

# Psychiatrie : ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte / von Dr. Emil Kraepelin,...

Kraepelin, Emil. Psychiatrie : ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte / von Dr. Emil Kraepelin,.... 1889.

1/ Les contenus accessibles sur le site Gallica sont pour la plupart des reproductions numériques d'oeuvres tombées dans le domaine public provenant des collections de la BnF. Leur réutilisation s'inscrit dans le cadre de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 :

\*La réutilisation non commerciale de ces contenus est libre et gratuite dans le respect de la législation en vigueur et notamment du maintien de la mention de source.

\*La réutilisation commerciale de ces contenus est payante et fait l'objet d'une licence. Est entendue par réutilisation commerciale la revente de contenus sous forme de produits élaborés ou de fourniture de service.

Cliquer [ici](#) pour accéder aux tarifs et à la licence

2/ Les contenus de Gallica sont la propriété de la BnF au sens de l'article L.2112-1 du code général de la propriété des personnes publiques.

3/ Quelques contenus sont soumis à un régime de réutilisation particulier. Il s'agit :

\*des reproductions de documents protégés par un droit d'auteur appartenant à un tiers. Ces documents ne peuvent être réutilisés, sauf dans le cadre de la copie privée, sans l'autorisation préalable du titulaire des droits.

\*des reproductions de documents conservés dans les bibliothèques ou autres institutions partenaires. Ceux-ci sont signalés par la mention Source gallica.BnF.fr / Bibliothèque municipale de ... (ou autre partenaire). L'utilisateur est invité à s'informer auprès de ces bibliothèques de leurs conditions de réutilisation.

4/ Gallica constitue une base de données, dont la BnF est le producteur, protégée au sens des articles L341-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle.

5/ Les présentes conditions d'utilisation des contenus de Gallica sont régies par la loi française. En cas de réutilisation prévue dans un autre pays, il appartient à chaque utilisateur de vérifier la conformité de son projet avec le droit de ce pays.

6/ L'utilisateur s'engage à respecter les présentes conditions d'utilisation ainsi que la législation en vigueur, notamment en matière de propriété intellectuelle. En cas de non respect de ces dispositions, il est notamment passible d'une amende prévue par la loi du 17 juillet 1978.

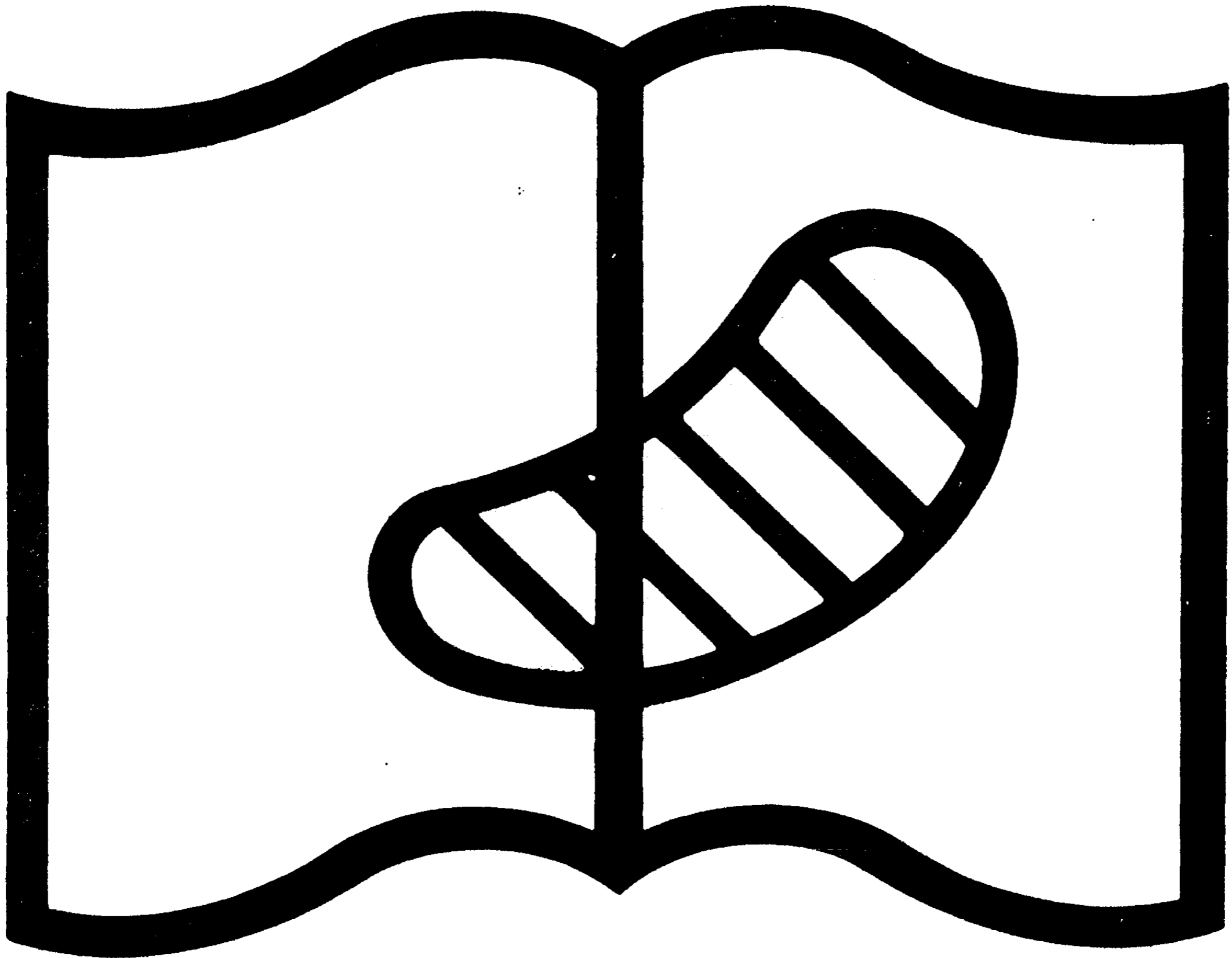
7/ Pour obtenir un document de Gallica en haute définition, contacter [reutilisation@bnf.fr](mailto:reutilisation@bnf.fr).

**Kraepelin E.**

***Psychiatrie. Ein lehrbuch für  
studirente und aerzte.  
(Psychiatrie. Un traité à l'usage  
des étudiants et des médecins)***

**A. Ambr**

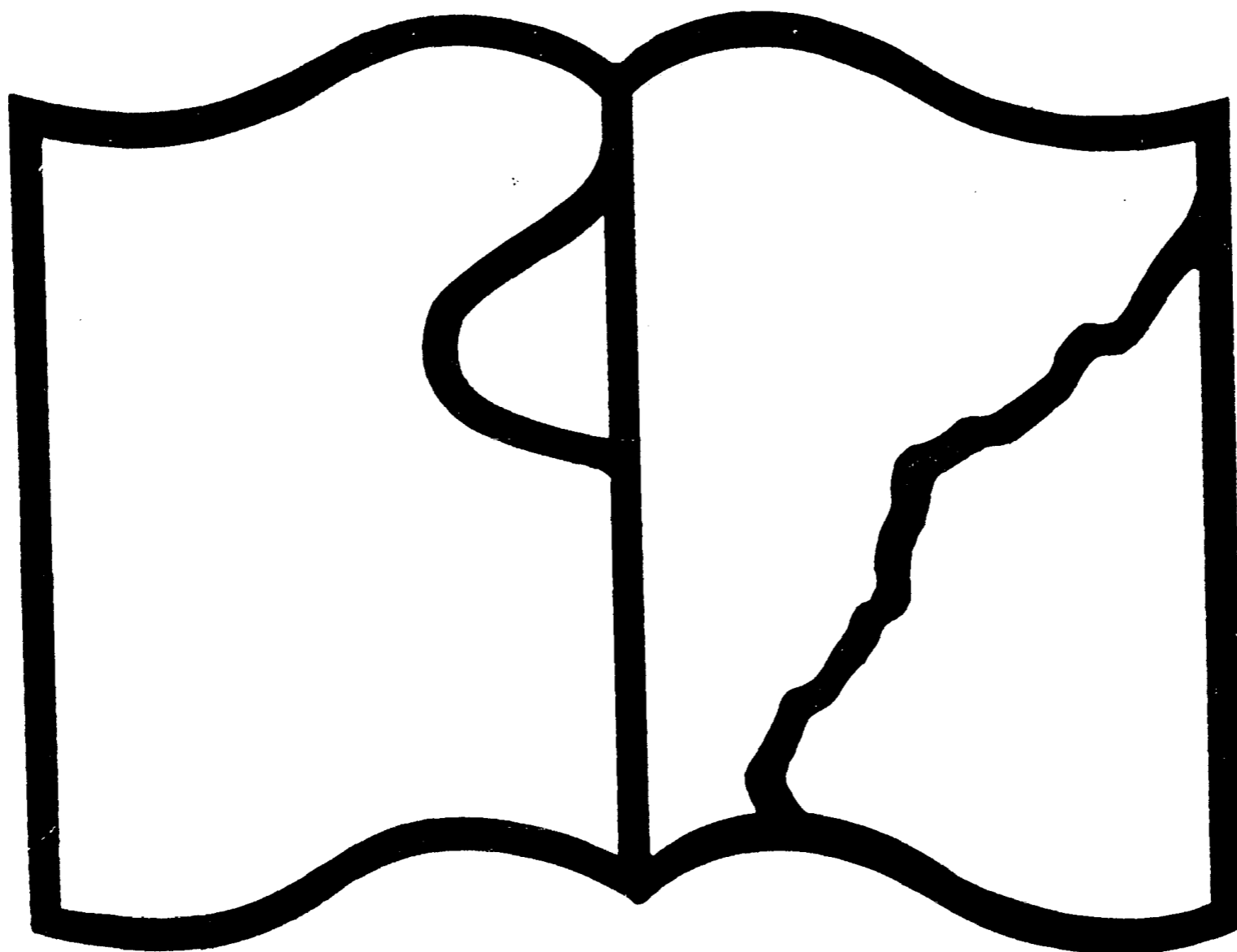
**Leipzig 1889**



Symbole applicable  
pour tout, ou partie  
des documents microfilmés

Original illisible

**NF Z 43-120-10**



Symbole applicable  
pour tout, ou partie  
des documents microfilmés

Texte détérioré — reliure défectueuse

**NF Z 43-120-11**

1555

501-55

**BIBLIOTHEQUE Henri EY**  
Tél. : 889-91-80

**CENTRE HOSPITALIER  
SAINTE-ANNE**

1, Rue Cabanis - 75014 PARIS

11-65 501-65

# PSYCHIATRIE.

Ein kurzes Lehrbuch

für

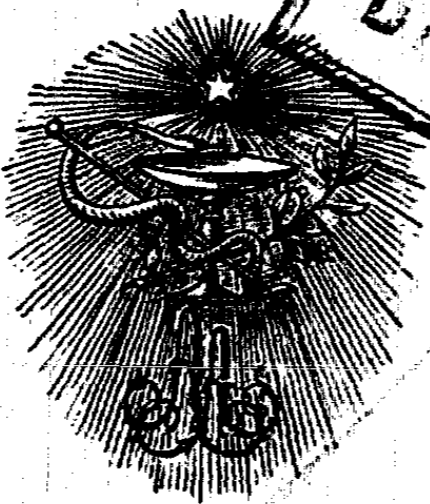
Studirende und Aerzte

von

**Dr. Emil Kraepelin,**

Professor in Dorpat.

Dritte, vielfach umgearbeitete Auflage.



Leipzig,

Verlag von Ambr. Abel.

1889.

ALLIÉE CLINIQUE (Sain)  
BIBLIOTHÈQUE MED.

**Uebersetzungsrecht vorbehalten.**

**Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.**



## Vorwort zur dritten Auflage.

Trotz der völligen Umgestaltung, welche das vorliegende Buch in seiner zweiten Auflage erfahren musste, hat sich auch dieses Mal an vielen Punkten eine Neubearbeitung desselben als nothwendig herausgestellt. Der wesentliche Grund dafür liegt in dem Mangel eines allgemein anerkannten klinischen Systems, der den Verfasser eines Lehrbuchs mehr, als erwünscht, dazu zwingt, nach eigenem Ermessen die widerstrebenden Einzelfälle in selbstgeschaffene Kategorien einzuzwängen. Dass unter solchen Umständen neue Erfahrungen und Ueberlegungen die bisher vom klinischen Studium am wenigsten berührten Gebiete der Psychiatrie am eingreifendsten verändern müssen, mag man namentlich aus den Abschnitten über die hallucinatorische Verwirrtheit und über den Wahnsinn ersehen. In der Gruppierung der einzelnen Symptomencomplexe sind neben den Schwierigkeiten einer scharfen Trennung ineinanderfließender Formen gewisse leitende Gesichtspunkte consequenter, als bisher, zum Ausdrucke gebracht worden.

Im allgemeinen Theile dürfte der erste Abschnitt, wie das Kapitel über Medicamente die auffälligsten Veränderungen darbieten; bei der Krankenuntersuchung habe ich die ersten Ansätze zu einer exacteren Feststellung des psychischen Status praesens wenigstens in den allergrößten Umrissen zu skizziren gesucht. Ungeachtet dieser und vielfacher anderer Erweiterungen ist es mir zu meiner lebhaften Genugthuung gelungen, eine erheblichere Vermehrung des Gesamtumfanges zu vermeiden.

Dorpat, (16.) 28. Mai 1889.

**E. Kraepelin.**



# Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Einleitung . . . . .	1
<b>Die allgemeine Pathologie und Therapie des Irreseins.</b>	
<b>I. Allgemeine Aetiologie . . . . .</b>	<b>5</b>
<b>A. Aeussere Ursachen . . . . .</b>	<b>6</b>
1. Körperliche Ursachen . . . . .	6
Hirnkrankheiten — Nervenkrankheiten — Allgemeine Erkrankungen — Vergiftungen — Organerkrankungen — Gravidität, Wo- chenbett und Lactation.	
2. Psychische Ursachen . . . . .	39
„Contagion“ — Affecte — Gefangenschaft — Krieg — Ueberanstrengung	
<b>B. Innere Ursachen (Prädisposition) . . . . .</b>	<b>47</b>
1. Allgemeine Prädisposition . . . . .	48
Lebensalter — Geschlecht — Race und Na- tionalität — Cultur — Beruf — Civilstand — Politische, religiöse Bewegungen — Kos- mische Einflüsse.	
2. Individuelle Prädisposition . . . . .	60
Erblichkeit — Entwicklungsstörungen — Er- ziehung — Grundlage der Prädisposition.	
<b>II. Allgemeine Symptomatologie . . . . .</b>	<b>69</b>
<b>A. Störungen des Wahrnehmungsvorganges . . . . .</b>	<b>70</b>
Sinnestäuschungen — Bewusstseinstrübungen — Störungen der activen Apperception.	
<b>B. Störungen der intellectuellen Operationen . . . . .</b>	<b>92</b>
Störungen der Reproduction (Erinnerungslosig- keit, Gedächtnisschwäche, Erinnerungsfälsch- ungen) — Störungen in der Bildung der Vor- stellungen und Begriffe (Erschwerung und Er- leichterung der Associationen) — Störungen im Ablaufe der Vorstellungen (Verlangsamung und Beschleunigung des Vorstellungsverlaufes, Zwangsvorstellungen, Ideenflucht) — Störungen des Urtheils und der Schlussbildung (Wahnideen) — Störungen des Selbstbewusstseins.	
<b>C. Störungen des Gefühlslebens . . . . .</b>	<b>124</b>

	Seite
Störungen in der Intensität der Gefühle (allgemeine und partielle Abnahme, Steigerung derselben) — Qualitative Gefühlsstörungen (psychische Hyperalgesie, Angst; Euphorie, Ekstase).	
D. Störungen des Handelns . . . . .	134
Herabsetzung u. Steigerung der Willensimpulse — Zwangsbewegungen, Zwangshandlungen — Krankhafte Triebe (conträre Sexualempfindung, Perversitäten des Geschlechtstriebes, „Monomanien“) — Handlungen in Folge von Wahnideen u. Gefühlsstörungen — Beziehungen z. Rechtspflege.	
III. Verlauf, Ausgänge u. Dauer des Irreseins	148
A. Verlauf des Irreseins . . . . .	148
Krankhafte Prozesse und Zustände — Beginn der Erkrankung — Höhe der Erkrankung — Reconvalescenz.	
B. Ausgänge des Irreseins . . . . .	155
Heilung — Unvollständige Heilung — Unheilbarkeit — Tod.	
C. Dauer des Irreseins . . . . .	164
IV. Allgemeine Diagnostik . . . . .	166
A. Untersuchungsmethoden . . . . .	166
Anamnese — Status praesens (somatisch, psychisch) — Beobachtung — Autopsie.	
B. Kriterien des Irreseins . . . . .	183
C. Simulation und Dissimulation . . . . .	189
V. Allgemeine Therapie . . . . .	192
A. Prophylaxis . . . . .	192
B. Somatische Behandlung . . . . .	195
Medicamente (Opium, Morphinum, Codein, Escholtzia californica, Hyoscin, Hyoscyamin, Haschisch, Cannabin, Cannabinon, Cocain, Kawaharz, Extractum Piscidiae, Boldin, Chloralhydrat, Paraldehyd, Amylenhydrat, Sulfonal, Urethan, Hypnon, Methylal, Alkohol, Chloroform, Aether, Bromäthyl, Bromsalze, Amylnitrit, Digitalis, Cytisin, Cornutin) — Blutentziehungen, Derivantien — Physikalische Heilmethoden (Hydrotherapie, Elektrotherapie, Massage) — Diätetische Massregeln (Ernährung, Mastcur, Bettruhe, Isolirung, mechanische Beschränkung).	
C. Psychische Behandlung . . . . .	214
Beruhigung — Ablenkung — Directe psychische Einwirkung — Hypnose.	
D. Behandlung einzelner Symptome . . . . .	220
Psychische Erregung — Schlaflosigkeit — Selbstmordneigung — Zerstörungstrieb — Unreinlichkeit — Masturbation — Nahrungsverweigerung.	
E. Die Irrenanstalt . . . . .	227

	Seite
<b>Die specielle Pathologie und Therapie des Irreseins.</b>	
Die Classification der Psychosen . . . . .	235
I. Die Delirien . . . . .	241
A. Das Fieberdelirium . . . . .	241
B. Das Intoxikationsdelirium . . . . .	245
C. Das Delirium transitorium . . . . .	248
D. Das Delirium acutum . . . . .	251
II. Die acuten Erschöpfungszustände . . . . .	254
A. Das Collapsdelirium . . . . .	254
B. Die hallucinatorische Verwirrtheit . . . . .	256
C. Die asthenische Verwirrtheit . . . . .	260
D. Die Dementia acuta . . . . .	263
III. Die Manie . . . . .	268
IV. Die Melancholie . . . . .	282
A. Melancholia simplex . . . . .	282
B. Melancholia activa . . . . .	297
C. Melancholia attonita . . . . .	304
V. Der Wahnsinn . . . . .	310
A. Der hallucinatorische Wahnsinn . . . . .	311
B. Der depressive Wahnsinn . . . . .	320
C. Der expansive Wahnsinn . . . . .	327
D. Der katatonische Wahnsinn . . . . .	331
VI. Das periodische und circuläre Irresein . . . . .	337
A. Die periodischen Psychosen . . . . .	337
Periodische Manie — Periodische Melancholie	
— Periodischer Wahnsinn.	
B. Das circuläre Irresein . . . . .	350
VII. Die Verrücktheit . . . . .	360
A. Depressive Formen . . . . .	363
Der hallucinatorische Verfolgungswahn (Physi-	
kalischer Verfolgungswahn, Besessenheitswahn,	
katatonische Verrücktheit) — Der combina-	
torische Verfolgungswahn (Sexueller Verfolg-	
ungswahn, Eifersuchtswahn) — Die hypochon-	
drische Verrücktheit — Der Querulantenwahn.	
B. Expansive Formen . . . . .	386
Der hallucinatorische Grössenwahn — Der	
combinatorische Grössenwahn (Religiöse Ver-	
rücktheit, Erotische Verrücktheit) — Die ori-	
ginäre Verrücktheit.	
VIII. Die allgemeinen Neurosen . . . . .	407
A. Das neurasthenische Irresein . . . . .	407
Erworbene (erethische und torpide) Formen	
(Hypochondrie) — Angeborene Formen (Me-	
lancholische folie raisonnante, Zwangsvorstell-	
ungen, Zwangsbefürchtungen, Zwangsimpulse)	
— Traumatische Neurose.	

	Seite
B. Das hysterische Irresein . . . . .	428
Hysterischer Charakter — Hypochondrie — Dämmerzustände — Hysterische Verrücktheit.	
C. Das epileptische Irresein . . . . .	443
Epileptischer Schwachsinn — Prae- und post- epileptisches Irresein — Psychische Epilepsie (Nachtwandeln, epileptischer Stupor, räsonni- rendes Delirium).	
IX. Die chronischen Intoxikationen . . . . .	456
A. Der Alkoholismus . . . . .	456
Alkoholischer Schwachsinn — Delirium tre- mens potatorum — Hallucinatorische Verwirrt- heit, Hallucinatorischer Wahnsinn — Dipso- manie — Eifersuchtswahn der Trinker — Alkoholparalyse.	
B. Der Morphinismus . . . . .	474
Charakterveränderung — Abstinenzsymptome — Curmethoden.	
C. Cocainismus . . . . .	485
X. Die Dementia paralytica . . . . .	488
Psychische Symptome — Nervöse Symptome — Demente Form (ascendirende Paralyse, weibliche Paralyse) — Depressive Form (hypochondrische Paralyse) — Expansive Form (circuläre Paralyse) — Agitirte Form (galoppirende Paralyse).	
XI. Die erworbenen Schwächezustände . . . . .	535
A. Die Dementia senilis . . . . .	535
B. Der Schwachsinn bei organischen Hirnerkrank- ungen . . . . .	541
Diffuse Hirnerkrankungen (Gliose, Sklerose) — Localisirte Hirnerkrankungen (Geschwülste, Blutungen, Embolien).	
C. Die secundären Schwächezustände . . . . .	546
Secundäre Verrücktheit (Verwirrtheit) — Se- cundärer Schwachsinn und Blödsinn (agitirter und apathischer Blödsinn).	
XII. Die psychischen Entwicklungsanomalien . . . . .	552
A. Die Idiotie . . . . .	552
Anergetische und erethische Formen.	
B. Der Cretinismus . . . . .	561
C. Der angeborene Schwachsinn . . . . .	562
Anergetische und erethische Formen — Mo- ralisches Irresein — Impulsives Irresein.	
D. Die conträre Sexualempfindung . . . . .	574

## Einleitung.

Psychiatrie ist die Lehre von den psychischen Krankheiten und deren Behandlung. Sie gehört dem Kreise der ärztlichen Wissenschaften an und bedient sich wie diese letzteren bei ihren Untersuchungen der Hilfsmittel und Methoden naturwissenschaftlicher Forschung. Allein die Psychiatrie erhält gegenüber den anderen ärztlichen Disciplinen eine besondere Stellung durch den Umstand, dass das Object ihres Studiums zum grossen Theile einem durchaus eigenartigen Gebiete der Lebenserscheinungen angehört, dem Gebiete der sog. psychischen Vorgänge. Psychische Vorgänge, Vorstellungen, Gemüthsbewegungen, Willenserregungen spielen sich als solche einzig in der inneren Erfahrung des einzelnen Individuums ab; sie sind der objectiven Beobachtung nicht direct, sondern nur insoweit zugänglich, als man aus gewissen äusseren Veränderungen, der Sprache, den Geberden, den Handlungen, auf ihr Vontattengehen schliessen kann. Dieser eigenthümliche Gegensatz zwischen innerer und äusserer Erfahrung, zwischen der Wahrnehmung von Zuständen des eigenen Innern und von Veränderungen in der Aussenwelt, ist es, welcher zu einer principiellen Abgrenzung der psychischen von den physischen Erscheinungen geführt hat. Auf ihn stützt sich die landläufige, dualistische Hypothese einer selbständigen, immateriellen, vom Körperlichen loslösbaren Seele.

Es kann nicht zweifelhaft sein, dass gerade diese Betrachtungsweise einer wissenschaftlichen Entwicklung der Psychiatrie ausserordentlich hindernd im Wege gestanden

hat, da sie das Forschungsobject derselben aus dem Bereiche der Erfahrungswissenschaften in denjenigen der Speculation verpflanzte. Während schon die Aerzte des Alterthums durch die ruhige Beobachtung auf den nahen Zusammenhang zwischen körperlichen (insbesondere Gehirn-) Erkrankungen mit dem Irresein aufmerksam geworden waren, ging diese Erkenntniss bis in die neuere und neueste Zeit hinein fast gänzlich in einer religiös-aber gläubischen Auffassung der Geistesstörungen unter. Erst gegen das Ende des 18. Jahrhunderts vermochte die Medicin sich des verlorenen Forschungsgebietes erfolgreich wieder zu bemächtigen. Lange Kämpfe zwischen einseitig psychologischen und sogar moralistischen Anschauungen einerseits, extrem somatischen Begründungen des Irreseins andererseits, führten schliesslich in den letzten -Decennien unter dem Einflusse der mächtigen Fortschritte in der Medicin zu einer „physiologischen“ Auffassung der psychischen Functionen und Functionsstörungen. Nach ihr steht das Seelenleben, das man bis dahin meist als die Aeusserungen eines selbständigen Wesens betrachtet hatte, in engster physiologischer Abhängigkeit von gewissen körperlichen Vorgängen. Die psychischen Erscheinungen sind nichts als „Functionen“ des Gehirns; psychische Störungen sind diffuse Erkrankungen der Hirnrinde. Die Psychiatrie ist demnach nur ein besonders entwickelter Zweig der Nervenpathologie, ihre Aufgabe die Pathologie der Hirnrinde, eine möglichst genaue Kenntniss aller jener krankhaften Veränderungen in Form und Verrichtung, welche die einzelnen Bestandtheile derselben unter irgend welchen Einflüssen erleiden.

Allein es kann nicht energisch genug ausgesprochen werden, dass die Erreichung dieses in neuester Zeit vielfach aufgestellten Ideales der Erkenntniss zwar von unschätzbarem wissenschaftlichen Werthe, aber durchaus nicht im Stande sein würde, uns wirklich eine Lehre von den Geistesstörungen zu liefern. Dies wäre nur dann der Fall, wenn das Gehirn die Vorstellungen, Gefühle u. s. w. wirklich in ähnlicher Weise absonderte, wie „die Niere den Harn“, wenn somit eine exacte Kenntniss der Hirnmechanik ohne Weiteres auch das Verständniss der psychischen Vorgänge



in sich schliessen würde. Niemand wird jedoch bestreiten wollen, dass wir eine durchaus vollständige Anschauung von den feinsten molecularen Processen im Gehirn haben könnten, ohne darum auch nur zu ahnen, dass wir es in ihm mit dem Organe des Seelenlebens zu thun haben. Der innere Zusammenhang zwischen cerebralen und psychischen Functionen ist uns bisher physiologisch absolut unverständlich; wir wissen in Wahrheit nur dieses Einzige, dass er überhaupt existirt und dass er allem Anscheine nach ein gesetzmässiger ist. Aus dieser unabweisbaren Ueberlegung ergiebt sich mit Nothwendigkeit die Forderung, das psychiatrische Forschungsgebiet von zwei verschiedenen Seiten her in Angriff zu nehmen, indem man einmal die körperlichen Grundlagen des krankhaften Seelenlebens, dann aber die Erscheinungen dieses letzteren selbst mit den Hilfsmitteln und Methoden der Erfahrungswissenschaften zu studiren sucht. Nur auf diesem Wege, durch die innige Verknüpfung der Hirnpathologie mit der „Psychopathologie“, kann es gelingen, die Gesetze der Wechselbeziehungen zwischen somatischen und psychischen Störungen aufzufinden und somit zu einem wirklichen, tieferen Verständnisse der Erscheinungen des Irreseins vorzudringen.

---

#### Lehrbücher der Psychiatrie.

- W. Griesinger, Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 4. Auflage. 1876.  
H. Schüle, Klinische Psychiatrie (v. Ziemssen's Handbuch der Pathologie und Therapie, XVI). 3. Auflage. 1886.  
H. Emminghaus, Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in das Studium der Geistesstörungen. 1878.  
R. v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Auflage. 1888.  
J. Weiss, Compendium der Psychiatrie. 2. Auflage. 1888.  
R. Arndt, Lehrbuch der Psychiatrie. 1883.  
H. Neumann, Leitfaden der Psychiatrie für Mediciner und Juristen. 1883.  
Th. Meynert, Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns. Erste Hälfte. 1884.  
J. L. A. Koch, Kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie. 1888.

Aus der neueren französischen Literatur wären hier etwa noch die grösseren Werke von Dagonet (1876), Luys (1881), Ball (1880—83), Voisin (1883), aus der englischen diejenigen von Maudsley (deutsch von Böhm, 1870), Hammond (1883), Clouston (1887), Savage (deutsch von Knecht, 1887), aus der amerikanischen dasjenige von Spitzka (1883) und aus der russischen dasjenige von Kowalewski (1887) zu erwähnen.

---

# Die allgemeine Pathologie und Therapie des Irreseins.

## I. Allgemeine Aetiologie.

Für die vollständige Erkenntniss des Vorganges der psychischen Erkrankung ist das Studium von drei verschiedenen Factoren nothwendig, nämlich der äusseren Ursachen, welche denselben veranlassen, des inneren Zustandes der Persönlichkeit, auf welche dieselben einwirken, und endlich der Erscheinungen, welche sich als das nothwendige Product aus dem Zusammenwirken jener ersten beiden Momente herausentwickeln.

Der zunächst vorliegende Stoff würde sich demnach in drei Hauptabschnitte gliedern lassen, von denen der erste die äusseren Veranlassungen, der zweite die inneren Ursachen und der dritte die Erscheinungen des Irreseins umfasste. Aus praktischen Gründen indessen pflegt man zumeist die beiden erstgenannten Gebiete als allgemeine Aetiologie zusammenzufassen und dieselbe dem dritten, der allgemeinen Symptomatologie der Geistesstörungen, gegenüberzustellen.

Das gegenseitige Verhältniss der äusseren zu den inneren Ursachen ist bei dem Zustandekommen der psychischen Störungen ein ausserordentlich wechselndes, so zwar, dass sie einander gewissermassen ergänzen. Je weniger ein Individuum zu Geisteskrankheiten veranlagt ist, um so stärker muss der Reiz sein, der sein psychisches Gleichgewicht erschüttert, und umgekehrt giebt es Psychosen, die

sich schon, unter dem Einflusse der kleinen Reize des täglichen Lebens entwickeln, weil die Widerstandsfähigkeit des Individuums zu gering ist, um selbst diese ohne tiefere krankhafte Störung ertragen zu können.

### A. Aeussere Ursachen.

Die grosse Klasse der äusseren Ursachen des Irreseins pflegt man weiter in die beiden Gruppen der somatischen und der psychischen Ursachen auseinander zu trennen. Natürlich hat eine derartige Scheidung keine tiefere theoretische, sondern lediglich classificatorische Bedeutung, da nach den überall festzuhaltenden Grundanschauungen jeder Alteration der psychischen Erscheinungen durchaus eine Störung im Ablaufe der körperlichen Functionen parallel gehen muss.

#### 1. Körperliche Ursachen.

**Hirnkrankheiten.** Unter den somatischen Ursachen sind die nächstliegenden jene Störungen, die unmittelbar das Centralorgan unseres Bewusstseins, die Hirnrinde, betreffen.\*) Genau genommen müssen wir sogar sagen, dass sie die einzigen wirklichen Ursachen sind, da höchst wahrscheinlich die nächste Grundlage aller Formen des Irreseins ohne Ausnahme in krankhaften Vorgängen oder Zuständen der Rinde des Grosshirns zu suchen ist. Von einer eingehenden Kenntniss jener feineren Hirnpathologie sind wir freilich heute noch so weit entfernt, dass diese letztere vor der Hand mehr ein Postulat, als eine wissenschaftliche Thatsache genannt werden muss. Unter den uns bisher bekannten Cerebralerkrankungen verlaufen jedoch in der That zumeist diejenigen mit psychischen Erscheinungen, welche entweder gerade in der Rinde localisirt sind, oder welche doch durch Erhöhung des Hirndruckes, Alterationen

---

\*) Nothnagel, Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten. 1879. Wernicke, Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. 1881. Gowers, Vorlesungen über die Diagnostik der Gehirnkrankheiten, deutsch v. Mommsen. 1886.

der Circulation u. dergl. die Rinde in Mitleidenschaft ziehen. Es kommt indessen vor, dass selbst directe Rindenerkrankungen, namentlich wenn sie sich langsam entwickeln, die psychischen Functionen, wenigstens anscheinend, völlig intact lassen. Zur Erklärung derartiger Thatsachen ist einmal die so vielfach bestätigte Möglichkeit eines weitgehenden vicariirenden Eintretens gesunder Rindenpartien für erkrankte, dann aber der Umstand in Erwägung zu ziehen, dass eine leichte Verminderung der psychischen Leistungsfähigkeit, besonders wo sie sich ganz allmählich einstellt, mit unseren heutigen unvollkommenen Methoden überaus schwer aufzufinden und exact zu bestimmen ist.

Die Wirkungsweise aller krankhaften Hirnzustände auf das Centralorgan unseres Bewusstseins ist im Allgemeinen eine dreifache. Entweder handelt es sich um Reizung oder um Lähmung, oder endlich um die Hervorbringung einer dauernden eigenthümlichen Zustandsveränderung, die zwischen Reizung und Lähmung gewissermassen in der Mitte steht und als reizbare Schwäche bezeichnet werden kann. Als eine der einfachsten Ursachen functioneller Reizung darf die fluxionäre Hyperämie gelten, wie sie bei den verschiedensten Anlässen sich zu entwickeln vermag, unter denen das Fieber, die Wärmebestrahlung des Kopfes, gewisse Gemüthsbewegungen, manche Herzfehler und Anomalien der Gefässinnervation vielleicht die wichtigsten sind. Die unter solchen Verhältnissen beobachteten psychischen Reizungserscheinungen werden daher zum Theil gewiss auf die active Hyperämie des Schädelinhaltes zu beziehen sein, ebenso die ersten Symptome einiger schwereren Erkrankungen des Hirns und seiner Häute, welche erfahrungsgemäss mit vermehrtem Blutreichthum in der Rinde einhergehen, namentlich die verschiedenen Formen der Meningitis an der Convexität. Ausgiebigere Reizerscheinungen können ferner ausgelöst werden durch den localen Druck acut entstehender Exsudate, Blutungen (eitrige Meningitis, Pachymeningitis interna hämorrhagica, Rindenapoplexien), rasch wachsender Geschwülste, sowie endlich durch diejenigen Gifte, welche direct die centrale Nervensubstanz modificirend beeinflussen.

Die psychischen Symptome, welche derartigen Reizeinwirkungen entsprechen, sind im Allgemeinen Unruhe, Schlaflosigkeit, in den höheren Graden Delirien, Ideenflucht, Sinnestäuschungen, Angstzustände oder Exaltation, Jactation, heftige motorische Erregung. Neben diesen allgemeinen psychischen Erscheinungen gehen dann die nervösen Störungen des motorischen und sensorischen Gebietes einher, welche speciell von dem Sitze und der Art der Reizursache abhängig sind und daher in erster Linie für die somatische Diagnose Verwerthung finden.

Alle jene Ursachen, die eine erheblichere acute oder chronische Beeinträchtigung der Hirnernährung herbeizuführen im Stande sind, vermögen auf das Centralorgan unseres Bewusstseins eine lähmende Wirkung auszuüben. Der einfachste Fall ist hier durch das Abschneiden der Blutzufuhr, durch die acute Hirnanämie, repräsentirt. In grösserem Umfange und mit dem raschen Erfolge völliger Bewusstlosigkeit wird dieselbe hervorgerufen durch das Experiment beiderseitiger Carotidencompression; von anderweitigen Ursachen sind namentlich Herzschwäche, grosse Blutverluste und diejenigen Affecte (Schreck) zu nennen, welche mit einem plötzlichen Krampfe der Arterien des Kopfes einhergehen. Wie es scheint, sind hierher auch die unmittelbaren Wirkungen der sog. *Commotio cerebri* zu rechnen. Functionell gleichwerthig mit der Anämie sind Stauungen, z. B. in Folge von chronischen Hyperämien (Feuerarbeiter) oder von Herzfehlern, da auch sie die mangelhafte Zufuhr leistungsfähigen Blutes bedeuten, und ebenso alle jene chemischen Veränderungen der Ernährungsflüssigkeit, welche dieselbe zur Erfüllung ihrer Aufgabe mehr oder weniger untauglich machen. Sehr wichtige Ursachen schwerer Ernährungsstörungen des Gehirns sind endlich alle erheblicheren allgemeinen Drucksteigerungen in der Schädelkapsel durch Volumszunahme ihres Inhalts.

Wie wir durch Grashey's Untersuchungen wissen, führt jede Erhöhung des intracraniellen Druckes über ein bestimmtes individuelles Mass hinaus sehr rasch zur Entstehung von Gefässschwingungen mit erheblicher Verlang-

samung der Circulationsgeschwindigkeit und deren Folgezuständen (Stauungen, Oedeme). Die grössere oder geringere Leichtigkeit, mit welcher eine derartige Drucksteigerung im concreten Falle zu Stande kommt, hängt wesentlich ab von der Ausbildung, welche die Abflussbahnen der Cerebrospinalflüssigkeit besitzen. Vermag diese letztere bei einer Volumsvermehrung des Schädelinhaltes rasch nach allen Richtungen hin auszuweichen, so bleibt der intracranielle Druck unverändert, und die Circulation erleidet keine Störung. Sind aber die compensatorischen Einrichtungen mangelhaft entwickelt, so genügt schon eine mässige Zunahme des Schädelinhaltes, um das Auftreten von Gefässschwingungen zu veranlassen und damit das erste Stadium einer schweren Ernährungsstörung einzuleiten. Vielleicht verdient gerade nach dieser Richtung die neuerdings von Thoma festgestellte Thatsache besondere Beachtung, dass von sämtlichen Gefässen des Körpers das Gebiet der Carotis interna bei weitem am meisten zur Erkrankung an Arteriosklerose disponirt ist. Relativ günstig liegen bei einer Zunahme des Schädelinhaltes die Verhältnisse dann, wenn dieselbe langsam, chronisch verläuft, so dass die Abflussbahnen sich bis zu einem gewissen Grade den wachsenden Anforderungen anzupassen vermögen. Hier kann die lähmende Wirkung auf das Centralorgan des Bewusstseins relativ lange hintangehalten werden: jede acute Volumsvermehrung des Schädelinhaltes dagegen hat unausbleiblich die rasche Erstickung der Hirnrinde zur Folge. Partielle derartige Ernährungsstörungen werden durch die Vorgänge der Embolie und Thrombose bedingt; ob hier eine Lähmung der psychischen Functionen eintritt, hängt ebenso, wie bei den localen Druckwirkungen kleinerer Geschwülste (z. B. Cysticerken), von der Ausdehnung und vielleicht von dem Sitze der Störung ab. Endlich müssen natürlich auch alle pathologischen Processe, die eine umschriebene oder diffuse Structurveränderung oder Zerstörung in der Hirnrinde erzeugen, mit einer mehr oder weniger ausgedehnten Functionsbeeinträchtigung derselben einhergehen.

Das psychische Symptom einer acuten allgemeinen Lähmung der Hirnrinde ist eine rasch eintretende abso-

lute Bewusstlosigkeit, die entweder direct in den Tod übergeht oder nach einiger Zeit wieder schwindet, wenn die Wirkung der anämisirenden Ursache abnimmt. Ganz anders gestalten sich die psychischen Erscheinungen bei langsamer Entwicklung der Rindenlähmung. Abgesehen von den Reizsymptomen, die in solchen Fällen vielfach aufzutreten pflegen, macht sich allmählich eine Abnahme der psychischen Leistungen geltend, Unfähigkeit zu intellectueller Erfassung und Verarbeitung äusserer Eindrücke, Gedächtnisschwäche, Ideenarmuth und Verlangsamung des Vorstellungsverlaufes, Kritiklosigkeit, in höheren Graden direct Schlafsucht, traumartige Benommenheit, Blödsinn, ferner gemüthliche Torpidität, Theilnahmlosigkeit oder weinerliches, verdriessliches Wesen bis zur absoluten Apathie. Der gleiche Symptomencomplex kann sich natürlich auch im Anschlusse an eine acute Hirnlähmung, ein Trauma (Eisenbahnunglück), eine Apoplexie u. dergl., entwickeln, wenn sich die momentane Störung ausgeglichen hat und eine chronisch wirkende Krankheitsursache zurückgeblieben ist. Zumeist vollzieht sich indessen die Ausbildung der psychischen Erscheinungen nicht einfach in der hier angegebenen Weise, sondern das Krankheitsbild setzt sich in den verschiedenartigsten Formen aus den Symptomen der Reizung und der Lähmung zusammen; es wird ausserdem noch complicirt durch die mannigfachen nervösen Störungen, die ebenfalls der Reizung oder Lähmung dieser oder jener Hirnpartien ihre Entstehung verdanken und in ihrer besonderen Zusammensetzung als Anhaltspunkte für eine Localdiagnose der Erkrankung zu dienen vermögen. Ihre genauere Schilderung gehört dem Gebiete der Hirnpathologie im engeren Sinne an.

Als die dritte Art von psychischen Veränderungen, die durch Hirnerkrankungen bedingt werden kann, hatten wir die Erzeugung eines chronischen Zustandes erhöhter psychischer Reizbarkeit bezeichnet. Diese Störung pflegt sich vor Allem im Anschlusse an traumatische Einwirkungen\*) zu entwickeln. Sie charakterisirt sich durch eine raschere geistige Erschöpfbarkeit und geringere

---

\*) Guder, Die Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. 1886.



Widerstandsfähigkeit gegen gemüthliche Einflüsse, wie gegen anderweitige das Hirn treffende Schädlichkeiten (Alkohol). In einer Reihe von Fällen ist dieser Zustand nur das erste Symptom tieferer, fortschreitender organischer Hirnerkrankungen, die sich unter dem Einflusse etwa eines Traumas allmählich entwickeln und in ihrem weiteren Verlaufe dann andersartige psychische Krankheitsbilder erzeugen. Am häufigsten sind unter solchen Umständen progressiver Blödsinn mit Lähmungssymptomen, häufig wiederkehrende Aufregungszustände mit Hirncongestionem oder epileptisches Irresein, namentlich psychisch-epileptische Anfälle. Andererseits aber kann auch jener Zustand erhöhter Reizbarkeit lange Zeit hindurch stationär (functionell) bleiben, bis etwa irgend ein mehr zufälliger Anlass auf Grund der durch sie repräsentirten Prädisposition eine acute, selbständige psychische Erkrankung zur Entwicklung gelangen lässt.

Die regelmässige Verbindung gröberer und ausgedehnterer Läsionen der Hirnrinde mit greifbaren psychischen Anomalien legt im Hinblick auf die neuerdings so sehr in den Vordergrund des Interesses gerückten Localisationsuntersuchungen die Frage nahe, wie weit wir etwa jetzt schon im Stande sind, aus bestimmten psychischen Symptomen allein Rückschlüsse auf den Sitz der ihnen zu Grunde liegenden Ernährungsstörung in der Hirnrinde zu ziehen. Die principielle Möglichkeit einer derartigen topischen Diagnostik kann bei dem heutigen Stande der Localisationsfrage nicht wol mehr in Zweifel gezogen werden, ja es liegen sowol klinische wie experimentelle, wenn auch nur sehr vereinzelte Thatsachen vor, welche Perspektiven nach der angedeuteten Richtung hin zu eröffnen scheinen. Dahin gehören in erster Linie gewisse Beobachtungen über Paraphasie, welche es gestatten, Störungen in der Verknüpfung von Begriffen mit den zugehörigen sprachlichen Symbolen auf Verletzungen in der Gegend der linken dritten Stirnwindung zu beziehen und vielleicht auch für die Localisation der vielfachen paraphasischen Störungen bei Irren ohne gröbere Hirnerkrankungen fruchtbar gemacht werden können. Weiterhin legen es die von Charcot und Wilbrand mitgetheilten Fälle von Verlust der optischen Phantasiebilder im Zusammen-

halte mit vielfachen Erfahrungen an operirten Thieren nahe, die Ursache analoger Störungen bei verschiedenen Formen acuter und chronischer Psychosen in der Hinterhauptsrinde zu suchen. Endlich hat bekanntlich Goltz die interessante Beobachtung gemacht, dass Verlust der vorderen Rindengebiete bei Hunden neben anderen Anomalien grosse Reizbarkeit und directionslose Unruhe erzeugt, während Exstirpation der Hinterhauptsflappen im Gegentheil Trägheit und Apathie selbst bei vorher bösartigen Thieren zur Folge hat. Auch diese Ergebnisse würden sich etwa mit den bekannten klinischen Erscheinungen agitirter und apathischer Schwachsinnformen einigermaßen in Parallele setzen lassen.

Selbstverständlich indessen sind alle diese Analogien, so lange wir nur sehr grobe Veränderungen des feinen cerebralen Mechanismus pathologisch-anatomisch zu erkennen vermögen, mit grosser Vorsicht zu verwerthen. Denkbar wäre es wol, dass uns etwa eine eingehende Erkenntniss mikrochemischer Reactionen, wie das vielleicht die räthselhafte Launenhaftigkeit der Golgi'schen Färbungsmethode andeutet, dereinst auch feinere Structur- und Functionsverschiedenheiten des centralen Nervengewebes kennen lehrt und uns so eine massgebende Prüfung der oben ausgesprochenen Vermuthungen ermöglicht. Man wird jedoch kaum erwarten dürfen, auf Grund von psychischen Symptomen jemals zu einer so genauen Localdiagnose zu gelangen, wie das schon jetzt vielfach an der Hand isolirter nervöser Reizungs- oder Ausfallserscheinungen (Krämpfe, Lähmungen, Gesichtsfelddefecte) möglich ist. Abgesehen von dem bisher fast völligen Mangel verwerthbarer Methoden zur exacten Bestimmung subtilerer psychischer Störungen, scheinen mir Gründe der allergewichtigsten Art mit Entschiedenheit dafür zu sprechen, dass alle höheren psychischen Vorgänge, die Bildung und Verknüpfung von Vorstellungen, die Entstehung von Gefühlen und Willensentschlüssen, regelmässig mit Erregung umfangreicherer Gebiete des nervösen Centralorgans einhergehen. So sehr daher auch an sich die Uebertragung der sinnreichen Unterscheidung zwischen Herd- und Allgemeinsymptomen aus der Hirnpathologie im engeren Sinne auf die Psychopathologie zu wünschen wäre, so steht doch

leider zu befürchten, dass die Anwendbarkeit derselben hier nur eine sehr beschränkte wird sein können.

**Nervenkrankheiten.** Weniger unmittelbar, als bei den directen Erkrankungen des Schädelinhaltes, gestaltet sich der Causalzusammenhang mit psychischen Störungen bei denjenigen Affectionen, denen als nächster Angriffspunkt andere Theile des Nervensystems dienen. So kommen bei Tabes, abgesehen von der Combination mit progressiver Paralyse, in einzelnen Fällen psychische Alterationen depressiven Charakters (hallucinatorischer Wahnsinn, hypochondrische Verrücktheit) zur Beobachtung, welche auf gleichzeitige feinere Anomalien in der Hirnernährung (Gefässerkrankungen?) schliessen lassen. Wahrscheinlich auf vasomotorische Störungen zurückzuführen sind die leichteren und (seltener) schwereren psychischen Veränderungen, welche beim Morbus Basedowii zur Beobachtung kommen und sich als erhöhte Reizbarkeit, besonders auf dem Gebiete des Gefühlslebens, Stimmungswechsel, auch Gedächtnisschwäche, in höheren Graden als ausgeprägtere tobsüchtige oder melancholische Aufregungszustände darstellen. Die Herzpalpitationen, der Exophthalmus und vielleicht auch die Struma lassen hier auf die Existenz von Kreislaufsanomalien im Carotisgebiete schliessen, für welche wir wol noch einmal ein genaueres Verständniss zu gewinnen hoffen dürfen.

Durch die Annahme reflectorischer Circulationsstörungen in Folge von heftigen Reizungen peripherer Nervengebiete hat man zum Theil jene Fälle psychischer Erkrankung zu erklären versucht, welche sich bisweilen an schwere Operationen oder Nervenverletzungen anschliessen und unter dem Namen des Delirium traumaticum zusammengefasst worden sind. Allein es handelt sich hier zumeist wol um alkoholische, in anderen Fällen um septicaemische oder auch um Erschöpfungsdelirien, deren Eintreten gelegentlich noch durch hohes Alter oder psychopathische Prädisposition begünstigt wird. Dagegen sind vereinzelte Beobachtungen bekannt, in denen anscheinend durch die permanente Zerrung von Nerven, welche in Narben eingeeilt waren (meist Quintusäste), chronisch verlaufende psychische Störungen hervorgerufen wurden (Reflexpsychosen). Dieselben bestanden

in einer gewissen dauernden Benommenheit mit zeitweiligen Anfällen gewaltthätiger Aufregung, auch Sinnestäuschungen, die bisweilen durch Druck auf die schmerzhaft Narbe ausgelöst werden konnten. Nur dort, wo dann die Excision dieser letzteren zur Heilung führt, ist natürlich die Annahme eines wirklichen Causalzusammenhanges zwischen ihr und der Psychose statthaft.

Derartige Beobachtungen erinnern sehr an die bekannten ätiologischen Beziehungen der Epilepsie zu peripheren Nervenreizungen. Es scheint, dass es sich hier nicht selten auch um eine directe irritirende Wirkung des Schmerzes auf das Gehirn handelt. Schüle ist sogar so weit gegangen\*), periphere, chronisch wirkende Reizmomente zur Erklärung des grössten Theiles aller psychischen Störungen heranzuziehen. Der bedeutende Einfluss, den schon geringe peinigende Unbequemlichkeiten auf die allgemeine Stimmung ausüben können (Reizbarkeit, Verdriesslichkeit), ist ja aus der täglichen Erfahrung bekannt; andererseits aber darf als sicher angesehen werden, dass wirkliche Psychosen in Folge von peripherer Nervenreizung zumeist nur bei solchen Individuen zur Entwicklung gelangen, die bereits sehr zu psychischer Erkrankung disponirt sind.

Eine sehr grosse ätiologische Bedeutung wird gewöhnlich jenen allgemeineren Erkrankungen des Nervensystems zugeschrieben, die man als Neurosen bezeichnet. In der That pflegen dieselben ganz gewöhnlich mit leichteren psychischen Störungen einherzugehen, ja sie verknüpfen sich sogar häufig genug mit schweren und schwersten Formen psychischer Alienation. Allein es ist gewiss zutreffender, die verschiedenartigen bei ihnen beobachteten Geistesstörungen nicht sowol als die Folge der Neurosen, sondern vielmehr als die Wirkungen einer und derselben centralen Ursache aufzufassen, welche auch jenen zu Grunde liegt. Bei der Chorea\*\*) sieht man hauptsächlich erhöhte psychische Reizbarkeit, kindisches, launenhaftes Wesen, raschen Stimmungswechsel, Schlaflosigkeit, in schwereren Fällen

\*) Schüle, *Dysphrenia neuralgica*. 1867.

\*\*) Köppen, *Archiv für Psychiatrie*, XX, 3.

verwirrte Aufregungszustände vom Charakter der acuten Demenz oder auch wirkliche Manien, bei der Tetanie habe ich vorübergehende deliriöse Zustände mit Sinnestäuschungen beobachtet. Die Epilepsie endlich und die Hysterie führen nicht nur regelmässig zu mehr oder weniger ausgeprägten degenerativen Charakterveränderungen, sondern sie bilden auch die Grundlage für eine ganze Reihe verschiedenartiger, mehr episodischer psychischer Störungen, welche im speciellen Theile eingehendere Besprechung finden werden.

**Allgemeine Erkrankungen.** Der solidarische Zusammenhang aller Theile des Organismus macht es leicht erklärlich, dass ausser den am Nervensystem unmittelbar und allein angreifenden Schädlichkeiten auch eine ganze Reihe sonstiger Erkrankungen durch ihre allgemeinen und indirecten Wirkungen mehr oder weniger intensiv das Centralorgan unseres Bewusstseins in Mitleidenschaft ziehen und somit Störungen der psychischen Functionen herbeiführen können. Am leichtesten verständlich ist dieser Zusammenhang bei den acuten Infectionskrankheiten\*) mit ihren rasch hereinbrechenden, gewaltigen Umwälzungen der gesamten Lebensvorgänge. Das gemeinsame, wirkende Element bei der ganzen Reihe derselben ist das organisirte Gift, welches bald direct das centrale Nervensystem beeinflusst, bald durch Erzeugung allgemeinerer Störungen (Fieber), oder durch Vermittelung gewisser Organerkrankungen Ernährungsanomalien in der Hirnrinde hervorbringt. Im Einzelnen gestaltet sich natürlich dieser Zusammenhang ausserordentlich verschieden, je nach dem besonderen Charakter des Krankheitsgiftes und der Art seiner Localisation im Organismus. Am wichtigsten sind von diesen Krankheiten für die Pathogenese psychischer Störungen Typhus, acuter Gelenkrheumatismus, Pneumonie, acute Exantheme, Kopfrosee, Wechselfieber und Cholera.

Eine directe giftige Wirkung der betreffenden Krankheitsgifte auf das Gehirn ist einigermassen sicher bisher nur für den Typhus, die Pocken und das Wechselfieber, weil nur bei ihnen unzweifelhafte Beobachtungen psychischer

---

\*) Kraepelin, Archiv für Psychiatrie, Bd. XI u. XII.

Alienation während des fieberlosen oder doch sehr gering fieberhaften Verlaufes (im Prodromalstadium) vorliegen, bevor andere Ursachen haben zur Entwicklung gelangen können. Beim Gelenkrheumatismus kommt aber, wenn auch selten, eine Localisation des Giftes in den Hirnhäuten vor, die dann natürlich ebenfalls psychische Reizungs- und Lähmungsercheinungen hervorruft. Ein weiteres wirksames Moment bei dem Zustandekommen des Irreseins in acuten Infectionskrankheiten ist sicherlich das Fieber, einmal durch die Steigerung der Temperatur, dann aber durch die Circulationsbeschleunigung in der Schädelhöhle. Fast regelmässig sieht man daher auch die „Delirien“ dem Gange des Fiebers parallel gehen, ein Verhalten, welches sich namentlich deutlich bei dem typischen Verlaufe der Typhuscurve herauszustellen pflegt, allerdings vielleicht auch auf toxische Einflüsse bezogen werden kann. Ausserdem aber spielt in der Aetiologie der Delirien nicht selten der Zustand des Circulationsapparates, vielleicht auch der Lungen, eine sehr wichtige Rolle, da wir jene ersteren nicht nur relativ häufig bei complicirenden Herzerkrankungen (Gelenkrheumatismus), sondern bei den verschiedensten Formen der Herzinsufficienz, sogar neben kaum febrilen Temperaturen auftreten sehen (Septicaemie). Wie viel gerade bei den so leicht delirirenden Säufern auf die Herzschwäche und die Gefässerkrankungen, wieviel auf die toxische Praedisposition des Gehirns zurückzuführen ist, lässt sich schwer sagen; wahrscheinlich ist das Verhältniss in den einzelnen Fällen ein sehr verschiedenes, wie sich auch klinisch alle Uebergangsformen vom typischen Delirium tremens bis zum gewöhnlichen Fieberdelirium hier beobachten lassen.

Das Symptomenbild der Fieberdelirien setzt sich im Allgemeinen aus den Erscheinungen der Hirnreizung und der Lähmung zusammen, die sich in der verschiedenartigsten Weise mit einander combiniren können und in den schwersten Graden der Störung, bei denen wol immer tiefgreifende Circulationshemmungen, Stauungen, Oedeme sich entwickeln, endlich in völlige Functionslähmung der Hirnrinde, in koma-töse und soporöse Zustände übergehen.

Der Wirkungsweise einiger der genannten Infections-

krankheiten in mancher Beziehung analog ist diejenige der Lyssa, insofern es sich auch hier wol um eine directe Vergiftung der nervösen Centralorgane handelt. Emminghaus\*) führt für das Prodromalstadium die Symptome depressiver Verstimmung und Aengstlichkeit an; auf der Höhe der Erkrankung wechseln die Erscheinungen höchster psychischer Erregung, furibunde Delirien, Sinnestäuschungen, Gewaltacte, mit vorübergehender völliger Klarheit des Bewusstseins ab, bis endlich mit dem Eintritte psychischer Lähmung im paralytischen Stadium die Scene abschliesst.

Wesentlich anders, als bei den Fieberdelirien, gestaltet sich wahrscheinlich der Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung bei jenen ziemlich häufigen Geistesstörungen, welche sich nicht auf der Höhe, sondern nach dem Ab-laufe acuter Infectionskrankheiten entwickeln. Allerdings könnte man auch hier in manchen Fällen an mehr mittelbare Giftwirkungen der infectiösen Krankheitsursache denken, etwa analog den neuritischen Erkrankungen, welche sich an Pocken, Typhus und namentlich an Diphtherie bisweilen anschliessen. Allein einmal sind diese Psychosen gerade nach Diphtherie verhältnissmässig selten, und andererseits zeigen sie zumeist in ihrem klinischen Verlaufe eine so grosse Aehnlichkeit mit den durch nicht infectiöse erschöpfende Einflüsse verursachten Formen des Irreseins, dass wir genöthigt werden, auch hier der durch schwere und andauernde Fieberzustände, vielfach auch durch verschiedenartige Complicationen bedingten Erschöpfung des gesammten Organismus die ätiologische Hauptrolle zuzuschreiben. Dies gilt besonders für Typhus und Gelenkrheumatismus. Auf der andern Seite sehen wir, namentlich bei der Pneumonie, aber auch nach acuten Exanthemen, Erysipel, schweren Anginen die psychische Störung sich unmittelbar an einen plötzlichen Abfall der Körperwärme und der Pulsfrequenz anschliessen. Endlich giebt es dann noch eine Anzahl von Fällen im Gefolge des Typhus, der Variola, der Intermittens bei denen es sich offenbar um dauernde organische Ver-

---

\*) Archiv der Heilkunde XV, p. 239; Allg. Zeitschr. für Psychiatrie XXXI, 5.

änderungen in der Hirnrinde handelt, die wir doch wohl als Residuen der durch die infectiöse Krankheitsursache bewirkten Ernährungsstörungen im Centralnervensystem aufzufassen haben. Abgesehen von diesen schwersten Formen, kommt übrigens der psychopathischen Veranlagung bei der Entstehung der Erschöpfungspsychosen eine weit grössere Bedeutung zu, als bei den Fieberdelirien. Offenbar sind die Erkrankungsursachen im letzteren Falle viel mächtigere; sie überwältigen ohne viel Unterschied auch ein kräftiges Nervensystem, während dort vorzugsweise nur die weniger widerstandsfähigen Organisationen den schwächenden Einflüssen unterliegen.

Bis zu einem gewissen Grade spiegelt sich dieser Unterschied der ätiologischen Bedingungen auch in dem klinischen Bilde der Erschöpfungspsychosen wieder. Während die Fieberdelirien in der Hauptsache überall den gleichen Complex von Erscheinungen erkennen lassen, sehen wir hier, wo der individuelle Factor stärker hervortritt, eine ganze Reihe verschiedenartiger und selbständiger sich entwickelnder Krankheitsformen zur Ausbildung gelangen. Dies gilt natürlich nicht für die mit organischen Veränderungen (Infiltration der Rinde, Degeneration der Ganglienzellen, Pigmentembolien) einhergehenden Psychosen, welche einfach eine mehr oder weniger ausgesprochene allgemeine Abnahme der psychischen Leistungen, den Symptomencomplex des Schwachsinn bis zum tiefsten apathischen Blödsinn darbieten. Die meist sehr trübe Prognose ist hier natürlich an die Möglichkeit oder Unmöglichkeit einer Rückbildung der bestehenden pathologischen Gewebsveränderungen geknüpft.

Wo die krankmachende Ursache in Form von plötzlichem, kritischem Sinken der Temperatur und der Pulsfrequenz sehr acut hereinbricht, entstehen unvermittelt rasch verlaufende Collapsdelirien mit Sinnestäuschungen, völliger Verwirrtheit, Ideenflucht und Aufregungszuständen. In anderen Fällen verschwinden die Fieberdelirien mit dem Eintritte der Reconvalescenz nicht, sondern spinnen sich, wenn auch in veränderter Form, noch einige Zeit hindurch fort. Viel häufiger aber kommt die Psychose erst in den ersten Tagen oder Wochen nach dem Ablaufe der Erkrankung,



oft unter dem Einflusse mehr zufälliger Reize (Gemüths-  
bewegungen), zum Ausbruche, um nun bald die Form der  
acuten Demenz, der asthenischen Verwirrtheit, bald die-  
jenige maniakalischer oder melancholischer Zustände anzu-  
nehmen; seltener, und wol zumeist auf Grund psycho-  
pathischer Veranlagung, beobachtet man auch hallucina-  
torischen oder depressiven Wahnsinn. Der Zusammenhang  
der psychischen Störung mit der acuten Krankheit ist  
bei der zuletzt genannten Gruppe nicht nur innerlich,  
sondern häufig auch zeitlich viel lockerer, als bei den  
früheren. Zuweilen beginnt die Psychose bei dem wenig  
widerstandsfähigen Reconvalescenten erst Wochen oder gar  
Monate nach dem Ablaufe der hier eigentlich nur noch  
praedisponirenden Erkrankung, ja wir wissen, dass, nament-  
lich nach Typhus, unter Umständen selbst Jahre lang eine  
reizbare Schwäche zurückbleiben kann, welche den günstigen  
Boden für die Entwicklung späterer Geistesstörungen bildet.

In ähnlicher Weise, wie bei diesen letzterwähnten  
Formen, dürfte sich die Entstehungsweise derjenigen Psy-  
chosen gestalten, welche wir im Anschlusse an gewisse chro-  
nische und die allgemeine Ernährung schwer be-  
einträchtigende somatische Erkrankungen beobach-  
ten. Es muss dabei vorerst dahingestellt bleiben, ob als  
die pathologische Grundlage solcher Geisteskrankheiten nur  
functionelle, oder aber, wenigstens in den schwereren Fällen,  
nicht auch anatomische Veränderungen in der Hirnrinde  
angesehen werden dürfen. Wenn die acute Anämie gewöhn-  
lich sehr rasch zur Lähmung des Centralorganes unseres  
Bewusstseins führt, so pflegt die langsam entstandene Er-  
nährungsinsufficienz, wie sie durch wiederholte Blut-  
verluste oder chronische Inanition, schwere Krank-  
heiten (Diabetes) bedingt werden kann, zunächst eine  
Erhöhung der nervösen und psychischen Erregbarkeit, eine  
geringere Widerstandsfähigkeit gegenüber den kleinen und  
grossen Schädlichkeiten und Reizen des Lebens in ihrem  
Gefolge zu haben. Damit ist dann eine schwerwiegende  
Prädisposition zur Entstehung verschiedenartiger psychi-  
scher Störungen gegeben. Namentlich Melancholie und noch  
häufiger Wahnsinnsformen entwickeln sich leicht auf solcher

Grundlage; bei schweren Krebskachexien habe ich diese letzteren auffallend oft beobachtet.

Wesentlich nach denselben Gesichtspunkten muss zum Theil wol die ätiologische Bedeutung mancher chronischen Infectionskrankheiten beurtheilt werden; auch hier sind ja zumeist die Bedingungen zur Entstehung von Inanitionszuständen verwirklicht. So kann sich bei der Tuberculose die alltäglich beobachtete Euphorie und erhöhte sexuelle Reizbarkeit psychisch sonst ganz Gesunder bisweilen zu sehr grellem Contraste mit dem körperlichen Zustande, zum Auftreten leicht maniakalischer Erregung mit deliriösen, verwirrten Grössenideen, heiterer Verstimmung, Unternehmungslust ausbilden, welche völlige Analogie mit gewissen Formen der Erschöpfungspsychosen nach starken Blutverlusten, im Puerperium u. s. f. darbietet. In anderen Fällen von Geistesstörung bei Phthise sehen wir den Alkoholismus eine wesentliche ätiologische Rolle spielen, und endlich können natürlich hie und da auch meningitische Processe den psychischen (und nervösen) Reizerscheinungen zu Grunde liegen.

Während demnach bei der Tuberculose dem specifischen Krankheitsgifte jedenfalls nur eine untergeordnete Bedeutung für die Entstehung von Geistesstörungen zukommt, tritt bei der Syphilis\*) dieses letztere Moment durchaus in den Vordergrund, da wir es hier fast überall mit greifbaren, auf die Infection als solche zurückführenden pathologischen Veränderungen im Centralnervensystem zu thun haben. In Folge dessen sind auch die syphilitischen Geistesstörungen regelmässig von mannigfaltigen nervösen Symptomen begleitet, deren verschiedenartige Combination im Einzelnen häufig überhaupt erst die specielle Diagnose ermöglicht, wo die psychischen Symptome zu unbestimmt sind, um eine Abgrenzung von anderen, nicht luetischen Erkrankungen zu gestatten. Dass nach dieser Richtung besonders die Störungen der Augenmuskelnerven Beachtung verdienen, ist hinlänglich bekannt. Von psychischen Krankheitsbildern kann man nach Heubner's eingehender Schilderung haupt-

---

\*) Heubner, v. Ziemssen's Handbuch. Bd. XI, 1; Rumpf, Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. 1887.

sächlich drei unterscheiden, die sogar an differente pathologische Prozesse sich zu knüpfen scheinen. Die erste Form, häufig auf der Reizwirkung gummöser Neubildungen an der Convexität der Hirnrinde beruhend, zeigt anfangs mässige Verstimmung und Gereiztheit bis zu depressiven oder expansiven Aufregungszuständen, im weiteren Verlaufe Abnahme der Intelligenz, Gedächtnisschwäche, Langsamkeit des Denkens, Oberflächlichkeit und Veränderlichkeit der Affecte, daneben aphasische Störungen und epileptische Insulte, die gewöhnlich auch den ganzen Symptomencomplex einleiten. In der zweiten Gruppe von Fällen handelt es sich um eine Erkrankung namentlich der basalen Hirnarterien, die zur Verengerung und schliesslich gänzlichen Obliteration ihres Lumens führt. Hier wird das Krankheitsbild durch apoplektische Zufälle mit einfachem Schwachsinn und länger dauernden Lähmungen beherrscht, ein Zeichen häufiger Verstopfung von Endarterien in den Stammganglien. Der gleiche Vorgang in der Rinde dagegen erzeugt wegen der hier gebotenen Möglichkeit collateralen Ausgleiches derartiger Störungen nur eigenthümliche rauschartige Zustände halber Bewusstlosigkeit mit Neigung zu unmotivirter, triebartiger Geschäftigkeit und halbverkehrten Handlungen. Endlich ist noch eine Reihe von Beobachtungen bekannt, in denen das Krankheitsbild durchaus die klinischen Züge der später ausführlicher zu schildernden *Dementia paralytica* darbietet. Es ist indessen sehr zweifelhaft, ob wir es bei dieser dritten Form überhaupt mit einer specifisch luetischen Erkrankung zu thun haben; wahrscheinlich kommt der Syphilis hier nur eine prädisponirende Bedeutung zu.

In weit beschränkterem Masse, als die Syphilis, wird der Ergotismus, die Vergiftung mit Mutterkorn, Ursache psychischer Störungen.\*) Bisweilen scheint hier eine direct toxische Wirkung auf das Centralorgan unseres Bewusstseins vorzuliegen (rascher Ablauf der Psychose mit wechselnder maniakalischer und melancholischer Verwirrtheit, Aufregung und Sinnestäuschungen); in der Mehrzahl der Fälle dagegen

---

\*) Siemens, Archiv f. Psychiatrie XI, 1. u. 2; Tuzek, ibid. XIII, 1; XVIII, 2.

ist vielmehr an secundäre pathologische Processe in der Hirnrinde zu denken, wie sie auf der kachektischen Basis etwa durch das specifische Gift hervorgerufen werden. Allerdings ist der specielle Nachweis derartiger Veränderungen im Gehirn noch nicht gelungen (vielleicht nur vasomotorische Störungen). Die psychischen Symptome waren hier im Allgemeinen diejenigen einer Herabsetzung hauptsächlich der intellectuellen Functionen, mehr oder weniger ausgesprochene Benommenheit des Sensoriums bis zum Stupor, Verlangsamung des Denkens, Gedächtnisschwäche, Verwirrtheit; daneben häufige Angstzustände und tiefes Krankheitsgefühl. Regelmässig sind epileptische Krämpfe und die objectiven Anzeichen einer in mehreren Fällen durch die Obduction festgestellten, nicht progressiven Rückenmarksaffection (Hinterstrangsklerose) vorhanden.

Dem Ergotismus in ätiologischer und klinischer Beziehung offenbar sehr ähnlich ist das hauptsächlich in Oberitalien vorkommende Pellagra, welches sehr wahrscheinlich auf den Genuss von verdorbenem Mais zurückzuführen ist und ausser Verdauungsstörungen und Hautaffectionen auch chronische Rückenmarks- (Hinterseitenstrangsklerose nach Tuzek) und Geisteskrankheiten (melancholische Zustände mit Selbstmordneigung, seltener Manien, schliesslich Blödsinn) zur Folge hat.

**Vergiftungen.** An alle diese infectiösen oder endemischen Giftwirkungen schliessen sich als weitere ätiologische Momente an die verschiedenen gelegentlichen Intoxikationen durch Stoffwechselproducte, durch giftige Gase, Narkotica und Metallgifte. Die häufigste, ja sub finem vitae vielleicht regelmässig dem psychischen Leben ein Ende bereitende Vergiftung ist diejenige durch die Anhäufung physiologischer Zerfallproducte im Blute. Je nach der Reihenfolge, in der die einzelnen Organe des Körpers aufhören, zu functioniren, gestaltet sich auch dieser Vorgang etwas verschieden. Wenn die Insufficienz der Kreislauforgane die nächste Todesursache bildet, so müssen die Bestandtheile des venösen Blutes allmählich die Erscheinungen rascherer oder langsamerer Hirnlähmung herbeiführen. Unzulänglichkeit der Athmung erzeugt Kohlensäurever-

giftung mit den Symptomen rauschartiger Benommenheit und heftigen Angstgefühlen, in höheren Graden Bewusstlosigkeit; mangelhafte Ausscheidung durch die Nieren bedingt acute oder chronische Urämie mit deliriösen und komatösen Zuständen oder länger dauernden Geistesstörungen melancholischen Charakters; in Folge der Retention von Gallenbestandtheilen im Blute (Cholämie) kommen Benommenheit und psychische Depression, bei der acuten gelben Leberatrophie (Icterus gravis) furibunde Delirien mit intensiver motorischer Erregung und Sinnestäuschungen, im weiteren Verlaufe Sopor und Koma zur Beobachtung u. s. f.

Von giftigen Gasen ist hauptsächlich das Kohlenoxydgas zu erwähnen, welches den Sauerstoff aus dem Hämoglobin verdrängt und Hirnhyperämie erzeugt. Auch hier entwickeln sich die Symptome psychischer Reizung (ängstliche oder ekstatische Aufregungszustände), denen diejenigen der Lähmung (Bewusstlosigkeit) folgen. Eine gewisse Verworrenheit und Schwäche der psychischen Leistungen pflegt die Intoxikation einige Zeit lang zu überdauern, ja es kommt sogar bleibender Blödsinn in Folge von Erweichungsherden zur Beobachtung. Dass auch die Einathmung von Leuchtgas, Schwefelwasserstoff, Schwefelkohlenstoff, Stickstoffoxydul psychische Reizungs- und Lähmungserscheinungen verschiedener Art hervorzurufen im Stande ist, soll hier wegen des geringen praktischen Interesses dieser Vergiftungen nur erwähnt werden.

Dagegen haben wir uns nunmehr der Betrachtung eines Giftes zuzuwenden, welches für die Psychopathologie eine ganz ausserordentliche Bedeutung gewonnen hat, ich meine den Alkohol.\*) Die Angaben über die Häufigkeit, mit welcher der Missbrauch dieses Genussmittels zur Aufnahme in die Irrenanstalt führt, schwanken je nach der Nationalität und den besonderen Verhältnissen zwischen 10—30, ja bis 40% aller psychisch Erkrankten. Das männliche Geschlecht ist an der Trunksucht mindestens 10 Mal so stark betheilig, wie das weibliche; nur in den niederen Gesellschaftsschichten ist dieses Verhältniss für die Weiber

\*) Baer, Der Alkoholismus. 1878.

ungünstiger. Wie es scheint, nimmt der Alkoholismus im Allgemeinen noch immer zu, allerdings vorzugsweise in der Fabrikarbeiterbevölkerung, während für die gebildeten Stände der Missbrauch berauscher Getränke im Vergleich zu früheren Jahrhunderten wesentlich zurückgegangen sein dürfte. In einzelnen Ländern, namentlich in Skandinavien, welches noch vor wenig Jahrzehnten als das klassische Land des Alkoholismus galt, ist es den energischen Anstrengungen der Gesetzgebung gelungen, eine sehr erhebliche Einschränkung jener Volksseuche zu erzielen.

Die eigentlich verderbliche Form alkoholischen Getränkes ist der Schnaps, besonders der Kartoffelbranntwein, weil derselbe häufig ausser dem Aethylalkohol noch die weit verderblicher wirkenden höheren Alkohole (namentlich den Amylalkohol) enthält, und der in Südfrankreich und Oberitalien verbreitete Absynth (ätherisches Oel der *Artemisia Absinthium*). Im biertrinkenden Süddeutschland spielt daher der Alkoholismus auch nicht im Entferntesten die Rolle, wie etwa in Posen, wo der Kartoffelfusel das wichtigste alkoholische Genussmittel des Arbeiters bildet.

Von den Wirkungen des Alkohols auf den Organismus haben hier vor Allem die Störungen in der Gehirnernährung für uns Interesse. Durch die acute Vergiftung wird zunächst das Gefässcentrum gelähmt, bei grösseren Dosen auch Athmung und Herzbewegung verlangsamt; ausserdem findet sicherlich noch eine directe giftige Wirkung auf die Hirnrinde statt, über deren eigentliche Natur wir noch nichts wissen. Beim chronischen Alkoholmissbrauch wird auch das periphere Nervensystem in mehr oder weniger ausgedehnter Masse ergriffen (degenerative Neuritis). Sodann kommt es zur Entwicklung dauernder Circulationsanomalien mit ihren Folgezuständen (Blutaustritte, Trübungen, Verdickungen der Hirnhäute, Infiltration und weiterhin Atrophie der Rindensubstanz u. s. w.), ferner zu einer tieferen Degeneration der Blutmasse (Abnahme des Fibrins) und endlich durch Vermittlung der vielfachen alkoholischen Organerkrankungen (Herzverfettung, Magenkatarrh, Lebercirrhose, Nierenschrumpfung) zu einer allgemeinen, folgenschweren Störung der ernährenden und ausscheidenden Functionen

des gesammten Organismus. Ja, diese Degeneration erstreckt sich sogar noch über den Bereich des Individuums hinaus auf seine Progenitur und bringt in ihr Idiotie oder die Anlage zu mannigfachen psychischen und nervösen Erkrankungen hervor, insonderheit zum Alkoholismus, zu den psychischen Entartungsformen und endlich auch zum Verbrechen.

In dieser seiner verhängnissvollen Einwirkung auf das Individuum und die Race wird der Alkohol zumeist noch unterstützt durch eine Anzahl ähnlich perniciosöser Momente, die zumeist mit dem Missbrauche jenes Genussmittels Hand in Hand zu gehen pflegen. Der Schnaps ist vorzugsweise das Getränk des armen Mannes, dem er Anregung und Erwärmung zu liefern, ja dem er zum Theil die Nahrung zu ersetzen hat; die ganze Misère des socialen Elendes, der Armuth, ungenügende Ernährung, schlechte hygienische Verhältnisse u. s. f. ebnet seinem Einflusse hier den Weg. Umgekehrt aber ist es gerade der Alkohol, der durch seine vernichtenden Wirkungen auf die physische, psychische und sociale Integrität des Trinkers mit Nothwendigkeit über ihn den ökonomischen Ruin hereinbrechen lässt und auf diese Weise einen Circulus vitiosus herstellt, aus dem es kein Entrinnen mehr giebt. Allerdings ist nicht Jeder, der häufiger in *Alcoholicis excedit*, ohne Weiteres als Trinker zu betrachten. Der Gelegenheitstrinker, den die Freude an animirter Geselligkeit zum Uebermasse des Alkoholgenusses treibt, ist immerhin zu unterscheiden von dem Gewohnheitstrinker, der regelmässig, Tag für Tag, um des Alkohols willen, auch allein und ohne besonderen Anlass, zur Schnapsflasche greift. Andererseits werden mit Unrecht jene Kranken als Trinker bezeichnet, welche nach mehr oder weniger regelmässigen Zwischenpausen grösster Enthaltbarkeit plötzlich impulsiv bis zur völligen Erschöpfung enorme Mengen alkoholischer Getränke zu sich nehmen (Quartalssäufer). Bei ihnen handelt es sich um eine durchaus pathologische Erscheinung, die in das Gebiet des periodischen Irreseins hineingehört.

Die psychischen Störungen, welche der Alkoholmissbrauch erzeugt, sind ausser dem Rausch und dem chronischen Alkoholismus vor Allem das *Delirium tremens*, ferner der

acute hallucinatorische Wahnsinn, sowie der Verfolgungswahn der Trinker. Weiterhin bildet der Alkoholismus eine sehr wichtige Ursache der Epilepsie und der sie begleitenden Seelenstörungen, und endlich scheint demselben auch bei der Entstehung der Dementia paralytica eine nicht unwesentliche ätiologische Rolle zuzukommen. Zu beachten ist indessen, dass häufig die Neigung zu Alkoholexcessen nicht sowohl die Ursache, sondern vielmehr ein Symptom des ausgebrochenen Irreseins darstellt.

Eine dem Alkoholismus in vieler Beziehung durchaus analoge psychische Degenerationsform haben uns die letzten anderthalb Decennien in der Morphiumsucht kennen gelehrt, wie sie sich bei lange fortgesetztem Gebrauche von Morphiuminjectionen (in erschreckendem Procentsatze bei Aerzten!) entwickelt. Auch beim Morphinium begegnen wir im Allgemeinen einer anfänglich erregenden, später lähmenden Wirkung des Giftes auf das centrale Nervensystem, ohne dass wir uns über die feineren Differenzen gegenüber der Alkoholwirkung schon genügend Rechenschaft zu geben vermöchten. Da die anfängliche Euphorie schon nach einigen Stunden einer sehr quälenden Erschlaffung und Depression weicht, die nur durch das Mittel selbst wieder beseitigt werden kann, so bildet sich überall dort, wo dem Kranken das Morphinium zugänglich ist, ein beständiger Wechsel zwischen scheinbarem Wohlbefinden unter dem Einflusse des Giftes und jenem unangenehmen Nachstadium des morphinistischen Katzenjammers heraus. Dazu kommt, dass mit der Zeit eine wachsende Gewöhnung an das Mittel eintritt, welche gebieterisch eine oft ins Unglaubliche gehende Erhöhung der Dosis fordert. Auf diese Weise entsteht das Bild des chronischen Morphinismus mit seinen schweren Folgen für die körperliche, intellectuelle und moralische Leistungsfähigkeit des Individuums. Auf der anderen Seite kann auch die Entziehung des Morphiums nach langem Gebrauche desselben verwirrte hallucinatorische Aufregungszustände mit Collapsneigung erzeugen, welche dem Delirium tremens der Trinker anscheinend nahe verwandt sind.

Zur Milderung der Abstinenzsymptome bei der Morphiniumentziehung ist in neuester Zeit das Cocain vielfach



in Anwendung gezogen worden. Nur zu bald hat sich indessen herausgestellt, dass dieses Mittel noch schlimmere Gefahren mit sich führt, wie das Morphium. Namentlich in Verbindung mit letzterem scheint es nicht selten acute hallucinatorische Aufregungszustände zu verursachen, aber auch für sich allein erzeugt es bei längerem Gebrauche eine fortschreitende Abschwächung aller psychischen Functionen mit Anfällen von Beklemmung und deliriöser Verwirrtheit.

In grösster Ausdehnung werden ferner noch das Opium, das Haschisch, der Fliegenschwamm in verschiedenen Ländern zur Erzeugung narkotischer Rauschzustände habituell angewandt; alle diese Genussmittel führen bei dauern- dem Missbrauche ähnliche Degenerationszustände herbei, wie die bisher genannten. Vereinzelt derartige Beobachtungen liegen auch für die gewohnheitsmässige Einathmung des Aethers und Chloroforms vor. Zu lange fortgesetzte Anwendung der Bromsalze führt eine Abschwächung der psychischen Functionen bis zur völligen Demenz mit gleichzeitigen nervösen Lähmungserscheinungen herbei. Vorübergehende deliriöse Verwirrtheit mit heiterer oder ängstlicher Erregung und zuweilen auch Sinnestäuschungen hat man bei sehr verschiedenartigen Vergiftungen gelegentlich auftreten sehen (Hyoscyamus, Datura, Atropa, Conium, Chinin, Chloralhydrat, Jodoform\*), Salicylsäure, Wurstgift u. s. w.). Endlich ist noch zu erwähnen, dass man auch übermässigen Tabakgenuss, wie er zweifellos nervöse Störungen hervorzurufen im Stande ist (Amblyopie), in ätiologische Beziehungen zum Irresein gesetzt hat. Namentlich soll derselbe unter den Entstehungsursachen der Dementia paralytica eine gewisse Rolle spielen.

Von metallischen Giften stehen besonders das Blei und das Quecksilber in näherer Beziehung zu psychischen Störungen; beide scheinen direct auf die Nervensubstanz der Hirnrinde einzuwirken. Die Erscheinungen der „Encephalopathia saturnina“ bestehen hauptsächlich in vorübergehenden, verwirrten, expansiven oder depressiven Aufregungszuständen mit Sinnestäuschungen, die nicht selten

\*) Hadlich, Neurolog. Centralblatt, 1882, 15.

mit stuporösen oder komatösen, bisweilen sehr schweren Zufällen abwechseln und von epileptiformen Insulten begleitet sind. Die mercuriellen Psychosen bieten hauptsächlich die Symptome sehr erhöhter Reizbarkeit dar, Schreckhaftigkeit, Verlegenheit, Verwirrtheit, ängstliche Träume und Schlaflosigkeit, Sinnestäuschungen. Auf dieser Grundlage können dann weiterhin Aufregungszustände verschiedener Art, oder aber eine allmähliche Abnahme aller psychischen Leistungen zur Entwicklung gelangen, Schwäche des Gedächtnisses und Urtheils, Gemüthsstumpfheit und Apathie.

**Organerkrankungen.** Eines der schwierigsten und umstrittensten Kapitel in der Aetiologie der Psychosen ist die Lehre von dem Einflusse einzelner Organerkrankungen. Hier ist der Zusammenhang naturgemäss stets ein sehr complicirter, selbst durch die statistische Methode nicht immer exact nachweisbarer, so dass die Deutung der einzelnen Erfahrung bis zu einem gewissen Grade zumeist dem subjectiven Ermessen des Beobachters überlassen bleibt. Unter den Erkrankungen der Sinnesorgane sind es namentlich Ohrenaffectionen, welchen ein Einfluss auf die Entstehung von Psychosen zuzukommen scheint. Einerseits findet man bei Gehörshallucinantem so häufig alte Mittelohrerkrankungen mit Anomalien der elektrischen Acusticusreaction,\*) dass man sich der Annahme eines gewissen Zusammenhanges nicht wol erwehren kann, dann aber sieht man bisweilen andauernde subjective Geräusche mit depressiven Psychosen sich verschlechtern und wieder bessern (gemeinsame Ursache?), und endlich hat man hier und da auch ängstliche Aufregungszustände bei acuteren oder den Exacerbationen chronischer Ohrenaffectionen beobachtet. Augenerkrankungen pflegen, soweit sie nicht Theilerscheinungen eines Cerebralleidens sind, in keiner näheren Beziehung zum Irresein zu stehen. Man hat indessen nach Kataraktoperationen und überhaupt nach längerem Aufenthalte im Dunkelzimmer\*\*) deliriöse Zustände mit lebhaften

\*) Buccola, Rivista di freniatria sperimentale, 1885, 1.

\*\*) Schmidt-Rimpler, Archiv f. Psychiatrie, IX, 2; Schnabel, Berichte des naturwiss.-medic. Vereins in Innsbruck, XIII, 1882/83; Bielski, Diss. Dorpat 1884.

Sinnestäuschungen, namentlich des Gesichtes, aber auch des Gehörs, seltener reine Gesichtshallucinationen bei klarem Bewusstsein auftreten sehen, welche eine interessante Analogie mit den in der Einzelhaft beobachteten Störungen darbieten. Hier wie dort scheint der Ausschluss gewohnter Sinnesreize das Auftreten der Trugwahrnehmungen zu begünstigen. Im Uebrigen sind hier vor Allem das Greisenalter, in zweiter Linie schlechte Ernährung, Gemüthsbewegungen, bisweilen wol auch alkoholische Gewohnheiten als ursächliche Factoren zu nennen. \*

Von den Lungenaffectionen haben wir die Tuberculose und die fieberhaften acuten Erkrankungen schon oben erwähnt; es lässt sich über sie weiter nicht viel sagen, als dass die Verkleinerung der respiratorischen Oberfläche mit ihren Folgen für den Gasaustausch, dann aber die Beklemmungsgefühle bei emphysematischen und namentlich asthmatischen Beschwerden wol auch auf den Ablauf der psychischen Functionen einigen Einfluss gewinnen können.

Herzleiden\*) scheinen bei Geisteskranken etwas häufiger vorzukommen, als sonst; sie dürften einmal (bei Hypertrophie des linken Ventrikels) durch gelegentliche active Hyperämien, dann aber (bei uncompensirten Klappenfehlern, bei Perikarditis und degenerativen Processen im Herzmuskel) durch venöse Stauungen und allgemeine Abschwächung der Blutcirculation von Bedeutung werden. Im ersteren Falle scheinen vorzugsweise Aufregungszustände, im letzteren häufiger depressive Formen zur Ausbildung zu kommen. Als Andeutung derartiger Einwirkungen darf wol schon die in der Breite des Normalen gelegene bekannte gemüthliche Reizbarkeit Herzkranker gelten. Dass ausserdem die Beklemmungsgefühle und Palpitationen nicht ohne Einfluss sind, ist sehr wahrscheinlich. Ungenügend studirt ist bisher noch die Bedeutung der Gefässerkrankungen bei Psychosen. Zwar werden circulatorische und vasomotorische Störungen, deren Existenz im einzelnen Falle sich

---

\*) Witkowski, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXII, p 347. Karrer in Hagen, Statistische Untersuchungen über Geisteskrankheiten. 1876. Mickle, Goulstonian lectures, März 1888.

kaum beweisen noch widerlegen lässt, bei jeder Gelegenheit für die widersprechendsten Symptome verantwortlich gemacht, allein unsere Kenntniss der thatsächlichen pathologisch-anatomischen Verhältnisse lässt noch Vieles zu wünschen übrig. Nur bei Lues, Alkoholismus, Dementia senilis, Dementia paralytica sind ausgedehnte und tiefgreifende Veränderungen an den Gefässen beschrieben, die ohne Zweifel zu den Degenerationsvorgängen in der Hirnrinde in nahen Beziehungen stehen.

Vielleicht dürfen wir an dieser Stelle auch der eigenthümlichen psychischen Störungen gedenken, die man nach der operativen Entfernung der Schilddrüse beobachtet hat (*Kachexia strumipriva*), weil auch hier möglicherweise Veränderungen der Circulationsverhältnisse in der Schädelkapsel eine Rolle spielen. Unter den verschiedenen Erklärungsversuchen der räthselhaften Folgezustände nach Exstirpation der Thyroidea ist wenigstens auch die Ansicht zu registriren, dass wir es in jenem Organe mit einem Entlastungsreservoir für das Gehirn zu thun haben, welches bei raschen Drucksteigerungen Blut und Cerebrospinalflüssigkeit aufzunehmen im Stande ist. Das klinische Bild der *Kachexia strumipriva* stellt sich als ein allmählich sich entwickelnder, mehr oder weniger hochgradiger Schwachsinn dar, welcher bisweilen von nervösen Erscheinungen (Krampfanfälle, Tetanie) begleitet ist.

Eine sehr weitgehende ätiologische Bedeutung hat man von jeher den Erkrankungen des Verdauungstractus zugeschrieben; namentlich in der älteren Psychiatrie spielten die Hämorrhoiden, die Stauungen im Pfortadersystem, die „Verstimmungen“ der Unterleibsgeflechte eine sehr grosse Rolle. In der That ist der Einfluss schon leichter Verdauungsstörungen auf das allgemeine psychische Wohlbefinden, namentlich bei nervös disponirten Personen, ein ganz unverkennbarer. Es scheint sich bei diesem Zusammenhange einerseits um die directe psychische Wirkung unangenehmer permanenter Organgefühle, dann aber vielleicht auch um Anomalien der Blutvertheilung im Organismus durch Stauungen in den grossen abdominellen Venenplexus zu handeln. Für letztere Erklärung spricht die bekannte Erfahrung von

Nicolai (des „Proktophantasmisten“ aus Goethe's Walpurgisnacht), dessen Hallucinationen durch eine Blutentziehung am After verschwanden. Bei chronischen Magen- und Darmaffectionen kommt als wichtiges ursächliches Moment noch die empfindliche Beeinträchtigung der allgemeinen Ernährung hinzu, auf die natürlich das Centralorgan des Bewusstseins ebenfalls durch Störungen in den psychischen Functionen reagirt. Verdauungsanomalien sind bei allen frischen Geisteskrankheiten fast ausnahmslos vorhanden, aber sie sind hier sicherlich vielfach als Folge der psychisch bedingten Unregelmässigkeiten in der Nahrungsaufnahme und nicht als Ursache derselben anzusehen, wenn sie auch im weiteren Verlaufe natürlich für die Entwicklung des Zustandes von sehr grosser Bedeutung werden können. Parasiten im Darm können durch die Beeinträchtigung der Ernährung, mehr wol noch auf dem Wege reflectorischer Reizung bei Kindern deliriöse Erregungszustände, auch Pruritus in den Genitalien und allerlei Stimmungsanomalien herbeiführen.

Unter den Nierenerkrankungen\*) dürften hauptsächlich diejenigen in Anschlag zu bringen sein, die eine dauernde Verkleinerung der secretorischen Fläche erzeugen und somit zur Entstehung von acuten oder chronischen urämischen Vergiftungen Veranlassung geben. Der psychischen Erscheinungen ist bereits kurz gedacht worden.

Weitaus die grösste Beachtung haben von Seiten der Irrenärzte im Hinblick auf die Pathogenese des Irreseins die mannigfaltigen physiologischen und pathologischen Alterationen der Genitalorgane gefunden. Die nahen Beziehungen, in welchen das Geschlechtsleben zu dem psychischen Allgemeinzustande des Menschen steht, wird ja auf das Beste durch die eigenthümlichen Wandlungen der Pubertäts- und der Involutionsperiode, durch die Charakterveränderung der Castraten und endlich durch die Schwankungen des gemüthlichen Gleichgewichtes bezeugt, welche schon normaler Weise den Ablauf der sexuellen Functionen begleiten. Es ist daher wol begreiflich, dass pathologische Zustände in der Genitalsphäre einen entscheidenden Einfluss

\*) Hagen, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. XXXVIII, 1.

auf das psychische Leben auszuüben vermögen, wenn auch der Zusammenhang im Einzelnen bisher nur mit Hülfe mehr oder weniger wahrscheinlicher Vermuthungen construirt werden kann.

Als eine erste Kategorie von Schädlichkeiten, die hier in Betracht kommen, hat man sexuelle Excesse und Onanie\*) bezeichnet. Von vornherein ist sehr zu beachten, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle diese Momente nicht sowol die Ursache des Irreseins, als vielmehr Symptome einer erhöhten nervösen Reizbarkeit, einer neuropathischen Anlage darstellen. Sie werden in der Regel nur dort sehr erhebliche Dimensionen annehmen und nur dort einen wirklich verderblichen Einfluss auszuüben vermögen, wo sie auf bereits prädisponirtem Boden erwachsen sind. Andererseits werden, namentlich von Melancholikern, Neurasthenischen, hypochondrischen Paralytikern häufig in offenbar krankhafter Weise Jahre oder gar Jahrzehnte zurückliegende „Jugendsünden“ als die Ursache ihrer Leiden angegeben; die Lectüre einer gewissen Klasse von Schriften, welche die Folgen der Onanie in den grellsten Farben schildern, liefert dazu nicht selten die Anregung.

Dennoch lässt sich die Möglichkeit einer gelegentlichen directen Schädigung des Nervensystems durch die hier besprochenen Ursachen nicht ganz in Abrede stellen, zumal ja auch auf diesem Gebiete ohne Zweifel das Mass der individuellen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit ein äusserst verschiedenes ist. Es wäre denkbar, dass einmal (wol nur bei Männern und im jugendlichen Alter) der directe Säfteverlust eine gewisse Bedeutung für die Gesammternährung gewinnen kann; es wäre ferner möglich, dass die häufige intensive Erregung des nervösen Organismus die allgemeine Reizbarkeit desselben steigert und seine Widerstandsfähigkeit herabsetzt. Dann ist aber namentlich noch auf die psychische Bedeutung aller triebartig gewordenen, eingewurzelten Leidenschaften hinzuweisen, auf den depravirenden Einfluss, welchen das stete Unterliegen im fruchtlosen Kampfe mit übermächtig angewachsenen Antrieben auf die

---

\*) v. Krafft-Ebing, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXI, 4.

Charakterfestigkeit des Individuums ausübt. Gerade in dieser letzteren Beziehung dürfte die Masturbation weit verderblicher wirken, als der normale sexuelle Verkehr, da sie ja ihr Ziel viel häufiger und leichter zu erreichen vermag, als der letztere. Beachtenswerth sind übrigens auch wegen ihrer offenbar psychisch-nervösen Entstehungsweise jene vereinzelt Beobachtungen, in denen (namentlich bei jungen Frauen) der erste Coitus acute Aufregungszustände herbeiführt. Allerdings waren in einem derartigen Falle meiner Beobachtung die Anzeichen einer beginnenden Psychose schon vor der Hochzeit vorhanden, ja man hoffte thörichter Weise, die Erkrankung durch die Heirath coupiren zu können.

Aus dem Umstande, dass fast immer die Hauptursache der aus der Masturbation hervorgehenden Psychosen in der psychopathischen Constitution des Erkrankten liegt, erklärt sich die Mannigfaltigkeit der hier zur Beobachtung gelangenden Krankheitsbilder, in deren Zügen eben zumeist einfach die psychische Degeneration sich ausprägt. Am häufigsten stellt sich bei Onanisten eine progressive Abnahme der psychischen Leistungsfähigkeit ein, Unvermögen zur Auffassung und intellectuellen Verarbeitung äusserer Eindrücke, Gedächtnisschwäche, Interesselosigkeit, Gemüthsstumpfheit; in anderen Fällen treten mehr die Erscheinungen erhöhter Reizbarkeit in den Vordergrund, barocke Ideenverbindungen, Neigung zu Mysticismus und exaltirter Schwärmerei oder hypochondrische und melancholische Depression. Dazu gesellen sich dann mannigfaltige nervöse Störungen, besonders abnorme Sensationen, aus denen sich nicht selten absurde Wahnideen von dämonischer oder geheimnissvoller physikalischer (magnetischer, elektrischer, sympathischer) Beeinflussung herausentwickeln.

Auch die sexuelle Enthalttsamkeit ist bisweilen unter den Ursachen des Irreseins aufgeführt worden. Leider sind alle statistischen Belege über die Erkrankungshäufigkeit der Ehelosen u. s. f. für die Entscheidung dieser Frage aus nahe liegenden Gründen von nur sehr zweifelhaftem Werth. Im Allgemeinen lehrt indessen die Erfahrung, dass bei gesunden Individuen nach länger dauernder Enthalttsamkeit

allmählich die sexuelle Erregbarkeit abnimmt, dass die Natur somit selber die hier etwa drohenden Gefahren beseitigt. Etwas anders liegen, wie es scheint, die Dinge bei psychopathisch praedisponirten Personen. Erzwungene Enthaltbarkeit, namentlich nach vorheriger Gewöhnung an sexuelle Befriedigung, disponirt hier jedenfalls zur Onanie und kann auf diese Weise verderbliche Folgen nach sich ziehen, wenn man auch andererseits bei Menschen mit krankhafter sexueller Reizbarkeit häufig genug die Masturbation neben und trotz geregelten geschlechtlichen Verkehrs sich entwickeln sieht. Wo die Enthaltbarkeit eine freiwillige ist, muss sie wol richtiger als Folge und nicht als Ursache einer psychopathischen Constitution aufgefasst werden, die ja so oft mit unvollständiger Ausbildung der Genitalorgane und des Geschlechtstriebes einhergeht. Eine nicht unbedeutende Rolle in der Aetiologie mannigfacher nervöser und psychischer Störungen scheinen aber nach vielfachen Erfahrungen für das weibliche Geschlecht häufige sexuelle Reizungen ohne gehörige Befriedigung zu spielen, wie sie mit der Durchführung des „Zweikindersystems“ nicht selten verbunden sind.

Beim weiblichen Geschlechte pflegt schon der physiologische periodische Vorgang der Ovulation regelmässig von einer leichten Steigerung der nervösen und psychischen Reizbarkeit begleitet zu sein, die bei einzelnen Individuen sogar fast pathologische Grade (äusserste Verstimmung, lebhaftere Erregung) erreichen kann. Störungen der Menstruation\*) scheinen nicht selten in einem gewissen Zusammenhange mit psychischen Zustandsveränderungen zu stehen; so hat man nach plötzlicher Cessation der Menses in einzelnen Fällen tobsüchtige Aufregungen mit den Erscheinungen der Hirncongestion, andererseits bei Menorrhagien solche mit den Zeichen der acuten Anämie auftreten sehen. Namentlich im Verlaufe psychischer Störungen ist recht

---

\*) L. Mayer, Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie, herausgegeben von der Gesellschaft f. Geburtshilfe in Berlin. I. 1872; v. Krafft-Ebing, Archiv f. Psychiatrie, VIII, 1; Powers, Beitrag zur Kenntniss der menstrualen Psychosen, Diss. 1883.



häufig eine Veränderung des Symptomencomplexes mit dem Wiedereintritte der cessirenden oder dem Aufhören der so lange regelmässigen Menses nicht zu verkennen. Allein es muss für die unbefangene Würdigung derartiger Vorkommnisse stets der Umstand im Auge behalten werden, dass erfahrungsgemäss den psychischen Vorgängen ein entschiedener Einfluss auf die menstruelle Blutung zukommt und somit die Eruirung des wirklichen Zusammenhanges hier durchaus nicht immer zweifellos ist. Vasomotorische Vorgänge dürfen vielleicht als die Grundlage dieser wechselseitigen Beziehungen angesehen werden; dass profuse Blutungen auch durch acute oder chronische Anämisirung des Gesamtorganismus wirken können, wurde bereits angedeutet.

Nicht selten sind bekanntlich die Menstruationsanomalien nur Begleiterscheinungen von Erkrankungen der Genitalorgane\*), unter denen namentlich chronische Entzündungen, Lageveränderungen, Geschwülste des Uterus von Wichtigkeit sind. Allen derartigen Affectionen, wie auch denjenigen der Ovarien und Tuben, dem Pruritus vulvae, Vaginismus hat man vielfach eine grosse Bedeutung in der Aetiologie des Irreseins zugeschrieben, die man sich durch die Annahme einer Irradiation der bestehenden Reizungszustände auf das Centralorgan des Bewusstseins zu erklären suchte. Diese Ansicht stützt sich zunächst auf gewisse Beobachtungen, in denen durch das Einlegen eines passenden Pessariums, durch die Behandlung eines Cervicalkatarrhs und dergleichen eine bestehende Psychose gebessert oder gar zur Heilung gebracht wurde. Im Allgemeinen dürfte in allen solchen Fällen stets die Hauptursache der Geistesstörung in der psychopathischen Anlage des Individuums gelegen sein, von der wir ja wissen, dass sie unter dem Einflusse der verschiedensten Anlässe, ja „von selbst“, d. h. durch die Wirkung der normalen Reize des täglichen

\*) L. Mayer, Die Beziehungen der krankhaften Zustände und Vorgänge in den Sexualorganen des Weibes zu Geistesstörungen. 1870; Hegar, Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden und die Castration bei Neurosen. 1885.

Lebens, zum Irresein führen kann. Dass darum die therapeutische Beachtung solcher Reizmomente trotzdem von grosser praktischer Wichtigkeit werden kann, bedarf keiner weiteren Erörterung. Als der psychopathische Ausdruck der genannten ursächlichen Erkrankungen wird mit mehr oder weniger Recht hauptsächlich das formenreiche Krankheitsbild der Hysterie betrachtet. Den Genitalaffectionen bei Männern scheint eine irgend erhebliche ätiologische Bedeutung für das Irresein nicht zuzukommen.

**Gravidität, Puerperium und Lactation.** Dagegen documentirt sich die hervorragende Rolle, welche das Geschlechtsleben auch für die psychische Persönlichkeit des Weibes spielt, weiterhin in jener ätiologischen Kategorie von Geistesstörungen, deren Entwicklung sich im Zusammenhange mit den verschiedenen Phasen des Fortpflanzungsgeschäftes, der Schwangerschaft, dem Wochenbett und der Lactation vollzieht.\*) Die Angaben über die Häufigkeit dieser Ursachen beim Zustandekommen psychischer Erkrankungen gehen ziemlich weit auseinander; im Mittel sind etwa 14<sup>0</sup>/<sub>0</sub> aller in Irrenanstalten beobachteten Geistesstörungen bei Frauen auf dieselben zurückzuführen. Davon kommen 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> auf die Schwangerschaftspsychosen. Der Causalzusammenhang scheint während dieser Zeit hauptsächlich durch die Veränderungen in Mischung (Abnahme der Blutkörperchen und der Salze, Vermehrung des Fibrins) und Circulation der Ernährungsflüssigkeit (Ausbildung des Placentarkreislaufs) vermittelt zu werden, doch dürfte auch, namentlich bei erstmalig und bei unehelich Schwangeren, den psychischen Momenten (Schweben zwischen Hoffnung und Furcht vor den Gefahren der Geburt, Sorgen u. s. f.) ein gewisser Einfluss zuzuschreiben sein. Die Form der Erkrankung ist meist eine melancholische Verstimmung von verschiedener Intensität; ich sah bei einer Frau in mehreren Schwangerschaften wiederholt rasch verlaufende, ganz verwirrte Aufregungszustände auftreten. Am günstigsten ge-

---

\*) Fürstner, Archiv f. Psychiatrie, V, 505; Ripping, Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. 1877.

stalten sich die in den ersten Monaten zur Entwicklung gelangenden Störungen; die später beobachteten pflegen länger zu dauern. Durch die Geburt wird die Psychose gewöhnlich nicht erheblich beeinflusst; vielmehr geht jene meist ohne besondere Reactionserscheinungen von statten. In einem von mir beobachteten Falle gebar eine stuporös-melancholische Frau ihr todttes Kind in den Nachtstuhl, ohne einen Laut von sich zu geben, so dass man erst später durch die Blutung auf das Ereigniss aufmerksam wurde; auch hier dauerte die Geistesstörung noch mehrere Monate lang fort. Keinesfalls kann daher aus dieser letzteren etwa die Indication zur künstlichen Frühgeburt hergeleitet werden.

