, sie werden eingeschlossen, gefesselt, es werden ihnen die Geschlechtsteile zugebunden, Pech daran geschmiert, alles nur, um die vermeintlichen Nebenbuhler fernzuhalten. Anzeigen bei der Staatsanwaltschaft erfolgen über den Ehebruch der Frau in sehr drastisch gehaltenen Schilderungen, der Kranke kommt zu keiner Arbeit, zu keiner Beschäftigung mehr, er bringt den ganzen Tag damit zu, um seine Frau zu beobachten und seinen Kummer in neuen Alkoholfluten zu ertränken. Gar nicht selten führt dann schließlich ein schwerer Gewaltakt — leider ist der Frauenmord keine seltene Handlung bei den Eifersuchtswahnsinnigen — den Kranken in Konflikt mit dem Strafgesetzbuch. Denn es ist eine häufige Erscheinung, daß diese Eifersuchtswahnsinnigen viel zu spät in eine Anstalt in eine sachgemäße Behandlung kommen.

Die körperlichen Begleiterscheinungen sind die des chronischen Alkoholismus, vielleicht in etwas verstärktem Maße. Eiweiß habe ich nur selten bei diesen Fällen gefunden.

Der Ausgang ist gewöhnlich der in Genesung, wenn eine sachkundige Behandlung bei Totalabstinenz in einer Irrenanstalt rechtzeitig durchgeführt wird.

Schon nach Tagen, nicht selten schon nach 8 Tagen, spätestens aber nach 6 bis 10 Wochen, fällt es den Kranken wie Schuppen von den Augen, der Eifersuchtswahn, die begleitenden Halluzinationen schwinden, der Kranke wird klar und orientiert, und aus dem Auswurf des weiblichen Geschlechts, das ihn, den Biedermann, in die Anstalt gebracht hat, aus der hundertfältigen Hure wird eine vielgeliebte Frau, vor der der genesende Kranke niederknien und Verzeihung erleben möchte. Nie wird wieder ein Tropfen Alkohol angerührt, der Patient gibt sein Ehrenwort, die Frau glaubt dem Manne und nicht dem Arzte; statt den Patienten in eine Trinkeranstalt zu bringen, statt ihn zu veranlassen, in einen Abstinenzverein einzutreten, nimmt sie ihn nach Hause und dort beginnt gar bald das Trinken und damit nach einiger Zeit der Eifersuchtswahn von neuem. Denn nicht die Trunksucht, sondern nur die Psychose war durch den kurzdauernden Aufenthalt in der Anstalt geheilt.

In seltenen Fällen führt der Eifersuchtswahn der Trinker in eine unheilbare Paranoia hinüber. Nach häufigeren Attacken tritt Verblödung ein.

Differentialdiagnostisch ist zu bemerken, daß wir auch ohne Trunksucht bei Geisteskranken Eifersuchtswahn beobachten können, z. B. bei anderen paranoischen Zuständen und bei Hysterischen.

Auch ein

Akutes alkoholisches Irresein von paranoischem Charakter

beobachten wir nicht selten auf dem Boden des chronischen Alkoholismus. Es ist unnötig, an dieser Stelle genauer auf diese Formen einzugehen, weil das Charakteristische dieser paranoischen Zustände schon weiter oben geschildert worden ist, nur ein paar spezielle Eigentümlichkeiten möchte ich mir erlauben, hervorzuheben.

Zunächst kommt in Betracht, daß die Prognose nicht absolut ungünstig ist, es gibt darunter Fälle, welche nach 6 Wochen bereits wieder zur Genesung kommen, in anderen Fällen erstreckt sich der Zustand über einige Monate, in wieder anderen schließen sich an die akute Attacke chronische paranoische Zustände oder Verblödungszustände an.

Interessant ist, daß namentlich bei den akut einsetzenden und häufig günstig verlaufenden Fällen die Psychose direkt mit Größenideen beginnt und durch dieselben beherrscht wird; daneben spielen eine große Rolle Gehörstäuschungen. Die Stimmen stellen häufig lange Gespräche dar, die sich durchaus nicht immer auf die Person des Kranken zu beziehen brauchen. Der Patient kann vielmehr der gänzlich unbeteiligte Zuhörer sein (KRAEPELIN).

Weniger bekannt, aber darum für die Praxis nicht weniger wichtig ist eine eigentümliche Psychose, welche ich wiederholt auf dem Boden des chronischen Alkoholismus beobachtet habe, welche ich als

Alkoholische Angstpsychose

bezeichnen möchte.

Diese Psychose tritt gewöhnlich im 5. bis 6. Lebensjahrzehnt auf; ich habe sie ausschließlich beim männlichen Geschlecht beobachtet. Meist sind es Männer, die im Leben viel haben arbeiten und durchmachen müssen, dabei aber ein tüchtiges Pöculieren nicht versäumt haben. Ich sah den Symptomenkomplex bei der regelmäßigen Einfuhr von schwerem Rheingauerwein, aber auch bei Grog, und auch bei Kognaktrinkern auftreten.

Das gesamte Zustandsbild ist dominiert von einer enormen Angst, welche die Kranken zu wilden Verzweiflungsausbrüchen treibt; Selbstmordversuche, das Rennen mit dem Kopfe gegen die Wand, Strangulationen sind nichts Seltenes. Die Kranken äußern selten Unwürdigkeitsideen, sie machen, wenn sie nicht gerade über Angst klagen, einen stumpfen, teilnahmslosen, gehemmten Eindruck, im ersten Augenblick denkt man, daß es sich um die gleich zu besprechende Alkoholparalyse handelt, man ist geneigt, die Prognose ungünstig zu stellen, weil man die Kranken bei ihrem stumpfen, triebartigen Wesen für verblödet hält, und doch habe ich in den meisten und auch in sehr schweren Fällen im Verlauf von 1 bis 1½ Jahren allmählich Genesung eintreten sehen.

Die

Alkoholparalyse (alkoholische Pseudoparalyse)

beobachtet man am häufigsten im fünften Lebensjahrzehnt. Sie entsteht immer auf dem Boden des chronischen Alkoholismus. Nicht selten sieht man einen Patienten zunächst ein paarmal unter dem Bilde des Eifersuchtswahns der Trinker zur Anstalt kommen, während er in einer dritten oder vierten Attacke sich als Alkoholparalytiker darstellte. Ganz im Gegensatz zu den oft sehr agilen Eifersuchtswahnsinnigen erscheinen die Kranken stumpf und teilnahmslos, kümmern sich um nichts, reagieren kaum auf eine Frage und machen in ihrem ganzen Gebahren den Eindruck tiefer Verblödung. Größenideen, wie bei der klassischen Paralyse habe ich nur in einem einzigen Falle gesehen.

Dagegen findet man fast immer ein oder mehrere der körperlichen Kardinalsymptome der progressiven Paralyse und andere Lähmungserscheinungen und Innervationsstörungen. Fast immer ist eine mehr oder weniger deutlich ausgeprägte artikulatorische Sprachstörung vorhanden, häufig findet sich reflektorische Pupillenstarre, ja gelegentlich beobachtet man auch Fehlen des Kniephänomens, nicht selten ist das Gesicht ungleichmäßig innerviert, es besteht Mitflattern der Gesichtsmuskulatur beim Sprechen, der Tremor der Hände ist auffällig stark, deutlich läßt sich das ROMBERG'sche Phänomen nachweisen, auch ein ungleichmäßiges Verhalten des Kniephänomens kommt vor.

Wird nun der Kranke in der Klinik abstinent gehalten, so beginnen rascher oder allmählicher diese Symptome zu weichen, die Kranken werden regsamer, lebendiger, bekommen Interesse, auch die körperlichen Erscheinungen bilden sich ganz oder bis auf Spuren zurück, so daß man nach 6—12 Wochen oft fast komplette Genesungen zu sehen bekommt. Genesungen, die, wenn kein neuer Abusus hinzukommt, zu einer dauernden werden können. Meist allerdings bleibt ein Zustand leichter Demenz zurück.

In sehr schweren Fällen kommt eine unvollständige Zurückbildung der schweren Erscheinungen zustande.

Diese Fälle unterscheiden sich alsdann kaum von den chronischen Demenzformen, welche sich allmählich im Verlauf des chronischen Alkoholismus entwickeln können. Die wichtige Lehre, die wir aus dem Vorhandensein dieser Alkoholparalyse ziehen müssen, ist die, daß wir bei Alkoholisten sehr vorsichtig mit der Diagnose auf echte Paralyse sein müssen, solange wir nicht den Kranken für längere Zeit in seinem Verhalten bei Alkoholabstinenz beobachtet haben. Die Rückbildung der krankhaften Erscheinungen geht in der Alkoholparalyse viel weiter als bei den Remissionen der echten Paralyse.

Ein kurzes Wort bedarf es noch über die sogenannte

Alkoholepilepsie.

Es interessiert uns hier nicht der Streit darüber, ob es eine wirkliche Alkoholepilepsie gibt oder ob das nur Epileptiker sind, welche trinken, wenn bei einem Alkoholiker epileptische Anfälle vorkommen. Wichtig ist für uns, zu wissen, daß es eine ganze Reihe von Individuen gibt, welche nach längerer oder kürzerer Zufuhr von alkoholischen Getränken mit Krampfanfällen reagieren, ja daß einzelne Menschen schon nach einem einmaligen Rausch von Krämpfen befallen werden können. Wenn auch bei vielen Arten chronischer Vergiftungen Krampfanfälle auftreten können, (z. B. Absinthepilepsie, Antipyrinepilepsie usw.), so scheint es doch immer einer gewissen Disposition zu bedürfen, damit Krämpfe zur Entwicklung kommen.

Ich wende mich jetzt zur Besprechung von Zuständen, welche mehr eine pathologische Reaktion auf Alkohol darstellen, die Alkoholintoleranz, den pathologischen Rausch und die Dipsomanie.

Die Intoleranz

ist die krankhafte Eigenschaft mancher Menschen, auf geringe Mengen von Alkohol schon die Erscheinungen zu bekommen, die der Durchschnittsmensch erst zeigt, wenn er sich durch größere Mengen von geistigen Getränken einen Rausch verschafft hat. In einzelnen Fällen besteht von vornherein dabei eine starke Bewußtseinsstörung, so daß die Kranken nachher auch eine mehr oder weniger deutlich ausgeprägte Amnesie erkennen lassen. Gelegentlich findet man auch während dieses Zustandes, der von verschieden langer Dauer sein kann, eine Veränderung in der Reaktion der Pupillen. Träge Reaktion auf Lichteinfall, ja Lichtstarre kann vorkommen (GUDDEN und eigene Beobachtungen).

Die Intoleranz gegen Alkohol kann angeboren oder erworben sein.

Die angeborene Intoleranz kommt meist auch bei in anderer Weise psychopathischen Individuen vor, z. B. bei Degenerierten, bei leicht oder schwer Imbezillen, bei Epileptikern, Hysterischen und anderen. Gelegentlich ist sie auch das einzige Symptom, das zunächst als sichtbares Zeichen der degenerativen Veranlagung in die Augen fällt.

Es sei dabei bemerkt, daß unsere Toleranz gegen Alkohol überhaupt eine sehr wechselnde ist, wir sind, wie man sich bei jeder Kneipelei leicht überzeugen kann, das eine Mal gut, das andere Mal schlecht zum Trinken disponiert. Jede Erschöpfung und Übermüdung verringert unsere Toleranz dem Alkohol gegenüber.

Die erworbene Intoleranz sehen wir besonders nach Traumen und nach akuten Infektionskrankheiten auftreten, speziell ist es der Typhus, der häufig eine vollkommene Intoleranz herbeiführt. Diese erworbene Intoleranz kann vorübergehend oder dauernd sein, manchmal ist sie dem Träger zunächst gar nicht bewußt.

Der pathologische Rausch

kommt fast nur auf einem vorbereiteten Boden unter dem Konkurreren verschiedener begünstigender Momente zur Entwicklung.

Er kann ein und dasselbe Individuum einmal oder mehrmal befallen. Er verläuft unter dem Bilde einer schweren Bewußtseinsstörung in Verbindung mit schweren Angstattacken, die sich nicht selten zu impulsiven Gewalthandlungen gegen sich und die Umgebung antreiben.

Unter dem vorbereiteten Boden ist das Vorhandensein einer neuropathischen Konstitution zu verstehen. Wir finden bei den Individuen degenerative, hysterische oder epileptische Stigmata, auch ein Trauma kann den Boden vorbereiten helfen.

Die begünstigenden und auslösenden Momente können sehr verschiedener Natur sein und kommen meist vergesellschaftet vor. Zunächst kommen in Betracht starke Affekte, Zorn, Streit, deprimierende Einflüsse, Sorgen, Kummer, das Gefühl der Zurücksetzung, Eifersucht usw., auch ein starker Schreck; sodann beim weiblichen Geschlecht die Zeit der Menses, der Gravidität, des Klimakteriums; bei beiden Geschlechtern sexuelle Exzesse, oft genügt schon ein einziger Koitus, um den Paroxysmus auszulösen (HEILBRONNER). Auch ein leichteres oder schwereres Trauma, das der Attacke vorausging, ist zu berücksichtigen. Eine weitere Rolle spielen starke Temperaturdifferenzen, starke Überanstrengung, Überarbeitung, sowie erschöpfende Zustände überhaupt, das Verweilen in schlecht ventilierten überfüllten Räumen und anderes mehr.

Die genossene Alkoholmenge ist dabei nicht von besonders ausschlaggebender Bedeutung. Oft sind es gar nicht besonders große Mengen geistiger Getränke, welche den Zustand auslösen, auch die Art der genossenen geistigen Getränke scheint nicht von besonderer Bedeutung zu sein.

Die Art des Einsetzens des pathologischen Rausches kann sehr verschiedenartig sein. Der Übergang kann plötzlich und unvermittelt kommen, er kann sich andeuten durch allmählich immer deutlicher werdende Verwirrungszustände meist ängstlichen Charakters, die zum Teil durch das Vorherrschen von Sinnestäuschungen und Wahnideen (MÖLI, ZIEHEN, HEILBRONNER) oder durch Angstafekte (ZIEHEN, HEILBRONNER) charakterisiert sind, zum Teil aber auch sich lediglich als eine Lockerung des gesamten Assoziationsgefüges und eine entsprechende Ratlosigkeit und Desorientierung darstellen. In seltenen Fällen geht dem stürmischen Ausbruch des pathologischen Rausches eine kurze Erschlaffung in Gestalt einer ausgesprochenen Schlafsucht oder direkt eines viertel- bis halbstündigen Schlafes voraus (eigene Beobachtung). Auch krampfartige Erscheinungen werden als Einleitung zum pathologischen Rausch erwähnt (pseudo-ivresse convulsive)*.

Der Zustand selbst spielt sich in sehr verschieden langer Zeit ab. Meist handelt es sich allerdings nur um Minuten und Viertelstunden, selten dauert der Zustand länger als eine Stunde; in den schweren Fällen ist er häufig durch eine rasch und sicher mit großer Kraftentfaltung unternommene gewalttätige Handlung (KRAFFT-EBING) kompliziert. Ich möchte bei dieser Gelegenheit erwähnen, daß HEILBRONNER bei rein klinisch beobachteten Fällen von pathologischem Rausch auch eigentümliche Bewegungstereotypen beobachtet hat und weiter auch die sehr wichtige Angabe macht, daß ein vom pathologischen Rausch Befallener in der Isolierung, also wenn alle Reize ferngehalten werden, sich in der Regel viel später beruhigt und einschläft, als ein Betrunkener. Auch das Ende des Zustandes kann sehr verschieden sein, meist allerdings erfolgt nach dem Ablauf des Gewaltaktes ein völliger Zusammenbruch und ein vielstündiger terminaler Schlaf. Gerade der Nachweis dieser letzten Erscheinung ist diagnostisch von großer Wichtigkeit, denn wir sehen ja fast täglich, daß wenn bei einem normalen Rausch etwas Außergewöhnliches passiert, die Beteiligten sofort relativ oder ganz nüchtern werden. Allerdings wird das Fehlen eines völligen Zusammenbruchs und des terminalen Schlafes uns durchaus nicht etwa erlauben, das Vorhandensein eines pathologischen Rausches anzuzweifeln.

*) Ich möchte dabei, wie HEILBRONNER, bemerken, daß man bei Bewertung dieser Angaben von Laien vorsichtig sein muß.

Sehr häufig, fast in allen Fällen, wird der in Rede stehende pathologische Zustand beeinflußt durch Sinnestäuschungen, wahnhaft Vorstellungen und durch Angsteffekte, wie ich bereits hervorgehoben habe. Es kann unter Umständen der pathologische Rausch fast den Charakter eines abortiven deliranten Zustandes gewinnen (pseudo-ivresse delirante).

Die Angst kann gegenstandslos sein und sehr hohe Grade erreichen und kann ähnlich wie beim Raptus melancholicus zu Mord- und Selbstmordversuchen führen, sie kann aber auch zur vollen Verzweiflung ansteigend, sich mit schweren ängstlich-phantastischen Befürchtungs- und Überwältigungsideen verbinden. Dazu kommt gewöhnlich eine mehr oder weniger starke Desorientiertheit (HEILBRONNER), wobei die veränderte Vorstellung der Außenwelt eine große Rolle spielt. Die Sinnestäuschungen sind meist optisch und haben häufig den gleichen Charakter wie beim ängstlich gefärbten Delirium tremens, massenhaft schreckliche Tiere, Schlangen, Gewürm usw. Die Gehörstäuschungen sind meist insultierenden, bedrohlichen Charakters. Die Kranken hören tuscheln, Leute an der Tür vorbeischleichen, hören Schritte hinter sich oder vernehmen kurze Schimpfworte, „jetzt geht der Lump“, „weg muß er“, „ins Irrenhaus gehört er“ usw. (HEILBRONNER). Wahnhaft Bildungen, entsprechend der angstvollen Desorientiertheit, sind häufig (MÖLI, HEILBRONNER). Auch Eifersuchtwahnideen können hineinspielen. Ebenso findet man in seltenen Fällen noch maniakalische Erscheinungen.

Wichtig zur Diagnose gerade der pathologischen Bewußtseinsstörung ist neben der mehr oder weniger ausgeschalteten Erinnerung die Erkenntnis, daß die Handlungen und Reden während des Zustandes transitorischer Bewußtseinsstörung dem betreffenden Individuum selbst als ein vollständig fremdartiges Produkt seiner geistigen Tätigkeit vorkommen.

Die Bewußtseinsstörung ist meist eine recht hochgradige, entsprechend diesem Faktum ist auch die Erinnerung meist recht defekt, häufig besteht völlige Amnesie.

Gelegentlich gelingt es auch, bei dem pathologischen Rausch eine Veränderung in der Pupillenreaktion nachzuweisen (träge reagierende und lichtstarre Pupillen).

Man hat sich mit Recht daran gestoßen, daß man diese schweren Zustände als pathologischen Rausch bezeichnet, weil ja gewissermaßen jeder Rausch einen pathologischen Zustand darstellt und hat deshalb die Bezeichnung komplizierter Rausch und pathologische Alkoholreaktion vorgeschlagen, ohne daß sich diese Bezeichnungen recht eingebürgert haben.

Die Trennung des pathologischen Rausches von dem normalen Rausch kann forensisch von großer Wichtigkeit werden. Im allgemeinen wird man sagen können, daß man nur den Rausch als pathologisch in forensischem Sinne wird bezeichnen können, bei dem wir pathologische Momente nachweisen können, die den Rausch beeinflußt haben.

Die Dipsomanie (Quartalsäufersucht).

Die Dipsomanie findet man fast nur bei schwer belasteten, degenerativ veranlagten Individuen. Selten kann man bestimmte Momente feststellen, welche die erste Attacke auslösten, in einem Falle sah ich im Anschluß an ein Trauma, das einen Schädelbruch zur Folge hatte, das Leiden auftreten, in einem andern löste eine starke Gemütsbewegung die erste Attacke aus. Der Beginn der Krankheit fällt meist in das dritte oder vierte Lebensjahrzehnt. In selteneren Fällen beginnt die Krankheit schon gegen das Ende der Pubertät. Im großen und ganzen ist die Dipsomanie keine häufige Krankheit.

Die dipsomanische Attacke beginnt in vielen Fällen mit Prodromen; die Kranken fühlen sich matt, beunruhigt, schlafen schlecht und klagen gelegentlich

auch über Angst. In einzelnen Fällen konnte ich in diesen Prodromalstadien das Auftreten von Pupillenungleichheit oder einseitige Facialisparesie oder Sprachstörung feststellen.

Den Beginn der eigentlichen Attacke kennzeichnet das Auftreten eines zwangsmäßigen Antriebs zum Genuß alkoholischer Getränke, dem der Kranke trotz allen Widerstrebens schließlich unterliegt. Der Zwang zum Trinken wird von den Kranken auf die verschiedensten Ursachen zurückgeführt. Die einen geben an, daß eine unnennbare Angst sie dazu angetrieben habe, andere berichten, eine unerklärliche Unruhe, ein Mißtrauen gegen ihre Umgebung, speziell gegen die Menschen, welche es am besten mit ihnen meinten, habe ihnen das Schnapsglas in die Hand gedrückt, andere wissen gar nicht anzugeben, wie das so gekommen sei.

Die Attacke selbst spielt sich bei ein und demselben Individuum meist in fast photographischer Treue ab, wenn auch die Anfälle sich nicht in regelmäßigen Intervallen, sondern meistens in unregelmäßigen Zeiträumen auftreten, so daß also der Ausdruck „Quartalsäufer“ nur sehr cum grano salis zu nehmen ist. Der eigentliche Anfall beginnt mit einem wahl- und ziellosen Trinken, das meist sehr bald bei der ausschließlichen Kognak- und Schnapszufuhr anlangt. Auch der Bessersituierte sucht für seine Exzesse meist Kutscherkneipen und übelberühmte Spelunken auf oder er treibt sich planlos wie ein Poriomane in den Wirtshäusern verschiedener benachbarter Dörfer herum. Die Attacke dauert etwa 3 Tage, kann sich aber auch bis zu 14 Tagen hinziehen. Der Grad des Rausches ist verschieden, wenn auch sinnlose Betrunkenheit gewöhnlich der Schluß zu sein scheint.

Einzelne Dipsomanen sind intolerant gegen Alkohol und geraten in der Attacke gewöhnlich sehr rasch in einen Zustand schwerer Bewußtseinsstörung, in dem sie der Umgebung sehr gefährlich werden können. Sehr häufig ist den Kranken jedes Mittel in der Attacke recht, um zu Alkohol zu gelangen. Manche Patienten wissen nachher genau, in welcher Kneipe sie gewesen sind und begleichen nachher ihre Schulden, andere, bei denen Amnesie besteht, kommen wegen Zechprellerei in Untersuchung.

Häufig endet die dipsomanische Attacke mit einem terminalen Schlaf. Nach Ablauf der Attacke ist der Kranke niedergeschlagen, voller Selbstvorwürfe, in der Regel überwindet er aber innerhalb kurzer Zeit diese Depression und macht sich mit den besten Vorsätzen wieder an die Arbeit. Er ist fleißig und nüchtern, bis eine neue Attacke kommt und ihn wieder seinem Verhängnis entgegenführt.

Eine Heilung der Dipsomanie gehört zu den Seltenheiten und ist nur bei streng durchgeführter Abstinenz und genauer ärztlicher Kontrolle zu erzielen. Nicht selten habe ich gesehen, daß Dipsomanen nach längerem Bestehen der Krankheit ausgesprochene chronische Alkoholisten wurden und allmählich verblödeten. Gelegentlich setzt auch ein in der Attacke erlittener Unglücksfall ihrem Leben ein Ziel. Selbstmord nach Beendigung der Attacke ist selten. Bei ruhigem Leben in der Anstalt unter streng durchgeführter Abstinenz können oft Jahre vergehen, bis eine Attacke kommt. Nach der Rückkehr ins Leben erfolgt aber in der Regel rasch ein neuer Anfall.

Verhältnismäßig günstig für eine Behandlung sind die Fälle mit ausgesprochenen Prodromen. Hier gelingt es durch große Dosen von Brompräparaten und Paraldehyd, sowie durch Bettruhe, die Attacke zu kupieren.

Die Pathogenese der Krankheit kann eine sehr verschiedenartige sein. In den Fällen mit im Vordergrund stehender Bewußtseinsstörung und ausgeprägten Gedächtnisstörungen wird man unbedenklich der GAUPPSchen Hypothese zustimmen können, daß es sich um eine Art von epileptischer Erkrankung handelt, eine Erwägung, die sicher auch für viele Fälle von pathologischem Rausch zutrifft. In anderen Fällen handelt es sich um eine periodische Seelenstörung, z. B. um eine periodische Melancholie; ZIEHEN betont, daß auch eine periodische Manie zu dipsomanischen Attacken führen kann.

Auf alle Fälle muß daran festgehalten werden, daß es nicht eine Folge der Trunksucht ist, welche die Dipsomanie herbeiführt, sondern daß ein periodisch auftretender krankhafter Zustand die dipsomanische Attacke auslöst.

Die Korsakowsche Psychose

soll hier ebenfalls ihre Besprechung finden, weil neben anderen Ursachen in den meisten Fällen der Alkoholismus die Grundlage für die Erkrankung bildet, wenn auch andere chronische Vergiftungen, z. B. Arsen, ja sogar neuerdings auch infektiöse Prozesse (Typhus) als Grundlage für die Krankheit erkannt worden sind. Ja, man hat den Versuch gemacht, weniger der chronischen Vergiftung mit Alkohol eine ätiologische Bedeutung beizumessen, als den die chronische Vergiftung begleitenden Darmstörungen und den dabei entstehenden Toxinen. Man hat dabei darauf hingewiesen, daß sich ein KORSAKOWscher Symptomenkomplex mit den Erscheinungen der Polioencephalitis haemorrhagica superior komplizieren kann und direkt von einer toxämischen Psychose gesprochen.

Die ersten Fälle dieser Krankheit, welche beschrieben worden sind, zeichneten sich dadurch aus, daß den krankhaften psychischen Erscheinungen eine Neuritis vorausging, oder doch dadurch, daß die Psychose mit einer Neuritis kompliziert war. JOLLY hat nachgewiesen, daß der in Rede stehende Symptomenkomplex auch ohne neuritische Erscheinungen entstehen kann.

Der KORSAKOWsche Symptomenkomplex ist ausgezeichnet durch eine eigentümliche Gedächtnisstörung. Die Kranken vergessen alle neu aufgenommenen Eindrücke sofort wieder, während das Gedächtnismaterial aus früherer Zeit zur Verfügung bleibt. Es handelt sich also um einen Verlust des Gedächtnisses für die jüngste Vergangenheit, dem wir ja auch bei organischen Erkrankungen des Gehirns und bei den senilen Prozessen beobachten können.

Sehr charakteristisch sind ferner die Pseudoreminiszenzen oder Erinnerungsfälschungen, welche meistens das gesamte Krankheitsbild beherrschen. Die Kranken, welche fast immer ruhig und zufrieden sind, erzählen uns die abenteuerlichsten Erlebnisse, berichten über Reisen und Arbeiten, welche sie noch vor einer halben Stunde unternommen haben wollen und nehmen es im allgemeinen nicht übel, wenn man ihre Erzählungen mit ungläubigem Lächeln aufnimmt. Oft kommen sie dabei geradezu in ein zusammenhangloses Konfabulieren, so daß sie den Eindruck eines schwer verwirrten Menschen machen.

Die neuritischen Erscheinungen, welche die Psychose begleiten können, sind sehr verschiedenen Grades. Während man manchmal nur vorübergehend eine Druckempfindlichkeit der Nervenstämmе und der Muskulatur in Verbindung mit leichten Veränderungen der Reflexe und der elektrischen Erregbarkeit findet, bestehen in anderen Fällen schwere neuritische Veränderungen mit weitgehenden Atrophien und ausgesprochener Entartungsreaktion.

So günstig im allgemeinen auch bei schweren Fällen die Prognose für diese neuritischen Veränderungen ist, so ungünstig ist die Prognose für die Psychose. Sichere Genesungen sind kaum beobachtet, wohl aber meist Übergang in eine chronische Psychose, Paralyse, paranoische Zustände, Verblödung leichteren oder schwereren Grades.

Die Therapie

aller alkoholischen Seelenstörungen und auch der Zustände, bei denen der Alkohol an und für sich schädliche Wirkungen zu entfalten pflegt (Intoleranz, Dipsomanie, pathologischer Rausch usw.), kann nur in einer streng durchgeführten Abstinenz bestehen. Die alkoholischen Seelenstörungen müssen selbstverständlich in einer Anstalt behandelt werden.

Nach Beendigung der Anstaltsbehandlung kommt aber noch eine Hauptaufgabe, die Erziehung zur Abstinenz. Diese geschieht am besten in einer Trinkerheilanstalt; während des Aufenthalts daselbst ist dafür zu sorgen, daß der Patient in einen Abstinenzverein eintritt, denn nur so ist zu erwarten und eine Gewähr

dafür gegeben, daß Rückfälle nicht vorkommen. In ganz verzweifelten Fällen kann man versuchen, mit der Entmündigung wegen Trunksucht etwas zu erreichen. Man muß allerdings darauf gefaßt sein, daß der Trinker trotzdem zu seinem Rechte kommt.

Die pathologische Anatomie

der alkoholischen Seelenstörung hat noch nicht dazu geführt, Veränderungen ausfindig zu machen, welche allein für den Alkoholismus und seine psychischen Veränderungen charakteristisch wären, das ist, wie wir gesehen, nicht einmal für das Delirium tremens gelungen.

In ausgesprochenen Fällen mit lange bestehendem chronischen Alkoholismus finden wir allerdings besonders greifbare, wenn auch nicht typische Veränderungen im Gehirn. Die Dura kann verdickt sein und die Erscheinungen einer mehr oder weniger ausgeprägten Pachymeningitis haemorrhagica zeigen, die Pia zeigt meist eine auffällige leptomeningitische Verdickung und Trübung über der Konvexität. In schweren Fällen besteht eine leichte, schon makroskopisch sichtbare Atrophie der Windungen und auch des Markweißes der Hemisphären. Das Ependym ist granuliert. Mikroskopisch findet man häufig starke Gefäßveränderungen (WEBER), Blutungen und Pigment im Gewebe oder in den adventitiellen Räumen, Zellinfiltration um die Gefäße, Sklerose der Ganglienzellen, Randstellung des Kerns, Deutlicherwerden der Fortsätze und anderes.

Literatur.

- BALLET, La psychose polyneuritique. X. Congrès des médecines aliénistes et neurologiques de France, tenue à Marseille. Revue de Neurologie Nr. 3 1899 (außerdem in sechs anderen französischen Zeitschriften veröffentlicht).
- BONNHÖFFER, Pathologisch-anatomische Untersuchungen an Alkoholdeliranten. Monatschr. f. Psych. u. Neurol. p. 265, 1899.
- Ders., Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntnis der Alkoholdelirien. Monatschr. f. Psych. u. Neurol., H. 3, p. 229, 1897.
- Ders., Der Geisteszustand der Alkoholdeliranten. Habilitationsschrift. Breslau 1897.
- Ders., Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena, G. Fischer, 1901.
- CRAMER, A., Über die forensische Bedeutung des normalen und pathologisch. Rausches.
- Ders., Pathologische Anatomie der Psychosen, im Handb. der pathologischen Anatomie des Zentralnervensystems von FLATAU, JACOBSON und MINOR, 1904.
- Ders., Gerichtliche Psychiatrie. 3. Aufl., Jena, G. Fischer.
- ELMGREM, Delirium tremens in moderate drinkers. Journ. of the amer. med. association 35, 20, 17. Nov. 1900.
- ELZHOLZ, Über die Beziehungen der KORSAKOWschen Psychose zur Polyneuritis acuta haemorrhagica superior. Wien. klin. Wochenschr., Nr. 15, 1900.
- Ders., Beitrag zur Kenntnis des Delirium tremens. Jahrb. f. Psych. u. Neurol., Bd. XV, p. 180, 1897.
- Ders., Cerebropathia psychica toxämica. Jahrb. f. Psych., Bd. XX, p. 400, 1901.
- GAUPP, Die Dipsomanie. Jena, G. Fischer, 1901.
- GUDDEN, Über die Pupillenreaktion bei Rauschzuständen. Neurol. Zentralbl., Nr. 23, p. 1096, 1900.
- HEILBRONNER, Über pathologische Rauschzustände. Münch. med. Wochenschr., p. 962.
- HERTZ, PAUL, Bidrag til Patogenese af Delirium tremens. Hop. Tidende R. VI, 8, 9, 10. 98.
- HOPPE, Die Tatsachen über den Alkohol, Dresden, Böhmert, 1899.
- JAKOBSON, Über die Pathogenese des Delirium tremens. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIV, H. 1 u. 2, 1897.
- JOLLY, Die psychischen Störungen bei Polyneuritis. Neurol. Zentralbl., Bd. XIX, p. 916 und Charitéannalen, Bd. XXII, S.-A., 1897.
- KORSAKOW, Über eine besondere Form psychischer Störung, kompliziert mit multipler Neuritis. Arch. f. Psych., Bd. XXI, 1890. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. XLVI.
- KOUTZNIETZOW, Über den alkoholischen Automatismus. Neurol. Bot., Bd. V, p. 41.
- LENTZ, L'automatisme alcoolique. Journ. de Neurol. et Hypnol., Nr. 31, p. 42, 1897.
- MAYET, L., Les différentes formes mentales de l'ivresse alcoolique. Ann. d'Hygiène publique, Paris 1901.
- MEYER, E., Pathologische Anatomie der Psychosen. Aus der Orthschen Klinik, 1903.
- Ders., Über akute und chronische Alkoholpsychosen. Arch. f. Psych., Bd. XXXVIII, Heft 2.
- MEYER, E. u. RAECKE, Zur Lehre vom KORSAKOWschen Symptomenkomplex. Arch. f. Psych., Bd. XXXVII, H. 1, 1902.

- MÖNKEMÖLLER, Kasuistische Beiträge zur polyneuritischen Psychose. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIV, 1898.
- MÖLI, Über die vorübergehenden Zustände abnormen Bewußtseins infolge von Alkoholvergiftung und über deren forensische Bedeutung. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LVII, H. 2, 1902.
- RAIMANN, E., Polioencephalitis superior acuta und Delirium alcoholicum als Einleitung einer KORSAKOWSchen Psychose ohne Polyneuritis. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 2, 1900.
- SOUKHANOFF und TSCHELTZOFF, Ein Fall von akuter Melancholie, kompliziert durch Polyneuritis u. KORSAKOWSche Psychose. Medicinskaje Obozrenje, Nr. 10, 1901.
- SCHULTZE, Beitrag zur Lehre von den sogenannten polyneuritischen Psychosen. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 24, 1898.
- VILLERS, Patogenie et prognostic du Delirium tremens. Bull. de la Soc. de Méd. de Belgique, Juni 1898.
- WEBER, W., hyaline Gefäßerkrankung bei einem Säufer. Arch. f. Psych., 1901.

Psychosen bei Morbus Basedowii.

Die Basedowsche Krankheit ist kurz, skizziert und rein neurologisch, ausgezeichnet durch die Tachykardie, die Struma und den Exophthalmus. Häufig findet man bei der Krankheit eine Reihe nutritiver und sekretorischer Störungen, worunter ich besonders die häufig ohne Grund auftretenden und verschwindenden profusen Diarrhöen erwähnen möchte, weil gerade sie uns den Gedanken näher bringen, der bei der Erkrankung der Thyreoiden an sich schon kaum zu umgehen ist, daß bei der Basedowschen Krankheit toxische Prozesse, wahrscheinlich Autointoxikationen, eine Rolle spielen.

Fast bei allen an dieser Krankheit leidenden Patienten finden wir mehr oder weniger ausgeprägt nervöse Erscheinungen, namentlich eine gewisse leichte Erregbarkeit und Reizbarkeit. Auch Kombination mit Hysterie (EULENBURG, QAST, HAYEM u. a.) ist beobachtet. Psychosen sind nach meinen Erfahrungen selten. Eine spezifische Basedow-Psychose gibt es nicht (OPPENHEIM), dagegen können sich die verschiedenartigsten psychischen Symptomenkomplexe auf dem Boden der Basedowschen Krankheit entwickeln. Nicht selten sind depressive Zustände, welche sich oft mit starken Angstanfällen komplizieren. Gelegentlich beobachtet man, daß das stärkere Hervortreten der psychischen Erscheinungen sich auch mit einer stärkeren Betonung des Basedowschen Symptomenkomplexes verbindet. Auch maniakalische Zustände sind häufig beobachtet (HIRSCHEL), ebenso sieht man halluzinatorische Zustände, dieselben erinnern nach meiner Erfahrung sehr an die Zustände ähnlicher Art, welche man bei Myxödemkranken beobachten kann.

Zustände von ausgeprägt delirantem Charakter sind bei ungünstigem Ausgang der Krankheit gegen das Ende wiederholt beobachtet worden.

Abgesehen von diesen ausgesprochen psychischen Störungen beobachtet man bei Morbus Basedowii gelegentlich ebenfalls eine eigentümliche Charakterveränderung. Die Kranken sind eigentümlich fähig in ihrem Wesen, schwer zu konzentrieren, vergessen leicht, erscheinen dann wieder, wenn sie etwas in Angriff nehmen, außergewöhnlich hastig und unüberlegt. Dazu kommt noch die leichte Erregbarkeit und Reizbarkeit.

Eigentliche Zustände von Stupidität wie sie beim Myxödem vorkommen, habe ich bei dem Morbus Basedowii noch nicht gesehen.

Die Ätiologie des Morbus Basedowii ist noch wenig erforscht, meist stammen die Patienten aus belasteten Familien. Das Auftreten von psychischen Erscheinungen scheint von ganz besonderen individuellen Dispositionen abzuhängen.

Literatur.

- HIRSCHEL, Psychosen bei Morbus Basedowii. Jahrbücher für Psychiatrie, Bd. XII, p. 50, 1894, daselbst auch Literatur.
- HAYEM, Sur un cas de chlorose avec goitre fruste et hystérie. La méd. mond., Nr. 6, 1897.
- GREIDENBERG, Über Geistesstörung bei Basedowscher Krankheit. (Russisch.) Ref. in der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. L, p. 113.

Psychosen bei Chorea.

Für unsere Betrachtungen interessiert uns sowohl die Chorea minor als die chronische Chorea.

Die Chorea minor, die Chorea St. Viti, SYDENHAMSche Chorea, ist vorzugsweise eine Erkrankung des jugendlichen und Kindesalters. Die wesentlichsten Erscheinungen bestehen in unwillkürlichen zuckenden, manchmal aber auch fast koordinierten Bewegungen, welche regellos wechselnd bald hier, bald da auftreten und immer auch die Gesichtsmuskulatur in Mitleidenschaft ziehen, so daß es zu grimassierenden Bewegungserscheinungen kommt. Die choreatischen Bewegungen können auf beiden Körperhälften vorkommen oder nur auf einer Seite (Hemichorea). Im tiefen Schlafe verschwinden die Bewegungserscheinungen (JOLLY). Unter den Ursachen der Chorea minor spielen eine angeborene nervöse Disposition, schwächende Erkrankungen, geistige Überanstrengung (durch einen unzweckmäßig eingerichteten Schulunterricht) und gemüthliche Erregungen neben infektiösen Prozessen die wichtigste Rolle. Bekannt ist die Beziehung der Chorea zur akuten Endokarditis und zum Gelenkrheumatismus. Auch im Anschluß an andere Infektionskrankheiten kommt Chorea vor, wenn auch bei vielen Fällen eine infektiöse Ätiologie nicht nachgewiesen werden kann.

Es sei noch betont, daß man unter den choreakranken Kindern und jugendlichen Individuen vereinzelt Fälle findet, bei denen man neben den choreatischen Erscheinungen auch Symptome findet, welche auf eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems direkt hinweisen (z. B. Hypotonie und ungleiche Reflexe), während in dem Gros der Fälle derartige Erscheinungen fehlen, ja manche Fälle direkt nur den Eindruck machen, als ob sie aus hysterischer Nachahmungssucht entstanden wären.

Immerhin wird man für eine bestimmte Anzahl von Fällen von Chorea an einer infektiösen Ätiologie unbedingt festhalten müssen. WASSERMANN und A. WESTPHAL ist es geglückt, aus dem Gehirn und aus den endokarditischen Auflagerungen eine Streptokokkenart zu züchten, welche bei Tieren multiple Gelenkentzündungen hervorrief. Chorea ist allerdings bei den Tieren nicht aufgetreten.

Fast bei allen Choreakranken bestehen psychische Veränderungen mehr oder weniger deutlich ausgeprägt. Meist zeigen sie eine erhöhte Reizbarkeit und sind bei geistigen Anstrengungen leichter erschöpfbar. Es besteht dabei eine Abnahme in der geistigen Leistungsfähigkeit. Auch nach Ablauf der Bewegungsstörung bleibt manchmal noch längere Zeit eine gewisse Schwäche des Gedächtnisses und des Auffassungsvermögens zurück.

Nicht selten verbindet sich die Hysterie mit der Chorea (OPPENHEIM).

Auch ausgesprochene psychische Störungen sind nicht selten. Wieder sind es verschiedenartige Zustandsbilder, welche sich zeigen können: Depressionszustände, Zustände halluzinatorischer oder deliranter Verwirrtheit und seltener paranoische Zustandsbilder. Maniakalische Attacken sind häufiger beobachtet worden. Meist bestehen diese Zustände für einige Wochen auf der Höhe der Krankheit. Häufig schließt sich an die akuterer Erscheinungen ein Zustand von Apathie und teilnahmloserem Verhalten an. JOLLY hat in einem Falle gesehen, wie aus dem choreatischen Bewegungsspiel heraus sich der Bewegungsdrang der Manie entwickelte.

Während im allgemeinen der Irrenarzt, der nicht gerade an einer Klinik tätig ist, die psychischen Störungen bei der Chorea minor seltener zu Gesicht bekommt, gehört recht eigentlich in die Domäne des Psychiaters

die chronische Chorea, die Chorea hereditaria, die HUNTINGTON'sche Chorea, die degenerative Chorea.

Diese Form der Chorea tritt häufig familiär auf, es können aber auch sporadische Fälle vorkommen. Das, was sie charakterisiert, ist das Auftreten im mittleren Lebensalter, das Fehlen einer sicheren infektiösen Ätiologie, der fortschreitende Verlauf (WOLLENBERG, FACKLAM), der allmählich zu einer völligen Verblödung führt.

Die Ursachen der chronischen Chorea liegen in erblichen Einflüssen, in Gemütsbewegungen, körperlichen Überanstrengungen und Erkältungen. Allerdings ist die gesamte Ätiologie noch recht unsicher. Auch lokale Einflüsse scheinen eine Rolle zu spielen (SINKLER). Die Fälle, welche hier meiner Klinik zugehen, stammen

fast sämtlich aus dem Eichsfelde. Allerdings wohnt da auch eine vorwiegend ärmere Bevölkerung.

Die chronische Chorea beginnt gewöhnlich in den oberen Extremitäten und greift sodann auf das Gesicht, den Rumpf und die unteren Extremitäten über.

Die Bewegungsstörung besteht wie bei der Chorea minor in langsam ablaufenden Zuckungen in einzelnen Muskeln und Muskelgruppen. Wird eine Bewegung intendiert, so kann sie durch die choreatische Bewegungsstörung eine eigentümliche Weitschweifigkeit und Umständlichkeit erhalten. Man staunt oft, namentlich wenn man die Kranken essen sieht, wie sie trotz vieler umständlicher nicht dazu gehörender Bewegungen und Schwenkungen den Suppenlöffel schließlich doch noch zum Munde bringen, ohne etwas zu verschütten. Auch der Gang erhält wie jede intendierte Bewegung etwas sehr Eigentümliches. Die Gesichts- und Sprachmuskulatur ist ebenfalls beteiligt. Die Sprache wird schwer verständlich, weil Schluck- und Schnalzlaut eingeschoben und die Artikulation und Intonation überhaupt unterbrochen wird. Jede psychische Erregung, z. B. Demonstration in der Klinik, steigert die Intensität der choreatischen Bewegungsstörung.

Selten bleibt die geistige Leistungsfähigkeit während der Chorea chronica intakt.

Auch in den günstigsten Fällen klagen die Kranken über Abnahme des Gedächtnisses und eine leichte Ermüdbarkeit bei geistiger Inanspruchnahme.

In typischen Fällen verläuft die Krankheit so, daß die Krankheit zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre, selten später, einsetzt. Gleichzeitig mit dem Auftreten der choreatischen Bewegungsstörung werden die Kranken teilnahmlöser, stumpfer und interesselöser, das Gedächtnis nimmt ab, das geistige Kapital verarmt, sie werden menschenscheu, kümmern sich nicht mehr um die Angehörigen und Familie und werden allmählich unvermögend, ihrem täglichen Berufe nachzugehen. Dabei können sie reizbar und rührselig sein, im Anfang kann es auch zu Selbstmordversuchen kommen. Ein Kranker KRAEPELINS erhängte seine drei kleinen Kinder und ging dann ruhig spazieren. Auch Angstattacken können interkurrent auftreten. Im weiteren Verlauf der Krankheit werden die Kranken immer stumpfer und apathischer. Die Krankheitsdauer erstreckt sich über 10—20 Jahre, gegen das Ende sind die Kranken tief und völlig verblödet.

Irgendwelche körperliche klinische Zeichen, Veränderungen an den Pupillen, Lähmungserscheinungen usw. fehlen meist völlig, so daß eine Verwechslung mit der progressiven Paralyse nicht gut möglich ist.

Die pathologische Anatomie hat bisher wenig charakteristische Befunde ergeben. Man findet wohl die Zeichen einer chronischen Geistesstörung, die zu Verblödung geführt hat, Verdickung und Infiltration der Pia, Gefäßveränderungen und Veränderungen an den Zellen. Nach den neueren Befunden kann man wohl sagen, daß es sich um eine diffuse chronische Encephalitis handelt (SOLMERSITZ).

Literatur.

I. Chronische Chorea (FACKLAM).

- FACKLAM, Beiträge zur Lehre von der HUNTINGTONSchen Chorea. Arch. f. Psych., Bd. XXX.
- HUNTINGTON, On Chorea. Philadelphia med. and surgic. Report 1872.
- HOFFMANN, Über Chorea chronica progressiva. Virch. Arch., Bd. CXI, 1888.
- JOLLY, Über chronische Chorea hereditaria. Neurol. Zentralbl. 1891.
- Ders., Chronische Chorea, in Ebstein-Schwalbes Handbuch, 1900.
- KRONTHAL und KALISCHER, Ein Fall von progressiver Chorea mit pathologischem Befund. Neurol. Zentralbl. 1892.
- KRAEPELIN, Lehrbuch der Psychiatrie, 7. Aufl., 1904.
- OPPENHEIM und HOPPE, Zur pathologischen Anatomie der Chorea chronica hereditaria. Arch. f. Psychiatrie, Bd. XXV.
- OPPENHEIM, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 3. Aufl., 1902.

- SOLMERSITZ, Zur pathologischen Anatomie der HUNTINGTONSchen Chorea. Arbeiten aus dem pathologischen Institut in Tübingen, Heft 3, 1903.
 WOLLENBERG, Artikel „Chorea etc.“ in Nothnagels spezieller Pathologie und Therapie, Bd. XII, 1899.

II. Chorea minor.

- JOLLY, Chorea minor, in Ebstein-Schwalbes Handbuch, 1900.
 MEYER, L., Chorea und Manie. Arch. f. Psych., Bd. II.
 OPPENHEIM, Handbuch der Nervenkrankheiten, 3. Aufl., 1902.
 WASSERMANN u. A. WESTPHAL, Zur pathologischen Anatomie der Chorea. Berl. klin. Wochenschr. 1899.
 WOLLENBERG, Artikel „Chorea“ in Nothnagels spezieller Pathologie und Therapie, Bd. XII, 1899.
 ZIEMSSSEN, Chorea, in Ziemssens Handbuch, Bd. XII, 2.

Allgemeinere.

- BODE, Ein Fall von Chorea mit Geistesstörung. Dissertation, Tübingen 1899.
 JANTROWITZ, Akute rheumatische Geistesstörung mit akuter rheumatischer Chorea. Deutsche mediz. Wochenschrift 1899, No. 33, 34.
 V. KRAFFT-EBING, Über Psychosen bei Chorea. Wiener klin. Rundschau 1900.

Die Morphiumpsyschosen.

Ätiologisch können wir dieselben Erwägungen anstellen, wie beim Alkoholismus, nicht jeder, der vorübergehend Morphinum gebraucht, wird ein Morphinist, sondern nur der, der in seiner Widerstandsfähigkeit bereits aus irgend einem Grunde reduziert ist. Diese geringere Widerstandsfähigkeit kann durch den chronischen Morphiumgebrauch, den irgend eine körperliche Erkrankung veranlaßt hat, selbst herbeigeführt werden. Alle körperlichen Schmerzen des Menschen, Unbehagen verschiedenster Art und alles, was zu deprimierenden Eindrücken führt, die Neigung, für den Moment über eine schlechte Stunde wegzukommen, können bei der nötigen Gelegenheit zum Morphinismus führen. Am häufigsten verfallen der Morphiumsucht Ärzte, Apotheker, Tierärzte und das Heilpersonal, Krankenschwestern, Heilgehilfen usw.

Im allgemeinen kommt der Morphinismus bei den Gebildeten häufiger vor, als bei den Ungebildeten. Menschen, welche intolerant gegen Morphinum sind, welche nach seiner Darreichung unangenehme, qualvolle Zustände bekommen, sind meist gegen den Morphinismus geschützt, obschon auch hier mit Eifer schließlich Gewöhnung erzielt werden kann, namentlich, wenn der Arzt sagt, das nächste Mal wird es schon besser gehen.

Das Morphinum schafft eine gewisse Euphorie, im Morphinumrausch schwinden Schmerzen und unangenehme Affekte und das Gefühl von Ermattung und Schwäche, auch schafft es den ersehnten Schlaf. Es erscheint wie ein Zaubermittel, das alles bringt, was man vermißt, aber leider ist die Wirkung nur von zeitlich sehr beschränkter Dauer und die Reaktion auf die Beschwerden, die zur Injektion Veranlassung gegeben haben, ist nachher um so größer, es ist sehr bald eine neue Injektion erforderlich und sehr bald tritt Gewöhnung ein, so daß zu stärkeren Injektionen geschritten werden muß, um den gewünschten Zustand zu erreichen. Diesem Ansteigen ist fast keine Grenze gesetzt, Tagesdosen von 1 bis 3 gr sind keine Seltenheit, ja man hat noch weit größere Dosen verbrauchen sehen. Mit der Gewöhnung an das Morphinum geht gemeinschaftlich noch eine andere unangenehme Eigenschaft; die Widerstandsfähigkeit gegen Schmerzen, gegen körperliches Unbehagen, gegen deprimierende Einflüsse vermindert sich, bei allem muß das Morphinum aushelfen.

Ist ein Mensch nicht mehr imstande, dem Drang zum Morphinumgenuß zu widerstehen, dann ist er ein Morphiumsüchtiger. Ein solcher ist durchaus noch nicht als ein Geisteskranker anzusehen, im Gegenteil, es kann der Morphiumsüchtige in seinem Berufe zunächst noch recht gut leistungsfähig sein. Wenn ihm nur nicht sein Stimulans, das Morphinum, fehlt.

Kennt man einen solchen Morphiumsüchtigen genauer, so kann man bei rein äußerer Beobachtung die Diagnose mit großer Wahrscheinlichkeit stellen. Wenn ein Mensch plötzlich zusammenklappt, verfallen, alt und müde aussieht, mit matten Augen an

der Unterhaltung teilnimmt und, nachdem er sich für Minuten entfernt hat, wieder elastisch und spannkraftig, frisch und angeregt zurückkommt, dann ist man gezwungen, an Morphinismus zu denken. Gewöhnlich werden solche Individuen unsicher, verlegen und peinlich berührt, wenn man das Gespräch auf den Morphinismus bringt. Die Diagnose wird gesichert, wenn man den Patienten entkleiden läßt und die zahlreichen kleinen, manchmal braun pigmentierten Einstichstellen zutage treten. Meist findet man auch enge Pupillen, die häufig träge reagieren, ja gelegentlich starr sind. Ganzes Auskleiden ist unbedingt erforderlich, weil viele Morphinisten, um ihre Sucht zu verbergen, die Injektionen am Leibe zwischen den Beinen oder an den Nates machen. Bei Einnahme des Morphiums per os gelingt gelegentlich der Nachweis des Morphiums im Urin.

Die Beschaffung des Morphiums hat in der Regel für den Morphinisten keine Schwierigkeit, trotz der strengsten Vorschriften. Gefälschte Rezepte helfen dem einen, Übertölpeln unerfahrener Ärzte dem andern, während der dritte das Morphiumpulver aus chemischen Fabriken oder aus dem Auslande bezieht.

Als geisteskrank ist der Morphinist zu betrachten im Zustande der Morphiumpkachexie, im Zustand der plötzlichen Abstinenz und wenn sich Alkoholismus und Morphinismus zu längerer Wirkung verbündet haben oder Morphinismus und Kokainismus gleichzeitig das Individuum geschädigt haben.

Die Morphiumpabstinenz kann durch irgend eine Zufälligkeit herbeigeführt werden, z. B. das Zerbrechen einer Spritze oder Flasche mit der Lösung auf der Reise und Unmöglichkeit, sofort Ersatz zu schaffen.

Die Unruhe, die Angst, die Erschlaffung, das Gefühl größten Elends und der Hinfälligkeit, welches ja für gewöhnlich immer wieder mehr oder weniger leicht angedeutet zu neuen Injektionen treibt, steigert sich immer mehr und führt zu äußerst qualvollen, verzweiflungsvollen Empfindungen, die häufig mit nauseaartigen Zuständen kompliziert sind, so daß dem Patienten jedes Mittel recht ist, um zum Morphiumpulver zu gelangen (gefälschte Rezepte, Diebstahl von Geld, ja sogar Einbrüche in Apotheken, Entwendungen aus Apotheken usw.) Mit dem Erlangen der ersehnten Injektion schwinden die Erscheinungen rasch, bei der sogenannten, sofortigen Entziehung schwinden die schwersten Erscheinungen gewöhnlich innerhalb 8—14 Tagen.

Die Morphiumpkachexie setzt bei dem einen früher, bei dem andern später ein. Es handelt sich hierbei um die Dosis und die individuelle Widerstandsfähigkeit. Sie kündigt sich wie bei dem Alkoholismus durch das Auftreten einer Charakterdegeneration an. Der Morphinist wird ethisch defekt und zum Lügen geneigt und verliert seine altruistischen Gefühle, er wird ein immer brutalerer Egoist. Das Morphiumpulver bringt trotz starker Steigerung der Dosen nicht mehr das schöne euphorische Gefühl, der Schlaf verschwindet, das Gefühl der Ermüdung tritt immer rascher ein und verschwindet schließlich gar nicht mehr, es stellen sich allerlei Parästhesien ein, auch neuralgische Beschwerden und Kopfschmerzen treten auf. Die Gesichtszüge werden dauernd schlaff, der gesamte Ernährungszustand leidet, der Appetit wird schlecht, es tritt Impotenz auf, die Hände werden zitterig, die Haare fallen aus, die Zähne werden kariös und gehen zu Grunde und Neigung zu Abzeßbildungen und Phlegmonen tritt auf. Bei Weibern atrophiert der Uterus, und es stellt sich Dysmenorrhöe ein. Der Patient geht intellektuell rasch zurück, und schließlich stellt der Morphinist nur noch eine traurige geistige und körperliche Ruine dar. Eine Heilung ist in diesem Stadium nicht mehr möglich.

Bei gemeinschaftlicher Wirkung von Morphiumpulver und Alkohol kann es zu deliranten und halluzinatorischen Zuständen kommen, bei reiner Morphiumpulverwirkung kommt es so gut wie nie zu eigentlich halluzinatorischen Verwirrungszuständen.

Bei Morphiumpkopainismus kommt es zu den für den Kokainismus charakteristischen, plötzlich einsetzenden Zuständen akuter Verwirrung, bei denen Gehörstäuschungen mit dem Charakter einer eminent das Leben bedrohenden Gefahr sehr häufig sind.

Die Heilung des Morphinismus ist möglich, solange noch keine ausgesprochene Kachexie vorhanden ist. Die sofortige totale Morphiumentziehung ist der sogenannten schmerzlosen Kur vorzuziehen. In seltenen Fällen sind Morphiumpabstinzdelirien beobachtet worden. Kommt es dabei in seltenen Fällen zu Kollapsen, so hilft Morphiump. Auch die Darreichung hoher Bromdosen, um die Abstinzerscheinungen zu vermindern, ist neuerdings empfohlen worden. Mit der Durchführung der Morphiumentziehungskur ist der Morphinismus durchaus noch nicht geheilt. Es läßt sich deshalb auch der Morphinismus nicht in 4 bis 6 Wochen heilen. Denn auch nach der Entziehungskur ist der Patient noch ein Morphiumsuchtiger. Die Hauptaufgabe ist die, den Patienten wieder zur Widerstandsfähigkeit zu erziehen, dazu bedarf es aber langer Zeit und scharfer Überwachung; nach meiner Erfahrung sind 1 bis 2 Jahre das Mindestmaß, es wird aber auch hier individuelle Varietäten geben. In manchen Fällen aber ist die dauernde Heilung überhaupt unmöglich. Auch sieht man immer wieder, daß Fälle, die man für ganz geheilt hielt, nach Jahren, wenn das Leben einmal wieder besondere Anforderungen an sie stellt, rückfällig werden und dann, um ihrem drohenden Geschick zu entgehen, Selbstmord begehen. Kurzdauernde Behandlung der Morphiumsucht rächt sich fast immer mit sofortigem Rückfall.

In den Fällen, wo die Kachexie bereits zu weit entwickelt war, bleibt nach durchgeführter Entziehungskur und längerer Abstinz eine Besserung zwar nicht aus, aber eine Zurückbildung der ethischen Mängel, der moralischen Perversion, erfolgt nicht, es sind diese Kranken, welche oft noch über eine gute Intelligenz verfügen, mit die allerunangenehmsten Patienten, mit denen man es zu tun haben kann; sie nehmen gelegentlich den Charakter von Querulanten an.

Die Kokainpsychosen,

welche rein auf den Genuß von Kokain zurückzuführen sind, kommen selten vor, meist handelt es sich, wie erwähnt, um Morphinismus.

Bei chronischem Kokaingebrauch treten verhältnismäßig rasch und viel früher als beim Morphinismus psychische Störungen auf. Diese psychischen Störungen stellen im großen und ganzen akute Störungen dar vom Charakter der halluzinatorischen Verwirrtheit. Es treten Eifersuchts- und Verfolgungsideen auf, die Kranken werden aufs höchste um ihre persönliche Sicherheit beunruhigt, sie schaffen sich Waffen, mit Vorliebe Revolver, an und gebrauchen, von wilder Furcht um ihr Leben getrieben, diese Waffen gegen ihre Umgebung. Im Gegensatz zum Morphiump sind die Abstinzerscheinungen bei Kokain viel leichter und verschwinden rascher. Ein Versuch, das Morphiump durch Kokain zu ersetzen, ist meistens völlig vergeblich, weil das Morphiump doch nicht völlig entbehrt werden kann.

Literatur.

- CROTHERS, Cocain-inebriety. The Philadelphia med. Journ. p. 1002, 1898, May 28.
 DEUTSCH, WILH., Der Morphinismus. Stuttgart, bei Enke, 1901.
 ERLMEYER, Die Morphiumsucht und ihre Behandlung, 3. Aufl., 1887.
 FIEDLER, A., Über den Mißbrauch subkutaner Morphiuminjektionen. Deutsche Zeitschr. f. gerichtl. Med., Nr. 27 u. 28, 1874.
 LEVINSTEN, Über Morphiumsucht. Berl. klin. Wochenschr., Bd. XIII, p. 183, 1876.
 MAILCOD, Morphine habit of long standing cured by bromide poisoning. The British med. Journal, 1897, July 10.
 OBERSTEINER, Der chronische Morphinismus. Wiener Klinik 1883.
 POUCHET, Morphomanie et Morphinisme. Le Progrès med., Nr. 18, 1898.
 RODET, Morphomanie et Morphinisme, bei Felix Alcan in Paris, 1897.

Die hysterische Seelenstörung.

Die Hysterie hat ihren Namen von der Hystera, der Gebärmutter, weil man in früheren Zeiten allgemein annahm, daß diese Krankheit zu den Genitalleiden des Weibes in einer ursächlichen Beziehung stände. Wir finden auch hysterische Erscheinungen beschrieben, soweit überhaupt schriftliche Aufzeichnungen über Krankheiten zurückreichen. Am bekanntesten ist die Hysterie in den Hexenprozessen und in der Tarantelsucht geworden. (Psychische Epidemien.)

Die Hysterie besteht in einer Erkrankung der Vorstellungen (MÖBIUS). Diese Erkrankung besteht darin, daß das Vorstellungsleben außerordentlich labil, leicht ablenkbar und umstimmbar ist. Diese leichte Beeinflussbarkeit des Vorstellungslebens verbindet sich mit einer gesteigerten Einbildungskraft und einer gesteigerten affektiven und reflektorischen Erregbarkeit (JOLLY). Auf Grund dieser Eigentümlichkeiten hat man die Hysterie auch als eine rein auf psychischem Gebiete sich abspielende Erkrankung, als eine psychogene Krankheit (Sommer-) bezeichnet.

Die Ätiologie der Hysterie ist komplizierter Natur. Entschieden spielt eine ererbte Disposition bei dem Zustandekommen der Krankheit eine große Rolle, manchmal kommt diese Disposition direkt in einer gewissen leicht angedeuteten geistigen Schwäche und auch in den verschiedensten Stigmata Hereditatis zum Ausdruck, auch findet sich im übrigen eine leicht angedeutete degenerative Veranlagung häufig bei Hysterie. Die Disposition zur Erkrankung an Hysterie ist individuell sehr variabel. Es bedarf deshalb bei dem einen intensiver, bei dem andern schwächer einwirkende äußere Momente, um die Krankheit herbeizuführen. Bekannt ist durch die Unfallversicherungspraxis die Entstehung der Hysterie nach Trauma geworden. Auch fortgesetzte psychische Traumen (STRÜMPPELL), also täglicher Ärger, Zurücksetzung, Sorge usw. kann die Hysterie auslösen. Die unzufriedene Frau stellt ein großes Kontingent zur Hysterie, sei es in den besseren Ständen, daß sie nicht genügend beschäftigt ist, sei es namentlich bei den Subalternbeamten, daß sie in der Ehe nicht das findet, was sie sich früher als „besseres Mädchen“ oder Fräulein geträumt hat. Nicht gering ist ferner der Einfluß, den eine hysterische Mutter auf die Tochter durch das tägliche Beispiel ausübt, den überhaupt ein Fall von Hysterie auf eine disponierte Umgebung hat, anzuschlagen. Auch eine körperliche Erkrankung, z. B. Bleichsucht, Überanstrengungen, starke Blutverluste, akute Infektionskrankheiten usw., kann das Auftreten der Hysterie ebenso wie andere erschöpfende Momente befördern.

Zum Studium der proteusartigen Symptomenkomplexe der Hysterie geht man am besten von den körperlichen Erscheinungen aus und betrachtet sodann die rein psychischen Veränderungen. Dabei muß man aber immer eingedenk bleiben, daß auch die sogenannten körperlichen Stigmata der Hysterie psychisch bedingt sind.

Am besten verstehen wir die Bedeutung der Psyche, der krankhaft labilen Vorstellungen für das Zustandekommen der körperlichen hysterischen Erscheinungen, wenn wir ein häufig vorkommendes Beispiel betrachten; In der Klinik wird ein Mädchen vorgestellt mit einer kompletten rechtsseitigen Gefühls- und Bewegungs lähmung, welche so weit geht, daß sogar das rechte Auge nicht sieht, das rechte Ohr nicht hört. Der Dozent hält einen längeren (suggestiven) Vortrag zu seinen Zuhörern, in dem er den Zustand als recht schwer bezeichnet, aber als eine besondere Merkwürdigkeit desselben betont, daß dieser Zustand durch Magnetismus so zu beeinflussen sei, daß eine Umschaltung des Zustandes von der rechten auf die linke Seite im Moment erzielt werden könne. War der Vortrag des Dozenten eingehend und überzeugend genug, waren die Operationen mit dem nicht wirksamen Magneten, der aus Holz bestehen kann, umständlich und sinnfällig genug, so geht in einem Moment der ganze schwere Symptomenkomplex auf die linke Seite über (Transfert der Franzosen). Das Gelingen dieses Versuches ist nur zu verstehen, wenn man an die krankhafte Labilität des Vorstellungslebens denkt. Es genügt eben der Vortrag des Dozenten in Verbindung mit dem imponierenden, wenn auch nicht wirksamen Magnet, um das Bewußtsein der Körperlichkeit der Patientin in so tiefgehender Weise umzuändern.

Manchmal sieht man auch bereits in der Ätiologie, wenn man nur richtig nachforscht, die allmähliche, auf Grund von Selbsteinredung entstehende Entwicklung einer körperlichen hysterischen Erscheinung, z. B. ein verwöhnter, von seinen Eltern zärtlich gehüteter Junge erhält von seinem Lehrer eine Züchtigung auf das Gesäß, die durchaus nicht schwer zu sein braucht. Die Eltern fragen den Jungen fast stündlich: „Wie geht es dir, kannst du die Beine auch ordentlich bewegen?“ auf einmal ist die Lähmung der Beine, die das Gehen unmöglich macht, aber ohne Blasen- und Mastdarmstörungen verläuft, da. (Hysterische Paraplegie.)

Auch können bei jedem Hysterischen durch mehrfache, während der Untersuchung wie zufällig eingestreute Bemerkungen allerlei körperliche Erscheinungen, wie z. B. Gefühls-lähmungen, gewöhnlich mit Leichtigkeit hervorgerufen werden.

Es würde in einem Handbuch der Psychiatrie zu weit führen, in extenso auf alle psychisch bedingten körperlichen Erscheinungen der Hysterie einzugehen.

Das am längsten bekannte und fast nie fehlende körperliche Stigma der Hysterie ist der Globus hystericus. Er besteht in einem quälenden Konstriktionsgefühl im Halse, in der Empfindung, „als ob da alles zu wäre“, „als ob eine Kugel darin säße“, „als ob immer etwas rauf und runter ginge“ usw. Dabei sei hinzugefügt, daß meist der Rachenreflex fehlt. Auch der Clavus, ein quälendes Gefühl von Schmerz in der Gegend der großen Fontanelle, ist ein bekanntes Symptom: „Es ist mir so da oben, als ob da ein glühendes Ei läge“, „es ist da alles offen“, „es ist da so, als ob Würmer herumkröchen“ usw.

CHARCOT und seiner Schule verdanken wir ein mehr systematisches Studium der Hysterie in ihren körperlichen Erscheinungen. Wir wissen seitdem, daß die körperlichen Erscheinungen der Hysterie hauptsächlich in Gefühls- und Beweglichkeits-lähmungen, vorzugsweise der einen Seite oder auch in den vorderen Dritteln der Extremitäten, auf jeden Fall immer in einer Weise und Verbreitung, daß an eine anatomische Grundlage nicht gedacht werden kann, und in motorischen Reiz-erscheinungen, in Krämpfen bestehen. Daneben finden wir häufig auch hyper-ästhetische Erscheinungen.

Am Schulfalle beobachten wir die hysterische Hemiplegie und, wenn dieselbe noch nicht ganz komplet ist, können wir die Komplettierung durch mehrere Untersuchungen leicht vervollständigen. Es handelt sich dabei um eine halbseitige Lähmung der Motilität, der taktilen Sensibilität, der Schmerzempfindlichkeit (Analgesie) und manchmal auch des Kälte-, Wärme- und Bewegungssinnes. Das Auffallende ist, daß entgegen allen anatomischen Grundlagen auch die höheren Sinne, Auge, Ohr, Geschmack usw. genau halbseitig auf derselben Körperhälfte befallen sind. Statt einer solchen totalen hysterischen Hemiplegie können nun alle diese Erscheinungen mehr vereinzelt oder vergesellschaftet vorkommen.

Häufig findet man auch hyperästhetische Erscheinungen, Spinalirritation (Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule beim Beklopfen), Ovarie (Schmerzhaftigkeit in der Gegend der Eierstöcke beim Bedrücken) findet sich entsprechend dem psychogenen Charakter der Krankheit, auch beim Manne. Aber auch regellos zerstreut am Körper und meist nicht einem bestimmten Nervenverbreitungsgebiet entsprechend, finden sich hyperästhetische Zonen ebensogut wie anästhetische und analgetische, dabei können diese Zonen suggestiv leicht verändert und variiert werden. Auch trophische Störungen finden sich. Bekannt ist die Dermographie, welche sich in ausgeprägten Fällen bis zur Quaddelbildung auf der Haut, ja bis zur Bildung von Narbenkeloiden steigern kann (vasomotorische Erregbarkeit der Haut). In selteneren Fällen kommt es zu Schweißsekretionen an bestimmten Stellen des Körpers, auch eigentümliche Kälteempfindungen und Temperaturherabsetzungen in bestimmten Körperprovinzen finden sich.

Die Lähmungen können auch einzelne Extremitäten, die Sprache (hysterische Stummheit, Mutismus), das Gehen, das Stehen (Abasie, Astasie) usw. befallen. Gelegentlich kommt es auch zur Ausbildung hysterischer Kontrakturen. Es sei dabei auch auf die bei Hysterischen gelegentlich sich findende spastische Urin-verhaltung hingewiesen. Die Krämpfe, welche die Hysterischen befallen, können ebenso regellos verschieden sein wie die anderen Erscheinungen.

Der ausgebildete hysterische Anfall der Grande Hysterie (CHARCOT und RICHT) wird auch bei uns beobachtet, aber in den letzten Jahren, seitdem man aus therapeutischen Gründen diesen Dingen nicht mehr so viel Aufmerksamkeit zuwendet, entschieden nicht mehr so häufig.

Im Sinne der Franzosen (CHARCOT und RICHT) spielt sich der große hyste-ricische Anfall so ab, daß der Kranke, nachdem er, ohne sich zu verletzen, mehr um-gesunken als gefallen, zunächst eine Zeitlang den Kreisbogen (Arc de Cercle) schlägt, sodann in wilde drehende wälzende Bewegungen verfällt (Klownismus), um alsdann allerlei pathetische theatralische Stellungen einzunehmen (Attitudes passionelles). Charakteristisch für den Anfall im Gegensatz zur Epilepsie ist der Umstand, daß sich die Hysterischen fast nie im Anfall verletzen, auf jeden Fall nie so schwer, wie die Epileptiker, daß Zungenbisse nicht vorkommen und daß meist ein terminaler Schlaf fehlt. Ebenso finden wir nur extrem selten Pupillenstarre (KARPLUS, A. WEST-PHAL), auch ist die Bewußtseinsstörung meist nicht eine so tiefgehende wie bei Epi-lepsie, ja es gelingt meist durch einen Guß kalten Wassers, die ganze Sache zum Verschwinden zu bringen.

Neben diesen vollentwickelten großen hysterischen Anfällen finden sich alle Sorten von Rudimenten vor, Lach-, Schrei-, Rülps-, Hustkrämpfe bis zu einseitigen halbseitigen Zuckungen und Verdrehungen und passageren tonischen Spannungszuständen.

Alle diese Erscheinungen interessieren uns hier weniger, wichtig aber für unsere Betrachtungen ist, daß die Krampfanfälle und auch die mehr rudimentärer Art mit mehr oder weniger ausgeprägten Bewußtseinsstörungen verbunden sein können und daß solche Bewußtseinsstörungen auch ohne Krampferscheinungen auftreten können. Auch sei darauf hingewiesen, daß die hysterischen Krampferscheinungen sich häufig im Anschluß an einen Affekt entwickeln.

Nahe verwandt mit den hysterischen Krämpfen ist der hysterische Tremor, welcher monoplegisch, hemiplegisch oder auch paraplegisch auftreten kann und das Charakteristische hat, daß er, wie alle hysterischen Erscheinungen, immer stärker wird, je mehr man sich damit beschäftigt.

Die Reflexe sind bei der Hysterie sämtlich mehr oder weniger, wie auch das Kniephänomen, gesteigert, häufig findet sich ein rasch sich erschöpfender Fußklonus.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, daß auch Augenmuskellähmungen in seltenen Fällen bei der Hysterie vorkommen können (HIRTZIG).

Neben den körperlichen Stigmata der Hysterie besitzen wir auch psychische Stigmata.

Die psychischen Stigmata sind hauptsächlich die folgenden: 1. Die pathologische Erregbarkeit im Affekt; 2. die Beeinträchtigungsideen; 3. die mangelnde Reproduktionstreue; 4. der Stimmungswechsel. Alle diese Erscheinungen können auch bei andern Grenzzuständen, z. B. bei der Epilepsie, vorkommen, sie gewinnen erst die Dignität von hysterischen Stigmata, wenn sie sich vergesellschaften mit einer Reihe von körperlichen Symptomen, die bei der Hysterie vorkommen.