Weit häufiger (bei 6,8% aller in die Irrenanstalten aufgenommenen Frauen; unter etwa 400 Wöchnerinnen bei je einer) wird das Wochenbett\*) Ursache des Irreseins. Für die Pathogenese ist hier einerseits auf die Schmerzen, den Blutverlust, die plötzlichen Circulationsstörungen, sowie auf die psychischen Einwirkungen des Geburtsactes selbst und etwaiger anomaler Vorgänge bei demselben Gewicht zu legen. Unter dem Einflusse dieser Momente entwickeln sich während der Geburt plötzliche, intensive deliriöse Aufregungszustände mit starker Bewusstseinstörung und Neigung zu impulsiven Gewaltacten, die gerade deswegen eine grosse forensische Bedeutung erlangen können und meist von sehr kurzer Dauer sind (einige Stunden); eine Puerpera meiner Beobachtung stürzte sich in einem derartigen Zustande aus dem Fenster durch das darunter befindliche Glasdach eines Treibhauses. Andere erdrosseln ihre Kinder oder lassen dieselben doch unbeachtet ohne Nahrung und Pflege zu Grunde gehen.

Die eigentlichen Puerperalpsychosen dagegen beginnen gewöhnlich erst am 5. bis 10. Tage des Wochenbettes (auch bisweilen nach einem Abortus mit starkem Blutverlust). Sie müssen mit den mächtigen Umwälzungen der ersten Tage des Wochenbettes (Ausscheidungen, Gewichtsabnahme), namentlich aber wol mit infectiösen Erkrankungen der Genitalorgane in Zusammenhang gebracht werden. Am

\*) Hansen, Zeitschr. f. Geburtshülfe u. Gynäkologie, XV, 1.

häufigsten, besonders bei jüngeren Individuen, sind hier Aufregungszustände mit massenhaften Sinnestäuschungen, denen ein kurzes Stadium erhöhter Reizbarkeit in depressivem oder expansivem Sinne, Schlaflosigkeit, Unruhe vorherzugehen pflegt. Wo schwere infectiöse Erkrankungen zu Grunde liegen — Mastitis, Endokarditis ulcerosa (Westphal), Parametritis, Perimetritis (von mir mit Temperaturen bis 42,7 beobachtet) und ähnliches — hat die psychische Störung natürlich in der Regel wesentlich den Charakter der Fieberdelirien mit baldigem Ausgange in komatöse Zustände. Im andern Falle geht die Psychose meist binnen wenigen Wochen in Genesung über; seltener zieht sie sich über mehrere Monate oder gar Jahre hinaus. Häufig schliesst sich an das ursprüngliche hallucinatorische Delirium ein kürzeres oder längeres Stadium acuter Demenz mit intercurrenten verwirrten Aufregungen und Neigung zu explosivem Handeln an, aus dem die Kranke allmählich wieder erwacht. Prognostisch ungünstiger und von durchschnittlich längerer Dauer sind die etwas seltener zur Beobachtung kommenden Melancholien, die sich durch die Neigung zu stuporösen Zuständen einerseits, zu impulsiven Acten (Mord, Selbstmord, triebartiges Masturbiren) andererseits auszeichnen. Endlich bildet die durch das Wochenbett hervorgerufene Ernährungsstörung nicht selten die prädisponirende Basis, auf welcher sich in weniger unmittelbarem Anschlusse alle möglichen anderen Formen psychischer Erkrankung entwickeln können. Zweimal sah ich das Puerperium den Anlass zum Ausbruche einer progressiven Paralyse geben; ebenso scheint der Beginn des Wahnsinns und der Verrücktheit bisweilen mit vorangegangenen Wochenbetten in einem gewissen ätiologischen Zusammenhange zu stehen, wenn auch dieselben hier sicherlich nicht als die einzigen Ursachen der Psychose aufgefasst werden dürfen.

In der Mitte zwischen den Psychosen der Gravidität und des Puerperiums stehen nach ihrer Häufigkeit (4,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub> aller weiblichen Aufnahmen in Irrenanstalten) die psychischen Erkrankungen der Lactationsperiode. Körperliche Erschöpfung durch Wochenbett und das Säugegeschäft, ferner locale Erkrankungen der Genitalien sind hier als die wesent-

lichen ursächlichen Momente zu betrachten. Depressive Formen mit Gehörshallucinationen ( $\frac{1}{3}$  bis  $\frac{1}{2}$  der Fälle Genesung) überwiegen über die prognostisch günstigeren maniakalischen (fast  $\frac{2}{3}$  der Fälle Heilung). Die Zeit des Ausbruchs der Störung ist meist der 3. bis 5. Monat nach der Entbindung.

## 2. Psychische Ursachen.

Schon wiederholt haben wir in unserer bisherigen Darstellung Gelegenheit gehabt, neben der directen, somatischen Einwirkung der besprochenen ätiologischen Momente auch ihres psychischen Einflusses zu gedenken. Man hat von diesem Gesichtspunkte aus auch wol die gemischten Ursachen als eine Zwischenkategorie zwischen den körperlichen und den psychischen hingestellt. Abgesehen von der aus unserer Grundanschauung sich mit Nothwendigkeit ergebenden allgemeinen Forderung, dass alle Störungen der psychischen Functionen an solche der Hirnthätigkeit geknüpft sein müssen, ist der eigentliche Mechanismus der psychischen Einwirkungen begreiflicherweise noch völlig unbekannt; nur einzelne Glieder des hypothetischen Causalnexus können wir mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit namhaft machen. So geht namentlich der Einfluss der Affecte regelmässig mit Veränderungen der Circulation und Athmung einher, welche ja die sphygmographische Untersuchung schon bei den leichtesten Gemüthsbewegungen ohne Schwierigkeit nachweisen lässt; auch Verdauungsstörungen scheinen durch psychische Ursachen sehr häufig hervorgerufen zu werden, wie die alltägliche Erfahrung des Appetitmangels nach heftigem Aerger oder bei grossem Schmerze darthut. Das wichtigste Bindeglied in der Pathogenese des Irreseins aus psychischen Ursachen ist aber wol ohne Zweifel die hier niemals fehlende Beeinträchtigung des Schlafes. Wo die lebhaftere Erregung des Gehirns die Möglichkeit des Ruhens und eines gehörigen Ersatzes des verbrauchten Ernährungsmaterials ausschliesst, da müssen sich mit Nothwendigkeit fortschreitende krankhafte Veränderungen herausbilden, die durch den Erschöpfungszustand der reiz-

baren Schwäche hindurch immer tiefere Störungen der psychophysischen Leistungen heraufführen. Zu der Wirkung psychischer Schädlichkeiten pflegt sich aber fast immer noch diejenige mannigfacher somatischer Momente, Elend, Entbehrungen, schlechte Ernährung, unregelmässige Lebensweise, Excesse aller Art, hinzuzugesellen, so dass es im Einzelfalle gänzlich unmöglich ist, den Antheil der verschiedenen Ursachen an dem Zustandekommen des psychopathischen Gesamtergebnisses auch nur annähernd festzustellen. Griesinger ist der Ansicht, dass im Allgemeinen die psychischen Ursachen in der Aetiologie des Irreseins ziemlich bedeutend die Rolle der körperlichen überwiegen. Eine genauere Fixirung dieses Verhältnisses dürfte übrigens aus den früher angeführten Gründen nur einen sehr untergeordneten wissenschaftlichen Werth haben.

Nirgends vielleicht spielt der individuelle Factor, die Reactionsweise des Betroffenen eine grössere Rolle, als bei der Entstehung des Irreseins aus psychischen Ursachen. Allerdings wissen wir ja, dass auch die körperliche Widerstandsfähigkeit verschiedener Menschen innerhalb recht weiter Grenzen schwankt, aber die Erfahrung lehrt, dass auf psychischem Gebiete die Differenzen noch um ein Beträchtliches grösser ausfallen. Sind es doch gerade diese Verschiedenheiten in der Reaction auf die wechselnden Eindrücke des Lebens, in welchen sich uns die fast unabsehbare Mannigfaltigkeit der psychischen Individualitäten, der „Naturen“, „Charaktere“ und „Temperamente“ documentirt! So kommt es, dass psychische Ursachen allein im Allgemeinen bei normal entwickelten, rüstigen Persönlichkeiten wol nur äusserst selten wirkliche Geistesstörungen zu erzeugen im Stande sind, während sie auf dem Boden der Prädisposition zweifellos zu den wichtigsten Causalmomenten des Irreseins gerechnet werden müssen.

**Psychische Contagion.** Zunächst haben wir hier des Vorganges der uneigentlich so genannten „psychischen Contagion“ zu gedenken, der Ausbreitung psychischer Störungen durch „Ansteckung“. Dass gewisse einfache, unwillkürliche Bewegungen, das Gähnen, Lachen, Räuspern, Husten, Erbrechen, durch Nachahmung, d. h. durch die Erzeugung der

Vorstellung dieser Bewegungen, hervorgerufen werden, ja dass sogar Ohnmachten (Soldaten beim Impfen), epileptische, hysterische, choreatische Convulsionen (Mädchenschulen) auf gleiche Weise ausgelöst werden können, ist eine sehr bekannte Thatsache. Die Medicinalgeschichte berichtet uns ferner von dem endemischen Auftreten religiöser Exaltationszustände in grösserem Massstabe, offenbar ebenfalls unter dem Einflusse der Nachahmung\*), und anscheinend ganz ähnliche Vorgänge werden unter verschiedenen Bezeichnungen noch heute bei gewissen, leicht erregbaren Völkerstämmen und religiösen Secten beobachtet. Endlich zeigen uns die Erfahrungen an Hypnotischen, in welcher Weise man experimentell eine willenlose Abhängigkeit des Vorstellungsverlaufes und der Reactionen des Individuums von gewissen äusseren Eindrücken herstellen kann. So kommen denn auch Fälle zur Beobachtung, in denen mehrere mit einander in Berührung lebende Personen gleichzeitig oder kurz nacheinander unter ihrem gegenseitigen Einflusse in der gleichen Weise psychisch erkrankten (inducirtes Irresein\*\*), folie à deux); ich selbst hatte Gelegenheit, im Zeitraum von acht Tagen drei mit religiöser Exaltation und Sinnestäuschungen erkrankte Geschwister in die Anstalt aufzunehmen. Die Psychose kann dabei entweder einfach durch die gemüthliche Erregung, welche sie bei der Umgebung erzeugt, als Gelegenheitsursache krankmachend wirken, oder aber es werden direct gewisse Krankheitserscheinungen durch eine Art von Suggestion dauernd oder vorübergehend von einem Individuum auf das andere übertragen. Namentlich bei Verrückten und Querulanten macht man bisweilen die Beobachtung, dass sie die eine oder andere Person ihrer Umgebung gänzlich in ihre Wahnideen hineinziehen und dieselbe von der Realität ihrer Ansprüche vollständig überzeugen. Die secundär Erkrankten sind in solchen Fällen regelmässig prädisponirte, beschränkte Individuen mit sehr geringer

\*) Hecker, Die grossen Volkskrankheiten des Mittelalters, herausgegeben von Hirsch. 1865.

\*\*\*) Lehmann, Archiv f. Psychiatrie, XIV, 1; Jakowenko, Wjestnik Psychiatrii, 1887; Werner, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XLIV, 4 u. 5; Wollenberg, Archiv f. Psychiatrie, XX, 1.

psychischer Widerstandsfähigkeit. Nicht ohne Weiteres mit dem inducirten Irresein zusammenzuwerfen sind natürlich jene selteneren, aber interessanten Fälle, in denen Geschwister (besonders Zwillinge!) auch ohne gegenseitige Beeinflussung eine mitunter geradezu verblüffende Aehnlichkeit in den Krankheitssymptomen darbieten.

Eine gewisse Analogie mit dem Vorgange der psychischen Contagion zeigen jene in der neueren Zeit mehr beachteten Erfahrungen von geistigen Störungen im Anschlusse an hypnotische Versuche. Die Gefahr liegt hier in dem Umstande, dass bei stark neuropathisch belasteten Personen der wiederholt durch den Experimentator ihnen aufgedrungene hypnotische Zustand bisweilen später in Folge von Autosuggestion spontan häufig und immer häufiger wiederkehren kann, wie ich selbst in einem schliesslich mit Suicidium endenden Falle zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Hauptursache der Psychose liegt auch hier wol immer in der krankhaften Anlage, doch mahnen solche Vorkommnisse jedenfalls zu grosser Vorsicht in der praktischen Handhabung des Hypnotismus.

**Affecte.** Am mächtigsten wirken natürlich solche Eindrücke auf die psychische Persönlichkeit ein, welche mit starken Schwankungen der gemüthlichen Gleichgewichtslage verbunden sind und Affectzustände erzeugen. Drückt sich doch gerade in der Stärke der Gefühle, die einen Eindruck begleiten, der Grad des inneren Antheils aus, welchen das Subject an demselben nimmt! Die äussere Ursache des Affectes ist dabei an sich irrelevant; „jedes Geschlecht, jeder Stand, jedes Individuum“, sagt Griesinger, „holt sich seine geistigen Wunden auf dem Kampfplatze, den ihm die Natur und die äusseren Umstände angewiesen haben, und Jeder hat wieder einen andern Punkt, auf dem er am verletzlichsten ist, eine andere Sphäre, von der am leichtesten heftige Erschütterungen ausgehen, der Eine sein Geld, der Andere seine äussere Werthschätzung, der Dritte seine Gefühle, seinen Glauben, sein Wissen, seine Familie u. dgl. m.“ Fast ausschliesslich sind es die depressiven Affecte, die wir hier in Betracht zu ziehen haben; wir wissen ja auch, dass gerade sie die mächtigsten und dauerndsten Stürme im



Menschen zu erzeugen vermögen, während selbst die höchsten Grade der Freude rasch in das ruhige Gefühl des gesicherten Glückes überzugehen pflegen. Angst vor einem bevorstehenden Unglück, Schreck über ein unerwartetes Ereigniss, Zorn über ein widerfahrenes Unrecht, Verzweiflung über einen erlittenen Verlust, das sind die gewaltigsten momentanen Erschütterungen, welchen unser psychisches Gleichgewicht ausgesetzt ist, und die daher verhältnissmässig häufig als Ursachen tieferer und länger dauernder Störungen aufgeführt werden. Gerade hier dürften die regelmässig vorhandenen vasomotorischen Erregungs- und Lähmungszustände für die Pathogenese von entschiedenem Belange sein.

Die symptomatische Form der Psychose schliesst sich zumeist dem Charakter des Affectes an und bewegt sich in den Vorstellungskreisen, die denselben hervorriefen, so dass wir in Folge von Angst und Verzweiflung vorzugsweise depressive, nach zornigen Affecten gewöhnlich furibunde Aufregungszustände und unter dem Einflusse des Schrecks zumeist stuporöse Formen der psychischen Störung entstehen sehen. Allein dieses Verhalten zeigt durchaus keine zwingende Regelmässigkeit; auch heitere Exaltation mit völliger Amnesie für den veranlassenden Vorfall kann z. B. auf einen schreckhaften Eindruck hin zur Entwicklung gelangen. Der Anschluss der Psychose an die Gemüthsbewegung ist bisweilen ein ganz unmittelbarer, plötzlicher; weit häufiger aber stellt sie sich erst nach einigen Tagen oder selbst Wochen heraus. Ich hatte Gelegenheit, den sehr eclatanten Uebergang des normalen Schmerzes einer Mutter über den Tod ihres Kindes in den pathologischen Affect direct zu beobachten. Nachdem zunächst die Trauerbotschaft selbst sie ausschliesslich beschäftigt hatte, machten sich am dritten Tage unmotivirte Selbstanklagen, die Furcht, hingerichtet zu werden, sowie ängstigende Sinnestäuschungen bemerkbar, während der Gedanke an das verstorbene Kind von da ab und für den ganzen weiteren Verlauf der mit vielfachem Stimmungswechsel verbundenen Psychose gänzlich in den Hintergrund trat.

Auch die chronischen depressiven Affecte sind ohne Zweifel, und zwar vielleicht in höherem Grade, als die

acuten, im Stande, eine pathologische Störung des psychischen Lebens herbeizuführen. Den Einfluss schnell eintretender, aber kurz dauernder Schädlichkeiten vermag auch der psychische Organismus oft leichter zu verwinden, als jene langsamen, continuirlichen Einwirkungen, welche eine beständige Trübung des Stimmungshintergrundes herbeiführen, mit immer stärkerem Drucke allmählich jede freiere, freudige Regung zurückdrängen und das Gefühl des Unglückes bis zur Unerträglichkeit anwachsen lassen. Schlaflosigkeit, chronische Verdauungs- und Circulationsstörungen mögen hier als die somatischen Factoren angesehen werden, deren Wirkung derjenigen der psychischen Causalmomente parallel geht. Hierher gehört namentlich die Sorge in ihren mannigfaltigen quälenden Formen, der Kummer über erlittene Enttäuschungen, unglückliche Liebe, Trennung von geliebten Personen und Versetzung in ungewohnte, peinigende Verhältnisse (Nostalgie, Heimweh), endlich die Reue über begangene Fehltritte. Auch hier besteht zumeist ein gewisser symptomatischer Zusammenhang zwischen Inhalt des Affectes und Form der Psychose, ohne dass jedoch die selbständige Entwicklung dieser letzteren irgendwie beeinträchtigt würde.

**Gefangenschaft.** Eine ganze Reihe dieser psychischen Ursachen findet sich vereinigt in der Gefangenschaft, speciell in der Isolirhaft, die erfahrungsgemäss einen grossen Procentsatz (2—3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) von Geistesstörungen erzeugt.\*) In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle besteht hier schon eine mehr oder weniger schwere psychopathische Prädisposition, theils auf Grund degenerativer Veranlagung, theils durch mannigfache Lebensschicksale (uneheliche Geburt, schlechte Erziehung, Traumata, Alkoholismus) erworben. Dazu kommen die besonderen hygienischen Verhältnisse des Gefängnislebens (Kost, ungenügende Bewegung, Mangel frischer Luft), die Nachwirkungen der Untersuchungshaft und vor Allem die Einsamkeit, welche dem Eingesperrten zur grübelnden Beschäftigung mit den eigenen Gedanken gründliche Musse

---

\*) Gutsch, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XIX, p. 1; Kirn, ibidem XLV, p. 1.

giebt und ihn die Angst vor der Zukunft, die Reue über das Begangene auf das Lebendigste empfinden lässt. Der Ausbruch der Psychose erfolgt bisweilen schon in den ersten Tagen oder Wochen (Untersuchungshaft), häufiger nach einigen Monaten, selten nach Ablauf des ersten Jahres. Bei Weitem am häufigsten wird in der Stille des Isolierzimmers das Krankheitsbild des hallucinatorischen Wahnsinns, namentlich der acut auftretenden, rasch verlaufenden Formen, meist mit intensiven Angstzuständen und Selbstmorddrang, seltener mit expansiven Wahnideen und Sinnestäuschungen, beobachtet. Diese, zum Theil allerdings von ihm als acute hallucinatorische Melancholie aufgefassten Zustände bezeichnet Kirn als die geradezu charakteristische Psychose der Einzelhaft. Wo indessen nicht sowol die Isolirung, als vielmehr andersartige Momente die hauptsächlichliche Ursache der Psychose bilden, können natürlich auch alle möglichen anderen Formen psychischer Erkrankung zur Beobachtung gelangen. Ausser den verschiedenen Arten des Schwachsinns mit oder ohne Epilepsie und periodischen, triebartigen Aufregungen („Zuchthausknall“) kommt hier namentlich die hallucinatorische Verrücktheit mit Grössen- und Verfolgungsideen, sowie der Querulantenwahn in Betracht.

**Krieg.** Ganz besonders reich an psychischen Ursachen des Irreseins ist der Krieg. Wenn Sommer\*) den Nachweis geliefert hat, dass der Militärdienst im Frieden wesentlich nur psychopathisch prädisponirte Personen krank macht und keinesfalls mehr Opfer an Geistesstörungen fordert, als in der entsprechenden Civilbevölkerung beobachtet werden, so pflegen doch Kriegsjahre\*\*) regelmässig mit einer mächtigen Steigerung der psychischen Morbidität in der Armee einherzugehen. Der Grund dieses Verhaltens liegt zum Theil in der grösseren Häufung von Gelegenheitsursachen, namentlich von Kopfverletzungen und acuten Krankheiten, hauptsächlich aber in der mehr chronischen Erschöpfung durch körperliche Strapazen, Schlaflosigkeit und tiefgreifende, anhaltende

---

\*) Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XLII.

\*\*) Sanitätsbericht über die deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich 1870/71, Bd. VII.

gemüthliche Erregungen. Die klinischen Bilder sind demgemäss einmal schwere neurasthenische Zustände, Unfallspsychosen bis zur acuten Demenz, andererseits ganz besonders die Paralyse, seltener Melancholien und hallucinatorischer Wahnsinn. Häufig genug entwickelt sich das Irresein (namentlich die Paralyse) auf der durch den Feldzug gelegten Grundlage erst einige Zeit nachher, um dann meist einen chronischeren und ungünstigeren Verlauf zu nehmen.

**Ueberanstrengung.** Alle diese Betrachtungen lassen unschwer erkennen, dass wir es bei den chronisch wirkenden Ursachen des Irreseins sehr gewöhnlich mit einer Cumulation, mit einer allmählich sich ausbildenden Zustandsveränderung zu thun haben, die zunächst noch nicht selbst als Krankheit zu bezeichnen ist, aber den Boden mehr und mehr vorbereitet, auf dem dann schliesslich unter dem Einflusse der fortwirkenden Causalmomente die eigentliche Psychose zum Ausbruch gelangt. Es lässt sich daher hier die direct krankmachende von der prädisponirenden Wirkung auch theoretisch nicht mehr trennen. Geistige Thätigkeit und Gemüthsleben beruhen auf den normalen Functionen des Centralorgans unseres Bewusstseins; nur das Uebermass dieser Functionen ist es, welches dieselben zu schädigenden Einflüssen heranwachsen lässt. Wie auf dem Gebiete des peripheren Nervensystems, so führt auch im Gehirn jede übermässig gesteigerte functionelle Reizung zunächst zu einer bleibenden Erhöhung der Reizbarkeit, zu jenem Zustande, den wir als reizbare Schwäche bezeichnen, und der dann endlich bei Fortdauer der einwirkenden Reizmomente in die Erschöpfung, in die Abschwächung aller functionellen Leistungen übergeht. Die grössere oder geringere Schnelligkeit, mit welcher diese Zustandsveränderungen sich im einzelnen Falle ausbilden, hängt natürlich ganz von der individuellen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit ab.

Das sind ungefähr die Gesichtspunkte, von denen aus sich die prädisponirende Wirkung geistiger und gemüthlicher Ueberanstrengung auffassen lässt. Die nächste Folge solcher fortgesetzter Schädlichkeiten ist regelmässig der Symptomencomplex der Neurasthenie, Erhöhung der psychi-

schen Reizbarkeit, Zerstreutheit, Verstimmung, hypochondrische Befürchtungen, Schlaflosigkeit, verbunden mit mannigfaltigen „nervösen“ Symptomen, im weiteren Verlaufe dagegen Erschöpfung, Unfähigkeit zu geistiger Anstrengung, intensives Ruhebedürfniss und Apathie. Diese Störungen, deren leichteste Formen ein Jeder an sich gelegentlich beobachten kann, wenn irgend eine Situation erhöhte Anforderungen an seine psychischen Leistungen stellt (Examen), entwickeln sich zu dauernden Zustandsveränderungen dort, wo die Causalmomente immer von Neuem auf das Individuum einwirken, oder dort, wo der Organismus von vornherein nicht die genügende Elasticität besitzt, um die schädigenden Einflüsse in der Ruhe rasch und erfolgreich ausgleichen zu können.

Praktisch kommt die Ueberanstrengung als Ursache psychischer Störungen hauptsächlich nach zwei Richtungen in Betracht, einmal als Uebermass rein intellectueller Leistung bei Schülern, Studenten, Gelehrten, dann aber als Ueberbürdung mit Pflichten verschiedener Art bei Krankenpflegerinnen, Erzieherinnen, Eisenbahnbeamten u. s. f. Die erstere Form birgt ernstere Gefahren nur für jugendliche oder bereits prädisponirte Individuen; hier können vor Allem acute Demenz, seltener Manie oder Melancholie zur Entwicklung gelangen, während sich sonst die in der Regel einfach neurasthenischen Erscheinungen bei längerer Ruhe leicht wieder zu verlieren pflegen. Im zweiten Falle wird die geistige Ueberanstrengung meist durch beständige gemüthliche Anspannung, das Gefühl der Verantwortlichkeit sowie durch körperliche Strapazen complicirt; wir begegnen daher hier im Allgemeinen schwereren und länger dauernden psychischen Erkrankungen, besonders Melancholien und den verschiedenen Formen des Wahnsinns.

### **B. Innere Ursachen (Prädisposition).**

Mit der Betrachtung der psychopathischen Praedisposition betreten wir jenes zweite grosse Gebiet der ätiologischen Forschung, welches sich mit den in der Persönlichkeit des Erkrankten selbst gelegenen Ursachen beschäftigt.

Der Versuch, ein vollständiges Verständniss für die Entstehung der einzelnen Erkrankung zu gewinnen, weist uns zurück auf die gesammte Entwicklungsgeschichte der vorliegenden psychischen Persönlichkeit und führt uns zu dem Studium aller jener inneren und äusserlichen Einwirkungen, welche an der eigenartigen Ausprägung derselben mitgearbeitet haben. Der Uebersichtlichkeit wegen pflegt man diese Einflüsse in zwei grosse Kategorien abzutrennen, in allgemeine und individuelle, je nachdem sie sich auf bestimmte sociale Gruppen von Individuen insgesamt erstrecken, oder je nachdem sie nur einzelne Mitglieder derselben betreffen und somit diesen letzteren eine Sonderstellung gegenüber ihrer Umgebung verleihen.

### 1. Allgemeine Prädisposition.

Zwei verschiedenartige Factoren sind es, die man zu meist unter der Rubrik der allgemein prädisponirenden Ursachen zusammenfasst, nämlich einmal die Herabsetzung der psychischen und somatischen Widerstandsfähigkeit, wie sie durch die besondere Organisation oder die besonderen Lebensverhältnisse einer Gruppe von Individuen bedingt wird, dann aber auch die von den gleichen Umständen abhängige grössere oder geringere Häufigkeit der äusseren Ursachen psychischer Erkrankung. Streng genommen, kann natürlich nur im ersteren Falle von einer wirklichen Praedisposition die Rede sein, doch empfiehlt es sich aus praktischen Gründen, auch die Betrachtung der letztgenannten Verhältnisse hier anzuschliessen.

**Lebensalter.** Von den anthropologischen Factoren, welche die Entwicklung der psychischen Individualität entscheidend beeinflussen, sind die wichtigsten das Lebensalter und das Geschlecht. Das Gehirn des Neugeborenen ist in gewisser Beziehung tabula rasa; es ist wol die Organisation vorhanden, welche dasselbe zu seinen späteren complicirten Leistungen befähigt, und es bestehen gewiss auch Dispositionen, welche die Entwicklung dieser Leistungen in eine bestimmte Bahn zwingen, aber der Inhalt des Bewusst-

seins ist noch äusserst dürftig, die Verknüpfung der einzelnen psychischen Phänomene unvollkommen und die Reproductionsfähigkeit in Folge dessen überaus beschränkt: es besteht noch keine constante, den Bewusstseinsinhalt und die Triebbewegungen beherrschende, von der Aussenwelt abgegrenzte psychische Persönlichkeit.

Allerdings wird dieser Mangel sehr rasch ausgeglichen durch die enorme Leichtigkeit, mit der sich im kindlichen Gehirn jene functionellen Verbindungen ausbilden, die wir als die Grundlage der psychischen Vorgänge anzusehen pflegen. Indessen dieses Verhalten schliesst zugleich eine Gefahr für das psychische Leben des Kindes in sich. Die Möglichkeit einer so raschen Bereicherung des Bewusstseinsinhaltes beruht nämlich auf einer grösseren Impressionabilität und hat somit auch eine geringere Widerstandsfähigkeit gegen äussere Eindrücke zur Folge. Die grössere Erregbarkeit des Interesses geht naturgemäss auch mit einer leichteren Ablenkbarkeit und Zerstreutheit desselben einher. Die Leichtigkeit, mit der sich die Vorstellungen an einander knüpfen, bringt einen Hang zu phantastischer Auffassung und „märchenhafter Belebung“ der Aussenwelt mit sich. Dazu gesellt sich eine grosse Labilität der Stimmungen und Affecte und die Neigung zu raschem, unüberlegtem Handeln. Physiologisch drückt sich diese Eigenthümlichkeit des Kindesalters, wie wir durch Soltmann's Untersuchungen wissen, in der geringeren Ausbildung der hemmenden Einflüsse im Nervensystem aus.

Man sollte daher erwarten, dass diese geringere Widerstandsfähigkeit des kindlichen Gehirns, wie sie auch im psychischen Leben hervortritt, eine entschiedene Disposition zu geistiger Erkrankung involvire. In der That spricht für diese Ansicht die tägliche Beobachtung, indem sie uns zeigt, wie gewisse Causalmomente, die der Erwachsene ohne Störung erträgt, z. B. leichte febrile Temperatursteigerungen, im Kindesalter alsbald ausgeprägte Bewusstseinsalterationen herbeizuführen pflegen. Allein die Energie der Lebensvorgänge und die Elasticität der kindlichen Constitution ermöglichen gerade in diesem Alter offenbar einen rascheren und vollständigeren Ausgleich der Störungen, so dass die Dauer

derselben, wenn nicht Unheilbarkeit eintritt, in der Regel nur eine kurze zu sein pflegt. Sie entgehen auf diese Weise meist der psychiatrischen Statistik. Dazu kommt, dass eine grosse Zahl jener Causalmomente, die im Laufe des späteren Lebens als die wichtigsten Ursachen des Irreseins angesehen werden müssen (Sorgen und Ueberanstrengung, Geschlechtsleben, Excesse mit ihren Folgen), im Kindesalter so gut wie ausgeschlossen sind. Trotz der entschieden grösseren Disposition sind daher psychische Störungen nach der Angabe aller Autoren in den ersten Lebensjahren verhältnissmässig selten\*); alle genauen Zahlenangaben verbieten sich wegen der unsicheren statistischen Grundlagen von selbst.

Für die richtige Würdigung dieser Verhältnisse ist indessen noch ein weiterer Umstand in Betracht zu ziehen, nämlich die symptomatische Form der Kinderpsychosen. Der Mangel einer geschlossenen psychischen Persönlichkeit und die geringe Ausbildung der höheren intellectuellen Functionen machen es begreiflich, dass einmal solche Krankheitsbilder im Kindesalter nicht zur Entwicklung gelangen können, welche ihrem Wesen nach eine allmähliche Umwandlung eben der psychischen Individualität bedeuten, und dass andererseits gerade hier, sobald die Störung einmal eine tiefgreifende geworden ist, ein gänzlicher Verfall der psychischen Functionen sehr rasch eintreten muss, wo beim Erwachsenen der Erwerb der gesunden Vergangenheit noch lange den krankhaften Defect der momentanen psychischen Leistungsfähigkeit wenigstens theilweise zu verdecken vermag. So lange wir beim Kinde in der ersten Lebenszeit überhaupt noch nicht von einer eigentlichen psychischen Thätigkeit sprechen können, so lange werden wir auch keine Beeinträchtigungen derselben symptomatisch aufzufassen vermögen; die Psychopathologie fällt hier mehr oder weniger mit der Hirnpathologie zusammen und hat höchstens triebartige Aufregungszustände als psychische Begleiterscheinungen der Hirnerkrankungen zu verzeichnen.

Auch im späteren Kindesalter sind es fast aus-

---

\*) Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters. 1887; Moreau, la folie chez les enfants. 1888.



schliesslich Störungen des affectiven Lebens (ängstliche oder maniakalische Erregung) oder ganz elementare Alterationen des Vorstellungsverlaufes (Delirien), aus denen sich die psychopathischen Krankheitsbilder zusammensetzen. Sinnestäuschungen und vereinzelte Wahnideen sind ebenfalls häufig, aber wirkliche Systematisirung derselben, wie in der Verrücktheit, überaus selten. Auf der anderen Seite muss natürlich jede Entwicklungshemmung des Gehirns, wie sie durch fötale Erkrankungen bedingt wird, und ebenso jede dauernde tiefere Beeinträchtigung seiner Functionen gerade hier das klinische Bild des Blödsinns und Schwachsinnns in seinen verschiedenen Graden, wie es symptomatisch durch die Entwicklungsstufe jedes Neugeborenen repräsentirt wird, zu einem dauernden Zustande werden lassen. Die geringe Zahl eigentlicher psychopathischer Krankheitsprocesse im Kindesalter wird daher durch ein ausgedehntes Contingent von Fällen angeborener oder in den ersten Lebensjahren erworbener psychischer Schwäche (Idiotie) reichlich wieder ausgeglichen.

Mit der fortschreitenden Ausbildung der psychischen Individualität und mit dem gleichzeitigen Hervortreten mannigfacher neuer Krankheitsursachen nimmt die Häufigkeit und symptomatische Reichhaltigkeit der Geistesstörungen allmählich zu. Namentlich die Pubertätsperiode mit ihren mächtigen Umwälzungen auf physischem und psychischem Gebiete, sowie mit den gesteigerten Anforderungen an die Arbeitskraft des Individuums ist es, die hier eine bedeutsame Rolle spielt. Die eigenthümlichen Stimmungsanomalien dieser Zeit (erhöhte Reizbarkeit, Neigung zur Schwärmerei und Sentimentalität) können sich zu ausgeprägten depressiven oder expansiven Krankheitsformen entwickeln, vielfach den ersten Vorläufern periodisch wiederkehrender Störungen; die unbestimmten, triebartigen, der Sexualsphäre entstammenden Gefühle geben den günstigen Boden ab für masturbatorische Aufregungen und allerlei impulsive Acte, während gleichzeitig gerade in diesem Alter der massgebende Einfluss jener individuellen Anlagen, durch welche die Ausbildung des persönlichen Charakters und der persönlichen Lebensauffassung bestimmt

wird, stärker hervorzutreten beginnt. In den kleinen Conflicten und Stürmen dieses Alters macht sich schon jetzt die triebartige Heftigkeit der Affecte, die leichte Bestimmbarkeit des Handelns oder die Gleichgültigkeit eines phlegmatischen Egoismus geltend, als Zeichen innerer Haltlosigkeit oder Gemüthsstumpfheit. Auch hier überwiegen noch durchaus die affectiven Formen des Irreseins; die bisweilen begleitenden intellectuellen Störungen kündigen sich aber schon als die ersten Spuren jener tiefgreifenden Krankheitsprocesse an, welche im weiteren Verlaufe eine fundamentale Verfälschung des gesammten Bewusstseinsinhaltes herbeiführen. Gleichwol vermag der Schutz, welchen die heranwachsende Jugend im elterlichen Hause zu geniessen pflegt, die Morbidität dieser Altersklasse noch relativ günstig zu gestalten. Auf den nun folgenden Entwicklungsstufen mit ihren successive immer wachsenden Gefahren nimmt die Häufigkeit der psychischen Erkrankungen stetig zu.

Die nächste Periode umfasst das Alter der Jugendblüthe, bis etwa zum 25. Lebensjahre. Die in der Pubertätszeit angebahnte Entwicklung des Intellectes und des Charakters schreitet fort, um allmählich zu einem gewissen Abschlusse zu gelangen. Noch immer besteht eine grössere Impressionabilität, ein lebhafteres und unbeständigeres Gefühlsleben, leichte Bestimmbarkeit der Handlungen durch äussere Einflüsse, zugleich aber auch eine gewisse Elasticität, die dem Individuum über widrige Erfahrungen vielfach leichter hinweghilft, als in einem späteren Lebensalter. Eine Reihe von Schädlichkeiten beginnen jetzt mit der grösseren Selbständigkeit der Lebensstellung und den erhöhten Anforderungen an die intellectuellen und moralischen Kräfte ihre Wirksamkeit zu entfalten; die Unzulänglichkeit der individuellen Anlage tritt daher nunmehr deutlicher hervor, wenn sie so lange in den wenig exponirten Verhältnissen des Kindesalters unbemerkt geblieben war. Jene psychischen Invaliden, die dem Kampfe um's Dasein nicht gewachsen sind, scheiden sich durch die eigenthümliche Art ihrer Reaction auf die Lebensreize, durch die pathologische Entwicklung ihrer Vorstellungskreise und ihrer Gefühle von den „rüstigen“ Individuen ab. Ein häufig bei

derartigen Personen auftretendes Krankheitsbild ist von Kahlbaum und Hecker\*) als Hebephrenie beschrieben worden; dasselbe ist durch den Wechsel oberflächlicher emotiver Zustände, bizarre, phantastische Wahnideen, excentrisches, unberechenbares, affectirtes Handeln und den raschen Uebergang in unheilbaren Schwachsinn charakterisirt. Im Uebrigen können gelegentlich so ziemlich alle Formen der Psychosen in diesem Lebensalter zur Beobachtung kommen; es überwiegen jedoch die affectiven Störungen.

Die grösste statistische Häufigkeit der psychischen Erkrankungen fällt in die Zeit der vollen Kraftentfaltung vom 25. bis zum 40. Lebensjahre. Sicherlich ist nicht die besondere Prädisposition der entwickelten physischen und psychischen Persönlichkeit, sondern lediglich die Zahl der von Aussen auf dieselbe einstürmenden Krankheitsursachen als der Grund dieses Verhaltens anzusehen. Die Widerstandsfähigkeit ist in diesem Alter zweifellos am grössten, aber die Schädlichkeiten sind in rascherer Progression angewachsen, als jene. Die Schwierigkeiten der Lebensführung vergrössern sich mit der zunehmenden Selbstständigkeit und der Sorge um Weib und Kind; aus der weiter reichenden Verantwortlichkeit entspringen ernstere Conflictte und Sorgen; die höher gespannten Hoffnungen bringen Enttäuschungen mit sich, und die dauernde Anspannung aller physischen und geistigen Kräfte im Daseinskampfe wird nicht lange ohne Ermüdung und Erschöpfung ertragen. Dazu gesellen sich die vielfachen körperlichen Erkrankungen, denen die rücksichtslose Arbeit das Individuum aussetzt, die verhängnissvollen Phasen des Geschlechtslebens beim Weibe und — last, not least — die verderbliche Wirkung der Excesse in Baccho et Venere (Syphilis!). Die verschiedensten ätiologischen und symptomatischen Gruppen des Irreseins gewinnen daher in diesem Alter ihre weiteste Verbreitung; als einigermaßen charakteristisch darf für dasselbe besonders die allgemeine Paralyse angesehen werden; auch die Verrücktheit, jene Erkrankungsform, in der sich so oft die Unzulänglichkeit der natürlichen Anlage

\*) Hecker, Virchow's Archiv LII, p. 394.

gegenüber den Anforderungen des Lebens documentirt, tritt hier besonders in den Vordergrund.

In dem Quinquennium vom 36. bis zum 40. Lebensjahre ist die psychische Morbidität auf ihrem Höhepunkte angelangt. Von da ab werden die Erkrankungen allmählich seltener, vielleicht deswegen, weil nunmehr das Ziel einer gesicherten Lebensstellung in der Mehrzahl der Fälle erreicht ist und damit eine Anzahl von Sorgen und Aufregungen in Wegfall kommt, andererseits, weil das reifere Alter der Verführung zu Excessen weniger zugänglich ist und beim Weibe die Gefahren des Fortpflanzungsgeschäftes nunmehr zurücktreten. Zuerst langsam, von der Mitte der 50er Jahre aber rascher sinkt die Häufigkeit psychischer Erkrankungen mit zunehmendem Alter. Ohne Zweifel kommt hier, in den späteren Altersklassen, auch der Abnahme der psychischen Eindrucksfähigkeit eine bedeutsame Rolle zu. Der Gesichtskreis verengt sich, die Reproductions- und Combinationsfähigkeit nimmt ab, das Gefühlsleben verödet und zieht sich auf das Gebiet der unmittelbarsten egoistischen Interessen zurück. Gerade diese mehr oder weniger ausgesprochene Stumpfheit ist es, welche den Greis im Allgemeinen weniger empfänglich gegen psychische Schädlichkeiten macht und ihn vor excessiven Schwankungen des gemüthlichen Gleichgewichts bewahrt. Zudem ist dieses Lebensalter ja gewissermassen bereits „durchseucht“; die grosse Mehrzahl der psychischen Invaliden sind schon früher den verderblichen Einflüssen krankmachender Momente unterlegen. Andererseits hat nicht selten die aufreibende Arbeit des Lebens hier eine neue, erworbene Prädisposition geschaffen, indem sie die Widerstandsfähigkeit des verbrauchten, auch körperlich erschöpften Individuums untergraben hat. Von Wichtigkeit sind nach dieser Richtung hin namentlich auch die somatischen Veränderungen, welche sich in dieser Periode vollziehen, das Klimakterium der Frauen, die Atheromatose der Gefässe, die Involutionvorgänge im Nervensysteme und in den verschiedensten Organen. Wenn daher auch einerseits die psychische Empfänglichkeit beim Greise abgenommen hat und andererseits die meisten jener Krankheitsursachen,

welche die kräftigsten Lebensalter bedrohen, hier wegzufallen pflegen, so birgt doch schon der normale Gang der Ereignisse eine Reihe von Gefahren für die psychische Integrität des Individuums in sich, denen bis zu einem gewissen Grade ein Jeder unterliegen muss. Der gemeinsame Grundzug aller senilen Psychosen ist die Schwäche, die Unzulänglichkeit der psychischen Leistungen. Abnahme des Gedächtnisses, Unfähigkeit zu intellectueller Erfassung und Verarbeitung neuer Eindrücke, Verwirrtheit und Zerfahrenheit, Oberflächlichkeit der Affecte, hypochondrische Befürchtungen, nächtliche Unruhe, dabei Neigung zu rascher Verblödung sind die hervorstechendsten Züge der hierher gehörigen Krankheitsbilder. Bemerkenswerth ist dabei die Häufigkeit von Gehirnsymptomen, Schwindel, apoplektiformen Anfällen, convulsiven und Lähmungserscheinungen.

**Geschlecht.** Die Frage nach der Disposition der beiden Geschlechter zu psychischer Erkrankung ist auf Grund statistischer Erhebungen vielfach verschieden beantwortet worden. Ohne weiteres Eingehen auf die Würdigung der Fehlerquellen jener Methode sei hier nur bemerkt, dass die statistische Häufigkeit des Irreseins im Allgemeinen keine erheblichen und sicheren Differenzen zwischen beiden Geschlechtern erkennen lässt. In Wirklichkeit dürfte es kaum zweifelhaft sein, dass das Weib mit seiner zarteren Organisation, mit der geringeren Ausbildung der intellectuellen Functionen und dem stärkeren Hervortreten des Gefühlslebens eine geringere Widerstandsfähigkeit gegen die physischen und psychischen Ursachen des Irreseins besitzt, als der Mann. Allein die Bedeutung dieser Prädisposition für die wirkliche Häufigkeit psychischer Erkrankungen wird ausgeglichen durch die relativ geschützte Stellung, die das Weib dem unvergleichlich mehr exponirten Manne gegenüber einnimmt. Alle jene Schädlichkeiten, die der Kampf um's Dasein mit sich bringt, treffen in erster Linie und vorwiegend den Mann, dem die Sorge für die Familie obliegt, wenn auch die Mühsalen des Lebensunterhaltes für das unverheirathete Weib vielfach weit grösser sein mögen. Ferner ist vor Allem auf die Wirkung der Excesse nach den verschiedensten Richtungen hinzuweisen, Gefahren, denen

ganz vorzugsweise der Mann wegen der socialen und ökonomischen Unabhängigkeit seiner Stellung ausgesetzt ist, während das Weib, durch Erziehung und Sitte gebunden, stets ein eintönigeres, regelmässigeres und ruhigeres Leben zu führen gezwungen ist. Wo dieser Zwang einmal durchbrochen und der Leidenschaftlichkeit der weiblichen Individualität freier Spielraum gegeben ist, bei Prostituirten, sehen wir daher sofort die geringere Widerstandsfähigkeit des weiblichen Geschlechtes in erschreckenden Procentsätzen des Irreseins und der Selbstmorde zum Ausdruck gelangen.\*) Allerdings dürfte gerade hier die relative Häufigkeit ursprünglicher psychopathischer Veranlagung mit in Rechnung zu ziehen sein.

Die besondere Aetiologie der weiblichen Psychosen wird durchaus beherrscht durch die Zustände des Genitalapparates. Die Bedeutung der Sexualerkrankungen, der Schwangerschaft, des Wochenbettes, der Lactation ist schon früher berührt worden; sie tragen die Schuld, dass zwischen dem 16. und 35. Lebensjahre thatsächlich die Morbidität des weiblichen Geschlechtes eine etwas höhere ist, als diejenige des Mannes. Nach jenem Termin zeigt dieselbe eine absolute und relative Abnahme, bis mit den mannigfachen Umwälzungen und Störungen im klimakterischen Alter, etwa von Mitte der 40er bis Mitte der 50er Jahre, die Zahl der psychischen Erkrankungen beim Weibe wieder etwas überwiegt. Ja, zwischen dem 61. und 65. Lebensjahre lässt sich sogar eine absolute Zunahme der Geistesstörungen beim weiblichen Geschlechte nachweisen, die allerdings im späteren Alter wieder einer raschen Abnahme Platz macht. Dennoch erscheint das Weib von da ab dauernd mehr gefährdet, als der Mann.

Den Verschiedenheiten in den ursächlichen Verhältnissen bei beiden Geschlechtern entspricht auch das Vorwalten der einzelnen Krankheitsformen bei ihnen. Die Dementia paralytica, die alkoholischen Psychosen, die Verrücktheit mit ihrer vorzugsweise intellectuellen Störung überwiegen beim männlichen Geschlechte, während dem weiblichen die

---

\*) v. Oettingen, Moralstatistik. 3. Auflage. 1882, p. 767 ss.

grosse Kategorie der hysterischen Alienationen vorzugsweise eigenthümlich ist; auch Melancholien und depressiver Wahnsinn sind hier verhältnissmässig häufig, ganz besonders im höheren Lebensalter.

**Race und Nationalität.** Sehr wenig Sicheres lässt sich bei dem jetzigen Stande der Statistik und der grossen Complication der Frage über den prädisponirenden Einfluss der Race und Nationalität aussagen. Man kann eben nicht ermitteln, wie weit die sich herausstellenden statistischen Differenzen nicht vielmehr durch die socialen und klimatischen Unterschiede bedingt sind; jedenfalls sind die häufigen Angaben über Seltenheit des Irreseins bei „Naturvölkern“ aus dem genannten und vielen anderen Gründen mit grosser Vorsicht aufzunehmen. Jene Fehlerquelle fällt nur dort aus, wo verschiedene Racen unter annähernd gleichen Lebensbedingungen zusammenwohnen. So scheint sich für die Juden in der That eine grössere Neigung zu psychischen und nervösen Erkrankungen zu ergeben.

**Cultur.** Von den socialen Verhältnissen ist es namentlich die Höhe der allgemeinen Culturentwicklung, die man als die Ursache einer grösseren Häufigkeit des Irreseins angeschuldigt hat. Soweit die bisher allerdings noch ziemlich unzulänglichen Anfänge einer internationalen Irrenstatistik reichen, scheint wol in dem civilisirteren Westeuropa, namentlich in der Schweiz, das Verhältniss der Geisteskranken zur Bevölkerung ein höheres zu sein, als im Osten. Allein dieses Ergebniss hat wegen der verschiedenen Zuverlässigkeit der Vergleichszahlen nur einen sehr zweifelhaften Werth; im Allgemeinen dürften doch heute überall im Durchschnitt auf 1000 Einwohner eines Landes etwa 3 Geisteskranke zu rechnen sein. Andererseits kann allerdings kaum in Abrede gestellt werden, dass die rapide Zunahme der Geisteskranken, welche uns periodische Zählungen erkennen lassen, nur zum Theil eine scheinbare und durch die grössere Sorgfältigkeit der Erhebungen bedingte ist, und dass die wirkliche Zunahme eine raschere Progression aufweist, als das allgemeine Anwachsen der Bevölkerung. Dieses Verhalten wird treffend illustriert einmal durch die ebenfalls unzweifelhafte Steigerung der Selbstmordfrequenz, dann aber

durch den eigenthümlichen Gegensatz, der sich zwischen Stadt- und Landbevölkerung herausstellt. Gerade die grossen Städte mit ihren erhöhten Anforderungen an die intellectuelle und moralische Kraft des Einzelnen, mit ihrer Erschwerung der Lebensbedingungen und ihren mannigfachen Verführungen zu Excessen aller Art sind es, welche bei Weitem das grösste Contingent zu der raschen Vermehrung der Geisteskrankheiten und des Selbstmordes abgeben. Je intensiver und verwickelter sich die Concurrenz der Individuen und der Lebensinteressen gestaltet, desto grösser ist der Procentsatz Jener, die den gesteigerten Ansprüchen nicht gewachsen sind und in dem friedlichen Kampfe invalide werden. Nicht etwa die grössere „Immoralität“ oder „materialistischere Richtung“ der allgemeinen Bestrebungen, die sicherlich in den Massen niemals viel „moralischer“ oder „idealistischer“ gewesen sind, als heute, darf man für die Zunahme des Irreseins verantwortlich machen, sondern dieselbe ist eine nothwendige Folge unserer rasch fortschreitenden Entwicklung, und sie beruht insofern sogar theilweise auf einem stärkeren Hervortreten echter Humanität, als diese das Loos der unglücklichen Kranken zu verbessern und selbst das invalide Leben derselben so lange wie möglich zu erhalten sucht.

**Beruf.** Die Prädisposition einzelner Berufsarten zum Irresein ist natürlich zumeist nur in der grösseren Häufigkeit und Intensität der mit ihnen verknüpften Schädlichkeiten begründet; höchstens könnte man aus der Wahl mancher künstlerischen Berufsarten, z. B. des dichterischen und schauspielerischen, einen bisweilen zutreffenden Rückschluss auf die grössere psychische Impressionabilität des Individuums machen. Auch die Berufslosigkeit (Vagabunden, Gewohnheitsverbrecher u. s. f.) dürfte vielfach eine ähnliche Deutung (unvollkommene oder abnorme Entwicklung des Charakters) zulassen. Im Uebrigen aber sind es entweder psychische oder körperliche Ursachen, welche, an eine bestimmte Art der Lebensführung sich knüpfend, eine grössere Häufigkeit der psychischen Erkrankung zur Folge haben. Intellectuelle Ueberanstrengung kann bei Gelehrten oder im jugendlichen Alter bei Schülern prädisponirend



wirken, oder auf anderweitig vorbereitetem Boden dem Ausbruche des Irreseins Vorschub leisten; gemüthliche Erregungen spielen bei Militärs im Kriege, bei Börsenmännern, bei Künstlern, bei Gouvernanten ihre verderbliche Rolle. Matrosen, Schankwirthe, Prostituirte sind dem Einflusse aufreibender Excesse, besonders in Alcoholicis, ausgesetzt, während der Fluch der Noth, der Entbehrung, der Nahrungssorgen hauptsächlich die handarbeitenden Massen der Bevölkerung drückt. Körperliche Ueberanstrengung, Strapazen, Nachtwachen sind die Schädlichkeiten, welche der Militärdienst mit sich bringt; im Verein mit den beständigen Erschütterungen des Fahrens treffen sie den Eisenbahnbediensteten. Wärmebestrahlung, Kopfverletzungen, Vergiftungen verschiedener Art (Blei, Quecksilber) sind weitere Gelegenheitsursachen, denen wieder andere Berufsarten vorzugsweise exponirt zu sein pflegen. Der symptomatische Ausdruck dieser Berufsprädisposition wird natürlich wesentlich durch die besondere Art der vorherrschenden Ursachen bestimmt; wir können daher in dieser Beziehung auf die frühere Besprechung der betreffenden ätiologischen Verhältnisse zurückverweisen.

**Civilstand.** Ein nicht unerheblicher Einfluss auf die Häufigkeit des Irreseins muss, wie es im Hinblicke auf statistische Zusammenstellungen den Anschein hat, dem Civilstande zugeschrieben werden. Allerdings hat Hagen mit Recht darauf hingewiesen, dass die zunächst sich ergebenden Differenzen vor Allem auf die verschiedene Morbidität des durchschnittlichen Lebensalters zurückzuführen sind, in welchem sich die Ledigen und die Verheiratheten befinden. Haben wir doch oben gesehen, dass psychische Erkrankungen zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre überhaupt häufiger zu sein pflegen, als in späterem Alter. Auf der anderen Seite ist es unzweifelhaft, dass in einer grossen Zahl von Fällen die Ehelosigkeit schon als die Folge einer unvollkommenen psychischen Entwicklung, einer bestehenden oder (namentlich beim weiblichen Geschlechte) überstandenen Geistesstörung anzusehen ist. Endlich aber kann auch der Ehe selbst trotz der aus dem Fortpflanzungsgeschäfte erwachsenden Gefahren, trotz der Sorgen, die

sie mit sich bringt, dennoch wegen der grösseren Befriedigung und Sicherheit des gemeinschaftlichen Lebens und auch wol wegen des relativen Schutzes vor Excessen eine gewisse prophylaktische Bedeutung nicht abgesprochen werden. Am meisten gefährdet scheinen die Verwitweten und Geschiedenen zu sein; haben sie doch häufig fast alle Sorgen und Gefahren der Ehe zu tragen, ohne deren schützende und sichernde Wirkungen zu geniessen.

**Politische und religiöse Bewegungen.** Von den socialen Factoren ist endlich noch der politischen, religiösen und dergl. Stürme zu gedenken, welche gelegentlich die Massen in stärkere Erregung versetzen. Die wirkliche ätiologische Bedeutung derartiger Momente ist wol häufig überschätzt worden, da dieselben zwar den Vorstellungsinhalt der Erkrankten, weit weniger aber das Zustandekommen der Krankheit selbst beeinflussen dürften. Sicherlich sind die socialen, politischen, religiösen Missstände mit ihren Folgen, aus denen derartige Bewegungen herauszuwachsen pflegen, weit bedeutsamere prädisponirende Ursachen des Irreseins, als jene Reactionsbestrebungen gegen die bestehenden Uebel.

**Kosmische Einflüsse.** Ueber die prädisponirende Wirkung kosmischer Einflüsse liegen bisher noch keine sicheren Daten vor, wenn sich auch nach Analogie anderweitiger Erfahrungen über die Häufigkeit der Verbrechen und der Selbstmorde einige allgemeine Beziehungen der psychischen Morbidität zu den Jahreszeiten und zum Klima erwarten liessen. Es scheint allerdings schon jetzt, dass frische Aufregungszustände im Sommer und vielleicht auch in heisserem Klima häufiger zur Entwicklung kommen, als im Winter und im Norden.

## 2. Individuelle Prädisposition.

Wenn uns die bisherige Betrachtung gezeigt hat, wie den verschiedenen Gruppen von Individuen entweder nach ihrer allgemeinen Anlage eine geringere Widerstandsfähigkeit gegen schädigende Einflüsse zukommt, oder wie sie nach ihrer eigenthümlichen Organisation und den beson-

deren Lebensverhältnissen einer grösseren oder geringeren Zahl von Gefahren ausgesetzt sind, so werden uns die analogen Gesichtspunkte einen Einblick in das zweifache Wesen jener vielgestaltigen ätiologischen Factoren verschaffen, die man unter dem Namen der individuellen Prädisposition zusammenzufassen pflegt.

**Erblichkeit.** Die Analyse der einzelnen Persönlichkeit weist uns auf die Entstehung derselben und damit über das individuelle Leben hinaus auf dasjenige der Erzeuger zurück, welches uns über die erste und in mancher Beziehung wichtigste Frage Aufschluss zu geben hat, über die Frage nach dem Einflusse der Erblichkeit. Die Bedeutung dieses Momentes in der Pathogenese psychischer Krankheiten ist jederzeit und von allen Irrenärzten auf das Einmüthigste betont worden, so sehr auch bei den naheliegenden Fehlerquellen einer Statistik über diesen Punkt die Zahlenangaben im Einzelnen auseinandergehen\*) (von 4 bis 90<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Der Grund für diese enormen Differenzen liegt hauptsächlich in der verschieden weiten Fassung des Begriffes der Erblichkeit, in der grösseren oder geringeren Genauigkeit der Anamnese und in der Besonderheit des verarbeiteten Krankenmaterials. Wenn man berücksichtigt, dass nicht nur eigentliche Psychosen, sondern eine Reihe von verwandten Zuständen, Alkoholismus, Neurosen, auffallende Charaktere, verbrecherische Neigungen und dergl. als Erscheinungsformen neuropathischer Disposition angesehen und somit bei der Feststellung hereditärer Verhältnisse in Rechnung gebracht werden müssen, so ergibt sich, dass im Mittel bei 30 bis 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub> aller psychisch Erkrankten unter den nächsten Anverwandten das Bestehen derartiger Abnormitäten sich nachweisen lässt. Für die Würdigung dieses rein statistischen Resultates ist es indessen sehr wichtig, zu bedenken, dass einmal das Zusammentreffen psychopathischer Züge bei Gliedern derselben Familie noch keinen nothwendigen hereditären Causalzu-

---

\*) Legrand du Saulle, Die erbliche Geistesstörung, übersetzt von Stark. 1874; Saury, étude clinique sur la folie héréditaire. 1886.

sammenhang zwischen diesen Symptomen erweist, und dass uns ferner gänzlich der statistische Nachweis für die Häufigkeit einer derartigen erblichen Disposition bei der grossen Masse nicht geisteskranker Individuen mangelt. Müssen wir somit jene Zahlenangaben lediglich als empirische Daten ansehen, ohne in ihnen zunächst den exacten Ausdruck eines „Gesetzes“ zu erblicken, so steht dennoch die allgemeine Thatsache von der hohen Bedeutung der Heredität in der Aetiologie der Psychosen über allem Zweifel fest, so wenig wir uns auch von dem tieferen Zusammenhange der Vorgänge hier eine irgendwie genügende Vorstellung machen können.

Wie die Erfahrung lehrt, kann die Erblichkeit entweder eine directe, von den Eltern ausgehende, oder eine indirecte sein. Im letzteren Falle lässt sich wieder die atavistische, von den Grosseltern hergeleitete, und die collaterale unterscheiden, die sich auf psychopathische Zustände in einer Seitenlinie (Onkel, Grosstante, Vetter u. s. f.) zurückbezieht. Am intensivsten wirkt sicherlich die directe Heredität, namentlich wenn beide Eltern (cumulative Vererbung), und wenn sie schon bei der Zeugung des Kindes geisteskrank waren; doch kann auch auf ein vor dem Ausbruche des Irreseins erzeugtes Kind die psychopathische Disposition übertragen werden. Der Einfluss des Vaters scheint bei der Vererbung im Allgemeinen mächtiger zu wirken, als derjenige der Mutter; in Uebereinstimmung damit steht die Erfahrung, dass die weiblichen Familienglieder nicht unerheblich stärker gefährdet sind, als die männlichen.

Die Wirkung der Erblichkeit bietet je nach Art und Intensität gewisse symptomatische Differenzen dar. Wo die hereditären Einflüsse sich häufen, wie das namentlich bei Verwandtschaftsheirathen in neuropathisch disponirten Familien der Fall zu sein scheint, da entsteht eine „organische Belastung“, da treten bei der Descendenz die schwereren Formen psychischer Entartung, besonders intellectuelle und moralische Störungen hervor. Morel giebt für diese progressive erbliche Degeneration das folgende allgemeine Schema: 1. Generation: nervöses Temperament, sittliche Depravation, Excesse. 2. Generation: Neigung zu

Apoplexien und schweren Neurosen, Alkoholismus. 3. Generation: psychische Störungen, Selbstmord, intellectuelle Unfähigkeit. 4. Generation: angeborene Blödsinnsformen, Missbildungen, Entwicklungshemmungen. Es würde also diese Art der Züchtung von selbst mit Nothwendigkeit den Untergang des degenerirten Geschlechtes herbei führen, und im Allgemeinen scheint in der That das häufigere Auftreten angeborener Schwächezustände, bisweilen neben hervorragender Begabung bei andern Familiengliedern, das Endstadium hereditärer Entartung zu signalisiren. Von sonstigen psychischen Erkrankungen sind es namentlich das periodische und noch mehr das circuläre Irresein, die hysterischen, epileptischen und gewisse neurasthenische Geistesstörungen, endlich die Verrücktheit, besonders die originäre Form derselben, welche am häufigsten gerade auf hereditärer Basis sich entwickeln. Relativ wenig durch die Erblichkeitsverhältnisse beeinflusst zeigen sich die Delirien, die Erschöpfungszustände und die progressive Paralyse, während Manie und Melancholie, der Wahnsinn und der Alkoholismus eine Art Mittelstellung einnehmen. Es ergiebt sich somit, dass hereditär belastete Individuen im Allgemeinen die Neigung haben, constitutionell, dauernd oder doch in häufiger wiederkehrenden Anfällen zu erkranken. Je mehr die eigentliche Ursache der Psychose im Organismus selber ihren Sitz hat, desto geringfügiger braucht eben auch hier der äussere Anstoss zu sein, um eine dauernde und in der Regel unheilbare Alteration der gesammten psychischen Constitution herbeizuführen. Nicht selten erscheint dabei die Störung, rein symptomatisch genommen, als eine verhältnissmässig geringe, da wir es mehr mit einer eigenartig, degenerativ entwickelten psychischen Individualität, als mit einem Krankheitsprocesse von typischem Ablaufe zu thun haben. Gerade die Mischung ausgeprägter Krankheitserscheinungen mit relativ normalen psychischen Leistungen, wie sie auf diese Weise zu Stande kommt, darf bis zu einem gewissen Grade als charakteristisch für die Psychosen auf hereditärer Grundlage angesehen werden.

Nur bei den schwersten Formen der erblichen Degeneration werden pathologische Zustände als solche vererbt;

in der Regel findet nur die Uebertragung einer krankhaften Disposition, einer geringeren Widerstandsfähigkeit des psychischen Organismus statt, welche erst dann zur wirklichen Erkrankung führt, wenn ungünstige Einflüsse auf dem Boden der hereditären Anlage ihre verderbliche Wirksamkeit entfalten. So erklärt es sich, dass der Beginn der Geistesstörung bei erblich Belasteten besonders gern in jene Epochen des Lebens zu fallen pflegt, in denen aus inneren oder äusseren Gründen das psychische Gleichgewicht intensiveren Schwankungen ausgesetzt ist, namentlich in das Pubertätsalter, ferner in die Zeit des Kampfes um eine selbständige Lebensstellung und der beginnenden senilen Involution resp. des Klimakteriums beim Weibe. Wenn wir diesen Erfahrungen gegenüber bei „rüstigen“, nicht erblich belasteten Individuen im Allgemeinen Geistesstörungen nur durch intensiv wirkende Schädlichkeiten entstehen und dann entweder in Genesung oder aber in mehr oder weniger schweres psychisches Siechthum ausgehen sehen, so bedarf es kaum besonderer Betonung, dass es natürlich zwischen diesen beiden Extremen alle möglichen Uebergänge geben muss, deren Einfluss sich eben in der sehr verschiedenen ätiologischen Bedeutung kundgibt, welche der erblichen Prädisposition in der Scala der einzelnen klinischen Formen des Irreseins zukommt. Ebenso ist es selbstverständlich, dass die Beziehungen zwischen Heredität und bestimmten psychischen Krankheitsbildern zunächst nur statistische sind, dass also im gegebenen Falle die erbliche Veranlagung zweifellos auch durch eine Häufung andersartiger ungünstiger Momente ersetzt werden und dass umgekehrt auch ein hochgradig hereditär belastetes Individuum an einer acuten, nicht periodischen, heilbaren Psychose erkranken kann.

Die symptomatische Form, wie der Verlauf der psychischen Störung wiederholen in einzelnen Fällen mit grösster Treue das Krankheitsbild des Vorfahren, von dem sich die Vererbung herleitet (gleichartige Vererbung). Mehrere Generationen können auf diese Weise successive mit Selbstmord endigen, oder es kann bei gleichen Anlässen, im gleichen Lebensalter derselbe Symptomencomplex bei Descendenten und Ascendenten zur Entwicklung gelangen. Weit

häufiger ist indessen eine Transformation der Vererbung, die sich in der allermannigfaltigsten Weise vollziehen kann. Alle jene oben genannten Erscheinungsformen der neuropathischen und psychopathischen Constitution treten als Glieder derselben hereditären Kette neben einander auf, wenn es auch den Anschein hat, als ob die affectiven Formen des Irreseins einerseits und die Verrücktheit andererseits bei der Vererbung bis zu einem gewissen Grade einander ausschliessen. \*) Gemeinsam ist allen den hereditären Aequivalenten die pathologische Grundlage, während die Ausbildung der Anomalien im Einzelnen durch verschiedenartige accidentelle Momente bestimmt zu werden scheint. Am leichtesten verständlich wird dieses Verhalten dort, wo eben überhaupt nur eine krankhafte Anlage zur Vererbung kommt und wo die Einflüsse des individuellen Lebens erst für die Weiterentwicklung derselben massgebend werden.

Als körperliche Symptome der hereditären Degeneration (*stigmata hereditatis*) pflegt man gewisse Entwicklungsanomalien zu betrachten, welche sich mit einiger Häufigkeit bei erblich belasteten Individuen vorfinden. Dahin gehören Verbildungen des Schädels, der Zähne, der Ohren, Innervationsanomalien, mangelhafte Ausbildung der Genitalien und Aehnliches. Das Zusammentreffen derartiger Erscheinungen mit psychischer Entartung hat gewiss ein nicht unbedeutendes theoretisches Interesse; für die praktische Beurtheilung des einzelnen Falles ist es wegen des Fehlens einer durchgreifenden Gesetzmässigkeit nahezu werthlos.

**Entwicklungsstörungen.** Fast gänzlich unbekannt ist bisher der Einfluss solcher Momente auf die Veranlagung des Individuums, welche, ohne hereditäre zu sein, die erste Zeit seiner Entwicklung betreffen, obgleich dieselben höchst wahrscheinlich bisweilen von sehr einschneidender Bedeutung werden. So scheint es, dass Berauschtigkeit während des Zeugungsactes Epilepsie der Descendenten zur Folge haben, dass heftige Gemüthsbewegung der Mutter während der Gravidität eine psychopathische Disposition des Kindes her-

\*) Sioli, Ueber directe Vererbung von Geisteskrankheiten, Archiv f. Psychiatrie XVI.

Kraepelin, Psychiatrie. 3. Aufl.

vorrufen kann. Dass ferner allerlei somatische Momente, ungenügende Ernährung, hohes oder sehr jugendliches Alter der Eltern, endlich Krankheiten dieser letzteren oder des Fötus für die Hirnentwicklung und somit auch für die psychische Anlage des Individuums eine grosse, wenn auch noch nicht im Einzelnen definirbare Wichtigkeit erlangen dürften, bedarf keiner weiteren Ausführung. Dagegen muss es heute, namentlich im Hinblick auf die Verhältnisse bei Thieren, zum Mindesten als recht zweifelhaft gelten, ob wirklich, wie man vielfach gemeint hat, nahe Verwandtschaft der Eltern an sich schon eine psychopathische Prädisposition der Kinder zur Folge hat. Die anscheinend in diesem Sinne sprechenden, positiven Erfahrungen lassen sich vielmehr höchst wahrscheinlich auf eine cumulative Vererbung von Krankheitsanlagen in bereits degenerirten Familien zurückführen. Wo beide Eltern völlig gesund sind, wird die Entwicklung der Progenitur durch die Blutsverwandtschaft schwerlich in krankmachender Weise beeinflusst.

**Erziehung.** Unserem unmittelbaren Verständnisse leichter zugänglich, wenn auch im einzelnen Falle schwer, namentlich von den hereditären Einflüssen, abtrennbar ist die Bedeutung der Erziehung für die Entwicklung der psychischen Individualität. Die allgemeinen Aufgaben der Erziehung sind einmal die intellectuelle Ausbildung des Kindes, die dasselbe befähigt, Erfahrungsmaterial zu sammeln und zu verarbeiten, dann aber die Begründung eines constanten, das Handeln nach einheitlichen sittlichen Grundsätzen dirigirenden Charakters. Nach beiden Richtungen hin kann die Pädagogik hinter den Anforderungen zurückbleiben, die der Kampf des Lebens an die Leistungs- und Widerstandsfähigkeit des socialen Individuums stellt. Vernachlässigung der Verstandesbildung giebt dasselbe allen Gefahren der Kritiklosigkeit und des Aberglaubens Preis und erschwert ihm die Ueberwindung jener Schwierigkeiten, welche die Erringung einer selbständigen Lebensstellung bietet. Andererseits aber führt auch die Ueberanstrengung des jugendlichen Gehirns schwere Schädlichkeiten mit sich, indem sie dasselbe frühzeitig erschöpft und damit die volle Ausbildung desselben unmöglich macht.



Behinderung der freien individuellen Entwicklung durch rigorose Strenge und Pedanterie macht den Menschen engherzig und verschlossen und erstickt im Keime jene gemüthlichen Regungen des Wohlwollens und der Humanität, von deren Stärke vor Allem die sittliche Ausbildung des Charakters abhängig ist. Verzärtelung endlich durch weiche Nachgiebigkeit lässt die momentanen Launen und Begierden zur unbezwinglichen Herrschaft über das Handeln gelangen und verhindert dadurch die Entwicklung eines abgeschlossenen und consequenten, fest in sich selbst gegründeten Charakters.

Den Einflüssen der Erziehung schliessen sich diejenigen der späteren Lebenserfahrungen an, bald corrigirend und veredelnd, bald zerrüttend und depravirend, was jene schuf. Alle die schon früher aufgezählten somatischen und psychischen Causalmomente, Traumen, Krankheiten und Vergiftungen aller Art, Ueberanstrengungen, Gemüthsbewegungen, Excesse u. s. f., können hier, soweit sie nicht eine directe psychische Erkrankung herbeiführen, modificirend und prädisponirend auf das Individuum einwirken.

**Grundlage der Prädisposition.** Es entsteht nun schliesslich die Frage, welcher Art denn eigentlich jene bisher immer nur ganz allgemein bezeichneten Zustandsveränderungen sind, deren Gesammtheit wir unter dem Namen der „Prädisposition“ zu psychischen Erkrankungen zusammengefasst haben. Leider ist es heute noch nicht möglich, tiefer in den Mechanismus dieser eigenthümlichen Erscheinungen einzudringen; nur so viel können wir mit Bestimmtheit sagen, dass das Wesen der Prädisposition in einer besonderen Art der Reaction auf die Lebensreize gelegen ist, die wir vielleicht ganz allgemein als eine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Organismus bezeichnen können. Jede äussere Einwirkung hat hier eine erheblichere Gleichgewichtsschwankung zur Folge, als unter normalen Verhältnissen, so dass Schädlichkeiten, die beim rüstigen Individuum ohne Weiteres ausgeglichen werden, auf prädisponirtem Boden eine fortlaufende Reihe von Veränderungen hervorzurufen im Stande sind, welche auf das Empfindlichste in den Ablauf der Lebensvorgänge eingreifen.

Man kann sich demnach etwa vorstellen, dass die Prädisposition auf somatischem Gebiete, im Bereiche der Hirnfunctionen, durch eine erhöhte Reizbarkeit der gesamten centralen Nervenmasse oder einzelner Theile derselben repräsentirt werde, durch eine Verminderung der Hemmungen, welche die Ausbreitung und das Anwachsen von Erregungszuständen allgemein oder in bestimmten Partien des Centralorganes erleichtert. Dafür spricht z. B. die Ausgiebigkeit und Nachhaltigkeit der Wirkungen, welche hier durch Ermüdung, durch Affecte, durch kleine Alkoholdosen und dergl. bisweilen hervorgebracht werden. Dass dabei namentlich auch dem vasomotorischen Nervensysteme eine bedeutsame Rolle durch häufige und ausgedehnte Circulationsalterationen zukomme, ist sehr wahrscheinlich. Nahe liegt es, einen derartigen Zustand der erhöhten Reizbarkeit mit Erschwerung des Ausgleiches von Gleichgewichtsschwankungen in eine gewisse Parallele zu setzen zu dem analogen Zustande der Asthenie, den man an peripheren Nerven beobachtet, wenn dieselben in Folge oft wiederholter Reizung ihre normale Reactionsform verlieren und nun eben durch ein Stadium wachsender Erregbarkeit mit Abnahme der Hemmungen hindurch schliesslich in den Zustand der Erschöpfung, der sinkenden Reizbarkeit, übergehen.

Die psychischen Erscheinungen, die von prädisponirten Individuen dargeboten werden, lassen sich im Allgemeinen ebenfalls unter dem Gesichtspunkte einer Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit, einer erhöhten Impressionabilität gegen äussere Einwirkungen und Schädlichkeiten auffassen. Wir werden bei der Besprechung der angeborenen Schwächezustände Gelegenheit haben, wenigstens die schwereren Formen dieser psychopathischen Prädisposition nach ihren Symptomen auf den einzelnen Gebieten des Seelenlebens kurz zu schildern.

---

## II. Allgemeine Symptomatologie.

Die Summe aller krankhaften Functionsstörungen im Centralorgane unseres Bewusstseins bezeichnen wir als die Symptome des Irreseins. Von denselben haben für die allgemeine Betrachtung hier ein unmittelbares Interesse nur diejenigen, welche uns als psychische Veränderungen entgegentreten. Die verschiedenen somatischen Krankheitserscheinungen, nervöse Reizungs- und Lähmungssymptome aller Art, vasomotorische, trophische etc. Störungen, gehören ihrer Natur nach dem Gebiete der Neuropathologie an; sie bieten als solche nichts für das Irresein Charakteristisches und werden daher erst später, bei der speciellen Darstellung der einzelnen klinischen Krankheitsformen, nähere Berücksichtigung finden.

Drei Hauptrichtungen sind es im Grossen und Ganzen, in denen sich die psychischen Lebenserscheinungen bewegen, die Aufnahme und intellectuelle Verarbeitung des Erfahrungsmaterials, die Schwankungen des gemüthlichen Gleichgewichts und die Umsetzung der centralen Erregungszustände in Handlungen. Auf diesen drei Gebieten werden wir daher die Elementarstörungen der psychischen Functionen aufzusuchen haben, aus deren verschiedenartiger Combination wir die klinischen Krankheitsbilder hervorgehen sehen. Bei weitem die grösste Mannigfaltigkeit der Erscheinungen bietet dabei unserer Analyse diejenige Gruppe von psychischen Functionen dar, welche die Sammlung sinnlicher Eindrücke und dann weiter die Verarbeitung derselben zu Vorstellungen und Begriffen, sowie die Ausbildung der höheren logischen Processe zum Gegenstande hat.

### A. Störungen des Wahrnehmungsvorganges.

Die Wahrnehmung eines äusseren Sinnesreizes steht im Allgemeinen in Abhängigkeit von zwei verschiedenen Factoren, nämlich einmal von der anatomischen und functionellen Integrität des gesammten peripheren und centralen Sinnesgebietes, dann aber von dem Zustande des Bewusstseins, welches den zugeführten Eindruck in sich aufnehmen soll. Alle Störungen, welche den einen oder den andern dieser beiden Factoren in krankhafter Weise verändern, müssen auch im Stande sein, die Auffassung der Aussenwelt in mehr oder weniger hohem Grade zu beeinträchtigen. Am deutlichsten tritt bekanntlich dieses Verhalten dort hervor, wo die peripheren reizaufnehmenden Organe functionsunfähig geworden sind (Blindheit, Taubheit), oder wo sich unüberwindliche Leitungshindernisse entwickelt haben, welche die Fortleitung der Reize zum Centralorgane unmöglich machen. Hier fallen bestimmte Kategorien von Sinnesvorstellungen in dem Erfahrungsschatze einfach aus, und es hängt von der allgemeinen psychologischen Wichtigkeit derselben, sowie von der Möglichkeit eines vicariirenden Eintretens anderer Sinne ab, wie weit dadurch die Gesamtausbildung der psychischen Persönlichkeit zurückgehalten wird. Wenn auch vereinzelte Fälle bekannt sind, in denen durch eine überaus mühevollen Erziehung sogar der Verlust des Gesichtes und Gehörs mit Hülfe des Tastsinnes einigermassen wieder ausgeglichen werden konnte, so bleiben doch nicht unterrichtete Taubstumme lebenslänglich auf der Stufe des Schwachsinnestandes stehen, während Blinde durch den Sinnesdefect in ihrer intellectuellen Entwicklung durchaus nicht in höherem Grade zu leiden pflegen.

**Sinnestäuschungen.** Ein weit grösseres klinisch-psychiatrisches Interesse nehmen indessen diejenigen Anomalien des Wahrnehmungsprocesses in Anspruch, welche nicht auf einem einfachen Defecte, sondern auf functionellen Störungen im Gebiete des Sinnestractus beruhen, durch die somit nicht ein Ausfall von Sinneserfahrung, sondern eine qualitative Veränderung, eine Verfälschung derselben

erzeugt wird. Jedes Sinnesorgan reagirt auf irgend welche Reize in einer ihm eigenthümlichen, „specifischen“ Weise. Es muss daher überall, wo der Reiz, der einen Eindruck erzeugt, nicht der normale, dem getroffenen Sinne adäquate ist, eine Täuschung des Subjectes über die Natur der Reizquelle entstehen. So ist, streng genommen, der Lichtblitz, die Klangempfindung bei elektrischer Durchströmung des Auges und Ohres, der Geschmackseindruck bei mechanischer Reizung der Chorda tympani als eine Trugwahrnehmung anzusehen, wenn wir dieselbe auch vermöge unserer physiologischen Erfahrungen sogleich als solche erkennen und corrigiren, so dass eine weitere Verfälschung unseres Bewusstseinsinhaltes daraus nicht hervorgeht. Dennoch können unter Umständen bei Geisteskranken (namentlich bei stärkerer Bewusstseinstrübung) die subjectiven Lichterscheinungen in Folge von Congestivzuständen des Auges, das Brausen und Klingen in den Ohren die Vorstellung drohender Feuer- und Wassergefahren und dergl. wachrufen und auf diese Weise das Zustandekommen einer wirklichen, uncorrigirten Täuschung vermitteln. Derartige peripher bedingte Sinnestäuschungen hat man elementare genannt, weil sie eben wegen ihres Entstehungsortes in den reizaufnehmenden Flächen den Charakter einfacher, nicht zusammengesetzter Sinnesempfindungen tragen.

Verfolgen wir indessen die Bahn der Sinnesnerven weiter centralwärts, so gelangen wir an diejenigen Centren, in denen sich die einzelnen Wahrnehmungselemente, wie sie von der Peripherie geliefert werden, zu einem Gesamteindrucke combiniren, der sodann als Sinnesvorstellung ins Bewusstsein gelangt. Ueber die anatomische Lage dieser Centren können wir freilich bisher nichts Sicheres aussagen; am wahrscheinlichsten ist es jedoch, namentlich im Hinblick auf die klinischen und experimentellen Erfahrungen über die „Seelenblindheit“, dass, wenigstens beim Menschen und bei höheren Thieren, die sog. centralen Sinnesflächen in der Rinde als solche zu betrachten sind. Es ist ohne Weiteres klar, dass auch hier nicht adäquate Reize, also z. B. Veränderungen in der Circulation, Gifte und dergl., Erregungszustände hervorzurufen vermögen, welche den

normalen Reizungen durch Sinneseindrücke sehr ähnlich sind, um so leichter, wenn die Erregbarkeit des betreffenden Centrums im gegebenen Augenblicke durch irgend welche Einflüsse ohnedies gesteigert ist. Unter solchen Umständen kann daher irgend eine mehr oder weniger complicirte Sinnesvorstellung in das Bewusstsein eintreten, die nicht durch einen peripheren Reiz, sondern durch central bedingte, physiologische oder pathologische Erregungszustände der betreffenden corticalen Sinnesfläche hervorgerufen wurde. Da dieselbe gleichwol vom Subjecte auf ein äusseres Object bezogen wird, so haben wir es demnach hier mit einer Fälschung des Wahrnehmungsprocesses zu thun, die auf einer Täuschung über den wahren Ursprung der Sinnesreizung beruht.\*)

Diese Kategorie der Sinnestäuschungen, die man wegen ihrer hypothetischen Entstehung in den „Perceptionscentren“ vielleicht als Perceptionsphantasmen bezeichnen kann, ist es, welche der normalen Wahrnehmung symptomatisch am nächsten steht. Allerdings pflegen diese Täuschungen beim gesunden Menschen, bei dem sie sich häufig vor dem Einschlafen einstellen (hypnagogische Hallucinationen), nur ganz ausnahmsweise (im Bereiche des Gehörs) eine grössere Lebhaftigkeit zu gewinnen; unter pathologischen Verhältnissen dagegen werden die Gegenstände wirklich gesehen, die Stimmen wirklich gehört u. s. f.; eine Berichtigung der Fälschung ist nur mit Hülfe der anderen Sinne möglich. Vom Gedankengange des Subjectes sind sie im Allgemeinen unabhängig und treten auch deswegen dem Individuum als etwas Fremdes, Selbständiges, von aussen Kommendes gegenüber, dessen subjective Entstehung ihm völlig verborgen bleibt. Aus demselben Grunde haben sie auch meist einen ziemlich gleichförmigen, wenig wechselnden Charakter (stabile Hallucinationen Kahlbaums): Wiederholung derselben Schimpfworte, häufiges Wahrnehmen desselben Geruches,

---

\*) v. Krafft-Ebing, Die Sinnesdelirien, 1864; Kahlbaum, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXIII; Hagen ibid. XXV; Jolly, Archiv f. Psychiatrie, IV; Kandinsky, Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen. 1885.

Sehen bestimmter Figuren, Thiere und dergl. Da sie auf Erregungszuständen central gelegener Regionen beruhen, so sind sie von der Function der peripheren Sinnesorgane im Allgemeinen unabhängig und kommen auch bei gänzlicher Atrophie der Sinnesnerven und ihrer ersten Endigungen, der Nervenkerne, zur Beobachtung. Es hat jedoch den Anschein, dass auch peripherische Reizmomente bisweilen in den höheren Centren direct oder auf reflectorischem Wege Erregungszustände auszulösen vermögen, die zur Entstehung von Sinnestäuschungen führen. Dies geschieht offenbar um so leichter, je grösser die Reizbarkeit jener Centren ist. Unter pathologischen Verhältnissen genügen bisweilen schon die gewöhnlichen Lebensreize, um die besprochenen Fälschungen des Wahrnehmungsprocesses zu erzeugen; in andern Fällen treten sie sogleich hervor, wenn sich die Aufmerksamkeit auf das betroffene Sinnesgebiet richtet und die leisen Erregungszustände in demselben über die Schwelle des Bewusstseins erhebt, oder wenn ein Affect eine vorübergehende Steigerung der Reizempfindlichkeit zu Stande bringt. Sie schwinden daher auch, sobald der Kranke sich beruhigt oder durch ein Gespräch, interessante Lectüre, die Versetzung in eine neue Umgebung u. dergl. abgelenkt wird. Durch elektrische Reizung des Acusticus kann man ferner bei Gehörshallucinantem gar nicht selten die Täuschungen hervorrufen, und Nägeli war in der Lage, bei einer Verbrennung seiner Hornhaut mit heissem Spiritus an sich selbst längere Zeit ausgeprägte Gesichtshallucinationen von vollkommener sinnlicher Deutlichkeit zu beobachten.

In der Regel pflegt es nur ein einzelnes Sinnesgebiet zu sein, auf welchem in dieser Weise Fälschungen der äusseren Erfahrung sich vollziehen. Am häufigsten sind sicherlich diese Functionsstörungen im Gebiete des Gehörs und Gesichts, seltener in demjenigen der drei übrigen Sinne und in dem dunklen Bereiche jener Wahrnehmungen, die wir unter dem Sammelnamen des Gemeingefühls zusammenfassen.

Für die klinische Betrachtung hat Esquirol und nach ihm aus praktischen Gründen die Mehrzahl der Autoren zwei Arten von Sinnestäuschungen unterschieden, solche

nämlich, bei denen eine äussere Reizquelle gar nicht vorhanden ist: Hallucinationen, und solche, die nur als die Verfälschung einer wirklichen Wahrnehmung durch hinzutretene subjective Elemente zu betrachten sind: Illusionen.\*) Im Einzelfalle ist diese Trennung nicht selten äusserst schwierig oder gänzlich unmöglich. So sind wir namentlich bei den Contactsinnen (Geruch, Geschmack, Hautsinn) fast niemals im Stande, mit Sicherheit das Vorhandensein irgend eines äusseren Reizmomentes (Zersetzungs Vorgänge in Mund- oder Nasenhöhle, Temperaturschwankungen und dergl.) auszuschliessen, noch weniger natürlich bei den Alterationen des Gemeingefühls. Auch beim Gesicht geben nicht selten uncontrolirbare Factoren, z. B. das Eigenlicht der Retina, beim Gehör entotische Geräusche u. s. f. gewissermassen das erste Material für die Ausbildung der Trugwahrnehmungen ab. In andern Fällen jedoch ist die differente Entstehungsweise ohne Weiteres klar. Der Furchtsame, der ragende Baumstämme, wallende Nebel für Gespenster hält („Erlkönig“), der Kranke, der aus dem Läuten der Glocken, dem Kritzeln der Feder, dem Bellen der Hunde, dem Knarren der Wagen Schimpfworte und Vorwürfe heraushört — sie haben zweifellos „Illusionen“, während wir die typischen Gesichtshallucinationen des Alkoholisten, die „Stimmen“, welche den Sträfling im stillen Zellengefängnisse quälen oder beglücken, höchst wahrscheinlich als Hallucinationen zu bezeichnen haben. Zwischen beiden Formen giebt es alle möglichen Uebergänge; ist doch die Illusion im Grunde nichts Anderes, als eine vielfach wechselnde Mischform von normaler Wahrnehmung mit hallucinatorischen Elementen.

Das Gemeinsame dieser ganzen Gruppe von Sinnes täuschungen liegt in der vollkommen sinnlichen Deutlichkeit derselben. Der centrale Erregungszustand ist durchaus demjenigen beim normalen Wahrnehmungsvorgange analog, und das entstehende Phantasma ordnet sich daher unterschiedslos in die Reihe der übrigen Sinneseindrücke ein.

\*) Sully, Die Illusionen. Internat. wissenschaftliche Bibliothek, 1883.



Die Kranken glauben nicht nur, zu sehen, zu hören, zu fühlen, sondern sie sehen, hören, fühlen wirklich.

Ein in vieler Beziehung abweichendes Verhalten bieten dagegen diejenigen nur uneigentlich so genannten Sinnestäuschungen dar, die nichts Anderes sind, als Erinnerungsbilder von besonderer Intensität. Die Reproduction eines früheren Eindruckes pflegt in der Regel niemals die sinnliche Deutlichkeit der Sinneswahrnehmung selbst zu erreichen, sondern sich jederzeit ganz unzweideutig durch die geringere Lebhaftigkeit und Schärfe von jener zu unterscheiden. Indessen bestehen in dieser Beziehung erhebliche individuelle Differenzen. Während von manchen Beobachtern den Erinnerungsbildern jede genauere Ausprägung nach Farbe und Form abgesprochen wird, versichern Andere, besonders bildende Künstler, dass dieselben bisweilen an sinnlicher Deutlichkeit der unmittelbaren Wahrnehmung nur sehr wenig nachgeben.

Unter pathologischen Verhältnissen kann offenbar die Reproduction von Erinnerungsbildern nicht selten einen so hohen Grad von sinnlicher Deutlichkeit erreichen, dass sie als wirkliche Wahrnehmungen, wenn auch vielfach von ganz besonderer Art, von den Kranken aufgefasst werden. Eine ganze Reihe von Forschern ist sogar der Ansicht, dass alle Trugwahrnehmungen unmittelbar als Phantasievorstellungen von aussergewöhnlicher sinnlicher Lebhaftigkeit aufzufassen seien. Allein der Umstand, dass bei Hallucinanten durchaus nicht alle, sondern nur bestimmte Gebiete der reproducirten Eindrücke in den Sinnestäuschungen eine Rolle zu spielen scheinen, und dass neben diesen letzteren stets auch Vorstellungen von dem gewöhnlichen, abgeblassten und gestaltlosen Charakter zu verlaufen pflegen, deutet darauf hin, dass noch ein besonderes Moment hinzukommen muss, wenn ein Erinnerungsbild die greifbare Deutlichkeit der Wahrnehmung erhalten soll.

Die nächstliegende und zumeist adoptirte Erklärung dieses Verhaltens ist die Annahme einer gleichzeitigen centrifugalen Erregung der centralen Sinnesflächen. Wir haben früher gesehen, dass die Erregungszustände dieser letzteren in der Form sinnlicher Wahrnehmung ins

Bewusstsein treten müssen, weil ja alle Sinneseindrücke eben nur durch Vermittlung jener Erregungen auf unser Bewusstsein einwirken können. Wenn es demnach diese Centren sind, durch deren Erregung die Wahrnehmung ihren sinnlichen Charakter erhält, so liegt es nahe, eine grössere oder geringere Betheiligung derselben an dem Vorgange der lebhaften Reproduction zu vermuthen. Eine derartige Hypothese würde namentlich gut die Thatsache erklären, dass zwischen der Sinnestäuschung von vollkommener sinnlicher Deutlichkeit und der abgeblasstesten Reproduction eine continuirliche Reihe von Uebergangsstufen existirt, ein Verhalten, das sich durch die Annahme einer stärkeren oder schwächeren Miterregung der Sinnesflächen am ungezwungensten erklären lassen würde. Möglich, dass sogar beim gewöhnlichen Denken diese centrifugale Reizung, die „Reperception“, wie Kahlbaum sie genannt hat, in sehr geringer Intensität immer stattfindet, und dass erst dann, wenn dieser Vorgang eine pathologische Ausdehnung gewinnt, oder wenn die Sinnesflächen sich in einem Zustande erhöhter Erregbarkeit befinden, die Lebhaftigkeit der Reproduction derjenigen der sinnlichen Wahrnehmung sich annähert. Es würde somit gewissermassen ein bestimmtes Verhältniss zwischen der Intensität der Reperception und der Reizbarkeit der Sinnesflächen bestehen: Je grösser die Reizbarkeit dieser letzteren, desto leichter würden die Erinnerungsbilder den Charakter der sinnlichen Deutlichkeit erhalten, desto schwächer brauchte die centrifugale Erregungswelle zu sein, um dieselben auszulösen, und desto unabhängiger würden sie vom Vorstellungsverlaufe sein. Der extreme Fall wäre in den früher besprochenen, auf autochthonen Reizungsvorgängen beruhenden Perceptionshallucinationen realisirt, die dem Subjecte ganz fremdartig, als etwas von aussen sich Aufdrängendes gegenüberstehen.

Auf der andern Seite giebt es zahlreiche Fälle, in denen es sich gar nicht um eigentliche Sinnestäuschungen, sondern lediglich um Vorstellungen von grosser Lebhaftigkeit handelt. Bei genauerem Eingehen gelingt es, die zunächst auf Trugwahrnehmungen deutenden Aeusserungen der Kranken dahin zu präcisiren, dass die Eindrücke nicht

eigentlich sinnliche, sondern „innerliche“ gewesen sind, die aber dennoch wegen ihrer aufdringlichen Intensität von den gewöhnlichen Vorstellungen unterschieden werden. Hier würde man sich etwa die Reperception sehr stark entwickelt, aber die Reizbarkeit der Sinnesflächen nicht erhöht vorzustellen haben. Für diese Auffassung spricht der Umstand, dass diese letztgenannte Kategorie der Reproduktionen, die man auch als psychische Hallucinationen (Baillarger), Pseudohallucinationen (Hagen) oder Apperceptions-hallucinationen (Kahlbaum) bezeichnet hat, zumeist mehrere oder alle Sinnesgebiete in correspondirender Weise umfassen, und dass sie stets in nahen Beziehungen zu dem sonstigen Bewusstseinsinhalte des Subjectes stehen, während die an der entgegengesetzten Seite unserer Scala befindlichen Perceptionsphantasmen begreiflicher Weise in der Regel nur einem einzelnen Sinnesgebiete anzugehören pflegen und dem Vorstellungsverlaufe gegenüber sich durchaus selbstständig verhalten.

Eine interessante Illustration erhält die Theorie der Sinnestäuschungen durch eine eigenthümliche Störung, die man als „Doppeldenken“ bezeichnet hat. Sie besteht wesentlich in dem hallucinatorischen Mitklingen der Gedanken des Patienten. Unmittelbar an die auftauchende Vorstellung schliesst sich eine deutliche Gehörswahrnehmung des gedachten Wortes. Am häufigsten tritt dieses Mit-halluciniren beim Lesen, etwas seltener beim Schreiben auf, also dann, wenn eine Vorstellung sich mit einer gewissen Intensität in's Bewusstsein drängt. Leises oder lautes Aussprechen der Worte bringt die hallucinatorischen Nachklänge in der Regel zum Verschwinden. Stets bestehen ausserdem noch anderweitige Gehörstäuschungen. Zur Erklärung dieser Erscheinung wäre hier etwa eben wegen der Hallucinationen eine erhöhte Reizbarkeit der centralen Sinnesflächen anzunehmen, die sehr wol unter dem Einflusse der Reperception zur fortlaufenden Entstehung von Trugwahrnehmungen führen könnte, welche den Gedankengang des Subjectes inhaltlich Schritt für Schritt verfolgen. Die Ablenkung der centralen Erregungszustände auf motorische Bahnen scheint dann die centrifugale Reizung der Sinnes-

flächen durch den Vorstellungsverlauf und somit die Entstehung des Doppeldenkens bis zu einem gewissen Grade verhindern zu können.

Die Schwierigkeit, Apperceptionshallucinationen, reproducirte Vorstellungen von fast sinnlicher Lebhaftigkeit, scharf von der wirklichen Wahrnehmung zu trennen, ist die Ursache, warum bei Geisteskranken gerade die Vermischung von Sinneseindrücken mit subjectiven, dem eigenen Vorstellungsverlaufe entstammenden Elementen eine so verhängnissvolle Quelle der Verfälschung ihrer Erfahrung wird. Dieser Vorgang, den wir als Apperceptionsillusion den früher berührten Formen der Illusion gegenüberstellen können, ist in geringerem Umfange schon unter normalen Verhältnissen überaus häufig. Niemandem kann es entgehen, wie sehr auch die Wahrnehmung des Gesunden unter dem Einflusse der Erwartung, der vorgefassten Meinung steht, namentlich dann, wenn lebhafte Affecte die klare und objective Auffassung unserer Umgebung trüben. Auch der ruhigste naturwissenschaftliche Beobachter ist nicht immer ganz sicher, dass seine Wahrnehmungen sich nicht unmerklich nach den Anschauungen modificiren, mit denen er an sein Object herantritt; der eifrige Leser ergänzt und corrigirt die Versehen des Setzers aus dem Schatze seiner Vorstellungen, ohne ihrer nur gewahr zu werden, und die Affecte sind bekanntlich im Stande, in unserer Gesamtauffassung der Umgebung eine so rasche und durchgreifende Umwandlung herbeizuführen, dass die einzelnen Eindrücke in sehr stark veränderter, mit subjectiven Elementen verfälschter Gestalt in unser Bewusstsein gelangen. Bei Geisteskranken sind aber die Bedingungen für die Entstehung von Apperceptionsillusionen häufig ausserordentlich günstige: lebhafte Affecte, grosse Deutlichkeit der reproducirten Vorstellungen und endlich — ein später noch näher zu berücksichtigender Factor — Unfähigkeit zu einer kritischen Sichtung und Berichtigung des Erfahrungsmaterials. So kommt es, dass hier vielfach die sinnlichen Eindrücke in der Auffassung des Subjects ganz grotteske und phantastische Formen annehmen und auf diese Weise auch dort, wo keine eigentlichen Hallucinationen vorhanden sind, die Bausteine zu

einer durch und durch verfälschten Anschauung von der Aussenwelt zu liefern im Stande sind.

Am leichtesten kommt natürlich eine derartige Verfälschung der Erfahrung dann zu Stande, wenn die von den Sinnen gelieferten Eindrücke nicht klar und scharf ausgeprägt, sondern unbestimmt und verschwommen sind. Wie wir im gewöhnlichen Leben undeutliche Wahrnehmungen am häufigsten missverstehen, d. h. unwillkürlich durch subjective Elemente ergänzen und interpretieren, so spielen auch bei Geisteskranken die Apperceptionsillusionen besonders dann eine grosse Rolle, wenn die scharfe Auffassung der Sinneseindrücke aus irgend welchen peripheren oder centralen Ursachen eine Beeinträchtigung erlitten hat.

In der Regel vollzieht sich dieser Vorgang der Vermischung von Wahrnehmung mit subjectiven Elementen auf einem und demselben Sinnesgebiete; es giebt indessen auch eine ebenfalls hierher gehörige Gruppe von Störungen, welche in der Auslösung einer Trugwahrnehmung eines Sinnes durch einen normalen Eindruck im Bereiche eines anderen bestehen, die von Kahlbaum so genannten Reflexhallucinationen. Man kann sich dabei etwa vorstellen, dass der centripetale Sinnesreiz Erregungszustände hervorruft, die bei ihrer centrifugalen Uebertragung auf eine übererregliche Sinnesfläche dort zur Entstehung des Phantasma Veranlassung geben. Normale Beispiele dieses Vorganges sind alle die sogenannten sympathischen Empfindungen, die Tastempfindung bei einem blinden, gegen uns gerichteten Stosse, die unangenehmen Sensationen des nicht abgehärteten Zuschauers bei schmerzhaften Operationen u. s. f. In pathologischen Zuständen sind dieselben bisweilen sehr hochgradig und zugleich in sehr bizarren Formen entwickelt: die Kranken fühlen sich mit der Suppe „ausgefüllt“, von ihrer Nachbarin „ingenäht“, „ingestrickt“ und Aehnliches.

Eine sehr bemerkenswerthe Eigenschaft der Sinnestäuschungen, welche einmal auf ihre Entstehungsweise hindeutet, andererseits ihre Wichtigkeit als psychopathisches Symptom documentirt, ist die gewaltige, unwiderstehliche Macht, welche sie alsbald über den gesamten Bewusstseins-

inhalt des Kranken zu erlangen pflegen. Es ist wahr, dass auch bei psychisch völlig gesunden Menschen ausnahmsweise einmal eine ausgesprochene Hallucination auftreten kann, und dass im Beginne der Geistesstörung die Täuschungen wegen ihres unwahrscheinlichen Inhaltes häufig genug corrigirt werden, allein man sieht fast immer, wie andauernde Sinnestäuschungen rasch jede gesunde Kritik überwältigen, und wie schon nach kurzer Zeit selbst die unsinnigsten und phantastischsten Annahmen von dem Kranken acceptirt werden, um an der Realität der Trugwahrnehmungen, allen besonnenen Gegenargumenten zum Trotz, festzuhalten. Ja, wenn etwa in der Reconvalescenz die Ueberzeugung von der täuschenden Natur der Phantasmen sich schon zu festigen beginnt, wird der Kranke im Augenblicke der Hallucinationen selbst doch fast regelmässig wieder von ihnen mit fortgerissen. Diese eigenartige Erscheinung, welche in der Ohnmacht der wirklichen Wahrnehmungen, der demonstratio ad oculos, gegenüber der krankhaften Täuschung eine weitere Illustration findet, kann eben deswegen natürlich nicht etwa in der sinnlichen Deutlichkeit der Trugwahrnehmungen ihren tieferen Grund haben; im Gegentheil scheint die Erfahrung dafür zu sprechen, dass die Macht der Phantasmen mit dem Zurücktreten des alltäglich sinnlichen Charakters eher wächst, als abnimmt. Jener Grund ist daher vielmehr in dem fundamentalen, dem Kranken vielleicht selber unbewussten Zusammenhange mit den ihm geläufigen Ideenkreisen, in der inneren Uebereinstimmung der Täuschungen mit seinen krankhaften Befürchtungen und Wünschen zu suchen. In vollem Masse kann dies natürlich nur für jene Fälle gelten, in denen nicht eine tiefere Trübung des Bewusstseins, wie etwa bei Deliranten und Epileptikern, jede klare Vorstellungsverbindung überhaupt ausschliesst. Wenn aber auch dort wenigstens der allgemeine Inhalt der Phantasmen ungefähr der gleichzeitigen Stimmung entspricht, so ist das in weit höherem Masse im hallucinatorischen Wahnsinn und in der Verrücktheit der Fall. Kein Gesunder würde die Worte eines Vorübergehenden „das ist der Kaiser“ sofort auf sich beziehen, oder sich nun gar deswegen wirklich für den Kaiser halten — auf

den Verrückten, bei dem sie den Schlussstein einer langen Kette geheimer Ahnungen und dunkler Combinationen bildet, macht eine derartige hallucinatorische Wahrnehmung den allertiefsten, überwältigendsten Eindruck und lässt unmittelbar die feste Überzeugung in ihm entstehen, nicht nur, dass jene Worte wirklich gesprochen seien, sondern dass sie auch die thatsächliche Wahrheit enthalten.

Die klinischen Formen der Trugwahrnehmungen auf den einzelnen Sinnesgebieten zeigen eine grosse Mannigfaltigkeit. Unter den Gesichtstäuschungen sind am häufigsten nächtliche Erscheinungen, sogenannte Visionen, entweder leuchtende Gestalten, Gott, Christus, Engel, Verstorbene, lebhaft bewegte bunte Menschenmengen, Blumen, oder schreckhafte Fratzen, Teufel, wilde Thiere und dergl. Diese Erscheinungen gleichen in ihren meist etwas fremdartigen und phantastischen Formen, in ihrem raschen Wechsel und ihrer Vielgestaltigkeit den Trugwahrnehmungen des Fieberdeliriums oder des lebhaften, unruhigen Traumes, besitzen aber eine noch grössere sinnliche Deutlichkeit. Bisweilen ist es indessen später den Kranken selbst nicht möglich, dieselben von denjenigen eines „wachen Traumes“ zu unterscheiden. Ungleich mehr der objectiven Wahrnehmung sich nähernd und daher weit schwieriger zu corrigiren sind die seltener zur Beobachtung kommenden Gesichtstäuschungen, die sich am hellen Tageslichte zwischen die übrigen Eindrücke hineindrängen. Bisweilen sind es einzelne stereotype Gestalten, ein schwarzgekleideter Mann, ein schwarzer Hund, Löwenköpfe, die zum Fenster hineinsehen oder neben dem Kranken stehen, oder aber die Gegenstände der Umgebung haben ein ganz anderes Aussehen angenommen, zeigen bestimmte Gesichter, bewegen, verändern sich und dergl. Hierhin gehören auch gewisse Fälle von Personenverwechslung, bei welchen die Kranken in fremden Personen ihre Angehörigen wiederzuerkennen glauben oder umgekehrt ihre Angehörigen nicht als solche recognosciren, behaupten, dass dieselben Personen immer andere Gesichter und Gestalten annehmen, Fratzen schneiden u. Aehnl. Im Allgemeinen sind Gesichtstäuschungen einer Correctur durch andere Sinne, namentlich den Tast-

sinn, verhältnissmässig leicht zugänglich und werden daher von Gesunden unter einigermassen günstigen Verhältnissen auch regelmässig als solche erkannt. Nur wo heftige Affecte, namentlich Angst, oder weit fortgeschrittene psychische Schwäche eine unbefangene Prüfung des Phantasmas verhindern, werden selbst gröbere und fremdartigere Verfälschungen der Gesichtswahrnehmung unter die Zahl der objectiven Sinneserfahrungen aufgenommen und als solche weiter verarbeitet.

Weit verderblicher aber sind in dieser Beziehung die Gehörstäuschungen. Dieselben treten zumeist als „Stimmen“ auf, ein Ausdruck, den der wahre Gehörshallucinant stets sogleich richtig versteht. Der Kranke hört, zuerst gewöhnlich hinter seinem Rücken, allerlei unangenehme, aufreizende Bemerkungen, die sich auf ihn beziehen und ihn zu beleidigen bestimmt sind. Namentlich nicht ganz deutliche Reden, halblaute Worte fasst er in diesem Sinne illusionär auf, bis er dann später auch gerade in's Gesicht hinein verhöhnt und verspottet wird. Schliesslich „knarren und ertönen dann die Wagen auf ganz ungewöhnliche Weise und liefern Erzählungen, die Schweine grunzen Namen und Erzählungen, sowie Verwunderungsbezeugungen, die Hunde schimpfen und bellen Vorwürfe, Hähne krähen solche, selbst Gänse und Enten schnattern Namen, einzelne Redensarten und Bruchstücke von Referaten“. Aus dem Schwirren der Stahlfedern, dem Läuten der Glocken tönen dem Kranken Rufe entgegen, oder aus der Wand, aus dem Bette, in dem er liegt, ja aus den eigenen Ohren heraus, im Kopfe, im Unterleibe vernimmt er die quälenden Stimmen. Nicht selten haben dieselben verschiedene Höhe und Klangfarbe und werden daher verschiedenen Personen zugeschrieben; bisweilen ist es ein ganzer Chorus, dessen einzelne Mitglieder genau unterschieden werden, bisweilen nur einige wenige oder eine einzige. Vielfach sind die Stimmen leise, flüsternd oder zischelnd, wie aus der Ferne, von oben herunter, oder dumpf, aus dem Boden heraufkommend; seltener sind sie laut und schreiend, alles Andere übertönend. Ausser den Stimmen werden hier und da laute, schiessende und knatternde Geräusche, Glocken-



läuten, wirres Geschrei, seltener angenehme Musik, Gesang und dergl. gehört. In diesen letzteren Fällen dürften vorwiegend die centralen und peripheren Sinnesflächen an der Entstehung der mehr elementaren Phantasmen theiligt sein.

Der Inhalt der Gehörstäuschungen ist, wie schon angedeutet, zumeist ein aufreizender und peinigender; er steht besonders bei den Stimmen fast immer in sehr nahen Beziehungen zu dem Wohl und Wehe des Individuums und gewinnt dadurch meist einen ausserordentlichen Einfluss auf sein Handeln. Die fortwährenden Schmähungen, Beschimpfungen und höhnischen Bemerkungen, der Jammer gemiss-handelter Angehöriger machen den Kranken misstrauisch und aufgereggt und bringen ihn zu entrüsteter Reaction gegen seine vermeintlichen Beleidiger; furchtbare Drohungen setzen ihn in Angst und Verwirrung und zwingen ihn zu rastloser Flucht, um den Verfolgern zu entgehen; gebieterische Befehle lassen ihn die unsinnigsten und bisweilen unnatürlichsten Thaten begehen, weil er übernatürlichen Mächten gehorchen zu müssen glaubt. Gerade die Unmöglichkeit einer durchaus überzeugenden Correctur der Täuschungen, denen er nirgends zu entfliehen vermag, ist es, die ihn schliesslich dem verderblichen Einflusse derselben gänzlich unterliegen lässt. Aus einem Affecte in den andern gejagt, verliert er immer mehr die Fähigkeit einer ruhigen Kritik gegenüber den durch die Aufregung verstärkten Phantasmen, und es entwickelt sich so ein Circulus vitiosus, dessen Wirksamkeit durch die stete phantastische Verfälschung der Erfahrung allmählich die Grundlagen der gesammten psychischen Persönlichkeit erschüttert. Erst dann, wenn das affective Leben nach und nach seine gesunde Lebhaftigkeit eingebüsst hat, wenn der Kranke mit einem gewissen stumpfen Gleichmuthe seine Täuschungen über sich ergehen lässt, verlieren dieselben allmählich die gewaltige Macht über seinen Willen. Die lange Gewohnheit lehrt ihn sogar bisweilen, die Trugwahrnehmungen zu ignoriren; sie giebt ihm eine gewisse Routine in der äusserlichen Correctur derselben und bewahrt ihn vor gemeingefährlichen Reactionen. Zugleich aber ist jetzt auch der ganze Mensch ein anderer ge-

worden, eine Ruine, die zur Noth wieder bewohnbar gemacht wurde.

In anderen Fällen tritt namentlich der übernatürliche Charakter der gehörten Stimmen stärker hervor; sie sind dann nicht selten von Visionen begleitet. Gott oder Christus geben dem Kranken einen Auftrag, eine Verheissung oder klären ihn über ein Geheimniss seiner Persönlichkeit auf. Der ganze Vorgang hat hier gewöhnlich etwas Traumhaftes, Uebersinnliches, während die quälenden und verfolgenden Stimmen durchaus den Charakter directester Sinneswahrnehmung zu besitzen pflegen. Im Fieberdelirium und bei sehr verwirrten Kranken zeigen auch die Gehörstäuschungen den raschen Wechsel und die unklare Verworrenheit der unter gleichen Verhältnissen vorkommenden Gesichtspantasmen.

Von den eigentlichen Gehörstäuschungen abzutrennen und meist als reine Apperceptionshallucinationen ohne sinnliche Deutlichkeit zu betrachten sind die sogenannten „inneren Stimmen“, die „Weltsprache“, das „Telephoniren“, „Telegraphiren“ und dergl. Es handelt sich hier um lebhaftere Vorstellungen, die in der Art der Rede und Wechselrede im Bewusstsein des Kranken sich aneinander schliessen, ohne darum jedoch wirklich wahrgenommen zu werden, wenn sich auch an diese Erscheinung gewöhnlich die Wahnidee knüpft, dass durch dieselbe eine förmliche, stille Unterhaltung mit fernen Personen ermöglicht werde. Das Nachsprechen der Gedanken, wie wir es oben als „Doppeldenken“ bezeichneten, ist dagegen wirkliche Hallucination; es führt naturgemäss zu der Vorstellung, dass die eigenen Gedanken „laut“ und somit der Umgebung bekannt werden, dass Jemand dieselben lesen und deshalb nachsprechen könne oder endlich, dass die eigenen Gedanken durch fremde Einwirkung gemacht und beeinflusst würden.

Von weit geringerer unmittelbarer Bedeutung, als die Phantasmen des Gesichts und Gehörs, deren Gebiet ja vor Allem das sinnliche Material unserer Vorstellungen entnommen wird, sind die Täuschungen im Bereiche der übrigen Sinne für das psychische Leben des Kranken. Der geängstigte Kranke empfindet den Geruch giftiger

Dünste, die ihn tödten sollen, oder den Schwefelgestank des Teufels, der ihn bedroht; er schmeckt allerlei unappetitliche und schädliche Substanzen, Menschenfleisch, Koth, Arsenik, Canthariden in seinem Essen, die ihm von seinen Feinden beigebracht werden. Diese Trugwahrnehmungen deuten, soweit sie eben in dem Ideenkreise des Kranken und nicht in peripheren Störungen ihre Ursachen haben, vielfach auf eine tiefere Umwälzung in der ganzen Stellung desselben zur Aussenwelt hin. Dasselbe gilt von den analogen Anomalien des Hautsinnes und des Gemeingefühls. Hier ist ja die ausschliessende Controle etwaiger äusserer Einwirkungen an sich überaus leicht und einfach; wo also dennoch die Wahnideen des Elektrisirtwerdens, des Besessenseins, der Verwandlung einzelner Körpertheile in Wachs, Glas, Holz, des Verschwindens und Fehlens von Kopf, Mund, Magen, After u. s. f. auftreten, da handelt es sich nicht mehr um einfache Verfälschungen der Wahrnehmung, sondern fast immer um eine tiefere Störung der gesammten psychischen Persönlichkeit. Zwar können hier gewiss die einzelnen Eindrücke, welche das Erfahrungsmaterial bilden, auf hallucinatorischem oder illusorischem Wege entstanden resp. verändert sein, allein dieselben sind dennoch an sich zu unbestimmt, um etwa in ähnlicher Weise wie die Gehörs- und Gesichtstäuschungen den Bewusstseinsinhalt beeinflussen zu können. Erst dadurch, dass eine geschwächte oder zu unkritisch-phantastischer Auslegung geneigte Intelligenz sich dieser verfälschten Wahrnehmungen bemächtigt, um sie zur Grundlage einer veränderten Auffassung des eigenen Ich und seiner Umgebung zu gestalten, gewinnen sie eine Bedeutung für den Vorstellungsverlauf, welche sie in einem gesunden Bewusstsein niemals erlangen könnten.

**Trübungen des Bewusstseins.** Ausser den Vorgängen im peripheren und centralen Sinnesgebiete ist für die Erwerbung des Erfahrungsmateriales noch ein weiterer Factor von hervorragender Wichtigkeit, nämlich die Umwandlung der centralen Erregungszustände in Bewusstseinsinhalt, die Perception und Apperception der Sinneseindrücke. Aeussere Reize erzeugen in unserem Innern gewisse eigen-

thümliche, nicht näher definirbare Zustandsveränderungen, die wir unmittelbar auffassen und als Vorstellungen, Gefühle, Strebungen und dergl. bezeichnen. Diese allgemeinste Thatsache der inneren Erfahrung bezeichnen wir als das Bewusstsein. Ueberall, wo äussere Eindrücke in psychische Vorgänge umgesetzt werden, ist Bewusstsein vorhanden, denn dasselbe ist eben nichts Anderes, als ein Ausdruck für das Stattfinden dieser Umwandlung. Das Wesen des Bewusstseins ist für uns absolut dunkel; wir wissen nur, dass die Existenz desselben in gesetzmässiger Abhängigkeit von den Functionen der Hirnrinde steht, und dass auch die einzelnen Vorgänge im Bewusstsein höchst wahrscheinlich gewissen, bisher noch unbekanntem, physiologischen Processen im Centralorgane parallel gehen, resp. an sie gebunden sind. Wie von der Beschaffenheit der peripheren Sinnesorgane die Umsetzung der physikalischen Reize in Sinneserregung abhängig ist, so sind weiterhin die Zustände des Centralorganes für die Umwandlung der physiologischen Erregungen in Bewusstseinsvorgänge von massgebender Bedeutung. Ob und in welchem Masse diese letztere Umwandlung stattfindet, das ist bisher im Einzelfalle oft äusserst schwierig zu eruiren, da uns in die innere Erfahrung eines Individuums kein directer Einblick, sondern nur ein Rückschluss aus seinem äusseren Verhalten möglich ist. Aus diesem letzteren allein entnehmen wir mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit, ob dasselbe als Resultat psychischer Vorgänge zu betrachten ist oder nicht.

Denjenigen Zustand, in welchem die Umsetzung physiologischer in psychische Prozesse gänzlich aufgehoben ist, bezeichnen wir als Bewusstlosigkeit. Jeder Reiz, der überhaupt über die Schwelle des Bewusstseins treten und somit einen psychischen Eindruck hervorrufen soll, muss eine Intensität besitzen, die nicht unter einen bestimmten Werth, den sogenannten Schwellenwerth, heruntersinken darf. Allein die Grösse des Schwellenwerthes wechselt je nach den Zuständen unseres Centralorgans ausserordentlich. Während sie bei gespannter Aufmerksamkeit ihr Minimum erreicht, kann sie in tiefster Ohnmacht unendlich werden, d. h. es genügen hier bisweilen selbst die allerstärksten

Reize nicht mehr, um Bewusstseinsvorgänge auszulösen. Man kann demnach je nach der Grösse des Schwellenwerthes verschiedene Helligkeitsgrade des Bewusstseins annehmen, wie sie auch praktisch häufig unterschieden werden; ein ähnliches Princip ist bereits benutzt worden, um die Intensität des Schlafes in den einzelnen Stadien desselben zu bestimmen. Auch dort, wo äussere Reize keine Bewusstseinsvorgänge auszulösen vermögen, findet übrigens sicherlich nicht selten wenigstens noch ein Wechsel von dunklen Vorstellungen oder Gemeingefühlen statt, welche durch die Zustände des eigenen Innern erzeugt werden. Am deutlichsten sehen wir ja in der alltäglichen Erscheinung des Traumes, dass die Schwellenwerthe für innere und äussere Reize eine sehr verschiedene Grösse besitzen können.

Durch die hier von uns gegebene Definition, die sich unmittelbar aus der wissenschaftlichen psychologischen Terminologie ergibt, haben wir den Begriff der Bewusstlosigkeit weit enger umgrenzt, als man das zumeist in der psychiatrischen Praxis zu thun pflegt. Man hat sich hier gewöhnt, vielfach auch solche Zustände als Bewusstlosigkeit zu bezeichnen, in denen zwar unzweifelhaft Gefühle, Vorstellungen, Willensimpulse, kurz psychische Vorgänge, sich im Innern des Kranken abspielen, in denen aber die klare Auffassung der Aussenwelt und der eigenen Persönlichkeit, das „Selbstbewusstsein“ in erheblicherem Masse gestört ist. Die Klarheit des Bewusstseins ist abhängig von der Thätigkeit der Apperception, d. h. von der Erfassung der äusseren und inneren Eindrücke durch die Aufmerksamkeit, ähnlich etwa, wie die Deutlichkeit des Sehens bedingt wird durch die Fixirung eines Gegenstandes im Blickpunkte des Gesichtsfeldes. Alle Störungen der Apperception beeinträchtigen daher die Klarheit der Auffassung äusserer und innerer Vorgänge in höherem oder geringerem Grade und führen eine „Trübung“ des Bewusstseins, einen „Dämmerzustand“ desselben herbei, der alle Gebiete des psychischen Lebens in Mitleidenschaft zieht.

In den höchsten Graden dieser Bewusstseinsstörung besteht der gesammte Wahrnehmungsinhalt nur aus einem unklaren Gemisch einzelner verschwommener Vorstellungen

und dunkler Gefühle, in welchem keine deutliche Auffassung, keine Ordnung und Gruppierung möglich ist. Derartige Zustände haben wir höchst wahrscheinlich vorauszusetzen bei den schweren psychischen Entwicklungshemmungen der Idiotie, in den tieferen Blödsinnsformen, namentlich dem apathischen, häufig auch wol in der acuten Demenz. Von diesen schwersten Formen der Bewusstseinstrübung, denen sich die Delirien, die Erschöpfungspsychosen, die epileptischen und hysterischen Dämmerzustände mit ihrem wirren Durcheinander krankhafter Wahrnehmungen, Vorstellungen und Affecte anschliessen, führen zahlreiche Abstufungen allmählich in solche Zustände hinüber, welche, im Bereiche des Normalen liegend, nur noch Andeutungen jener hier besprochenen Störung darbieten. So können wir als ein ganz oder nahezu normales Beispiel von Erschwerung der Apperception und dadurch bedingter leichter Trübung des Bewusstseins jene Unfähigkeit zu klarer und scharfer Auffassung verwickelter Vorgänge in der Aussenwelt betrachten, wie sie im zweiten (Lähmungs-) Stadium der acuten Alkoholvergiftung das hervorstechendste psychische Symptom bildet.

**Störungen der activen Apperception.** Jede Erschwerung der Apperception schliesst gleichzeitig den theilweisen oder völligen Verlust des normaler Weise vorhandenen Willenseinflusses auf Wahrnehmung, Gedankengang und Handlungen in sich. Am prägnantesten pflegt dieses Verhalten in jenen theoretisch wie praktisch ausserordentlich interessanten Formen der Bewusstseinstrübung hervorzutreten, welche wir als hypnotische Zustände\*) bezeichnen. Es gelingt bekanntlich bei einer sehr grossen Zahl von Individuen (80—90 %), durch verschiedenartige Manipulationen, namentlich durch lebhaftere Erweckung der Vorstellung des

---

\*) Rieger, Der Hypnotismus. 1884; Obersteiner, Klinische Zeit- und Streitfragen, I, 2, 1887; Beaunis, études physiologiques et psychologiques sur le sonnambulisme provoqué. 1886; Wundt, Physiologische Psychologie. 3. Auflage, 1888, p. 449 ss. Forel, Zeitschrift für die gesammte Strafrechtswissenschaft, IX, 1 u. 2; v. Krafft-Ebing, Eine experimentelle Studie auf dem Gebiete des Hypnotismus, 2. Auflage. 1889.

Einschlafens, eine Alteration des Bewusstseins in dem Sinne zu erzielen, dass das gesammte Seelenleben in eine mehr oder weniger vollständige Abhängigkeit von dem Willen des Experimentators geräth. Durch Suggestion, d. h. durch energisches Anregen dieser oder jener psychischen Vorgänge mit Hülfe des Wortes oder geeigneter Handlungen, kann unter solchen Umständen nicht nur der Inhalt der Wahrnehmungen ganz nach Belieben frei erzeugt oder modificirt, nicht nur frei erfundene Erinnerungen können mit allen Einzelheiten dem Individuum eingepflanzt werden, um bei ihm weitere phantastische Verarbeitung zu finden, sondern vor Allem stehen auch seine Handlungen, ja sogar viele seiner unwillkürlichen Functionen gänzlich unter dem Einflusse der gebieterisch die eigenen Willensregungen knebelnden Eingebungen. Der Hypnotisirte sieht, hört, riecht, schmeckt, fühlt Alles das, was der Experimentator ihm vorredet, und er nimmt von der wirklichen Umgebung nichts wahr, was ihm gewissermassen wegdisputirt wird. Er beschwört bona fide, Dinge erlebt zu haben, die nie geschehen sind, und leugnet mit derselben kategorischen Ueberzeugungstreue das jüngst Vergangene; er vermag kein Glied zu rühren ohne Erlaubniss des Hypnotiseurs und begeht auf Geheiss dieses Letzteren unbedenklich die unsinnigsten, selbst verbrecherische Handlungen. In einer ganzen Reihe von Fällen dauert dieser nur mangelhaft durch den Ausdruck Befehlsautomatie charakterisirte Zustand auch nach dem Erwachen aus der Hypnose noch kürzere oder längere Zeit hindurch fort (Möglichkeit posthypnotischer Suggestionen), bis der eigene Wille wieder die Herrschaft über den Ablauf der psychischen Functionen gewinnt; zuweilen aber kann trotz völliger Rückkehr des Normalzustandes im Voraus für einen fernliegenden Termin (anscheinend selbst bis zu einem Jahre) der spontane Eintritt suggerirter Wahrnehmungen und Handlungen erzwungen werden (Suggestion à échéance). Ja, es kann hie und da die hypnotische Lähmung der activen Apperception sogar ohne eigentliche Hypnose, wenigstens ohne irgend tiefere Bewusstseins-trübung, in anscheinend wachem Zustande erzielt werden. Die Erinnerung an alle diese psychischen Beeinflussungen

ist nach dem Erwachen aus der Hypnose bald völlig erhalten oder doch durch äussere Anregungen wieder wachzurufen, bald getrübt, bald ganz erloschen; jedenfalls ist auch ihr Verhalten in hohem Grade von dem Willen des Experimentators abhängig.

Wenn uns das Wesen dieser viel discutirten Erscheinungen zur Zeit noch in vielen Beziehungen räthselhaft ist, so lässt sich ein psychologisches Verständniss für dieselben immerhin durch die hier von uns vertretene Annahme gewinnen, dass es sich dabei um eine Hemmung der activen Apperception, um die vorübergehende Beseitigung jenes regulirenden Einflusses handelt, welchen unser Wille fortdauernd auf den Ablauf unserer psychischen Functionen durch Unterdrückung dieser und Begünstigung jener Bewusstseinsvorgänge ausübt. Die Analogie der hypnotischen mit unseren Traumzuständen (und so manchen psychopathischen Erscheinungen) ist gerade unter diesem Gesichtspunkte eine so handgreifliche, dass wir kaum erst des so häufig beobachteten Ueberganges zwischen Hypnose und Schlaf oder umgekehrt bedürften, um eine physiologische Verwandtschaft Beider anzunehmen. Auch im Traume acceptiren wir kritiklos die widerspruchsvollsten Wahrnehmungen und Vorstellungscombinationen als baare Wirklichkeit; wir erfinden Erinnerungen und vergessen die alltäglichen Erfahrungen; wir begehen ohne Gewissensbisse die zwecklosesten und schändlichsten Handlungen, um uns andererseits auf das Peinlichste in der Ausführung unserer einfachsten Absichten immer und immer wieder gehemmt zu sehen. Nur ist es hier das unwillkürliche, höchstens episodisch durch äussere Reize beeinflusste Spiel unserer eigenen Vorstellungen und Gefühle, welches durch die Ausschaltung der regulirenden Einflüsse freie Bahn gewinnt, während bei der Hypnose der fremde Wille gewissermassen in unser entfesseltes Seelenleben hineingreift und nunmehr als unumschränkter Machthaber in dem herrenlosen Gebiete schalten kann.

Ein wesentlich anderes Bild, als diese tiefgreifenden Alterationen des Bewusstseins, bieten diejenigen Zustände dar, in welchen der Apperceptionsvorgang an sich ohne erhebliche Schwierigkeit von Statten geht, während doch die



Möglichkeit einer activen Direction nahezu oder völlig aufgehoben ist. Beim gesunden Menschen finden wir dieses Verhalten regelmässig in der ersten Entwicklungsperiode der psychischen Persönlichkeit, in der Kindheit, so lange sich eben noch keine constanten Dispositionen ausgebildet haben, welche einen regulirenden und dirigirenden Einfluss auf die Aufmerksamkeit auszuüben vermöchten. Der gesammte Bewusstseinsinhalt steht daher hier in hilfloser Abhängigkeit von der zufälligen Umgebung; nur die jedesmal intensivsten Reize werden wahrgenommen, ohne Rücksicht auf den innern Zusammenhang der Ereignisse. Dem gegenüber gestattet die Möglichkeit einer willkürlichen Direction der Aufmerksamkeit, wie sie sich allmählich mit dem tieferen Verständnisse der Aussenwelt, mit der Ausbildung von „Gesichtspunkten“ und bestimmten Richtungen des Interesses entwickelt, eine überaus mannigfaltige Variation des Schwellenwerthes, sodass wir im gleichen Augenblicke sehr intensive Reize völlig zu ignoriren im Stande sind, wo wir die minutiösesten Veränderungen irgend eines Objectes mit der grössten Schärfe auffassen. Bei Geisteskranken sind Störungen der activen Apperception, speciell in den affectiven Formen und bei Schwachsinnigen, überaus häufig. Schon die leisesten Andeutungen derselben documentiren sich in den grossen Schwankungen, welche die Dauer einfachster psychischer Vorgänge (Auffassung eines Sinneseindruckes und Ausführung einer Bewegung) und noch mehr diejenige verwickelterer Leistungen bei solchen Kranken regelmässig darzubieten pflegt. Es fehlt denselben eben die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit dauernd in gleichem Masse willkürlich gespannt zu erhalten, so dass Buccola\*) jene exact bestimmbaren Schwankungen mit Recht als das „Dynamometer der Aufmerksamkeit“ bezeichnen konnte.

Leichte Grade dieser Störung der activen Apperception scheinen derjenigen Form der „Zerstreuung“ zu Grunde zu liegen, welche sich bei geistiger Ermüdung einstellt. In ähnlicher Weise, wie beim enthirnten Thier die Reflexerregbarkeit steigt, so nimmt auch hier mit dem Nachlasse

\*) Buccola, la legge del tempo nei fenomeni del pensiero. 1883.

jener Hemmungen, welche uns normaler Weise befähigen, nur gewissen Wahrnehmungen und Vorstellungen den Eintritt in den Blickpunkt unseres Bewusstseins zu gestatten, die Erregbarkeit gegenüber äusseren Einwirkungen zu. Wir werden überaus leicht „gestört“, von dem Gegenstande, den wir verfolgen wollen, abgelenkt, weil jeder neue Reiz, ungeachtet unserer immer wiederholten ohnmächtigen Anstrengungen, mit einer gewissen Prätension sich uns aufdrängt. Unter pathologischen Verhältnissen, namentlich bei Maniakalischen, kann sich dieser Zustand unvollkommener „Dämpfung“ des Apperceptionsmechanismus soweit steigern, dass jeder beliebige äussere Eindruck von einer gewissen Stärke sofort appercipirt wird und die Herrschaft im Bewusstseinsinhalte gewinnt, allerdings nur, um im nächsten Augenblicke von einem anderen wieder abgelöst zu werden. In den Reden derartiger Kranker spiegelt sich dieses Verhalten häufig sehr auffallend wieder, insofern sich in wirrem Durcheinander alle Gegenstände der Umgebung einflechten, die gerade der schweifende Blick trifft, alle Worte, die dem Patienten mit einigem Nachdrucke vorgesagt werden. Es gelingt auf diese Weise dem Arzte sehr leicht, die Auffassung ganz willkürlich hierhin und dorthin zu lenken, ja auch durch fortgesetztes Beharren bei einem Gegenstande den immer und immer wieder abspringenden Kranken wenigstens für eine kurze Zeit bei demselben zu „fixiren“.

### B. Störungen der intellectuellen Operationen.

Das durch die Sinne gelieferte und mittelst der Apperception aufgefasste Erfahrungsmaterial bildet die Grundlage aller weiteren intellectuellen Operationen und somit auch der psychischen Individualität des Menschen in ihrem Vorstellungsleben. Man sieht daher sogleich, dass alle die aufgeführten Störungen der Sinneserkenntnis, wie sie durch die Sinnestäuschungen, durch Aufhebung und Alteration des Bewusstseins, endlich durch die Unfähigkeit zu activer, auswählender Apperception repräsentirt werden, nicht ohne die weitreichendsten Folgen für die Gestaltung

des gesammten Bewusstseinsinhaltes und der psychischen Persönlichkeit bleiben können. Je unvollkommener und verfälschter die Nachrichten von der Aussenwelt zur Wahrnehmung gelangen, desto fragmentarischer und subjectiver wird die Anschauung bleiben, welche sich im Bewusstsein des Individuums von seiner Umgebung, vom eigenen Ich und von der Stellung dieses letzteren zu seiner Umgebung entwickelt. Dazu kommt, dass zu jenen Störungen, welche die Sammlung des Erfahrungsmaterials beeinträchtigen, fast ausnahmslos sich noch solche gesellen, die eine weitere Verarbeitung desselben in krankhafter Weise beeinflussen.

**Störungen der Reproduction.** Die allgemeinste Grundlage aller geistigen Thätigkeit ist das Gedächtniss.\*) Jeder einmal in's Bewusstsein getretene Eindruck hinterlässt nach seinem Schwinden aus demselben eine allmählich abnehmende „Disposition“ zu seiner Wiedererneuerung, die entweder durch eine zufällige Association oder durch eine active Anstrengung des Subjectes, das Besinnen, vermittelt werden kann. Diese Disposition, diese bleibende Spur, welche die einmal gemachte Wahrnehmung auf längere Zeit hinaus dem Erfahrungsschatze des Individuums einreihet und sie seinem Gedächtnisse zur Verfügung stellt, haftet im Allgemeinen um so stärker und länger, je klarer der ursprüngliche Eindruck aufgefasst worden und je allseitiger er zu dem übrigen Bewusstseinsinhalte des Subjectes in Beziehung getreten war, je mehr er, mit anderen Worten, das Interesse dieses letzteren erregt hatte.

Die dauerndste und treueste Erinnerung finden wir daher überall dort vor, wo eine Erscheinung oder eine Folge von Eindrücken in möglichster Klarheit aufgefasst und, noch besser, mit Hülfe der activen, auswählenden Aufmerksamkeit nach bestimmten Gesichtspunkten verfolgt wurde. Wir werden daher erwarten dürfen, dass Trübungen des Bewusstseins, wie sie die Sammlung äusserer Erfahrung beschränken, so auch die weitere Verwerthung der etwa noch gemachten fragmentarischen Wahrnehmungen beeinträchtigen, da die Reproductionsfähigkeit derselben hier eine

---

\*) Ribot, Das Gedächtniss und seine Störungen. 1882.

äusserst geringe ist und rasch gänzlich verschwindet. Aus dem Fehlen der Erinnerung an eine gewisse Zeitperiode wird daher meistens auf eine Aufhebung des Bewusstseins während derselben zurückgeschlossen, ja streng genommen ist die Erinnerungslosigkeit, die Amnesie, fast das einzige Kriterium, welches uns mit einiger Sicherheit die Annahme einer vorangegangenen Bewusstlosigkeit gestattet. Allein die tägliche Erfahrung des Vergessens von Träumen, an die wir bisweilen nur durch einen zufälligen Eindruck wieder erinnert werden, zeigt uns, dass sehr wol ein psychisches Leben, also Bewusstsein, bestehen kann, ohne dass doch die Spuren der Eindrücke und Vorstellungen fest genug im Gedächtnisse haften, um ohne Schwierigkeit eine Reproduction derselben zu gestatten. Ganz ähnlich sind sicherlich jene Bewusstseinsstörungen der Epileptiker, der Mania transitoria, des Hypnotismus zu beurtheilen, in denen die klinische Beobachtung häufig genug unzweideutige Anzeichen psychischer Thätigkeit zu constatiren vermag, trotzdem nachher nicht die mindeste spontane oder recognoscirende Erinnerung an dieselbe besteht. Für diese Auffassung sind besonders wichtig die bisweilen beobachteten Fälle, in denen unmittelbar beim Abklingen der Störung noch eine gewisse Reproduction des Vorgefallenen möglich ist, die aber späterhin rasch verschwindet.

Wenn es besonders der Vorgang der activen Erfassung eines Eindruckes durch die Aufmerksamkeit ist, der eine dauernde Bereicherung unseres Erinnerungsmaterials vermittelt, so werden wir weiterhin auch dort Störungen der Reproduction zu erwarten haben, wo zwar die Apperception, das deutliche Bewusstwerden der Wahrnehmungen nicht aufgehoben, wo sie aber in höherem oder geringerem Grade der willkürlichen Direction des Subjectes entzogen wird. Diese Alteration ist es, auf welcher vornehmlich das bekannte Symptom der Gedächtnisschwäche beruht, welches die verschiedensten Zustände des normalen und krankhaften psychischen Lebens begleitet. Schon die einfache Ermüdung lässt zwar momentan noch klare Vorstellungen von unserer zufälligen Umgebung in uns entstehen, aber sie bedingt, wie sich experimentell darthun lässt, wegen

der nur passiven Hingabe an die äusseren Eindrücke ein rascheres Verschwimmen und Schwinden derselben aus unserer Erinnerung. Im späteren Greisenalter ist dieser Zustand fast immer ein dauernder. Die Auffassung neuer Eindrücke geschieht habituell ohne jenes innere Interesse, welches die active Apperception charakterisirt, und die Reproductionsfähigkeit bleibt daher für sie eine beschränkte, während so oft die Erinnerungen aus vergangener Zeit, nicht mehr verdrängt durch neuen Erwerb, mit erstaunlicher Lebhaftigkeit und Treue im Vorstellungsverlaufe wiederkehren. Mit dieser Erfahrung steht die Thatsache in bestem Einklange, dass von allen Vorstellungsverbindungen, mit denen wir zu operiren pflegen, etwa 70% aus der Jugend stammen.

In pathologischer Ausprägung begegnet uns die hier besprochene Erscheinung bei der Dementia paralytica und bei anderen Formen der progressiven Verblödung. Obgleich die Apperception auffallender äusserer Eindrücke noch leidlich gut von Statten geht, werden dieselben dennoch sehr rasch, oft schon in der nächsten Minute, wieder vergessen, während Vorstellungen aus früherer, gesunder Zeit noch immer, theilweise wenigstens, im Gedächtnisse haften. Erst dann, wenn die Störung immer weiter fortschreitet, erlischt schliesslich auch die Reproductionsfähigkeit der intellectuellen Ueberreste vergangener Tage, und es kommt somit bei dem Mangel jedes neuen Erwerbs zum völligen Untergange des gesammten Vorstellungslebens, so dass das schwache Fünkchen des Bewusstseins nur noch durch den Wechsel dunkler, unbestimmter Gefühle glimmend erhalten wird.

Ein ähnliches praktisches Resultat, wie die bisher aufgeführten Störungen, hat natürlich jene Alteration für die Erinnerung, die wir als erhöhte Erregbarkeit auf dem Gebiete der Apperception kennen gelernt haben. Auch hier entzieht sich die Auffassung der Umgebung dem Einflusse der activen Direction durch das Subject, auch hier bleiben die einzelnen Wahrnehmungen gerade deshalb und wegen ihrer raschen Aufeinanderfolge ungenau, unzusammenhängend und nur in sehr geringem Grade reproductionsfähig. Die Erinnerung an solche Zustände pflegt daher

auch zumeist nur eine summarische und verworrene zu sein, doch giebt es begreiflicherweise je nach der Ausprägung der Störung alle möglichen Uebergangsstufen bis zur völlig klaren und treuen Aufbewahrung aller erfahrenen Eindrücke im Gedächtnisse.

Nur kurz erwähnt soll hier werden, dass ausser den zeitlich begrenzten Erinnerungsdefecten bekanntlich auch der Verlust bestimmter Gruppen von Vorstellungen aus dem Gedächtnisse beobachtet wird, ein Vorgang, dessen best-gekanntes Beispiel durch die amnestische Aphasie, die Unfähigkeit der Reproduction einzelner oder aller sprachlicher Klangbilder repräsentirt wird, und der sich, wie es scheint, in analoger Weise auch auf dem Gebiete gewisser Gesichtsvorstellungen abspielen kann. Derartige partielle Defecte beruhen zumeist wol auf der Unterbrechung gewisser Leitungsbahnen, an deren Integrität die bewusste Reproduction jener Vorstellungen gebunden ist. Da diese Störungen in der Pathologie des Gehirns ausführlich behandelt zu werden pflegen, so können wir hier über dieselben hinweggehen.

Die ununterbrochene und allseitige Verknüpfung, welche sich zwischen allen gleichzeitigen und unmittelbar aufeinanderfolgenden Vorgängen in unserem Bewusstsein stetig vollzieht, ist die Ursache, dass sich die ganze Summe unserer Reminiscenzen in eine continuirliche Reihe einordnet, deren Endpunkt der gegenwärtige Augenblick bildet, während das Anfangsglied mehr oder weniger weit in die Vergangenheit zurückreicht. Nur die jüngsten Elemente dieser Reihe sind jeweils in grösserer Vollständigkeit und Klarheit Inhalt unseres Gedächtnisses; je weiter wir nach rückwärts gehen, desto mehr verwischen sich die Einzelheiten, und desto rascher schrumpft die Reihe auf vereinzelte, besonders bedeutsame Erinnerungsthatsachen zusammen, an welche sich ein Gemisch von Einzelreminiscenzen in mehr oder weniger lockerer Weise anknüpft. Jene Marksteine sind es, welche sich in bestimmte Beziehungen zu allgemeineren Ereignissen, insbesondere zur Zeitrechnung setzen und uns damit eine wenigstens annähernde zeitliche Localisation unserer Erfahrungen in der Vergangenheit ermöglichen.

Störungen dieser zeitlichen Localisation finden

sich bei Geisteskranken häufig genug, vor Allem regelmässig mehr oder weniger ausgesprochen in der Paralyse. Die Kranken wissen nicht, wie lange sie sich schon in der Anstalt befinden, wann sie zuletzt Besuch gehabt, ja wann sie zu Mittag gegessen haben, auch wenn sie sich der betreffenden Thatsachen selbst noch leidlich gut erinnern. Die augenblicklichen Eindrücke haften bei ihnen zu locker, um sich zu jener festgegliederten Reihe an einander schliessen zu können, welche dem rückschauenden Blicke die Abschätzung der zeitlichen Entfernung von der Gegenwart gestattet. Aehnlich, wie wir uns nach einförmigen, reizlosen Wochen des letzten bedeutsamen Ereignisses entsinnen, als sei es „erst gestern“ gewesen, so erscheinen auch dem Paralytiker die Monate, die keine bleibende Spur in seiner Erinnerung zurückgelassen haben, wie wenige Tage. Das gewohnte Mass des Wechsels der Tageszeiten, das uns vor dem unwillkürlichen Schätzungsfehler bewahrt, geht für seine gestörte Aufmerksamkeit verloren, so dass er rathlos, nur auf die Hülfe seines unzuverlässigen Gedächtnisses angewiesen, der Aufgabe einer zeitlichen Localisation gegenüber steht.

Endlich aber ist es auch die Treue der Erinnerung, die inhaltliche Identität der Reproduction mit der vergangenen Erfahrung, welche bei Geisteskranken mannigfaltige und erhebliche Störungen darbieten kann. Wir wissen aus experimentellen, wie aus alltäglichen Erfahrungen, dass selbst die allereinfachsten Erinnerungsbilder schon unter normalen Verhältnissen niemals vollständig den Wahrnehmungen gleichen, sondern sofort eben durch die Aufbewahrung im Gedächtnisse und die Einordnung in den sonstigen Bewusstseinsinhalt nicht unbeträchtliche Wandlungen durchzumachen pflegen. Man denke nur daran, wie klein dem Erwachsenen nach langer Abwesenheit die Dimensionen erscheinen, die ihm als Kind imponirten. Mit der Veränderung des allgemeinen Grössenmassstabes ist hier auch das Erinnerungsbild unvermerkt gewachsen, so dass dann der Contrast desselben mit der Wirklichkeit völlig überraschend wirkt. In ähnlicher Weise werden durch die krankhaften Veränderungen der psychischen Persönlichkeit,

durch die Gefühlsanomalien, die Wahnideen sehr häufig nachträglich die Reminiscenzen aus der Vergangenheit in pathologischer Weise verfälscht. Dem Melancholischen erscheint sein ganzes Vorleben als eine Kette von trüben Erfahrungen oder schlechten Handlungen; der Verfolgungs- und der Grössenwahn werfen ihre Schatten zurück auf frühere Zeiten und lassen den Kranken schon in der Jugend die Andeutungen eines feindseligen Verhaltens seiner Umgebung, auffallender Beachtung durch hochgestellte Personen oder hervorragender Leistungsfähigkeit auf den verschiedensten Gebieten menschlichen Könnens ausfindig machen.

In der Regel handelt es sich dabei nur um eine theilweise Vermischung wirklicher Erlebnisse mit subjectiven Elementen, also um einen Vorgang, der mit den Illusionen in eine gewisse Parallele zu stellen wäre. Bisweilen jedoch kommt es auch zu „Hallucinationen der Erinnerung“ (Sully), zu völlig phantastischer Erfindung scheinbarer Reminiscenzen, denen gar kein Vorbild in der Vergangenheit entspricht. Namentlich bei Paralytikern und Verrückten wird diese Form der Erinnerungsfälschung nicht selten beobachtet. Die Kranken erzählen von fabelhaften Reisen, die sie gemacht, wunderbaren Abenteuern, die sie erlebt, gewaltigen Kämpfen, die sie überstanden, schrecklichen Verwundungen, die sie erlitten haben, und lassen sich durch Zwischenfragen und Einwürfe zu allen möglichen, vielfach einander widersprechenden Detailangaben verleiten. Meist liegen solche phantastische Erlebnisse Jahre, selbst Jahrhunderte oder Jahrtausende zurück; nur von Paralytikern und Altersblödsinnigen hört man völlig erfundene Reminiscenzen auch in die jüngste Vergangenheit, die letzten Tage oder Stunden verlegen. In anderen Fällen werden die Erinnerungsfälschungen nicht frei producirt, sondern sie schliessen sich an irgend welche zufälligen äusseren Eindrücke an. Die Kranken (zumeist Verrückte) glauben einzelne Personen oder Gegenstände ihrer Umgebung früher schon einmal gesehen oder von ihnen gehört zu haben, ohne sie doch mit wirklichen Erinnerungsbildern zu identificiren. Sie verkennen daher jene Objecte keineswegs, wie das bei den Apperceptionsillusionen, bei der Beeinflussung einer Wahrnehmung



durch die Erinnerung der Fall war, sondern es vollzieht sich hier der umgekehrte Vorgang: an die vollkommen scharf aufgefasste Wahrnehmung knüpft sich eine durchaus phantastische Reminiscenz, deren vermeintliches Original gewöhnlich einige Monate oder seltener Jahre zurückdatirt wird.

Die letzte Form der Erinnerungsfälschung, der wir hier noch zu gedenken haben, ist am besten von Sander beschrieben worden. Schon im gesunden Leben begegnet es uns bisweilen, namentlich in der Jugend und im Zustande einer gewissen Abspannung, dass sich uns in irgend einer Situation plötzlich die Vorstellung aufdrängt, als hätten wir dieselbe schon einmal ganz in derselben Weise erlebt. Zugleich haben wir eine dunkle Ahnung dessen, was nun voraussichtlich kommen wird, ohne uns jedoch ein klares Bild davon machen zu können. In der That scheint uns irgend ein alsbald eintretendes Ereigniss wirklich unsere Ahnung zu erfüllen. Auf diese Weise stehen wir eine kurze Zeit lang gewissermassen als passive Zuschauer dem eigenen Vorstellungsverlaufe gegenüber, der in unbestimmten Andeutungen dem wirklichen Verlaufe der Dinge vorausseilt, bis plötzlich die ganze Erscheinung verschwindet. Gefühle einer peinlichen Unsicherheit und Spannung pflegen sich regelmässig mit derselben zu verknüpfen.

In sehr ausgeprägter Weise wird diese Störung hier und da unter pathologischen Verhältnissen, besonders bei Epileptikern im Zusammenhange mit den Anfällen, beobachtet. Was dieselbe von den früher genannten Formen der Erinnerungsfälschung unterscheidet, ist die völlige Identificirung der gesammten Situation unter Einschluss des Subjectes selbst mit einer anscheinenden Reminiscenz. Während dort einzelne Eindrücke als von früher her direct oder häufiger indirect bekannt recognoscirt werden, ist hier die ganze Situation mit allen Einzelheiten vermeintlich nur die getreue Copie eines identischen Erlebnisses aus der eigenen Vergangenheit. So kommt es, dass in den seltenen Fällen, in denen sich diese Fälschung Wochen, Monate, ja durch Decennien hindurch fortspinnt, mit einer gewissen Nothwendigkeit in dem Kranken die Vorstellung erzeugt wird, dass er ein sich selbst wiederholendes Doppelleben führt.

Die Grundlage dieser Störung ist durchaus dunkel. Möglich ist es, dass bisweilen wirkliche verschwommene Reminiscenzen, namentlich aus Träumen, auf Grund entfernter Aehnlichkeiten mit der vielfach nur in allgemeinen Umrissen aufgefassten gegenwärtigen Situation fälschlich identificirt werden, doch dürfte diese Erklärung schwerlich für alle Fälle zutreffen. Die unangenehmen Erwartungsgefühle lassen sich wol am wahrscheinlichsten auf das vergebliche Ringen nach einer deutlichen Apperception des verschwommenen Bewusstseinsinhaltes zurückführen.

**Störungen in der Bildung der Vorstellungen und Begriffe.** Wie sich bei dem Vorgange der Illusion ein äusserer Eindruck mit reproducirten Wahrnehmungselementen zu einem Gesamtbilde vereinigt und als einheitlicher psychischer Vorgang in das Bewusstsein tritt, so liefert die Fähigkeit der Reproduction auch die Möglichkeit einer Verbindung der Vorstellungen untereinander. Sehr selten nur oder nie sind es einfache Vorstellungen, welche den Inhalt des entwickelten Bewusstseins erfüllen; in mannigfaltigster Combination verschmelzen und verknüpfen sie sich mit einander zu mehr oder weniger complexen psychischen Gebilden, deren einzelne Wahrnehmungsbestandtheile nur durch eine minutiöse Analyse noch von einander getrennt werden können.

Zwei grosse Gruppen von derartigen zusammengesetzten Producten unserer Vorstellungsthätigkeit sind es, die wir wegen ihrer verschiedenen intellectuellen Bedeutung ziemlich scharf auseinanderhalten können, die associativen und die apperceptiven Verbindungen. Die erstere Gruppe umfasst jene lockeren Verknüpfungen, wie sie durch eine theilweise, wenn auch ganz äusserliche Aehnlichkeit, durch zufällige Gewöhnung, durch räumliche oder zeitliche Coexistenz u. s. f. vermittelt werden, während wir als apperceptive Verbindungen die innigen Verschmelzungen der Vorstellungen zu Begriffen zusammenfassen, bei deren Zustandekommen vom Subjecte eine bewusste Auswahl der constituirenden Gebilde aus der ganzen Zahl der sich anbietenden Associationen getroffen wird. Dort finden wir die disparatesten Elemente durch den Zufall ebenso leicht

an einander gebunden, wie von einander getrennt und wieder zu neuen Complexen vereinigt; hier dagegen besteht eine innere Einheit, ein „logischer“ Zusammenhang der einzelnen Elemente, der nur durch neuen Erfahrungserwerb wieder aufgehoben werden kann. Die Associationen bieten der Vorstellungsthätigkeit das Rohmaterial zur Verarbeitung dar; aus ihnen bildet die auswählende Apperception die festgefugten Grundlagen aller intellectuellen Arbeit, die Begriffe, auf deren Schärfe, Klarheit und Vollständigkeit die gesammte Verstandesentwicklung des Individuums beruht. Aus den Begriffen leiten sich durch Zerlegung die Urtheile, aus diesen durch logische Combination die Schlüsse ab, durch deren immer wiederholtes, festgegliedertes Ineinandergreifen dann endlich jene systematische Zusammenfassung der Gesammterfahrung entsteht, die wir als die Weltanschauung des Menschen bezeichnen. In ihr gelangt die Auffassung der eigenen Persönlichkeit und ihrer Umgebung, sowie des gegenseitigen Verhältnisses beider zu einander zum Ausdruck.

Man sieht leicht, dass diese successive Entwicklung der intellectuellen Operationen aus einander eine innige Abhängigkeit derselben von einander zur Folge haben muss. Jede Verfälschung der Sinneswahrnehmung, jede Störung der Reproduction muss sich in der Bildung der Begriffe widerspiegeln, und die Anomalien dieser letzteren werden dann weiter für die verwickelteren logischen Functionen verhängnisvoll.

Auf den niederen Stufen des geistigen Lebens, wie sie hauptsächlich von dem erworbenen oder angeborenen Blödsinn repräsentirt werden, findet überhaupt keine engere Verknüpfung der einzelnen, in das Bewusstsein eintretenden Wahrnehmungen statt. Nur durch das lockere Band der zufälligen Aufeinanderfolge einer fragmentarischen Reproduction fähig, fehlt ihnen jener innere Zusammenhang, der durch die apperceptive Auffassung der gemeinsamen Elemente und durch die Einordnung des neuen Erwerbs in das System des früher verarbeiteten Vorstellungsmaterials vermittelt wird. Die Einzelvorstellungen behalten daher ihre Selbständigkeit sowol wie ihren sinnlichen Charakter;

das Unwesentliche in ihnen wird nicht von dem Wesentlichen, das Allgemeine nicht von dem Besonderen getrennt, und die Bildung der Urtheile und Schlüsse kann daher nicht über das Gebiet der unmittelbarsten sinnlichen Erfahrung hinaus zur Erfassung höherer und weiterblickender Gesichtspunkte sich erheben. Selbstverständlich werden diese Folgen nur dort wirklich unmittelbar hervortreten, wo der krankhafte Zustand ein angeborener oder doch sehr früh erworbener und lange dauernder ist; im andern Falle muss natürlich, so wenig auch während der Störung selbst eine intellectuelle Verarbeitung von Erfahrungsmaterial möglich ist, der aus gesunden Tagen vorhandene Schatz von Vorstellungen und Begriffen eine mehr oder weniger vollständige Ausgleichung der pathologischen Wirkungen herbeiführen.

Die geringe Ausbildung der Vorstellungsverbindungen ist eine Störung, welche uns in gradueller Abstufung bei sehr verschiedenen Krankheitsformen, so auch innerhalb der Breite des Normalen wieder begegnet. Wo dieselbe, wie das bei den geringeren Graden zunächst der Fall zu sein pflegt, hauptsächlich nur die apperceptiven Verschmelzungsproducte betrifft, da kennzeichnet sie sich durch das Stehenbleiben der Vorstellungen auf der Stufe der sinnlichen Wahrnehmungsbilder, sowie durch die Unfähigkeit, das Gemeinsame und Allgemeine in den Erscheinungen aufzufassen und die Zusammengehörigkeit analoger Erfahrungen zu erkennen. Mangelhafte Entwicklung auch der associativen Verbindungen dagegen hat ausserdem nothwendig noch geringe Ausdehnung des Vorstellungsschatzes und Beeinträchtigung der Reproduction zur Folge, da diese letztere zum guten Theil sicherlich eben auf der associativen Verknüpfung der einzelnen Erinnerungsbilder beruht. Beschränktheit der Weltanschauung auf das unmittelbar sinnlich Gegebene ist demnach im Allgemeinen die Signatur der ersteren, Ideenarmuth und Gedächtnisstumpfheit diejenige der letzteren Störung.

Ganz regelmässig finden wir diese Symptomengruppen in grösserer oder geringerer Ausbildung bei allen länger dauernden und tiefer in die geistige Individualität des

Kranken eingreifenden Psychosen, das Zurücktreten und Verblässen der höheren und allgemeineren intellectuellen Interessen gegenüber dem Greifbaren und Naheliegenden, das eigene Ich unmittelbar Berührenden, die Verkleinerung des Gesichtskreises und des Vorstellungsschatzes, sowie das rasche Schwinden des gleichgiltig aufgefassten und mit dem übrigen Bewusstseinsinhalte nicht in lebendige Verbindung getretenen, neuen Erfahrungsmaterials aus dem Gedächtnisse. Am deutlichsten tritt natürlich diese Wandlung, welche die intellectuelle Seite der sogenannten „Verblödung“ repräsentirt, in der Dementia paralytica hervor, wo die Geschwindigkeit des psychischen Verfalles den Vergleich der einzelnen Stadien desselben mit einander sehr erleichtert.

Kaum viel weniger verderblich, als die mangelnde Ausbildung der Vorstellungsverbindungen pflegt für das Seelenleben die pathologische Uebererreglichkeit der Phantasie zu werden, welche mit abnormer Leichtigkeit die associative Brücke zwischen den heterogensten Ideen zu schlagen weiss. Ihr genügen schon entfernte Aehnlichkeiten und partielle Uebereinstimmungen, um zwei Vorstellungen in nahe Beziehungen zu setzen; der Mangel an Zwischengliedern wird rasch durch immer bereite Combination ergänzt und die theilweisen Incongruenzen in mehr oder weniger willkürlicher Umgestaltung verwischt. Eine solche Subjectivität der Ideenverbindung, welche die Fühlung mit dem sicheren Boden der Wirklichkeit mehr und mehr verliert, macht natürlich bei der Begriffsbildung eine Auswahl des Zusammengehörigen und die Ausscheidung des Unwesentlichen, Entlegenen fast gänzlich unmöglich. So kommt es, dass die Begriffe hier durchaus jener Schärfe und Klarheit entbehren, welche sie zur Basis der höheren intellectuellen Operationen tauglich macht; sie werden verschwommene und unklare psychische Gebilde, mit deren Hülfe nur einseitige und verschrobene Urtheile von zweifelhaftem Werthe, sowie vage und unsichere Analogieschlüsse zu Stande kommen können, sobald sich der Gedankengang aus dem Bereiche der unmittelbaren Sinneserfahrung entfernt. Es ist daher leicht verständlich, dass die hier geschilderte

Störung, als deren Symptom uns der Hang zum Schwärmen und Träumen, der unpraktische Mangel des Interesses für das Positive und Einzelne begegnet, nicht ohne die schwersten Folgen für die psychische Gesamtentwicklung bleiben kann. Sie bildet die Signatur für gewisse Formen des angeborenen Schwachsinnns und der auf ihrem Boden sich mit Vorliebe entwickelnden originären Verrücktheit.

**Störungen im Ablaufe der Vorstellungen.** Die successive Verknüpfung von Vorstellungen und Begriffen mit einander nimmt, wie sich durch exacte Messungen zeigen lässt, eine bestimmte, nicht unbeträchtliche Zeit (etwa 0,5—1,0'') in Anspruch, deren Dauer je nach der Leichtigkeit, mit welcher sich die Elemente an einander fügen, variirt und somit umgekehrt Rückschlüsse auf die innigeren oder entfernteren Beziehungen der psychischen Vorgänge zu einander gestattet. Unter pathologischen Verhältnissen kann, wie es scheint, die Dauer jener Verknüpfungen und damit die Schnelligkeit des Vorstellungsverlaufes erhebliche Veränderungen erfahren. So ist es nachgewiesen worden, dass bei Melancholischen und bei Schwachsinnigen selbst die einfachsten psychischen Operationen, wie das Wahrnehmen eines Sinneseindruckes und die Ausführung einer Willkürbewegung, durchschnittlich etwas längere Zeit in Anspruch nehmen, als bei Gesunden. Wie die klinische Erfahrung zeigt, tritt dieses Verhalten bei höheren intellectuellen Functionen noch deutlicher hervor. Die einzelnen Vorstellungen folgen einander langsam und träge; die Antworten werden zögernd und nach längerer Pause hervorgebracht, verwickeltere geistige Leistungen entweder gar nicht oder nur unter grossem Zeitaufwande ausgeführt. Im einen Falle, bei Melancholikern, scheint diese Verlangsamung auf einer allgemeinen Hemmung der psychischen Prozesse durch den begleitenden Affect zu beruhen, wie ja auch unter normalen Verhältnissen jede ernstere Verstimmung mit einer Unfähigkeit zu raschem und klarem Denken einherzugehen pflegt. Bei Schwachsinnigen dagegen haben wir es wol mit einer dauernden Herabsetzung der psychischen Leistungsfähigkeit, speciell der activen Aufmerksamkeit, zu thun, als deren vorübergehendes physio-

logisches Analogon wir den Zustand der Ermüdung betrachten können. Dass in diesem letzteren, ebenso wie unter dem Einflusse depressiver Affecte, schon die einfachsten und noch mehr die verwickelteren psychischen Vorgänge regelmässig eine Verlängerung ihrer Zeitdauer erfahren, lässt sich ebenfalls durch Messungen ohne Schwierigkeit nachweisen.

Beschleunigung der psychischen Functionen ist ohne Zweifel ein sehr viel selteneres Vorkommniss bei Geisteskranken, als die Verlangsamung derselben. Nach der klinischen Erfahrung sollte man diese Erscheinung etwa in maniakalischen Zuständen, namentlich in denjenigen des circulären Irreseins, erwarten. In der That hat neuerdings Marie Walitzkaja\*) bei Maniakalischen Verkürzungen der Associationszeit bis auf die Hälfte, ja bis auf ein Drittel der normalen Dauer gefunden. Der Annahme einer so erheblichen Beschleunigung der Vorstellungsverbindungen widersprechen indessen meine eigenen Erfahrungen durchaus, so dass ich jenes Resultat einstweilen als durch Fehlerquellen getrübt betrachten muss. Im Ganzen scheinen für eine grosse Zahl von Geisteskranken weniger Veränderungen in der mittleren Dauer ihrer psychischen Vorgänge, als vielmehr abnorm grosse Schwankungen zwischen den gewonnenen Einzelwerthen, allerdings mit der vorwiegenden Neigung zu längeren Zahlen, charakteristisch zu sein.

Ausser diesen mehr formalen Störungen haben wir nunmehr aber auch noch gewisse Alterationen des Vorstellungsverlaufes einer kurzen Betrachtung zu unterziehen, bei denen der Inhalt der Gedankenreihen eine mehr oder weniger tiefgreifende Beeinflussung erfährt. Wie es scheint, ist die gemeinsame Grundlage hier der dauernde oder vorübergehende Verlust der Herrschaft des Kranken über seine Ideenkreise, die Unfähigkeit nach bestimmten Motiven aus der Zahl der sich anbietenden Associationen Auswahl zu treffen. Auf diese Weise können dann entweder einzelne Vorstellungsgruppen sich immer von Neuem wieder dem Bewusstsein aufdrängen, oder aber es gelangt jede beliebige

---

\*) Wjestnik psychiatrii 1888, VI.

Vorstellung ohne Weiteres zur Apperception, sobald sie nur eine gewisse Stärke erlangt, ohne Rücksicht auf ihren inhaltlichen Zusammenhang mit dem ganzen Gedankengange.

Andeutungen der zuerst bezeichneten Störung begegnen uns in der täglichen Erfahrung, wenn wir irgend eine Vorstellungsgruppe, meist solche von rhythmischer Gliederung, einen Vers oder eine Melodie, „nicht los werden können“ und, oft zu unserem grössten Verdrusse, in steter Wiederholung auf dieselbe zurückkommen müssen. Auf diese Weise kann eine Reproduction, die uns zunächst gleichgiltig und sogar angenehm ist, bei häufiger Wiederkehr schliesslich die peinlichsten Gefühle in uns hervorrufen, sobald wir uns ausser Stande finden, dieselbe zu unterdrücken. Experimentelle Erfahrungen lehren diese Erscheinung als Ermüdungssymptom kennen. Man hat derartige Vorstellungen, die sich gegen den Willen des Subjectes in das Bewusstsein desselben drängen, Zwangsvorstellungen\*) genannt. Von anderen, mit Macht hervortretenden Vorstellungen unterscheiden sie sich somit nicht an sich selbst, sondern es ist der eigenthümliche Zustand des Bewusstseins, das Widerstreben des Individuums, nicht der Zwang selbst, sondern das unangenehme Gefühl des Zwanges, welches dem ganzen Vorgange seine bestimmte Färbung giebt.

Der Widerstand und weiterhin das Unlustgefühl, welches die Ueberwindung desselben durch die Zwangsvorstellung begleitet, kann ausser der Beeinträchtigung des Gedankenverlaufes durch die häufige, ja unablässige Wiederholung jener letzteren, noch aus ihrem, der sonstigen Denkweise des Subjectes widersprechenden Inhalte entspringen. Die einzelnen klinischen Formen dieser Störung, die regelmässig auf dem Boden einer verminderten psychischen Widerstandsfähigkeit zur Entwicklung kommt, werden wir späterhin noch einer näheren Betrachtung zu unterziehen haben.

Eine schwerwiegende Bedeutung für das psychische Leben können die Zwangsvorstellungen gewinnen, wenn sie nicht als einfache lästige Erinnerungsbilder, sondern als

---

\*) Wille, Archiv f. Psychiatrie, XII, 1; Meynert, Wiener klin. Wochenschr., 1888, 5—7.



Befürchtungen oder Hoffnungen auftreten und damit die Auffassung thatsächlicher Verhältnisse zu verfälschen drohen. Freilich wird eine ruhige Kritik auch hier überall einer wirklichen Assimilierung der krankhaften Elemente dauernd Widerstand zu leisten vermögen; wo aber die Besonnenheit sich trübt, z. B. durch lebhaftere Affecte, da kann die kritische Sichtung des Vorstellungsmaterials ausbleiben und damit jenen pathologischen Gedankengängen ein weitgehender Einfluss auf den gesammten Bewusstseinsinhalt eröffnet werden. Natürlich tragen dieselben nur so lange den Charakter der Zwangsvorstellungen, wie das gesunde Urtheil noch gegen sie ankämpft und sie als Eindringlinge in den normalen Fluss der Ideenverbindungen auffasst.

Wesentlich anders sehen wir die Sachlage dort sich gestalten, wo nicht einzelne Vorstellungen von besonderer Intensität unverscheuchbar die ruhige Folgerichtigkeit des Gedankenganges stets von Neuem unterbrechen, sondern wo in buntem Wechsel immer gerade die jeweils stärkste Vorstellung ohne Auswahl ins Bewusstsein tritt. Da im Allgemeinen die associativen Verbindungen die grössere Festigkeit besitzen, gewinnen sie, sobald unsere Aufmerksamkeit ermüdet, mehr und mehr das Uebergewicht über die apperceptiven Verknüpfungen der Vorstellungen. Gleichzeitig lockert sich aber die Festigkeit der Associationen im Allgemeinen, weil bei dem Zurücktreten der activen, zweckbewussten Auswahl jede Vorstellung gewissermassen erst einen Kampf mit andern, gleichzeitig auftauchenden Erinnerungsbildern zu bestehen hat, bevor sie als die stärkste den Sieg davon trägt. Alle diese Verhältnisse, die sich beim Gesunden durch das Experiment exact feststellen lassen, finden wir, nur in sehr viel stärkerer Ausprägung, bei dem psychopathischen Symptome der Ideenflucht wieder, welches eine regelmässige Begleiterscheinung der maniakalischen Exaltation darstellt. Leichtere Grade dieser Störung documentiren sich in der Geschwätzigkeit aufgeregter Kranker, die nicht im Stande sind, einen angefangenen Gedanken consequent durchzuführen, sondern beständig abschweifen und „vom Hundertsten in's Tausendste“ kommen, indem sie schon nach wenigen Augenblicken das ursprüngliche Ziel

ihres Redens aus dem Auge verlieren und sich durch jeden neuen Einfall, der ihren Gedankengang kreuzt, von demselben ablenken lassen. Bei weiterer Ausbildung der Erscheinung schreitet die Lockerung des begrifflichen Zusammenhanges der Vorstellungen immer weiter. An Stelle der inneren, logischen Beziehungen treten mehr und mehr die rein äusserlichen, durch associative Gewöhnung (Coexistenz, Reminiscenzen, Wortzusammensetzungen) oder durch Gleichklang vermittelten Ideenverbindungen, bis schliesslich jede inhaltliche Verknüpfung in einer sinnlosen Aneinanderreihung von Assonanzen, Alliterationen, Reimen, Citaten und Bruchstücken verloren geht. Diese chaotische Folge von Vorstellungen kann dann bisweilen höchstens noch durch sehr energische äussere Eindrücke (kräftiges Anreden) vorübergehend soweit aufgehalten werden, dass es gelingt, von dem Kranken etwa eine richtige Antwort auf eine einfache Frage zu erhalten.

#### **Störungen des Urtheils und der Schlussbildung.**

Die höchsten und verwickeltsten Leistungen auf intellectuellem Gebiete sind Urtheil und Schluss. Da sie sich aufbauen auf den vorbereitenden Functionen der Wahrnehmung, des Gedächtnisses, der Bildung und Verbindung von Vorstellungen, so ist es natürlich, dass alle Alterationen irgend eines dieser Vorgänge regelmässig in mehr oder weniger nachhaltiger Weise das in Urtheil und Schluss sich darstellende Endresultat der geistigen Arbeit in Mitleidenschaft ziehen müssen. Abgesehen davon jedoch kann eben die logische Verarbeitung des Vorstellungsmateriales selbst gewissen krankhaften Störungen unterliegen, welche für das ganze psychische Leben in der Regel äusserst verhängnissvoll werden.

Die wichtigste dieser Störungen ist die Neigung zu subjectiver Interpretation der Aussenwelt. Wenn schon im gesunden Leben vielfach die Versuchung an uns herantritt, an geringfügige und vieldeutige thatsächliche Anhaltspunkte zu weitgehende Wahrscheinlichkeitsschlüsse zu knüpfen oder ohne zureichenden Grund Causalverhältnisse zwischen zufällig zusammenfallenden Ereignissen zu vermuthen, so begünstigt unter pathologischen Verhältnissen

der Hang zu phantastischer Verbindung der Vorstellungen und Wahrnehmungen in ganz hervorragendem Masse das Suchen nach Beziehungen der Dinge, wo die Vorstellungen in Beziehung getreten sind, die Vermuthung eines realen Zusammenhanges der Erscheinungen auf Grund des leicht geschürzten psychologischen Bandes derselben. Für den Kranken kann der harmloseste äussere Vorgang zum tief-sinnigen Symbol verborgener Ereignisse werden; in die nüchternsten Thatsachen wird ein versteckter und entlegener Sinn hineingeheimnisst. Der Flug eines Vogels ist ihm ein verheissungsvolles Zeichen für die Zukunft, eine zufällig beobachtete Geberde signalisirt drohende Gefahr, der Fund einiger Kastanien bedeutet die Zusicherung künftiger Welt-herrschaft.

Auf diese Weise entsteht nicht selten jenes wichtige psychopathische Symptom, welches man als „Wahnidee“ bezeichnet. Jede Wahnidee ist eine krankhaft verfälschte Vorstellung, die sich zumeist auf die persönlichen Verhältnisse des Individuums bezieht. Sie kann erzeugt werden durch eine einfache Sinnestäuschung und ist dann der Correctur leicht zugänglich, sobald die Irrealität jener Täuschung erkannt worden ist. Zumeist indessen, auch wenn sie durch Trugwahrnehmungen genährt und inhaltlich bestimmt wird, hat sie ihre eigentliche Wurzel in der intellectuellen Verarbeitung von Vorstellungen, die allerdings wieder von anderer Seite her, z. B. durch Gefühle und Affecte, beeinflusst werden können.

Ein physiologisches Analogon der Wahnidee ist gewissermassen der Aberglaube, insofern auch er auf einem mystischen Hange, auf der Neigung zu phantastischer Auslegung der äusseren Erscheinungen beruht, die nur beim Kranken vielfach in weit grotteskeren und unkritischeren Formen auftritt. In der That ist es bisweilen bei der Beurtheilung des einzelnen Falles überaus schwer, zu sagen, wie weit der Aberglaube und wie weit ein wirklich pathologischer Wahn von der Weltanschauung des Individuums Besitz ergriffen haben. Nur die Eruirung des Durchschnitts-berglaubens bei der Umgebung des Kranken kann hier einen einigermaßen sicheren Anhalt an die Hand geben.

Regelmässig stehen die Wahnideen in den innigsten Beziehungen zu dem eigenen Ich des Kranken. Die Vorstellungsgruppe der eigenen Persönlichkeit, das Selbstbewusstsein, bildet ja schon unter normalen Verhältnissen den Mittelpunkt des individuellen Interesses; darum knüpfen sich auch hier alle die symbolischen Interpretationen der Eindrücke vor Allem an dieses Centrum an und setzen das Netz geheimnissvoller Zusammenhänge und phantastischer Projectionen in unmittelbare Verbindung mit dem eigenen Wohl und Wehe. Ausserordentlich begünstigt wird diese Entwicklung einer egocentrischen Auffassung der Umgebung durch die Wirkung lebhafter Gefühle. Es giebt kein Wahnsystem, welches dem Kranken gleichgiltig wäre, sondern dasselbe ist stets auf das Engste verwebt mit seinen persönlichen Interessen und übt auf seine Stimmung, wie auf seine Stellung in der Welt einen entscheidenden Einfluss aus.

Nach dem begleitenden Gefühlstone lassen sich somit zwei grosse Gruppen von Wahnideen unterscheiden, depressive und exaltirte, deren Inhalt im Einzelnen eine Reihe verschiedener, meist bis zu einem gewissen Grade typischer Formen annehmen kann. Unter denjenigen mit depressiver Färbung sind zunächst einige Formen zu nennen, die sich direct auf den eigenen Körper beziehen. So besteht der hypochondrische Wahn in der Idee, von einer schweren körperlichen Krankheit befallen zu sein, deren Symptome und Wirkungen häufig in phantastischer Weise ausgemalt werden. Wie der angehende Arzt die Anzeichen so mancher der gerade von ihm studirten Affectionen an sich zu entdecken glaubt, so werden hier die harmlosesten, durchaus normalen Erscheinungen am eigenen Körper für die Folgen der Syphilis, der Hundswuth, mannigfacher Vergiftungen, sexueller Ausschweifungen und dergl. angesehen. Bei Aerzten sind Tabes, Paralyse, Phthise der häufigste Inhalt hypochondrischer Wahnideen. In schweren Fällen gewinnen dieselben, namentlich unter dem Einflusse abnormer Sensationen aller Art, nicht selten ganz barocke Formen: ein lebendiges Thier sitzt im Körper; Mund und After sind verschlossen, die Eingeweide sämmtlich ruinirt oder herausgenommen, der Athem und das Blut vergiftet, der Kopf

ausgehöhlt, der Hirnschaum abgeschöpft, die Knochen durch Holzstücke ersetzt; der ganze Körper ist von Glas, Butter, Eisen und Aehnliches.

Das hypochondrische Wahnsystem geht dabei schon in zwei verwandte Ideenkreise über, die Idee der körperlichen Beeinflussung und diejenige der Metamorphose. Im ersteren Falle wird die Veränderung und Verschlechterung des ganzen Körpers feindlichen Einwirkungen zugeschrieben, die entweder im Schlafe vorgenommen werden oder ganz mystischer Natur sind. Die Hypothese des Behextwerdens, des Besessenseins, die ja in den Hexenprocessen des Mittelalters eine so grosse culturhistorische Bedeutsamkeit erlangt hat, liegt hier dem abergläubischen Kranken äusserst nahe; sie wird gestützt durch abnorme Gemeingefühle, fremdartige, ihm aufsteigende Gedanken und Reden, die Wahrnehmung von Stimmen im eigenen Körper, lebhafte Träume. Ein etwas anderer Bildungsgang macht den Kranken mehr zur Annahme magischer, magnetischer, elektrischer, physikalischer Fernwirkungen geneigt, die durch allerlei Maschinen, Telephone, galvanische Batterien, sympathetische Manipulationen von unsichtbaren Feinden vermittelt werden. Die Ausbildung derartiger Hypothesen ist bisweilen eine äusserst detaillirte und spitzfindige. Die Idee der Metamorphose findet noch eine weitere Entwicklung in dem ebenfalls culturhistorisch wichtigen Wahne der Thierverwandlung, des Abgestorbenseins, der Verwandlung in andere Personen, namentlich solche anderen Geschlechtes, in leblose Dinge u. s. f.

Uebersaus häufig ist das allgemeine Symptom des Verfolgungswahns. Derselbe kann sich weit über den Bereich der rein körperlichen Beeinflussung hinaus, die wir soeben erwähnt haben, auf das ganze Gebiet der Beziehungen des Individuums zur Aussenwelt erstrecken. Sehr gewöhnlich beginnt derselbe mit der wahnhaften Interpretation einzelner hingeworfener Aeusserungen oder zufällig wahrgenommener Geberden; genährt wird er vor Allem am ergiebigsten durch Gehörstäuschungen. Der Kranke wird argwöhnisch und misstrauisch gegen seine Umgebung; er beginnt das Benehmen derselben mit anderen Augen an-

zusehen und seine Wahrnehmungen unter dem neugewonnenen Gesichtspunkte zu verwerthen. Ueberall entdeckt er geheime Complotte gegen sich, Andeutungen drohender Gefahren, überall Spione, die ihn auf Schritt und Tritt beobachten und verfolgen. Wohin er kommt, fühlt er die Aufmerksamkeit auf sich gerichtet; harmlose Bemerkungen enthalten versteckte Verhöhnungen und den Hinweis auf seine verzweifelte Lage; Jedermann weiss um das quälende Geheimniss, und die Versicherungen der Liebe und Freundschaft sind eitel Heuchelei, um ihn desto sicherer in die Falle zu locken. In anderen Fällen richten sich diese Verfolgungsideen nur gegen bestimmte Personen, gegen Vorgesetzte, Nachbarn, Freunde, Gatten, oder gegen gewisse, sehr mystisch organisirt gedachte Parteien, die Geistlichen, Freimaurer, Socialdemokraten. Der besondere Inhalt des Wahnsystems ist gewöhnlich durch Trugwahrnehmungen verschiedener Art motivirt.

Als weitere Form von depressiven Wahnideen haben wir noch den Versündigungswahn zu erwähnen. Der Kranke glaubt, ein grosses Unrecht begangen zu haben, klagt sich der scheusslichsten Verbrechen an, oft nur in allgemeinen Ausdrücken, bisweilen aber auch in ganz bestimmter Erzählung, hält sich für ein schlechtes, verworfenes, gemüthloses Geschöpf, für von Gott verstossen und verdammt. Er fürchtet und wünscht zugleich eine schreckliche Strafe, um seine Sünden zu büssen, und lebt in der beständigen Erwartung, dass er nunmehr von den Polizisten geholt, hingerichtet, verbrannt, zur Richtstätte geschleift, lebendig begraben werden solle. Diesen Wahnideen nahe verwandt sind gewisse Befürchtungen allgemeiner Art, die häufig mit ihnen sich vergesellschaften, die Idee zu verarmen, arbeitsunfähig zu werden, ein grosses Unglück erdulden zu müssen oder über die Angehörigen heraufzubeschwören. Namentlich die Vorstellung, dass irgend etwas Schreckliches passirt, die Familie erkrankt und gestorben sei, oder dass etwas Furchtbares bevorstehe, scheint zumeist aus einer directen Beeinflussung des Bewusstseinsinhaltes durch die allgemeine depressive Verstimmung des Melancholikers ihren Ursprung zu nehmen; begegnen wir doch ähnlichen, allerdings ge-

wöhnlich rasch vergessenen „Ahnungen“ auf dem Hintergrunde einer gemüthlichen Alteration nicht selten auch im alltäglichen Leben.

Auch die exaltirten Wahnideen können unmittelbar den eigenen Körper zum Gegenstande haben. Hier gewährt uns die Euphorie der Phthisiker und die Selbsttäuschung Betrunkener ein normales Beispiel für jene Störungen des Selbstbewusstseins, in denen das Gefühl erhöhter Leistungsfähigkeit in Widerspruch mit dem wirklichen Verhalten geräth. So rühmen gebrechliche Paralytiker ihre Körperkräfte, ihre ausgezeichneten Lungen, ihre sexuelle Potenz, sprechen von ihrer schönen Stimme, von ihren gymnastischen Fertigkeiten, während sie keinen musikalischen Ton hervorbringen und nicht auf den Füßen stehen können. Den hypochondrischen Ideen inhaltlich verwandt sind die exaltirten Vorstellungen, dass der eigene Koth Gold, der Urin Rheinwein sei und Aehnliches.

Sehr häufig ist die Idee geistiger Gesundheit trotz tiefgreifender psychischer Störung, der Mangel der Krankheitseinsicht, der für manche Formen des Irreseins geradezu als pathognomonisch angesehen werden kann. Namentlich dort, wo die Combinationsfähigkeit erhöht ist und die Verbindung der Vorstellungen mit krankhafter Leichtigkeit vor sich geht, glaubt der Kranke, gesünder zu sein, denn je und giebt seiner Umgebung die Insinuation psychischer Erkrankung ohne Weiteres zurück. Bisweilen steigert sich dieses Gefühl intellectueller Leistungsfähigkeit in so exorbitanter Masse, dass der Kranke sich für ein Universalgenie, für einen grossen Entdecker und Reformator hält, für den es keine Schwierigkeiten und keine unlösbaren Probleme mehr giebt; er versteht alle Sprachen, kennt alle Geheimnisse der Natur und ergründet die tiefsten Räthsel des Daseins mit spielender Leichtigkeit. Wer wird dabei nicht an die erstaunliche Gewandtheit erinnert, mit der wir bisweilen im Traume die schwierigsten Aufgaben überwältigen, um nachher beim Erwachen zu entdecken, dass unsere Producte baarer Unsinn gewesen sind.

Die äusseren Verhältnisse des Kranken werden durch exaltirte Wahnideen in analoger Weise umgewandelt. Nach

der einen Seite hin beziehen dieselben sich auf seine sociale Stellung, nach der anderen auf seinen Besitz, ohne dass natürlich im Einzelfalle eine scharfe Trennung dieser beiden Formen möglich wäre. Der Kranke ist von hoher Abkunft, Fürstenkind, Thronerbe, oder er steht wenigstens in nahen Beziehungen zu weltlichen und geistlichen distinguirten Persönlichkeiten, ja er hat Verbindungen mit überirdischen Mächten, Verkehr mit der Jungfrau Maria, mit Christus oder Gott selbst. In weiterer, sehr häufiger Steigerung ist er selber Bismarck, König, Kaiser, Papst (sogar Beides in einer Person); er ist ein Heiliger, Christus, Braut Christi, Gott, die personificirte Dreieinigkeit und Obergott. Andererseits rühmt der Kranke seine schönen Kleider, seine Pferde und Schlösser; er besitzt grosse Ländereien und ungeheuer viel Geld, Millionen mal Milliarden; ihm gehört Deutschland, Europa, alle fünf Erdtheile, ja schliesslich die ganze Welt. An diese Vorstellungen der Macht und des Reichthums knüpfen sich sehr gewöhnlich mannigfache Pläne, welche mit Hülfe der zur Verfügung stehenden Mittel zur Ausführung gebracht werden sollen. Vom einfachen Ankaufe allerlei unnützer Dinge geht es zum Projecte gewaltiger Bauten, grossartiger Feste, zur Austrocknung ganzer Oceane, Durchbohrung der Erde, Reisen nach dem Monde und durch das Weltall. In dieser speciellen inhaltlichen Ausprägung des „Grössenwahns“ macht sich gerade der Einfluss der individuellen Erfahrung geltend. Die allgemeine Richtung desselben ist offenbar in dem zu Grunde liegenden Krankheitszustande vorgezeichnet, aber das ausfüllende Detail wird durch den Vorstellungsschatz des Subjectes geliefert und spiegelt somit die Anschauungen, Interessen und Wünsche desselben, bisweilen in sehr drastischer Weise, wider.

Depressive und exaltirte Wahnideen sind durchaus nicht etwa als gegensätzliche und einander ausschliessende Richtungen der Vorstellungsthätigkeit zu betrachten, sondern sie combiniren sich sogar sehr gewöhnlich mit einander. Der vermeintlich Verfolgte sieht die Ursache der gegen ihn gerichteten Feindseligkeiten in seinen besonderen persönlichen Vorzügen, in seinen natürlichen An-



sprüchen auf ein grosses Besitzthum, in seiner Anwartschaft auf einen Fürstenthron, und umgekehrt glaubt der wahnhaft Sprössling aus hohem Hause, der Besitzer ideeller Reichthümer die Nichtanerkennung seiner Rechte auf die Machinationen geheimer Feinde und Neider zurückbeziehen zu müssen, betrachtet seine Zurückhaltung in der Irrenanstalt als das Werk erbschleicherischer Verwandten oder auch als eine von Gott auferlegte Prüfung, nach deren glücklichem Ueberstehen das ganze Füllhorn des Glückes sich über ihn ergiessen werde. Die Pathogenese dieser Vermischung, wie überhaupt der Wahnideen, ist im einzelnen Falle sicherlich recht verschieden und bisher oft nicht ganz klar zu stellen.

Affective Zustände, die oben geschilderten Anomalien in der Combination der Vorstellungen und endlich Verfälschungen der Wahrnehmung, namentlich Sinnestäuschungen, sind die wesentlichsten Quellen, aus welchen die wahnhaften Veränderungen des Selbstbewusstseins hervorgehen. Mit dieser mannigfaltigen Entstehungsweise hängt sicherlich zum grossen Theile eine sehr wesentliche klinische Differenz der Wahnideen zusammen, welche uns zwei Formenkreise derselben mit verschiedener pathologischer Bedeutung von einander zu trennen erlaubt, die fixen und die wechselnden Wahnideen. Nur bei den ersteren kann man, streng genommen, von einem „Wahnsysteme“ sprechen; hier ist der krankhaft veränderte Vorstellungsinhalt zum dauernden Bestandtheile des Erfahrungsschatzes geworden und übt somit auf die gesammte weitere Verarbeitung der äusseren Eindrücke seinen entscheidenden Einfluss aus. Die Stellung des Subjectes zur Aussenwelt verschiebt sich auf diese Weise allmählich in bestimmter Richtung; die psychische Persönlichkeit mit ihren früher gewonnenen Anschauungen erleidet eine vollständige Umwandlung, in mancher Beziehung analog derjenigen des gesunden Menschen, der in eine fremde Welt voll neuer Eindrücke versetzt wird. Gerade diese vollständige Assimilation des Wahnes, die innigen Beziehungen desselben zu der Vorstellungsgruppe des eigenen Ich sind es, welche den inneren Zusammenhang seiner ein-

zelen Elemente, die logische Verarbeitung derselben zu einem Systeme, einer Weltanschauung vermitteln.

Dem gegenüber stellen sich die wechselnden Wahnideen im Allgemeinen als eine mehr äusserliche Funktionsstörung im Bereiche des Intellectes dar. Sie sind nicht so sehr ein Ausdruck der individuellen Weltauffassung, als vielmehr Vorstellungen, die aus irgend einem Grunde (Affect, Sinnestäuschungen) vorübergehend die Herrschaft über den Bewusstseinsinhalt des Subjectes erlangt haben, ohne darum bereits von demselben fest assimilirt worden zu sein. Sie werden nicht intellectuell verarbeitet, haften daher nicht lange und pflegen die spätere Erfahrung nicht dauernd massgebend zu beeinflussen. Für den Augenblick vermögen sie wol die Herrschaft über den Bewusstseinsinhalt des Individuums zu gewinnen, aber sie verlieren schliesslich ihre Macht und werden dann von der wieder hervortretenden gesunden Kritik leicht corrigirt, oder sie werden wenigstens von neuen Ideen abgelöst, wenn die tiefe Störung der Intelligenz eine kritische Ausmerzung bereits unmöglich gemacht hat. Es liegt auf der Hand, dass auch hier eine durchgreifende Trennung der beiden Formenkreise nicht möglich ist. Fixe Wahnsysteme pflegen sich meist aus anfänglichen wechselnden und schwankenden Wahnvorstellungen herauszuentwickeln, die erst allmählich eine dauernde Herrschaft über das widerstrebende Subject gewinnen; andererseits können unter Umständen derartige, detaillirt ausgearbeitete Systeme bisweilen nach Monate, selbst Jahre langer Dauer dennoch wieder corrigirt werden, namentlich dann, wenn sie auf der Basis einer endlich sich ausgleichenden Alteration des Stimmungshintergrundes entstanden waren.

Die Entstehung der Wahnideen erscheint dem gesunden Bewusstsein zunächst als ein durchaus fremdartiger und unbegreiflicher Vorgang. Es ist uns unverständlich, wie eine plötzlich auftauchende Idee dauernde Macht über den gesammten Erfahrungsinhalt gewinnen kann, und wie die grössten Absurditäten trotz ihrer Handgreiflichkeit, trotz des unmittelbar entgegenstehenden Zeugnisses der Sinne, dennoch unbeirrt festgehalten werden. Allerdings begegnet es auch dem Gesunden gelegentlich, dass ihm ein-

zelle barocke Ideenverbindungen, namentlich solche, die sich auf die abergläubische Deutung auffallender Ereignisse beziehen, durch den Kopf schiessen, dass seine schweifende Phantasie ihm Luftschlösser vorgaukelt und ihm allerlei unwirkliche Situationen vormalt, aber derartige Vorstellungen erhalten keine Gewalt über sein Denken und Handeln — sie schwinden, sobald das Subject beginnt, den Bewusstseinsinhalt kritisch zu verarbeiten. Wir werden durch diese Ueberlegung auf die zweite und wichtigste Störung geführt, welche ausnahmslos der Entwicklung von Wahnideen zu Grunde liegt: den Mangel an Kritik. Aus der abnormen Steigerung der Combinationsfähigkeit erklärt sich wol der oft so seltsame und fremdartige Inhalt der Ideen, die in dem Bewusstsein des Kranken auftauchen — dass sie aber wirklich im Stande sind, sein Urtheil zu trüben, seine Auffassung der Aussenwelt zu verfälschen und sogar dauernde Elemente des Vorstellungsschatzes zu werden, liegt einzig und allein an der Unfähigkeit des Kranken zu scharfer und durchgreifender kritischer Berichtigung der neuen Vorstellungen an der Hand der früher gewonnenen Erfahrung.

Dies ist der Grund, weshalb die Ausbildung eines Wahnsystems stets auf eine tiefe Erkrankung der gesammten psychischen Persönlichkeit hindeutet, auf eine einschneidende Unzulänglichkeit seiner intellectuellen Leistungen. Je barocker die Wahnideen, je grösser also der Widerspruch derselben mit der gesunden Erfahrung ist, desto leichter sollte ihre Correctur sein, und desto zerstörender muss demnach der Krankheitsprocess auf die Intelligenz eingewirkt haben, welche nicht mehr im Stande ist, diese Correctur auszuführen. Gerade auf diesem Gebiete ist es überaus wichtig, sich bei der Beurtheilung der geistigen Leistungsfähigkeit des Kranken nicht durch die gedächtnissmässige Beherrschung einfacher logischer Combinationen und des Vorstellungsmaterials aus gesunden Tagen täuschen zu lassen. Die Thatsache, dass er nicht im Stande ist, seine Wahnideen zu corrigiren, zeigt auf das Unzweideutigste die wahre Grösse des intellectuellen Defectes an. In diesem Sinne ist die Auffassung der fixen Idee als einer

isolirten, „partiellen“ Störung bei sonstiger psychischer Integrität durchaus unhaltbar. Der Vorgang kritischer Berichtigung des Bewusstseinsinhaltes mit Hülfe von Urtheil und Schluss ist eben hier in weiterem oder engerem Umfange nicht mehr möglich und somit eine der wichtigsten psychischen Functionen als krankhaft gestört zu betrachten.

Dass nun trotzdem die Kritik zuerst bei ganz bestimmten Vorstellunggruppen versagt, nämlich bei denjenigen, welche sich auf das eigene Ich beziehen, hat seinen Grund in der intensiven Gefühlsbetonung derselben. Die landläufige Thatsache, dass lebhaft gefühlte und affectirte Urtheile trüben, und dass daher kein Gebiet des menschlichen Denkens grotteskeren Täuschungen ausgesetzt ist, als die Selbsterkenntniss, spiegelt sich in dem Verhalten der Wahnideen in vergrössertem Massstabe wieder. Nach dem Paradigma des Splitters im fremden und des Balkens im eigenen Auge sehen wir daher oft die Kranken fremde Wahnideen ohne Weiteres corrigiren, während es ihnen unmöglich ist, die anscheinend selbstverständliche Nutzanwendung auf den eigenen, durchaus analogen Fall zu ziehen. Man wird indessen darum die intellectuelle Störung, welche diesen „partiellen“ Wahnsystemen zu Grunde liegt, mit demselben Rechte eine allgemeine nennen müssen, wie z. B. die Kreislaufalterationen in Folge eines Herzfehlers, auch wenn hier die Stauungssymptome zunächst nur an den exponirtesten Theilen zur Ausbildung kommen. So sehen wir denn auch häufig die Kritiklosigkeit weitere Fortschritte machen und schliesslich den Kranken unfähig werden, die einfachsten logischen Operationen auszuführen. Die Beobachtung des progressiven psychischen Verfalles, wie er von dem Auftreten immer absurderer und unsinnigerer Wahnideen bis zur völligen Zusammenhangslosigkeit derselben untereinander begleitet wird, zeigt auf das Deutlichste, dass es sich hier um einen einheitlichen pathologischen Grundprocess handelt, welcher sich als eine zunehmende Unfähigkeit zu intellectueller, kritischer Bearbeitung des verfälschten Bewusstseinsinhaltes darstellt.

Alle diese Bemerkungen treffen nur theilweise zu dort, wo mächtige Gefühle den allgemeinen Stimmungs-

hintergrund überhaupt in starken Schwankungen erhalten, und wo die Kritiklosigkeit gegenüber den auftauchenden Wahnideen daher wesentlich durch krankhafte gemüthliche Alterationen bedingt sein kann. Der Aengstliche, der Zornige, der Begeisterte sind keiner objectiven, ruhigen Ueberlegungen fähig; ebenso machen die gewaltigen Affecte der Manie oder der Melancholie die nüchterne Correctur der immer wieder aufsteigenden, gefühlsstarken Wahnvorstellungen häufig unmöglich. Erst dann, wenn mit dem Zurücktreten der pathologischen Affecte die Wahnideen nicht verschwinden, sondern dauernd den Bewusstseinsinhalt beherrschen, schliessen wir mit Recht auf ein tieferes Ergriffensein der Intelligenz. Bei wirklicher Intactheit der intellectuellen Functionen müssten ja die wahnhaften Vorstellungen der affectiven Periode nach dem Abklingen derselben mit der gleichen Leichtigkeit und Sicherheit corrigirt werden, wie wir täglich die bizarren Phantasien des Traumes oder der Fieberdelirien berichtigen, Zustände, die sich beide gerade durch das Fehlen einer kritischen Sichtung des Bewusstseinsinhaltes charakterisiren. Die Ursache der Kritiklosigkeit ist hier ein vorübergehender, mehr oder weniger vollständiger Verlust des Einflusses, den die gesunde psychische Persönlichkeit auf den Verlauf und die Verbindung der Vorstellungen auszuüben pflegt. Die handgreiflichsten Ungereimtheiten fallen uns gar nicht auf, weil wir nicht frei über unseren Erfahrungsschatz verfügen, und weil uns die vielen allgemeinen Begriffe und Urtheile, die wir in demselben angesammelt haben, nicht in vollem Umfange zur sofortigen kritischen Anwendung auf die Erzeugnisse unserer spielenden Phantasie zu Gebote stehen.

Wesentlich anders haben wir uns indessen das Zustandekommen der Kritiklosigkeit dort zu denken, wo sich dieselbe als eine dauernde, angeborene oder erworbene Eigenschaft des Individuums darstellt, ohne dass eine Bewusstseinstrübung oder langwierige, affective Störungen derselben zu Grunde lägen. In solchen Fällen dürfte vor Allem die unvollkommene oder krankhaft verschwommene Begriffsbildung als die Ursache des Defectes betrachtet werden müssen. Ungenügende Abstraction und Verschmelz-

ung der Vorstellungen, Stehenbleiben derselben auf der Stufe sinnlicher Wahrnehmungen verhindert die Ausbildung der höheren logischen Functionen vollständig, während die unklare Ausprägung und mangelnde Schärfe der Begriffe dieselben ungeeignet macht, als Grundlage eindeutiger Urtheile und zwingender Schlüsse zu dienen. Je weniger sich in den Begriffen das Wesentliche von dem Nebensächlichen, das Allgemeine von dem Einzelnen scheidet, je mehr in dieselben verfälschte und oberflächlich erfasste Wahrnehmungselemente eingehen, desto weniger wird das Subject im Stande sein, sie zur kritischen Verarbeitung seines jeweiligen Bewusstseinsinhaltes zu benutzen, und desto willensloser wird es den wahnhaften Combinationen seiner geschäftigen Phantasie sich hingeben, bis schliesslich auch die ungeheuerlichsten Ideen in dem angesammelten Erfahrungsschatze keinen Widerspruch mehr wachrufen.

Es bedarf kaum noch der Ausführung, dass nach der hier vertretenen Anschauung über die Entstehung der Wahnideen von einer strengeren anatomischen Localisirung dieser letzteren im Gehirn nicht nur heute, sondern principiell nicht die Rede sein kann. Die Wahnidee an sich ist zunächst eine Phantasievorstellung, wie jede andere, wie etwa die Traumvorstellungen auch, bei denen wir ja ebenfalls gewisse stereotype Gestaltungen beobachten. Ihre besondere Stellung im Seelenleben des Kranken aber und ihre pathologische Ausbildung erhält sie durch die augenblickliche oder dauernde Disposition der gesamten psychischen Persönlichkeit; sie ist also nicht sowol das Product eines umschriebenen Krankheitsprocesses, als vielmehr das Symptom einer allgemeinen Functionsanomalie des ganzen cerebralen Mechanismus. Man hat allerdings versucht, jeder einzelnen Vorstellung eine besondere Rindenzelle als Sitz anzuweisen, so dass etwa die Aufnahmefähigkeit des Hirns einfach durch die Zahl eben jener Zellen bestimmt würde, und man könnte von diesem Standpunkte aus immerhin die Erkrankung gewisser Ganglienzellengruppen oder Fasersysteme für das Auftreten von Wahnideen verantwortlich machen. Allein jene Hypothese ist im Hinblick auf psychologische und

klinische Thatsachen ebenso unhaltbar, wie etwa die Anschauung, dass die Zahl der möglichen optischen Bilder von der Menge der empfindenden Elemente in unserer Netzhaut abhängig sei. Zudem sehen wir thatsächlich auch Wahr-ideen regelmässig nicht bei corticalen Herderkrankungen, sondern vielmehr bei solchen Affectionen (Vergiftungen, Affecte, angeborene Schwächezustände) auftreten, welche die Functionen der Hirnrinde in toto in Mitleidenschaft ziehen.

**Störungen des Selbstbewusstseins.** Wenn wir oben das Selbstbewusstsein definirt haben als die klare Auffassung der Aussenwelt und der eigenen Persönlichkeit, so ergibt sich ohne Weiteres, dass mehr oder weniger tiefgreifende Störungen dieser Function durch die meisten der geschilderten Anomalien der Aufnahme und Verarbeitung von Erfahrungsmaterial müssen herbeigeführt werden können. Die Auffassung der eigenen Persönlichkeit als solcher ist nur möglich durch Abgrenzung derselben von der Aussenwelt. Das Verhältniss beider zu einander und damit die Stellung und Bedeutung des Ich muss sich somit im Bewusstsein des Subjectes in krankhaft veränderter Weise widerspiegeln, sobald die Wahrnehmung oder die intellectuelle Verwerthung äusserer und innerer Eindrücke eine wesentliche Störung erlitten hat. Diese krankhafte Veränderung kann sich klinisch in zweifacher Richtung geltend machen, als Verfälschung und als Trübung des Selbstbewusstseins, welche in ihren höchsten Graden zur völligen Aufhebung desselben fortschreiten kann.

Die erstere Form der Störung beobachten wir überall dort, wo die Verfälschungen der Wahrnehmung und der Vorstellungen von dem Kranken vollkommen assimiliert werden. Der systematisirte Wahn, sei er auf depressiver oder exaltirter Grundlage entstanden, kann eine völlige Umgestaltung in der Auffassung der eigenen Persönlichkeit und ihrer Stellung zur Umgebung hervorbringen, allein es handelt sich dabei nur um eine Verschiebung oder „Ver-rückung“ des eigenen Standpunktes, ohne dass dem Kranken die, allerdings wahnhaft verfälschte, Orientirung in der Aussenwelt oder der innere Zusammenhang seiner eigenen Vorstellungskreise verloren ginge. Dem fern stehenden Be-

obachter kann es dabei freilich bisweilen den Anschein haben, als ob mit der Verfälschung auch eine Trübung des Selbstbewusstseins eingetreten sei; lernt er aber die subjectiven Voraussetzungen des Kranken genauer kennen, so wird er sich häufig genug davon überzeugen, dass von dem veränderten Standpunkte aus die Klarheit und der einheitliche Zusammenhang der Auffassung keine wesentlicheren Störungen darbietet.

Ganz anders gestalten sich die Verhältnisse, wo die Bedingungen für die Aufnahme und Verarbeitung der Erfahrung einer raschen und dem bisherigen psychischen Leben des Subjectes widersprechenden Umwandlung unterworfen werden. Während dem Verrückten die etwa auftretenden Trugwahrnehmungen nur die fast selbstverständliche Bestätigung für schon lange gehegte, verborgene Ahnungen bedeuten und daher ohne Weiteres als Bausteine für das in Entwicklung begriffene Wahnsystem verwerthet werden, ist die unvermittelte Vermischung der Sinneserfahrung mit hallucinatorischen oder illusionären Elementen in hohem Grade geeignet, die Klarheit der Auffassung empfindlich zu beeinträchtigen. Der Kranke verliert bei der Unmöglichkeit, die heterogenen Wahrnehmungen mit einander und mit seiner früheren Erfahrung in Einklang zu bringen, sehr bald die Fähigkeit der Orientirung in der für ihn widerspruchsvollen Umgebung und damit gleichzeitig die Klarheit seines eigenen Gedankenganges: er wird verwirrt, wie wir es werden, wenn wir uns plötzlich in ein unentwirrbares Gemisch neuer, räthselhafter Sinneseindrücke versetzt sehen. Ganz ähnlich sind die Folgen natürlich, wenn die Ursache der Wahrnehmungsverfälschung nicht in Sinnestäuschungen, sondern in einer Bewusstseinstrübung gelegen ist, welche dem Kranken ebenfalls nur ein verworrenes und vielfach zusammenhangsloses Bild des eigenen Zustandes und der Umgebung übermittelt.

Auf der anderen Seite kann die Orientirung des Kranken und die Ordnung seines Gedankenganges auch direct durch Störungen im Ablaufe der intellectuellen Functionen oder durch lebhaft gefühlte Gefühle getrübt werden. Wenn die Ideenflucht eine besonnene Auffassung und Verarbeitung



neuer Eindrücke und Vorstellungen wegen des Ueberwiegens äusserlicher Associationen unmöglich macht, so geschieht dasselbe bei rascher Steigerung der combinatorischen Thätigkeit durch die überall üppig aufschliessenden phantastischen Ideen, zwischen denen dem Kranken schwindelt, weil er sich zunächst selbst nicht mehr zurechtzufinden weiss, wenn er auch vielleicht allmählich die Klarheit des Selbstbewusstseins wieder gewinnt, um dafür einer dauernden Verfälschung desselben anheimzufallen. Ein solcher Patient bezeichnete mir diese verwirrende Ueberproduction an phantastischen Combinationen als eine wahre „Hunnenschlacht des Geistes“. Den gewaltigen Einfluss der Affecte auf die Klarheit unserer Auffassung innerer und äusserer Zustände lehrt uns schon die normale Erfahrung kennen, von den leisesten Regungen der Verlegenheit und Befangenheit an bis zu den mächtigen Gefühlsschwankungen der Angst, des Zornes und der Verzweiflung.

\* Gegenüber allen diesen mehr vorübergehenden Trübungen des Selbstbewusstseins haben wir endlich noch solche Störungen zu unterscheiden, welche eine dauernde Beeinträchtigung jener Function, selbst bis zum völligen Erlöschen derselben in ihrem Gefolge haben. Die verschiedenartigen Formen der psychischen Schwäche sind es, welche hier in Betracht kommen. So beobachten wir, wie die wahnhaftige Verfälschung des Selbstbewusstseins häufig genug in allgemeiner Verwirrtheit endet, indem die einzelnen Elemente des immer abenteuerlicher ausgebauten Wahnsystems ihren Zusammenhang unter einander verlieren, so dass die bis dahin vielleicht noch bestehende innere Ordnung des Bewusstseinsinhaltes unaufhaltsam zerfällt. Mit ganz besonderer Schnelligkeit pflegt sich dieser Auflösungsprocess in der Paralyse zu vollziehen. Schliesslich sind es dann oft nur noch kümmerliche, zusammenhangslose Reste früherer normaler und krankhafter Ideen, welche, meist in ziemlich stereotyper Weise, einander ablösen, ohne dem Kranken mehr ein deutliches Bewusstsein seiner Umgebung und seiner eigenen Persönlichkeit zu vermitteln.

### C. Störungen des Gefühlslebens.

Jeder Sinneseindruck, der seinem Inhalte nach in nähere Beziehungen zum Wohl und Wehe des Individuums tritt, markirt sich im Bewusstsein desselben durch ein begleitendes Gefühl der Lust oder der Unlust, je nachdem er die allgemeinen Lebenszwecke zu fördern oder zu hemmen geeignet erscheint. Die Gefühle können somit gewissermassen als die subjective Reaction des Ich angesehen werden, in welcher dasselbe zu den Wahrnehmungen der Aussenwelt Stellung nimmt. Unter pathologischen Verhältnissen, welche eine Veränderung des psychischen Individuums hervorbringen, ist es daher sehr häufig gerade diese subjective Gefühlsreaction, das „Gemüthsleben“ der Kranken, welches zunächst die auffallendsten Störungen darbietet. Die Beurtheilung dieser Symptomengruppe stösst jedoch deswegen auf gewisse eigenthümliche Schwierigkeiten, weil uns hier weit weniger, als bei den intellectuellen Alterationen, eine feststehende Norm gegeben ist, mit Hülfe derer wir die graduellen Abweichungen vom gesunden Verhalten sicher bestimmen könnten. Verälschungen der Sinneserfahrung, Verstösse gegen die Grundsätze des logischen Denkens werden auch vom Laien ohne Weiteres als abnorme Erscheinungen erkannt; die Lebhaftigkeit der Gefühlsreaction zeigt aber schon bei Gesunden unter verschiedenen Verhältnissen so weite individuelle Schwankungen, dass die Abgrenzung des Pathologischen gerade auf diesem Gebiete häufig recht schwierig wird. Der Laie (in forensischen Fällen der Richter) ist stets weit eher geneigt, intellectuelle Defecte, besonders Wahnideen, für krankhaft zu halten, als die eingreifendsten Störungen im Gemüthsleben.

**Störungen in der Intensität der Gefühle.** Die einfachste und auch wol häufigste Abnormität im Bereiche der Gefühle ist die Herabsetzung ihrer Intensität. Während sich im Gemüthe des Gesunden der innere Antheil, den er an seinen vielfachen Beziehungen zur Umgebung nimmt, in beständigen, leiseren oder stärkeren Schwankungen des Stimmungshintergrundes widerspiegelt, bedeutet die Abnahme dieser Gefühlsbetonung Gleichgiltigkeit und

Theilnahmlosigkeit gegenüber den Eindrücken der Aussenwelt, die bisweilen scharf aufgefasst und auch intellectuell verarbeitet werden, ohne irgend welche gemüthlichen Regungen im Innern des Kranken wachzurufen. In den höchsten Graden dieser Störung, in denen völlige Apathie besteht, wie bei gewissen tiefen Blödsinnszuständen, ist allerdings regelmässig auch die sonstige psychische Thätigkeit auf ein Minimum herabgesetzt.

Weit interessanter aber und klinisch wichtiger, als derartige Formen des geistigen Bankrotts sind diejenigen Zustände, in denen vorzugsweise nur gewisse Seiten des Gefühlslebens von der Störung betroffen sind. Am leichtesten gehen dem Kranken natürlich verloren, resp. bleiben unausgebildet solche Gefühle, welche nicht unmittelbar an die Veränderungen des eigenen Ich anknüpfen, sondern sich auf die Verhältnisse der Aussenwelt beziehen, und ferner diejenigen, welche den Charakter des Sinnlichen verloren haben und als Begleiter gewisser abstracter Ideen und Grundsätze nur auf der Basis einer höheren intellectuellen Entwicklung in Wirksamkeit treten. Mit andern Worten: das Interesse des Kranken zieht sich hier wesentlich auf die Zustände der eigenen Person zurück, wird ein ausschliesslich egoistisches, und er verliert die Freude an den edleren, geistigen und ästhetischen Genüssen, das Gefühl für die höheren Anforderungen des Anstandes, der Sittlichkeit, der Religion. Ein derartiger Defect ist vor Allem die regelmässige Begleiterscheinung der verschiedenen Formen des angeborenen und erworbenen Schwachsinnns. Wie der Ideenkreis sich hier auf das Einfachste, Nächstliegende und persönlich Wichtigste beschränkt, so behalten auch die Gefühle ihren elementaren, sinnlichen Charakter und erstrecken sich nur auf jene Eindrücke, die in dem unmittelbarsten und einleuchtendsten Zusammenhange mit dem eigenen Wohl und Wehe stehen. Fremdem Schicksale steht das Herz des Kranken kalt und gleichgiltig gegenüber, und die idealeren Bestrebungen vermögen weder Verständniss, noch Theilnahme in seinem Inneren anzuregen. Es fallen also für ihn alle jene Motive und Hemmungen fort, welche dem Gesunden aus der Rücksicht auf seine

Umgebung entspringen. Theilnahmlosigkeit des Kranken gegenüber seinen natürlichen Beziehungen, der Verlust des Schamgefühles, des Tactes sind daher wichtige Anzeichen einer beginnenden Entartung auf dem Gebiete des Gemüthslebens. Namentlich bei den angeborenen Schwächezuständen verträgt sich damit ganz gut sogar ein gewisses Raffinement in der Verfolgung des sinnlichen Genusses, eine handwerksmässige Gewandtheit in der Wahrung egoistischer Interessen, durch welche sich die Umgebung häufig über die geistige und gemüthliche Impotenz des Kranken hinwegtäuschen lässt.