Die Erregbarkeit im Affekt ist außerordentlich charakteristisch. Das geringste und kleinste Ereignis kann die Hysterische sofort und im Augenblick außer Fassung bringen, in manchen Fällen könnte man sagen, je geringfügiger der Anlaß, um so stärker die Reaktion, während bei wirklich schweren Ereignissen die Hysterischen gelegentlich eine bewundernswerte Fassung zeigen können. Die Reizbarkeit im Affekt kann also eine pathologische Höhe erreichen, ja, sie kann so weit gehen, daß sich Krämpfe und Dämmerzustände anschließen. Ein einfaches Wort, eine gutgemeinte Erwiderung kann die Attacke auslösen.

In einem Falle, den ich zu begutachten hatte, stieß eine Dame, der Wäsche gestohlen war, als sie diese Tatsache erfuhr, in Gegenwart vieler Personen ohne jeden Grund Majestätsbeleidigungen aus.

Alle Erscheinungen, welche mit dem Generationsgeschäft des Weibes zusammenhängen, steigern die Intensität der hysterischen Erscheinungen im Affekt ins Ungemessene. Zur Zeit der Periode namentlich, aber auch im Klimakterium, in der Schwangerschaft sind die Hysterischen gefährlich wie ein explosives Gemisch.

In der Schwangerschaft speziell kann es vorkommen, daß bei Frauen, bei denen sonst hysterische Erscheinungen nur angedeutet sind, mit einem Male die psychischen Stigmata sehr intensiv auftreten, so daß der Mann in seiner Not den Arzt aufsucht. Die Prognose ist zwar gut, denn nach Beendigung der Schwangerschaft treten die Erscheinungen wieder zurück, aber ein Mittel, während der Schwangerschaft diese Zustände zu bekämpfen, gibt es nicht.

Die Beeinträchtigungsideen können für die Umgebung der Hysterischen sehr lästig werden. Wir sehen auch unter den ganz Gesunden, daß der eine leichter, der andere schwerer etwas übernimmt. Bei den Hysterischen nimmt das Übernehmen entschieden einen krankhaften Charakter an, bei der geringsten Kleinigkeit, bei der ein gesunder, ruhig denkender Mensch gar nichts finden würde, fühlt sich die

Hysterische zurückgesetzt, nicht genügend beachtet, übervorteilt usw. Jeder Widerspruch ist vergeblich und ruft nur einen unangenehmen Affektausbruch, eine sogenannte Szene hervor. Diese Beeinträchtigungsideen richten sich fast ausschließlich gegen die nächste Umgebung, Eltern, Geschwister und Ehegatten, welche das Opfer der taglichen Szenen und Aufregungen werden. „Seit dem ersten Tage meiner Ehe ist mir das Leben zur Hölle“, sagte mir ein vielgeplagter Ehemann, ein Mann mit einer hysterischen Frau und einer Reihe unverheirateter hysterischer Töchter erklärte, er sei jetzt schon soweit, daß er von diesem Leben überhaupt nichts mehr hoffe.

Die mangelnde Reproduktionstreue zeigt sich darin, daß die Hysterischen Wahrheit von Dichtung nicht unterscheiden können, ihrem krankhaften labilen Vorstellungsleben entsprechend nimmt das, was sie eben gedacht haben, für sie sofort den Charakter voller Wirklichkeit an, bona fide geben sie daher ihre falschen Erzählungen. Wie es überhaupt für den Ungeübten schwer ist, einen Vorgang objektiv zu beschreiben und wie im allgemeinen die sachgemäße Beschreibung, ohne etwas hinzuzutun oder wegzulassen, dem weiblichen Geschlecht schwerer fällt als dem männlichen, so fällt es der Hysterischen doppelt schwer, objektiv Bericht zu erstatten. Zu alledem kommt noch eine lebhaft Phantasie und ein entschieden gesteigertes Kombinationsvermögen, das ebenfalls hilft, die Dichtung in den Berichten einer ausgesprochen Hysterischen zum Vorherrschenden zu machen.

Man spricht viel von der Lügenhaftigkeit der Hysterischen: wie wir gesehen haben, handelt es sich nicht eigentlich um eine Lügenhaftigkeit, sondern nur um ein in krankhaften Momenten begründetes Unvermögen zu einer wahrheitsgetreuen Reproduktion.

Der Stimmungswechsel der Hysterischen wird im Anfange meist für Laune gehalten. Eben noch heiter, zufrieden, zugänglich, kann im nächsten Moment ganz ohne Vermittelung und ohne erkennbare Ursache die Stimmung ins Gegenteil umschlagen, um im nächsten Augenblick einem gereizten, mißtrauischen Affekt Platz zu machen. Die einzelnen Phasen des Stimmungswechsels können länger und kürzer dauern, das Unberechenbare, Sprunghafte, Bizarre ist das Charakteristische des ganzen Zustandes.

Die hysterischen Stigmata, welche ich soeben besprochen habe, wirken häufig zusammen, die Beeinträchtigungsideen rufen den Affekt hervor und im Affekt leidet die Reproduktionstreue noch ganz besonders. Natürlich sind auch andere Kombinationen möglich.

Verbinden sich diese psychischen Stigmata noch mit einer ausgesprochenen Abnahme des ethischen Vorstellungsvermögens, so spricht man von einem hysterischen Charakter. Meist deutet dieser hysterische Charakter auf ein degeneratives Moment (WOLLENBERG). Ist eine ausgesprochene moralische Depravation vorhanden, dann scheuen die Hysterischen auch nicht vor bewußten Lügen zurück und sind wegen ihres oft geschickten Intriguierens sehr gefürchtet.

Eine Hysterische mit allen diesen Erscheinungen, d. h. also mit den erwähnten körperlichen und psychischen Stigmata der Hysterie, ist noch keine Geisteskrankte, es kann aber diese Hysterie allmählich in Geisteskrankheit hinüberführen.

An der Grenze zwischen Hysterie und hysterischer Seelenstörung stehen eine Reihe von Fällen, wo es sich um die auf psychogenem Wege entstandenen körperlichen Leiden handelt. Es gibt Hysterische, welche so gut wie gar keine Speisen

mehr vertragen können, bei jedem Versuch, sich wie andere Menschen zu nähren, brechen und selbst auch bei den leichtverdaulichsten Speisen von fast täglichem Erbrechen befallen werden (hysterische Dyspepsie). Es kommen diese Kranken oft sehr herunter, sie magern bis zur äußersten Grenze ab, die Behandlung ist äußerst schwierig und doch sehen wir Fälle, welche auf das Geheiß eines neuen energischen Arztes sofort, ohne zu brechen, alles essen können und sich sehr rasch erholen, wenn auch in andern Fällen die Behebung des Leidens, wie später erörtert werden soll, viel umständlicher ist.

In andern Fällen befällt die Störung hauptsächlich den Darm, derselbe füllt sich mit Gasen bis zur äußersten Möglichkeit an, es entsteht dadurch ein Zustand, der einen direkt bedrohlichen Eindruck machen kann (hysterische Trommelsucht). Auch die Blasen- und Mastdarmentleerung kann auf rein psychogenem Wege Störungen erleiden.

Direkt an die Bedeutung einer Wahnidee grenzt die hysterische Schwangerschaft. Die Kranken gewinnen die Überzeugung, daß sie guter Hoffnung sind. In charakteristischer Weise entstehen auf rein psychogenem Wege alle die deutlichen äußeren Zeichen der Schwangerschaft, der Leib schwillt an und nimmt an Umfang zu, die Brüste schwellen an, sezernieren Kolostrum, die Menses bleiben weg, die Linea alba bräunt sich, Kreuzschmerzen, kurz alle äußeren Schwangerschaftszeichen sind vorhanden, nur der Fötus im Uterus fehlt. Die Idee der Schwangerschaft korrigiert sich meist von selbst; wenn nach Ablauf der normalen Schwangerschaftszeit das Kind nicht kommen will; man erlebt es aber, daß die Trägerinnen der hysterischen Schwangerschaft sich zur vermeintlichen in Betracht kommenden Zeit ins Bett legen, um ihre Niederkunft zu erwarten, nachdem sie zuvor die Hebamme bestellt haben. Oft ist die Idee der Schwangerschaft zunächst gänzlich unkorrigierbar. So wurde mir kürzlich der Vorschlag zu einer sachverständigen gynäkologischen Untersuchung mit den Worten abgelehnt: „Und wenn alle Frauenärzte sagen, ich sei nicht schwanger, ich glaube es doch nicht.“

Die geistigen Störungen, welche bei der Hysterie vorkommen, können sehr verschiedenartiger Natur sein:

1. Komplizierende psychische Störungen auf dem Boden der Hysterie.
2. Transitorische Bewußtseinsstörungen (Dämmerzustände) mit den Varietäten der somnambulen Zustände und der hysterischen Schlagsucht.

Es kann jeder Art von einfacher Seelenstörung auf der Basis der Hysterie vorkommen, Melancholie, Manie und paranoische Zustände, auch Stuporzustände finden sich bei der Hysterie, die hysterische Basis verleiht diesen Zuständen leicht etwas Übertriebenes, Theatralisches. Am häufigsten führen die Beeinträchtigungsideen allmählich zu einem paranoischen Zustand hinüber. (Hysterische Verrücktheit.)

Die Diagnose der hysterischen Verrücktheit ist im Anfang nicht ganz leicht, namentlich da auch die Entwicklung der ausgesprochenen hysterischen Psychosen häufig etwas Sprunghaftes und vor allem einen eigentümlichen Wechsel zwischen intensiveren Attacken der Krankheit und Intervallen mit verhältnismäßig geordnetem Verhalten und Klarheit, ja Krankheitseinsicht zeigen und der Zustand so wochen-, monate- und jahrelang hin und her schwanken kann. Dazu kommt noch, daß die Hysterischen sich zur Zeit der Anwesenheit des Arztes in der Regel sehr zusammennehmen. Ebenso haltlos wie sie in der gewohnten Umgebung erscheinen, ebenso geschickt verstehen sie alles als harmlos darzustellen, auf die natürlichste Weise zu erklären und den unerfahrenen nicht Sachkundigen durch eine taubenartige Sanftheit im Auftreten zu kaptivieren.

Die hysterische Verrücktheit zeigt namentlich drei Varietäten: 1. eine solche, welche mehr dem ausgesprochenen Bilde der chronischen Paranoia entspricht; 2. eine solche, welche entschieden einen erotischen Zug hat und 3. eine solche, welche eine übertriebene philanthropische Richtung nimmt. Bei allen dreien besteht eine Überschätzung des Wertes der eigenen Persönlichkeit im Verhältnis zur Umgebung.

Was die erste Variation, die typische hysterische Verrücktheit oder Paranoia betrifft, so entwickelt sich dieselbe namentlich, wenn eine degenerative Charakterentwicklung zur Ausbildung kommt. Wir finden sie am häufigsten bei weiblichen Individuen. Meist sind es Unverheiratete oder Frauen, welche keine Kinder haben. Die Krankheit ent-

wickelt sich in der Regel ganz allmählich. Es bestehen schon lange die mehr oder weniger ausgesprochenen Symptome der Hysterie, die „Launenhaftigkeit“ nimmt allmählich zu. Das Gefühl von Unbefriedigtsein, das die Frau ohne Kinder, namentlich der gebildeten Stände, häufig hat, ebenso wie das Gefühl der nicht genügenden Beachtung, unter dem auch die nicht-hysterischen alternden Mädchen fast alle leiden, steigert sich bei den Hysterischen in krankhafter Weise. Es entwickelt sich daraus gewöhnlich schon frühzeitig das Gefühl der Zurücksetzung und Beeinträchtigung. Überall fühlen sich die Kranken übersehen, übervorteilt und nicht ihrem wahren Werte nach erkannt. Bei ihrem labilen Vorstellungsleben finden sie überall Momente, um dies Gefühl der Beeinträchtigung zu nähren. Wenn ihnen wirklich mal unrecht getan wird, was ja im täglichen Verkehr nicht zu vermeiden ist, reagieren sie entsprechend ihrem hysterischen Temperament in extrem lebhafter Weise. Schließlich fassen sie alles im Sinne ihrer Beeinträchtigungsideen auf, es kommt zu täglichen Konflikten mit der Umgebung, in dem dadurch hervorgerufenen Affekt fehlt jede Überlegung, sie gebrauchen die schärfsten und unverständigsten Ausdrücke, die sie sonst nie in den Mund genommen hätten. Immer sind es andere, sie allein sind unschuldig, alles reitet auf ihnen herum, alles tut man ihnen zum Trotz, niemand gönnt ihnen etwas, stets sind sie die gekränkte Unschuld. Die Dienstboten, die Kinder, alles hat sich verschworen, sie zu ärgern, ob der Mann zustimmt oder nicht zustimmt, stets ist es nicht recht, immer gibt es eine Szene.

Namentlich zur Zeit der Menses sind derartige Hysterische gefährlich für die Ruhe ihrer Umgebung wie ein explosives Gemisch. Gewöhnlich heißt es nun: „Frau oder Fräulein X ist nervös, sie muß eine Luftveränderung versuchen.“ Es wird also die Kranke zu Verwandten oder in eine der modernen Nervenanstalten geschickt. Gewöhnlich geht es hier 14 Tage, ja auch 4 oder 6 Wochen ganz gut. Die Verwandten sind erstaunt, wie man einer so lebenswürdigen Dame solche Dinge nachsagen kann, oder die Luftveränderung hat Wunder gewirkt.

Die neue Umgebung nimmt zunächst das Vorstellungsleben der Kranken in Anspruch, ist aber die neue Umgebung eine gewohnte, eine alte geworden, so kommen auch hier dieselben Konflikte infolge der auf die neue Umgebung übertragenen Beeinträchtigungsideen vor. Die Kranke zieht weiter, räsioniert bei der neuen Umgebung über die Personen der alten Umgebung, aber bald kommt es auch da wieder, da die Kranke ihre Krankheit überall mit hinimmt, zu denselben Szenen.

Inzwischen entwickelt sich die Krankheit weiter, die Kranke wird ethisch defekt und die Beeinträchtigungsideen nehmen den Charakter von Verfolgungsideen an. Die Kranken suchen sich gegen diese Beeinträchtigungsideen zu wehren, sie werden aus Verfolgten Verfolger. Jedes Mittel ist dabei recht. Infolge des Schwindens des moralischen Haltes scheuen sie sich nicht, ihre Familie, ihren Gatten in schamlosester Weise bloßzustellen, sie erfinden bewußt und unbewußt die abscheulichsten Dinge, welche sie ihren Angehörigen oder denen, gegen die sich die Beeinträchtigungsideen richten, vorwerfen, scheuen dabei vor einem Meineide nicht zurück und kommen auf diese Weise häufig zu einem Konflikt mit dem Strafgesetzbuch.

In einem Falle sah ich, daß eine Frau eines höheren Beamten dreimal durch geschickt angelegte Denunziationen die Versetzung des Ehegatten zu ihrem eigenen Nachteil

in immer schlechtere Posten durchzusetzen verstand. In einem andern Falle, daß eine hysterische Tochter den in angesehener Stellung befindlichen Vater durch raffiniert geschriebene Anzeigen fast um Amt und Würden brachte.

Die Diagnose wird erleichtert, wenn sich zu dem Auftreten ausgesprochener Verfolgungsideen entsprechende Sinnestäuschungen zugesellen, was aber nicht die Regel ist. Nicht selten spielen in das Wahnsystem auch traumhafte Perzeptionen aus Dämmerzuständen hinein. Auch stuporös-ekstatische Zustände kommen vor. In seltenen Fällen sehen wir auch die hysterische Verrücktheit den Charakter des Querulantenwahnsinns annehmen.

Für die Frage der Ehescheidung nach dem neuen Bürgerlichen Gesetzbuch ist sehr unangenehm, daß diese hysterisch Verrückten in der Regel immer wieder länger dauernde Remissionen, in der die Liebe und Anhänglichkeit an die Familie und den Ehegatten rückhaltlos durchbricht, bekommen und verhältnismäßig erst spät verblöden, so daß nur selten die Bedingungen des Ehescheidungsparagraphen erfüllt sind. Klagt die hysterisch Verrückte auf Ehescheidung, was in den meisten Fällen sehr erwünscht wäre, dann scheidet die Durchführung der Klage daran, daß die Hysterische erst ihre unbeschränkte Geschäftsfähigkeit beweisen muß, was meistens nicht gelingt. Es gibt also gewöhnlich keine Möglichkeit für den vielgeplagten Ehegatten, aus dieser Ehe, die im wahren Sinne des Wortes das Leben zur Hölle macht, loszukommen.

Auch die dauernde Anstaltsbehandlung ist bei diesen Fällen vielfach durch die häufigen Remissionen oft nicht zu erreichen, ganz abgesehen davon, daß auch die Anstalten meistens versuchen, derartige unbequeme Kranke loszuwerden.

Bei der Varietät, die sich durch eine erotische Färbung auszeichnet, handelt es sich in der Regel um unverehelichte alternde Mädchen, welche häufig jeder körperlichen Reize bar, ja gelegentlich sogar mit eisgrauen Haaren, plötzlich die gänzlich unbegründete Überzeugung gewinnen, daß meist eine höherstehende Persönlichkeit sich in sie verliebt habe. Es kommt alsdann zu einem regelrechten Werben. Die Patientin macht Fensterpromenaden, schreibt glühende Liebesbriefe in der überschwänglichen Weise eines Backfisches und ist bereit, ihrem vermeintlichen Liebhaber und Geliebten jedes Opfer zu bringen. Gewöhnlich kommt es zum Eklat dadurch, daß die Patientinnen den Gegenstand ihrer Anbetung, der oft noch gar nichts von dieser Neigung weiß, aufsuchen. In einzelnen Fällen habe ich auch gesehen, daß der unfreiwillige männliche Teil des Verhältnisses so schwach war, daß er sich geschmeichelt fühlte und teilweise wenigstens den stürmischen Liebeserklärungen nachgab, so z. B. mit den Patientinnen reiste oder ihr Vermögen in Verwahrung nahm. Gewöhnlich schließt eine derartige Affäre, wenn der Geliebte bei Versuchen zur persönlichen Annäherung gänzlich abweisend ist, mit einem rasch vorübergehenden akuten Verwirrungszustand. Das hindert aber nicht, daß die Patientin bald wieder, von ihrer Krankheit getrieben, mit einer anderen Persönlichkeit dasselbe Spiel beginnt. In schweren Fällen kann sich auch ein nymphomaneischer Zustand entwickeln.

Die dritte, seltenere Varietät ist dadurch ausgezeichnet, daß das manchen Hysterischen innewohnende krankhafte Bedürfnis, sich in der öffentlichen Wohltätigkeit hervorzutun, sich außergewöhnlich steigert und ins absolut krankhafte verzerrt wird. Außer der Sucht, in der Öffentlichkeit hervorzutreten, durch großartige Wohltätigkeitsunternehmungen zu glänzen, gibt es kaum noch eine Triebfeder, welche die Kranke bewegt, alles vollzieht sich unter diesem Gesichtspunkt, wer nicht mitmacht, sich entgegenstellt, wird mit krankhaft fanatischem Hasse verfolgt; um die Wohltätigkeitsunternehmung zu fördern, wird zu den kurz-sichtigsten Mitteln gegriffen und schließlich auch vor Wechselfälschungen und Unterschlagungen zu dem gedachten Zweck nicht zurückgeschreckt.

Die 2. Gruppe von psychischen Störungen bei Hysterie habe ich als Zustände transitorischer Bewußtseinsstörung (Dämmerzustände) bezeichnet. Diese Störung der Bewußtseinstätigkeit kann mehr

oder weniger ausgedehnt nach der einen oder anderen Richtung, kann mehr qualitativer oder quantitativer Natur sein. Charakteristisch für alle diese Zustände ist in der Regel das plötzliche Einsetzen des Zustandes, nicht selten geht der normale Zustand unvermittelt in den pathologischen über. In leichteren Fällen merken die Kranken geradezu, wenn der krankhafte Zustand einsetzt. Sie fühlen, wenn ich so sagen darf, die Umschaltung ihrer Bewußtseinstätigkeit.

Die Dämmerzustände finden sich, wenn auch selten, während der psychischen Prodrome, welche einen Anfall einleiten können, wie überhaupt in den Zuständen automatische Handlungen — auch krimineller Art — begangen werden (FÜRSTNER). Sie können sich ferner an einen Anfall anschließen. Man kann diese Zustände auch als protrahierte Attitudes passionelles auffassen (JOLLY). Aber auch statt eines Anfalls, d. h. ohne erkennbaren Zusammenhang mit einem Anfall, können Dämmerzustände auftreten, Äquivalente (FÜRSTNER). In diesen Zuständen fällt neben der mehr oder weniger deutlich hervortretenden Bewußtseinstrübung besonders die große Verwirrtheit und häufig ein geradezu kindisches Gebahren auf. Man ist erstaunt, wenn man in einem Augenblick mit einer Patientin noch eine regelrechte Unterhaltung bei völliger Lucidität geführt hat, dieselbe Patientin im nächsten Augenblick schwer verwirrt in so läppischen Reden zu erblicken, daß man an Simulation zu denken geneigt ist (GANSER). Die Kranken sind gelegentlich nicht imstande, weiß von schwarz zu unterscheiden, sie können nicht bis auf 10 zählen, sie reimen und alliterieren wie völlig inkohärente einfach verwirrte Kranke und wechseln auch hier, dem Charakter der Hysterie entsprechend, häufig plötzlich mit dem krankhaften Bild, das sie bieten. Verwirrt und halluzinierend in einem Moment, wechselnd auch in der Art der halluzinatorisch-traumhaften Szenen, die ihnen bei ihrer eingeengten Bewußtseinstätigkeit vorschweben, erscheinen sie im nächsten Moment stuporös-ekstatisch. Die Dauer derartiger Zustände kann sehr verschieden sein, Stunden, Tage und Wochen. Für die Diagnose ist wichtig, daß solche Dämmerzustände abwechseln mit Zuständen völliger Klarheit und daß sich bei genauerer körperlicher Untersuchung stets einige oder mehrere körperliche Stigmata der Hysterie nachweisen lassen (GANSER).

In den meisten Fällen besteht eine mehr oder minder ausgedehnte Amnesie für diese Zustände. Man weiß allerdings nicht, ob die Angaben immer richtig sind, welche uns die Hysterischen machen (SIEMERLING).

Die eigentümlichen sprachlichen Reaktionen beherrschen oft das ganze Krankheitsbild während dieser pathologischen Zustände (GANSER, WESTPHAL). Ich habe den Eindruck, daß, je mehr man in solchen Fällen mit den Kranken experimentiert, um so mehr die krankhafte Erscheinung dieses Vorbeiredens (WESTPHAL) hervortritt.

Die somnambulen Zustände stellen eine Varietät der Dämmerzustände in der Art dar, daß die Kranken äußerlich wenig verändert erscheinen, nur einsilbig und unzugänglich sind und durch ihren leeren, veränderten Blick namentlich dem, der von ihrem Zustande weiß, auffallen. Sie stehen in diesen Zuständen fast regelmäßig unter dem Einfluß traumhafter Vorstellung, welche sie zu eigentümlichen und gefährlichen Handlungen veranlassen. Am häufigsten ist ein triebartiges Umherschweifen (JOLLY). Sie können dabei gelegentlich aus ihrem Traumzustand erwachen oder nur partiell erwachen, so daß sie zwar wissen, wer sie sind, aber nicht, woher sie sind. In einem Falle reiste ein derartiger Kranker von Australien nach Zürich (NAEF).

Auch kriminelle Handlungen werden ausgeführt; eine von mir beobachtete Dame kam zu mir, weil sie wiederholt aus einer benachbarten Villa Gegenstände entwendet

hatte, ohne zu wissen, wie sie dazu kam, und ohne daß eine Anzeige erstattet worden wäre. Sie wußte nur nicht, wie die Gegenstände zu ihr gekommen waren.

Das Charakteristische ist das Triebartige an der ganzen Handlungsweise. Bei mehrfachem Wechsel zwischen solchem und normalem Bewußtsein hat man auch von Doppelbewußtsein gesprochen (JOLLY).

Auch die Schlafanfälle der Hysterischen, die lethargischen Zustände, können in der angegebenen Weise mit und ohne Zusammenhang mit einem hysterischen Anfall auftreten. Auch hier findet der Übergang von dem wachenden in den schlafenden Zustand rasch und unvermittelt statt. Der Kopf verliert seine Haltung, der ganze Körper sinkt schlaff und haltlos zusammen, die Kranken werden zu Bett gebracht, ohne daß sie erwachen. In anderen Fällen ist der Übergang ein langsamer, indem die Kranken stundenlang dagegen ankämpfen, einzuschlafen. Die Tiefe der Bewußtseinsstörung ist verschieden, manchmal reagieren die Kranken noch auf stärkere Reize, so daß man ihnen noch Nahrung einflößen kann. Auch hat das Gesicht noch eine leicht rosige Färbung, so daß sie an gewöhnliche Schlafende erinnern, in anderen Fällen liegen sie tiefblaß mit kaum nachzuweisender Atmung und mit kaum erkennbarem Herzschlag da (hysterischer Scheintod). Die Dauer dieser Zustände kann Stunden, Tage, Wochen, Monate betragen (JOLLY). Alle die verschiedenen Varietäten von Dämmerzuständen können passager oder auch habituell auftreten (WOLLENBERG).

Differentialdiagnostisch entstehen bei dieser Art von Seelenstörung nur selten Schwierigkeiten. Der Nachweis der hysterischen Grundlagen ist in der Regel aus der Anamnese nicht schwer zu führen und wird weiter durch das Vorhandensein eines oder des anderen der hysterischen Stigmata gestützt, auch macht das eigentümlich Übertriebene, oft Theatralische, das den auf der Basis der Hysterie entstandenen Seelenstörungen ein eigentümliches Gepräge gibt, oft schon von vornherein darauf aufmerksam, daß man es nicht mit einem ganz reinen Fall zu tun hat. Dabei kommt zur speziellen Diagnose auch häufig das Launenhafte, Sprunghafte im Krankheitsverlauf in Betracht.

Die Behandlung der hysterischen Seelenstörung richtet sich nach den allgemeinen Regeln, die für die Behandlung Geisteskranker überhaupt maßgebend sind. Möglichste Ruhe, namentlich auch Ruhe vor sogenannter fortwährender psychischer Beeinflussung, Entfernung aus der gewohnten Umgebung, energische Liege- und Mastkuren, sodann eine streng geregelte tägliche Beschäftigung, Ruhe und Gymnastik, auch ganz leichte hydrotherapeutische Maßnahmen sind am Platze. Wie bei der Hysterie überhaupt, so handelt es sich auch bei der hysterischen Seelenstörung in erster Linie darum, das Vertrauen der Kranken zu gewinnen und ihnen Achtung einzuflößen. Dabei ist ein ruhiges sicheres Vorgehen unbedingt vonnöten, ängstlich muß dabei vermieden werden, zu viel auf die einzelnen Beschwerden einzugehen. Je mehr man sich im Detail mit den Hysterischen beschäftigt, um so kränker werden sie in der Regel. Die Franzosen haben deshalb geradezu vorgeschlagen, die Hysterischen nach Möglichkeit zu isolieren. In der Tat ist auch das beste Mittel, die hysterischen Anfälle zum Schwinden zu bringen, die sofortige Absonderung der Kranken, die solche Anfälle bekommen. In der Regel schon nach einigen Wochen gehen die Anfälle an Zahl sehr zurück und schwinden schließlich ganz. Auch bei den psychisch abnormen Erscheinungen ist direkt verkehrt, sich auf lange Unterhaltungen einzulassen oder z. B. während der Dämmerzustände die Kranken langen Interrogatorien und Untersuchungen auszusetzen. Nur wenn man möglichst wenig aus der Sache macht, wird man die Aussicht haben, die abnormen Erscheinungen allmählich zum Schwinden zu bringen.

Viele Fälle von hysterischer Verrücktheit, die ganz verzweifelt aussehen, die unter sehr energischem Protest wegen widerrechtlicher Freiheitsberaubung die Anstalt betreten, werden wesentlich gebessert, ja geheilt, wenn nur der Anstaltsaufenthalt lange genug dauert. Mit 6—8 Wochen ist dabei allerdings nichts zu erreichen, man muß je nach der Schwere des Falles mit einer Anstaltsbehandlung von 1 bis 2 Jahren rechnen. Wenn aber eine Kranke eine solche Zeit im Anfang kurz gehalten, später mit besonderem Wohlwollen behandelt und von allen Reizen der Außenwelt ferngehalten wird, dann sieht man es häufig, daß die Reizbarkeit, die zu Verfolgungsideen gesteigerte Idee der Beeinträchtigung allmählich mehr zurücktreten, ja ganz verschwinden, daß die Kranken, nicht nur in der Absicht, entlassen zu werden, sondern aus innerster Überzeugung heraus den früher verdammten

Anstaltsaufenthalt loben und als das einzig Richtige hinstellen und oft für immer, meist aber für längere Zeit ihrer Familie das sind, was sie sein können und müssen. Natürlich ist dabei notwendig, daß man von Anfang an trotz großer Strenge eine Behandlung nicht versäumt. Die Hysterischen sind dafür immer empfänglich. Die Indikation für die einzuschlagende Behandlung ist eine rein symptomatische. Bei Bleichsucht und starker Abmagerung eine entsprechende Medikation und roborierende Diät, bei quälenden hysterischen Schmerzen Galvanisation und Darreichung schmerzstillender Mittel, die in der Regel nur aus gänzlich indifferenten Stoffen zu bestehen brauchen. Bei Genitalleiden zieht man am besten einen erfahrenen Gynäkologen zu, der auch die Behandlung übernimmt und bei rein psychisch bedingten Genitalleiden bestimmt erklärt, daß nichts vorliegt. Eine hypnotische Behandlung ist zu vermeiden, weil sie die allgemeine krankhafte Grundlage nicht beseitigt, sondern das schon an sich erkrankte Vorstellungsleben durch die Dressur zur Hypnose noch weiter schädigt.

Bei den hysterischen Dyspepsien erreicht man auch am besten Erfolge, wenn man die Kranken allein legt, zunächst mit einer Milchdiät beginnt und allmählich, indem man häufige Mahlzeiten nehmen läßt, zu konsistenteren Nahrungsmitteln übergeht; ein sanfter Zwang bei der Darreichung der Nahrung in der Art, daß die Nahrung Bissen für Bissen gereicht wird, kann manchmal im Anfang nicht schaden. Gelegentlich kann man die Behandlung auch durch eine leichte Kissingerkur, bei hartnäckiger Obstipation durch Öleinläufe (EBSTEIN) unterstützen.

Von einer pathologischen Anatomie der Hysterie oder der hysterischen Seelenstörung können wir nicht sprechen. Die bisher erhobenen Befunde sind alle mehr akzidenteller Natur, so daß wir nicht genauer darauf einzugehen brauchen¹⁾.

Literatur.

- ALT, Zur Behandlung der Hysterie. Münch. med. Wochenschr. 1892.
 BINSWANGER, Hysterie, aus Nothnagels spez. Pathologie u. Therapie, XII, Wien, bei Hölder, 1904.
 BÖDEKER, Seltene Formen von Sprachstörungen bei Hysterischen. Charitéannalen XV, Berlin 1890.
 BRUNS, Die Hysterie im Kindesalter. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten, I, 5, 6, 1897.
 CHARCOT, Leçons sur les maladies du système nerveux. Deutsch von FREUD, 1874. Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems. Deutsch von FREUD, 1886.
 Ders., L'isolement dans le traitement de l'hysterie. Progrès médical 1885.
 ENGELHARDT, Über den Pharynxreflex bei Normalen und Gesunden. Dissertation, Bonn 1893.
 FREUD, Über hysterische Lähmungen. Wiener med. Presse 1893.
 FÜRSTNER, Über die hysterischen Geistesstörungen. Urban u. Schwarzenberg, Berlin u. Wien. Deutsche Klinik, Bd. VI, 28, 155.
 Ders., Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. Arch. f. Psych., Bd. XXXI, Heft 3.
 GANSER, Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. Arch. f. Psych., Bd. XXX.
 HITZIG, Schlafattacken und hypnotische Suggestion. Berl. klin. Wochenschr. 1892.
 Ders., Über einen durch Strabismus und andere Augensymptome ausgezeichneten Fall von Hysterie. Berl. klin. Wochenschr. 1897.
 JOLLY, Hysterie. Handbuch von Ebstein und Schwalbe, 1900.
 KARPLUS, Über Pupillenstarre im hysterischen Anfall. Wien. klin. Wochenschr. 1896.
 NAEF, MAX, Ein Fall von temporärer teilweise retrograder Amnesie. Dissert., Zürich 1894. Abgedruckt in der Zeitschr. für Hypnotismus, Heft 6, 1897.
 RAECKE, Beitrag zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. V, 1902.
 SIEMERLING, Über einen mit Gefühlsstörung komplizierten Fall von schwerer Hysterie mit kongenitalen Anomalien des zentralen Nervensystems. Charitéannalen, Bd. XV.
 STEGEMANN, Ein ungewöhnlicher Fall eines hysterischen Dämmerzustandes. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIX, p. 777.

¹⁾ Die genauen Details über die forensische Bedeutung der Hysterie finden sich in meiner gerichtlichen Psychiatrie, 3. Auflage, Jena 1903.

- TUCZEK, Zur Lehre von der Hysterie der Kinder. Berl. klin. Wochenschr. 1886.
 WESTPHAL, Über Pupillenstarre im hysterischen Anfall. Berl. klin. Wochenschr. 1898.
 Ders., Über hysterische Dämmerzustände und das Symptom des Vorbeiredens. Neurol. Zentralbl. 1903.

Die epileptische Seelenstörung.

Eine epileptische Seelenstörung dürfen wir nur diagnostizieren, wenn wir eine epileptische Grundlage nachgewiesen haben. Eine epileptische Grundlage ist mit dem Nachweis der epileptischen Krampfanfälle oder mit dem Nachweis epileptoider Zeichen gegeben.

Das einmalige Auftreten von Krämpfen erlaubt noch nicht die Diagnose Epilepsie zu stellen, das kann bei den mannigfachsten andern Krankheiten auch vorkommen; wichtig ist die öftere, meist in unregelmäßigen Intervallen auftretende Wiederkehr der Zufälle (JOLLY).

Von jeher hat man unterschieden zwischen einer genuinen oder idiopathischen, einer symptomatischen und einer Reflexepilepsie, während man vereinzelt bleibende, auf kurze Zeit in eine Gruppe zusammengedrückte epileptische Anfälle als akute Epilepsie oder Eklampsie bezeichnet.

Unter idiopathischer Epilepsie werden alle die Fälle verstanden, bei denen eine eigentliche Ursache für die Krämpfe sich nicht nachweisen läßt. Von symptomatischer Epilepsie spricht man, wenn gröbere Hirnerkrankungen, Tumoren, Abszesse, Hydrocephalus internus, Verletzungen usw., zur Epilepsie, wie man annimmt, Veranlassung geben. Dabei ist zu bemerken, daß mit dem Fortschreiten unserer pathologisch-anatomischen Diagnostik die Zahl der idiopathischen Epilepsie immer kleiner wird (JOLLY).

Ich möchte bei dieser Gelegenheit aber ausdrücklich hervorheben, daß nach meiner Überzeugung sich nicht alle Fälle von genuiner oder idiopathischer Epilepsie in eine symptomatische auflösen werden, sondern daß, wie ich gleich erörtern will, sicher auch Fälle von Epilepsie vorkommen, und wahrscheinlich in nicht geringer Anzahl, bei denen ein allgemeines, diffus verbreitetes, von Haus aus progressives Hirnleiden zugrunde liegt.

Die Reflexepilepsie wird dann diagnostiziert, wenn ein im peripherischen Nervensystem einwirkender, durch irgend einen krankhaften Vorgang entstehender Reiz einen habituellen Zustand von Epilepsie herbeiführt.

In der Pathogenese der Epilepsie ist noch vieles strittig und unklar. Wir haben kurz die landläufige Einteilung der Epilepsie skizziert und gesehen, daß wir in der Gruppe der genuinen Epilepsie alle die Fälle zusammenfassen, wo es uns nicht gelingt, eine greifbare Ursache aufzufinden; betrachten wir die krankhaften Veränderungen, welche der symptomatischen und der Reflexepilepsie zugrunde liegen, so müssen wir uns sagen, daß in andern Fällen ganz dieselben Veränderungen epileptische Anfälle nicht im Gefolge haben. Wir sehen ferner, daß nach akutem und chronischem Alkoholgenuß, bei chronischer Bleivergiftung und infolge anderer chronischer Vergiftungen Epilepsie auftreten kann (Absinth, Antipyrin usw.), ja man spricht neuerdings immer deutlicher davon, daß Autointoxikationen epileptische Anfälle herbeiführen können, lange bekannt sind ja die urämischen Anfälle. Auch von einer Epilepsie, die von krankhaften Veränderungen am kardiovaskulären System abhängig sind, spricht man. Der strikte Beweis, daß diese krankhaften Zustände allein die Epilepsie herbeiführen, ist aber nicht zu erbringen, denn noch lange nicht jeder, der an derartigen krankhaften Veränderungen leidet, wird epileptisch oder zeigt nur epileptoide Erscheinungen. Wir müssen deshalb immer noch annehmen, daß wir in Fällen, wo wir im Anschluß an die verschiedenartigen Krankheitszustände Epilepsie auftreten sehen, ein uns ihrer Natur nach noch völlig unbekannter Zustand des Gehirns vorhanden ist, die epileptische Veränderung (JOLLY). Diese epileptische Veränderung stellt eine Eigenschaft des Gehirns dar, welche darin besteht, bei Einwirkung der genannten Schädlichkeiten mit epileptischen Krämpfen zu reagieren.

Vielleicht beruht in einem Teil der Fälle, namentlich in den bei jugendlichen Individuen auftretenden Fällen, diese epileptische Veränderung in einer eigentümlichen progressiven Hirnerkrankung mit Neigung zur Gliawucherung.

Bei der Wichtigkeit für die Therapie möchte ich noch besonders betonen, daß man sicher in einzelnen Fällen berechtigt ist, von einer Darmepilepsie oder einer kardiovasalen Epilepsie zu sprechen. A priori ist auch gar nicht einzusehen, weshalb nicht der durch eine große innere Flächenentfaltung ebenso wie das kardiovasale System ausgezeichnete Magendarmtractus irgend einen Reizpunkt haben soll, der bei vorhandener epileptischer Veränderung die Krämpfe auslösen könnte. Es sprechen sogar manche klinische Erscheinungen, z. B. Krämpfe bei den Verdauungsstörungen der Kinder, Krämpfe nach starken Affekten, direkt dafür.

Was die speziellen Teile des Gehirns betrifft, in denen der epileptische Anfall ausgelöst wird, so ist hierüber volle Klarheit noch nicht vorhanden. Am wahrscheinlichsten ist es, daß die tonischen Krampfzustände in subcortikalen Teilen des Gehirns (an der Basis) ihre Auslösung finden (BINSWANGER, ZIEHEN), während die klonischen Zuckungen, bei halbseitigem Auftreten namentlich, wohl zweifellos auf die Hirnrinde bezogen werden können.

In der Ätiologie der Epilepsie spielen hereditäre Verhältnisse eine große Rolle. Einmal kommt in Betracht eine allgemeine nervöse Heredität; so finden wir Epilepsie häufig in den entartenden Geschlechtern, weiter sehen wir, daß Epilepsie der Eltern sich bei einzelnen der Kinder wieder findet und schließlich sehen wir in der Aszendenz von Epileptikern Alkoholismus und Syphilis.

Häufig finden wir in der Anamnese der Epileptiker die Angabe, daß Zahnkrämpfe bestanden haben; wir dürfen in diesen Fällen annehmen, daß bereits diese Zahnkrämpfe durch die Erkrankung des Gehirns oder seiner Häute veranlaßt waren, welche später zum Auftreten der Epilepsie Veranlassung gegeben hat. (Basilare Meningitiden, fötale Encephalitiden, Hirnabszesse, Zysten, Sklerosen des Gehirns etc.)

Unter den akzidentellen Ursachen, welche das tägliche Leben mit sich bringt, sind die wichtigsten das Trauma und die chronischen Vergiftungen (Alkoholismus, in selteneren Fällen das Blei [Saturnismus] und andere Gifte).

Je nach dem Grade der Disposition des Gehirns zur Epilepsie kann ein leichteres oder schwereres Trauma die Epilepsie auslösen. In seltenen Fällen kann eine durch das Trauma herbeigeführte Schädelverletzung durch direkte Reizung des Gehirns schädigen (Splitter der Tabula vitrea). Aber auch hier muß betont werden, daß solche Fälle vorkommen können, ohne daß Epilepsie auftritt.

Wie sehr der Alkohol disponierend für das Zustandekommen der epileptischen Krämpfe wirken kann, sieht man daraus, daß in nicht wenigen Fällen, ja sogar bei ausgesprochenen Hirnherden (JOLLY) die strenge Durchführung der Abstinenz die Anfälle zum Schwinden bringen kann.

Auch nach Infektionskrankheiten, nach Scharlach, Blattern, Keuchhusten kann gelegentlich Epilepsie auftreten. Bei Epilepsie, welche im späteren Lebensalter auftritt, kommt entschieden auch der Arteriosklerose oder der Syphilis eine ätiologische Bedeutung zu.

Der Beginn der Epilepsie kann schon in die erste Kindheit fallen, am häufigsten beginnt die Krankheit in der Pubertät. Bei Mädchen schließt sich der erste Anfall häufig an das Auftreten der Menstruation an. Fälle, die nach dem 21. Jahre beginnen, sind schon seltener. Die sogenannten Fälle von Spätepilepsie entwickeln sich erst im vierten oder fünften Lebensjahrzehnt.

Der epileptische Anfall kann sehr verschiedenartig in seinem Auftreten sein. Je nach dem Grade der Entwicklung unterscheidet man den großen (haut mal) und den kleinen (petit mal) Anfall.

Der typische epileptische große Anfall verläuft so, daß der Kranke nach einer sogenannten Aura, welche durch allerlei abnorme Sensationen und Sinnestäuschungen, Angestempfindungen und vasomotorische Erscheinungen charakterisiert ist, unter Ausstoßung eines lauten durchdringenden Schreies wie vom Blitz getroffen bewußtlos zusammenstürzt. Von dem Schrei weiß der Patient in der Regel nichts mehr. Das Zusammenstürzen ereignet sich in typischen Fällen so plötzlich, daß der Kranke keine Zeit hat, sich zu schützen; er fällt gegen glühende Öfen, auf Eisenbahnschienen, auf spitze Steine, von der Treppe herab, kurz, wo er geht und steht. Wir finden dementsprechend wenige ältere Epileptiker, die nicht allerlei Narben als Folgen dieses plötzlichen Zusammen-

stürzens aufweisen. Der Schrei, das plötzliche Zusammenstürzen sind der erste Akt des Anfalles. Der zweite Akt besteht darin, daß Streckkrämpfe auftreten, welche eine sehr verschieden weite Ausdehnung nehmen können. Häufig ist ein opisthotonischer, rückwärtsbeugender Streckkrampf vorhanden; in anderen Fällen kommt es zu Biegungen nach der Seite; auch die Extremitäten zeigen tonische Krämpfe. Dabei ist das Gesicht des Kranken zunächst blaß, später erscheint es mehr livid, bläulich verfärbt; die Augen sind nach oben oder nach der Seite gewandt, meist nach der Seite, nach welcher der Kopf hingedreht ist (konjugierte Abweichung), (*Déviation conjugée*). Immer wenden sich beide Augen nach derselben Seite. Die Pupillen sind gewöhnlich im Anfange (im Tonus) eng und starr, später werden sie weiter und sind entweder starr oder reagieren träge. Die Atmung erscheint sistiert. Lange ($\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ Minute) hält der tonische Spannungszustand, der häufig infolge der Sistierung der Atmung zu einer Cyanose des Gesichts führt, nicht an; es folgt jetzt das dritte Stadium, das Stadium der klonischen Krämpfe. Diese Krämpfe können fast sämtliche Muskeln befallen und dehnen sich in der Regel auch auf die Atmungsmuskulatur aus. In den Extremitäten kommen diese Krämpfe als schlagende, stoßende, drehende Bewegungen zum Ausdruck. Während dieses Stadiums ist die Gesichtsfarbe wechselnd, blaß oder cyanotisch; niemals aber nimmt sie die Röte an, welche eine derartige Kraftleistung, wie sie die klonischen Krämpfe erfordern, beim gesunden Menschen hervorruft. Während das Stadium der tonischen Krämpfe nur wenige, bis höchstens 30 Sekunden dauert, kann sich das Stadium des klonischen Krampfes über mehrere Minuten und länger erstrecken. Auch die Kopf- und Augenmuskeln beteiligen sich an dem Klonus, und wieder werden meist Kopf und Augen nach der gleichen Richtung hin bewegt. Die klonischen Krämpfe können in ihrer Intensität vorübergehend nachlassen, um dann um so heftiger wiederzukehren; sie verschwinden allmählich oder plötzlich. Da auch die Kau- und Zungenmuskulatur dabei beteiligt ist, kommt es häufig zu Zungenbissen; natürlich kann es zu Zungenbissen auch schon während des Hinstürzens kommen; ja das Abbrechen von Zähnen ist beobachtet. Infolge der Zungenbisse ist der während dieses Stadiums vor dem Munde sich zeigende schaumige Speichel blutig gefärbt.

Das vierte Stadium, welches sich an die klonischen Zuckungen anschließt, besteht in einem eigentümlichen stertorösen (schnarchenden) Atmen. Der Kranke liegt blaß, cyanotisch, regungslos, schnarchend inspirierend, wie während der übrigen Stadien vollständig analgetisch (unempfindlich für Schmerzen, z. B. werden Stiche in die Nasenscheidewand nicht empfunden) und bewußtlos da; allmählich geht dieses vierte Stadium in das fünfte, in das Stadium des terminalen Schlafes über. Dieser Schlaf, in typischen Fällen sicher noch ein Teil des Anfalles, ist so tief, daß ein Erwecken des Kranken in der ersten halben Stunde kaum möglich ist; wird es dennoch durchgeführt, so erscheint der Kranke verwirrt und benommen (HERMANN). Die Reflexerregbarkeit ist während des Anfalles erloschen; man kann z. B. die Augenbindehaut berühren, ohne daß ein Lidschluß erfolgt. Das Kniephänomen ist während des Anfalles schwer zu prüfen; im Stadium des terminalen Schlafes und nach dem Anfalle fehlt es oder es erscheint gesteigert. Urin wird in der Regel, Kot nicht selten während des Anfalls unwillkürlich entleert.

Die Anfälle sind aber durchaus nicht immer voll ausgebildet vorhanden. Es fehlt bald das eine, bald das andere Stadium, oder die einzelnen Stadien nehmen einen etwas anderen Verlauf, oder die Bewußtlosigkeit erstreckt sich nicht über sämtliche Stadien. Es gibt epileptische Anfälle, welche lediglich in einem plötzlichen Zusammenstürzen bestehen; andere, bei denen der Anfall mit klonischen Zuckungen in einzelnen Muskelpartien beginnt und ein mehr allmähliches Zusammenbrechen erfolgt; andere, bei denen nur ein kurzer tonischer Streckkrampf entsteht; andere, bei denen der ganze Anfall durch einen lauten, brüllenden Aufschrei markiert ist; andere, bei denen der Kranke plötzlich ein paar Schritte vorwärts rennt und dann erst zusammenbricht (*Epilepsia procursiva*); andere, bei denen der Kranke im Kreise herumläuft und dergl. mehr. Die Varietäten sind unendlich und es kann bei einem und demselben Individuum bald ein wohlausgebildeter Anfall, bald ein Rudiment eines solchen vorhanden sein. Immer aber besteht auch während dieser rudimentären Anfälle ein länger oder kürzer anhaltender Zustand von verändertem Bewußtsein, der sich meist bis zur vollen Bewußtlosigkeit mit nachfolgender Amnesie steigert. Ich sage ausdrücklich ein Zustand von verändertem Bewußtsein. Denn man hat bereits seit längerer Zeit gelernt, daß bei dem epileptischen Insult nicht immer eine totale Bewußtlosigkeit mit totaler Amnesie vorhanden sein muß. Es ist also nicht auf die Bewußtlosigkeit, wie man früher annahm, sondern auf den veränderten Bewußtseinszustand der Hauptnachdruck zu legen (SIEMERLING). Die Dauer der Bewußtlosigkeit ist verschieden. Sie kann, wie beim typischen Anfalle, sämtliche Stadien überdauern; sie kann für einzelne Stadien nur partiell und nur ganz vorübergehend total sein. Wichtig ist, zu wissen, daß durchaus nicht immer die totale Bewußtlosigkeit sofort eintritt und sofort wieder in den Zustand des vollen Bewußtseins übergeht, sondern häufig allmählich, so daß eine partielle Bewußtseinsstörung während eines Teiles des Anfalles bestehen kann. Es können also während eines Anfalles alle Grade einer leichten Bewußtseinsengung bis zur vollen Bewußtseinsausschaltung bestehen.

Schließlich sei noch erwähnt, daß ab und zu nach epileptischen Anfällen Eiweiß und sehr selten Zucker im Urin auftritt. Man hat früher geglaubt, daß Eiweiß nach jedem Anfalle im Urin vorhanden sei; diese Annahme hat sich aber als nicht stichhaltig erwiesen (EBSTEIN). Die Zahl der Anfälle ist äußerst variabel. Wir beobachteten Epileptiker, welche täglich mehrere Anfälle erleiden und solche, bei denen nur alle paar Jahre ein Anfall auftritt. Gelegentlich kann es bei jedem Epileptiker vorkommen, daß stunden- und tagelang Anfall an Anfall sich reiht: Status epilepticus.

Außer dem ausgesprochenen epileptischen Anfalle gibt es nun noch sogenannte epileptoide Zeichen, welche uns gestatten, bei einer vorhandenen Seelenstörung eine epileptische Grundlage anzunehmen. Ich habe bereits erwähnt, daß häufig die epileptischen Anfälle nicht in der typischen Weise, sondern mehr rudimentär auftreten.

Die leichteste, aber darum diagnostisch nicht minder wichtige Art des epileptischen Anfalles ist das sogenannte Petit mal. Es tritt statt eines ausgebildeten Anfalles nur eine mehr oder minder rasch vorübergehende Bewußtlosigkeit auf. Der Kranke wird dabei leichenblaß, in einzelnen Fällen treten leichte Zuckungen auf oder Kontraktionen in einzelnen Muskeln des Gesichts und der Extremitäten. Zu einem

Hinstürzen kommt es dabei in der Regel nicht, weil die Störung zu rasch wieder vorübergeht.

Die leichtesten Grade dieses Petit mal bilden den Übergang zu einem der am häufigsten beobachteten epileptoiden Symptome, dem sogenannten epileptischen Schwindel. Man versteht darunter die Erscheinung, daß ein Individuum ohne erkennbare Ursache von Zeit zu Zeit von plötzlich auftretenden und verhältnismäßig rasch vorübergehenden Schwindelanfällen heimgesucht wird. Häufig ist der Schwindel mit einem Bläßwerden des Individuums verbunden. Er unterscheidet sich vom Petit mal dadurch, daß dem Kranken sein Zustand meist mehr oder minder bewußt ist. Neben solchen Schwindelanfällen, welche mit einfacher Blässe des Gesichts, dem Gefühle, unzusinken, dem plötzlichen Festhalten an der Wand oder an irgend einem in der Nähe befindlichen Gegenstand einhergehen, finden sich auch länger anhaltende Anfälle mit Herzklopfen, Pulssteigerung resp. -verlangsamung, Rötung des Gesichts, Erweiterung der Pupillen, sehr lebhaftem Schwindelgefühl und heftigen Kopfschmerzen. Ja, manchmal gesellt sich auch dazu ein Schweißausbruch. Auch wird beobachtet, daß die Kranken plötzlich, ohne das Bewußtsein zu verlieren, für einen Moment die Herrschaft über die Glieder einbüßen (JOLLY).

Weitere epileptoide Symptome sind das nächtliche Aufschrecken (Pavor nocturnus), ab und zu Bettnässen oder auch die Erscheinung, daß der Urin vor das Bett oder in einem Winkel der Stube entleert wird, unmotivierter Angstanfälle u. dergl. Schließlich sei noch bemerkt, daß bei einem und demselben Individuum sowohl ausgesprochene Krampfanfälle als auch epileptoide Symptome auftreten können.

Haben wir bei einem Menschen ausgesprochene epileptische Anfälle oder mehrere der epileptoiden Zeichen festgestellt, so können wir sagen, wir haben einen Epileptiker vor uns.

Ein Epileptiker ist aber noch kein Geisteskranker. Wenn auch bei keinem Epileptiker die Gefahr ausgeschlossen ist, daß er einmal plötzlich geisteskrank wird, so sehen wir doch zahlreiche Epileptiker, welche seltene Anfälle, einen oder höchstens ein paar im Jahre, haben, mit großem Erfolg in ihrem Berufe tätig sein, ja es wird behauptet, daß einzelne hervorragende Männer aus der Geschichte Epileptiker waren (z. B. Julius Cäsar).

An und für sich bietet aber der Umstand, daß die Anfälle sehr selten auftreten, durchaus noch keine Gewähr für den Ausschluß der Dämmerzustände. In einem Falle, bei dem die Krampfanfälle nur alle 2 bis 3 Jahre auftraten, sah ich plötzlich einen furibunden Dämmerzustand mit einem Mordversuch sich einstellen.

Wie auf dem Boden der Hysterie, so können auch auf der Basis der Epilepsie die verschiedensten Arten von psychischen Störungen sich entwickeln.

Wir beobachten:

1. eine fortschreitende degenerative Veränderung des Charakters und der geistigen Individualität;
2. anfallsweise auftretende Zustände transitorischer Bewußtseinsstörung (Dämmerzustände);
3. die verschiedenartigsten, die Epilepsie komplizierenden Psychosen.

Alle drei Gruppen können in der mannigfachsten Weise kombiniert vorkommen.

Ein Epileptiker mit ausgeprägter Charakterveränderung kann Dämmerzustände, aber daneben eine komplizierende Psychose bekommen oder im Verlauf der komplizierenden Psychose können sich Dämmerzustände einstellen u. s. w.

Der epileptische Charakter stellt eine andauernde, allmählich fortschreitende Änderung der gesamten geistigen Individualität dar. Dieselbe entwickelt sich bei dem einen Kranken rascher, bei dem andern langsamer. In Fällen, wo die Anfälle häufiger auftreten, scheint diese Veränderung, welche man kurz als eine epileptische Charakterdegeneration (KIRN) bezeichnen kann, in der Regel rascher aufzutreten.

Der Beginn der Entartung, welche schließlich zur Ausbildung der sogenannten epileptischen Charakterveränderung führt, ist meist gekennzeichnet durch das Auftreten einer großen Reizbarkeit und ausgesprochener ethischer Defekte. Es entwickelt sich ein schroffer Egoismus, alle Pflichten gegen die nächsten Angehörigen werden vergessen und weiterhin zeigt sich eine ausgesprochene Neigung zum Lügen; der Kranke entstellt und verdreht alles.

In vielen Fällen, namentlich wenn die Epilepsie noch nicht lange besteht, kommt es vor, daß der Epileptiker nur dann, wenn er besonders verstimmt und gereizt ist, seine Übertreibungen und Beschwerden vorbringt. Es ist mir oft passiert, daß der kurz vorher noch über alles schimpfende Epileptiker ein paar Stunden später, wenn ich ihn zeigen wollte, um diese Symptome zu demonstrieren, als ein außerordentlich freundlich gesinnter Mensch sich erwies.

Die Neigung zum Lügen vieler, der meisten Epileptiker ist den Irrenärzten so bekannt, daß es erstaunlich erscheint, wenn immer wieder seit langen Jahren an hochgradiger Epilepsie leidende Individuen als Zeugen vernommen und vereidigt werden. Ich halte es für eine der schwierigsten Aufgaben der psychiatrischen Sachverständigentätigkeit, sich über die Zeugnisfähigkeit eines Epileptikers zu äußern und möchte davor warnen, einem Epileptiker, bei dem sich der epileptische Charakter bereits entwickelt hat, ganz allgemein die Zeugnisfähigkeit zuzusprechen.

Nicht selten verleitet die pathologisch veranlaßte Neigung zum Lügen die Epileptiker, unter dem Eide die Unwahrheit zu sagen.

Diese mangelhafte Reproduktionstreue kann veranlaßt sein durch einen habituellen Zustand, den epileptischen Charakter, sie kann der Ausfluß sein einer vorübergehenden Reizbarkeit und Verstimmung und kann bedingt sein durch traumhafte Perzeptionen in einer leichten transitorischen Bewußtseinsstörung.

Gleichzeitig mit dem ethischen Defekte, aber nicht sogleich deutlich sich markierend, zeigen sich auch allerlei intellektuelle und affektive Störungen. Stück für Stück im Anfang oft ganz allmählich geht das geistige Kapital zugrunde; der Epileptiker wird vergeßlich, er urteilt nicht mehr so klar wie früher, erscheint infolgedessen mißtrauisch, die Erregbarkeit im Affekt wird krankhaft gesteigert, der Kranke wird hochgradig reizbar. Auf Grund des krankhaften Mißtrauens und der krankhaft gesteigerten Reizbarkeit, welche sich häufig bei der geringsten Veranlassung bis zu Anfällen sinnloser Wut mit blinder Gewalttätigkeit gegen die Umgebung steigert, ist der Verkehr mit Epileptikern sehr schwer, und auf Grund eben dieser Erscheinungen kommt es häufig zu Handlungen, welche zum Konflikt mit dem Strafgesetzbuche führen.

Man hat daher immer bei Beurteilung von Rechtsbrüchen, welche von Epileptikern begangen sind, in Erwägung zu ziehen, ob nicht Momente vorliegen, welche die Handlung durch den pathologisch gesteigerten Affekt veranlaßt erscheinen lassen.

Bei fortschreitender psychischer Entartung entwickelt sich allmählich immer deutlicher der Schwachsinn. Dieser Schwachsinn kann die stärksten Grade aufweisen. In der Regel tritt bei den Epileptikern, namentlich wenn der Schwachsinn sich bereits deutlicher markiert, ein Hang zu einer Frömmelei, die sich hauptsächlich in Äußerlichkeiten zu betätigen sucht, auf.

Ein Symptom, welches wir ebenfalls bei Epileptikern beobachten, ist die krankhafte Verstimmung (KRAEPELIN, ASCHAFFENBURG). Dieselbe ist am häufigsten depressiver Natur, aber es kommen gelegentlich auch Zustände mehr oder minder deutlich markierter, ausgelassener Heiterkeit vor. Auch soll nicht unerwähnt bleiben, daß häufig fast bei jedem Epileptiker längere oder kürzere Zeit andauernde Zustände leichter oder schwerer Benommenheit auftreten. Diese Zustände werden häufig mit der epileptischen Verstimmung verwechselt, haben aber nichts mit derselben zu tun. Schließlich sei noch erwähnt, daß der Epileptiker meist eine große Intoleranz gegen Alkohol besitzt.

Der Alkohol steigert, wie wir gesehen haben, nicht nur die Häufigkeit der Anfälle, er kann auch die bei dem Epileptiker gewöhnlich vorhandene Reizbarkeit ins Ungemessene steigern und er löst nicht selten die gleich näher zu betrachtenden Zustände transitorischer Bewußtseinsstörung aus. Bei vielen Verbrechen, welche von Epileptikern begangen werden, spielt der Alkohol die Rolle eines Agent provocateur. Der Alkohol ist ein Gift, für den Epileptiker aber ein doppeltes Gift. Ganz besonders deletär wirkt der Alkohol bei einem Epileptischen, wenn noch ein Affekt hinzukommt. Man wird daher auch bei einem Epileptiker, der getrunken hat und nun, gereizt, einen Gewaltakt begeht, nie sagen können, daß pathologische Momente bei dem Zustandekommen der Delikte eine Rolle nicht gespielt haben.

Nicht selten sehen wir einen Epileptiker in dem Prodromalstadium eines Anfalles besonders gereizt und empfindlich werden. Diese Zustände haben an sich mit dem epileptischen Charakter streng genommen nichts zu tun, sie leiten hinüber nach den eigentümlich psychischen Störungen, welche wir als **transitorische Bewußtseinsstörungen**, als **Dämmerzustände** bezeichnen.

Die unter den verschiedenartigsten Symptomenkomplexen auftretenden Dämmerzustände können einem Anfalle vorausgehen, ihn quasi als eine protrahierte Aura einleiten, sie können sich an einen Anfall anschließen und sie können ohne erkennbaren Zusammenhang mit einem Anfall — man kann fast sagen — statt eines Anfalls auftreten (Äquivalent). Charakteristisch für dieselben ist der Zustand des veränderten Bewußtseins (SIEMERLING), nicht, wie man früher annahm, die Bewußtlosigkeit. Es läßt sich deshalb auch nicht mehr als Kriterium dieser Zustände, der sogenannten epileptischen Dämmerzustände, die vollständige Amnesie aufstellen. Allerdings werden wir häufig finden, daß eine totale Amnesie besteht; aber auch in den Fällen, in denen eine partielle Erinnerung vorhanden ist, kann eine transitorische Bewußtseinsstörung vorhanden gewesen sein.

Das Bewußtsein ist nicht aufgehoben, es ist nur verändert; der Grad der Veränderung kann allerdings ein sehr verschiedener sein (SIEMERLING).

WESTPHAL beschreibt in klassischer Weise diese Zustände in einem Gutachten, wie folgt: „Es gibt Zustände von der Dauer von Minuten bis Stunden, in welchen das Bewußtsein derartig tief gestört sein kann,

daß der Betreffende sich in einem Ideenkreise bewegt, der wie losgelöst erscheint von seinem normalen, auf Grund dessen und der damit verknüpften Gefühle und Willenserregungen er Handlungen begeht, welche dem gewöhnlichen Inhalte seines Denkens vollkommen fremdartig sind und keine Beziehungen dazu haben, ohne daß dabei die Fähigkeit zu zusammenhängenden und bis zu einem gewissen Grade unter sich folgerichtigen Handlungen aufgehoben wäre.“

In diesem Zustande der transitorischen Bewußtseinsstörung machen die Kranken den Eindruck bald eines stuporösen, bald eines aufgeregten, verwirrten, bald eines im Traum befangenen, bald eines mehr oder minder geistig intakten Menschen. Namentlich dem Laien fallen die Kranken in diesem Zustande häufig nicht auf.

Je nachdem diese Zustände vor oder nach einem Anfalle auftreten, nennt man sie prä- oder postepileptische Störungen oder Dämmerzustände. Zeigen sie sich ohne Zusammenhang mit einem Anfalle, statt eines Anfalls, so spricht man von einem epileptischen Äquivalente. Es kann vorkommen, daß vor dem Anfalle der Dämmerzustand einen mehr deliranten Charakter hat, nach dem Anfalle dagegen mehr stuporöse Züge aufweist oder umgekehrt; auch ein Wechsel in diesen Typen wird beobachtet.

Auch Sinnestäuschungen, z. B. Gedankenlautwerden (KNÖRR), können die transitorischen Bewußtseinsstörungen komplizieren.

Die Dauer der Anfälle transitorischer Bewußtseinsstörung ist verschieden; sie erstreckt sich auf Minuten, Stunden, Wochen und Monate.

Häufig nehmen nun die Kranken in diesem Zustande veränderten Bewußtseins scheinend bewußt und willkürlich Handlungen vor, welche sie in schweren Konflikt mit dem Strafgesetzbuche bringen. Anklagen wegen Diebstahls, Mordes, Brandstiftung und anderer Verbrechen sind nicht selten die Folgen davon. Fehlen Erregung oder Verwirrung während dieser Zustände, so ist es überaus selten, daß derartige Kranke während ihres Anfalls noch in Beobachtung kommen. Wir dürfen aber durchaus noch nicht den Schluß ziehen, daß der Kranke nun nicht trotzdem auffällig für den aufmerksamen Beobachter und namentlich den Sachverständigen gewesen sei (SIEMERLING). In Fällen, wo es gelingt, brauchbare Erkundigungen einzuziehen, werden sich meist Angaben über das sonderbare Benehmen des Kranken ergeben.

So fiel ein Kranker SIEMERLINGS durch seine lallende Sprache, die blutunterlaufenen Augen und durch seine Aufgeräumtheit im Wesen auf. Ein anderer desselben Autors irrte während eines Dämmerzustandes wochenlang unter falschem Namen umher und erledigte geschäftliche Angelegenheiten; derselbe machte auf seine Umgebung den Eindruck eines Halbverrückten und fiel durch seine schleppende „kränkliche“ Sprache auf. Die Symptome sind meist für den Laien wenig auffällig und stehen in keinem Verhältnis zu der Schwere des Zustandes.

In selteneren Fällen unternehmen die Kranken im Zustande transitorischer Bewußtseinsstörung Reisen, oft lange weite Reisen, und sind dann erstaunt, wenn sie wieder zur vollen Klarheit aufwachen, wie sie an den Ort hingekommen sind. Oft sind ihnen dabei noch einzelne Episoden der Reise erinnerlich (Automatisme ambulatoire, Porio manie).

Wenn DONATH meint, daß bei den Äquivalenten der Epileptiker mit Wandertrieb die Bewußtseinsstörung entweder vollständig fehlen oder ganz in den Hintergrund treten kann, so bezieht sich das wohl mehr auf die Gedächtnisstörung, eine Bewußtseinsstörung besteht sicher, indem dem Patienten die gesamten Erlebnisse während der porio manischen Attacken als ein fremdartiges Produkt seiner Vorstellungstätigkeit vorkommt (BONHOEFER). Der Patient weiß, wenn die Attacke einsetzt und wenn sie schließt. Auch wissen wir, wie ich oben ausführte, nicht, ob er wirklich sich an alles erinnert.

Werden die Kranken in dem Zustande der transitorischen Bewußtseinsstörung von Leuten gesehen, welche zu beobachten verstehen, so werden fast immer einige Sonderbarkeiten konstatiert.

Das schnelle Nebeneinander von anscheinend geordneten, gleichgültigen, mehr unauffälligen Erscheinungen mit befremdlichen unerwarteten, oft gewalttätigen Handlungen legen den Verdacht auf ein epileptisch verändertes Bewußtsein nahe.

Die Erinnerung an diese Zustände resp. an die in solchen Zuständen vorgenommenen Handlungen kann vollständig geschwunden sein oder sie ist mehr oder minder partiell (MÖLI, SIEMERLING, RAEKE). So z. B. packt ein epileptischer Kapellmeister in einem Dämmerzustande auf offener Straße seinen Koffer im Wagen aus und wirft die Sachen auf die Erde. Als er zu sich gekommen ist, erinnert er sich, die Sachen auf der Straße liegen gesehen zu haben, weiß aber nicht, wie sie dahin gekommen sind (SIEMERLING).

Um zu zeigen, wie diese partiellen Erinnerungsdefekte auftreten, möchte ich an die Erfahrungen erinnern, welche wir bei einem mehr oder minder schweren Rausche machen. Auch hier wird man häufig finden, daß ganz auffällige Erinnerungslücken für die im Rausch verlebte Zeit und die während desselben vorgenommenen Handlungen bestehen.

Eins der charakteristischsten Merkmale für Handlungen im epileptischen Dämmerzustand ist auch die Gleichartigkeit der Handlungen. Manchmal wiederholen sich dieselben, auch wenn sie schwere Vergehen betreffen, immer wieder bei demselben Individuum mit fast photographischer Treue.

Natürlich können auch bei larvirter Epilepsie, bei *Epilepsia nocturna*, Zustände transitorischer Bewußtseinsstörungen auftreten. v. KRAFFT-EBING teilt ein interessantes Beispiel mit, welches einen Bürgermeister einer kleinen Stadt betrifft, der in glücklicher, mit Kindern gesegneter Ehe lebend, bei homosexuellen Attacken auf der Straße attrapiert wird. Die Anstaltsbeobachtung stellte *Epilepsia nocturna* mit entsprechenden Dämmerzuständen fest.

Die Handlungen, welche in einem solchen Zustande begangen werden, sind, wie erwähnt, meist sehr gewalttätiger Natur. Totschlag, Brandstiftung, Notzucht usw. können die Verwirklichung früher ausgesprochener Drohungen und Absichten darstellen. In solchen Fällen kann es schwer halten, den Richter davon zu überzeugen, daß es trotzdem eine Krankheit ist, die die Tat veranlaßt hat.

Nicht selten beobachten wir, daß nach einem derartigen Dämmerzustande das Individuum in einen lang andauernden tiefen Schlaf verfällt, wie nach einem epileptischen Anfalle. Auch ohne Zusammenhang mit einem Anfalle oder mit Zuständen transitorischer Bewußtseinsstörung können Anfälle von Schlafsucht von längerer oder kürzerer Dauer auftreten (E. SCHULTZE). Häufig hat der epileptische Dämmerzustand, wenn er mit Aufregung verbunden ist, große Ähnlichkeit mit der akuten Verwirrtheit, den ganz akuten Fällen der Paranoiagruppe.

Ein großer Teil, der unter dem Namen „transitorische Tobsucht“ (SCHWARTZER) beschriebenen Fälle gehört zu den epileptischen Dämmerzuständen, ein anderer zu den akuten Verwirrheitszuständen der Paranoiagruppe. Bei dem einen Epileptiker beobachten wir die Dämmerzustände häufiger, bei dem andern seltener; a priori ausschließen können wir sie bei keinem Epileptiker.

Ich brauche wohl kaum hervorzuheben, daß sich die Dämmerzustände, resp. die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epileptiker

durchaus nicht immer von dem Irresein der Epileptiker scharf trennen lassen. Die beiden pathologischen Zustände gehen durch allerlei Zwischenformen ineinander über.

Das Charakteristische der transitorischen Bewußtseinsstörung ist der traumhaft veränderte Bewußtseinszustand und der damit verbundene mehr oder weniger deutliche Erinnerungsdefekt, das schnelle Nebeneinander von einfachen, unauffälligen und von befremdlichen, oft gewalttätigen Handlungen bei einer durch epileptische Krampfanfälle oder epileptoide Zeichen erwiesenen epileptischen Grundlage.

Mehrere gleichartige Fälle von dem Charakter der transitorischen Bewußtseinsstörungen lassen Epilepsie vermuten, aber nicht mit Bestimmtheit diagnostizieren.

Die komplizierenden psychischen Störungen, welche auf dem Boden der Epilepsie auftreten, können sehr verschiedenartiger Natur sein. Wir finden maniakalische, melancholische, paranoische, stuporös-ekstatische (katatonische) Symptomenkomplexe. Paranoische Symptomenkomplexe können wochen-, monate-, ja in seltenen Fällen jahrelang die gesamte Erscheinungsreihe bei Epilepsie beherrschen (MÖLL, GNAUCK, BUCHHOLTZ). Häufig kommt es dabei vor, daß mehr oder minder plötzlich das eine Krankheitsbild das andere ablöst, ja die genannten Zustände können in regellosem Wechsel sich folgen. Immer tritt bei diesen Zustandsbildern mehr oder weniger deutlich der epileptische Charakter hervor. Diese psychischen Störungen können gelegentlich auch für längere oder kürzere Zeit verschwinden oder zurücktreten. Häufig beobachtet man das nach einer Serie oder nach sehr schweren epileptischen Anfällen.

Kommt es auf Grund der den psychischen Störungen zugrunde liegenden Erscheinungen zu Erregungszuständen (z. B. im Anschluß an Wahnideen oder Sinnestäuschungen), so können solche geisteskranken Epileptiker ganz außerordentlich gefährlich werden, überhaupt sind dieselben schwer zu behandeln, denn sie sind viel reizbarer als andere Geisteskranke und völlig unberechenbar, weil jeden Augenblick auch noch ein Dämmerzustand oder die präepileptische gesteigerte Reizbarkeit das Krankheitsbild komplizieren kann.

Nur in den seltensten Fällen, wenn erst eine weitgehende Verblödung eingetreten ist, wird es möglich sein, derartige geisteskranken Epileptiker außerhalb einer Anstalt zu verpflegen.

Die Differentialdiagnose der epileptischen Seelenstörung stützt sich auf den Nachweis der epileptischen Grundlage. Wenn auch bei einzelnen Fällen die Patienten in den Dämmerzuständen sich sehr charakteristisch verhalten und namentlich die öftere Wiederkehr eines solchen Zustandes in gleicher Weise auf Epilepsie hinweisen muß, wird man doch gut tun, auch an anderen Erscheinungen die zugrunde liegende Epilepsie zu erkennen. Je mehr man sieht, desto mehr Enttäuschungen erlebt man bei einem so einseitigen Vorgehen. Ganz abgesehen davon, daß auch die Dämmerzustände der Hysterischen sich manchmal in nichts von denen der Epilepsie unterscheiden, gibt es auch Verwirrungszustände auf toxischer und anderer Basis, welche kaum von den Dämmerzuständen der Epilepsie differenziert werden können.

Die Diagnose der epileptischen Grundlage werden wir meist nicht nach einer einmaligen Untersuchung stellen können, sondern erst nach längerer Beobachtung und genauer Kenntnis des ganzen bisherigen Vorlebens und der genauen körperlichen Untersuchung. Am meisten Schwierigkeiten macht die Differentialdiagnose, wie ich hier gleich bemerken will, der Hysterie gegenüber. Ja, es gibt Fälle, welche entschieden neben epileptischen auch hysterische Erscheinungen in ausgeprägter Weise darbieten (Hysteroepilepsie).