Ein höchst bedeutsamer Unterschied zwischen den niederen, sinnlichen und den höheren, abstracten (logischen, ethischen, ästhetischen, religiösen) Gefühlen wird durch den Umstand bezeichnet, dass die ersteren wol eine weit grössere augenblickliche Stärke, aber eine ungleich geringere Reproductionsfähigkeit besitzen, als die letzteren. Ein sinnlicher Genuss oder Schmerz kann uns für kurze Zeit in sehr lebhaftere Erregung versetzen, aber er blasst in der Erinnerung rasch ab, während z. B. die leiseren, aber constanten ethischen Gefühle unser Denken und Handeln durch das ganze Leben hindurch fast unausgesetzt begleiten und bestimmen, wo sie nicht durch leidenschaftliche Gemüthsschwankungen übertönt werden. Gerade die höheren Gefühle sind es, welche unserem Stimmungshintergrunde jene gleichförmige Ruhe, unserer psychischen Persönlichkeit jene Festigkeit und innere Harmonie zu gewähren vermögen, die man mit Recht als die Attribute eines gesunden, normal entwickelten Mannes betrachtet.

Auch nach dieser Richtung hin wird sich daher der Defect der höheren Gefühle und das Vorherrschen niederer, egoistischer Interessen in dem Krankheitsbilde des Schwachsinnes geltend machen müssen. Wo nicht eine hochgradige Apathie alle Gefühlsregungen überhaupt begräbt, sehen wir in der Ungleichförmigkeit der Stimmung und ihrer Abhängigkeit von äusseren Zufälligkeiten, in der gelegentlichen Heftigkeit der sinnlichen Lust- und Unlustreactionen, in dem raschen Abklingen und der geringen Nachhaltigkeit solcher Aufwallungen den Mangel der constanten, höheren

Gefühle zum Ausdruck gelangen. In der Breite des Normalen sind Individuen, welche Andeutungen dieses Verhaltens erkennen lassen, sehr häufig: jene phlegmatischen, kalten, egoistischen Naturen, die durch keine Gemüthsbewegung aus ihrer Ruhe aufgerüttelt werden, oder die wenigstens fremden Gefühlen theilnahmlos gegenüberstehen. Andererseits ist das stärkere Hervortreten egoistischer und sinnlicher Interessen (Geiz, Schlemmerei) eine häufige Begleiterscheinung des höheren Lebensalters. Aus ihr, wie aus der gleichzeitigen Abnahme in der Lebhaftigkeit der Gefühle überhaupt, erklärt sich einerseits die grössere Stumpfheit und Ruhe, andererseits die Launenhaftigkeit und gelegentliche Heftigkeit des Greises, Eigenschaften, die trotz ihrer scheinbaren Verschiedenheit dennoch in den gleichen allgemeinen psychischen Veränderungen ihre Wurzel haben.

In den schwersten Formen der gemüthlichen Degeneration können auch gewisse elementare Lust- und Unlustgefühle schwinden, besonders solche, die einen mehr ästhetischen Charakter haben. Dahin gehören vor Allem das Gefühl für Reinlichkeit und die Ekelgefühle. Allerdings bieten dieselben schon unter normalen Verhältnissen sehr beträchtliche individuelle Differenzen dar; dennoch aber deutet der gänzliche Verlust derselben, wie er sich in dem rücksichtslosen Herumschmieren und Verzehren der ekelhaftesten Dinge (sogar der eigenen Excremente) kundgibt, stets auf tiefgreifende Störungen des Seelenlebens hin. Sehr gewöhnlich beobachtet man gleichzeitig auch eine psychisch bedingte, auffallende Unempfindlichkeit gegen sinnlichen Schmerz, gleichmüthiges Ertragen schwerer Verletzungen und dergl. Aehnliche Erscheinungen können vorübergehend durch intensive Affecte hervorgerufen werden, welche alle anderen Gefühlsregungen unterdrücken. Auch unter normalen Verhältnissen vermögen ja heftige Aufregungszustände uns gegen körperliche Unlust, wie gegen ästhetische und ethische Rücksichten für einige Zeit unempfindlich zu machen.

In der Regel kommt die Abstumpfung der normalen Gefühlsreactionen, selbst wenn sie nicht angeboren, sondern erworben ist, dem Kranken gar nicht zum Bewusstsein; er

merkt es nicht, dass er gleichgiltiger, reactionsloser geworden ist, weil ihm eben auch das ethische Interesse an der Beachtung der feineren gemüthlichen Regungen in seinem Inneren gänzlich verloren gegangen ist. Eine Ausnahme von diesem Verhalten tritt uns häufig in den einfachen Formen der Melancholie entgegen. Hier beklagen sich die Kranken auf das Lebhafteste darüber, dass es ihnen so öde und leer in der Brust sei, dass sie ihren eigenen psychischen Vorgängen wie ganz unbetheiligte Zuschauer gegenüberständen, und dass die Berührung ihrer sonst heiligsten Interessen ihnen jetzt weder Freude noch Schmerz zu bereiten im Stande sei. Häufig genug wird dann gerade diese Unempfindlichkeit als eine äusserst qualvolle Veränderung des eigenen Innern empfunden, so dass die Störung in gewissem Sinne an die „Anaesthesia dolorosa“ erinnert. Ob dabei wirklich die Verstimmung erst secundär aus der peinlichen Wahrnehmung einer primär entstandenen Abstumpfung des Gefühles ihren Ursprung nimmt, oder ob vielmehr die Abschwächung der Gefühle durch einen krankhaften melancholischen Affect bedingt wird, ähnlich wie der Gesunde unter dem Einflusse einer gemüthlichen Depression „den Sinn“ für seine sonstigen Interessen verliert, muss zunächst zweifelhaft bleiben.

Das Gegenstück zu den bisher besprochenen Störungen bietet die Steigerung der gemüthlichen Erregbarkeit dar. Dieselbe kann entweder eine partielle, auf einzelne Gebiete des Gefühlslebens beschränkte, oder eine allgemeine sein. Im ersteren Falle spielt sich die Störung regelmässig im Bereiche der grob egoistischen Regungen ab und verknüpft sich demgemäss gewöhnlich mit einer Abstumpfung der höheren Interessen. Die Reizbarkeit der Epileptiker mit ihren rücksichtslos gewaltthätigen Reactionen gegen jede wirkliche oder vermeintliche Beeinträchtigung ihrer persönlichen Rechte bietet dafür ein charakteristisches Beispiel. So sehen wir auch im Leben gerade bei anscheinend torpiden Naturen bisweilen den unvermutheten Ausbruch brutaler Affecte, wenn durch einen Zufall gerade der empfindliche Punkt bei ihnen getroffen wurde.

Wo die Steigerung in der Gefühlsbetonung sich auf

jeden neuen Eindruck und auf den ganzen Vorstellungsverlauf erstreckt, da ist das innere Gleichgewicht natürlich dauernd ein äusserst labiles, der Stimmungshintergrund in beständiger Bewegung begriffen; ein kleiner Anlass genügt, um die Gefühle der Lust und Unlust in excessiver Heftigkeit wachzurufen. Eine derartige Veränderung hat mit Nothwendigkeit raschen Wechsel der Affecte, Schwanken derselben von einem Extrem in das andere zur Folge, weil ja gerade die Erhöhung der Erregbarkeit eine Abhängigkeit der Stimmung von jedem zufälligen Eindrucke bedingt, der in das Bewusstsein des Individuums eintritt. Wie der Vorstellungsverlauf des Tobsüchtigen ohne innere Directive unvermittelt von einem Gegenstande auf den andern überspringt, so wird auch die Gemüthslage nicht durch die Summe der früheren Lebenserfahrung bestimmt und constant erhalten, sondern der Augenblick mit seinen wechselnden Eindrücken lässt die Stimmung in bunter Folge die verschiedensten Töne der Gefühlsscala durchlaufen. Häufig ist dabei allerdings eine bestimmte Richtung der Affecte vorherrschend, aber dieselbe wird leicht und rasch durch conträre Einflüsse abgelenkt, um dann ebenso unvermittelt wieder mit der früheren Stärke hervorzubrechen. Ganz ähnliche Erfahrungen pflegt man in den ersten Stadien der progressiven Paralyse zu machen.

Leichtere Formen dieser Störung kommen bei Geisteskranken überaus häufig zur Beobachtung, insbesondere bei gewissen Formen des angeborenen Schwachsinn und bei Hysterischen. Sie kennzeichnen sich durch häufigen unmotivirten Wechsel der Stimmung, Launenhaftigkeit, heftige Gefühlsreactionen auf geringe Anlässe, Neigung zur Schwärmerie und zum Pessimismus. Als normales Paradigma derselben kann in gewissem Sinne das Verhalten des weiblichen und kindlichen Gemüthslebens gelten, wie es sich ja im Allgemeinen durch eine grosse Stärke der Gefühlswallungen einerseits, durch Vergänglichkeit und rasches Vergessen derselben andererseits charakterisirt. Jäher Wechsel der Stimmungen ohne besondere Veranlassung ist endlich eine auch in der gesunden Erfahrung bisweilen beobachtete Erscheinung. Sie tritt besonders dann hervor, wenn die gemüthliche

Erregbarkeit gesteigert ist (z. B. durch Alkoholgenuss) und der herrschende Affect eine gewisse excessive Lebhaftigkeit erreicht hat (ausgelassenste Heiterkeit, Verzweiflung; Galgenhumor).

**Qualitative Gefühlsstörungen.** Einen wesentlich anderen Charakter, als die bisher besprochenen Alterationen, besitzen diejenigen Störungen des Gemüthslebens, in denen es sich nicht um eine Veränderung in der Ausgiebigkeit der Gefühlsreactionen, sondern um qualitative Abweichungen derselben handelt. Trotz vieler individueller Unterschiede im Einzelnen pflegt doch die Art der Gefühlsbetonung, welche wir den äusseren Eindrücken entgegenbringen, innerhalb der Gesundheitsbreite eine derartige allgemeine Uebereinstimmung darzubieten, dass die krankhafte Natur qualitativer Abweichungen fast immer leichter erkannt wird, als diejenige einer mangelnden oder gesteigerten gemüthlichen Erregbarkeit. Auch diese Störung kann entweder das ganze Gebiet des Gemüthslebens umfassen, oder sie kann auf einzelne Theile desselben beschränkt sein; sie kann ferner nach verschiedenen Richtungen ausgebildet sein, je nachdem es die Gefühle der Unlust oder diejenigen der Lust sind, in denen sich die abnorme Reaction des Individuums bewegt.

Als typische Erscheinungsform der allgemeinen Gefühlsumwandlung können wir jenes Symptom betrachten, welches man wol als psychische Hyperalgesie (gesteigerte Schmerzempfindlichkeit) bezeichnet hat. Jeder beliebige äussere Eindruck, ja der Vorstellungsverlauf selbst, erzeugt hier immer von Neuem das Gefühl der Unlust, des Schmerzes. Der Kranke ist unfähig, sich über irgend Etwas zu freuen; selbst diejenigen Beziehungen, die ihn früher glücklich und froh machten, werden jetzt für ihn eine Quelle beständiger, trüber Gemüthsverstimmung, so dass naturgemäss auch die normale Freude am Dasein selbst in das Gefühl des schmerzlichsten Lebensüberdresses sich umwandelt. Wie den Bekümmerten der Anblick heiteren Lebens sein Leid nur noch tiefer empfinden lässt, so erweckt auch hier — nur in ausgedehnterem Masse — selbst freudiger Anlass durch eine Art Contrastwirkung immer nur schmerzliche



Gefühle. Dort aber ist die gemüthliche Depression eine durch erfahrenes Leid motivirte, hier ist sie eine ursprüngliche elementare Störung des Gefühlslebens; dort ist sie ein mehr oder weniger rasch vorübergehender Affect, der durch ein frohes Ereigniss leicht beseitigt wird, hier ist sie zum dauernden Zustande geworden, der nicht durch äusseres Glück verändert werden kann, sondern gerade durch die abnorme Gefühlsreaction die Auffassung desselben im Sinne der Unlust beeinflusst. Auf diese Weise gewinnt die psychische Hyperalgesie regelmässig eine entscheidende Einwirkung auf die Richtung des Vorstellungsverlaufes, aus dem sie dann ihrerseits wieder neue Nahrung zieht, wenn es nicht gelingt, diese Wechselwirkung durch Beseitigung des Grundleidens, der krankhaften Gefühlsstörung, zu durchbrechen.

In nicht seltenen Fällen erhebt sich das Gefühl des psychischen Schmerzes zu dem Affecte der Angst. Zweifellos ist die Angst Geisteskranker an und für sich häufig genug durchaus nicht als ein krankhaftes Symptom zu betrachten, dort nämlich, wo dieselbe durch Sinnestäuschungen, Wahnideen und dergl. vollständig motivirt erscheint. Man würde es im Gegentheil für pathologisch halten müssen, wenn ein Kranker etwa in der Erwartung seiner sofortigen Hinrichtung keinerlei affective Erregung verrathen würde. Es giebt indessen auch Angstzustände, die nicht in dieser Weise durch Vorstellungen begründet sind, sondern spontan, also im gewöhnlichen Verlaufe der psychischen Vorgänge, ohne besonderen Anlass, hervortreten. Meist überfällt die Angst den Kranken in einzelnen Anfällen, oder sie zeigt doch zeitweise deutliche Verschlimmerungen, ganz besonders in der Nacht. In der Melancholie, selbst in den leichtesten Formen derselben, sind unbestimmte Beängstigungen eine überaus häufige Erscheinung; die Kranken können sich des quälenden Gefühls nicht erwehren, trotzdem sie klar einsehen, wie völlig unmotivirt dasselbe ist. Fast regelmässig geht die Angst hier mit der Empfindung von Druck und Beklemmung in der Herzgegend einher; weit seltener wird ihr Sitz in den Kopf hinein verlegt. Ob jene Beklemmung wirklich als die Ursache der Beängstigung oder nur als

Begleiterscheinung derselben anzusehen ist, lässt sich schwer entscheiden. Uebrigens wissen wir ja, dass die Angst schon unter normalen Verhältnissen ein Affect ist, der das gesammte Nervensystem in lebhaftere Mitleidenschaft versetzt; ihre Wirkung auf die Herzthätigkeit (Herzklopfen), auf die Gefässnerven (Blasswerden), die Athmung, die willkürlichen Muskeln (Zittern, Schlottern), endlich die Schweiss-, Harn- und Darmsecretion sind genugsam bekannt. In manchen Fällen bildet der Spannungszustand der Angst dauernd den allgemeinen Hintergrund der Stimmung und bringt entweder Unruhe und Aufregung mit Entladung in den bekannten Ausdrucksbewegungen, oder aber eine durchgreifende Hemmung aller willkürlichen Bewegungen zu Stande, so dass die Kranken regungslos und starr in der einmal eingenommenen Lage verharren. Jede äussere Einwirkung pflegt hier die Angst zu vermehren und einen rasch anwachsenden passiven Widerstand hervorzurufen, namentlich jeder Versuch, eine Lageveränderung mit dem Kranken vorzunehmen, oder ihn zu irgend einer Handlung zu veranlassen. Derartige allgemeine Angstzustände werden namentlich bei gewissen Formen der Melancholie und des Wahnsinns, auch in der Paralyse beobachtet, ferner bei der Lyssa und bei vielen körperlichen, mit Kreislaufstörungen oder Athemnoth verbundenen Krankheiten.

Wo die Angst sehr leicht und häufig, auf ganz geringfügige Veranlassungen hin auftritt, entsteht der Zustand der Aengstlichkeit, das dauernde Gefühl der Hüllosigkeit gegenüber einer drohenden Gefahr. Auf ihm beruht die Kleinmüthigkeit und Verzagttheit so vieler Melancholiker und Neurastheniker, die jedem kommenden Ereignisse mit banger Furcht entgegensehen, stets die schlimmsten Eventualitäten in's Auge fassen und in ihren pessimistischen Erwartungen das Vertrauen auf die Zukunft, wie auf die eigene Persönlichkeit verloren haben. Man sieht leicht, dass diese Störung in graduellen Abstufungen unmerklich in die Breite des Normalen zu jenen ängstlichen Gemüthern hinüberleitet, denen jede freie Regung der Lust, jeder Augenblick des Genusses durch die Besorgniss möglichen Unheils verkümmert wird.

Bisweilen beherrscht indessen die Angst nicht in der angedeuteten Weise fortdauernd die Gemüthsstimmung, sondern sie wird nur durch gewisse Einflüsse wachgerufen, die den Gesunden im Allgemeinen vollkommen gleichgiltig lassen. Hierher gehören die sogenannten Idiosynkrasien, die man bei neuropathischen Individuen beobachtet, Angstfälle, welche, meist ohne klare Motivirung, beim Anblicke bestimmter Dinge, kleiner Thiere, stechender oder schneidender Instrumente (Messer, Nadeln), beim Hineinsehen in den Spiegel und dergl. auftreten. Oder aber die Angst knüpft sich an gewisse Zwangsvorstellungen an, wie bei dem von Legrand du Saulle beschriebenen „Délire du toucher“. Die Kranken sind hier von der Idee gequält, dass sie sich beim Anfassen von Gegenständen beschmutzen oder vergiften, dass sie Nadeln oder Glasscherben mit herunterschlucken könnten, dass sie in einem beliebigen Fetzen Papier etwa ein werthvolles Document vernichten könnten oder Aehnliches. Demgemäss pflegt der Affect jedesmal bei der Nothwendigkeit einer Berührung, beim Trinken, Essen, Vernichten von Papier u. s. w. hervorzutreten. Eine besondere Form dieser nur zeitweise entstehenden Angst ist endlich die Agoraphobie, die durch heftige, bis zur Ohnmacht sich steigernde Angstgefühle bedingte Unmöglichkeit, über einen weiten Platz, durch eine lange menschenleere Strasse ohne Begleitung zu gehen. Einige andere ähnliche Zustände werden später noch nähere Berücksichtigung finden.

Der andauernden oder gelegentlichen Unlustbetonung gleichgiltiger Reize stehen die Anomalien der Lustgefühle gegenüber. Unmotivirte krankhafte Gehobenheit der Stimmung (Euphorie) ist am häufigsten in der progressiven Paralyse und in der Manie. Die ausserordentliche Leichtigkeit, mit welcher hier der Vorstellungsverlauf und das Handeln von Statten geht, erzeugt, wie es scheint, so lebhaft Lustgefühle, dass der Kranke sich glücklicher und gesünder fühlt, als je in seinem Leben. Aehnlich verhält es sich mit den bei manchen Formen des Wahnsinns und der Verrücktheit beobachteten eigenthümlichen Verzückungszuständen, die man als Ekstase zu bezeichnen pflegt. Der

gesamte Bewusstseinsinhalt des Kranken wird von einem Gefühle seliger Wonne beherrscht, das ihn weit über alle Noth des Daseins erhebt und häufig in religiösem Sinne interpretirt wird. Die Bewusstseinsstörungen des Haschisch- und Opiumrauchens, die „Seligkeit“ des schweren Alkoholrausches, sowie manche Träume sind als verwandte Zustände zu betrachten. Jener krankhaften Lustgefühle, welche die Perversitäten des Geschlechtstriebes begleiten, werden wir später zu gedenken haben.

Zu beachten bleibt, dass bisweilen Wandlungen im Gemüthsleben, namentlich Abneigung und Hass gegen früher geliebte Personen und so manche sonderbare Sympathien Geisteskranker nicht auf eine ursprüngliche Gefühlsstörung zu beziehen, sondern durch krankhafte Vorstellungen, und zwar bisweilen sehr logisch, motivirt sind. Besonders bei Verrückten beruht die gemüthliche Veränderung, abgesehen von der Steigerung oder Abstumpfung der Erregbarkeit, gewöhnlich auf intellectueller Grundlage.

#### D. Störungen des Handelns.

Das praktisch wichtige Resultat aller jener krankhaften Störungen, welche das psychische Leben erfährt, ist das Handeln des Kranken. Die Richtung des Handelns wird im Allgemeinen bestimmt durch Vorstellungen; die Stärke dagegen, mit welcher die Antriebe im Bewusstsein hervortreten, ist abhängig von der Intensität der begleitenden Gefühle. Grosse Heftigkeit dieser letzteren bei geringer Klarheit der Vorstellungen charakterisirt diejenigen Strebungen, die wir Triebe nennen, während das zielbewusste, planmässige Wollen mit Gefühlen von grosser Constanz und Dauer, aber relativ geringer augenblicklicher Stärke einherzugehen pflegt und zugleich eine deutliche Vorstellung des beabsichtigten Erfolges und der Mittel zu seiner Erreichung einschliesst. So kommt es, dass das Triebleben unter Umständen in einen entschiedenen Gegensatz zu den Willkürhandlungen treten kann. Beim vollentwickelten, normalen Menschen besteht die Fähigkeit, die natürlichen Triebe durch den überlegenden Willen bis zu einem ge-

wissen Grade zu beherrschen und dieselben nur dann zu befriedigen, wenn keine anderweitigen, verstandesmässig aufgefassten Rücksichten ihre Unterdrückung fordern. Dieses Verhältniss ist in krankhaften Zuständen nicht selten alterirt, so dass wir also bei der Betrachtung der Störungen, welchen Triebe und Willkürhandlungen unterworfen sind, überall auf die gegenseitigen Beziehungen dieser beiden Factoren Rücksicht zu nehmen haben werden.

**Herabsetzung der Willensimpulse.** Einfache Herabsetzung aller Impulse findet sich in den schwereren Formen des angeborenen und erworbenen Blödsinns. Regelmässig sind hier auch der Vorstellungsverlauf verlangsamt und träge, die Gefühlsschwankungen einförmig und von geringer Intensität. Höchstens die vegetativen Triebe der Nahrungsaufnahme vermögen noch vorübergehend einen Anstoss zu einfachen Bewegungen zu geben, während im Uebrigen auf dem Gebiete des Begehrens und Strebens absolute Ruhe herrscht. In den höchsten Graden der Störung kann auch das Bedürfniss nach Nahrung gänzlich fehlen (Anorexie), so dass sich die Lebensäusserungen des Individuums schliesslich nur auf die Fortdauer der automatischen und einzelner reflectorischer Bewegungen beschränken. Nicht zu verwechseln mit diesen Zuständen sind jene äusserlich ihnen in mancher Beziehung gleichenden Formen der Melancholie, bei welchen zwar lebhaft affecte den Stimmungshintergrund in Erregung versetzen, während doch die Umsetzung derselben in Handlungen durch übermächtige, nur hier und da einmal gewaltsam durchbrochene Hemmungen verhindert wird.

Wenn im Allgemeinen diejenigen Triebe, welche der Selbsterhaltung dienen, am längsten noch mit einer gewissen Stärke Impulse des Handelns zu erzeugen pflegen, so können doch in manchen Fällen gerade einzelne dieser Triebe stark herabgesetzt oder erloschen sein, wo im Uebrigen noch eine beträchtliche Lebhaftigkeit des Strebens besteht. So wird häufig Anorexie beobachtet, trotzdem sogar geordnete Willkürhandlungen ausgeführt werden. Bisweilen ist dabei allerdings dieses Symptom durch mehr oder weniger klare Vorstellungen motivirt und als eine krankhafte Unter-

drückung des wol vorhandenen Triebes aufzufassen; nicht selten liegen demselben auch Störungen der Verdauungsorgane zu Grunde, welche die Entstehung des Hungergefühles verhindern.

Einen ganz anderen Charakter tragen diejenigen Fälle, in denen vorzugsweise nur der Einfluss des zweckbewussten Willens auf das Handeln eine mehr oder weniger beträchtliche Abschwächung erkennen lässt. Man bezeichnet diese Störung mit dem Namen der Abulie. Die Intelligenz kann hier vollkommen erhalten sein, und es kann eine klare Einsicht in die Krankhaftigkeit, sowie ein peinliches Gefühl der Veränderung bestehen. Solche Kranke (vielfach Melancholiker) erkennen die Nothwendigkeit dieser oder jener Handlung auf das Klarste, aber sie können dieselbe nicht ausführen, weil sie „nicht wollen können“, weil ihnen die Möglichkeit einer selbständigen Direction und Regulirung ihrer Impulse fehlt. Bisweilen ist dabei überhaupt die Stärke der Willenserregungen herabgesetzt; in anderen Fällen aber ist es eben nur die consequente Initiative, welche krankhaft gestört ist, während ungeordnete, triebartige Reactionen (Unruhe, Selbstbeschädigungsversuche) von grosser momentaner Heftigkeit in auffallendem Gegensatze zu der von den Kranken selbst immer wieder bejammerten Energielosigkeit die Gewalt der inneren Bewegung deutlich erkennen lassen.

Bei Weitem am häufigsten aber beobachten wir die Abulie als Theilerscheinung des Schwachsinn. Als nothwendige Folge des Mangels eines eigenen, von bestimmten Grundsätzen geleiteten Willens entwickelt sich hier die völlige Abhängigkeit des Handelns von augenblicklichen Eindrücken und Antrieben. Wer nicht weiss, was er will, oder wessen Wille zu schwach ist, um dauernd in gleicher Richtung wirken zu können, dessen Handlungen erscheinen nicht als der Ausdruck eines durch die individuelle Anlage und Lebenserfahrung gebildeten, feststehenden Charakters, sondern als das Resultat zufälliger, momentaner Eingebungen und äusserer Einflüsse. Derartige Kranke sind daher passiv meist leicht lenkbar, ohne irgend zu widerstreben, wenn nicht etwa Angst oder ein ähnlicher Affect sie beherrscht;

ihr Treiben ist planlos, ohne Thatkraft, voller Halbheiten und Unbegreiflichkeiten. Gute Vorsätze werden gefasst und Anläufe gemacht, aber es bleibt Alles unvollendet; ein Augenblick kann die festesten Pläne über den Haufen werfen und den schwachen Willen ohne Weiteres in ganz andere Bahnen lenken. Das Beispiel in gutem und bösem Sinne, die äussere Einwirkung vermag hier momentan ausserordentlich viel, aber der Einfluss ist kein nachhaltiger; er wird eben durch neue Eindrücke immer rasch wieder verdrängt. Es liegt auf der Hand, dass diese praktisch ausserordentlich wichtige und leicht verkannte Störung uns ohne scharfe Grenze in die Breite des Normalen zu den schwachen, haltlosen Naturen hinüberführt, die stets einer leitenden Hand bedürfen, wenn sie nicht straucheln sollen, die ihr Leben lang hülflose Kinder bleiben, sobald sie in Verhältnisse und Conflict hineingeworfen werden, welche Thatkraft und rasche Entschlossenheit erfordern.

Gewissermassen auf der Grenze des Normalen stehend und vielfach unzweifelhaft in das Pathologische hinüberreichend sind die chronischen Degenerationszustände, welche durch eingewurzelte schädliche Gewohnheiten über den Charakter des Menschen heraufbeschworen werden. Der Trinker, der Morphinist, der Spieler, der Onanist, auch wenn sie gerade keine sonstigen psychischen Krankheits-symptome darbieten — sie verlieren sehr bald die Herrschaft über ihre Leidenschaften; sie werden unfähig zu consequentem, einheitlichem Handeln und zur thatkräftigen Ueberwindung schwieriger Situationen. Sinken sie doch schliesslich zu willenlosen Slaven ihrer triebartigen Begierden herab, die sie trotz besserer Einsicht, selbst um den Preis ihres Lebensglückes, nicht mehr zu besiegen im Stande sind.

**Steigerung der Willensimpulse.** Eine Steigerung der Willensimpulse tritt überall dort hervor, wo die Umsetzung psychischer Erregung in Bewegungen abnorm erleichtert ist. Sobald daher jene Hemmungen aufhören, zu wirken, welche normaler Weise zahllose in uns aufsteigende Antriebe unterdrücken, sind die Bedingungen für die Entwicklung der allgemeinsten Form dieser Störung, des Be-

wegungsdranges gegeben. Anfangs macht sich derselbe in einer gewissen Geschäftigkeit und Unstetigkeit, grosser Gesprächigkeit, Neigung zum Renommiren, lebhaften Gesticulationen, im Sammeln und Zusammenkaufen unnützer Dinge, dem Inangriffnehmen zahlreicher Pläne und Unternehmungen, ohne Durchführung eines einzigen, in unsinnigem Excediren, in zwecklosem Herumtreiben und Reisen bemerkbar. Bei den schweren Formen kommt es weiterhin zu beständigem Schreien und Singen, Laufen, Tanzen, zum Entkleiden, Zerreißen der Kleidungsstücke mit mannigfacher Verwerthung der Fetzen, Schmieren und Malen mit Koth, Waschen mit Urin, Zerstören aller erreichbaren Gegenstände, Trommeln und Klopfen mit Händen und Füßen. Auch hier tritt auf das Deutlichste jene für den Verlust der Willenskraft charakteristische Unbeständigkeit der einzelnen Antriebe, jener rasche Wechsel in der Richtung des Handelns hervor, der in eigenthümlichem Contraste mit der momentanen, rücksichtslosen Energie steht, welche die Bestrebungen des Kranken auszeichnet. Von den schwersten Formen dieser Willensalteration, die vor Allem der Manie angehören, führen uns leichtere Abstufungen, denen wir im circulären und periodischen Irresein begegnen, ganz allmählich zu gewissen schwachen Analogien in normalen Charakteren hinüber: es sind das jene zerfahrenen Menschen, die trotz steter Geschäftigkeit doch nie etwas Brauchbares leisten, die Alles mit Enthusiasmus ergreifen und nichts fertig bringen, deren Lebensgeschichte eine einzige Kette von unüberlegten und übereilten Handlungen darstellt.

Nach den verschiedenen Richtungen des Begehrens hin pflegt die Steigerung des Trieblebens hauptsächlich als krankhaftes Nahrungsbedürfniss (Bulimie) und als abnorme sexuelle Begierde (Salacitas; Nymphomanie bei Frauen, Satyriasis bei Männern) aufzutreten. Im ersteren Falle kann die Gefrässigkeit soweit gehen, dass nicht nur alle irgendwie durch Gewalt oder List zugänglichen Esswaaren vom Kranken mit Gier verschlungen werden, sondern dass auch gänzlich ungeniessbare, ja die ekelerregendsten Dinge (Sand, Steine, Seegras, Koth) den Weg in seinen Magen finden, stets ein Zeichen von sehr



hochgradiger Störung im Bereiche des Gefühlslebens und des Willens. Die Steigerung des Geschlechtstriebes drückt sich seltener geradezu in sexuellen Angriffen, meist in obscönen Reden und mehr oder weniger rücksichtsloser Masturbation, bei Weibern auch in schamlosen Entblössungen, äusserster Unreinlichkeit oder beständigen Waschungen mit Wasser, Speichel, Urin, Kämmen und Auflösen der Haare aus, in leichteren Formen durch Putzen und Coquettiren, Wechsel zwischen herausforderndem und verschämtem oder sentimentalem Wesen, durch Händedrücken, Briefschreiben, verständnisvolle Blicke und dergl. Diese Symptome können in sehr verschiedenartigen Krankheitszuständen zur Beobachtung kommen; sie sind in der Regel einfach Theilerscheinungen psychischer Erregung, hier und da aber auch wol durch örtliche Affectionen an den Genitalien hervorgerufen.

**Zwangsbewegungen und Zwangshandlungen.** Weniger verständlich, als diese Störungen, die im Wesentlichen doch nur graduelle Steigerungen normaler Triebe bedeuten, sind dem gesunden Bewusstsein die vielfachen von Geisteskranken vollzogenen Handlungen, welche auf tiefgreifende krankhafte Veränderungen im Gebiete des Willens hindeuten. Zunächst sind hier zu nennen die sogenannten Zwangsbewegungen, regelmässig wiederkehrende, durch ungezählte Wiederholung stereotyp gewordene, oft rhythmische, coordinirte Bewegungen ohne äusseren Zweck, in denen sich namentlich bei geistig sehr tief stehenden Individuen, beim gänzlichen Mangel eigentlicher Willkürhandlungen, die Erregungszustände des Centralorgans Luft zu machen pflegen. Bisweilen stellen sie rudimentäre Ueberbleibsel ehemaliger zweckbewusster oder wenigstens durch einen Wahn motivirter Bewegungen dar, denen Bedeutung und Absicht längst abhanden gekommen ist. Dahin gehört auch das sinnlose Auszupfen der Haare, das Zerkauen der Nägel, das von einzelnen Kranken mit unerschütterlicher Beharrlichkeit geübt wird, das automatische Wischen, Schmieren, Rutschen aufgeregter Blödsinniger u. s. f.

Ungleich wichtiger aber sind diejenigen pathologischen Antriebe, welche das Handeln des Kranken mit impulsiver

Gewalt in eine bestimmte Richtung zwingen und ihn nicht selten zur Vollbringung von Thaten treiben, gegen die sich seine Einsicht und seine gesunden Gefühle vergebens sträuben. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich hier um vorübergehende Störungen. Dahin gehören die sogenannten „Gelüste“ (Picae) der Schwangeren, denen früher eine grosse Bedeutung beigemessen wurde, plötzliche, unwiderstehliche Antriebe zu unsinnigen oder gar verbrecherischen Handlungen, zum Beissen, Stehlen, Genuss bestimmter Speisen oder selbst ekelhafter Dinge und dergl. Ferner sind hierhin zu rechnen die namentlich bei psychopathisch veranlagten Individuen und im Verlaufe verschiedener Psychosen bisweilen auftretenden „Zwangshandlungen“. Die Vorstellung einer Handlung drängt sich hier mit imperativer Gewalt in das Bewusstsein des Kranken, so dass er trotz heftigen Kämpfens den pathologischen Impuls nicht zu unterdrücken vermag. Einen gewissen Anhaltspunkt für das Verständniss dieser Zustände giebt uns allenfalls die bekannte Erfahrung aus dem gesunden Leben, dass uns in gewissen Situationen, am Rande eines Abgrundes, auf einer Brücke, der Gedanke auftaucht, uns selbst oder unsere Begleiter hinabzustürzen, bei feierlichen Gelegenheiten irgend eine lächerliche oder unpassende Handlung zu begehen, im Theater plötzlich „Feuer“ zu rufen und Aehnliches. Im gesunden Bewusstsein werden diese Antriebe ohne Schwierigkeit unterdrückt; unter pathologischen Verhältnissen dagegen vermögen sie eine unbezwingliche Macht über den Willen zu erlangen und den Kranken trotz klarer Einsicht völlig zu überwältigen. Selbstmord, Mord und Brandstiftung kommen auf diese Weise zu Stande; ausserdem sind aber auch zahllose Verkehrtheiten und Gewalttacte, die man die Kranken begehen sieht, Zerstören von Gegenständen, Zerschlagen von Scheiben, Entkleiden, Kothessen (Koprophagie) gar nicht selten auf den gleichen Ursprung zurückzuführen. Der Mangel jedes intellectuell verarbeiteten Motivs, die Raschheit und Heftigkeit der Ausführung sind es, welche die Zwangshandlungen charakterisiren. Mütter können unter dem Einflusse solcher Antriebe zur Ermordung ihrer heissgeliebten Kinder gedrängt werden;

ein zufällig bereit liegendes Messer lässt den Impuls in dem kranken Gemüthe zu so unwiderstehlicher Höhe anwachsen, dass schliesslich alle Gegenmotive überwunden werden. Bisweilen haben die Patienten dabei das Gefühl, als ob ihre Glieder, ihre Zunge von einer unsichtbaren Macht (Gott, der Teufel, elektrische Feinde), in Bewegung gesetzt würden, die sich ihrer einfach als Werkzeug bedient. Einzelne Kranke besitzen ein so klares Verständniss für die Situation, dass sie ihre Umgebung vor sich warnen und beim Herannahen solcher Antriebe alle möglichen Vorsichtsmassregeln treffen, um sich selbst die Ausführung gefährlicher Handlungen unmöglich zu machen. Der vollbrachten That pflegt zunächst ein Gefühl grosser Erleichterung zu folgen, das erst im weiteren Verlaufe bei besonnenen Kranken durch die volle Einsicht in die Tragweite derselben und die bitterste Reue über das Geschehene verdrängt wird. Der Zwangshandlungen Hypnotischer ist bereits oben gedacht worden.

**Krankhafte Triebe.** Während hier die Zwangshandlung mehr als einzelne Episode im Verlaufe einer psychischen Erkrankung auftritt, können andererseits krankhafte Triebe das Willensleben des Individuums dauernd, ja für das ganze Leben beherrschen, sei es, dass sie angeboren, sei es, dass sie erworben sind. In die erstere Gruppe gehört namentlich die conträre Sexualempfindung, die das geschlechtliche Fühlen und Begehren in unversöhnlichen Gegensatz zu der körperlichen Organisation des Kranken bringt und ihn die sexuelle Befriedigung beim eigenen Geschlechte aufzusuchen treibt. Dieselbe macht sich regelmässig schon in früher Jugend geltend und wird nur selten auch als vorübergehendes Symptom während anderer psychischer Krankheiten beobachtet. Auch einige weitere Perversitäten des Geschlechtstriebes, welche in der Neigung zum Stehlen weiblicher Wäsche, Schuhe und dergl., in der Wollust beim Misshandeln und Verwunden, oder gar beim Ermorden und Zerstückeln der sexuellen Opfer (Lustmord), beim Saugen von Blut und beim Genusse von Menschenfleisch, in der geschlechtlichen Befriedigung mit Thieren und der Leichenschändung glücklicher Weise sehr vereinzelt

hervortreten, sind höchst wahrscheinlich auf eine ursprüngliche, degenerative Veranlagung zurückzuführen.

Ferner werden bei Individuen, die ebenfalls regelmässig anderweitige Zeichen psychischer Entartung, namentlich Anomalien im Gefühlsleben, erkennen lassen, bisweilen gewisse krankhafte Antriebe beobachtet, die man früher als eigene Krankheitsspecies, als „Monomanien“ (Esquirol) aufzufassen pflegte. Sie sind indessen nur Theilerscheinungen einer pathologischen Ausbildung der gesamten psychischen Persönlichkeit. Am bekanntesten ist der „Stehltrieb“ (die Kleptomanie) geworden, eine besonders beim weiblichen Geschlechte vorkommende Neigung, sich ohne Noth selbst ganz unnütze, werthlose Dinge durch Diebstahl anzueignen, die zudem meist nachher dem Eigenthümer wieder zugestellt werden. Analog hat man auch einen Mordtrieb, einen Brandstiftungstrieb (Pyromanie), einen Wollusttrieb (Aidoiomanie) u. s. f. unterschieden. Gemeinsam ist allen diesen Störungen die degenerative Grundlage; sie sind Symptome einer defecten Veranlagung des Gemüths- und Trieblebens, welche die Ausbildung eines festen, regulirenden Charakters verhindert, die Widerstandsfähigkeit des Individuums gegen äussere und innere Antriebe herabsetzt und somit dem Drängen augenblicklicher Impulse dauernd die Herrschaft über seinen Willen ermöglicht.

**Handlungen in Folge von Wahnideen und Gefühlsstörungen.** Wir haben nun noch kurz jener Anomalien im Handeln Geisteskranker zu gedenken, welche nicht sowol auf eine Willensstörung selbst, als vielmehr auf einen Ursprung aus krankhaften Voraussetzungen, aus Wahnideen oder abnormen Gefühlen, zurückzuführen sind. Es liegt auf der Hand, dass von dieser Seite her die Bedingungen zur Entstehung der mannigfachsten Abweichungen von dem Verhalten des Gesunden gegeben sein, und dass ferner die gleichen Handlungen aus sehr verschiedenen Ursachen sich heraus entwickeln können.

Zunächst pflegt sich der allgemeine Charakter der psychischen Störung vielfach schon in dem ganzen äusseren Benehmen des Kranken auszudrücken. In seiner Mimik\*)

---

\*) Sikorsky, Neurolog. Centralblatt, 1887, 20, 21.

spiegeln sich jene Gefühle und Affecte wieder, die sein Inneres bewegen. Der Deprimirte steht, theilnahmlos vor sich hinstarrend, an der Wand, oder er sitzt, schlaff in sich zusammengesunken, mit bekümmerten Zügen da; der Ängstliche wandert ruhelos, an den Nägeln kauend, das Gesicht zerzupfend und die Hände ringend auf und ab, rutscht bald knieend am Boden herum, bald drängt er mit lautem Jammern zur Thüre hinaus, während der Tobsüchtige, unter lebhaften Gesticulationen schwatzend, lachend, singend, tanzend und allerlei Schabernack treibend, dem Gefühle erhöhter Leistungsfähigkeit Luft zu machen sucht. Den Gehörshallucinant sieht man mit lauschendem Gesichtsausdrucke in einer Ecke stehen, unbekümmert um seine Umgebung; nur hier und da bewegt er die Lippen, als ob er antworte, oder ruft auch plötzlich laut einige Worte, meist Selbstvertheidigungen oder Schimpfereien. Der verkannte Graf oder Kaiser dagegen trägt mit Würde die „Gefangenschaft“ der Irrenanstalt, an der Brust vielleicht die papiernen Orden und in der Tasche die selbstverfassten Beglaubigungsdokumente seines Prätendententhums. Die Melancholia attonita endlich und der apathische Blödsinn lassen in dem fast absoluten Mangel jeder activen Reaction die Intensität der bestehenden Hemmung, resp. die ganze Grösse des psychischen Verfalles erkennen. Aus diesen in grösster Mannigfaltigkeit wechselnden und dennoch vielfach typischen Bildern vermag der Irrenarzt oft schon beim ersten Anblicke eine ungefähre Diagnose der Störungen zu stellen. Zahllos sind aber die Fälle, die für die oberflächliche Beobachtung gar keine auffallenden Erscheinungen darbieten, ein Verhalten, welches durch die bekannte Erfahrung illustriert wird, dass laienhafte Besucher der Anstalt bei der Mehrzahl der Kranken das Vorhandensein einer Geistesstörung nicht aufzufinden vermögen.

Von besonderer Wichtigkeit sind noch die Veränderungen in Sprache und Schrift, welche durch die Geistesstörung bedingt werden. Abgesehen von dem Inhalt derselben, der natürlich meist die Wahnideen oder Stimmungen des Kranken erkennen lässt, prägt sich auch in der Form oft schon der Grundzug der Psychose aus.

Die Ideenflucht kennzeichnet sich durch die Zusammenhangslosigkeit der einzelnen abgerissenen, kaum vollständig ausgesprochenen oder ausgeschriebenen Worte, der Bewegungsdrang in unaufhörlichem Schwatzen und endlosen wirren Schnörkeln. Die depressive Stimmung lässt nur leise, zögernde Worte zu Stande kommen und den Kranken schon nach den ersten Buchstaben die Feder wieder bei Seite legen. Der Paralytiker im floriden Grössenwahn beschreibt in grossen Lettern oder in Zahlen Seiten über Seiten mit vielfachen Auslassungen und Fehlern, Versetzungen der Buchstaben und Worte, voller Kleckse und unsauberer Correcturen, indem gleichzeitig hier wie in der Sprache die ataktischen Störungen in charakteristischer Weise hervortreten. Verrückte dagegen sind namentlich durch die Neigung zur Bildung von neuen, selbsterfundenen Wörtern ausgezeichnet, mit denen sie ihre eigenthümlichen Sensationen, ihre Feinde, ihre eigenen hohen Würden u. s. f. benennen. Häufig begegnet man auch bei ihnen einer sonderbar verzwickten Anordnung ihrer Schriftstücke oder verwickelten, dem Uneingeweihten gänzlich unverständlichen Zeichnungen von Maschinen, Situationen, fabelhaften Wesen, die schon auf den ersten Blick den Eindruck des Krankhaften erwecken.

Sehr beachtenswerth, wenn auch noch gar nicht näher studirt, sind endlich gewisse eigenthümliche Störungen der Sprache und Schrift, welche man bisweilen in Zuständen secundärer Verwirrtheit zu beobachten Gelegenheit hat. Die Kranken sind in Haltung und Benehmen durchaus correct, verstehen an sie gerichtete Auseinandersetzungen und führen selbst etwas verwickeltere Aufträge richtig aus; sie sprechen und schreiben geläufig und in zusammenhängenden Sätzen, aber der Inhalt ihrer Reden und Schriftstücke ist ein fast völlig unverständliches Gewirr von zum Theil neugebildeten, zum Theil verdrehten, zum Theil sinnlos zusammengewürfelten Wörtern, deren allgemeine Tendenz sich bei längerer Bekanntschaft mit ihnen ungefähr wenigstens aus einzelnen normalen Anklängen errathen lässt. Diese Beobachtungen erinnern sehr an die Aeusserungen mancher Paraphasischer, noch mehr aber an

die oft ganz ähnlichen Reden, die wir im Traume zu halten pflegen. Offenbar handelt es sich dort, wie hier, um den dauernden oder vorübergehenden Verlust der Fähigkeit, Vorstellungen und deren sprachliche Symbole in richtiger Weise mit einander zu verknüpfen.

Auch nach den anderen Richtungen des Handelns sind natürlich die krankhaften Störungen im Bereiche der Intelligenz und der Gefühle im Stande, einen massgebenden Einfluss auszuüben. Depressive Wahnideen und Stimmungen sind es vor Allem, die den Kranken einerseits zu Acten der Verzweiflung, zum Kampfe gegen die eigene Person, Selbstmord und Selbstverstümmelung, zu Nahrungsverweigerung (Sitophobie) oder zu Bussübungen, andererseits aber zu Angriffen aller Art, zu Mord und Todtschlag, oder zur Ersinnung der mannigfachsten Schutzmassregeln gegen seine vermeintlichen Verfolger, zu Beschwörungen, geheimnissvollen Proceduren und Einrichtungen, zu menschenfeindlicher Absperrung oder zu unstetem Herumwandern in der Welt antreiben. Die Standhaftigkeit und Consequenz, mit der auf Grund von Wahnideen, namentlich religiöser Natur, bisweilen die raffinirteste Selbstquälerei Monate und Jahre lang fortgesetzt wird (z. B. freiwilliges Fasten, ununterbrochenes Knieen, immer wiederholte Selbstverletzung), deutet hier auf eine völlige Unterjochung der natürlichen Triebe durch die krankhaften Vorstellungen und Gefühle hin. Bei Hypochondern namentlich sind peinliche Manipulationen mit dem eigenen Körper nicht selten. Versuche, sich den Körper aufzuschneiden, um ein vermeintliches lebendes Thier herauszuholen, das Essen von Nägeln, um sich durch die „Schärfe“ das Blut zu reinigen, habe ich selber erlebt. Aehnliche Handlungen Hysterischer, das Verschlucken von Nadeln, Verletzungen und Einführen von Fremdkörpern in die Genitalien, theatralische Selbstmordversuche gehen in der Regel aus ganz anderen Motiven hervor. Bisweilen sind diese Handlungen offenbar rein impulsiver Natur; zumeist liegt der Beweggrund wol in der krankhaften Sucht, aufzufallen und das allgemeine Interesse zu erwecken.

Die psychische Exaltation hat häufig unsinnige Excesse

in Baccho et Venere und auf diese Weise sehr leicht Conflict mit der öffentlichen Gewalt zur Folge. Oder aber der Kranke sucht sich im Gefühle seiner Souveränität über die bestehende Ordnung zu erheben und macht seine vermeintlichen Ansprüche ungenirt geltend, so dass er durch die Schritte, welche er in seiner Angelegenheit unternimmt, Aufsehen erregt und lästig wird. Andererseits führt die Vorstellung grossen Reichthums nur allzu oft derartige Kranke zu einer rücksichtslosen Zerrüttung ihres Vermögens durch unsinnige Einkäufe und Schenkungen, oder die Idee, dass alle Gegenstände ihrer Umgebung ihr Eigenthum seien, lässt sie ganz harmlos von denselben Besitz ergreifen und bringt sie auf diese Weise in Conflict mit dem Strafgesetze. Es würde zu weit führen, hier auch nur annähernd alle die verkehrten Handlungen aufzuzählen, die im Einzelfalle aus Wahnvorstellungen hervorgehen können: so verschieden die Motive, so verschieden die Individualitäten sind, so mannigfaltig gestaltet sich die Handlungsweise, wie sie sich als Resultat aus dem Zusammenwirken dieser beiden Factoren schliesslich herausentwickelt. Nur darauf sei hingewiesen, dass im Allgemeinen mit dem Grade des psychischen Verfalles, dem Mangel an Urtheil und logischer Schärfe, sowie an Selbstbeherrschung auch die Absurdität und Unbegreiflichkeit der Handlungen des Kranken zunimmt.

Der praktischen Rechtspflege, die es ja gerade mit dem Handeln der Menschen zu thun hat, haben die krankhaften Störungen desselben bei psychischen Alienationen nicht entgehen können. Das Bedürfniss jener Wissenschaft hat daher zur Aufstellung gewisser geistiger Normalzustände, der Dispositionsfähigkeit und der Zurechnungsfähigkeit, geführt, welche als Grundlage für die rechtliche Tragweite menschlicher Willensäusserungen angesehen werden. Die psychologischen Voraussetzungen für die Dispositionsfähigkeit sowol, wie für die Zurechnungsfähigkeit liegen zum Theil auf intellectuellem Gebiete, zum Theil aber im Bereiche des Wollens. Beide Zustände erfordern einmal eine klare Auffassung der thatsächlichen Verhältnisse, einen Einblick in die rechtliche oder moralische Bedeutung der einzelnen



Willenshandlung, andererseits die Möglichkeit einer freien Entschliessung auf Grund jener Motive, die der eigenen selbstbewussten Persönlichkeit angehören. Wie man leicht sieht, werden bei Geisteskranken in der Regel die beiden aufgestellten Bedingungen unerfüllt sein. Wo Wahnideen die Stellung des Ich zur Aussenwelt in krankhafter Weise verändern und verrücken, ist für die richtige Beurtheilung des eigenen Handelns durch den Kranken keine Garantie mehr gegeben, während die Herrschaft pathologischer Gefühle und Triebe über die constanten Willensdispositionen des Charakters, oder der Verlust dieser letzteren selbst dem Individuum zweifellos die Freiheit eigener Entschliessung im gebräuchlichen Sinne des Wortes rauben. Sowol die Fähigkeit, Rechtsacte zu vollziehen, wie die Zurechnungsfähigkeit und somit die rechtliche Verantwortlichkeit für criminelle Handlungen ist somit bei Geisteskranken principiell als aufgehoben zu betrachten. Eine allgemeine „Einsicht in die Strafbarkeit der begangenen Handlung“, ja auch bisweilen die Möglichkeit, verbrecherische Antriebe bis zu einem gewissen Grade zu unterdrücken, kann darum trotzdem recht wol vorhanden sein. Die eingehendere Würdigung dieser rechtlichen Beziehungen der Irren bildet den Gegenstand einer besonderen Wissenschaft, der gerichtlichen Psychopathologie.

### **III. Verlauf, Ausgänge und Dauer des Irreseins.**

Wie die Symptome, so werden auch Verlauf, Ausgänge und Dauer des Irreseins im Allgemeinen durch jene zwei grossen Gruppen von Factoren bedingt, die wir in der Aetiologie der Psychosen kennen gelernt haben, einerseits durch die Art und Wirkungsweise der krankmachenden Ursachen, andererseits durch die psychophysische Constitution des erkrankenden Individuums. Diese beiden Momente sind es, welche das Wesen und die klinischen Eigenthümlichkeiten des einzelnen Krankheitsprocesses bestimmen; je genauer daher der Antheil eines jeden derselben an der Entstehungsgeschichte des gegebenen Falles bekannt ist, mit desto grösserer Sicherheit wird es möglich sein, die zukünftige Gestaltung dieses letzteren vorauszusagen. Allerdings fehlt für jetzt derartigen Versuchen vielfach noch die nothwendige Basis völlig gesicherter, widerspruchloser klinischer Erfahrung, namentlich aber die Möglichkeit eines tieferen Einblickes in den oft sehr verwickelten inneren Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung.

#### **A. Verlauf des Irreseins.**

Nach ihrem Verlaufe haben wir die psychischen Störungen vor Allem in krankhafte Processe und in krankhafte Zustände zu scheiden. Im ersteren Falle handelt es sich um den Ablauf bestimmter Veränderungen in einer gegebenen Zeit, im letzteren dagegen um ein dauerndes, sich gleichbleibendes abnormes Verhalten der

psychischen Persönlichkeit, das entweder eine Folge von Entwicklungshemmungen, angeboren (z. B. Idiotie, Cretinismus), oder das Product einer voraufgegangenen Geisteskrankheit, erworben sein kann (secundärer Schwachsinn). In den krankhaften Zuständen hat die äussere krankmachende Ursache längst aufgehört, zu wirken; in den krankhaften Processen dauert ihr Einfluss noch fort. Zu beachten ist übrigens, dass dauernde abnorme Zustände gar nicht selten den günstigen Boden abgeben, auf welchem andersartige, episodische Krankheitsprocesse ihren typischen Verlauf nehmen können.

Den Vorgang der psychischen Störung fasste Griesinger im Anschlusse an seinen Lehrer Zeller als einen einheitlichen auf, dessen einzelnen Stadien die verschiedenen klinischen Formen des Irreseins (Melancholie, Manie, Verrücktheit, Verwirrtheit, Blödsinn) entsprechen sollten. Allein die Erfahrung hat die Annahme eines gesetzmässigen Ablaufes „der Geisteskrankheit“ in bestimmten Stadien nicht bestätigt und zunächst durch den Hinweis auf die Thatsache einer „primären“ Verrücktheit das künstlich construirte Schema durchbrochen. In der That lässt eben die Beobachtung der Formen psychischer Störung durchaus nicht den nach der angeführten Hypothese erwarteten einheitlichen, sondern einen überaus verschiedenartigen Verlauf derselben erkennen.

**Beginn der Erkrankung.** Der Beginn einer Geisteskrankheit ist in der Regel ein allmählicher; seltener bricht die Alteration plötzlich, ohne Vorboten über das Individuum herein. Der Grund für dieses Verhalten liegt in der Aetiologie der Psychosen. Es giebt hier nur relativ wenige Ursachen, die rasch eine durchgreifende Störung in den Centralorganen der psychischen Thätigkeit hervorzubringen vermögen (Alkohol, Schreck, Fieber, Gebäract); meistens erleidet erst nach und nach die Reactionsweise des Erkrankenden durch stetig wirkende Einflüsse mehr und mehr hervortretende Veränderungen. Je geringer der Antheil äusserer Ursachen in der Pathogenese des Irreseins ausfällt, desto langsamer wird *ceteris paribus* die Störung sich entwickeln, bis ihre Ausbildung endlich, wo die Bedingungen

der Psychose ganz in der eigenthümlichen Anlage des Individuums gelegen sind, zuweilen Decennien in Anspruch nimmt, sobald kein heftigerer Anstoss, kein Conflict u. dergl. den Ausbruch derselben beschleunigt.

Bemerkenswerth ist es, dass regelmässig kleine Veränderungen im Gefühlsleben die ersten und bisweilen Wochen, Monate, selbst Jahre lang einzigen Anzeichen einer herannahenden Geisteskrankheit zu bilden pflegen. Ueberall, wo überhaupt ein Stadium der „Prodrome“ sich abgrenzt, spielen unter denselben erhöhte gemüthliche Reizbarkeit und Launenhaftigkeit, Unruhe, unmotivirt heitere oder häufiger deprimirte Stimmung die Hauptrolle, selbst wenn späterhin die Störungen der Gefühle ganz in den Hintergrund treten. Ausserdem sind Zerstreutheit, Interesselosigkeit oder auffallende Geschäftigkeit häufige prodromale Symptome. Zugleich lässt sich regelmässig eine mehr oder weniger tiefgreifende Beeinträchtigung des Schlafes, häufig auch eine Störung des Appetites und fortschreitendes Sinken der allgemeinen Ernährung beobachten. Bei den sehr langsam zur Entwicklung gelangenden Geistesstörungen ist der eigentliche Anfang derselben häufig schwer festzustellen; der Zeitpunkt, an welchem von der Umgebung die erste Veränderung an dem Kranken wahrgenommen wurde, bietet oft nur einen sehr unzuverlässigen Anhaltspunkt für die Beurtheilung dar.

An das Stadium der Prodrome schliesst sich bisweilen ein solches der Initialsymptome an, in welchem zwar die Psychose bereits deutlich hervortritt, aber doch erst nach und nach zu jener vollständigen Ausbildung sich steigert, die man als die Höhe der Krankheit bezeichnen kann. In andern Fällen erfolgt der eigentliche Ausbruch der Geistesstörung nach den vorangegangenen unbestimmten Symptomen mehr oder weniger plötzlich, besonders im Anschlusse an irgend eine äussere Veranlassung, welche die schon angebahnte Störung rasch zur explosiven Höhe anwachsen lässt.

**Höhe der Erkrankung.** Der weitere Verlauf lässt je nach der Krankheitsform erhebliche Verschiedenheiten erkennen. Die Krankheit kann sich lange Zeit auf der-

selben Höhe erhalten: continuirlicher Verlauf; oder sie kann vielfache Schwankungen in der Intensität ihrer Erscheinungen und selbst zeitweise völliges Zurücktreten derselben darbieten: remittirender und intermittirender Verlauf. Die letzteren Formen des Verlaufes sind im Allgemeinen die häufigeren, namentlich so lange das Gefühlsleben noch in höherem Masse von der Krankheit in Mitleidenschaft gezogen ist, da gerade den Gefühlen eine grosse Neigung zu gegensätzlichen Schwankungen eigen zu sein pflegt. Bei vorwiegend intellectuellen Störungen wird ein derartiger Wechsel im Krankheitsbilde seltener beobachtet. Die Remissionen und Intermisionen schliessen sich häufig mit einer gewissen Regelmässigkeit an den Ablauf bestimmter physiologischer Functionen, des Schlafes, der Nahrungsaufnahme an, während die Menses nicht selten mit einer Verschlechterung des ganzen Zustandes einhergehen. Melancholiker erscheinen sehr gewöhnlich in den Morgenstunden stärker deprimirt, als gegen Abend. Vereinzelt sind die Beobachtungen von sogenanntem „doppeltem Bewusstsein“, in denen eine förmliche Verdoppelung der Persönlichkeit stattfindet. Die Kranken bieten hier in abwechselnden Perioden ihrer Psychose nicht nur gänzlich verschiedene Zustände dar, sondern sie bewahren auch die Erinnerung jeweils immer nur für den gleichartigen Zustand, wie jener Packträger, der sich in der Betrunkenheit an dasjenige erinnerte, was er in früheren Räuschen gethan hatte, während ihm in nüchternen Zeiten diese Erinnerung vollkommen fehlte. Die Analogie mit hypnotischen Zuständen liegt hier nahe.

Sehr begreiflich ist der intermittirende Verlauf einer Psychose, wo neue Anfälle auf Grund einer vorhandenen Prädisposition immer durch neue Gelegenheitsursachen hervorgerufen werden, wie namentlich die alkoholischen Aufregungsparoxysmen in Folge von wiederholten Excessen. Bei den epileptischen Bewusstseinsstörungen beruht das intermittirende Auftreten in der eigenthümlichen Periodicität der vasomotorischen Revolutionen des Grundleidens; die seltenen, den Fiebertypus nachahmenden und an seiner Stelle einsetzenden Psychosen in Folge von Malariavergiftung sind in ähnlicher Weise an die regelmässige Wiederkehr der

krankmachenden Veränderungen gebunden. Das Individuum ist jedoch hier überall während der freien Zwischenzeiten nicht als gesund zu betrachten, sondern die Krankheitserscheinungen sind nur zurückgetreten. Die psychische Degeneration der Trinker und Epileptiker, die Labilität ihres inneren Gleichgewichtes bildet gewissermassen ebenso das Bindeglied zwischen den einzelnen Anfällen des Irreseins, wie die Malariavergiftung mit ihren Zeichen die einzelnen Fieberattacken überdauert.

Ganz ähnlich sind diejenigen Geistesstörungen zu beurtheilen, welchen man wegen ihres ausgesprochen remittirenden Verlaufes den Namen der periodischen Psychosen beigelegt hat. Es handelt sich dabei um einen ziemlich regelmässigen Wechsel krankhafter mit relativ normalen Zuständen; die einzelnen Perioden können Tage, Wochen, Monate, ja selbst eine Reihe von Jahren dauern. Die wesentliche Ursache der Krankheit liegt hier offenbar im Organismus des Erkrankten selber, da sich häufig gar kein oder doch nur ein sehr geringfügiger Anlass für den Ausbruch des Anfalles auffinden lässt; auch hier knüpft sich derselbe besonders häufig an den physiologischen Vorgang der Menstruation an. Es giebt indessen auch Uebergangsformen, in denen die einzelnen Erkrankungen nur im Gefolge ungünstiger äusserer Lebensereignisse auftreten, die allerdings bei rüstigem Gehirn schwerlich eine solche Schwankung des psychischen Gleichgewichtes herbeigeführt haben würden; hier sind die Anfälle meist seltenere und unregelmässiger. Auch sonst ist übrigens die Dauer der freien oder relativ freien Intervalle durchaus keine constante; sie pflegt aber in einem gewissen Verhältnisse zu derjenigen der einzelnen Anfälle zu stehen. Einige Tage oder Wochen beträgt sie meist bei kurzdauernden, bis zu einer ganzen Reihe von Jahren bei länger anhaltenden Paroxysmen. Bei starker Häufung kurzdauernder Anfälle kann endlich unter raschem Fortschreiten der psychischen Schwäche der intermittirende Verlauf auch in einen nur remittirenden oder gar völlig continuirlichen übergehen. Während der Zwischenzeit ist der Mensch in der Regel nicht als völlig normal zu betrachten; gewisse Charaktereigenthümlichkeiten,

verschlossenes oder sehr exaltirtes Wesen, auffallende gemüthliche Reizbarkeit oder Stumpfheit, Schwäche oder Einseitigkeit in den psychischen Leistungen, namentlich aber der Mangel einer ganz klaren Einsicht in die eigenen Krankheitszustände lassen sich fast ausnahmslos auch dann nachweisen, wenn der anscheinend Genesene wieder ganz und voll in seinen früheren Wirkungskreis eingetreten ist.

Ein in mehrfacher Beziehung abweichendes Bild bieten die sogenannten circulären oder cyklischen Psychosen dar. Die völlig krankhafte Umwandlung der ganzen psychischen Persönlichkeit tritt hier viel deutlicher hervor. Gewöhnlich ist das ganze Leben derartiger Kranker ausgefüllt durch immerfort einander ablösende Perioden abwechselnd depressiver und exaltirter Geistesstörung; die anscheinend normalen Zwischenzeiten erweisen sich bei genauerer Betrachtung einfach als die allmählich sich vollziehenden Uebergänge aus einem Stadium in das andere. Der Eintritt dieser Stadien selber ist meist völlig unabhängig von äusseren Anlässen; er vollzieht sich mit der grössten Sicherheit und Regelmässigkeit, offenbar deshalb, weil er schon von den Tagen der Kindheit her, durch die ganze Organisation des Kranken mit Nothwendigkeit bedingt ist.

Endlich wird auch nicht selten in der Dementia paralytica eine Art intermittirenden Verlaufes beobachtet. Diese Krankheit kann lange Zeit, selbst eine Reihe von Jahren hindurch, still stehen und somit zur Herausbildung eines anscheinend stationären Zustandes Veranlassung geben, dem allerdings fast immer ein früher oder später erfolgendes Fortschreiten des Grundleidens ein Ende zu machen pflegt. Während bei den periodischen und namentlich circulären Psychosen der regelmässige Wechsel der Perioden geradezu die charakteristische Eigenthümlichkeit des ganzen Krankheitsprocesses ausmacht, sind hier die Intermissionen oder richtiger Remissionen mehr zufällige Ereignisse, die von ganz uncontrolirbaren, den Gang des Leidens modificirenden Einflüssen abhängig sind.

**Reconvalescenz.** Am häufigsten finden sich Schwankungen zum Bessern oder Schlimmern im Stadium des Ab-

klingens heilbarer Psychosen; sie sind daher im Allgemeinen als ein prognostisch günstiges Zeichen anzusehen. Allerdings kommt auch, besonders bei den sehr rasch entstandenen und sehr kurz dauernden Geistesstörungen (alkoholische, epileptische Aufregungen, Delirium transitorium, Fieberdelirien und ähnliche), ein fast plötzliches Verschwinden des ganzen Symptomencomplexes vor, z. B. nach einem tiefen Schläfe; in der übergrossen Mehrzahl der Fälle jedoch geschieht die Abnahme einer psychischen Störung ganz allmählich, durch Lyse. Zuerst verlieren sich, wo sie vorhanden waren, die Zeichen der gemüthlichen Erregung: der Tobsüchtige wird ruhiger, der Melancholiker freier; oder aber es stellen sich, wie bei der Melancholia attonita und dem acuten Schwachsinn, die ersten Symptome einer wieder erwachenden Reaction, einer Theilnahme an der Aussenwelt ein. Anfangs besteht diese Besserung vielleicht nur für ganz kurze Zeit, Tage oder Stunden, um einem abermaligen Hervortreten der Krankheitserscheinungen bald wieder zu weichen. Nicht selten beobachtet man gerade in dieser Periode der Krankheit einige Zeit hindurch einen förmlich alternirenden Verlauf der Störung, in der Weise, dass gute und schlechtere Tage ganz regelmässig mit einander wechseln. Nach und nach aber werden die Remissionen ausgiebiger und gewinnen längere Dauer; die Exacerbationen verlieren an Intensität, bis schliesslich nur noch leichte Verschlimmerungen bei besonderen Anlässen den fortschreitenden Gang der Reconvalescenz unterbrechen.

Am längsten pflegt sich von den Krankheitssymptomen die Labilität des gemüthlichen Gleichgewichts, die leichte Erregbarkeit in depressivem oder expansivem Sinne zu erhalten, auch wenn die intellectuellen Störungen sich schon längere Zeit gänzlich ausgeglichen hatten. So spiegelt sich der Verlauf der Krankheit in seinen einzelnen Phasen am genauesten in dem Verhalten der Gemüthssphäre wieder. Sind es doch aber auch gerade die Gefühle, in denen sich unmittelbar die augenblickliche Reactionsweise des Individuums gegen die Eindrücke und Vorstellungen seines Bewusstseinsinhaltes kundgiebt, die uns somit über den Zustand desselben jeweils am besten aufzuklären ver-



mögen, während die intellectuellen Vorgänge weit mehr von dem Erwerbe vergangener Tage, dem Schatze früher gebildeter Vorstellungen, Begriffe und Urtheile beherrscht werden. Eine Störung ihres Ablaufes kommt daher erst verhältnissmässig spät zu Stande, und sie gleicht sich unter dem Einflusse der gesammelten Erfahrung früher wieder aus, als die Alterationen im Bereiche des Gefühls, wenn nicht die Krankheit selbst eine so tiefgreifende Umwandlung der psychischen Persönlichkeit hervorgebracht hat, dass das Individuum nicht mehr vollständig die Herrschaft über die Producte seiner ehemaligen geistigen Arbeit wiederzugewinnen im Stande ist.

### B. Ausgänge des Irreseins.

**Heilung.** Das Stadium der Reconvalescenz geht ohne scharfe Grenze in dasjenige der vollendeten Heilung über. Die wenigen Reste der überstandenen Krankheit, vereinzelte Wahnideen, unmotivirte Verstimmungen, erhöhte Reizbarkeit, verlieren sich allmählich; die gesunden Anschauungen und Interessen treten wieder hervor; die gewohnten Beschäftigungen werden wieder aufgenommen: die psychische Persönlichkeit mit ihrer ganzen Eigenart knüpft über den krankhaften Zeitraum hinüber wieder an die vor demselben liegende gesunde Vergangenheit an, ganz ähnlich, wie wir nach wirrem Traume beim Erwachen sogleich, vielleicht auch erst nach einigem Besinnen, mit den Erlebnissen vor dem Einschlafen wieder Fühlung zu gewinnen suchen. Ist diese Wiedereinsetzung der psychischen Persönlichkeit in die Herrschaft über ihren Erfahrungsschatz in allen Punkten vollzogen, wird der Ablauf der psychischen Vorgänge nirgends mehr durch krankhafte Gefühle oder Vorstellungen beeinträchtigt, dann haben wir das Recht, von einer völligen Genesung des Reconvalescenten zu sprechen, ein Ereigniss, welches in etwa 30—40% jener Erkrankungsfälle zu verzeichnen ist, welche in die Anstaltsbehandlung kommen. Zur Würdigung dieser Zahlen ist zu beachten, dass einerseits viele chronisch verlaufende, unheilbare Fälle niemals in die Irrenanstalten gelangen, und dass andererseits zahl-

reiche leichte Erkrankungen ebenfalls in familiärer Pflege ihren günstigen Ablauf finden.

Unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse zeigt es sich, dass die Prognose der Geistesstörungen, entgegen der populären Meinung, sich nicht erheblich ungünstiger stellt, als diejenige schwerer körperlicher Erkrankungen. Erwägt man die enormen Zahlen der Phthisen, Herzfehler, Carcinome, der unheilbaren Hirn-, Nerven- und Nierenkranken auf grossen medicinischen Abtheilungen, so erkennt man bald, wie die Differenz der Heilungsprocente zwischen den letzteren und den Irrenanstalten wesentlich auf dem Umstande beruht, dass man sich eben zum Eintritte in ein Krankenhaus auch schon bei geringfügigeren Anlässen zu entschliessen pflegt.

Ebenso unzutreffend, wie hinsichtlich der Prognose psychischer Störungen überhaupt, ist jenes allgemeine Vorurtheil, welches dem einmal geistig Erkrankten häufige Rückfälle seiner Psychose vorher sagt. Es beruht dieses Vorurtheil auf der bekannten Erfahrung, dass einzelne, besonders aufdringliche Beobachtungen, in diesem Falle vor Allem die periodischen Geistesstörungen, das populäre Urtheil weit nachhaltiger beeinflussen, als ganze Reihen einfach negativer Thatsachen. Wie Hagen überzeugend nachgewiesen hat, bleiben etwa  $\frac{3}{4}$  aller einmal als genesen aus der Anstalt entlassenen Kranken ihr ganzes späteres Leben hindurch dauernd psychisch gesund.

Das wichtigste Kriterium der eingetretenen Genesung ist ausser dem Schwinden der wahrnehmbaren Krankheits-symptome die Einsicht in die krankhafte Natur des überstandenen Leidens und damit zumeist das Auftreten einer gewissen Dankbarkeit für die genossene Behandlung und Pflege. Jene Einsicht ist es ja gerade, welche uns die Garantie dafür bietet, dass der Reconvalescent die pathologischen Veränderungen seines psychischen Lebens als etwas Fremdartiges empfindet, dass er mit anderen Worten auf den Boden der Beurtheilung zurückgekehrt ist, auf dem er vor der Erkrankung, in gesunden Tagen stand. Mangel der Krankheitseinsicht deutet stets auf die Unmöglichkeit einer kritischen Berichtigung des während der Geistesstörung

gesammelten Erfahrungsmaterialies hin. Dieselbe hat ihren Grund entweder in der Assimilation krankhafter Elemente, welche den Standpunkt des Individuums gegenüber seiner Umgebung verrückt haben und seine psychischen Leistungen entscheidend beeinflussen, oder aber in der noch bestehenden Unfähigkeit zu durchgreifendem Gebrauche des früher erworbenen kritischen Rüstzeuges, dessen Handhabung einerseits Ruhe und Gleichgewichtslage des Gemüthes, andererseits aber eine gewisse Anstrengung und geistige Regsamkeit erfordert. Kein Kranker ist als wirklich genesen zu betrachten, der keine klare und volle Einsicht in seine Krankheit besitzt, während umgekehrt ganz wol ein Verständniss für die pathologische Natur der psychischen Störung bestehen kann, ohne dass darum immer die Heilung zu erwarten wäre. Ja, gerade in manchen Fällen unheilbaren, tief in der ganzen Anlage des Individuums wurzelnden Irreseins ist eine derartige Selbsterkenntniss nicht so selten vorhanden. Darum bleibt aber die Krankheitseinsicht dennoch fast immer ein prognostisch sehr günstiges Symptom, namentlich wenn sie mit dem Nachlasse stürmischerer Erscheinungen von selber hervortritt. In manchen Fällen, allerdings nur dann, wenn ein leichter oder höherer Grad von Schwäche der Intelligenz nebenbei besteht, kommt die Krankheitseinsicht erst sehr spät und zögernd zu Stande, nachdem im Uebrigen bereits sämtliche Symptome der Psychose sich vollkommen verloren haben.

Ganz regelmässig, wenigstens bei allen länger dauernden Geistesstörungen, geht mit der fortschreitenden Genesung auch eine körperliche Erholung, eine Zunahme des Gewichtes, Besserung des Appetites und Schlafes und das Gefühl des Wohlseins einher, Anzeichen, die bei gleichzeitigem Hervortreten günstiger psychischer Veränderungen einen bedeutenden prognostischen Werth besitzen und hauptsächlich mit einer Abnahme der gemüthlichen Erregung in innerem Zusammenhange zu stehen scheinen. In einer kleinen Anzahl von Fällen hat man das Eintreten psychischer Genesung während oder nach einer fieberhaften Erkrankung (namentlich Typhus, Erysipel, Intermittens), seltener

nach stärkeren Blutungen oder Kopfverletzungen beobachtet\*). Am häufigsten handelt es sich dabei natürlich um relativ frische Erkrankungen, Melancholien, Manien, Wahnsinnsformen, aber bisweilen tritt die günstige Wendung auch nach längerer Dauer und in prognostisch anscheinend aussichtslosen Fällen ein, ja selbst bei ganz alten Verrückten und Schwachsinnigen kann man hie und da während einer intercurrenten Erkrankung die Wahnideen zurücktreten und einer unerwarteten geistigen Regsamkeit Platz machen sehen, hier allerdings immer nur für kurze Zeit. Die Erklärung derartiger Erfahrungen ist dunkel; wir müssen uns mit der Erwägung begnügen, dass sich hier, wie ja auch der gelegentlich krankmachende Einfluss der besprochenen Factoren darthut, offenbar mächtige Umwälzungen in der Ernährung der Hirnrinde vollziehen.

Vollständige Heilung einer Geisteskrankheit wird im Allgemeinen am leichtesten in den rüstigen Lebensaltern und dort zu Stande kommen, wo ein vorübergehender äusserer Anlass die Ursache des ganzen Leidens bildete. Je weniger die Bedingungen der Erkrankung in dem erkrankten Organismus selber liegen, desto rascher und vollständiger wird derselbe *ceteris paribus* im Stande sein, die pathologischen Veränderungen auszugleichen und zum Normalzustande zurückzukehren. In der That sehen wir daher namentlich diejenigen ätiologischen Gruppen von Psychosen die günstigste Prognose darbieten, welche durch energisch wirkende, aber gewöhnlich keine dauernde Veränderung hervorbringende Ursachen erzeugt werden (Vergiftungen, acute Krankheiten, Wochenbett, acute Affecte). Weit ungünstiger schon liegen die Verhältnisse dann, wenn die Krankheitsursachen entweder bleibende organische Störungen hinterlassen (Kopfverletzungen, Syphilis, Typhus bisweilen), oder aber, wenn sie durch längere Zeit hindurch stetig auf das Individuum einwirken und somit durch Cumulation ihres Einflusses nach und nach eine tiefere Veränderung

---

\*) Fiedler, Deutsches Archiv f. klinische Medicin, 1880, XXVI, 3; Lehmann, Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie, 1887, XLIII, 3; Wagner, Jahrb. f. Psychiatrie, 1887, VII.

in der psychophysischen Constitution desselben herbeiführen (chronische Affecte und Krankheiten, Alkoholismus, Morphinismus u. s. f.). Durch derartige Ursachen wird nicht nur eine einzelne psychische Erkrankung erzeugt, sondern es wird auch die gesammte Widerstandsfähigkeit des Individuums dauernd herabgesetzt.

**Unvollständige Heilung.** Von der Grösse dieser dauernden Störung und den Einflüssen, welchen der Kranke im weiteren Verlaufe ausgesetzt ist, hängt es hier ab, wie weit es möglich ist, eine Wiederherstellung des früheren gesunden Zustandes zu erzielen. Nimmt daher auch der ausbrechende Krankheitsprocess selbst einen günstigen Ablauf, so ist damit doch die Wirkung der eigentlichen Grundursache nicht aufgehoben. Es bleibt eine „Disposition“ zu weiteren Erkrankungen zurück, die namentlich dann ihren verderblichen Einfluss geltend macht, wenn der Genesene sich in den Bereich der alten Schädlichkeiten zurückbegiebt. Er fällt jetzt weit leichter, bei dem ersten gegebenen Anlasse, in die überstandene Krankheit zurück. Jedes Recidiv steigert wiederum die Disposition für die Folgezeit, so dass immer geringfügigere Anstösse genügen, um die pathologischen Zustände aufs neue wieder heraufzuführen.

Ganz ähnliche Verhältnisse, wie sie sich auf diese Weise unter dem Einflusse dauernder oder häufig wiederkehrender Ursachen herausbilden können, finden sich bei ursprünglich krankhaft veranlagten Menschen als angeborene Constitutionsanomalien vor. Die Krankheitsbedingungen sind hier nicht mehr ausserhalb, sondern im Individuum selber zu suchen. Es ist leicht begreiflich, dass unter solchen Umständen von einer eigentlichen Heilung psychischer Störungen nicht in dem Sinne einer völligen Rückkehr zur Norm die Rede sein kann, da ja der relativ gesunde Gleichgewichtszustand selbst nicht als ein wirklich normaler anzusehen ist. Das wichtigste Erforderniss einer jeden Heilung, die Entfernung der Krankheitsursache, bleibt ja hier unerfüllbar, da diese letztere eben durch die ganze Eigenart des Menschen repräsentirt wird. Trotzdem sehen wir bei solchen Individuen nicht selten ausgeprägte und schwere

psychopathische Symptomencomplexe mit derselben Geschwindigkeit wieder verschwinden, mit welcher sie aus unbedeutenden Anlässen heraus sich entwickelt haben.

Das eigentlich Auffallende ist dabei mehr die letztere, als die erstere Erscheinung. Die krankhafte Ausgiebigkeit der psychopathischen Reaction auf geringfügige Reize lässt wegen der anscheinenden Bedenklichkeit der Symptome die Schwere der ganzen Erkrankung weit bedeutender erscheinen, als sie wirklich ist. Würde es doch auch verfehlt sein, etwa aus dem Herzklopfen eines Herzkranken auf einen gleichen Grad psychischer Erregung schliessen zu wollen, wie wir sie unter denselben Verhältnissen beim Gesunden voraussetzen hätten! Wir würden dann erstaunt sein, dort so rasch völlige Beruhigung constatiren zu können, wo wir glaubten, es mit einem tiefen, dauernden Affecte zu thun zu haben. Aber wie in diesem Beispiele der leiseste Anstoss genügt, das Symptom der Krankheit sogleich in voller Intensität hervorzurufen, wie es schliesslich vielleicht durch die blosse Lebensarbeit dauernd fortbesteht, und wie das eigentliche Leiden andererseits lange Zeit bestehen kann, ohne gerade lebhaftere Störungen zu verursachen, so haben wir es auch bei den psychischen Invaliden mit einer Verminderung der Widerstandsfähigkeit zu thun, welche schliesslich ohne irgend welchen besonderen Reizanstoss zur Entwicklung abnormer Geisteszustände führen kann, die eine krankhafte Veränderung der ganzen Persönlichkeit bedeutet, auch wenn sie nicht gerade zur Ausbildung einer bestimmten Psychose Veranlassung giebt. Die Heilung der vorübergehenden Störungen ist daher etwa mit der Beseitigung eines Anfalles von Palpitationen bei einem Herzkranken in Parallele zu stellen; das eigentliche Grundleiden besteht dabei unverändert fort.

Die vorstehenden Erörterungen haben uns bereits einen weiteren Ausgang psychischer Krankheiten kennen gelehrt, den Ausgang in unvollständige Heilung, „Besserung“ oder „Heilung mit Defect“. Die pathologischen Symptome treten auch hier im Wesentlichen zurück, die Stimmung wird ruhiger und gleichmässiger, Wahnideen und Sinnes-täuschungen verschwinden nach und nach, aber es machen

sich die mehr oder weniger ausgeprägten Anzeichen einer Herabsetzung der psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit, der Schwäche, bemerkbar. Der Reconvalescent denkt zwar formal richtig und hat auch eine gewisse Einsicht in seine Krankheit, aber er ist nicht mehr derjenige, der er früher war; er hat einen Theil seiner Persönlichkeit eingebüsst. „Gerade das Beste und Werthvollste ist“, wie Griesinger sich treffend ausdrückt, „von der geistigen Individualität abgestreift.“ Oft genug bleibt indessen der volle Umfang der psychischen Schwäche im Schutze des Anstaltslebens unbemerkt, weil an den Kranken in dem ruhigen, geregelten Tageslaufe gar keine besonderen Anforderungen herantreten. Der Versuch einer Entlassung aus der Anstalt ist daher die Cardinalprobe, welche häufig genug schon nach kurzer Zeit die „mit Defect Geheilten“ von den völlig Genesenen zu unterscheiden gestattet, auch wenn vorher ein abschliessendes Urtheil noch nicht möglich war. Allerdings kommt hier wieder sehr viel auf die äusseren Umstände an. Ist die Häuslichkeit eine glückliche, die pecuniäre Lage und die sociale Position günstig, so vermag der Kranke vielleicht auch wieder in das Leben zurückzukehren und in geordneten Verhältnissen leidlich seine Stellung auszufüllen. Allein die Energie und Festigkeit seines Charakters hat er verloren; schwierigen Situationen und drängenden Conflicten ist er nicht mehr gewachsen. Dieser Zustand ist namentlich den Remissionen der Dementia paralytica, selbst den weitgehendsten, eigenthümlich. Als regelmässiger Ausgang ist die unvollkommene Wiederherstellung ferner dort zu betrachten, wo der ganze Krankheitsvorgang sich schon auf dem Boden einer von vornherein defecten Persönlichkeit abspielte. Hier pflegt meist das frühere Niveau nicht wieder erreicht zu werden, sondern das Individuum geht noch mehr geschwächt aus dem Anfälle hervor, so dass bei häufigerer Wiederholung der Erkrankungen auch der psychische Verfall jedesmal eine neue Steigerung erfährt.

**Unheilbarkeit.** Schon die Heilung mit Defect bedeutet die Entstehung einer unheilbaren Veränderung in der Gesamtconstitution des Individuums, aber diese Ver-

änderung besteht in einer einfachen, mehr oder weniger hochgradigen Herabsetzung der psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit, ohne eine qualitative Umwälzung in dem Wesen und der Reactionsweise des Erkrankten zu bedingen. Man kann daher weiterhin noch einen Ausgang in Unheilbarkeit unterscheiden, der entweder das unveränderte Ausdauern der einmal vollzogenen krankhaften Wandlung, oder aber den Fortschritt derselben bis zum völligen Zerfall der psychischen Persönlichkeit bedeutet. Das erstere ist der Fall bei den in periodischem Wechsel das ganze Leben erfüllenden circulären Psychosen, sowie bei jenen constitutionellen Formen der Verrücktheit, in denen ein langsam entwickeltes Wahnsystem ohne wesentliche Zunahme der psychischen Schwäche dauernd festgehalten wird. Völlig stationär freilich pflegt auch hier der Krankheitsprocess niemals zu bleiben, und einem aufmerksamen Beobachter wird die Abnahme der psychischen Leistungsfähigkeit innerhalb längerer Zeiträume kaum entgehen; schon der abstumpfende Einfluss des monotonen Anstaltsaufenthaltes muss sich vielfach in dieser Richtung geltend machen. Demnach kann man jenen Formen mit Recht den eigentlich progressiven Krankheitsverlauf gegenüberstellen, wie er bei periodischem und epileptischem Irresein, bei den ungeheilten Fällen der Melancholie, der Tobsucht, des Wahnsinns, namentlich aber in der Paralyse typisch zur Beobachtung gelangt. Diese Entwicklung wird meist dadurch eingeleitet, dass zunächst die Intensität der Affecte abnimmt, während sich die begleitenden intellectuellen Störungen überhaupt nicht oder doch nicht vollständig zurückbilden, sondern in Form tiefgreifender Beschränktheit und Kritiklosigkeit, widerspruchsvoller und zusammenhangsloser Wahnideen oder völliger Verwirrtheit bis zum tiefsten Blödsinn bestehen bleiben. Natürlich vollzieht sich dieser Vorgang einer fortschreitenden Vernichtung der ursprünglichen Persönlichkeit in ihrem Erinnerungsschatze, ihren intellectuellen Leistungen, wie in ihrem Gemüthsleben, den man mit dem Namen der Verblödung zu bezeichnen pflegt, je nach der Form der Geistesstörung, welche er abschliesst, in symptomatisch verschiedener Weise und namentlich in sehr verschie-



denen Zeiträumen. Bei den affectiven Psychosen pflegen Andeutungen der früheren Gemüthsschwankungen, zeitweise Aufregungen oder Depressionen, auch späterhin dem Schwachsinne noch ein bestimmtes Gepräge zu verleihen, namentlich im mimischen Ausdrucke, und ebenso können sich Reste früherer Wahnideen bisweilen noch Jahrzehnte nach dem Eintritte der Verblödung im Bewusstsein erhalten. Nur bei der Paralyse verschwindet binnen relativ kurzer Zeit oft auch die letzte Spur der früher vielleicht in Ueberfülle erzeugten Krankheitsproducte.

**Tod.** Die letzte Form des Ausganges, welchen die Geistesstörung nehmen kann, ist der Tod. Ohne Zweifel wird die Mortalität durch die psychische Erkrankung beträchtlich gesteigert; sie ist bei Irren etwa fünfmal so gross, als bei der erwachsenen geistesgesunden Bevölkerung. Dabei ist die Frage, ob eine psychische Erkrankung an sich zum Tode führen könne, wie diese oder jene körperliche Affection, dahin zu beantworten, dass zwar nicht die Psychose, als eine rein symptomatisch aufgefasste Erscheinung, wol aber der Krankheitsprocess tödten kann, dessen psychopathischen Ausdruck die Geistesstörung darstellt; ähnlich betrachten wir ja nicht die Albuminurie, sondern die Nephritis, welche ihr zu Grunde liegt, als die Ursache eines gegebenen Todesfalles. Der wichtigste aller derartigen pathologischen Processe ist die diffuse, chronische, degenerative Erkrankung der Hirnrinde, welche die Grundlage der Dementia paralytica bildet. Die fortschreitende Lähmung der nervösen Centralorgane ist es hier, welche entweder direct, im paralytischen Anfalle, oder indirect, durch die Vermittlung von Decubitus, Schluckpneumonien und dergl. den tödtlichen Ausgang herbeiführt. Ferner können syphilitische Hirnerkrankungen, Geschwülste, embolische Processe aus verschiedenen Ursachen, wie sie den Symptomencomplex einer psychischen Störung erzeugen, im weiteren Verlaufe dem Leben ein mehr oder weniger jähes Ende bereiten.

Auf indirectem Wege wird der Tod durch die psychische Krankheit verursacht, wenn nicht die Gehirnaffection, sondern einzelne Symptome der psychischen Störung die

Katastrophe heraufbeschwören. Vor Allem ist hier die Neigung zum Selbstmorde zu nennen, wie sie sich so häufig aus depressiven Wahnideen oder Gefühlen herausentwickelt. In ihr haben wir es mit einer äusserst verhängnissvollen und praktisch überaus wichtigen Erscheinung des Irreseins zu thun, die bei schlechter Ueberwachung zahlreiche Opfer fordert. Nächst dem ist es die Sitophobie, dann die bis zur äussersten Erschöpfung andauernde Unruhe und Schlaflosigkeit mancher Kranker, schwerer Verlauf chirurgischer Verletzungen wegen der Unmöglichkeit einer rationellen Behandlung, welche bisweilen als Todesursachen bei Geisteskranken hervortreten.

Endlich aber ist es eine sehr bemerkenswerthe Thatsache, dass auch die Ausbildung gewisser körperlicher Erkrankungen durch die psychische Störung begünstigt wird. Namentlich die Phthise fordert in Irrenanstalten die fünffache Zahl von Opfern, wie bei Geistesgesunden. Das kasernenhafte Leben, die häufig bestehende Ueberfüllung, die ausgiebige Gelegenheit zur Infection, namentlich aber die Apathie so vieler Kranker und die damit verknüpfte Herabsetzung der Athmungs- und Kreislaufsthätigkeit sind wol in erster Linie für dieses Verhalten verantwortlich zu machen; ob sonst noch in den Störungen des Hirnlebens als solchen gerade Momente liegen, welche eine besondere Disposition zu diesen oder jenen körperlichen Erkrankungen („auf trophoneurotischem Wege“) setzen, dürfte recht zweifelhaft sein. Jedenfalls ist die Gesamtconstitution und die Lebensweise der Kranken von weit erheblicherer Bedeutung.

### C. Dauer des Irreseins.

Die Dauer psychischer Störungen bietet sehr weitgehende Verschiedenheiten dar. Wo die Psychose ihre Entstehungsbedingungen im Individuum selbst besitzt, da dauert sie das ganze Leben hindurch; je mehr sie dagegen von äusseren Ursachen abhängig ist, und je rascher und vorübergehender die Wirkung derselben ausfällt, desto kürzer ist die Dauer der Alienation. Fieberdelirien, Collapsdelirien, Angstanfälle während des Gebärens können

nach wenigen Tagen, Stunden, ja Minuten schon wieder verschwinden. Aber auch bei neuropathischen Individuen, bei Epileptikern, Hysterischen werden „Anfälle“ von psychischer Störung beobachtet, die nur eine äusserst kurze Dauer aufzuweisen haben. Hier ist jedoch, wie schon früher ausgeführt, zu beachten, dass dieselben gewissermassen nur vorübergehende Verschlimmerungen eines an sich schon abnormen, lange dauernden Zustandes darstellen, wenn derselbe auch für gewöhnlich nicht in auffallenden psychischen Symptomen hervortritt. Im Allgemeinen zeigen die Psychosen trotz der genannten Ausnahmefälle eine beträchtlich längere Dauer, als durchschnittlich körperliche Krankheiten, so dass hier die Abgrenzung der acuten und chronischen Formen nach einem andern Massstabe zu geschehen pflegt. Selbst bei frischen Erkrankungen zieht sich der Verlauf in der Regel über eine Reihe von Monaten hin; Fälle bis zur Dauer von einem Jahre werden daher häufig noch als acute oder subacute bezeichnet. Immerhin pflegt die überwiegende Mehrzahl der überhaupt heilbaren Psychosen innerhalb des ersten Jahres den günstigen Ausgang zu nehmen. Heilungen nach mehr als zweijähriger Dauer der Krankheit sind schon ziemlich selten, doch kommen solche Ausnahmefälle in sinkender Zahl selbst nach fünf, acht und zehn Jahren noch vor, ja es werden ganz vereinzelt Beobachtungen berichtet, in denen nach einem Anstaltsaufenthalte von zwei Decennien noch eine unerwartete Genesung sich einstellte.\*) In derartigen Fällen dürfte es sich allerdings wol nur um „Heilungen mit Defect“ handeln. Ausser der Form der Psychose und der Individualität des Erkrankten ist auf die Dauer derselben zweifellos auch die Behandlung von Einfluss. Je früher Geisteskranke in eine geeignete Umgebung, in die Anstalt gebracht werden, desto rascher vollzieht sich *ceteris paribus* der Ablauf der psychischen Störung und desto günstiger sind gleichzeitig die Aussichten auf eine möglichst vollständige Genesung.

---

\*) Luys, *L'Encéphale* 1883, 3; Marandon de Montyel, *Archives de neurologie* 1884, 22; Gucci, *Lo Sperimentale*, 1888, Aprile.

## IV. Allgemeine Diagnostik.

Die Beantwortung der Frage nach dem Vorhandensein einer Geistesstörung im einzelnen Falle setzt vor Allem die Beschaffung des thatsächlichen Materiales voraus, welches uns von der Geschichte und dem Zustande der gesamten Persönlichkeit ein möglichst klares und vollständiges Bild zu vermitteln geeignet ist. Die Gesichtspunkte für die Verarbeitung dieses Materials liefert uns dann die klinische Erfahrung, und sie ist es auch, welche uns in den Stand setzt, die eigenthümlichen Fehlerquellen zu vermeiden, welchen gerade bei der Beobachtung und Beurtheilung psychopathischer Zustände nicht zu selten eine verhängnissvolle Rolle zukommt. Die Aufgabe der allgemeinen Diagnostik lässt sich somit nach drei verschiedenen, aber in innigem Zusammenhange mit einander stehenden Richtungen hin präcisiren: sie hat die klinischen Untersuchungsmethoden auszubilden, die allgemeinen Kriterien des Irreseins festzustellen und endlich die Erkennung der Simulation und Dissimulation zu ermöglichen.

### A. Untersuchungsmethoden.\*)

Den nächsten und wichtigsten Anhaltspunkt für die Erkennung einer Psychose geben uns naturgemäss die Symptome derselben; für ein weitergehendes Verständniss ist aber immer auch die Kenntniss der äusseren und inneren Ursachen erforderlich, aus denen heraus sich die Er-

---

\*) Morselli, Manuale di semeiotica delle malattie mentali. 1885.

scheinungen entwickelt haben. Das Endziel der klinischen Untersuchung ist daher nicht nur die Feststellung der etwa vorhandenen Anzeichen geistiger Störung, sondern auch die Eruirung solcher Momente, welche in ätiologischer Beziehung von Bedeutung sein könnten. Die Hilfsmittel, welche ihr für diese Zwecke zu Gebote stehen, sind einmal die rückschauende Betrachtung des Vorlebens bis in frühere Generationen hinein, die Anamnese, weiterhin die eingehende Prüfung des gesammten körperlichen und psychischen Verhaltens in einem gegebenen Augenblicke, die Aufnahme des Status praesens, ferner die fortgesetzte Beobachtung, und endlich in vereinzelt Fällen auch die Erhebung eines nekroskopischen Befundes.

**Anamnese.** Die erste Frage richtet sich auf die hereditären Verhältnisse im weitesten Sinne. Wer hier zuverlässige Angaben erhalten will, wird gut thun, mit seinem Examen möglichst in das Einzelne einzugehen und sich nicht mit allgemeinen Antworten zu begnügen. Ausserdem empfiehlt es sich, verschiedene Angehörige, eventuell auch den Untersuchten selbst, gesondert auszufragen, da oft genug unabsichtlich, aus Unkenntniss oder Mangel an Verständniss, bisweilen sogar absichtlich, wichtige Thatsachen verschwiegen werden. In einzelnen Fällen giebt die persönliche Bekanntschaft mit den verschiedenen Familiengliedern (absonderliche Vornamen) dem geübten Beobachter schon an sich genügendes Material zur Beurtheilung der hereditären Verhältnisse an die Hand.

Bei der historischen Verfolgung des individuellen Lebens wird man naturgemäss sein Augenmerk successive auf alle jene Schädlichkeiten zu richten haben, welche wir früher als mögliche ätiologische Momente des Irreseins kennen gelernt haben. Für die Zeit des intrauterinen Daseins haben wir auf schwere Gemüthsbewegungen, erschöpfende Krankheiten oder sonstige Schädigungen des mütterlichen Organismus Rücksicht zu nehmen. Weiterhin sind von Wichtigkeit der Verlauf der Geburt, Infectionskrankheiten oder Cerebralleiden (Krämpfe, Lähmungen) im ersten Kindesalter, Entwicklungsstörungen, die Einflüsse der Erziehung, und für das spätere Leben die ganze Reihe jener persön-

lichen Schicksale, welche das psychische Gleichgewicht zu erschüttern oder dauernd zu vernichten im Stande sind, vor Allem die mannigfachen physiologischen und krankhaften Umwälzungen auf dem Gebiete des somatischen Organismus, die Excesse, die Entbehrungen, die deprimirenden Affecte. Oft genug freilich bleibt das Forschen nach einer prägnanteren Ursache vollkommen resultatlos, sei es, dass überhaupt kein greifbarer äusserer Anstoss zur Entwicklung des Irreseins vorhanden war, sei es, dass er nicht beachtet wurde, oder doch für die Erklärung sich als durchaus ungenügend erweist. So werden von der Umgebung nicht selten solche Vorkommnisse als Ursache der Psychose angesehen, welche sich bei näherer Betrachtung unzweifelhaft als Symptome der bereits ausgebrochenen Störung darstellen, z. B. die Excesse des Paralytikers, die unglückliche Liebe des erotisch Verrückten, die Selbstbeschuldigungen des Melancholikers u. s. f.

Ausser der Aetiologie hat die Anamnese selbstverständlich auch die etwaigen Erscheinungen des Irreseins in der Vergangenheit und weiterhin deren Verlauf und Dauer zu untersuchen. Auch zu diesem Zwecke greift sie bis in die erste Jugendzeit zurück. Das Tempo der körperlichen und geistigen Entwicklung (Gehen, Sprechen, Lesen), die intellectuelle Befähigung (Schulzeugnisse) und moralische Veranlagung, das Temperament, der Charakter, die persönlichen Neigungen und deren Ausbildung, namentlich auch das Verhalten im Pubertätsalter (Masturbation) haben unter diesem Gesichtspunkte für uns Interesse. Von der grössten Bedeutung aber ist natürlich die Feststellung desjenigen Zeitpunktes, an welchem eine unverkennbar krankhafte Veränderung im psychischen Leben sich einstellte. Gerade in dieser Hinsicht ist der Arzt den allergrössten, zumeist unabsichtlichen Täuschungen ausgesetzt. Fast bei allen chronisch verlaufenden Psychosen wird die Erkrankung längere Zeit hindurch verkannt und ihr Beginn daher viel später angenommen, als er wirklich stattfand. Erst bei eingehendem Befragen erfährt man dann, dass doch auch vor dem bezeichneten Termine, oft Monate und Jahre vorher, schon diese oder jene, nicht weiter beachteten Anzeichen der Störung vorhan-

den waren, dass die ersten krankhaften Spuren vielleicht schon bis in die früheste Jugend zurückreichen. Gebildete Leute sind in dieser Beziehung vielfach nicht bessere Beobachter, als Ungebildete.

Die genauere anamnestische Erhebung der Symptome des Irreseins setzt natürlich eine vollständige Kenntniss der speciellen Krankheitsformen voraus. Schon aus den ersten allgemeinen Angaben über die Aetiologie, über die chronische oder acute Entwicklung, über das Bestehen von Sinnestäuschungen, Wahnideen, Gedächtniss- und Intelligenzstörungen, depressiven oder expansiven Verstimmungen, körperlichen und speciell nervösen Anomalien, über den stationären, progressiven, intermittirenden, circulären Verlauf, ergibt sich zumeist bald der Verdacht auf eine bestimmte klinische Erkrankungsform, der dann durch Eingehen auf das Einzelne weiter begründet oder widerlegt werden kann. Für praktische Zwecke und in der Hand des Erfahrenen ist diese zunächst nach einer allgemeinen Orientirung suchende Methode der anamnestischen Forschung ungleich zweckmässiger, als die successive Erledigung eines bereiten Schemas, welches alle überhaupt möglichen Symptome des Irreseins umfasst. Weniger belangreich für die Diagnose, dafür aber um so wichtiger für die Behandlung sind endlich die nie zu unterlassenden Fragen nach der Neigung zu gemeingefährlichen Handlungen, zur Nahrungsverweigerung und namentlich zum Selbstmorde.

**Status praesens.** Wenn auch die Anamnese vielfach schon hinreichende Anhaltspunkte liefert, um mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht nur eine Geistesstörung überhaupt, sondern die specielle Form derselben diagnosticiren zu können, so ist doch für die Abgabe eines ärztlichen Urtheils die persönliche Untersuchung auch in den anscheinend einfachsten Fällen ebenso unabweisliches Erforderniss, wie bei irgend einer somatischen Erkrankung. Der innige Zusammenhang zwischen psychischen und körperlichen Störungen wird uns dabei zur Berücksichtigung auch dieser letzteren veranlassen, insofern wir in ihnen entweder Aufschlüsse über die Ursachen des Irreseins, oder aber klinisch wichtige Begleiterscheinungen desselben aufzufinden erwarten dürfen.

Die somatische Untersuchung wird zunächst den allgemeinen Zustand des Körpers ins Auge zu fassen haben. Missverhältnisse zwischen Lebensalter und Aussehen (pueriler Habitus, senium praecox), das Verhalten des Körperwachstums (Zwergwuchs, Kyphosen, graciler Bau), der Ernährung (Anaemie, Fettpolster, Hautfarbe), der Kräfte (Musculatur), das Vorhandensein von Entwicklungsanomalien (Spina bifida, Hasenscharte, Wolfsrachen, Kryptorchismus, Missbildungen der Genitalien), Struma, Pachydermie u. dergl. können werthvolle Fingerzeige für die ätiologische Beurtheilung des Falles abgeben. Einige jener Bildungsfehler werden, wie früher angeführt, vielfach direct als „Degenerationszeichen“ angesehen. Allerdings wird man bei der Verwerthung derselben mit Vorsicht zu verfahren haben und ihnen nur in Verbindung mit anderen, gewichtigeren Argumenten eine weiterreichende Bedeutung zugestehen dürfen.

Unzweifelhaft der wichtigste Theil des körperlichen Status praesens ist der Zustand des Nervensystems, speciell des Gehirns, welches freilich am Lebenden unserer Beurtheilung nur wenige Angriffspunkte darbietet. Ueber die Grösse des Gehirns vermag uns die Kranimetrie, namentlich nach der von Rieger ausgebildeten exacten Methode, ein ungefähres Bild zu verschaffen, dem indessen alle jene Fehlerquellen anhaften, welche in dem unvollkommenen Parallelismus der Schädel- und Hirnoberfläche ihren Ursprung haben. Unmittelbare psychiatrische Wichtigkeit besitzen daher nur diejenigen Anomalien des Schädels in Form und Grösse, welche unzweifelhaft über den Bereich jener Fehlerquellen hinausgehen; alle feineren, erst mit Hülfe genauer Messungen feststellbaren Abweichungen können höchstens die allgemeine Vermuthung begründen, dass mit ihnen vielleicht auch Störungen in der Hirnentwicklung einhergehen. Sehr beachtenswerth sind dagegen die Spuren früherer Traumen, Narben, Impressionen und dergl., da sie bisweilen den einzigen Schlüssel für das Verständniss sonst räthselhafter Krankheitsbilder abzugeben im Stande sind.

Ueber die Circulationsverhältnisse des Gehirns vermag uns bis zu einem gewissen Grade die Betrachtung benachbarter Gefässbezirke, des Gesichtes und vor Allem des



Auges Aufschluss zu geben. Für die Hirnpathologie ist die ophthalmoskopische Untersuchung bekanntlich ein überaus wichtiges Hilfsmittel geworden. Bei Geisteskranken dagegen sind ihre Ergebnisse leider noch allzu unsichere geblieben, als dass man ihr heute einen praktischen Werth für die Diagnostik zuerkennen könnte. Ob hier andere Methoden, die Thermometrie und die Auscultation des Kopfes, bessere Ergebnisse liefern werden, muss der Zukunft überlassen bleiben.

Von durchschlagender Bedeutung für die Beurtheilung des Gehirnzustandes ist natürlich die Prüfung seiner Functionen. Sehen wir zunächst ab von den psychischen Symptomen, so werden wir in erster Linie die Sinnesorgane zu untersuchen haben. Freilich ist es hier, namentlich beim Gehör, oft recht schwierig, ja unmöglich, periphere Ursachen der etwa aufgefundenen Störungen mit Sicherheit auszuschliessen. Ausser detaillirter Functionsprüfung der Sinnesorgane und ihrer Besichtigung mit dem Spiegel kann speciell beim Ohr noch die elektrische Untersuchung des Acusticus in Frage kommen, welche bisweilen bemerkenswerthe Abweichungen von der Brenner'schen Normalreactionsformel zu Tage fördert. Bereits weit in das psychische Leben hinein reichen jene centralen Störungen der Sinnes-thätigkeit, die man als „Worttaubheit“ und „Seelenblindheit“ bezeichnet hat. Allerdings wird hier, namentlich bei der Seelenblindheit, auch schon die Diagnose der Gehirn-läsion eine ziemlich unsichere. Fester wird der Boden unter unseren Füßen wieder auf dem Gebiete der aphasischen und der ihnen verwandten Störungen. Nach der motorischen Seite hin haben wir zunächst die Innervation der Pupille, der Augenmuskeln, der mimischen Musculatur und der Zunge zu beachten. Fernerhin aber pflegen bekanntlich auch gewisse Formen des Krampfes (Rindenepilepsie, Athetose) und der Lähmung (spastische Lähmung mit Contractur), dann manche Coordinationsstörungen complicirter Willkürbewegungen, des Gehens, Stehens, namentlich aber des Sprechens und Schreibens, mehr oder weniger bindende Rückschlüsse auf den Zustand der nervösen Centralorgane, speciell des Gehirnes, zu ermöglichen. Andere motorische

Störungen, die epileptischen und hysterischen Krämpfe, die hysterischen Lähmungen weisen uns meist sogar direct auf eine bestimmte, freilich auch nur symptomatische Diagnose hin. Ausserdem giebt es aber noch eine grosse Kategorie von Innervationsanomalien, welche in mehr oder weniger nahen Beziehungen zu dem Verhalten des Seelenlebens zu stehen scheinen, da sie bei den Hirnerkrankungen im engeren Sinne ohne psychische Alteration nur ausnahmsweise beobachtet werden. Dahin gehört namentlich jene reflectorische Befehlsautomatie aller Muskelgruppen, welche zur *flexibilitas cerea*, zur wäcsernen Biagsamkeit führt (Katalepsie). Während hier die Innervationsimpulse sich sofort jeder passiven Lageveränderung anpassen und damit die neue Stellung bis zum nächsten äusseren Anstosse oder bis zur Ermüdung fixiren, tritt uns in anderen Fällen tonische Starre aller Glieder entgegen, die sich, ein Zeichen ihrer Beeinflussung durch psychische Vorgänge, durch äussere Eingriffe sofort verstärkt. Umgekehrt sehen wir bei kataleptischen Zuständen mitten in die willenlose Passivität bisweilen ganz unvermuthet sehr gewandte active Bewegungen sich hineinschieben. Der verschiedenen Arten von Zwangs- und automatischen Bewegungen, die bisweilen sehr bizarre Gestaltung annehmen können, wurde früher bereits kurz gedacht; ihnen schliessen sich endlich noch eine Reihe complicirter Störungen der Stimme, der Sprache, der Trieb- und Willkürbewegungen an, die leider im Zusammenhange immer noch wenig studirt worden sind.\*)

Der Untersuchung der cerebralen schliesst sich eng diejenige der spinalen Functionen, des Sympathicus und endlich der peripheren Nerven an, um so enger, als ja selbst heute noch nicht immer die Ursache einer krankhaften Erscheinung streng in einem der grossen Abschnitte des Nervensystems localisirt werden kann. Die Prüfung des Haut- und Muskelsinnes im weitesten Umfange, der Sensibilität in ihren verschiedenen Qualitäten, der Schmerzempfindlichkeit, elektrischen und mechanischen Erregbarkeit, der Motilität in willkürlichen und unwillkürlichen Muskeln, der Reflexe, endlich der vasomotorischen, trophischen, secretorischen

---

\*) Roller, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XLII, 1886.

Functionen wird daher regelmässig den Status praesens des nervösen Centralorganes zu vervollständigen haben. Nur mittelbar, auf dem Wege vielgliedriger Schlussfolgerungen, kann uns natürlich die Untersuchung des übrigen Körpers zu einer Diagnose krankhafter Vorgänge im Bereiche des Nervensystems verhelfen, insofern wir in den aufgefundenen Alterationen entweder ätiologische Factoren, oder aber einfache Symptome vor uns haben können. So werden wir uns erinnern, dass schwere allgemeine Ernährungsstörungen (acute Krankheiten, Kachexien, chronische Infectionen und Vergiftungen) häufig genug die Ursachen psychischer Erkrankungen bilden, andererseits aber, dass jede acute Psychose mit durchgreifender Beeinträchtigung des Appetites, des Schlafes und des gesammten Stoffwechsels einherzugehen pflegt.

Selbstverständlich kann aber auch die somatische Veränderung im einzelnen Falle ganz zufällig mit psychischer Erkrankung zusammenfallen. Gleichwol wird zur vollen Würdigung der Sachlage eine möglichst sorgfältige Untersuchung aller zugänglichen Organe und ihrer Functionen stets unerlässlich sein. Besondere symptomatische Bedeutung hat man bisweilen der Form des Pulsbildes beigelegt, aus der man die fundamentalsten Aufschlüsse über Diagnose und namentlich Prognose des Irreseins überhaupt herauslesen wollte. Ohne Zweifel sind den feinen und überraschend vielseitigen Variationen der Sphygmographencurve noch so manche werthvolle Andeutungen für das Verständniss der Circulationsverhältnisse zu entnehmen, und wir begegnen ja in der That, namentlich bei den affectiven psychischen Störungen, auffallenden Anomalien der Gefässinnervation (Cyanose, Congestionen) überaus häufig. Eine pathognomonische Beziehung zwischen Pulsbild und Irresein besteht indessen nicht, sondern jenes erstere kann im Verlaufe einer und derselben Erkrankung in Folge verschiedenartiger Einflüsse (Affecte, Contractionszustand der peripheren Gefässe, Herzaction) mannigfaltigen Schwankungen unterliegen.\*)

---

\*) Ziehen, Sphygmographische Untersuchungen an Geisteskranken. 1887.

Hat uns die somatische Untersuchung gewisse Anhaltspunkte für die ätiologische Auffassung eines Falles oder Beweise für das Bestehen gewisser Störungen im centralen Nervensystem zu liefern, so muss das eigentliche Krankheitsbild durch die Prüfung der psychischen Functionen festgestellt werden. Leider stehen uns für die Erhebung dieses wichtigsten Theiles des Status praesens bisher kaum andere Hilfsmittel zu Gebote, als diejenigen, welche uns die gewöhnliche praktische Lebenserfahrung an die Hand giebt. Die Untersuchung des psychischen Zustandes pflegt daher auch für gewöhnlich in keiner Weise von irgend welchen Zahl- und Massbestimmungen Gebrauch zu machen. Sie begnügt sich vielmehr mit der primitivsten Art der Beobachtung und mit dem einfachsten psychologischen Experimente, der Stellung von Fragen; sie hält sich in ihrem Gange nicht an ein vorherbestimmtes Schema, sondern sie schreitet systemlos vom unmittelbar Vorliegenden und Auffallenden zum Verborgenen und schwer Eruirbaren fort. Gerade gewisse motorische Reactionen sind es somit, welche zumeist den Ausgangspunkt für unsere Untersuchung zu bilden pflegen.

Aus der Körperhaltung, den mimischen Bewegungen, dem Gesichtsausdrucke können in der Regel schon von vornherein einige Aufschlüsse über die Stimmung des Kranken gewonnen werden, über Ausgelassenheit, Angst oder Verzweiflung auf der einen, über Ruhe, Stumpfheit oder Gebundenheit auf der andern Seite. Durch einige einfache Fragen über Namen, Alter, Vorleben wird weiterhin festgestellt, ob das Bewusstsein getrübt oder klar, ob die Besonnenheit, die Fähigkeit der Auffassung und unmittelbaren Verwerthung von Sinneseindrücken erhalten ist. Zugleich wird sich dabei auch ein annäherndes Urtheil über das Tempo des Vorstellungsverlaufes, sowie über das Gedächtniss für die frühere Vergangenheit ergeben. Im Fortgange unserer Unterhaltung werden wir festzustellen suchen, ob die Erinnerung an die jüngste Zeit, die Orientirung über die augenblickliche Umgebung (Aufenthaltsort wie Personen), und ob Krankheitsbewusstsein vorhanden ist; wir gewinnen dabei die Aufklärung, ob wir es mit einem geordneten oder

mit einem ideenflüchtigen, verwirrten, stereotypen Gedankengange zu thun haben. Inzwischen werden sich zumeist schon allerlei weitere Anhaltspunkte für die Beurtheilung der übrigen psychischen Functionen ergeben haben, die uns als Wegweiser für die Auffindung weniger unmittelbar zu Tage tretender Störungen dienen können.

Nicht ganz leicht ist es bisweilen, über das Bestehen von Sinnestäuschungen ins Klare zu kommen. Die einfache Frage über diesen Punkt wird uns nur selten zum Ziele führen, sei es, dass sich dem Kranken die Trugwahrnehmungen unterschiedslos der sonstigen Sinneserfahrung einordnen, sei es, dass er aus irgend welchen Gründen über dieselben eine misstrauische Zurückhaltung bewahrt. Gleichwol pflegen die Bezeichnungen „Stimmen“ und „Bilder“ doch in der Regel vom Hallucinant sofort auf seine Täuschungen bezogen zu werden. Bisweilen sind die Sinnesphantasmen trotz alles Ableugnens des Kranken mit ziemlicher Sicherheit aus seinem Benehmen zu erschliessen, aus der horchenden Stellung, in der er längere Zeit verharret, plötzlichem unmotivirten Auffahren oder Lachen, lautem Sprechen und dergl.

Ganz ähnlich verhält es sich mit den Wahnideen. Eine ganze Zahl von Kranken pflegt ihre Wahnideen, namentlich im Beginne der Erkrankung und vor Fremden, sehr sorgfältig geheim zu halten und jedem Versuche tieferen Eindringens auszuweichen, bis irgend ein Punkt getroffen wird, der sie in Affect versetzt, oder bis es gelingt, durch allerlei Suggestivfragen eine Anknüpfung zu finden, mit Hülfe deren sich anscheinend absichtslos das ganze zusammenhängende Netz krankhafter Ideen entwickeln lässt. Nicht zu selten leitet auch hier schon das äussere Benehmen des Kranken auf die Spur. Scheues, misstrauisches Wesen wird uns geheime Feinde und Verfolgungen vermuthen lassen; eine gewisse excentrische Selbstgefälligkeit, die sich bisweilen schon in der Tracht ausspricht, deutet auf Grössenideen, während häufiges Knieen, Händefalten, weinerlich verzagter Gesichtsausdruck das Bestehen von Versündigungswahn mit religiöser Färbung wahrscheinlich macht u. s. f. Trotz aller Mannigfaltigkeit im Einzelnen pflegen dabei die Grundzüge solcher Wahnsysteme doch vielfach eine so

weitgehende Uebereinstimmung mit einander aufzuweisen, dass ein erfahrener Beobachter auf Grund seiner aus Aeusserlichkeiten gezogenen Schlüsse dem verblüfften Patienten öfters mit überraschender Schnelligkeit das Zugeständniss seiner krankhaften Ideen zu entwenden vermag.

Grössere Schwierigkeiten sind auf diesem Gebiete überhaupt meist nur dann vorhanden, wenn der Kranke entweder wegen mangelnden Krankheitsbewusstseins dem Arzte entschiedenes Misstrauen entgegenbringt, oder aber, wenn ihn Störungen der Besonnenheit, grosse Angst, Unruhe an der klaren Aeusserung seiner Gedanken verhindern. Der vertrauensselige Paralytiker, der besonnene Melancholiker oder der von Zwangsvorstellungen verfolgte Neurastheniker werden im Gegentheil gern die Gelegenheit ergreifen, dem theilnehmenden Arzte eine Schilderung ihres Glückes oder ihrer Qual zu entwerfen.

Die Untersuchung auf das Bestehen von Wahnideen bietet gleichzeitig Gelegenheit, sich über den Zustand der Intelligenz und des Gedächtnisses überhaupt etwas näher zu informiren. Das kritiklose Festhalten an widerspruchsvollen Vorstellungen ohne motivirende Bewusstseinstrübung oder tieferen Affect, ferner die Vermischung von Reminiscenzen mit phantastischen Elementen werden in dieser Richtung zu verwerthen sein. Im Uebrigen müssen uns hier die Regeln der tagtäglichen praktischen Menschenkenntniss darüber belehren, wie die allgemeine intellectuelle Veranlagung und Leistungsfähigkeit des Patienten beschaffen ist. Unter Berücksichtigung seiner Vergangenheit, seiner Erziehung und Bildungsmittel werden wir im Gespräche ungefähr den Umfang seiner positiven Kenntnisse, seiner Interessen und seiner gegenwärtigen Urtheilsfähigkeit zu ermessen haben. Natürlich kann die so gewonnene allgemeine Orientirung die Gewinnung brauchbarer Typen und Abstufungen immer nur in den allergröbsten Umrissen gestatten. Vielleicht könnte unter Umständen der Versuch der Beschreibung und Subsumirung eines bis dahin unbekanntes Gegenstandes, die mündliche oder schriftliche Schilderung und Beurtheilung der neuen Eindrücke in der Anstalt, die Ausdauer bei einer bestimmten geistigen Be-

schäftigung zum Krankenexamen mit herangezogen werden, doch wird möglicherweise das Suchen nach einem befriedigenden Schema für die Prüfung der Intelligenz wegen der ungeheuren Complication der Frage, sowie wegen der Schwierigkeit, den Einfluss des Bildungsgrades genügend auszuschliessen, für immer vergeblich bleiben.

Nicht viel anders steht es mit den Gefühlen, Affecten und Strebungen. Was wir bei der einmaligen Untersuchung auf diesen Gebieten überhaupt zu erkennen vermögen, offenbart sich meist bereits bei der äusseren Betrachtung, in den Ausdrucksbewegungen. Darüber hinaus sind wir wesentlich auf die nicht immer ganz zuverlässigen Selbstschilderungen angewiesen, welche uns von dem Zustande des eigenen Innern entworfen werden. Natürlich vermag uns aber der Lauf der Untersuchung über die grössere oder geringere gemüthliche Reizbarkeit, über Continuität oder häufigen Wechsel der Stimmung, endlich über auffallende Gefühlsreactionen nach bestimmten Richtungen hin, unmotivirten Hass, religiöse Schwärmerei und dergl. mannigfache gewichtige Aufschlüsse zu liefern. Auf etwa vorhandene krankhafte Neigungen, Selbstmorddrang, gesteigerte sexuelle Begierde, Sucht zu kaufen, zu trinken, werden wir ebenfalls bei unserem Examen Rücksicht nehmen müssen; was sich aber hier nicht schon unwillkürlich in dem gesammten Benehmen verräth, werden wir häufig genug durch Ausfragen auch nicht erfahren, und wir müssen daher zur Vervollständigung unseres Bildes nach dieser Richtung hin die Anamnese mit zur Hülfe nehmen.

Es wird kaum in Abrede gestellt werden können, dass für die wissenschaftliche Betrachtung und auch im Vergleiche mit anderen medicinischen Disciplinen die Methode, nach welcher wir den psychischen Status feststellen, eine äusserst unvollkommene genannt werden muss; sie hat fast mehr Aehnlichkeit mit dem Vorgehen des Criminalisten, als mit einer naturwissenschaftlichen Untersuchung. Leider ist es weniger schwer, diesen Mangel zu erkennen, als ihm abzuhelpen. Nicht nur setzt das Gebiet der psychischen Vorgänge an sich der Einführung wirklich exacter Methoden den grössten Widerstand entgegen, der nur allmählich

überwunden werden kann, sondern es ist auch nur allzu häufig gar nicht möglich, einen Geisteskranken der Reihe nach systematisch allen den Prüfungen zu unterwerfen, die man etwa für wünschenswerth erachtet. Oft genug ist das Object ein widerwilliges, unzugängliches oder fast unverständliches, so dass selbst eine ungefähre Erkenntniss desselben nur durch sehr grosse Geduld, ein feinfühliges Geschick und eine genaue Vertrautheit mit allen den mannigfachen Andeutungen erreicht werden kann, in denen sich psychopathische Symptome zu offenbaren pflegen. Trotz, oder vielmehr gerade wegen aller dieser Schwierigkeiten will ich es nicht unterlassen, hier, wenn auch nur in kurzen Andeutungen, auf einige der Wege hinzuweisen, welche in absehbarer Zeit uns doch vielleicht gestatten werden, wenigstens bei manchen chronischer verlaufenden Formen des Irreseins Messung und Zählung psychischer Grössen zur Gewinnung eines tieferen Einblickes in die Art der Störungen zu verwerthen. Alle diese Wege sind bereits betreten und praktisch erprobt worden.

Als Gang für eine exacte psychische Untersuchung würde sich im Allgemeinen empfehlen, der Bahn zu folgen, welche unsere gesammte Erfahrung gegangen ist, d. h. zuerst den Wahrnehmungsvorgang, das Verhalten der Aufmerksamkeit, das Gedächtniss, dann die Verbindungen der Vorstellungen, die logischen Processe, das Selbstbewusstsein, kurz die Intelligenz, endlich die niederen und höheren Gefühle, die Stimmung, die Affecte und die psychomotorischen Entladungen derselben, das Handeln, zu prüfen. Von allen diesen Stationen sind es nur einige wenige, welche für jetzt einem genaueren Studium bei Geisteskranken zugänglich erscheinen; sie liegen sämmtlich auf dem Gebiete der intellectuellen Functionen. In erster Linie ist es der Vorgang der Aufmerksamkeit, der sich uns als Angriffspunkt darbietet. Ich will hier absehen von der Möglichkeit, den Grad der Aufmerksamkeitsspannung direct durch Bestimmung der jeweiligen Reiz- oder Unterschiedsschwelle zu messen, und nur an jene eigenthümlichen Schwankungen der Aufmerksamkeit erinnern, deren Ausgiebigkeit, wie schon Buccola fand, bei Geisteskranken regelmässig eine sehr grosse zu



sein pflegt. Zu einer möglichst einfachen Bestimmung derselben, die auf verschiedene Weise geschehen kann, habe ich in letzter Zeit das Zählen von Buchstaben und Silben, womöglich aus fremdsprachiger Lectüre, benutzt. In regelmässigen kürzeren Pausen wurde auf ein Signal durch einen Strich das bis dahin Gezählte abgegrenzt, so dass die Schwankungen der Leistung in den einzelnen Intervallen unmittelbar durch die Menge der gezählten Einheiten gemessen werden konnten. Bei längerer Fortsetzung derartiger und ähnlicher Versuche wachsen die Schwankungen der Aufmerksamkeit bedeutend an, indem gleichzeitig die durchschnittliche Grösse der geleisteten Arbeit abnimmt. Diese beiden Veränderungen geben uns ein Mass für die Intensität der in jedem Zeitpunkte vorhandenen Ermüdung; sie gestatten uns ferner, die Ermüdungsgrösse verschiedener Individuen nach derselben Arbeitsdauer mit einander zu vergleichen und damit die relative Ermüdbarkeit exact auszudrücken. Schon normale Versuchspersonen zeigen in Bezug auf diese Punkte sehr bemerkenswerthe Differenzen.

Die Untersuchung des Gedächtnisses hat sich einmal auf die Festigkeit zu erstrecken, mit welcher früher erworbene Vorstellungen in unserem Innern haften, dann aber auf die Fähigkeit, jetzt noch neue Vorstellungen zu assimiliren und aufzubewahren. Auf Störungen in der ersteren Richtung pflegen wir gewöhnlich zu fahnden durch die Frage nach gewissen, als selbstverständlich vorausgesetzten Kenntnissen, seien es persönliche Erlebnisse, seien es anderweitig erlernte Daten, namentlich die Rechnungsarten. Auch hier kann man durch reihenartig fortlaufende, systematische Rechenversuche mit periodischer Zeitregistriung ein Mass für die Leichtigkeit gewinnen, mit welcher der Kranke noch über die in der Kindheit erlernten primitiven Zahlencombinationen verfügt. In ganz analoger Weise lässt sich die augenblickliche Assimilationsfähigkeit des Gedächtnisses durch Auswendiglernen langer Zahlen- oder sinnloser Silbenreihen ohne erhebliche Schwierigkeit prüfen. Ausserdem aber tritt uns der Einfluss des Gedächtnisses bei fast allen derartigen experimentellen Untersuchungen in der Grösse der im Laufe der Zeit erlangten Uebung entgegen. Da die Uebung in

gesetzmässiger Weise die Dauer aller psychischen Vorgänge, wie die Ausgiebigkeit ihrer Schwankungen herabsetzt, so ist es möglich, den Betrag derselben durch einen bestimmten Zahlenausdruck zu repräsentiren. Als eine besondere Form des Gedächtnisses haben wir den Zeitsinn aufzufassen, dessen Störungen bei Kranken ja oft sehr augenfällige sind. Glücklicherweise liegen über das Verhalten beim gesunden Menschen schon vielfache genaue Untersuchungen vor. Für praktische Zwecke liess ich die Methode dahin vereinfachen, dass ein bestimmtes Intervall einmal markirt und dann von dem Kranken eine gewisse Anzahl von Malen wiederholt wurde. Die dabei sich herausstellenden constanten und variablen Fehler geben interessante Aufschlüsse über das Zeitgedächtniss und die dasselbe beherrschenden psychologischen Einflüsse.

Das Studium der Vorstellungsverbindungen lässt sich nach drei verschiedenen Richtungen hin ausdehnen. Am häufigsten ist bisher die Schnelligkeit derselben gemessen worden, obgleich sie zuverlässig nur mit Hilfe complicirterer Apparate, z. B. des Hipp'schen Chronoskops, bestimmt werden kann. Allenfalls lässt sich, wo das Gedächtniss ungestört ist, auch durch die oben erwähnten Rechenversuchsreihen auf einfache Weise ein Urtheil über diesen Punkt gewinnen. Jene genaueren Methoden geben aber nur in den Händen wirklich geübter Experimentatoren brauchbare Resultate; die meisten bisher an Geisteskranken angestellten derartigen Messungen sind leider werthlos. Meine eigenen Erfahrungen haben mir gezeigt, dass gerade bei der Untersuchung der Associationszeiten die systematische Wiederholung derselben Versuche mit denselben Reizworten weit wichtigere und zuverlässigere Ergebnisse liefert, als die meist geübte Vermeidung solcher Wiederholungen. Allein auch ohne Zeitmessungen sind Associationsversuche nicht nur von mannigfachem Interesse, sondern auch ungemein leicht ausführbar. Indem man einfach irgend ein Wort ausspricht und die erste daraufhin im Kranken auftauchende Vorstellung notirt, kann man in kurzer Zeit das Material für eine Statistik der Associationen sammeln, welche namentlich über das habituelle Verhältniss

der inneren zu den äusseren Vorstellungsverbindungen Aufschlüsse zu liefern vermag. Auf ähnliche Weise aber, durch systematische Wiederholung derselben Versuchsreihen, lässt sich die Festigkeit der einzelnen Associationsgruppen eruiren. Als Mass habe ich dabei das Verhältniss aller einzelnen Versuche zu der Zahl der neu auftretenden Associationen benutzt.

Mit diesen kurzen Hinweisen auf die wichtigsten derjenigen psychischen Untersuchungsmethoden, welche es mir bisher gelungen ist, in eine so einfache Form zu bringen, dass sie auch bei einer grösseren Zahl von Geisteskranken ohne Schwierigkeit in Anwendung gezogen werden können, muss ich mich hier begnügen. Wenn es auch zunächst nur unbedeutende Anfänge sind, die uns heute vorliegen, so liefern sie doch immerhin den Beweis, dass es möglich ist, auch auf unserem schwierigen Forschungsgebiete für exacte naturwissenschaftliche Beobachtungsmethoden allmählich Boden zu gewinnen.

**Beobachtung.** Es ist leicht verständlich, dass in einigermassen schwierigen Fällen die einfache Untersuchung eines Kranken niemals ausreicht, sondern zur grösseren Sicherheit immer eine mehr oder weniger lang bemessene Beobachtungszeit gefordert werden muss. Die Befangenheit bei dem ungewöhnlichen Examen, der psychische Eindruck der Versetzung in neue Verhältnisse kann das Bild für einige Zeit völlig verändern, ganz abgesehen von jenen Krankheitsformen, welche ihrer Natur nach mit Intermissionen verlaufen oder nur anfallsweise hervortreten. Als Ort für die Beobachtung dient am besten die Irrenanstalt, weil nur in ihr eine dauernde, sachverständige Ueberwachung gesichert erscheint. Sehr häufig fördern hier die ersten Tage der Einbürgerung, die man ohne besonderen Eingriff verstreichen lässt, gar kein auffallendes Beobachtungsmaterial zu Tage; erst nach und nach treten die krankhaften Erscheinungen, falls solche überhaupt vorhanden, deutlicher hervor. Alle jene einzelnen Züge des psychischen Bildes, welche im Status praesens nur angedeutet waren, prägen sich nun bei der häufigeren Untersuchung deutlicher aus: das Wesentliche sondert sich vom Unwesentlichen und

Zufälligen. Dazu kommt, dass sich der Beobachtete Seinesgleichen gegenüber und bei längerer Bekanntschaft mit dem Arzte unbefangener giebt, sich mehr gehen lässt und achtlos Eigenthümlichkeiten, Ideen, Gefühle verräth, mit denen er bei der einmaligen Untersuchung zurückhielt. Von besonderer Bedeutung in dieser Beziehung pflegen Briefe zu sein, welche oft mit einem Schlage ein kaum erwartetes Licht über den psychischen Zustand ihres Verfassers ausbreiten.

Weiterhin aber ist man nun in den Stand gesetzt, sein Handeln zu controliren, freilich nur in dem engen Rahmen der Anstaltsverhältnisse, der aber für den Kranken doch noch der Gelegenheiten genug zu pathologischer Reaction darbietet. Erethismus oder Interesselosigkeit, Zerstreutheit oder Versunkenheit, Leistungsfähigkeit oder Schwäche, Selbstüberschätzung oder Kleinmuth, Reizbarkeit oder Stumpfheit, Energie oder Unentschlossenheit, Geschäftigkeit oder Trägheit — alle diese Eigenschaften und viele andere werden sich in den täglich beobachteten kleinen Zügen nach und nach auf das Unverkennbarste documentiren müssen. Endlich ist es nur auf dem Wege fortgesetzter Beobachtung möglich, den progressiven oder stationären Charakter des präsumirten Leidens, das Vorkommen von Besserungen, Verschlimmerungen, „Anfällen“ aller Art, das Verhalten des Schlafes, Appetites, der Verdauung und vor Allem des Körpergewichtes in gesicherter Weise festzustellen. Soweit daher im einzelnen Falle überhaupt eine Aufklärung über das körperliche und psychische Verhalten möglich ist, wird sie durch die mannigfachen Erfahrungsquellen, welche die klinische Beobachtung gewährt, in der Regel erreicht werden können.

**Autopsie.** Wenn wir in der übrigen Medicin gewöhnt sind, als die letzte Instanz für die Bestätigung unserer Diagnose den Sectionsbefund anzusehen, so können wir in der Psychiatrie der nekroskopischen Untersuchung bis jetzt nur einen sehr beschränkten Werth zugestehen. Wo die Diagnose einer psychischen Erkrankung nicht aus den Erscheinungen am Lebenden gestellt werden konnte, vermag die Autopsie heute ganz gewiss keine Entscheidung herbeizuführen. Bei der übergrossen Mehrzahl aller Geistes-

kranken fällt der Sectionsbefund absolut negativ aus, oder er bietet doch nur inconstante und vieldeutige Abweichungen, welche durchaus keine weitergehenden Schlussfolgerungen zulassen. Freilich muss man dabei bedenken, dass unsere Untersuchungsmethoden im Hinblick auf die verwirrende Feinheit und Complicirtheit des Objectes noch ausserordentlich roh und unvollkommen genannt werden müssen. Gleichwol gelingt es auch jetzt schon bei vielen Fällen schwererer Idiotie, bei länger dauerndem Blödsinn, namentlich aber in der Dementia paralytica und der Dementia senilis gröbere und feinere Veränderungen des Gehirns aufzufinden, die wir ein gutes Recht haben, als die Grundlagen der im Leben beobachteten psychischen Störungen anzusehen. Ob und wie weit den einzelnen Veränderungen bestimmte Symptome oder Symptomencomplexe entsprechen, wird freilich erst die weitere Erfahrung uns lehren müssen.

### B. Kriterien des Irreseins.

Das Bedürfniss nach einer strengen Definition der Geisteskrankheit, nach einer Abgrenzung dieser letzteren von der Breite des Normalen, ist in der Geschichte der Psychiatrie der Ausgangspunkt zahlloser, angestrebter Bemühungen, scharfsinniger Auseinandersetzungen und spitzfindiger Argumentationen gewesen, bis endlich jetzt die unvermeidliche Erkenntniss sich immer mehr Bahn zu brechen beginnt, dass die Fragestellung von vornherein eine falsche war, dass es hier wirklich scharfe Grenzen und unfehlbare Kriterien der Natur der Sache gemäss ebensowenig geben kann, wie bei der Unterscheidung von körperlicher Gesundheit und Krankheit. Die psychopathischen Symptome sind eben durchaus nicht absolut fremdartige und durch das Irresein neu erzeugte Erscheinungen, sondern sie haben ihre Wurzeln in normalen Vorgängen und verdanken ihren eigenartigen Charakter nur der einseitigen, masslosen Ausbildung oder dem Untergange dieser oder jener Functionen, sowie der besonderen Verbindung der verschiedenartigen Elementarstörungen. Wir haben somit ein ausgedehntes Uebergangsgebiet zu verzeichnen, auf dem es sich lediglich

um die Abschätzung gradueller Differenzen handelt, sodass es durchaus dem Belieben und dem Standpunkte des Beobachters überlassen bleibt, wie weit oder wie eng er die Grenze der Geisteskrankheit stecken will. Dies ist der Grund, warum so häufig die Gutachten selbst hochstehender wissenschaftlicher Autoritäten bei der Beurtheilung des gegebenen Falles vollständig auseinandergehen: die wissenschaftlichen Kriterien versagen hier bisweilen durchaus und lassen einzig dem subjectiven Ermessen die Entscheidung zufallen.

Verhältnissmässig leicht wird die Erkennung einer Geistesstörung dann, wenn es gelingt, den Nachweis zu führen, dass die verdächtigen Erscheinungen nicht von jeher bestanden haben, sondern etwas Gewordenes sind. Zwar kommen ja auch im gesunden Leben Wandlungen vor, die bis in das innerste Wesen der Persönlichkeit eingreifen, aber im Allgemeinen legt dennoch die Beobachtung einer auffallenden Veränderung im Denken, Fühlen und Handeln des Individuums den Gedanken an eine krankhafte Natur derselben sehr nahe. Zur Gewissheit wird diese Vermuthung, wenn die hervortretenden Symptome sich widerspruchslos in eines der bekannten klinischen Krankheitsbilder einordnen, und wenn vielleicht auch ursächliche Momente sich auffinden lassen, welche erfahrungsgemäss jene Gruppe von Störungen häufiger zu erzeugen pflegen. Genaue Erhebung der Anamnese, sorgfältige Ausnutzung aller Untersuchungsmethoden und eine gewisse Zeit fortlaufender Beobachtung wird in solchen Fällen regelmässig zum Ziele führen.

Die unerbittliche Forderung, uns niemals mit dem Nachweise einer Geistesstörung im Allgemeinen zu begnügen, sondern unter allen Umständen zu einer bestimmten klinischen Diagnose zu gelangen, wird uns namentlich davor bewahren, einzelne Symptome als pathognomonisch zu betrachten und darüber das Gesamtbild des vorliegenden Falles ausser Acht zu lassen. Früher hat man viel darüber gestritten, ob Sinnestäuschungen auch bei geistiger Gesundheit vorkommen könnten, und ob der Selbstmord unter allen Umständen als Krankheitserscheinung aufgefasst werden

müsse; jetzt wissen wir, dass Beides Symptome sind, welche in concreto nur durch den Zusammenhalt mit anderweitigem Beobachtungsmaterial in ihrer wahren Bedeutung erkannt werden können. Wenn z. B. Esquirol den Selbstmord einfach als eine besondere Form des Irreseins beschrieb, so habe ich in Uebereinstimmung mit den Erfahrungen Anderer durch die Beobachtung geretteter Selbstmörder feststellen können, dass nur 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub> derselben wirklich klinisch definirbare geistige Störungen darboten.

Recht schwierig kann sich die Entscheidung über psychische Gesundheit oder Krankheit gestalten, wenn nicht über das Bestehen eines krankhaften Processes, sondern über das Vorhandensein eines krankhaften Zustandes entschieden werden soll. Im ersten Falle war uns die Norm der Beurtheilung in dem Verhalten des Kranken selber vor der eingetretenen Veränderung gegeben; hier dagegen sind wir gänzlich auf die Abgrenzung nach den allgemeinen Begriffen angewiesen, die sich in der Wissenschaft als Gradmesser für die Bestimmung des Pathologischen fixirt haben. Das grosse, sicher noch viel zu wenig gekannte Gebiet klinischer Formen, mit dem wir es hier zu thun haben, ist dasjenige des angeborenen Schwachsinnnes. Die Erscheinungen desselben treten uns in allen Richtungen des psychischen Lebens entgegen, und wir müssen daher wenigstens einen kurzen Blick auf die sich darbietenden Grenzgebiete werfen, nicht sowol, um die vorhandenen Schwierigkeiten zu lösen, sondern um auf die Unmöglichkeit einer durchgreifenden Lösung derselben hinzuweisen.

Von Seiten der Intelligenz sind es zwei Formen der Störung, welche wir als Typen der Schwäche auseinandehalten können, einmal die mangelnde intellectuelle Leistungsfähigkeit, dann aber die Kritiklosigkeit in Folge von abnormer Ausbildung des Combinationsvermögens, wie wir sie oben zu schildern Gelegenheit hatten. Als das physiologische Analogon der mangelnden Leistungsfähigkeit, die sich durch das Fehlen abstracter Begriffe, Enge des Gesichtskreises, Ideenarmuth, geringe Activität und Spontanität des Vorstellungsverlaufes charakterisirt, können wir jene Form der Dummheit betrachten, die man als Beschränktheit be-

zeichnet. Die höchsten Grade der Beschränktheit fallen aber mit den leichteren Fällen des Schwachsinnes unterschiedslos zusammen; es giebt kein einziges Merkmal, welches eine andere, als graduelle Abtrennung gestattete.

Mit dem zweiten klinischen Bilde des Schwachsinnes ist die Gruppe der Phantasten (Mystiker) nahe verwandt. Gemeinsame Züge sind das Ueberwuchern der Phantasie über die Grenzen verstandesmässiger Ueberlegung und die Kritiklosigkeit gegenüber den Producten der intellectuellen Thätigkeit; auch hier ist es unmöglich, an irgend einem Punkte principielle Grenzen zu fixiren. Den vereinzelt Beispielen einseitiger Begabung bei Schwachsinnigen und Idioten lassen sich manche der sogenannten verkannten Genies an die Seite stellen, bei denen die mangelnde Harmonie der Gesamtanlage auch den hervorragenden Eigenschaften ihrer Persönlichkeit die freie und segensreiche Entfaltung verkümmert. Es ist endlich kein Zweifel, dass auch das wirkliche Genie nicht selten eine gewisse Verwandtschaft mit der oben zuletzt genannten Form des Schwachsinnes erkennen lässt. Die überraschende Kühnheit der Combinationen, die Lebhaftigkeit der Phantasie, die Vernachlässigung des Details sind Züge, welche beiden Veranlagungen gemeinsam sind, aber sie werden beim Genie durch die gleichzeitige Ausbildung des regulativen Verstandes in sicheren Grenzen gehalten, während sie dort gänzlich die Herrschaft über die intellectuellen Vorgänge gewinnen. Gleichwol deutet sich doch auch bei derartigen Kranken hie und da durch unerwartete Wendungen und vereinzelte treffende Aperçus jene Verwandtschaft an, wie ja andererseits auch das Genie neben glänzenden Leistungen fast regelmässig unbegreifliche Schwächen erkennen lässt. Sehr wichtig ist es für diese Frage, dass Genialität und psychopathische Belastung sich nicht selten in derselben Familie neben einander vorfinden.

Von grosser Tragweite und darum von jeher am eifrigsten versucht worden ist die Abgrenzung des Krankhaften von der Gesundheitsbreite auf dem Gebiete des Gefühlslebens und des Handelns, die wir hier gemeinsam ins Auge fassen wollen. Hier gilt es ganz besonders, jene Handlungen,



welche aus pathologischen Motiven entsprungen sind, abzutrennen von denjenigen, die ihre Quelle in unmoralischen Beweggründen haben. Man wird hier nicht lange im Zweifel sein, wenn es gelingt, eine Wahnidee, eine Sinnestäuschung oder auch ein unmotivirtes Angstgefühl, einen triebartigen Drang als die Ursache der That aufzufinden. Die allergrössten Schwierigkeiten indessen beginnen sofort, sobald nicht qualitative Veränderungen der Gefühle, sondern nur graduelle Abstufungen derselben der ärztlichen Beurtheilung unterliegen. Jede menschliche Handlung kommt dadurch zu Stande, dass die treibenden Motive das Uebergewicht über die etwaigen hemmenden Gegenmotive erlangen. Eine unmoralische Handlung kann somit entweder auf einer starken Ausbildung der unmoralischen Antriebe oder aber auf einem Mangel der moralischen Hemmungen beruhen, und endlich kann sowol jene übermässige, wie diese ungenügende Entwicklung aus krankhaften Ursachen hervorgegangen sein. Nun geht aber die pathologische Zornmüthigkeit (*Iracundia morbosa*) ganz allmählich in die Leidenschaftlichkeit des Cholerikers über, die ihn vielleicht zum Affectverbrechen treibt, und die leichten depressiven Verstimmungen des Neuropathischen sind nur Steigerungen der oft ebensowenig objectiv motivirten weltenschmerzlichen Anwandlungen des Pessimisten, die ihn an dem Werthe des Daseins verzweifeln lassen. Der Selbstmord in den letzteren, der Mord in den ersteren Fällen sollte je nach der Krankhaftigkeit oder der normalen Beschaffenheit des Gemüthszustandes eine gänzlich verschiedene moralische Qualification erhalten, aber auch die genaueste Analyse vermag hier oft die Grenze nicht zu finden, aus dem triftigen Grunde, weil dieselbe nicht existirt.

Noch schlagender tritt dieses Verhältniss hervor, wo der krankhafte Mangel der sittlichen Gefühle von der blossen „ethischen Depravation“ abgegrenzt werden soll. So wenig wie der Mangel einer Niere in einem Falle krankhaft sein kann, im andern nicht, so wenig geht es an, eine normale sittliche Verwilderung neben einer pathologischen aufzustellen. Ein Defect ist und bleibt ein Defect, mag er angeboren, erworben oder wie immer entstanden sein;

nur nach der Grösse desselben kann man normale und krankhafte Grade unterscheiden, wie ja auch die Kleinheit der Niere erst unter einer gewissen, ziemlich willkürlichen Grenze anfängt, pathologisch zu werden. Wenn der Verlust der höheren moralischen Gefühle als Theilerscheinung gewisser Krankheitsprocesse vorkommt (z. B. Dementia paralytica), so schliesst dieser Umstand nicht aus, dass auch der durch sittliche Verwahrlosung erzeugte Defect, sobald er ein gewisses Mass erreicht hat und nicht beseitigungsfähig ist, als krankhaft zu betrachten sei. Jedes Organ unseres Körpers bedarf der Uebung und Ausbildung, um die geforderte Arbeit leisten zu können: der unerzogene Taubstumme bleibt anerkanntermassen auf der psychischen Entwicklungsstufe des Schwachsinnnes stehen; sollte allein der moralisch Unerzogene eine Ausnahme machen, sollte nicht bei ihm ebenfalls eine Unvollkommenheit der gemüthlichen Ausbildung vorhanden sein, die unter Umständen eine pathologische Ausdehnung erlangen kann? Eine anthropologische, objectiv naturwissenschaftliche Betrachtung der Immoralität führt uns unabwendbar zu dem Schlusse, dass auch der Mangel sittlicher Gefühle nicht nur zweifellos der Begleiter bestimmter klinischer Krankheitsformen ist, sondern in seinen höheren Graden überhaupt ohne scharfe Abgrenzung in das Gebiet des Krankhaften hinüberspielt und als ein Symptom der Schwäche im Gemüthsleben zu betrachten ist, welchem im Bereiche des Verstandes die mangelnde Leistungsfähigkeit der intellectuellen Functionen genau entspricht.

Es bleibt daher in derartigen Fällen bei der gerichtlichen Diagnostik der Geistesstörung bis zu einem gewissen Grade häufig Sache der persönlichen Ansicht, ob die gestellte Frage bejaht oder verneint werden soll. So zuverlässig es fast stets gelingen wird, wenigstens bei längerer Beobachtung das Bestehen einer Manie, Melancholie, Verrücktheit oder gar einer Dementia paralytica mit Sicherheit zu erweisen oder auszuschliessen, so rathlos steht selbst der ausgezeichnetste Scharfsinn den graduellen Abstufungen des Schwachsinnnes, vor Allem des angeborenen, gegenüber. Die Schuld dafür trifft gewiss nicht die Psychiatrie, sondern

lediglich die richterliche Fragestellung, welche nur scharfe Grenzen zwischen Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit kennt, alle die zahllosen Uebergangsformen aber einfach ignorirt. Vielleicht wird auch uns noch ein eingehenderes Studium des Schwachsinnnes zu einer präziseren Erfassung der krankhaften Erscheinungen verhelfen; die Ueberwindung der principiellen Schwierigkeiten aber und die Gewinnung allgemeiner, unzweideutiger Gesichtspunkte kann sicherlich nur durch eine andere Formulirung der forensischen Fragen an den ärztlichen Sachverständigen erreicht werden.

### C. Simulation und Dissimulation.

Erheblich einfacher liegt die Aufgabe dort, wo nicht allgemein die Entscheidung über das Bestehen geistiger Gesundheit oder Krankheit gefällt werden soll, sondern wo es sich um die Aufdeckung von Simulation\*) handelt. Hier ist eine sichere Richtschnur der Beurtheilung durch die Erwägung gegeben, dass der vorliegende Symptomencomplex sich mit einem der erfahrungsgemäss feststehenden Krankheitsbilder decken muss. Bei der Mannigfaltigkeit psychischer Störungen erfordert es ziemlich weitgehende fachmännische Kenntnisse, ein widerspruchloses, in sich wahrscheinliches, einheitliches Krankheitsbild zu combiniren, ausserdem aber noch eine ganz ungewöhnliche Geschicklichkeit und Ausdauer, die angenommene Rolle wirklich durchzuführen und festzuhalten. Die Anschauungen über Geisteskrankheiten unter Laien weichen fast durchgehends so sehr von dem wahren Verhalten ab, dass es in der Regel für den Irrenarzt ein Leichtes ist, die Simulation zu erkennen und zu entlarven. Am häufigsten werden tiefer Blödsinn oder Aufregungszustände („Tobsucht“) simulirt; dabei ist es überall die Sucht der Simulanten, zu übertreiben und ihre Geisteskrankheit möglichst glaubhaft zu machen, welche sie widersprechende Erscheinungen durcheinander mischen lässt

\*) Fürstner, Archiv f. Psychiatrie, XIX, 3; Fritsch, Jahrb. f. Psychiatrie, VIII, 1 u. 2.

und auf diese Weise die Unterscheidung von wirklich Kranken ermöglicht. Ueberaus selten sind die Fälle, in denen selbst bei längerer Beobachtung die Simulation nicht zweifellos festgestellt werden kann.

Indessen, so leicht und sicher die absichtliche Täuschung als solche erkannt zu werden pflegt, so schwierig ist es oft genug, das Bestehen einer psychischen Störung ausser der Simulation auszuschliessen. Neumann fordert mit Recht, dass überhaupt kein Arzt jemals das Zeugniß geistiger Gesundheit ausstellen solle; bei Simulanten ist in dieser Hinsicht doppelte Vorsicht geboten. Die erfahrensten Psychiater theilen mit, dass wirklich geistig gesunde Individuen unter den Simulanten nur in verschwindend geringer Zahl vorkommen, wenn auch die eigentliche Störung eine ganz andersartige ist, als die simulirte. Namentlich Verrückte, Querulanten, Schwachsinnige sind hierher zu rechnen. Die Mittel und Methoden, welche zur Entlarvung von Simulanten in Anwendung gebracht werden, die Schlüsse, welche man aus dem Benehmen eines Individuums vor, während und nach einer verbrecherischen That auf seinen Geisteszustand ziehen kann, und eine Reihe ähnlicher Punkte müssen wir hier übergehen, da sie den Aufgaben der gerichtlichen Psychopathologie angehören.\*)

Wir haben endlich noch der Dissimulation von Geistesstörungen zu gedenken, die bisweilen von Melancholikern und Reconvalescenten, namentlich aber von Verrückten mit grosser Virtuosität geübt wird, um die Entlassung aus der Irrenanstalt zu erreichen. Die Erfolge einer antiquirten Behandlungsmethode, der „Intimidation“, d. h. der systematischen Misshandlung der Kranken bei jeder krankhaften Aeusserung, gründeten sich auf diese Fähigkeit. Es giebt unheilbare Irre, die Jahre lang ihre äussere gesellschaftliche Haltung zu bewahren wissen und das Nest ihrer Wahnideen tief in ihrer Brust verschliessen, bis eine unbedachte Aeusserung, ein gelegentlicher Affect plötzlich der erstaunten Umgebung die Augen öffnet und ihr die

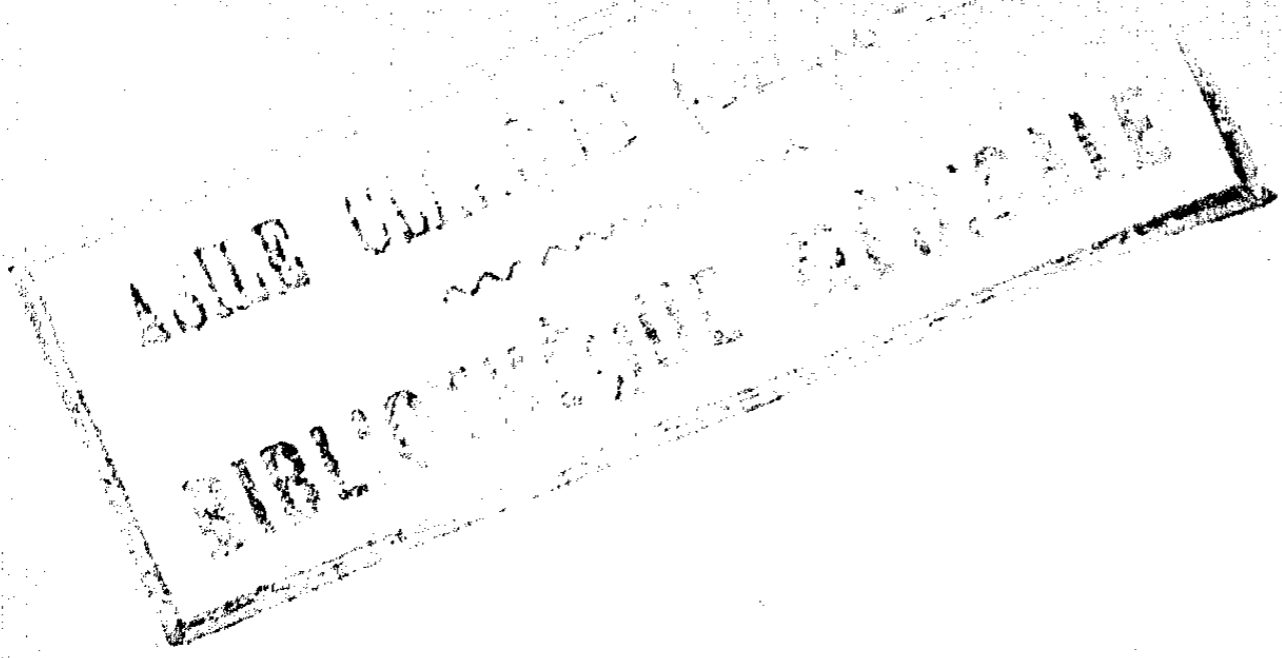
---

\*) v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie, 2. Auflage, 1881.

Erklärung für so manche Bizarrerien und Sonderbarkeiten des Benehmens giebt, die man so lange für „berechtigte Eigenthümlichkeiten“ gehalten hatte. Wer nicht mit dem geheimen Zusammenhange und den Anknüpfungspunkten der Fäden bekannt ist, aus welchen sich das Wahnsystem zurechtspinnt, dem wird häufig die tiefe Störung manches Verrückten völlig verborgen bleiben, auch wenn dieselbe gar nicht besonders dissimulirt wird. Selbst dem Arzte begegnet es bisweilen, dass er trotz seines allgemeinen, bestimmten Verdachtes sich lange vergebens abmüht, in das Innere eines Kranken einzudringen, und dass ihm erst die Nachrichten über das Vorleben, das Benehmen in der Freiheit eine klare Einsicht in die wirkliche Ausdehnung der krankhaften Störung verschaffen. Solche Kranke zeigen sich in der Anstalt überaus harmlos und ungefährlich; stellen alle Berichte der Angehörigen, alle Wahnideen völlig in Abrede und wissen ihre auffallenden Handlungen so ungezwungen und schlau zu motiviren, dass es recht schwierig wird, die pathologischen Züge klar zu erfassen. Unerfahrene, namentlich Personen aus der Umgebung der Kranken, lassen sich daher oft vollständig von ihnen täuschen. Da derartige Patienten nicht selten recht gefährlich sind, ist äusserste Vorsicht bei der Beurtheilung derselben geboten; das Benehmen in der Freiheit pflegt allerdings sehr bald die Sachlage klarzustellen.

Besonders sei hier schliesslich noch auf die Dissimulation besonnener, selbstmordsüchtiger Melancholiker hingewiesen, die bisweilen mit grösstem Raffinement ihre krankhaften Ideen und Gefühle zu verbergen, Besserung und heitere Stimmung zu simuliren wissen, um den stillen Vorsatz des Selbstmordes bei weniger sorgfältiger Ueberwachung zur Ausführung bringen zu können. Nur die genaueste Vertrautheit mit dieser höchst beachtenswerthen Gefahr und unausgesetzte Wachsamkeit vermag hier vor bitteren Erfahrungen zu schützen.

---



## V. Allgemeine Therapie.

Die leitenden Gesichtspunkte für eine rationelle Behandlung der Geisteskrankheiten ergeben sich einmal aus der Aetiologie, dann aber aus der Symptomatologie derselben; es gilt die Grundursachen zu bekämpfen und die Erscheinungen zu beseitigen oder zu mildern. Die erstere Aufgabe beginnt schon mit der Prophylaxis.

### A. Prophylaxis.

In dieses Gebiet gehört bei der grossen Bedeutung der Erbllichkeit für die Verbreitung des Irreseins die Beantwortung der Frage, ob ein Geisteskranker heirathen darf oder nicht. Namentlich in manchen Formen der hysterischen Psychosen hat man bisweilen die Ehe geradezu für ein Heilmittel gehalten; die Erfahrung hat indessen gezeigt, dass zwar gesunde Eheleute anscheinend eine etwas geringere Disposition zu Geistesstörungen besitzen, als Ledige, dass aber bei schon bestehender Krankheit die Ehe vielfach geradezu schädlich wirkt. Dazu kommt die Gefahr einer Vererbung der krankhaften Anlage auf die Nachkommenschaft. So erscheint denn der ziemlich allgemein angenommene Grundsatz gerechtfertigt, vom ärztlichen Standpunkte aus bei schon bestehender Geistesstörung, besonders bei jenen Formen, die auf eine psychische Entartung hinweisen, die Ehe unbedingt zu widerrathen, während die blosse Prädisposition, speciell die erbliche Anlage, wenn sie nicht bereits in Krankheitssymptomen zu Tage tritt,

trotz der immerhin drohenden Gefahren, doch keine absolute Contraindication der Ehe in sich schliesst.

Ein weiterer bedeutsamer Punkt, an dem die Prophylaxis einzusetzen hat, ist die Erziehung. Gerade abnorm veranlagte Eltern vermögen häufig nicht die rechte Mitte zwischen pedantischer Strenge und weichlicher Verzärtelung zu halten, Einflüsse, welche nur ein kräftig organisirtes psychisches Individuum ohne dauernden Schaden für seine Charakterentwicklung zu ertragen im Stande ist. Der ärztliche Berather wird hier nicht so selten Gelegenheit zu warnendem Eingreifen finden. Allgemeineres Interesse hat in letzter Zeit auch die Ueberbürdungsfrage der Schuljugend erregt. Zweifellos ist es, dass eine einseitige, übermässige Anspannung der geistigen Kräfte bei Vernachlässigung der körperlichen Ausbildung eine Disposition zu psychischer Erkrankung erzeugen und namentlich die vorhandene Anlage steigern kann, mag auch vielleicht die Häufigkeit und Ausgiebigkeit dieser schädlichen Wirkungen bisweilen überschätzt worden sein. Jedenfalls wird die so energisch angestrebte Pflege des Körpers durch Turnen, Schwimmen, Bewegung in freier Luft u. dergl. ein sehr schätzenswerthes Gegengewicht gegen jene Gefahren abgeben, unter denen man neben Anderem vorzüglich die Masturbation in den Vordergrund gestellt hat.

Im späteren Leben fällt der psychiatrischen Prophylaxe die doppelte Aufgabe zu, einmal das einzelne Individuum vor den nach seiner besonderen Anlage drohenden Gefahren zu schützen, andererseits jene allgemeineren Ursachen zu bekämpfen, welche erfahrungsgemäss bei der Entstehung psychischer Erkrankungen eine hervorragende Rolle spielen. Nach der ersteren Richtung hin wird ein einsichtsvoller Hausarzt ohne Zweifel sehr segensreich wirken können. Hier gilt es vor Allem, zu individualisiren. Da die Leistungs- und Widerstandsfähigkeit der Menschen überaus ungleich vertheilt ist, so wird es Sache des Arztes sein, mit Rücksicht auf diese beiden Factoren die Wahl des Berufes und der gesammten Lebensführung nach Möglichkeit zu überwachen. Namentlich dort, wo eine psychopathische Prädisposition besteht, sind alle Berufsarten, welche die

Gefahren intellectueller oder gemüthlicher Ueberanstrengung, grosser Verantwortlichkeit in sich schliessen, auf das Entschiedenste zu widerrathen. Hier passen nur Beschäftigungen, welche ein ruhiges, gleichmässiges Leben, ohne Aufregungen und Conflict, am besten mit reichlichem Aufenthalte im Freien, gestatten. Ebenso muss bei gefährdeten Individuen von vornherein auf die Fernhaltung von Excessen, auf die Sorge für ausreichende Erholung und Ernährung, sowie für guten Schlaf in besonderer Weise Bedacht genommen werden. Natürlich kann sich das ärztliche Handeln im einzelnen Falle hier überaus mannigfaltig gestalten; die zuverlässigste Richtschnur desselben wird dabei immer aus einer genauen Berücksichtigung der ätiologischen Verhältnisse des Irreseins zu entnehmen sein.

Die allgemeine Prophylaxe psychischer Störungen bietet zwar ebenfalls vielfache Angriffspunkte, aber zumeist sehr weitausgehende und über den Bereich der ärztlichen Thätigkeit hinausgehende Aufgaben. Alle Massregeln, welche die aufreibende Gewalt des Daseinskampfes zu mildern, welche Noth, Elend und Krankheit zu lindern vermögen, dienen auch zugleich der Verhütung des Irreseins. Ein specielleres ärztliches Interesse haben von denselben vor Allem der Kampf gegen Trunksucht und Syphilis, sowie die Organisation einer schnell und umsichtig arbeitenden Irrenfürsorge, welche nicht nur die Uebertragung der psychischen Entartung auf die Nachkommenschaft bis zu einem gewissen Grade beschränken kann, sondern gewiss auch vielfach im Stande ist, die Entwicklung schwererer Krankheitsformen durch rechtzeitiges Eingreifen zu verhüten. Als ein wichtiger Zweig der allgemeinen Prophylaxis ist endlich ganz gewiss auch der psychiatrische Unterricht zu betrachten, die Heranbildung ärztlicher Generationen, welchen eine tiefere Kenntniss der Entstehungsbedingungen und der Symptome des Irreseins auch wirklich die Fähigkeit an die Hand giebt, drohenden Gefahren bei Zeiten vorzubeugen und das werdende Uebel in seinem Keime zu ersticken.

In weit höherem Masse, als durch jene allgemeineren Aufgaben pflegt das Interesse des ärztlichen Praktikers durch die Behandlung des einzelnen Falles angeregt zu



werden. Die ganze Zahl der Mittel, welche uns hier zu Gebote stehen, zerfällt in zwei natürliche Gruppen, je nachdem dieselben die Krankheit von den körperlichen Grundlagen des gestörten Seelenlebens aus oder von der psychischen Seite her in Angriff nehmen. In die erstere Gruppe gehören die Medicamente, die physikalischen Heilmethoden und die diätetischen Massregeln, in die letztere die mannigfachen psychischen Einwirkungen, welche durch das Anstaltsleben und speciell die zielbewusst handelnde Persönlichkeit des Arztes erzeugt werden.

### B. Somatische Behandlung.

**Medicamente.** Unter den Medicamenten sind es besonders die Narkotica, die wegen ihrer beruhigenden Wirkung eine hervorragende Stelle in dem Heilapparate der Geistesstörungen einnehmen. Seit alter Zeit ist das Opium im Gebrauch. Es wirkt durch Herabsetzung der Reizempfänglichkeit unserer nervösen Centralorgane, besonders, wie es scheint, bei anämischen Zuständen derselben. Eine exacte Kenntniss seines Einflusses auf die verschiedenen psychischen Functionen fehlt bisher noch. Aufregungszustände, namentlich solche, die durch periphere Reizungen erzeugt oder unterhalten werden (Neuralgien, abnorme Sensationen, Präcordialangst), sind das wichtigste Gebiet seiner therapeutischen Anwendung, durch welche (in nicht zu kleinen Gaben) Beruhigung und eventuell Schlaf erzielt wird. Dagegen wird das Mittel contraindicirt durch starke venöse Hyperämien des Gehirns (andauerndes hohes Fieber), grosse körperliche Decrepidität und namentlich Herzschwäche. Als unangenehme Nebenwirkungen sind die Verdauungsstörungen (Appetitlosigkeit, hartnäckige Verstopfung) zu beachten; im Allgemeinen wird indessen das Opium von Geisteskranken meist überraschend gut vertragen. Das gebräuchliche Präparat ist Tinctura Opii simplex innerlich (oder eine Lösung von Extr. Opii aquos. 1:20 subcutan, zur Vermeidung von Abscessen oft frisch zu bereiten, bei methodischer Anwendung in steigender Gabe von 10—20 Tropfen (0,05—0,1 Extract) 2—3mal täglich, selbst bis zum

3- oder 4fachen, wenn nicht schon früher die erstrebte Beruhigung eintritt; später allmähliches Heruntergehen mit der Dosis.

Wegen der grösseren Gleichmässigkeit der Wirkung, der sichereren Dosirung und der bequemeren (subcutanen) Handhabung ist an die Stelle des Opiums in neuerer Zeit vielfach das Morphinum getreten, welches wesentlich dieselben Indicationen und Contraindicationen besitzt, wie jenes Mittel. Die Morphinbehandlung ist ebenfalls zu einer methodischen Cur ausgebildet worden, welche bei chronisch-melancholischen, besonders ängstlichen Zuständen mit Parästhesien, Schmerzen und dergl. in der That oft gute Dienste zu leisten scheint. Im Ganzen ist man indessen von der früheren übermässigen Anwendung des Morphiums und vor Allem von den bisweilen empfohlenen enormen Dosen wol überall zurückgekommen, da der Nutzen solcher forcirter therapeutischer Bestrebungen durch ihre Gefahren zum Mindesten aufgewogen wird. Abgesehen davon, dass einzelne Kranke, namentlich Frauen, schon auf sehr kleine Gaben Morphinum (0,01 und weniger) mit recht unangenehmen Symptomen (Erbrechen, Aufregung, Collapse, Ischurie) reagiren, und dass bei Anwendung grösserer Dosen auch nach Stunden noch unvermuthet schwere, selbst tödtlich ausgehende Vergiftungserscheinungen sich einstellen können, ist vor Allem an die nicht zu unterschätzende Gefahr des Morphinismus mit seinen üblen Folgen für das physische und psychische Wohl zu erinnern. Bei Hysterischen und Neurasthenikern wird man aus eben diesem Grunde immer gut thun, das Morphin niemals längere Zeit und systematisch, sondern am liebsten gar nicht, höchstens einmal wurfweise, unter ganz besonderen Umständen zu geben. In ähnlicher Weise kann das Mittel, wenn man nicht die „chemische Zwangsjacke“ überhaupt perhorrescirt, gelegentlich zur Coupirung intercurrenter Aufregungszustände bei Verrückten, Paralytikern, Schwachsinnigen und dergl. in Anwendung gezogen werden.

Von den übrigen Bestandtheilen des Opiums ist in letzter Zeit das Codein\*) wieder wärmer empfohlen worden.

---

\*) Fischer, Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte 1888, 19.

Es soll im Allgemeinen das Morphium ersetzen können, aber viel schwächer wirken und daher selbst bei längerer Anwendung nicht die kachektischen Zustände erzeugen, wie sie dem Morphinismus eigenthümlich sind. Ueber den Nutzen des Mittels bei Geisteskranken fehlt es noch an genügenden Erfahrungen. Ebenso harrt auch die jüngst als Hypnoticum und Anodynum gerühmte, Morphin enthaltende Papaveracee *Eschholtzia californica* weiterer Prüfung.

Dagegen können wir schon jetzt als ein für die psychiatrische Therapie sehr werthvolles Mittel das von Gnauck\*) zuerst bei Geisteskranken angewandte Hyoscin (*Ladenburg*) bezeichnen. Dieses Alkaloid (*Hyoscinum hydrochloricum*) erzeugt in subcutaner Gabe von 0,0005—0,001 gr mit nicht übertroffener Sicherheit einen nach 10 bis 15 Minuten eintretenden tiefen Schlaf. Die Narkose wird eingeleitet durch Benommenheit des Kopfes, Trockenheit im Halse, Schwere der Zunge, Unsicherheit beim Gehen und eine mehrere Tage, selbst Wochen lang andauernde, hochgradige Mydriasis. Bei grösseren Gaben scheinen Uebelkeit, Unregelmässigkeit des Pulses, Respirationsstörung, Gesichtshallucinationen, selbst Delirien und Collapszustände auftreten zu können, doch haben hier vielleicht gelegentlich Verunreinigungen eine gewisse Rolle gespielt. Ich selbst konnte wenigstens niemals bedrohlichere Erscheinungen beobachten, obgleich ich wegen ungünstiger äusserer Verhältnisse das Mittel seit mehr als zwei Jahren überaus häufig habe in Anwendung ziehen müssen. Nur besteht nach dem Erwachen gewöhnlich das Gefühl von Abgeschlagenheit und ein leichter Druck im Kopfe, der sich meist bald verliert. Das Hyoscin ist demnach ein äusserst energisches Mittel, welches überall dort, wo die dringende Nothwendigkeit besteht, rasch Beruhigung und Schlaf zu verschaffen, zuverlässig und meist ohne schwerere Nachtheile seine Wirkung thut. Bei längerem Gebrauche tritt allmählich eine gewisse Toleranz gegen das Hyoscin ein, welche zu langsamer Er-

---

\*) *Charité-Annalen VII*; Sohr, *Pharmakotherapeutische Studien über das Hyoscin*. Diss. 1886; Konrad, *Erlenmeyers Centralbl.*, 1888, 18; Klinke, *ibidem*, 1889, 7.

höhung der Gabe führt. Besondere Störungen, wie etwa Appetitlosigkeit, Rückgang der Ernährung oder dergl. haben sich dabei niemals herausgestellt; ebensowenig führt das Aussetzen des Mittels zu Abstinenzsymptomen. Da aber auf der anderen Seite auch keine dauernde Beruhigung erzielt wird, sondern nach dem Verschwinden der Ermattung die Aufregung in alter Weise wiederzukehren pflegt, so dürfte sich das Mittel wegen der Intensität seiner Wirkung im Ganzen doch mehr für die sporadische, coupirende Application eignen. Kategorische Contraindicationen gegen das Hyoscin hat die Erfahrung zur Zeit noch nicht kennen gelehrt; man wird indessen gut thun, bei sehr decrepiden Kranken und beim Bestehen von Circulationsstörungen das Mittel zu vermeiden oder doch mit grosser Vorsicht zu handhaben.

Jedenfalls ist das Hyoscin nach allen Richtungen hin dem früher gebräuchlichen Hyoscyamin weit vorzuziehen, ja die schlafmachende Wirkung dieses letzteren Präparates ist sogar wahrscheinlich nur durch Verunreinigungen mit jenem ersteren bedingt. Das Hyoscyamin wurde wegen des „motorischen Elendes“, welches es erzeugt, hauptsächlich gegen das Zerreißen und gegen die triebartigen Aufregungen verwirrter Kranker empfohlen; da es aber bisweilen nicht unbedenkliche Nebenwirkungen (Delirien, Collapse, Sinken des Körpergewichtes) haben kann, so ist man mit Recht von einer häufigeren Anwendung des Mittels sehr bald wieder zurückgekommen. Die Dosis beträgt 0,005—0,03, 2—3mal täglich, subcutan.

Ueber das Haschisch sind bisher nur wenige verwerthbare Beobachtungen bekannt geworden, ein Umstand, der seinen Grund hauptsächlich in der Unsicherheit und Verschiedenheit der zugänglichen Präparate haben dürfte. Man hat daher in neuerer Zeit mehrere Bestandtheile desselben isolirt in Anwendung gezogen, das Cannabinum tannicum (Merck), das Cannabinum purum (Bombelon) und das Cannabinon. Am meisten praktische Verwerthung hat von diesen Mitteln das Cannabinon\*) gefunden. Leider ist das gebräuchliche Präparat keineswegs rein. Man giebt dasselbe als

---

\*) Richter, Neurolog. Centralblatt, III, 21; IV, 1.

Hypnoticum in Dosen von 0,1—0,2 gr, am besten in Pillen oder mit fein zerriebenem Kaffeepulver. Die schlafmachende Wirkung tritt nach etwa 2—3 Stunden ein, am sichersten in Bettruhe, und wenn das Mittel in den leeren Magen gebracht wurde. In einzelnen Fällen werden unangenehme Nebenerscheinungen, Schwere in den Gliedern und in der Zunge, Uebelkeit, Trockenheit im Halse, Schwindelgefühl, Kopfdruck, Gehörshallucinationen, selbst leichte Collapse beobachtet, doch pflegen sich diese Störungen meist bald und ohne üble Folgen wieder zu verlieren. Nicht selten bleibt indessen die Wirkung oder doch der Schlaf ganz aus. Am sichersten scheint das Mittel bei hysterischer und „nervöser“ Schlaflosigkeit, sowie in leichten maniakalischen Aufregungszuständen zu wirken; es ist hier bisweilen ein willkommener Ersatz, wo andere Medicamente versagen oder nicht vertragen werden. Die Wirkung der andern beiden oben erwähnten Präparate ist derjenigen des Cannabinon ähnlich; das Cannabinum tannicum erfordert indessen eine höhere Dosirung (0,3—1,0).

In sehr geringem Masse nur haben sich bisher die Hoffnungen realisirt, welche man nach den grossen Erfolgen in der externen Therapie auch bei der Behandlung der Psychosen vom Cocain zu hegen sich berechtigt glaubte. Die namentlich für melancholische Zustände erwartete günstige Wirkung ist, soweit die bisherigen Erfahrungen reichen, gänzlich ausgeblieben, ja die vereinzelt Beobachtungen unvermutheter Collapse bei nicht ganz vorsichtiger Dosirung haben vielleicht zu sehr von ausgedehnteren Versuchen abgeschreckt. Nur auf einem beschränkten Gebiete, in der Behandlung des Morphinismus, hat das Cocain unerwünscht ausgiebige Anwendung gefunden, da es die Eigenschaft besitzt, in mässigen subcutanen Dosen (0,01—0,05) die unangenehmen Erscheinungen der Morphiumpabstinenz wesentlich zu mildern. Die grosse Gefahr, den Morphinismus einfach in Cocainismus zu verwandeln, oder ihn gar mit letzterem zu compliciren, empfiehlt hier jedenfalls dem Arzte die grösste Zurückhaltung. Vielleicht ist das von Lewin untersuchte  $\alpha$ -Kawaharz aus Piper methysticum berufen, bessere Dienste zu leisten.

Ueber ein weiteres vegetabilisches Arzneimittel, welches von Seifert als Hypnoticum angewendet wurde, das *Extractum Piscidiaae erythrinae*, liegen noch keine ausreichenden Erfahrungen vor. Soweit meine Beobachtungen reichen, scheint die Wirkung eine unsichere und wenig nachhaltige zu sein; üble Zufälle habe ich nicht dabei gesehen. Das neuerdings von Juranville empfohlene Glykosid Boldin aus den Boldoblättern, welches innerlich oder subcutan ohne schädliche Nebenwirkungen Schlaf erzeugen soll, habe ich noch nicht erproben können.

Eine zweite Gruppe von Medicamenten, welche in der psychiatrischen Therapie hervorragende Wichtigkeit erlangt haben, ist diejenige der Schlafmittel\*). Vor nunmehr fast zwei Decennien wurde von Liebreich das Chloralhydrat\*\*) in die Praxis eingeführt, welches mit grosser Sicherheit in Gaben von 2—3 gr, meist ohne andere Nachwehen, als eine gewisse Benommenheit des Kopfes, einen länger dauernden, ruhigen Schlaf herbeiführt. Da es ebensowenig, wie die übrigen Hypnotica, Schmerzen stillt, so hat man es bisweilen in Verbindung mit Morphinum gegeben, doch wird diese Combination von manchen Aerzten für gefährlich gehalten. Wegen seiner ätzenden Eigenschaften und seines unangenehmen Geschmackes giebt man das Chloralhydrat in stark verdünnter Lösung, mit schleimigem Vehikel per Klysma, oder innerlich unter Zusatz von Aqua Menthae piperitae, Syrupus Liquiritiae oder corticum Aurantii. Seine Indication findet das Mittel bei hartnäckiger Schlaflosigkeit in den verschiedensten Formen des Irreseins. Leider pflegt sich bei längerem Gebrauche nach und nach eine wachsende Indolenz gegen das Mittel einzustellen, die zur Darreichung höherer Gaben verführt. Nach dieser Richtung hin ist indessen grosse Vorsicht geboten, da die fortgesetzte Anwendung des Chloralhydrats Verdauungsstörungen und verschiedenartige angioparalytische Erscheinungen nach sich ziehen kann. Das häufigste Symptom

\*) Würschmidt, Ueber einige Hypnotica, deren Anwendung und Wirkung bei Geisteskranken. 1888.

\*\*) Schüle, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie XXVIII, 1; Archiv f. Psychiatrie V, p. 271; Arndt, ibidem III, p. 673.

der chronischen Chloralvergiftung ist der sog. „Rash“, eine namentlich beim Genusse von Alkohol oder heissen Flüssigkeiten auftretende fliegende Röthe und Hitze mit starker Pulsation, besonders am Kopfe und Halse; ferner hat man Hautausschläge, Neigung zu Oedemen und Decubitus, endlich Zustände von dauernder stupider Benommenheit in Folge des Chloralmissbrauchs beobachtet, die erst nach dem Aussetzen des Mittels langsam wieder schwinden. Gefährlich und darum gänzlich zu vermeiden ist die Anwendung des Chloralhydrats bei Herz- und Gefässerkrankungen (Fett-herz, Myokarditis, Klappenfehler, Atherom u. s. f.); schon nach 5 gr wurden plötzliche Todesfälle gesehen.

Einen ausgezeichneten Ersatz für das Chloralhydrat in allen den Fällen, wo dasselbe bedenklich erscheint oder schlecht ertragen wird, haben uns die letzten Jahre in dem von Cervello und Morselli zuerst empfohlenen Paraldehyd\*) kennen gelehrt. Das Mittel bewirkt in mittleren Dosen von 5 gr, die man ohne Bedenken auf das Doppelte und selbst Dreifache steigern kann, schon nach 10—15 Minuten sehr regelmässig einen tiefen, ruhigen, dem natürlichen durchaus gleichenden, mehrstündigen Schlaf. Die Ermüdung tritt mit fast unwiderstehlicher Gewalt ein, geht aber, wenn äussere Störungen, Schmerzen und dergl. vorhanden sind, rasch wieder vorüber, so dass anscheinend wesentlich das Einschlafen, weniger der spätere Schlaf unter dem Einflusse des Mittels steht. Unangenehme Nachwirkungen, Eingenommenheit des Kopfes sind hier äusserst selten. Muss demnach das Paraldehyd als ein überaus werthvolles Schlafmittel bezeichnet werden, so hat es den recht störenden Nachtheil eines sehr widerlichen, kaum zu corrigirenden Geschmackes und Geruches, der wegen der Ausscheidung durch die Lungen noch 12—24 Stunden nach dem Einnehmen zurückbleibt. Die relativ angenehmste Form der Darreichung ist die Vermischung mit Wein oder mit einer

---

\*) Morselli, gazetta degli ospitali 1883, 4, 5, 6; Referat im Neurolog. Centralblatt II, 9; Berger, Breslauer ärztl. Zeitschr., 1883; Gugl, Zeitschr. f. Therapie, 1883; v. Krafft-Ebing, Zeitschr. f. Therapie, 1887, 7.

aromatischen Tinctur, Syrup und Wasser (Umschütteln!). In sehr vereinzelt Fällen wird es übrigens vom Magen in jeder Form zurückgewiesen; man wird dann allenfalls die Darreichung per Klysma (in Oelemulsion) oder als Suppositorium (mit 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Paraffin im Wasserbade vereinigt) versuchen können. Bei längerem Gebrauche kann der Appetit leiden; auch scheint dann eine Gewöhnung an das Mittel einzutreten, die zur Anwendung höherer Dosen nöthigt, ohne jedoch ernstere Nachtheile im Gefolge zu haben. Nur bei ganz exorbitantem Missbrauche des Mittels stellen sich Tremor, Abnahme der allgemeinen Ernährung, des Gedächtnisses und der geistigen Leistungsfähigkeit ein, wie v. Krafft-Ebing an Kranken beobachten konnte, welche Jahr und Tag 30—40 gr Paraldehyd pro die genommen hatten.

Die letzten Jahre haben uns in rascher Folge noch mit einer Reihe von Schlafmitteln bekannt gemacht, deren besondere gute und schlechte Seiten gegen einander abzuwägen nach so kurzer Zeit kaum möglich ist. Gewisse Vorzüge vor dem Paraldehyd scheint das von v. Mering zuerst empfohlene Amylenhydrat\*) zu haben, da es entschieden den Magen weniger belästigt, als jenes, und auch nicht unangenehm riecht, während der Geschmack nach meinen Erfahrungen bei den Patienten mindestens auf den gleichen Widerwillen stösst. Die wirksame Dosis beträgt 2—5 gr in Schüttelmixtur mit Himbeersyrup, Rothwein oder Extract. Liguiritiae.

Alle die genannten Nachtheile fallen fort bei dem modernsten Schlafmittel, dem von Kast eingeführten Sulfonal\*\*), welches rasch eine sehr grosse Verbreitung gefunden hat. Das Mittel ist in der That geruchlos, fast geschmacklos und beeinträchtigt die Verdauung erst bei

\*) Lehmann, Neurolog. Centralblatt, 1887, 20; Schlöss, Jahrb. f. Psychiatrie, 1888, 1, 2; Avellis, Deutsche Medicin. Wochenschr., 1888, 1.

\*\*) Kast, Berl. Klin. Wochenschr., 1888, 16; Therapeutische Monatshefte, 1888, Juli; Rabbas, Berl. Klin. Wochenschr., 1888, 17; Cramer, Münchener Med. Wochenschr., 1888, 24; Therapeutische Monatshefte, 1888, 24; ibidem, 1888, 8; Otto, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XLV, 4.



längerem Gebrauche. Dagegen wird es wegen seiner Schwerlöslichkeit relativ langsam resorbirt und wirkt darum lange nach, so dass grosse Müdigkeit am nächsten Tage eine nicht seltene Erscheinung ist. Ganz oder theilweise vermieden werden kann dieser Uebelstand dadurch, dass man das Mittel 1—2 Stunden vor dem Schlafengehen in grösseren Mengen heisser Flüssigkeit (Thee, Suppe) gelöst giebt. Auf diese Weise und ebenso durch Einmischung in alle möglichen Speisen hat man das Sulfonal vielfach den Kranken ganz ohne ihr Wissen beibringen können. Ob das Mittel, wie von manchen Beobachtern angegeben wird, auch eine dauernde Beruhigung hervorbringt, möchte ich einstweilen bezweifeln; wahrscheinlich sind derartige Erfolge wol nur auf die Nachwirkungen des langsam resorbirten Medicamentes zurückzuführen. Die Dosis ist 1—3 gr.

Eine weit geringere Intensität der Wirkung, als den bisher genannten Stoffen, kommt den übrigen Schlafmitteln zu, welche neuerdings für die psychiatrische Praxis empfohlen worden sind. Das von v. Jacksch zuerst geprüfte Urethan ist ein mildes, dafür aber durchaus ungefährliches Hypnoticum, dessen Darreichung (zu 3—5 gr mit Aqua Menthae piperitae) gar keine Schwierigkeiten macht. Es passt daher dort, wo andere Mittel zurückgewiesen werden, oder wo hohes Alter, grosse körperliche Hinfälligkeit, beträchtliches Fieber die Anwendung eingreifenderer Medicationen nicht gerathen erscheinen lassen. Ausbleiben der Wirkung ist nicht selten; üble oder gar bedrohliche Zufälle sind bisher nie beobachtet worden, doch wurde mir zweimal von allerdings nicht ganz zuverlässigen Kranken über das Auftreten von Sinnestäuschungen geklagt.

Unter der Bezeichnung des Hypnon\*) ist von Dujardin-Beaumetz das Phenylmethylaceton in die Therapie eingeführt worden. Das intensiv nach Jasmin und bitteren Mandeln riechende Mittel wird in Gaben von 5—10 Tropfen angewendet, die wegen seiner stark ätzenden Eigenschaften

---

\*) Mairet et Combemale, Archives de neurologie, XIII, 37; Norman, Journal of mental science, 1887, Jan.; Rottenbiller, Erlenmeyers Centralblatt, 1887, 11.

am zweckmässigsten mit Spermacet oder Butyrum Cacao verrieben und in Gelatine kapseln eingeschlossen werden. Versuche, die ich mit subcutaner Darreichung in Oelemulsion anstellte, glückten nicht recht, weil sich das Medicament zu leicht ausschied und dann lebhaftere Schmerzen (keine Abscesse) verursachte. Ueber die schlafmachende Wirkung lauten die Urtheile verschieden; sie ist jedenfalls keine besonders zuverlässige.

Den grossen Vorzug einer subcutanen Anwendbarkeit besitzt das Methylal\*). Allerdings sind die Injectionen (1 Theil auf 9 Theile Wasser) ziemlich schmerzhaft, und man muss dieselben häufig wiederholen, bis der Erfolg eintritt. v. Krafft-Ebing empfiehlt das Mittel warm für die Behandlung des Delirium tremens und bei Aufregungszuständen auf anämischer Grundlage; meine eigenen Erfahrungen gestatten mir noch kein sicheres Urtheil. Die Gabe beträgt 0,1 in mehrmaliger Wiederholung; bei innerlicher Darreichung sind sehr viel grössere Dosen erforderlich. Im Ganzen scheint das Problem eines unschädlichen, sicher wirkenden und bequem subcutan anwendbaren reinen Schlafmittels auch mit dem Methylal noch nicht gelöst zu sein.

Als eines sehr milden, aber in normalen wie krankhaften Zuständen häufig genug in Anwendung gezogenen Hypnoticums haben wir endlich noch des Alkohols zu gedenken. In nicht zu kleinen, individuell natürlich sehr verschiedenen Gaben erzielt er dort, wo die Schlaflosigkeit weder durch Schmerzen, noch durch stärkere Gemüthsbewegung, sondern einfach durch erhöhte centrale Reizbarkeit und mangelnde Ermüdung bedingt wird, nicht selten sehr befriedigende Erfolge. Bei hysterischer, neurasthenischer, bisweilen auch bei seniler Schlaflosigkeit ist daher zunächst ein Versuch mit diesem Mittel sehr am Platze. Man giebt es je nach den Lebensgewohnheiten und Neigungen des Kranken in Form von Bier, Grog oder Schlummerpunsch.

Bei sehr intensiven, allen andern Mitteln widerstehen-

---

\*) Petrazzani, Rivista sperimentale di freniatria, XIII, 2; v. Krafft-Ebing, Therapeutische Monatshefte, 1888, 2.

den Aufregungszuständen, die aus irgend einem Grunde (chirurgische Verletzungen, Nothwendigkeit einer kleinen Operation und dergl.) rasches Eingreifen verlangen, wird auch das Chloroform bisweilen in Anwendung gezogen. Sehr schwächliche, nervöse Personen, Hysterische, Trinker sind davon ausgeschlossen, weil bei ihnen der Zweck einer Beruhigung nicht erreicht zu werden pflegt und die Narkose nicht selten grosse Gefahren über sie heraufführt. Weniger gefährlich, aber auch weniger wirksam ist die Substitution des Chloroforms durch Aether. Versuche systematischer Anwendung dieses Mittels bei erregten Kranken haben mir gezeigt, dass die erzielte Beruhigung die eigentliche Narkose kaum zu überdauern pflegt und somit der Nutzen durchaus nicht die Gefahren und Unannehmlichkeiten für Patienten und Arzt aufzuwiegen vermag. Auch die von Berger in psychischen Exaltationszuständen empfohlene systematische Inhalation von Bromäthyl (täglich 5—10 gr) hat wegen des unsicheren Erfolges und des abscheulichen Bromgestankes keine weitere Verbreitung gefunden.

Eine letzte Gruppe das Centralnervensystem direct beeinflussender Arzneimittel wird durch die Bromsalze (Bromkalium, Bromnatrium, Bromammonium) gebildet, welche die sensible und motorische Erregbarkeit des Gehirns herabsetzen und namentlich auf dem Gebiete der Epilepsie und Neurasthenie sehr werthvolle Dienste leisten. Bei der Epilepsie wirken sie allerdings in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nur symptomatisch, indem sie die Zahl und Intensität der Anfälle während der Dauer seiner Anwendung verringern; mit dem Aussetzen der Medication pflegt die Krankheit in der früheren Heftigkeit, bisweilen sogar in verstärktem Masse wieder hervorzutreten. Der Erfolg wird in der Regel mit der Sicherheit des physiologischen Experimentes erreicht; selten nur bleibt das Leiden gänzlich unbeeinflusst. Ausserdem giebt es indessen, wie ich wiederholt erfahren, auch vereinzelt Fälle, in denen eine sehr entschiedene und sogar gefahrdrohende Verschlimmerung und Häufung der Anfälle sich einstellt; schon aus diesem Grunde sollte die Medication nicht ohne dauernde ärztliche Controle durchgeführt werden.

Sehr ausgedehnte Anwendung finden die Bromsalze ferner bei der einfachen Neurasthenie und der sie so oft begleitenden „nervösen“ Schlaflosigkeit; die Herabsetzung der centralen Erregbarkeit genügt hier oft, um eine dauernde Beruhigung und Erholung zu Stande kommen zu lassen. Man giebt die einzelnen Salze oder alle drei in gleichem Verhältnisse gemischt entweder als Schlafmittel in einmaliger voller Dosis (5—6 gr) oder aber in methodischer Cur steigend und wieder fallend zu 5—10 gr pro die (Pulver in Oblaten oder Lösung). Eine sehr bequeme, den stark salzigen Geschmack verdeckende Form der Anwendung haben wir neuerdings in dem kohlensauren Bromwasser gewonnen, welches gewöhnlich in einer Flasche 10 gr Bromkalium enthält. Wo die Anfälle zu bestimmten Zeiten (Menses) hervorzutreten pflegen, wird man zweckmässig die Maximalgaben gerade in diese Periode fallen lassen, um während der Zwischenpausen herunterzugehen und wo möglich ganz auszusetzen (intermittirende Anwendung). Grössere Gaben der Bromsalze können nämlich bei längerer, ununterbrochener Anwendung schwere Cerebralerscheinungen hervorrufen (Abnahme des Gedächtnisses, Unsicherheit der Bewegungen, Apathie); aber auch der Gebrauch kleinerer Dosen darf höchstens einige Monate lang ohne die Gefahr von Verdauungsstörungen und fortschreitender Abmagerung fortgesetzt werden. Das Auftreten von Acneknötchen und Furunkeln, sowie starker foetor ex ore giebt das Zeichen zur Unterbrechung.

In ähnlicher Weise wie die Krampfanfälle vermag das Bromkalium auch bisweilen periodisch auftretende Aufregungszustände zu coupiren, namentlich dann, wenn dieselben mit den Menses in Beziehung stehen und von kurzer (1—2wöchentlicher) Dauer sind. Der Erfolg ist kein durchaus constanter, tritt aber in einzelnen Fällen mit der grössten Sicherheit ein. Von Wichtigkeit ist hier überall einmal die rechtzeitige Darreichung, dann aber die maximale Dosirung des Mittels. Man giebt nicht weniger als 12—15 gr pro die eine Reihe von Tagen hintereinander und geht dann, natürlich unter beständiger Ueberwachung des Zustandes, langsam herunter.

Die unzweifelhafte Bedeutung der Blutcirculation in der Pathologie der Geistesstörungen hat auch einigen Mitteln in die Therapie des Irreseins Eingang verschafft, welche vorwiegend auf das Herz und die Gefäße wirken. So hat man das Amylnitrit wegen seines auffallenden Einflusses auf das Gefäßgebiet des Kopfes in solchen Zuständen angewendet, in denen man einen Gefäßkrampf vermuthete. Leider hat das Mittel bisher die gehegten Erwartungen nicht gerechtfertigt, da die Wirkungen, wie durch experimentelle Untersuchungen bestätigt wird, selbst im günstigsten Falle sehr rasch vorübergehen. Ferner kommt der Digitalis, namentlich in Verbindung mit Opium oder Morphinum, nicht selten dort eine beruhigende Wirkung zu, wo Aufregungszustände mit unregelmässigem, frequentem Pulse und Herzschwäche einhergehen (Herzfehler, alte Perikarditis u. s. f.). Vielleicht wird man endlich von den neuesten Mitteln dieser Gruppe, vom Cytisin und noch mehr vom Cornutin mit seiner den Gefässtonus und damit den Blutdruck steigernden Wirkung bei Stauungen und Anaemie in der Schädelhöhle aufmunternde Erfolge zu erwarten haben.

Fast gänzlich aus der psychiatrischen Therapie verbannt sind die früher viel geübten Blutentziehungen, namentlich die allgemeinen, seitdem man erkannt hat, dass psychische Störungen nicht durch „Plethora“, sondern im Gegentheil häufig genug durch anaemische und ischaemische Zustände des Gehirns bedingt werden. Wo starke Congestionen oder Entzündungssymptome eine Entlastung des Schädelinhaltes nothwendig erscheinen lassen, kommen allenfalls einige Blutegel an den Processus mastoidei oder an der Nasenscheidewand in Anwendung. Ebenso sind auch die einst sehr beliebten ableitenden Mittel (Blasenpflaster, Unguentum tartari stibiati, Drastica) fast völlig obsolet geworden.

**Physikalische Heilmethoden.** Unter den physikalischen Heilmethoden, die in die irrenärztliche Praxis Eingang gefunden haben, steht obenan die Hydrotherapie, insonderheit die Anwendung der Bäder. Zwar sind die barbarischen Douchen und die kalten Sturzbäder, wie sie

früher als „revulsive“ Mittel beliebt waren, lange ausser Gebrauch gekommen, aber der grosse Werth warmer und lauer, besonders verlängerter, einige (3—4) Stunden dauernder Bäder für die Behandlung von Aufregungszuständen ist unzweifelhaft. Natürlich wirken sie nur dann beruhigend, wenn die Kranken freiwillig darin bleiben; das Festhalten durch Wärter pflegt die Erregung meist nur zu steigern, besonders bei ängstlichen Patienten, doch rühmen einzelne Beobachter den Nutzen der mit ausgeschnittenen Deckeln verschliessbaren Wannen. Man kann die verlängerten lauen, stets auf gleicher Temperatur (32—34° C.) erhaltenen Bäder auch mehrmals täglich anwenden; gegen Abend haben sie häufig eine günstige schlafmachende Wirkung. Wo congestive Erscheinungen Seitens des Kopfes vorliegen, verbindet man sie mit gleichzeitiger kalter Berieselung desselben oder Eisumschlägen. An das Bad selbst schliesst sich zur Anregung der Hautthätigkeit zweckmässig ebenfalls eine kühle Berieselung mit darauffolgendem Frottiren an. Bei sehr schwächlichen Kranken werden die Vollbäder oft mit Erfolg ersetzt durch hydropathische Einwicklungen des ganzen Körpers, die indessen nicht mehr als einige Stunden ausgedehnt werden sollten (Collapsgefahr). Sanfte Regendouchen, kalte Abreibungen empfehlen sich für nervöse und hysterische Kranke, besonders auch Onanisten, bei denen noch kalte Sitzbäder hinzugefügt werden. Von den medicamentösen Bädern sind hauptsächlich nur noch die Senffussbäder im Gebrauch, die bei Neigung zu Kopfcongestionen bisweilen einen schlafmachenden Einfluss auszuüben im Stande sind. Der gleichen Indication dient die locale Anwendung der Kälte am Kopfe in der Form des Eisbeutels. Die Einfachheit und Volksthümlichkeit dieser Massregel spricht entschieden zu ihren Gunsten, wenn man auch gerade in der Psychiatrie vielleicht häufiger von ihrem psychischen (Zwang der Bettlage), als von dem physikalischen Einflusse Erfolg hoffen darf. Beim Bestehen von Menstruationsbeschwerden mit Empfindlichkeit der Wirbelsäule hat man auch die Kältebehandlung dieser letzteren mit Hülfe des eisgefüllten Chapmann'schen Schlauches empfohlen.

Verhältnissmässig beschränkte Anwendung hat bisher die Elektrotherapie\*) in der Behandlung der Geisteskrankheiten gefunden. Die vorliegenden Erfahrungen sind daher noch sehr lückenhaft und kaum zur Aufstellung allgemeiner Grundsätze geeignet. Der faradische Strom scheint vorzugsweise als Erregungsmittel zu wirken. Dem gegenüber erwartet man von der Galvanisation des Rückenmarks, des Sympathicus, des Gehirns (schwache Ströme, kurze Sitzungen, grosse Elektroden, Leitung längs oder schräg durch den Kopf) namentlich eine „katalytische“ Einwirkung auf die feineren molecularen Vorgänge und einen Einfluss auf das Gefässsystem. Man hat daher vorgeschlagen, bei Zuständen mit erhöhter nervöser Reizbarkeit, Gefässkrampf und dergleichen die Anode (absteigende Ströme), bei bestehenden Lähmungserscheinungen, Stauungen, Oedemen dagegen die Kathode (aufsteigende Ströme) auf das centrale Nervensystem einwirken zu lassen. Dass beide Elektroden auch hier einen differenten Einfluss ausüben können, geht aus einzelnen Beobachtungsthatsachen hervor.

Im Allgemeinen werden es natürlich vorzugsweise die frischen, noch nicht sehr ausgebildeten, und namentlich die mit nervösen Beschwerden einhergehenden Fälle sein, in denen man von der elektrischen Behandlung Erfolg hoffen darf. Hier mag es bisweilen gelingen, durch Beseitigung peripherer Reizmomente, durch Herabsetzung der Erregbarkeit und durch Beeinflussung der Circulation die drohende psychische Erkrankung schon in ihrem Beginne zu coupiren. Bei tieferen, anatomisch greifbaren Störungen, wie namentlich bei der Paralyse, ist höchstens auf eine ganz vorübergehende Wirkung zu rechnen, doch hat man auch hier Rückenmark und Sympathicus mit aufsteigenden Strömen behandelt. Hysterische Dämmerzustände und vielleicht auch manche Formen der Melancholie oder des acuten Schwachsinnns in späteren Stadien scheinen unter Umständen durch methodische Faradisation günstig beeinflusst zu werden; es

\*) Arndt, Archiv f. Psychiatrie II; Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie XXVIII, XXXIV; Erb, Elektrotherapie II, 2. Auflage. 1886. Tigges, Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie XL.

Kraepelin, Psychiatrie. 3. Aufl.

empfiehlt sich die Anwendung stärkerer Ströme an verschiedenen Stellen der Körperoberfläche oder die allgemeine Faradisation. Galvanisation und Faradisation des Kopfes (elektrische Hand) können wegen ihrer hypnotischen Wirkung auch zur Bekämpfung der Schlaflosigkeit gelegentlich in Anwendung gezogen werden. Die besten praktischen Dienste leistet die elektrische Behandlung (Galvanisation des Kopfes, allgemeine Faradisation mit der Rolle, elektrische Bäder) unzweifelhaft in hysterischen und neurasthenischen Zuständen. Gerade hier aber wird die Ausscheidung des sicherlich nicht geringen Antheils, welcher dem psychischen Einflusse der Procedur zugeschrieben werden muss, vollkommen undurchführbar.

Die modernste unter den physikalischen Heilmethoden, die Massage, hat sich ebenfalls nur ein geringes Gebiet der psychiatrischen Therapie zu erobern vermocht, das sie zudem noch mit der Elektrizität bis zu einem gewissen Grade theilen muss. Bei der grossen Mehrzahl der psychischen Krankheiten passt die Massage nur dort, wo eine selbständige somatische Indication für dieselbe vorliegt. Bei gewissen Formen von hysterischen und neurasthenischen Psychosen indessen, sowie in der Reconvalescenz von einfachen Melancholien vermag die Massage, am besten in Verbindung mit der allgemeinen Faradisation, durch Kräftigung der Muskulatur und Anregung des Stoffwechsels oft recht schätzbare Dienste zu leisten. Ihre Rolle in der sogen. Mastcur wird weiter unten Erwähnung finden.

**Diätetische Massregeln.** Zwar von langsamerer und weniger durchgreifender, aber darum nicht weniger werthvoller Wirkung, als die aufgeführten Arzneien und Heilmethoden, sind jene allgemeinen diätetischen Massregeln, die keiner besonderen therapeutischen Indication dienen, sondern die Befriedigung der täglichen allgemeinen Lebensbedürfnisse zum Ziele haben. Obenan steht die Sorge für eine passende Ernährung. Jeder Geisteskranke, auch der anscheinend „Vollblütige“, bedarf einer regelmässigen, gut bemessenen Zufuhr kräftiger Nahrungsmittel, durch welche nicht selten schon ganz allein, ohne jede weitere Behandlung, die Genesung herbeigeführt wird. Durchaus



in den Vordergrund tritt diese Rücksicht, wo schwächende Momente, Puerperium, Blutverluste, acute Krankheiten der Psychose vorausgegangen sind, und wo die Körperwage wie die somatische Untersuchung eine gesunkene Ernährung, Anaemie, Schwäche, Abmagerung erkennen lässt. Namentlich ist es von Wichtigkeit, schon im Anfange der Erkrankung, wo der Patient, von lebhaften Affecten beherrscht und ohne Appetit, die Nahrungsaufnahme vernachlässigt, auf ein regelmässiges Einhalten der Mahlzeiten zu achten und jeder beginnenden Verdauungsstörung sogleich entgegenzuarbeiten.

Diese Sorge erstreckt sich oft in gleicher Weise über den ganzen Verlauf der Krankheit fort, wo der Melancholiker durch seine depressiven Affecte, der Maniakalische durch Ideenflucht und Bewegungsdrang vollständig daran verhindert wird, an das Nahrungsbedürfniss zu denken und sich selbst um die Befriedigung desselben zu kümmern. Geduldiges, häufig wiederholtes Anbieten des Essens, wenn auch immer nur kleine Mengen genommen werden, führt hier meist zum Ziele. Stets muss die Kost leicht verdauulich und, namentlich in schwierigeren Fällen, möglichst nahrhaft sein, um durch die Qualität die Unmöglichkeit einer quantitativ reichlicheren Zufuhr zu corrigiren. Die so überaus häufige Obstipation bekämpft man nur durch ganz milde Mittel, namentlich durch Klystiere (Glycerin), Eingiessungen, eventuell Massage und Faradisation des Bauches. Unterstützt werden diese Massnahmen durch Regelung der gesammten Lebensweise, reichliche Bewegung in frischer Luft, körperliche, keine psychische Anstrengung erfordernde Beschäftigung, vorzüglich Gartenarbeit u. dergl.

Eine originelle Ausbildung hat die Sorge für die Körperernährung in der von Weir Mitchell und Playfair\*) eingeführten „Mastcur“ (feeding-cure) erhalten. Das Princip dieser Cur besteht in einer möglichsten Beschleunigung des Stoffumsatzes durch überreichliche Ernährung bei gleich-

---

\*) Weir Mitchell, fat and blood, 3. Aufl. 1884; Playfair, Die systematische Behandlung der Nervosität und Hysterie, deutsch von Tischler. 1883; Burkart, Volkmanns Klinische Vorträge, 245.

zeitiger lebhafter Muskelarbeit ohne active Anstrengung. Den in Bettruhe gehaltenen Patienten werden in sehr kurzen Zwischenräumen grosse Mengen nahrhafter, leicht verdaulicher Esswaaren (Milch, Fleisch, kräftige Suppen) zugeführt, während durch systematische, ausgiebige Massage und faradische Reizung die gesammte Körpermuskulatur in Action versetzt wird. Dazu kommt als wichtigster Punkt des Programms die völlige Entfernung des Patienten aus den gewohnten Verhältnissen und die bedingungslose Unterordnung unter die ärztliche Autorität. Zweifellos spielt dieses psychische Moment bei der ganzen Cur eine äusserst bedeutsame Rolle. Die Erfolge sind in geeigneten Fällen staunenswerthe; man darf solche aber nur auf dem Gebiete der eigentlichen Hysterie, und zwar dort erwarten, wo keine tiefgreifende psychische Störung, sondern wo wesentlich dauernde grosse Willensschwäche (Lähmungen) besteht und die Ernährung tief gesunken ist. Es erscheint aber wol möglich, dass das Princip der Ueberernährung in modificirter Gestalt auch für einzelne Formen von Psychosen, namentlich der Erschöpfungszustände, mit Vorthail in Anwendung gezogen werden kann; bisher fehlen darüber genügende Erfahrungen.

Ganz besondere Berücksichtigung erfordert die diätetische Behandlung der frisch Erkrankten. Hier handelt es sich vor Allem um Beruhigung. Das beste Mittel zur Erreichung dieses Zweckes ist die Bettlagerung, die bisweilen schwierig, unter einigermassen günstigen Verhältnissen (ausreichendes, gut geschultes Personal) aber doch meistens durchführbar ist. Bei einiger Geduld kann man durch diese harmlose Massregel ganz ausserordentliche Erfolge erzielen. Namentlich anaemische und schwächliche Kranke, die durch ängstliches Herumlaufen ihre Kräfte zu erschöpfen drohen, zeigen gewöhnlich in der dauernden Ruhelage sehr bald eine beträchtliche Besserung.

Von energischerer Wirkung, aber mit grosser Vorsicht zu handhaben, ist das Beruhigungsmittel der Isolirung, der völligen Abschliessung von der Umgebung, das man in geeigneten Fällen (nicht bei Hallucinanten oder sehr ängstlichen Kranken!) mit Verdunklung des Aufenthalts-

raumes verbinden kann. Drei Voraussetzungen sind es, welche die Isolirung bei aufgeregten Kranken angezeigt erscheinen lassen, einmal grosse Reizbarkeit, welche eine stete Steigerung der Erregung durch die Eindrücke der Umgebung bedingt und am besten durch möglichste Ruhe bekämpft wird, ferner sehr störende directionslose Agitation, die den Kranken leicht in die Gefahr der Beschädigung bringt, ohne dass es möglich ist, ihn im Bett zu erhalten, endlich Neigung zu Gewaltthaten und Zerstörung. In allen diesen Fällen darf indessen die Isolirung nicht länger dauern, als sie dringend nothwendig ist, da sie sonst entschieden schädlich wirkt, die Verblödung der Kranken und das Einwurzeln von üblen Angewohnheiten, namentlich Unreinlichkeit, Onanie, Zerreißen begünstigt. Mit unermüdlicher Geduld müssen daher immer und immer wieder Versuche gemacht werden, dem unvermeidlichen Uebel der Isolirung sobald wie möglich ein Ende zu bereiten. Nächtliche Isolirung sehr störender und gefährlicher Kranker ist dagegen, sobald dieselben nicht unreinlich, gebrechlich oder selbstmordsüchtig sind, eine durchaus zweckmässige Massregel.