Bei der körperlichen Untersuchung lenkt den Verdacht auf Epilepsie das Vorhandensein von Zungenbissen oder von Narben von solchen und das Auffinden von älteren und frischeren Narben am Kopfe und anderen exponierten Stellen des Körpers, von Verletzungen beim Hinfallen herrührend; bei Hysterischen sind Zungenbisse extrem selten, ein Verletzen beim Hinfallen kommt so gut wie gar nicht vor, während es bei manchen Epileptikern die Regel ist. Die Epilepsie führt häufig bei längerem Bestehen zu einer gewissen leichteren oder schwereren Stupidität, die sofort auffällt, während eine derartige Veränderung bei der Hysterie selbst nach jahrzehntelangem Bestehen extrem selten ist. Die hysterischen Anfälle setzen meist im Anschluß an einen Affekt ohne Prodrome ein, sie sind in ihrer Intensität durch Brom nur schwer zu bekämpfen, während die Suggestion einen deutlichen Einfluß hat. Bei der Epilepsie ist eine Aura nicht selten, der Anfall entwickelt sich mit und ohne Aura plötzlich mit elementarer Gewalt, ohne daß irgend ein auslösendes Moment vorausgegangen zu sein braucht. Die Suggestion ist machtlos gegen epileptische Zustände, auf Brom versagen im Anfang nur in den seltensten Fällen die Epileptiker. Daß ein Epileptiker im Anfall Urin, Kot, ja Samen verliert, ist häufig, bei der Hysterie gehört das zu den größten Seltenheiten. Abgesehen vom Status epilepticus, bei dem es sich ja nur um eine Serie von einzelnen Attacken handelt, ist der epileptische Insult kürzer in seiner Ablaufzeit als der hysterische.

Bei der Epilepsie hat man auch viel mehr den Eindruck einer schweren Erscheinung, die epileptische Krampfattacke dauert für gewöhnlich nur einige bis höchstens 10 Minuten, während der hysterische Anfall so rasch nicht zu Ende kommt, sich meist über eine Viertelstunde hinzieht und in nicht seltenen Fällen, namentlich wenn eine andächtige Zuschauerschar vorhanden ist, noch länger dauert. Im epileptischen Anfall haben wir fast immer ein deutliches Erblässen im Anfang der Attacke und deutlich cyanotisch-livide Gesichtsfarbe im weiteren Verlauf, dabei sind die Pupillen in der angegebenen Weise starr gegen Lichteinfall, und es besteht eine weitgehende Analgesie und Anästhesie bis zur Aufhebung des Cornealreflexes. Bei der Hysterie spielt eine derartige Verfärbung des Gesichts im Anfall keine Rolle, im Gegenteil, das Gesicht ist häufig entsprechend der Arbeitsleistung im Anfall frisch gerötet, die Pupillen sind nur in den seltensten Fällen starr gefunden worden (WESTPHAL, KARPLUS). Die Analgesie und Anästhesie ist bei der Hysterie zwar auch vorhanden, aber meist nur regionär verbreitet, so daß man neben analgetischen auch deutlich hyperästhetische Zonen hat.

Ananestisch spricht schließlich noch für Epilepsie, wenn man hört, daß schon von klein auf die Anfälle bestehen.

Wie unterscheidet sich nun das einfache Petit mal von der Ohnmacht?

Zunächst findet man bei der Ohnmacht ein deutliches Schwächerwerden der Herz-tätigkeit (OPPENHEIM), ferner ist die Bewußtseinsstörung nicht eine so tiefgehende und schließlich fehlt jede motorische Reizerscheinung bei der Ohnmacht, während wir schon beim Petit mal, wie ich oben dargelegt habe, zum mindesten leichte Zuckungen um die Mundwinkel herum haben können.

Der Ausgang und der Verlauf der epileptischen Seelenstörung kann ein sehr verschiedenartiger sein; in der großen Mehrzahl der Fälle, das wird man allgemein sagen dürfen, ist die Prognose ungünstig. Die Prognose richtet sich vor allem auch nach dem Verlauf und der Art der Epilepsie. So werden wir bei einem Epileptiker mit einer ausgesprochenen degenerativen Charakterentwicklung, welche bereits zur Verblödung geführt hat, nicht mehr auf Genesung hoffen dürfen. Dasselbe gilt von längerdauernden fest fixierten psychischen Störungen auf dem Boden der Epilepsie, wenn bereits Symptome der beginnenden Verblödung da sind. Dagegen muß hervorgehoben werden, daß von vornherein die paranoischen, maniakalischen und melancholischen Zustände, welche das Krankheitsbild der Epilepsie komplizieren können, durchaus noch nicht eine ungünstige Prognose bieten, man sieht vielmehr gelegentlich, allerdings nicht gerade häufig, diese Zustände nach verschieden langer Dauer plötzlich oder allmählich wieder verschwinden. Im großen und ganzen ist allerdings die Prognose eine ungünstige. Auch kommt es sehr leicht zu Rezidiven. Gewöhnlich führen diese Psychosen unter zunehmender Abnahme der Intelligenz zur Verblödung. Die Dauer bis zum Ablauf der Psychose kann sich über Jahre erstrecken.

Fast unberechenbar in ihrem Verhalten sind die Dämmerzustände. Wenn wir ganz allgemein sagen können, daß diejenigen Fälle von Epilepsie verhältnismäßig erst spät und oft gar nicht zu einer weiteren Störung der intellektuellen Fähigkeiten auch im Verlaufe von Jahrzehnten führen, bei denen ausgesprochene Krampfanfälle selten auftreten, bei denen das Petit mal so gut wie ganz

fehlt (JOLLY), bei denen also das Gehirn immer wieder Zeit hat, sich gut und ausgiebig von den Attacken zu erholen, so ist das Auftreten häufigerer Dämmerzustände bei einem Epileptiker sicher kein günstiges Symptom. Ja, wir sehen nicht selten, daß das häufigere Auftreten von Dämmerzuständen das raschere Fortschreiten des geistigen Verfalls einleitet. Es gilt das ganz besonders von den Wochen und Monate anhaltenden schweren Verwirrungszuständen, welche manchmal den Anfällen vorausgehen oder ihnen nachfolgen.

Dabei ist aber zu bemerken, daß es sicher auch Fälle von Epilepsie gibt, bei denen sich nur einmal oder nur einigemal Dämmerzustände zeigen, um nachher nie wieder zu kehren. Es sind das namentlich solche Fälle, bei denen besondere Umstände die Dämmerungszustände auslösen, z. B. Alkoholgenuß, Trauma, Affekt, infektiöse Prozesse usw.

Von wesentlichem Einfluß auf die Prognose der epileptischen Seelenstörung im allgemeinen ist die allgemeine Prognose der Epilepsie. Über die allgemeine Prognose der Epilepsie sind hier nur ein paar kurze Worte möglich.

Zunächst sei hervorgehoben, daß es entschieden Fälle von Epilepsie gibt, welche heilbar sind, wenn sie auch nur einen geringen Bruchteil dieser weitverbreiteten Krankheit darstellen. Ich betone nochmals, daß das seltene Auftreten der Anfälle, das Fehlen des Petit mal die Prognose quoad Erhaltung der Intelligenz sehr günstig gestalten. Es kommen allerdings Fälle vor, wo die eigentlichen Krampferscheinungen der Epilepsie ganz verschwinden und eine Neigung zu transitorischen Bewußtseinsstörungen nicht zurückgehen will.

Die Therapie der epileptischen Seelenstörung hat zweierlei Indikationen: die erste und wichtigste richtet sich gegen das Grundleiden, gegen die Epilepsie, die zweite gegen die Psychose. Während wir, soweit die erste Indikation in Betracht kommt, wirklich von einer Therapie sprechen können, handelt es sich bei der Therapie der Seelenstörung lediglich um die Gesichtspunkte, welche bei der Behandlung der anderen Psychosen auch gelten, allerdings mit einigen speziellen Varietäten.

Wir wollen uns zunächst in aller Kürze mit der Therapie der Epilepsie beschäftigen.

Eine spezifische Therapie der Epilepsie kennen wir nicht. Die erste Aufgabe bei der Therapie der Epilepsie ist eine diätetische. Bei allen Epileptikern ist es die erste Pflicht, sofort und absolut die Zufuhr der geistigen Getränke zu sperren. Sodann verdient mit unser Hauptaugenmerk der Gastrointestinaltractus. Bestehen hier Störungen, so müssen sie beseitigt werden. Oft genügt schon eine sogenannte Sterilisierung des Darms mit täglich gereichten kleinen Kalomeldosen, um den Verlauf der epileptischen Anfälle der Zahl und Intensität nach günstig zu beeinflussen. Gelegentlich hat auch Erfolg eine gründliche Ausräumung des Dickdarms mit Ölklistieren, in anderen Fällen wieder kann man einen Erfolg erzielen, namentlich wenn der Magen stärker beteiligt erscheint, mit einer Kissinger Rakoczy- oder mit einer Karlsbader Kur. Die Diät muß streng geregelt werden, alle blähenden, schwer verdaulichen Speisen sind zu meiden. Auch der Fleischgenuß ist entschieden einzuschränken. Auch sei besonders betont, daß in einzelnen Fällen entschieden bei fleischloser Diät Erfolge erzielt werden (ALT). Man muß dabei nur bedacht sein, neben reichlich Reis, Gries, Gemüse und Obst auch viel Milch zu reichen. Reine Milchdiät ist sehr schwer durchzuführen, wird aber von einzelnen Autoren gerühmt.

Zeigen sich Anhaltspunkte für eine Störung am kardiovaskulären Apparat, so wird die Therapie auch hierauf das Augenmerk zu richten haben. Auf die medikamentöse Seite dieser Behandlung komme ich später zurück. Überhaupt wird ganz allgemein man es sich zur Regel machen müssen, den Epileptiker von jeder vermeidbaren Schädlichkeit fern zu halten; dazu gehören auch zu große körperliche Anstrengungen, übertriebene sportliche Betätigung, Baden in zu kaltem Wasser, während vorsichtige hydrotherapeutische Prozeduren durchaus nicht zu verdammen, ja manchmal von Nutzen sind.

Wenn man gesehen hat, wie niederschmetternd die Wirkung auf einen Menschen ist, dem klar wird, daß er epileptisch ist, dann wird man auch verstehen, daß die wichtigste Aufgabe für den Arzt ist, gerade diese Kranken bei Mut und guter Laune zu erhalten. Solange noch nicht psychische Störungen sich geltend machen, sind die Epileptiker für jeden ärztlichen Wink sehr empfänglich und folgen gern und willig allen Vorschriften.

Im allgemeinen besteht in den Kreisen der Epileptiker ein gewisses Mißtrauen gegen das Brom, sie tun häufig alles andere lieber als solche Präparate einnehmen. Es ist aber durchaus nicht notwendig und wünschenswert, daß man jeden Epileptiker, der die Sprechstunde betritt, wahl- und kritiklos mit Brom überfällt. Namentlich

im Beginn kommt man mit den von mir kurz skizzierten diätetischen und anderen Maßnahmen aus, ja man hat nicht gerade selten gute Erfolge damit erzielt, und je länger man ohne Brom auskommt, desto besser ist es.

Zu einer medikamentösen Behandlung wird man im allgemeinen erst schreiten, wenn man mit den bisher besprochenen Maßnahmen kein Glück hat.

Einzelne Fälle gibt es immer, bei denen Jodkalium eine ausgesprochene Wirkung tut. Der Versuch muß allerdings mindestens ein Vierteljahr fortgesetzt werden. Hierher gehören alle die Fälle, bei denen irgend ein Verdacht auf Syphilis in der Anamnese besteht und bei denen wir arteriosklerotische Grundlage vermuten.

Das souveräne Mittel gegen die Epilepsie in allen Fällen, wo unsere diätetischen und sonstigen Maßnahmen versagen, ist das Brom, es ist auch bei den Erregungszuständen während der epileptischen Seelenstörung das Mittel, welches am besten wirkt, es gibt nur wenig Epileptiker, welche auf Brom nicht ansprechen, d. h. bei denen nach Darreichung von Brompräparaten nicht die Anfälle an Zahl und Intensität zurückgehen oder gar ganz verschwinden oder bei denen Brom in Erregungszuständen nicht Ruhe schafft. Man gibt am besten nicht Bromkalium allein wegen der ev. Möglichkeit einer Wirkung auf das Herz, sondern eine Mischung von Bromsalzen (Natrium-Kalium-Ammonium-Salz) in der Form von Erlenmeyers Bromwasser oder in der Form von Sandows brausendem Bromsalz. Natürlich kann man in der Pharmacopoea pauperum diese Salzmischung in beliebiger Konzentration auch verschreiben. Am besten richtet man die Medikation so ein, daß auf eine Dosis, also z. B. auf einen Eßlöffel, 1 g Bromsalz kommt. Dieses Medikament wird am besten nach dem Essen auf den vollen Magen genommen. Man fängt immer erst mit kleinen Dosen an und steigt so lange, bis man einen deutlichen Einfluß auf die Anfälle sieht. Man kann steigen bis auf 6—9 g pro die. Größere Dosen, welche man unbedenklich geben kann, haben höchstens den Erfolg, daß sie schließlich Bromismus hervorrufen. Ich bemerke dabei, daß ich gesehen habe, daß einzelne Fälle bis über 30 g pro die wochenlang genommen haben. Es rührt das daher, daß sich jeder Laie für berechtigt hält, Brom zu verordnen.

Wenn es gilt, einen epileptischen Dämmerungszustand oder einen starken Erregungszustand anderer Art auf epileptischer Basis rasch zu kupieren, kann man zu Dosen von 10—14 g greifen; hat man wirklich einen epileptischen Zustand vor sich, dann hat man nicht selten Erfolg mit diesem Medikamente. Außert bei systematischer Darreichung das Brom seinen Einfluß darin, daß die Anfälle an Zahl zurückgehen, so braucht man zunächst nicht mit der Dosis mehr zu steigen; bleibt der günstige Zustand stationär, so kann man allmählich mit der Dosis fallen, aber selbst wenn die Anfälle ganz verschwinden, ist es gut, wenn man das Brom in kleiner Dosis noch 1—2 Jahre weiter reicht und auch die diätetischen Maßregeln und namentlich die Abstinenz von Alkohol noch möglichst lange, wömmöglich für immer fortbestehen läßt. Man sieht zu häufig, daß ein Exzeß in baccho die ganze traurige Erscheinungsreihe wieder hervortreten läßt und somit die Arbeit von Jahren vernichtet.

Hat man einen Grund, kardiovasale Komplikationen anzunehmen, so kann man die Bromdarreichung mit Digitalis oder Adonis vernalis oder mit Atropin kombinieren. Die Opium-Bromkur nach FLECHSIG erwähne ich nur, um davor zu warnen; ich habe noch nie einen Erfolg danach gesehen.

Die neueren Brompräparate (Bromalin, Bromipin [Bromfett]) sind von Wert in Fällen, wo geisteskranke Epileptiker sich hartnäckig weigern, Brom zu nehmen, weil man namentlich das letztere als Lebertran, das erstere als Antipyrin oder irgend ein anderes Pulver darreichen kann, so daß der mißtrauische und reizbare Patient froh ist, seinen Willen durchgesetzt zu haben und von Brom verschont zu bleiben. Chloralhydrat und Amylenhydrat können bei dem Status epilepticus von Nutzen sein.

Eine operative Behandlung kommt namentlich in den Fällen von Reflexepilepsie, wenn der Herd an zugänglicher Stelle im Gehirn sitzt, in Betracht. Im allgemeinen sind die Resultate lange nicht so günstig, wie man nach dem ersten Erfolg der Operation zu erwarten sich berechtigt glaubt. Meist kommen die Anfälle nach einiger Zeit wieder. (MATTHIOLIUS). Auch die Exzision des Hals sympathicus, die Unterbindung der Carotiden oder der Intervertebrales hat einen nur höchst zweifelhaften Wert. Unter neun Fällen, bei denen in meiner Klinik doppelseitig der Hals sympathicus mit den 3 Ganglien exzidiert wurden, schwanden in einem die Anfälle, dafür kam aber rasch ein schwerer psychischer Verfall und Neigung zu Wutanfällen und Verwirrungszuständen. Bei den andern war ein Einfluß überhaupt nicht zu bemerken.

Die pathologische Anatomie der Epilepsie ist noch wenig geklärt. Irgend einen Befund, der uns das Wesen der epileptischen Veränderung klar machen könnte, besitzen wir nicht. In den Fällen von symptomatischer Epilepsie wird uns die Sektion

die Herde und Reizstellen im Gehirn aufdecken. (Apoplektische Narben, Zysten, Abszesse, Knochensplitter, Exostosen etc.) Auch die neuerdings öfters gefundene Verkümmernng des Ammonshorns und Verwachsungen des Unterhorns mögen unter diesen Gesichtspunkt fallen (HAYOS, BRATZ, FISCHER). Interessant ist der Nachweis einer fortschreitenden Wucherung der Randglia und einer chronischen Gefäßerkrankung, wie sie uns CHASLIN, ALZHEIMER, WEBER und ORLOFF gebracht haben, weil wir aus diesen Befunden fast den Schluß ziehen können, daß in einzelnen Fällen von genuiner Epilepsie von vornherein ein langsamer fortschreitender, destruierender Prozeß namentlich in der Hirnrinde besteht.

Forensisch spielt die Epilepsie eine große Rolle. Die schwersten Gewaltakte und Verbrechen werden von Epileptikern im Dämmerzustande oder unter dem Einfluß von Alkohol und Affekt begangen. Das Genauere siehe in meiner gerichtlichen Psychiatrie.

Literatur.

- ALT, Zur Behandlung der Epilepsie. München bei Lehmann, 1894, und Münch. med. Wochenschr., Nr. 12/14, 1894.
- ALZHEIMER, Über rückschreitende Amnesie bei der Epilepsie. Allg. Zeitschr. für Psych., Bd. LIII, 1896.
- Ders., Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Epilepsie. Monatschr. für Psych. u. Neurol., Bd. IV, 1898.
- BECHTEREW, Über die Bedeutung des gleichzeitigen Gebrauchs der Bromide und des Adonis vernalis bei Epilepsie. Neur. Zentralbl., Bd. XIII, p. 838.
- BINSWANGER, Kritische und experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese des epileptischen Anfalls. Arch. f. Psych., Bd. XIX.
- Ders., Die Epilepsie. In Nothnagels Pathologie und Therapie, bei Hölder in Wien.
- BONNHOFER, Ein Beitrag zur Kenntnis der epileptischen Bewußtseinsstörung mit erhaltener Erinnerung. Zentralbl. f. Nervenheilk., S.-A., Okt. 1900.
- BRATZ u. FALKENBERG, Hysterie und Epilepsie. Arch. f. Psych., Bd. XXXVIII, Heft 2.
- BUCHHOLTZ, Über die chronische Paranoia bei epileptischen Individuen. Habilitationsschrift, Marburg.
- CHARCOT, Ein Fall von epileptischen Dämmerzustand. Poliklinische Vorträge, Bd. LV, p. 359, Wien, bei Dentike, 1895.
- DONATH, Der epileptische Wandertrieb. Arch. f. Psych., Bd. XXXII, p. 335, 1899.
- EBSTEIN, Über das Nebeneinandervorkommen von Epilepsie und Diabetes mellitus. Deutsche med. Wochenschr. 1898.
- FEIGE, Die Geistesstörungen der Epilepsie. Vierteljahrsschrift f. d. gesamte Medizin, p. 51, 1895.
- FÉRÉ, Les épilepsies et les épileptiques, Paris 1890. Deutsch von Ebers, Leipzig 1896.
- FLECHSIG, Zur Behandlung der Epilepsie. Neurol. Zentralbl. 1893 und 1897.
- FLÜGGE, Beiträge zur modernen Epilepsiebehandlung. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIV, 1897.
- FISCHER, Über Ammonshornveränderungen bei Epileptischen. Festschr. zur Feier des 50jähr. Jubiläums von Illenau.
- FÜRSTNER, Zur Pathologie gewisser Krampfanfälle. Arch. f. Psych., Bd. XXVIII, 1896.
- GOWERS, Epilepsie and other chronic convulsive diseases, London 1881.
- HAJOS, Über feinere pathologische Veränderungen des Ammonshornes bei Epileptikern. Arch. f. Psych., Bd. XXXIV.
- HEILBRONNER, Über Fugues und fuguesähnliche Zustände. Jahrb. f. Psych., Bd. XIX, S.-A.
- HITZIG, Über hirnchirurgische Mißerfolge. Therapeutische Wochenschr., Nr. 19, 20, 1896.
- Ders., Zur Geschichte der Epilepsie. Arch. f. Psych., Bd. XXIV.
- HERMANN, Über den psychischen Zustand der Epileptiker bei passivem Erwachen aus dem postparoxysmellen Schlaf. Russische Rundschau 1903.
- JOLLY, Über die traumatische Epilepsie und ihre Behandlung. Charitéannalen 1895.
- Ders., Epilepsie. In Ebstein-Schwalbes Handbuch, Stuttgart, bei Enke, 1900.
- KOCHER, Über die Bedingungen erfolgreicher Operation bei Epilepsie. XXVIII. Kongreß für Chirurgie, 1899.
- KARPLUS, Über Pupillenstarre im hysterischen Anfall, nebst weiteren Bemerkungen zur Symptomatologie und Differentialdiagnose hysterischer und epileptischer Anfälle. Jahrb. für Psych., Bd. LV, 1898.
- KRAINSKY, Zur Pathologie der Epilepsie. Allg. Zeitschr. für Psych. 1897.

- LOHMÜLLER, Über epileptische Amnesie. Annalen des städt. allg. Krankenhauses zu München, Bd. IX, 1897.
- LORENZ, Über den Status epilepticus. Dissertation, Kiel 1890.
- MATTHIOLIUS, Über Schädeloperationen bei Epilepsie. D. Zeitschr. für Chir., Bd. LII, p. 1.
- OBERSTEINER, Über den Status epilepticus. Wiener med. Wochenschr. 1873.
- ORLOFF, Zur Frage der pathologischen Anatomie der genuinen Epilepsie. Arch. für Psych., Bd. XXXVIII, H. 2.
- RABBAN, Zur Epilepsiebehandlung nach FLECHSIG. Allg. Zeitschr. für Psych., Bd. LII, p. 796.
- RAECKE, Die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epileptiker. Halle 1903, bei Marsels.
- SIEMENS, Zur Lehre vom epileptischen Schlaf. Arch. für Psych., Bd. XI.
- SIEMERLING, Traumatische Epilepsie mit konsekutiver Geistesstörung. Tübingen 1896.
- Ders., Über die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epilepsie. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 42, 43, 1895.
- SOMMER, Erkrankungen des Ammonshorns als ätiologisches Moment der Epilepsie. Arch. für Psych., Bd. X.
- Ders., Die Brown-Séquardsche Meerschweinchenepilepsie und ihre erbliche Übertragung auf die Nachkommen. Beiträge zur pathol. Anat., Bd. XXVII, H. 2.
- SCHULTZE, E., Beitrag zur Lehre von der pathologischen Bewußtseinsstörung. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1897.
- Ders., Über epileptische Äquivalente. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LVII, p. 145, 1900.
- STEFFENS, PAUL, Über Hysteroepilepsie. Arch. f. Psych., Bd. XXXIII, H. 3, p. 929.
- STRÜMPPELL, Über einen Fall von retrograder Amnesie nach traumatischer Epilepsie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. VIII, 1896.
- UNVERRICHT, Über die Epilepsie. Volkmanns Sammlung klin. Vorträge, Nr. 196. Leipzig, Breitkopf u. Härtel.
- VOISIN, L'épilepsie. Paris 1896.
- WARTMANN, Alkoholismus und Epilepsie. Arch. f. Psych., Bd. XXIX.
- WEBER, Neue Anschauungen über die Autointoxikation bei der Epilepsie. Münch. med. Wochenschr., Nr. 26, 1898.
- Ders., Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie. Jena, Gustav Fischer, 1900.
- Ders., Obduktionsbefunde beim Tod im Status epilepticus. Deutsche med. Wochenschrift, Vereinsbeilage. p. 203.
- ZIEHEN, Über Erregungs- und Reizungsstellen der genuinen Epilepsie. Monatschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. II, p. 77, 1897.
- Ders., Über die Krämpfe infolge elektrischer Reizung der Großhirnrinde. Arch. f. Psych., Bd. XVII.
- Ders., Zur Physiologie der intracortikalen Ganglien und ihre Beziehungen zum epileptischen Anfall. Arch. f. Psych., Bd. XX u. XXI.

Geistige Schwächezustände.

Von

A. Hoche, Freiburg.

In den folgenden Kapiteln soll eine Gruppe psychischer Anomalien behandelt werden, die bei aller Verschiedenheit in den einzelnen Krankheitsbildern durch einen gemeinsamen Zug zusammengehalten werden, nämlich die **psychische Schwäche**. Diese Bezeichnung legt den Nachdruck besonders auf die Tatsache, daß bei der Mehrzahl der hierher gehörenden Störungen die verschiedensten Seiten des seelischen Lebens, Verstandes-, Gefühls- und Willensvorgänge, krankhafte Veränderungen erleiden.

In bezug auf die Nomenklatur ist folgendes zu bemerken: Man unterscheidet bei den Zuständen psychischer Schwäche von jeher angeborene und erworbene Störungen; zu den angeborenen gehören in praktischer Hinsicht auch die infolge von Schädlichkeiten bei der Geburt und infolge ganz früh eintretender Krankheiten entstandenen. Die Unterscheidung ist bei der ganzen in Frage stehenden Krankheitsgruppe im wesentlichen eine quantitative. Wir nennen **Schwachsinn** die geringeren, **Blödsinn** die höheren Grade. Ist der Schwachsinn angeboren, so wird er auch **Imbezillität**, bei ganz leichten Graden **Debilität** genannt. Der angeborene Blödsinn wird als **Idiotie** oder **Idiotismus** bezeichnet. Die psychische Schwäche beim **Kretinismus** (und beim **Myxödem**) kann je nach ihrem Grad zu der einen oder anderen Kategorie gehören. Als **Demenz** bezeichnen wir in der Regel die im Laufe des Lebens erworbenen geistigen Schwächezustände, soweit sie dauernd und unheilbar sind. Die **Demenz** stellt bei einigen Erkrankungsformen den gesetzmäßigen Ausgang dar (**Dementia paralytica** z. B.). Bei anderen tritt sie in größerer oder geringerer Häufigkeit ein (**Epilepsie**, **Alkoholismus**, organische Hirnveränderungen).

Die auf bekannten, organischen Veränderungen der Hirnsubstanz beruhenden Schwächezustände werden in einem späteren Abschnitte dieses Buches ihre Darstellung finden. Wir werden uns hier beschränken auf die angeborenen, in den ersten Lebensjahren oder in der ersten Lebenshälfte sich entwickelnden geistigen Schwächezustände.

Bei allen hier zu schildernden Störungen sind wir über die anatomische Grundlage der Veränderungen im einzelnen noch wenig unterrichtet. Im allgemeinen haben Beobachtungstatsachen aus dem Gebiete der Lehre vom Schwachsinn wesentlich dazu mitgewirkt, unsere Anschauungen über die Abhängigkeit der geistigen Prozesse nicht nur von der Beschaffenheit des Gehirnes im allgemeinen, sondern von derjenigen bestimmter Hirnteile zu entwickeln. Wir zweifeln nicht daran, daß bei den angeborenen, ebenso wie bei den später erworbenen Schwachsinnformen höheren Grades regelmäßig parallel gehende gröbere oder feinere Veränderungen des Zentralorganes vorhanden sein müssen, und die wachsende Erfahrung drängt zu der Annahme, daß wir in der mangelhaften Entwicklung oder Zerstörung derjenigen Bahnen, die der Verbindung der verschiedenen Hirngebiete untereinander dienen, die eigentliche Grundlage für die klinischen Erscheinungen der geistigen Schwäche zu suchen haben. Je mehr, im psychologischen Bilde, die Möglichkeit, Sicherheit und Leichtigkeit einer vielseitigen Verknüpfung der geistigen Prozesse ausgebildet ist, um so reicher und wertvoller ist ein Geistesleben.

Die materielle Voraussetzung für einen glücklichen Ablauf dieser Akte der Verknüpfung der verschiedenen seelischen Prozesse suchen wir in der normalen Beschaffenheit eben jener, die verschiedenen Hirnteile miteinander verbindenden Bahnen.

Zur Einteilung der verschiedenen Formen geistiger Schwäche ist die pathologische Anatomie nicht brauchbar; vielmehr baut sich dieselbe ausschließlich auf den klinischen Erscheinungsformen auf.

Die Imbezillität.

Von den höchsten Formen persönlicher geistiger Entwicklung führen über die Zwischenglieder der „guten Veranlagung“, der „Durchschnittsbegabung“, des „mäßigen Kopfes“, der „Beschränktheit“ unzählige Abstufungen bis zu den höchsten Graden fast tierischen Blödsinnes. Wenn wir eine Reihe von hundert Fällen nebeneinander stellen könnten, an deren einem Ende ein gut oder durchschnittlich begabtes Individuum, an deren anderem Ende ein Idiot stände, so ist ja der Unterschied zwischen diesen beiden Endpunkten ein sehr deutlicher und unverkennbarer; die Unterschiede aber, die jeder einzelne Fall in der fortlaufenden, gleichmäßig abgestuften Reihe im Vergleich mit seinem Nachbar aufweist, sind so gering, daß es ganz unmöglich ist, theoretisch an einem bestimmten Punkte die geistige Anomalie beginnen zu lassen. Es kommt dazu, daß auch bei den Individuen, die wir als geistig normal ansehen, außerordentlich große Verschiedenheiten in der Verteilung der „Begabung“ auf die einzelnen Seiten des Seelenlebens vorkommen, daß bei sonst im allgemeinen guten Fähigkeiten bestimmte Anlagen, z. B. zur Mathematik, zur Philosophie, zur Musik, zu praktischer Betätigung usw. ganz unausgebildet und auch nicht bildungsfähig sein können, ohne daß die Träger dieser Form der geistigen Beschaffenheit dadurch als abnorm auffielen; ja, es können solche groben Mängel praktisch überkompensiert werden durch hervorragende Fähigkeiten anderer Richtung. Es gibt keinen Normalstatus des geistigen Lebens, wie es ein körperliches Normalmaß für die einzelnen Altersstufen, Geschlechter, Rassen oder ein Normalgewicht z. B. für die einzelnen Jahrgänge des heranwachsenden Lebensalters gibt. Immerhin werden wir auch bei Beurteilung der geistigen Beschaffenheit eines Menschen das bei Gewinnung jener Nor-

malwerte nützliche Verfahren anzuwenden versuchen: Vergleich des zu Prüfenden mit dem Durchschnitt seines Alters und seines Standes. Für die gröberen Abweichungen vom Durchschnitt werden wir damit bald einen Maßstab gewinnen, namentlich wenn wir die praktische Probe auf die geistige Organisation eines Menschen gemacht sehen in seiner mehr oder weniger ausgebildeten Fähigkeit, den durchschnittlichen Anforderungen des Lebens gerecht zu werden. Bei einer nicht kleinen Zahl aus der Gruppe der Schwachsinnfälle leichten Grades, die in der relativ geschützten Lebensperiode der ersten 15–20 Jahre nicht aufgefallen sind, enthüllt sich die geistige Minderwertigkeit in der Unfähigkeit, die Forderungen zu erfüllen, die das Hinaustreten in das selbständige Leben an den Heranwachsenden stellt. Aufgabe einer sachkundigen Untersuchung des Geisteszustandes ist es dann, festzustellen, durch welche Mängel der einzelnen Seiten des geistigen Lebens diese praktische Unbrauchbarkeit des Individuums bedingt wird; der Nachweis der geistigen Schwäche bei den leichten und leichtesten Graden gehört, wie schon hier bemerkt sein mag, zu den schwierigeren Aufgaben der psychiatrischen Diagnostik.

Die hier zunächst zu behandelnde Imbezillität, die angeborene oder früh erworbene Geistesschwäche, wird klinisch begrenzt auf der einen Seite von den noch nicht als krankhaft zu bezeichnenden Formen der „Dummheit“ und „Beschränktheit“, auf der anderen Seite von den höheren und höchsten Graden des Schwachsinn, die wir als Idiotie bezeichnen.

Ehe wir auf das klinische Bild der einfachen Imbezillität näher eingehen, wollen wir einen kurzen Blick werfen auf die normale, geistige Entwicklung eines durchschnittlich veranlagten Individuums.

Das Kind macht zunächst einzelne sinnliche Wahrnehmungen und erwirbt dadurch eine bestimmte Summe von Vorstellungen der Außenwelt und des eigenen Körpers. Bei häufiger Wiederkehr der einzelnen Wahrnehmungen ordnen sich dieselben nach dem Gesichtspunkt der Ähnlichkeit und Unähnlichkeit, durch Unterscheidung des Trennenden und Zusammenfassenden des Gemeinsamen, zu Gruppen. Wesentliche und unwesentliche Merkmale werden geschieden; mit Hilfe des Gedächtnisses, das die zeitlich voneinander entfernten Wahrnehmungen miteinander in Verbindung setzt, entwickeln sich aus der Fülle der einzelnen sinnlichen Vorstellungen die begrifflichen, die dann durch die Sprache festgelegt werden. Dieser Vorgang, der normalerweise in der frühesten Kindheit beginnt, dauert an, solange ein Mensch überhaupt Erfahrung macht. Alle neuen Eindrücke werden entweder in schon vorhandenen Begriffsfächern untergebracht oder sie geben Anlaß zur Bildung neuer solcher. Wenn es sich nur um das praktische Bedürfnis einer einfachen Lebensführung handelt, so genügt im allgemeinen der mit dem „Erwachsensein“ erreichte Grad der Begriffsbildung. Bei höherer geistiger Entwicklung wird nun mit den sprachlich fixierten Begriffen, denen keine sinnliche Beimengung mehr eigen zu sein braucht, weiter operiert. Die höchsten, begrifflichen Abstraktionen endlich haben gar keine Beziehung mehr zu irgend einer Form des Sinnlichen. — Von vornherein sind die sinnlichen Wahrnehmungen und Vorstellungen mit einem bestimmten Gefühlston verbunden, der sich nach den zwei Richtungen der Lust und Unlust erstreckt. Allmählich bekommen aber auch die Begriffe einen besonderen Gefühlston, bei welchem Beispiel, Erziehung und Umgebung außerordentlich stark mitwirken. Sie erhalten dadurch einen subjektiv anderen

Wert und werden zu bestimmenden Motiven des Handelns. Solche durch die Gefühlsbetonung auf den Willen wirkende Begriffe sind z. B. Scham, Ehre, Recht, Pflicht. Ein sehr wesentlicher Unterschied zwischen dem geistig gesunden, erwachsenen, reifen Menschen und dem unreifen, heranwachsenden besteht darin, daß bei jenem die vorausgehende Erfahrung schon Kategorien gebildet hat, in denen neu gemachte Wahrnehmungen, neue Vorstellungen, auftretende Wünsche und dergl. sozusagen mit abgekürztem Verfahren eingeordnet werden und die ihrem Werte für das Individuum entsprechende Stelle erhalten. Je nachdem diese Einordnung auch neuen und überraschenden, vielleicht erregenden Erfahrungen gegenüber rasch, ohne Schwankungen und an endgültiger Stelle, oder zögernd, unsicher und falsch geschieht, schreiben wir einem Menschen ein größeres oder geringeres Maß von Urteil zu. Die Ausbildung der Urteilsfähigkeit ist nun der eigentliche Maßstab für den intellektuellen Wert eines Menschen, und gerade bei allen Zuständen geistiger Schwäche ist, bei der Vielgestaltigkeit der Bilder im einzelnen, die Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit das wichtigste, das eigentliche, entscheidende Symptom. — Die bei der Urteilsbildung stattfindenden Vorgänge sind nun nicht allein auf das Gebiet der verstandesmäßigen Operationen beschränkt; von großem Einfluß ist dabei die persönliche, individuelle, außerordentlich verschiedene Art der Gefühlsbetonung des intellektuellen Geschehens. In Betracht kommt dabei vor allem die Leichtigkeit, mit der überhaupt bei dem Einzelnen Gefühle erzeugt werden, die Dauerhaftigkeit derselben, die, wie die Erfahrung lehrt, häufig im umgekehrten Verhältnis zu der Leichtigkeit ihrer Entwicklung steht, die besondere Richtung derselben und dergl. mehr. Lebhaftige Gefühle stören im allgemeinen den Vorstellungsablauf bei der Urteilsbildung, im besonderen verhindern sie die ruhige Abwägung durch die gesetzmäßige Übermacht der vom Gefühle betonten Vorstellungen.

Die verschiedenartigen Kombinationen von höherer oder niedrigerer intellektueller Veranlagung mit mannigfachen Gestaltungen des persönlichen Gefühlslebens lassen schon innerhalb der Grenzen der sozialen Brauchbarkeit eine lange Reihe verschiedener individueller Typen in bezug auf das Urteilsvermögen entstehen; so kennen wir, um einige der bekannteren Erscheinungsformen herauszugreifen, Menschen von „langsamem Urteil“, die, wenn ihnen die Umstände genügend lange Zeit lassen, schließlich sicher das Richtige treffen, andere von „unsicherem Urteil“, die gegen Stimmung und fremde Einflüsse wenig widerstandsfähig sind, andere, die „nichts dazu lernen“, d. h. durch Erfahrungen, auch durch solche übler Art, keinen Zuwachs an Urteilsvermögen erlangen. Eine Stufe tiefer treffen wir die „Beschränkten“, deren Urteil in kleinem ruhigen Lebenskreise und bei glattem Lauf der Dinge genügend sicher ist, um ihnen bei ihrer Lebensführung als Leitung zu dienen, aber nicht ausreicht, um bei plötzlichen, großen Entscheidungen in ungewöhnlichen Verhältnissen oder gegenüber neuen größeren Aufgaben rasch und sicher den rechten Weg zu weisen. In dieser Kategorie von Individuen finden wir nun schon solche, die man mit demselben Rechte der noch normalen Beschränktheit, wie der bereits krankhaften Geistesschwäche zurechnen könnte.

Wenn wir die bei der Imbezillität vorhandenen intellektuellen Störungen, die in ihrer Gesamtheit das Bild der psychischen Schwäche zusammensetzen, durchgehen, so treffen wir zunächst Veränderungen in der Aufnahme und Verarbeitung von Sinneswahrnehmungen.

Jeder äußere Reiz wird zu einer Wahrnehmung erst durch Vermittlung der individuellen Beschaffenheit des wahrnehmenden Zentral-

organes. Ist die Aufmerksamkeit herabgesetzt, das Interesse gering, so werden ungenaue Wahrnehmungen gemacht, die infolge der mangelhaften Entwicklung der normalerweise vorhandenen vielfachen Verknüpfungsmöglichkeiten nicht korrigiert und an falscher Stelle oder in falscher Gestalt eingeordnet werden; die neuen Eindrücke, die somit, weil sie keinen geeigneten Boden finden, als unvollständige oder direkt falsche Wahrnehmungen zum Bewußtsein kommen, sind dadurch nicht imstande, zu einer wirklichen Bereicherung der Erfahrung etwas beizutragen. Dazu kommt wahrscheinlich eine zeitlich meßbare Verlangsamung des zentralen Wahrnehmungsvorganges (als Teilerscheinung einer vielleicht allgemeinen Verlangsamung des geistigen Geschehens bei der Imbezillität), die dazu beiträgt, daß das wahrnehmende Bewußtsein äußeren Ereignissen nicht entsprechend rasch zu folgen vermag. Wenn nun auch richtige Wahrnehmungen gemacht werden, so bleiben sie Einzelwahrnehmungen; sie sind nicht bestätigende, ausbauende, modifizierende Sonderfälle allgemeiner Gesetzmäßigkeiten, von denen in Gestalt eines Schlusses für die Zukunft ein verwertbarer Niederschlag bleibt; es fehlt auch wegen der Unbehilflichkeit und Langsamkeit des Gedankenganges gegenüber ungewohnten, überraschenden Eindrücken die Fähigkeit, mit normaler Schnelligkeit den entsprechenden Standpunkt dadurch zu gewinnen, daß das Neue rasch in die Reihe bekannter und in ihrer Bedeutung für das Individuum bereits geordneter Kategorien aufgenommen wird.

Werden so von Imbezillen ungenaue, unvollständige oder falsche Wahrnehmungen gemacht, so muß die spätere gedächtnismäßige Reproduktion derselben die gleichen Mängel aufweisen; unabhängig von dieser Störung pflegt das Gedächtnis der Imbezillen aber auch sonstige Beeinträchtigungen aufzuweisen. Die Merkfähigkeit, die Fähigkeit, neues Gedächtnismaterial zu erwerben, kann quantitativ gut entwickelt sein, so daß Imbezille imstande sind, z. B. leicht mechanisch auswendig zu lernen und das Gelernte in der ursprünglichen Reihenfolge und Anordnung wiederzugeben; dieses sogenannte „mechanische Gedächtnis“ kann auch bei bedeutendem Tiefstand des Urteils oder bei völligem Mangel desselben auffallend gut entwickelt sein; was aber bei den verschiedenen Schwachsinnformen immer geschädigt wird, ist das „logische Gedächtnis“, d. h. die Fähigkeit, früher Gelerntes, früher erworbenen geistigen Besitz in veränderter Anordnung oder in neugebildeten Formen wiederzugeben. Die normale geistige Entwicklung führt bei jedem Menschen von dem ursprünglich, in der Jugend, überwiegenden Gebrauche des mechanischen Gedächtnisses zu der später vorherrschenden Benutzung des logischen Gedächtnisses. Die logische Gliederung und vielfache Verknüpfung der einzelnen Bestandteile des Wissens macht es dem geistig normalen Erwachsenen möglich, von jedem beliebigen Ausgangspunkte her sein Wissen mobil zu machen: er ist dabei nicht gebunden an die ursprüngliche Reihenfolge, in der es aufgenommen worden war. Die Imbezillen bleiben in bezug auf die Funktion des Gedächtnisses auf der kindlichen Stufe stehen; ihr Gedächtnis versagt, wenn es sich darum handelt, kompliziertere Vorgänge oder Zusammenhänge wiederzugeben. Bei lebhafter Phantasietätigkeit, wie sie bei manchen Formen der Imbezillität vorhanden sein kann, werden die Lücken der Erinnerung dann leicht mit neugeschaffenen Pseudoreminiszenzen ausgefüllt („Fabulieren“).

Neben den Störungen der intellektuellen Vorgänge finden sich beim Schwachsinn regelmäßig auch Anomalien der Gefühle und Affekte.

Zunächst ist die mangelhafte Ausbildung der Urteilsfähigkeit von Einfluß auf den Ablauf und die Äußerungsweise aller gefühlsmäßigen Gemütsbewegungen. Die beim erwachsenen Geistesgesunden, allerdings in individuell schwankendem Maße, vorhandene Fähigkeit, auf verstandesmäßigem Wege die zu Gemütsbewegungen Anlaß gebenden Erlebnisse auf ihre wirkliche Bedeutung hin zu prüfen, Kontrastvorstellungen zu wecken und dadurch das gemütlche Gleichgewicht wiederherzustellen, fehlt beim Schwachsinn oder bleibt doch mangelhaft entwickelt. In doppelter Richtung ergibt sich daraus bei solchen Individuen ein Mißverhältnis zwischen dem Grade der Gefühlserregung und der Bedeutung des sie auslösenden Ereignisses, indem entweder an sich unbedeutende Dinge eine abnorm starke Gefühlsbetonung erfahren (Suicidium aus nichtigen Anlässen!) oder daß Erlebnisse von großer, vielleicht einschneidender persönlicher Bedeutung, wenn sie nur momentan keine geradezu aufdringliche Tragweite zeigen, abnorm geringfügige Gemütsbeteiligung zur Folge haben.

Während diese Störung des affektiven Lebens sekundär, durch einen Mangel an Überblick und Schätzung, veranlaßt wird, treffen wir bei der Imbezillität auch selbständige Veränderungen des Gefühlslebens der verschiedensten Art; als Haupttypen treten dabei hervor einmal die gesteigerte Erregbarkeit der Gefühle neben geringer Dauerhaftigkeit derselben, die, je nach den sonstigen persönlichen Komponenten, als Empfindlichkeit, Rührseligkeit, Reizbarkeit, Zornmütigkeit usw. in die Erscheinung tritt, und zweitens eine allgemeine Herabsetzung der Gefühlserregbarkeit in Gestalt von Gleichgültigkeit, Stumpfheit, Rohheit. Auf das Vorkommen von Fällen mit anscheinend angeborenem und dauerndem Mangel einzelner Seiten des Gefühlslebens („moralisches Irresein“) wird noch zurückzukommen sein.

Aus allen diesen einzelnen psychischen Eigentümlichkeiten elementarer Art setzen sich nun die im klinischen Bild der Imbezillität in mannigfachen Kombinationen hervortretenden Züge zusammen: die Kleinlichkeit, das Haften am Einzelnen, sinnlich Wahrnehmbaren, die Inkonsequenz und Unselbständigkeit der Lebensführung, die Überschätzung der eigenen Person, die starke Ausbildung der egoistischen Interessen, die Leichtgläubigkeit, die geringe Widerstandsfähigkeit gegenüber fremder Beeinflussung und eigenen Impulsen usw.

Verlauf und Formen.

Die erste Kindheitszeit der Imbezillen braucht nichts besonders Auffallendes darzubieten; die zeitlichen Schwankungen in dem Auftreten der verschiedenen äußerlich merkbaren Abschnitte der geistigen Entwicklung (z. B. der Moment des Aufhörens der Unreinlichkeit oder die ersten Sprachversuche) sind auch bei später Normalen so groß und von so vielen körperlichen Umständen abhängig, daß daraus keine bindenden Schlüsse gezogen werden können; (wir sehen dabei ab von den Fällen, bei denen zerebrale Erkrankungen in den ersten Lebensjahren mit ihren unverkennbaren körperlichen Folgen zu genauer Prüfung der psychischen Funktionen auffordern.) Andere Male, bei höheren Graden der Imbezillität, ist auch schon im zweiten oder dritten Lebensjahre die Teilnahmslosigkeit des Kindes, das gering entwickelte „Kausalitätsbedürfnis“ auffallend. Den eigentlichen Prüfstein bildet in der Regel aber erst der Eintritt in die Schule, wo sehr rasch wenigstens diejenigen

erkannt werden, die ihrer Geistesbeschaffenheit nach nicht einmal das tiefere Niveau durchschnittlicher Bildungsfähigkeit erreichen. Vom Eintritt in die Schule an wird bei mittleren Graden des Schwachsinnns der wachsende Unterschied gegen die Altersgenossen gewöhnlich in dem immer stärkeren Zurückbleiben deutlich merkbar, manchmal aber vermag längere Zeit hindurch, d. h. solange es sich dem Lernstoff gegenüber vorwiegend um Auswendiglernen handelt, ein gutes Gedächtnis die tatsächlich vorhandene minderwertige Veranlagung zu verdecken, ja sogar eine gute Bildungsfähigkeit vorzutäuschen. Tritt dann später, z. B. in den mittleren Gymnasialklassen, die Aufgabe der logischen Verarbeitung des Gelernten hinzu, so wird der Defekt der Urteilsfähigkeit deutlich, und die bis dahin mitgeschleppten Schüler „fallen ab“. Bei den arbeitenden Klassen pflegt der Lehrlingszeit in Werkstatt oder Kontor die Aussonderung dieses Teiles der Schwachsinnigen zuzufallen. Mit dem Herannahen der Pubertätszeit bringt das Erwachen der sexuellen Gefühle eine neue Schwierigkeit in das Leben der geistig Minderwertigen, ebenso, wenigstens für den männlichen Teil, die durch die Volkssitte gegebene Verführung zum Alkoholgenuß, der, bei der geringen psychischen Widerstandsfähigkeit der Imbezillen, sie leicht in Konflikte mit Sitte und Gesetz hineintreibt. Eine böse Klippe, an der viele Schwachsinnige scheitern, ist dann weiterhin der Militärdienst: alljährlich werden in Deutschland zweifellos Hunderte von Imbezillen leichteren Grades zum Heeresdienste eingestellt, deren geistiger Zustand nicht erkannt wird und vielfach Anlaß gibt zu Schwierigkeiten und ernsteren Zusammenstößen (Mißhandlung wegen angeblicher Böswilligkeit, Widerstand gegen Vorgesetzte, Gehorsamsverweigerung, Fahnenflucht usw.). Ein Teil der weiblichen Imbezillen der entsprechenden Altersklasse fällt der Prostitution anheim. In jedem Falle beeinträchtigt die Imbezillität die soziale Brauchbarkeit des Individuums, und die dies bedingenden Mängel werden häufig erst in dem Alter deutlich erkannt, in dem der geistig Vollwertige beginnt, eine mehr oder weniger selbständige Position im Leben zu erstreben oder zu erringen.

In welcher Weise nun im einzelnen sich die Lebensschicksale der Schwachsinnigen gestalten (von denen ein Teil niemals Gegenstand ärztlicher Untersuchung oder der Anstaltsbehandlung wird), hängt sehr wesentlich davon ab, in welcher Weise die psychischen Mängel auf die einzelnen Seiten des Seelenlebens verteilt sind. Die Erfahrung hat dazu geführt, hier zwei große Hauptgruppen zu unterscheiden, die natürlich durch Übergangsfälle miteinander verbunden sind. Die eine, wohl die größere, wird repräsentiert durch die mehr stumpfen Formen; es gibt dabei Fälle, bei denen Gefühlsleben und Verstandestätigkeit gleich mangelhaft entwickelt sind; die Stimmung ist indifferent und nicht sehr weitgehenden Schwankungen unterworfen; das Triebleben zeigt weder quantitative Steigerung noch qualitative Abweichungen. Der Mangel an lebhaftem Interesse, lebhaftem Begehren, das Fehlen der Initiative erlaubt solchen Imbezillen, bei günstigen äußeren Verhältnissen ohne Konflikte im eng umgrenzten Kreise dahinzuleben, manchmal sogar ein bescheiden nützlich-dasein zu führen. Das volle Maß der tatsächlichen geistigen Unzulänglichkeit tritt erst hervor, wenn besondere Ereignisse den glatten Fluß der Tage unterbrechen und neue, überraschende Anforderungen an die Betroffenen stellen, z. B. selbständige Verwaltung des Vermögens nach dem Tode der Eltern, Übersiedelung in fremde oder schwierige Verhältnisse oder dergleichen. Gar nicht selten geben solche plötzliche

Ereignisse den Anstoß zum Auftreten vorübergehender Zustände von ängstlicher Verwirrtheit mit oder ohne Sinnestäuschungen oder zur Bildung wahnhafter Vorstellungen, Dinge, die aber von episodischem Charakter, des Ausgleiches fähig bleiben können. Nicht selten führen, auch bei diesen stumpfen Formen, besondere Umstände: Verführung, Alkoholgenuß und dergleichen zu strafrechtlichen Konflikten, bei denen die Imbezillität vor Gericht häufig übersehen wird. — Ein anderes Bild geben diejenigen Fälle, die man als die erregte Form der Imbezillität zusammengefaßt hat. Bei diesen kann der Defekt auf intellektuellem Gebiete, speziell der Mangel der Urteilsfähigkeit, für die nähere und fernere Umgebung des Kranken lange Zeit hindurch verdeckt werden durch eine gewisse geistige Beweglichkeit und Phantasiebegabung, die, namentlich wenn das mechanische Gedächtnis gut entwickelt ist, einen trügerischen Reichtum an Wissen und Ideen vortäuscht. Die nähere Prüfung erweist das Wissen als oberflächlich, unvollständig, unverdaut, die Auffassungen als schief und ungenau und die Kranken selber ganz unfähig, mit ihrem Gedächtnismaterial in sachlich zutreffender oder fruchtbarer Weise zu operieren. Die lebhaftere Phantasie führt bei der vorhandenen Urteilsschwäche unter Mitwirkung von Eitelkeit und Renommiersucht zu mehr oder weniger bewußten Fälschungen der Erinnerung, bei denen die Unterscheidung von bewußter Lüge und krankhaft gefälschtem Vorstellungsinhalt sehr schwer sein kann („pathologische Lügner“). Ein Teil der Hochstapler und Betrüger, die mit hochklingenden Namen, angeblichen Beziehungen und Verdiensten Schwindeleien ausführen, gehört in diese Gruppe der Imbezillen. Daß diese Individuen mindestens einen Teil der Vorspiegelungen im Momente selber glauben, erleichtert ihnen das überzeugende Auftreten.

Die Unstetigkeit des Willens, das Schwanken und die geringe Nachhaltigkeit der Gefühle und Affekte, die mit der leichten Erregbarkeit derselben verbunden zu sein pflegt, gibt auch der ganzen Lebensführung solcher Imbeziller etwas Unruhiges und Sprunghaftes: Aufgeben der Stellung, Ortswechsel, Reisen, rasch ergriffene und wieder aufgegebene Projekte, dazwischen Unternehmungen, die zu strafrechtlichen Zusammenstößen führen usw.; an phrasenreichen Motivierungen pflegt es bei jeder neuen Entgleisung nicht zu fehlen, ebensowenig an dem Versuche, die Schuld in den Umständen oder in fremder Bosheit zu suchen.

Eine kurze besondere Besprechung erfordert hier das sogenannte „**moralische Irresein**“ („moralischer Schwachsinn“, „moral insanity“), obgleich die Bedeutung der Frage nach der Existenz einer solchen Form geistiger Anomalie in erster Linie auf gerichtlich-psychiatrischem Boden liegt. Die Tatsache steht fest, daß es Individuen gibt, bei denen die (etwa zum Zwecke gerichtlicher Begutachtung) vorgenommene Untersuchung als hauptsächlichsten Mangel eine herabgesetzte oder fehlende Erregbarkeit der höheren, speziell der sittlichen Gefühle erkennen läßt; dieser Mangel, der aus den Motiven des Handelns gerade diejenigen ausschaltet, die das Verhältnis des Einzelnen zur Familie und Gesellschaft bestimmen, macht die Träger dieser seelischen Eigentümlichkeit häufig zu „antisozialen“ Elementen, die, je nach dem sonstigen Bildungsgrade, in mehr oder weniger grober Form in Zusammenstöße mit den durch Sitte, Ordnung und Gesetz gegebenen Normen geraten. Die Erfahrung hat gelehrt, daß im ganzen

nur sehr selten die Diagnose eines „moralischen Irreseins“ erlaubt ist, so selten, daß von Manchen die Berechtigung einer solchen Diagnose überhaupt bestritten wird. Ein Teil der Fälle, die man hierher zu rechnen versucht sein könnte, entpuppt sich als gewöhnliche moralische Verkommenheit auf Grund schlechten Beispiels und schlechter Erziehung (z. B. bei den Abkömmlingen aus Verbrecherfamilien), ein anderer Teil betrifft Defektzustände bei Epilepsie, oder nach abgelaufener Dementia praecox, oder Momentbilder aus dem zirkulären Irresein; endlich bleibt eine Anzahl von Fällen, bei denen neben der Abstumpfung der höheren Gefühle auch Mängel auf intellektuellem Gebiete, Anomalien des Triebleben und sonstige geistige und körperliche Zeichen degenerativer Veranlagung bestehen, welche die Diagnose einer allgemeinen geistigen Minderwertigkeit erlauben. In solchen Fällen darf man von „moralischem Schwachsinn“ sprechen, wenn man sich bewußt bleibt, daß man dabei den hervorstechendsten Zug eines im übrigen klinisch in die Kategorie der Imbezillität gehörenden Falles besonders betonen will. Es empfiehlt sich, um mögliche Mißverständnisse zu vermeiden, daß man die Bezeichnung „moralisches Irresein“ möglichst wenig gebraucht.

Die **körperlichen Erscheinungen**, welche die Imbezillität begleiten, sind zum Teil direkt abhängig von dem Hirnprozeß, der auch als die Ursache der geistigen Schwäche anzusehen ist; hierher würden gehören: grobe Änderungen der Schädelform, epileptische Krämpfe, Sprachstörung, hemiplegische Lähmungen und Kontrakturen, Reflexanomalien usw. bei zerebraler Kinderlähmung; andere somatische Anomalien gehören in die Kategorie der Entartungszeichen: Asymmetrien des Gesichtsskeletts, Strabismus, kongenitaler Nystagmus, Anomalien der Zahnentwicklung, Iriskolobom, Schwachsichtigkeit, Epi- und Hypospadie und dergleichen mehr. Diese „Stigmata“ weisen darauf hin, daß in einem frühen Stadium des intrauterinen Lebens irgendwelche Einflüsse die regelrechte Entwicklung des Embryo gestört haben. Einen Maßstab für die große Häufigkeit solcher körperlichen Zeichen bei Imbezillität haben in letzter Zeit an vielen Orten systematisch durchgeführte Untersuchungen an Schulkindern gegeben.

Die **Ursache** der Imbezillität ist immer in Entwicklungsstörungen des Großhirns zu suchen, und zwar können alle beliebigen anatomischen Veränderungen dabei die Ursache abgeben. Manchmal sind es grobe Defekte („geheilte“ Hydrocephalus internus, Meningitis, Encephalitis, Hämatome infolge Geburtstrauma, Porencephalie u. dergl.), andere Male Veränderungen, die wir bei makroskopisch scheinbar nicht verändertem Hirn einstweilen mehr erschließen müssen, als nachweisen können. Von größter Bedeutung dabei sind erbliche Einflüsse, sei es in direkt erkennbarer Form, wie bei Lues und Alkoholismus der Eltern, oder in der allgemeinen Form der erblichen Beeinflussung des Keimes durch Faktoren, die in der nervösen Konstitution eines Erzeugers oder beider gegeben sind; die Imbezillität stellt eines der Glieder dar, in denen sich die fortschreitende erblich-nervöse Entartung aufeinander folgender Generationen ausspricht.

Die **Diagnose** der Imbezillität kann sehr leicht oder sehr schwer sein; ersteres ist der Fall bei den höheren Graden, die in weiterer quantitativer Steigerung zur Idiotie hinüberführen, letzteres bei den an der

Grenze der normalen Beschränktheit stehenden Fällen. Hier handelt es sich zunächst um den Nachweis der psychischen Schwäche und dann um die Entscheidung der Frage, ob es ein angeborener, resp. früh erworbener Schwächezustand oder das Ergebnis eines Krankheitsvorganges ist, der im Verlaufe eines normal beginnenden Lebens eingesetzt hat.

Um die psychische Schwäche eines Menschen in einem gegebenen Momente nachzuweisen, bedarf es einer systematischen Untersuchung der verschiedenen Seiten seines Seelenlebens. Am einfachsten festzustellen ist der Umfang des tatsächlichen Wissens, wobei als Maßstab der Vergleich mit geistesgesunden Gleichaltrigen gleichen Standes und entsprechender Erziehung zu gelten hat; der Besitz eines guten oder befriedigenden gedächtnismäßig erworbenen Wissensmaterials allein schließt, nach dem früher Ausgeführten, die Diagnose der Imbezillität nicht aus; vielmehr handelt es sich darum, zu prüfen, wie weit das Urteil das Gedächtnismaterial beherrscht. Es ist weiter festzustellen, wie weit von dem Individuum diejenigen Begriffe entwickelt sind, die wir als regelmäßigen Besitz der betreffenden Alters- und Bildungsklasse bei Normalen kennen und wie weit der zu Untersuchende mit diesen Begriffen operieren kann; es gibt sich bei diesen Prüfungen Gelegenheit, ein Urteil über das Gefühlsleben, vielleicht auch über die Verhältnisse der Affekterregbarkeit zu gewinnen, obgleich gerade über diese letzteren Punkte die Art der Lebensführung und das Maß der tatsächlichen sozialen Brauchbarkeit besser Aufschluß gibt als die ärztlich ad hoc vorgenommene Prüfung; es kann deswegen unmöglich sein, im Momente, allein auf die Untersuchungsergebnisse hin, eine sichere Diagnose eines leichten Grades von Imbezillität zu stützen, während dieselbe aus dem ganzen bisherigen Verlaufe des Lebens sicher werden kann. Steht es nun fest, daß ein bestimmter Grad von geistiger Schwäche vorliegt, so ist noch die zweite, vorhin erwähnte Frage zu beantworten. Unterstützend wirkt es bei dieser Entscheidung, wenn eine bestimmte, klare Anamnese vorliegt, oder wenn der Nachweis einer anderweitigen Störung (Epilepsie, Alkoholismus, Arteriosklerose oder andere organische Erkrankungen des Zentralnervensystems) möglich ist, in deren Gefolge erfahrungsgemäß geistige Defektzustände sich entwickeln. Am schwersten gewinnt man Sicherheit, wenn es sich um Schwächezustände bei jugendlichen Personen ohne organische Erkrankung handelt, und es ist manchmal nicht möglich, mit Sicherheit zu sagen, ob angeborene Imbezillität oder jugendliche langsame Verblödung vorliegt. In der Mehrzahl der Fälle aber, bei denen diese Unterscheidung in Frage steht, geben die begleitenden Symptome der jugendlichen Verblödungsprozesse den Hinweis auf den Charakter des Prozesses; das wesentlichste Unterscheidungsmerkmal aber ist zu suchen in der Art der geistigen Schwäche. Es besteht zwischen angeborener und erworbener Geistesschwäche ein Unterschied, wie, um ein Bild zu gebrauchen, zwischen einem nicht fertig gewordenen und einem nach der Vollendung eingestürzten Bauwerke; bei der erworbenen Geistesschwäche finden wir Reste und Spuren einer früher einmal vorhandenen geistigen Entwicklung, die nicht hätte stattfinden können, wenn von vornherein der im Moment der Prüfung nachgewiesene Defektzustand dagewesen wäre. — (Als Muster einer Intelligenzprüfung muß die von RIEGER veröffentlichte gelten [vergleiche Literaturverzeichnis]; Schemata zur Untersuchung sind auch von SOMMER und STOLI angegeben worden.)

In bezug auf die **forensische Beurteilung** der Imbezillität im einzelnen muß auf die Lehrbücher der gerichtlichen Psychiatrie verwiesen werden; es sollen hier nur einige kurze Hinweise allgemeiner Art gegeben werden. Das Handeln Schwachsinniger kann von verschiedenen Seiten ihres krankhaften Geisteszustandes her beeinflußt werden; so kann z. B. die Urteilschwäche die Individuen verhindern, die Tragweite, die möglichen schweren Folgen einer Handlung zu erkennen, die eigene finanzielle Leistungsfähigkeit richtig einzuschätzen, das Verwerfliche oder Bedenkliche einer Handlung einzusehen, fremdem Zureden den genügenden Widerstand entgegenzusetzen usw.; besonders gegenüber eigenen starken Impulsen sexueller oder andersartiger Richtung pflegt bei Imbezillen die Widerstandskraft ungenügend zu sein, und dies namentlich dann, wenn zu der allgemeinen und dauernden geistigen Minderwertigkeit noch besondere Umstände (Hitze, Alkohol, Erschöpfung, Affekte, Menstruation) hinzukommen.

Die gerichtliche Beurteilung des Geisteszustandes Schwachsinniger, so leicht sie bei den höheren und höchsten Graden der Geistesschwäche sein kann, gehört bei den leichten Formen, die an die Grenze der normalen einfachen Beschränktheit anstreifen, zu den allerschwierigsten Aufgaben des Sachverständigen, deren Lösung nur derjenige übernehmen sollte, der seiner psychiatrischen Schulung sicher ist; für die Beurteilung sind beim Schwachsinn mehr wie bei anderen Zuständen geistiger Anomalie quantitative Unterschiede oftmals das allein Entscheidende, gleichviel ob es sich um die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit oder um bürgerliche Rechtsfragen handelt; übersehen darf dabei aber nie werden, daß bei der Imbezillität nicht nur ein Minus auf intellektuellem Gebiete, sondern auch krankhafte Störungen der anderen Seiten des Seelenlebens vorhanden zu sein pflegen.

Eine eigentliche **Behandlung** der Imbezillität existiert nur, soweit dieselbe mit Kretinismus oder Myxödem vergesellschaftet ist (siehe unten): es handelt sich ja in der Regel um einen auf Gründen der anatomischen Hirnbeschaffenheit beruhenden Entwicklungsstillstand, der auf therapeutischem Wege im gewöhnlichen Sinne nicht beeinflusbar ist. Die ärztliche Fürsorge hat für die erwachsenen Schwachsinnigen in erster Linie die frühzeitige Erkennung des abnormen Zustandes zur Aufgabe, aus der sich die sonstigen, im wesentlichen sozialen Indikationen von selbst ergeben. In Betracht kommt dabei die Verhinderung ungeeigneter Versuche der Eltern, den Imbezillen in eine mehr der elterlichen Eitelkeit, als der tatsächlich vorhandenen Leistungsfähigkeit entsprechende Laufbahn hineinzudrängen, und die Auswahl einer geeigneten Beschäftigung, die Verhinderung des Eintritts zum Militärdienst und eventuelle forensische Begutachtungen. Sehr wichtig ist es, daß die Imbezillen zur vollkommenen Alkoholabstinenz erzogen werden. Einen wesentlichen Fortschritt in der Fürsorge für die geistig Minderwertigen stellt die Einrichtung der **Hilfsschulen** für schwachbefähigte Kinder dar, die an einer Reihe von Orten ins Leben gerufen ist, an anderen in Bälde zu erwarten steht. Die Pädagogen haben die Belastung mit denjenigen schwachbefähigten Schulkindern, deren Störung quantitativ nicht so bedeutend ist, daß an eine gemeinsame Erziehung mit normalen Kindern überhaupt nicht zu denken ist, von jeher schwer empfunden; sie kommen im Unterricht nicht mit, hemmen den allgemeinen Fortgang im vorgeschriebenen Pensum und werden dabei doch stärker angestrengt, als ihrer psychischen Verfassung dienlich ist, abgesehen davon, das sie leicht die Zielscheibe des Spottes der Mitschüler werden.

Die Aussonderung der für den gemeinsamen Unterricht nicht geeigneten Schulkinder erfolgt schon in den ersten Schuljahren unter gemeinsamer Tätigkeit von Lehrer und Arzt; (die Erkennung der überhaupt nicht Bildungsfähigen, der Idioten, ist natürlich nicht schwierig). An eine Prüfung der Sinnesorgane schließt sich die Beobachtung daraufhin an, ob das einzelne Kind voraussichtlich das Klassenpensum in der normalen Zeit wird erledigen können. Wird dies vom Lehrer verneint, so ist es Aufgabe des Arztes, auf Grund der körperlichen Untersuchung festzustellen, wie weit etwa körperliche Anomalien: Skrofulose, Rachitis, Anämie u. dgl. Faktoren, die einer Behandlung und Besserung zugänglich sind, die geringe Leistungsfähigkeit des Kindes bedingen. Kommen die beteiligten Untersucher zu der Überzeugung, daß der Zustand des Kindes dasselbe zum gemeinsamen Unterricht mit geistig vollwertigen Genossen ungeeignet macht, so wird dasselbe — also nach vorausgehendem ein- bis zweijährigem Besuche der Normalschule (Volksschule, Bürgerschule) — dem Unterrichte in der Hilfsschule überwiesen, die im besonderen Lehrplan, beschränkter Schülerzahl und der verminderten Stundenzahl den individuellen Indikationen der geistigen Anomalie Rechnung trägt. Für Kinder der wohlhabenderen Kreise befinden sich an verschiedenen Orten Deutschlands Privatschulen für schwachbefähigte Kinder, die meist mit Internat verbunden sind und dadurch den ärztlich zu beratenden Leitern dieser Institute ein erhöhtes Maß erzieherischen Einflusses sichern; auch für die allgemeinen Volkshilfsschulen wird an manchen Orten erstrebt, die Aufsicht und Einwirkung der Schule nicht nur auf die Unterrichtsstunden zu beschränken.

Die bisher vorliegenden Ergebnisse dieser Einrichtungen sind durchaus ermutigend; es steht zu hoffen, daß auch die Forderung der ärztlichen Mitwirkung bei der pädagogischen Arbeit an den Jugendlichen überhaupt immer allgemeiner erfüllt werden wird (Schulärzte).

Besonders wichtig ist bei der Einrichtung der Hilfsschule der Gesichtspunkt, daß sie gewissermaßen ein allgemeines und früh wirksames Filter darstellt, das aus der Bevölkerung diejenigen Individuen aussondert, von denen zu erwarten ist, daß sie ihrer geistigen Beschaffenheit nach keine vollwertigen Mitglieder der menschlichen Gesellschaft abgeben werden; es wird durch Einrichtung besonderer Listen möglich sein, daß z. B. Gerichte und Militärbehörden von vornherein, wenn sie mit diesen Persönlichkeiten in Berührung kommen, auf die geistige Minderwertigkeit aufmerksam gemacht werden, die, wie die allgemeine Erfahrung lehrt, heute nur allzu oft, zum Schaden der Betroffenen, übersehen wird.

Literatur.

- BERKHAN, Über den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn. Braunschweig 1904.
- EMMINGHAUS, Die psychischen Störungen des Kindesalters. Tübingen 1887. (In Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten.)
- KREILSHEIMER, Über Idiotie und Imbezillität. In.-Diss., Straßburg 1896.
- L. LAQUER, Über schwachsinnige Schulkinder. Halle 1902. (In Hohes Sammlung zwangloser Abhandlungen.)
- MENDEL, Artikel „Dementia“ in Eulenburgs Realenzyklopädie.
- MOELI, Die Imbezillität. Deutsche Klinik, 96. Lieferung.
- RIEGER, Beschreibung der Intelligenzstörungen usw. Verh. der phys. med. Ges. in Würzburg, N. F., Bd. XXII.
- SOLLIER, Der Idiot und der Imbezille. Deutsch von BRIE, 1891.
- J. VOISIN, L'idiotie, 1893.

Die Idiotie

Wie oben erwähnt, werden die stärkeren und stärksten Grade geistiger Schwäche, soweit sie angeboren oder ganz früh erworben und somit als eine Entwicklungshemmung anzusehen sind, als **Idiotie** (oder **Idiotismus**) bezeichnet. Von Manchen werden Übergangsformen zwischen Imbezillität und Idiotie als **Halbidiotie** unterschieden; nötig ist dies nicht, da die Grenze zwischen beiden genannten Formen, deren Trennung auf quantitativen Unterschieden beruht, notwendigerweise eine fließende sein muß. Für den praktischen Arzt ist die Imbezillität in ihren mannigfaltigen Formen von größerer Bedeutung als die Idiotie; letztere, die auch weit leichter zu erkennen ist und der Beurteilung weniger Schwierigkeiten macht, interessiert in praktischer Hinsicht hauptsächlich diejenigen, die mit der Anstaltsfürsorge der Idioten betraut sind, da eine sachgemäße Pflege und, soweit dies überhaupt möglich, Erziehung und Ausbildung der Idioten nur in entsprechenden Anstalten mit ärztlicher und pädagogischer Leitung ausführbar ist; es werden deswegen hier nur die wichtigsten Punkte kurz besprochen werden.

Der Idiotie liegen ausnahmslos schwere und ausgedehnte Hirnveränderungen (s. unten) zugrunde, die in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auch in äußerlich sichtbaren groben Bildungsabweichungen zutage treten; es ist zu erwarten, daß der Begriff der Idiotie später einmal eine Auflösung in pathologisch-anatomisch und ätiologisch getrennte Unterabteilungen erfahren wird; einstweilen nötigt das praktische Bedürfnis und die Unzulänglichkeit unserer Kenntnisse über die feineren Hirnstrukturabweichungen zu einer vorläufigen symptomatologischen Zusammenfassung.

Bei den tiefsten Graden der Idiotie, bei Fällen, die z. B. infolge von ausgedehnten Mißbildungen der nervösen Zentralorgane meist nur kurze Lebensdauer aufweisen, findet wohl gar kein bewußtes Seelenleben statt; diese stehen in bezug auf die psychischen Vorgänge etwa auf dem Niveau der experimentell des Großhirnes beraubten Tiere; es sind sozusagen vegetierende Reflexmaschinen.

Auf der nächst höheren Stufe kommt es zu Äußerungen seelischer Vorgänge, Ausdrucksbewegungen der Lust und Unlust, Abwehrbewegungen und dergleichen, neben zahlreichen motorischen Äußerungen elementarer Art, wie Grunzen, Reiben, Drehen, Schütteln, Lutchen, die mehr automatenhaften Charakter haben; es werden auf dieser Stufe Sinneswahrnehmungen gemacht, aber bei Wiederholung nicht wiedererkannt; lebhaft glänzende Gegenstände oder starke Geräusche fixieren wohl einmal flüchtig die Aufmerksamkeit. Von Erziehung ist natürlich keine Rede.

Höher stehen diejenigen Fälle, bei denen es zur Ausbildung einer, wenn auch unvollkommenen, Sprache kommt, die ohne korrekten grammatischen Bau und ohne normale Artikulation doch den Zweck der Verständigung über körperliche Bedürfnisse und subjektive Zustände der Freude oder des Mißbehagens zur Not erfüllen kann. Diese Individuen lernen allmählich ihre Umgebung kennen, unterscheiden ihre Pfleger von anderen Personen, finden ihr Bett, haben Abneigungen gegen bestimmte Eindrücke, z. B. gegen Lärm oder helles Licht, er-

werben Gewohnheiten und sind in beschränktem Maße erziehungsfähig in bezug auf Reinlichkeit, Körperhaltung usw. An eine Schulbildung ist nicht zu denken.