In dem Heilapparat der älteren Anstalten spielte zur Unschädlichmachung der Kranken und als symptomatische Behandlungsmethode der Aufregung eine grosse Rolle die mechanische Beschränkung durch die Zwangsjacke, Zwangsstühle, Zwangsbetten u. s. f., Alles Vorrichtungen, welche dazu dienten, den Kranken an dem freien Gebrauche seiner Glieder zu hindern und ihn in einer bestimmten Lage zu fixiren. Es ist namentlich das Verdienst des Engländer's Conolly\*), auf die Unzweckmässigkeit, ja Gefährlichkeit dieser Zwangsmassregeln mit aller Energie hingewiesen zu haben. Sie steigern die Unruhe und Aufregung des Kranken, der sich abmüht, sich frei zu machen; sie erbittern ihn gegen seine Aerzte und Pfleger, die meist erst nach hartem Kampfe die verhasste Beschränkung durchzuführen vermögen, und sie verderben das Pflege-

---

\*) Die Behandlung der Irren ohne mechanischen Zwang, deutsch von Brosius, 1860.

personal, welches im Vertrauen auf die brutale Gewalt kein Interesse daran hat, selbst engere Fühlung mit den Kranken zu gewinnen und dieselben nicht sowol durch die Furcht, als vielmehr durch die kleinen Kunstgriffe des hülfsbereiten Wohlwollens und der Humanität beherrschen zu lernen. Aus diesem Grunde spielt das „Restraint“, die mechanische Beschränkung, zwar in schlecht eingerichteten Krankenhäusern und in privaten Verhältnissen, zumal bei der weit verbreiteten übertriebenen Angst vor Geisteskranken, leider noch eine gewisse Rolle; das mustergiltige Anstaltsleben kennt sie so gut wie gar nicht mehr. Nur dort, wo die pedantische Durchführung des No-restraint-Systems ein grösseres Uebel bedeuten würde, als die Beschränkung selbst, wo z. B. das Leben des Kranken in Gefahr schwebt, wie bei schweren chirurgischen Erkrankungen, kann die humane und ärztliche Berechtigung der Zwangsmittel nicht zweifelhaft sein.

Die Zwangsjacke ist eine vorn geschlossene, hinten offene Jacke von starkem Segeltuche mit langen Aermeln ohne Oeffnungen, mit Hilfe deren die Arme über der Brust gekreuzt festgehalten werden können. Bei sehr fester Application und langem Liegen derselben entstehen leicht Hautabschürfungen und Druckbrand an den exponirten Stellen; sie muss daher öfters gelockert und womöglich täglich einige Stunden abgelegt werden. Kein mechanisch beschränkter Kranker darf ohne beständige Aufsicht gelassen werden; es kommt vor, dass derselbe sich selbst befreit oder gar strangulirt.

### C. Psychische Behandlung.

Besonders der Kampf um die Anwendbarkeit der mechanischen Beschränkung ist es gewesen, der die Ausbildung einer systematischen psychischen Behandlung der Geisteskranken angebahnt hat. Je weniger Arzt und Pflegepersonal gegenüber den Aufregungszuständen ihre Zuflucht zur nackten Gewalt nehmen konnten, desto mehr mussten sie darauf bedacht sein, sich durch das Mittel der psychischen

Einwirkung die Macht über ihre Pflegebefohlenen zu verschaffen. Die Aufgaben dieser Richtung der Therapie sind es, einerseits die Krankheitserscheinungen zurückzudrängen, andererseits die gesunden Vorstellungen und Gefühle zu kräftigen und ihnen schliesslich zum Siege über die krankhaften Störungen zu verhelfen. Es liegt auf der Hand, dass sich für die Lösung dieser Aufgaben bei der Mannigfaltigkeit der psychischen Individualitäten, welche das Object des irrenärztlichen Handelns bilden, detaillirte Vorschriften nicht geben lassen, sondern dass jenes Ziel in jedem Falle wieder auf anderem Wege erreicht werden muss, dessen Auffindung und geschickte Verfolgung im Einzelnen der Einsicht und Erfahrung des Arztes überlassen bleibt.

Mit Recht wird daher wegen dieser grossen persönlichen Verantwortlichkeit vom Psychiater noch ein Complex besonderer geistiger Eigenschaften gefordert: „wohlwollender Sinn, grosse Geduld, Selbstbeherrschung, eine besondere Freiheit von allen Vorurtheilen, ein aus einer reicheren Weltkenntniss geschöpftes Verständniss der Menschen, Gewandtheit der Conversation und eine besondere Neigung zu seinem Beruf, die ihn allein über dessen vielfache Mühen und Anstrengungen hinwegsetzt.“\*) So ausgerüstet, wird er im Stande sein, dem Kranken nicht nur ein Arzt, sondern zugleich ein Erzieher und Freund zu werden, nicht nur den körperlichen Grundlagen der Geistesstörung seine Aufmerksamkeit zuzuwenden, sondern durch die Macht seiner Persönlichkeit verständnissvoll auch die krankhaften psychischen Erscheinungen selbst zu bekämpfen. Wirkt schon bei körperlichen Erkrankungen der Arzt häufig genug ebenso sehr durch seine persönlichen Eigenschaften, wie durch das Medicament, so erweitert sich hier das Feld der psychischen Behandlung selbstverständlich in ganz ausserordentlichem Masse.

In der ersten Periode der geistigen Erkrankung ist die Aufgabe der psychischen Therapie wesentlich

---

\*) Griesinger, Pathol. u. Therapie der psych. Krankheiten, 4. Aufl., p. 533.

eine negative, auf die Abhaltung aller aufregenden Momente gerichtete. Die Erfahrung hat gezeigt, dass es durchaus verkehrt ist, hier die krankhaften Stimmungen und Vorstellungen direct beseitigen zu wollen. Der Melancholiker, den man auf Bällen und Concerten, auf Reisen oder in lustiger Gesellschaft aufzuheitern versucht, wird nur desto schmerzlicher und peinvoller von allen äusseren Eindrücken berührt; die Bemühungen, aufsteigende Wahnideen dialectisch zu widerlegen, führen häufig Misstrauen und Erbitterung, sowie ein um so eigensinnigeres Festhalten und eine absurdere Gestaltung der falschen Vorstellungen herbei. Nur dann, wenn keine lebhaften Affecte den Stimmungshintergrund bewegen, kann eine ruhige Auseinandersetzung bisweilen der schwankenden Kritik wieder einen festeren Halt geben. Im Allgemeinen jedoch ist es bei frischer Erkrankung dringend geboten, den Patienten zur Ruhe kommen zu lassen und ihn weder durch Widerspruch oder gar durch Spott zu reizen, noch seinen krankhaften Ideen und Gefühlen durch scheinbare Zustimmung oder näheres Eingehen auf dieselben neue Nahrung zu geben. Man sage ihm offen, dass man ihn als krank betrachtet, und behandle ihn mit gleichmässiger, freundlicher Geduld und ruhigem Wohlwollen, ohne in ihn zu dringen oder sein Vertrauen erzwingen zu wollen.

Entschieden verwerflich ist es, den Kranken, in welcher Absicht immer, zu täuschen, um ihn zu irgendwelchen nothwendigen Massregeln zu bewegen (Einnehmen von Arzneien, Verbringung in die Anstalt), zu denen man seine Zustimmung nicht erreichen zu können glaubt. Solche Vor Spiegelungen entspringen meist aus der ganz ungerechtfertigten Scheu, dem Patienten selbst zu erklären, dass er krank ist und als solcher behandelt werden soll. Eine ruhige, freundliche, aber feste Erklärung erreicht hier in der Regel weit mehr, als die List, deren Aufdeckung nur zu häufig unausrottbares Misstrauen im Gefolge hat.

Erst dann, wenn bereits eine gewisse Beruhigung stattgefunden hat, deren Eintritt namentlich durch die Versetzung in eine Irrenanstalt und durch die Hilfsmittel derselben begünstigt wird, ändert sich die Aufgabe

der psychischen Behandlung dahin, dass sie eine Ablenkung des Kranken zu erstreben hat. So lange die Aufmerksamkeit desselben zwangsweise durch die Störung selbst in Anspruch genommen wird und nur für krankhafte Affecte und Vorstellungen im Bewusstsein Raum gegeben ist, bleiben derartige Versuche resultatlos und können sogar durch die Erregung, in die sie den Kranken versetzen, geradezu schädlich wirken. Allmählich indessen tauchen auch die früheren, gesunden Gefühle und Ideenkreise wieder hervor, und es gilt daher, ihnen nach und nach das Uebergewicht über den pathologisch veränderten Bewusstseinsinhalt zu verschaffen. Je nach der Individualität des Kranken gestalten sich dabei die Hilfsmittel und die Richtung der therapeutischen Bestrebungen natürlich äusserst verschieden.

Vor Allem handelt es sich um die Auswahl einer passenden, wol anregenden, aber nicht anstrengenden Beschäftigung, da sie am meisten geeignet ist, die Gedanken des Kranken von den Zuständen des eigenen Innern abzu ziehen und ihm das Interesse für die Aussenwelt, für die gewohnte Thätigkeit wiederzugewinnen. Unterhaltende Lectüre, die Lösung leichter geistiger Aufgaben, Spiele aller Art, Musikübungen, andererseits körperliche Arbeit, die sich den früheren Beschäftigungen möglichst anpasst, Handwerkereii, Garten- und Feldarbeit, Leibesübungen, bei Weibern Nähen, Waschen, Kochen u. dergl. in mannigfachster Variation, dienen in gleicher Weise der Erfüllung des Behandlungszweckes. Damit können sich weiterhin Zerstreuungen, Besuche, Spaziergänge, kleine Festlichkeiten in vortheilhafter Weise verbinden.

Nun ist auch der Zeitpunkt gekommen, an dem man ausser diesen indirecten Mitteln der psychischen Ablenkung auch den Versuch machen kann, durch directe Einwirkung das Zurücktreten der krankhaften Störungen zu beschleunigen und die gesunden Elemente zu unterstützen. Allerdings wird man auch jetzt durch logische Ueberredungskünste kaum mehr erreichen, als durch das Leuret'sche „Intimidations-System“, welches jede krankhafte Aeusserung durch die Douche zu unterdrücken und so die Psychose zu

heilen suchte. Wo die Fähigkeit einer gesunden Kritik durch die Krankheit dauernd oder vorübergehend aufgehoben ist, wird natürlich selbst die demonstratio ad oculos machtlos, da sie ja eben an die Kritik appellirt. Aus diesem Grunde beruhen denn auch die in der Jugend der Psychiatrie bei Hypochondern bisweilen vorgenommenen Scheinoperationen, um ihnen Thiere u. dergl. aus dem Leibe zu holen, durchaus auf einer naiven Verkennung des Wesens der Geistesstörung.

Allein es giebt immerhin Kranke, denen es in dieser Zeit ein Bedürfniss und eine Beruhigung ist, sich immer und immer wieder vom Arzte die pathologische Natur ihrer Ideen und Gefühle versichern zu lassen. Da gilt es denn, diesen schwachen Gemüthern den begonnenen Kampf mit der Krankheit zu erleichtern, die Energielosen durch die Aussicht auf kleine Belohnungen zur Arbeit anzuregen und durch pädagogische Massregeln den Aufgeregten die Selbstbeherrschung zu erleichtern. Geduld, liebevolles Eingehen auf die einzelne Persönlichkeit, Nachgiebigkeit ohne Schwäche auf der einen, gleichmässige Energie und Festigkeit ohne Starrheit auf der anderen Seite geben hier die leitenden Gesichtspunkte für die ärztliche Thätigkeit ab.

Eine überaus verführerische Perspective schien sich in neuester Zeit der psychischen Therapie des Irreseins durch die staunenerregenden Thatsachen der suggestiven Beeinflussung in der Hypnose\*) eröffnen zu wollen. Wenn es auf dem angedeuteten Wege gelingt, über die Wahrnehmungen, die Gedanken, den Willen eines Menschen nicht nur für den Augenblick, sondern auch für längere Zeit und sogar ohne sein Wissen eine fast unumschränkte Herrschaft zu erlangen, so muss ein solches Verfahren gerade für den psychischen Arzt, dem die Correctur krankhafter Erscheinungen auf allen jenen Gebieten anheimfällt, von kaum hoch genug zu schätzendem Werthe sein. Leider hat die prak-

---

\*) Bernheim, Die Suggestion und ihre Heilwirkung, deutsch von Freud. 1888; Hückel, Die Rolle der Suggestion bei gewissen Erscheinungen der Hysterie und des Hypnotismus. 1888; Forel, Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte, 1887, 16; Münchner Med. Wochenschr., 1888, 5.



tische Erfahrung diese Erwartung bisher nur in geringem Masse gerechtfertigt. So leicht es gewöhnlich gelingt, psychisch gesunde Individuen dem Einflusse der Hypnose zu unterwerfen und sie dabei von allem möglichen Schmerz und Unbehagen zu befreien, so resistent erweisen sich zu meist Geisteskranke gegen jenes Heilmittel. Die Macht der Suggestion ist hier, wahrscheinlich wegen der häufigen Aufmerksamkeitsstörungen oder lebhaften Autosuggestionen, offenbar eine weit geringere, als unter normalen Verhältnissen. Aus diesem Grunde fällt es nicht nur im Allgemeinen schwerer, Geisteskranke zu hypnotisiren, sondern der Einfluss des Experimentators wird auch fast niemals ein so wirksamer und namentlich nachhaltiger. So ist es z. B. nicht möglich, in der Hypnose etwa fixirte Wahnideen wegzudisputiren, die wir ja gewissermassen als permanente Autosuggestionen auffassen können. Dagegen scheinen Sinnestäuschungen, Appetit- und Schlafstörungen immerhin der hypnotischen Therapie bis zu einem gewissen Grade zugänglich zu sein. Ebenso lassen sich beim Alkoholismus und in der Morphinabstinenz so manche Beschwerden überraschend leicht beseitigen; ausserdem jedoch wird in dem Kampfe gegen die eingewurzelte Neigung durch den kategorischen Imperativ des einschläfernden Arztes ein unsichtbarer, aber um so mächtigerer Bundesgenosse gewonnen.

Am nächsten liegt es natürlich, die Suggestion bei jenen Formen des Irreseins in Anwendung zu bringen, bei welchen erfahrungsgemäss psychische Momente ohnedies eine dominirende Rolle im Krankheitsbilde spielen, bei den hysterischen und neurasthenischen Psychosen. Ohne Zweifel ist es hier möglich, unter Umständen auf diese Weise sensationelle Erfolge zu erzielen, wie die Paradenfälle der „Heilmagnetiseure“ lehren; im Ganzen aber werden doch vorzugsweise diejenigen Formen jener grossen Neurosen Vortheil von der hypnotischen Behandlungsmethode zu ziehen haben, bei denen die eigentlich psychopathischen Erscheinungen gegenüber den nervösen Beschwerden im Hintergrunde stehen. Zudem sind gerade hier hindernde Autosuggestionen sehr häufig, und es besteht immerhin die Gefahr der Entwicklung autohypnotischer Zustände, wenn dieselbe auch durch grosses

Geschick des Experimentators und geeignete Handhabung der Methode vielleicht völlig vermieden werden kann.

Wenn nach diesen Erwägungen der Wirkungsbereich der Suggestionstherapie bei Geisteskranken heute auch ein weit beschränkterer genannt werden muss, als zunächst erwartet werden konnte, so liegt in dem bisher Erreichten doch die dringende Mahnung für den Irrenarzt, sich mit den Methoden dieses Heilverfahrens auf das Eingehendste vertraut zu machen, sei es auch nur, um nicht durch unsachgemäßes Vorgehen Schaden anzurichten. Die zweckmässigste und anscheinend ungefährlichste der bisher bekannten Methoden des Hypnotismus ist diejenige der Verbal-suggestion, wie sie von Bernheim und seinen Schülern geübt wird. Von einer eingehenderen Beschreibung derselben muss hier einstweilen unter Hinweis auf die citirten Specialwerke abgesehen werden, nicht nur, weil der Gegenstand selbst noch zu neu und unfertig ist, sondern auch deswegen, weil das ganze Verfahren nicht unbedeutende Anforderungen an die persönliche Gewandtheit und Geistesgegenwart des Experimentators stellt und deshalb im Einzelnen nur durch die Anschauung erlernt werden kann.

#### **D. Behandlung einzelner Symptome.**

Ein Rückblick auf die ganze Reihe der therapeutischen Hilfsmittel so verschiedener Art, die dem Irrenarzte zu Gebote stehen, lässt leicht erkennen, dass die Richtung seiner Behandlung im Wesentlichen eine symptomatische ist, wie das ja bei der ungenügenden Ausbildung unserer ätiologischen Kenntnisse und den Schwierigkeiten, die Ursachen, selbst wo wir sie kennen, zu beseitigen, kaum anders erwartet werden darf. Nur in den wenigen Fällen, in denen als ursächliche Momente Fieber, locale oder allgemeine Krankheiten, Neuralgien, Magen- und Darmkatarrhe, Nierenleiden, Genitalaffectionen, Syphilis u. s. w. gegeben sind, kann unter Umständen von einer wirklich causalen Behandlung die Rede sein, auf deren Einzelheiten wir hier natürlich nicht einzugehen haben. Dagegen ist es von Wichtigkeit,

noch die Therapie einzelner, bei verschiedenen Formen des Irreseins wiederkehrender Symptome einer kurzen Besprechung zu unterziehen, weil dieselbe häufig eine ganz ausserordentliche praktische Bedeutung in Anspruch nimmt.

Zunächst haben wir dabei der psychischen Erregung zu gedenken, deren specielle Behandlung namentlich dann nothwendig wird, wenn der Affect eine Erschöpfung des Kranken herbeizuführen droht. Vor Allem wird man hier versuchen, die dauernde Bettruhe unter permanenter Ueberwachung durchzuführen, eventuell unter Beihülfe verlängerter lauer Bäder mit oder ohne Eisbeutel auf dem Kopfe, hydropathischer Einwicklungen oder auch medicamentöser Mittel. Ist es die Angst, welche die Situation beherrscht, so passt vor Allem das Opium und Morphinum, besonders wo Paraesthesien, Neuralgien und dergl. bestehen. Muss bei unruhigen Kranken durchaus Ruhe erzielt werden, so kann man zu einem der oben angeführten Hypnotica, zum Morphinum oder Hyoscin, im äussersten Nothfalle allenfalls zum Chloroform seine Zuflucht nehmen. Bromkalium eignet sich mehr für „nervöse“ Reizbarkeit und Schlaflosigkeit (namentlich bei Neurasthenie und leichten Melancholien). Bei sehr decrepiden Personen sieht man womöglich von einer Medication überhaupt ab; eventuell greift man zum Urethan oder auch zum Alkohol. Ist die Erregung hauptsächlich die Folge von äusseren Einwirkungen auf ein abnorm reizbares Centralorgan, so hilft oft schon die Versetzung in eine andere Umgebung, schlimmstenfalls eine vorübergehende Isolirung; in leichteren Fällen kommt man vielleicht mit der einfachen Ablenkung der Aufmerksamkeit auf eine neue interessante Beschäftigung, ja unter Umständen mit einem scherzhaften Worte, der Gewährung einer kleinen Vergünstigung über drohende Paroxysmen hinweg. Sehr wichtig ist es für Arzt und Pflegepersonal, derartige Kranke genau zu kennen und ihnen je nach ihrer Eigenart bald mit Ernst und Energie, bald mit Sanftmuth und Nachgiebigkeit gegenüberzutreten.

Für die Behandlung der Schlaflosigkeit wird man regelmässig zunächst mit einfach diätetischen Mitteln auszukommen suchen. Bei chronischen Erkrankungen und kräftiger

Constitution ist ausgiebige körperliche Bewegung im Freien (Holz- und Gartenarbeit), Gymnastik, Massage am Platze, während bei frischen und leicht erregbaren, „nervösen“ Patienten stärkere körperliche Anstrengungen nicht selten ungünstig auf den Schlaf wirken. Hier wird man verlängerte laue Bäder mit gleichzeitiger Abkühlung des Kopfes, feuchte Einpackungen, Galvanisation des Kopfes, in geeigneten Fällen vielleicht hypnotische Beeinflussung ins Feld führen können. Mitunter ist auch schon durch Einführung einer Nachmittagsruhe, Sorge für leicht verdauliches, frühzeitiges Abendessen, Vermeidung des Lesens am Abend, Beseitigung von Thee und Kaffee, abendliche Darmentleerung, rechtzeitiges Schlafengehen, ausgiebiges Lüften des Schlafzimmers und dergl. viel zu erreichen. Muss man zu Medicamenten greifen, so versuche man zuerst den Alkohol, dann die Bromsalze in mittleren Dosen; nur im Nothfalle soll zu den Schlafmitteln, resp. bei grosser Angst oder lebhaften Schmerzen zu den Narkoticis übergegangen werden, da es, besonders in chronischen Zuständen, oft recht schwierig ist, die längere Zeit mit solchen Mitteln behandelten Kranken wieder an den natürlichen Schlaf zu gewöhnen.

Sehr sorgfältige therapeutische Beachtung erheischt die Neigung zum Selbstmord, die so häufig mit Angstzuständen, besonders bei gleichzeitiger Bewusstseinstäubung, aber auch mit ganz einfachen Melancholien ohne auffallendere Störung der Besonnenheit sich verknüpft. Diese Fälle sind es, welche die höchsten Anforderungen an die Wachsamkeit und Umsicht des Anstaltspersonales stellen. Die Möglichkeiten, welche dem bisweilen mit grösstem Raffinement handelnden Kranken zur Ausführung seines selbstmörderischen Planes dienen können, sind so überaus zahlreich und mannigfaltig, dass nur eine gereifte und mit allen Eventualitäten vertraute Erfahrung die Aussicht hat, mit Erfolg dem krankhaften Streben entgegenzuarbeiten. Jeder Nagel, jede Glasscherbe, jedes Stück Blech kann zum tödtlichen Werkzeuge in der Hand des verzweifelten Kranken werden; jeder unbewachte Augenblick kann eine Strangulation oder die schwersten Verstümmelungen, Herausreissen der Augen, der Zunge, der Hoden zu Stande kommen lassen,

ja ich habe das Abbeissen der Zunge und ferner Fractur der Halswirbelsäule in Folge eines mächtigen Stosses mit dem Kopfe gegen die Wand in Gegenwart des Pflegepersonales erlebt. Glücklicherweise sind derartige Vorkommnisse nicht häufig, ja es scheint, dass durch die Anstalt 90<sup>0</sup>/<sub>0</sub> der sonst wahrscheinlichen Selbstmorde, und sogar noch mehr, verhütet werden, aber es ist wünschenswerth, sich der Unglücksfälle zu erinnern, damit sie auch nicht häufiger werden.

Der Neigung zum Zerstören begegnet man, wo eine Ablenkung durch angemessene Beschäftigung nicht möglich ist, einfach durch möglichst solide Construction des beweglichen und unbeweglichen Mobiliars, welches dem Kranken zugänglich ist. Die Technik hat in dieser Richtung viele zweckmässige Einrichtungen geschaffen (Fensterscheiben aus ganz dickem Glase, feststehende, unzerstörbare Möbel, Geschirre aus Leder, Hartgummi, Pappe und dergl.), die hier nicht einzeln besprochen werden können. Besonders wichtig ist es, stets Alles aus dem Wege zu räumen, was als Waffe gegen die eigene oder fremde Personen und gegen das Inventar benutzt werden könnte. Gegen das Zerreißen schützt einigermassen, aber nicht vollständig, die Anwendung von festen Anzügen, Decken und Matratzen aus starkem Segeltuch; die Entkleidung wird durch schraubenartige Verschlüsse der Kleidungsstücke und Schuhe verhindert, welche nur mit besonderen Schlüsseln geöffnet werden können. Bei sehr starker Zerstörungssucht und grosser Körperkraft giebt es in vereinzelt Fällen kein anderes Auskunftsmittel, als den Kranken entkleidet mit einer reichlichen Menge Stroh, Seegras u. dergl. in einem warmen Isolirzimmer frei schalten zu lassen; bei weiblichen Patienten wird man selbstverständlich nur im äussersten Nothfalle zu dieser Massregel greifen.

Eine höchst lästige Begleiterscheinung der psychischen Erregung ist bisweilen die Unreinlichkeit und namentlich das Herumschmieren mit den Excrementen, weil daraus grosse hygienische Missstände hervorgehen. Häufige Versuche, den Kranken zur Befriedigung seiner Bedürfnisse zu bewegen, sofortiges Eingreifen bei eingetretener Verunreinigung, reichliches Baden, sorgfältigste Reinigung der Zimmer mit desinficirenden Mitteln sind die hauptsächlich

zu erfüllenden Aufgaben. Ein aufmerksames Wartepersonal kann hier sehr viel leisten. In schwierigen Fällen lässt sich durch passende Auswahl der Diät (möglichst wenig Koth gebende Nahrungsmittel, besonders keine Pflanzkost) und regelmässige entleerende Klystiere noch etwas ausrichten.

Besondere Mühe hat man sich vielfach gegeben, die Masturbation zu bekämpfen. Oft verschwindet dieselbe mit der Abnahme der psychischen Erregung von selbst; in andern chronischen Fällen bleibt meist jede Behandlung erfolglos. Nicht ohne Werth ist die Anwendung des Bromkalium, weil es die Reflexerregbarkeit herabsetzt; wichtiger bleibt indessen die diätetische Behandlung, Sorge für ruhigen Schlaf, Vermeidung müssiger Bettruhe, Regelung der Darmfunctionen, ausgiebige Bewegung im Freien bis zur Ermüdung, ferner kalte Waschungen, besonders Sitzbäder, eventuell Galvanisation des Rückenmarks und endlich eine aufmerksame, geduldige Pädagogik.

Zum Schlusse haben wir noch eines praktisch äusserst wichtigen Symptoms zu gedenken, dessen Behandlung nicht selten recht grosse Schwierigkeiten verursacht, der Nahrungsverweigerung (Sitophobie). Dieselbe kann ihren Grund in mannigfachen Wahnideen haben, Vergiftungsfurcht, Glauben, nicht bezahlen zu können, das Essen nicht werth zu sein, Wunsch zu verhungern u. s. f. Der beste Bundesgenosse ist hier immer der Hunger, der bisweilen nach einigen Tagen der Sitophobie sein Recht so stark geltend macht, dass der Kranke dann mit wahrer Gier über die vorgesetzten Speisen herfällt. Derselbe wirkt am verführerischsten, wenn man sich um den Kranken scheinbar gar nicht kümmert, ihn mit dem Essen allein lässt und von seiner Nahrungsverweigerung möglichst wenig Notiz nimmt. Vieles Zureden oder gar Versuche, die Nahrung einzugeben, pflegen hier den passiven Widerstand rasch sehr erheblich zu verstärken. In andern Fällen ist es mehr eine gewisse Energielosigkeit, die den Kranken hindert, die wahnhaften Gegendvorstellungen zu überwinden; er isst, sobald man ihm den Löffel an den Mund führt. Anwendung von Gewalt dabei ist hier, wie dort, regelmässig vom Uebel. Bisweilen

wechselt auch der Zustand sehr rasch, und derselbe Kranke, der jetzt auf keine Weise zum Essen zu bringen war, nimmt vielleicht nach einer Viertelstunde freiwillig seine Nahrung zu sich, um kurze Zeit darauf wieder allen Versuchungen eigensinnig zu widerstehen. Unermüdliche Geduld und genaue Ausnutzung aller kleinen Vortheile (z. B. Anregung der Nachahmung und des Appetits durch Mitessen), sowie möglichst sorgfältige Auswahl und Abwechslung der Speisen helfen meist über die aufgezählten Schwierigkeiten hinweg.

Allein es giebt Fälle, in denen alle Bemühungen des Arztes nach dieser Richtung hin fehlschlagen und in denen schliesslich, um der drohenden Gefahr der Erschöpfung und des Hungertodes zu begegnen, zur künstlichen, zwangsmässigen Einbringung der Nahrung geschritten werden muss. Der Zeitpunkt, an welchem man zu diesem Auskunftsmittel greift, wird am besten durch die Körperwage bestimmt, weil sie den zuverlässigsten Anhaltspunkt für die Beurtheilung des Ernährungsstandes liefert. Am schlimmsten sind diejenigen Fälle, in denen die Kranken von langer Hand anfangen, immer weniger und weniger zu essen, um allmählich ganz aufzuhören; hier ist rasches Einschreiten dringend geboten, weil sonst leicht ein unaufhaltsamer Collaps erfolgt. Je nach dem Zustande des Patienten wird man spätestens 2—3 Tage nach Beginn der völligen Abstinenz, bisweilen auch schon noch früher, mit der künstlichen Fütterung vorzugehen haben. Bei plötzlich auftretender Nahrungsverweigerung und bei kräftigem Körper kann man ruhig 6—8 Tage zuwarten, wo häufig der grimme Hunger, der allerdings bei längerem Fasten schliesslich ausbleibt, derselben ohnedies ein Ende macht. Ist die Sitophobie keine absolute, geniesst der Kranke wenigstens noch Wasser, so hat man unter steter Berücksichtigung seines Ernährungszustandes selbst 10—12 Tage ohne Gefahr Zeit, bevor Zwangsmassregeln nöthig sind.

Die Methode der künstlichen Fütterung selbst besteht in der Einführung einer Sonde in den Magen, durch welche mittels eines einfachen Trichters lauwarme, passend zusammengesetzte, nährnde Flüssigkeiten in denselben be-

fördert werden. Die Einführung geschieht durch den Mund oder durch die Nase. Die erstere Art der Manipulation zwingt beim Widerstande des Kranken zu gewaltsamer Eröffnung und Offenhaltung der Zahnreihe durch keilartige Instrumente, die sogar zu Verletzungen führen kann; letztere Manier macht den Arzt vom Widerstande des Kranken völlig unabhängig. Bei jeder Fütterung muss der Kranke durch sichere Hände zuverlässig fixirt sein, um unvermuthete störende Bewegungen zu verhindern; die Application der aus weichem, biegsamem Material bestehenden Sonde (Jacques Patent oder dickwandiger Gummischlauch) geschieht langsam und ohne die mindeste Gewalt. Meist gelingt die Fütterung durch die Nase überraschend leicht; nur bisweilen muss sie wiederholt von Neuem versucht werden.

Von grosser Wichtigkeit ist es, sich davon zu überzeugen, dass die Sonde den richtigen Weg genommen hat und nicht in den Kehlkopf gelangt ist. Bei gelähmten und sehr torpiden Kranken kann nämlich der sonst das Eindringen eines Fremdkörpers in die Luftwege begleitende Symptomencomplex der höchsten Athemnoth und der stürmischen Reflexbewegungen gänzlich fehlen; die Sonde gleitet ohne Reaction bis an die Bifurcation der Trachea, wo sie auf Widerstand stösst. Die Athmung geschieht dann durch das Lumen der Sonde, doch können bei Luftansammlung im Magen auch Expirationsgeräusche entstehen, wenn das Rohr glücklich in diesen letzteren gelangt ist. Das sicherste Mittel, sich über die Lage der Sonde zu vergewissern, ist die Auscultation des Magens beim Einblasen von Luft.

Als Nahrungsflüssigkeit wählt man zweckmässig Milch oder Fleischbrühe mit gequirten rohen Eiern und Zucker, kleinere Mengen Wein, eventuell Zusätze von Fleischpepton, Fleischsaft u. dergl.; auch Arzneien können natürlich auf diese Weise miteingeführt werden. Das Zurückziehen der Sonde geschieht anfangs langsam, in der Gegend des Kehlkopfeinganges schnell; zugleich wird die obere Oeffnung des Rohres verschlossen gehalten, damit nicht unten anhängende Tropfen bei dieser Gelegenheit in die Luftröhre gelangen.



Die künstliche Ernährung wird täglich wenigstens zwei Mal vorgenommen, am besten Mittags und Abends; jedesmal führt man anfänglich nicht viel mehr als etwa  $\frac{1}{2}$  Liter Flüssigkeit ein, der man daher einen möglichst hohen Nährwerth zu geben bemüht sein muss. Es gelingt auf diese Weise, sitophobische Kranke Wochen, Monate, selbst Jahre lang am Leben zu erhalten, wenn auch natürlich damit nur ein unvollkommener Nothbehelf für die freiwillige Nahrungsaufnahme gewonnen ist. Man wird daher nebenbei immer fortfahren, auf alle Weise die Beseitigung der Sitophobie anzustreben.

Eine sehr unangenehme Complication der Fütterung ist das bisweilen auftretende Erbrechen. Schleunige Entfernung der Sonde ist hier wegen der Gefahr des Erstickens durch die heraufgewürgte Nährflüssigkeit durchaus nothwendig. Durch häufigere Wiederholung der Procedur, im Nothfalle durch Abstumpfung der Rachenempfindlichkeit mit Hülfe von Narkoticis (Bromkalium, Bepinseln mit Cocain- oder Morphiumlösung) kann man diese Schwierigkeit meist überwinden. Man begegnet indessen, allerdings sehr selten, sitophobischen Kranken, die willkürlich erbrechen können und so jede Fütterung illusorisch machen. Da bei ihnen begreiflicher Weise auch die Ernährung durch Klystiere, an die man etwa denken könnte, ihren Werth verliert, so wird die Behandlung solchen Kranken gegenüber bisher thatsächlich machtlos: sie verhungern.

### E. Die Irrenanstalt.

Die Gesamtheit aller körperlichen und psychischen Heilmittel findet sich zu einheitlichem Zusammenwirken vereinigt in dem Organismus der Irrenanstalt. Die Irrenanstalt in ihrer heutigen Einrichtung ist eine Errungenschaft der Neuzeit. In früheren Jahrhunderten liess man harmlose Kranke einfach herumlaufen und begnügte sich damit, nur die gefährlichen Irren in Gewahrsam zu nehmen; sie wurden dann in Klöstern, häufiger in Gefängnissen, zusammen mit allem möglichen Gesindel, unter-

gebracht, oder aber auch in eigenen, menagerieartigen „Narrenthürmen“ eingesperrt, welche meist in der Stadtmauer lagen und an gewissen Tagen vom Publicum zur Belustigung besucht wurden. Eine grosse Zahl von Kranken endlich fiel den Hexenprocessen zum Opfer und wurde auf die grausamste Weise zu Tode gemartert oder verbrannt, weil man sie vom Teufel besessen wähnte. Leider besserte die Ueberwindung dieses finsternen Aberglaubens Jahrhunderte lang in dem Loose der unglücklichen Geisteskranken nur wenig. Da man die psychischen Störungen im Allgemeinen für unheilbar hielt, so waren die Irren nichts als eine Last, deren man sich auf möglichst einfache Weise zu entledigen suchte. So wurden sie denn in schmutzigen, licht- und luftlosen Verliesen zusammengepfercht, an Ketten geschlossen, hungernd und ohne Kleidung der Willkür und der Peitsche roher Wärter (vielfach entlassener Verbrecher!) schutzlos preisgegeben, bis der Tod, barmherziger als die Mitwelt, sie von ihren Leiden erlöste. Selbst nachdem gegen die Mitte des vorigen Jahrhunderts in England die erste eigentliche Irrenanstalt zur Behandlung von Geisteskranken eingerichtet worden war, fand dieses Beispiel nur langsame Nachahmung. Noch um die Wende des Jahrhunderts, als Pinel 1793 im Bicêtre den dort verwahrten Kranken die Ketten abnehmen liess, in welche sie Rohheit und Unkenntniss so lange geschmiedet hatten, herrschten fast überall, auf dem Continent wie in England, in den Narrenhäusern die entsetzlichsten Zustände. Ja, noch 1817 sah sich Hayner, der ehrwürdige Vorkämpfer für die humane Behandlung der Irren in Deutschland, veranlasst, auf das Feierlichste gegen die Ketten, die Zwangsstühle, die körperlichen Züchtigungen öffentlich zu protestiren.\*)

Nach und nach jedoch kam die Erkenntniss von der Nothwendigkeit einer völligen Neugestaltung der Irrenfürsorge auf ärztlicher Grundlage mit immer wachsender Gewalt zum Durchbruch, und es traten daher in den ersten

---

\*) Aufforderung an Regierungen, Obrigkeiten und Vorsteher der Irrenhäuser zur Abstellung einiger schweren Gebrechen in der Behandlung der Irren. 1817.

Decennien dieses Jahrhunderts in den meisten civilisirten Ländern an Stelle der Detentionshäuser wirkliche Heilanstalten, welche endlich auch den unglücklichen Irren die Wohlthaten einer ärztlichen, auf die Beseitigung ihres Leidens gerichteten Behandlung zu vermitteln bestimmt waren.

Diese Aufgabe erfüllt die Anstalt, indem sie zunächst den Kranken mit einem Schlage der Einwirkung jener täglichen Reize entzieht, wie sie nur allzuoft in seinem Berufsleben, in der Sorge für die Existenz, in der verfehlten und verständnisslosen Behandlung Seitens der Angehörigen und Freunde, ja in dem Spotte und den Neckereien einer rohen Umgebung auf ihn einstürmen. Er findet sich wieder in einem geordneten, vom Geiste der Humanität und des Wohlwollens durchdrungenen Organismus, in dem ihn theilnehmendes Verständniss für seinen Zustand, liebevolle Fürsorge für seine Bedürfnisse und vor allen Dingen Ruhe erwartet. Sehr häufig ist daher auch eine sofortige Beruhigung der rasche Erfolg einer Versetzung in die Anstalt.

Leider verhindern auch heute die immer noch im Publicum und selbst bei Aerzten bestehenden Vorurtheile gegen die Anstalt vielfach die rechtzeitige Durchführung dieser segensreichen Massregel. Die Erfahrung hat auf das Unzweifelhafteste erwiesen, dass die Prognose der Geistesstörungen sich um so günstiger gestaltet, je früher die Verbringung in ein geeignetes Asyl geschieht. Nur bei ganz leichten Formen psychischer Verstimmung, bei harmlosen Verrückten, chronischen Schwächezuständen und dergl., und wenn die häuslichen Verhältnisse eine sehr gute Ueberwachung und Pflege gestatten, ist es gerathen, von der Anstaltsbehandlung abzusehen. In allen schweren Zuständen jedoch, und ganz unbedingt dann, wenn in der Umgebung des Kranken selbst schädliche Momente gelegen sind, oder wenn sich Selbstmordideen, Nahrungsverweigerung, stärkere Aufregung, Unreinlichkeit, Neigung zu Gewaltthätigkeiten einstellen, ist die schleunigste Versetzung aus der Familie in die Irrenanstalt geboten. Gewarnt muss namentlich werden vor den vielfachen unverständigen Versuchen, die heran-

nahende Psychose durch „Zerstreuungen“, anstrengende Reisen, Entziehungs- und Kaltwassercuren abschneiden zu wollen, bevor man sich zu dem einzig richtigen, lange perhorrescirten Schritte der Verbringung in das Asyl entschliesst. Die beste Zeit zum rationellen ärztlichen Handeln ist dadurch verloren gegangen, die krankhafte Reizbarkeit zu immer grösserer Höhe und vielleicht zur völligen, unheilbaren Erschöpfung gesteigert worden, sodass der Kranke nach allen den missglückten Versuchen schliesslich schon als geistige Ruine in die Hände des Irrenarztes gelangt. Trotzdem der Schwerpunkt der Behandlung Geisteskranker in der Irrenanstalt gelegen ist, bleibt es daher eine überaus wichtige Aufgabe des Hausarztes, rechtzeitig die Entwicklung der Störung zu erkennen und ohne viel Zeitverlust mit nutzlosem und häufig schädlichem Experimentiren die Versetzung des Kranken in die für ihn geeignete Umgebung zu veranlassen. Von besonderem Werthe wird es dabei sein, wenn er durch eine sachverständige Krankengeschichte dem Specialisten Aufschlüsse über den Beginn und bisherigen Verlauf des Leidens zu geben vermag, da ja die Aussagen des Kranken und selbst der Angehörigen über diesen Punkt nicht selten recht wenig zuverlässig sind.

Die Ueberführung des Kranken in die Anstalt, über deren Formalitäten die Bestimmungen verschiedener Länder vielfach von einander abweichen, soll niemals mit List geschehen, da ein derartiger Betrug denselben von vornherein mit Misstrauen gegen seine neue Umgebung erfüllt und jenes offene, vertrauensvolle Entgegenkommen hindert, welches für die psychische Einwirkung unerlässliche Vorbedingung ist. Weitaus am zweckmässigsten ist es, dem Patienten ruhig die Nothwendigkeit der Anstaltsbehandlung auseinanderzusetzen und in äusserst seltenen Nothfällen lieber zur zwangsweisen Verbringung zu schreiten. Meist genügt schon der blosser Hinweis auf das unabweisliche Bestehen einer solchen Massregel. Beim schwierigen Transporte sich selbst oder Andern gefährlicher oder sehr widerstrebender Kranker ist die vorübergehende Anwendung leichter mechanischer Beschränkung der Sicherheit wegen gestattet.

Auch für die Behandlung des weiteren Verlaufes der psychischen Störung besitzt die Anstalt alle Hilfsmittel, welche irgendwie auf eine günstige Gestaltung desselben hinzuwirken im Stande sind. Dahin gehört ausser den specialistisch ausgebildeten Aerzten ein wohlgeschultes, auf den Umgang mit Geisteskranken besonders eingeübtes, gut disciplinirtes Pflegepersonal, eine grössere Zahl verschieden ausgestatteter Abtheilungen für die einzelnen socialen und pathologischen Gruppen der Kranken (Unruhige, Halbruhige, Ruhige, Gebrechliche, Ueberwachungsbedürftige u. s. f.) und die verschiedenen Attribute sonstiger Krankenhäuser, ferner aber die Gelegenheit zu mannigfacher Beschäftigung, Spiel- und Gesellschaftsräume, Bibliothek, Werkstätten, Gärten, Ländereien. Je mehr die Anstalt mit chronisch verlaufenden Formen der Geistesstörungen zu rechnen hat, desto mehr wird sie in ihren Einrichtungen auf die Beschäftigung und Ablenkung ihrer Kranken Bedacht nehmen müssen, während die Abtheilungen für acut Erkrankte sich kaum wesentlich von denjenigen gewöhnlicher Hospitäler zu unterscheiden brauchen.

Die Verschiedenartigkeit der Aufgaben, welche die Irrenanstalt je nach der Eigenart ihrer Bewohner zu erfüllen hat, drängen mit Nothwendigkeit auf eine Arbeitstheilung hin, auf eine Differenzirung der Anstalten nach ihren besonderen Zwecken. Freilich die früher meist aufrecht erhaltene Trennung derselben in Heil- und Pflegeanstalten ist als unzweckmässig und undurchführbar fast überall verlassen worden. Anstatt dessen beginnt sich immer mehr die Scheidung zwischen kleineren, leicht erreichbaren, für acute Fälle, provisorische Unterbringung und eventuell auch den Unterricht geeigneten Stadtasylen und den grösseren, auf längere Pflege oder dauernde Versorgung eingerichteten, mehr isolirt gelegenen Irrenanstalten herauszustellen. Den Stadtasylen fällt dabei die Aufgabe zu, aus dem ganzen fortwährend zufließenden Krankemateriale die für die Anstalten passenden Fälle auszuwählen und sie denselben zu überweisen.

Einen überaus wichtigen Fortschritt hat das Anstaltswesen in der neueren Zeit erfahren durch die Ausbildung

der sog. Colonien, in welchen man, so weit wie irgend möglich, die Kranken zu einer freien Beschäftigung mit ländlichen Arbeiten heranzuziehen sucht. In diesem besten und relativ billigsten Verpflegungssysteme dürfte das ganze Problem der Irrenfürsorge auf lange Zeit hinaus seine endgültige Lösung gefunden haben. Den ersten in grösserem Massstabe durchgeführten, überraschend günstig ausgefallenen und bereits vielfach nachgeahmten Versuch einer derartigen Anstalt repräsentirt das Rittergut Alt-Scherbitz in der Provinz Sachsen, welches gänzlich durch geisteskranke Arbeiter bewirthschaftet wird. Selbstverständlich ist hier zur Behandlung der frischen Fälle und der vorübergehenden Aufregungszustände noch eine kleinere Centralanstalt mit den für diese Zwecke geeigneten Einrichtungen nothwendig. Werthvoll vor Allem ist das coloniale System für die Unterbringung jener zahlreichen psychischen Invaliden, denen die Krankheit die Möglichkeit einer selbständigen Lebensführung genommen hat. Sie können durch die stete Anregung, welche die Arbeit giebt, lange Jahre hindurch in einem Zustande leidlichen Wohlseins erhalten werden, während sie ohne dieselbe vielleicht rettungslos einer raschen Verblödung anheimgefallen wären. Ich selbst habe Gelegenheit gehabt, Kranke, welche Jahre lang in einer grossen geschlossenen Anstalt gelebt hatten, unter dem Einflusse der relativen Freiheit und selbständigeren Beschäftigung in der Colonie auf geradezu überraschende Weise geistig aufleben zu sehen.

Auch noch nach einer anderen Richtung hin haben die humanen Bestrebungen der letzten Decennien die praktische Lösung der Irrenfrage wesentlich gefördert. Indem man ausging von dem Muster der belgischen Ortschaft Gheel, deren Bewohner sich seit alter Zeit aus ursprünglich religiösem Anlasse (Cultus der heiligen Dymphna) mit der privaten Pflege Geisteskranker beschäftigen, hat man auch in Deutschland (Ilten bei Hannover) den glücklichen Versuch gemacht, eine familiäre Verpflegung von Irren unter ärztlicher Aufsicht in ausgedehnterem Masse zu organisiren. Freilich wird sich nicht jede Bevölkerung, und vor Allem wird sich immer nur ein kleiner Bruchtheil von

Kranken für diese an sich bestechendste Form der Fürsorge eignen. Ohne Zweifel aber ist die familiäre Verpflegung als ein werthvolles und in vieler Beziehung unersetzliches Glied in der ganzen Kette von Institutionen anzusehen, welche das schwere Schicksal unserer Kranken zu erleichtern berufen sind.

Die Aufgabe des Irrenarztes schliesst ab mit der Entlassung des Kranken aus der Anstalt. In der Regel soll dieselbe nur nach erfolgter Genesung geschehen, aber es giebt nicht so gar selten Fälle, in denen der langsame Gang der Reconvalescenz und ein sehr lebhaftes, allerdings noch krankhaftes Heimweh oder das Drängen der Angehörigen zu einer etwas vorzeitigen Entlassung zwingen, wenn man nicht die Gefahr einer Verschlechterung oder gar eines unvermutheten Selbstmordes riskiren will. Bei vorsichtiger Auswahl der Kranken und unter günstigen häuslichen Verhältnissen pflegt sich dann die weitere Heilung meist ungestört zu vollziehen. Bisweilen jedoch kommen baldige Rückfälle vor, besonders wenn des Reconvalescenten zu Hause wieder Noth und Sorge, lieblose, rohe Behandlung oder die Gelegenheit zu Excessen wartet. Gerade für ihn ist aber, Schonung, Vermeidung jeder Ueberanstrengung und eine nur ganz allmähliche Einführung in die alltägliche Berufslast dringend nothwendig. Wohlhabendere schieben daher zweckmässig zwischen die Reconvalescenz und den vollen Eintritt in ihre früheren Pflichten einen kurzen Badeaufenthalt, Besuch in befreundeter Familie u. dergl. ein.

Jede Entlassung aus der Irrenanstalt ist zunächst eine versuchsweise und wird erst nach einigen Monaten eine definitive, um die Rückversetzung im Falle einer Verschlimmerung zu erleichtern. Auch ungeheilte und sogar unheilbare Kranke werden aus der Anstaltsbehandlung entlassen, wenn sie keine therapeutischen Angriffspunkte mehr darbieten und sich für die Familienpflege eignen oder sich psychische Selbständigkeit genug bewahrt haben, um in günstigen äusseren Verhältnissen kürzere oder längere Zeit ohne besondere ärztliche Aufsicht leben zu können. Es giebt sogar gewisse Kategorien von Kranken, denen an sich

der Anstaltsaufenthalt direct schadet, wenn auch andererseits mit Rücksicht auf die Umgebung ihre Internirung unumgänglich erscheint. Namentlich in solchen Fällen wird jede Wendung zum Bessern, soweit das ohne Gefahr geschehen kann, dazu ausgenutzt werden, dem Kranken die Wohlthaten des Lebens in der Freiheit für längere oder kürzere Zeit wieder zugänglich zu machen.

---



# Die specielle Pathologie und Therapie des Irreseins.

## Die Classification der Psychosen.\*)

Die nächste Aufgabe einer speciellen Pathologie der Geistesstörungen bildet die Definirung und Umgrenzung einzelner Krankheitsformen. Zur Lösung dieser Aufgabe müssten uns einerseits die Anomalien in dem Ablaufe der physiologischen Vorgänge unserer nervösen Centralorgane, andererseits die mit ihnen zusammenhängenden psychischen Functionsstörungen genau bekannt sein. Nur dann offenbar wären wir im Stande, aus den psychischen Symptomen auf die pathologischen körperlichen Grundlagen derselben, sowie weiterhin auf die Ursachen des ganzen Krankheitsprocesses zurückzuschliessen und umgekehrt. Leider sind wir von einer derartigen tieferen Einsicht in die Mechanik der Geisteskrankheiten heute nur allzuweit noch entfernt. Wir können uns aber auch nicht verhehlen, dass gerade die Annäherung an jenes uns zunächst vorschwebende Ziel uns höchst wahrscheinlich immer eindringlicher die Unmöglichkeit einer wirklich durchgreifenden Eintheilung der Seelenstörungen darthun wird.

Ueberall, wo wir den Versuch machen, Lebensvorgänge ohne Rest und ohne Zwischenstufen in ein Schema ein-

---

\*) Kahlbaum, Die Gruppierung der psychischen Krankheiten. 1863; Volkmanns klinische Vorträge, 126; Oebbecke, Vergleichende Uebersicht der Classificationen der Psychosen, Diss. 1886.

zuordnen, machen wir die Erfahrung, dass sich die anfangs scharf erscheinenden Grenzen bei genauerer Erkenntniss des Gegenstandes immer mehr verwischen, dass von jedem Beobachtungstypus zahllose, unmerklich variirende Mittelglieder zu den benachbarten Typen hinüberführen. Der Unmöglichkeit einer kategorischen Scheidung zwischen normalen und pathologischen Zuständen haben wir früher schon gedacht; ebenso werden wir mit Bestimmtheit erwarten müssen, zwischen den einzelnen empirisch construirten „Krankheitsformen“ alle möglichen Uebergänge im Leben anzutreffen. Sehen wir doch auch in der inneren Medicin selbst die bestcharakterisirten genera morbi, die acuten Infectiouskrankheiten, sich durch die grossen Gruppen der „nicht ausgesprochenen“, „abortiven“ u. s. w. Fälle allmählich in anders benannte „Krankheitsspecies“ hinein verlieren! Eine besonders grosse Ausdehnung wird das Gebiet der Zwischenformen bei den Geistesstörungen durch den Umstand gewinnen müssen, dass die einzelnen Theile des Gehirns nicht functionell gleichwerthig sind. Nicht nur die Art und Intensität der krankhaften Veränderungen, sondern auch ihre Localisation wird daher vermuthlich eine unübersehbare Scala feinerer Nüancen in der Gestaltung des psychischen Zustandes zu erzeugen im Stande sein.

Wenn wir somit von einer systematischen Eintheilung der Seelenstörungen, etwa im Sinne Linnés, für alle Zeiten, und von einer Aufstellung wissenschaftlich fest begründeter Typen für jetzt noch absehen müssen, so fordert doch das praktische Bedürfniss schon heute wenigstens eine ungefähre Gruppierung des empirisch gewonnenen Materiales, die um so bleibenderen Werth besitzen wird, je weniger sie sich durch verfrühte Speculationen in der nüchternen Verarbeitung der Thatsachen beeinflussen lässt.

Die sicherste Grundlage für eine derartige Classification des Irreseins scheint, namentlich im Hinblick auf die Erfahrungen der inneren Medicin, zunächst die pathologische Anatomie zu versprechen. Leider indessen liegt die Aussicht auf die Feststellung verwerthbarer Leichenbefunde für die grosse Mehrzahl der Geistesstörungen wegen ihres anscheinend „functionellen“ Charakters noch in weiter Ferne.

Selbst dort aber, wo wir schon heute gröbere Veränderungen im Gehirne nachzuweisen vermögen, fehlt uns doch durchaus noch das genauere Verständniss für den Zusammenhang der anatomischen Thatsachen mit den klinischen Erscheinungen, so dass wir es höchstens in ganz extremen Fällen (Miss- oder Hemmungsbildungen, ausgedehnte Zerstörungen, hochgradige Atrophie) wagen dürften, am Sectionstische einigermaßen zuversichtliche Vermuthungen über den psychischen Zustand während des Lebens auszusprechen. An der Unzulänglichkeit des positiven Materiales, wie an der Schwierigkeit seiner functionellen Verwerthung sind daher auch die bisherigen Versuche einer pathologisch-anatomischen Classification der Geistesstörungen sämmtlich gescheitert.

Kaum weniger schwerwiegende Einwände lassen sich gegen den Versuch einer ätiologischen Eintheilung der Psychosen vorbringen. Allerdings giebt es Ursachen, deren Einfluss sich in gewissen charakteristischen klinischen Merkmalen geltend macht und somit umgekehrt aus diesen erkannt werden kann. Der grossen Mehrzahl nach haben indessen die Ursachen des Irreseins einen sehr verschiedenen Effect, sowol nach der Dauer und Intensität ihres Einwirkens, als auch nach der Constitution des Organismus, den sie treffen; sie wirken ferner selten einzeln, meist in Verbindung, so dass sich der causale Zusammenhang der gegebenen Erscheinungen fast niemals mit jener Klarheit durchschauen lässt, wie etwa bei dem Verlaufe einer Infectiouskrankheit.

Bei Weitem am häufigsten ist der Weg einer symptomatischen Classification der Geistesstörungen eingeschlagen worden, weil die Erscheinungen des Irreseins dem Beobachter am unmittelbarsten in die Augen fallen. Allein wir stossen auch hier auf Schwierigkeiten, sobald es gilt, das Wesentliche vom Zufälligen und Nebensächlichen zu unterscheiden. Dazu kommt, dass uns bei der Unvollkommenheit unserer Forschungsmittel die vielleicht ganz verschiedene Entstehungsweise und Bedeutung für identisch gehaltener Erscheinungen gänzlich verborgen bleiben kann. Man denke nur an die Verwirrung, welche etwa ein Zusammenwerfen aller körperlichen Erkrankungen mit Albuminurie zur Folge haben würde!

Besässen wir auf einem der drei Gebiete, der pathologischen Anatomie, der Aetiologie oder der Symptomatologie des Irreseins eine durchaus erschöpfende Kenntniss aller Einzelheiten, so würde sich nicht nur von jedem derselben her eine einheitliche und durchgreifende Eintheilung der Psychosen auffinden lassen, sondern jede dieser drei Classificationen würde auch — diese Forderung ist das Fundament unserer wissenschaftlichen Forschung überhaupt — mit den beiden anderen wesentlich zusammenfallen. Die aus den gleichen Ursachen hervorgegangenen Krankheitsfälle würden stets auch dieselben Erscheinungen und denselben Sectionsbefund darbieten müssen. Aus dieser Grundanschauung ergibt sich, dass die klinische Gruppierung der psychischen Störungen sich auf alle drei Kriterien der Classification, denen man noch die aus dem Verlaufe, der Prognose, ja der Therapie gewonnenen Erfahrungen hinzufügen muss, gleichzeitig zu stützen haben wird. Je mehr sich dabei die aus der verschiedenartigen Betrachtung gewonnenen Formen mit einander decken, desto grösser ist die Sicherheit, dass diese letzteren wirklich eigenartige Krankheitszustände repräsentiren.

Wenn wir in diesem Sinne auch heute schon tatsächlich eine ganze Reihe von Psychosen kennen, die mindestens ebensogut charakterisirt sind, wie die Mehrzahl der körperlichen „Krankheiten“, so setzen doch grosse Gebiete des Irreseins den classificatorischen Bestrebungen derartige Schwierigkeiten entgegen, dass man nicht selten eine befriedigende Eintheilung der Seelenstörungen als eine vielleicht überhaupt unlösbare Aufgabe betrachtet hat. Ich kann diese Anschauung nur insoweit theilen, als sie die oben erwähnten principiellen Hindernisse einer Einzwängung von Lebensvorgängen in scharf abgegrenzte Kategorien im Auge hat. Freilich wird Niemand die lediglich provisorische Bedeutung aller heute möglichen Systeme verkennen wollen, aber man darf dennoch hoffen, dass die weitere Entwicklung der klinischen, alle Eigenthümlichkeiten unseres Objectes gleichmässig verwerthenden Betrachtungsweise uns in vielleicht gar nicht so langer Zeit zu einer Gruppierung der Psychosen führen wird, welche sich den

analogen Leistungen im Bereiche der übrigen Medicin völlig gleichberechtigt an die Seite zu stellen vermag.

Die von mir im Folgenden gewählte Reihenfolge und Abgrenzung der Seelenstörungen lehnt sich in ihren Grundgedanken an die von Schüle und v. Krafft-Ebing aufgestellten Systeme an; sie verzichtet indessen auf die Durchführung einer eigentlichen Disposition und soll nur in grossen Umrissen die innere Verwandtschaft der wichtigsten Symptomencomplexe andeuten, welche uns die klinische Erfahrung heute kennen lehrt. Wenn man will, kann man sich das ganze Gebiet etwa in vier Hauptabschnitte zerlegt denken, welche der Reihe nach die Krankheitsgruppen I—V, VI—VIII, IX—XI und XII umfassen würden. Von diesen Abschnitten würde der erste die in der Regel durch äussere Ursachen ausgelösten, heilbaren, acuten und subacuten Krankheitsprocesse von typischem Verlaufe umfassen, während wir es im zweiten mit constitutionellen, wesentlich aus inneren Ursachen hervorstwachsenden, unheilbaren Zustandsveränderungen von chronischem, stationärem oder periodischem Verlaufe zu thun haben. Im dritten Abschnitte begegnen wir den mit schwereren Störungen der Hirnernährung und selbst tieferen organischen Veränderungen einhergehenden, meist durch äussere Schädigungen erworbenen Erkrankungen mit chronischem, gewöhnlich progressivem Verlaufe, und die letzte Kategorie endlich wird durch die angeborenen, stationären und unheilbaren krankhaften Zustände gebildet. Eventuell könnte man auch die im ersten und dritten Abschnitte aufgeführten Störungen als „accidentelle“ (acute typische und chronische progressive) Psychosen den constitutionellen und angeborenen Anomalien des zweiten und vierten Abschnittes gegenüberstellen. Natürlich ist dabei nicht an scharfe Abgrenzungen zwischen den angeborenen und erworbenen oder zwischen den aus inneren und den aus äusseren Ursachen hervorgehenden Erkrankungen zu denken, da uns die Erfahrung in beiden Richtungen vollkommen continuirliche Uebergänge aufweist. Ich habe daher im ersten Abschnitte die einzelnen Krankheitsgruppen nach der ätiologischen Bedeutung geordnet, welche bei ihnen nach meiner Auffassung etwa den inneren Ursachen, der

psychopathischen Praedisposition, zukommt. Während bei den Delirien und den acuten Erschöpfungszuständen die äusseren Ursachen der Erkrankung durchaus dominiren, tritt ihr Einfluss bei der Melancholie und Manie etwas, beim Wahnsinn noch mehr zurück. Der Wahnsinn bildet ätiologisch, symptomatisch und prognostisch den Uebergang zu den constitutionellen Psychosen des zweiten Abschnittes, wie diese letzteren uns hinwiederum ganz allmählich aus dem Gebiete der im Laufe des individuellen Lebens erworbenen in den Bereich der nicht nur als Disposition, sondern in Form ausgebildeter krankhafter Zustände angeborenen Seelenstörungen hinüberleiten.

---

## I. Die Delirien.

Als Delirien bezeichnen wir eine Gruppe rasch verlaufender psychischer Störungen, welche mit traumartiger Trübung des Bewusstseins und mehr oder weniger ausgesprochenen Reizerscheinungen (massenhaften Sinnestäuschungen, Aufregungszuständen) einhergehen. Die Entstehungsursachen des Deliriums haben, wie es scheint, das Gemeinsame, dass sie eine acute und intensive Reizwirkung auf die centrale Nervenmasse ausüben. Die besondere Art dieser Einwirkung und damit die Färbung des Krankheitsbildes kann sich natürlich je nach der Eigenthümlichkeit des Causalmomentes ausserordentlich verschieden gestalten; unter praktischem Gesichtspunkte indessen lassen sich wesentlich vier Hauptformen des Deliriums von einander abtrennen: das Fieberdelirium, das Intoxikationsdelirium, das transitorische Delirium und das Delirium acutum.

### A. Das Fieberdelirium.

Den Fieberdelirien hat man wegen ihrer kurzen Dauer und ihres „symptomatischen“ Charakters häufig die Zugehörigkeit zu den Geisteskrankheiten überhaupt streitig gemacht; eine fortschreitende Erfahrung hat uns indessen noch weit kürzer dauernde Psychosen kennen gelehrt und uns zu einer wesentlich symptomatischen Auffassung jeglichen Irreseins geführt. Das Krankheitsbild, welches die Fieberdelirien darbieten, ist kein gleichförmiges; vielmehr

können wir mit Liebermeister\*) mehrere Grade der Störung unterscheiden, welche augenscheinlich der Intensität des krankhaften Vorganges im Gehirn parallel gehen und uns von den Erscheinungen der Reizung allmählich in diejenigen der Lähmung und völligen Vernichtung der psychischen Functionen hinüberführen.

Der erste Grad des febrilen Deliriums kennzeichnet sich durch eine gewisse Unruhe, Reizbarkeit, Empfindlichkeit gegen stärkere Sinneseindrücke und Störung des Schlafes mit lebhaften, ängstlichen Träumen. Im zweiten Grade greift die Bewusstseinsstörung tiefer; die Wahrnehmung wird durch illusionäre und hallucinatorische, rasch sich mehrende Sinnestäuschungen verfälscht; die Vorstellungen gewinnen eine grosse Lebendigkeit; der Verlauf derselben entzieht sich in buntem, traumartigem Zusammenhange dem bewussten Einflusse der Kranken. Sie glauben sich von fabelhaften Gestalten bedroht und ringen in verzweifeltem Kampfe mit imaginären Gegnern; sie sehen aus den Arabesken der Tapete sich grinsende Fratzen oder Engelsköpfe bilden, die sich loslösen und im Zimmer herumfliegen; sie fühlen, wie ihnen der Kopf abgenommen wird, wie Jemand an ihrer Bettdecke zupft. Federleicht, schwebend werden sie über bunte, fabelhafte Gegenden, durch prächtig geschmückte Räume getragen; Glockenläuten ertönt und wirres Schreien, ein pathetisches Verdammungsurtheil oder liebliche Musik. In alle diese zusammenhangslosen Phantasien hinein mischen sich dann einzelne wirkliche Wahrnehmungen, die auch wol für Augenblicke den Kranken zur Besonnenheit zurückrufen; alsbald aber versinkt er wieder in die Fluth der massenhaft hereindringenden Täuschungen. Zugleich wächst die Unruhe; lebhaft expansive oder depressive Gefühle tauchen auf und entwickeln sich zu Affecten, bis dann auf der Höhe des dritten Grades das Krankheitsbild einer starken Bewusstseinstrübung mit völliger Unbesinnlichkeit, verworrener Ideenjagd, heftigen, oft wechselnden Affecten und mächtigem, selbst furibundem

---

\*) Liebermeister, Deutsches Archiv für klin. Medicin I, p. 543.



Bewegungsdrange zur Ausbildung gelangt ist. Allerdings gesellen sich nun schon häufig einzelne Lähmungssymptome diesen psychischen Reizungserscheinungen hinzu (vorübergehende soporöse Zustände, Schwäche und Unsicherheit der Bewegungen) und deuten bereits den Uebergang in den völligen Verfall des psychischen Lebens an. Im vierten Grade schwächt sich die Erregung zum Flockenlesen und unsicheren Herumtasten ab. Der Kranke murmelt einzelne zusammenhangslose Worte oder Sätze vor sich hin (blande, mussitirende Delirien) und versinkt schliesslich in einen Zustand dauernder Betäubung (Koma, Lethargie), aus dem er gar nicht oder doch nur durch sehr kräftige Reize vorübergehend erweckt werden kann (Koma vigil).

Als die pathologische Grundlage der Fieberdelirien können einmal das Fieber selbst (Temperatursteigerung, Beschleunigung des Stoffwechsels), sodann Circulationsstörungen (active, später venöse Hyperaemie, namentlich bei Beeinträchtigung der Herzaction) und endlich die Wirkung infectiöser Krankheitsgifte angesehen werden. Nicht selten kommt hier auch dem Alkoholismus eine wesentliche ätiologische Bedeutung zu, vor Allem bei der Pneumonie. Im Uebrigen spielt die Praedisposition bei der eingreifenden Natur der ursächlichen Momente eine verhältnissmässig geringe Rolle, doch ist es eine sehr bekannte Erfahrung, dass jüngere Lebensalter, Frauen und neuropathische Individuen schon bei niedrigeren Fiebergraden leichter zu Delirien geneigt sind.

Die Prognose dieser Störungen wird durch den Umstand getrübt, dass dieselben vorzugsweise schwerere Erkrankungensfälle zu begleiten pflegen; nach meiner Statistik starben 35,6% der Patienten, doch haben dabei nur sehr ausgeprägte Formen der Delirien Verwerthung gefunden. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (70,6%) übersteigt die Dauer der Alienation eine Woche nicht; fast regelmässig schwindet die Störung mit dem Abfalle des Fiebers. Nicht allzu selten indessen bleiben einzelne der auf der Höhe der Erkrankung entstandenen krankhaften Ideen noch einige Zeit uncorrectirt. Der im Delirium gesammelte Reichtum, die prächtigen Equipagen, über welche der Kranke

verfügte, das über ihn gesprochene Todesurtheil, die Unthat, die er begangen hat, beglücken und quälen ihn noch so lange, bis allmählich die getrübe Besonnenheit sich vollständig wieder klärt. In einzelnen Fällen nimmt die Psychose einen noch chronischeren, sich über einige Wochen oder Monate hinziehenden Verlauf mit Uebergang in ganz andersartige, selbständig entwickelte Krankheitsbilder (hallucinatorischer Wahnsinn, acute Demenz u. s. f.). Wahrscheinlich handelt es sich dabei entweder um prädisponirte Individuen, bei denen das Fieber mehr den äusseren Anstoss zur psychischen Erkrankung gegeben hat, oder aber um tiefere, sich nur langsam ausgleichende Ernährungsstörungen. In vereinzelt Fällen ist eine Rückbildung dieser letzteren überhaupt nicht mehr möglich; hier geht das Delirium direct in unheilbare Schwächezustände über.

Die Therapie der Fieberdelirien ist im Allgemeinen mit derjenigen des Grundleidens identisch. Ausserdem kann man sich des Eisbeutels auf den Kopf zur Bekämpfung der Hirnhyperraemie bedienen. Einen sehr entschiedenen Einfluss auf die Milderung der Fieberdelirien üben ferner die Anwendung kühler Bäder, sowie kalte Einwicklungen und Abreibungen aus, die man bei gleichzeitiger Herzschwäche zweckmässig mit der Darreichung von Alkohol verbindet. Wenig leisten die eigentlichen Fiebermittel, die ja zum Theil selbst Delirien zu erzeugen im Stande sind. In symptomatischer Beziehung ist ausser den durch die körperliche Erkrankung selbst erforderten therapeutischen Massnahmen auf sorgfältige Ueberwachung deliriöser Kranker Bedacht zu nehmen, da dieselben unter allen Umständen sich und Andern gefährlich werden (Gewaltacte begehen, entfliehen, aus dem Fenster springen) können. Furibunde Delirien pflegen in Krankenhäusern mit der Zwangsjacke behandelt zu werden; in der Irrenanstalt gelingt es unter dem Beistande eines ruhigen und gewandten Personals regelmässig, ohne jenes ultimum refugium durchzukommen. Die Anwendung von Schlafmitteln oder Narkoticis dürfte sich meist eher schädlich, als nützlich erweisen; höchstens könnte man mit Urethan oder den Bromsalzen einen Versuch machen. Nach dem Fieberabfalle ist eine roborirende Behandlung am Platze.

## B. Das Intoxikationsdelirium.

So gering im Allgemeinen wegen der relativen Seltenheit ihres Vorkommens die praktische Bedeutung der Intoxikationsdelirien sich gestaltet, so gross ist doch das theoretische Interesse, welches sie in Anspruch nehmen dürfen, weil gerade bei ihnen die ätiologische Abhängigkeit ganz bestimmter psychischer Symptomencomplexe von eindeutigen chemischen Einwirkungen auf die nervösen Centralorgane klar vor Augen liegen sollte. Freilich ist diese Forderung erst für ganz wenige Formen dieser Delirien zureichend erfüllt; vielfach kennen wir noch nicht einmal die chemische Natur des Giftes selber, in anderen Fällen doch nicht die Art seiner Wirkung auf die Nervensubstanz.

Vor Allem gilt dies für jene Intoxikationen, welche unmittelbar oder mittelbar durch Mikroorganismen verursacht werden, für die Infectionskrankheiten. Wie bereits früher angedeutet, kommen hier Delirien zur Beobachtung, welche bei dem Mangel anderweitiger Causalmomente (Fieber, Organerkrankungen) wesentlich auf die Vergiftung durch das infectiöse Ferment zurückgeführt werden müssen. Dahin gehören namentlich die Delirien der Lyssa, dann die im ersten Beginne der Erkrankung auftretenden „Initialdelirien“ des Typhus und der Variola, ferner jene Formen der Intermittens larvata, bei denen an Stelle der typischen Fieberanfälle deliriöse, bisweilen ganz afebrile Aufregungszustände sich einstellen. Gemeinsam ist allen diesen Störungen der Symptomencomplex tiefer Bewusstseinstrübung mit schreckhaften, verworrenen Sinnestäuschungen, intensiven Angstzuständen und der Neigung zu grässlichen Gewaltacten, Mord und Selbstmord. Dagegen erinnern die Delirien bei schwerer Sepsis mit ihrer Unbesinnlichkeit und ihrem mussitirenden Charakter häufig mehr an die Fieberdelirien, auch wenn die Temperatur nahezu oder ganz normal ist. Ob wir es hier mit toxischen Wirkungen oder einfach mit den Folgezuständen der Herzschwäche zu thun haben, mag dahingestellt bleiben; vielleicht ist nicht die Art, sondern der Grad der Ernährungsstörung die Ursache, dass hier die

Lähmungserscheinungen gegenüber den Reizsymptomen in den Vordergrund treten.

Zu den psychischen Alterationen gesellen sich die körperlichen Anzeichen der einzelnen Erkrankungen, die Reflexkrämpfe der Lyssa, die Hinfälligkeit und die Kopfschmerzen des Typhus, das Prodromalexanthem der Variola, die Milzschwellung der Intermittens, endlich leichte oder ausgesprochenere Temperatursteigerung, sowie fast völliger Mangel des Schlafes und Appetites. Bei der Lyssa schieben sich dazwischen nicht selten kürzere Zeiten völliger Besonnenheit ein, in denen der Kranke seine Umgebung selber vor sich warnt. Ebenso bieten die Initialdelirien, welche zunächst in der Nacht aufzutreten pflegen, während des Tages meist Remissionen dar, aber der Kranke befindet sich auch dann in einem Zustande dumpfer Benommenheit, die ihn keine Klarheit über seine Lage gewinnen lässt.

Die Dauer der Störung beträgt in der Regel nur einige Tage, selten mehr als eine Woche. Beim Wechsel- fieber pflegen sich die eine Reihe von Stunden dauernden Anfälle in intermittirendem Typus mehrmals zu wiederholen. Die Prognose gestaltet sich sehr verschieden. Die Delirien der Lyssa endigen regelmässig im tödtlichen Collaps. Beim Typhus kann die Störung mit dem deutlicheren Hervortreten der somatischen Symptome völlig verschwinden oder aber direct in febrile Delirien übergehen. In jedem Falle ist hier die Gefahr eines tödtlichen Ausganges der Erkrankung eine ganz ungewöhnlich grosse; wenig mehr, als ein Drittel der Kranken bleiben am Leben und gelangen zur Genesung. Dem gegenüber ist die Prognose der Intermittensdelirien, abgesehen von der Selbstmordgefahr, eine durchaus günstige.

Die Erkennung dieser Psychosen hat namentlich beim Initialdelirium bisweilen Schwierigkeiten. Nicht allzuseiten kommt es vor, dass dasselbe für eine beginnende Angstmelancholie oder für einen epileptischen Dämmerzustand gehalten wird, mit dem es in der That sehr grosse Aehnlichkeit besitzt. Der weitere Verlauf wird hier natürlich immer Aufklärung bringen. Die Intermittensdelirien können ebenfalls mit epileptischen Aequivalenten oder aber mit dem transitorischen Delirium verwechselt werden; die Beachtung

der Malariaintoxikation, eventuell die typische Wiederkehr der Anfälle kann davor schützen.

Die Behandlung der Delirien fällt auch hier mit derjenigen der zu Grunde liegenden Erkrankungen zusammen; speciell verdient erwähnt zu werden, dass die Intermittenspsychose dem therapeutischen Einflusse des Chinin sich zugänglich zu erweisen pflegt. Genaue Ueberwachung ist begreiflicherweise überall dringend geboten.

Eine grosse, aber bisher wenig gewürdigte und studirte Mannigfaltigkeit der psychischen Symptome bieten jene Delirien dar, welche durch die Intoxikation mit nicht organisirten Giften hervorgerufen werden. Im Allgemeinen pflegen hier ausgeprägtere Trugwahrnehmungen auf den verschiedensten Sinnesgebieten, traumhafte, bunt wechselnde Phantasien, vielfach mit lebhaften Lustgefühlen und ekstatischen Zuständen, meist ohne stärkere motorische Erregung, die Grundzüge des Krankheitsbildes zu liefern. Beim Chloroformdelirium tritt namentlich die eigenthümliche Unbesinnlichkeit in den Vordergrund, bei der Santoninvergiftung Gesichtshallucinationen und das „Gelbsehen“, unter der Einwirkung des Atropin die Gesichts- und Gehörstäuschungen. Das Haschischdelirium dagegen scheint ganz besonders gewisse Alterationen des Muskel- und Tastsinnes zu erzeugen, wie sie sich in den illusionären Veränderungen der äusseren und der Dimensionen des eigenen Körpers psychologisch widerspiegeln. Ausserdem entrückt der Opium- und der Haschischrausch das Individuum seiner realen Umgebung, gaukelt ihm angenehme, phantastische Bilder und Erlebnisse vor und versetzt dasselbe in heitere, selbstzufriedene Stimmung.

Die Stickstoffoxydulnarkose scheint demselben, abgesehen von der viel kürzeren Dauer, hinsichtlich der Färbung des Deliriums ähnlich zu sein; sie hat eine gewisse praktische Wichtigkeit erlangt wegen der bei ihr beobachteten Häufigkeit und Deutlichkeit sexueller Hallucinationen, welche schon mehrfach zu falscher Anschuldigung der narkotisirenden Zahnärzte geführt hat. Auf eine eingehendere Schilderung aller dieser und so vieler ähnlicher deliriöser Zustände, sowie ihrer körperlichen Begleiterschein-

ungen kann hier natürlich nicht eingegangen werden; es muss vielmehr in dieser Hinsicht auf die Lehrbücher der Toxikologie verwiesen werden.

Die Dauer solcher Intoxikationsdelirien ist regelmässig eine kurze, selten einige Stunden oder höchstens Tage überschreitende; die Prognose richtet sich ganz nach der Schwere der Vergiftung überhaupt. Die Diagnose wird zumeist aus den begleitenden Umständen, wie aus den somatischen Symptomen gestellt werden können; die Behandlung ist eine einfach causale nach den von der Toxikologie vorgeschriebenen Grundsätzen.

### C. Das Delirium transitorium.

Als Delirium transitorium (transitorische Tobsucht\*), Mania transitoria) bezeichnet man eine nicht sehr häufige psychische Erkrankung mit tiefer Bewusstseinstrübung und heftiger motorischer Erregung, welche sich durch ihr plötzliches, unvermitteltes Entstehen und ihren raschen Verlauf von den übrigen Formen der Delirien abgrenzt. Die Vorboten sind meist von kurzer Dauer und sehr unbestimmt (Ohrensausen, Funkensehen, Druck und Pulsiren im Kopfe, Umsinken, seltener eine unvermittelte Gesichtstäuschung) oder sie fehlen ganz. In einzelnen Fällen tritt der Anfall beim Erwachen aus dem Schlafe, in anderen im Anschlusse an eine heftige Gemüthsbewegung auf. Je nach der Art des Hereinbrechens und der Färbung des Affectes hat man verschiedene Formen des Delirium transitorium unterschieden. Zumeist fängt der Kranke plötzlich an, in zorniger oder ängstlicher Erregung gegen seine Umgebung gewaltthätig zu werden. Unter furchtbaren Drohungen greift er seinen Nachbar rücksichtslos an, richtet aber seine Wuth nicht bloss gegen Personen, sondern mit derselben blinden Zerstörungssucht auch gegen Alles, was ihm gerade in die Hände fällt. Mit stark geröthetem Kopfe und stierem Gesichtsausdrucke, kurze, abgerissene Sätze oder ein unarticulirtes

---

\*) Schwartz, Die transitorische Tobsucht. 1880; Venturi, le pazzie transitorie. 1888.

Schreien und Brüllen ausstossend, tobt er plan- und ziellos herum und pflegt gewöhnlich binnen kurzer Zeit eine vollständige Verwüstung unter den ihn umgebenden Gegenständen anzurichten.

Soweit man aus seinen fragmentarischen Aeusserungen entnehmen kann, glaubt er sich von grässlichen Gefahren umgeben, die er mit Aufgebot seiner ganzen Kraft zu bekämpfen sucht. Er sieht Räuber und Mörder, wilde Fratzen und Ungeheuer auf sich eindringen, hört Schüsse fallen und riecht erstickende Dünste, welche seinem Leben ein Ende machen sollen, aber Alles in wildem, verschwommenem Wechsel, ohne klaren Zusammenhang.

In dieser Form dauert der Paroxysmus gewöhnlich ohne Unterbrechung eine Reihe von Stunden an bis zu völliger Erschöpfung; seltener beobachtet man vorübergehenden Nachlass und nochmalige Steigerung der Aufregung. Der Abschluss des Anfalles vollzieht sich fast ausnahmslos durch das plötzliche Eintreten eines tiefen und lang dauernden Schlafes, aus dem der Kranke mit dem Gefühle der Abgeschlagenheit, aber bei vollständiger Besonnenheit und meist ohne jegliche Erinnerung an das Vorgefallene erwacht.

Die Aetiologie des Delirium transitorium ist eine dunkle. Wie es scheint, können eine Reihe von Gelegenheitsursachen den Ausbruch desselben herbeiführen, namentlich heftige, unangenehme Gemüthsbewegungen, sexuelle Erregung, schwere Indigestionen, der Aufenthalt in überhitzten, schlecht ventilirten Räumen, leichte Berausung; in der Regel wirken wol mehrere dieser Factoren zusammen. Auf die hereditäre und überhaupt psychopathische Prädisposition ist nach den Angaben von Schwartzer hier kein besonderes Gewicht zu legen; vielmehr sollen regelmässig Personen betroffen werden, welche bis dahin keinerlei nervöse oder psychische Störungen dargeboten hatten. Männer sind in erheblich höherem Grade prädisponirt als Frauen. Als die pathologische Grundlage des Delirium transitorium pflegt man zumeist Congestivzustände des Gehirns anzusehen, doch müssen ohne Zweifel noch andere Momente hinzukommen, um gerade jenen eigenthümlichen Symptomencomplex zur Auslösung zu bringen.

Die Prognose der Erkrankung ist als eine absolut günstige zu bezeichnen, da nicht nur der einzelne Anfall stets nach kurzer Zeit (längstens 10—24 Stunden) in Genesung überführt, sondern auch nach den bisherigen Erfahrungen die Wiederholung derartiger Paroxysmen im Ganzen sehr selten ist. Nur dort, wo ganz bestimmte Ursachen, namentlich der Genuss von Alkohol, die Störung herbeizuführen pflegen, kann natürlich in gleicher Weise dasselbe Krankheitsbild immer von Neuem wieder entstehen.

Der schwierigste Punkt in der Lehre vom Delirium transitorium ist die Abgrenzung desselben von einer Reihe nahe verwandter Erkrankungen. Schwartz hat mit grossem Scharfsinn die charakteristischen und unterscheidenden Merkmale dieser Störung zusammengestellt, allein es erscheint zweifelhaft, ob im einzelnen Falle wirklich immer eine so sichere Differentialdiagnose möglich ist. Von gewissen Formen der epileptischen Dämmerzustände lässt sich das Delirium transitorium als Krankheitsbild schlechterdings nicht unterscheiden; nur der gänzliche Mangel an sonstigen epileptischen Symptomen und die Isolirtheit des Anfalles kann hier die Diagnose begründen, wenn man nicht trotzdem den ganzen Paroxysmus einfach in die Reihe der epileptoiden Zufälle stellen will. Gegenüber dem einfachen Rausch, mit dem es in der Praxis bisweilen verwechselt wird, ist das Missverhältniss zwischen dem genossenen Alkoholquantum und der plötzlich, ohne näheren Anlass hereinbrechenden furibunden Aufregung zu beachten.

Die Behandlung des Delirium transitorium hat bei der Eigenart dieser Störung kaum einen Spielraum. Die Beruhigung des Kranken durch Medicamente ist bisher regelmässig misslungen, doch besitzen wir vielleicht in dem Hyoscin ein Mittel, dessen Anwendung zur Coupirung des Anfalles versucht zu werden verdiente. Im Uebrigen müssen wir uns darauf beschränken, die Umgebung des Kranken vor seinem Wüthen zu sichern und den raschen Ablauf der Erkrankung abzuwarten.



**Das Delirium acutum. \*)**

Als Delirium acutum bezeichnet man einen Symptomencomplex, der vielleicht keinem selbständigen Krankheitsprocesse, sondern einem pathologischen Vorgange entspricht, welcher sich im Verlaufe sehr verschiedenartiger Psychosen (Dementia paralytica, Manie, Delirium tremens, Melancholia activa) entwickeln kann. Wie es scheint, handelt es sich dabei um eine rasch sich ausbildende, sehr intensive Hirnreizung mit baldigem Uebergang in Lähmung.

Als Vorboten des Delirium acutum werden heftiger Kopfschmerz, Druckgefühl, Benommenheit, Schwindelerscheinungen, innere Angst, unruhige Träume angegeben; nicht selten haben die Kranken die Befürchtung einer heranahenden schweren Hirnaffectio. Am häufigsten aber sieht man den ganzen Symptomencomplex sich direct in den Verlauf einer der genannten Psychosen hineinschieben, indem mit einem Male ein heftiger, rasch sich steigernder Aufregungszustand mit völliger Verwirrtheit und triebartigen motorischen Reactionen zur Entwicklung gelangt. Der Kranke verliert die Orientirung in seiner Umgebung, wird unbesinnlich, delirirt in abgerissenen, zusammenhangslosen Ausrufen, meist schreckhaften Inhaltes, und zeigt eine elementare Unruhe, die sich bald in impulsiven Gewaltthätigkeiten und blindem Zerstören, bald in rastlosem Trommeln, Wälzen, Zappeln, Wischen, Schnauben u. dergl. kundgiebt. Der Gesichtsausdruck ist verstört, der Kopf geröthet; die Nahrungsaufnahme wird fast unmöglich (Unruhe, Sprudeln, Ausspucken), der Schlaf ist bis auf kurze Augenblicke eines collapsartigen Halbschlummers gänzlich aufgehoben. Meist schon nach kurzer Dauer dieses Zustandes treten mehr oder weniger plötzlich die Anzeichen einer wesentlichen Verschlimmerung hervor. Das Bewusstsein trübt sich bis zum Sopor; die lebhaften Delirien werden mussitirend; die motorische Erregung ermässigt sich zum Händeklatschen, Flockenlesen, Herumtasten und Zupfen an der Bettdecke; die Sprache

---

\*) Jehn, Archiv f. Psychiatrie VIII, 3; Spitzka, Journal of the American medical association, 1887, August.

wird zum unverständlichen Lallen oder Flüstern abgerissener, stereotyper Silben- und Buchstabencombinationen. Die Körpertemperatur bewegt sich in unregelmässigen Schwankungen zwischen  $38^{\circ}$  und  $39^{\circ}$  oder tiefer, steigt zuweilen bis auf  $41^{\circ}$ ; der Puls ist klein, weich, frequent; im Harn findet sich mitunter Eiweiss. Die Ernährung sinkt rapide; die Haut wird schlaff, welk und fahl, die Zunge trocken, rissig, bedeckt sich mit fuliginösen Krusten. Die Reflexerregbarkeit schwindet; es stellen sich verschiedenartige Lähmungserscheinungen, Pupillenerweiterung, Verschlucken, Tremor und Unsicherheit der Bewegungen, Zusammensinken des Körpers u. s. w. ein, bis endlich unter Zunahme der Herzschwäche in der Mehrzahl der Fälle der Tod erfolgt.

Ohne Zweifel kann dieses schwere Krankheitsbild einfach durch eine begleitende somatische Affection (Pneumonie, Myokarditis, Septicaemie) hervorgerufen werden, und oft genug hat mir die Autopsie diese Vermuthung bestätigt. Indessen es giebt Fälle, in denen an der Leiche anscheinend jede Organerkrankung fehlt. Möglicherweise werden hier gewisse schwerer erkennbare Veränderungen (Herz und Gefässe) übersehen, oder aber es handelt sich dabei in der That um einen primären Erkrankungsvorgang im Gehirn. Für diese letztere Annahme scheint der Umstand zu sprechen, dass man beim Delirium acutum mehrfach sehr stark hyperaemische Zustände des Schädelinhaltes, ferner die Erscheinungen venöser Stauung und ihrer Folgen gefunden hat, ödematöse Schwellung, Auswanderung von weissen und selbst rothen Blutkörperchen in die perivascularären und periganglionären Lymphräume. Leider sind diese Befunde nicht constant und nicht eindeutig genug, um uns zu einer allgemeingültigen Auffassung des Delirium acutum zu verhelfen. Ebenso wenig liefern die ätiologischen Erfahrungen, welche auf eine Praedisposition durch Erblichkeit, langdauernde Gemüthsbewegungen, Excesse, Ueberanstrengungen, Kopfverletzungen hinweisen, unserem Verständnisse speciellere Anhaltspunkte.

Der Verlauf des Delirium acutum bietet bisweilen sehr auffallende Schwankungen dar; die Unruhe und Ver-

wirrtheit kann für Stunden durch Pausen relativer Besonnenheit unterbrochen werden, um dann mit erneuter Intensität wieder hereinzubrechen. Die Dauer des Zustandes übersteigt selten einige Wochen. In der kleinen Anzahl günstig verlaufender Fälle vollzieht sich die Erholung äusserst langsam; oft genug bleibt trotz der körperlichen Kräftigung dauernder Schwachsinn zurück, oder es treten nunmehr die früher vielleicht nur angedeuteten Erscheinungen einer vorgeschrittenen Dementia paralytica unverkennbar hervor. Eine eigentliche Diagnose des Delirium acutum ist bei dem heutigen Stande der Frage nur insoweit zu stellen, als man diejenigen Fälle intensiver, triebartiger Aufregung mit raschem Verfall der Kräfte dahin rechnet, in denen sich weder ein bestimmter somatischer, noch ein anderweitiger psychischer Krankheitsprocess im Leben oder nach dem Tode diagnosticiren lässt.

Die Behandlung des Delirium acutum hat die Aufregung zu bekämpfen und den Collaps zu verhüten. Es ist möglich, dass in vereinzelt Fällen der ersteren Indication, wie angegeben wird, durch locale Blutentziehungen genügt werden kann; in der Regel wird man mit der Bettruhe und mit protrahirten Bädern unter kühlen Ueberrieselungen des Kopfes auszukommen suchen. Vor dem Chloralhydrat dürfte zu warnen sein; Paraldehyd, (eventuell per Klysmata) und vielleicht auch vorsichtige Opium- oder Hyoscinegaben sind besser am Platze, bisweilen direct Stimulantien (Alkohol, Campher, Aether). Neuerdings wird von v. Krafft-Ebing im Anschlusse an Solivetti das Ergotin (1 gr pro die) sehr warm empfohlen. Besondere Sorgfalt wird man auf die Ernährung des Kranken verwenden müssen, welche bei längerer Dauer des Zustandes öfters die Anwendung der Schlundsonde nothwendig macht. Blase und Darm sind wegen der Gefahr der Retention genau zu controliren; ebenso ist die Möglichkeit eines Decubitus im Auge zu behalten (sorgfältige Lagerung, Waschungen, Reinlichkeit, Herumdrehen).

---

## II. Die acuten Erschöpfungszustände.

Unter dem Namen der acuten Erschöpfungszustände fassen wir diejenigen psychischen Störungen zusammen, welche sich durch einen rasch eintretenden, mehr oder weniger hochgradigen Verfall der psychischen Functionen auszeichnen. Bisweilen sind dieselben, wenigstens vorübergehend, von psychischen und cerebralen Reizungserscheinungen begleitet. Da sie sich ausnahmslos unter Verhältnissen entwickeln, welche eine durchgreifende, acute Beeinträchtigung der Hirnernährung mit sich bringen, so sind wir berechtigt, mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Erschöpfung des centralen Nervensystems als die pathologische Grundlage der hier in Betracht kommenden Psychosen anzusehen, um so mehr, als das klinische Bild und der Verlauf dieser letzteren mit jener Auffassung in bestem Einklange steht. Je nach der Art, wie sich die psychischen Reizungs- und Lähmungserscheinungen mit einander combiniren, können wir eine Anzahl verschiedener Krankheitsbilder von einander abgrenzen, von denen die ersten beiden, das Collapsdelirium und die hallucinatorische Verwirrtheit, eine nahe Verwandtschaft zu den früher besprochenen deliriösen Zuständen aufweisen, während in den beiden letzten Formen, der asthenischen Verwirrtheit und dem acuten Schwachsinn, die Situation ausschliesslich durch die Erscheinungen einer hochgradigen Herabsetzung der psychischen Leistungsfähigkeit beherrscht wird.

### A. Das Collapsdelirium.

Das Collapsdelirium ist ein äusserst stürmisch sich entwickelnder Zustand hochgradiger Verwirrtheit mit traumhaften Sinnestäuschungen und lebhafter mo-

torischer Erregung. Die Krankheit bricht fast immer ohne besondere Vorboten plötzlich herein, am häufigsten in der Nacht. Die Patienten springen aus dem Bette, laufen mit verstörter Miene im Zimmer herum, sind in fortwährender Unruhe, schwatzen viel und verworren durcheinander, geben ganz unzutreffende Antworten und verkennen ihre Umgebung. Die Stimmung wechselt dabei vielfach, ist aber in der Regel eine vorwiegend ängstliche. In den Reden der Kranken lassen sich Andeutungen unklarer Wahnideen, meist depressiven, seltener expansiven Inhalts erkennen, welche wahrscheinlich mit den Sinnestäuschungen in Zusammenhang stehen. Die Kranken deliriren von Gift, von Gensdarmen, vom Teufel, vom Kaiser oder von Engeln und Christus, aber Alles ohne den mindesten Zusammenhang. Nicht selten tritt die Neigung zu plötzlichen Gewaltthaten, namentlich zum Selbstmorde (Sprung aus dem Fenster) oder zum Entweichen (im blossen Hemde, bei Winterkälte) hervor. Der Schlaf ist während der Erkrankung gänzlich aufgehoben, die Nahrungsaufnahme durch die andauernde Unruhe in hohem Grade beeinträchtigt. Der Kopf ist kühl, die Hautfarbe blass, der Puls klein, anfangs oft enorm verlangsamt; das meist schon vorher stark gesunkene Körpergewicht zeigt eine rasche, weitere Abnahme.

Die häufigste Veranlassung zum Entstehen von Collapsdelirien geben das Puerperium und diejenigen acuten körperlichen Erkrankungen, welche mit sehr jähem Abfalle der Temperatur und der Pulsfrequenz einhergehen, namentlich Pneumonie und acute Exantheme. Wir haben daher ein gewisses Recht, die in allen diesen Fällen entstehende Hirnanaemie für das Zustandekommen der psychischen Störungen verantwortlich zu machen. Die Dauer des Collapsdeliriums beträgt in der Regel nur einige Tage, bisweilen nur Stunden, selten mehr als ein bis zwei Wochen. Die Besonnenheit tritt fast immer plötzlich wieder hervor, oft nach einem längeren Schläfe, wenn auch eine gewisse Schwerfälligkeit und Unklarheit des Denkens sowie eine grosse Labilität der Stimmung sich bisweilen erst nach einiger Zeit vollständig verliert. Die Erinnerung an die überstandene Krankheit ist äusserst unklar oder fast gänzlich aufgehoben.

In einzelnen Fällen folgt auf das Collapsdelirium noch ein kürzer oder länger dauerndes Stadium acuten Schwachsinn.

Der Ausgang der Krankheit ist, abgesehen von der Gefahr des Selbstmordes und etwaiger somatischer Complicationen, regelmässig ein günstiger. Die Diagnose des Collapsdeliriums ergibt sich gewöhnlich ohne Weiteres aus den begleitenden Umständen; von den meisten der früher besprochenen Delirien unterscheidet es sich durch die Art seiner Entstehung, den plötzlichen Ausbruch sowie die hochgradige Verworrenheit und Zusammenhangslosigkeit des Ideenganges. Mit den epileptischen Dämmerzuständen wird man es wegen Mangels einer epileptischen Grundlage, mit dem Delirium transitorium wegen des protrahirten Verlaufes nicht verwechseln.

Die Behandlung hat vor Allem der drohenden Erschöpfung durch zweckmässige Ernährung des Kranken, sowie durch Beruhigungs- und Schlafmittel (Bettruhe, protrahirte Bäder, Hypnotica) entgegenzuarbeiten; bisweilen, namentlich bei Trinkern und bei grosser Herzschwäche, sind Stimulantien (starker Wein, Grog, Campher) am Platze. Unter allen Umständen ist eine sorgfältige, unausgesetzte Ueberwachung erforderlich. In der mit starkem Appetit und bedeutender Gewichtszunahme einhergehenden Reconvalescenz verdient die Abhaltung intellectueller und gemüthlicher Schädlichkeiten, sowie die Verhütung vorzeitiger Rückkehr zur Berufsarbeit eingehende Beachtung.

### B. Die hallucinatorische Verwirrtheit.\*)

Gewissermassen als ein protrahirtes Collapsdelirium können wir die hallucinatorische Verwirrtheit auffassen. Auch hier sehen wir rasch eine ziemlich tiefgreifende Bewusstseinstrübung mit traumhafter Verkennung der Wirklichkeit und zahlreichen Hallucinationen der verschiedensten Sinnesgebiete zur Ausbildung gelangen, aber der ganze Krankheitsprocess entwickelt sich langsamer und

\*) Meynert, Jahrb. f. Psychiatrie, 1881; Mayser, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XLII, 1; Wille, Archiv f. Psychiatrie, XIX, 2.

hat eine wesentlich längere Dauer; die motorische Erregung ist keine so ununterbrochene, stürmische, triebartige, sondern die verschiedenartig gefärbten Affectausbrüche erfolgen mehr episodisch mit dazwischen liegenden Remissionen. Ohne Zweifel aber giebt es zwischen beiden Krankheitsbildern Uebergänge.

Die Ursache der hallucinatorischen Verwirrtheit bilden regelmässig erschöpfende Einflüsse, seien es acute Krankheiten (Gelenkrheumatismus, Typhus), das Puerperium, Blutverluste, seien es mehr chronisch einwirkende Schädigungen, welche den Boden für die Psychose soweit vorbereiten, dass nunmehr irgend ein unbedeutender äusserer Anlass den Ausbruch derselben herbeiführt. Mayser hat die Krankheit daher auch direct als „asthenisches Delirium“ bezeichnet. Die psychopathische Praedisposition, namentlich auch durch Alkoholismus, spielt hier schon eine etwas grössere Rolle, als beim Collapsdelirium, bei welchem die plötzliche Umwälzung im Organismus durchaus die dominirende Ursache der Psychose bildet.

Die Entwicklung der Krankheit vollzieht sich gewöhnlich binnen wenigen Tagen. Die Kranken werden still, ängstlich, schlafen schlecht, träumen unruhig, hören Brausen und Rauschen im Kopfe, werden leicht verwirrt und sind ausser Stande, ihre Aufmerksamkeit längere Zeit auf irgend einen Gegenstand zu richten. Die ganze Umgebung erscheint ihnen verändert, unheimlich; schreckliche Ahnungen steigen in ihnen auf, und in wachsender Angst und Benommenheit verlieren sie mehr und mehr die klare Orientirung. Mit dem eigentlichen Ausbruche der Psychose, welcher meist in die Nachtstunden fällt, stellen sich bei den Kranken unter raschem Anwachsen der ängstlichen Erregung massenhafte Sinnestäuschungen ein, von vorwiegend schreckhaftem, feindseligem, seltener heiterem, expansivem Charakter. In bunter Folge und Mischung spiegeln sich in diesen Täuschungen eine Reihe phantastischer Situationen und Erlebnisse. Die Kranken sehen Feuer, Fratzen, fremde Gegenden, Engel; sie hören Schüsse, Glockenläuten, Donner, Schimpfworte, Drohungen und abgerissene Mittheilungen des abenteuerlichsten Inhaltes; ebenso geben mannigfache Sensationen im

eigenen Körper, Ziehen, Stechen, Brennen, Starrwerden der Glieder, namentlich aber die Empfindungen des Schwankens und Fliegens, das Material für den Aufbau fabelhafter Phantasiegebilde ab. Der Kranke befindet sich auf einem Schiffe, fährt mit ungeheurer Geschwindigkeit in die Hölle, wird durch schlangenerfüllte Abgründe hindurchgezogen. Das jüngste Gericht ist hereingebrochen, und er ist zu leicht befunden worden; er wird zum Tode verurtheilt, lebendig begraben, plötzlich auf die Fürbitte seiner Eltern wieder begnadigt, von grossen Volksmengen verfolgt, hinterrücks erschossen, mit ungeheuren Summen beschenkt, die ihm unter den Händen zerrinnen, vergiftet und zum Kaiser gekrönt.

Alle diese Vorgänge, welche die Kranken zum Theil direct erleben, zum Theil durch die Gehörstäuschungen erfahren, haben etwas traumhaft Unbegreifliches, werden aber von den völlig verwirrten Kranken durchaus als Wirklichkeit aufgefasst. Ihre Stimmung ist daher meist eine wechselnde, wenn auch ängstliche Affecte stets überwiegen. Sie werden plötzlich erregt, remonstriren gegen die Stimmen in zusammenhangsloser Weise, springen aus dem Bette, jammern, rufen um Hülfe, suchen zu entfliehen und schreiten nicht selten sogar zu Gewaltthaten gegen sich selbst oder gegen die für feindselig gehaltene Umgebung. Zu andern Zeiten sind sie ruhiger oder selbst auffallend heiter und geschwätzig, aber immer ganz befangen in ihren romanhaften Täuschungen; selten nur schieben sich Stunden grösserer Besonnenheit dazwischen ein, in denen man ein zusammenhängenderes Gespräch mit ihnen führen kann. Der Schlaf ist regelmässig sehr gestört; ebenso ist die Nahrungsaufnahme wegen der Verwirrtheit und des Misstrauens der Kranken erheblich beeinträchtigt; das Körpergewicht sinkt rasch.

Die Dauer der Erkrankung beträgt regelmässig eine Reihe von Wochen oder häufiger von Monaten. Der Nachlass der Krankheitserscheinungen pflegt sich in der Weise zu vollziehen, dass die Patienten zunächst ruhiger und geordneter werden. Dann treten mit der Besserung des Schlafes und Appetites die Sinnestäuschungen allmählich zurück, bis endlich auch eine Correctur der verworrenen



Reminiscenzen und damit völlige Krankheitseinsicht möglich wird. Sehr gewöhnlich besteht auch jetzt eine gewisse Herabsetzung der psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit, leichte Ermüdbarkeit, Reizbarkeit noch längere Zeit; bisweilen erfolgt sogar die Genesung erst durch ein kürzeres oder längeres Zwischenstadium acuter Demenz hindurch. Die Prognose der Störung scheint im Allgemeinen eine durchaus günstige zu sein; offenbar sind die hier zu Grunde liegenden Veränderungen im Nervengewebe einer vollkommenen Rückbildung fähig.

Die Abgrenzung der hallucinatorischen Verwirrtheit vom Collapsdelirium ist schon oben versucht worden. Von den verschiedenen Formen der Delirien unterscheidet sich die hier besprochene Störung durch die längere Dauer und die selbständigere psychologische Entwicklung einerseits, durch ihre Aetiologie und die günstige Prognose andererseits. Gegenüber dem hallucinatorischen Wahnsinn ist hauptsächlich auf die grössere Verwirrtheit, den phantastischen Reichthum der Sinnestäuschungen und den zumeist rascheren Verlauf hinzuweisen. Vielleicht haben wir es in dem Collapsdelirium, der hallucinatorischen Verwirrtheit und gewissen Formen des hallucinatorischen Wahnsinns mit ganz analogen Krankheitsvorgängen zu thun, deren klinisches Bild im Einzelnen wesentlich durch das immer stärkere Hervortreten der inneren, in der Organisation des Individuums gelegenen Ursachen gegenüber dem von aussen herantretenden krankmachenden Reize bedingt wird.

Die Behandlung der Psychose hat vor Allem die Causalindication einer möglichst raschen Hebung des allgemeinen Kräftezustandes zu erfüllen. Dieser Indication wird genügt einmal durch die Sorge für Beruhigung (Bettlagerung, protrahirte Bäder, Einpackungen, eventuell Alkohol und Bromsalze, im Nothfalle Hypnotica) und gute Ernährung. Ausserdem erfordern die Kranken natürlich eine sorgfältige Ueberwachung. In der Reconvalescenz ist die Vermeidung geistiger und gemüthlicher Ueberanstrengung von grosser Wichtigkeit; die Ruhezeit soll auf mehrere Monate nach der Rückkehr der Besonnenheit ausgedehnt werden, wenn man nicht die Gefahr von Recidiven riskiren will.

## C. Die asthenische Verwirrtheit.

Das charakteristische Symptom der asthenischen Verwirrtheit ist die Unfähigkeit, sich in den Eindrücken der Umgebung, wie in den eigenen Vorstellungskreisen zu orientiren. Die Entwicklung der Krankheit vollzieht sich in der Regel ziemlich rasch, binnen wenigen Wochen oder Tagen. Nach einigen schlaflosen oder doch durch lebhaftere Träume gestörten Nächten bemächtigt sich des Kranken eine gewisse Unruhe; er äussert vage und unmotivirte Befürchtungen, begeht allerlei verkehrte und unsinnige Handlungen, spricht auffallend viel, verliert indessen dabei sehr häufig den Zusammenhang. Vor Allem aber erscheint ihm seine ganze Umgebung fremdartig und verändert. Obgleich die Wahrnehmungen an sich inhaltlich noch ziemlich correct und höchstens durch einzelne illusionäre Züge entstellt sind, so ist ihm doch das Verständniss derselben mehr oder weniger vollständig abhanden gekommen; unfähig, die äusseren Eindrücke mit den gewohnten Erinnerungsbildern zur Deckung zu bringen, verliert er rasch die Orientirung und vermag sich trotz aller Anstrengung nicht mehr zurechtzufinden. Personen und Gegenstände kommen ihm wie verwechselt vor; es sind „falsche Zeitungen“, die man ihm giebt; es ist „immer Alles anders“; er ist an einen „ganz verkehrten Ort“ gerathen; er „gehört gar nicht hierher“, „ist gar nicht der Richtige“ und weiss nicht, „was das Alles bedeuten soll“. Sehr bald bemächtigt sich nun des Kranken eine gewisse Angst und Unruhe. Da er nicht im Stande ist, harmlose Dinge unbefangen aufzufassen, spiegelt ihm seine Rathlosigkeit bei Allem, was er sieht, dunkle Beziehungen zum eigenen Wohl und Wehe vor; auch der einfachste Vorgang gewinnt für ihn den Anschein des Räthselvollen, Unverständlichen und darum Unheimlichen.

Man hat diesen eigenthümlichen Zustand, in welchem die Kranken durch die sie umgebenden „fremden Gesichter“, durch das Oeffnen und Schliessen der Thüren, durch die alltäglichsten Verrichtungen in ängstliche Aufregung versetzt werden, nicht ohne eine gewisse Berechtigung mit der

Seelenblindheit oder der Worttaubheit in Parallele gestellt. Auch hier werden ja die einzelnen Eindrücke als solche wol wahrgenommen, ohne dass doch ein inneres Verständniss derselben möglich wäre.

Die Aufmerksamkeit der Kranken ist dabei in der Regel lebhaft erregt; sie bemühen sich angestrengt, über ihre Umgebung zur Klarheit zu kommen und pflegen daher jede Veränderung, die sich vollzieht, sofort aufzufassen und zu registriren. Sinnestäuschungen spielen gewöhnlich keine besondere Rolle, doch kommen regelmässig Personenverwechslungen (Gesichtsillusionen?) zur Beobachtung; auch einzelne Worte oder Sätze scheinen die Kranken bisweilen zu halluciniren. Ebenso wenig pflegen Wahnideen stärker hervorzutreten. Allerdings tauchen hie und da Beeinträchtigungs- oder Grössenvorstellungen vorübergehend auf; der Patient glaubt sich von hohen Persönlichkeiten umgeben, fürchtet gemishandelt, umgebracht zu werden, beklagt sich über das drohende Gebahren oder die Verhöhnungen seiner Mitpatienten, indessen alle diese Vorstellungen, die gewöhnlich auf irriger Deutung wirklicher Vorkommnisse beruhen, haften nicht tiefer, sondern verlieren sich meist bald wieder. Eine wirkliche Krankheitseinsicht ist nicht vorhanden, aber der Kranke hat doch ein allgemeines Bewusstsein seines Zustandes; er klagt darüber, dass er nicht recht denken könne, dass man ihn „ganz irre“ mache, wünscht sich lebhaft fort, damit er endlich aus dieser Verwirrung herauskomme.

Die Stimmung ist gewöhnlich eine sehr wechselnde, wenn auch zumeist die Beunruhigung über den Verlust der Orientirung vorzuherrschen pflegt. Kleine Anlässe können den Kranken im Gefühle seiner Hülfslosigkeit zu lautem Weinen und Jammern bringen; auf der anderen Seite gelingt es in der Regel leicht, ihn wieder zu beruhigen. Im Benehmen des Kranken spiegelt sich seine Rathlosigkeit und die Angst, in welche ihn dieselbe versetzt, oft sehr deutlich wieder. Mit einer gewissen Energie ringt er nach Aufklärung über seine Situation; er kümmert sich um Alles, was um ihn her vorgeht, spricht lebhaft und viel, verliert aber dabei gewöhnlich sehr rasch den Faden seiner Auseinandersetzungen,

da er durch jeden beliebigen Eindruck wieder abgelenkt wird. Zu anhaltender Beschäftigung ist er vollkommen unfähig, macht Alles verkehrt und fängt hilflos immer wieder von Neuem an, ohne recht zu Stande zu kommen. Besonders charakteristisch pflegen die Briefe der Kranken zu sein, die oft auch dann noch die gänzliche Unfähigkeit zu einer Sammlung der Gedanken (fortwährende Wiederholungen, mangelhafte Satzbildung, Inhaltlosigkeit) verrathen, wenn die mündlichen Aeusserungen schon leidlich geordnet erscheinen. Der Schlaf ist in der Regel sehr gestört, der Appetit nur anfänglich durch die Unruhe des Kranken beeinträchtigt; das Körpergewicht ist meist schon vor dem Ausbruche der Psychose erheblich gesunken.

Die asthenische Verwirrtheit ist eine nicht gerade häufige Erkrankung. Als Ursachen haben wir auch hier regelmässig schwere Ernährungsstörungen im Gesamtorganismus anzusehen, in erster Linie erschöpfende Krankheiten, häufige Wochenbetten, fortdauernde geistige und körperliche Ueberanstrengung. Der Verlauf erstreckt sich mindestens über einige Wochen, in der Regel sogar über eine ganze Reihe von Monaten. Allerdings kehrt die Besonnenheit bisweilen schon nach kürzerer Zeit wieder, allein die schwere Störung des psychischen Lebens pflegt sich auch dann noch in einem eigenthümlich weinerlichen, misstrauischen und zu allerlei ängstlichen Befürchtungen, selbst zu Wahnideen geneigten Wesen zu documentiren. Die Prognose der asthenischen Verwirrtheit ist im Allgemeinen eine günstige. Hand in Hand mit der körperlichen Erholung, die stets zu einer colossalen Zunahme des Körpergewichtes führt, stellt sich auch regelmässig die psychische Leistungsfähigkeit wieder her; nur bei sehr decrepiden Kranken ist es bisweilen unmöglich, die fortschreitende körperliche und geistige Erschöpfung aufzuhalten.

Mit der hallucinatorischen Verwirrtheit ist die hier besprochene Psychose in ätiologischer, wie in klinischer Beziehung offenbar nahe verwandt. Allein, während dort neben der Unfähigkeit, die Wirklichkeit objectiv aufzufassen und zu verwerthen, noch massenhafte Reizungserscheinungen im Bereiche der centralen Sinnesfläche dominirend hervor-

treten, fehlen dieselben hier nahezu ganz, und die schwere Störung in der Verarbeitung der Wahrnehmungen fällt weit stärker in die Augen. Auf der andern Seite bildet die asthenische Verwirrtheit den Uebergang zur acuten Demenz, bei welcher die Beeinträchtigung der Auffassung noch viel tiefer greift, so dass auch die eigenthümliche Regsamkeit des Interesses erlischt, die unsere Kranken hier gewöhnlich auszeichnet.

Die Behandlung der Kranken folgt aus naheliegenden Gründen denselben Indicationen, wie bei der hallucinatorischen Verwirrtheit, indem sie zunächst für Ruhe, Schlaf und passende Ernährung sorgt, später aber den Kranken langsam und ohne Uebereilung in seine gewohnten Beschäftigungen wieder einführt und ihm die Regeln für eine vorsichtige Diätetik seines psychischen Lebens an die Hand giebt.

#### D. Die Dementia acuta.

Die Dementia acuta ist wol am einfachsten als ein noch über die asthenische Verwirrtheit hinausgehender, tiefer greifender und langsamer sich wieder ausgleichender Erschöpfungszustand aufzufassen. Der Beginn der Erkrankung ist in der Regel ein ziemlich unvermittelter. Häufig schliesst sich dieselbe an einen Aufregungszustand, namentlich ein Fieberdelirium oder Collapsdelirium, an; bisweilen aber entsteht sie auch ganz plötzlich, ohne irgend auffallende Vorboten. Der Kranke wird rasch verwirrt, verkennt seine nächsten Angehörigen, weiss nicht, wo er sich befindet, kümmert sich nicht mehr um das, was um ihn herum geschieht und vermag höchstens noch ganz einfache Fragen, nach Namen, Alter, Beruf u. s. w. correct zu beantworten. Oft genug aber erfolgt gar keine verständige Reaction mehr; der Kranke producirt auf Anreden nur unsinniges Gefasel, oder es werden auch hie und da spontan zusammenhangslose, abgebrochene Sätze oder Wortcombinationen hervorgebracht. Eigentliche Wahnideen sind nicht vorhanden, wenn man nicht verworrene gelegentliche Aeusserungen der Kranken, dass sie 1000 Jahre im Grabe

lägen, dass Alles verbrannt sei, dass sie sich am Nordpol befänden, als solche auffassen will. Nicht selten besteht dabei noch ein gewisses dumpfes Gefühl der krankhaften Veränderung und der dadurch bedingten Hülfslosigkeit; die Kranken klagen gelegentlich, dass sie ihren Verstand verloren hätten, ganz verrückt geworden seien u. ähnl. Die Stimmung ist, soweit sich darüber ein Urtheil gewinnen lässt, eine wechselnde. Meist sitzen oder stehen die Kranken apathisch da, wohin sie gerade geschoben worden sind; bisweilen aber, ohne erkennbaren Zusammenhang mit ihren leisen, verwirrten Monologen, rollen ihnen die Thränen über die Wangen, um vielleicht schon im nächsten Augenblicke durch ein ausdrucksloses Lachen abgelöst zu werden. Oder aber die stumme Indifferenz wird unvermittelt durch eine bald vorübergehende Aufregung mit expansiver Stimmung oder zornig verwirrtem Schimpfen, durch einen plötzlichen Angstanfall, ja durch einen planlosen Selbstmordversuch unterbrochen.

Je nach dem Verhalten der Affecte kann man eine stupide und eine agitirte Form der Störung auseinanderhalten. Bei der ersteren ist die äussere Haltung der Kranken schlaff, apathisch; sie lassen sich willenlos dirigiren, sich anziehen, auskleiden, waschen, auch wol füttern, müssen oft zur Reinlichkeit angehalten werden und setzen nur selten den äusseren Einwirkungen einen inconsequenten, weinerlichen Widerstand entgegen. In sehr schweren Fällen kann jede spontane oder von aussen angeregte psychische Reaction vollkommen fehlen. Die Kranken liegen regungslos, mit blödem Gesichtsausdrucke und schlaffen Gliedern im Bette, sprechen kein Wort, folgen keiner Aufforderung und müssen gepflegt werden, wie kleine Kinder. In der agitirten Form herrscht von vornherein eine triebartige, läppische Erregung vor; die Kranken kriechen am Boden herum, klatschen in die Hände, verstecken, entkleiden sich, klammern sich an ihre Umgebung an, machen sinnlose Fluchtversuche, wühlen ihre Bettstücke durcheinander und wiederholen bisweilen unzählige Male, bald ängstlich, bald ausgelassen, dieselben zusammenhangslosen Worte und Sätze.

Die Nahrungsaufnahme geht meist mit Nachhülfe,

aber ohne erhebliche Schwierigkeiten von Statten; der Schlaf scheint oft ungenügend zu sein, obgleich es bei dem ruhigen Verhalten der Kranken schwer ist, darüber Gewissheit zu erlangen. Das Körpergewicht sinkt; die Temperatur ist vielfach subnormal, die Athmung oberflächlich, der Puls klein und verlangsamt; an den Extremitäten zeigen sich leicht Cyanose und Oedeme als Anzeichen der Kreislaufstörungen. Die Menses cessiren; die Pupillen sind weit, reagiren träge; die Reflexerregbarkeit ist häufig herabgesetzt. Regelmässig besteht Obstipation, die bisweilen vorübergehend durch ausgiebige Diarrhöen abgelöst wird.

Den häufigsten Anlass zur Entstehung des acuten Schwachsinnns geben das Puerperium und acute körperliche Erkrankungen, namentlich Typhus, Pocken und Kopffrose. Man sieht ihn indessen auch nach andern erschöpfenden Einflüssen, Gemüthsbewegungen (von mir mit gleichzeitiger Chorea beobachtet), geistiger Ueberanstrengung, besonders im Pubertätsalter, sich entwickeln. In der Regel haben wir es hier offenbar mit einer Lähmung des psychischen Centralorgans in Folge von functioneller Ueberreizung, Vergiftung oder ungenügender Ernährung zu thun; für gewisse Fälle indessen, namentlich für solche nach Typhus und Variola, lässt sich die Annahme gröberer pathologisch anatomischer Veränderungen in der Hirnrinde kaum von der Hand weisen. Soviel die Untersuchung bisher gelehrt hat, sind es im Typhus degenerative Vorgänge in den Ganglienzellen, analog denjenigen in anderen Geweben, welche hier vor Allem eine Rolle spielen dürften. Emminghaus hat es neuerdings wahrscheinlich gemacht, dass auch sonst bei der acuten Demenz leichte Veränderungen an den Nervenzellen, „trübe Schwellung“ derselben, zur Ausbildung gelangen.

Der Verlauf der acuten Demenz pflegt mannigfache Schwankungen zwischen völliger Apathie, Aufregungszuständen verschiedener Art und Besserungen mit Rückkehr einer gewissen Besonnenheit aufzuweisen. Die Dauer der Krankheit beträgt nur in ganz leichten Fällen einige Wochen, fast regelmässig eine Reihe von Monaten, kann sich jedoch über Jahr und Tag, nach meiner Beobachtung sogar über mehr, als zwei Jahre hinziehen, ohne dass die Aussicht auf

Genesung schon gänzlich ausgeschlossen wäre. Die Prognose hängt natürlich von der Natur der cerebralen Veränderungen ab. In der Mehrzahl der Fälle scheinen dieselben einer Rückbildung fähig zu sein. Wir sehen dann, wie die Kranken ganz allmählich Aufmerksamkeit und Verständniss für die Vorgänge in ihrer Umgebung gewinnen, einzelne besonnene Antworten geben, sich reinlich zu halten, selber sich zu kleiden und zu essen anfangen. Nach und nach gelingt es, sie zu leichten Beschäftigungen heranzuziehen und sie zu ihrem eigenen Staunen über ihre Erkrankung zu orientiren, an die sie nur eine sehr dunkle Erinnerung besitzen. Der Gesichtsausdruck wird intelligenter, verständnissvoller, und das Körpergewicht steigt bei oft enormem Appetite gewaltig an. Leichte Ermüdbarkeit (confuse Briefe!) und Reizbarkeit, sowie ein etwas kindisches Wesen zieht sich indessen gewöhnlich noch bis weit in die Reconvalescenz hinein.

In ungünstigen Fällen geht der acute Schwachsinn unmerklich in den chronischen, unheilbaren über. Zwar kann sich der Zustand zunächst etwas bessern; später aber stellt sich heraus, dass trotz körperlicher Erholung die psychische Leistungsfähigkeit eine dauernde Einbusse erlitten hat. Der Grad des zurückbleibenden Schwachsinn ist ein sehr verschiedener. Bisweilen dem Fernerstehenden kaum auffallend und nur durch den Gegensatz zu früheren Zeiten erkennbar, kann er in anderen Fällen bis zur völligen Verblödung fortschreiten. Unfähig, neue Eindrücke zu assimiliren und den Erwerb der Vergangenheit festzuhalten, gemüthsstumpf und willensschwach, verfallen die Kranken unrettbar dem geistigen Tode. Gerade die Erkrankungen nach Typhus nehmen, wol wegen der tiefer greifenden organischen Veränderungen, relativ häufig diesen Ausgang. In einem derartigen, von mir beobachteten Falle entwickelten sich noch nach längerer Zeit regelrechte epileptische Krämpfe. Von körperlichen Gefahren droht gerade diesen apathischen Kranken sehr häufig die Ausbildung der Lungenphthise.

Die Diagnose des acuten heilbaren Schwachsinn stützt sich vor Allem auf die Art der Entwicklung der Krankheit. Den Uebergang in chronischen Schwachsinn



kann man dann als vollzogen annehmen, wenn nach längerer Dauer der Krankheit das Körpergewicht ohne gleichzeitige psychische Besserung sehr erheblich gestiegen ist. Von der asthenischen Verwirrtheit unterscheidet sich die Dementia acuta durch die viel tiefer greifende Störung der Besonnenheit und der Aufmerksamkeit, den Mangel geistiger Regsamkeit. Vor der Verwechslung mit der Melancholia attonita endlich oder dem katatonischen Wahnsinn schützt der Mangel eines tiefergehenden Affectes und bestimmter Wahnideen oder Sinnestäuschungen, sowie die Berücksichtigung der vollständigen Schlaffheit und Apathie im Gegensatze zu der starren resp. biegsamen Spannung, welche jenen Erkrankungen eigenthümlich ist.

Die Behandlung des acuten Schwachsinnns besteht der Hauptsache nach in einer sorgfältigen körperlichen Pflege zur Erhaltung der Kräfte und Beseitigung der bestehenden Erschöpfung. Bettruhe, Bäder, Sorge für Reinlichkeit, kräftige Ernährung (Milch, Kefir, Eier, Fleisch), gute Luft, warme Kleidung, eventuell auch die Darreichung medicamentöser Roborantien sind hier in erster Linie am Platze. Den Reconvalescenten hat man mit müheloser Arbeit zu beschäftigen und auf lange Zeit hinaus vor geistiger Ueberanstrengung und gemüthlichen Erregungen zu schützen; gleichzeitig wird eine gut überwachte, nie bis zur Ermüdung fortgesetzte körperliche Gymnastik, Spaziergänge, Gartenarbeit, Turnen, eventuell auch Massage und allgemeine Faradisation, vortreffliche Dienste zu leisten im Stande sein.

---

### III. Die Manie.\*)

Die Grunderscheinung jener Krankheitsbilder, welche man unter dem Namen der Manie (Tobsucht) zusammenfasst, bildet eine abnorme Erleichterung des Apperceptionsvorganges und der Umsetzung centraler Erregungszustände in Handlungen. Schon eine sehr geringe Intensität der äusseren und inneren Reize genügt, um sofort, aber freilich nur momentan, die Aufmerksamkeit zu erregen; die Stimmung schwankt rasch und unvermittelt oft von einem Extrem ins andere. Die äussere Erregung ist meist nicht so sehr der Ausdruck stürmischer, unwiderstehlicher Affecte, als die Folge der leichteren und prompteren Uebertragung jedes Bewegungsimpulses in eine wirkliche Bewegung, des Wegfalles jener centralen Hemmungen, welche beim Gesunden den grössten Theil dieser Impulse schon im Entstehen zu unterdrücken pflegen.

Den Beginn der Erkrankung bildet sehr gewöhnlich ein mehr oder weniger ausgesprochenes Stadium depressiver Verstimmung. Der Kranke wird still, in sich gekehrt, weint häufig unmotivirt, klagt über Kopfdruck, Verdauungsstörungen, Beängstigung, äussert einzelne vage hypochondrische oder Versündigungsideen, schläft unruhig, hat schlechten Appetit und kommt rasch in seiner Ernährung herunter. Nach einigen Wochen scheint sich, bisweilen ziemlich plötzlich, eine Besserung des Zustandes einzustellen. Die depressive Verstimmung lässt nach; die Wahnideen treten zurück; der Kranke fühlt sich befreit und erleichtert,

---

\*) Mendel, Die Manie, eine Monographie. 1881.

wird lebhafter und zugänglicher. Sehr bald indessen, oft schon nach wenigen Tagen, wird es klar, dass dieser Umschwung immer weiter über das Mass des Normalen hinausgreift. Der Kranke fängt an, viel zu erzählen, verliert aber dabei immerfort den Faden; seine Stimmung ist ausserordentlich gehoben und schlägt bei kleinen Anlässen leicht in heftige Zornausbrüche um. Zugleich entwickelt sich eine wachsende motorische Unruhe, die sich in unaufhörlichem Schwatzen, Singen, Schreien, in lebhaften Gesticulationen, Tanzen, Herumlaufen, in allerlei unsinnigen und zwecklosen Handlungen, nicht selten auch in rücksichtslos gewaltsamem Vorgehen gegen seine lebende und leblose Umgebung Luft macht. Die Ernährung pflegt dabei noch weiter zu sinken; trotzdem fühlt sich der Kranke wohler und kräftiger, als je, kennt keine Anstrengung oder Ermüdung, obgleich er immerfort in Erregung ist und fast gar nicht zum Schlafen kommt.

Mit der Steigerung der Empfänglichkeit strömt ihm durch die Pforten der Sinne immer reichlicheres Material zu, so dass die einzelnen Wahrnehmungen in bunter Folge einander ablösen. Schliesslich nimmt jeder Gegenstand, den das schweifende Auge trifft, jeder Laut, der an sein Ohr dringt, seine Aufmerksamkeit, freilich nur momentan, in Anspruch, so dass er gänzlich ausser Stande ist, planmässig und im Zusammenhange, nach bestimmten „Gesichtspunkten“, irgend einen Vorgang in der Aussenwelt zu verfolgen. Alle Wahrnehmungen bleiben dabei wegen der Flüchtigkeit und leichten Ablenkbarkeit des Interesses undeutlich und oberflächlich erfasst, da sie nicht der auswählenden Beobachtung, sondern gänzlich dem Spiele des Zufalles ihre Entstehung verdanken.

Ganz ebenso verhält es sich mit dem Verlaufe der Vorstellungen. Auch hier tritt jedes auftauchende Erinnerungsbild sogleich mit einer gewissen Prätension in das Bewusstsein des Kranken ein, das vorhergehende rasch verdrängend und ebenso rasch vom nachfolgenden verdrängt. Diese abnorme Erleichterung der Apperception, die eine Auswahl unter den gegebenen Eindrücken und Vorstellungen unmöglich macht und den Bewusstseinsinhalt des Kranken

willenlos den Einflüssen der zufälligen Umgebung und dem Spiele der Association preisgiebt, verhindert das Zustandekommen logischer Vorstellungsverbindungen und lässt schliesslich schon die entferntesten und äusserlichsten Aehnlichkeiten genügen, um die associative Verknüpfung zwischen ganz heterogenen Elementen herzustellen. Durch derartige barocke, häufig gar nicht mehr controlirbare Gedankensprünge, bei deren Entstehung namentlich blossе Wortanklänge, Reime u. dergl. eine grosse Rolle spielen, verliert der Vorstellungsverlauf endlich vollständig seinen inneren Zusammenhang und löst sich in eine lockere Reihe bunt durcheinander gewürfelter Elemente auf; es entwickelt sich mit andern Worten das Symptom der ideenflüchtigen Verwirrtheit. Andeutungen dieser Störung beobachten wir bisweilen schon unter normalen Verhältnissen bei jenen Zuständen von Schlaflosigkeit nach Ueberanstrengung, in denen wir uns trotz des dringenden Wunsches, zu schlafen, gezwungen fühlen, uns allerlei unwirkliche Situationen auszumalen, in Gedanken lange Reden zu halten, Briefe zu schreiben u. dergl. Der inhaltliche Werth dieser Geistesarbeit erweist sich bei späterer genauer Prüfung stets als äusserst gering.

Die Fähigkeit zu irgend welcher intellectuellen Verarbeitung der aufgenommenen Eindrücke, zur Ausführung einer selbständigen logischen Denkoperation ist in der Ideenflucht aufgehoben. Die ungereimtesten Einfälle werden von dem Kranken ohne Weiteres acceptirt; die grössten Widersprüche bleiben bei der Flüchtigkeit der ganzen Gedankenarbeit unbemerkt und jedenfalls uncorrectirt, weil inzwischen schon wieder neue und immer neue Bilder dieselbe unterbrochen und den Vorstellungsverlauf in dieser und jener Richtung weiter geführt haben. So leicht, wie sie in das Bewusstsein eingetreten sind, so locker haften die einzelnen äusseren und inneren Eindrücke im Gedächtniss. Der Kranke weiss oft nach wenigen Minuten nicht mehr, was er kurz zuvor gesagt oder gethan hat; er vergisst, was er hat sagen wollen, dass er im Begriffe gewesen ist, sich zu waschen, anzuziehen, zu essen, aber nur, weil die vielfachen neuen, in ihm aufgestiegenen Vorstellungen und Absichten die früheren bereits verwischt haben.

Ausgeprägtere Sinnestäuschungen sind dem Krankheitsbilde der Manie fremd; nur illusionäre Verfälschungen der Wahrnehmung, namentlich Personenverwechslungen, werden häufiger beobachtet. Ebenso wenig kommt es zur Ausbildung eigentlicher Wahnideen. Zwar behaupten die Kranken bisweilen, Kaiser, Millionär, Prinzenbraut, unsterblich zu sein, aber diese flüchtig und vorübergehend auftretenden Vorstellungen werden von ihnen selbst nicht ernst genommen; es sind phantastische Luftschlösser, mit denen sie spielen, ohne sie innerlich weiter zu verarbeiten.

Die Stimmung zeigt im Allgemeinen den expansiven Charakter, allein sie ist durchaus keine gleichmässige, wie in den melancholischen Zuständen, sondern es findet sich fast regelmässig ein häufiger und rascher Wechsel der Affecte, in dem allerdings die Lustgefühle meist immer wieder die Oberhand zu gewinnen und so dem ganzen Krankheitsbilde seine eigenthümliche Färbung zu verleihen pflegen. Mitten in den Paroxysmus der ausgelassensten Heiterkeit schiebt sich plötzlich jäh und unvermittelt eine vorübergehende traurige Verstimmung mit heftigem Weinen und Jammern, die ebenso rasch, wie sie hereinbrach, wieder in den früheren Zustand übergeht. Oder aber es kommt zu episodischen lebhaften Ausbrüchen von zorniger Gereiztheit mit der Neigung zu Angriffen auf die Umgebung, die bisweilen das ganze Krankheitsbild so sehr beherrschen, dass man eine eigene Form der Zornobsucht (*Mania furiosa*) aufgestellt hat. Diese Erfahrungen sprechen mit Sicherheit dafür, dass der Manie nicht sowol ein bestimmter Affect, als vielmehr die Leichtigkeit und Raschheit eigenthümlich ist, mit der die verschiedensten Affecte anwachsen und wieder verschwinden. Zweifellos ist dieser Wechsel derselben vielfach durch äussere Anlässe, die Behandlung des Kranken Seitens der Umgebung, zufällig aufgetauchte Vorstellungen, bisweilen vielleicht auch durch den Contrast bedingt.

Entsprechend der grösseren Lebhaftigkeit der Affecte und der Leichtigkeit ihrer Umsetzung gewinnt hier auch die motorische Erregung eine ausserordentliche Inten-

sität. Der Kranke wird beherrscht von einem rücksichtslosen Bewegungsdrange, der ihn oft Tag und Nacht nicht zur Ruhe kommen lässt. Fast ohne Unterbrechung ideenflüchtig und zusammenhangslos perorirend, Grimassen schneidend, bald lachend, bald weinend, bald zornig, dazwischen singend, johlend, pfeifend, in die Hände klatschend, springt und tanzt er im Zimmer herum, putzt und wischt am Boden, an den Wänden und Fenstern, sogar mit seinem Koth und Urin, poltert und trommelt an der Thür, entkleidet sich, zerschlitzt seinen Anzug in schmale Streifen, um sie hundertfältig verknötet und verschlungen zu phantastischen Drapirungen zu benutzen. Ebenso werden auch andere irgend erreichbare Gegenstände gern in ihre Bestandtheile zerlegt, um aus ihnen neue Gebilde verschiedener Art zusammenzusetzen, wie es dem Kranken just die productive Phantasie des Augenblicks eingiebt. Was ihm in die Hände fällt, Steine, Holzstückchen, Glasscherben, Nägel sammelt er auf, um mit ihrer Hülfe Wände, Möbel, Fenster zu zerkratzen und kreuz und quer mit Malereien oder Schriftzeichen zu bedecken. Nicht selten dienen ihm dabei in Ermangelung anderer Materialien auch die eigenen Secrete und Excremente. Die sexuelle Erregung macht sich in unfläthigen Reden und in schamlosem Onaniren, beim weiblichen Geschlechte auch im Auflösen der Haare, Salben mit Speichel, häufigem Ausspucken, Schimpfen in obscönen Ausdrücken, namentlich geschlechtlichen Verdächtigungen des Wartepersonals Luft.

Für ihre Umgebung sind maniakalische Kranke im Allgemeinen nicht gerade gefährlich, wenn auch wegen ihrer fortwährenden lauten Unruhe und ihrer Neigung zu muthwilligen, übermüthigen, oft recht derben Scherzen häufig sehr lästig. In den Anfällen zorniger Erregung, wie sie durch eine ungeeignete, aufreizende Behandlung, bisweilen auch durch uncontrolirbare Antipathien hervorgerufen werden, können jedoch immerhin explosive, gewaltthätige Angriffe mit blinder Zerstörungswuth vorkommen.

In den höchsten Graden der maniakalischen Erregung ist das Bewusstsein sehr erheblich getrübt. Die Wahrnehmung der Aussenwelt ist eine völlig verworrene,

traumhaft veränderte, der Vorstellungsverlauf zusammenhangslos und zerfahren, der Inhalt der Vorstellungen vag, undeutlich, verschwommen. Dabei besteht ein intensiver, triebartiger Bewegungsdrang. Die Bewegungen selbst haben den Charakter psychisch motivirter Handlungen verloren und erscheinen einfach als ziel- und zwecklose Symptome der heftigen centralen Erregungszustände, die sich in besonders schweren Fällen anscheinend auch bisweilen durch gewisse „nervöse“ Reizungs- und Lähmungserscheinungen, Krämpfe in den Gesichts- und Extremitätenmuskeln, Ohnmachtsanfälle u. s. f. kundgeben können, doch wird durch solche Anzeichen der Verdacht einer Dementia paralytica jedenfalls nahe gelegt. Der Kranke wälzt sich am Boden, rutscht auf demselben herum, strampelt mit den Füßen, klatscht mit den Händen, schlägt mit denselben rhythmisch auf die Erde, bohrt den Kopf in die Kissen, schnaubt und bläst heftig u. s. w. Die Sprache ist hochgradig gestört; der Kranke reiht abgerissene, unverständliche Silben in zusammenhangsloser Folge an einander, oder er stösst nur unarticulirte, stöhnende Schreie aus. Diese schwersten, prognostisch ungünstigsten und in das Delirium acutum hinüberführenden Formen der Manie hat man wol auch als Mania gravis bezeichnet, doch herrscht hinsichtlich dieser Auffassung und Benennung keine völlige Uebereinstimmung.

Der Schlaf ist in der Manie stets sehr erheblich gestört. Bei grösserer Intensität der Erregung besteht sogar oft völlige, höchstens auf eine oder wenige Stunden unterbrochene Schlaflosigkeit, die zuweilen Wochen, selbst Monate lang fortdauert. Der Appetit ist gesteigert, bisweilen sehr bedeutend, aber die stete Unruhe lässt den Kranken oft nicht zur regelmässigen Nahrungsaufnahme kommen. Die Ernährung pflegt im Laufe der Erkrankung schnell zu sinken; das Körpergewicht zeigt regelmässig eine beträchtliche Abnahme. Bei der Mania gravis geht dasselbe rapide herunter; die Haut wird bleich, kühl und trocken; das Fett schwindet überaus rasch; die Gesichtszüge verfallen. Die Temperatur ist normal oder hochnormal, besonders bei anhaltender Muskelregung, der Puls etwas

beschleunigt. Im Harn fand Mendel eine auffallende Abnahme des Phosphorsäuregehaltes.

Nicht selten besteht eine Erhöhung der Reflexerregbarkeit, die in schweren Fällen so hochgradig sein kann, dass die Kranken bei rascher Berührung plötzlich zusammenfahren und beim Einwirken starker äusserer Reize in einen förmlichen Paroxysmus ausgebreiteter Reactionsbewegungen gerathen. Dagegen ist die centrale Empfänglichkeit wegen der tiefen Störung der Aufmerksamkeit bedeutend herabgesetzt. Unangenehme Eindrücke und Gemeingefühle werden von dem Kranken kaum empfunden und gar nicht beachtet, weil er keine Zeit hat, sich um sie zu kümmern, ähnlich, wie der Soldat im Kampfe den Schmerz der erhaltenen Wunde nicht fühlt, und wie wir Alles um uns herum, sogar unsere eigenen körperlichen Bedürfnisse, vergessen können, wenn unser Interesse durch irgend welche Wahrnehmungen intensiv in Anspruch genommen wird. Auf diese Weise erklärt sich die auffallende Unempfindlichkeit maniakalischer Kranker gegen Hitze und Kälte, gegen Hunger und Durst, gegen Schmerzen und Verletzungen. Nackt springen sie im kalten Zimmer herum oder setzen sich stundenlang dem glühenden Sonnenbrande aus; Essen und Trinken vergessen sie in unablässiger Beschäftigung mit ihren ideenflüchtigen Delirien; schonungslos reissen sie oft die Verbände von ihren Wunden und maltraitiren sie kranke Körpertheile, gebrochene Glieder u. dergl., ohne nur ein Zeichen des Unbehagens zu äussern.

Mit dieser centralen Unempfindlichkeit hängt auch das gänzliche Fehlen des Ermüdungsgefühls in den Muskeln zusammen. Trotzdem die Aufregungen bisweilen Wochen, ja viele Monate lang mit geringen Unterbrechungen in vollster Intensität fortdauern, ist der Kranke doch nicht matt und abgespannt; der Verbrauch der Muskelsubstanz erzeugt keine Unlustempfindung, zum Theil gewiss auch, weil das Gefühl der centralen Erleichterung aller Handlungen die Ermüdung nicht zur Apperception gelangen lässt. Auf diesem Umstande und der Rücksichtslosigkeit, mit der die Kranken ihre Glieder gebrauchen, beruht die verbreitete, unrichtige Anschauung, dass dieselben über



aussergewöhnliche Körperkräfte zu verfügen haben. Eine Simulation dieses Zustandes muss regelmässig nach sehr kurzer Zeit an der Unmöglichkeit scheitern, das lähmende Ermüdungsgefühl durch die blossе Willensanstrengung zu überwinden. Beim Kranken genügt überdies wegen der erhöhten Reizbarkeit schon der leiseste Impuls, ausgiebige Bewegungen auszulösen, während der Gesunde zur Erzielung des gleichen Effectes eines unvergleichlich grösseren Aufwandes von Willensenergie bedürfen würde.

Die Manie ist eine nicht gerade seltene psychische Krankheitsform. Am häufigsten tritt sie zwischen dem 20. und 25. Lebensjahre auf; erschöpfende Einflüsse, acute Krankheiten, Puerperium, lebhaftē Affecte und Excesse sind wol als die wichtigsten Ursachen der Psychose zu bezeichnen. Bei sehr acut hereinbrechenden Causalmomenten (Puerperium, starke Blutverluste, erschöpfende Krankheiten) kann das depressive Vorstadium gänzlich fehlen oder doch nur ganz andeutungsweise vorhanden sein. Der Ausbruch der Erkrankung pflegt sich hier durch einige schlaflose Nächte, unbezwingliche Unruhe, auffallende Gesprächigkeit, Zerstreutheit, vorübergehende Verwirrtheit und laute Selbstgespräche anzukündigen.

Der Verlauf der Manie ist nur sehr selten ein gleichmässiger. Fast immer beobachtet man mannigfache Nachlässe und Verschlimmerungen der Psychose ohne bestimmte Regelmässigkeit. Selbst in den schwersten Formen der Erkrankung mit starker Bewusstseinstrübung kann bisweilen vorübergehend eine gewisse Besonnenheit zurückkehren, auch wenn der Weg zur Reconvalescenz noch ein recht weiter ist. Besondere Beachtung haben diejenigen Fälle gefunden, in denen der Krankheitsverlauf durch eine kürzere oder längere, tiefe Remission gewissermassen in zwei getrennte Anfälle zerlegt wird. Ob es berechtigt ist, dieselben als eine eigene „recurrirende“ Form zusammenzufassen, muss die weitere Erfahrung lehren. Der Nachlass der Krankheitserscheinungen vollzieht sich immer unter gewissen Schwankungen. Allerdings können die stürmischen Erscheinungen bisweilen ziemlich plötzlich, nach einer oder einigen gut durchschlafenen Nächten, zurücktreten. Die

Kranken werden besonnen, ruhiger und zeigen eine gewisse Krankheitseinsicht; dennoch aber besteht auch hier regelmässig noch einige Zeit hindurch eine leichte maniakalische Erregung mit grosser Neigung zu gelegentlichen, kurz dauernden Recidiven, Zornausbrüchen u. s. w. In der Mehrzahl der Fälle, namentlich in allen chronischer verlaufenden, erfolgt der Eintritt in die Reconvalescenz unter sehr allmählichem Nachlasse der Symptome, mit vielfachem Wechsel von Exacerbationen und Remissionen. Bisweilen nimmt die maniakalische Erregung in dieser Periode einen eigenthümlich albernen, schwachsinnigen Charakter mit kindischer Geschwätzigkeit und läppischem Benehmen an. Dieser Zustand, den man als „Moria“ zu bezeichnen pflegt, kann indessen im weiteren Verlaufe doch noch in völlige Heilung hinüberführen.

Sehr gewöhnlich beobachtet man mit dem Zurücktreten der Aufregung ein kürzer oder länger andauerndes Stadium der Erschöpfung, namentlich nach den schwereren und länger dauernden Formen der Manie. Der Kranke ist deprimirt, still, zieht sich zurück, giebt einsilbige, zögernde Antworten, äussert Besorgnisse für seine Zukunft, ist empfindlich gegen alle stärkeren äusseren Einwirkungen. Die psychischen Functionen, der Verlauf und die Verbindung der Vorstellungen sind verlangsamt und erschwert; es tritt schon bei leichten Anstrengungen rasch Ermüdung ein; die frühere Elasticität und Activität ist gänzlich verschwunden. In sehr schweren Fällen kann es sogar zur Ausbildung einer förmlichen Dementia acuta kommen. Nach und nach indessen verlieren sich diese Erscheinungen; mit der zunehmenden körperlichen Kräftigung stellt sich nach einigen Wochen oder Monaten auch die alte psychische Leistungs- und Widerstandsfähigkeit wieder her. Die Erinnerung an die Zeit der Krankheit ist im Allgemeinen um so klarer, je weniger das Bewusstsein getrübt war. Bei leichteren Formen haften meist alle Einzelheiten sehr getreu im Gedächtnisse, während die Kranken für die Zeit stärkerer ideenflüchtiger Verwirrtheit nur eine undeutliche und summarische Erinnerung zu bewahren pflegen.

Die Dauer der Manie beträgt im Mittel 5—7 Monate, selten über ein Jahr, selten auch weniger als 8—10 Wochen. Die Prognose ist im Allgemeinen eine sehr günstige; etwa  $\frac{4}{5}$  der Fälle kommen zur Heilung. Mit der Dauer der Krankheit nimmt die Aussicht auf völlige Genesung ab. Die Gefahren, welche den Kranken drohen, sind einmal die „Heilung mit Defect“ und der Uebergang in unheilbare Schwächezustände, dann aber der Eintritt des tödtlichen Endes in Folge von Erschöpfung oder von schweren somatischen Complicationen. Die erstgenannten Möglichkeiten scheinen namentlich bei prädisponirten Individuen nahe zu liegen. Es kommt hier nach dem Schwinden der heftigen Krankheitserscheinungen öfters nicht zu einer vollständigen Wiederherstellung, sondern es bleibt dauernd namentlich eine grössere Labilität des gemüthlichen Gleichgewichtes (erhöhte Reizbarkeit, leichte Bestimmbarkeit), bisweilen auch eine leichte Schwäche der Intelligenz zurück. In anderen Fällen stellen sich, spontan oder durch besondere Anlässe (Aerger, Menses) hervorgerufen, häufige vorübergehende Aufregungszustände ein, ein Krankheitsbild, welches man wol als „chronische Manie“ bezeichnet, welches aber entschieden bereits dem Formenkreise des Schwachsinnes angehört. Bei längerer Beobachtungsdauer sieht man dasselbe regelmässig in völligen Blödsinn, vorzüglich in die agitirten Formen desselben, übergehen. Die tieferen Affecte des Aufregungsstadiums verlieren sich gänzlich, aber die Zusammenhangslosigkeit und Verwirrtheit des Vorstellungsverlaufes, sowie ein grimassenhafter Rest des früheren Bewegungsdranges pflegt sich zu erhalten.

Der Ausgang in Tod ist bei der Manie nicht sehr häufig (etwa 3—5<sup>0</sup>/<sub>10</sub> der Fälle). Derselbe kann durch verschiedenartige intercurrente Erkrankungen, durch einfache Erschöpfung (Collaps), durch Verletzungen und durch Fettembolien der Lungen in Folge von ausgedehnten Zerquetschungen oder Vereiterungen des Unterhautzellgewebes herbeigeführt werden. Namentlich sehr fettreiche Individuen mit ungenügender Leistungsfähigkeit des Herzmuskels sind entschieden gefährdet.

Die pathologische Anatomie der Manie hat bisher keinerlei gesicherte und constante Befunde aufzuweisen. Auf die häufig berichtete Hyperaemie des Hirns und seiner Häute ist wegen der bekannten Fehlerquellen, welche der Beurtheilung von Blutfüllungen an der Leiche anhaften, kein zu grosses Gewicht zu legen. Die Theorie der Manie entbehrt daher für jetzt wenigstens leider gänzlich der somatischen Grundlage und muss sich mit der Annahme functioneller Störungen der Hirnthätigkeit begnügen. Das psychische Bild würde sich im Sinne eines vorübergehenden Wegfalles jener constanten Dispositionen und Hemmungen deuten lassen, welche, durch die Lebensarbeit allmählich erworben, uns eine zweckbewusste Auswahl aus den sich uns darbietenden Wahrnehmungen, Vorstellungen und Willensimpulsen ermöglichen.

Die Diagnose der Manie bietet meist keine besonderen Schwierigkeiten. Am wichtigsten ist es in prognostischer, wie therapeutischer Beziehung, sie von den Aufregungszuständen der Paralytiker abzutrennen. In Betracht kommen bei letzteren namentlich die lange Dauer der Vorläufer, der exorbitante, schwachsinnige Charakter der Grössendelirien und die sonstigen Zeichen der psychischen Schwäche, das meist höhere Alter der Kranken, sowie das Hervortreten von nervösen Erscheinungen. Die Entscheidung, ob wir es nicht vielleicht mit einem einzelnen Anfalle einer periodischen oder circulären Erkrankung zu thun haben, kann oft nur auf Grund der Anamnese gefällt werden; zu berücksichtigen ist indessen, dass die leichtesten Formen tobüchtiger Erregung mit völliger Besonnenheit regelmässig dem cyclischen, etwas seltener dem periodischen und, nach meiner Erfahrung wenigstens, niemals dem einfachen Irresein anzugehören pflegen. Von den melancholischen Aufregungszuständen unterscheidet sich die Manie hauptsächlich durch den Stimmungswechsel, sowie die allseitige Erleichterung und Beschleunigung der Vorstellungsverbindungen (Ideenflucht). Der asthenischen Verwirrtheit fehlt ebenfalls die specifische Ideenflucht und namentlich der impulsive motorische Drang; febrile Delirien endlich, Intoxikationen, epileptische Psychosen werden theils aus der Anamnese, theils aus den

körperlichen Begleiterscheinungen, theils aus ihrem raschen Verlaufe erkannt.

Die Behandlung der maniakalischen Zustände hat vor Allem die Abhaltung äusserer Reize, dann aber die Herabsetzung der psychischen Erregbarkeit ins Auge zu fassen. Sobald der Kranke Neigung zu Zornausbrüchen und Gewaltthätigkeiten zeigt, ist seine Ueberführung in die Anstalt dringend geboten. Oft genügt schon die Ruhe des Anstaltslebens, um alsbald einen Nachlass der Krankheitserscheinungen herbeizuführen, so dass eine Isolirung des Kranken, abgesehen von vorübergehenden Anfällen stärkerer Erregung, unter einigermassen günstigen äusseren Verhältnissen ganz vermieden werden kann. Einen sehr zweckmässigen Ersatz für jene leicht zu grossen Missständen führende Massregel besitzen wir in der einfachen Bettlagerung unter dauernder Ueberwachung, deren Durchführung besonders bei sehr schwachen und blutleeren Kranken dringend angezeigt ist (eventuell Bettstellen mit hohen, gepolsterten Seitenwänden oder niedriges Lager auf dem mit Matratzen bedeckten Boden). Ausserdem sind verlängerte laue oder warme Bäder zu empfehlen, die man passend mit kalter Berieselung oder Eisumschlägen auf den Kopf verbindet. Wo Hirnanaemie und die Gefahr eines Collapses besteht, zieht man Stimulantien, namentlich Alkoholica (Grog, Glühwein, Champagner), auch Campher, Moschus, Aether, letztere allerdings mit meist nur ganz momentanem Erfolge, in Anwendung; gleichzeitige Herzschwäche indicirt vorsichtige Gaben von Digitalis. Gegen die sexuelle Erregung wird Bromkalium empfohlen. Bei andauernder hochgradiger Schlaflosigkeit wird man die Hypnotica, eventuell das Hyoscin, nicht umgehen können. Nur in ganz vereinzelten Fällen, dort nämlich, wo die Symptome von Hirnreizung (Krämpfe, Myosis, Trismus, Nackenstarre u. dergl.) auftreten, passen die früher in sehr ausgiebigem Massstabe geübten Blutentziehungen und zwar in Form von Blutegeln an den Warzenfortsätzen. Allgemeine Blutentziehungen sind durchaus zu vermeiden. Bei sehr erheblich gesteigerter Reflexerregbarkeit hat man kleine, mehrmals täglich wiederholte Morphininjectionen angewendet. Für die

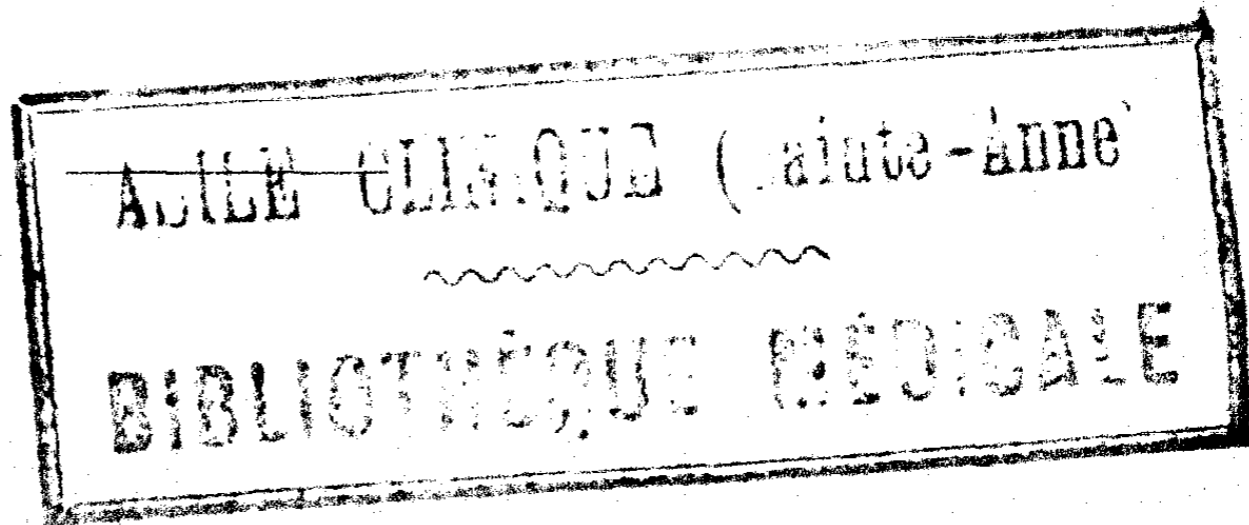
Behandlung der chronischen Manie ist neuerdings von Jolly das Opium empfohlen worden.

Von der grössten Wichtigkeit ist natürlich auch hier wieder die Sorge für eine ausreichende Ernährung und für die hygienischen Bedürfnisse. Auf der Höhe der Erregung gestattet die Verwirrtheit oft den Kranken keine regelmässige Aufnahme copiöser Mahlzeiten, doch gelingt es mit Geduld und immer wiederholtem Anbieten, Abwarten des günstigen Augenblickes, stets zum Ziele zu kommen; besonders ist auch auf die genügende Zufuhr von Flüssigkeiten zu achten. Gute Erwärmung der Zimmer wird wegen der Neigung zur Entkleidung nothwendig. Gegen die Unreinlichkeit schützt nur eine sorgfältige Beaufsichtigung, die einerseits dem Kranken recht oft Gelegenheit zur Befriedigung seiner Bedürfnisse verschafft, andererseits aber jede geschehene Verunreinigung sofort beseitigt. Vernachlässigung dieser Regeln erzeugt, namentlich bei länger dauernder Isolirung, leicht die höchst unangenehme und oft schwer zu beseitigende Unsitte des Schmierens.

Die Bekämpfung der Erschöpfungszustände folgt den schon früher ausführlich mitgetheilten Regeln. In der Reconvalescenz ist es hauptsächlich wieder die Beschaffung einer passenden Beschäftigung, welche zur Ablenkung der noch bestehenden psychischen Erregung, wie zur Anregung der neu erwachenden gesunden Interessen dient. Vermeidung von Excessen und gemüthlichen Emotionen ist von besonderer Wichtigkeit, da diese Momente die häufigsten Gelegenheitsursachen von Recidiven darstellen.

Die psychische Behandlung des Tobsüchtigen hat vor Allem auf die Reizbarkeit desselben Rücksicht zu nehmen. Ruhige Freundlichkeit, im geeigneten Momente mehr scherzhaftes Eingehen auf die heitere Stimmung desselben, vorsichtiges, geduldiges Laviren erleichtern den Verkehr ungemein und machen oft den in ungeschickten Händen recht gefährlichen und widerspenstigen Kranken lenksam und gutmüthig. In der Reconvalescenz ist es häufig sehr schwer, eine vorzeitige Entlassung des noch immer erregten, sich gesund fühlenden Kranken zu verhüten, besonders wenn auch die Angehörigen desselben

keine klare Einsicht in den krankhaften Zustand besitzen. Sind die häuslichen Verhältnisse günstig, so kann hier eher ein Entlassungsversuch gewagt werden, als bei den selbstmordsüchtigen Melancholikern; im andern Falle muss man hoffen, das unbeirrte Hinausschieben dieses Termins nach erfolgter völliger Genesung Seitens des Kranken selbst gebilligt zu sehen.



## IV. Die Melancholie.\*)

Den gemeinsamen Grundzug derjenigen psychischen Erkrankungen, welche wir unter der Bezeichnung der Melancholie zusammenfassen, bildet die Beherrschung des Stimmungshintergrundes durch einen depressiven Affect. In den leichtesten Fällen kann die krankhafte Stimmung das einzige stärker hervortretende Krankheitssymptom bilden; zumeist jedoch wird auch der Verlauf und Inhalt der Vorstellungen, sowie namentlich das Handeln durch dieselbe in Mitleidenschaft gezogen. Die besondere Färbung und Ausbildung des Affectes gestattet die Unterscheidung mehrerer verschiedener Formen, von denen die *Melancholia simplex*, die *Melancholia activa* und die *Melancholia attonita* am besten charakterisirt erscheinen.

### A. *Melancholia simplex*.

Bei den einfachsten Formen der melancholischen Verstimmung steht im Vordergrunde des Krankheitsbildes das peinigende Gefühl der Unfähigkeit zu irgendwelchen intellectuellen, moralischen oder physischen Leistungen. Dieses Gefühl der allgemeinen Misère, des Unbefriedigtseins erinnert zunächst durchaus an jene analogen Affectzustände, wie wir sie auch in der Breite des gesunden Lebens häufig genug, namentlich bei nervösen, geistig zu sehr angestregten Menschen beobachten.

---

\*) v. Krafft-Ebing, *Die Melancholie*. 1874; Voisin, *de la mélancolie*. 1881.



Allein, während diese Verstimmungen hier nur vorübergehend die Oberhand gewinnen und in der Regel durch freundliche Eindrücke bald wieder verscheucht werden, bilden sie dort andauernd den Hintergrund des Seelenlebens und erlangen ihrerseits auf den Inhalt und Ablauf aller psychischen Vorgänge massgebenden Einfluss.

Wie beim normalen depressiven Affecte, geht in der Melancholie zunächst die Fähigkeit verloren, die Aufmerksamkeit für längere Zeit willkürlich auf ein beliebiges Object zu richten. Es wird dem Kranken schwer, sich zu beschäftigen; die Ueberwältigung der alltäglichen, sonst spielend gelösten Aufgaben, namentlich soweit dieselben intellectuelle Leistungen verlangen, kostet ihm unerhörte Anstrengung und führt rasch zur Ermüdung. Dabei concentriren sich seine Gedanken mehr und mehr auf gewisse stereotype Ideenkreise, von denen sich der Kranke nur mit der grössten Mühe vorübergehend loszureissen vermag. Der Verlauf der Vorstellungen wird schwerfällig und verlangsamt; die geistige Frische und Elasticität geht unter in dem unwiderstehlichen Drucke der krankhaften Hemmung. Hand in Hand mit dieser Lähmung der Aufmerksamkeit stellt sich eine Abnahme der gemüthlichen Regsamkeit ein. Der Kranke verliert das innere Interesse an den Vorgängen in seiner Umgebung; dieselben finden keinen Widerhall mehr in seinem Herzen. Er kann sich nicht mehr freuen und nicht mehr grämen, sondern alle gemüthlichen Regungen gehen auf in dem einen dumpfen Gefühle trostlosester Verödung; was ihm früher die höchste Befriedigung gewährte, materielle oder ideelle Genüsse, die Arbeit, der Beruf, vermag ihn jetzt keinen Augenblick mehr zu fesseln. Selbst die Zuneigung zu den Freunden, zu den Eltern, zu Weib und Kind macht einer resignirten Gleichgültigkeit Platz; er steht ihnen Allen theilnahmlos, ohne innere Beziehung, wie ein Fremder, nicht zu ihnen Gehöriger gegenüber.

Diese durchgreifende krankhafte Veränderung der intellectuellen und namentlich der gemüthlichen Reactionen wird regelmässig von dem ganz besonnenen Kranken selbst als ein überaus peinvoller Zustand empfunden. Die Seelenqual, welche ihm das Bewusstsein seiner Leistungsunfähigkeit,

der innern Leere und Verarmung bereitet, steht dabei in eigenthümlichem Gegensatze zu der verzweiflungsvollen Klage, dass er nicht mehr im Stande sei, Freude oder Leid zu empfinden. In Wirklichkeit ist aber auch die gemüthliche Umwandlung, welche sich mit dem Kranken vollzogen hat, durchaus nicht als eine einfache Abstumpfung aufzufassen, wie sie ihm selber erscheint. Allerdings hat sich der Kreis seiner Interessen durch die Krankheit auf die ihm persönlich nächstliegenden Beziehungen eingeengt, aber auf diesem Gebiete zeigt der Patient sogar geradezu eine entschiedene Hyperalgesie. Sehr gewöhnlich kann man die Beobachtung machen, wie jede Veränderung in seiner unmittelbaren Umgebung, der tägliche Verkehr mit seinen Lieben für ihn die Quelle lebhafter Unlustgefühle, andauernder Beunruhigung wird; ja selbst angenehme, heitere Eindrücke, und bisweilen diese am meisten, erzeugen häufig eine wesentliche Verstärkung des psychischen Schmerzes. So sah ich einen jungen Melancholiker beim Anhören fröhlicher Musik in bitterliches Weinen ausbrechen. Nach und nach wird durch die krankhafte Verstimmung auch der Inhalt der Vorstellungen in Mitleidenschaft gezogen. Der Kranke verliert die Fähigkeit, bei der Beurtheilung der Dinge von seiner subjectiven pathologischen Gefühlsreaction zu abstrahiren; er beginnt, die Welt, ähnlich wie das unter normalen Verhältnissen der Fall zu sein pflegt, durch die Brille seines depressiven Affectes zu betrachten.

Der eigene Charakter erscheint ihm nunmehr verabscheuungswürdig, das Dasein freudlos und nicht lebenswerth, die Freuden desselben abgeschmackt und trügerisch, die Vergangenheit inhaltsleer, die Gegenwart unerträglich, die Zukunft finster und trostlos. Anfangs und in leichteren Fällen kann diese düstere Auffassung noch aus der eigenen Verstimmung heraus motivirt werden, so dass Krankheits-einsicht besteht. In der Regel jedoch wird die Kritik von den übermächtigen Gefühlsschwankungen überwältigt und die wahrgenommene Veränderung aus dem subjectiven in das objective Gebiet verlegt: es scheint nicht nur Alles so trübe und öde zu sein, sondern es ist wirklich so.

Den nächsten Anknüpfungspunkt für diese Verfälschung

der Auffassung bildet regelmässig das eigene Ich. Wie es Griesinger formulirt hat, sucht der Patient gewissermassen nach einer Erklärung für die gewaltig sich ihm aufdrängende krankhafte Umwälzung, doch ist dabei keinesfalls etwa an eine bewusste Reflexion in dieser Richtung zu denken. Namentlich das Gefühl der innern Leere und Gemüthsstumpfheit ist es, welches alsbald zur Grundlage von Selbstvorwürfen wird und damit zur Ausbildung des für die Melancholie ungemein charakteristischen Versündigungswahnes führt, indem der Kranke die quälende pathologische Veränderung als moralische Verschlechterung auffasst. Deshalb hat er kein Herz mehr für seine Angehörigen, für seine früheren Interessen, weil er sittlich verkommen, weil er ein gemüthloses, von Gott mit Recht verlassenes Geschöpf ist. Natürlich ist diese Wandlung nicht plötzlich und unvermittelt mit ihm vor sich gegangen, sondern bei genauerem Nachdenken, wenn er sein ganzes vergangenes Leben Revue passiren lässt, erkennt er nur zu klar und mit tiefer Beschämung, dass dasselbe eine einzige Kette von Thorheiten, ja von Pflichtvergessenheiten und Schlechtigkeiten gewesen ist. In jeder der reichlich zufließenden Reminiscenzen findet diese Auffassung neue Nahrung; mit der scrupulösesten Spitzfindigkeit werden auch die geringfügigsten früheren Handlungen im Sinne der herrschenden Selbstverachtung analysirt und aus ihnen immer das gleiche, vernichtende Resultat abgeleitet, dass sie alle von Eigennutz und sündhaften Motiven dictirt gewesen seien. Sehr häufig spielen diese Selbstanklagen sich auf das religiöse Gebiet hinüber; die Kranken können nicht mehr mit der früheren Zuversicht beten; sie haben den Glauben verloren, nicht mit der nöthigen Energie gegen Zweifel angekämpft, die Kirche nicht fleissig genug besucht u. Aehnl.

Mit diesem Versündigungswahne verbindet sich nicht selten ein sehr entwickeltes Krankheitsgefühl, trotzdem das wirkliche Verständniss für die pathologische Natur der meisten hier geschilderten Symptome bereits vollständig verloren gegangen ist. Die Patienten geben zwar zu, dass sie krank, sehr krank sind, aber ihr Leiden ist einfach eine Folge ihrer Schlechtigkeit. Hätten sie sich mehr „zusammen-

genommen“, hätten sie anders gehandelt, als sie gehandelt haben, dann wäre es gar nicht so weit gekommen. Jetzt freilich ist es zu spät, Alles vorbei; durch eigene Schuld sind sie so tief hineingerathen, dass eine Genesung überhaupt gar nicht mehr möglich ist; sie sind kränker und unglücklicher, als irgend Jemand auf der Welt; für sie bleibt keine Hoffnung mehr, da sie deutlich fühlen, dass sie „verrückt“ werden müssen und nie wieder aus der Anstalt herauskommen. Bisweilen nehmen diese Ideen direct eine hypochondrische Färbung an. Es sind alte „Jugend-sünden“, eine überstandene Syphilis, welche die unheilbare Erkrankung herbeigeführt haben; die Lungen sind nicht gesund, im Leibe steckt ein „Stück“ oder gar ein Thier, das Nervensystem ist vollständig zerrüttet u. Aehnli.

Nicht selten werden auch die Eindrücke der Aussenwelt in diese wahnhafte Auffassung hineinbezogen. Der Kranke meint zunächst, dass auch seine Umgebung ähnlich denke, wie er selbst. Jedermann muss ihn verachten und verdammen, und er merkt auch bald, dass man ihn anders behandelt, als früher, dass die Freundlichkeit, mit der man ihm entgegenkommt, eine erzwungene, unnatürliche, oder dass sie durch das grossherzige, aber schlecht verdiente Mitleid mit seinem Elend motivirt ist. Es ist ihm peinlich, auf die Strasse, unter Menschen zu gehen, weil er Niemandem mehr unter die Augen treten kann und überall stummen, wenn auch maskirten Vorwürfen begegnet.

Auf dieser Stufe der Entwicklung bleiben die intellectuellen Störungen in der Regel stehen. Ja, es muss zweifelhaft erscheinen, ob man ein Recht hat, dem hier entworfenen, durchaus typischen Krankheitsbilde überhaupt Fälle zuzurechnen, in denen die Entwicklung von Wahnideen über die angedeuteten, dem Verhalten normaler Affectzustände sich anschliessenden Grenzen hinausgeht. Das Vorkommen von Uebergangsformen soll indessen ausdrücklich betont werden.

Der allgemeine depressive Grundton der Stimmung begleitet den ganzen Verlauf der Krankheit. Schon im Beginne derselben, bevor die Gefühlsalteration sich zu ihrer Höhe entwickelt hat, macht sich regelmässig eine erhöhte

Reizbarkeit und Launenhaftigkeit geltend, und auch später, wenn die psychische Hyperalgesie, die krankhafte Schmerzreaction auf äussere Anregungen, zur Ausbildung gelangt ist, kommt es bisweilen bei geringen Anlässen zu heftigen, affectartigen Gefühlsschwankungen. Hier wird gleichsam durch das Uebermass der schmerzlichen Spannung die psychische Hemmung gewaltsam durchbrochen und so ein Umsatz der Unlustregung in Ausbrüche leidenschaftlicher Bewegung herbeigeführt.

Abgesehen von diesen impulsiven Reactionen auf der Höhe des psychischen Schmerzes trägt auch das Handeln des Kranken in gleicher Weise wie der Vorstellungsverlauf regelmässig den Charakter der Gebundenheit und Unfreiheit. Ein einfacher Bauer sagte mir, er komme sich vor wie ein Rad am Wagen, das willenlos mitlaufen müsse. Der Kranke ist schlaff, energielos und ausser Stande, sich aufzuraffen; die innere Unlust hat in ihm Muth und Freudigkeit zu thatkräftigem Schaffen unterdrückt. Ruhelos wandert er herum, ohne irgend etwas fertig zu bringen, oder er sitzt vielleicht Stunden oder Tage lang in dumpfem Hinbrüten da, die Hände in den Schooss gelegt. Die nothwendigsten Geschäfte und Pflichten werden von ihm verabsäumt, weil er nicht Initiative genug besitzt, um die psychische Hemmung zu überwinden; jede Nöthigung zu activer Anstrengung wird eine Quelle intensivsten Unbehagens. Freilich vermögen besondere Anlässe, eine interessante Unterhaltung, anregende Gesellschaft, die Versetzung in neue Verhältnisse, in leichteren Fällen gewöhnlich wenigstens vorübergehend den Kranken aus seiner Verstimmung „herauszureissen“; die Folge solcher gewaltsamer Anregungen ist aber fast unausbleiblich ein um so stärkerer Rückschlag in das Gefühl der eigenen Nutzlosigkeit und Unfähigkeit. So gelingt es dem Kranken vielleicht noch, mit dem Aufgebote seiner ganzen psychischen Kräfte die zwingendsten Berufsarbeiten zu verrichten, aber er beginnt, wenigstens das Nebensächliche zu vernachlässigen. Die Sorge für sein Aeusseres, für Kleidung und Toilette, tritt gänzlich zurück, ein Umstand, der namentlich bei weiblichen Patienten sehr auffallend wird. Unordentliche Frisuren, abgerissene Knöpfe,

unbeachtet gebliebene Flecken und Defecte an der Kleidung lassen den Verlust des Interesses für diese sonst vielleicht sehr geflegten Aeusserlichkeiten und den Mangel an Energie zur Beseitigung der Nachlässigkeiten oft recht charakteristisch hervortreten.

Auch im Gesichtsausdrucke der Kranken pflegt sich die psychische Depression deutlich auszuprägen. Die Mundwinkel hängen herab, die Nasolabialfalten sind schärfer markirt, die Augenachsen gesenkt und starr parallel gerichtet; auf der Stirn zeigen sich Längs-, und bei ängstlicher Färbung des Affectes gleichzeitig auch Querfalten. In der Körperhaltung documentirt sich die Abwesenheit der elastischen Spannung, das schlaffe Bedürfniss nach möglichster Ruhe und stabilem Gleichgewichte; der Kopf ist gesenkt, der Rücken gebeugt und der ganze Körper nach dem Gesetze der Schwere in sich zusammengesunken. Die Sprache ist gewöhnlich leise und zögernd; alle Bewegungen und Reactionen geschehen meist langsam und ohne Kraft. Bisweilen bildet sich die lähmende Energielosigkeit zu einer förmlichen „Bettsucht“ aus; die Kranken bleiben unthätig und schlaflos halbe und ganze Tage im Bette liegen, ohne sich zum Aufstehen oder zu irgend einer selbständigen Handlung entschliessen zu können. In vereinzelt Fällen steigert sich diese psychische Unfähigkeit, wenn auch nur vorübergehend, zu einem Versinken in vollständige Apathie mit tieferer Bewusstseinstrübung. Die Kranken antworten kaum oder gar nicht mehr auf die an sie gerichteten Fragen, sitzen in sich zusammengesunken da, lassen den Speichel aus dem Munde fliessen und müssen zu jeder, auch der einfachsten Verrichtung aufgefordert und angeleitet werden. Wenn dann nach und nach die geistige Regsamkeit wiederkehrt, pflegt für diese Periode vollständige Amnesie zu bestehen.

Begreiflicherweise leidet unter dieser Willenlosigkeit sehr bald auch die leibliche Pflege, vor Allem die Befriedigung des Nahrungsbedürfnisses. Ganz ähnlich, wie der natürliche Trieb des Hungers und das Interesse an der Behaglichkeit durch die normalen depressiven Affecte unterdrückt werden, so hört auch der Kranke unter dem Drucke seiner

Verstimmung auf, sich um das regelmässige Einhalten der Mahlzeiten zu kümmern; es erscheint ihm abgeschmackt und widerwärtig, sich mit der kleinlichen Sorge für sein körperliches Wohl zu beschäftigen, wo seine ganze Aufmerksamkeit durch den grossen psychischen Schmerz in Spannung erhalten wird. Häufig ist es nur die Macht der Gewohnheit oder ein gewisses mechanisches Pflichtgefühl, welches den Kranken in den regelmässigen Bahnen seiner Lebensweise beharren lässt.

Zu tiefergreifenden Störungen führt die Vernachlässigung der körperlichen Bedürfnisse dann, wenn sie nicht durch den einfachen Mangel an Interesse, sondern durch die bestimmte Absicht des Kranken motivirt ist, sich selber zu schädigen. Die Selbstkasteiung stellt hier eine Art Busse dar, die der Kranke sich zur Sühne für seine Schlechtigkeiten auferlegt. Er ist zu schlecht, zu gottlos, um an der Kost der Andern theilnehmen, Kleider tragen, sich in ein Bett legen, an der schönen Natur freuen zu dürfen; man soll ihm Gefangenenkost vorsetzen, ihn auf der Diele schlafen lassen und als Verbrecher behandeln. Diese und ähnliche Ideenkreise sind es auch in der Regel, aus welchen das mit Recht am meisten gefürchtete Symptom der Melancholie sich heraus entwickelt, die Neigung zum Selbstmorde.

Der quälende Gedanke, ein unnützes und moralisch verworfenes Geschöpf zu sein, das Gefühl der inneren Verödung und Verarmung, der Blick in eine vermeintlich finstere und trostlose Zukunft, die Unerträglichkeit des gegenwärtigen Zustandes regen den Wunsch der Vernichtung des Daseins an und lassen ihn eine immer wachsende Gewalt im Bewusstsein erlangen. So kommt es, dass die Hartnäckigkeit, mit welcher die Kranken an der Ausführung ihres Selbstmordplanes festhalten, in eigenthümlichen Contrast zu ihrer sonstigen Energielosigkeit tritt. Diese Erscheinung wird einigermaßen erklärlich, wenn man bedenkt, dass die Unfähigkeit zu thatkräftigem Handeln hier nicht aus dem Mangel an Motiven, sondern aus der Unterdrückung der gesunden Motive durch die hemmenden Unlustgefühle hervorgeht. Jene Strebungen dagegen, die in diesen Unlustgefühlen selbst ihre Wurzeln haben, können

daher leicht eine dauernde und unwiderstehliche Macht über den Willen des Kranken gewinnen; sie spornen Intelligenz und Energie zu den äussersten Anstrengungen an, um die Erfüllung ihres Planes um jeden Preis zu erzwingen. Je besonnener und relativ freier der Kranke ist, desto grösser natürlich die Gefahr, dass es ihm gelingt, seinen Zweck zu erreichen. Das Raffinement, mit welchem er trotz sorgfältigster Ueberwachung die unscheinbarste Gelegenheit auszunutzen weiss, die Fähigkeit zur Dissimulation der krankhaften Verstimmung, um sein einziges Dichten und Trachten besser zur Ausführung bringen zu können, ist bisweilen staunenswerth.

Jeder Melancholiker ist daher als ein äusserst gefährlicher Kranker zu betrachten, um so gefährlicher, wenn ihn seine Intelligenz zur Verstellung und List befähigt. Er kann sich in der Badewanne ertränken, an der Thürklinke, an irgend einer vorspringenden Ecke im Abtritte, ja selbst im Bette (auch in der Zwangsjacke!) stranguliren, Nadeln, Nägel, Glasscherben verschlucken, sich die Treppe hinunterstürzen, den Schädel mit einem schweren Gegenstande zertrümmern, sich aushungern u. s. f. Beachtenswerth erscheint es, dass die Kranken in ihrer Aufregung trotz voller Besonnenheit fast ganz unempfindlich gegen körperlichen Schmerz zu sein pflegen, ein Umstand, der ihnen die Ausführung ihres Vorhabens wesentlich erleichtert. Eine Patientin meiner Beobachtung freute sich nach Durchschneidung der Pulsadern mit einer Glasscherbe über „das schöne rothe Blut“, ohne eine Spur von Schmerz zu fühlen; ein anderer Kranker schlug mit dem Halse so oft auf die Schneide eines am Boden aufgestellten Stemmeisens, bis dasselbe durch die ganzen Weichtheile in den Wirbelkörper eindrang.

Sehr viel seltener richten sich die Verzweiflungsacte der Melancholiker gegen ihre Umgebung. Es kann vorkommen, dass sie etwa im eigenen Hause Feuer anlegen, um auf diese Weise am sichersten den Tod in den Flammen zu finden. Ferner kann die melancholische Verfälschung der gesammten Weltauffassung neben dem Drange zum Selbstmorde auch das Streben erzeugen, Weib und Kind



mit umzubringen, um sie vor dem traurigen Schicksale des Daseins, den Gefahren der Verführung, der Gottlosigkeit zu bewahren, und endlich kommt es auch vor, dass derartige Kranke, die den Muth zum Selbstmorde nicht in sich fühlen, eine Gewaltthat begehen, um durch richterlichen Urtheilspruch sicher des Todes theilhaftig zu werden. In der Regel allerdings pflegen sie sich zu diesem Zwecke mit mehr oder weniger detaillirt ausgesponnenen falschen Selbstanschuldigungen zu begnügen.

Parallel mit diesen krankhaften Veränderungen der höheren psychischen Functionen, die in verschiedenen Variationen den gemeinsamen Grundzug der depressiven Verstimmung erkennen lassen, gehen eine Reihe von elementaren nervösen Störungen, welche auf eine allgemeinere Beeinträchtigung der Centralorgane hindeuten. Der Schlaf des Melancholikers ist regelmässig schlecht, kurz, unruhig, von lebhaften, unangenehmen und quälenden Träumen begleitet. Trotzdem, oder vielmehr gerade deshalb besteht ein dauerndes Gefühl der Abspannung, Müdigkeit und Schwere in allen Gliedern, eine dumpfe Benommenheit im Kopfe, die sich bisweilen zu wirklichen schmerzhaften Sensationen, Druck auf der Scheitelhöhe, Spannung im Hinterkopfe u. dergl. steigert. Seltener kommen greifbare nervöse Affectionen, Anaesthesien, Hyperaesthesien u. dergl. zur Beobachtung; nur wegen der mangelnden Aufmerksamkeit oder wegen psychischer Hyperalgesie erscheint die periphere Empfindlichkeit bisweilen herabgesetzt oder gesteigert. Sehr gewöhnlich wird über unangenehme Empfindungen in der Herzgegend geklagt, Spannung, Druck, „Unruhe“, „Beängstigung“, „Vibriren“ am Herzen, die bisweilen anfallsweise, namentlich Nachts, stärker hervortreten. Der Muskeltonus erscheint herabgesetzt; gleichzeitig besteht das Gefühl allgemeiner körperlicher Schwäche und Hinfälligkeit. Die Ernährung nimmt nach Ausweis der Körpergewichtscurve stets, auch dort, wo keine Nahrungsverweigerung besteht, im Beginne der Erkrankung rasch ab, um erst mit dem Eintritte der Reconvalescenz sich wieder zu heben. Der Appetit ist sehr gering oder ganz aufgehoben, die Verdauung träge; sehr häufig findet man äusserst hartnäckige

Obstipation. Starker Belag der Zunge und foetor ex ore pflegen diese Störungen zu signalisiren. Die Wärme-production, wie die Wärmeabgabe ist vermindert, die Temperatur häufig dauernd unter der Norm, vielfache Unregelmässigkeiten in ihrer Vertheilung auf die peripheren Körperpartien darbietend. Auch die Organe des Kreislaufs zeigen eine entschiedene Herabsetzung ihrer Energie. Der Puls ist klein, abnorm verlangsam (in einem Falle meiner Beobachtung bis auf 40 Schläge!); die Extremitäten sind häufig cyanotisch, kühl (besonders die Füße), ja es können sogar Oedeme auftreten, die nur in der Circulationshemmung ihre Ursache haben und bei der Genesung rasch wieder verschwinden. Seltener werden auch an der Haut die Erscheinungen ungenügender Ernährung, Trockenheit, Sprödigkeit, kleienartige Abschuppung u. s. w. beobachtet.

Die einfachen Formen der melancholischen Verstimmung, ohne ausgeprägtere Wahnideen, ohne heftigere Aufregung und ohne Bewusstseinstrübung, gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Sie haben ihre Ursachen, wo solche nachzuweisen sind, meistens in chronischen Ernährungsanomalien, Anaemie, Chlorose, ungenügender körperlicher Pflege, oder in anhaltenden depressiven Affecten, Nahrungs-sorgen, Kummer, bisweilen in Ueberanstrengung; ausserdem spielt hier schon die psychopathische Anlage eine wesentliche Rolle. Das weibliche Geschlecht scheint stärker prädisponirt zu sein, als das männliche, namentlich zur Zeit des Klimakteriums. Ob der Erkrankung anaemische Zustände des Gehirns, passive Hyperaemien oder lediglich functionelle Alterationen der centralen Nervensubstanz zu Grunde liegen, ist fraglich; Sectionsbefunde haben uns bisher über diese Frage keine befriedigende Auskunft gegeben.

Der Verlauf der Psychose ist stets ein langsamer. Im Anfange wird die krankhafte Natur des Leidens häufig verkannt und die Verstimmung, die Reizbarkeit und Arbeitsunfähigkeit, namentlich bei jugendlichen Individuen, nicht selten als sich entwickelnder Charakterfehler betrachtet, gegen den man mit pädagogischen und moralisirenden Eingriffen einschreiten zu müssen glaubt, bis sich der Ernst und die wahre Bedeutung der Situation durch das stärkere

Hervortreten der krankhaften Erscheinungen, einen plötzlichen Selbstmordversuch oder dergleichen kundgiebt. Neben der trüben Stimmung gehören Schlaflosigkeit und mangelnde Esslust mit zu den regelmässigsten Begleiterscheinungen schon der ersten Krankheitsperiode. Der weitere Verlauf ist gewöhnlich kein ganz gleichmässiger, sondern pflegt vielfache Schwankungen, Verschlechterungen und Besserungen, darzubieten, über deren Bestand man sich keinen zu sanguinischen Hoffnungen hingeben darf. Fast immer findet sich ein Nachlass der Krankheitserscheinungen gegen Abend, während am Morgen die Verstimmung in verstärktem Masse wiederkehrt. Auch ein ziemlich regelmässiger periodischer Wechsel zwischen schlimmeren und besseren Zeiten oder Tagen wird beobachtet, ohne dass sich eine äussere Ursache dafür auffinden liesse.

Das allmähliche Schwinden der Krankheit nach vielfachen Remissionen und Exacerbationen ist durchaus die Regel; plötzlichen, im Verlaufe weniger Tage eintretenden „Heilungen“ ist niemals zu trauen; sie bedeuten nicht selten das Umschlagen der depressiven in eine heitere Verstimmung. Einen sehr guten Anhaltspunkt für die prognostische Beurtheilung der Veränderungen im psychischen Krankheitsbilde giebt das Verhalten des Körpergewichtes an die Hand. Stetiges Ansteigen desselben deutet mit Entschiedenheit auf die bevorstehende Reconvalescenz hin, wenn nicht etwa die Zeichen einer beginnenden Verblödung (Abnahme des Affectes ohne Correctur der Wahnideen, Urtheilsschwäche) sich geltend machen. Im günstigen Falle bessern sich nach und nach Schlaf und Verdauung; die Nachlässe der Depression werden anhaltender und ausgiebiger, wenn auch noch einzelne schlechte Tage (im Anschlusse an eine unruhige Nacht, Verdauungsstörung, psychische Aufregung) dazwischen vorkommen. Namentlich die Rückkehr des Interesses für die gewohnten Beschäftigungen ist als ein Zeichen von sehr guter Vorbedeutung zu betrachten. Endlich kehrt auch die Krankheitseinsicht, wenn sie auf der Höhe bisweilen getrübt war, dauernd zurück und macht den Patienten, der früher vielleicht häufig widerstrebend und gereizt gewesen war, dankbar und gehorsam. Ist das

krankhafte Unlustgefühl und die innere Spannung gänzlich in Lösung begriffen, dann tritt nicht selten ein gewisses reactives Wohlgefühl bei dem Reconvalescenten hervor. Gleichwol besteht immer noch für einige Zeit eine leichtere Ermüdbarkeit und eine vermehrte Empfindlichkeit gegen äussere Schädlichkeiten, besonders Affecte, Ueberanstrengungen, Excesse, welche vorübergehende Verschlimmerungen nach sich ziehen können, bis sich im Laufe der Wochen und Monate auch diese Störung vollkommen ausgleicht.

Die Prognose der einfachen Melancholie ist im Allgemeinen eine recht günstige; selbst jahrelange Dauer derselben schliesst die Hoffnung auf Genesung nicht aus. In ungeheilten Fällen kommt es allmählich zur Entwicklung einer mehr oder weniger hochgradigen psychischen Schwäche, welche sich in dauernder Leistungsunfähigkeit, unvollkommener Correctur der melancholischen Wahnideen und im Fortbestehen bald einer weinerlichen Verzagtheit, bald einer stumpfsinnigen Versunkenheit ohne tieferen Affect kundgibt. Eine ernste Gefahr für den Ausgang des Leidens wird durch die Möglichkeit eines Selbstmordes oder der Erschöpfung in Folge von anhaltender Schlaflosigkeit und Nahrungsverweigerung gebildet. Hochgradige, länger dauernde Apathie begünstigt auch erfahrungsgemäss die Entwicklung der Phthise. Natürlich ist es aber für die Beurtheilung der Prognose von grosser Wichtigkeit, die hier besprochene Psychose nicht mit den depressiven Verstimmungen zu verwechseln, welche als einleitendes Stadium anderer Geistesstörungen, der Verrücktheit, der Dementia paralytica, der Manie auftreten können. Meist lässt hier die Beobachtung des Verlaufes sehr bald die charakteristischen Züge der folgenden Erkrankungen wenigstens andeutungsweise erkennen.

Die Dauer der Krankheit ist regelmässig eine protrahirte, über eine längere Reihe von Monaten, selbst über Jahre sich erstreckende; Fälle, die schon nach 8—10 Wochen in Genesung übergehen, gehören zu den Ausnahmen; durchschnittlich kann man auf eine Gesamtdauer von  $\frac{3}{4}$ —1 Jahr rechnen. Genauere Voraussagungen über den Zeitpunkt der Wiederherstellung zu machen ist hier

stets misslich, da sich bisweilen die Reconvalescenz selbst in ganz leichten Fällen unerwartet lange hinauszieht.

Die Behandlung der einfachen Melancholie hat vor Allem für die Entfernung aller den Kranken schädigenden Reize zu sorgen. In leichteren Fällen und unter günstigen äusseren Verhältnissen genügt zur Erfüllung dieser Indication die völlige Entlastung von den täglichen Geschäften und der Aufenthalt in einer ruhigen, behaglichen Umgebung. Die Langeweile ist ein vorzügliches Heilmittel für solche Kranke, da sie die Ruhe in sich schliesst. „Zerstreuungen“, anstrengende Reisen, forcirte Curen, lebhaftes Geselligkeit wirken ebenso, wie pädagogische und moralisirende Massregeln fast immer rasch verschlimmernd auf den Zustand ein. Bei grösserer Intensität der Erkrankung ist die Bettruhe sehr zu empfehlen, namentlich für anaemische Individuen. Das ruhebedürftige Gehirn und der Kräftezustand werden so am besten geschont. Jede anstrengende Beschäftigung, jede heftigere Gemüthsregung muss vermieden werden.

Eine weitere Aufgabe der Behandlung ist die Sorge für eine gute, kräftige Ernährung. Der Kranke wird regelmässig zum Essen angehalten; die Appetitlosigkeit und Verdauungsträgheit wird durch Eingiessungen oder milde Laxantien, sowie durch passende Auswahl der Speisen bekämpft. Meist gelingt es besser, in häufiger Wiederholung kleinere Mengen von Nahrung zuzuführen, als die copiöseren Hauptmahlzeiten einzuhalten. Geduld und Beachtung der Wünsche des Kranken vermag hier sehr viel zu erreichen. Nur in äusserst seltenen Fällen wird man bei hartnäckiger Sitophobie etwa zur künstlichen Ernährung zu greifen haben; die besonnenen Kranken geben den als nutzlos erkannten Widerstand meist bald auf.

Von grösster Wichtigkeit ist die Regelung des Schlafes, deren Einwirkung auf den psychischen Allgemeinzustand oft sehr prägnant hervortritt. Bei der langen Dauer der Krankheit ist jedoch von der Anwendung der medicamentösen Mittel nicht allzu viel zu erwarten, da sie meist nicht sehr lange hintereinander fortgegeben werden können. In erster Linie wird man einen Versuch mit dem

Bromkalium machen, das man in voller Dosis (6 Gr.) vor dem Schlafengehen giebt. Versagt dasselbe die Wirkung, so kann man, womöglich wechselnd und in gelegentlichen Gaben, die eigentlichen Hypnotica in Anwendung ziehen; in leichten Fällen thut übrigens auch der Alkohol oft schon recht gute Dienste. Die öfters empfohlene systematische Morphin- oder besser Opiumbehandlung leistet weniger gegen die Schlaflosigkeit, als gegen die bisweilen vorhandenen Beängstigungen. Dagegen kann man durch diätetische Massregeln so Manches zur Beförderung des Schlafes beitragen, durch abendliche verlängerte Bäder (33—34°C) oder Priessnitz'sche Einpackungen, sowie durch regelmässige Spaziergänge im Freien, wenn nicht gerade Bettruhe nothwendig ist. Jede Ueberanstrengung ist indessen wol zu vermeiden, da sie den entgegengesetzten Erfolg zu haben pflegt.

Wo die geringsten Anzeichen von Selbstmordneigung hervortreten, ist auch in den anscheinend mildesten Formen der Erkrankung dringend eine sorgfältige Ueberwachung geboten, wie sie nur in einer zuverlässigen Irrenanstalt (nicht sogen. „offenen“ Kuranstalt) durchgeführt werden kann. Tag und Nacht muss in solchen Fällen Jemand in unmittelbarer Nähe des Kranken sein und ihn unausgesetzt im Auge behalten. Das Schlafen eines Wärters im gleichen oder gar im Nebenzimmer ist in irgendwie bedenklichen Fällen durchaus unzureichend. Diese peinliche Aufmerksamkeit, die den Kranken keinen Moment, auch auf dem Abort nicht, ausser Acht lässt, ist bis in die volle Reconvalescenz hinein fortzusetzen, da oft unvorhergesehene Verschlechterungen mit Wiedererwachen der krankhaften Triebe vorkommen und die Besserung bisweilen nur eine scheinbare und zur Täuschung der Umgebung simulirte ist.

Die psychische Behandlung muss eine ruhige, gleichmässig freundliche und geduldige sein; die Durchführung der nothwendigen ärztlichen Anordnungen ist mit Festigkeit, aber ohne Starrheit aufrecht zu erhalten. Viele Gespräche über den psychischen Zustand des Kranken sind zu vermeiden; tröstender Zuspruch oder dialektische Auseinandersetzungen pflegen wenig oder nichts zu helfen. Weit

rationeller ist es, eine Ablenkung des Vorstellungsverlaufes auf ganz fernliegende Gebiete anzustreben, was allerdings fast nur bei intelligenten Kranken und in leichteren Fällen mit einiger Sicherheit gelingt. Auf der Höhe des Leidens verbieten sich solche Versuche von selbst; in der Reconvalescenz jedoch sind sie ein sehr wichtiges Hilfsmittel, das Interesse wieder in die gewohnten Bahnen zu lenken. Demselben Zwecke dient anregende, nicht ermüdende Beschäftigung, Lectüre u. dergl., sobald mit dem Nachlasse der Verstimmung eine freiere Hingabe an dieselben möglich wird. Diese Entwicklung pflegt sich ganz von selbst zu vollziehen; der Arzt hat nichts zu thun, als dieselbe nach Kräften zu fördern und Störungen durch Ueberanstrengung, starke Gemüthsbewegungen, körperliche Schädlichkeiten zu verhüten. Von Wichtigkeit ist es, den Kranken nicht zu früh aus der Anstaltsbehandlung zu entlassen; unvorhergesehene Selbstmorde können die Folge davon sein. Erst wenn volle Krankheitseinsicht besteht, die Ernährung auf ihren früheren Stand zurückgekehrt und der Schlaf ungestört ist, kann man die Heilung als vollendet und den Entlassungstermin als gekommen ansehen; Ausnahmen sind nur bei sehr günstigen Verhältnissen und zweifellos fortschreitender Reconvalescenz zulässig. Jedenfalls bedürfen alle Entlassenen noch längere Zeit hindurch einer gewissen Schonung und Pflege, sowie einer verständigen, ruhigen Behandlung seitens ihrer Umgebung.

### B. Melancholia activa.

Das dominirende Symptom in dem Krankheitsbilde der activen Melancholie bildet der Affect der Angst. Allerdings begegnen wir auch schon bei der einfachen Melancholie nicht selten leichten, unbestimmten Beängstigungen, aber dieselben gewinnen dort keine weitere Ausbildung; sie treten durchaus zurück gegenüber der charakteristischen allgemeinen Verstimmung. Hier dagegen pflegt die Angst in grösserer Intensität den Krankheitsverlauf schon von Anfang an zu begleiten.

Das erste Anzeichen der beginnenden Erkrankung ist in der Regel eine Störung des Schlafes. In der Nacht stellen sich allerlei unangenehme körperliche Sensationen ein, vor Allem Druck und Beklemmung in der Herzgegend („Melancholia praecordialis“ nach v. Krafft-Ebing), Gefühl des Zusammenschnürens im Halse, dumpfe Beengung im Kopfe u. dergl. Zugleich bemächtigt sich des Kranken eine gewisse innere Unruhe, über deren Ursprung er sich keine Rechenschaft zu geben vermag. Allerlei ängstliche Gedanken schiessen ihm durch den Kopf, die er vergebens abzuwehren sucht; schlaflos oder von wirren Träumen gequält wälzt er sich im Bette herum, bis er sich am Morgen ermattet und mit eingenommenem Kopfe erhebt. Im Laufe des Tages und inmitten der Berufsarbeit bessert sich der Zustand wieder etwas, aber in den einsamen Nachtstunden überfällt ihn die Angst mit verstärkter Gewalt, um ihn nun auch bei Tage nicht mehr zu verlassen. Der Kranke wird nervös, gereizt, unmotiviert heftig und hastig in seinem Wesen; seine Arbeitsfähigkeit beginnt empfindlich zu leiden; der Appetit schwindet und die Ernährung sinkt rasch. Er kann es nicht mehr lange an einem Orte oder bei einer Beschäftigung aushalten, läuft mit verstörter Miene im Zimmer auf und ab, setzt sich, steht wieder auf und wird ruhelos herumgetrieben, bald hinaus ins Freie, bald wieder nach Hause, immer in der unbestimmten, aber stets unerfüllten Hoffnung, durch die aufgesuchte Veränderung die schreckliche Unruhe bannen zu können. Die Willensanstrengung bleibt dem stets wachsenden Affecte gegenüber ebenso machtlos wie die gewöhnlichen Beruhigungsmittel, Zuspruch und Zerstreuungen. Am schlimmsten aber sind die Nächte, die dem Kranken statt der ersehnten Ruhe nur neue Qualen bringen.

Sehr bald gewinnt die anfangs vage und inhaltslose Beängstigung bestimmte Formen. Der Kranke fürchtet, dass irgend ein schreckliches Unheil sich ereignen, eine schwere Krankheit ihn befallen, die Strafe des Himmels ihn treffen könne; das Gefühl der Unsicherheit, das ihn nicht zur Ruhe kommen lässt, zeigt ihm überall Gefahren und drohendes Verderben. Wenn man will, kann man somit auch hier



die krankhaften Vorstellungen auf eine Art unbewussten „Erklärungsversuch“ zurückführen. Offenbar wird der besondere Inhalt der Vorstellungen auf associativem Wege durch die Färbung des herrschenden Affectes beeinflusst.

Gleichzeitig muss natürlich die Wahrnehmung und Auffassung der Aussenwelt ebenfalls in die krankhafte Störung hineingezogen werden. Mit der Ruhe geht auch die Objectivität der Beobachtung verloren; gleichgültige, zufällige Ereignisse gewinnen für den Geängsteten den Charakter des Unheimlichen und Gefahrdrohenden. Namentlich Geräusche, sowie die Mienen der Umgebung sind es, welche leicht in dieser Richtung gedeutet zu werden pflegen. In der Regel handelt es sich dabei nicht um Hallucinationen, oder doch nur um solche von ganz elementarer Natur; meist ist es wesentlich die von Schreckbildern erfüllte Phantasie, welche in den Wahrnehmungen die Bestätigung ihrer Ahnungen und Befürchtungen aufzufinden vermeint. Eine derartige Kranke hörte, wie Jemand in dem Zimmer unter ihr „in einen Sarg stieg“; ein Knistern der Tapete in der Nacht erzeugt die Vorstellung eines räuberischen Einbruches; die Theilnahme und Besorgniss der Angehörigen signalisirt dem Kranken ein grosses Unglück, welches man ihm verheimlichen will. So fühlt er sich in seinem Vertrauen zur Umgebung, in seinem Verhältnisse zur Welt auf das tiefste erschüttert; seine Situation beginnt immer mehr eine unerträgliche, eine verzweifelte zu werden.

In einer Anzahl von Fällen bleibt die Entwicklung der Psychose auf diesem Punkte stehen. Die Besonnenheit erleidet keine tiefergreifende Trübung, und der Kranke besitzt noch das mehr oder weniger klare Bewusstsein seines abnormen Zustandes, wenn er auch über die quälenden Affecte und die sich ihm aufdrängenden Befürchtungen nur vorübergehend Herr zu werden im Stande ist. Bei grösserer Intensität der Angst jedoch wird der Einfluss derselben auf sein Denken und Handeln ein durchaus massgebender. Die bis dahin nur als peinliche Vermuthungen auftretenden Ideen gewinnen für den Kranken den Charakter der Gewissheit. Gewöhnlich knüpfen dieselben dabei an den gleichzeitig bestehenden Versündigungswahn an. Der Kranke weiss,

dass er durch sein Benehmen das Vertrauen seiner Umgebung gemissbraucht, seine Angehörigen hintergangen und entehrt, ihren Tod verschuldet, dass er simulirt, sich politisch verdächtig gemacht, die Sünde wider den heiligen Geist begangen hat, und er zweifelt daher nicht mehr, dass nun das verdiente Verderben über ihn hereinbrechen wird. Man wird ihm heimlich Gift beibringen, um ihn „verrückt“ zu machen, seine ganze Familie ins Unglück stürzen, ihn vor Gericht stellen, in den Kerker werfen, ja zur Hinrichtung schleppen. Entsprechend der ängstlich kritiklosen Auffassung der ganzen Situation gewinnt auch der krankhafte Affect oft eine bestimmte Richtung. Der Kranke fürchtet sich „vor der Gerechtigkeit Gottes“, „vor den Menschen“, „vor der Polizei“, oder aber er fürchtet sich schliesslich vor allen, auch den harmlosesten Dingen, mit denen er in Berührung kommt (Pantophobie).

Ihren symptomatischen Ausdruck findet die Angst in den verstörten, gespannten Gesichtszügen der Kranken, in dem Widerstreben gegen jede Beeinflussung und vor Allem in ihrer motorischen Unruhe. Unfähig, ein geordnetes Gespräch zu führen oder sich zusammenhängend zu beschäftigen, können sie schliesslich auch nicht mehr ruhig sitzen oder liegen, springen immer von Neuem wieder auf, um rastlos umherzuwandern, ringen die Hände, halten leise oder laute Selbstgespräche, seufzen und stöhnen oder brechen in verzweifeltes Jammern aus. Alle derartigen Kranken können aus naheliegenden Gründen ihrer Umgebung und namentlich sich selbst in hohem Grade gefährlich werden. Nicht selten kommt es bei ihnen zu den wol als „Raptus melancholicus“ bezeichneten plötzlichen intensiven Steigerungen des ängstlichen Affectes mit traumartiger Bewusstseinstrübung und verschwommenen Vorstellungen schreckhaften Inhaltes, in denen sie sich zu grässlichen Selbstverstümmelungen, Selbstmord- und Mordversuchen hinreissen lassen. Regelmässig besteht dabei vollständige, psychisch bedingte Analgesie. Meist folgt solchen Gewaltthaten rasch das Gefühl einer gewissen Befreiung und Erleichterung mit vorübergehendem Nachlasse der inneren Erregung.

Der Schlaf dieser Kranken ist regelmässig sehr be-

deutend gestört. Die Angst lässt ihnen keine Ruhe; sie können es nicht lange im Bette aushalten, sondern steigen immer und immer wieder heraus, wollen fort, entfliehen, oder sie jammern und klagen ohne Unterbrechung die ganze Nacht hindurch, rufen laut um Hülfe, wecken ihre Nachbarn, kriechen vor Angst zu ihnen ins Bett, verstecken sich unter dasselbe und werden durch alle Versuche, sie zu beruhigen und im Bette zu erhalten, meist nur noch ängstlicher und aufgeregter. Aehnliche Schwierigkeiten stellen sich der regelmässigen Ernährung entgegen. Anfangs fehlt nur das Interesse für die Nahrungsaufnahme und der Appetit; später aber gesellt sich fast regelmässig wirkliche Sitophobie hinzu. Der Kranke, der vor lauter Angst nicht dazu kommt, selbst zu essen, wird bei jedem Versuche, ihm die Nahrung einzuführen, immer widerstrebender und spuckt Alles wieder aus, oft nur aus unbestimmten ängstlichen Motiven, bisweilen in Folge von Vergiftungs- oder Versündigungs-ideen. Das Körpergewicht sinkt in Folge dessen natürlich rasch; die Verdauung ist sehr gestört, träge, die Zunge dick belegt; es besteht starker foetor ex ore. Der Puls ist meist beschleunigt, die Temperatur normal, die Respiration ebenfalls beschleunigt, aber sehr oberflächlich.

Die schweren Formen der activen Melancholie sind keine sehr häufigen Erkrankungen. Wie es scheint, entwickeln sich dieselben hauptsächlich im Anschlusse an Erschöpfungszustände und heftige Gemüthsbewegungen, ferner bei schweren Herzfehlern mit Kreislaufstörungen. Die Entwicklung der Psychose ist in der Regel eine allmähliche; seltener steigert sich die ängstliche Erregung schon binnen wenigen Tagen zu ihrer Höhe. Die Dauer der Krankheit erstreckt sich stets über eine Anzahl von Monaten, wenn sie auch im Ganzen etwas kürzer zu sein pflegt, als bei der einfachen Melancholie.

Die Prognose der activen Melancholie gestaltet sich im Allgemeinen nicht ungünstig; die hauptsächlichsten Gefahren werden durch die Selbstmordneigung und die Erschöpfung in Folge der Schlaflosigkeit und Nahrungsverweigerung repräsentirt. Die Besserung pflegt sich in viel-

fachen Schwankungen, vorübergehenden Nachlässen und Verschlimmerungen der inneren Unruhe zu vollziehen, unter allmählichem Verblässen der ängstlichen Befürchtungen, Wiedererwachen anderer Interessen und zunehmender Befreiung von dem Drucke des Affectes. Zugleich bessert sich Schlaf und Ernährung, und das Körpergewicht steigt. Gewöhnlich bleibt aber noch längere Zeit hindurch eine gewisse Verzagtheit und Kleinmüthigkeit, sowie eine grosse Empfindlichkeit gegen gemüthliche Erregungen zurück, welche aufmerksame Beachtung Seitens der Umgebung verdienen. In ungünstig verlaufenden Fällen verliert sich das ängstliche, unselbständige Wesen der Kranken mit dem Nachlassen des Affectes nicht ganz; sie gewinnen keine völlige Krankheitseinsicht und halten an einzelnen der auf der Höhe der Psychose entstandenen Wahnideen dauernd fest; zugleich macht sich eine mehr oder weniger ausgeprägte Abschwächung der gesammten psychischen Leistungen bemerkbar. Bisweilen auch schliesst sich an die hochgradige ängstliche Aufregung ein Zustand acuten Schwachsinnns mit äusserster körperlicher Erschöpfung, der entweder in dauernde Verblödung oder aber (sogar noch nach Jahr und Tag!) in Genesung hinüberführen kann.

In diagnostischer Beziehung ist namentlich die Abgrenzung der activen Melancholie von den ängstlichen Aufregungszuständen im Verlaufe der Paralyse und der Verrücktheit von Wichtigkeit. Vor Verwechslungen mit der ersteren Erkrankung wird vor Allem die Berücksichtigung der dort sehr allmählichen Entwicklung des Irreseins, sowie der früheren Symptome, der nervösen Störungen, Gedächtnisschwäche, Anfälle, der absurden hypochondrischen oder Grössenideen u. s. w. schützen. Ueberdies pflegt auch die Bewusstseinstrübung in der Paralyse dauernd eine viel tiefer greifende zu sein. Bei der Verrücktheit ist der ängstliche Affect als solcher häufig gar nicht krankhaft, sondern durch Wahnideen oder Sinnestäuschungen recht wol motivirt; er tritt erst im Anschlusse an diese letzteren auf und schwindet mit ihnen. Gegenüber dem depressiven Wahnsinn, dem wir im Allgemeinen die Fälle mit stärkerer Ausbildung der sensorischen und intellectuellen Störungen zu-

weisen möchten, lässt sich eine ganz scharfe Abgrenzung ebensowenig durchführen, wie gegenüber der einfachen Melancholie, bei welcher Andeutungen von Präcordialangst wenigstens episodisch sehr häufig vorhanden sind. Nach beiden Richtungen giebt es Uebergänge.

Die Behandlung der activen Melancholie hat vor Allem die Beruhigung des Kranken zu erzielen. Dieser Indication dient nicht, wie man früher vielfach glaubte, die mechanische Behinderung seiner Bewegungen durch die Zwangsjacke oder „Wärterfäuste“, sondern zunächst die Beseitigung aller äussern Reize. Gerade der äussere Zwang ist für derartige Kranke ein Reiz, der leicht die ängstliche Spannung zum Unerträglichen steigert. Versetzung des Patienten in eine absolut ruhige, ihn so wenig wie möglich beengende und reizende Umgebung ist daher das erste Erforderniss, jeder Versuch einer häuslichen Behandlung schon wegen der Selbstmordgefahr durchaus verwerflich und gefährlich. In den meisten Fällen wirkt schon die einfache, consequent durchgeführte Bettbehandlung sehr günstig; nur im Nothfalle wird man dieselbe zeitweise mit Isolirung, eventuell im gepolsterten Zimmer, zu verbinden suchen. Selbstverständlich muss dabei stets eine genaue Ueberwachung stattfinden, da die Kranken sich oft in hohem Grade gefährlich sind, mit dem Kopfe gegen die Wand rennen, Scheiben (auch bisweilen sehr dicke!) zertrümmern, um sich mit den Scherben zu verletzen u. s. f. Sobald derartige Neigungen hervortreten, ist die Isolirung sogleich aufzuheben.

Unter den directen Beruhigungsmitteln spielen hier die wichtigste Rolle das Morphium und noch mehr das Opium, deren systematische Anwendung in täglicher, rasch steigender Dosis gerade bei Angstzuständen mit Recht weite Verbreitung gefunden hat. Bei besonders hochgradiger Aufregung wäre vielleicht ein Versuch mit vorsichtigen Hyoscinalgaben zu empfehlen. Ausserdem kommen natürlich zur Erzielung von Schlaf alle jene medicamentösen und diätetischen Mittel in Betracht, deren Indicationen früher eingehend besprochen worden sind. Im Allgemeinen wird man dabei immer mit der subcutanen oder der Application per Klyisma

weiter kommen, als mit den innerlichen Arzneien, da die Kranken diesen letzteren meist ein grosses Misstrauen (Vergiftungsideen) entgegenbringen, dieselben zurückweisen und dann auch wol die Nahrung verweigern. Ebenso findet die Anwendung der Bäder, Einwicklungen u. s. f. ihre Grenze an dem ängstlichen Widerstande der Kranken.

In sehr vereinzeltten Fällen kann die drohende Gefahr einer Erschöpfung bei andauernder Sitophobie Anlass zur künstlichen Fütterung werden. Weiterhin ist aber die Sorge für die hygienischen Bedürfnisse des Kranken, namentlich für Reinlichkeit, regelmässige Darmentleerung, gute Luft, genügende Erwärmung der Aufenthaltsräume (besonders bei der Neigung, sich zu entkleiden) von der grössten Bedeutung.

### C. Melancholia attonita.

Das Krankheitsbild der Melancholia attonita (Stupor) steht mit demjenigen der activen Melancholie in naher Verwandtschaft; in beiden Psychosen trägt der zu Grunde liegende pathologische Affect den Charakter der Angst. Während aber derselbe bei der bisher besprochenen Form in heftigen psychomotorischen Reactionen sich nach aussen entladen konnte, führt er bei der Melancholia attonita zur Entwicklung eines hochgradigen inneren Spannungszustandes, der, abgesehen von episodischen Aufregungen, nur langsam und allmählich sich wieder zu lösen pflegt.