Auch bei diesen Idioten ist, wie bei der Imbezillität, eine Trennung in stumpfere und erregte Formen möglich. Die stumpfe Idiotie macht sich schon in der frühen Kindheit in dem torpiden Wesen bemerklich; die Kinder schlafen mehr als andere; ihre Bewegungen sind langsam und unbeholfen; Sitzen und Gehen wird spät oder unvollkommen gelernt. Die erregten Formen fallen ebenfalls schon früh auf, und zwar durch ihre Unruhe und Beweglichkeit; anfänglich sind es mehr elementare Bewegungen, die triebartig, in monotoner Wiederkehr, unaufhörlich stattfinden, später, wenn die Kinder gehen gelernt haben, ein fortwährendes Umherspringen, Greifen nach allem Erreichbaren, Herumzerren an belebten und unbelebten Dingen, Lachen, Händeklatschen, Grölen usw. — kurz motorische Äußerungen, die mit ihrer Sinnlosigkeit und Hartnäckigkeit die langmütigste Pflegeperson zur Verzweiflung treiben können. Stumpfe und erregte Formen, die wiederum ohne scharfe Grenze ineinander übergehen, zeigen im übrigen auf psychischem Gebiete vielfache Übereinstimmung. Auch mit zunehmendem Lebensalter bleibt der Vorstellungsschatz ein geringer und erhebt sich nicht auf das Niveau des begrifflichen Denkens; das Gedächtnis kann in bezug auf mechanisches Einprägen genügend, ausnahmsweise sogar auffallend sein: einzelne besondere Fertigkeiten, z. B. manueller Art, können sich wohl entwickeln; das Gefühlsleben bleibt aber stumpf und beschränkt sich hauptsächlich auf körperliche Lust- und Unlustgefühle oder doch auf solche Interessen, die die eigene Person und das eigene Befinden angehen; im übrigen kommen auch bei diesen tiefstehenden Geistesschwachen im Affektleben große Differenzen vor; es gibt gutmütige, lenksame und boshafte, reizbare Idioten. Der Nahrungstrieb kann sich in tierischer Gefräßigkeit äußern; der Geschlechtstrieb, wenn er vorhanden ist, führt häufig zu exzessiver Masturbation oder auch, bei körperlich kräftigen Idioten, zu gefährlichen Attentaten auf die erste beste Frauensperson, bei weiblichen zu schamlosem Preisgeben, gar nicht so selten mit dem Ergebnis der Schwängerung.

Die körperlichen Erscheinungen bei der Idiotie sind außerordentlich mannigfaltig. Es ist wichtig, zu wissen, daß ausnahmsweise Idiotie bei körperlich ganz normaler Bildung vorhanden sein kann; in der Regel aber bestehen zahlreiche Abweichungen von der Norm.

Ein Teil derselben (Lähmungen, Kontrakturen, Reflexstörungen, halbseitige Wachstumsdifferenzen, Störungen der Augenmuskeln, Athetose, Chorea usw.) hängt ab von derselben groben Hirnveränderung, die im psychischen Bild die hochgradige Geistesschwäche bedingt. Andere Störungen, wie die große Gruppe der Anomalien in der Konfiguration des Schädels, die nicht Ursache, sondern Folge der Hirnanomalien sind, bringen äußerlich direkt die Abweichungen im Bau des Gehirns zur Anschauung. Wieder andere gehören dem allgemeinen Gebiete der Entwicklungshemmungen an; es gibt Idioten, die fast sämtliche bekannte körperliche Degenerationszeichen (siehe pag. 55 u. 56) an ihrem Körper gleichzeitig aufweisen.

Zu den körperlichen Störungen gehört auch die Epilepsie, die fast in einem Drittel der Fälle von Idiotie beobachtet wird.

Die Ursachen der Idiotie fallen größtenteils mit ihrer pathologischen Anatomie zusammen.

Wir treffen hier zunächst grobe Entwicklungshemmungen des Gehirns, die wahrscheinlich schon in einem frühen Stadium des intrauterinen Lebens eintreten; es handelt sich dabei sowohl um allgemeine Hemmung des Gehirnwachstums oder eine Nichtausbildung einzelner Teile — der Windungen der Rinde sowohl, wie etwa des Balkens, des Thalamus opticus, ganzer Lappen oder Lappenteile usw.

Andere Male sind es früh einsetzende ausgedehnte entzündliche Prozesse oder Erweichungsvorgänge (Hydrocephalus oder Porencephalie), Geburtstraumen, Encephalitis nach Infektionskrankheiten, Kopftraumen, Meningitis, diffuse Gliose und dergleichen mehr; als Ursache für einige dieser Veränderungen kommt der Alkoholismus oder die Syphilis der Erzeuger in Betracht. Die mikroskopische Untersuchung der Hirnrinde von Idioten, die bisher, trotz der großen Häufigkeit der Idiotie, nicht in entsprechendem Maßstabe vorgenommen worden ist, wird später auch für die Fälle von scheinbar dunklem, ätiologischem Charakter Aufklärung verschaffen; die bisher vorliegenden Ergebnisse sprechen dafür, daß es sich dabei weniger oft, als man bisher annahm, um eigentliche Entwicklungshemmungen, als um feine und sehr früh einsetzende encephalitische Prozesse handelt.

In noch höherem Maße, als bei der Imbezillität, gilt es für die Idiotie, daß sie das Endglied einer durch Generationen fortschreitenden Entartung darstellt; es macht sich dies namentlich darin geltend, daß nicht so selten eine ganze Reihe von idiotischen Kindern aus einer Ehe hervorgeht; der Degerationsprozeß erreicht dann in diesen defekten Individuen, die für die Fortpflanzung nicht mehr in Betracht kommen, sein Ende.

Die Diagnose der Idiotie ist nicht schwer, soweit es sich nur um die Feststellung eines quantitativ bedeutenden geistigen Defektzustandes handelt. Die Abgrenzung gegen die Imbezillität ist für die Grenzfälle willkürlich, aber auch praktisch ohne große Bedeutung. Bei erwachsenen Idioten und fehlender Anamnese kann es schwer sein, festzustellen, ob es sich um angeborenen oder erst später, sekundär, entstandenen Blödsinn handelt; in Betracht kommen dabei speziell die jugendlichen Verblödungsprozesse und die progressive Paralyse. Abgesehen von den bei der Diagnose der Imbezillität genannten psychologischen Unterscheidungsmerkmalen wird die progressive Paralyse durch die begleitenden organisch-nervösen Symptome, die jugendliche Verblödung (Dementia praecox) an deren charakteristischen Merkmalen zu erkennen sein. Eine sichere Unterscheidung von Idiotie und Dementia praecox ist um so weniger unter allen Umständen zu verlangen, als es möglich ist (KRAEPELIN), daß der, seinem Wesen nach, allerdings heute noch unbekannt Prozeß, der der Dementia praecox zugrunde liegt, auch schon in der Kindheit einsetzen und das Bild der Idiotie erzeugen kann.

Die forensische Beurteilung der Idiotie ist einfach im Verhältnis zu den Schwierigkeiten, denen man bei der Imbezillität begegnen kann. Nur bei gröblicher Unwissenheit oder mangelhafter Untersuchung können die hohen Grade geistiger Schwäche, um die es sich hier handelt, übersehen werden. Der Kreis der von Idioten begangenen Delikte ist kein großer: das Häufigste ist wohl Diebstahl, Brandstiftung oder unsittliche Attentate, seltener Körperverletzung. Von strafrechtlicher Zurechnungsfähigkeit

ist keine Rede; in Fällen mit einseitigen Begabungen ist dem Richter der Tiefstand des Urteiles zu demonstrieren. In zivilrechtlicher Hinsicht gilt, daß die Entmündigung, obgleich es sich um hochgradige „Geisteschwäche“ handelt, doch wegen „Geisteskrankheit“, als der im Sinne des Gesetzes intensiveren Störung, auszusprechen ist. Als Zeugen sind Idioten im Zivil- wie im Strafverfahren nicht zu brauchen.

Die **Prognose** der Idiotie ist natürlich eine sehr ungünstige; der abgeschlossene Hirnprozeß ist keiner irgendwie gearteten Behandlung zugänglich. Im übrigen hängen die Aussichten auch von begleitenden Umständen ab; Fälle mit häufigen epileptischen Anfällen zeigen oft ein rascher fortschreitendes Sinken des geistigen Niveaus. Daß Maß der ceteris paribus erreichbaren Ausbildung der Reste von geistigem Leben hängt davon ab, ob und in welchem Zeitpunkte der Kranke sachgemäßer Fürsorge in einer Idiotenanstalt zugeführt wird.

Die **Behandlung** des meist abgeschlossenen Hirnprozesses bei der Idiotie ist aussichtslos. Die in Frankreich eine Zeitlang geübte Aufmeißelung des Schädels bei Mikrocephalie ist wieder aufgegeben worden; die Voraussetzung, von der sie ausging, daß die Raumbeengung durch den knöchernen Schädel das Hirn in der Entwicklung hemme, ist längst als irrig erkannt worden.

Die Aufgabe des praktischen Arztes bei der Idiotie besteht in erster Linie darin, daß er auf möglichst frühzeitige Unterbringung in einer Idiotenanstalt dringt; die Wahl derselben hängt von örtlichen und finanziellen Umständen ab.

Literatur.

- (Vergl. die bei der Imbezillität genannten Schriften.) Außerdem:
ANTON, Entwicklungsstörungen des Gehirns. In Handbuch der pathol. Anat. des Nervensystems von Flatau und Jacobssohn.
BOURNEVILLE, Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.
HAMMARBERG, Studien zur Klinik und Pathologie der Idiotie. Übersetzt von Berger, 1895.
SCHRÖTER und **WILDERMUTH**, Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer.

Kretinismus und Myxoedem.

Unter **Kretinismus** versteht man einen endemisch auftretenden Zustand angeborener, dauernder, geistiger Minderwertigkeit, der verbunden ist mit bestimmten Veränderungen des knöchernen Skelettes, Hautveränderungen und einer Hemmung der geschlechtlichen Entwicklung, einen Zustand, dessen Ursache in dem nicht Funktionieren der Schilddrüse zu suchen ist. Nach dem Grade der Ausbildung der spezifisch kretinistischen Erscheinungen unterscheidet man in absteigender Reihe: Zwergkretinen, Halbkretinen und Kretinoide.

Ein äußerlich hervortretender Kropf, den man früher als einen wesentlichen Bestandteil im Bilde des Kretinismus ansah, ist, wie wir heute wissen, nur in einem Teil der Fälle vorhanden; es schließt das nicht aus, daß trotzdem grobe Anomalien der Schilddrüse vorhanden

sein können, die sich nur eben dem Nachweis durch den palpierenden Finger entziehen.

Ausgesprochene Fälle von Kretinismus fallen ohne weiteres durch ihren charakteristischen Habitus auf: Zwergwuchs, verkrümmte, verdickte Extremitäten, großer Kopf, eingedrückte Nasenwurzel; an der Haut fällt in erster Linie die eigentümliche Verdickung auf, die an bestimmten Stellen besonders deutlich ist: Augenlider, Lippen, Backen, Nacken und Schlüsselbeingruben. Die Hände sind häufig unförmig; die Haarentwicklung bleibt mangelhaft; die einzelnen Haare lassen sich leicht herausziehen, die Nägel bleiben defekt; die Haut ist trocken, die Sekretionen derselben sind gering. Mit zunehmendem Alter schwindet die eigentümliche, teigige Schwellung der vorhin erwähnten Hautstellen und es entsteht dadurch eine ausgedehnte Bildung von Runzeln und Falten, die speziell dem Gesichte schon früh den Ausdruck des Greisenhaften verleihen. Die Farbe der Haut ist im allgemeinen ein schmutziges Gelb, in Fällen, die von der freien Luft abgeschlossen aufwachsen oder leben, ein kreidiges Weiß. Abgesehen von der Haut zeigt auch die Zunge und die Gebilde im Rachen, speziell die Rachenmandel eine ausgedehnte Schwellung, die zur Mundatmung zwingt und dadurch in Verbindung mit den wulstigen Lippen und dem häufigen Speichelfluß dem Gesichte ein besonders charakteristisches Gepräge gibt. Auch die sehr häufige Schwerhörigkeit oder Taubheit wird auf die Veränderung der Rachenorgane zurückgeführt. Der Gang der Kranken ist häufig ein schwerfälliger, watschelnder. Aus den abnormen Belastungsverhältnissen heraus entsteht nicht selten eine Lordose der Lendenwirbelsäule. Die Genitalien bleiben auf kindlicher Stufe oder doch in einem Stadium mangelhafter Entwicklung.

Von episodischen Ereignissen sind in erster Linie epileptiforme Krämpfe zu erwähnen. Auf psychischem Gebiete besteht in allen Fällen eine Beeinträchtigung, die nichts Spezifisches hat und quantitativ schwankt von den höchsten Graden der Idiotie bis zu eben nachweisbarem Schwachsinn. Ein Teil der Kranken ist dadurch dauernd auf fremde Pflege und Hilfe angewiesen, während die leichteren Grade der psychischen Beeinträchtigung eventuell ein bescheidenes Maß von Ausbildung und sozialer Brauchbarkeit erlauben. Der bei dem Kretinismus vorhandene Schwachsinn gehört in der Regel in die sogenannten stumpfen Formen. Das Bild der agilen Idiotie sucht man beim Kretinismus vergeblich.

Das Wesen der Krankheit ist sicherlich zu suchen in dem Ausfall der Funktion der Schilddrüse. Wir wissen heutzutage, daß die Schilddrüse für den inneren Stoffwechsel des menschlichen Organismus unentbehrlich ist, und daß Beeinträchtigung oder Aufhebung der Funktion der Schilddrüse niemals ohne mehr oder weniger schwere Schädigung des Gesamtorganismus ertragen wird. Bei dem Kretinismus ist das Besondere der Umstand, daß diese Einwirkung von früher Jugend an stattfindet und dadurch den in der Ausbildung und Entwicklung begriffenen Organismus trifft. Hieraus erklärt sich die so weit greifende Veränderung speziell des Knochensystems, die niemals in denjenigen Fällen erreicht wird, bei denen die Schilddrüse erst im späteren Leben aus irgendwelchen Gründen ihre Funktion einschränkt oder einstellt.

Die anatomischen Veränderungen beim Kretinismus sind im ganzen noch wenig bekannt, was sich aus der relativen Seltenheit der Fälle leicht erklärt. Am Knochensystem ist eine stark verspätete Ver-

knöcherung der Epiphysenlinien konstatiert worden. Die Befunde der Hirnrinde sind vereinzelt Gegenstand der Untersuchung gewesen; definitive Ergebnisse stehen noch aus.

Als eigentliche Ätiologie der Schilddrüsenerkrankung, die ihrerseits wieder das ganze Bild des Kretinismus erzeugt, ist mit großer Wahrscheinlichkeit ein organisierter Krankheitserreger anzusehen, der im Trinkwasser zu suchen sein dürfte. Der Kretinismus ist an bestimmte Örtlichkeiten gebunden. Vor allem sind Bergländer, (die westlichen Zentralalpen, die Ostalpen [Steiermark und Kärnten], in geringerem Maße der Schwarzwald, vereinzelt die Vogesen, das Unterneckartal, Unter- und Mittelfranken) die Gegenden, in denen Kretinismus sich findet. In der Pfalz und im Saaletal ist der Kretinismus fast ganz verschwunden, und auch in den übrigen genannten Gegenden ist in der letzten Zeit ein starker Rückgang der Erkrankungsziffer zu verzeichnen, der zum Teil der verbesserten Einsicht in die Ursachen der Störung, zum Teil der allgemeinen Hebung der Lebenslage der dortigen Bevölkerung zu verdanken ist.

Bei der Diagnose können Verwechslungen mit Zwergwuchs anderer Entstehungsart, mit Idiotie bei Rachitis oder mit Rachitis allein oder auch mit Myxödem vorkommen. Einen Fingerzeig wird immer schon die Herkunft aus einer des Kretinismus verdächtigen Gegend abgeben.

Die Behandlung des Kretinismus besteht bei denjenigen Fällen, die erst im dritten Jahrzehnt oder noch später einer Therapie unterzogen werden können, im wesentlichen in einer dem jedesmaligen geistigen oder körperlichen Zustand angepaßten Pflegeversorgung. Bei denjenigen Individuen, die noch in den Entwicklungsjahren stehen, kann die systematische Einverleibung von Schilddrüse (oder deren Präparaten) ein weiteres Fortschreiten des Krankheitsprozesses hintanhaltend, eventuell auch Besserung namentlich im psychischen Bilde herbeiführen. Sehr auffallend können diese Besserungen sein, wenn die Individuen in den ersten Lebensjahren einer solchen Behandlung unterzogen werden. Die Bekämpfung des Kretinismus als endemische Krankheit geschieht in erster Linie durch Versorgung der betreffenden Gegend mit gesundem Trinkwasser, wie dies in den Alpen stellenweise mit bestem Erfolge geschehen ist. Dem gleichen Zwecke dient die im Kanton Wallis hie und da bestehende Gewohnheit, die Kinder aus den verdächtigen Gegenden fortzubringen und anderswo aufwachsen zu lassen.

Das **Myxödem** gehört eigentlich nicht an diese Stelle, da es keine Entwicklungshemmung, wie der Kretinismus, darstellt, sondern in jedem Lebensalter auftreten kann; indessen schließt sich eine kurze Besprechung desselben doch hier am natürlichsten an.

In gleicher Weise, wie der Kretinismus, ist das Myxödem („Cachexie pachydermique“) abhängig von den Veränderungen der Schilddrüse. In fast experimenteller Form ist diese Abhängigkeit bewiesen worden durch die Erfahrung der Chirurgen, daß nämlich Entfernung der ganzen Schilddrüse oder des größten Teiles derselben in einem hohen Prozentsatz der Fälle geistigen Verfall mit bestimmten körperlichen Veränderungen („Cachexia strumipriva“), vereinzelt auch Todesfälle herbeiführt. Das wesentlichste Symptom des Myxödems ist die eigentümliche Hautbeschaffenheit. Es entwickelt sich eine pralle, teigige Schwellung der Haut, in der ein Fingerdruck keine Dellen hinterläßt, eine Schwellung,

die Gesicht, Hände, Rumpf, kurz, den größten Teil des Körpers befällt und allmählich den Gesichtsausdruck der Kranken in charakteristischer Weise verändert. Die Haut ist dabei trocken, schuppig, die Schweißsekretion vermindert, der elektrische Hautwiderstand erhöht; die Nägel werden rissig; die Temperatur ist herabgesetzt, der Puls verlangsamt. Es besteht Trägheit des Darmes, Schwindel, Ohnmachten, Zittern der Zunge und der Hände. Der Gang ist schwerfällig, und das ganze Wesen der Kranken nimmt etwas Unbehilfliches, Plumpes an.

Auf psychischem Gebiete entwickelt sich ein torpider Schwachsinn. Die Kranken werden gleichgültig, langsam, verlieren die Initiative; die seelischen Vorgänge erfahren eine meßbare Verlangsamung und deutliche Erschwerung; die Merkfähigkeit wird herabgesetzt, die Kranken ermüden rasch bei allen geistigen Anstrengungen, sind teilnahmslos, kleinmütig, zaghaft und werden allmählich für ihre frühere Tätigkeit vollkommen unbrauchbar, bei höheren Graden auch hilflos und fremder Pflege bedürftig. Unterbrochen wird dieser langsame Prozeß eventuell durch episodisch eintretende Zustände von Verwirrtheit oder von Depressionszuständen. Mehr als drei Viertel der Fälle betreffen weibliche Kranke. Der Verlauf hängt davon ab, ob eine Behandlung mit Schilddrüse oder deren Präparaten eintritt. Wenn dieses der Fall ist, so ist eine auffallende Besserung, ja vollkommene Heilung zu beobachten, für deren Bestand allerdings immer Voraussetzung bleibt, daß die Einverleibung der wirksamen Substanz dauernd fortgesetzt wird.

Literatur.

- BIRCHER, Das Myxödem und die kretinoide Degeneration. Volkmanns Vorträge, Nr. 357, 1890.
 CHARCOT, Myxoedème, cachexie pachydermique ou état crétinoïde. Gazette des hôpitaux 1881.
 EWALD, Die Erkrankungen der Schilddrüse, Myxödem und Kretinismus. (Mit ausführlichem Literaturverzeichnis.) Bd. XXII, von Nothnagels spez. Pathol. und Therapie 1896.
 WEYGANDT, Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus. Halle 1904. (In Hohes Sammlung zwangloser Abhandlungen.)

Dementia praecox.

(Jugendliche Verblödungsprozesse.)

Während es sich bei der Imbezillität und Idiotie um Hemmungen der geistigen Entwicklung in einem sehr frühen Stadium des Lebens handelt, während bei anderen Formen geistiger Schwäche die Ursache in organischen Hirnveränderungen klar zutage tritt, haben wir nun eine weitere Gruppe geistiger Anomalien kennen zu lernen, die, bei aller Mannigfaltigkeit der Formen, als gemeinsam aufweisen: Entwicklung der Krankheit zur Zeit der Pubertät oder bald hinterher oder doch in der ersten Lebenshälfte und Ausgang in einen verschiedenen hohen Grad geistiger Schwäche. Man gibt dieser geistigen Schwäche zur Kennzeichnung ihres Auftretens in einem Lebensalter, dem sonst noch eine Weiterentwicklung der geistigen Fähig-

keiten eigen ist und im sprachlichen Gegensatz zu anderen Formen von Demenz den Namen „Dementia praecox“.

Der Begriff der Dementia praecox ist von KRAEPELIN ausgebaut worden. Die Darstellung hier wird sich nicht an den vollen Umfang des Begriffes in KRAEPELINS Sinne halten. Das ganze Gebiet ist augenblicklich in lebhaftem Flusse begriffen, und jede irgendwie geartete Abgrenzung muß zur Zeit noch als eine vorläufige angesehen werden. Der allgemeinen Anerkennung einer im großen und ganzen nach Ursachen, wesentlichen Merkmalen und Ausgang zusammengehörigen Krankheit in KRAEPELINS Sinne steht noch die Vielgestaltigkeit ihrer Formen im Wege und vor allem der Umstand, daß keineswegs alle Fälle zu höheren Graden der geistigen Schwäche führen, daß vielmehr ein Teil mit einem gewissen Defektzustand heilt, während ein kleiner Bruchteil eine volle Wiederherstellung zu erfahren scheint.

Es kann nicht geleugnet werden, daß in sprachlicher Beziehung die Sammelbezeichnung „Demenz“, die einen abgeschlossenen Zustand bedeutet, keine ganz glückliche ist zur Kennzeichnung von langsam fortschreitenden Krankheitsvorgängen, die außerdem nur zum Teil zu diesem Endausgange führen. Indessen kommt es auf den Namen nicht weiter viel an, wenn man sich im übrigen über das Wesentliche der hierhergehörigen Krankheitsformen klar ist.

Der Entwicklungsgang, der allmählich zur Aufstellung des Begriffes der Dementia praecox geführt hat, ist nicht ohne Vorbild in der Geschichte der Psychiatrie. Die klinische Erkenntnis psychischer Anomalien hat ihre wesentlichsten Fortschritte auf dem Wege gemacht, daß man immer mehr zu unterscheiden gelernt hat zwischen symptomatischen Zustandsbildern und einheitlichen Krankheitsformen. Das beste Beispiel dafür, welches von jeher zur Nachahmung angeregt hat und auch bei der Aufstellung der Dementia praecox als Vorbild vorgeschweht hat, ist der Entwicklungsgang der Lehre von der progressiven Paralyse gewesen. Wir wissen jetzt, daß es kaum irgend eine Äußerungsform geistiger Störung gibt, die nicht im Verlauf eines Falles dieser Krankheit vorkommen könnte: Melancholische Zustände, manische Erregungen, Delirien, Wahnbildungen usw., Zustandsbilder, die trotz anscheinender Übereinstimmung mit einfacher Melancholie, Manie usw. nicht imstande sind, unsere Überzeugung zu erschüttern, daß wir in ihnen nur episodische Ereignisse und besonders gestaltete Verlaufsabschnitte zu sehen haben, die für die Gesamtdiagnose der Krankheit nicht wesentlich sind. Körperlich-nervöse Symptome und, auf psychischem Gebiete, die Entwicklung einer fortschreitenden Demenz stellen die Diagnose sicher und lassen die genannten Zustandsbilder als Verlaufseigentümlichkeiten erscheinen, die nicht gesetzmäßig und für das Wesen der Krankheit nicht von Bedeutung sind. Unsere Annahme, daß es sich um eine in sich geschlossene Krankheitsform handelt, wird dann schließlich bestätigt durch den in allen Fällen gemeinsamen tödlichen Ausgang und durch immer wiederkehrende pathologisch-anatomische Befunde. Leider liegen bei keiner anderen Form geistiger Störung einstweilen so günstige Verhältnisse vor, wie bei der progressiven Paralyse. Wir kennen überhaupt nur in kleiner Zahl sichere pathologisch-anatomische Befunde im Zentralnervensystem bei Geistesstörungen, und speziell bei der Dementia praecox existiert noch keine pathologische Anatomie von allgemeiner Gültigkeit; auch die Verlaufs- und Ausgangs-

möglichkeiten sind bei ihr viel größer, als bei der progressiven Paralyse. Immerhin besitzen die in Betracht kommenden Krankheitsbilder so viel Gemeinsames, daß sie unter dem Gesichtspunkt der Zugehörigkeit zu einer großen Gruppe, eben der der *Dementia praecox*, beschrieben werden dürfen.

Wir werden zunächst die drei hauptsächlichsten Verlaufstypen: die Hebephrenie, die Katatonie und die *Dementia paranoides* in ihren wesentlichsten Zügen schildern und daran einige allgemeine Bemerkungen knüpfen, die für alle Formen der *Dementia praecox* in gleicher Weise Geltung haben.

Die Hebephrenie.

Die Bezeichnung Hebephrenie stammt von KAHLBAUM und HECKER und wird heute allgemein gebraucht, wenn auch nicht mehr genau in der von den genannten Autoren gemeinten Umgrenzung. Wir verstehen darunter Fälle, bei denen sich, in der Pubertätszeit beginnend, in langsamerem oder raschem Verlaufe ein Zustand geistiger Schwäche entwickelt. Es ist dabei für unsere Auffassung gleichgültig, ob dieser Prozeß in der einfachen Form einer allmählich fortschreitenden, stillen Verblödung oder unter Begleitung symptomatischer Zustandsbilder von Depression, Erregung, vorübergehender Wahnbildung usw. vor sich geht, ob das Ende schließlich ein Zustand hochgradigen Blödsinns oder eine nur mäßige Herabsetzung der geistigen und gemütlichen Funktionen darstellt; in der Tat kommt alles das in mannigfachen Abstufungen und Übergangsbildern vor, ebenso wie ein Aufeinanderfolgen verschieden gefärbter Zustände bei demselben Kranken. — Wie die Imbezillität im pathologischen Bild ein besonderes Gepräge dadurch erhält, daß ihr Wesen in einer sehr frühzeitig einsetzenden Hemmung der geistigen Entwicklung besteht, so trägt die Hebephrenie in vielen Fällen gewisse charakteristische Züge, die ihr die Entstehung in den Jahren der Pubertätsentwicklung mit ihrer besonderen (Geistesverfassung aufdrückt, Züge, die also nicht dem Krankheitsprozeß als solchem angehören und fehlen können, wenn die Störung erst in einem jenseits der Pubertätsjahre liegenden Zeitpunkte beginnt; hierher würde gehören: das Auftreten eigentümlicher, phantastisch unklarer Regungen, ein stark gehobenes Selbstgefühl, die Neigung zur Beschäftigung mit den tiefsten Problemen des Daseins, die Freude an klingenden Phrasen und stehenden Redensarten, an Wortwitzen und tätlichen Späßen u. a. m.; ein Teil dieser Eigentümlichkeiten erfährt durch krankhafte Momente noch eine besondere Verstärkung.

Das Krankheitsbild der Hebephrenie als solches besitzt nun mit den anderen, später zu schildernden Verlaufsarten der *Dementia praecox* eine Reihe gemeinsamer psychologischer Merkmale, aus denen eben (unter anderem) trotz äußerlicher Verschiedenheit auf innere Zusammengehörigkeit geschlossen werden darf.

Das Bewußtsein bleibt, von episodischen Erregungszuständen abgesehen, klar, die Orientierung über Raum und Zeit erhalten; Aufmerksamkeit und Interesse erfahren eine merkliche Abschwächung; Merkfähigkeit und Gedächtnis dagegen brauchen nicht

oder wenigstens lange Zeit hindurch nicht deutlich beeinträchtigt zu werden. Der Gedankengang erleidet Veränderungen, die von KRAEPELIN als „Zerfahrenheit des Denkens“ bezeichnet worden sind (erhöhte Ablenkbarkeit, Verlust des inneren Zusammenhanges der Vorstellungen, unvermitteltes Auftauchen von Einschiebseln).

Diese „Zerfahrenheit“ des Denkens äußert sich in gleicher Weise in den Reden, wie in den schriftlichen Äußerungen der Kranken. Nachstehend der Brief eines Hebephrenikers an seine Familie, dessen einziger Inhalt eigentlich der Wunsch ist, nach Hause zu kommen.

„Ich bin genötigt, zum letzten Male Euch diesen kurzen Brief zu schreiben. Ich stelle an Euch zum ersprießlichen Schlusse die liebste Bitte mir möglichst bald hier fortzuverhelfen. Meine Angelegenheiten nötigen mich aufs peinlichste die Vervollkommnung meiner Sprache zu rechtfertigen. Es schlägt der Puls in meinen Adern warm und meine Sehnen können kaum erschnappen oder weiter tappen. Es ist in meinem Belassen die nötigen Einfallspulse selber zu bändigen. Auch ist es mir ruhig die Sachlage nach Busse und Gewissen zu rechtfertigen und erkläre mit tröstlichen Worten dass ich ein in den Sumpf begrabenes unangreifbares Kind bin. Mein Himmel hat mir versprochen die unüberwundene Kraft des allmächtigen Gottes und seiner Engelschaaren in erhötem Masse zukommen zu lassen und dem irdischen Höllenleben den Appetit zu verweigern. Unterdessen ist es mir zu einem Geheimniss geworden die Extreme des behilflichen Arztes zu prüfen. Auch lasse ich es dahin gestellt ihn weiter über meine Entlassung zu fragen. Die Direktion der Anstalt möge ein Dafürhalten abgeben.
Wilhelm.“

Die Urteilsfähigkeit sinkt allmählich; oft werden Wahnvorstellungen verschiedener Richtung, aber von geringer Festigkeit und oft abstrusem Inhalt gebildet, und zwar vielfach, ohne daß die Kranken eine diesem Inhalte entsprechende Gefühlserregung erkennen ließen. Es äußert sich darin eine zunehmende Abstumpfung des Fühlens und des Affektlebens überhaupt, die auch in der Teilnahmslosigkeit gegenüber der Familie, in dem Sinken des sittlichen und ästhetischen Niveaus bemerkbar ist. Die Stimmung ist eine wenig feste; es ist den Kranken möglich, in kürzester Frist und bei nicht entsprechendem oder fehlendem Anlaß von Ausgelassenheit in tiefe Depression überzugehen und umgekehrt. Heitere spontane Erregung zusammen mit den Zeichen der intellektuellen Verblödung und den besonderen Eigentümlichkeiten des Pubertätsalters erzeugt die Bilder der „Albernheit“ und des „läppischen Wesens“.

Ein nicht kleiner Teil der Fälle von Hebephrenie, und zwar diejenigen, die ohne begleitende, aufdringliche Zeichen von „Geisteskrankheit“ verlaufen, wird von der Umgebung, den Erziehern und auch von den Ärzten verkannt, oder doch lange Zeit hindurch falsch beurteilt und mit oft sehr unzweckmäßigen Mitteln zu „bessern“ versucht; in den Irrenanstalten bekommt man diese Fälle nur ausnahmsweise zu sehen.

Der Hergang ist dabei gewöhnlich der, daß eine anfangs vielleicht vielversprechende geistige Entwicklung in der Pubertätszeit anfängt, zu erlahmen, daß der Gymnasiast, Student, Kontorist, Schullehrer usw. in seinen Leistungen erst einen Stillstand, dann aber einen deutlichen Rückgang erkennen läßt, den die Umgebung auf Trägheit, Ablenkung durch Nebeninteressen, bösen Willen oder auch auf körperliche Ursachen,

und zwar mit Vorliebe bei dem (der Zahl nach überwiegenden) männlichen Geschlechte auf frühere oder noch weiter betriebene Onanie, beim weiblichen auf die Entwicklungsvorgänge zurückzuführen pflegt. Kommt ein solches Individuum in sachverständige Beobachtung, so zeigt sich bald, daß bei dem Zustandekommen der geistigen Unzulänglichkeit eine ganze Reihe psychischer Störungen zusammenwirkt: große Ermüdbarkeit und Ablenkbarkeit. Unfähigkeit zur Konzentration, Entschlußmangel, Abschwächung des Urteiles und Abstumpfung der höheren Gefühle. In manchen Fällen besteht dabei eine Zeitlang ein lebhaftes Bewußtsein der vorhandenen Unfähigkeit, welches durch allerhand subjektive Erscheinungen, Kopfdruck, Flimmern vor den Augen, Schwindelempfindungen, Sensationen von leerem Kopf u. dergl. unterstützt wird, und mit einer starken gemüthlichen Depression einhergehen kann; anderemale ist die Störung von vornherein mit stumpfer Gleichgültigkeit verbunden, an der alle Ermahnungen abgleiten. Vorwürfe werden passiv hingenommen, mit nichtigen Ausreden oder mit träger Widerspenstigkeit beantwortet. Die gewohnten Arbeiten werden angefangen, aber nicht zum Abschluß gebracht; die Kranken sitzen z. B. stundenlang mit der Feder in der Hand vor dem Papier, ohne sich zum ersten Strich entschließen zu können; auch täglich wiederkehrende Verrichtungen, wie Ankleiden, Waschen usw. werden vernachlässigt.

Nicht selten wird die Schuld an diesem geistigem Zustand in den äußeren Umständen gesucht oder auf mangelnde Neigung zu der gewählten Beschäftigung geschoben; es wird dann ein Wechsel des Berufes oder ein suchendes Herumprobieren in verschiedener Richtung vorgenommen, bis allmählich auch den Angehörigen die Einsicht aufgeht, daß wohl eine geistige Anomalie die Ursache dieses gehäuften Mißgeschickes sein müsse.

In einer weiteren Gruppe von Fällen vollzieht sich dieses langsame Hinabgleiten in die geistige Schwäche unter äußerlich lebhafteren Erscheinungen, wenn nämlich eine erhöhte Erregbarkeit und Unruhe besteht, die den Kranken zu thörichten Streichen oder Konflikten, zu Alkoholexzessen, Prügeleien, unsinnigen Einkäufen u. dergl. treibt. Einer meiner Kranken dieser Art legte, nachdem er in einem Bordell und mit einer alten Laternenfrau Raufereien durchgemacht hatte, einen Kranz „auf die Gräber der Märzgefallenen“, verlangte von seinem Vater auf einer Ansichtspostkarte Auszahlung seines mütterlichen Erbtheiles, erkundigte sich, wieviel Zeit man brauche, um „ein berühmter Mann“ zu werden und bereitete sich darauf vor mit Auswendiglernen von Operntextbüchern. Auch wenn es nicht direkt zu Konflikten kommt, zeigt sich die innere Unruhe doch in der Unstetigkeit der Lebensführung, im Wechsel des Ortes, der Beschäftigung, des Berufes, wobei häufig die „Schriftstellerei“ bevorzugt wird. Die bei dieser Gelegenheit zutage tretenden Schriftstücke zeigen besonders deutlich die „hebephrenischen“ Züge: die innere Zusammenhanglosigkeit, die Sucht, mit Phrasen, die nach etwas klingen, Eindruck zu machen, das mangelhafte Urteil. Nachstehend eine Probe aus der „eigenen Philosophie“ eines 20jährigen Hebephrenikers:

„Ich und die Welt wir gehören zusammen, wir sind Teile eines Wesens, Mittel zu einem Zweck, wir bilden den Menschen. Mensch ohne Welt ist undenkbar, Welt ohne Mensch ist sinnlos. Der Mensch ist nicht für die Welt geboren, aber die Welt ist für den Menschen gemacht. Ohne den Menschen wäre die Welt ohne Sinn. Erst als der Mensch auf der

Welt erschien war sie fertig. Der Mensch ist der Sinn der Erde. Er erkennt, dass sie einen Zweck hat, und der da heisst „Ich bilde den Menschen“. Die Welt ist ein harmloses Ding (ich rede von der materiellen), Nebel und trügerischer Schein, aber der Mensch der „Schätzende“ gibt ihr den Sinn und Wert, dass sie ist, was sie ihm ist. Was vom Himmel kommt, sucht auf Erden Demut; nur dem Demütigen wird die Tugend zu Theil; frei von Selbstsucht, Stolz und Eitelkeit und von jener anmaasslichen Thorheit, welche da spricht: das bin ich, erkenne er sich als ein Mensch von Gottes Gnaden, dessen Aufgabe es ist, das Menschliche mit dem Göttlichen zu vermählen.“

Bei der mündlichen Entwicklung solcher Produkte fällt das gehobene Selbstgefühl und oft ein eigentümliches, selbstgefällig theatrales Wesen, gezielte Sprechweise und überlegenes Lächeln auf.

Eine weitere Gruppe einfacher Hebephrenie wird repräsentiert durch Fälle, bei denen das intellektuelle Sinken von vorwiegend hypochondrisch gefärbter leichter Depression begleitet wird. Speziell die Onanie spielt in den Ideenkreisen dieser Kranken eine große Rolle, gleichviel ob das besonders hohe Maß von Exzessen in dieser Richtung wirklich stattgefunden hat oder nur in der Vorstellung der Kranken existiert. Die Mehrzahl dieser Individuen hat die bekannten Schundschriften über die Folgen der Onanie gelesen und bringt die dort geschilderten Symptome vor. Auffallend bei den hypochondrischen Klagen dieser Hebephreniker ist die geringe Ausgiebigkeit ihrer Schilderungen, die sich oft auf nur wenige, mit passivem Widerstand festgehaltene Punkte beschränken: „Schwäche“, „verdorbenes Blut“, „zerstörte Nerven“ und dergleichen wird angegeben, aber zu einer wirklichen Beschreibung dessen, was sie fühlen, bringt man häufig die Kranken nicht. Manche derselben bringen lange theoretische Abhandlungen zu Papier, in denen Unverdautes, Gelesenes mit eigenen schwächlichen Zutaten produziert wird. Nachstehend eine Probe einer solchen Auseinandersetzung eines hebephrenischen Schullehrers von 19 Jahren:

„Bis jetzt lebte ich ganz in der Anschauung, daß die geistige Störung, oder wie ich nach meiner Empfindung sagen muß, Unterdrückung der Geistestätigkeit nur die notwendige Folge der Störungen im reflektorischen Nervengebiet sei. Ich kenne allerdings die Beziehungen, die zwischen den beiden Nervengebieten bestehen, nicht. Doch einen Gedanken möchte ich aussprechen. So wenig Einfluß die bewußte Tätigkeit auf die unbewußte ausübt, so daß sie im Schlaf aussetzen und auch im bewußten Zustand sehr gesteigert werden kann, ohne welche Störung im reflektorischen Nervengebiet wacher vorzurufen, so groß muß umgekehrt der Einfluß sein, den eine gesteigerte oder geschwächte Funktion des reflektorischen Nervengebietes auf die geistige Tätigkeit ausübt. Ob allerdings ein solches ursächliches Verhältnis bestehen kann und bei mir besteht, kann und will ich nicht entscheiden.“

Ich könnte niemals sagen, meine Geistestätigkeit sei gestört, sondern sie ist unterdrückt. Sie ist eine subjektive Wahrnehmung, die eben besagt, daß ein Wille gegen die Störung kämpft. Diese Willenskraft läßt sich allerdings nicht von außen wahrnehmen. Wenn sie mir nun entgegenhalten, wenn die geistige Tätigkeit allgemein gestört sei, so beziehe sich diese Störung doch auch auf den Willen, so frage ich nur, kann der Wille nicht trotzdem unnatürlich sehr gesteigert sein? usw.“

Trotz der oft geringen tatsächlichen Ausgiebigkeit der Kranken bei Schilderung ihrer Beschwerden gewinnen diese hypochondrischen Ideen bei der allgemeinen Abstumpfung des Wollens den größten Einfluß auf das Handeln und werden z. B. Anlaß zu monate- oder jahrelangem Aufenthalt im Bette; ich habe vor kurzem einen hebephrenischen Studenten gesehen, der wegen „Überanstrengung“ seit 5 Semestern den größten Teil seiner Zeit im Bette verbracht hat. (Auf die Fälle mit hypochondrischen komplizierteren Wahnbildungen kommen wir unten noch zu sprechen.) Ein großer Teil dieser letzten Gruppe, die man in der Sprechstunde verhältnismäßig oft zu sehen Gelegenheit hat, geht unter der Diagnose der Neurasthenie und wird in Kaltwasseranstalten und dergleichen eingewiesen.

Auch bei diesen einfachen Formen vorwiegend ruhiger langsamer Entwicklung ist nun der Ablauf der Krankheitserscheinungen kein gleichmäßiger; Remissionen und schubartige Steigerungen, Stillstände und Beschleunigungen treten auf, ohne daß wir bisher sichere Kennzeichen besäßen, aus denen im Anfange der Störung über die voraussichtliche spätere Gestaltung etwas Bestimmtes vorhergesagt werden könnte; nicht einmal darüber ist im Anfang ein sicheres Urteil möglich, ob der Krankheitsprozeß bis zu höheren Graden der Verblödung führen oder auf einem Niveau nur mäßig verminderter geistiger Leistungsfähigkeit Halt machen wird.

Diesen bisher geschilderten Fällen mit verhältnismäßig einfacher Verlaufsart stehen nun andere gegenüber, bei denen, unbeschadet der Übereinstimmung in den psychologischen Grundzügen, eine viel weitere Ausbildung episodischer Zustände und mannigfacher, komplizierter psychischer Störungen vorkommt, deren Vielgestaltigkeit und Unbeständigkeit die Aufstellung einzelner abgegrenzter Formen zu einem willkürlichen und überflüssigen Unternehmen macht.

Zunächst ist bei diesen Fällen häufig der Beginn nicht ein merklicher, langsam schleichender, sondern plötzlich eröffnet das symptomatische Bild irgend einer Psychose, manchmal in stürmischer Weise, die Szene. Neben starker Depression oder Erregung und Schlaflosigkeit, Angst, Selbstvorwürfen, Suicidneigung treten Sinnestäuschungen auf, die sich auf alle Sinnesgebiete erstrecken, erschreckenden, beleidigenden, auch erhebenden Inhaltes sein können. Bevorzugt sind im allgemeinen Täuschungen der Tastsphäre (Gefühl des Elektriziertwerdens, sexuelle Sensationen) oder Geschmackstäuschungen (Gift). Zugleich mit diesen Sinnestäuschungen, in Färbung und Richtung mit ihnen übereinstimmend, entwickeln sich Wahnideen, unter denen sich alle sonst bekannten klinischen Arten vertreten finden. Bei männlichen Kranken überwiegen die hypochondrischen Wahnvorstellungen, die in der Art ihres Inhaltes nicht selten schon früh die geistige Schwäche erkennen lassen. Es kann sich so das Bild einer scheinbaren hypochondrischen Paranoia entwickeln: Der Körper verfällt langsam inwendig, Darm und Leber verschwinden, die Speisen fallen in einen großen Hohlraum; der Verwesungsgeruch und die Bazillen, die von dem Fäulnisprozeß ausgehen, verpesten die Umgebung; das beste ist, so einen Menschen, der noch dazu durch Onanie selber schuld an den Veränderungen ist, totzuschlagen. Diese Kranken sind in hohem Maße für sich selber gefährlich, neigen zu Selbstverstümmelung und Selbstmord, verweigern häufig die Nahrung.

Auffallend ist von vornherein oft die Affektlosigkeit, mit der die Beschreibung unerhörter körperlicher Veränderungen und Zustände vorgebracht wird und noch überraschender die Schnelligkeit, mit der manchmal das ganze Bild der hypochondrischen Wahnbildung verschwindet und einen geistigen Defektzustand als dauernden Rest zurückläßt.

Bei den hypochondrischen Formen, wie bei den anderen komplizierten Zuständen im Laufe der hebephrenischen Verblödung darf man sich von der scheinbaren Apathie und Indifferenz der Kranken nicht zu einer trügerischen Sorglosigkeit verleiten lassen; der Zustand der Gleichgültigkeit kann von Episoden von Angst und Erregung oder von Verwirrtheit und Bewußtseinstrübung durchbrochen werden, in denen plötzliche Gewalttätigkeiten impulsiver Art keine Seltenheit sind.

Außer diesen hypochondrischen Bildern kommen nun alle möglichen anderen Verlaufsarten vor — scheinbare Manie oder scheinbare Amentia — auch die Entwicklung von Größenideen verschiedener Richtung kommt zur Beobachtung; bei den meisten dieser die Grundstörung komplizierenden Bilder sind die mehrfach erwähnten charakteristischen Züge der jugendlichen Verblödung doch erkennbar.

Die körperlichen Erscheinungen bei der Hebephrenie haben nichts direkt Kennzeichnendes. Der Schlaf ist häufig gestört, das Gewicht ist je nach den wechselnden psychischen Zuständen starken Schwankungen unterworfen. Eine Reihe von Fällen zeigt Anomalien der Schweißsekretion oder ungewöhnlich starke Absonderung der Talgdrüsen; die Menstruation wird unregelmäßig oder bleibt aus. Tremor und fibrilläre Zuckungen kommen vor, nicht selten ist eine Steigerung der mechanischen Erregbarkeit der Nervenstämmen. Auf gewisse, nicht nur der Hebephrenie, sondern der Dementia praecox im allgemeinen zukommende Eigentümlichkeiten im Verhalten der Pupillen wird im Kapitel Katatonie noch kurz einzugehen sein.

Die Diagnose der einfachen Formen der Hebephrenie wird, wie schon oben erwähnt, häufig nicht oder nicht rechtzeitig gestellt. Die Mannigfaltigkeit der möglichen Bilder und Verlaufsarten gibt die Indikation ab, bei jeder in der Pubertätszeit und den darauffolgenden Jahren vorkommenden psychisch-nervösen Störung, auch bei solchen scheinbar leichter Art, an die Möglichkeit eines hebephrenischen Prozesses zu denken; besonders gilt dies für die Neurasthenie und neurasthenische Hypochondrie. Die Diagnose ist im allgemeinen zu stützen auf die oben aufgeführten hauptsächlichsten charakteristischen psychischen Symptome bei im ganzen erhaltener Besonnenheit und wenig gestörtem Gedächtnis: sinkende Intelligenz, schwindende Initiative, Abstumpfung der höheren Gefühle, alles das eventuell verbunden mit den dem Pubertätsalter überhaupt eigenen Besonderheiten. Gegenüber der Neurasthenie speziell ist für die Abgrenzung wichtig das Fehlen eigentlicher erschöpfender Ursachen und die Hartnäckigkeit, mit der die Störung auch einer zweckmäßigen Behandlung trotzt.

Die Prognose ist eine überwiegend ungünstige; KRAEPELIN findet auf Grund seiner Zusammenstellungen bei 75 % derjenigen Fälle, die in Irrenanstalten kommen, als Endausgang höhere Grade der Verblödung, bei 17 % mäßigen Schwachsinn und bei 8 % scheinbare Heilung. Bei dieser Aufstellung darf nicht vergessen werden, daß ein nicht geringer Teil der Fälle von leichten Formen hebephrenischer Erkrankung in

keinem Stadium des Verlaufes in eine Irrenanstalt kommt, so daß in Wirklichkeit die Zahl der mit Defekt Stillstehenden und der „Geheilten“ größer ausfallen dürfte. Für die „Geheilten“ ist die Heilung immer nur mit dem Vorbehalte auszusprechen, daß neue Schübe der Erkrankung noch nach Jahren den günstigen Ausgang wieder in Frage stellen können.

Die forensische Beurteilung der Hebephrenie hat in erster Linie den nachweisbaren Grad der geistigen Schwäche zu berücksichtigen, wobei die häufig vorkommende Täuschung durch ein verhältnismäßig gutes Gedächtnismaterial zu vermeiden ist. Auch bei nur mäßig geschwächtem Urteil wird man doch in Anbetracht der Schwere der hebephrenischen Erkrankungen überhaupt und der durchschnittlichen Unberechenbarkeit des Handelns der Hebephreniker mit der Annahme der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit vorsichtig sein müssen; für die zivilrechtliche Beurteilung lassen sich allgemeine Regeln nicht aufstellen. Besondere Berücksichtigung verlangt die Hebephrenie beim Militär; die Entwicklungszeit der hebephrenischen Störungen fällt ja noch in die Jahre, in denen durchschnittlich der Dienstpflicht genügt wird. Tatsächlich gehört ein Teil der nicht oder schwer ausbildungsfähigen Rekruten, der „Widerspenstigen“, der „Boshaften“, der „Simulanten“ in die Kategorie der Hebephrenie, und wiederum nur ein Teil von diesen wird in dem eventuellen Strafverfahren richtig beurteilt.

Von einer eigentlichen Behandlung der Hebephrenie kann, da wir die Ursache noch nicht kennen, kaum die Rede sein; die Hauptfrage, die an den Arzt dabei herantritt, ist die, ob der Kranke in Anstaltsbehandlung zu geben ist oder nicht. Es hängt dies bei den einfachen, ohne drängende psychische Erscheinungen verlaufenden Formen sehr wesentlich davon ab, ob die Verhältnisse es erlauben, dem Kranken auf andere Weise das zu verschaffen, was seinem erkrankten Gehirn in erster Linie nötig ist, nämlich Ruhe. Der Arzt hat dabei zunächst die keineswegs immer leichte Aufgabe, die mehr oder weniger harten pädagogischen Versuche der Angehörigen abzuschneiden, indem er ihnen klar macht, daß es sich um Krankheit und nicht um bösen Willen, Faulheit oder moralische Verkommenheit handelt. Völliges geistiges Ausspannen, Landaufenthalt unter günstigen hygienischen Verhältnissen, gute Ernährung, milde Wasserbehandlung sind dann diejenigen Heilfaktoren, unter deren Einwirkung so viel an Besserung zu erwarten ist, als im einzelnen Falle überhaupt zu erhoffen ist. Wenn es zum Stillstand des Prozesses kommt, zu einer Heilung mit Defekt, so handelt es sich darum, ein den geschwächten Fähigkeiten des Kranken entsprechendes Arbeitsgebiet zu finden, auf dem er sich entweder in mechanischer Beschäftigung oder auch mit bescheidener geistiger Arbeit unter fremder Leitung noch nützlich machen kann. Die allgemeine Erfahrung lehrt, daß es den Eltern sehr schwer wird, auf die Ausführung der von der Krankheit unterbrochenen höheren Pläne zu verzichten, und der Arzt erweist den jugendlichen Kranken den besten Dienst, wenn er bei dieser Entscheidung möglichst auf Herabsetzung der elterlichen Ansprüche drängt.

Die Katatonie.

Die Katatonie stellt eine häufige Verlaufsart der *Dementia praecox* dar, die durch Zustände von Stupor und Erregung, durch die begleitenden sogenannten katatonischen Symptome (vgl. pag. 48—50) und den überwiegend ungünstigen Ausgang (in geistige Schwäche) gekennzeichnet ist. Nicht das Vorkommen eines einzelnen Symptomes, sondern die Kombination der verschiedenen genannten Erscheinungen macht den gegebenen Fall zur Katatonie.

Die Krankheitsbezeichnung „Katatonie“ (Spannungsirresein) stammt von KAHLBAUM, der schon vor mehr als 30 Jahren über die von ihm aufgestellte Krankheitsgruppe Mitteilungen gemacht hatte, ohne damit aber allgemeine Anerkennung zu finden. „Die Katatonie“, heißt es in KAHLBAUMS Definition, „ist eine Gehirnkrankheit mit zyklisch wechselndem Verlaufe, bei der die psychischen Symptome der Reihe nach das Bild der Melancholie, der Manie, der Stupesez, der Verwirrtheit und schließlich des Blödsinns darbieten, von welchen psychischen Gesamtbildern aber eins oder mehrere fehlen können, und bei der neben den psychischen Symptomen Vorgänge in dem motorischen Nervensystem mit dem allgemeinen Charakter des Krampfes als wesentliche Symptome erscheinen.“ An anderer Stelle setzt KAHLBAUM die Katatonie in Parallele zur progressiven Paralyse von dem gemeinsamen Gesichtspunkte aus, daß bei beiden Krankheiten die episodischen Zustandsbilder nicht das Bestimmende für die Umgrenzung der Krankheit sind, sondern der ganze Verlauf und der Ausgang.

Die KAHLBAUMSche Lehre hat lange Zeit wenig Anhänger gehabt, bis KRAEPELIN den seiner Meinung nach richtigen Kern derselben aufnahm und weiter ausbaute; KRAEPELIN definiert heute die Katatonie als eine Krankheitsform mit „eigentümlichen, meist in Schwachsinn ausgehenden Zuständen von Stupor oder Erregung mit den Erscheinungen des Negativismus, der Impulsivität und Verschrobenheit, der Stereotypie und Suggestibilität in Ausdrucksbewegungen und Handlungen“. Auch heute noch findet die Katatonielehre zahlreiche Gegner; es ist aber zu erwarten, daß die allgemeine Anerkennung derjenigen Fälle, die in der ersten Lebenshälfte, unter den spezifisch katatonischen Erscheinungen mit dem Ausgang in geistige Schwäche verlaufen, nicht mehr lange auf sich warten lassen wird.

Die Katatonie beginnt in der Regel subakut unter dem Bilde einer psychischen Depression mit vagen körperlichen Beschwerden oder auch ohne solche; die Depression kann in wechselnder Form und Stärke monatelang andauern, ohne irgendwie etwas Charakteristisches zu haben. Häufig tritt dann, für die Umgebung ganz überraschend, irgend eine Seltsamkeit oder auffallendes Benehmen zutage; der Kranke verweigert plötzlich die Nahrung für kurze Zeit, verläßt ohne weiteres seine Stellung, macht einen unpassenden Heiratsantrag, lacht und weint grundlos, schließt sich ein, bleibt halbe Tage in der Kirche oder läuft von Hause fort, macht einen Selbstmordversuch; bei einem Kranken meiner Beobachtung war das erste Auffallende, daß er als Soldat plötzlich aus dem Gliede trat und seinem Offizier den Degen in die Scheide stoßen wollte; ein anderer ging aufs Gericht, um sich (grundlos) der

Unzucht mit Tieren zu bezichtigen. Andere Male beginnt aus der einleitenden, oft übersehenen, Verstimmung heraus eine lebhaftere, meist ängstliche Erregung mit zahlreichen Sinnestäuschungen und Wahnideen, die eine Zeitlang das Bild einer halluzinatorischen Verwirrtheit (Amentia) vortäuschen können; häufig sind dabei phantastische Vorstellungen über Veränderungen des eigenen Körpers, Ideen mit religiöser Färbung und schwere Versündigungsideen. Die Untersuchung zeigt, daß die Orientierung dabei nicht in dem Maße verloren gegangen ist, wie dies das äußere Bild zunächst glauben lassen kann. Die Kranken neigen zu Gewalttätigkeiten impulsiver Art oder zu Selbstbeschädigungen und werden jetzt, wenn nicht schon vorher, in Familienpflege unmöglich.

Die eigentlich charakteristischen Krankheitszüge treten erst hervor, wenn es zu Stupor oder Erregung kommt, was ganz plötzlich und unvermittelt geschehen kann, so daß man z. B. den heute stark unruhigen Kranken am nächsten Tage im ausgesprochenen Stupor stumm und regungslos wieder sieht; eine Reihe von Fällen beginnt von vornherein mit Stupor oder Erregung. Der katatonische Stupor ist diejenige Symptomenkombination, welche die eigentümlichen psychomotorischen Veränderungen bei der Katatonie am überzeugendsten in die Erscheinung treten läßt. Die Bezeichnung „Stupor“ ohne weiteres Attribut sagt nichts aus über die Zugehörigkeit des Zustandes zu einer bestimmten Krankheitsform; sie ist nur eine kürzeste Umschreibung des äußerlichen Bildes, d. h. des regungslosen und stummen Verhaltens, das aus mannigfachen psychologischen Ursachen heraus entstehen kann, z. B. bei hohen Graden der Angst, bei Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen; beim katatonischen Stupor ist wahrscheinlich das Bestimmende eine selbständige Veränderung der psychomotorischen Innervationsverhältnisse, von deren Wesen wir nichts wissen, die sich aber an bestimmten Eigentümlichkeiten erkennen läßt. Für diese sind allmählich stehende Bezeichnungen üblich geworden, die man, auch wenn man wenig Freude an neugebildeten Fremdworten hat, zur raschen Verständigung einstweilen nicht entbehren kann. So bezeichnet man zunächst als Negativismus eine Reihe von motorischen Äußerungsformen, als deren Kern der grundsätzliche Widerstand gegen äußere Beeinflussungen des Wollens und auch gegen eigene auftauchende Impulse anzusehen ist; jeder Versuch, an der Stellung, Lage oder Haltung eines im katatonischen Stupor befindlichen Kranken eine Änderung vorzunehmen, führt zu intensiver Anspannung derjenigen Muskeln, die die Antagonisten der beabsichtigten passiven Bewegung sind, und jeder eigene Impuls des Kranken löst einen Gegenimpuls aus, der eine Bewegung nicht zustande kommen läßt oder die angefangene abbricht. Es ergeben sich aus dieser Störung sehr eigentümliche Bilder, da sie alle Seiten der motorischen Funktion in Mitleidenschaft ziehen kann. Zunächst sind die Kranken stumm. Daß diese Stummheit nicht etwa darauf beruht, daß überhaupt kein Ablauf von Vorstellungen stattfindet, beweisen oft bestimmte Anzeichen, z. B. Gesichtsrötung bei dringendem Fragen und Zureden, Pulsbeschleunigung und auch etwa einzelne schwache Anläufe zu Lippenbewegungen, die die richtige Antwort mit Andeutungen der ersten Silbe zu bilden anfangen wollen, ohne zu vollenden. Die Kranken nehmen spontan keine Nahrung und leisten dem Einflößen derselben energischen Widerstand durch Zusammenbeißen der Kiefer; sie halten Kot und Urin zurück; die Schluckbewegung, die den

(oft im Übermaß) abgesonderten Speichel beseitigen sollte, unterbleibt, so daß sich größere Mengen im Munde ansammeln. Eine einmal eingenommene Körperhaltung wird festgehalten ohne Rücksicht auf Bequemlichkeit und Zweckmäßigkeit; die Kranken stehen starr in einer Ecke oder neben dem Bette, bis die Füße anschwellen; sie liegen auf dem Bauche oder mit angezogenen Beinen oder in Knieellenbogenlage oder sonstigen ungewöhnlichen Stellungen Wochen und Monate hindurch. Dazu kommen festgehaltene Innervationen einzelner Muskelgebiete, z. B. schief geneigter, vornübergebeugter Kopf, eingeschlagene Daumen, übereinander gekreuzte Beine, rüsselförmiges oder papageischnabelartiges Vorschieben des Mundes, Augenzukneifen, Stirnrunzeln u. dgl. mehr. Je nach den durch die jedesmalige Stellung geschaffenen mechanischen Verhältnissen kommt es zu allerlei Schädigungen der Haut und tieferliegender Teile — Rötung, Intertrigo, Decubitus, Ulzerationen; auch eine Radialislähmung habe ich so entstehen sehen; im Sommer kann beim regungslosen Herumstehen im Freien Erythema solare oder Bläschenbildungen entstehen, wenn die direkte Sonneneinwirkung nicht ferngehalten wird.

Im scheinbaren Gegensatz zum Negativismus steht nun ein weiteres psychomotorisches Symptom bei Katatonischen: die Befehlsautomatie, worunter man eine erhöhte Beeinflußbarkeit der motorischen Vorgänge durch fremden Willen oder äußere Eindrücke versteht. Passiv gegebene Stellungen der Glieder, auch solche unbequemster Art, die ein Gesunder gar nicht imstande wäre, längere Zeit festzuhalten, werden von den Kranken eventuell stundenlang innegehalten (Flexibilitas cerea) oder in Nachahmung fremder Bewegungen angenommen; ebenso werden fremde Äußerungen aufgenommen und nachgesprochen (Echo-praxie, Echolalie). Negativismus und Befehlsautomatie kommen nacheinander, auch nebeneinander in verschiedenen Muskelgebieten beim selben Kranken vor.

Einen Übergang zu katatonischer Erregung bilden Fälle, bei denen neben Stummheit, Nahrungsverweigerung und Negativismus ein selbständiger Bewegungsdrang einhergeht, der dann gewöhnlich in monotoner Weise bestimmte Bewegungen stundenlang, tagelang wiederholt (Stereotypie). Die Äußerungsformen dieser Bewegungstereotypie sind im einzelnen außerordentlich verschieden: rhythmisches Wiegen des Oberkörpers im Bett, Reiben und Scheuern an der Haut bis zum Entstehen von Ulzerationen, rhythmisches Aufblasen der Backen, Schnalzen mit der Zunge, auf den Zehen gehen, einförmige Kreisbewegungen; ein Kranker, der jetzt noch in der Klinik ist, riß sich, Haar für Haar, Backenbart und Schnurrbart aus und dekorierte damit die Wand in bestimmter Zeichnung. Bei der eigentlichen katatonischen Erregung tritt der Bewegungsdrang in sinnloser Weise und mit der größten Heftigkeit in die Erscheinung, oft unter lautem Schreien und Brüllen, auch mit brüskten Gewalttätigkeiten gegen Belebtes und Unbelebtes — Scheibeneinschlagen, Attentate auf Mitkranke oder Wartepersonal, lebhafte Masturbation, Schmierien mit Kot, Urin und Speichel, Roll- und Drehbewegungen des ganzen Körpers, plötzliche Suicidversuche. Erregung und Stupor können rasch miteinander abwechseln; dann wieder kommen Zeiten leidlich geordneten Benehmens, aber doch mit zahlreichen Absonderlichkeiten, namentlich motorischer Art: Grimassieren, unmotiviertes Lachen, Luftschlucken und Rülpsen, Ausziehen der Kleider, Schreiben mit der linken

Hand u. dergl. Besonders auffallend ist das plötzliche Auftreten impulsiver Handlungen, die auch mitten aus dem Stupor heraus erfolgen; die Kranken springen aus dem Bett, rennen an die Tür und zurück ins Bett, reißen anderen Kranken die Bettdecke weg und zerren sie an den Genitalien, entblößen sich plötzlich und springen so im Zimmer umher, erhaschen irgend einen Gegenstand und stecken ihn in den Mund oder in die Vagina; eine Kranke sah ich, die im Garten eine Maus gefangen, lebendig in den Mund gesteckt und zerbissen hatte; ein anderer stürzte in das Zimmer eines Privatkranken, um mitten drin auf den Fußboden seinen Stuhlgang zu deponieren. Auch die Sprache zeigt sehr häufig Veränderungen; die Kranken lispeln, sprechen in rhythmischem Takte oder künstlich erhöhter Tonlage, à la baby oder wie ein Ausländer. Oft werden ganz sinnlose Silbenzusammenstellungen oder zusammenhanglose Worte in endloser Reihe wiederholt, „Verbigerieren“ (KAHLBAUM); andere Male kehrt wochenlang eine einzige Redensart bei jeder ärztlichen Visite wieder: „das hat ja keinen Wert“, „ich will in die Schule“, „kann die Hand nicht schon wieder geben“. Andere Fälle zeigen das als „Sprachverwirrtheit“ bezeichnete Symptom: die Mischung von Verständlichem mit ganz Sinnlosem bei fließender Redeweise oder das sogenannte „Vorbeireden“, wobei die Kranken auf eine Frage, die sie wohl verstehen, nicht die richtige, sondern, ohne Zögern, eine Antwort geben, die inhaltlich mit der Frage nur lose Beziehungen hat.

Die der Sprachverwirrtheit entsprechende Störung zeigt sich auch in den Schriftstücken der Kranken, die äußerliche Seltsamkeiten in großer Zahl aufzuweisen pflegen: sehr kleine oder sehr große Schrift, Nachahmung von Druckschrift, Schrift mit der linken Hand, Unterstreichungen, eigene Interpunktion, Schnörkel und Zeichnungen. Nachstehende Probe verbigerierender schriftlicher Produktion stammt von einem Katatoniker, der als Gärtner eine große Anzahl von botanischen Namen kennt, von denen in der im übrigen sinnlosen Aneinanderreihung hier und da einzelne Bruchstücke auftauchen.

Qualo formilis quanto fleten pleso paltrian vermente liuveur qualosteliquien soulis paltre sonate lequir retem sieli potre lefoten, quante telarefüssi, alosigia renomastle flotenquanten lihsia Pattischermo taglis flatenia lismen rio sento tolis pulvter, tolium mapante vielera tegetalisiant vambre ripentva Miple tofleur scheupons fleure plein olafta, sermis culum ropantoa, glapermis folia inglerschongs, fermicitalien gloretoa piele reflumen clurbe soa neglisomen tisler epimen glizenium tinkleboa risentoa, mingte pormica tulis balos privatie taglezilirium rapantoa pysher silongs tulista peri eferm gliessen tagel, le formate neniesste pipler lucoste somtle fühlen reped gliessen alste sigrese tilipharta regla maci conste fromeria glücceremis. loupbor manahste quetings coleons tiefel riefis sahljos porpbe sirquis parnuhste floten quante tigel le flaten pulium sancte formisquena.

Charakteristisch für die Katatonie ist, daß dieser Kranke in seinen guten Stunden noch ganz korrekte Auskunft über Bäume und Pflanzen im Garten geben kann.

Bei längerer Dauer der Krankheit können sich einzelne der genannten Eigentümlichkeiten in Haltung, Sprache, Benehmen als sogenannte „Manieren“ fixieren, an denen dann, auch nach langer Zeit noch, der Weg zu erkennen ist, auf dem ein an sich vielleicht nicht charakteristischer Zustand geistiger Schwäche zustande gekommen ist.

Abgesehen von diesen motorischen Krankheitserscheinungen sind nun der Katatonie charakteristische psychische Symptome eigen, die zum Teil identisch sind mit den bei der Hebephrenie erwähnten, wie denn überhaupt hebephrenische und katatonische Formen zahlreiche verwandtschaftliche Beziehungen und Übergangsfälle aufweisen, jedenfalls in viel höherem Maße als Hebephrenie und Katatonie einerseits gegenüber der Dementia paranoides. Zu diesen, die langsame Abschwächung des Urteils begleitenden Erscheinungen gehört die schon erwähnte „Zerfahrenheit“ des Denkens bei leidlich oder gut erhaltener Merkfähigkeit und entsprechendem Gedächtnis, die Abstumpfung des Gefühles, die gemüthliche Verblödung, die Neigung zum Auftreten unsinniger Wahnvorstellungen, die Unberechenbarkeit und Verschrobenheit in allem Handeln, das Mißverhältnis zwischen Vorstellungsinhalt und Gemütsbewegungen.

Die Orientierung kann im ganzen Verlaufe erhalten bleiben, wenn nicht Zustände besonderer Erregung oder halluzinatorische Trübung des Wahrnehmungsvorganges dazwischentreten.

Häufig besteht eine psychische Analgesie ohne jede Beeinträchtigung des Bewußtseins, die es den Kranken ermöglicht, sich mit lächelndem Gesicht, in aller Ruhe, wie ich das vor kurzem sah, mit den Fingern die frische Narbe einer Laparotomieoperation aufzureißen oder, wie jener vorhin erwähnte Kranke, die Haare einzeln, Stück für Stück auszurupfen; es ist klar, daß diese psychische Analgesie in Verbindung mit inneren unsinnigen Antrieben zu allen möglichen Selbstbeschädigungen besonders disponiert.

An körperlichen Erscheinungen findet sich bei der Katatonie in wechselnder Häufigkeit Steigerung der Sehnenreflexe, erhöhte mechanische Erregbarkeit der Nervenstämmе, speziell des Facialis, Unruhe in der mimischen Muskulatur, die nicht psychisch bedingt ist, erhöhte mechanische Erregbarkeit der Muskelsubstanz, vermehrte Speichel-, Talg- und Schweißsekretion, Ausbleiben der Menses, subnormale Temperaturen. Von diagnostisch nicht geringer Bedeutung scheinen bestimmte Eigentümlichkeiten im Verhalten der Pupillen zu sein (BUMKE); ihre Verwertung wird einstweilen nur in entsprechend eingerichteten Anstalten möglich sein, da zu ihrer sicheren Feststellung besondere optische Instrumente (Westiensche Corneallupe) notwendig sind.

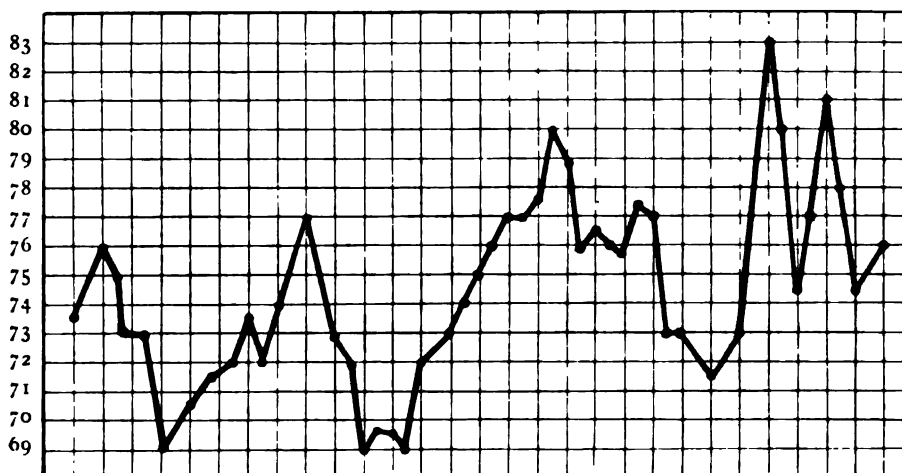
Die Pupillen sind bei der Katatonie (wie in sicheren Fällen von Dementia praecox überhaupt) meist auffallend weit, oft in ihrer Weite plötzlich wechselnd; Lichtreflex und akkommodative Verengung verhalten sich wie bei Gesunden.

Die Pupillenerweiterung, die beim Gesunden jedes intensivere psychische Geschehen (geistige oder körperliche Anstrengung, Aufmerksamkeit, Affekt) begleitet, und die durch das Wechselspiel der psychischen Vorgänge bedingte „Pupillenunruhe“ fehlen bei der Dementia praecox auf der Höhe der Krankheit stets; dieses Symptom geht oft, aber nicht immer, den anderen katatonischen Zeichen längere Zeit voraus und scheint da, wo es einmal vorhanden war, nicht wieder zu verschwinden. Die reflektorische Erweiterung der Pupille bei starken sensiblen Reizen bleibt oft länger erhalten und scheint gelegentlich in der Remission wiederkehren zu können.

Differentialdiagnostisch kommt außer Imbezillität, bei der ganz ähnliche Befunde erhoben werden können, nur Paralyse in Betracht; hier verschwinden aber die Psychoreflexe erst gleichzeitig mit dem Lichtreflex. Außerdem

kommen — sehr selten — im epileptischen Dämmerzustand und bei anderen sehr erregten Kranken (Melancholie) Zustände vor, in denen die durch lebhafte psychische Vorgänge (Angst) maximal dilatirte Pupille einer stärkeren Erweiterung nicht mehr fähig ist (BUMKE).

Das Körpergewicht ist bei der Katatonie ganz kolossalen Schwankungen unterworfen, die, ohne Mitwirkung besonderer körperlicher Krankheiten, 30 Pfund und mehr in wiederholtem Auf und Nieder betragen können. Der Wechsel zwischen Stupor, Erregung und relativ freien Zwischenzeiten prägt sich in der Gewichtskurve deutlich aus, bei deren Entstehung die wechselnde Nahrungsaufnahme neben verschieden starkem Verbrauch die Hauptrolle spielt.



Gewichtskurve bei Katatonie; die Senkrechten bedeuten Abschnitte von je 14 Tagen, die Zahlen links Kilogramme.

Eine nach ihrem Wesen noch ganz unaufgeklärte Eigentümlichkeit bei der Katatonie sind „Anfälle“, die in einem Bruchteil der Fälle zu den frühen, manchmal zu den ersten Zeichen gehören. Nach der Art des Auftretens würde man sie gewöhnlich zu den epileptiformen Anfällen rechnen; der Zugehörigkeit zur wirklichen Epilepsie steht im Wege, daß sie sich nicht zu wiederholen brauchen und auch sonst ohne epileptische Konsequenzen bleiben. Auffallend ist, daß man häufiger in der Anamnese von Katatonikern epileptische Zeichen: langedauerndes Bettnässen, Pavor nocturnus, Nachtwandeln u. dergl. vorfindet. Einstweilen muß man sich begnügen, die Tatsache solcher Anfälle bei Dementia praecox zu registrieren; sie sind nicht die einzige Erscheinung dabei, die ihrer Erklärung harret.

Die Katatonie hat das Maximum ihrer Häufigkeit, was den Beginn anbetrifft, zwischen 15. und 25. Lebensjahre; ihre Dauer erstreckt sich über Jahre und Jahrzehnte; die Mehrzahl der Fälle erreicht höhere Grade der Verblödung und stellt einen hohen Prozentsatz zu dem Krankenbestande der Pflegeanstalten. Ein Teil geht an körperlichen Störungen zugrunde, unter denen die Lungentuberkulose an erster Stelle zu nennen ist; es ist einleuchtend, daß gerade Stuporfälle mit der mangelhaften Ventilation der Lungen, mit vielfacher

Entbehrung des Aufenthaltes im Freien und oft ungenügender Nahrungsaufnahme als besonders empfänglich für die Entwicklung von Lungenphthise zu gelten haben. Andere erliegen den Folgen ihrer Selbstbeschädigungen (Phlegmonen usw.).

Über Ursachen und Wesen der Katatonie, wie der *Dementia praecox* überhaupt wird unten noch kurz die Rede sein.

Die Heilungsaussichten sind nach dem oben Gesagten in ausgesprochenen Fällen ungünstig; nur ein kleiner Teil erfährt völlige geistige Wiederherstellung, und auch diese ist häufig nicht endgültig, da die Krankheit die Neigung zum Verlaufe mit Remissionen und neuen Nachschüben hat. Es bleibt daher auch bei scheinbarer Genesung die Gefahr eines erneuten Aufflammens des Krankheitsprozesses noch lange bestehen.

Die Diagnose der Katatonie kann je nach dem Zustandsbild, das im Momente der Untersuchung gerade vorliegt, leicht oder außerordentlich schwer sein.

Zunächst ist dabei daran festzuhalten, daß „katatonische“ Erscheinungen, d. h. abnorme psychomotorische Innervationsverhältnisse mit dem Ergebnis des Negativismus und der Befehlsautomatie auch bei anderen Psychosen vorkommen: bei Paranoia, in epileptischen Dämmerzuständen, bei progressiver Paralyse, bei der Amentia, bei Hysterie und, wenn auch selten, so doch sicher bei Melancholie. Ein Teil der Fälle, die als *Melancholia attonita* oder *stupida* bezeichnet werden, gehört freilich nicht zur Melancholie, sondern zur Katatonie; trotzdem bleiben Fälle übrig, die nach Beginn, Verlauf und Ausgang zur Melancholie (speziell des Rückbildungsalters) gehören und bei denen in Stellung und Haltung ausgesprochene „katatonische“ Symptome vorkommen. Jungeliches Alter, stürmischer Beginn mit Sinnestäuschungen oder motorischer Erregung, fehlender Affekt werden im Zweifel dafür sprechen, daß ein gegebener Fall von Stupor mit psychomotorischen abnormen Symptomen in das Gebiet der Katatonie und nicht zur Melancholie gehört.

Katatonische Bilder im Verlaufe der progressiven Paralyse können zur Verwechslung Anlaß geben, eben so wie vorgeschrittene Verblödung bei Katatonie paralyseähnlich aussehen kann; entscheidend ist in erster Linie der eventuelle Nachweis der organisch nervösen Symptome der Paralyse; nur ist es nicht immer möglich, dieselben sicher zu prüfen, wenn die Muskelanspannung die Reflexuntersuchung, und das negativistische Zukneifen und Verdrehen der Augen die Pupillaruntersuchung erschwert oder vereitelt. Für solche Fälle besitzen wir neuerdings in der Untersuchung der durch Lumbalpunktion gewonnenen Cerebrospinalflüssigkeit ein wichtiges Hilfsmittel; bei Katatonie fehlt (falls nicht Syphilis vorliegt) die der Paralyse eigene starke Vermehrung der zelligen Elemente und die ebenfalls bei Paralyse häufige Zunahme des Gehaltes der Flüssigkeit an Serumalbumin. Die gleichen Merkmale erweisen sich entscheidend bei der Differentialdiagnose zwischen katatonischen und paralytischen Erregungszuständen.

Die Diagnose der Epilepsie wird immer auf die für diese entscheidenden anamnestischen und sonstigen Zeichen zu stützen sein; das gleiche gilt für die Hysterie, wobei gesagt werden muß, daß die Unterscheidung von hysterischen Dämmerzuständen und Katatonie manchmal im Momente unmöglich sein kann.

Für die Diagnose der Amentia wird in erster Linie der Nachweis der ihr eigenen Symptome, der starken Trübung der Auffassungsfähigkeit und der Unorientiertheit, sowie der Nachweis des häufigsten ätiologischen Momentes, der Erschöpfung, sein. In allen genannten Fällen wird, ebenso wie gegenüber der Manie, bei vorhandener Erregung, das elementar Triebartige, Sinnlose, Einförmige der Bewegungen und Handlungen für Katatonie sprechen.

Die Abgrenzung der Katatonie gegenüber der Hebephrenie ist bei der nahen Verwandtschaft beider Störungen, bei dem Vorhandensein von Übergangsfällen und der ähnlichen Prognose praktisch häufig gleichgültig.

Der angeborene oder ganz früh erworbene Schwachsinn kann mit katatonischer Geistesschwäche verwechselt werden, und das um so mehr, als manchmal bei von vornherein geistig minderwertigen Individuen noch aktive Verblödungsprozesse zur Entwicklung gelangen. Abgesehen von den bei der Erörterung der Imbezillität angegebenen Merkmalen weisen beim katatonischen Schwachsinn die begleitenden motorischen Erscheinungen: Manieren, Schrullen usw. auch noch spät auf die spezifische frühere Verlaufsart hin.

Bei allen diagnostischen Abgrenzungen der Katatonie wird man auf die obenerwähnten besonderen Eigentümlichkeiten der Pupillarverhältnisse zu achten haben.

Die forensische Beurteilung ist verhältnismäßig einfach, sobald einmal die Diagnose feststeht. Bei einer so schweren und tief eingreifenden Störung wird man in strafrechtlicher Beziehung besondere Vorsicht in Zuerkennung der Zurechnungsfähigkeit üben müssen. Die voll ausgebildeten Formen oder die Zustände von Erregung machen gar keine Schwierigkeiten, viel größere dagegen diejenigen mit stiller, langsamer Verlaufsart.

Da ihr Beginn hauptsächlich in die Zeit fällt, in der das Individuum seine ersten selbständigen Berührungen mit der Welt zu haben pflegt, da, auch von Ärzten, der Krankheitsvorgang häufig nicht erkannt wird, kommt es bei beginnenden Fällen häufig zu Konflikten beim Militär, im bürgerlichen Dienstverhältnis, kurz überall, wo ein Verständnis für Ordnung, Pünktlichkeit und Zucht und ein Fügen in gegebene Verhältnisse notwendig ist. Häufigen Anlaß zu strafrechtlichen Zusammenstößen gibt die beginnende katatonische Erregung oder die abnormen impulsiven Handlungen, und wäre es auch nur Lachen oder Gesichterschneiden im Gliede beim Militär. Auch in anderer Hinsicht ist eine genaue Kenntnis der Katatonie für den Arzt von forensischer Bedeutung, da diejenigen Fälle, bei denen der krankhafte Prozeß Halt macht und keinen höheren Grad von psychischer Schwäche zurückläßt, ein nicht geringes Kontingent stellen zu der Schar der die Arbeitshäuser füllenden Vagabunden oder auch der Gewohnheitsverbrecher; ein Teil der Fälle von sogenanntem moralischen Schwachsinn gehört in das Gebiet der Katatonie — abgelaufene Fälle, bei denen die gemüthliche Verblödung den „moralischen Defekt“ erzeugt, bei denen dann aber auch ausnahmslos anderweitige psychische Anomalien noch nachzuweisen sind.

Eine eigentliche Behandlung der Katatonie gibt es, in kausaler Indikationserfüllung nicht; für die Mehrzahl der Fälle kommt nur möglichst frühzeitige Verbringung in eine Anstalt in Betracht; die dort entstehenden Indikationen ebenso wie die Frage der späteren Versorgung der Verblödeten sind mehr eine speziell psychiatrische Angelegenheit.

Dementia paranoides.

Die Dementia paranoides ist gekennzeichnet durch eine nach kurzen einleitenden depressiven Symptomen einsetzende und rasch fortschreitende, ungemein reichliche Wahnbildung, die sehr bald die abenteuerlichsten und unsinnigsten Formen annimmt; nach relativ kurzer Zeit, längstens nach wenigen Jahren, wird ein Zustand schwachsinniger Verwirrtheit erreicht, der mit episodischen Schwankungen der Stimmung und mit Erregungszuständen einhergeht, aber auch später immer noch erkennen läßt, auf welchem Wege diese Form der Verblödung zustande gekommen ist.

Im Verhältnis zur Hebephrenie und zur Katatonie ist die Dementia paranoides eine nicht häufige Krankheit.

Die Störung beginnt mit wenig charakteristischen Symptomen: Verstimmung, Selbstvorwürfen, Schlaflosigkeit, körperlichen Mißempfindungen oder Erregung, Unruhe, Mißtrauen u. dergl. Der Kranke fühlt sich verändert und merkt auch Veränderungen in der Außenwelt, die sich auf ihn beziehen; es geschehen Dinge, die harmlos aussehen, aber etwas zu bedeuten haben; Zeichen werden gegeben, Andeutungen unheimlicher Art gemacht u. dergl. Bald treten deutliche Sinnestäuschungen auf, Halluzinationen verschiedener Sinne und vor allem zahlreiche Illusionen, zugleich mit Wahnvorstellungen, die manchmal von vornherein den Charakter von Größenideen haben, sich sonst aber auch in der Richtung der Beeinträchtigung bewegen. Mit einer Schnelligkeit, wie wir sie sonst nur bei der progressiven Paralyse wieder treffen, vermehren sich die Wahnbildungen, bis sie nach kurzer Zeit das ganze Sein des Kranken umfassen. Dabei kann die Besonnenheit und die grobe Orientierung vollkommen erhalten bleiben, während, in der ersten Zeit wenigstens, stärkere Affektschwankungen das Fortschreiten der Krankheit zu begleiten pflegen.

Der Inhalt der Wahnideen wird bald ein ganz unsinniger und abenteuerlicher in einem Maße, wie es sonst wiederum nur bei der progressiven Paralyse vorkommt; jede Nacht werden dem Kranken die Beine abgesägt, der Bauch aufgeschnitten und die „ganze Welt“ herausgeholt; eine „saledonische Klapperschlange“ und ein siebenmäuliger Bandwurm wohnen im Magen; man schlachtet ihn bei lebendigem Leibe und setzt ihn wieder zusammen; Arzt und vier Wärter schlafen zu dem Zweck nachts in seinem Strohsack; man sperrt ihn in Keller mit einem Roß zusammen, das ihn verschlucken soll. Er fürchtet sich aber nicht; denn er ist vor Erschaffung der Welt schon dagewesen, er ist der Papst, der Heilige Josef, er hat sich selbst in Bethlehern geboren, ist die Frau vom lieben Gott. Wenn man ihn nicht in Ruhe läßt, wird er mit Blitzen die Welt wieder zerstören; wenn aber der Arzt ihm gehorcht, läßt er ihn im Himmel neben sich sitzen oder er verschafft ihm extra einen neuen Himmel.

Eine besondere Eigentümlichkeit der Dementia paranoides ist die Häufigkeit, mit der es zu wahnhaften Erinnerungsfälschungen kommt; ein solcher Kranker erzählt, daß er schon Tausende von Jahren lebt; er hat alle historischen Ereignisse mitgemacht, hat bei Luthers

Übersetzung der Bibel mitgeholfen und wird sie jetzt neu herausgeben, hat Friedrich dem Großen im siebenjährigen Kriege geholfen; dazwischen hat er eine Zeitlang auf dem Jupiter gelebt, auch im freien Weltraum geschwebt und die Erde sich drehen sehen; er ist auch bei der Kreuzigung Christi zugegen gewesen; er war mehrmals in China, wo sein Vater, Karl der Große, Kaiser ist usw.

Alle diese Dinge werden auf der Höhe der Krankheit in geschraubter Sprache, ohne stärkere Erregung vorgebracht, und ohne die geringste Empfindung für das Ungeheuerliche der Ideen. Alle Eindrücke von seiten des Arztes werden entweder ganz ignoriert, oder in belehrendem überlegenen, oder mitleidig ironischem Tone abgelehnt; auch der Kontrast zwischen der Wirklichkeit des äußeren Daseins in der Anstalt und den subjektiven Erlebnissen macht auf den Kranken nicht den geringsten Eindruck.

Nach relativ kurzer Frist macht sich auch in der Art, wie die Wahnideen vorgebracht werden, die zunehmende geistige Schwäche bemerkbar; Satzbau und Zusammenhang lockern sich; die Äußerungen werden abschweifend, verworren, bis schließlich nur noch ein vollkommenes Gefasel übrig bleibt, aus dem man, bei Kenntnis der früher vorhandenen Vorstellungskreise noch einige Beziehungen herauszuhören vermag. Den gleichen Charakter zeigen die Schriftstücke der Kranken, die zeitweise mit erstaunlicher Produktivität angefertigt werden — in seltsam verschörkelten Buchstaben, eigener Orthographie, selbsterfundenen Worten usw. Nachstehend ein Beispiel davon:

„Der Mensch kimmert sich um weiter Nichts da ich selbst sehe, wenn di Menschen sehen wi schwer es ist nur Wahrheit dem Menschen einbilden lachen si ser über die Schrift und Vorlehre Geometrik wo ich Anfang wi Ende Gleiches Sistem habe es miste doch wo ein Fehler sein aber nirgends zu sehen. Kleine Schriftschitke deken sich mit Eigenschafts-Worten Grosse Wahrheiten Groses mit nichts als Geografischer Zeit di Uhre zeigte doch noch Wir nicht. Wir haben Alle gelacht wi ich an deutsche Kaiser geschriben von Kilchberg dass ih der und der bin dem das und das Gehört wo er mich zu verteidigen hatte von Kilchberg in solchen Haus mit solchen Insassen ih Wesgn Luft atmen nicht traue Farer Pastor und Rabiner Sulzer kann meinewegen beim blinden Betler Haus abseits der Strasse der Pilger wegen seinem heiligen Geist di Predigt „Wir haben Gott beleidigt“ — In den Minchner-Jesus-Prozes-Zeiten gehalten habe. Wi ist der rein gefallen? Legimitirt er mich doch schon. Ich sagte im auch Ich bin 2 × Gott, spukte sich die Bästia aus? — Sagen Si mal verehrteste Nachbar Komander. Ist denn Gott tat sächlich nur Spot? — Ibrig bleibt nichts mehr. Niemand keine Bästie kann solche Verachtung erdulden wi ich —

Der Doneral“

Die Stimmung der Kranken ist wechselnd, meist aber sind die Schwankungen nicht sehr ausgiebig, jedenfalls in gar keinem Verhältnis zu dem jeweiligen Inhalt der Wahnvorstellungen; Zeiten heiterer läppischer Erregung wechseln ab mit einer gewissen Gereiztheit, die aber nur selten zu Gewalttätigkeiten gegen die Umgebung führt, trotz drohender Worte und Gebärden. Das Benehmen bleibt leidlich geordnet. Der Endausgang ist regelmäßig ein Zustand schwachsinniger Verwirrtheit.

Charakteristische körperliche Begleiterscheinungen fehlen, soweit sie nicht überhaupt der Dementia praecox zukommen. Die Diagnose

kann in der allerersten Zeit, in dem unbestimmten einleitenden Stadium, unmöglich sein; später handelt es sich hauptsächlich um Abgrenzung gegenüber der progressiven Paralyse und der gewöhnlichen chronischen halluzinatorischen Paranoia.

WER IST DER DERIN WEITER BEGLEITET WIRD

Der Duzi Ruft fort — WEN — ? —

WENN ETWA BLEIBEN KÄBER GEINGRAB HOLE UM MIH
HERUMFLIEHMER MIT FLUGLSCHLACT DIE BVTMKE
KAISERIN-DEUTLIER WIMENSCHNSPRAHE KAN MIH
ODN MIH PANDERSSCHREIBN ALS WIKASIE MAND (ETAN VIL MER LOBE IHNTA BEVNDFREUPE MIN ~~ST~~)
DEN WÄITER DES LEBENS

*Man muss sein Wort fort will er auf
zuzug. Kila finden wollen das nicht dann
ge Datz sagen Er. Si Linn fort fuf über =
Blau — DIUDN BRAUHN KEINE HILFE*



*mit Straße fuf
Man ist der fuf
füllt und fult
NAH BEENDLUNG DER
GANZNSCHKEIT AUF 3/4
GANZBOGNALEINPAZIR
ENGETTER.*

STEMPEL

KRIMINAL

*OBN — auf
DRAUSN — In Kran
IBERFULT — Nbr Bluff überfließt & Well.*

WÄHTER - KIRHE BUDE
LEBNALE GESCHOPFE
*7/21 murg in Janu' am fuf
Erigant Komant zum Linn
LÖWI - Kinn fuf er inn
1/12 UNNOHNTAUSGE*

WIGROSIST DISESWUNDER DER 3 ZEILEN
STEMPEL - MIR GANGEN

Schrift und Zeichnung bei Dementia paranoides.

Die progressive Paralyse, an welche die Art der Wahnbildung in jedem Fall denken lassen kann, ist auszuschließen durch das Fehlen der ihr eigenen organisch nervösen Symptome: die chronische Paranoia zeigt viel langsameren Verlauf, erreicht nicht das Maß von blühender Wahnbildung und ebenso nicht den Grad von schwachsinniger Verwirrtheit. Es kommen allerdings Fälle vor, bei denen man im Zweifel sein kann, ob sie zu Dementia paranoides oder zur chronischen halluzinatorischen Paranoia gehören.

Die Behandlung besteht in jedem Falle nur in der Unterbringung in einer Anstalt.

Zum Schlusse dieses Abschnittes noch einige Bemerkungen, die mehr oder weniger alle Verlaufsarten der Dementia praecox betreffen. Was zunächst die Ursache der Erkrankung anbetrifft, so ist darüber Sicheres nicht bekannt.

Der Prozentsatz der erblichen Belastung übertrifft vielleicht etwas den bei Geisteskranken überhaupt festgestellten Durchschnitt; man sieht aber auch schwere Fälle von Dementia praecox ohne jede Spur von erblicher Belastung auftreten.

Infektionskrankheiten spielen keine deutliche Rolle als veranlassendes Moment; dagegen erhält man öfters die Angabe, daß die ersten auffallenden Zeichen der Erkrankung sich an ein bestimmtes eingreifendes Ereignis: Kopftrauma, Insolation u. dergl. angeschlossen haben; bei der allgemeinen Neigung der Laien, den Beginn chronischer Störungen auf einen durch irgendwelche Umstände ihnen besonders in der Erinnerung haftenden Termin zu datieren, wird man diese Angaben

mit Vorsicht aufnehmen müssen. Geburt und Wochenbett scheinen dagegen manchmal den Anstoß zur Entwicklung der Krankheitserscheinungen geben zu können.

Ein Teil der Fälle von jugendlicher Verblödung war schon vorher auffällig in nervöser oder psychischer Beziehung; man findet in der Anamnese ziemlich häufig Angaben über Bettnässen, Pavor nocturnus, Nachtwandeln, Erregung zur Zeit des Menses u. dergl. oder die Mitteilung, daß der Kranke immer eigenwillig, verschlossen, ein „Einspanner“, „anders wie die andern“ gewesen sei; ein kleiner Teil war schon vorher geistig minderwertig. Beobachtungen dieser letzteren Art haben neuerdings KRAEPELIN zu der Vermutung geführt, daß vielleicht manchmal schon in früher Kindheit der erste Schub derselben Krankheit, äußerlich unbemerkt, stattgefunden habe, die dann später als Dementia praecox von neuem aufflamme.

Das Wesen der Krankheit ist nicht etwa ein bloßes Stillestehen auf einer jugendlichen Entwicklungsstufe, sondern ein selbständiger Krankheitsvorgang im Gehirn. Die starken Veränderungen des geistigen Wesens, vor allem die hohen Grade der Verblödung, die oft erreicht werden, lassen es nach unseren allgemeinen Anschauungen als ein notwendiges Postulat erscheinen, daß dabei schwere und ausgedehnte Hirnveränderungen, und zwar speziell in der Rinde vorhanden sein müssen; wir werden sie eines Tages kennen, können aber heute darüber nichts Bestimmtes aussagen. Es ist nur natürlich, daß man die bei anderen Krankheiten fruchtbare Theorie der Selbstvergiftung des Organismus mit irgendwelchen abnormen Produkten eines gestörten inneren Chemismus auch zur Erklärung der Entstehung der Dementia praecox herangezogen hat; indessen ist diese Hypothese einstweilen ohne jede tatsächliche Begründung geblieben.

Literatur.

- ASCHAFFENBURG, Die Katatoniefrage. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. LIV.
 HECKER, Hebephrenie. Virchows Archiv, Bd. LII.
 JAHRMÄRKER, Zur Frage der Dementia praecox. Halle 1903.
 KAHLBAUM, Die Katatonie oder das Spannungsirresein. 1874.
 KRAEPELIN, Psychiatrie. 7. Aufl. 1904.
 SCHÜLE, Zur Katatoniefrage. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. LIV.
 STRANSKY, Zur Kenntnis gewisser erworbener Blödsinnsformen. Jahrbücher für Psych. 1903.
 TRÖMNER, Das Jugendirresein. Halle 1900.
 WILLE, Die Psychosen des Pubertätsalters. Leipzig-Wien 1897.
 WOLLENBERG, Verblödungsprozesse. In Hoche's Handbuch d. gerichtl. Psych., p. 706.

Die Dementia paralytica

(allgemeine progressive Paralyse der Irren).

Von

Robert Wollenberg, Tübingen.

Geschichtliches.

Das Symptomenbild der Dementia paralytica wird auffallenderweise in der Literatur erst verhältnismäßig spät erwähnt. Die Schriften der alten Medizin enthalten keinen deutlichen Hinweis darauf; erst im 17ten Jahrhundert (WILLIS 1672) finden sich einige Spuren. Am Ende des 18ten und Anfang des 19. Jahrhunderts (HASLAM 1798, ESQUIROL 1814) war das Krankheitsbild im wesentlichen bereits bekannt, doch verkannte man, wie auch später wieder, den Zusammenhang der geistigen und körperlichen Erscheinungen, indem man die letzteren nur als eine Komplikation der ersteren ansah. Erst BAYLE (1822) durchschaute mit voller Schärfe den Parallelismus und die gesetzmäßige Entwicklung dieser beiden Gruppen von Störungen und sah in ihnen gleichwertige Äußerungen ein und derselben Krankheit, die er auch pathologisch-anatomisch einheitlich (im Sinne einer Arachnitis chronica) auffaßte. — Die erste vollständige Monographie der Krankheit gab dann CALMEIL (1826), der in ihr eine Periencephalitis chronica diffusa sah.

Die obenerwähnte Verkennung des Zusammenhanges der beiden Symptomreihen, die sich auch in der Unterscheidung einer Paralyse générale progressive „des aliénés“ (allgemeiner Paralyse „der Irren“) und einer „sans aliénation“ ausdrückte, wurde erst um die Mitte des 19ten Jahrhunderts insbesondere durch die Arbeiten von DELASIAUVE und FALRET, ferner DUCHEK definitiv beseitigt.

Während bis zu dieser Zeit vor allem französische Autoren um die Erforschung der Krankheit bemüht waren, beteiligten sich weiterhin auch deutsche daran.

Aus der inzwischen fast unübersehbar angewachsenen Literatur sind, abgesehen von zahlreichen Einzelarbeiten, vor allem die zusammenfassenden Darstellungen von C. WESTPHAL (1868), VOISIN (1879), MENDEL (1880), KRAFFT-EBING (1894), BINSWANGER (1893—1894) zu nennen.

Wenn bei dieser allseitig darauf verwandten Arbeit das klinische Bild der Dementia paralytica wie kaum ein anderes Krankheitsbild in allen Einzelzügen durchforscht worden ist, so harrt doch eine Reihe von wichtigen Fragen, die sich insbesondere auf das Verhältnis der verschiedenen Spezialformen zu einander, die entscheidenden ätiologischen Momente und das eigentliche Wesen der Krankheit beziehen, noch der Erledigung, obwohl auch in diesen Beziehungen in neuerer Zeit wesentliche Fortschritte gemacht sind.

Krankheitsbegriff.

Die Dementia paralytica ist eine organische Krankheit des gesamten Centralnervensystems, die, meist in chronisch-progressivem Verlauf, zu geistigem und körperlichem Verfall und Tod führt.

Unter den in Betracht kommenden Ursachen ist vorausgegangene Syphilis von wesentlichster, wahrscheinlich von entscheidender Bedeutung.

Der Krankheit verfallen vorzugsweise im kräftigsten Lebensalter stehende Individuen und drei- bis viermal mehr Männer wie Frauen.

Sie kennzeichnet sich klinisch auf geistigem Gebiet durch eine gleichmäßig oder sprunghaft zum Blödsinn fortschreitende Schwäche mit Einschaltung mehr oder minder ausgesprochener psychotischer Zustandsbilder expansiver, depressiver und deliranter Färbung; auf körperlichem Gebiet durch mannigfache Ausfalls- und Reizerscheinungen, unter denen Veränderungen der Pupillen, der Sprache und Schrift, der Patellarreflexe, endlich „paralytische“ Anfälle von apoplektischer oder epileptischer Form von besonderer Bedeutung sind. Die Dauer der manifesten Erkrankung beträgt im Mittel 2—3 Jahre. Der Krankheitsverlauf wird sehr häufig durch einen temporären Nachlaß der Krankheitserscheinungen (Remissionen) unterbrochen.

Von der großen Masse der Fälle hebt sich eine Gruppe durch ihren akuten Verlauf (akute, „galoppierende“ Paralyse), eine andere durch das Vorhandensein dauernder Herderscheinungen und eine besondere Lokalisation des Krankheitsprozesses ab (Paralyse mit Herderscheinungen, auch „atypische Paralyse“ LISSAUER).

Als anatomische Grundlage der Dementia paralytica ist ein höchst wahrscheinlich primärer Schwund der nervösen Elemente mit begleitenden Wucherungserscheinungen der gliösen und bindegewebigen Stützsubstanzen anzusehen, der insbesondere die Hirnrinde befällt, sich aber in von Fall zu Fall verschiedener Weise auch auf das übrige Nervensystem verteilt. Insbesondere bilden Rückenmarksveränderungen im Gebiet der Seiten- und Hinterstränge einen wahrscheinlich konstanten Befund.

Allgemeines Krankheitsbild.

Die geistigen Symptome der Dementia paralytica lassen sich sämtlich auf die Grunderscheinung der psychischen Schwäche zurückführen. Diese kann sich zeitweise und besonders im Anfang

hinter verschiedenartigen, den bekannten psychischen Formen der Melancholie, Hypochondrie, Manie, Amentia etc. mehr oder weniger genau entsprechenden Zustandsbildern verbergen; immer aber, soweit es sich nicht um ganz akut verlaufende Fälle handelt, tritt sie weiterhin deutlich zutage und drückt den verschiedenen Krankheitserscheinungen ihren eigenartigen Stempel auf.

Die Schwäche betrifft ebensowohl das Gebiet der eigentlichen Verstandestätigkeit wie das Gefühlsleben und äußert sich entsprechend auch in den Handlungen der Kranken. Vielfach zeigt sich zunächst nur ein allgemeiner Nachlass der geistigen Leistungen in Form einer gesteigerten Ermüdbarkeit und Unfähigkeit zur Konzentration bei gleichzeitig vermehrter Reizbarkeit. Weiterhin kommt es zu einer auffälligen Umwandlung des Charakters und Temperamentes. Der intellektuelle Rückgang zeigt sich in der Abstumpfung der ästhetischen und moralischen Gefühle, in der Abnahme der höheren geistigen Interessen, in der Ungenauigkeit der Auffassung und Reproduktion, in der Vergeßlichkeit zunächst nur für neue, weiterhin auch für alte Eindrücke, in der Sprunghaftigkeit und Ziellosigkeit des Denkens sowie der zunehmenden Urteilschwäche, die sich in der falschen Beurteilung der persönlichen und allgemeinen Beziehungen, in der erleichterten Bestimmbarkeit durch andere, in der kritiklosen Verwertung des eigenen Empfindungsmaterials und Konzeption blödsinniger Wahnideen kundgibt. — Eine Bewußtseinsstörung, die anfangs nur als mäßige Zerstreuung erschien, nimmt bis zu völliger Desorientiertheit zu. Illusionäre und halluzinatorische Trugwahrnehmungen, rasch ablaufende sinnlose Affektausbrüche und anhaltendere depressive, expansive und delirante Zustandsbilder mit entsprechender ungeheuerlicher Wahnbildung treten in regellosem Wechsel auf, bis endlich mit zunehmender Verödung des Vorstellungsschatzes nur noch einzelne zusammenhangslose Reste davon vorhanden sind und zuletzt das geistige Leben nahezu völlig erlischt.

Mit den geschilderten geistigen Veränderungen gehen die bereits erwähnten körperlichen Störungen in wechselnden Kombinationen einher, auf die in der speziellen Symptomatologie näher eingegangen werden wird.

In der Annahme, daß der Mehrzahl der Fälle eine gewisse typische Aufeinanderfolge der verschiedenen psychischen Symptome eigen sei, hat man früher einen Typus der „klassischen Paralyse“ aufgestellt, der durch ein stadium prodromorum und initiale, ein stadium melancholicum und hypochondriacum, ein stadium maniacale und endlich ein stadium dementiae charakterisiert sein sollte.

Die weitere Erfahrung hat indes gezeigt, daß eine solche Verlaufsart wenigstens in der Gegenwart nur ausnahmsweise zutrifft. Abgesehen von den Fällen, die ganz atypisch verlaufen und deshalb unten eine gesonderte Besprechung finden werden, gibt es auch sonst sowohl in bezug auf die Gruppierung der Symptome wie in bezug auf den Krankheitsverlauf so grosse Verschiedenheiten und im speziellen Fall so vielfach wechselnde Bilder, daß sich ein allgemein gültiges Krankheitsbild nicht aufstellen läßt.

Immerhin läßt sich die große Masse der chronisch verlaufenden „typischen“ Fälle vom klinischen Standpunkt aus in 2 Hauptgruppen zusammenfassen. Diese haben die körperlichen Symptome im

wesentlichen gemein, unterscheiden sich aber in geistiger Beziehung insofern, als bei den Fällen der einen Gruppe der geistige Verfall in schleichender Progression der von vornherein vorhandenen Schwäche sich vollzieht (einfache progressive Demenz), ohne daß Erregungszustände, Wahnideen etc. stärker hervortreten, während bei der anderen Gruppe dieser Endzustand erst nach Einschaltung mehr geschlossener depressiver und expansiver Zustandsbilder erreicht wird.

Außerdem zeigt die Mehrzahl der Fälle in bezug auf den Verlauf doch insofern wenigstens eine äußere Übereinstimmung, als die krankhaften Störungen sukzessive mehrere Intensitätsgrade erkennen lassen. Dementsprechend unterscheidet man im allgemeinen ein Stadium der Vorläufererscheinungen und einleitenden Symptome (Stadium initiale), ein Stadium der ausgebildeten Krankheitserscheinungen (Stadium acmes oder conclamatum) und ein Endstadium der tiefen Verblödung (Stadium terminale oder dementiae). Diese Einteilung kann in praktischer Beziehung wertvoll sein, sie bleibt aber eine künstliche, da die einzelnen Krankheitsstadien sich sehr oft nicht scharf gegeneinander abgrenzen.

Einen wesentlich hiervon abweichenden Verlaufstypus zeigen insbesondere die verhältnismäßig seltenen Fälle, in denen eine ganz akute Entwicklung der Krankheitssymptome stattfindet, und die exquisit chronisch verlaufenden Fälle von echter Taboparalyse (s. unten: atypische Fälle der Dementia paralytica).

Spezielle Symptomatologie.

Um spätere Wiederholungen zu vermeiden, werden hier zunächst die im wesentlichen allen Stadien gemeinsamen körperlichen Symptome zusammenfassend besprochen.

Veränderungen am Schapparat.

Es kommt in erster Linie in Betracht die Pupillenweite und die Pupillenlichtreaktion.

Die Pupillenweite zeigt schon in der Norm erhebliche individuelle Verschiedenheiten. Sie steht in Beziehung zum Alter, insofern als die im Kindesalter meist verhältnismäßig weiten Pupillen im Lauf der Jahre ganz allmählich enger werden und im höheren Alter enge und unbewegliche Pupillen keine Seltenheit sind. — Auch das Geschlecht hat eine gewisse Bedeutung, da beim weiblichen Geschlecht die Pupillen im allgemeinen etwas weiter sind.

Außerdem werden temporäre Erweiterungen vielfach bei nervösen, anämischen, erschöpften Individuen, ferner unter dem Einfluß starker Affekte und körperlicher Schmerzen beobachtet.

Endlich ist an artefizielle Veränderungen der Pupillenweite durch den Gebrauch von Atropin, Duboisin, Eserin, Opium etc. zu denken, ebenso an überstandene Iritiden mit entsprechenden Folgeerscheinungen.

Auch die durch einseitige Erweiterung oder Verengerung bedingte Pupillendifferenz (auch „Anisokorie“ genannt, von „*ἀν-ισος*“ ungleich und „*ἡ κόρη*“ die Pupille) kommt in der Norm unter sehr verschiedenen Umständen vor. Abgesehen von ihrer Entstehung durch ungleiche Belichtung beider Augen, findet sie sich gemeinsam mit anderen körperlichen Entartungszeichen bei ungleicher Entwicklung der Augen; ferner bei verschiedenem Verhalten der Refraktion beider Augen, bei Trigeminaffektionen, Migräne, bei vielen funktionellen Psychosen und Neurosen.

In der Mehrzahl der Fälle hält sich die Pupillenweite der Paralytiker in mittleren Durchmessern. Im übrigen kommt sowohl abnorme Enge, als auch abnorme Weite vor. Insbesondere bildet die beiderseitige Miosis (stecknadelkopfgroße Pupillen) nicht selten ein Frühsymptom, das den anderen Krankheitserscheinungen lange Zeit vorausgehen kann. — Beiderseitige Mydriasis ist seltener, kommt aber auch im Prodromalstadium vor.

Viel häufiger sind Änderungen der Pupillenweite nur eines Auges. Die Statistiken aus der Berliner Charité (von A. WESTPHAL, GUDDEN und mir) ergaben Pupillendifferenz in 45—57 % der Fälle, KORNFELD und BICKELES fanden sie in 66,6 %, HILLENBERG in 45 %, SPREGLER in etwa 57 %, RAECKE in Tübingen sogar in 83 %.

Trotzdem kommt dem Befunde nur dann eine pathognostische Bedeutung zu, wenn er sich mit anderen sicheren Zeichen der Dementia paralytica verbindet; hier steht in erster Reihe die **reflektorische Pupillenstarre und Pupillenträgheit** (Argyll Robertsonsches Symptom).

Als Lichtreaktion der Pupillen bezeichnen wir die durch Belichtung der Netzhaut reflektorisch ausgelöste Kontraktion des M. sphincter pupillae; als reflektorische Pupillenstarre das Fehlen der Pupillenverengung auf Lichteinfall bei erhaltener Beweglichkeit der Pupille auf Akkommodation und Konvergenz. — Wenn die Kontraktion der Pupille auf Lichteinfall nicht fehlt, sondern nur langsam und wenig ausgiebig erfolgt, sprechen wir von reflektorischer Pupillenträgheit.

Die Beeinträchtigung der Pupillenreaktion ist in der Mehrzahl der Fälle doppelseitig. Vielfach beobachtet man zunächst Pupillenträgheit, die erst im weiteren Verlauf der Krankheit in Pupillenstarre übergeht. Sehr häufig zeigt sich die Reaktion auf beiden Augen in der Art verschieden, daß sie auf dem einen bereits fehlt, auf dem anderen aber nur herabgesetzt ist. Selten ist dauernd normale Reaktion des einen Auges bei Lichtstarre des anderen.

Das Verhältnis zwischen Lichtreaktion und Ungleichheit der Pupillen ist meist so, daß die reflektorisch starren Pupillen enger gefunden werden. Zuweilen werden erhebliche Schwankungen in der Pupillenweite beobachtet, so daß an demselben Tage bald die eine, bald die andere Pupille die weitere ist (springende Pupille oder springende Mydriasis).

Die Häufigkeit des Vorkommens der reflektorischen Pupillenstarre und -träglichkeit stellt sich nach neueren Erhebungen für die Pupillenstarre: auf 47 % (MOELI), 50—60 % (SIEMERLING), 50 % (WOLLENBERG, A. WESTPHAL, HIRSCHL), 47 % (THOMSEN), 34 % (GUDDEN), 62 % (KORNFELD und BICKELES), 45,5 % (HILLENBERG), 45 % (SPREGLER), 58, 2 % (RAECKE). SIEMERLING nimmt auf Grund einer vergleichenden Zusammenstellung eine Häufigkeit von 68 % an. Für die Pupillenträgheit finden sich bei denselben Autoren Werte bis zu 39 %, so daß RAECKES Angabe, nach der sich Veränderung der Reaktion überhaupt in 92,7 % der Fälle findet, wohl annähernd allgemeine Gültigkeit beanspruchen kann.

Endlich finden sich noch häufig andere Unregelmäßigkeiten an der Pupille, die in ungleichmäßiger Bewegung der verschiedenen Teile der Iris, in Anomalien der Lage und in Veränderungen der Form der Pupille bestehen. Im ersten Falle wird beim Spiel der Pupille an dieser oder jener Stelle eine Abflachung ihres Randes bemerkbar, im zweiten ist die normalerweise etwas exzentrisch gelegene

Pupille weiter in die verschiedenen Quadranten der Iris disloziert; im dritten verliert die Pupille ihre kreisrunde Gestalt, der Pupillarrand wird unregelmäßig eckig, ausgezackt, etwas nach einer Seite verschoben, die Pupille bekommt eine elliptische, birnförmige oder ovale Gestalt mit horizontalem, vertikalem oder schieferm Längsdurchmesser (PILTZ).

Bei der außerordentlichen Wichtigkeit der erwähnten Pupillenveränderungen, insbesondere der reflektorischen Starre und Trägheit, für die Diagnose der Dementia paralytica ist eine systematische und sichere Methodik ihrer Untersuchung für jeden Arzt ein dringendes Erfordernis. Auch der Nichtspezialist muß sich deshalb eine solche aneignen und die gewöhnlichen Fehlerquellen zu vermeiden wissen. Dazu ist vor allem erforderlich, daß man sich gewöhnt, immer unter möglichst gleichen Verhältnissen und insbesondere nicht mit verschiedenen starken Lichtquellen zu untersuchen. Dieser Anforderung entspricht es nicht, wenn manche Ärzte sich auf die Untersuchung bei dem äußerst variablen Tageslicht beschränken und dabei wohl gar noch durch passives Auf- und Niederziehen der Augenlider den Wechsel zwischen Beschattung und Belichtung herbeiführen. Die Untersuchung kann mit einer vergleichenden Betrachtung der Pupillen bei Tageslicht beginnen. Schon dabei fallen gröbere Differenzen der Pupillenweite auf. Man kann dann, gleichfalls bei Tageslicht, eine provisorische Prüfung der direkten und indirekten Lichtreaktion anschließen, indem man sowohl bei verdecktem, als auch bei unverdecktem anderen Auge das zu untersuchende Auge abwechselnd beschattet und belichtet. Dabei ist darauf zu achten, daß der Kranke den Blick in die Ferne richtet und nicht auf die beschattende Hand akkommodiert; diese ist demnach halb seitlich zu halten, was für den Untersucher zugleich den Vorteil bringt, die Pupillen dauernd beobachten zu können. Alsdann sollte aber in zweifelhaften Fällen immer noch eine Untersuchung bei konzentrierterem Lichte vorgenommen werden; hierfür genügt es unter Umständen, z. B. bei Geisteskranken, wenn man im halbverdunkelten Raume die Lichtquelle zunächst hinter den Kopf des Kranken hält und sie dann rasch seitlich vor diesen bringt. Dabei darf der Kranke wiederum nicht den Blick auf die Lichtquelle wenden, weil sonst die Konvergenz- und Akkommodationsreaktion der Pupille leicht eine Lichtreaktion vortäuschen kann*).

Im übrigen empfiehlt sich in Fällen, in denen die Verhältnisse eine etwas länger dauernde Prüfung gestatten, folgender Gang der weiteren Untersuchung**): Zunächst wird die Pupillenweite beider Augen bei stark herabgesetzter Beleuchtung, bei mangelnder Konvergenz und erschlaffter Akkommodation in durchfallendem Licht vergleichsweise festgestellt. Zu diesem Zweck befindet sich die Lichtquelle (gewöhnlicher Gasrundbrenner besser als Auerlicht) rechts oder links seitlich hinter dem Patienten, der über den Kopf des vor ihm sitzenden Untersuchers hinweg in die Ferne blickt und diese Blickrichtung etwa eine halbe Minute beibehält. Der Untersucher wirft nun aus einer Entfernung von etwa 40 cm mit dem Augenspiegel (Konkavspiegel) in rasch wechselnder Folge Licht bald in das eine, bald in das

*) Bei Geisteskranken kann man sich hierzu einer gewöhnlichen Kerze oder einer der handlichen Pupillenlampen bedienen, wie sie von manchen Firmen sowohl mit Kerzen- als auch mit Glühlampenarmierung geliefert werden. Als sehr zweckmäßig haben sich mir ferner die elektrischen Taschenlampen erwiesen, die jetzt so billig in den Handel gebracht werden. Auch die von Stuffer & Binder in Baden-Baden hergestellte, noch mit einem Reflektor armierbare Glühlampe kann ich aus eigener Erfahrung empfehlen.

***) Die folgende Methode ist die von dem Marburger Ophthalmologen L. BACH geübte; vergl. dieses Autors: Pupillenstudien, Gräfes Archiv für Ophthalmologie, Bd. LVII, Heft 2.

andere Auge und bildet sich so ein vergleichendes Urteil über die Weite, sowie provisorisch auch schon über die Lichtreaktion der Pupillen. — Alsdann folgen die Prüfung der Pupillenweite und die definitive Feststellung der Lichtreaktion bei stärkerer (seitlicher) Beleuchtung. Die Lichtquelle steht links seitlich vor dem leicht nach der entgegengesetzten Seite gewendeten Kopf des Patienten (etwa 35 cm von diesem entfernt); es wird nun die direkte Lichtreaktion des der Lichtquelle nächstehenden (linken) und zugleich die indirekte des entfernteren (rechten) Auges in der Art geprüft, daß mittels einer Konvexlinse von 13 Dioptrien aus etwa 8 cm Entfernung ein Lichtkegel auf die Pupille des der Lichtquelle nächstehenden Auges geworfen wird. Alsdann wird im allgemeinen ohne Veränderung der Lampenstellung und nur bei leicht nach links gewendetem Kopfe ebenso bei dem andern Auge verfahren. Dabei empfiehlt es sich unter Umständen, z. B. bei sehr engen Pupillen und schwacher Lichtreaktion, vor der Beleuchtung die zu untersuchende Pupille in entsprechender Weise mit der Hand etwas zu beschatten und dann plötzlich den Lichtkegel einfallen zu lassen, ein Verfahren, das die Wahrnehmung der Lichtreaktion erleichtern kann.

Die in jedem Falle zur Kontrolle vorzunehmende Prüfung der Konvergenzreaktion erfolgt in der Weise, daß man den in etwa 20 cm vor den und etwas unterhalb der Augen gehaltenen Zeigefinger fixieren läßt.

Von weiteren Störungen am Sehapparat kommen Lähmungen der Augenmuskeln in Betracht. Diese stellen sich (auch in nicht-tabischen Fällen) zuweilen im Frühstadium der Dementia paralytica als vorübergehende Erscheinung ein und erscheinen dann in der Anamnese als Schielen und Doppeltsehen. MENDEL beobachtete solche passageren Lähmungen in 8%, HIRSCHL in 5%, SIEMERLING und BOEDEKER sogar in 20%. Seltener werden andauernde Lähmungen einzelner oder sämtlicher Augenmuskeln im Vorstadium oder im Verlauf der Paralyse beobachtet (SIEMERLING und BOEDEKER, HIRSCHL, RAECKE u. a.).

Von ophthalmoskopischen Veränderungen ist nur die Opticusatrophie zu erwähnen, die nach Mendel in 4—5% der Fälle, nach RAECKE (bei 110 Fällen von Paralyse) sogar in über 15% vorkommt, immerhin aber einen seltenen Befund darstellt.

Veränderungen der Sprache und Schrift.

Die paralytische Sprachstörung beruht auf einer mangelhaften Koordination der Lippen-, Zungen-, Gaumen- und Kehlkopfmuskeln, deren ungestörte gemeinsame Aktion zum regelrechten Sprechen notwendig ist. Dazu kommen mehr oder weniger ausgesprochene Erscheinungen aphasischen oder paraphasischen Charakters und endlich rein psychisch bedingte Ausfallerscheinungen, die sich aus der bestehenden Geistesschwäche, insbesondere den Mängeln des Gedächtnisses erklären. Die paralytische Sprachstörung ist also eine komplizierte Erscheinung, die in bezug auf ihre einzelnen Komponenten oft schwer zerlegbar ist.

Sie zeigt sich beim Aussprechen einzelner Buchstaben oder bei der Verbindung der Buchstaben zur Silbe und der Verbindung der Silben zum Worte (gestörte Literal-, Syllabar- und Verbalkoordination). Die Sprache wird langsam, getragen, monoton. Beim Aussprechen gewisser Konsonanten im Anfang der Worte oder Silben fällt ein leichtes Stocken und Zaudern auf, das als Häsitieren bezeichnet wird. — Die Verbindung der Laute untereinander erscheint unscharf, verwaschen, die Sprache demgemäß lallend, „verschmiert“. Besonders charakteristisch ist aber die Unfähigkeit, die einzelnen Laute und Silben, die jedes für sich gut herausgebracht werden können, richtig zusammenzufügen. So kommt es zu Versetzungen, Umstellungen, Auslassungen und Verdoppelungen von Buchstaben und Silben, die das

Silbenstolpern des Paralytikers ausmachen. Gute Belege hierfür gibt das Wort „Elektrizität“, das in der Auslassung als „Elektrität“, in der Zusammenziehung als „Exität“, in der Verdoppelung als „Elektrizität“ erscheint (TRÖMNER). Für die bei manchen Kranken zu beobachtenden ungewollten Wiederholungen der Endsilben (Anton-ton-ton-ton) schlägt KRAEPELIN die Bezeichnung „Logoklonie“ vor.

Beliebte Probeworte sind ferner für den Nachweis der lallenden Sprache: „Flanellappen“, für das Silbenstolpern: „dritte reitende (Garde-) Artilleriebrigade“, „Dampfschiff(schleppschiff)fahrt(sgesellschaft)“, „Exterritorialität“, „Infanteriereserveübung“, die von den Kranken in entsprechenden Entstellungen herausgebracht werden.

Die aphasischen und paraphasischen Störungen äußern sich im übrigen in dem Ausfall einzelner Worte oder Eigennamen, in der Produktion sinnloser Wortbildungen, seltener in dem (temporären) Verlust des Sprachverständnisses (Worttaubheit), die psychisch bedingten Erscheinungen endlich in der kindlichen, oft grammatikalisch fehlerhaften Satzbildung, der Schwerfälligkeit des Ausdrucks und dem durch Fehlen der Sprachimpulse bedingten Stocken des Redeflusses bis zum völligen Versagen der sprachlichen Mitteilung.

Zugleich mit der Sprache ändert sich meist die Stimme; diese erhält einen tremulierenden Charakter, verliert ihren normalen Timbre und wird rau, näselnd, zuweilen auch meckernd. Diese Änderung der Stimme ist bei Sängern als erstes Zeichen der Dementia paralytica beobachtet worden.

Die Prüfung auf Sprachstörung wird gewöhnlich in der Weise vorgenommen, daß man die Kranken eines oder mehrere der oben angeführten Paradigmen nachsprechen läßt. In sehr vielen Fällen bedarf es aber derartiger „artikulatorischer Fallstricke“ (НОЧНЪ) nicht, und es empfiehlt sich vielmehr, die Kranken in scheinbar absichtsloser Unterhaltung zu unbefangenen sprachlichen Äußerungen zu veranlassen. Viele Kranke sind auf die üblichen Paradigmen durch frühere Untersuchungen schon eingeübt und sprechen sie tadellos aus, während sie an ungewohnten Worten, auch wenn sie einfach sind, scheitern. Außerdem sind die Paradigmen nachgerade auch in Laienkreisen so bekannt geworden, daß ihre Anwendung bei der Untersuchung auf manche Kranke erschreckend wirkt. — Ein sehr gutes Verfahren, um eine Sprachstörung deutlich hervortreten zu lassen, besteht darin, daß man die Kranken laut vorlesen läßt, dabei werden vielfach die willkürlichsten und unsinnigsten Wortentstellungen und -neubildungen vorgebracht, ohne daß der Kranke selbst sich dessen bewußt wird.

Von sehr großer diagnostischer Bedeutung sind sodann die Veränderungen der Schrift, die denen der Sprache ganz entsprechen. Die hier zunächst in Betracht kommenden mechanischen Störungen beruhen auf einer Schwäche und Koordinationsstörung der betreffenden Muskeln. Man unterscheidet hier zweckmäßig die ataktische und die Zitterschrift. Die ataktische Schrift kennzeichnet sich durch unregelmäßig ausfahrende, zickzackförmige Strichführung, verschiedene Größe und Eckigkeit der Buchstaben, zu dicke Grundstriche, ferner durch einen dem Häsitieren der Sprache vergleichbaren Wechsel zwischen Stocken und flüchtigem Hingleiten der Feder, in Unfähigkeit zur Einhaltung der geraden Linie, und erhält so vielfach einen gradezu kindlichen Charakter. — Die Zitterschrift zeigt entsprechende Deformierung der horizontalen und vertikalen Striche, oft bei sonst ganz gut

und gleichmäßig ausgebildeten Buchstaben, und ohne daß dabei die Leserlichkeit so stark zu leiden brauchte, wie bei der zuerst besprochenen Schriftstörung. Vielfach finden sich ataktische und Zitterschrift kombiniert.

Dem „Silbenstolpern“ entsprechend zeigt auch die Schrift Versetzungen, Auslassungen, Zusammenziehungen und Verdoppelungen der Buchstaben und Silben. Den paraphasischen Störungen entspricht die Einfügung ganz sinnloser Worte in den Schriftsatz (Paragraphie); den aphasischen die Beschränkung der schriftlichen Äußerungen auf wenige Sätze oder Worte. Der Einfluß der psychischen Schwäche macht sich bemerkbar in der häufigen Wiederholung derselben Worte und Wendungen, in dem Vergessen der beim Beginn des Schreibens gehegten Intentionen, so daß der zweite Teil eines Briefes an eine ganz andere Person gerichtet sein kann wie der erste; in grammatikalischen und syntaktischen Fehlern, in dem unbeholfenen, kindlichen Stil und Inhalt, endlich in dem Mangel jedes Gefühls für die äußere Form (Eingaben an Behörden auf kleinen beklecksten Zetteln usw.).

Sonstige motorische Störungen.

Im Hirnnervengebiet finden sich insbesondere Differenzen der Facialisinnervation: die Nasolabialfalte ist einseitig verstrichen, der Mundwinkel hängt etwas tiefer herab. Indessen ist dieser Befund mit großer Vorsicht zu werten, weil Asymmetrien der Gesichtshälften als Entwicklungsanomalie bekanntlich außerordentlich häufig sind. Weit zuverlässiger und charakteristischer ist das Vorhandensein fibrillärer Zuckungen, die als mehr oder weniger ausgesprochenes Beben und Flattern insbesondere um den Mund herum, ferner in der Wangen- und Kinnmuskulatur, beim Versuch zu sprechen und beim Sprechen selbst, beim Vorstrecken der Zunge, Öffnen des Mundes, Zurückziehen der Mundwinkel etc., aber auch in der Ruhe besonders unter dem Einfluß der Affekte hervortreten.

Im Gebiet des motorischen Trigeminus werden häufig Reizerscheinungen beobachtet, die sich in früheren Stadien als Kau- und Schmeckbewegung, in späteren als Zähneknirschen darstellen. — Lähmungen des Trigeminus kommen im Endstadium vor und äußern sich besonders in mangelhaftem Kauen.

Die Beteiligung des Vagoaccessoriusgebietes äußert sich, abgesehen von den bereits besprochenen Störungen der Stimme und der Sprache, gleichfalls im späten Stadium der Krankheit in einer Erschwerung des Schluckens, besonders von festen Bissen, und in mangelhaftem Verschuß des Kehlkopfeinganges, so daß die Kranken sich leicht verschlucken.

Im Hypoglossusgebiet werden — gleichfalls abgesehen von seiner Beteiligung bei der Sprachstörung — auffälligere Störungen, wenn überhaupt, erst spät beobachtet. Die Zunge zeigt zunächst nur starkes Zittern und wird oft ruckartig vorgestreckt, behält aber lange ihre gröbere Beweglichkeit. In den letzten Krankheitsperioden kann dies derartig zunehmen, daß sie überhaupt kaum noch herausgebracht wird. — In manchen Fällen machen sich diese Störungen von Anfang an sehr stark bemerkbar.

Im Extremitäten- und Rumpfgebiet besteht zuweilen ein so lebhafter Tremor, daß die Kranken zu jeder geordneten Bewegung unfähig werden (Zitterparalytiker).

Von Reizerscheinungen sind kontinuierliche, verschieden lokalisierte Zuckungen ganzer Extremitäten oder einzelner Muskelgebiete, ferner choreiforme und athetoseartige Bewegungen, meist im Anschluß an paralytische Anfälle, beobachtet. KEMMLER beschrieb anhaltende konvulsive Bewegungen einzelner Muskeln, die mit den Pulsschlägen synchron waren.

Eine motorische Schwäche macht sich im allgemeinen mehr an den unteren als an den oberen Extremitäten bemerkbar. Abgesehen von den subjektiven Klagen über leichte Ermüdung und Schwächegefühl kommen besonders die Störungen des Ganges in Betracht. Je nachdem dabei die motorische Schwäche, die Koordinationsstörung oder die Muskelspannung überwiegt, unterscheidet man einen paretischen, ataktischen und spastischen Gang, doch läßt sich meist eine scharfe Trennung dieser Formen nicht durchführen. Am häufigsten findet sich ein paretisch-ataktischer Gang: Die Kranken gehen mit kleinen, unsicheren Schritten, breitspurig, knicken in den Knien ein, bewegen sich ungeschickt, schwerfällig, stolpernd, geraten bei raschen Bewegungen ins Schwanken, treten bei Straßenübergängen, beim Treppensteigen vorbei, kommen bei geringfügigen Hindernissen zu Fall, so daß sie schließlich nur noch in Begleitung ausgehen können. — Der rein ataktische Gang findet sich meist nur in den früheren Stadien der Krankheit und ist als Zeichen einer tabischen Erkrankung anzusehen. — Der spastische Gang findet sich meist mit dem paretischen kombiniert; er bedarf hinsichtlich seiner Eigentümlichkeiten keiner weiteren Schilderung.

Die oberen Extremitäten lassen, neben dem bereits erwähnten Tremor, meist nur eine Beeinträchtigung der feineren Koordinationen erkennen, wie sie beim Schreiben, Zeichnen, Spielen musikalischer Instrumente etc. in Betracht kommen.

Verhalten der Sehnenreflexe.

Von den Sehnenreflexen kommt in erster Linie der Patellarsehnenreflex (Kniephänomen), sodann der Achillessehnenreflex in Betracht. Der erstere hat aber eine weitaus überragende Bedeutung.

Die Patellarreflexe können bei der Dementia paralytica entweder normal, oder einseitig oder beiderseitig verändert sein. Es ist besonders zu betonen, daß diese Veränderung ebensowohl in einer Steigerung wie in einer Abschwächung bis Aufhebung der Reflexe bestehen kann. — Sogar in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle ist der Patellarreflex in den Anfangsstadien der Krankheit gesteigert und nur in verhältnismäßig wenigen Fällen von Anfang an einseitig oder doppelseitig abgeschwächt oder fehlend. — Die Steigerung des Reflexes kann während der ganzen Dauer der Erkrankung unverändert fortbestehen oder häufiger weiterhin (bei entsprechender Ausbreitung des Krankheitsprozesses im Rückenmark) in eine Abschwächung und Aufhebung des Reflexes übergehen. Aus diesem Grunde überwiegen in den späteren Stadien die Fälle mit fehlenden Reflexen. — Die von den einzelnen Autoren mit bezug auf das Verhalten der Patellarreflexe bei der Dementia paralytica gegebenen Zahlen lassen das Überwiegen der Reflexsteigerung deutlich erkennen, sind aber im übrigen nicht eindeutig, weil die Kranken in sehr verschiedenen Stadien untersucht worden sind.

Der Achillessehnenreflex wird gleichfalls normal, gesteigert oder fehlend gefunden. Seine Bedeutung steht hinter der des Patellarreflexes weit zurück, doch kann seine Abschwächung und Aufhebung den entsprechenden Veränderungen des Patellarreflexes vorangehen und so Bedeutung gewinnen.

Ebenso wie bei der Untersuchung der Pupillen ist bei der der Sehnenreflexe eine sichere Technik erforderlich, wenn man nicht groben Täuschungen verfallen will. Geübte Untersucher können sich unter Umständen schon durch eine Prüfung bei bekleidetem Bein ein allgemeines Urteil über den Patellarreflex bilden. Im allgemeinen ist aber daran festzuhalten, daß die Untersuchung bei entblößtem Oberschenkel und Knie erfolgt. Das übliche Übereinanderschlagenlassen der Beine empfiehlt sich bei Geisteskranken vielfach deshalb nicht, weil durch diese Manipulation die Aufmerksamkeit auf das betreffende Gebiet gelenkt und eine unwillkürliche Anspannung der in Betracht kommenden Muskeln bewirkt wird. Am besten läßt man den auf einem Stuhl sitzenden Kranken die Füße zwanglos vor sich hinstellen, indem man nötigenfalls nachhilft, bis das Bein sich in einem leichten stumpfen Winkel befindet. Alsdann beklopft man die Patellarsehne, die man sich vorher abgetastet hat, mehrmals mit dem Perkussionshammer, während man mit der andern (linken) Hand den Quadriceps palpiert und den Blick auf den Oberschenkel gerichtet hält. Gelingt auf diese Weise die Hervorrufung des Reflexes nicht, so liegt dies häufig daran, daß der Kranke seine Muskeln nicht zu entspannen vermag; man wiederholt deshalb die Untersuchung in derselben Weise, während man den Kranken durch an ihn gerichtete Fragen oder durch den JENDRASSIKSchen Handgriff (der Kranke hat auf Kommando die gefalteten Hände mit möglichster Kraft auseinander zu ziehen, ohne aber loszulassen) ablenkt, bis ein möglichst sicheres Resultat erreicht ist. — Ist man genötigt, in der Rückenlage zu untersuchen, so verfährt man in derselben Weise bei leicht gebeugtem und im Knie unterstütztem Bein. Immer ist das entscheidende Gewicht auf die Quadricepskontraktion, nicht auf das Sichtbarwerden der Exkursion des Unterschenkels zu legen.

Die Untersuchung auf Fußklonus nimmt man in Rückenlage des Kranken in der Art vor, daß man mit der einen Hand das leicht gebeugte Bein in der Kniekehle lose stützt und gleichzeitig mit der anderen den Fuß durch einen kurzen, in der Höhe der Metatarsalköpfchen gegen die Sohle ausgeübten Stoß dorsalwärts drängt und in dieser Stellung durch einen elastischen Druck zu erhalten sucht. Bei vorhandenem Fußklonus treten alsdann rasch aufeinanderfolgende Kontraktionsstöße der Wadenmuskulatur auf, bis der Reflex sich früher oder später erschöpft hat. Im übrigen erfolgt die Prüfung des Achillessehnenreflexes in der Art, daß man bei sanft nach oben gedrückter Fußspitze mit dem Perkussionshammer einen leichten Schlag gegen die Achillessehne richtet.

Die paralytischen Anfälle.

Die paralytischen Anfälle kennzeichnen sich in ihren vollentwickelten Formen entweder als schlagartig einsetzende Lähmungen (Apoplexien) oder als Krampfanfälle von epileptischem Typus, die sich gleichfalls meist mit Lähmungen verknüpfen; dementsprechend werden sie als apoplektiforme und als epileptiforme Anfälle unterschieden, ohne daß aber eine scharfe Trennung beider möglich wäre; vielmehr können sie in mannigfaltiger Weise miteinander kombiniert sein, so daß sich an die Lähmungserscheinungen noch die Reizungserscheinungen anschließen oder umgekehrt. — In der Mehrzahl der Fälle tragen die para-

lytischen Anfälle aber keinen in gedachtem Sinne voll ausgebildeten, sondern nur abortiven Charakter. Ein plötzlich auftretendes intensives Schwindelgefühl, das den Kranken nötigt, sich festzuhalten; eine kurzdauernde Benommenheit und Übelkeit, ein Migräneanfall mit Flimmer-skotom, Angstgefühl mit Herzklopfen können überhaupt die einzigen Zeichen des Anfalls sein oder sich mit Ausfallserscheinungen im motorischen oder sensoriiellen Gebiet (s. unten) verbinden: in anderen Fällen sind die letztgenannten Erscheinungen auf einmal da, ohne daß der Kranke überhaupt irgend eine Angabe über subjektive Begleit- oder Einleitungserscheinungen machen könnte. Die Krampfanfälle können in Form der Jacksonschen Epilepsie auftreten und sich auf einzelne Muskelgebiete beschränken oder von da aus gesetzmäßig auf andere Gebiete ausbreiten; hierher gehören auch die zuweilen beobachteten kontinuierlichen Reizerscheinungen gewisser Muskeln oder Muskelkomplexe. — Die Ausfallserscheinungen, die sich mit beiden Anfallsarten verbinden, sind von der verschiedensten Lokalisation. Meist beschränken sie sich auf eine Extremität, eine Gesichtshälfte oder auch nur auf das Augenmuskelgebiet (Doppeltsehen, Ptosis) oder auf die Uvula (Schiefstellung) oder auf die Sprache (stärkere artikulatorische Störung). Häufig treten sie, besonders in den Frühstadien, als vorübergehende aphasische oder paraphasische Störung auf; eine häufige Kombination ist auch die einer Monoparese oder Monoplegie mit Hemianopsie. Auch sensible Reizerscheinungen in dem betroffenen Gebiet (Kriebeln, Pelzigsein einer Extremität) werden nicht selten beobachtet. Dagegen sind komplette Hemiplegien selten. — Alle diese Ausfallserscheinungen haben das Gemeinsame, daß sie meist trotz großer Intensität und Ausbreitung sich verhältnismäßig schnell, oft schon in einigen Stunden, sonst in Tagen wieder ausgleichen. Die Häufigkeit der Anfälle ist in den einzelnen Fällen sehr verschieden. Die Anfälle können den Krankheitsverlauf in jedem Stadium unterbrechen. Im allgemeinen treten aber die mit Reizerscheinungen verlaufenden Anfälle mehr in den späteren Krankheitsstadien auf, während in den früheren mehr die einfachen Schwindelanfälle usw. und die schlagartig einsetzenden und schnell vorübergehenden Lähmungserscheinungen überwiegen. Vielfach werden Krampfserien beobachtet (Status epilepticus). Die Körpertemperatur ist im Anfall meist erhöht. — Fast immer bedeutet ein Anfall ein weiteres Fortschreiten des Krankheitsprozesses, das sich nachher insbesondere in einem weiteren geistigen Rückgang bemerklich macht.

Die **sensiblen Störungen** sind bei der Dementia paralytica im allgemeinen von geringer Bedeutung. In einem Teil der Fälle bilden sensible Reizerscheinungen in den unteren und oberen Extremitäten, zuweilen auch im Gebiet der Kopfnerven (Trigeminus, Occipitalis) eine der frühesten und häufig verkannten Krankheitserscheinungen. Von objektiv nachweisbaren Störungen ist nur die häufig schon früh nachweisbare Analgesie der Unterschenkel (MENDEL) zu erwähnen. Eine oft vorhandene allgemeine Abstumpfung oder Aufhebung der Schmerzempfindlichkeit ist psychisch bedingt.

Die **trophischen Störungen** sind teils allgemeiner, teils umschriebener Art. Der allgemeine Ernährungszustand und das Körpergewicht zeigen in den mit lebhafterer Erregung einhergehenden Krankheitsstadien meist einen erheblichen Abfall, bei eintretender Beruhigung und fortgeschrittener Demenz dagegen einen ebenso erheblichen

Anstieg. Demgegenüber bilden Fälle, in denen schon im Übergang von Initial- zum Höhestadium ein rapides Zunehmen des Körpergewichts auffällt, die Ausnahmen; dasselbe gilt von den Fällen, bei denen trotz durchweg ruhigen und affektlosen Verlaufes der Paralyse und bei genügender Nahrungsaufnahme dauernd ein mangelhafter Ernährungszustand besteht. Mit dem weiteren Fortschreiten gegen das Ende hin pflegt allgemein ein rapider Verfall einzutreten, der sich nicht immer aus größeren körperlichen Störungen (Magen- und Darmkatarrhe, ungenügende Ernährung, Cystitis, Decubitus) erklären läßt.

Die umschriebenen trophischen Störungen betreffen vorzugsweise die Haut, die Muskeln, die Knorpel und Knochen. Als trophische Störungen der epidermoidalen Gebilde werden umschriebenes Ausfallen oder rapides Ergrauen der Kopf- und Barthaare; Farben- und Formveränderung, Atrophie, Ausfall der Nägel, regionäre Verdünnungen der Haut, Pigmenthypertrophie (Nigrities), Herpes, Pemphigus, Zoster, Mal perforant du pied, Decubitus angeführt. Ein mit trophischen Störungen der Haut verbundener Juckreiz wird zuweilen auf behaarte Körperstellen lokalisiert gefunden und kann dann so quälend sein, daß die Kranken sich sämtliche Haare ausreißen (Trichotillomanie).

Der Decubitus ist wohl nur dann mit einiger Wahrscheinlichkeit auf trophische Einflüsse zu beziehen, wenn er bereits in einem verhältnismäßig frühen Krankheitsstadium, insbesondere im Anschluß an paralytische Anfälle, sich in akutester Weise entwickelt und rapid fortschreitet. — Dagegen beruht der früher fast regelmäßig als finale Erscheinung beobachtete Druckbrand wohl zweifellos auf äußeren Einflüssen (Durchliegen infolge mangelhafter Pflege), wenn auch eine besondere Disposition dieser Kranken zu derartigen Störungen nicht von der Hand zu weisen ist.

An den Knorpeln und Knochen kommen besonders die Othämatome und die Rippenbrüche in Betracht.

Die Ohrblutgeschwulst (Othämatom) ist eine durch Bluterguß zwischen Perichondrium und Knorpel entstehende Geschwulst von Haselnuß- bis Walnußgröße und meist fluktuierender Konsistenz. Sie sitzt meist an der vorderen, konkaven Seite der Ohrmuschel, und zwar mehr nach oben. Der Inhalt der Geschwulst besteht in den ersten Tagen aus reinem Blut, zeigt später eine mehr seröse Beschaffenheit und enthält reichlich Pigment und Detritus. Die Dauer der Affektion beträgt mehrere Wochen, eine vollständige Restitutio in integrum findet selten statt; in der Mehrzahl der Fälle kommt der Bluterguß zwar zur Resorption, aber Verdickungen der Weichteile und nachfolgende Narbenretraktion bewirken eine dauernde Verunstaltung der Ohrmuschel; diese bekommt „eine eigentümliche, wie zusammengebrochene Beschaffenheit“ (VIRCHOW). Seltene Ausgänge sind die in Vereiterung oder Verjauchung. — Wenn zu ihrer Entstehung äußere Schädigungen auch wohl immer erforderlich sind, zu denen die Unruhe der Kranken und insbesondere Verletzungen (v. GUDDEN) reichliche Gelegenheit geben, so wird doch ihr Eintreten durch gewisse innere Momente begünstigt; bei diesem kommt für die Entstehung der Othämatome eine abnorme Beschaffenheit des Ohrknorpels (Erweichung, Mürbheit, gelockerte Kohärenz) in Betracht, die es erklärt, wenn ein traumatischer Insult unter Zerreißen perichondraler Gefäße und Ergießung ihres Inhaltes in den Knorpel leicht eine totale Zertrümmerung der erkrankten Partie bewirkt (FÜRSTNER). — An den Rippen konnte CAMPBELL bei Paralytikern auf experimentellem

Wege ein sehr erhebliches Sinken der Knochenfestigkeit feststellen. — An den Muskeln kommen gleichfalls Hämatome und Zerreißen vor. — Von größerer Bedeutung sind die in einigen Fällen von Paralyse ohne Tabes festgestellten degenerativen Muskelatrophien.

Endlich sind ohne Einwirkung eines Traumas erfolgende Harnblasenrupturen bei Paralytikern mehrfach beobachtet.

Von **vasomotorischen Störungen** sind die intensive Beteiligung der Gefäße bei Affekten, die oft schon initiale Intoleranz für kalorische Schädlichkeiten und für Spirituosen, die Neigung zu Fluxionen, das Auftreten von *Taches cérébrales* auf geringfügige kutane Reize zu erwähnen (KRAFFT-EBING). Auch Cyanose und Ödem der Augenlider ist bei Paralytischen beschrieben und im Sinne vasoparalytischer Vorgänge gedeutet worden. Der Puls der Paralytiker hat meist den Typus des *pulsus tardus*.

Störungen der Sekretion kommen nicht nennenswert in Betracht. In und nach Anfällen besteht zuweilen vorübergehend Albuminurie. Die Menstruation fand JAHRMÄRKER bei Frauen zwischen 20 und 44 Jahren (29 Fälle) 26 mal (90%) gestört.

Die **Körpertemperatur** zeigt in vielen Fällen flüchtige, aber oft erhebliche fieberhafte Steigerungen, insbesondere im Zusammenhang mit den paralytischen Anfällen (s. oben). Ebenso finden sich in den episodisch auftretenden Zuständen exzessiver psychischer Erregung hohe Temperaturen, denen nach Ablauf der Erregung abnorme Temperaturabfälle folgen können.

Die **cytodiagnostische Untersuchung** der Cerebrospinalflüssigkeit, die mit Hilfe der QUINCKESchen Lumbalpunktionmethode zuerst von WIDAL und seinem Schüler RAVAUT, dann von zahlreichen anderen französischen Autoren geübt und ausgebildet und in neuerer Zeit auch in Deutschland wohl allseitig in ihren Resultaten bestätigt worden ist, ergibt, daß bei der *Dementia paralytica* eine Lymphocytose, d. h. ein abnorm gesteigerter Lymphocytengehalt der Cerebrospinalflüssigkeit ein konstanter und, wie es scheint, frühzeitiger Befund ist. Der Grad der Lymphocytose schwankt sowohl bei demselben Falle in verschiedenen Krankheitsstadien als auch bei verschiedenen Kranken in weiten Grenzen. Im allgemeinen findet man die Lymphocyten gegenüber der Norm so erheblich vermehrt, daß Zweifel kaum entstehen können; doch kommen natürlich Grenzfälle vor. Als normalen Grenzwert nimmt SICARD das Vorhandensein von 3—4 Lymphocyten in einem Gesichtsfeld von 300—400facher Vergrößerung an.

SCHAEFER fand bei 25 Paralytikern einen erhöhten Druck und vermehrten Eiweißgehalt der Cerebrospinalflüssigkeit.

Krankheitsbilder und Verlaufsarten.

Wir besprechen hier die dem eigentlichen Krankheitsausbruch mehr oder weniger lange vorausgehenden (prämonitorischen) und die **Symptome des Anfangsstadiums** selbst gemeinschaftlich, da eine scharfe Trennung beider sich nicht durchführen läßt.

Die prämonitorischen Störungen, die Monate und Jahre vorhanden sein können, ehe die *Dementia paralytica* selbst manifest und diagnostizierbar wird, sind zum Teil sehr unbestimmter Art und werden deshalb vielfach erst nachträglich in ihrer Bedeutung erkannt. Häufig

bestehen sie in lästigem und hartnäckigem Kopfdruck oder -schmerz, in reißenden, bohrenden usw. Schmerzen im Occipitalis-, Trigemini- oder Extremitätengebiet, die zu zahlreichen erfolglosen Kuren Veranlassung geben. Nicht selten besteht auch eine allen Mitteln trotztende nächtliche Schlaflosigkeit oft mit ausgesprochener Schlagsucht am Tage. — Dazu kommen auf geistigem Gebiet schnellere Ermüdung, verminderte intellektuelle Leistungsfähigkeit, Unentschlossenheit, vermehrte gemütliche Reizbarkeit, mehr oder weniger ausgesprochenes Krankheitsgefühl, hypochondrische Selbstbeobachtung und Deutung abnormer Empfindungen, Angstzustände, kurz, es geht ein typischer neurasthenisch-hypochondrischer Zustand voran, der gar nichts Charakteristisches bietet. Zuweilen empfinden die Kranken in dieser Phase die Herabsetzung ihrer allgemeinen Leistungsfähigkeit mehr oder weniger deutlich und ahnen das bevorstehende schwere Leiden, das sie wohl auch mit seinem richtigen Namen bezeichnen; so kommt es öfters zu wohlüberlegten Selbstmordversuchen. Im allgemeinen ist es aber gerade auffallend, wie früh die Fähigkeit zur richtigen Beurteilung des eigenen Zustandes leidet.

Dies kann von praktischer Bedeutung werden, wie folgender Fall lehrt: Ein Herr der besseren Stände hatte zu einer Zeit, als schon gewisse krankhafte, ihrer Art nach aber zweifelhafte Veränderungen bestanden, für sich eine Lebensversicherung abgeschlossen. Bald darauf kam die Paralyse zum Ausbruch, an der er schnell starb. Die Gesellschaft erhob nunmehr den Einspruch, daß X. zu jener Zeit habe wissen müssen, daß er schwer krank sei, daß die Versicherung also auf falschen Angaben beruhe und ungiltig sei. Auf Grund obiger Erwägung mußte die Zahlung natürlich erfolgen.

In anderen Fällen verbinden sich diese unbestimmten Symptome von vornherein oder nach kürzerem Bestehen mit charakteristischen körperlichen Frühsymptomen, oder es treten zu jenen besondere geistige Züge, die der reinen Neurasthenie nicht eigen sind. Hier kommen in Betracht auf körperlichem Gebiet: Veränderungen der Pupillen wie träge oder aufgehobene Lichtreaktion bei einseitiger oder beiderseitiger Änderung der Pupillenweite und -form (maximale Miosis, einseitige Mydriasis), die jahrelang das einzige Zeichen der organischen Erkrankung sein können; sodann vorübergehende, seltener dauernde Schwäche- und Lähmungserscheinungen der Augenmuskeln, kurze Schwindelanfälle, momentane Sprachbehinderungen und andere abortive apoplektiforme oder epileptiforme Anfallserscheinungen, ferner beiderseitige und besonders einseitige Abschwächung oder Steigerung der Patellarreflexe, Abnahme der Potenz, Blasenstörungen usw. — Eine besonders charakteristische Gruppierung früher körperlicher Störungen stellt der tabische Symptomenkomplex dar, der in einer Reihe von Fällen den eigentlich paralytischen Zeichen vorausgeht. Alsdann gesellen sich zu den genannten Symptomen als weitere charakteristische Zeichen lancinierende Schmerzen, Gürtelgefühl und andere Sensibilitätsstörungen, Ataxie, Opticusatrophie, Krisen usw.

In geistiger Beziehung ist besonders die Umwandlung der Persönlichkeit zu erwähnen, die sich zunächst nur in dem Auftreten kleiner, dem betreffenden Individuum sonst fremder Charakterzüge äußert. Einstweilen erscheinen diese der Umgebung meist wenig belangreich; ja die Veränderung wird wohl sogar mit Freuden begrüßt, wenn sie eine Verbesserung zu bedeuten scheint, insofern, als der bisher Eigenwillige und jeder Gefühlsäußerung Abgeneigte nunmehr nachgiebig und liebevoll, der Zurückhaltende und Verschlussene mitteil-

und zugänglich, der Allzuweiche und Bestimmbare scheinbar fest und energisch wird. Weiterhin tritt aber das Krankhafte dieser Wandlung immer deutlicher zutage. Die Weichheit wird zu schwächerer Rührseligkeit, die Mittheilbarkeit zu geschwätziger Vertrauensseligkeit, die Festigkeit zu einsichtsloser Starrheit und Rücksichtslosigkeit. Auch die Reizbarkeit, die anfangs als Zeichen einfacher Nervosität aufgefaßt wurde, beginnt jedes Maß zu überschreiten: geringfügige Anlässe lösen unverhältnismäßig heftige Wutausbrüche aus; es kommt zu Mißhandlungen der Angehörigen, zu Konflikten mit Untergebenen und Vorgesetzten. Andererseits treten ebenso unmotivierte und schnell vorübergehende Zustände tiefster Depression auf.

Inzwischen hat, gleichfalls zunächst schleichend und kaum merklich, eine Abstumpfung der ethischen und ästhetischen Gefühle und Vorstellungskomplexe sich zu vollziehen begonnen: kleine Nachlässigkeiten der Toilette, Uneigenheiten bei den Verrichtungen des täglichen Lebens kommen vor. Im Gegensatz zu dem sonstigen taktvollen und rücksichtsvollen Benehmen läuft dem Kranken in seinen Äußerungen ein gesellschaftlich verfehmtter Ausdruck, eine unzarte Bemerkung mit unter, ohne daß er selbst dies bemerkt oder, darüber belehrt, die Ungehörigkeit entsprechend empfindet.

Die schriftlichen Äußerungen lassen oft schon in diesem Stadium charakteristische Änderungen erkennen. Zahlreiche Verbesserungen und Streichungen weisen darauf hin, daß die Kranken im Gegensatz zu ihrer sonstigen Gewandtheit sie nur mühsam fertig gebracht haben; insbesondere zeigt aber der Inhalt, die konventionelle Ausdrucksweise den nächsten Angehörigen gegenüber, die Anwendung allgemeiner Phrasen, das Verweilen bei gleichgültigen Nebenumständen, den allgemeinen geistigen Rückgang an.

Dieser verrät sich alsbald auch in dem sonstigen Verhalten der Kranken: Sie sind wohl noch imstande, die ihnen obliegenden Arbeiten auszuführen, soweit sie sich dabei in ausgeschliffenen, gewohnten Bahnen bewegen; die Fähigkeit zu selbständiger Produktion ist aber schwer beeinträchtigt oder ganz aufgehoben. Die fernerstehende Umgebung bemerkt dies oft lange nicht, da die Kranken sich regelmäßig an ihrer Arbeitsstelle einfinden und nicht grob auffällig sind. Auch die Angehörigen können sich später oft nicht genug darüber wundern, wie tadellos die Kranken bis zum letzten Augenblick gearbeitet haben. Tatsächlich stellt sich bei nachträglicher Prüfung aber doch meist heraus, daß sie zahlreiche Fehler und Unterlassungen begangen, sich in ganz unsinnige Unternehmungen eingelassen, ihre Unterschrift wahllos unter Bürgschaften und Wechsel gesetzt haben und infolge ihrer Bestimmbarkeit auch sonst in der mannigfaltigsten Weise mißbraucht worden sind, und es ist nur ein Zufall, daß der geistig bereits schwer geschädigte Kassierer, Kompagnieführer, Eisenbahnbetriebsbeamte etc. nicht längst schweres Unheil angerichtet hat.

Noch größer wird diese Gefahr in den Fällen, in denen sich alsbald eine große Ruhelosigkeit und Hyperaktivität entwickelt. Die Kranken beginnen heute dies, morgen jenes mit Feuereifer, um es alsbald wieder liegen zu lassen. Sie haben starke Neigung zur Ortsveränderung und verlassen unter Umständen triebartig ihren Wohnsitz, um zwecklos herumzuwandern (paralytische Fugues). Vielfach tritt auch sonst eine vermehrte Geschäftigkeit und Unternehmungslust hervor; die Kranken schreiben mehr als sonst, knüpfen mit fremden

Leuten intime Beziehungen an (Verlobung), erzählen ganz Fernstehenden oder Untergebenen ihre intimsten Angelegenheiten, geben über ihre Verhältnisse Geld aus und zeigen insbesondere vielfach eine gesteigerte Libido sexualis, der sie unter Außerachtlassung ästhetischer Rücksichten nachgeben.

In anderen Fällen sind es wiederum die Zeichen der Depression und Hemmung, die immer mehr hervortreten und sich mit mannigfachen hypochondrischen, melancholischen, seltener persekutorischen Befürchtungen und Wahnideen verbinden. — Endlich bleibt es in einer dritten Gruppe bei einfacher, sich immer mehr vertiefender Apathie oder euphorischer Demenz.

Daneben bestehen auf körperlichem Gebiet die früher besprochenen Störungen in verschiedenen Kombinationen; insbesondere pflegen die Veränderungen der Pupillenreaktion und der Patellarreflexe, oft auch die der Sprache schon deutlich nachweisbar zu sein.

Gleichwohl wird die Krankheit in diesem Stadium sehr oft verkannt. Bestenfalls kommen die Kranken in allgemeine Krankenhäuser oder — soweit sie begütert sind — in offene Sanatorien, in denen sie sich eine Zeit lang halten, schließlich aber durch ihre Unfähigkeit, sich in die Hausordnung zu fügen, durch ihr saloppes Wesen, durch Konflikte mit den anderen Kranken, durch die schamlose Anknüpfung sexueller Beziehungen mit dem Küchenpersonal usw., oder auch durch ihre im allgemeinen stärker hervortretende expansive oder depressive Erregung, durch Gewalttaten oder Selbstmordversuche usw. unmöglich machen.

In dem Stadium der vollentwickelten Krankheitserscheinungen ist an Stelle des im Anfang häufig vorhandenen Krankheitsgefühls in vielen Fällen ein gesteigertes Kraft- und Gesundheitsgefühl getreten; doch kommen gelegentliche Äußerungen, wie: „ich kann nichts mehr denken“, „mit mir ist es aus“, „ich bin (oder werde) ja wahnsinnig“, wohl auch jetzt noch vor. Die fortschreitende Urteilschwäche im Verein mit einer eigenartigen Bewußtseinsstörung macht sich in der Unfähigkeit, den eigenen Zustand und die sämtlichen Beziehungen zur Außenwelt richtig zu erfassen, immer mehr bemerkbar. Die manisch erregten Kranken kommen unter lebhaftem Protest in die Anstalt und erklären, sofort wieder abreisen zu wollen, packen aber gleichzeitig ihre Sachen aus und lassen sich unschwer von einem selbst gesetzten Termin zum andern hinhalten. Die inzwischen oft sehr hochgradig gewordenen körperlichen Lähmungserscheinungen kommen ihnen nicht mehr zum Bewußtsein oder werden von ihnen mit einigen schwächlichen Erklärungsversuchen oder Scherzen abgetan. Auch gebildete Kranke, die die Bedeutung der verschiedenen Symptome früher gekannt haben, lassen die entsprechenden ärztlichen Untersuchungen ohne Anteilnahme an sich vornehmen, als beträfen diese eine ganz andere Person. Besonders auffällig erscheint es, wenn diese äußerlich oft noch ganz geordneten und scheinbar besonnenen Kranken bei lautem Vorlesen zuweilen den größten Unsinn produzieren, ohne selbst das Geringste davon zu merken. Auch sonst machen sie ungenaue und lückenhafte Wahrnehmungen und übersehen wichtige Einzelheiten. Dabei tritt zuweilen eine auffällige Beeinträchtigung der Merkfähigkeit mit Neigung zum Fabulieren auf, während der gedächtnismäßige Erwerb früherer Zeiten lange erhalten bleiben kann.

FISCHER hat neuerdings über Fälle berichtet, bei denen diese Merkfähigkeitsstörung an Intensität hinter den bekannten Befunden bei amnestischer (Korsakowscher) Geistesstörung (vergl. den Abschnitt: „Alkoholpsychosen“) nicht zurückstand. Die Störung der Merkfähigkeit wird übrigens wohl vielfach durch die Unaufmerksamkeit und Zerstretheit der Kranken nur vorgetäuscht: man ist oft überrascht, in späteren Phasen bei vorgeschrittenerem Schwachsinn die Merkfähigkeit auffällig gut zu finden. Die Erinnerungsfälschungen und Konfabulationen äußern sich in ganz unzutreffenden Berichten über tatsächliche Erlebnisse, in unbegründeten Beschwerden über das Personal usw.

Unter diesen Umständen leidet die zeitliche und örtliche Orientierung in zunehmendem Grade. Sie verwechseln Zahlen und Daten, begehen vielfache Nachlässigkeiten, vermögen Ausführbares und Unausführbares nicht mehr zu unterscheiden, finden sich in neuen Umgebungen nicht mehr zurecht, verlaufen sich auf einfachen Wegen, geraten im Hotel in fremde Zimmer usw. — Der sukzessiven Weiterentwicklung der geschilderten Störungen entsprechend zeigt das allgemeine Verhalten und das Handeln der Kranken vielfache Auffälligkeiten: sie begehen die größten gesellschaftlichen Verstöße, erscheinen mit dem Hut auf dem Kopfe, mit der Zigarre im Munde bei der Mittagstafel, trinken ihrem Nachbar seinen Wein aus und werden über die Maßen grob, wenn ihnen dies gewehrt wird. Sie erscheinen mit offenen Hosen im Salon, verrichten ihre Bedürfnisse ohne Rücksicht auf die Umgebung, z. B. auf öffentlichen Plätzen, vom Hinterperron der Straßenbahn aus, begehen schamlose Exzesse usw.

Immer mehr tritt das Traum- und Dämmerhafte in ihrem Zustande hervor: die Wirklichkeit vermögen sie nicht mehr aufzufassen, die Bilder der liebsten Angehörigen verblassen, das Interesse für die eigene Familie erlischt. Nichtige Kleinigkeiten, wie z. B. das Zählen ihrer Zigarren, Sammeln von Zeitungen, Ein- und Auspacken ihrer Sachen füllen ihren Tag vollständig aus; dabei suchen sie vielfach etwas, was sie gerade in der Hand haben, alarmieren mitten in der Nacht das ganze Haus, weil sie sofort abreisen wollen, legen sich am hellen Tage völlig angekleidet ins Bett oder setzen sich halbnackt zum Schreiben oder Essen an den Tisch usw. — Oft besteht neben großer Lenksamkeit eine exzessive Reizbarkeit, die bei Gelegenheit einer verweigerten Bitte ganz plötzlich in gefährlicher Weise zum Ausdruck kommt. So riß einer meiner Kranken, der sich nachts über einen Pfleger aufgeregt hatte, plötzlich sein Hemd entzwei und versuchte sehr ernsthaft, jenen zu erdrosseln, was nur mühsam verhindert wurde.

Die geschlossenen psychotischen Zustandsbilder, die auf der vorstehend gezeichneten Grundlage auftreten, können durch entsprechende Stimmungsanomalien, Wahnideen und Halluzinationen, Verwirrtheit, motorische Erregung und Hemmung fast alle bekannten funktionellen Psychosen vortäuschen. Dementsprechend kann man eine expansive, depressive (hypochondrisch-melancholische), katonische, deliriöse, wohl auch paranoide Form der Paralyse unterscheiden. — Diesen Formen steht die große Gruppe der Fälle gegenüber, in denen die fortschreitende psychische Schwäche das Bild beherrscht und Erregungen, Wahnideen usw. nur episodisch vorkommen: demente Form der Paralyse.

Auch bei den abwechslungsreichen Formen der zuerst genannten Art findet man aber vielfache Übergänge und unvermittelten Wechsel entgegengesetzter Stimmungen und Vorstellungsinhalte, so daß derselbe Kranke heute manisch, morgen hypochondrisch oder melancholisch erscheinen kann. Eine eigentliche Abgrenzung jener Formen läßt sich also ebensowenig geben wie eine erschöpfende Darstellung der mannigfachen Spielarten, die hier in Frage kommen.

Die **expansive Form** der Dementia paralytica charakterisiert sich in ihren reinsten Typen als ein manieartiges Zustandsbild mit blühendem Größenwahn. Vielfach steigt die obenerwähnte Vielgeschäftigkeit und Hyperaktivität plötzlich zu voller Tobsucht an. In anderen Fällen ist ein ganz allmähliches Zunehmen der Erregung zu beobachten: nach einem einleitenden Stadium der beschriebenen Art tritt eine auffällige Euphorie ein. Alles erscheint dem Kranken rosig und hoffnungsvoll; er fühlt sich überkräftig, so gesund wie niemals; er rühmt seine Talente und Fertigkeiten, hat die größten Pläne, die er sofort in die Tat umzusetzen sucht. Er schreibt, telegraphiert, telephoniert nach allen Richtungen, kauft was ihm gefällt, auch ganz nutzlose Dinge, und kommt so zu Ausgaben, die seine Mittel weit überschreiten, macht Geschenke aller Art, veranstaltet Festlichkeiten, zu denen er alle Welt einladet. Allmählich gehen seine Projekte immer mehr ins Ungemessene; gleichzeitig steigert sich das Gefühl der eigenen Bedeutung in entsprechender Weise. Die Ausgestaltung des Größenwahns richtet sich im einzelnen nach der Individualität des Kranken. Im allgemeinen hält sich der Größenwahn der paralytischen Frauen in bescheideneren Grenzen und betrifft mehr interne Angelegenheiten, während der der Männer die Erde und den Himmel umfaßt. Die Kranken entwerfen die kühnsten Baupläne und Weltverbesserungsprojekte, sie korrespondieren mit Königen und Kaisern wie Gleichberechtigte. Sie erfinden neue Geschosse und kugelsichere Panzer von fabelhafter Konstruktion, besitzen ein Mittel, alle Menschen wunderbar schön und 20 Fuß lang zu machen. Sie haben 75000 Milliarden, ganze Berge von Gold. Ihnen gehört „das Brandenburger Tor in Berlin und Unterboihingen.“ Sie sind überall in der Welt gewesen, in Samoa, China, Sumatra „und Wiesbaden“. Sie schaffen in dem von ihnen gegründeten Zukunftsstaat alles Geld und alle Steuern ab, verwenden das Silber und das Gold nur noch als Baumaterial, haben ein vierzigstöckiges Haus für 300 Mark gebaut, lassen die Sonne stehen und rückwärts gehen, ernennen Kaiser und Könige, senden auf telegraphischem Wege ganze Eisenbahnzüge in 1 Minute nach Transvaal, schenken dem Kaiser 50 Kruppische Kanonen, 1000 Linienschiffe, verheiraten sich gleichzeitig mit einer Serbin, einer Baronesse und einer Konfektioneuse — sie sind selbst „Kaiser von Süddeutschland, Schützenkönig von Europa und Obersteiger der Feuerwehr“, Reichskanzler von Spanien, Weltpostmeister, Admiral der afrikanischen Flotte, Gesandter des Papstes, Huß, Luther, Papst, Gott, mehr als Gott, Athleten, wunderbar gebaut, haben unzählige Kinder gezeugt, alle Krankheiten gehabt, alle Bazillen getrunken, entleeren unendliche Mengen Stuhlgang, wiegen 1000 Zentner, haben ein Hirngewicht von 90000 Kilo, liegen im Schlaf so ruhig, daß jeder denkt, sie seien tot. Oder sie bezeichnen sich auch als die größten Verbrecher, Kneisel, sechsfache Raubmörder, haben ganze Möbelwagen für die Fortschaffung der von ihnen Ermordeten gebraucht usw.

Ein gebildeter Paralytiker meiner Beobachtung schrieb in diesem Stadium folgenden charakteristischen Brief:

„Tübingen, 21. VI. 01.

Psychiatr. Klinik.

Ihre Durchlaucht Frau Prinzessin X.

Stuttgart, Xstraße 54 pt.

Ich erlaube mir höfl. bei Ihnen anzufragen, ob Sie 4 Zimmer möbliert zu vermieten haben. Ich habe meine Möbel in London bestellt und fallen dieselben großartig aus. Ferner 80 egypt. weiße Esel aus dem Nachlaß der seligen Königin Viktoria. Dürfte ich Durchlaucht um Ihre Hand anhalten!! Ferner bestellte ich in Marokko, wo ich vor 3 Jahren 2 Feldzüge gegen Beduinen mitmachte u. 2 Schüsse in die Brust u. in den Oberschenkel bekam —

4 Berberhengste schwarz

4 Berberstuten weiß.

Ferner kämpfte ich unter Menelik von Abessynien gegen die Italiener, erhielt eine Kugel Streifschuß an den Kopf u. 3 Schüsse in die Brust; Ich sagte dann Prosit Mahlzeit. Ich war Mayor u. erhielt verschiedene Tapferkeitsmedaillen u. die höchsten Orden u. von Abessynien eine Pension von L. 100 000, von Marocco eine solche von Lire 80 000, nebst Orden, seltene Waffen u. Rüstungen, sowie die schönsten Seidenwaaren.

Mein jährl. selbstverdientes Einkommen ist Millionen durch großartige Erfindungen, die ich hier in der Langeweile machte (man darf hier mit keinen Damen verkehren) weshalb ich zu Professor X gehe wie gesagt die großartigen welterschütternden eigenen Erfindungen wird sich mein jährl. Einkommen vielleicht auf 80 Millionen stellen. In Spanien sind große Goldfelder entdeckt worden u. fahre ich nächste Woche mit m. Bruder dahin, um für 5 Millionen Pesetas Grund und Boden zu kaufen. Bin Reserveleutnant der Totenkopfhütern u. trete aktiv 1. Okt. dabei ein.

Verzeihen Sie bitte das Schreibpapier, aber man bekommt hier kein besseres u. in die Stadt dürfen wir nicht.

Mit vollkommener Hochachtung verbleibe ich

Durchlaucht Ihr ganz ergebener

Dr. Artur Achilles Hektor Leo Hans

Edgar Cecil Lionel Judah Baron ben Halury

päbstl. Graf von Caserta

Graf von Waldkirch.“

Meist lassen sich die Kranken in bezug auf die weitere Ausgestaltung dieses Größenwahns durch Suggestion leicht beeinflussen. Sie selbst halten die betreffenden Ideen nur kurze Zeit fest und bringen immer neue hervor, ohne den Widerspruch zwischen ihrer Umgebung und Behandlung und ihrer vermeintlichen Macht und Würde zu bemerken. Nicht selten verbinden sich mit den Größenwahnvorstellungen hypochondrische Wahnideen. Zuweilen nehmen diese Formen weiterhin einen akuten stürmischen Verlauf, in dem die Kranken rasch zu Grunde gehen (agitierte Paralyse vergl. unten die atypischen Formen).

Die depressive Form ist charakterisiert durch unsinnige hypochondrische, melancholische oder persekutorische Vorstellungen bei entsprechend trauriger Gemütslage. Die Kranken erscheinen mehr oder weniger ängstlich gehemmt, scheu. Sie klagen über mannigfache peinigende Empfindungen; meinen, unheilbar krank, innerlich verfault zu sein, kein Gehirn, keine Lunge, keine Zähne, keine Nase usw. mehr zu haben, innerlich zugewachsen, ganz leer zu sein usw. Sie behaupten, seit 5 Jahren nichts mehr gegessen, keinen Stuhlgang gehabt zu haben; sie haben einen falschen Kopf auf, Hühnerhirn darin, keinen Hinteren, sind ganz klein und zusammengeschrumpft, nur ein Punkt, gar nicht mehr vorhanden (negativer Größenwahn, L. MEYER). — Vielfach überträgt sich diese Empfindungsweise auch auf die Außenwelt: die Kran-

ken behaupten, es sei alles um sie herum scheußlich entstellt, tot, es existiere gar nichts mehr auf der Welt, kein Essen, kein Löffel, kein Stuhl usw.

Melancholische Vorstellungen können sich mit diesen hypochondrischen verbinden oder seltener für sich allein auftreten. Die Kranken machen sich Vorwürfe über frühere Verfehlungen und äußern Versündigungsideen, die sich zunächst von denen der Melancholie nicht wesentlich zu unterscheiden brauchen, weiterhin aber auch durch ihren unsinnigen, ungeheuerlichen Inhalt gekennzeichnet sind: sie sind die größten Verbrecher, haben alle Sünden der Welt begangen, „die ganze Welt ermordet und zugrunde gerichtet“. — Vielfach knüpft sich daran die weitere Vorstellungsreihe, durch Polizei abgeholt, verurteilt, in der grausamsten Weise gemordet und getötet zu werden.

Endlich kommt es bisweilen zur Entwicklung persekutorischer Vorstellungen, die gleichfalls sowohl durch ihren abenteuerlichen, aller Vernunft widersprechenden Inhalt, wie durch den Mangel ihrer gegenseitigen Verknüpfung und durch ihre Unbeständigkeit den Ursprung aus geistiger Schwäche meist bald erkennen lassen.

Zuweilen kommt es interkurrent zu lebhaften halluzinatorischen Verwirrtheits- und Erregungszuständen, in denen die Kranken für sich und andere gefährlich werden können. — Auch katatonische Symptome (Stupor, Bewegungstereotypien, Negativismus etc.) werden nicht selten beobachtet.

Die beschriebenen Zustände können längere oder kürzere Zeit anhalten. Zuweilen treten die Wahnideen und die lebhafteren Stimmungsanomalien dann zurück, nicht selten im Anschluß an einen paralytischen Anfall, und die Kranken bieten nun bis zum Ende das Bild einfacher fortschreitender Verblödung. Sehr oft vollzieht sich aber die Entwicklung der Dementia paralytica bis zu dem jetzt noch zu besprechenden Endstadium nicht gleichmäßig fortschreitend, sondern unter zeitweiligen Stillständen oder Nachlässen der Krankheitserscheinungen, den sog. **Remissionen**, die, abgesehen von dem Endstadium, zu jeder Zeit eintreten können und wahrscheinlich auch im Vorstadium nicht selten sind. Über die Häufigkeit der Remissionen bei den verschiedenen besprochenen Formen lassen sich sichere Angaben nicht machen; im ganzen sind sie wohl bei der expansiven Form häufiger als bei der depressiven und dementen Form. — Ihr Eintreten erfolgt meist allmählich, selten von einem Tage zum andern. — Der Grad der Remission kann sehr verschieden sein. In einem Teil der Fälle beruhigt sich der aufgeregte Kranke, aber die Demenz und die Lähmungserscheinungen bestehen fort; in einem anderen treten alle Symptome etwas zurück, ohne aber zu verschwinden. In einer dritten Reihe von Fällen verschwinden in der Tat alle Symptome, die geistigen wie die körperlichen; der Kranke gilt für gesund und kann unter Umständen in seinen Beruf zurückkehren. Den nächsten Angehörigen fällt indessen wohl auch hier auf, daß er in intellektueller und gemüthlicher Beziehung ein anderer geworden ist. Auch die richtige Krankheitseinsicht fehlt meist in der Remission.

Die Dauer dieser Nachlässe beträgt meist Monate, es sind aber auch solche von mehrjähriger Dauer keine große Seltenheit. Mit dem Schwinden der Remission setzt die Krankheit meist genau da wieder ein, wo sie latent geworden war.

In anderem Sinne wird der fortschreitende Verlauf der *Dementia paralytica* durch die früher besprochenen paralytischen Anfälle beeinflusst, nach denen fast immer ein merklicher weiterer Rückgang in geistiger und körperlicher Beziehung festgestellt werden kann. Fast immer schließt sich an die Anfälle noch ein kürzere oder längere Zeit dauernder Zustand der Verwirrtheit und Benommenheit an, aus dem die Kranken erst allmählich zu sich kommen. — Die Anfälle scheinen bei der dementen Form der *Dementia paralytica* am häufigsten zu sein. Ein großer Teil der Kranken (nach MENDEL etwa 50%) gehen an solchen, vielfach mit sich daran anschließender Schluckpneumonie, zugrunde.

Das **Endstadium der *Dementia paralytica*** ist das des geistigen und körperlichen Absterbens. Die Kranken werden immer vergeßlicher und zerfahrener; sie verlieren den Rest von Orientierung, den sie vielleicht bis dahin noch hatten, zeigen keine Spur von Interesse mehr für die eigenen Angehörigen, bringen längst Verstorbene und noch Lebende in ihren Gedanken durcheinander; schließlich kennen sie sich selbst nicht mehr, vergessen ihr Alter, ihren Namen. Die Verständigung mit ihnen hört auf, weil sie den Sinn der an sie gerichteten Fragen nicht mehr verstehen können. Nur kümmerliche Reste der früheren Wahnideen tauchen in den zusammenhanglosen und kaum verständlichen Äußerungen der Kranken noch hin und wieder auf, bis schließlich mit dem völligen Veröden des Vorstellungsschatzes auch die sprachlichen Äußerungen gänzlich aufhören. Eine Zeitlang vermögen äußere Reize, wie ein Stück Kuchen, eine Zigarre, noch Reaktion hervorzurufen; später ist auch das nicht mehr der Fall, sie leben völlig teilnahmslos und stumpf dahin, stopfen sich in den Mund, was sie in die Hände bekommen, müssen wie kleine Kinder gefüttert werden und lassen Stuhl und Urin unter sich. Vielfach bestehen allerhand Zwangsbewegungen und Haltungs- oder Bewegungstereotypien, wie Kratzen, unermüdliches Hin- und Herlaufen usw. Schließlich tritt ein entsprechender körperlicher Verfall ein. Die Kranken zeigen hochgradige Abmagerung, erleiden trophische Störungen der früher besprochenen Art, bekommen bei geringen äußeren Schädlichkeiten Rippenbrüche und Decubitus, der rasch in die Tiefe fortschreitet und durch seinen Gestank die Luft weithin verpestet.

Die Kranken, die nicht vorher infolge paralytischer Anfälle oder Erstickung beim Essen zugrunde gehen, sterben im Endstadium an Marasmus, Sepsis (vom Decubitus aus), Schluckpneumonie, nicht selten auch an Tuberkulose.

Die im vorstehenden geschilderte Erscheinungs- und Verlaufsweise entspricht der großen Mehrzahl (etwa 80%) der Fälle von *Dementia paralytica*. Als wesentliche Kennzeichen haben wir eine langsam zunehmende eigenartige Verblödung mit charakteristischen körperlichen Symptomen kennen gelernt.

Folgende, durch verschiedene Abweichungen charakterisierte Formen können als **atypische Fälle der *Dementia paralytica*** zusammengefaßt werden:

1. Die akuten (foudroyanten oder galoppierenden) Paralysen. Wir verstehen unter dieser Bezeichnung nicht die Fälle, in denen eine zunächst chronisch einsetzende Paralyse weiterhin einen akuten

Abschluß erhält, sondern jene, in denen nach sehr geringen einleitenden Störungen oder ganz ohne solche manische und deliröse Zustände von vornherein das Bild beherrschen. Es entwickelt sich rasch ein unsinniger Größenwahn mit großer motorischer Erregung und zeitweiliger ideenflüchtiger Verworrenheit, Reizbarkeit und Gewalttätigkeit.

- Die schwersten Fälle dieser Art erinnern durch die außerordentliche Erregung und Unruhe, schwere Benommenheit, ferner die motorischen Reizerscheinungen in Form allgemeinen Schütteltremors, choreatischer Zuckungen, wilder Jaktation an das Delirium acutum. Die Krankheit nimmt meist einen sehr raschen, tödlichen Verlauf.

2. Die Taboparalysen.

Hierzu rechnen wir nur die Fälle, bei denen die paralytische Erkrankung sich zu einer schon bestehenden regulären Tabes hinzugesellt hat. Sie kennzeichnen sich durch einen exquisit chronischen Verlauf, der die Folge langdauernder Stillstände des Leidens ist. Besonders auffällig ist der langsame Fortschritt des Intelligenzdefektes, der jahrelang nur die feineren ethischen und ästhetischen Vorstellungen und Empfindungen betrifft, während ausgesprochene Urteilsstörungen und Gedächtnisdefekte nur gelegentlich oder überhaupt nicht deutlich nachweisbar sind. Dementsprechend denken und reden die Kranken ganz logisch und oft sogar scharfsinnig, können zum Teil auch ihren Beruf fortführen; andererseits zeigen sie aber eine ausgesprochene Neigung zum Lügen und Betrügen, zu Ausschreitungen etc.

3. Die Paralysen mit Herderkrankungen (LISSAUERSche Paralyse).

Der allgemeine geistige und körperliche Verfall schreitet sehr langsam fort; die Demenz erreicht erst spät erheblichere Grade, sie ist partieller, aus anderen Defekten zusammengesetzt, mehr der Demenz bei Hirnherderkrankungen ähnlich. Die Krankheit verläuft in Schüben. Im Vordergrund stehen cortikale Herdsymptome (Aphasie, Hemi-anopsie, Rindenlähmungen), die oft im Anschluss an apoplektiforme Anfälle auftreten.

4. Die Frühformen der Paralyse.

Die Krankheit entwickelt sich bereits zwischen dem 12. bis 17. Lebensjahre (infantile und juvenile Form), auf dem Boden kongenitaler Lues, vielfach bei originär schlecht veranlagten Individuen und befällt beide Geschlechter mit annähernd gleicher Häufigkeit. Nach einem symptomreichen Prodromalstadium mit vielen Anfällen verläuft sie fast immer unter dem Bilde einer einfachen Demenz. Sie zeigt nicht die der Dementia paralytica sonst eigene Neigung zu Remissionen und nimmt meist einen langsameren Verlauf als diese.

Pathologische Anatomie.

Wir unterscheiden makroskopische und mikroskopische Befunde, die sich aber in bezug auf Ausbreitung und Grade sehr verschieden verhalten je nach der Art und insbesondere nach der kürzeren oder längeren Dauer des betreffenden Falles.

Die makroskopischen Veränderungen betreffen:

1. das Schädeldach.

Die Schädeldecke zeigt vielfach umschriebene oder diffuse Verdickungen der kompakten Lamellen bei Schwund der spongösen Zwischensubstanz (Diploe):

2. die Hirnhäute.

Die Dura mater ist stellenweise (besonders im Bereich der Ossa parietalia) oder auch in ganzer Ausdehnung mit dem Knochen verwachsen. — An ihrer Innenfläche — und zwar sowohl an der Konvexität wie in den Schädelgruben — finden sich rostfarbene, von punktförmigen Blutungen durchsetzte Verdickungen, Granulationen und zarte Neomembranen (Pachymeningitis haemorrhagica interna), massige subdurale Blutextravasate (Hämatome der Dura) oder dicke, zähe, bräunlichrote, die Gehirnoberfläche in größerer oder kleinerer Ausdehnung bedeckende Schwarten. Die subarachnoidealen Maschenräume enthalten reichlich seröse Flüssigkeit (Hydrocephalus externus). — Die Pia mater ist verdickt und zeigt diffuse oder platten- und streifenförmige Trübungen. letztere besonders längs der größeren Pialvenen, an der medialen Hemisphärenkante, der Fissura Sylvii, ferner in der Gegend des Chiasma, des Foramen Magendi und der Fissura cerebri transversa. Die einander zugekehrten Pialflächen sind zwischen den Stirnlappen, im Inselgebiet und in den Furchen miteinander verklebt, die Pia auch mit der Hirnoberfläche durch zarte Adhäsionen, aber auch flächenhaft verwachsen und oft nicht ohne Verlust von Hirnsubstanz abziehbar;

3. das Gehirn selbst.

Das Gehirn ist im ganzen, besonders aber in seinem vorderen Teil (Stirnhirn, Scheitellappen, Insel und vordere Partie des Schläfenlappens) reduziert, zeigt erhebliche Gewichtsabnahme (bis 1000 gr und darunter statt der Normalwerte von 1360 g beim Manne, 1220 g beim Weibe). Die Windungen sind verschmälert, vielfach von unregelmäßig höckeriger Oberfläche; die Furchen verbreitert, klaffend, stellenweise von Cysten der Pia ausgefüllt. Die Rinde erweist sich auf Durchschnitten als mehr oder weniger verschmälert, von grauweißer Farbe. Das Marklager zwischen Rinde und Ventrikelhohlraum ist geschwunden, schmal von derber oder auch teigiger Konsistenz. — Die Ventrikel sind erweitert und enthalten reichlich seröse Flüssigkeit (Hydrocephalus internus). Das Ventrikelependym ist besonders in der Gegend der Striae corneae, des Foramen Monroi und Infundibulum, ferner im vierten Ventrikel im Gebiet der Alae cinereae und an den seitlichen Abhängen des Ventrikeldaches mit feinsten oder gröberen Granulationen bedeckt (Ependymitis granularis):

4. die Rückenmarkshäute.

Der Duralsack erscheint schlaff, schlotternd. Bei seiner Öffnung entleert sich verhältnismäßig viel Cerebrospinalflüssigkeit. Auch die Dura mater spinalis zeigt zuweilen hämorrhagische Auflagerungen und fibröse Verdickungen, dagegen sehr selten größere Neomembranen oder Hämatome. — Vielfach finden sich Verwachsungen mit den weichen Häuten;

5. das Rückenmark selbst.

Hier treten oft schon makroskopisch Degenerationsfelder im Gebiet der Seiten- und Hinterstränge deutlich hervor (siehe unten).

Die mikroskopischen Veränderungen betreffen die nervösen Elemente (Ganglienzellen und Nervenfasern), die Glia substanz und das Blut- und Lymphgefäßsystem.

Im Gehirn zeigen die Ganglienzellen der Großhirnrinde einen Verlust ihrer regelmäßigen Anordnung in Schichten; sie erscheinen

wie durcheinandergeworfen, ihre Reihen gelichtet, lückenhaft. An den Zellen selbst finden sich die verschiedensten Veränderungen: akute Schwellung, Zerfall in allen Stadien, Pigmentdegeneration, Sklerosierung (NISSL). Diese Befunde zeigen in bezug auf Extensität und Intensität meist erhebliche örtliche Verschiedenheiten, sogar innerhalb umschriebener Rindenbezirke. Die Hinterhauptsrinde und die motorische Region, insbesondere die vordere Zentralwindung, sind daran meist verhältnismäßig wenig beteiligt.

Die markhaltigen Nervenfasern zeigen in den chronisch verlaufenen Fällen sehr ausgesprochene Veränderungen. Deutlich tritt insbesondere hervor der Schwund der Tangentialfasern (TUCZEK), aber auch in den tieferen Radiärschichten und der Markleiste finden sich mehr oder weniger ausgesprochene Degenerationen.

Entsprechend dem Untergang des nervösen Gewebes kommt es zur Wucherung der Glia substanz (WEIGERT). Diese kennzeichnet sich durch die Hypertrophie und Hyperplasie der Gliafasern und die Entwicklung zahlreicher großer Spinnzellen. Die Gliazellen sind an Zahl vermehrt, vergrößert, zeigen besonders in den akuten Fällen ungewöhnlichen Protoplasmareichtum, Kernteilungsfiguren. Die Verdichtung des Fasernetzes und Vermehrung der Kerne der Glia macht sich am häufigsten in der subpialen Gliahülle und deren äußeren Rindenschichten bemerkbar, betrifft aber auch die tieferen Rindenschichten, die Kleinhirnrinde, die weiße Substanz, den Thalamus opticus etc. — Ein eigentlicher Parallelismus in der Intensität der Ganglienzellschädigung und der Gliaveränderung besteht im einzelnen nicht; erstere kann in ausgesprochenster Weise auch in Gebieten vorhanden sein, in denen die Glia wenig verändert ist, ebenso gilt das Umgekehrte.

Die Blutgefäße sind besonders in der Rinde und dem oberflächlichen Mark an Zahl vermehrt, die kleinen Venen prall mit Blut gefüllt. Die Wandungen zeigen vielfach hyaline Degeneration, streifige Verdickungen, Kernvermehrungen. — Die extravaskulären und intraadventitiellen Lymphräume sind erweitert und enthalten Leukocyten und körniges oder scholliges Pigment; in den intraadventitiellen Infiltraten finden sich, besonders zahlreich bei den akuten Fällen, regelmäßig viele MARSHALKO'sche Plasmazellen (NISSL, VOGT, ALZHEIMER). — Infolge von Verwachsungen der Gliahülle mit dem verdickten Piaabschnitt kommt es zu partiellen Obliterationen der epizerebralen Räume und folglich zu Verlegungen der Abflußöffnungen des extravaskulären, bezw. interzellulären Saftkanalsystems und hochgradigen Störungen der Lymphzirkulation (BINSWANGER).

Neben den geschilderten kommen als besondere Befunde in Betracht die schon früher erwähnten Fälle von Lokalisation des Krankheitsprozesses in den hinteren Großhirnhälften und stärkerer Beteiligung einer Seite; herdartige stärkere Veränderungen in bestimmten Rindengebieten: besonders hochgradiger lokalisierter Faserschwund (zum Teil schon mit bloßem Auge an einem zwischen Rinde und Mark verlaufenden, hellen, etwa 1 mm breiten Streifen bemerkbar, der sich an den Windungskuppen häufig fleckweise verbreitert), schichtenweise auftretende besonders intensive Ganglienzellerkrankung mit absteigender sekundärer Degeneration der motorischen Bahn; ferner Kernerkrankungen innerhalb der Medulla oblongata, Faserschwund am Boden der Ventrikel, schwere atrophische Veränderungen des Kleinhirns. (LISSAUER-STORCH, ALZHEIMER, STARLINGER, BOEDEKER, JULIUSBURGER, RAECKE u. a.)

Das Rückenmark ist, wie insbesondere FÜRSTNER im Anschluß an die grundlegenden Arbeiten von KARL WESTPHAL durch eingehende

Untersuchungen festgestellt hat, bei der *Dementia paralytica* fast ausnahmslos beteiligt. Im Seiten- und Hinterstrangsgebiet finden sich Faserdegenerationen, deren Grad, je nach der Art des Falles und insbesondere nach der kürzeren oder längeren Krankheitsdauer bis zum Tode, sehr große Verschiedenheiten zeigen kann. Zuweilen lassen sich diese schon makroskopisch an der grauen Verfärbung der betreffenden Gebiete erkennen; für die sichere Feststellung ist aber eine minutiöse mikroskopische Untersuchung mit Hilfe der feinsten Methoden (MARCHISCHES Verfahren) notwendig. — Nach FÜRSTNER'S Erfahrungen, die wohl als allgemeingültig angesehen werden können, handelt es sich am häufigsten um kombinierte Erkrankungen der Seiten- und Hinterstränge (62 %); es folgen die reinen Hinterstrang- und zuletzt die reinen Seitenstrangerkrankungen. Die paralytische Hinterstrangerkrankung unterscheidet sich meist durch Besonderheiten ihrer feineren Lokalisation von der Degeneration bei der Tabes, doch kommen auch bei der Paralyse mit dieser vollständig übereinstimmende Lokalisationen vor, die aber einer besonderen, auch klinisch abgrenzbaren Gruppe von Fällen (Taboparalyse) angehören. — Auch die paralytische Seitenstrangerkrankung zeigt gegenüber den systematischen Degenerationen bei spastischer Spinalparalyse und bei absteigender Degeneration der Pyramidenbahn gewisse anatomische Besonderheiten. Indessen sind in neuerer Zeit mehrere Beobachtungen mitgeteilt worden, in denen es auch bei *Dementia paralytica* von einem Rindenherde aus zu absteigender Degeneration der Pyramiden-, Seiten- und Vorderstrangbahn gekommen war.

An den Ganglienzellen des Rückenmarkes, speziell denen der Vorderhörner sind eindeutige Befunde bisher nicht erhoben.

Die Rückenmarkswurzeln, und zwar nicht nur die hinteren, sondern auch die vorderen zeigen besonders im Lumbal- und Sakralmark häufig regellos verteilte Degenerationen einzelner Fasern und Fasergruppen (HOCHÉ).

Im peripheren Nervengebiet sind Entartungsvorgänge am Peroneus, ferner am Saphenus major, Thoracicus longus beschrieben worden. Es ist aber noch zweifelhaft, wie weit diese auf Rechnung des in den Endstadien der Krankheit vorhandenen Marasmus oder komplizierender Momente (Alkoholismus, Tuberkulose) zu setzen sind.

An den übrigen Körperorganen finden sich außer den Spuren der terminalen Erkrankungen (Pneumonien, Tuberkulose, Sepsis, Pyelonephritis usw.) häufiger ausgebreitete (atheromatöse) Gefäßveränderungen, namentlich an der Aorta (STRAUB). — Von französischen und italienischen Autoren wird ferner besonders auf Erkrankungen der Nieren und der Leber hingewiesen, die sich vor allem durch Erweiterung der Gefäße mit herdförmigen kapillären Blutungen und Entartung der Gewebe charakterisieren.

In der Praxis beruht die anatomische Diagnose der *Dementia paralytica* naturgemäß wesentlich auf den makroskopisch erkennbaren Veränderungen. Diese können in den Endstadien chronischer Fälle sämtlich vorhanden sein und so ein sehr typisches Bild gewähren. Häufiger vermißt man aber mehrere oder auch die meisten von ihnen, ohne daß man daraus auf das Nichtvorhandensein der Krankheit schließen dürfte. So gibt es Fälle mit normalen oder nur wenig veränderten Häuten, mit kaum reduziertem Hirngewicht, mit nicht nennens-

wert verschmälerten Windungen. Andererseits ist keine der geschilderten Veränderungen an und für sich beweisend; dasselbe gilt von den mikroskopischen Befunden. Die anatomische Diagnose läßt sich vielmehr mit annähernder Sicherheit in der großen Mehrzahl der Fälle nur auf Grund des Zusammentreffens mehrerer typischer Merkmale stellen, die in ihrer Kombination miteinander und ihrer Intensität große Verschiedenheiten zeigen können. Hier kommen vor allem in Betracht: makroskopisch die charakteristische Trübung und Verdickung der weichen Häute (oft auch Verwachsung mit der Gehirnoberfläche), der Hydrocephalus internus und externus, die Ependymitis granularis, die Atrophie besonders im Bereich des Vorderhirns; mikroskopisch der Schwund der Tangentialfasern, die unregelmäßige Anordnung der Ganglienzellen der Hirnrinde, die diffuse Gliawucherung mit Spinnzellenbildung, die intraadventitielle Infiltration mit zahlreichen Plasmazellen, die hyaline Degeneration der Gefäßwandungen, endlich im Rückenmark die Degenerationen im Bereich der Seiten- und der Hinterstränge.

Vorkommen. Ätiologie.

In Übereinstimmung mit der Mehrzahl der Autoren darf wohl angenommen werden, daß die Dementia paralytica an Häufigkeit zunimmt, und zwar besonders beim weiblichen Geschlecht.

Indessen schwanken die über die Häufigkeit der Dementia paralytica angegebenen Zahlen in weiten Grenzen. Allgemein wird angegeben, daß die größeren Industriezentren viel stärker betroffen sind als die ländlichen Bezirke. Dementsprechend ergeben sich für die Anstalten mit großstädtischem Aufnahmebezirk, bei prozentuarischer Berechnung auf die Gesamtaufnahme, sehr hohe Ziffern (bis zu 35%), für ländliche Bezirke sehr niedere (z. B. 1% in Freiburg-Schweiz). Im allgemeinen nimmt man 10 bis 20% an. — Über den Einfluß von Klima und Rasse läßt sich nur sagen, daß der Prozentsatz der Paralyse steigt, je weiter man von Süd nach Nord geht. — BEADLES fand in London eine auffällig hohe Beteiligung der jüdischen Rasse, was mit der bekannten, dieser eigentümlichen Disposition zu schweren Erkrankungen des Nervensystems gut übereinstimmen würde. — Aus einzelnen Ländern (China, Arabien, Abessinien u. a.) wird von großer Seltenheit der Paralyse berichtet.

Geschlecht. Während in früherer Zeit (NEUMANN 1859) das Vorkommen der Dementia paralytica beim weiblichen Geschlecht überhaupt bestritten wurde, fand man in den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts für Berlin 1 weibliche Paralyse auf 10 bis 7,5 männliche. Heute treffen diese Zahlen nur mehr für einzelne ländliche Bezirke zu. HOUGBERG fand in Dänemark ein Verhältnis von 11:1, JAHRMÄRKER für Marburg 7:1, HOPPE für Alt-Scherbitz 6:1, RAECKE für Tübingen 5,5:1, SCHÜLE für Illenau 4:1, verschiedene Autoren für Berlin 3,5:1, GROSS für Schussenried 3:1, GREIDENBERG für die Krim 2:1. Eine Kollektivberechnung für acht europäische Staaten (Dänemark, Österreich, Italien, Deutschland, Rußland, England, Belgien, Frankreich) ergab zwischen weiblicher und männlicher Paralyse im Durchschnitt ein Häufigkeitsverhältnis von 3,8:1.

Im allgemeinen wird gegenwärtig angenommen, daß auf 3,5 männliche Paralysen 1 weibliche kommt.

Lebensalter. Die große Mehrzahl der Erkrankungen fällt in das vierte und fünfte Lebensdezennium (30. bis 50. Jahr). Hier liegt das Häufigkeitsmaximum bei den Männern zwischen 35 und 40 Jahren, bei den Frauen etwas höher. Nach dem 50. und vor dem 35. Jahre sind bei beiden Geschlechtern die Erkrankungen selten. — Indessen hat sich in neuerer Zeit die Zahl der jugendlichen Paralytiker auffällig vermehrt. Bereits im Jahre 1896 konnte ALZHEIMER 41 Fälle von Dementia paralytica im jugendlichen Alter zusammenstellen. Seitdem sind noch zahlreiche Beobachtungen mitgeteilt worden. — Der obenerwähnte Unterschied in der Beteiligung der Geschlechter scheint sich bei den letztgedachten Formen einigermaßen zu verwischen, so daß Mädchen und Knaben ziemlich gleich beteiligt sind.

Gesellschaftsklasse. Beruf. Ehestand. Bei den Männern überwiegen die Krankheitsziffern der höheren Gesellschaftsklassen über die der niederen. Doch ist die Paralyse auch bei den letzteren häufig. Dagegen sind bei den Frauen die niederen Klassen stark betroffen, die höheren aber fast immun. — GREIDENBERG drückt das Verhältnis so aus, daß er die Dementia paralytica bei den Männern als eine vorwiegend aristokratische, bei den Frauen als eine fast ausschließlich demokratische Krankheit bezeichnet, indem er gleichzeitig einen allmählichen Ausgleich dieser Differenzen für wahrscheinlich erklärt. — Dem Beruf nach sind unter den Männern vorzugsweise Berufssoldaten (Offiziere), höhere Beamte, Kaufleute, Ärzte, von niederen Beamten anscheinend in besonderem Maße Eisenbahnangestellte, ferner Arbeiter in heißen Betrieben, wie Maschinisten, Heizer, Schmiede usw., endlich Gastwirte, Kellner und Brauer disponiert. — KRAFFT-EBING hebt die Seltenheit der Dementia paralytica bei katholischen Geistlichen, insbesondere im Vergleich mit Offizieren, hervor und erklärt sie aus der soliden, ruhigen Lebensweise und insbesondere aus der Seltenheit der Lues in jenem Stande. — Im allgemeinen wird angenommen, daß Ledige häufiger an Paralyse erkranken als Verheiratete. MENDEL zählte unter 210 paralytischen Männern 57 ledige. Ob dies auch beim weiblichen Geschlecht zutrifft, erscheint zweifelhaft. — Ziemlich groß ist die Zahl der Fälle von konjugaler Paralyse (bezw. Tabes). RAECKE hat im Jahre 1899 69 Fälle dieser Art zusammengestellt, darunter 7 Fälle, die in 10 Jahren in der Frankfurter Anstalt beobachtet wurden. MÖNCKEMÖLLER verfügte in 6 Jahren in der Berliner Irrenanstalt Herzberge über 18 derartige Fälle. RAECKE fand in 57 Fällen Paralyse beider Gatten, in 14 Fällen Paralyse des Mannes und Tabes der Frau, in 22 Fällen Tabes beider Gatten, in 6 Fällen Paralyse der Frau und Tabes des Mannes. — In MÖNCKEMÖLLERS Fällen bestand 14mal Paralyse beider Gatten, 2mal war der Ehegatte an Tabes, die Frau an Paralyse, 1mal der Gatte an Paralyse, die Frau an Tabes erkrankt, 1mal litten beide Gatten an Tabes.

Ätiologie. Unter den Ursachen der dementia paralytica ist zunächst die Syphilis zu nennen. Die mit Bezug auf die Häufigkeit vorausgegangener spezifischer Infektion aufgestellten Statistiken zeigen zwar untereinander erhebliche Differenzen; die Mehrzahl der Forscher nimmt aber eine solche in 50—80 % der Fälle an.

Die Gewinnung sicherer Anhaltspunkte hat in dieser Hinsicht bei der Dementia paralytica mit noch größeren Schwierigkeiten zu kämpfen als bei der Tabes, weil die Angaben der Kranken selbst, auf die man vielfach angewiesen ist, naturgemäß hier oft ganz unzuverlässig sind. Dazu kommt, daß in den niederen Ständen überhaupt Störungen dieser Art weniger beachtet werden, und daß bei weiblichen Kranken eine stattgehabte Infektion viel schwerer nachweisbar zu sein pflegt als bei

männlichen. Aus diesen Gründen empfiehlt es sich, dem Vorgange ERBS bei der Tabes folgend, auch bei der Paralyse vor allem männliche Kranke der besseren Stände für die statistischen Berechnungen zu verwenden. Diesen Anforderungen entsprechen im allgemeinen die Privatpatienten besser als die poliklinischen Fälle und die Privatanstalten besser als die öffentlichen Anstalten. So fand JOLLY in 69 %, MENDEL in über 75 % und ALZHEIMER sogar in über 90 % vorangegangene Syphilis. PIERSON fand in Pirna für die Zeit von 1884 bis 1891 bei 119 paralytischen Männern in 60 % sichere und in 13 % wahrscheinliche Syphilis. SEELIGMANN konnte nach den Beobachtungen im Konstanzer Hof bei 130 Fällen in 81 % eine vorausgegangene syphilitische Infektion annehmen; bei einer auf die zweite Dekade der 20jährigen Beobachtungszeit beschränkten Berechnung erhöhte sich diese Zahl auf 83,75 % und bei Hinzuzählung der verdächtigen Fälle sogar auf 90 %. — MARCUS konnte bei einer Gesamtzahl von 400 Fällen (352 Männer) das Ansteigen der Syphilisprozente entsprechend der größeren Vollständigkeit und Genauigkeit der Anamnesen deutlich beobachten; er fand für die Gesamtheit der Fälle (mit Einschluß von 48 weiblichen Kranken) Syphilis in 59 %, nach Fortlassung der weiblichen Kranken in 63 %, bei alleiniger Berücksichtigung der besseren Klassen (260 Fälle) in 76 % und bei nochmaliger genauer Revision der betreffenden Krankengeschichten (197 Fälle) sogar in über 80 %. — Damit stimmt die von ERB unter besonderen Kautelen aufgestellte Berechnung durchaus überein, nach welcher bei 118 männlichen Paralytikern eine sichere syphilitische Infektion in 80 % vorangegangen war.

Die allgemeine Unzuverlässigkeit der negativen Angaben über syphilitische Antezedentien ergibt sich, ganz abgesehen von den Fällen, in denen solche absichtlich abgeleugnet werden, aus der Häufigkeit der Syphilis méconnue. Es sind sichere Fälle in genügender Zahl bekannt, in denen ein Primäraffekt mit aller Sorgfalt nicht nachgewiesen werden konnte und auch die Sekundärercheinungen fehlten oder doch so minimal waren, daß sie von den Kranken selbst übersehen werden konnten. Übrigens gibt, wie von verschiedenen Seiten festgestellt worden ist, sogar die Untersuchung sicher tertiär-syphilitischer Kranker auf entsprechenden Abteilungen in dieser Hinsicht auch oft ganz negative Resultate. DUPRÉ erwähnt in BALLETS Lehrbuch der Geisteskrankheiten eine mündliche Mitteilung FOURNIERS, nach welcher dieser bei einer bestimmten schweren Form tertiärer Syphilis in 15 % der Fälle weder eine anamnestiche noch objektive Spur der kausalen Syphilis nachweisen konnte; HIRSCHL fand sogar in 36,5 % derartiger Fälle keine anamnestiche feststellbare Infektion.

Hiernach kann wohl angenommen werden, daß die oben angegebenen Zahlen immer noch eher hinter der Wirklichkeit zurückbleiben, als sie übertreffen.

Die angeführten Ergebnisse der Statistik werden in ihrer Bedeutung noch durch folgende Momente gestützt: Die Gegenprobe an männlichen, nicht paralytischen Geisteskranken ergibt ein auffallend spärliches Vorkommen der Syphilis, nach HOPPE in etwa 11 %, nach OEBECKE in 12,5 %, und an Nervenkranken überhaupt nach MENDEL in 18 %, nach JOLLY in 15 % der Fälle.

Es besteht zwischen der Häufigkeit der Paralyse und der Syphilis ein Parallelismus, da das erfahrungsgemäß häufiger infizierte männliche Geschlecht auch prozentuarisch höhere Paralyseziffern aufweist.

Syphilis und Paralyse sind seltener in einer ländlichen als in einer städtischen Bevölkerung und, im allgemeinen, bei Kindern seltener als bei Erwachsenen. In den Fällen von infantiler und juveniler Paralyse konnte fast ausnahmslos hereditäre oder in frühester Jugend erworbene Syphilis festgestellt werden, und hier vermischt sich der Unterschied der Geschlechter, da Knaben und Mädchen annähernd gleich beteiligt sind.

Endlich sind zahlreiche Fälle bekannt, in denen zwei oder mehrere Personen auf Grund einer aus derselben Quelle stammenden Syphilis an Paralyse oder an Paralyse und Tabes erkrankten. ERB, dessen auf die letztgenannte Krankheit bezügliche Ausführungen zum größten Teil auch auf die Paralyse angewendet werden können, hat in neuester Zeit einige Beobachtungen dieser Art zusammengestellt. An dieser Stelle kommen zunächst die keineswegs seltenen Fälle in Betracht, in denen Ehegatten sich gegenseitig infizieren und beide an Paralyse oder (wohl häufiger) der eine Teil an Paralyse, der andere an Tabes erkrankten (siehe oben). Außerdem seien noch folgende Beispiele angeführt*): ERB selbst be-

*) Nach ERB zitiert. Artikelserie „Syphilis und Tabes“. Berl. klin. Wochenschr. 1904, No. 1—4.

richtet von einer Familie, in der der Vater Lues hatte — ein hereditär-syphilitisches Kind an Hirnsyphilis litt — die Mutter dann an Tabes erkrankte und endlich der Vater an Paralyse starb. — In einem Fall von NONNE war der Mann vor 15 Jahren infiziert, hatte vor 5 Jahren Paralyse, ein Kind, vor 10 Jahren geboren, hatte beginnende Tabes. — In einem anderen Falle desselben Autors hatten sich 3 Herren an derselben Quelle infiziert. Einer wurde tabisch, zwei paralytisch. — LINSER erwähnt einen syphilitischen und paralytischen Vater, eine juvenil-tabische Tochter. — Endlich ist die Beobachtung von BROSI'S von besonderem Interesse, nach der von 7 durch ein und denselben Kameraden infizierten Glasbläsern 5 nach 12 Jahren folgendes boten: einer war sicher tabisch, ein zweiter hatte deutliche Erscheinungen von Paralyse (oder Lues cerebri), ein dritter war bereits der Paralyse, ein vierter (mit reflektorischer Pupillenstarre) der beginnenden Taboparalyse sehr verdächtig. Ein fünfter hatte noch ein normales Nervensystem. Über die 3 letzten war nichts zu erfahren gewesen.

Als letztes, aber nicht einwandfreies Argument sei hier erwähnt, daß der von einem Forscher gewagte Versuch, paralytischen Kranken Syphilis zu inokulieren, negativ ausgefallen ist (KRAFFT-EBING); in gleichem Sinne könnte vielleicht die immerhin auffällige Erfahrungstatsache aufgefaßt werden, daß trotz der so häufig exzessiv gesteigerten libido sexualis und des skrupellosen Geschlechtsverkehrs vieler Paralytiker so selten frische Lues bei ihnen gefunden wird.

Die Zeit zwischen syphilitischer Infektion und Ausbruch der Paralyse wird im Durchschnitt auf 10—15 Jahre angegeben. Als äußerste Grenzen nennt HIRSCHL 2—30 Jahre.

Von individuell prädisponierenden Momenten wird in neuerer Zeit auf die hereditäre Belastung, deren Bedeutung früher sehr gering angeschlagen wurde, ziemlich allgemein größeres Gewicht gelegt. SCHÜLE ist der Meinung, daß auch die Paralyse wahrscheinlich meist nur ein schon zu Psychosen disponiertes Gehirn befällt. Er fand (bei 100 Fällen) erbliche Belastung in 50 % und außerdem körperliche oder geistige Degenerationszeichen in 45 %; die Zahl derer, die erbliche Belastung oder Zeichen persönlicher Disposition aufwiesen, belief sich auf 70 %. Hinsichtlich der Heredität kommt KRAEPELIN zu derselben Ziffer (50 %), HOPPE bei Männern zu rund 42 %, bei Frauen zu rund 39 %, BUCELSKI zu rund 42 %, MARCUS zu 34—36 %. — NAECKE, der die Heredität auf 43 % berechnet, betont besonders die relative Häufigkeit der Degenerationszeichen bei paralytischen Kranken und legt, neben der Syphilis, den Hauptwert auf eine meist angeborene, noch nicht näher bekannte, besondere, verschieden stark ausgeprägte Gehirnkstitution, ein meist invalides (d. h. gegen Noxen verschiedener Art weniger widerstandsfähiges) Gehirn. Einen ähnlichen Standpunkt vertritt in Frankreich JOFFROY, der, um tabisch oder paralytisch zu werden, eine besondere Konstitution des Rückenmarkes oder des Gehirns für erforderlich hält; nach ihm kommt der Tabiker mit schlechten Hintersträngen, der Paralytiker mit einem schlechten cerebrospinalen Nervensystem zur Welt.

Im Zusammenhang hiermit ist es nicht ohne Bedeutung, daß man nicht so selten in der Vorgeschichte der paralytischen Kranken andere Geistes- oder Nervenkrankheiten trifft. Vielfach werden die Kranken als von jeher „nervös“, reizbar, exzentrisch, neurasthenisch oder hysterisch, auch wohl als imbezill bezeichnet. In dem von MAGNAN berichteten Fall eines von Haus aus abnormen und psychopathisch veranlagten Menschen begann die Paralyse, abgesehen von charakteristischen körperlichen Zeichen, mit Halluzinationen und systematisierten Wahnideen, die während der mehrfach beobachteten Remissionen jedesmal eine deutliche Weiterentwicklung und Ausbildung zeigten. — RICHTER teilt den Fall eines psychopathisch schwer belasteten 43-jährigen Mannes

mit, bei dem nach 10jährigem Bestehen einer halluzinatorischen Paranoia schließlich das Bild der Dementia paralytica zur Entwicklung kam und trotz schnell fortschreitenden Verfalls der paranoische Kern in den Vorstellungen deutlich erkennbar blieb. — In einem von LUNDBORG mitgeteilten Fall von konjugaler Paralyse war die Frau bereits zur Pubertätszeit kürzere Zeit geisteskrank, seitdem bildete sich eine periodische (manisch-depressive) Psychose heraus. In der Ehe wurde erst der Mann, dann sie paralytisch.

Ältere Fälle sind mitgeteilt von MENDEL: 44jähriger Mann, mit 20 Jahren hypochondrische Melancholie und Selbstmordversuch; dann 23 Jahre lang gesund bis zur Erkrankung an Paralyse. — Offizier litt als Leutnant an „Manie mit Halluzinationen“, erkrankte 14 Jahre später als Oberst an Paralyse; von EICKHOLT: Schwer belasteter Mann machte mit 20 Jahren einen tobsüchtigen Erregungszustand durch und erkrankte 11 Jahre nach seiner Genesung von diesem an Paralyse. — BERG erwähnt eine Kranke, die mit 14 Jahren schon geisteskrank war und etwa 30 Jahre später Paralyse bekam. — Weitere Beobachtungen vorausgegangener primärer Psychosen bei Paralytikern sind von HOUGBERG u. a. gemacht worden.

Als weitere Ursachen kommen in Betracht Alkoholismus, körperliche und geistige Überanstrengungen (sexuelle Exzesse), traumatische Einflüsse.

Der ätiologische Einfluß des Alkoholmißbrauchs ist besonders in Frankreich und Italien früher zu hoch eingeschätzt worden. Sichere Zahlen liegen hierüber nicht vor; die betreffenden Angaben deutscher Beobachter bewegen sich im allgemeinen um 30—40%, doch fand STARK in seinen Fällen nur 22,7%, bei denen Alkoholmißbrauch angenommen werden konnte (gegenüber 29,4% bei nichtparalytischen Geisteskranken). Neben dem Alkohol spielen andere Gifte, wie Nikotin, Kaffee, Tee, keine nennenswerte Rolle.

Die körperlichen und geistigen Überanstrengungen und Gemütsregungen bilden den wesentlichsten Bestandteil des von KRAFFT-EBING mit dem Worte „Zivilisation“ bezeichneten ätiologischen Komplexes. Es kommen hier alle erschöpfenden Momente in Betracht, die in der heutigen ruhelosen Lebensführung, dem Konkurrenzkampf, der gesteigerten Verantwortlichkeit des einzelnen, den geschäftlichen und anderen Aufregungen und Enttäuschungen usw. ihren Ausdruck finden. — Der Einfluß dieser Schädlichkeiten läßt sich zahlenmäßig freilich noch weniger feststellen als der des Alkoholmißbrauchs.

Im allgemeinen scheint das Zusammentreffen einer unhygienischen Lebensweise mit geistigen Aufregungen besonders gefährlich zu sein. Dementsprechend kommt die ruhige Geistesarbeit, auch wenn sie sehr gesteigert ist, nur wenig in Betracht, um so mehr aber die Lebensführung des Kaufmannes, wie ein Blick in den nervenzerrüttenden Betrieb größerer Börsen lehrt. Auch für die verhältnismäßig häufige Erkrankung der Berufssoldaten an Paralyse wird neben der vielfach unsoliden Lebensweise die gesteigerte körperliche Abnutzung als Ursache in Betracht zu ziehen sein — In körperlicher Beziehung kommen auch die krankhaften Einflüsse in Betracht, welche eine allgemeine Schwächung des Organismus herbeiführen können, also körperliche Krankheiten chronischer Art, sodann von Infektionskrankheiten vielleicht besonders die Influenza.

Die Rolle des Trauma capitis gehört zu den strittigsten Fragen in der Ätiologie der Dementia paralytica. KAPLAN fand bei 546 Paralytikern der Irrenanstalt Herzberge nur in 4,4% Traumen in der Anamnese angegeben, und auch bei diesen ergab die nähere Nachforschung,

daß bis auf 0,9% stets schon Krankheitssymptome dem Unfall zeitlich vorangegangen waren. Man wird also in der Verwertung dieses Momentes sehr vorsichtig sein und mit allen Mitteln danach forschen müssen, ob das Trauma nicht etwa bereits als eine Folge der Erkrankung angesehen werden muß, da die Paralytiker im Anfall oder infolge von Ungeschicklichkeit leicht zu Schaden kommen. — Traumen anderer Körperteile könnten höchstens insofern in Betracht kommen, als sie mit einer heftigen allgemeinen Erschütterung und also mittelbar auch mit einer solchen des Gehirns verbunden sein können, doch gilt das oben Gesagte von ihnen in noch höherem Maße (vgl. das Kapitel über traumatische Geistesstörungen). — Neben der Kopfverletzung wird noch die Inso-lation und die andauernde Wärmebestrahlung des Kopfes bei gewissen Berufsarten angeführt (vgl. auch Pathogenese).

Pathogenese.

Die Dementia paralytica ist eine Krankheit des gesamten Nervensystems, wenn sie auch bestimmte Teile von ihm, vor allem die Hirnrinde und das Rückenmark, besonders stark und regelmäßig in Mitleidenschaft zieht. Als das wesentlichste anatomische Substrat, das auch die klinischen Erscheinungen im allgemeinen gut verständlich macht, haben wir einen chronischen Schwund der nervösen Elemente kennen gelernt, der in diffuser Weise die verschiedensten Teile des Nervensystems befällt. Über das zeitliche Verhältnis, in dem die in Betracht kommenden Elemente (nervöse Substanz, Glia, Gefäßsystem) von dem Krankheitsprozeß befallen werden, ist eine Übereinstimmung der Meinungen noch nicht erzielt. Die vorherrschende Ansicht geht heute dahin, daß die nervösen Elemente primär erkranken und daß die Veränderungen im interstitiellen Gewebe nur sekundäre „reparatorische“ sind (BINSWANGER u. a.). Doch suchen andere Forscher den Ausgang des Krankheitsprozesses im interstitiellen Gewebe, speziell im Gefäßsystem und bezeichnen die Paralyse dementsprechend als eine interstitielle cortikale Encephalitis (MENDEL u. a.). Endlich nimmt eine dritte Gruppe ein gleichzeitiges Befallenwerden des Parenchyms und des interstitiellen Gewebes an.

Obwohl die in neuerer Zeit erhobenen Befunde umschriebener, stärkerer (herdartiger) Rindenerkrankungen mit absteigenden sekundären Degenerationen der Pyramidenbahn für einige Fälle einen direkten Zusammenhang wenigstens zwischen Rinden- und Rückenmarkserkrankung wahrscheinlich machen, läßt sich ein solcher doch nicht allgemein erweisen und müssen die in weit auseinander liegenden Gebieten des Nervensystems vorhandenen Veränderungen einstweilen als ebensoviele, voneinander unabhängige Manifestationen der dem Krankheitsprozeß zugrunde liegenden Schädlichkeit angesehen werden. Welcher Art diese Schädlichkeit ist, entzieht sich einstweilen noch durchaus unserer Kenntnis; dies läßt sich deshalb nur in hypothetischer Form erörtern. Nach dem Gesagten liegt der Schluß nahe, daß es sich dabei um ein toxisches Agens handelt, das zu der Nervensubstanz eine ganz besondere Affinität hat und im Blute kreist.

Die alle anderen ätiologischen Momente überragende Bedeutung der Syphilis, die sich aus der Statistik ergibt, macht diese zum natürlichen Ausgangspunkt der weiteren pathogenetischen Erwägungen.

In bezug auf die Bedeutung der Syphilis für die Entstehung der Dementia paralytica lassen sich nun drei verschiedene Hypo-

thesen unterscheiden. Die eine sieht in der Paralyse eine Spätform der Syphilis, eine tertiär-syphilitische Organerkrankung wie das Gumma. Diese insbesondere von HIRSCHL vertretene Ansicht, die in den Befunden von STRAUB (spezifische Aortitis proliferans, s. oben: Pathologische Anatomie) eine Stütze finden könnte, hat, angesichts der von den spezifisch syphilitischen durchaus abweichenden anatomischen Befunde bei Paralyse, keinen Anklang finden können.

Die zweite Hypothese (STRÜMPELL, MOEBIUS) nimmt einen nur mittelbaren, aber gleichfalls notwendigen Zusammenhang zwischen Syphilis und Paralyse an, indem durch jene nach Ablauf des ersten Krankheitsabschnitts ein chemisches Gift erzeugt werde, welches nun auf die verschiedenen Abschnitte des Nervensystems zerstörend einwirke (STRÜMPELL), oder indem ein fermentartiges Gift im Körper entstehe und unter günstigen Bedingungen gewisse ihm wahlverwandte Nerventeile zum Schwund bringe (MOEBIUS' „metasyphilitischer Nervenschwund“). Angesichts der Tatsache, daß von der ungeheuren Zahl der syphilitisch Infizierten doch immer nur ein verhältnismäßig kleiner Teil paralytisch wird, bedarf diese Theorie als notwendiger Ergänzung der oben (s. Ätiologie) besprochenen anderweitigen Schädlichkeiten als Hilfsmomente, welche den Krankheitsprozeß bei Syphilitischen auslösen, den syphilitischen Prozeß sozusagen auf bestimmte Teile des Nervensystems determinieren.

Die dritte Hypothese stellt endlich die Syphilis noch weiter zurück. Nach ihr ist diese zwar ein sehr wichtiger, an und für sich aber nicht genügender Faktor zur Erzeugung der Paralyse, die vielmehr immer nur durch das Zusammentreffen mehrerer Ursachen zustande komme. Als solche wären alle Schädlichkeiten zu nennen, denen das Individuum unter den heutigen Daseinsbedingungen ausgesetzt ist und denen es um so eher erliegt, je mehr es durch konstitutionelle Minderwertigkeit (Heredität) oder durch accidentelle Schädlichkeiten in seiner Widerstandsfähigkeit bereits geschwächt ist. Unter den hier in Betracht kommenden Schädlichkeiten steht nächst der Syphilis der Alkoholismus in erster Reihe. Insbesondere ist bei dem Zusammenwirken von Heredität einerseits, Syphilis oder Alkoholismus andererseits der günstigste Boden für die Entwicklung der Paralyse gegeben. Aber auch die verschiedensten anderen Momente, wie Stoffwechselerkrankungen, mechanische und thermische Einwirkungen, Zirkulationsstörungen, Überanstregungen, endlich insbesondere auch andauernde psychische Erregungen können den ersten Anstoß zu Ernährungsstörungen und Gewebsschädigungen der nervösen Substanz geben. „Sobald die Anforderungen mit dem krankhaft veränderten Stoff- und Krafthaushalt nicht mehr im Einklang stehen, unterliegt es (das Nervensystem) der funktionellen Überanstregung, sei es in der Form der Erschöpfungsneurose bezw. Psychose, sei es in der organischen Abnutzung, welche in der mittleren Lebensperiode am häufigsten in dem paralytischen Krankheitsprozeß ihren anatomischen und klinischen Ausdruck findet“ (BINSWANGER).

Dieser Theorie hat KRAEPELIN eine andere gegenübergestellt, welche wiederum der zweiten Hypothese näher steht; nach dieser soll sich als Bindeglied zwischen der Syphilis und der Paralyse auf unbekannte Weise eine Stoffwechselerkrankung entwickeln, die als solche mit der Syphilis nichts mehr zu tun habe und ihrerseits ein Gift erzeuge, das wir als die letzte Ursache der paralytischen Veränderungen anzu-

sehen haben. Die Paralyse trete demnach in eine gewisse Verwandtschaft zu dem Myxödem und weiterhin zu Diabetes, Osteomalacie, Akromegalie.

Von diesen Hypothesen entspricht offenbar die zweite, nach der die Dementia paralytica nur als die Folge postsyphilitischer unbekannter toxischer Vorgänge anzusehen ist, den Verhältnissen am besten und findet auch eine immer zunehmende Anhängerschaft. Sie gewinnt noch an Wahrscheinlichkeit durch den obenerwähnten Umstand, daß die Zahl der „Nichtinfizierten“ mit der größeren Genauigkeit der Anamnesen immer kleiner wird. Trotzdem darf sie nicht als allgemeingültig angesehen werden, solange ein wenn auch kleiner Prozentsatz von Fällen vorhanden ist, in denen Syphilis nicht nachgewiesen werden kann.

Wir werden uns demnach mit der Schlußfolgerung behelfen müssen, daß die Dementia paralytica in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine postsyphilitische Erkrankung ist, daß aber zu ihrer Hervorbringung noch andere Schädlichkeiten notwendig sind, von denen wir bis jetzt nicht mit Bestimmtheit sagen können, daß sie nicht auch allein unter Umständen den paralytischen Prozeß erzeugen können.

Diagnose.

Die Diagnose der Dementia paralytica ist da, wo es sich um vollentwickelte Krankheitsbilder und um die gewöhnlicheren Erscheinungs- und Verlaufsformen handelt, im allgemeinen nicht schwierig. Es kommen hier aber keineswegs allein die durch den klassischen Größenwahn oder den nicht minder charakteristischen und ungeheuerlichen hypochondrischen Vorstellungsinhalt gekennzeichneten, sondern ganz besonders auch die unter dem Bilde der einfachen fortschreitenden Demenz und nur mit gelegentlichen Erregungsepisoden verlaufenden Fälle in Betracht, die an Häufigkeit die ersteren gegenwärtig wohl zweifellos übertreffen. Daneben ist zu bedenken, daß es auch sonst kaum ein psychisches Krankheitsbild gibt, dessen Züge die Dementia paralytica nicht wenigstens zeitweise annehmen könnte, und daß neben den chronischen, innerhalb eines Zeitraumes von 2—3 Jahren zum Tode führenden Fällen einerseits solche von ganz akutem (foudroyantem) Charakter (galoppierende Paralyse), andererseits solche von außerordentlich schleppendem, über viele Jahre hingezogenem Verlauf stehen (die echten Taboparalysen).

Aus dieser Variabilität der psychischen Zustandsbilder ergeben sich auch auf der Höhe der Krankheit nicht selten erhebliche diagnostische Schwierigkeiten, die noch dadurch gesteigert werden, daß eine genügende körperliche Untersuchung bei den sehr erregten Kranken vielfach längere Zeit nicht möglich ist.

Im allgemeinen sind für die Diagnose der Dementia paralytica folgende Gesichtspunkte von Bedeutung: Bei jeder im Alter von 30 bis 45 Jahren erstmalig erscheinenden Geistesstörung, bei der nicht das Vorhandensein bestimmter Schädlichkeiten (Alkohol, andere Infektionen) eine andere Deutung näherlegt, ist insbesondere beim männlichen Geschlecht an Dementia paralytica zu denken und ihr Vorhandensein durch eine genaue, auf gründliche Beherrschung der betreffenden neurologischen Untersuchungsmethoden (s. oben) gestützte körperliche Untersuchung ausdrücklich auszuschließen. — Dasselbe gilt von den in diesem Alter auftretenden neurasthenischen und hypochondrischen Zuständen zumal dann, wenn solche auftreten, ohne daß erschöpfende Einflüsse auf die betreffenden Individuen eingewirkt haben oder ihre konstitutionelle

Grundlage nachweisbar ist. — Der Nachweis einer stattgehabten syphilitischen Infektion steigert von vornherein die Wahrscheinlichkeit der paralytischen Natur der psychisch-nervösen Erkrankung, er beweist sie aber nicht, da auch bei syphilitisch Infizierten einfache funktionelle Psychosen und Neurosen oft genug vorkommen; selbst das gleichzeitige Vorhandensein gewisser, auf zerebrale oder spinale Syphilis zu beziehender organischer Störungen innerhalb des Zentralnervensystems rechtfertigt die Diagnose „Dementia paralytica“ an und für sich nicht, da zerebrale Syphilis plus Neurasthenie vorliegen kann. — Eben- sowenig ist ein Zusammentreffen von Tabes und Geistesstörung beweisend.

Im einzelnen gründet sich die Diagnose, abgesehen von der Entwicklung des Leidens, auf die eigenartige Schwäche in geistiger, die Lähmungs- und Reizungserscheinungen in körperlicher Beziehung. Unter Umständen wird die erstere an sich genügen, um die Diagnose zu stellen. In vielen, insbesondere den mit lebhafter Erregung verlaufenden akuten Fällen kann aber die Feststellung dieses Kardinalsymptoms für kürzere oder längere Zeit sehr schwierig oder unmöglich sein. Als völlig gesichert kann die Diagnose immer erst mit dem Nachweis der entsprechenden körperlichen Symptome gelten.

Hier kommen vor allem in Betracht:

1. Veränderungen an den Pupillen, insbesondere die reflektorische Pupillenträgheit und -starre;
2. die Störungen im Facialisgebiet (Schwäche- und Reizerscheinungen), sowie diejenigen der Sprache und der Schrift;
3. die Veränderungen der Sehnenreflexe, insbesondere die Steigerung oder Aufhebung (Abschwächung) der Patellarreflexe.

Die eigentlichen diagnostischen Schwierigkeiten liegen bei der Dementia paralytica auf dem Gebiet der Frühdiagnose. Die große Bedeutung einer solchen liegt bei den vielfachen Schädigungen, die die Verkennung oder falsche Behandlung dieser Frühstadien für das Individuum und auch für die Gesellschaft mit sich bringt (geschäftliche Anordnungen, Eheschließung, Testamenterrichtung), zu klar auf der Hand, als daß sie hier noch erörtert zu werden brauchte. Auch hier können zunächst die oben angeführten Leitsätze gelten. Im einzelnen kommen als Frühsymptome in Betracht: Auf körperlichem Gebiet: Störungen des Schlafes (Schlafsucht bei Tage), der Ernährung, Kopfschmerzen, Neuralgien, Migräneanfälle usw. Auf geistigem Gebiet: die Änderung des Charakters und die zunächst nur der nächsten Umgebung erkennbare Abstumpfung des ästhetischen Gefühls; ferner Reizbarkeit, Ermüdbarkeit, Unentschlossenheit, Unsicherheit des Gedächtnisses.

Die letzten angeführten Zeichen entsprechen durchaus bekannten Erscheinungen der Neurasthenie und können deshalb an und für sich nicht verwertet werden; dagegen erscheinen sie sogleich in einem anderen Lichte, wenn sie sich mit der zuerst erwähnten Charakterveränderung und ästhetischen Abstumpfung verbinden, denen ein hoher frühdiagnostischer Wert zukommt. In noch höherem Maße gilt dies von den körperlichen Zerebral- und Spinalsymptomen (einseitige oder beiderseitige reflektorische Pupillenstarre oder -trägheit, ferner Veränderungen und insbesondere Ungleichheit der Patellarreflexe), die dem Krankheitsausbruch oft lange Zeit vorausgehen können.

Eine sehr hohe diagnostische Bedeutung kommt auch den frühen paralytischen Anfällen zu. Es muß immer den Verdacht einer in der Entwicklung begriffenen paralytischen Erkrankung erregen, wenn in dem hier in Betracht kommenden Alter epileptiforme Anfälle zuerst auftreten, ohne daß eine entsprechende Ursache (andere organische Hirnerkrankungen, chronischer Alkoholismus, Arteriosklerose usw.) dafür aufgefunden werden kann und insbesondere, ohne daß früher Epilepsie bestanden hat. — Dasselbe gilt von den apoplektiformen Anfällen leichterer Art, die häufig in Gestalt rasch vorübergehender Sprachbehinderung oder erschwerter Wortfindung nicht selten auf längere Zeit das einzige alarmierende Symptom sind. — Auch die typische paralytische Sprachstörung kann als dauernd vorhandenes oder nur zeitweise sich einstellendes Frühsymptom den anderen Krankheitserscheinungen vorausgehen. Endlich wären hier noch die Augenmuskellähmungen zu erwähnen, die, meist flüchtiger Art und nur einen Muskel (am häufigsten wohl den Abducens) betreffend, nicht selten jahrelang vor dem eigentlichen Krankheitsausbruch zur Beobachtung kommen.

Auch bei der **Differentialdiagnose** kommen vor allem die Frühstadien der *Dementia paralytica* in Betracht. Die Unterscheidung von den funktionellen Psychosen und Neurosen, unter deren Form die *Dementia paralytica* nicht selten erscheint, stützt sich in erster Linie auf die körperlichen Symptome, welche bei jenen fehlen. Es sei deshalb auf die ungeheure Wichtigkeit einer genauen körperlichen Untersuchung bei allen Geistes- und Nervenkranken hier nochmals hingewiesen. Dazu kommt als eine Errungenschaft der neuesten Zeit das positive Ergebnis der Lumbalpunktion bei der Paralyse (vgl. S. 282).

Die Manie ist als erstmalig auftretende reine und unkomplizierte Krankheitsform im Paralysealter sehr selten; meist handelt es sich bei den in dieser Zeit auftretenden manischen Zuständen um Phasen eines zirkulären Irreseins oder Rezidive früherer analoger Erkrankungen. Auch manische Exaltationszustände der Alkoholisten können in Betracht kommen. Lassen sich diese Formen ausschließen, so ist mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß es sich nur um ein manisches Zustandsbild der *Dementia paralytica* handelt.

Die melancholisch-hypochondrischen Zustände fallen zum Teil noch in dieselbe Altersperiode wie die *Dementia paralytica*; in den Fällen, in denen nicht auch hier nur depressive Phasen periodischer Krankheitsformen vorliegen, wird die Unterscheidung, abgesehen von den körperlichen Störungen, meist durch die verschiedene Entwicklungsart gegeben sein.

Letzteres gilt auch für die Abgrenzung der seltenen, mit systematisierter Wahnbildung (Beeinträchtigung, Verfolgung, Überschätzung) verlaufenden Paralysen gegenüber der *Paranoia*, insoweit eine solche nicht mit Rücksicht auf den unsinnigen und zusammenhanglosen Charakter der Wahnideen von vornherein ausgeschlossen werden kann.

Gewisse akute Paralysen, in denen zunächst gehäufte epileptische Anfälle, später Zustände hochgradigster psychischer Hemmung, tiefer Bewußtseinsstörung, Desorientiertheit, halluzinatorischer Erregung mit großer motorischer Unruhe zur Beobachtung kommen, können vorübergehend zu Verwechslungen mit Epilepsie Veranlassung geben.

Für die Abgrenzung der Paralyse von der Katatonie kommt das dauernde Vorherrschen der „katatonischen“ Symptome bei der letzteren, die eigenartige psychische Schwäche, der körperliche Befund und insbesondere die Lymphocytose bei der ersteren in Betracht (vgl. das Kapitel: Katatonie).

Besondere Wichtigkeit hat die Differentialdiagnose gegenüber der Neurasthenie, die außerordentlich oft verfehlt wird, indem fälschlich sowohl Neurastheniker für Paralytiker, als auch umgekehrt Paralytiker für Neurastheniker erklärt werden. Die Verwechslung liegt nahe, weil es eine Reihe von Zügen gibt, die beiden Krankheiten gemeinsam sein können. Diese sind: Kopfdruck, Schwindel, Schlaflosigkeit, verminderte intellektuelle Leistungsfähigkeit, Reizbarkeit, schweres Krankheitsgefühl, allgemeine Abstumpfung, Angstgefühle und Verzweiflungsausbrüche. — Dazu kommt, daß beide Krankheiten vorwiegend in das kräftigste Lebensalter fallen, und daß bei beiden als ätiologische Momente Überanstrengungen, Exzesse usw. nicht selten in Frage kommen.

In manchen Fällen muß die Frage, ob die betreffenden Störungen als einfache Neurasthenie oder, wie dies häufig vorkommt, selbst als Frühsymptome der Dementia paralytica anzusehen sind, unter solchen Umständen einstweilen offen bleiben.

Im allgemeinen können folgende Gesichtspunkte differentialdiagnostisch von Wert sein: Wenn nach einer adäquaten Ursache (Überanstrengung, andauernde tiefe Gemütsbewegungen) ein plötzlicher Zusammenbruch bei einem vorher gesunden oder nur im allgemeinen nervösen Menschen erfolgt, so spricht das *ceteris paribus* mehr für Neurasthenie, da bei der Paralyse die nervöse Erschöpfung mehr allmählich oder schubweise einzutreten pflegt. — Die affektive Reizbarkeit ist beim Paralytiker durch das Mißverhältnis zwischen Ursache und Wirkung oft sehr deutlich charakterisiert. Im übrigen gibt sie an und für sich kein sicheres Unterscheidungsmerkmal ab, da auch die Reizbarkeit des Neurasthenikers ganz exorbitant sein kann. — Dagegen ist für den Paralytiker charakteristisch die Labilität der Affekte, vermöge deren die tiefste und hoffnungsloseste Verstimmung plötzlich in vollste Euphorie umschlagen kann, und insbesondere die Unfähigkeit zu richtiger Selbstbeobachtung und Selbstbeurteilung. Ebenso wie beim Neurastheniker beruht auch bei ihm das häufig vorhandene Krankheitsgefühl und die daraus entspringende Depression auf Veränderungen der Selbstempfindung. Während aber der Neurastheniker diese in allen ihren Äußerungen auf das Peinlichste registriert und zu hypochondrischen Befürchtungen logisch verarbeitet, zieht der Paralytiker aus seinen gleichfalls objektiv nicht begründeten Beschwerden die absurdesten Schlüsse und bemerkt dabei gar nicht die tatsächlich vorhandenen groben Ausfallerscheinungen auf geistigem und körperlichem Gebiet.

Was die anderen organischen Gehirnerkrankungen betrifft, so werden Hirntumoren nur selten Anlaß zu Verwechslungen geben; es könnten höchstens die ohne Lokalsymptome, dafür aber mit den Zeichen der Demenz (Witzelsucht, Euphorie) verlaufenden Stirnhirntumoren in Betracht kommen. Da es sich hierbei meist um große Geschwülste handelt, wird die Stauungspapille selten fehlen, die bei Dementia paralytica nicht vorkommt.

Zur Abgrenzung von den arteriosklerotischen Geistesstörungen dient die Eigenart des geistigen Defektes bei diesen,

der kein so allgemeiner und progressiver ist wie bei der *Dementia paralytica* und in den Intervallen plötzlich überraschend zurücktritt. Ferner pflegen Größenwahnideen bei der Arteriosklerose zu fehlen, oder doch viel ärmlicher und mehr episodisch aufzutreten, wenn auch eine schwach-sinnige Euphorie bestehen kann. Im übrigen werden auch hier die charakteristischen körperlichen Symptome der Paralyse meist entscheidend sein, wenngleich einige davon auch bei den arteriosklerotischen Geistesstörungen vorhanden sein können; dies gilt auch von der Pupillenstarre oder -trächtigkeit. Für Arteriosklerose können im Zweifel die anderweitigen körperlichen Zeichen einer solchen (Coronararteriosklerose, Albuminurie usw.) sprechen.

Die Zustände posttraumatischer Demenz, die unter Umständen der *Dementia paralytica* sehr ähnlich sehen können, lassen sich durch den stationären Charakter des geistigen Defektes und das Fehlen der reflektorischen Pupillenstarre meist von der *Dementia paralytica* unterscheiden. — Es muß aber zugegeben werden, daß es Fälle gibt, in denen die Differentialdiagnose äußerst schwierig und bestenfalls erst nach längerer Beobachtung möglich ist.

Auch die diffusenluetischen Hirnerkrankungen können der *Dementia paralytica* sehr ähnliche Bilder hervorrufen. Hier kommt differentialdiagnostisch auf körperlichem Gebiet die eigentümlich regellose Kombination und der häufig rudimentäre Charakter, sowie die Wandelbarkeit der Symptome bei der Syphilis in Betracht. Außerdem ist die Pupillenstarre bei der letzteren meist eine totale, d. h. auch die Mitbewegung bei Akkommodation und Konvergenz betreffende. — Im übrigen vergl. auch den Abschnitt über Geistesstörungen bei Syphilis.

Was endlich die *Dementia senilis* betrifft, so kann das Alter gegenüber den Fällen von *Senium praecox* nicht als Unterscheidungsmerkmal dienen. Doch wird die Unterscheidung meist auf Grund der organischen Lokalsymptome möglich sein.

Von Intoxikationszuständen kommt für die Differentialdiagnose in erster Linie der chronische Alkoholismus in Betracht. — Auch hier stellen Reizbarkeit, ethische Verkümmern und Intelligenzdefekte auf geistigem Gebiet, Störung des Schlafes, Kopfschmerzen, Reizerscheinungen, Krampfanfälle, bei bestehender Neuritis auch Abschwächung bis Aufhebung der Patellarreflexe auf körperlichem Gebiete gemeinsame Krankheitszeichen dar; dagegen bildet die reflektorische Pupillenstarre, wenn sie überhaupt einmal vorhanden ist, hier keinen dauernden Befund; es fehlt meist die typische Sprachstörung, endlich erweist sich die Krankheit bei Entziehung des Alkohols nicht nur nicht als progressiv, sondern sogar als rückbildungsfähig. — In geistiger Beziehung können auch die vielfach bestehende Neigung zu halluzinatorischen Trugwahrnehmungen und der Eifersuchtswahn auf die rechte Spur leiten. Dagegen können ohne Kenntnis der Entwicklung des Falles die bei der akuten *Dementia paralytica* zuweilen interkurrent auftretenden deliranten Zustände leicht mit *Delirium tremens* verwechselt werden.

Auch bei den mit Erregung, Innervationsstörungen, Sprach- und Schlafstörung, peripherischen Lähmungen verlaufenden Fällen von *Encephalopathia saturnina* können Verwechselungen vorkommen; für die Diagnose kommen hier in Betracht die typischen Zeichen der Bleivergiftung (Bleisaum, Radialislähmung, Bleikachexie, Bleikolik), der spezifische Beruf der Kranken, das Fehlen der Pupillenstarre.

Bei Diabetes kommt in seltenen Fällen ein Symptomenkomplex von motorischen und psychischen Schwächeerscheinungen zustande, der vollständig dem Bilde der paralytischen Demenz gleicht. Es ist aber bisher nicht mit Sicherheit nachgewiesen, daß der Diabetes echte Paralyse erzeugen kann. Zuweilen übt die antidiabetische Therapie einen günstigen Einfluß auf den Krankheitszustand aus, was differentialdiagnostisch in Betracht kommen kann (LAUDENHEIMER).

Als Pseudoparalysis uraemica sind einige Fälle beschrieben, in denen die Urämie das Symptombild der Dementia paralytica mit großer Treue nachahmt. L. BRUNS faßt als beiden Krankheiten gemeinsame Symptome zusammen: psychische Störungen vom Charakter der Abschwächung der Intelligenz mit Gedächtnisstörungen und Reizbarkeit; apoplektiforme, epileptiforme und Schwindelanfälle (Sehstörungen), Kopfschmerzen, Störungen der Sprache und zum Teil auch der Schrift, Tremor der Zunge und der Gesichtsmuskulatur, der Hände, Mono-, Hemi- und Paraparesen mit erhöhten Sehnenreflexen; dazu als der Paralyse nicht eigentümliche Symptome: häufiges Erbrechen, schwere Magenstörungen bei Appetitlosigkeit, Asthmaanfalle, Eiweiß in Urin, Retinitis albuminurica. — Besserung bei entsprechender Behandlung: das wichtigste differentialdiagnostische Moment ergibt die Urinuntersuchung. Lues fehlt oft, ebenso Pupillendifferenz und -starre, Intelligenzstörung mehr im Sinne der Benommenheit, ohne wirkliche Defekte. Psychische Symptome nicht progressiv.

Prognose.

Der gewöhnliche Ausgang der Dementia paralytica ist der Tod. Die Dauer der Krankheit wird im Durchschnitt auf 2—3 Jahre angegeben, doch darf angenommen werden, daß sie bei Einrechnung des Prodromalstadiums im allgemeinen erheblich länger ist. Eine Berechnung der Krankheitsdauer für die einzelnen Formen der Dementia paralytica ergibt, daß die einfach-dementen Formen im allgemeinen am langsamsten, die depressiven und die agitierten am schnellsten verlaufen. Eine besondere Stelle nehmen, wie schon oben erwähnt wurde, die Fälle ein, in denen sich zu einer regulären Tabes nach längerer Zeit die Zerebralerscheinungen der Paralyse hinzugesellen. Das wesentlichste Merkmal der reinen Taboparalyse besteht in dem protrahierten, gelegentlich über 8—10 und mehr Jahre sich erstreckenden Verlauf, der durch häufige Remissionen und Stillstände gekennzeichnet ist. — Im übrigen ist es zweifelhaft, ob es bei der echten Paralyse zu einem endgültigen Stillstand oder einer Heilung mit Defekt kommen kann. Gegenüber den Angaben über geheilte Paralytiker ist im allgemeinen große Skepsis erforderlich; meist handelt es sich dabei wohl entweder um Fehldiagnosen oder um abnorm lange und tiefe Remissionen, die aber schließlich doch nicht von Dauer sind.

Therapie.

Von einer eigentlichen Behandlung der Paralyse kann keine Rede sein. Die mit Rücksicht auf die ätiologische Rolle, die die Syphilis bei dieser Krankheit spielt, naheliegenden Versuche mit einer antisiphilitischen Behandlung haben nach der Erfahrung der meisten Psychiater keine Aussicht auf Erfolg; immerhin wird bei Kranken, die noch die nötige Widerstandsfähigkeit besitzen, in Anbetracht der trostlosen Aus-

sichten gegen entsprechende therapeutische Maßnahmen nichts einzuwenden sein.

Im übrigen beschränkt sich unsere Aufgabe darauf, einerseits für rechtzeitige Sicherstellung der Kranken und ihrer Umgebung zu sorgen, andererseits ihnen ihre traurige Lage nach Möglichkeit zu erleichtern. Ersteres geschieht durch die Unterbringung in einer geeigneten Anstalt und frühzeitige Entmündigung, letzteres durch alle Mittel der heutigen Kranken- und insbesondere Irrenpflege, auf die hier im einzelnen nicht eingegangen zu werden braucht.

Literatur.

Außer den bekannten Lehrbüchern der Psychiatrie:

- ALZHEIMER, Die Frühform der allgemeinen progressiven Paralyse. Allgemeine Zeitschrift f. Psych., Bd. LII.
- Ders., Über atypische Paralyse. Monatschrift XI.
- BAYLE, Recherches sur l'arachnite chronique, Paris 1822.
- BINGWANGER, Die pathologische Histologie der Großhirnrindenerkrankung bei der progressiven Paralyse, Jena 1893.
- Ders., Die Abgrenzung der allgemeinen progressiven Paralyse. Berliner klinische Wochenschr., No. 49, 1894.
- Ders., Beiträge zur Pathogenese und differentiellen Diagnose der progressiven Paralyse. Virchows Archiv, Bd. CLI 7, 1898.
- Ders., Die allgemeine progressive Paralyse der Irren. Deutsche Klinik 1901.
- BRUNS, L., Über Urämie unter dem Symptomenbild der progressiven Paralyse. Festschrift. Nietleben 1897.
- BOEDEKER-JULIUSBURGER, Anatomische Befunde bei Dementia paralytica. Neurol. Zentralbl. 1897.
- BUCHHOLZ, Über die akut verlaufenden Erkrankungen an Dementia paralytica.
- CALMEL, De la paralysie chez les aliénés, Paris 1826, und Nouveau dict. de méd., T. XXVIII, p. 173.
- DEGENKOLB, Beiträge zur Pathologie der kleinen Hirngefäße. Allgem. Zeitschr. f. Psych., LIX.
- DUCHEK, Prager Vierteljahrschr., H. 1, 1851.
- DUPRÉ, Paralysie générale progressive. Ballets Handbuch 1903.
- ERR, Syphilis und Tabes. Berliner klin. Wochenschr., No. 1—4, 1904 und zahlreiche frühere Arbeiten desselben Autors.
- ESQUIROL, Dict. des sciences médicales, T. VIII, p. 283, 1814, art. „Démence“, und später ebenda, T. XVI, p. 211; ferner: Des maladies mentales, T. II, p. 263, 1838.
- FALRET, J., Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralyt. générales, Paris 1853.
- FÜRSTNER, Über die spinalen Veränderungen bei der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych., Bd. XXXIII und zahlreiche frühere Arbeiten dieses Autors.
- Ders., Zur Pathogenese der progressiven Paralyse. Monatschr. f. Psych., Bd. XII.
- GAUPP, Neuere Arbeiten über die progressive Paralyse der Irren. Monatschr. f. Psych., Bd. XCVII.
- Ders., Die Prognose der progressiven Paralyse. Deutsche med. Wochenschr. 1904.
- HASLAM, Observations on madness and melancholy, p. 259.
- HEILBRONNER, Rindenbefunde bei progressiver Paralyse. Allgemeine Zeitschr. f. Psych., Bd. LIII.
- HIRSCHL, Die Ätiologie der progressiven Paralyse, Wien 1896.
- HOCHE, Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Altsche Sammlung 1900.
- JOLLY, Syphilis und Geisteskrankheit. Berliner klin. Wochenschr. 1901.
- KRAFFT-ÉBING, Die progressive allgemeine Paralyse. Nothnagel, IX, Bd. III.
- LAUDENHEIMER, Paralytische Geistesstörung infolge von Zuckerkrankheit (diabetische Pseudoparalyse). Archiv f. Psych., Bd. XXIX.
- LISSAUER-STORCH, Über einige Fälle atypisch. progressiver Paralyse. Monatschr. f. Psych. 1901.
- MENDEL, Die progressive Paralyse der Irren, Berlin 1880.
- MEYER, E., Über cytodagnostische Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Berl. klin. Wochenschr. 1904.

- MURATOW, Zur Pathogenese der Herderscheinungen bei der allgemeinen Paralyse der Irren. Neurol. Zentralbl. 1897.
- NAECKE, Die Rolle der erblichen Belastung bei der progressiven Paralyse der Irren. Neurol. Zentralbl. 1900.
- NEISSER, Die paralytischen Anfälle, Stuttgart 1894.
- NISSL, Die Diagnose der progressiven Paralyse. Ref. in Neurol. Centralbl. 1002, p. 1151 (und zahlreiche frühere Arbeiten desselben Autors).
- RAECKE, Die Gliaveränderungen im Kleinhirn bei der progress. Paral. Arch. f. Psych. Bd. XXXIV.
- Ders., Die Ätiologie der progress. Paralyse. Psych. Wochenschr. 1004.
- SCHÄFER, Über das Verhalten der Cerebrospinalflüssigkeit bei Dementia paralytica. Allg. Zeitschr. f. Psych. LIX.
- SCHÜLE, Statist. Ergebnisse aus 100 Fällen von progress. Paralyse. Jahrb. f. Psych. XXII.
- SIEMERLING, Statistisches und Klinisches zur Lehre von der progress. Paralyse der Irren. Charité-Annal. XIII.
- SIEMERLING und BOEDEKER, Chronische fortschreitende Augenmuskellähmung und progressive Paralyse. Archiv für Psych.
- STARLINGER, Beitrag zur pathol. Anatomie der progress. Paralyse. Monatschr. f. Psych. VII.
- STEWART, Decrease of general Paralysis of the insane in England and Wales. Journ. of ment. Science 1901.
- STRAUB, Gefäßveränderungen bei allgem. Paralyse. Naturforscherversamml. 1800.
- THOMSEN, Über paralytische Frühsymptome, welche dem Ausbruch der Paralyse bis zu zehn Jahren vorausgehen. Allg. Zeitschr. f. Psych. LII.
- TUCZEK, Beiträge zur patholog. Anatomie und zur Pathologie der Dementia paralytica, Berlin 1884.
- VOGT, Das Vorkommen von Plasmazellen in der menschlichen Hirnrinde. Monatschrift f. Psych. IX.
- VOISIN, Traité de la paral. générale, Paris 1879.
- WEIGERT, Beiträge zur Kenntnis der normalen menschlichen Neuroglia, 1895.
- WESTPHAL, A., Ätiologisches und Symptomatologisches zur Lehre von der progress. Paralyse der Frauen. Char.-Ann. XVIII.
- WESTPHAL, C., Über den gegenwärtigen Standpunkt der Kenntnisse von der allgemeinen progress. Paralyse der Irren. Archiv f. Psych., Bd. I. Außerdem desselben Autors grundlegende Arbeiten über Rückenmarkserkrankungen bei Paralyse. Gesamm. Abhandl. I, 1892.
- WILLIS, De anima brutorum (Amstelodami 1672), Cap. IX, p. 280.

Geistesstörungen bei Arteriosklerose.

Wesen des Prozesses. Die Arteriosklerose oder atheromatöse Gefäßentartung ist die gewöhnlichste und verbreitetste Erkrankungsform des Zirkulationsapparates im vorgeschrittenen Alter. In der Mehrzahl der Fälle kommt sie nach den 50er Jahren zustande, doch findet sie sich sehr häufig auch schon früher, d. h. am Anfang der 40er und selbst schon in den 30er Jahren.

Als Ursachen für eine vorzeitige Arteriosklerose kommen einmal gewisse Gifte, wie vor allem das Syphillegift, ferner der Alkohol und wohl auch das Nikotin in Betracht, sodann ist der Einfluß einer unzweckmäßigen Lebensweise und besonders eine zu starke Inanspruchnahme der Muskeln, sei es durch anstrengende Berufsarbeit, sei es durch übertriebene sportliche Leistungen zu erwähnen. Daneben spielen auch hier hereditäre Einflüsse mit, insofern in manchen Familien eine gewisse Disposition zu frühzeitiger Arteriosklerose besteht.

Die atheromatöse Gefäßentartung betrifft vor allem die Arterien, aber auch die Venen. Sie entwickelt sich meist chronisch und schleichend und kann das ganze Gefäßsystem befallen oder sich auf einzelne Organe oder Organsysteme beschränken. Für uns kommt hier in erster Linie die Arteriosklerose des Gehirns in Betracht und nur in zweiter Linie auch die anderer Gefäßgebiete, insofern wir aus der Beschaffenheit der einer direkten oder indirekten Untersuchung zugänglichen Arterien einen Schluß auf den Zustand der Gehirnarterien ziehen. Als solche diagnostische Hilfsmomente sind zu nennen: die harte, gespannte Beschaffenheit des Pulses und die Rigidität und Schlingelung der direkt palpierbaren Arterien (Radialis, Temporalis, Carotis); die entsprechenden Veränderungen der Retinagefäße, der Befund von Coronararteriosklerose, arteriosklerotischer Schrumpfniere (Albuminurie), von Herzhypertrophie, endlich auch von Diabetes (Sklerose der Pankreasgefäße).

Indessen muß betont werden, daß bei der verschiedenen Verteilung und häufigen Beschränktheit des Degenerationsprozesses ein Schluß von einem Gefäßgebiet auf die Beschaffenheit eines anderen nicht mit Sicherheit gezogen werden kann. Tatsächlich werden auch oft genug bei starker peripherischer Arteriosklerose die Gehirngefäße dünnwandig und zart und umgekehrt bei starker zerebraler Arteriosklerose die Arterien der Peripherie normal gefunden. Die erwähnten Befunde gestatten deshalb einen positiven Schluß erst dann, wenn andere Momente auf eine Beteiligung des Gehirns hinweisen.

Die in dieser Hinsicht in Betracht kommenden zerebralen Erscheinungen werden verständlich, wenn man sich zuvor die größeren anatomischen Vorgänge im allgemeinen klar macht.

Der arteriosklerotische Prozeß führt zu einem Elastizitätsverlust der Gefäßwandung und zu einer Verengung bis zum Verschuß des Gefäßlumens und bedingt so Ernährungsstörungen, die sich naturgemäß auf die nähere Umgebung des betreffenden Gefäßes beschränken, also herdartig sind. Infolge derselben Gefäßveränderungen kommt es ferner zur Bildung miliärer Aneurysmen, zu Gefäßrupturen und punktförmigen oder auch umfangreicheren Blutungen. — Hieraus geht einmal hervor, daß die im Anschluß an größere encephalomalacische oder hämorrhagische Herde sekundär auftretenden geistigen Schwächezustände (Dementia postaploplectica) pathogenetisch von den auf einer Arteriosklerose beruhenden Störungen nicht abgetrennt werden können. Jene werden demnach hier auch Besprechung finden müssen. — Weiter ergibt sich, daß entsprechend der herdartigen Natur der arteriosklerotischen Degeneration, selbst wenn sie diffus im Gehirn ausgebreitet ist, noch längere Zeit normales Gewebe in größerem oder kleinerem Umfang erhalten bleiben muß. Dementsprechend erweisen sich auch die auf dieser Grundlage zustande kommenden fortschreitenden geistigen Schwächezustände als mehr partielle, insofern sie nicht nur im Anfang, sondern auch noch während eines großen Teiles des Verlaufes wesentliche Bestandteile des psychischen Besitzes und den Kern der Persönlichkeit intakt lassen.

Allgemeine Symptomatologie. Die Symptome der arteriosklerotischen Geistesstörung zerfallen in körperliche und geistige. Die körperlichen bestehen in Kopfschmerzen und anderen subjek-

tiven Empfindungen, Schwindelanfällen, Ohnmachten, Schlaganfällen mit mehr oder weniger ausgedehnten Ausfallerscheinungen in Form von Hemiparesen im Hirnnerven- und Extremitätengebiet, Aphasie, Hemianopsie usw. Auf geistigem Gebiet findet eine, je nach der Art des Krankheitsprozesses gleichmäßig oder schubweise fortschreitende Verödung statt. Dazu kommen Anomalien der Gemütslage, gesteigerte Reizbarkeit, Depressionszustände oder endlich Anfälle hochgradiger Erregung und deliriöser Verwirrtheit. — Aus der verschiedenen Kombination dieser Symptome ergeben sich im Verlauf der Krankheit bei demselben Individuum verschiedenartige Zustandsbilder.

Krankheitsbilder. Die zuerst zu besprechende Form der arteriosklerotischen Geistesstörung ist durch die in ihr vorherrschenden nervösen Züge und ihren gutartigen, nicht progressiven Verlauf gekennzeichnet. Diese

nervöse Form der Arteriosklerosis cerebri,

zeigt sich zunächst in einer gesteigerten geistigen, vielfach auch körperlichen Ermüdbarkeit. Die Kranken können nicht mehr andauernd arbeiten, die Fähigkeit zu selbständiger schöpferischer Gedankentätigkeit erlischt, es ist nur noch ein gewohnheitsmäßiges, mehr mechanisches Schaffen möglich. Das Gedächtnis, speziell die Merkfähigkeit ist, insbesondere für Namen und Zahlen, geschwächt. Die Erschwerung des Denkens wird von den Kranken selbst peinlich empfunden, so daß sie vielfach direkt über ein Gefühl des Verdummens, des Blödsinnigwerdens klagen. — Dazu kommen auf körperlichem Gebiet Kopfschmerz und Schwindelanfälle. Der Kopfschmerz wird meist in die Stirn lokalisiert, seltener in der Scheitel- und Hinterhauptsgegend; oft wird auch nur über ein dumpfes Gefühl des Druckes und der Benommenheit geklagt. Die Schwindelanfälle treten spontan auf oder nur bei körperlicher Anstrengung, beim Stuhlgang, beim Bücken, bei bestimmten Bewegungen. Ferner bestehen Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, Ohnmachtsanwandlungen, zuweilen auch rasch vorübergehende Bewußtseinsstörungen oder gleichfalls flüchtige Erschwerungen der Sprache. — Meist besteht dabei schweres Krankheitsgefühl und oft eine chronische Gemütsdepression.

Diese Fälle zeichnen sich im allgemeinen durch eine sehr große Stabilität der Symptome aus; insbesondere bleiben die zuletzt erwähnten Depressionszustände oft jahrzehntelang unverändert, doch entwickelt sich zuweilen die weiter unten besprochene arteriosklerotische Hirndegeneration aus dem soeben beschriebenen Krankheitsbilde. — Die Möglichkeit einer Besserung ist aber vorhanden.

Die Diagnose dieser Fälle stützt sich vor allem auf die Symptome: Kopfdruck oder -schmerz, Schwindelanfälle und Abschwächung der Merkfähigkeit. — In differentialdiagnostischer Beziehung kommt die progressive Paralyse in ihrem Anfangsstadium in Betracht. Das Fehlen von Pupillenveränderungen und Sprachstörung, sowie der für Arteriosklerose sprechende Befund an anderen Organen, vor allem aber der nicht progressive, sondern äußerst stationäre Charakter der Erkrankung werden meist die Unterscheidung gestatten.

Die arteriosklerotische Epilepsie,

die im Anschluß hieran ihre Besprechung finden möge, kennzeichnet sich durch ihr Auftreten im späteren Lebensalter als eine Epilepsia tarda. Sie tritt bei Individuen, die an ausgesprochener Arteriosklerose, meist auch an schwereren Herzstörungen leiden, in seltenen oder häufigen Anfällen auf, ohne daß dabei psychische Ausfallserscheinungen in erheblicherem Grade zu bestehen brauchten (ALZHEIMERS kardiovasale Form).

Die arteriosklerotische Hirndegeneration.

Diese von BINSWANGER und ALZHEIMER gleichzeitig beschriebene Krankheitsform entwickelt sich meist zu Beginn der 50er oder zu Ende der 40er Lebensjahre und beginnt entweder mit ähnlichen Erscheinungen wie die soeben besprochene nervöse Form oder sogleich mit den Zeichen einer schweren Erkrankung. Die Kranken werden körperlich und geistig schlaff, unentschlossen, sind reizbar, in labiler Stimmung, deprimiert infolge schweren Krankheitsgefühls, ihre Auffassung ist erschwert, der Gedankenablauf verlangsamt, ohne daß aber zunächst ein wirklicher Ausfall bestände. Dementsprechend kann nach kurzer Zeit eine vorübergehende Besserung des Zustandes eintreten, die Kranken raffen sich zusammen, beginnen wieder zu arbeiten, bis nach längerer oder kürzerer Zeit ein neuer akuter oder subakuter Krankheitsschub erfolgt. Diese Schübe kennzeichnen sich auf körperlichem Gebiet durch Anfälle von Schwindel und Bewußtlosigkeit, Paresen im Facialis- und Extremitätengebiet, aphasische Störungen und andere Ausfallserscheinungen, die sich aber bis auf kleine Reste wieder ausgleichen; auf geistigem Gebiet durch Erregungs- und deliriöse Verwirrheitszustände usw.

Auch weiterhin zeigt die Krankheit eine solche Neigung zu plötzlichen vorübergehenden Besserungen und Stillständen, die nach der Art des Falles längere oder kürzere Zeit dauern können. Der plötzliche Wechsel wirkt oft frappierend, indem die Kranken durch treffende Bemerkungen noch mehr Urteils- und Beobachtungsfähigkeit verraten, als man ihnen nach ihrem Verhalten zutrauen konnte.

Mit jeder dieser Remissionen treten aber doch deutlichere Zeichen des geistigen Ausfalls hervor. Während die Kranken anfangs vielleicht nur eine unangebrachte Sorglosigkeit in geschäftlicher Beziehung, eine Abstumpfung der ethischen Gefühle und Neigung zu zorniger Erregung zeigten, lassen sie eine immer deutlichere Urteilsschwäche erkennen. Das Gedächtnis ist erheblich geschädigt, vor allem die Merkfähigkeit; die Kranken treffen die unsinnigsten und widersprechendsten Anordnungen, werden unordentlich, nachlässig in ihrem Äußern, verlieren schließlich die Orientierung, erkennen die Umgebung nicht mehr und bieten zuletzt einen Zustand tiefen Blödsinns dar. Trotz dieser zunehmenden geistigen Verödung überraschen sie auch weiterhin während der Remissionen oft noch durch einzelne relativ vernünftige Äußerungen und vor allem durch eine ausgesprochene Krankheitseinsicht. Der Krankheitsverlauf bis zu dem terminalen Blödsinnszustande ist oft sehr protrahiert; die Stillstände können monate- und jahrelang dauern. — In der letzten Zeit gleichen sich die motorischen Ausfallserscheinungen nicht mehr aus; meist besteht jetzt eine allgemeine

corticomuskuläre Schwäche. — Der Tod erfolgt an Marasmus, Decubitus, an Pneumonie, in einem Schlaganfall usw.

Der **Leichenbefund** ergibt makroskopisch außer den mehr oder weniger ausgesprochenen Zeichen einer allgemeinen Arteriosklerose (Coronararterienverkalkung, Schrumpfniere, Herzhypertrophie) oft eine erhebliche Gewichtsabnahme des Gehirns. Die Hirngefäße sind durchweg stark atheromatös degeneriert.

Die Pia ist mäßig verdickt, meist leicht abziehbar.

Die Ventrikel sind stark dilatiert: Ependymitis granularis (s. Dementia paralytica) findet sich nicht regelmäßig.

Die Marksubstanz fühlt sich derber als in der Norm an; das Mark hat eine schmutzigweiße oder grauweiße Farbe, besonders im Gebiet des Hirnstammes und der Capsula interna. Die Gefäßlücken sind durchweg erweitert. Die Umgebung der Gefäße erscheint schon bei Betrachtung mit bloßem Auge hellgrau bis rotbraun verfärbt und eingesunken, besonders im Gebiet der Stammganglien und der Capsula interna, wo ausgesprochener *État criblé* besteht. — Die Rinde erscheint nur wenig verschmälert, sieht blaßgrau aus. — Dazu kommen gröbere Zerstörungen durch mehr oder minder ausgedehnte Erweichungen und Blutungen.

Auch mikroskopisch findet sich keine diffuse, sondern eine aus zahlreichen kleinen Herden bestehende Erkrankung. Den Mittelpunkt jedes dieser Herde nimmt im Mark wie in der Rinde ein hochgradig atheromatös entartetes Gefäß ein. In den erweiterten perivaskulären Räumen sind lymphoide Elemente, Körnchenzellen, Blutpigment angehäuft. In der Umgebung der Gefäße finden sich erhebliche Verdichtungen der Glia und Spinnzellen.

Die Ganglienzellen sind in den betroffenen Bezirken vielfach degenerativ verändert, im Zerfall begriffen; die markhaltigen Nervenfasern sowohl in der Rinde (Tangentialfaserschicht) als in der Markstrahlung und im tiefen Mark an Zahl verringert.

Die weiteren bis jetzt abgegrenzten Formen der arteriosklerotischen Geistesstörungen unterscheiden sich anatomisch von der soeben besprochenen durch die besondere Lokalisation des Krankheitsprozesses, die zum Teil auch klinisch eigenartige Bilder erzeugt. Sie sind demnach als Spezialformen der allgemeinen arteriosklerotischen Hirndegeneration aufzufassen.

Die Encephalitis subcorticalis chronica (BINSWANGER)

ist anatomisch dadurch gekennzeichnet, daß die Rinde und die kurzen Assoziationsfasern unter ihr völlig oder doch relativ frei bleiben, das tiefe Hemisphärenmarklager dagegen einer oft ganz exzessiven Atrophie verfällt. Im Verhältnis zu der zuerst besprochenen Form hat der Krankheitsprozeß hier also einen in noch engerem Sinne umschriebenen, auf bestimmte Gebiete beschränkten Charakter. — Dementsprechend kennzeichnet sich das klinische Bild im allgemeinen, abgesehen von den Erscheinungen einer langsamen progressiven geistigen Verödung, von Anfang an durch gewisse schwere Herderscheinungen, die aber im Gegensatz zu den bei der arteriosklerotischen Hirndegene-

ration zunächst nur vorübergehend auftretenden das Bild von Anfang an beherrschen und bald stationär werden.

Im Einzelnen beginnen auch diese Fälle meist zu Anfang der fünfziger oder sechziger Jahre mit einer langsam zunehmenden geistigen Schwäche, die den Kranken selbst zum Bewußtsein kommt und sie oft stark deprimiert. Sehr häufig treten alsbald Sprachstörungen auf und zwar entweder nur in Form einer gewissen Erschwerung der Wortfindung oder motorisch- und sensorisch-aphasischer Erscheinungen. Dazu kommen weiterhin apoplektiforme Anfälle in Form von Schwindel und Ohnmacht oder länger dauernder Bewußtlosigkeit mit entsprechenden Ausfallserscheinungen wie Mono- und Hemiparesen, Hemianopsie, Seelenblindheit etc., die auf der Höhe der Krankheit durchaus stationär bleiben und einen ganz zirkumskripten Charakter haben. Auch epileptische Anfälle werden beobachtet. — Außerdem besteht von körperlichen Störungen meist eine langsame, monotone, zuweilen skandierende Sprache; auch Pupillenstarre auf Licht und Akkommodation ist verschiedentlich gefunden worden.

Oft kommt es zu Wochen und Monate dauernden Erregungs- und Verwirrheitszuständen. Dabei hebt sich als besonders schwer eine Gruppe von Fällen ab, die sich meist an einen Schlaganfall anschließen. Es treten ängstliche, mißtrauische Verstimmungen, Verfolgungsideen, auch wohl Versündigungswahn auf. Schnell entwickelt sich dann ein Zustand der Verwirrtheit; die Kranken finden sich nicht mehr zurecht, verkennen Personen und Ort, verstehen Vorgänge und Worte nicht. Sie werden gereizt, greifen die Umgebung an, sind besonders nachts sehr unruhig. Weiterhin kommt es zu völliger Inkohärenz und schwerer Benommenheit, so daß die Kranken „seelenblind“ sind, ihnen gereichte Gegenstände nicht erkennen und falsch verwenden, sich in beständiger, zweckloser Bewegung befinden, zahlreiche widersinnige Handlungen vornehmen, dem mit ihnen Vorgenommenen plötzlich einen blinden Widerstand entgegenzusetzen, um sich gleich darauf alles ruhig gefallen zu lassen, und in ihrem Mienenspiel, vielfach in einfach imitatorischer Weise, ohne selbständigen Affekt, bald den Ausdruck der Ängstlichkeit, bald den der zornigen Erregtheit oder auch Heiterkeit zeigen. — Vielfach führen diese Zustände, während deren die Kranken meist unregelmäßig Nahrung nehmen, unter plötzlichem Kräfteverfall oder nach Entwicklung einer Pneumonie zum Tode. In anderen Fällen tritt eine ruhig fortschreitende Verblödung ein (KRAEPELINS schwere progressive Form).

Im übrigen ist der Krankheitsverlauf meist ein äußerst schleppender und kann 10 Jahre und mehr betragen. Oft treten jahrelange Stillstände ein, in denen die Kranken je nach dem Stadium des Leidens einen mehr oder weniger vorgeschrittenen Schwachsinn und lokalisierte Ausfallserscheinungen zeigen.

Das Endstadium bilden Zustände tiefer Verblödung, in denen die Kranken stumpf und stier herumsitzen oder liegen, keine selbständigen Willensregungen mehr zeigen, zwecklos herumlaufen. Der Tod erfolgt schließlich durch interkurrente Krankheiten, Decubitus, Marasmus, Gehirnlähmung usw.

Der anatomische Befund zeigt schon makroskopisch einen auffälligen Gegensatz zwischen dem Zustande der Rinde und dem des Markes. Während an der ersteren außer einer geringen Versmälnerung nichts Besonderes wahrzunehmen ist, erscheint das letztere

stark atrophisch, von graulichem Farbenton, von derberen grauen, mehr durchscheinenden Flecken durchsetzt. Die Verschmälerung (Atrophie) des Markes findet sich entweder nur im Bezirk eines oder mehrerer Windungszüge und in einem oder mehreren Hemisphärenabschnitten oder sie betrifft das Marklager eines ganzen Lappens. Dabei erweist sich meist der Hinterhaupts- und Schläfenlappen besonders stark geschädigt, während der Stirnlappen relativ frei bleibt. Die Ventrikel (insbesondere Hinter- und Unterhorn) sind dementsprechend stark erweitert, ihr Ependym verdickt und zuweilen granuliert.

Mikroskopisch läßt sich eine besonders schwere arteriosklerotische Erkrankung der langen Gefäße des tiefen Markes und eine oft die höchsten Grade erreichende Atrophie des tiefen Hemisphärenmarklagers nachweisen. In diesem finden sich überall, am stärksten aber in den mehr oder minder zahlreichen um die Gefäße gelegenen Herden, Gliawucherung und Körnchenzellen.

Meist zeigen auch die Gefäße der Stammganglien und der Medulla oblongata atheromatöse Degeneration (JACOBSONNS „schwere Form der Arteriosklerose“ des Nervensystems), und es finden sich mehr oder minder ausgedehnte Degenerationen, insbesondere der Pyramidenbahn.

Als weitere Unterformen der arteriosklerotischen Hirndegeneration, die allerdings bis jetzt beide mehr ein anatomisches als klinisches Interesse haben, sind ferner von ALZHEIMER beschrieben worden die senile Rindenverödung und die perivaskuläre Gliose. — Beide Formen beschränken sich auf umgrenzte Windungsgebiete. — Zu der subcortikalen Encephalitis steht die senile Rindenverödung in einem gewissen Gegensatz, insofern als bei letzterer nicht das Mark, sondern eben die Rinde Sitz des Krankheitsprozesses ist, der sich um die kurzen, aus der Pia in die Rinde eintretenden Gefäße herum abspielt. Typisch für die Erkrankung ist das Auftreten kleiner keilförmiger Herde in der Rinde, wobei die Basis des Keils meist der Hirnoberfläche aufsitzt. Ganglienzellen und Markfasern sind im Bereich des Herds zugrunde gegangen, der ganze Herd besteht aus einem dichten Gliafilz. Die Herde liegen oft dicht nebeneinander, gewöhnlich aber nur im Bereich einiger Windungen und im Verbreitungsgebiet einer größeren Arterie. Die meist erheblich atrophischen Windungen zeigen dem Einsinken dieser Herde entsprechend zahlreiche punktförmige Einziehungen. — Die senile Rindenverödung findet sich vorzugsweise im hohen Alter und mit Dementia senilis kompliziert, kommt aber auch in früheren Jahren vor. — Die klinischen Erscheinungen entsprechen hier, ebenso wie bei der perivaskulären Gliose, denen bei isolierten Erweichungsherden.

Die perivaskuläre Gliose kennzeichnet sich anatomisch durch fleckweisen Untergang der nervösen Substanz und herdförmige sehr hochgradige Gliawucherungen an den schwer entarteten Gefäßen entlang. Die Herde liegen sowohl im Mark wie in der Rinde auf einzelne oder mehrere Windungen beschränkt.

Die postapoplektische Demenz

tritt sekundär im Anschluß an einen mehr oder weniger ausgesprochenen apoplektischen Insult ein. In einer großen Zahl der Fälle hält sie sich in sehr mäßigen Grenzen, so daß die Kranken, nachdem sie sich von dem Insult erholt haben, abgesehen von einer Beeinträchtigung der Merkfähigkeit, einer leichten Urteilsschwäche und vielleicht einer gewissen Abstumpfung der ethischen Gefühle, auf geistigem Gebiet zunächst keine besonderen Ausfallserscheinungen aufweisen und, soweit dies ihr körperlicher Zustand (halbseitige Lähmung, Sprachstörung) erlaubt, sogar ihrem Beruf wieder nachgehen können. — In anderen Fällen tritt alsbald oder nach wiederholten Insulten ein schwerer Defektzustand ein, der sich durch allgemeinere Gedächtnisstörung, Neigung zum Fabulieren, Abstumpfung gegen die Vorgänge der Außenwelt, mangelhaftes Orientierungsvermögen und oft kindisch-

läppisches Benehmen kennzeichnet. Dazu kommen von körperlichen Störungen die dem Sitz des Herdes entsprechenden Lähmungserscheinungen im Facialis- und Extremitätengebiet, eine Erschwerung und Verlangsamung der Sprache, allgemeiner Tremor. Schwindelanfälle usw.

Der Charakter dieser Formen ist ausgesprochen stationär, sowohl in bezug auf die körperlichen wie auf die geistigen Ausfallserscheinungen, die nur gelegentlich neuer Insulte sich schubweise weiterentwickeln. Zuweilen kommt es auch hier zu vorübergehenden Erregungszuständen mit Wahnideen, die zu Verwechslungen mit progressiver Paralyse führen können.

So hätte der folgende Fall eine zeitlang zu Verwechslungen Anlaß geben können: 56jährige Frau wird in heiter erregtem Zustande in die Klinik gebracht, ist sehr euphorisch, geschwätzig, bringt verschiedene Tatsachen durcheinander (Konfabulation); ist über Personen und Umgebung im ganzen gut, zeitlich schlecht orientiert; hat mangelhafte Kenntnisse, eine herabgesetzte Merkfähigkeit und geschwächtes allgemeines Gedächtnis. Sehr gehobenes Selbstgefühl, große Erregbarkeit; äußert zahlreiche Größenideen: verschenkt goldene Uhren, hat 100 goldene Ketten, gewinnt sicher das große Los. Der Arzt ist der Superintendent oder der Kaiser, redet alle Personen mit Du an. Vorübergehend depressiv, klagt über Schwindel und Kopfschmerzen. — Wird allmählich ruhiger, korrigiert Größenideen. Geistige Schwäche (allgemeine Gedächtnisschwäche, insbesondere starker Merkfähigkeitsdefekt, Urteilschwäche) bleibt bestehen. Körperlich: Etwas harter gespannter Puls. Sonst keine äußere Arteriosklerose. Frische Netzhautblutungen. Pupillen gleich, reagieren prompt. — Rechtsseitige Hemiparese, Sehnenreflexe rechts gesteigert. Leichte Sprachstörung (Verschmieren von Silben und Worten). — Ein Anfall von Angina pectoris.

Die Krankheit hatte vor sechs Jahren mit zwei rasch aufeinanderfolgenden Schlaganfällen begonnen, denen eine rechtsseitige Lähmung und Sprachstörung gefolgt war. Vor einem Jahr begann leichte manische Störung; vor einigen Monaten steigerte sich diese; seitdem Größenwahn, macht sinnlose Einkäufe, verspricht Geldgeschenke, schimpft öffentlich brutal, verbreitet unwahre Erzählungen.

Die Diagnose der arteriosklerotischen Geistesstörungen stützt sich in körperlicher Beziehung zunächst auf den Nachweis der atheromatösen Gefäßentartung an den peripherischen Arterien (Rigidität, harter, gespannter Puls) und auf die durch Arteriosklerose bedingten entsprechenden Funktionsstörungen der Niere (Albuminurie), des Herzens (Symptome der Coronararteriosklerose, Hypertrophie des linken Ventrikels) und des Pankreas (Diabetes); sodann auf das Vorhandensein zerebraler Störungen (Schwindel, Kopfdruck und Kopfschmerz, apoplektiforme Anfälle, Ausfallserscheinungen auf motorischem und sensorischem Gebiet usw.). — In geistiger Beziehung ist besonders in den Anfangsstadien die Verlangsamung und Erschwerung des Gedankenablaufes charakteristisch, die den Kranken selbst zum Bewußtsein kommt, ferner das auffällig lange Erhaltenbleiben der Krankheitseinsicht und gesunder Vorstellungsreste, die auch in vorgeschrittenen Stadien in den plötzlichen Remissionen oft in überraschendster Weise zum Vorschein kommen. — Weiter ist auf den protrahierten Verlauf und die vielfachen, oft lange dauernden Stillstände Gewicht zu legen.

In differentialdiagnostischer Hinsicht kommen die anderen organisch bedingten Geistesstörungen in Betracht. — Die Abgrenzung der verschiedenen Unterformen der arteriosklerotischen Geistesstörung ist oft nur unvollkommen möglich und kann hier als von geringer praktischer Bedeutung unerörtert bleiben. — Dasselbe gilt von der Dementia senilis, die sich oft mit den Erscheinungen der arteriosklerotischen Hirnerkrankung kombiniert.

Dagegen bedarf die Abgrenzung der arteriosklerotischen Geistesstörung von der *Dementia paralytica* einiger Bemerkungen. Im allgemeinen gibt hier das Alter der Kranken von vornherein einen Anhaltspunkt, insofern die *Dementia paralytica* meist schon früher beginnt. Die Mehrzahl der zweifelhaften Fälle, in denen eine fortschreitende Geistesschwäche erst Ende der 40er oder Anfang der 50er Jahre beginnt, gehört dem Gebiet der Arteriosklerose an. — Im übrigen kommt differentialdiagnostisch die Art der Intelligenzstörung in Betracht, die bei der *Dementia paralytica* eine mehr allgemeine, bei der arteriosklerotischen Geistesstörung eine mehr partielle ist; ferner wiederum die bei der letzteren lange erhaltene Besonnenheit und richtige Beurteilung des eigenen Zustandes im Gegensatz zu der traumhaften Bewußtseinsstörung und Uneinsichtigkeit des Paralytikers; die Neigung zu plötzlichen Remissionen im Gegensatz zu den sich meist allmählich anbahnenden Nachlässen bei der *Dementia paralytica* und der viel protrahiertere Verlauf der arteriosklerotischen Geistesstörungen; auf körperlichem Gebiet das Fehlen typischer paralytischer Symptome, wie der charakteristischen Sprachstörung, meist auch der Pupillenstarre. — Endlich ist der anatomische Befund charakteristisch, da es sich bei den arteriosklerotischen Geistesstörungen um umschriebene, um die schwer erkrankten Gefäße angeordnete herdartige Veränderungen handelt, zwischen denen sich normale Hirngebiete in größerer oder geringerer Ausdehnung finden, während der anatomische Prozeß der *Dementia paralytica* ein im wesentlichen durchaus diffuser ist (s. auch das Kapitel „*Dementia paralytica*“).

Besondere Schwierigkeiten kann endlich die Abgrenzung der Lissauerschen Paralyse mit Herderkrankungen (s. pag. 291) gegenüber der Arteriosklerose machen. Auch bei jener sind aber die Zeichen der für *Dementia paralytica* charakteristischen psychischen Schwäche meist erkennbar; außerdem können die körperlichen Symptome der *Dementia paralytica*, die auch jenen atypischen Fällen eigen sind, und endlich wiederum der anatomische Befund, der, trotz stärkerer Lokalisation des Krankheitsprozesses auf einzelne Hirngebiete, doch auch bei diesen atypischen Fällen seinem Wesen nach ein diffuser bleibt, zur Entscheidung führen.

Die Therapie regelt sich, soweit es sich um leichte und beginnende Störungen handelt, nach den allgemeinen, bei der Behandlung der Arteriosklerose in Betracht kommenden Grundsätzen: Regelung der Lebensweise, insbesondere der Diät; Vermeidung körperlicher und geistiger Überanstrengungen und abnorm reizender Genußmittel (Alkohol, Tabak, Kaffee), möglichst Fernhaltung gemüthlicher Aufregungen. — Von Medikamenten kann insbesondere bei den nervösen Formen und der arteriosklerotischen Epilepsie das Jodkalium, zweckmäßig in Verbindung mit kleinen Digitalisgaben, angewendet werden. — Für die Fälle ausgesprochener Geistesstörung ist auf die sonst die Behandlung Geisteskranker bestimmenden Gesichtspunkte zu verweisen, die sich nach der Art des speziellen Falles modifizieren. Meist wird Anstaltsbehandlung erforderlich sein.

Literatur.

- ALZHEIMER, Die arteriosklerotische Atrophie des Gehirns. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1895.
Ders., Über perivaskuläre Gliose. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1897.

- ALZHEIMER, Neuere Arbeiten über die Dementia sen. und die auf atheromatöser Gefäßkrankung basierenden Gehirnkrankheiten. Monatschr. f. Psych., Bd. III, 1898.
- Ders., Die Seelenstörungen auf arteriosklerotischer Grundlage. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIX.
- BEADLER, On the degenerative lesions of the arterial systeme in the Insane etc. Journ. of ment. sc. 1895.
- BEYER, Über psychische Störungen bei Arteriosklerose. Neurol. Zentralbl., No. 1, 1896.
- BINSWANGER, Die Abgrenzung der allgemeinen progressiven Paralyse. Berl. klin. Wochenschr. 1894.
- DEGENKOLB, Beiträge zur Pathologie der kleineren Hirngefäße. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LIX.
- FÜRSTNER, Über die Geistesstörungen des Seniums. Arch. f. Psych., Bd. XX.
- JAKOBSON, Über die schweren Formen der Arteriosklerose im Zentralnervensystem. Berl. klin. Wochenschr. 1895; Arch. f. Psych. 1895.
- MEYER, E., Die pathologische Anatomie der Psychosen. (Kritisches Referat über die seit 1895 erschienenen Arbeiten.) Orth-Festschrift.
- MINGAZZINI, Klinische und anatomische Beobachtung über die postapoplektische Demenz. Riv. sperim. di Freniatr. 1897.
- WINDSCHEID, Die Beziehungen der Arteriosklerose zu Erkrankungen des Gehirns. Münch. med. Wochenschr. 1902.

Senile Geistesstörungen.

Als *Dementia senilis* (Altersschwachsinn) fassen wir jene krankhaften Geisteszustände zusammen, die, im allgemeinen erst im höheren Alter auftretend, durch eine eigenartige, auf einer regressiven Metamorphose des Gehirns (seniler Hirnatrophie diffusen Charakters) beruhende geistige Schwäche ihr charakteristisches Gepräge erhalten.

Diese Schwäche bildet sehr häufig die Grundlage sowohl für isolierte Wahnbildungen, Halluzinationen, Stimmungsanomalien, als auch für geschlossenere psychotische Zustände depressiver, selten expansiver Art.

Dazu kommen auf körperlichem Gebiet neben den bekannten allgemeinen Erscheinungen der Seneszenz vielfache Ausfallerscheinungen besonders motorischer und sensorischer Art, die auf herdförmige Zerstörungen von Gehirnsubstanz zu beziehen sind. — So ergeben sich insbesondere vielfache Kombinationen der *Dementia senilis* mit den arteriosklerotischen Geistesstörungen (siehe das vorige Kapitel).

Nach dem Gesagten ist es verständlich, daß die senilen Geistesstörungen in symptomatischer Beziehung nach dem Grade und der Lokalisation des Krankheitsprozesses sehr große Verschiedenheiten zeigen, und daß eine scharfe Abgrenzung der Unterformen gegeneinander hier ebensowenig wie bei der *Dementia paralytica* möglich ist, da auch hier die verschiedensten Misch- und Übergangsformen vorkommen.

Vorkommen.

Die Statistik gibt über die prozentuarische Häufigkeit der *Dementia senilis* keinen sicheren Aufschluß, da besonders die ruhigen und stillen Formen nur zum kleinen Teil in die Anstalten gelangen,

vielmehr sehr oft in Siechenhäusern, allgemeinen Spitälern oder auch in der Familie verpflegt werden.

Im allgemeinen nimmt beim männlichen Geschlecht die Disposition zu geistiger Erkrankung nach dem besonders zur *Dementia paralytica* disponierenden Alter, d. h. in den 50er Jahren, erheblich ab, um erst in höheren Jahren wieder anzusteigen. Indessen unterliegt die Zeit des Eintretens der senilen Demenz wie der Grad ihrer Entwicklung sehr großen individuellen Verschiedenheiten. Im allgemeinen fällt sie erst in das 7. und etwa in die erste Hälfte des 8. Lebensjahrzehntes. Doch sind auch solche Fälle nicht selten, in denen sich die betreffenden Rückbildungsvorgänge schon viel früher, im 6., ja sogar im 5. Jahrzehnt durch eine entsprechende Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit und andere psychotische Züge bemerkbar machen und ein *Senium praecox* eintritt.

Als **präsenile Formen** besprechen wir zunächst eine Gruppe von Fällen, die von BINSWANGER als *Dementia praesentis* bezeichnet worden ist. Diese kennzeichnet sich durch einen Zustand geistiger Abstumpfung und körperlicher Schwäche, der sich bei von jeher nicht gerade schwachsinnigen, aber in geistiger Beziehung doch unfertig gebliebenen Individuen zu Anfang der 50er, oft auch schon zu Ende der 40er Jahre entwickelt.

Sie werden stumpf, willensschwach, gleichgültig; das Gedächtnis weist bedenkliche Lücken auf. Die Schaffenskraft erlahmt, schließlich sind sie nur noch zu leichten mechanischen Beschäftigungen, unter Umständen zu einfacher Lektüre fähig, interessieren sich hauptsächlich nur für die Befriedigung ihrer körperlichen Bedürfnisse, neigen aber infolge von krankhafter Selbstüberschätzung und unter dem Einfluß leichter affektiver Erregungen zu zweckwidrigen, unter Umständen schädlichen Handlungen und bedürfen deshalb ständiger Beaufsichtigung. — Körperlich ist die schlaaffe Haltung, die tonlose zitternde Sprache, ein leichter statischer und aktatischer Tremor zu erwähnen. — Der Zustand ist ziemlich stationär, so daß die Kranken viele Jahre gleichmäßig in dieser geistigen Abstumpfung und körperlichen Schwäche verharren.

Als **präsenilen Beeinträchtigungswahn** beschreibt ferner KRAEPELIN eine kleine Gruppe von Fällen, in denen, wahrscheinlich auf dem Boden erblicher Veranlagung, im 6. Lebensjahrzehnt, bei Frauen oft schon früher, sich eine große Urteilsschwäche mit vielfach wechselnden kombinatorischen Beeinträchtigungsideen und gesteigerter gemüthlicher Erregbarkeit entwickeln.

Im Gegensatz zu dem *Senium praecox* können die erwähnten Rückbildungsvorgänge selbst im höchsten Alter so geringfügig und wenig eingreifend sein, daß man von einer den physiologischen Rückgang überschreitenden eigentlichen Degenereszenz überhaupt nicht sprechen kann. Insbesondere ist daran festzuhalten, daß auch im Alter vorübergehende und gutartige Psychosen, besonders vom Charakter der Melancholie (oder Hypochondrie), keineswegs selten sind. Diese Formen bezeichnen wir nicht als „senile“ Psychosen, weil dieses Epitheton immer das Vorhandensein der obenerwähnten eigenartigen geistigen Schwäche in sich schließt. Nicht das Alter des betreffenden Individuums, sondern diese Schwäche gibt also das Kriterium für die Diagnose einer „senilen“ Geistesstörung. Eine

bestimmte Altersgrenze, von der ab eine Psychose dieses Beiwort erhalten müßte, existiert nicht.

Ätiologie.

Was die Ursachen betrifft, so pflegt man bei der senilen Demenz der Heredität eine verhältnismäßig geringe Bedeutung beizumessen. FÜRSTNER fand nur bei 20% seiner Fälle hereditäre Belastung, und zwar auffällig oft in Form organischer Hirnerkrankungen (Apoplexien, Herdaffektionen), die bei den Aszendenten oder in Nebenlinien in vorgerückteren Jahren aufgetreten waren. — KRAEPELIN konnte Geistesstörungen in der Familie bei wenig mehr als der Hälfte seiner Fälle feststellen. — Doch ist es bei diesen zumeist im hohen Alter stehenden Individuen naturgemäß ganz besonders schwer, zuverlässige Auskunft über diesen Punkt zu erhalten, weil sehr oft außer den Kranken selbst kein Gewährsmann mehr am Leben ist. Man darf nach sonstigen Erfahrungen wohl annehmen, daß diese Zahlen hinter der Wirklichkeit eher zurückbleiben als sie übersteigen.

Krankheitsformen.

Nach allgemeinen Gesichtspunkten können zwei Gruppen von Fällen unterschieden werden, nämlich:

1. die im wesentlichen unter dem Bilde der Demenz verlaufenden Fälle,
2. die mehr den Charakter geschlossener psychotischer Krankheitsbilder tragenden Formen.

Da nach dem oben Gesagten bei beiden Gruppen die geistige Schwäche die wesentlichste Voraussetzung ist, so ist mit dieser Einteilung eine prinzipielle Trennung der verschiedenen Formen nicht gegeben; vielmehr bestehen zwischen ihnen nur quantitative Unterschiede.

Beiden Gruppen gemeinsam sind die körperlichen Symptome. Von solchen kommen zunächst die allgemeinen Erscheinungen in Betracht, die den bekannten körperlichen Habitus seniler Individuen ausmachen, also: Schwund des Fettpolsters, Abmagerung, Welkwerden der Haut, Arteriosklerose der sichtbaren Arterien, Abstumpfung der Sinnesfunktionen, insbesondere Schwerhörigkeit, Tremor, gebeugte Körperhaltung, unbehilflicher, trippelnder Gang, Sphincterenschwäche, Schlaflosigkeit usw. Indessen ist ein Parallelismus zwischen den körperlichen und den geistigen Zeichen des Seniums keineswegs immer vorhanden.

Von begleitenden nervösen Störungen sind auch hier Veränderungen an den Pupillen zu erwähnen, die aber im Senium keineswegs immer die Bedeutung von krankhaften Störungen haben. Daß die absolute Weite und die Lichtreaktion mit dem fortschreitenden Alter normaler Weise Veränderungen erleidet, ist an anderer Stelle (s. das Kapitel „Dementia paralytica“) auseinandergesetzt worden. Auch reflektorische Pupillenstarre ist im Greisenalter verschiedentlich beobachtet, und zwar sowohl bei senil dementen als auch bei körperlich und geistig gesunden Greisen. — Ferner kommen bei Greisen Anfälle vorübergehender Ohnmacht oder auch länger dauernder Bewußtlosigkeit ohne konsekutive Lähmungserscheinungen nicht selten vor (pseudoapoplektische Anfälle. WERNICKE), endlich ergeben sich aus

der häufigen Komplikation der senilen Hirnatrophie mit arteriosklerotischen Herderkrankungen (thrombotischen und embolischen Erweichungen, Blutungen) mannigfache Ausfallerscheinungen, die aber mit der Dementia senilis als solcher nichts zu tun haben.

Eine klinisch und anatomisch besondere Form stellt die der „Dementia paralytica mit Herderscheinungen“ (LISSAUER) an die Seite zu setzenden „Dementia senilis mit Herderscheinungen“ (ALZHEIMER) dar, bei der es infolge einer besonderen Lokalisation des Krankheitsprozesses zu häufigen epileptiformen und apoplektiformen Anfällen und entsprechenden, dauernden Herderscheinungen kommt.

Die unter dem Bilde der Demenz verlaufenden Fälle stellen nur eine Steigerung der noch in die physiologische Breite fallenden Altersveränderungen ins Pathologische hinein dar.

Sie kennzeichnen sich durch eine allgemeine Abnahme der psychischen Leistungen. Diese zeigt sich zunächst in einer Verschlechterung der Merkfähigkeit und der Auffassung; die Kranken vermögen neue Eindrücke nicht festzuhalten, so daß sie immer dieselben Geschichten erzählen, dieselben Fragen stellen, unmittelbar Erlebtes nach kürzester Zeit wieder vergessen usw. Gleichzeitig treten viele Erinnerungstäuschungen und auch nicht selten konfabulatorische Neigungen auf, ohne aber die später zu besprechenden Grade (s. Presbyophrenie) zu erreichen. Dabei bleibt das Gedächtnis für weiter zurückliegende Dinge zunächst merkwürdig gut erhalten, um erst später derselben fortschreitenden Abschwächung zu verfallen. — Die äußeren Eindrücke werden, auch bei intakten Sinnesorganen, ungenau und lückenhaft aufgefaßt, wichtige Einzelheiten übersehen. — Mit der zunehmenden Verengung des Ideenkreises gehen die höheren Interessen verloren, die Fähigkeit zu selbständiger Produktion schwindet, bis schließlich ein ganz stumpfes und nur noch der Befriedigung der niederen sinnlichen Triebe dienendes Verhalten eintritt.

Der hierin zutage tretende Verlust der ethischen und ästhetischen Gefühle pflegt eines der frühen Zeichen der eintretenden Schwäche zu sein und sich zunächst in einer nur der näheren Umgebung erkennbaren Abstumpfung der betreffenden Qualitäten kund zu geben. Die Kranken werden unordentlich, müssen zu der gewöhnlichen Pflege des Körpers angehalten werden; sie verstoßen gegen die Gebote des Anstandes. Gleichzeitig verändert sich ihre Persönlichkeit auch sonst in ungünstiger Weise, indem gewisse Züge, die früher ihre charakteristische Eigenheit ausgemacht haben, sich ins Karikierte verzerren: der früher vorhandene Sinn für Ordnung und Regelmäßigkeit wird zu kleinlichster Pedanterie, die Festigkeit und Willensstärke zu störrischem Eigensinn, die lebhafteste Libido sexualis zu schamloser Verliebtheit, die in den häufigen, insbesondere gegen Kinder gerichteten unsittlichen Handlungen seniler Individuen ihren charakteristischen Ausdruck findet. — Besonders im Verkehr mit der eigenen Familie tritt der Egoismus und die Rücksichtslosigkeit dieser Kranken in der störendsten Weise hervor. — Die Stimmung ist vielfach gereizt, mürrisch, verdrossen.

In anderen Fällen trägt die Schwäche von vornherein mehr den Charakter der Passivität und Indolenz; die Kranken werden kindisch, beschäftigen sich in entsprechender Weise mit Nichtigkeiten, zeigen einen unmotivierten Wechsel zwischen Euphorie und schwächerer Rührseligkeit, lassen sich aber leicht lenken und beaufsichtigen.

Auch bei den zuerst besprochenen Kranken geht mit den geschilderten Veränderungen eine fortschreitende Abnahme der intellektuellen Leistungen einher, der Vorstellungsschatz verodet mehr und mehr, bis schließlich ein Zustand apathischen Blödsinns erreicht ist. — Vielfach bestehen dabei wechselnde Bewußtseinszustände zwischen relativer Klarheit und traumhafter Benommenheit. So kommt es, daß die Kranken bald alle zeitlichen und örtlichen Verhältnisse durcheinander bringen, trotz ihrer 70 oder 80 Jahre nach ihren Eltern verlangen, sich in ihrer eigenen Häuslichkeit nicht zurechtfinden, nachts im Hause herumirren, zwecklos in ihren Sachen herumkramen, ohne selbst zu wissen, was sie suchen usw., bald wiederum ein äußerlich geordnetes Verhalten zeigen und die ihnen noch gebliebenen Erinnerungen und Vorstellungsreste in zusammenhängender Weise verwerten. Dies kann unter Umständen zu groben Täuschungen über den tatsächlichen Geisteszustand dieser Individuen Anlaß geben.

So brachte ein ausgesprochen senil dementer Kranker meiner Beobachtung, der neben schwer gestörter Merkfähigkeit die erwähnten Bewußtseinschwankungen zeigte, kürzlich auch einen halluzinatorischen Angstzustand mit Selbstmordversuch durchgemacht hatte, der aber aus der weit zurückliegenden Vergangenheit noch gelegentlich ganz zusammenhängend und amüsan erzählen konnte, gelegentlich des Entmündigungsverfahrens eine (ärztliche!) Bescheinigung bei, nach der er durch besonders regen Geist, großartige Auffassung, logische Gliederung und Schlußfolgerung, Esprit usw. Bewunderung erregen müsse und nur eine gewisse Zerstreuung und Gedächtnisschwäche für die Gegenwart zeige, wie sie auch häufig bei jüngeren Gelehrten vorhanden sei. Im Entmündigungstermin nannte er als Jahreszahl 1837 oder 1847, beklagte es, daß er (der 80jährige!) keine Eltern mehr habe, wußte von der Gegenwart so gut wie nichts, erzählte aber in geordneter Weise allerhand Erlebnisse aus seinem früheren Leben.

Auf dem Boden der geistigen Schwäche treten sehr häufig einzelne Sinnestäuschungen besonders optischer Art oder auch leicht delirante Zustände vorwiegend zur Nachtzeit auf. Ebenso werden nicht selten Befürchtungen hypochondrischer Art oder wahnhaftige Gedankengänge im Sinne der Beeinträchtigung geäußert, die durch ihre Unsinnigkeit und fehlende assoziative Verknüpfung ihren Ursprung aus geistiger Schwäche verraten.

Von den mehr den Charakter geschlossener psychotischer Zustandsbilder tragenden Formen sind zunächst die Fälle zu erwähnen, die unter dem Bilde der KORSAKOWSCHEN (amnestischen) Geistesstörung erscheinen (vergl. das Kapitel „Alkoholpsychosen“).

Diese nach KAHLBAUMS Vorgang von WERNICKE als Presbyophrénie bezeichnete Form der senilen Geistesstörung scheint das weibliche Geschlecht entschieden zu bevorzugen und kennzeichnet sich durch die tiefe Störung der Merkfähigkeit, die Neigung zur Konfabulation und die schwere Beeinträchtigung des örtlichen und zeitlichen Orientierungsvermögens bei erhaltener Aufmerksamkeit und Ordnung des Gedankenganges, leidlicher Urteilsfähigkeit und indifferenter oder leicht euphorischer Gemütslage. Anklänge an Zustände dieser Art kommen auch sonst bei senil Dementen vielfach vor (s. oben). Hier fällt es aber bei dem äußerlich korrekten und geordneten Verhalten dieser Kranken ganz besonders auf, wenn sie alles nach kürzester Zeit wieder vergessen, über die wichtigsten, sie selbst betreffenden Daten, wie Namen, Geburtstag, Familienverhältnisse, die Generation, der sie angehören usw., völlig im unklaren sind und dementsprechend die unrichtigsten und widersprechendsten Antworten geben, sich auch nach längerem Aufent-

halt in der Örtlichkeit und in den Personen ganz und gar nicht auskennen usw. — In anderen Fällen zeigt die Stimmung dieser Kranken mehr einen leicht gereizten oder zornmütigen Charakter.

Die Presbyophrenie tritt entweder als chronische oder als akute, delirante Form auf; in letzterem Falle besteht gleichzeitig ein mäßiger Grad von Bewegungsunruhe, Schlaflosigkeit und zeitweiliges Halluzinieren, besonders auf optischem Gebiet. Die chronische Form ist als unheilbar anzusehen und geht schließlich in einfache senile Demenz über; die akute kann innerhalb einiger Wochen zur Heilung kommen.

Die übrigen auf dem Boden des Seniums entstehenden psychotischen Zustände können die senil modifizierten Züge der verschiedensten funktionellen Geistesstörungen tragen. Wir sehen am häufigsten melancholische und hypochondrische, ferner paranoische Formen und halluzinatorische Verwirrheitszustände, dagegen verhältnismäßig sehr selten manische Bilder, es sei denn, daß es sich um einen im Senium eintretenden Anfall eines zirkulären Irreseins handelt.

Die an Häufigkeit weit überwiegenden **senilen Depressionszustände**, die unter dem Bilde einer Melancholie auftreten, kennzeichnen sich häufig durch triebartige Unruhe, Neigung zur Selbstbeschädigung und zu raptusartigen Gewalthandlungen, sowie durch unsinnige Versündigungs-, Verarmungs- und Kleinheitsideen, die meist in monotoner Weise immer wieder vorgebracht werden. Auch die sehr häufigen hypochondrischen Wahnideen lassen in ihrem absurden Inhalt den Ursprung aus der geistigen Schwäche erkennen. Die Kranken haben alles Böse der Welt begangen, müssen die Kurkosten für alle Kranken der Welt bezahlen; alles, was auf der Welt passiert, ist ihre Schuld, alle Menschen müssen ihretwegen sterben, alles befindet sich ihretwegen im Wasser, geht zugrunde, sie reden eine Sprache, die niemand verstehen kann, sie werden immer kleiner, ihre Finger und Arme immer kürzer, sie fliegen fort; man kommt, sie zu holen, um sie zu vergiften, in unerhörter Weise zu martern usw. — Dabei besteht meist kein lebhafter Affekt, sondern eine gemüthliche Stumpfheit. — Sehr häufig sind lebhaft Halluzinationen des Gehörs und des Gesichts, die besonders des Nachts auftreten. Oft verbinden sich diese melancholisch-hypochondrischen Formen mit persekutorischen Vorstellungen.

Die **senil-paranoischen Zustände** beginnen allmählich mit Reizbarkeit und Verslossenheit, Mißtrauen gegen die Umgebung; weiterhin werden zahlreiche Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen ziemlich dürtiger und zusammenhangloser Art geäußert.

Endlich sind noch die **akut auftretenden Verwirrheitszustände** zu erwähnen, die von FÜRSTNER als senile Form des halluzinatorischen Irreseins, von KRAEPELIN als deliriöse Erkrankungen des Greisenalters (von SALGÓ als akute senile Demenz) beschrieben worden sind.

Der Ausbruch erfolgt meist, nachdem bis dahin nur allgemeine Erscheinungen des senilen Rückganges bestanden haben, akut, vielfach im Anschluß an einen apoplektischen Anfall, eine körperliche Erkrankung (Magen-Darmaffektion, Bronchialkatarrh, Influenza usw. und

dadurch bedingte Ernährungs- und Schlafstörung), einen operativen Eingriff (Kataraktextraktion), ein Trauma.

Die Krankheit kennzeichnet sich durch starke Bewußtseins-trübung, Inkohärenz, Verlust der Orientierung und Verken-nung der Umgebung, lebhaftere Sinnestäuschungen meist schreck-haften Inhaltes, große motorische Unruhe.

Im weiteren Verlauf kommt es zu plötzlichen Nachlässen, nach denen die Erregung und Verwirrtheit aber meist wieder einsetzt. Vielfach führt der Kräfteverbrauch zu Kollaps und Tod. In anderen Fällen tritt Beruhigung und der frühere Zustand ein, endlich gehen manche Fälle in einen Zustand weinerlich ängstlicher Schwäche über.

Pathologische Anatomie.

Von makroskopischen Befunden kommen im wesentlichen in Betracht am Gehirn und seinen Häuten: Verwachsungen zwischen Dura und Schädeldach, Schläffheit und Faltung der Dura besonders über dem Stirnhirn, Hydrocephalus externus, Trübung und Ver-dickung der weichen Häute, die zuweilen mit der Hirnoberfläche ver-wachsen sind. Allgemeine, im Stirnhirngebiet aber besonders ausge-sprochene Atrophie des Gehirns und Gewichtsverlust von durch-schnittlich 200 g, der den Mantelteil weit stärker betrifft als das Kleinhirn und den Stamm. — Windungen verschmälert, Furchen zum Teil klaffend; Hirnoberfläche stellenweise geschrumpft, von schmutziggelber Farbe. — Weiße Substanz atrophisch. — Dilatation und Hydrops der Ventrikel. — Ventrikelependym verdickt, nicht selten auch granuliert. — Ferner im Zusammenhang mit arteriosklerotischen Ge-fäßentartungen: Thrombosen und Embolien mit konsekutiven Erweichungen.

Im Rückenmark Abnahme des Durchmessers und des Ge-wichtes. Verdickung der weichen Häute und Einlagerung von Knochenplättchen, Vermehrung der Spinalflüssigkeit.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt in der Hirnrinde: Nervenzellen in allen Stadien des Unterganges und im Zu-stande pigmentöser Degeneration. — Schwund der Tangential- und Radiärfasern in mehr oder minder großer Ausdehnung. — Neben-einandergehende Wucherungs- und Rückbildungsvorgänge der Neuroglia. Zahlreiche Spinnenzellen mit kleinem pigmentreichen Leibe. Kernteilungsfiguren an den Gliakernen — Hyaline Degeneration der Blutgefäße, Erweiterung der perivaskulären Räume, die von Pigment, Leukocyten und Detritus erfüllt sind. — Im Rücken-mark (bei Behandlung mit Osmiumsäure nach MARCHI) in der weißen Substanz unregelmäßig gelagerte schwarze Schollen. — In den Ganglienzellen der Vorder- und Hinterhörner und der Clarkeschen Säulen hochgradige Pigmentansammlung. — Vermehrung des Stützgewebes be-sonders in den Seiten- und Hintersträngen. — In den vorderen und hinteren Wurzeln und in den peripheren Nerven zerfallende Fasern. (CAMPBELL, NOETZLI, NISSEL.)

Diagnose.

Da zwischen den physiologischen Rückbildungsvorgängen und den pathologischen Schwächezuständen des Alters fließende Übergänge bestehen, ist hier eine scharfe Abgrenzung nicht mög-lich. — Der spezifisch „senile“ Zug, der den im Greisenalter auf-

tretenden funktionellen Psychosen ihre charakteristische Färbung gibt, liegt in dem monotonen, oft unsinnigen und verworrenen Charakter, sowie der vorwiegend egozentrischen Richtung der wahnhaften Gedankengänge, in der sehr häufig nachweisbaren Abschwächung des Gedächtnisses, insbesondere der Merkfähigkeit, und in der gemüthlichen Stumpfheit, die trotz gelegentlicher heftiger Affektäußerungen vorhanden ist. — Bis zu einem gewissen Grade charakteristisch ist auch die relative Häufigkeit der besonders zur Nachtzeit auftretenden schrecklichen, beängstigenden Halluzinationen bei allen diesen senilen Formen.

Bei den typischen Schwächezuständen des hohen Alters wird die Differentialdiagnose keine Schwierigkeit machen. Dagegen kommt bei den präsenilen Formen die Abgrenzung von der arteriosklerotischen Geistesstörung, der Dementia paralytica und der Lues cerebri in Betracht.

Mit bezug auf die Arteriosklerose und die Lues cerebri ist zu bemerken, daß Herderscheinungen im allgemeinen nicht zu den Symptomen des Altersblödsinns gehören und daß ihr Vorherrschen deshalb mehr für die erstgenannten Krankheitsformen spricht. Dies gilt auch in psychischer Beziehung, insofern als die Geisteschwäche bei der Dementia senilis dem diffusen Charakter des Krankheitsprozesses gemäß eine mehr allgemeine, bei jenen meist eine mehr partielle ist. Im übrigen kann auf die betreffenden Kapitel verwiesen werden.

Von der Dementia paralytica unterscheiden sich die Zustände präseniler Demenz durch das Fehlen der typischen paralytischen Störungen, wie der Sprach- und Schriftstörung, meist auch der reflektorischen Pupillenstarre, ferner durch den stationären oder doch viel langsamer fortschreitenden Charakter der geistigen Schwäche.

Die Therapie ist bei den senilen Geistesstörungen machtlos und kann nur eine symptomatische sein. Gegen die Schlaflosigkeit ist die Anwendung des Amylenhydrats und des Paraldehyds warm zu empfehlen, das von den Kranken meist sehr gut vertragen wird. — Bei den Zuständen akuter halluzinatorischer Verwirrtheit kommen alle für die Behandlung der akuten Psychosen erprobten Maßregeln, insbesondere die Anwendung des Dauerbades, unter Umständen auch die künstliche Ernährung in Betracht.

Literatur.

Außer den Lehrbüchern der Psychiatrie:

- ALZHEIMER, Neuere Arbeiten über die Dementia senilis. Monatschr. f. Psych., Bd. III.
 Ders., Beitrag zur pathologischen Anatomie der Seelenstörungen des Greisenalters. Neurol. Zentralbl. 1898.
 BINSWANGER, Die Abgrenzung der allgemeinen progressiven Paralyse. Berl. klin. Wochenschr., No. 52, 1894.
 CAMPBELL, The morbid changes in the cerebrospinal nervous system of the aged insane. Journ. of ment. sc. 1894.
 CLOUSTON, The neuroses and psychoses of decadence. The Brit. med. Journ., July 1898.
 FÜRSTNER, Über die Geistesstörungen des Seniums. Arch. f. Psych., Bd. XX, 1889.
 MENDEL, Das Delirium hallucinatorium. Berl. klin. Wochenschr., No. 29, 1894.
 MOELI, Weitere Mitteilungen über Pupillenreaktion. Berl. klin. Wochenschr., No. 18 u. 19, 1897.

- NOETZLI, Über die Dementia senilis. Mitteilungen aus klinischen und medizinischen Instituten der Schweiz, III. Reihe, 4. Heft.
- SALGO, Die funktionellen Geistesstörungen im Greisenalter. (Referat in Mendels Jahresbericht 1902.) Gyogyoszat, No. 19.
- SCHMIDT, H., Die Geistesstörungen des Greisenalters. Deutsche Medizinalzeitung, No. 9 bis 15, 1898.
- SIEMERLING, Über die Veränderung der Pupillenreaktion bei Geisteskranken. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 44, 1895.
- ZINGERLE, Über Geistesstörungen im Greisenalter. Mitteilungen des Vereins der Ärzte in Steiermark, Nr. 9, 1898.

Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis.

Die erworbenen syphilitischen Erkrankungen des Gehirns lassen sich in drei Gruppen einteilen. Der ersten gehören die zirkumskripten Gummata an, die entweder solitär oder multipel auftreten, der zweiten die diffusen gummös-meningitischen Prozesse an der Basis oder an der Konvexität, der dritten die Fälle von syphilitischer Gefäßerkrankung.

Diese Sonderung bedeutet aber keine scharfe Trennung der verschiedenen Formen, da diese sich miteinander in mannigfacher Weise kombinieren können. Demnach ergeben sich auch klinisch äußerst variable und oft schwer zu deutende körperliche Krankheitsbilder, indem sich die Symptome der raumbeschränkenden Erkrankung des Schädelinnern, der Meningitis und des Gefäßverschlusses miteinander in mannigfaltiger Weise verbinden. Von Allgemeinerscheinungen kommen Kopfschmerzen von besonderer Heftigkeit, Erbrechen, Benommenheit, Schwindelanfälle, allgemeine Krampfanfälle, von Herdsymptomen die verschiedensten Reiz- und Lähmungserscheinungen, wie lokalisierte Krämpfe, Sprachstörungen aphasischer oder artikulatorischer Art, Hemi- und Monoparesen, Hemi-anopsie, Hemianästhesie usw., ferner infolge basal-meningitischer Prozesse Schädigungen der Hirnnerven an der Basis (insbesondere Neuritis optica und Lähmung der Augenmuskelnerven, totale d. h. auf Licht und bei Mitbewegungen bestehende Pupillenstarre), endlich bei Beteiligung des Rückenmarkes auch Störungen in dessen Bereich, wie Wurzelschmerzen, Aufhebung oder Steigerung der Patellarreflexe usw. vor.

Diese Erscheinungen stimmen, wie man sieht, mit den körperlichen Störungen, die wir bei der Dementia paralytica kennen gelernt haben, vielfach überein. Trotzdem zeigen sie einige Besonderheiten, die sie einerseits von jenen unterscheiden, andererseits den syphilitischen Symptomkomplexen überhaupt trotz ihrer großen Mannigfaltigkeit ein gemeinsames Gepräge verleihen. Diese Besonderheiten sind einmal: die Veränderlichkeit und Wandelbarkeit der Symptome, die in kürzester Zeit ganz verschiedene Bilder erscheinen läßt, sodann der häufig rudimentäre unvollständige Charakter, endlich die regellose Kombination der Krankheitszeichen, die lokal nicht zusammengehören und auf eine Beteiligung der verschiedensten Teile des Zentralnervensystems schließen lassen.

Geistige Störungen werden naturgemäß bei den diffus-meningitischen und den spezifischen Gefäßerkrankungen häufiger sein, als bei den zirkumskripten, unter dem Bilde des Hirntumors verlaufenden Fällen, doch können alle syphilitischen Gehirnaffektionen in jedem Stadium ihres Verlaufs zu psychischen Störungen führen, ohne daß wir über den Zusammenhang der Erscheinungen etwas Bestimmtes aussagen könnten.

Ein nur mittelbarer Zusammenhang mit der Syphilis besteht in den Fällen, in denen diese infolge einer durch sie bedingten allgemeinen Ernährungsstörung die Grundlage psy-

chisch-nervöser Krankheitserscheinungen wird. Es handelt sich dabei um **neurasthenische Zustandsbilder** meist mit hypochondrischer Färbung (Syphilisneurasthenie und -hypochondrie). Vielfach verbinden sich damit vereinzelt und stabile körperliche Krankheitszeichen, die auf eine organische Gehirnerkrankung hindeuten, z. B. totale Pupillenstarre oder Ungleichheit resp. einseitiges Fehlen des Patellarreflexes, oder es bestehen nur ganz unbestimmte körperliche Krankheitszeichen subjektiver Art, wie heftige Kopfschmerzen, anfallsartige stärkere Schwindelgefühle, Parästhesien usw., die auch sonst bei Neurasthenie vorkommen. Alsdann kann die Abgrenzung dieser Formen gegenüber der letzteren einerseits, der Dementia paralytica andererseits sehr schwierig und unter Umständen nur ex juvantibus (Quecksilberbehandlung) möglich sein.

Die nahen Beziehungen zwischen Syphilis und Hysterie zeigen sich einerseits darin, daß sich hysterische Züge den erwähnten Fällen von Syphilisneurasthenie sehr häufig beimengen, andererseits darin, daß durch die hinzutretende Syphilis akute mächtige Ausbrüche einer schon vorher bestehenden Hysterie bewirkt werden (JOLLY).

Von den eigentlichen durch Syphilis bedingten Geistesstörungen stehen an Häufigkeit mit in erster Reihe die **melancholischen Depressionszustände**, die sich oft aus neurasthenischen Zuständen entwickeln. Es kommen sowohl agitierte wie mehr stuporöse Formen vor. Die Kranken zeigen ein ängstliches Verhalten und äußern Veründigungs- oder hypochondrische Wahnideen und schweres Krankheitsgefühl. Die Fälle zeichnen sich im allgemeinen durch große Hartnäckigkeit und einen sehr schleppenden Verlauf aus. — Vielfach entwickeln sich weiterhin persekutorische Ideen und ein mißtrauisches, feindseliges Verhalten. Die so entstehenden paranoiden Zustandsbilder sind prognostisch ungünstig (BINSWANGER).

Außerordentlich selten ist das Vorkommen manischer Zustände.

Dagegen stellen die **unter dem Bilde der Amentia verlaufenden Fälle** die häufigste und geradezu charakteristische Form von Geistesstörung bei schwerer Gehirnsyphilis dar. Sehr oft gehen ihrem Ausbruch die vorher geschilderten neurasthenischen, hysterischen und depressiven Zustandsbilder, häufig auch körperliche Lähmungserscheinungen, wie Schwindel, Ohnmacht, vorübergehende Sprachstörung, voraus. Die Krankheit bricht dann ganz akut aus und verläuft mit lebhaftester halluzinatorischer Erregung und deliröser Verwirrtheit, sowie mit heftigen motorischen Reizerscheinungen, choreatischen und athetischen Bewegungen, epileptiformen Anfällen usw. in äußerst stürmischer und oft das Leben gefährdender Weise.

Die schließlich noch zu besprechende **postsyphilitische Demenz** kann sich primär, oder sekundär, im Anschluß an eine der vorhin besprochenen Formen syphilitischer Geistesstörung, entwickeln. Sie kennzeichnet sich entweder durch eine zunehmende Gleichgültigkeit und Stumpfheit bei gleichzeitigem Vorhandensein einzelner zerebraler Störungen (totale Pupillenstarre, verlangsamt Sprache, Hemiparesen usw.) oder durch eine auffällige Beeinträchtigung der Merkfähigkeit, die durchaus dem Verhalten bei der KORSAKOWSchen (amnestischen) Geistesstörung entspricht (vgl. das Kapitel „Alkoholpsychosen“).

Die Entwicklung der postsyphilitischen Demenz zeigt meist zunächst auffällige Schwankungen, indem die Kranken zeitweise

völlig normal erscheinen, um gleich darauf wieder alles zu vernachlässigen und unter Umständen in eine an Stupor grenzende Stumpfheit zu versinken.

In einem Teil der Fälle tritt unter gleichmäßiger Zunahme der Schwäche schließlich ein Zustand tiefer Verblödung ein.

In anderen Fällen zeigt sich der Verlauf äußerst langsam, es kommt zu langdauernden Stillständen und neuen Krankheits-schüben. Auch hier ist schließlich ein geistiger Defekt vorhanden; dieser kann aber die verschiedensten Grade zeigen. Sehr häufig tritt er nicht bei den gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens, sondern nur dann zutage, wenn von den Kranken irgend eine selbständigere Gedankenarbeit verlangt wird: Diese Kranken benehmen sich geordnet, zeigen keine groben Gedächtnisdefekte, halten auf ihr Äußeres, sind örtlich und zeitlich orientiert, beschäftigen sich ihren Liebhabereien gemäß im Hause, spielen Karten, verfolgen bis zu einem gewissen Grade die Tagesereignisse, ohne irgendwie aufzufallen. Trotzdem fehlt ihnen das Verständnis für den eigenen Zustand, sie haben kein selbständiges Urteil, keine höheren Interessen, keine Übersicht über ihre eigenen Angelegenheiten, ihre Vermögensverhältnisse, lassen sich bei ihren Entschlüssen nicht von Überlegungen, sondern von momentanen Eingebungen leiten und sind gewissenlosen Ratgebern wegen ihrer Urteils- und Willensschwäche hilflos preisgegeben. Vielfach hat die Familie unter ihrer Reizbarkeit, ihrem Mißtrauen und der beständigen Furcht, zurückgesetzt und beeinträchtigt zu werden, ihrem Egoismus und ihrer Rücksichtslosigkeit schwer zu leiden. — Der hier zutage tretende ethische Defekt ist in manchen Fällen ganz besonders ausgesprochen. Die Kranken werden lügnerisch, verschwenden ihr Geld, machen Schulden, verkehren in minderwertiger Gesellschaft, mit zweifelhaften Frauenzimmern, vertrinken ihr Geld und begehen wohl auch kleine Unehrllichkeiten (BINSWANGER).

Von verschiedenen Seiten ist mit Recht darauf hingewiesen worden, daß der Geisteszustand dieser Kranken, deren Intelligenz im übrigen auffallend wenig geschädigt zu sein braucht, so daß sie z. B. noch gute wissenschaftliche Kenntnisse besitzen und schwierige Denkopoperationen (auf mathematischem Gebiete usw.) noch gut ausführen können, eine auffallende Ähnlichkeit mit dem mancher an Taboparalyse leidenden Kranken hat (vergl. das Kapitel „Dementia paralytica“).

Mit diesem schubweise eintretenden geistigen Rückgang verbinden sich meist körperliche Symptome, wie aphasische oder artikulatorische Sprachstörungen, Neuritis optica, Veränderungen an den Pupillen, Hemiparesen im Hirnnerven- und Extremitätengebiet.

Auf diese Weise können Krankheitsbilder hervorgerufen werden, die der dementen Form der Dementia paralytica zum Verwechseln ähnlich sehen und sich zuweilen auch anatomisch nicht scharf von ihr trennen lassen (Pseudoparalysis syphilitica, FOURNIER). Differentialdiagnostisch kommt besonders der intermittierende Verlauf der postsyphilitischen Demenz, die Wandelbarkeit der diese begleitenden motorischen und sensiblen Störungen, der ihr eigene stationäre Charakter und endlose Verlauf in Betracht.

Infolge hereditärer Syphilis können sich im Kindesalter gleichfalls neurasthenische und hysterische Krankheitszustände entwickeln, wobei oft einzelne organische Zeichen (Pupillenstarre) auf die Natur des Leidens hinweisen. Weiterhin kommt es unter entsprechenden körper-

lichen Symptomen entweder zu hochgradigeren geistigen Schwächezuständen oder nur zu einer geistigen Minderwertigkeit. — Eine andere Verlaufsweise ist die der infantilen und juvenilen Paralyse, (vergl. das Kapitel „Dementia paralytica“).

In **therapeutischer Beziehung** kommen neben entsprechenden symptomatischen Maßnahmen die antisyphilitischen Behandlungsmethoden in Betracht. In den schweren und oft das Leben bedrohenden Fällen von syphilitischer Amentia ist die schleunige Einleitung einer solchen geradezu *Indicatio vitalis*.

Literatur.

- BINSWANGER, Die bei der Dementia paralytica zitierten Arbeiten. Außerdem: Hirnsyphilis und Dementia paralytica. Festschrift f. L. Meyer, Hamburg 1891.
- ERLENMEYER, Die luetischen Psychosen, Neuwied 1876.
- HEUBNER, Die luetischen Erkrankungen der Hirnarterien, Leipzig 1874.
- JOLLY, Syphilis und Geisteskrankheiten. Berl. klin. Wochenschr., No. 1, 1901.
- KLEIN, Kasuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Dementia paralytica und Pseudoparalysis luetica. (Dasselbet viel Literatur.) Monatsschr. f. Psych., Bd. V, 1899.
- KOWALEWSKY, Die funktionellen Nervenkrankheiten und die Syphilis. Archiv f. Psych., Bd. XXVI.
- MEYER, L., Über konstitutionelle Syphilis des Gehirns. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. XVIII, 1861.
- MILDNER, Syphilis der Schädelorgane mit Geistesstörung. Wien. med. Wochenschr. 1872.
- OPPENHEIM, Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. Nothnagels Handbuch IX, Bd. II. (Dasselbet vollständiges Literaturverzeichnis bis 1897.)
- RUMPF, Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems, Wiesbaden 1887.
- SCHÜLE, Hirnsyphilis und Dementia paralytica. Allg. Zeitschr. f. Psych., XXVIII.
- SIEMERLING, Zur Syphilis des Zentralnervensystems. Archiv f. Psych., Bd. XXII.
- WICKEL, Kasuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri diffusa und Dementia paralytica. Archiv f. Psych., Bd. XXX, 1898.
- WILLE, Geistesstörungen durch Syphilis. Allg. Zeitschr. f. Psych., XXVIII.
- WUNDERLICH, Die luetischen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks. Volkmanns Sammlung 1875.

Geistesstörungen bei Gehirntumoren.

Die Neubildungen des Gehirns sind sehr häufig von psychischen Anomalien begleitet. In der großen Mehrzahl der Fälle bestehen diese nur in einer gewissen **Benommenheit**, die mit dem Fortschreiten des Krankheitsprozesses und insbesondere des Hirndruckes zunimmt. Es handelt sich demnach hierbei um ein **Allgemeinsymptom**, das dem Kopfschmerz, dem Erbrechen, den allgemeinen Krämpfen, der Stauungspapille an die Seite zu setzen ist.

Die Kranken erscheinen infolge dieser Benommenheit wie schlaftrunken, psychisch gehemmt, stumpf, teilnahmslos für die Vorgänge in ihrer Umgebung. Es bedarf aber, wenigstens in den Anfangsstadien, nur eines leichten Anrufens, um zu zeigen, daß ein Zustand von Demenz, den man nach dem äußeren Verhalten leicht annehmen könnte, nicht besteht. In den späteren Krankheitsstadien nimmt diese leichte Bewußtseinstörung oft zu, zeigt aber in ihrer Intensität meist erhebliche Schwankungen.

Außerdem kommen **psychotische Zustände** der verschiedensten Art bei Hirntumoren vor, sowohl solche, die durch große Reizbar-

keit und tobsüchtige Erregung oder auch durch ein leicht manisches Verhalten mit läppischen Zügen charakterisiert sind, als auch depressive Formen, paralyseähnliche Bilder, durch neurasthenische und hysterische Züge gekennzeichnete Fälle, paranoiaähnliche Zustände usw. Eine bestimmte für den Hirntumor spezifische Psychose gibt es nicht.

Was die Häufigkeit psychischer Störungen bei den Tumoren der verschiedenen Hirnregionen im Vergleich mit der Häufigkeit der Tumoren dieser Regionen überhaupt betrifft, so haben neuere Untersuchungen (GIANELLI, SCHUSTER) ergeben, daß die Stirnhirntumoren sich am häufigsten mit psychischer Störung verbinden; es folgen die multipeln Tumoren, die des Kleinhirns, der Stammteile und des Balkens, der Zentralgebiete usw.

Demgegenüber finden sich Hirntumoren überhaupt, d. h. abgesehen von der Frage, ob dabei psychische Störungen bestehen oder nicht, am häufigsten im Kleinhirn; es folgen die multipeln und erst an dritter Stelle die Stirnhirntumoren, an welche sich die Tumoren der Zentralgegend und die Stammteile anschließen; an letzter Stelle stehen die Balkentumoren.

Endlich ergibt eine für jede Hirnregion aufgestellte Spezialberechnung, daß Tumoren des Balkens so gut wie ausnahmslos mit psychischer Störung verbunden sind, es folgen die Stirnhirntumoren mit ca. 80%, die der Temporal- und Occipitallappen, sowie der Hypophysis und die multiplen Tumoren mit 66 bis 60% und zuletzt die Tumoren des Kleinhirns, der Zentralgegend und der Stammteile mit 35—25%.

Was sodann die Beziehung zwischen der Art des Tumors und der Häufigkeit der Geistesstörung betrifft, so wird übereinstimmend angegeben, daß die Cysticercen sich besonders häufig mit psychischer Störung verbinden.

Die Versuche, bestimmte Beziehungen zwischen der Form der geistigen Störung und der speziellen Lokalisation des Tumors im Gehirn herauszufinden, haben bis jetzt zu sicheren Resultaten nicht geführt.

Am verführerischsten erscheint es, dem Stirnlappen, mit Rücksicht auf die ihm wohl mit Recht zugeschriebene besondere Bedeutung für die höheren psychischen Funktionen und die obenerwähnte relative Häufigkeit psychischer Störungen bei Stirnhirntumoren, in dieser Hinsicht eine Sonderstellung anzuweisen, zumal nach der allgemeinen Erfahrung in der Tat bei Tumoren dieser Lokalisation gewisse psychische Krankheitszeichen, wie Charakterveränderung und eigenartige Zustände läppisch-heiterer Aufregung (Moria, Witzelsucht) besonders häufig sind. — Daß diese Form der Geistesstörung in der Tat bis zu einem gewissen Grade als für Stirnhirntumoren spezifisch angesehen werden darf, erscheint wahrscheinlich. Der eigentümliche Humor mit Neigung zu witzelnden Bemerkungen, der das Charakteristische des Zustandes ausmacht, kommt aber, wie allgemein zugegeben wird, auch bei Tumoren ganz anderer Lokalisation vor und findet sich gelegentlich auch bei anderen Gehirnerkrankungen, z. B. bei multipler Sklerose. Man hat deshalb in neuester Zeit das Symptom als echtes Allgemeinsymptom aufgefaßt, das sich meist auf dem Boden eines durch die Geschwulst direkt oder indirekt bedingten Verblödungsprozesses entwickle. Die Tatsache,

daß es bei Tumoren des Stirnhirns häufiger als bei solchen anderen Sitzes gefunden wird, erklärt sich dann dadurch, daß Geschwülste dieses Hirnteiles meist Neigung zu relativ langer Krankheitsdauer und besonderer Größenentwicklung zeigen und damit Gelegenheit zu intensiverer Schädigung der Hirnrinde und Hervorrufung einer psychischen Erkrankung haben, während sie deutliche Lokalerscheinungen sehr oft nicht bedingen (ED. MÜLLER).

Demnach weist das frühzeitige und hervorsteckende Auftreten geistiger Erkrankungen bei Gehirntumoren, unter der Voraussetzung, daß nicht andere Momente (psychopathische Belastung, frühere psychische Anomalien) diese erklären, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf den Sitz des Tumors im Stirnhirn.

Die **Diagnose und Prognose** der Geistesstörungen bei Hirntumor fällt im allgemeinen mit der des letzteren zusammen. — In differentialdiagnostischer Beziehung ist auf die ophthalmoskopische Untersuchung (Stauungspapille) besonderer Wert zu legen.

Therapie. In den Fällen, in denen eine operative Entfernung des Tumors möglich ist, darf nach den bisherigen Erfahrungen auf ein Verschwinden oder eine wesentliche Besserung der Geistesstörung gerechnet werden.

Literatur.

- BRUNS, L., Die Geschwülste des Nervensystems, Berlin 1897.
 GIANELLI, Gli Effetti directi ed indirecti dei neoplasmii encefalici sulle funzioni mentali. Policlinico 1897. Ref. Neurol. Zentralbl. 1897 und Schmidts Jahrbücher 1898.
 JASTROWITZ, Beiträge zur Lokalisation im Großhirn und deren praktische Verwertung, Leipzig 1888. Deutsche med. Wochenschr. 1888.
 MÜLLER, EDUARD, Über psychische Störungen bei Geschwülsten und Verletzungen des Stirnhirns, Leipzig 1902.
 OPPENHEIM, Die Geschwülste des Gehirns. Nothnagels Handbuch 1897.
 SCHUSTER, Psychische Störungen bei Hirntumoren, Stuttgart 1902.
 WELT, Charakterveränderungen des Menschen infolge von Läsionen des Stirnhirns. Deutsch. Archiv f. klin. Med., Bd. XLII, 1888.

Die

Geistesstörungen bei multipler Sklerose

kennzeichnen sich gleichfalls nicht als eigentliche Psychosen, sondern nur durch eine allgemeine Abnahme der psychischen Leistungen.

Diese beschränkt sich oft lange auf eine Abstumpfung der höheren moralischen und ästhetischen Gefühle. Die Kranken werden gleichgültig und lieblos gegen ihre Angehörigen, leben nur noch für ihre eigenen, überwiegend leiblichen Bedürfnisse, werden von ihrer durch ihren Zustand bedingten gelegentlichen Unsauberkeit auffallend wenig berührt etc. — Oft besteht ferner eine große Indifferenz der eigenen Lage gegenüber und eine mit dieser kontrastierende Euphorie.

Das Gedächtnis für weiter zurückliegende Dinge und insbesondere die Merkfähigkeit kann lange ungestört bleiben. — Höhere Grade des

Schwachsinn werden, wenn überhaupt, erst spät und bei stärkerer Beteiligung der Hirnrinde erreicht. Man muß sich davor hüten, aus dem häufigen Zwangslachen und der oft ganz unverständlichen Sprache der Kranken auf einen Zustand tieferer Demenz zu schließen.

Sehr selten kommt es zu Sinnestäuschungen und Delirien.

Die Differentialdiagnose gegenüber der Dementia paralytica ist im allgemeinen mit Hilfe der charakteristischen körperlichen Zeichen der multiplen Sklerose (Muskelrigidität, Bewegungszittern, Nystagmus, skandierende Sprache) nicht zu verfehlen. — Außerdem treten bei der Dementia paralytica die psychischen Störungen von Anfang an deutlich hervor, während sie bei der multiplen Sklerose auch in den Endstadien ziemlich unerheblich sind. — Übrigens kommen Mischformen von Dementia paralytica und multipler Sklerose vor.

Traumatische Psychosen.

Als traumatische Psychosen besprechen wir hier nur die Fälle, in denen nach einer Verletzung des Kopfes geistige Störungen zur Entwicklung gelangt sind.

Die traumatischen Neurosen oder Neuropsychosen haben bereits an anderer Stelle (s. das Kapitel „Neurasthenie“ pag. 120 ff.) Berücksichtigung gefunden.

Ätiologie.

Für die Entstehung traumatischer Psychosen kommen sowohl die schweren Gewalteinwirkungen in Betracht, die zu einer mehr oder minder ausgedehnten Zertrümmerung des Schädels und seines Inhaltes führen, als auch diejenigen, infolge deren nur eine geringfügige oder auch gar keine äußere Verletzung stattgefunden hat. Dabei ist ein direktes Aufschlagen oder Getroffenerwerden des Kopfes nicht notwendig, da unter Umständen auch ein Fall auf die Füße, die Knie oder das Gesäß denselben Erfolg haben kann. Das gemeinsame Moment bei allen diesen Fällen ist die Gehirnerschütterung (Commotio cerebri).

Obwohl Kopfverletzungen in den Anamnesen Geisteskranker mit Recht eine große Rolle spielen, sind doch die Fälle, in denen man von einer unmittelbaren Auslösung einer Psychose durch jene, also von einer traumatischen Psychose im strengsten Sinne sprechen kann, verhältnismäßig selten. In der großen Mehrzahl der Fälle wirken neben dem Trauma noch andere, prädisponierende Momente mit, deren Abschätzung gegeneinander meist schwierig, wenn nicht unmöglich ist. Es ist deshalb ein vergebliches Bemühen, auf statistischem Wege Aufschluß über die Häufigkeit der traumatischen Psychosen gewinnen zu wollen.

Die schädliche Wirkung der Kopfverletzungen auf die Psyche wird einerseits durch gewisse physiologische Dispositionen (Embryonale, Pubertät, Senium und Präsenium, resp. Klimakterium), andererseits durch alle jene pathologischen Momente begünstigt, die er-

fahrungsgemäß die Widerstandsfähigkeit des Gehirns herabzusetzen geeignet sind. In ersterer Beziehung sind insbesondere die Kopfverletzungen während des intrauterinen Lebens und des Geburtsvorganges zu nennen, die eine häufige Ursache von Entwicklungshemmungen und geistigen Schwächezuständen bilden.

Unter den pathologischen Momenten kommt, abgesehen von der neuropathischen Belastung und dem prädisponierenden Einfluß andauernder Gemütsbewegungen, insbesondere die Arteriosklerose infolge von chronischem Alkoholismus und Syphilis in Betracht. — Zwischen der letzteren und den Kopfverletzungen bestehen offenbar besondere ungünstige Wechselbeziehungen, indem einerseits die Syphilis für traumatische Schädigungen besonders empfänglich, andererseits das Trauma eine latente Syphilis manifest macht (STOLPER).

Krankheitsformen.

Die traumatischen Psychosen sondern wir in Anlehnung an die von SCHÜLE gegebene Einteilung nach ihrer zeitlichen Beziehung zu der Verletzung in solche, die dem Trauma unmittelbar folgen (**primäre traumatische Psychosen**) und solche, die von ihm durch einen kürzeren oder längeren Zeitraum getrennt sind (**sekundäre traumatische Psychosen**). Es handelt sich dabei indessen nicht immer um geschlossene psychotische Bilder, sondern vielfach nur um gewisse psychotische Elementarstörungen von eigenartiger Färbung.

Die unmittelbare Folge der mit Gehirnerschütterung verbundenen Kopfverletzung ist ein Zustand von Bewußtlosigkeit, der in schwereren Fällen längere Zeit andauert und mit Erbrechen und Pulsverlangsamung verbunden ist, in leichten dagegen ohne solche Begleiterscheinungen in kürzester Zeit vorübergeht.

Vielfach kommt es nach leichten Gehirnerschütterungen nur zu einer eigenartigen und höchst charakteristischen Erinnerungsstörung, die mehr oder weniger weit in die dem Unfall vorausgehende gesunde Zeit zurückgreift (retrograde Amnesie) und sich meist nach einiger Zeit (Wochen oder Monaten) wieder ausgleicht. Die Verletzten wissen nicht, in welcher Situation sie sich zurzeit des Unfalles befunden, was sie etwa am Morgen des betreffenden Tages oder längere Zeit vorher getan haben usw.

In einem Falle meiner Beobachtung, bei dem allerdings auch starker Alkoholismus bestand, hatte ein verhältnismäßig leichter Unfall sogar eine sich auf mehrere Jahrzehnte erstreckende retrograde Amnesie zur Folge.

Eine besondere Art traumatisch bedingter retrograder Amnesie beobachtet man häufig bei Individuen, die nach mißglückten Erhängungsversuchen zum Bewußtsein zurückgebracht sind. Diese Fälle haben auch zu den nachstehend besprochenen Formen insofern eine Beziehung, als mit der Wiederherstellung der Zirkulation und Respiration bei ihnen ein deliranter Zustand mit heftiger motorischer Erregung aufzutreten pflegt, der mit dem traumatischen Delirium große Ähnlichkeit besitzt. Wenn die Kranken dann nach Tagen erwachen, zeigen sie neben stark herabgesetzter Merkfähigkeit das Symptom der retrograden Amnesie meist in sehr ausgesprochener Weise.

Das eigentliche Paradigma der primären traumatischen Psychosen ist das **traumatische Delirium** (das „primäre direkt traumatische Irresein“ WILLES).

Dieses stellt sich nach schweren, mit Schädelbasisfraktur und Gehirnerschütterung einhergehenden Kopfverletzungen zu der Zeit ein, wenn die Kranken aus der Bewußtlosigkeit erwacht sind. Es kennzeichnet sich durch Benommenheit und Somnolenz, die mit Zuständen deliriöser Verwirrtheit und mehr oder weniger hochgradiger, zu Gewalttätigkeit neigender Erregung wechselt.

Die Prognose dieser Fälle ist im allgemeinen günstig. Meist werden die Kranken nach Tagen, häufiger nach Wochen allmählich wieder ruhig und klar, zeigen aber noch eine Erschwerung des Denkens, eine geschwächte Merkfähigkeit und sehr häufig auch die erwähnte retrograde Amnesie. Die begleitenden körperlichen Folgeerscheinungen des Schädelbruches (Lähmungen von Augenmuskeln, Sprachstörungen usw.) bestehen noch längere Zeit fort, gleichen sich aber in den günstig verlaufenden Fällen auch schließlich wieder aus.

Seltener geht das traumatische Delirium in einen Zustand psychischer Schwäche über. Wir haben alsdann diejenigen Fälle vor uns, die vielfach den Anlaß zur Erörterung darüber gegeben haben, ob eine echte Dementia paralytica sich lediglich auf Grund einer schweren Kopfverletzung entwickeln kann. Diese Frage ist bereits früher (s. das Kapitel „Dementia paralytica“) in dem Sinne beantwortet worden, daß man den Fällen von „traumatischer Paralyse“ gegenüber jedenfalls sehr skeptisch sein müsse. Es empfiehlt sich deshalb, lieber die nichts präjudizierende Bezeichnung Dementia post-traumatica (KÖPFEN) zu gebrauchen. Die Demenz bleibt hier mehr stationär und erreicht nicht den hohen Grad wie bei der typischen Paralyse. Es kommt zu Gedächtnisschwäche und Apathie, aber nicht zu einem Ausfall auch älterer Erinnerungsbilder, wie man das bei der typischen Paralyse beobachtet. — Auf körperlichem Gebiet gehört eine beiderseitige Pupillenstarre jedenfalls zu den großen Seltenheiten, während Pupillenträgheit öfter gefunden wird. Ebenso kommt zwar häufig eine Steigerung, aber kaum jemals eine Aufhebung der Patellarreflexe vor.

Auf dem Boden der Demenz entwickeln sich zuweilen vorübergehende Erregungs- und Verwirrheitszustände, die die Unterscheidung von der Paralyse sehr schwer machen können.

In anderen Fällen läuft zwar das Delirium ab, die Kopfverletzung hinterläßt aber **andere psychisch-nervöse Störungen**, die in ihrer Gesamtheit ein sehr charakteristisches Bild abgeben. — Vielfach überwiegen zunächst die Erscheinungen der Neurasthenie: die Kranken sind schlaff, gleichgültig, energielos, scheuen jede Bewegung und sitzen am liebsten vor sich hinbrütend da. Gleichzeitig besteht eine große Reizbarkeit, die bei geringen Anlässen zu ungezügelter Wutausbrüchen mit nachfolgender Amnesie führt. — Vielfach tritt eine auffallende Charakterveränderung ein, die Kranken kümmern sich im Gegensatz zu ihrem früheren Verhalten nicht mehr um die Interessen anderer, werden unaufrichtig und hinterlistig und zeigen auch sonst einen ausgesprochenen ethischen Defekt. — Dazu kommen eine Reihe körperlich-nervöser Störungen, die im wesentlichen dem sogenannten „**vasomotorischen Symptomenkomplex**“ FRIEDMANN's entsprechen. Es besteht ständiger oder anfallsweise auftretender Druck

oder Schmerz im Kopf, ferner eine Menge von unangenehmen Sensationen, die von den Kranken an die Stelle der Gewalteinwirkung verlegt werden. Schwindelgefühle treten besonders beim Bücken, aber auch bei anderen Bewegungen auf. Es besteht Neigung zu starkem Erröten und Erblassen und endlich Intoleranz gegen Alkohol, Strapazen, Geräusche und Gemütsbewegungen.

Während die erstgenannten Störungen, insoweit es sich dabei nicht um eine definitive Umwandlung des Charakters und der Persönlichkeit handelt, sich allmählich wieder ausgleichen, bestehen die zuletzt genannten „vasomotorischen“ Symptome im Verein mit der exzessiven Reizbarkeit in größerer oder geringerer Vollständigkeit fort. Die Kranken werden wieder bedingt arbeitsfähig, haben aber bei entsprechenden Anlässen und auch sonst viel zu leiden, sind äußerst empfindlich gegen toxische, kalorische und psychische Einflüsse, indem sie auf solche sogleich mit gesteigertem Kopfschmerz und Schwindelgefühl reagieren, sie delirieren auffallend leicht gelegentlich fieberhafter Krankheiten und zeigen nicht selten in allen diesen Erscheinungen eine ausgesprochene Periodizität. Aus dem geschilderten Verhalten ergeben sich zahlreiche Konflikte, in die die Kranken mit Behörden und Privaten kommen.

Als Beispiel diene folgender Fall: Patient angeblich nicht belastet, von mittlerer Begabung, von jeher erregbar, hat sich im 12. Jahre durch einen Sturz eine schwere Kopfverletzung (tiefe Knochendepression) zugezogen, ist danach bewußtlos gewesen. Leidet seit Jahren an Schwindelanfällen, in denen er blaß wird und sich festhalten muß, um nicht umzufallen; nach dem Anfall ist es ihm schlecht, als müßte er sich brechen; hat außerdem anfallsweise heftige Kopfschmerzen, die besonders durch Kälte und Hitze und Aufregungen ausgelöst werden, ist exzessiv erregbar. — Begeht im pathologischen Wutaffekt mehrere gemeingefährliche Handlungen gegen seine Kinder und gegen den Gerichtsvollzieher; hat nachher keine Erinnerung daran.

Die sekundär traumatischen Psychosen entwickeln sich unter Umständen erst mehrere Jahre nach der Kopfverletzung. Alsdann stellen „überleitende“ Symptome, die im wesentlichen dem soeben geschilderten posttraumatischen Symptomenkomplex entsprechen, den Zusammenhang mit dem Trauma her.

Bei diesen Psychosen handelt es sich entweder nur um rasch vorübergehende Erregungs- und Verwirrheitszustände, die ohne nähere Ursache auftreten, oder um echte Psychosen von vorzugsweise melancholischem und hypochondrischem Typus. Auch querulierende paranoische Formen kommen vor.

Eine besondere Form der Folgezustände von Kopfverletzungen stellt endlich noch die traumatische Epilepsie dar, die sich nur selten unmittelbar an die Kopfverletzung anschließt, dieser vielmehr meist erst nach Wochen, Monaten oder Jahren folgt. — Von der Läsionsstelle gehen oft motorische, sensible und sensorische Auraerscheinungen aus. Es kommt zum Auftreten von besonderen Sensibilitätsstörungen, in erster Linie Anästhesien. Die verletzte Stelle ist schmerzhaft auf Druck, die Druckempfindlichkeit kann einen so hohen Grad erreichen, daß sich Anfälle durch sie auslösen lassen. — Vielfach tritt die Epilepsie jahrelang nur in Form von Schwindelgefühlen auf und es kommt erst weiterhin zu ausgebildeten epileptischen Krämpfen. — Verhältnismäßig häufig ist die psychische Epilepsie bei den traumatischen Fällen (SIEMERLING).

Neben den geschilderten direkten Beziehungen zwischen Trauma und Geistesstörung kommen auch indirekte in Betracht, insofern das

Trauma nur die Prädisposition zur Geistesstörung schafft, die dann zu irgend einer Zeit infolge eines beliebigen Anlasses zum Ausbruch kommt, oder indem es auf eine schon bestehende Geistesstörung verschlimmernd einwirkt.

Pathologische Anatomie.

Über das anatomische Substrat und das Wesen der traumatischen Psychosen werden wir mit Bestimmtheit erst etwas aussagen können, wenn wir die feineren Vorgänge bei der Gehirnerschütterung kennen. Neuere Untersuchungen (KRONTHAL, FRIEDMANN u. a.) haben Veränderungen an den kleinen Hirngefäßen ergeben, die man zu dieser in Beziehung gebracht hat. Die Veränderungen bestanden in frühzeitiger Arteriosklerose, Erweiterung und Ausbuchtung der Kapillaren, hyaliner Entartung und Rundzelleninfiltration ihrer Wandung, Erweiterung der Gefäßcheiden und teilweiser Ausfüllung dieser mit Blutpigment und Rundzellen. Im Zusammenhang damit sind die Befunde multipler Erweichungen von Interesse, die verschiedene Autoren in den Gehirnen von tödlich auf den Kopf gestürzten Individuen erhoben haben.

Hiernach erscheint es naheliegend, das Wesen der Gehirnerschütterung und ihrer Folgen in einer akuten Ernährungsstörung der Großhirnrinde infolge gestörter Tätigkeit der Hirngefäße, und den Folgezuständen einer solchen zu sehen. — Von anderer Seite (KÖPPEN) wird mehr Wert auf die häufigen Quetschungen der Hirnsubstanz, besonders an der Basis der Stirnlappen, an der Spitze der Schläfenlappen sowie am Hinterhauptlappen, und auf entsprechende Narbenbildung gelegt, von der ausgehend plötzliche Reize auf dem Wege zirkulatorischer Störungen die Allgemeinerscheinungen hervorrufen sollen.

Die Prognose ist bei den traumatischen Delirien im allgemeinen günstig, bei den Fällen traumatischer Demenz und ebenso auch da, wo sich der oben geschilderte nervös-vasomotorische Symptomenkomplex herausgebildet hat, ungünstig. — Die nach einer Gehirnerschütterung mit oder ohne Kopfverletzung auftretenden leichteren Störungen (Bewußtlosigkeit mit folgender retrograder Amnesie) können spurlos vorübergehen oder aber eine Disposition zu geistiger Erkrankung (Epilepsie) hinterlassen, die unter Umständen erst nach Jahren zur Entwicklung kommt; diese Eventualität ist demnach immer bei der Prognose ins Auge zu fassen.

Therapeutisch könnte im speziellen Fall ein operativer Eingriff in Frage kommen.

Literatur.

- BERGMANN, Die Lehre von den Kopfverletzungen. Stuttgart 1880.
 BÜDINGER, Ein Beitrag zur Lehre von der Gehirnerschütterung. *Zeitschr. f. Chir.*, Bd. XLI.
 DINKLER, Mitteilung eines letal verlaufenden Falles von traumatischer Gehirn-
 erkrankung. *Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk.* 1895.
 FRIEDMANN, Über eine besondere schwere Form von Folgezuständen nach Gehirn-
 erschütterung und über den vasomotorischen Symptomenkomplex bei derselben
 im allgemeinen. *Arch. f. Psych.*, Bd. XXIII, 1891.
 Ders., Weiteres über dem vasomotorischen Symptomenkomplex nach Kopferschüt-
 terung. *Münch. med. Wochenschr.* 1893.
 Ders., Über einen weiteren Fall von nervösen Folgezuständen nach Gehirnerschüt-
 terung mit Sektionsbefund. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.*, Bd. XI, 1897.

- GRASHEY, Allgemeine fortschreitende Paralyse nach Trauma. Obergutachten. Ref. Monatsschr. f. Unfallheilk. 1901.
- GUDDEN, Zur Ätiologie etc. der progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung des Traumas etc. Arch. f. Psych., Bd. XXVI.
- GUDER, Die Geistesstörungen nach Kopfverletzung, Jena 1886.
- KAPLAN, Trauma und Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1898.
- KÖPPEN, Über Erkrankung des Gehirns nach Trauma. Arch. f. Psych., Bd. XXXIII.
- KRAFFT-EBING, Über die durch Gehirnerschütterung und Kopfverletzungen hervorgerufenen psychischen Krankheiten, Erlangen 1868.
- KRONTHAL u. SPERLING, Eine traumatische Neurose mit Sektionsbefund. Neurol. Zentralbl. 1889.
- MENDEL, Das Delirium hallucinatorium. Berl. klin. Wochenschr. 1894.
- NÄCKE, Dämmerzustand mit Amnesie nach leichter Gehirnerschütterung etc. Neurol. Zentralbl. 1877.
- SACHS-FREUND, Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen, Berlin 1899.
- SCHÜLLER, Psychosen nach Kopfverletzung. Diss., Leipzig 1892.
- SIEMERLING, Kasuistischer Beitrag zur forensischen Beurteilung der traumatischen Epilepsie mit konsekutiver Geistesstörung, Tübingen 1895.
- STOLPER, Die Geistesstörungen infolge von Kopfverletzungen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1897.
- Ders., Traumatische Psychose bei latenter Syphilis. Ärztl. Sachverständigenztg. No. 6, 1904.
- WAGNER, Über Trauma, Epilepsie und Geistesstörung. Jahrb. f. Psych., Bd. VIII.
- WATRASZEWSKI, Syphilis und Kopfinsulte. Arch. f. Derm. u. Syph. 1887.
- WERNER, Über die Geisteskrankheiten nach Kopfverletzungen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1902. (Dasselbst reichhaltiges Literaturverzeichnis.)
-

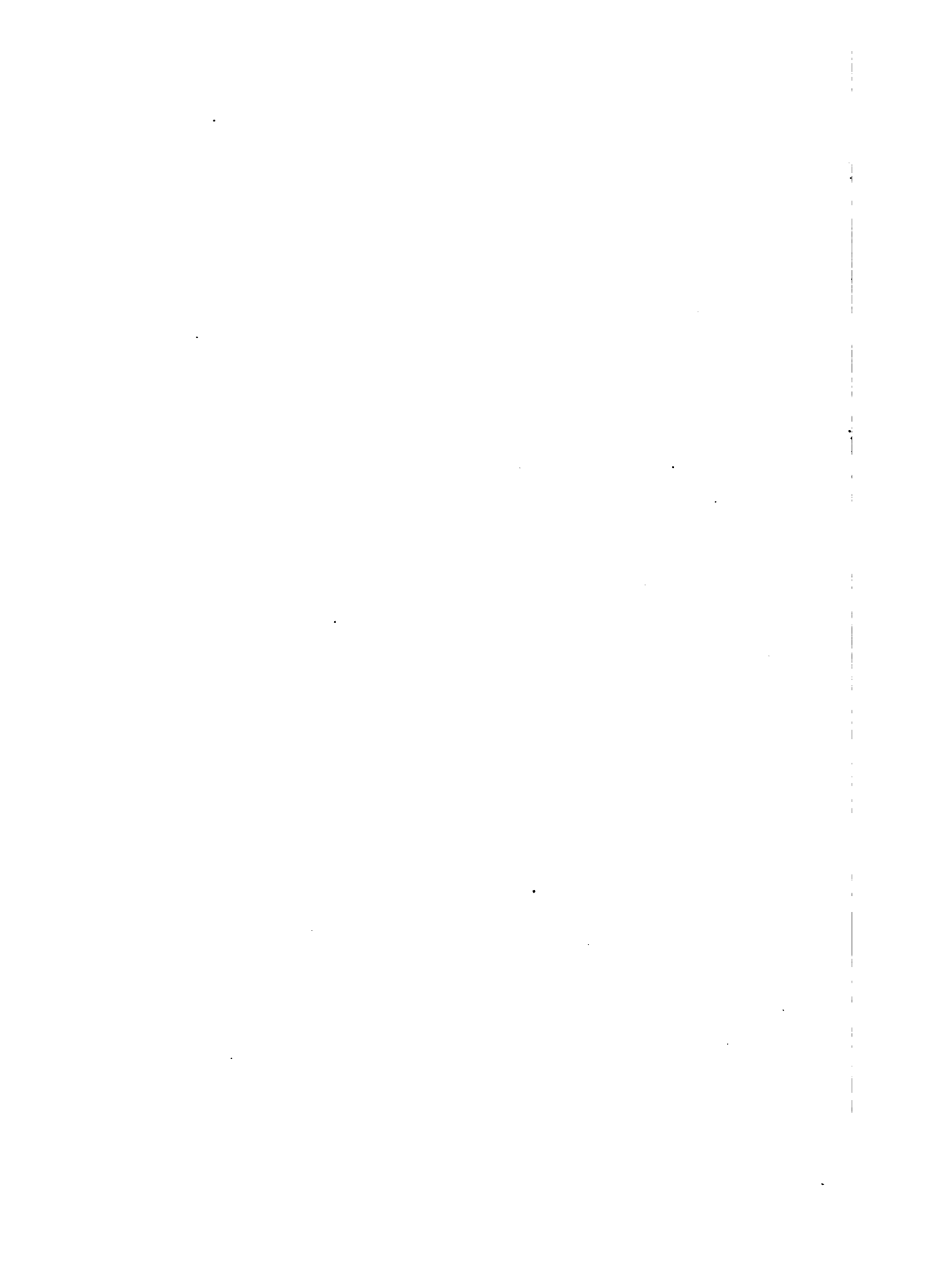
Sachregister.

- A**bulie bei Melancholie 90.
Achillessehnenreflex bei Paralyse 279.
Äquivalente, epileptische 222.
Ätiologie, allgemeine 52 ff.
Agitation, motorische 20, 46; bei der Manie 82.
Agoraphobie 118.
Akoasmen 7.
Alkohol, ätiol. 60.
Alkoholepilepsie 193.
Alkoholismus, chronischer 186.
Alkoholparalyse 192.
Alkoholpsychosen 185 ff.
Allgemeinempfindungen 4.
Alter, ätiol. 58.
Altersblödsinn 318 ff.
Amentia 171.
Amnesie 14; retrograde, anterograde, retardierte 15; nach hysterischen Dämmerzuständen 212; nach epileptischen Anfällen 218; nach epileptischen Dämmerzuständen 221.
Anästhesie 3.
Analgesie 4; psychische, bei Katatonikern 261.
Anamnese 72.
Anatomie, allgemeine pathologische der Psychosen 67 ff.; der progressiven Paralyse 293.
Anfälle, paralytische 279; epileptische 216, hysterische 206.
Angst 44; bei der Melancholie 91, 94.
Angstaffekte bei Neurasthenie 118.
Angstanfälle, epileptische 219.
Angsthandlungen 47; bei Melancholie 94.
Angstmelancholie 94.
Angstpsychose, alkoholistische 192.
Anisokorie, bei Paralyse 272.
Anstaltsbehandlung 75.
Apathie 41.
Argyll Robertsonsches Symptom 273.
Arteriosklerose, ätiol. 65; und Geistesstörungen 309 ff.
Arzneibehandlung 77.
Atropinbehandlung d. periodisch. Geistesstörungen 113.
Augenmuskellähmungen bei Paralyse 275.
Autointoxikationen, ätiol. 64.
Automatismus bei Katatonie 259.
- B**asedowsche Krankheit, Psychosen bei 199.
Beachtungswahn 133.
Beeinträchtigungswahn 134; präseniler 319.
Befehlsautomatie 259.
Belastung, erbliche 53.
Berührungsfurcht 129.
Berührungshalluzinationen 7.
Beruf, ätiol. 60.
Beschäftigung, therap. 76.
Beschmutzungsfurcht 129.
Bettbehandlung 76.
Bewegungshalluzinationen 7.
Bewegungsstereotypien 49; bei Katatonie 259.
Bewußtseinsstörungen 14.
Bewußtseinszustände alternierende 15.
Bluterkrankungen, ätiol. 65.
Brombehandlung der Epilepsie 227; der periodischen Geistesstörungen 113.
Cerebrospinalflüssigkeit, Verhalten der bei Paralyse 282.
Charakterdegeneration, epileptische 220.
Chorea gravidarum 180; puerperalis 182; Huntingtonsche (hereditaria, chronica, degenerativa) 200.
Choreapsychosen 200.
Cocainpsychosen 204.
Confabulation 18; hysterische 208; bei Imbezillität 234; bei Paralyse 286; bei seniler Demenz 321.
Cyklothymie 109.
- D**ämmerzustände 14; hysterische 211; epileptische 221.
Dauerbäder 77.
Defekte, ethische, bei Paralyse 285.
Defektheilung 70.
Deferveszenzdelirien 162.
Degeneration, erbliche 56.
Degenerationszeichen 55.
Délire du toucher 129.
Delirien 16, 158 ff.
Delirium acutum 164; tremens 188.
Dementia paranoides 148, 265 ff.; paralytica 269 ff.; praecox 248 ff.; senilis 318 ff.
Demenz, sekundäre 70; epileptische 220; postapoplektische 315.

- Depression, gemütl. 43; melancholische 90; periodische 107; agitierte 111; hebephrenische 253; katatonische 257; bei progr. Paralyse 288; senile 323.
 Diabetea, ätiol. 63.
 Diathese, harnsaure, ätiol. 63.
 Dipsomanie 51, 195.
 Druckpunkte 4.
 Dyathymie 43.
Echokinese 51.
 Echolalie 28, 51, 259.
 Echopraxie 51, 259.
 Eifersuchtswahn 145; bei Laktationspsychosen 182; der Trinker 190.
 Eigenbeziehung, krankhafte 133, 142.
 Einfälle, pathologische 25.
 Empfindung, Störungen der 3 ff.
 Encephalitis subcorticalis chronica 313.
 Entwicklungshemmungen 55.
 Epilepsie (mit Seelenstörung) 215 ff.; arteriosklerotische 312.
 Erblichkeit 53.
 Ergriffenheit 39.
 Erinnerungsfälschung 18; wahnhaft bei Dementia paranoides 265; bei Paralyse 286; bei seniler Demenz 321.
 Ernährungstherapie 77.
 Erotomanie 145.
 Erregung, tobsüchtige 46; zornmütige bei der Manie 82; katatonische 259.
 Erschöpfung, körperliche und geistige, ätiol. 64.
 Erythrophobie 28.
Facialisinnervation, Differenz der bei Paralyse 277.
 Fieberdelirien 62, 160.
 Flexibilitas cerea 48.
 Folie raisonnée 81; f. communiquée 156.
 Fragesucht 28.
 Fürsorge für entlassene Kranke 78.
 Fußklonus bei Paralyse 279.
Ganglienzellenveränderungen bei Paralyse 292.
 Gedächtnisstörungen 17.
 Gefangenschaft, ätiol. 60.
 Gefühlsleben, Störungen des 36.
 Gefühlsverarmung 41.
 Gehirnweichung s. Dementia paralytica.
 Gehirnsyphilis 326.
 Gehirnveränderungen bei Paralyse 292.
 Gehstörungen der Paralytiker 278.
 Geistesstörungen, periodische und zirkuläre 103 ff.; bei der Arteriosklerose 309; senile 318; bei Gehirnsyphilis 326; bei Hirntumoren 329; bei multipler Sklerose 331; nach Trauma 332.
 Gemütseregbarkeit, krankhafte 39.
 Gemütserschütterungen, ätiol. 66.
 Gemitalerkrankungen, ätiol. 65.
 Geschwülste des Hirns 329.
 Gicht, ätiol. 63.
 Gliaveränderungen bei Paralyse 293.
 Gravidität, ätiol. 58.
 Graviditätspsychosen 179.
 Größenwahn bei Paranoia 134, 142; bei Paralyse 287.
 Grübelsucht 28.
Hämatom der Dura bei Paralyse 292.
 Häsitieren der Paralytiker 275.
 Haltungsstereotypien 48.
 Halluzinationen 5; bei Manie 81; bei Melancholie 92; bei Paranoia 134, 143.
 Halluzinose 171.
 Handeln, Störungen des 46.
 Handlungen, impulsive der Halluzinanten 12; bei Angst, Zorn, Wahnbildung 50.
 Hebephrenie 250 ff.
 Herzkrankheiten, organische, ätiol. 65.
 Hilfsschulen für Schwachsinnige 240.
 Hirndegeneration, arteriosklerotische 313.
 Hirnsyphilis 326 ff.
 Hirntumoren 329 ff.
 Hydrocephalus bei Paralyse 292; bei Imbezillität 238; bei Idiotie 244.
 Hypästhesie 3.
 Hypalgesie 4.
 Hyperästhesie 4.
 Hyperalgesie 4.
 Hyperhedonien 4.
 Hyphedonien 4.
 Hyperprosexie 20.
 Hyperthymie 42.
 Hypochondrie 126 ff.; bei Paranoia 144; bei Paralyse 288.
 Hypomanie 81.
 Hysterie, Psychosen bei 205.
 Hystero-Epilepsie 224.
Ideen, überwertige 26.
 Ideenassoziation, Störungen der 13.
 Ideenflucht, halluzinatorische 11; primäre 20; maniakalische 80; melancholische 94.
 Idiotie 242 ff.
 Illusionen 12.
 Imbezillität 231 ff.
 Inanitionsdelirien 62, 162.
 Inkohärenz, sekundäre 21; primäre 23.
 Inkubationsdelirien 160.
 Infektion, psychische 66, 156.
 Infektionsdelirien 160.
 Infektionskrankheiten, ätiol. 61.
 Initialdelirien 160.
 Intoleranz gegen Alkohol 193; bei Epilepsie 221.
 Intoxikationen, ätiol. 60.
 Involutionsperiode, ätiol. 59.
 Irresein, zirkuläres 103; manisch-depressives 103, 109 ff.; induziertes 156; akutes halluzinatorisches 171; alkoholistisches 191; moralisches 237.
 Isolierung 76.
Jaktation, motorische 48, 50.
 Jugendirresein 250 ff.
Kachexia strumipriva 247.
 Karzinose, ätiol. 63.
 Katalepsie bei Katatonie 259.

- Katatonie 257 ff.
 Kinderpsychosen 58.
 Kleptomanie 51.
 Kniephänomen, Verhalten des bei Paralyse 278.
 Knochenbrüchigkeit 52.
 Körpergewicht, Verhalten des 51.
 Kohlenoxydvergiftung, ätiol. 61.
 Kollapsdelirien 162.
 Koprohalie 28, 51, 119.
 Korsakoffsche Psychose 197.
 Krämpfe, hysterische 206; epileptische 216; bei paralytischen Anfällen 279.
 Kretinismus 245 ff.
- L**aktation, ätiol. 58.
 Laktationspsychosen 179.
 Launenhaftigkeit 39.
 Lethargie, hysterische 213.
 Lügenhaftigkeit, pathologische 18.
- M**alaria, ätiol. 63.
 Manie 79 ff.; periodische 105; unproduktive 111.
 Manieren, katatonische 260.
 Megalomanie s. Größenwahn.
 Melancholie 90 ff.; periodische 107.
 Merkfähigkeit 16.
 Metallgifte, ätiol. 61.
 Militärpsychosen 60.
 Miosis bei Paralyse 273.
 Mischzustände, manisch-depressive 110.
 Moral insanity 237.
 Morhiumpsyosen 202.
 Mutismus 21; bei Katatonie 258; hysterischer 206.
 Mydriasis bei Paralyse 273.
 Mysophobie 129.
 Myxödem 247.
- N**achahmungsautomatie 51.
 Nährklystiere bei Nahrungsverweigerung 77, 102.
 Negativismus 48, 258.
 Nephritis, ätiol. 63.
 Nervenschwäche 114.
 Neurasthenie 114 ff.
 Neurosen, traumatische 120.
 Nymphomanie 211.
- O**piumbehandlung der Melancholie 101.
 Opium-Brombehandlung der Epilepsie 227.
 Optikusatrophie bei Paralyse 275.
 Othämatom 52, 281.
- P**aragraphie 26.
 Paralgesien 4.
 Parallellismus, psycho-physischer 3.
 Paralyse, progressive der Irren 269 ff.; expansive 287; depressive 288; katatonische Form 289; galopierende 295; jugendliche 291; weibliche 295; atypische Formen 290 ff.
 Paramimie 26.
 Paramnesie 18.
 Paranoia 132 ff.; acuta 133; chronica 139 ff.; originaria 146.
 Paraphasie 26.
- Parapraxie 49.
 Perseveration, der Vorstellungen 29; motorische 49.
 Petit mal-Anfälle 218.
 Phobien 27, 118.
 Platzangst 118.
 Prädisposition, neuro-u. psychopathische 52.
 Presbyophrenie 322.
 Primordialdelirien 35.
 Prognose, allgemeine 70.
 Pseudoflexibilitas cerea 48.
 Pseudologia phantastica 19.
 Pseudoparalyse, alkoholische 192.
 Pseudostupor 22.
 Pubertätspsychosen 59.
 Puerperalpsychosen 179.
 Pupillenstarre, reflektorische bei Paralyse 273.
 Pupillenverhalten bei Katatonie 261.
 Pyromanie 51.
- Q**uartalsäufersucht 195.
 Querulantenwahn 150 ff.
- R**aptus melancholicus 94.
 Ratlosigkeit 24.
 Rausch, pathologischer 193.
 Reflexhalluzination 6.
 Remissionen bei Paralyse 289.
 Rhachitis, ätiol. 63.
- S**äuferdelirium 188.
 Säuferkachexie 187.
 Schilddrüsenerkrankung, ätiol. 64, 245.
 Schlafanfalle, hysterische 213.
 Schlafmittel, bei Neurasthenie 125.
 Schluckbeschwerden bei Paralyse 277.
 Schlundsondenfütterung 77, 102.
 Schnauzkrampf der Katatoniker 259.
 Schreckneurose 120.
 Schriftstörungen bei Paralyse 276.
 Schriftverwirrtheit der Katatoniker 260.
 Schwachsinn 230 ff.; moralischer 237; s. Demenz und Dementia.
 Schwäche, reizbare 114, 116.
 Schwächezustände, geistige 230 ff.
 Schwindel, epileptischer 219.
 Selbstmord bei der Melancholie 94, 100.
 Sexualgefühle, krankhafte Perversionen der 40.
 Silbenstolpern, bei Paralyse 275.
 Sittlichkeitsverbrechen bei seniler Demenz 321.
 Sklerose, multiple 331.
 Somnambulismus, hysterischer 212.
 Spätheilung 71.
 Sprachstörungen bei Paralyse 275.
 Sprachverwirrtheit 49, 260.
 Status praesens 72.
 Status epilepticus 218.
 Stereotypien 48, 49; katatonische 259.
 Stigmata, hysterische 206.
 Stupor, halluzinatorischer 11; primärer 21; sekundärer 22; motorischer 46; melancholischer 93; zirkulärer 110; manischer 111; katatonischer 258.
 Syphilis, ätiol. 62; und Paralyse 296.

- Taboparalyse** 291.
Therapie, allgemeine 74 ff.
Tobsucht, bei der Manie 82.
Trauma, ätiol. 61; **Psychosen bei** 332 ff.
Triebhandlungen 50.
Tuberkulose, ätiol. 63.
- Unfallsneurosen** 120.
Unorientiertheit 24.
- Verbigeration** 21; **katatonische** 260.
Verfolgungswahn 134, 142; **hysterischer** 210; **präseniler** 319; **seniler** 323.
Vergiftungen, ätiol. 60.
Verlaufsarten der Psychosen 69.
Verrücktheit 132 ff.; **hysterische** 209.
Versündigungsideen bei der Melancholie 91.
Verstimmung, reizbare 39; **heitere** 42, 79; **traurige** 43, 90; **epileptische** 221.
Verwirrtheit, halluzinatorische 11; **primäre** 26; **maniakalische** 82; **akute halluzinatorische** 171; **senile** 323.
- Visionen** 6.
Vorbeireden 212; **bei Katatonie** 260.
Vorstellungsbildung, Störungen der 13; **bei der Manie** 79.
- Wandertrieb** 50.
Wahnbildung, primäre 29; **sekundäre** 35; **bei der Manie** 81; **bei Melancholie** 91; **bei Paranoia** 132 ff.
Wahnvorstellungen, überwertige 27.
Winterkuren, bei Neurasthenie 125.
Wochenbett, ätiol. 58.
Wortsalat 49.
- Zähneknirschen der Paralytiker** 277.
Zitterschrift der Paralytiker 276.
Zornaffekt 39; **der Epileptiker** 220.
Zungenzittern bei Paralyse 277.
Zwangsdanken 27, 119.
Zwangsgreden 28, 119.
Zwangsvorstellungen 27, 118.
Zweifelsucht 119.
Zwergwuchs bei Idiotie 246.



LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below.

--	--	--