Der Beginn der Erkrankung vollzieht sich zumeist in ganz ähnlicher Weise wie bei der activen Melancholie. Es kommt zunächst zur Ausbildung eines Prodromalstadiums mit inneren Beängstigungen, abnormen Sensationen und Zwangsbefürchtungen, unstem, verstörtem Wesen, Arbeitsunfähigkeit und den gewöhnlichen körperlichen Begleiterscheinungen der Schlaf- und Appetitlosigkeit. Nach einiger Zeit scheint die anfängliche Unruhe nachzulassen, aber der Kranke wird nicht freier; sein scheuer Blick, seine starre Haltung, die einsilbigen, mühsam hervorgebrachten Antworten zeigen deutlich, dass ihn die Angst immer mehr übermannt. Die Auffassung der Umgebung wird dabei

erschwert und getrübt; der Kranke verliert die klare Orientierung. Der Vorstellungsverlauf wird verlangsamt oder gänzlich gehemmt, so dass der Kranke schliesslich nur noch den dumpfen, unerträglichen Druck der ihn ganz erfüllenden, namenlosen Angst empfindet. Die Glieder sind ihm schwer wie Blei; die einfachsten Bewegungen kosten ihm eine unerhörte Willensanstrengung, nicht weil seine Energie gesunken ist, wie in der einfachen Melancholie, sondern weil die starre Hemmung des gesamten psychischen Lebens seinem Wollen ein unüberwindliches Hinderniss entgegenstellt. Der klinische Gegensatz der Psychosen entspricht durchaus demjenigen der normalen Affecte, an welche jene sich anlehnen. Konnten wir die einfache Melancholie der reizbaren Verstimmung an die Seite stellen, wie sie die Ermüdung des Nervensystems zu begleiten pflegt, so entspricht die active Melancholie den lauten Ausbrüchen fassungsloser Verzweiflung, während die Melancholia attonita mit jener plötzlichen Verwirrung und Hemmung unseres Seelenlebens in Parallele zu setzen ist, welche dem Schreck und der rasch zu gewaltiger Höhe anwachsenden Angst eigenthümlich ist.

Bei weiterem Fortschreiten der Psychose versinkt der Kranke bald in gänzlichem, reactionsloses, starres Schweigen. Mit gespanntem Gesichtsausdrucke steht oder liegt er stundenlang unbeweglich da; nur eine gelegentliche rasche Bewegung der weit geöffneten Augen, plötzlicher Wechsel der Gesichtsfarbe, häufig auch starkes Schwitzen des Kopfes deuten die psychischen Vorgänge an, die sich in seinem Innern abspielen. Bisweilen beobachtet man Tag und Nacht fortgesetztes, triebartiges Masturbiren. Alle Muskeln sind starr gespannt, die spontanen Bewegungen zögernd und verlangsamt; jeder äusseren Einwirkung wird ein rasch sich steigernder, oft sehr beträchtlicher passiver Widerstand entgegengesetzt. Die Nahrungsaufnahme bietet jedoch meist keine besondere Schwierigkeit; überhaupt pflegen die Kranken für ihre unmittelbaren körperlichen Bedürfnisse vielfach noch selbst Sorge zu tragen. Nur in sehr schweren Fällen mit tieferer Bewusstseins-trübung sind sie ausser Stande, sich an- und auszukleiden,

sich reinlich zu halten und die Nahrung allein zu sich zu nehmen. Der Schlaf ist stets hochgradig gestört; oft besteht vollständige Insomnie: die Kranken liegen Nächte lang ruhig und unbeweglich, aber mit offenen Augen, ohne zu schlafen.

Das Körpergewicht und die allgemeine Ernährung sinkt rasch; die Athmung ist verlangsamt und oberflächlich, der Puls klein und gespannt, die Temperatur subnormal. Nicht selten treten als Zeichen allgemeiner Circulationsherabsetzung an einzelnen Stellen leichte Oedeme auf. Das Gesicht erscheint oft eigenthümlich gedunsen, fahl, die Schleimhäute cyanotisch, die herabhängenden Hände kalt, dick und ebenfalls bläulich verfärbt; die Menses cessiren; regelmässig besteht hartnäckige Verstopfung.

In der Mehrzahl der Fälle bleibt das hier skizzirte Krankheitsbild längere Zeit durchaus stationär; bisweilen aber wird dasselbe vorübergehend unterbrochen durch plötzliche Aufregungsparoxysmen, in denen die Kranken verzweifelte Angriffe auf die Umgebung oder auch unvermuthete, energische Selbstmordversuche unternehmen können. Wie es scheint, wächst in solchen Zeiten die innere Erregung so mächtig an, dass sie die Hemmung gewaltsam durchbricht und nun zu jenen impulsiven Acten führt, welche ihr durch die getrübe Auffassung der Sachlage dictirt werden.

Auch die *Melancholia attonita* ist keine sehr häufige Krankheit; wie es scheint, entwickelt sie sich bei Männern leichter, als beim weiblichen Geschlechte. Relativ oft schliesst sie sich an jene plötzlich einwirkenden lebhaften Affecte (Schreck, grosse Angst) an, denen sie auch in ihrem klinischen Bilde am nächsten steht. Bei sehr intensiv hereinbrechenden Gemüthsbewegungen kann sich das Prodromalstadium auf wenige Tage abkürzen, ja, in vereinzelt Fällen kann sich das Krankheitsbild in voller Ausbildung unmittelbar an den Affect selber anschliessen. Der Verlauf der Krankheit ist meist ein sehr gleichmässiger; stärkere Schwankungen im Zustande pflegen erst dann aufzutreten, wenn sich die Psychose der Reconvalescenz nähert. Die Dauer derselben ist stets eine längere; sie beträgt selten oder niemals weniger als 4 bis 6 Monate, kann sich aber



ohne völligen Verlust der Aussicht auf Heilung selbst über 1 bis 2 Jahre hin erstrecken.

Unter allen Umständen muss die Melancholia attonita als eine schwere Erkrankung betrachtet werden, bei der die Gefahr der Unheilbarkeit und selbst des Todes nicht sehr fern liegt. Die Heilung vollzieht sich regelmässig langsam, im Laufe von Monaten. Zuerst wird der Gesichtsausdruck des Kranken freier; die Spannung in den mimischen Muskeln, wie in der ganzen Körperhaltung und in den Bewegungen beginnt allmählich nachzulassen. Man sieht, wie sich beim Befragen des Kranken die Lippen bewegen und dann leise, zögernd einzelne, meist zutreffende Antworten gegeben werden. Das Bewusstsein klärt sich, und es erfolgt ein langsames Erwachen, wie aus einem schweren, wirren Traume, an den nur eine ganz allgemeine, summarische Erinnerung besteht. Zugleich hebt sich das Körpergewicht; der Schlaf bessert sich, und der Kranke erlangt nach und nach die Herrschaft über seine Muskeln, wie über seine psychischen Vorgänge wieder. Immerhin bleiben Spuren des krankhaften Wesens, grosse Zurückhaltung, gelegentliches unmotivirtes Widerstreben, leise, unfreie Sprache oft noch bis spät in die Reconvalescenz hinein bestehen, auch wenn die eigentliche Angst bereits geschwunden und der Kranke sich über seinen Zustand und seine Situation längst klar geworden ist.

In ungünstigen Fällen verliert sich zwar allmählich ebenfalls der intensive Affect und mit ihm die hochgradige Spannung; das Bewusstsein klärt sich und der Kranke gewinnt im Allgemeinen die Orientirung wieder, allein es kommt nicht zu einer klaren Einsicht in die überstandene Erkrankung. Der Patient ist theilnahmlos und blöde, ideenarm und unfähig zu psychischen Leistungen geworden. Das Interesse für seine früheren Beziehungen, für seine Familie, seinen Beruf ist erloschen; die Vorgänge in seiner Umgebung gehen spurlos an ihm vorüber; das Gedächtniss für vergangene Erfahrungen hat schwer gelitten. Gewöhnlich lassen sich dabei im äusseren Benehmen noch Andeutungen der überstandenen Psychose erkennen. Der Kranke ist still, giebt nur wenige, langsame Antworten auf einfache Fragen,

steht oder sitzt in gedrückter Haltung stundenlang auf demselben Flecke und widerstrebt, wenn etwas Aussergewöhnliches mit ihm vorgenommen werden soll. Im Laufe der Zeit pflegt die Verblödung rasch zuzunehmen, wenn ihr nicht durch eine zweckmässige Beschäftigung entgegen gearbeitet wird.

Der Ausgang in Tod kann entweder durch Selbstmord, oder durch Erschöpfung in Folge von Nahrungsverweigerung, endlich durch allerlei Complicationen erfolgen, unter denen die Tuberculose die bei weitem häufigste ist. Als anatomische Befunde an den nervösen Centralorganen werden aufgeführt Anaemie, venöse Stauung und Oedem der Pia und des Gehirns, in den Fällen secundären Blödsinns auch Rindenatrophie. Die Zurückführung der Psychose auf einen anfänglichen Gefässkrampf (wie beim Schreck) und spätere vasomotorische Lähmung mit ihren pathologisch-anatomischen Folgezuständen würde in jenen Befunden eine gewisse Stütze finden.

Die Diagnose der *Melancholia attonita* hat einmal die Abgrenzung vom katatonischen Wahnsinn, dann aber diejenige von gewissen Formen des acuten und chronischen Schwachsinnens zu berücksichtigen. Beim katatonischen Wahnsinn wechseln die verschiedenartigsten Färbungen und Schwankungen der Stimmung einander ab, oder es besteht selbst lange Zeit hindurch völlige Apathie. Die Gebundenheit trägt meist den Charakter der *Flexibilitas cerea* mit gelegentlichem theatralischem Posiren. Hier dagegen beherrscht die Angst und die aus ihr hervorgehende starre, nur durch grosse Gewalt zu überwindende Spannung das ganze Krankheitsbild. Die acute Demenz wiederum zeigt uns in ihren schwersten Formen, die hier für die Differentialdiagnose wesentlich in Betracht kommen, eine einfache Erschlaffung, ohne jede Andeutung des ängstlichen Affectes. Vor der Verwechselung mit secundärem Schwachsinn wird am besten die Berücksichtigung der Entwicklung der Krankheit und ihrer Dauer schützen; eine genaue Bestimmung desjenigen Punktes, an welchem eine *Melancholia attonita* in Unheilbarkeit übergeht, ist aber natürlich nicht möglich.

Die Behandlung der *Melancholia attonita* stellt sehr

hohe Anforderungen an Pflege und Ueberwachung; sie kann daher nur in einer Irrenanstalt mit Erfolg durchgeführt werden. Die Indicationen sind im Wesentlichen dieselben, wie bei den übrigen Formen der Melancholie. Sorge für kräftige Ernährung und regelmässige Verdauung, für möglichste Aufrechterhaltung der Kräfte (Bettruhe), für Reinlichkeit (warme Bäder, Anhalten zur Befriedigung der Bedürfnisse), Verhütung starker Wärmeverluste (warme Kleidung, Decken), reichliche Zufuhr von frischer Luft und sorgfältige Ueberwachung bei Tag und bei Nacht wegen der Gefahr von Selbstmord und plötzlichen Gewaltacten kommen in erster Linie hier in Betracht. Direct zur Bekämpfung der Angst und zur Erzielung von Schlaf kann man an Opium- oder Morphinjectionen denken, doch stossen dieselben oft auf sehr grossen Widerstand Seitens der Kranken. Ueberhaupt wird man aus diesem Grunde mit Arzneien und therapeutischen Eingriffen nicht sehr weit kommen. Theoretisch würde noch die Einführung von Alkohol in mässigen Dosen (Wein, Grog), ferner allenfalls Campher angezeigt sein; auch von lauen Bädern mit kühlen Uebergiessungen könnte man einen therapeutischen Effect erwarten.

Die psychische Behandlung vermeide auf der Höhe der Krankheit jedes ungeduldige Eindringen auf den Patienten, jede Vielgeschäftigkeit, die ihn nur ängstlicher macht. Man verzichte lieber auf manche wünschenswerthe Massregel, als dass man den Kranken quält und sein blindes Misstrauen steigert. Alles ärztlich unumgänglich Nothwendige soll mit möglichster Ruhe und Schonung durchgeführt werden. Wenn dann die ängstliche Spannung sich zu lösen beginnt, kann mit vielem Erfolge durch liebevolle, geduldige Beschäftigung mit dem Kranken und durch Anregung seiner gesunden Vorstellungskreise die Reconvalescenz gefördert werden.

## V. Der Wahnsinn.

Zwischen den bis hierher besprochenen Psychosen und jener gewissermassen constitutionellen Geisteskrankheit, die man als Verrücktheit bezeichnet, liegt eine fast übergrosse Gruppe von psychischen Alienationen, welche sich durch die detaillirtere Ausbildung der intellectuellen Störungen (Wahnideen, Sinnestäuschungen) von den ersteren, durch die begleitenden Affecte, den rascheren Verlauf und die günstigere Prognose von dieser letzteren abtrennen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass die fortschreitende Erfahrung, wie sie uns schon zur Ausscheidung dieser Gruppe selber heute zwingt, im weiteren Verlaufe zu einer noch eingehenderen Differenzirung der einzelnen hier zusammengefassten Krankheitsformen führen wird; einstweilen aber sei es gestattet, das ganze Zwischengebiet mit dem Collectivnamen des Wahnsinns zu bezeichnen. Freilich deckt sich diese Benennung nicht mit der Bedeutung, welche derselben bisher vielfach untergelegt worden ist. Will man jedoch nicht zu völlig neuen Bezeichnungen greifen, so dürfte der Name Wahnsinn nach Schüle's Vorgang weitaus am zweckmässigsten die hier geschaffene Gruppe charakterisiren.

Innerhalb des Wahnsinns unterscheiden wir zunächst vier Reihen von Krankheitsbildern, den hallucinatorischen, den depressiven, den expansiven und den katatonischen Wahnsinn. Von diesen wird der depressive Wahnsinn zumeist der Melancholie zugerechnet (Melancholie mit Wahnideen), während man die erste und dritte Form mit Westphal als „acute Verrücktheit“ der typischen, chronisch verlaufenden Verrücktheit gegenüber zu

stellen pflegt. Der katatonische Wahnsinn endlich umfasst den wesentlichsten Theil derjenigen Krankheitsbilder, welche von Kahlbaum mit dem gemeinsamen Namen der „Katonie“ belegt worden sind.

### A. Der hallucinatorische Wahnsinn.

Die hervorstechendste Erscheinung im Krankheitsbilde des hallucinatorischen Wahnsinns sind die Sinnestäuschungen, aus denen sich dann weiterhin Wahnideen und Stimmungsanomalien herausentwickeln. Wie die klinische Erfahrung lehrt, lassen sich je nach der Schnelligkeit, mit welcher die Krankheit sich abspielt, verschiedene mehr oder weniger typisch entwickelte Formen auseinanderhalten, von denen wir hier namentlich eine acute und eine mehr chronisch verlaufende näher in's Auge fassen wollen.

**Acute Form.** Der Beginn der Störung vollzieht sich in der Regel des Nachts, nachdem schon vorher einige Tage des Unbehagens, unmotivirter innerer Unruhe, sowie einige schlaflose Nächte vorangegangen sind. Der Kranke hört plötzlich seinen Namen rufen, oder er hört, wie auf der Strasse, im Nebenzimmer eine Unterhaltung über ihn geführt wird, deren Inhalt gewöhnlich sehr wenig schmeichelter Natur ist. Die Stimmen selber besitzen dabei vollkommenste sinnliche Deutlichkeit und werden oft auf das Bestimmteste recognoscirt, so dass dem Kranken durchaus kein Zweifel an ihrer Realität aufkommt. Natürlich wird er alsbald durch die gehörte Unterhaltung, in welcher seine ganze Persönlichkeit, ja seine innersten Gedanken und Gefühlsregungen besprochen werden, im höchsten Grade beunruhigt. Es kann nicht anders sein, als dass man ihn insgeheim beobachtet, obgleich alle seine Versuche, sich darüber auch durch den Augenschein Gewissheit zu verschaffen, ihm nur neue Spottreden Seitens seiner unsichtbaren Verfolger zuziehen.

Am nächsten Tage, inmitten seiner Beschäftigung, hört der Kranke von jenen Stimmen vielleicht nichts mehr, allein sobald er zur Ruhe kommt, sich ermüdet auf sein Sopha

oder in's Bett legt, da beginnt dieselbe neckende und höhrende Wechselrede von Neuem. Andere Stimmen gesellen sich dazu, und es entspinnt sich in der natürlichsten Weise eine Conversation verschiedener Personen untereinander, welche Alle gekommen sind, um sich den Menschen, der „wie ein Schwein“ daliegt, näher anzusehen. Es wird dem Kranken auf diese Weise klar, dass er bereits zum Stadtgespräch geworden ist, wenn er sich vielleicht auch hinsichtlich der Punkte, über die man sich unterhält, ganz unschuldig fühlt. Seine Wohnung, die irgend welche geheime Beobachtungseinrichtungen haben muss, seine ganze Umgebung wird ihm verdächtig und unheimlich, obgleich Jeder, den er offen wegen der vermutheten Gerüchte zur Rede stellt, ihm die Existenz derselben rundweg ableugnet. Bisweilen ergeben sich dem Kranken aus diesen negativen Erfahrungen und aus der von ihm halb und halb begriffenen Abenteuerlichkeit der ganzen Situation wenigstens vorübergehend leise Zweifel an der Wirklichkeit seiner Wahrnehmungen, namentlich, wenn diese letzteren nur des Nachts hervortreten; stets aber unterliegt er den Täuschungen, so lange diese selber andauern.

Auf diese Weise kommt es binnen wenigen Tagen oder gar Stunden zu einer vollkommenen Verfälschung der gesammten Auffassung des Kranken. Wenn auch die Trugwahrnehmungen nicht sehr massenhafte sind, sondern hauptsächlich nur in Momenten der Ruhe sich geltend machen, so muss doch der im Uebrigen vollständig besonnene Kranke aus ihnen mit einer gewissen Bitterkeit den Schluss ziehen, dass man ihn in's Gesicht hinein belügt, um ihn dafür um so grausamer hinterrücks quälen zu können. Ein tiefes, wohlbegründetes Misstrauen bemächtigt sich seiner, da er anscheinend nirgends die Wahrheit erfahren kann, die doch, wie ihm die Täuschungen andeuten, Allen wohlbekannt ist, ja da er schliesslich, um der heimtückischen Verhöhnung die Krone aufzusetzen, häufig genug als geisteskrank bezeichnet und in die Irrenanstalt gebracht wird. Die Stimmung des Kranken ist daher in der Regel eine geängstigte und indignirte, allein er pflegt sich mit einer gewissen Resignation in sein vermeintliches Märtyrerthum zu finden. Der

Schlaf ist natürlich stark beeinträchtigt, weniger der Appetit; das Körpergewicht pflegt etwas zu sinken.

Die bei weitem häufigste Ursache dieser Form des acuten hallucinatorischen Wahnsinns ist der Alkoholismus, namentlich eine rasche Häufung schwerer Excesse, doch kommt derselbe auch sonst bisweilen zur Beobachtung; ich sah ihn bei einem Manne mit conträrer Sexualempfindung im Anschlusse an intensive Gemüthsbewegungen entstehen. Der Ablauf der Erkrankung ist stets ein rascher; nur selten dauert dieselbe länger als 2—3 Wochen, häufig jedoch nur einige Tage. Die Prognose ist eine absolut günstige; die Genesung vollzieht sich meist ganz plötzlich. Nach einem länger dauernden, tiefen Schläfe verschwinden die Hallucinationen, und es fällt dem Kranken wie Schuppen von den Augen; er erkennt, dass er das Opfer einer krankhaften Täuschung geworden ist. Die Erinnerung ist stets eine durchaus klare, bis in die kleinsten Einzelheiten treue.

Die Diagnose der Störung stützt sich auf die ganz acute Entwicklung, den günstigen Verlauf, die völlige Besonnenheit der Kranken und den eigenthümlichen Charakter der Hallucinationen, welche sich häufig nicht direct an den Patienten wenden, sondern von ihm nur als gewissermassen unfreiwilligem Zuhörer aufgefasst werden. Die Behandlung ist eine wesentlich abwartende, doch kann der Gebrauch eines Schlafmittels vielleicht zur rascheren Genesung mit beitragen.

Nahe verwandt mit der hier beschriebenen Erkrankung sind jene etwas weniger acut verlaufenden Formen des hallucinatorischen Wahnsinns, wie sie sich so häufig in der Einzelhaft entwickeln; einen ganz typischen Fall dieser Art hatte ich ferner Gelegenheit, bei weit vorgeschrittener Tabes zu beobachten. Nach einigen unbestimmten Vorboten, weinerlicher, deprimirter oder gereizter Stimmung, innerer Unruhe, Ohrensausen, Schlaflosigkeit, stellen sich plötzlich in der Nacht Hallucinationen des Gehörs, seltener des Gesichts oder der übrigen Sinne ein. Der Inhalt der Täuschungen ist meist ein feindseliger, beunruhigender, seltener erfreulich und beglückend. Der Kranke hört, dass er nunmehr verloren sei, dass in feierlicher Gerichtssitzung sein Verdamm-

ungsurtheil ausgesprochen wird. Er wird beschimpft und geschmäht, schrecklicher Verbrechen angeklagt und mit furchtbaren Strafen bedroht, oder gar aufgefordert, selbst ohne Zögern die verdiente Todesstrafe an sich zu vollziehen. Auch seine Familie wird mit zur Rechenschaft gezogen, gefoltert, sein Bruder im Duell für ihn getödtet; man belauscht ihn, fängt jedes Wort auf und weiss sogar aus seinen geheimsten Gedanken neue Anklagepunkte gegen ihn zu schmieden. Das ganze Haus ist mit Gensdarmen umstellt, die jedes Entinnen unmöglich machen; auf dem Hofe hört er schon mit dumpfen Schlägen das Schaffot zimmern und die Menge schreien, welche sich auf die Hinrichtung eines solchen Scheusals freut. Oder aber es ist die Begnadigung vom Könige gekommen, der gleich selbst eintreffen wird, um ihn zu befreien; Gott verkündet ihm, dass er erhöht, dass ihm seine Sünde vergeben werden soll. Hie und da sieht der Kranke auch schreckliche Gestalten, die das Zimmer erfüllen und auf ihn eindringen; häufiger sind Blitze, ein fahler Lichtschein, Schlangen, Todtenköpfe, ein leuchtendes, rasch wieder verschwindendes Bild.

Auf Grund dieser oft auch bei Tage andauernden Täuschungen, denen sich bisweilen noch unangenehme Gerüche, Geschmacksempfindungen, abnorme Sensationen hinzugesellen, entwickelt sich sehr rasch bei dem Kranken eine wahnhaftige Auffassung seiner Lage. Obgleich sein Bewusstsein wenig getrübt und er im Stande ist, zusammenhängende Auskunft zu geben, vermag er Wahrheit und Täuschung nicht von einander zu trennen und verliert die Orientirung in seiner wirklichen Umgebung. Versündigungs- und Verfolgungsideen schliessen sich an die hallucinatorischen Wahrnehmungen an, und alle Auseinandersetzungen über die krankhafte Natur dieser letzteren werden durch die uncontrolirbaren Stimmen, welche dem Kranken den Arzt mit im Complot zeigen und seine Worte Lügen strafen, sofort paralysirt. Die Stimmung ist meist ängstlich erregt, mit heftigen Exacerbationen, oder gereizt, selten gehoben. Der Kranke ist finster, zurrückhaltend, remonstrirt gegen die Stimmen, oder spricht nur leise, flüsternd, um von den Lauschern nicht gehört zu werden. Plötzliche un-



sinnige Handlungen, Fluchtversuche, Gewaltthätigkeiten, namentlich aber impulsive Selbstmordversuche kommen häufig vor. Schlaf und Nahrungsaufnahme sind sehr gestört; das Körpergewicht sinkt rasch.

Die Dauer der Krankheit beträgt in der Regel 2—3 Monate, häufig auch länger, selten nur einige Wochen. Die Prognose ist günstig; in dem oben erwähnten Falle von Tabes trat allerdings in Folge von rascher Erschöpfung nach 5 Wochen der Tod ein. Die Genesung vollzieht sich meist in der Weise, dass zuerst die Hallucinationen aufhören und dann allmählich mit gleichzeitiger körperlicher Erholung auch die früheren Täuschungen und die an sie sich knüpfenden Wahnideen corrigirt werden.

Zur Abgrenzung dieser Form von der vorhergehenden ist auf den langsameren Verlauf und die verschiedenartige Aetiologie aufmerksam zu machen. Gegenüber der hallucinatorischen Verwirrtheit kommt die geringe Trübung der Besonnenheit und die wesentlich hallucinatorische Entstehung der weit weniger phantastischen Wahnideen in Betracht. Dort werden die fabelhaftesten Abenteuer vom Kranken selbst deliriös durchlebt; hier wird er nur durch die Stimmen von allen den schrecklichen Ereignissen unterrichtet. Die Behandlung kann bei den Psychosen der Einzelhaft durch Versetzung der Kranken in gemeinsame Haft meist eine rasche Besserung aller Erscheinungen herbeiführen. Im Uebrigen ist ein mehr expectatives Verfahren, sorgfältige Ueberwachung, gute Ernährung, Bewegung im Freien, verlängerte Bäder am Platze; bei grosser Angst wird man zum Morphinum oder Opium greifen.

**Chronische Form.** Als erste Anzeichen der Krankheit stellen sich in der Regel gewisse Schwankungen des gemüthlichen Gleichgewichts ein. Der Kranke ist reizbar, heftig, deprimirt, misstrauisch oder auffallend heiter, klagt dabei über allerlei nervöse Beschwerden, Brausen und Rauschen, Pulsiren, Schmerzen im Kopfe, Benommenheit, Schlaflosigkeit, Beklemmungsgefühle. Der eigentliche Ausbruch der Psychose erfolgt häufig im Anschlusse an eine heftige Gemüthserschütterung, eine Ueberanstrengung oder eine körperliche Schädigung (acute Krankheit, Puerperium), indem

mehr oder weniger plötzlich massenhafte Hallucinationen des Gehörs, öfters auch des Gesichts und der andern Sinne auftreten. Der Kranke hört, dass etwas Schreckliches passiren werde, dass er seine Angehörigen verrathen, das Abendmahl unwürdig empfangen, sich geschlechtlich verfehlt habe, aus dem Munde stinke, dass er vergiftet und alle Menschen ermordet werden sollen. Man macht ihm Vorwürfe, schimpft ihn in den beleidigendsten Ausdrücken, bedroht ihn; seine Sünden, seine Gedanken werden ganz offen erzählt. Häufig erkennt er sogar die Stimmen seiner Angehörigen, seiner falschen Freunde, oder es ist Gottes oder des Teufels Stimme, die zu ihm redet. Im Magen spricht ein schwarzer Pudel; die Leichen schreien; hinter dem Bette jammern die Todten, die Seelen aus dem Fegefeuer. In der Nacht kommt der Teufel mit Krallen und Hörnern; Engelsgestalten oder schwarze Vögel fliegen im Zimmer umher; auf dem Fussboden kriechen Schlangen; die Tapeten schneiden Fratzen oder zeigen bekannte Gesichter; vor den Augen schweben feurige Ringe; auf dem Felde liegen die Leichen der von ihm Ermordeten herum.

Alle diese hallucinatorischen, zum Theil phantastisch ausgeschmückten Wahrnehmungen versetzen die Kranken in lebhafte Angst und Unruhe. Gewöhnlich schliessen sich sehr bald zahlreiche Versündigungsideen an dieselben an. Sie haben ein schlechtes Herz, sind stets böse, undankbar, verstockt gewesen, haben ihren Angehörigen Kummer gemacht, sie durch ihre Herzlosigkeit gemordet, in Schande und Elend gebracht, häkeln mit jeder Masche eine Seele vom Himmel; sie sind nicht werth, zu essen, im Bett zu liegen, müssen Busse thun, die niedrigsten Arbeiten verrichten. Dazwischen schieben sich, meist nur episodisch, bisweilen auch für längere Zeit, einzelne expansive Ideen. Man hat sie zu Gott gemacht, ihnen alle Sünden vergeben; sie werden heirathen, unaussprechlich glücklich werden, die Welt erlösen. In der Regel haften alle diese einander vielfach widersprechenden Wahnvorstellungen nur kurze Zeit; seltener variiren sie dauernd ein und dasselbe Thema. Die Besonnenheit ist dabei zumeist bis zu einem gewissen Grade erhalten; die Kranken geben einzelne zu-

treffende Antworten, aber sie verkennen ihre Umgebung im Sinne der Hallucinationen, verwechseln namentlich die Personen, sehen deren Gesichter sich verändern. Die Stimmung ist vielfachem Wechsel unterworfen, aber vorwiegend ängstlich. Die Kranken jammern und sprechen viel von ihren „schrecklichen Stimmen“, die ihnen Alles „doch so deutlich“ vorsagen; sie beten, knieen mit gefalteten Händen, drängen fort, leisten einfachen Massregeln gelegentlich verzweifelten Widerstand und unternehmen in den zeitweise sich einstellenden Steigerungen der Angst auch Selbstmordversuche und Angriffe auf ihre Umgebung, meist allerdings ohne besonders nachhaltige Energie. Lebhaftes sexuelle Erregung mit rücksichtsloser Masturbation kommt dabei nicht selten zur Beobachtung. Schlaf, Appetit und Ernährung pflegen erheblich zu leiden.

Von der im Vorstehenden gezeichneten Form hebt sich eine weitere Reihe von Fällen ab, in denen der feindselig irritierende Charakter der Stimmen mehr hervortritt und demgemäss die Verfolgungsideen den Versündigungswahn ganz in den Hintergrund drängen. Wie es scheint, geht hier gewöhnlich ein längeres Prodromalstadium mit vagen Beängstigungen, Misstrauen gegen die Umgebung, Lebensüberdruß, Benommenheit und Schlaflosigkeit voraus. Der Kranke bemerkt, wie er auf der Strasse den Gegenstand der allgemeinen Aufmerksamkeit bildet, wie man ihm ausweicht, spöttische Blicke zuwirft, vor ihm ausspuckt und vor Allem, wie man ihm höhnende Bemerkungen nachruft, anfangs nur einzelne abgerissene Worte („der Lump“, „der Schuft“), bald aber ganze Sätze voll der grössten Beleidigungen. Wohin er geht, verfolgen ihn die Hallucinationen, bald stärker, bald schwächer, am meisten in der schlaflosen Nacht, und es drängt sich ihm daher der Gedanke auf, dass er von einer ganzen Corporation (der Polizei, den Freimaurern, Pfaffen, Socialdemokraten) verfolgt, dass ein „Haberfeldtreiben“ mit ihm vorgenommen werde. Jede neue Wahrnehmung bringt ihm die Bestätigung seines Verdachtes. In den Speisen schmeckt er Gift; auf der Strasse folgen ihm unheimliche Gestalten; sein Zimmer ist in der Nacht mit Schwefeldampf erfüllt, und die Stimmen drohen ihm, dass

er vor Gericht geschleppt, umgebracht, lebendig verbrannt werden solle.

Gewöhnlich verliert der Kranke nun unter dem Einflusse der Täuschungen die klare Orientirung. Er giebt zwar auf einfache Fragen einzelne zutreffende Antworten, kümmert sich aber im Ganzen sehr wenig um seine Umgebung, sondern ist fast unausgesetzt mit sich und seinen Täuschungen beschäftigt. Bisweilen ruhiger und zugänglicher, geräth er zu anderen Zeiten, namentlich des Nachts, in Erregung, geht gesticulirend auf und ab, spricht viel vor sich hin oder aus dem Fenster hinaus, lacht plötzlich ohne äusseren Anlass laut auf, giebt auf eine harmlose Anrede gereizte Antwort oder wird unmotivirt brutal und gewaltthätig. Auch hier werden intercurrent heftige sexuelle Aufregungen und triebartige Masturbation beobachtet. Krankheitseinsicht fehlt vollständig; jeder Versuch, in dieser Beziehung aufzuklären, pflegt durch die Incohärenz oder den gereizten Widerspruch der Kranken vereitelt zu werden. Die Stimmung ist gewöhnlich eine erbitterte, bisweilen ängstliche; dazwischen fallen Episoden theatralischer Affectirtheit oder massloser Ausgelassenheit. Der Schlaf der Kranken ist mindestens in der ersten Zeit regelmässig gestört, die Nahrungsaufnahme durch die vielfach hervortretende Vergiftungsfurcht selbst bis zu zeitweiliger völliger Abstinenz beeinträchtigt. Das Körpergewicht geht dabei langsam, aber oft in sehr bedeutendem Masse herunter.

Die Grundlage der hier besprochenen Psychosen ist regelmässig eine psychopathische, wenn auch nicht immer hereditäre Prädisposition. Wie mir scheint, befällt die Krankheit vorzugsweise das weibliche Geschlecht, vielfach schwache, haltlose Geschöpfe, und zwar unter Verhältnissen, in welchen der unbefriedigte sexuelle Drang eine hervorstechende Bedeutung im psychischen Leben gewinnt. Der Verlauf pflegt sich über mindestens 8—10 Monate hinzuziehen; unter vielfachen Schwankungen, die zeitweise auch zu stumpfem Versunkensein führen können, treten die Hallucinationen und mit ihnen die Unruhe, zuerst bei Tage, dann auch bei Nacht, ganz allmählich zurück, aber die Kranken gewinnen zunächst keine klare Einsicht, sondern

halten trotz anscheinend völliger Besonnenheit in kindisch-eigensinniger Weise noch längere Zeit an ihren Ideen fest. Die Prognose muss als eine zweifelhafte bezeichnet werden; es kommt vor, dass sich die Wahnvorstellungen erst nach Jahr und Tag weniger durch kritische Berichtigung, als durch einfaches Vergessen verlieren. Wie es scheint, handelt es sich dann um eine „Heilung mit Defect“, oder es ist umgekehrt der schon vorher bestehende Defect die Ursache der langsamen und unvollständigen Heilung. In einer Anzahl von Fällen beobachtet man auch die Entwicklung dauernder Schwäche oder selbst Verwirrtheit, indem die Sinnestäuschungen nicht vollständig verschwinden, sondern viele Jahre hindurch gelegentlich, namentlich in der Nacht, immer wieder auftauchen, ohne dass der Kranke sie durchgreifend zu corrigiren vermöchte.

Für die Diagnose sind gegenüber der Verrücktheit die allgemeinen Kriterien des Wahnsinns, acute oder subacute Entwicklung, lebhafte Affecte, Wechsel und Zusammenhangslosigkeit der Wahnideen, endlich der relativ schnelle Ausgang in Heilung oder psychische Schwäche zu verwerthen. Von der hallucinatorischen Verwirrtheit grenzt sich die Psychose durch die grössere Besonnenheit und den nicht deliriös-verworrenen Charakter der Sinnestäuschungen, sowie durch die weit längere Dauer ab. Zwischen den acuten und den chronischen Formen des hallucinatorischen Wahnsinns giebt es Uebergänge.

Die Behandlung der Psychose kann, wenigstens für die Zeit stärkerer Aufregung, nur in der Anstalt durchgeführt werden. Auch hier versagen zunächst oft alle Beruhigungsmittel, von denen vor Allem verlängerte Bäder, Einpackungen, das Morphinum oder zeitweilig sogar das Hyoscin nothwendig werden können; natürlich ist genaue Ueberwachung unerlässlich. Besuche der Angehörigen und Zerstreuungsversuche wirken erfahrungsgemäss meist sehr schädlich. Erst nach eingetretener Beruhigung ist es die Ablenkung der Aufmerksamkeit nach aussen durch Unterhaltung, Beschäftigung, Spaziergänge u. s. f., von welcher eine günstige Beeinflussung des Krankheitszustandes erwartet werden darf.

**B. Der depressive Wahnsinn. \*)**

Das Krankheitsbild des depressiven Wahnsinns ist gekennzeichnet durch die subacute Entwicklung ausgebildeter, meist mit vereinzelt Sinnestäuschungen einhergehender Wahnideen bei gleichzeitiger depressiver Verstimmung. Das erste Stadium der Erkrankung erstreckt sich meist über einige Wochen, bisweilen selbst über Monate hin. Im Anschlusse an eine Gemüthsbewegung, Ueberanstrengung, an eine Erkrankung, oft auch ohne erkennbaren äusseren Anlass werden die Kranken reizbar, verstimmt, ängstlich, empfindlich gegen Geräusche, äussern allerlei unmotivirte Befürchtungen und klagen über Druck im Kopfe, Unruhe am Herzen, abnorme Sensationen im Körper. Der Schlaf wird schlecht, vielfach durch ängstliche Träume oder selbst durch nächtliche, unbestimmte Sinnestäuschungen (Geräusche oder Lichtschein im Schlafzimmer, Klopfen am Fenster) gestört; der Appetit verliert sich; die Verdauung wird träge; das Körpergewicht nimmt ab.

Nach und nach gewinnen die anfangs nur andeutungsweise auftretenden Wahnideen einen bestimmteren Inhalt, der sich sehr gewöhnlich zunächst auf den eigenen Zustand bezieht. Der Kranke fühlt, dass ihn ein schweres Leiden überfällt, von dem er nie wieder genesen kann. Seine Eingeweide sind nicht mehr in Ordnung; das Blut stockt; die Glieder vertrocknen. Der ganze Körper ist durch eine ansteckende Krankheit zerstört, der Hals zugewachsen, der Magen vollgestopft, der Mastdarm verschlossen, so dass Essen und Stuhlgang unmöglich geworden sind, kurz er ist gar kein Mensch mehr. Aus seinem Munde verbreitet sich ein unerträglicher Gestank; Niemand kann es mehr in seiner Nähe aushalten.

An diese hypochondrischen schliessen sich sehr gewöhnlich Versündigungs- und Verfolgungsideen. Der Kranke ist an allem Unglück Schuld, hat schreckliche Verbrechen be-

\*) Péon, de la mélancolie avec délire. 1874.

gangen, Alle geschlachtet, durch seine unsinnigen Reden die ganze Welt zu Grunde gerichtet und wegen seiner Scheusslichkeiten tausendfach den Tod verdient. Städte und Länder sind um seinetwillen verwüstet worden; jedesmal, wenn er sich im Bette umdreht, wird ein Mensch hingerichtet. Er ist daher nicht werth, dass man mit ihm spricht, ihn auch nur ansieht; man soll ihn doch nur erschiessen, in ein finsternes Loch werfen, lebendig begraben, ihm die Zunge herausreissen, den Kopf abschlagen.

Jedenfalls wird nun das schreckliche Strafgericht alsbald über ihn hereinbrechen. Er ist bereits völlig verarmt und mittellos, kann das Essen, das Bett nicht mehr bezahlen, darf sich höchstens vom Abfall nähren und auf der Diele schlafen. Es wird ein entsetzliches Unglück geschehen; Alles wird untergehen um seinetwillen. Die Polizei wird kommen, um ihn zur Verantwortung zu ziehen; er wird dann den grässlichsten Martern unterzogen, mit Blausäure oder Arsenik vergiftet, an eine Leiche festgebunden, im Abgrunde wilden Thieren vorgeworfen, auf einer Kuhhaut zur Richtstätte geschleppt werden. In einzelnen Fällen nehmen die Wahnvorstellungen einen „nihilistischen“ Charakter an. Die Welt existirt nicht mehr; es ist Alles gefälscht und nur Schein; alle Menschen sind todt, verbrannt, verhungert, weil es nichts mehr zu essen giebt, weil der Kranke in seinen ungeheuren Magen Alles hineingeschlungen hat. Niemand isst oder schläft mehr; er selbst lebt auch nicht mehr, ist nur noch ein Automat, ganz klein, winzig zusammengeschrumpft, unsichtbar.

Einen merkwürdigen Gegensatz zu solchen verzweiflungsvollen Erzählungen bilden nicht selten unvermittelt dazwischen sich einschiebende Grössenideen. Die Kranken erzählen mit geheimnissvoller Miene, dass man sie für die Jungfrau Maria halte, die nun bald mit Christus niederkommen werde, dass man immer glaube, sie könnten Wunder thun, Gold machen und alle Krankheiten heilen.

Regelmässig werden nun auch die Wahrnehmungen des Kranken in der durchgreifendsten Weise verfälscht. Die Anstalt, in die man ihn geführt hat, ist gar keine Irrenanstalt, sondern ein Gefängniss, in dem nur zu seiner

Schonung die Fiction der ärztlichen Behandlung aufrecht erhalten wird. Er befindet sich überhaupt gar nicht in der Stadt, die man ihm genannt hat, sondern ganz wo anders, ohne dass es ihm freilich klar ist, was man eigentlich mit ihm angefangen hat. Man spielt nur Comödie mit ihm, sucht ihn zu täuschen; die Angehörigen, die er ins schrecklichste Unglück gebracht hat, verstellen sich, weil sie dazu gezwungen werden. Die Gegenstände seiner Umgebung kommen ihm zwar vielfach bekannt vor, als seien dieselben sein Eigenthum und zu bestimmten, räthselhaften Zwecken dorthin gestellt, allein es hat Alles einen ganz ungewöhnlichen und erschreckenden Anstrich. Auf der Strasse begegnen ihm auffallend viel Kranke, die ihn mit bezeichnendem Blicke ansehen; die Häuser machen den Eindruck von Festungen, die Zimmer denjenigen von Verliessen; die Bäume im Walde, die Felsen erscheinen unnatürlich, als wenn sie künstlich gemacht und eigens für ihn dort aufgebaut wären. Die Personen, die ihn besuchen, sind nicht die richtigen, werden ihm vom Arzte nur vorgemacht, ja selbst die Sonne, der Mond, das Wetter sind ganz anders, als früher, und kommen ihm vor wie Blendwerk, dazu bestimmt, ihn noch mehr zu verwirren.

Ganz besonders unheimlich ist dem Kranken das Thun und Treiben der Menschen, in denen er häufig allerlei Celebritäten, den Schah von Persien, die Königin von England, oder entfernte Bekannte zu erkennen glaubt, die sich um seinetwillen zusammengefunden haben. Er begreift nicht, was dieselben sich Alles zu schaffen machen, und hat die misstrauische Neigung, überall Beziehungen zur eigenen Person zu erblicken. Die Auswahl der Speisen beim Mittagessen, die Art und Reihenfolge, in welcher der Tisch gedeckt wird, die Worte, welche zu ihm gesprochen werden, haben einen versteckten Sinn, den zu enträthseln er mit Erfolg bemüht ist. Ein abgenutztes Streichholz am Boden des Zimmers soll ihm sagen, dass er ebenfalls verbraucht sei und den Kopf verlieren müsste; die Krautsuppe bei Tisch soll ihn an den Scharfrichter „Krauts“ erinnern, der ihn alsbald hinrichten wird. Die mit einem bezeichnenden Blicke gemachte Bemerkung, dass Zahnschmerzen glücklicher-



weise einmal aufhören, kündigt ihm zu seinem Schrecken an, dass er niemals aufhören, sondern unsterblich sein wird. Jede Person auf der Strasse, die ihn anblickt, ist ihm ein verkleideter Polizeispion; auf Schritt und Tritt glaubt er sich beobachtet und wagt sich daher nur mit Zittern und Zagen aus seinem Zimmer heraus.

Fast immer bestehen ausser diesen wahnhaften Auffassungen noch vereinzelt, wirkliche Sinnestäuschungen, wol vorwiegend illusionären Charakters. Namentlich das Essen kommt dem Kranken sehr sonderbar vor; es ist fade von Geschmack, oder es brennt wie Feuer auf der Zunge. Oft stinkt es wie die Pest, und der Kranke bemerkt nun bei genauerem Zusehen, dass es total verdorben, mit Schimmel bedeckt ist, sich bewegt, oder dass demselben die abscheulichsten Ingredienzien, Würmer, Grünspan, Blut, Menschenfleisch, Sperma, ganz kleine abgeschnittene Köpfe mit grinenden Fratzen beigemischt sind. Die kleinen Knötchen seiner Bettleinwand erscheinen ihm wie zahlloses Ungeziefer; am Fenster erblickt er Todtengesichter, die Skelette seiner Angehörigen, an den Bäumen aufgehängte Leichen, oder er sieht Schlangen auf dem Boden kriechen, Katzen, kleine Männer im Zimmer herumlaufen, glaubt, bis an die Kniee im Blute zu waten. Seltener sind Gehörstäuschungen, die als gelegentliche, abgerissene Bemerkungen vorzukommen pflegen, in denen die Umgebung ihrem Aerger über den Kranken und ihrer Schadenfreude Luft macht, oder ihm hinter seinem Rücken neue schreckliche Ereignisse ankündigt.

Trotz aller dieser tiefgreifenden Störungen der Wahrnehmung und Intelligenz ist ein gewisser Grad von Besonnenheit bei den Kranken doch fast immer noch erhalten. Sie geben zutreffende Auskunft über ihre persönlichen Verhältnisse und sind nicht selten im Stande, ziemlich zusammenhängend zu erzählen, sowie neue Eindrücke, freilich in krankhafter Weise, weiter zu verarbeiten. Bisweilen besteht sogar ein dumpfes Bewusstsein von der Natur der Störung; die Kranken klagen, dass man sie durch das Essen, die Arzneien ganz verwirrt gemacht, hypnotisirt habe, dass sie immerfort Unsinn reden, bald dies, bald jenes Verbrechen

bekennen müssten, verrückt geworden seien. In anderen Fällen fehlt den Kranken die Fähigkeit vollkommen, selbst die absurdesten Widersprüche zu erkennen und zu corrigieren; sie behaupten, dass sie nichts mehr geniessen könnten, während sie mit vollen Backen kauen, und sie bitten in einem Augenblicke, dass man sie durch Gift aus der Welt schaffen möge, während sie im nächsten erklären, dass sie überhaupt nicht sterben könnten, was immer man auch mit ihnen anfangt.

Die Stimmung der Kranken zeigt manche Verschiedenheiten. Zumeist sind sie scheu, bekümmert, ängstlich, zurückhaltend und geben oft nur wenige Andeutungen über die Wahneideen, welche sie so sehr beschäftigen; nur vorübergehend schieben sich heftigere Affectausbrüche mit Weinen und lautem Klagen ein. Auf der andern Seite giebt es eine ganze Anzahl von Fällen, die man vielleicht als agitierte Form jener ersteren gegenüberstellen könnte, in denen bei stärkerer Bewusstseinsstrübung die intensivste ängstliche Aufregung den ganzen Krankheitsverlauf begleitet. Die Kranken sind ausser sich vor Furcht, zittern am ganzen Körper, flehen um Gnade, stöhnen und jammern, Anfangs leise, dann immer lauter, stundenlang dieselben stereotypen Wendungen wiederholend, bis sie schliesslich nur noch unarticulierte, heisere Laute auszustossen vermögen. Sie ringen die Hände, gesticuliren mit den Armen und dem Kopfe, zupfen sich Nase, Finger, Lippen, Ohrläppchen blutig, schlagen sich mit der Faust vor die Stirn, zerrauen sich die Haare, zerschlitzen ihre Kleider, wälzen sich am Boden, drängen mit blindem Ungestüm fort, legen sich nicht ins Bett und setzen allen äusseren Einwirkungen, allen Beschwichtigungsversuchen den verzweifeltsten Widerstand entgegen. Hier sowol, wie bei den ruhigeren Kranken, sind energische Selbstmord- und Selbstverstümmelungsversuche nicht selten.

Die Nahrungsaufnahme bereitet gewöhnlich grosse Schwierigkeiten, da die Kranken ihren Abscheu vor dem „entsetzlichen Essen“ kaum zu überwinden vermögen und das Dargereichte hartnäckig zurückweisen, selbst wieder ausspucken. Der Schlaf ist stets sehr vermindert, von phan-

tastischen, ängstlichen Träumen begleitet; aus ihm erwachen die Kranken nicht erquickt, sondern mit schwerem Kopfe, gequälter und verwirrter, als vorher, bis im Laufe des Tages, namentlich gegen Abend, grössere Beruhigung sich einstellt. Die allgemeine Ernährung pflegt langsam, bei grösserer Unruhe und Nahrungsverweigerung sehr rasch zu sinken.

Der depressive Wahnsinn ist offenbar den melancholischen Zuständen nahe verwandt; er pflegt sich auch unter ähnlichen Verhältnissen zu entwickeln, wie jene letzteren, doch scheint die Prädisposition hier eine erheblich grössere ätiologische Rolle zu spielen. Auffallend häufig sind bereits in früheren Jahren psychische Erkrankungen vorhergegangen. Am wichtigsten aber für die Würdigung der Erkrankung ist wol der Umstand, dass sie in klassischer Ausbildung fast ausschliesslich zwischen dem 40. und 60. Lebensjahre, namentlich im Anfange der 50er Jahre, und zwar überwiegend beim weiblichen Geschlechte vorkommt. Wir haben in ihr gewissermassen die typische Psychose des Klimakteriums vor uns. Es liegt daher nahe, die Krankheit als die Reactionsform eines nicht mehr ganz „rüstigen“ Gehirns und als den Uebergang von der Melancholie zu den senilen Depressionszuständen aufzufassen. Von der ersteren unterscheidet sie sich durch die überaus phantastische Entwicklung der intellectuellen Störungen, von jenen letzteren durch die Intensität der Affecte, den grösseren Ideenreichtum und das geringere Hervortreten der psychischen Schwäche. Gegenüber der Verrücktheit endlich ist auf den subacuten Beginn und Verlauf, die lebhaften Affecte, die günstigere Prognose, sowie den widerspruchsvollen und zerfahrenen Inhalt der Wahnideen hinzuweisen.

Der Verlauf des depressiven Wahnsinns ist in der Regel ein protrahirter. Zwar können die ausgeprägten Wahnideen und die Sinnestäuschungen bisweilen schon nach einer Reihe von Monaten allmählich zurücktreten, allein die weitere Reconvalescenz pflegt auch dann sich erst nach vielfachen Schwankungen und Zwischenfällen zu vollziehen, so dass die Dauer der Erkrankung nur sehr selten weniger als ein Jahr betragen dürfte. Bisweilen führt die weitere

Entwicklung der Psychose zu einem eigenthümlichen Stadium grosser psychischer Reizbarkeit mit Neigung zu Zornausbrüchen, rechthaberischem, eigensinnigem Wesen und vagen Beeinträchtigungsideen bei vollkommen erhaltener Besonnenheit. Der Kranke ist unleidlich, launenhaft, leicht beleidigt, glaubt sich nicht genügend beachtet und respectirt von seiner Umgebung, empfindet dabei aber vielleicht selbst seinen Zustand als eine moralische Verschlechterung.

Die Prognose des depressiven Wahnsinns muss immer als eine zweifelhafte bezeichnet werden. Eine nicht unbedeutende Zahl von Kranken wird man unheilbaren Schwächeformen anheimfallen sehen; einzelne gehen ausserdem durch Selbstmord oder chronische Erschöpfung zu Grunde. Bei ungünstigem Verlaufe schwinden die auf der Höhe der Krankheit entstandenen Wahnideen nur theilweise oder gar nicht; sie werden kritiklos dauernd festgehalten, oder sie treten doch bei jedem geringfügigen Anlasse (Gemüthsbewegung) sofort wieder hervor. In andern Fällen kehrt zwar die äusserliche Besonnenheit zurück, aber es kommt doch keine ganz klare Krankheitseinsicht zu Stande. Die Kranken meinen, dass viele ihrer Ideen durch das Benehmen der Umgebung motivirt gewesen seien, dass sich erst durch das Verbringen in die Anstalt ihr Zustand so sehr verschlechtert habe. Gerade hier bleibt häufig die schon geschilderte hochgradige Reizbarkeit und Unzufriedenheit als Ueberbleibsel der Krankheit dauernd zurück.

Die Behandlung des depressiven Wahnsinns ist im Wesentlichen eine expectative, doch bedürfen die Kranken nothwendig der Anstaltspflege, der Entfernung aus den häuslichen Verhältnissen. Für die erste Zeit wird man namentlich für möglichste geistige und körperliche Ruhe zu sorgen haben, die man zweckmässig durch Bettbehandlung, regelmässige Bäder und Abschluss von der Geselligkeit erzielt. Besondere Aufmerksamkeit erfordert die zweckmässige Ernährung und weiterhin der Schutz der Kranken vor Selbstmordversuchen, der eine unausgesetzte, gewissenhafte Ueberwachung absolut nothwendig macht. Die Schlaflosigkeit wird durch die oft genannten Massnahmen bekämpft; bei stärker hervortretender Angst ist die Durchführung einer metho-

dischen Opium- oder Morphinumcur zu empfehlen. Die Verdauung bedarf fast immer der Regelung durch Ausspülungen oder leichte Laxantien. Alle gemüthlichen Aufregungen, lange Gespräche, namentlich aber Besuche der Angehörigen sind in den ersten Monaten der Erkrankung durchaus fernzuhalten, da sie regelmässig aufregend und schädlich wirken. In der Reconvalescenz ist die Beschaffung einer leichten, nicht angreifenden, aber anziehenden Beschäftigung von besonderer Wichtigkeit. Ernstlich gewarnt werden muss vor zu frühzeitiger Entlassung der Kranken, die oft durch das stürmische, fast unerträgliche Drängen derselben nahe gelegt wird. Erst dann, wenn dieses durchaus krankhafte Symptom, welches oft die Geduld des Arztes auf eine harte Probe stellt, wieder zurückgetreten ist, kann der Versuch einer Rückkehr in die häuslichen Verhältnisse gemacht werden; auch dann jedoch bedarf der Reconvalescent noch auf längere Zeit hinaus der Ruhe und Schonung.

### C. Der expansive Wahnsinn.

Unter dem Namen des expansiven Wahnsinns sollen hier in kurzen Zügen einige Krankheitsbilder zusammengefasst werden, deren gemeinsame Eigenthümlichkeit die acute oder subacute Entwicklung phantastischer Grössenideen mit dauernd gehobener Stimmung bildet. Es muss dabei zunächst dahingestellt bleiben, ob uns eine eingehendere klinische Kenntniss dieser Symptomen-complexe nicht über kurz oder lang zu einer anderen Umgrenzung und Gruppierung derselben führen wird.

In einer ersten Reihe von Fällen stellt sich nach einem kurz dauernden Vorstadium psychischer Depression mit Erschwerung des Denkens, leichter Verworrenheit und Schlaflosigkeit ziemlich plötzlich eine auffallende Veränderung bei dem Kranken ein. Er fühlt, wie der Geist Gottes über ihn gekommen ist, geräth in Erregung, beginnt unter lebhaften Geberden laute, zusammenhangslose Reden zu halten, zu beten und zu singen, seine Umgebung zu küssen, sich zu entkleiden, bisweilen auch zu zerstören oder gewaltthätig

zu werden. Seine Wahrnehmungen sind durch vielfache Illusionen, seltener durch Hallucinationen verfälscht; er verkennt die Personen, erblickt Zeichen am Himmel, hernieder-schwebende Engel, das Bild Christi, einen leuchtenden Stern, den heiligen Geist in Gestalt einer Taube, hört im Gerassel der Wagen, in den Klängen der Glocken, im Klappern der Teller majestätische Mahn- und Segensworte. Die Auffassung der Wirklichkeit trübt sich rasch, und der Kranke sieht sich plötzlich in eine neue phantastische Welt versetzt, deren glänzenden Mittelpunkt er selbst bildet. Eine neue Aera ist hereingebrochen, eine Zeit der Freude, der Auferstehung, des Gerichtes; der Kranke ist Gott, Christus, Apostel, siegreicher Feldherr, Weltreformer. Er sieht sich von Heroen des Geistes, gekrönten Häuptern, historischen Persönlichkeiten umgeben, die ihm huldigen; die Thiere des Waldes kommen zu ihm, und er versteht ihre Gedanken; er weiss, was die Blätter sagen wollen. Wunderbare Gefühle der Durchleuchtung, der Begnadigung beglücken ihn, wenn sich auch einzelne qualvolle Scenen, eine Vision der Hölle, das Schreien der Verdammten, gewissermassen als Folie dazwischen einschieben.

Im äusseren Benehmen der Kranken sieht man bald eine pathetische Erregung mit ideenflüchtigen Declamationen, Bewegungsdrang und theatralischen Posen vorherrschen, bald sind die Kranken wortkarg, ganz in sich versunken, äusseren Einwirkungen gegenüber widerwillig und reizbar. Bisweilen bilden sich mehr oder weniger rasch vorübergehende Zustände ekstatischer Verzückung aus, in denen die Kranken, fast vollkommen unempfindlich und theilnahmslos für ihre Umgebung, mit weit geöffneten Augen, regungslos oder nur einzelne sehr langsame und eigenthümlich steife Bewegungen ausführend, am Boden oder auf den Knien liegen, ohne zu schlafen oder Nahrung zu sich zu nehmen.

Die Periode tieferer Bewusstseinstrübung mit völliger Verkennung der Wirklichkeit dauert in der Regel nur 2—3 Wochen. Nach dem allmählichen Erwachen besteht meist eine ziemlich vollständige Erinnerung an die phantastischen Erlebnisse, die zunächst noch nicht als krankhaft aufgefasst, sondern häufig sogar durch einzelne ähnliche Sinnestäusch-

ungen ergänzt werden. Der Kranke vermag sich über seine Situation trotz scheinbarer Rückkehr der Besonnenheit längere Zeit hindurch gar nicht recht zu orientiren und begeht gelegentlich noch allerlei verkehrte Handlungen, bedient sich gezielter Redewendungen, schreit laut auf, entkleidet sich, trinkt seinen Urin, wird heftig und gewaltthätig. Erst Wochen und selbst Monate später stellt sich nach und nach unter raschem Ansteigen des Körpergewichtes ein klares Verständniss der ganzen Krankheit heraus: einzelne expansive Ideen werden zuweilen, wenn auch mit gewissen Zweifeln, ausserordentlich lange nach dem Ablaufe der stürmischen Krankheitserscheinungen festgehalten.

Von dem hier geschilderten Krankheitsbilde hebt sich eine andere Gruppe von Beobachtungen ab, in welchen die äussere Besonnenheit während des ganzen Verlaufes der Psychose erhalten bleibt und die Systematisirung der Wahnideen demgemäss eine detaillirtere zu sein pflegt. Der Kranke bemerkt, ohne dass auffallendere Prodromalerscheinungen vorhergegangen wären, wie in der Kirche der Geistliche beim Gebete oder in der Predigt seiner ganz besonders gedenkt, wie er auf der Strasse den Gegenstand allgemeiner achtungsvoller Aufmerksamkeit bildet, von hohen Personen mit Ehrerbietung gegrüsst wird, oder wie das Militär um seinetwillen Parade abhält. Nächtliche Visionen bringen ihm grosse Verheissungen; ein heller Schein fährt plötzlich am Fenster vorüber und blendet seine Augen, oder er hört eine Stimme verkünden, dass ihm gerade die Krone des Lebens auf's Haupt gesetzt worden sei. Er sieht, wie der Himmel sich klärt, sobald er auf die Strasse tritt, wie die Vögel und die Sonne sich nach seinen Winken bewegen, wie die ganze Natur sich seinem Willen unterordnet. So kommt es, dass er bald an seinem göttlichen Berufe, an seiner hohen Lebensstellung und Abstammung nicht mehr zweifelt, sondern diese Ideen zu phantastischen Luftschlössern ausbaut.

Krankheitseinsicht oder auch nur Krankheitsbewusstsein ist dabei nicht vorhanden, trotzdem der Kranke über seine Wahrnehmungen und Ideen ziemlich geordnete Auskunft giebt. Die Stimmung ist meist erregt.

exaltirt, oft erotisch gefärbt (Masturbation), schlägt aber leicht in zornige Gereiztheit um, sobald man den Wahnideen widerspricht. Gewöhnlich besteht ein gewisser Bewegungsdrang, der den Kranken zum Herumvagiren, zu Excessen, zu allerlei übermüthigen und unsinnigen oder obscönen Handlungen verführt und ihm die Ausübung einer geregelten Thätigkeit unmöglich macht. Der Schlaf ist unruhig, der Appetit meist vorzüglich, wenn auch bisweilen freiwillige Fastenperioden aus religiösen Gründen eingeschoben werden; trotzdem pflegt das Körpergewicht während der Erregung, wenn auch nicht in sehr bedeutendem Masse, abzunehmen.

Endlich darf vielleicht an dieser Stelle noch eines Krankheitsbildes gedacht werden, welches uns das Auftreten phantastischer Grössenideen nach einer voraufgehenden, länger dauernden psychischen Depression zeigt. Die Kranken machen einige Zeit hindurch den Eindruck von Melancholikern, äussern Versündigungsideen, Selbstmordgedanken, Furcht vor schrecklichen Strafen, klagen über Benommenheit im Kopfe, ängstliche Träume, abnorme Sensationen und kommen in Folge von Schlaflosigkeit und mangelhafter Nahrungsaufnahme sehr herunter. Nur einzelne Illusionen, Personenver kennungen, unvollkommene Orientirung deuten auf das Bestehen einer tiefergreifenden Störung hin. Nach einer Reihe von Monaten weicht die Depression rasch; die Kranken werden lebhafter, zugänglicher, sehr bald gereizt, selbstbewusst, motorisch erregt und fördern nun eine Menge ungeheuerlicher Grössenideen zu Tage. Sie sind gestorben gewesen und wieder auferstanden, von Gott erhöht, himmlischer Geist, Erzengel geworden; sie haben die Seelen der Todten gesehen; ihnen gehört Alles und Alle haben ihnen zu gehorchen. Sehr gewöhnlich besteht auch hier eine auffallende sexuelle Erregung, die sich in Zärtlichkeitsbeweisen gegenüber den zugänglichen Personen des anderen Geschlechts, dem Wahne, Braut Christi, schwanger zu sein, sowie im häufigen Masturbiren auszuprägen pflegt.

Der expansive Wahnsinn ist eine nicht sehr häufige Erkrankung, die sich ganz vorzugsweise auf prädisponirtem Boden zu entwickeln scheint. Der Verlauf desselben er-



streckt sich regelmässig über eine Reihe von Monaten. Freilich treten öfters die stürmischeren Erscheinungen, besonders die Sinnestäuschungen, schon nach viel kürzerer Zeit, nach einigen Wochen, in den Hintergrund, allein eine wirkliche, vollständige Krankheitseinsicht pflegt auch dann noch auf sich warten zu lassen, wenn die Wahnideen selber kaum mehr vertheidigt werden.

Die Prognose des expansiven Wahnsinns ist keine durchaus günstige; in einer Anzahl von Fällen kommt es zur Entwicklung von Schwächezuständen, indem die Wahnideen nicht vollständig mehr corrigirt, sondern dauernd festgehalten werden. Da es sich hier in der Regel nicht um ein festgegliedertes System handelt, so pflegt sich eine relativ rasch fortschreitende Verwirrtheit mit Resten der expansiven Wahnvorstellungen, läppisch affectirtem Wesen und vielfachen Schwankungen zwischen ruhigeren und erregteren Zuständen herauszubilden.

Zur Abgrenzung des expansiven Wahnsinns von der Verrücktheit sei nochmals auf die acute Entwicklung der Krankheit und den günstigen Verlauf, resp. den raschen Ausgang in Verwirrtheit hingewiesen. Einzelne Fälle können zeitweise den Eindruck von Manien machen, wenn man die floriden Wahnideen und die hier gewöhnlich bestehende Bewusstseinstörung ausser Acht lässt; wie es scheint, giebt es Zwischenformen.

Die Behandlung des expansiven Wahnsinns hat ausser der Sorge für genügende körperliche Ernährung, für die Beseitigung äusserer Reize und für ausreichenden Schlaf keine besonderen Indicationen zu erfüllen. Jedes Disputiren auf der Höhe der Krankheit pflegt nur Aufregungen und Zornausbrüche zur Folge zu haben; dagegen kann die Gewöhnung an eine geordnete Beschäftigung zweifellos die Beruhigung des Kranken und die Rückkehr klarer Einsicht in nicht unbedeutendem Masse fördern. Vorzeitige Entlassungsversuche führen leicht zu unliebsamen Recidiven.

### D. Der katatonische Wahnsinn.

Unter dem Namen der Katatonie\*) hat Kahlbaum ein Krankheitsbild beschrieben, welches der Reihe nach die Symptome der Melancholie, der Manie, des Stupors, bei ungünstigem Verlaufe auch der Verwirrtheit und des Blödsinns darbietet und ausserdem durch das Auftreten gewisser motorischer Krampf- und Hemmungserscheinungen, eben der „katatonischen“ Symptome, charakterisirt wird. Die von ihm gegebene, in vieler Beziehung interessante Darstellung sollte zeigen, dass alle bis dahin als *Melancholia attonita*, Stupor, acute Demenz u. s. w. bezeichneten Zustände in Wirklichkeit nur Phasen einer einzigen Psychose seien, welche, analog der *Dementia paralytica*, trotz äusserlicher Verschiedenheiten des Verlaufes doch eine Anzahl durchaus typischer somatischer und psychischer Symptome aufweise. Wenn ich nun auch diese Zusammenfassung ätiologisch, klinisch und prognostisch oft recht von einander abweichender Zustände bisher für eine schematisirende Ueberschätzung ähnlicher Einzelzüge halten muss, so sehe ich mich doch durch gewisse Erfahrungen veranlasst, hier eine bestimmte Gruppe von Fällen aus dem Gebiete der „Katatonie“ als „katatonischen Wahnsinn“ herauszuheben. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um das ziemlich acute Auftreten verworrener Wahnideen und Sinnestäuschungen mit episodischen depressiven oder expansiven Aufregungszuständen und den Erscheinungen einer eigenthümlichen psychomotorischen Gebundenheit, die sich unter Anderem namentlich in kataleptischen und Kramp fzuständen kundgiebt.

Der katatonische Wahnsinn befällt vorzugsweise jugendliche Individuen; vielfach haben dieselben schon früher gelegentlich Sonderbarkeiten in ihrem Benehmen dargeboten. Eigentliche Vorboten dagegen, psychische Depression, reizbares, verschlossenes Wesen, Zerstreutheit, pflegen meist nur

---

\*) Kahlbaum, Die Katatonie oder das Spannungsirresein. 1874; Neisser, Ueber die Katatonie. 1887.

kürzere Zeit, etwa einige Wochen, voranzugehen oder können, wie bei der bisweilen beobachteten Erkrankung nach Schreck, auch gänzlich fehlen. Der Ausbruch der Psychose erfolgt in der Regel ziemlich plötzlich, nicht selten mit einer Ohnmacht oder einem tonischen Krampfanfalle. Die Kranken werden sodann verwirrt, erregt, verkennen ihre Umgebung und geben gänzlich zusammenhangslose, unzutreffende Antworten. Wie man von Genesenen erfährt, stellen sich in dieser Periode massenhafte illusionäre und hallucinatorische Wahrnehmungen ein, welche die Kranken in eine Reihe abenteuerlicher, phantastischer Situationen, bald schreckhaften, bald expansiven Charakters, versetzen. Sie hören die Stimme Gottes vom Himmel erschallen, glauben vor der Inquisition zu stehen, sehen Engel fliegen, fahren mit dem Teufel zur Hölle. Die Welt scheint ihnen unterzugehen; es ist Krieg entbrannt um ihretwillen, und man will sie daher zu Tode füttern; ein grosses Vermögen wird ihnen geschenkt, und ihre Seele ist ihnen genommen. Gewöhnlich versinken die Kranken nun nach kurzer Zeit in einen eigenthümlichen Zustand starrer Benommenheit. Sie hören auf, zu sprechen, oder lispeln doch nur hie und da einige unverständliche Worte; regungslos, häufig mit geschlossenen Augen und zusammengekrümmt, liegen oder sitzen sie da, reagiren nicht auf Anreden, Berührungen, Nadelstiche, verweigern die Nahrung, lassen sogar bisweilen unter sich gehen. Nur ein leises Blinzeln, stärkere Röthung oder Schwitzen des Gesichtes, ein Zucken um die Mundwinkel, hie und da auch irgend eine unvermuthet flinke Bewegung oder selbst eine treffende Bemerkung deuten darauf hin, dass das psychische Leben keineswegs erloschen ist.

Die Glieder befinden sich dabei bald in tonischer Spannung, widerstreben jedem Versuche einer Lageveränderung, bald bieten sie vollkommene *flexibilitas cerea* dar und verharren in jeder, auch der unbequemsten Stellung. Häufig beobachtet man plötzliches Starrwerden, coordinatorische Krämpfe, äusserste Pronation beider Arme, Verdrehungen des ganzen Körpers, Hin- und Herpendeln, Rotation. Alle Bewegungen haben etwas Gespreiztes und Gezwungenes, geschehen langsam oder ruckweise; auch im Gesichtsausdrucke

(„Schnauzkrampf“), wie in der ganzen Körperhaltung prägt sich die Spannung und Unfreiheit in der Beherrschung der Muskeln oft deutlich aus. Nicht selten wird die starre Ruhe der Kranken episodisch durch Bewegungsparoxysmen durchbrochen, in denen eine und dieselbe Action ungezählte Male hinter einander in stereotyper Weise ausgeführt wird; die Kranken declamiren in pathetischer, aber monotoner Modulation stunden-, selbst tagelang dieselbe sinnlose Combination von Worten oder singen dieselbe Melodie, laufen im Geschwindsschritte auf demselben Wege hin und her, bekritzeln viele Bogen mit den gleichen, immer wiederholten Zeichen. Ueberhaupt bilden sich hier leicht gewisse äusserliche, bisweilen sehr bizarre Gewohnheiten heraus, regelmässig wiederkehrendes Kopfschütteln, Stillstehen in derselben Ecke, eigenthümliche Handbewegungen und Körperstellungen, Gehen auf dem äusseren Fussrande, welche den Eindruck des Zwangsmässigen, Automatenhaften noch bedeutend verstärken.

Die Stimmung der Kranken erscheint oft im Zusammenhalte mit ihrem absonderlichen Benehmen auffallend gleichgültig; in anderen Fällen beobachtet man häufigen, gänzlich unvermittelten Wechsel zwischen Weinen, Gereiztheit und affectirter Lustigkeit. Vorübergehend können sich auch lebhaftere Aufregungszustände depressiven oder expansiven Charakters in den Zustand starren Versunkenseins einschieben, am häufigsten in der ersten Zeit der Erkrankung. Fast regelmässig bestehen vasomotorische Störungen, Cyanose der Extremitäten und der Schleimhäute, Gedunsenheit des Gesichts, Oedeme an den Unterschenkeln, lebhafte Röthung und sogar Quaddelbildung bei leichten mechanischen Reizen. Der Puls ist klein, verlangsamt, die Temperatur niedrig, die Athmung oberflächlich, der Schlaf wol immer hochgradig gestört, wenn die Kranken auch ruhig liegen; die Nahrungsaufnahme stösst meist auf hartnäckiges Widerstreben, und das Körpergewicht sinkt beträchtlich.

Im weiteren Verlaufe der Krankheit pflegt sich mit nachhaltiger Besserung der Ernährung die katatonische Gebundenheit allmählich zu lösen. Der Kranke wird natür-

licher in seinen Bewegungen, giebt aber nur sehr karge, dazu häufig sonderbar unzutreffende Antworten, wiederholt oft dieselben Redensarten und Bewegungen und zeigt überhaupt ein etwas läppisches, unfreies Wesen. Auch wenn die Besonnenheit völlig zurückgekehrt und der Kranke über seine Umgebung, ja auch über seine Krankheit bereits klar orientirt erscheint, bleiben Andeutungen der früheren Störungen, namentlich auch der *flexibilitas cerea*, noch sehr lange zurück. Die Erinnerung an die Krankheitsperiode ist bald eine ganz genaue, bald eine nur summarische. Ueber die Ursache des eigenthümlichen motorischen Verhaltens vermögen die Kranken niemals bestimmte Auskunft zu geben. In ungünstig verlaufenden Fällen lässt zwar die Starre auch gewöhnlich nach, und die Kranken können sogar wieder eine annähernd correcte äussere Haltung gewinnen, meist allerdings mit mannigfachen bizarren Residuen des voraufgegangenen Zustandes, allein sie sind nun in mehr oder weniger hohem Grade schwachsinnig, zerfahren, verwirrt, selbst bis zu tiefgreifendem Blödsinn; bisweilen vollzieht sich dieser psychische Verfall ganz unbemerkt. Die Dauer des katatonischen Wahnsinns erstreckt sich regelmässig über eine längere Reihe von Monaten, selbst über Jahr und Tag. Die Prognose ist stets als eine zweifelhafte zu betrachten. Eine grosse Zahl von Fällen geht in unheilbare Schwächezustände aus; ausserdem sind die Kranken in hohem Masse der Gefahr phthisischer Erkrankungen ausgesetzt.

Die Abgrenzung der hier besprochenen Psychose von anderen ähnlichen Zuständen hat auf das klinische Gesamtbild, nicht auf einzelne Symptome Bedacht zu nehmen. Speciell die Katalepsie kommt nicht nur bei Verrückten, Hysterischen, Epileptischen, Paralytikern und Alkoholisten gelegentlich zur Beobachtung, sondern ich habe sie kürzlich sogar in einem Falle von traumatischem Hirnabcess, sowie bei Hydrocephalus gesehen. Gegenüber der *Melancholia attonita* ist vor Allem auf das Fehlen des dauernden intensiven Angstaffectes hinzuweisen, welcher dort das ganze Krankheitsbild beherrscht; an die Stelle der ängstlich-verzweifelten Spannung tritt hier das Gc-

spreizte, Affectirte. Gerade diese letzteren Züge sind es auch, welche die Abgrenzung von der schlaffen, apathischen Energielosigkeit der Dementia acuta gestatten; hier ist eben die psychische Thätigkeit fast aufgehoben, während dort das Bewusstsein von phantastischen Vorstellungen und Wahrnehmungen erfüllt wird. Von der katatonischen Verrücktheit unterscheidet sich der katatonische Wahnsinn durch die acute Entwicklung ohne lange vorbereitetes Wahnsystem, wie durch den Ausgang in Verwirrtheit oder Genesung.

Die Behandlung der Psychose ist eine wesentlich expectative und hat ausser der allgemeinen Sorge für Schlaf (Bäder), reichliche Ernährung, gute Luft u. s. f. kaum besondere Indicationen zu erfüllen. Vielleicht wären in manchen Fällen Versuche mit allgemeiner Faradisation und vorsichtiger Massage zu empfehlen; einige Male schien mir eine vorübergehende Besserung durch Cytisininjectionen (0,006 pro die) erzielt zu werden.

## VI. Das periodische und circuläre Irresein.

### A. Die periodischen Psychosen.\*)

Als periodische Geistesstörungen pflegt man eine kleine Gruppe von Psychosen zu bezeichnen, bei welcher es sich um das periodische Auftreten bestimmter krankhafter Symptomencomplexe auf einer auch in der Zwischenzeit nicht normalen Grundlage handelt. Dieselben sind daher scharf zu trennen einmal von den einfachen Rückfällen vor oder kurz nach vollendeter Genesung, andererseits aber auch von jenen vielfach recidivierenden Formen des Irreseins, die ebenfalls auf Grund einer Prädisposition durch häufig wiederkehrende Gelegenheitsursachen stets frisch erzeugt werden, wie etwa die alkoholischen Aufregungszustände. Im letzteren Falle ist die Periodicität rein äusserlich bedingt; Entfernung aller Schädlichkeiten verhindert mit Sicherheit den Rückfall in die Geistesstörung — dort indessen liegen alle Entstehungsbedingungen im Organismus selbst, wie diejenigen der epileptischen Anfälle; es bedarf keiner äusseren Anlässe mehr, um die mit unfehlbarer Gewalt hereinbrechenden Krankheitsparoxysmen erst auszulösen. Daher die grosse Aehnlichkeit der einzelnen Anfälle mit einander nach Symptomen und Verlauf, daher in den Intervallen stets die Anzeichen leichter oder ausgeprägter Schwäche im Bereiche des Verstandes oder im Gefühlsleben, daher endlich auch die so häufig ungünstige Prognose dieser Psychosen, soweit sie eben in der Gesamtconstitution des Erkrankten ihre

\*) Kirn, Die periodischen Psychosen. 1878.

Kraepelin, Psychiatrie. 3. Aufl.

unausrottbare Wurzel haben. Trotzdem muss es natürlich breite Uebergänge zu jenen einfachen Psychosen geben, welche, auf prädisponirtem Boden erwachsend, in Folge relativ geringfügiger äusserer Anstösse nicht selten mehrmals im Leben sich wiederholen, wie die Manie, die Melancholie, der Wahnsinn. Je weniger die einzelnen Anfälle einer derartigen Geistesstörung nach Auftreten und Verlauf von äusseren Ursachen abhängig sind, desto mehr werden wir das Recht haben, sie als die Aeusserungen einer wirklich periodischen Erkrankung zu betrachten. Gerade die genannten drei klinischen Formen sind es daher auch, welche wir in der folgenden Darstellung auseinanderhalten können.

**Die periodische Manie.** Die Krankheitsbilder, welche wir unter dieser Bezeichnung zusammenfassen, bieten eine ziemliche Mannigfaltigkeit dar, so dass es möglich erscheint, wenigstens zwei Hauptformen auseinanderzuhalten, je nach der Dauer der einzelnen Paroxysmen und der zwischen ihnen liegenden Intervalle.

Bei der ersten dieser Formen dauern die Anfälle nicht länger, als höchstens 2—3 Wochen, bisweilen nur wenige Tage; ebenso pflegen die Intervalle die Dauer einiger Wochen nicht erheblich zu übersteigen. Das eigentliche Krankheitsbild ist fast immer das einer echten, ganz acut sich entwickelnden und rasch verlaufenden Manie. Die Kranken werden von einem Tage zum andern unruhig, aufgeregter, verwirrt, stark ideenflüchtig, sind in gehobener Stimmung und zeigen einen lebhaften motorischen Drang. Sie tanzen und singen, fangen an zu zerreißen und zu schmieren, ihre Umgebung zu necken, sind oft sexuell stark erregt, essen in ihrer Unruhe wenig und schlafen fast gar nicht. Das Körpergewicht nimmt dabei regelmässig rasch ab.

Der Eintritt der Beruhigung vollzieht sich in der Regel ebenso schnell, wie derjenige der Erregung, wenn man auch meist schon gegen das Ende des Anfalles eine leichte Abnahme der Ideenflucht und der Unruhe bemerken kann. Der Kranke wird nun mit einem Male geordnet und oft sogar auffallend still, aber er gewinnt in der Regel



keine vollständige, klare Einsicht in die krankhafte Natur seines Zustandes, wenn er sich auch vieler Einzelheiten desselben noch gut erinnert. Vielmehr sucht er die überstandene Aufregung als etwas ganz Harmloses, oder als durch die Umgebung, die Zurückhaltung in der Anstalt und dergl. motivirt hinzustellen. Eine gewisse körperliche Erholung pflegt sich dann rasch zu vollziehen, doch bleibt das Körpergewicht auch während des nun folgenden Intervalles in der Regel niedriger, als in früheren gesunden Zeiten.

Als die wichtigsten Ursachen der hier geschilderten Erkrankung sind ausser der psychopathischen Prädisposition namentlich Kopfverletzungen anzuführen. Beim weiblichen Geschlechte, bei dem sie verhältnissmässig häufig beobachtet wird, pflegt sie sich häufig an die Menstrualperioden zu knüpfen, in der Weise, dass mit dem Eintritte der Menses oder kurz vorher auch der Tobsuchtsanfall beginnt, um dann etwa 1—2 Wochen anzudauern, bis er einer gewöhnlich etwas längeren freien Zwischenzeit weicht (menstruelles Irresein). Im Ganzen scheint die Krankheit vorzugsweise jugendlichere Personen (bis in die dreissiger Jahre hinein) zu befallen; sie dauert indessen dann nicht selten in immer wiederholtem Wechsel zwischen Anfall und Intervall bis in spätere Lebensalter hinein. Allerdings bleibt bei sehr langer Dauer der Krankheit der regelmässige Typus derselben meist nicht unverändert; vielmehr haben die Anfälle die Neigung, sich im Laufe der Jahre immer mehr auszudehnen, und es kommt auf diese Weise allmählich zu einem Zustande dauernder ideenflüchtiger Verwirrtheit und Aufregung, der nur hie und da in unregelmässigen, seltneren Zwischenräumen durch plötzlich eintretende und eben so plötzlich wieder abschneidende ruhigere Zeiten unterbrochen wird.

Das gesammte psychische Leben der Kranken pflegt bei diesem Verlaufe sehr empfindlich zu leiden. Die Intelligenz und das Gedächtniss nimmt stark ab, wenn die Kranken auch bisweilen in den Intervallen noch durch einzelne Reminiscenzen aus gesunden Tagen überraschen. Das Urtheil über die Umgebung und namentlich über den eigenen

Zustand ist stets äusserst unklar; die Kranken halten sich schon am ersten Tage der eingetretenen Beruhigung für völlig gesund und drängen auf Entlassung. Ebenso hat die gemüthliche Sphäre ausnahmslos sehr gelitten. Ist auch oft die äussere Form ihrer Gefühlsbeziehungen, annähernd wenigstens, die frühere geblieben, so vermag sie doch den tieferblickenden Beobachter nicht über die innere Leere und Theilnahmslosigkeit dieser schwachsinnig gewordenen Kranken hinwegzutäuschen. Im höheren Alter nimmt in der Regel die Ausdehnung und Zahl der Anfälle wieder ab, ja dieselben können vollständig verschwinden, und es erfolgt nunmehr bisweilen sogar noch eine relativ weitgehende Besserung des gesammten psychischen Zustandes, wenn man auch natürlich eine wirkliche Ausgleichung des durch die Krankheit einmal erzeugten Defectes füglich nicht wird erwarten können.

Die Prognose dieser Form der periodischen Manie ist keine durchaus ungünstige; eine Anzahl von Fällen gelangt spontan oder unter dem Einflusse der Behandlung zur Heilung. Freilich wird eine vollständige Wiederherstellung der Gesundheit immer nur nach kürzerer Dauer der Krankheit wahrscheinlich sein; wo die Psychose schon erheblich länger, als etwa ein Jahr bestanden hat, muss die Aussicht auf Genesung als eine recht zweifelhafte bezeichnet werden. Die Diagnose der Erkrankung bietet nicht die geringsten Schwierigkeiten. Höchstens wäre es im Beginne möglich, dieselbe mit gewissen epileptischen Geistesstörungen zu verwechseln, doch wird das specifisch maniakalische Krankheitsbild, vor Allem aber zweifellos die weitere Beobachtung die richtige Auffassung der Psychose immer sichern.

Die Behandlung hat einerseits die Aufgabe, den Kranken während der Anfälle zu überwachen, sowie für Schlaf und genügende Ernährung zu sorgen, andererseits aber womöglich den Ausbruch des Paroxysmus überhaupt zu verhindern. Die zu diesem Zwecke empfohlene Bettlagerung des Kranken vermag wol, wo sie durchführbar ist, die Erscheinungen des Anfalls etwas zu mildern, nicht aber denselben wirklich zu coupiren; dagegen kann ich aus

eigener Erfahrung die von Kohn eingeführte systematische Darreichung des Bromkalium in sehr grossen Dosen dringend empfehlen. Man giebt 12—15 gr. pro die, wovon möglichst schon einige Tage vor dem erwarteten Ausbruche des Paroxysmus beginnend. Es gelingt auf diese Weise bisweilen mit ganz überraschender Zuverlässigkeit, das Auftreten der Erregung zu verhindern. Nachdem die besonders gefährlichen Tage vorübergegangen sind, geht man ganz allmählich mit der Dosirung des Mittels herunter, um bei der Annäherung an den nächsten zu erwartenden Anfall von Neuem zu der angeführten grossen Gabe anzusteigen u. s. f. In einzelnen, namentlich den sehr lange dauernden Fällen mit verwisstem Typus bleibt diese Medication ohne Erfolg; in anderen bricht wenigstens nach dem Heruntergehen mit der Dosis die Aufregung hervor, um allerdings auch dann durch hohe Dosen wieder sofort coupirt zu werden. Hier ist wegen der Gefahr des Bromismus Vorsicht geboten, doch habe ich neuerdings selbst in einem ganz desolaten Falle durch die immer wieder aufgenommene Brombehandlung nach und nach die Häufigkeit und Dauer der freien Intervalle bedeutend zunehmen sehen. Endlich aber giebt es frische Fälle, bei denen man durch die systematische Bekämpfung der Paroxysmen einen dauernden, unzweifelhaften Heilerfolg erzielt; selbst die Erscheinungen einer mässigen Bromvergiftung sollten hier von der Verfolgung des Curplans nicht abschrecken, da trotz derselben die psychische Genesung sich herauszustellen pflegt. Jedenfalls hüte man sich, die Medication plötzlich abzubrechen.

Die zweite Hauptform der periodischen Manie ist durch die beträchtlich längere Dauer und die damit zusammenhängende reichere Entwicklung des Krankheitsbildes gekennzeichnet. Die Färbung dieses letzteren im Einzelnen kann sich dabei vielfach verschieden gestalten. In einer ersten Gruppe von Fällen trägt der einzelne Paroxysmus vollständig die Züge der einfachen Manie, mit dem einzigen Unterschiede vielleicht, dass die Psychose in rascherem Tempo sich zu ihrer Höhe entwickelt. Nach einem mehr oder weniger ausgesprochenen, bisweilen immerhin eine Reihe von Wochen dauernden melancholischen Vor-

stadium schlägt die Stimmung des Kranken plötzlich um; er wird ausgelassen, verwirrt, ideenflüchtig, schlaflos, geräth in lebhaft motorische Erregung, schwatzt, singt, pfeift, tanzt, zerreisst und schmiert mit geringen unregelmässigen Nachlässen, bis nach mehreren Monaten die maniakalische Exaltation allmählich abklingt.

In einer zweiten Reihe von Fällen trägt die Aufregung während des ganzen Krankheitsverlaufes vorwiegend den Charakter des Zornes. Die Kranken werden gereizt und erbittert gegen ihre Umgebung, überhäufen dieselbe mit ideenflüchtigen Anschuldigungen und Schmähungen, fahren wüthend und jederzeit zu gewaltthätigen Ausschreitungen geneigt in der Abtheilung herum, schimpfen, schreien und poltern Tag und Nacht, mit geringer Unterbrechung durch einige Stunden unruhigen Schlafes. Vorübergehende Nachlässe der Erregung werden häufig beobachtet, doch genügen regelmässig schon ganz geringfügige Anlässe, um stunden-, ja tagelang dauernde Paroxysmen zorniger Gereiztheit mit obscönen Schimpfreden, Drohungen und Verwünschungen heraufzubeschwören. Die Besonnenheit pflegt bei dieser Form im Ganzen weit weniger getrübt zu sein, als bei der typischen Manie, wenn auch die ideenflüchtige Verwirrtheit sich in den zornigen Expectorationen der Kranken deutlich genug widerspiegelt. Auch hier beträgt die Dauer des Anfalls gewöhnlich nur einige Monate.

Die zornige Form der periodischen Tobsucht bildet eben wegen der weniger tiefgreifenden Störung des Bewusstseins gewissermassen den Uebergang zu einem weiteren Krankheitsbilde, welchem insofern eine ganz besondere Bedeutung für die periodischen Psychosen beigelegt werden muss, als es, soweit wenigstens meine Erfahrung reicht, der einfachen Manie so gut wie fremd ist. Was dieses Krankheitsbild auszeichnet, ist die Erhaltung völliger Besonnenheit während des gesammten Ablaufes der Psychose.

Der Ausbruch der Erkrankung schliesst sich nicht selten an einen äusseren Anlass (Ueberanstrengung, Excesse, gemüthliche Erregung) an, wenn sich auch bisweilen eine genügende Ursache durchaus nicht nachweisen lässt. Der

im gewöhnlichen Leben oft sehr wortkarge, zurückgezogen lebende, selbst menschenscheue Kranke beginnt mit einem Male „aufzuthauen“. Er wird gesprächig, entwickelt eine auffallende, überstürzte Geschäftigkeit, vernachlässigt aber dabei seine eigentliche Berufsarbeit; er fängt an, sich auffallend zu kleiden, kleinere und grössere Excesse zu begehen, ungewöhnlich viel Geld zu verthun, sich auf Reisen zu begeben. Die Bemühungen seiner Angehörigen, ihn zu beruhigen, erweisen sich nicht nur als erfolglos, sondern sie reizen den Kranken geradezu und führen leicht zu heftigen Zornausbrüchen und selbst Gewaltthaten. Er fühlt sich in seiner Unternehmungslust von seiner Umgebung nicht verstanden und wird misstrauisch, tyrannisch und gereizt gegen dieselbe; er wird es um so mehr, wenn er auf deren Veranlassung in eine Anstalt gebracht wird, nachdem er sich überall compromittirt, sowie in unangenehme Skandal- und Processgeschichten hineinverwickelt hat.

Die Empfänglichkeit des Kranken ist in der Regel gesteigert; er fasst äussere Eindrücke rasch und vollständig auf, ja er zeigt sogar bisweilen eine geschärfte Beobachtungsgabe, welche ihn die Eigenthümlichkeiten und namentlich die Unvollkommenheiten und Schwächen seiner Umgebung mit einer gewissen sarkastischen oder humoristischen Gewandtheit herausfinden lässt. Die Besonnenheit ist vollständig erhalten, die Erinnerung durchaus lückenlos, aber in hohem Grade durch die Stimmung und den besonderen Standpunkt des Kranken beeinflusst, so dass sie nur ein stark subjectiv gefärbtes Bild der jüngsten Ereignisse zu liefern pflegt. Der Gedankengang ist im Allgemeinen geordnet und zusammenhängend, doch lassen sich, namentlich bei längeren Auseinandersetzungen, die Andeutungen einer leichten Ideenflucht niemals verkennen. Eine Krankheitseinsicht besteht durchaus gar nicht; vielmehr hält sich der Kranke für vollkommen gesund, ja für gesünder, als jemals. Alle seine extravaganten Handlungen versteht er als völlig harmlose oder sogar fein durchdachte und wol motivirte darzustellen; um einen Entschuldigungs- oder Erklärungsgrund ist er niemals in der geringsten Verlegenheit. Die Beschränkung seiner persönlichen Freiheit betrachtet

er als einen schlechten Witz oder als eine unverzeihliche Kränkung, die er auf Intriguen seiner Angehörigen oder sonst ihm feindlich gesinnter Individuen zurückführt und zu deren Beseitigung und Sühne er gesetzliche Massregeln zu ergreifen droht.

Die Stimmung des Kranken ist in der Regel eine gereizte, zu Zornausbrüchen geneigte, sobald er sich in seiner freien Bewegung behindert fühlt. Dem Arzte antwortet er grob und patzig oder mit höhnischem Sarkasmus, da er keinen Arzt braucht und die ganze „mit ihm gespielte Komödie“ nur lächerlich findet. Das Selbstgefühl ist dabei ein sehr gehobenes; er spricht von seiner Persönlichkeit, seinen Leistungen und Verdiensten mit einer gewissen Emphase, blickt auf seine Umgebung mit vornehmer Geringschätzung herab und lässt sich auch wol zu allerlei handgreiflichen, phantasievollen Renommistereien hinreissen, von denen es oft nicht ganz klar ist, wie weit er ihnen im Augenblicke selber Glauben schenkt.

Im Handeln des Kranken pflegt sich die innere Unruhe am deutlichsten kund zu geben. Trotz äusserlicher Besonnenheit begeht er eine Menge von planlosen Thorheiten und Kindereien. Er nimmt auffallende Veränderungen an seiner Kleidung vor, reisst die Knöpfe ab, die Taschen heraus, kehrt den Rock um, steckt die Hosen in die Strümpfe, knüpft die Hemdzipfel zusammen; er sucht im Garten, wie im Zimmer, aus allen Ecken, wie aus dem Bereiche seiner Mitpatienten eine Unmenge von Gegenständen zusammen, die in seiner Tasche ein buntes Sammelsurium bilden, Brodreste, Cigarrenstümpfe, Steine, trockene Blätter, Fäden, Papierfetzen, Glasscherben, Nägel, Eisenstückchen und dergl. mehr. Für alle diese Dinge hat er Verwendung. Der Tabak und die Blätter werden in Papier gewickelt geraucht; das Papier wird zum Schreiben, die Nägel zum Pfeifenstopfen, die Scherben zum Bleistiftspitzen benutzt; das Uebrige dient als Tauschmittel, um von den Mitpatienten kleine Vortheile zu erlangen. Bisweilen wird auch allerlei in die Nase oder die Ohren gesteckt, das Ohr läppchen mit Streichhölzern oder Drahtstückchen durchbohrt, Cigarrenasche und Staub als Schnupftabak verwendet,

das Barthaar theilweise mit der Cigarre versengt. Seine Mitpatienten pflegt der Kranke zu tyrannisiren, ihnen fortzunehmen, was ihm gefällt, ihnen Befehle zu ertheilen und häufig genug auch mit Schimpfworten oder Thätlichkeiten entgegen zu treten. In der Nacht schläft der Kranke sehr wenig, vertreibt sich dabei die Zeit nicht selten mit lautem Singen oder künstlicher Verarbeitung seines Bettmaterials, namentlich des Strohes aus dem Strohsacke. Der Appetit ist in der Regel vortrefflich; trotzdem pflegt das Körpergewicht erheblich zu sinken.

In der geschilderten Weise kann das klinische Bild mit geringen Schwankungen längere Zeit unverändert bleiben. Nur selten kommt es ganz vorübergehend für wenige Tage zu einer hochgradigen Steigerung der Aufregung mit ideenflüchtiger Verwirrtheit. Zumeist erhält sich die Besonnenheit während des ganzen, sich regelmässig über eine Reihe von Monaten erstreckenden Krankheitsverlaufes.

Die periodische Manie mit länger dauernden Anfällen entwickelt sich wol immer auf der Grundlage psychopathischer Prädisposition, welche in einer nicht geringen Zahl von Fällen durch erbliche Belastung, öfters auch durch Kopfverletzungen repräsentirt wird. Gewöhnlich treten gewisse, nach dieser Richtung hin beachtungswerthe psychische Eigenthümlichkeiten, Schwachsinn, leichte Erregbarkeit, excentrisches oder misanthropisches Wesen, geringe Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol, auch während der freien Intervalle zwischen den Anfällen deutlich genug hervor. Der erste Anfall der Krankheit erfolgt meist in den zwanziger bis dreissiger Lebensjahren; bisweilen sind früher, bis ins Pubertätsalter zurück, schon schwächer ausgebildete Erregungszustände voraufgegangen. Die freien Intervalle betragen gewöhnlich lange Zeit, selbst 6, 8, 10, selten weniger als 1—2 Jahre. Bei langem Bestehen der Krankheit verlängern sich zuweilen die Paroxysmen immer mehr, sogar bis zur Dauer von mehreren Jahren, ja es kann schliesslich unter bedeutender Zunahme der psychischen Schwäche zur Entwicklung eines bleibenden Zustandes leichter maniakalischer Erregung mit kindischem Sammeltriebe kommen.

Die Prognose der Erkrankung ist eine recht ungünstige. Zwar pflegt der einzelne Anfall regelmässig unter allmählicher, mit vielfachen Schwankungen eintretender Beruhigung in relative Genesung überzugehen; indessen kommt auch dann fast niemals eine unumwundene, vollständige Krankheitseinsicht zu Stande. Vielmehr hat es den Anschein, als ob jeder neue Anfall einen, wenn auch geringen, Fortschritt der psychischen Schwäche nach sich zieht. Alle Bemühungen, den Ausbruch neuer Anfälle zu verhüten, selbst der dauernde Anstaltsaufenthalt, pflegen höchstens einen sehr theilweisen Erfolg zu haben. In einzelnen Fällen lässt indessen bei vorgerücktem Alter die Intensität und die Zahl der Anfälle von selber nach. Die Diagnose lässt sich meist erst aus der Anamnese mit einiger Sicherheit stellen. Nur die letztbesprochene Form ohne tiefer greifende Störung der Besonnenheit erlaubt schon auf Grund des eigenthümlichen Krankheitsbildes selber den Rückschluss auf die periodische Natur der Psychose.

Die Behandlung lehnt sich in allen Punkten durchaus an diejenige der einfachen maniakalischen Erkrankungen an. Ein Mittel, die Anfälle selbst zu coupiren, kennen wir bisher nicht; auch das Bromkalium scheint nach dieser Richtung hin ohnmächtig zu sein, obgleich es die Intensität der Aufregung bedeutend herabsetzt. Gleichwol ist es zweifellos, dass ein ruhiges Leben in geordneten Verhältnissen, namentlich der Schutz vor Alkoholmissbrauch, sowie die jedesmalige rasche Verbringung in die Anstalt nicht nur die Stärke, sondern auch die Häufigkeit der Krankheitsanfälle in günstigem Sinne zu beeinflussen im Stande ist.

**Die periodische Melancholie** ist im Ganzen keine häufige Erkrankung, wenn auch manche sehr leicht verlaufende Fälle sich der irrenärztlichen Beobachtung gänzlich entziehen mögen. Sie erwächst nach meinen Erfahrungen regelmässig auf hereditär prädisponirter und nicht selten bereits etwas schwachsinniger Grundlage. Die Ausprägung des Krankheitsbildes selbst ist meist eine wenig intensive. Ohne besonderen äusseren Anlass, höchstens im Anschlusse an eine unangenehme Lebenserfahrung, vorübergehende Ueberanstrengung u. dergl. stellt sich Schlaflosig-



keit, reizbare Verstimmung und die Neigung zum Grübeln ein, mit allerlei unangenehmen Empfindungen im Kopfe und unbestimmten Beängstigungen. Die Besonnenheit bleibt vollkommen erhalten, oft auch die Krankheitseinsicht; trotzdem bestehen gewöhnlich vage Versündigungsideen und hypochondrische Befürchtungen. Häufig scheinen Zwangsvorstellungen eine grosse Rolle zu spielen, die den Kranken sehr belästigen, z. B. in Form von religiösen Zweifeln; auch Zwangsimpulse kommen zur Beobachtung, namentlich plötzlich auftauchende, durch keinen besonderen Affect motivirte Selbstmordneigung.

Das äussere Benehmen des Kranken wird durch die Psychose wenig berührt, oder er vermag sich doch so „zusammenzunehmen“, dass erst bei längerer Beobachtung eine gewisse Reizbarkeit einerseits, Schlawheit und Energielosigkeit andererseits deutlicher hervortritt. Nur im Stillen oder dem Vertrauten gegenüber löst sich dann bisweilen der schmerzliche innere Druck in einem heftigen Weinpoxysmus. Das Interesse für äussere Dinge ist bedeutend beeinträchtigt; jede länger dauernde Anspannung der Aufmerksamkeit führt bald zur Ermüdung, und die Arbeitsfähigkeit leidet dabei natürlich in hohem Masse. Gleichwol pflegen sich die Patienten nicht selten mit unsäglicher Mühe und unter Aufbietung aller Kräfte sehr lange Zeit durch ihre Berufsthätigkeit hindurchzuschleppen. Die körperlichen Begleiterscheinungen sind diejenigen der einfachen Melancholie, hartnäckige Schlafstörung, Appetitlosigkeit, Verdauungsträgheit, Sinken der Ernährung, doch erreichen diese Symptome meist keine sehr grosse Intensität.

Der Verlauf der Krankheit ist in der Regel ein sehr wechselnder. Besserungen und Verschlechterungen des Zustandes folgen in unregelmässigen Schwankungen und ohne äusseren Anlass auf einander. Gewöhnlich sind auch hier die Morgenstunden am schwersten, während sich gegen Abend eine gewisse Erleichterung einzustellen pflegt. Die Dauer der Psychose ist fast immer eine sehr lange. Selten nur beträgt dieselbe weniger als ein Jahr; andererseits kommen Fälle mit 2—3jähriger Dauer zur Beobachtung. Der erste Anfall der Erkrankung scheint meist in den

zwanziger oder dreissiger Jahren aufzutreten; die Intervalle sind lang und unregelmässig, dauern 8, 10, 12 Jahre und länger. In diesen Zwischenzeiten erscheint der Kranke normal, doch lässt sich, soweit meine Erfahrungen reichen, eine auffallende gemüthliche Weichheit und Unselbständigkeit, in manchen Fällen auch eine gewisse Kritiklosigkeit und Bornirtheit bei eingehenderer Beobachtung kaum verkennen.

Die Prognose der periodischen Melancholie ist für den einzelnen Anfall eine durchaus günstige; man darf sich durch die immer wieder hervortretenden Verschlechterungen des Zustandes in dieser Richtung nicht irre machen lassen. Freilich ist eine sichere Diagnose der Störung, eine Abgrenzung von einfacher Melancholie, oft kaum möglich. Doch kann der Mangel jeder äusseren Ursache, die typische Gleichheit der Anfälle, die Berücksichtigung der psychischen Constitution des Kranken, namentlich aber eine häufigere Wiederholung der Psychose jene Diagnose immerhin begründen. Bisweilen werden die leicht melancholischen Zustände unserer Gruppe für einfach neurasthenische gehalten. Vor dieser Verwechslung schützt die Beachtung der primären, dauernden Verstimmung, der Mangel einer zureichenden äusseren Ursache, der typische, allmählich sich verschlechternde und dann wieder bessernde Verlauf, sowie die Unzugänglichkeit der Störung gegenüber den therapeutischen Massnahmen, welche bei der Neurasthenie alsbald einen Nachlass der Erscheinungen herbeizuführen pflegen.

Die Behandlung der periodischen Melancholie erfordert regelmässig die Versetzung des Kranken aus den häuslichen und Berufsverhältnissen in eine ruhige, reizlose Umgebung mit sachverständiger Pflege. Nur ausnahmsweise kann hier etwa ein abgelegener Luftcurort oder eine offene „Nervenheilanstalt“ gewählt werden; noch seltener ist die häusliche Behandlung zulässig. Ueberall, wo die geringste Neigung zum Selbstmorde hervortritt, ist ganz unbedingt die Verbringung in die Irrenanstalt geboten. Gegen die Krankheit selber ist die Therapie ziemlich ohnmächtig, doch wird man immerhin durch regelmässige abendliche Bäder, mässige Gaben Bromkalium oder eventuell auch Opium,

sowie durch die Regelung des Schlafes und der Verdauung einige Erleichterung schaffen können. Sorgfältige Ueberwachung, Fernhalten aller gemüthlichen Reize und geistiger Ueberanstrengung, ruhiger und geduldiger Zuspruch, später vorsichtige Ablenkungsversuche werden daneben die Hauptaufgabe des ärztlichen Handelns zu bilden haben.

**Der periodische Wahnsinn.** Gerade die einzelnen Formen des Wahnsinns sind es, welche wir vielfach den Uebergang zu den periodischen Psychosen bilden sehen, insofern sie zwar relativ selten in zahlreichen Anfällen, aber häufig genug 2 oder 3 mal im Leben wiederzukehren pflegen. Dies gilt ganz besonders für den depressiven Wahnsinn, der sich ausser im Klimakterium oft ein Jahrzehnt später, seltener auch schon in den dreissiger Jahren einmal einstellt. Dagegen wird das typische Bild der periodischen Psychose am häufigsten von dem in kürzeren Anfällen verlaufenden expansiven Wahnsinn dargeboten. Manche der gewöhnlich als periodische Manie gedeuteten Fälle sind wol richtiger hierhin zu rechnen. Die Aufregung steigert sich hier meist sehr rasch; es treten Sinnestäuschungen (Personenverkennung, Visionen) und Wahneideen, häufig religiösen Charakters, hervor, und der Kranke wird auf der schnell erreichten Höhe der Erkrankung nicht selten völlig verwirrt. In seltenen Fällen endlich scheint auch der hallucinatorische und katonische Wahnsinn als periodische Erkrankung vorzukommen.

Die Dauer des einzelnen Anfalles beträgt bei der depressiven Form meist nahezu ein Jahr, bei der expansiven 4—6 Monate. Dem entsprechend pflegen dort auch die freien Intervalle eine beträchtlich längere Dauer (eine längere Reihe von Jahren) aufzuweisen als hier. Hinsichtlich der Prognose gilt dasselbe, wie für die übrigen periodischen Psychosen; die Diagnose der Periodicität kann im Allgemeinen nur auf Grund der früheren Erfahrung gestellt werden. Ueber die Behandlung der Psychose ist dem bei den einfachen Formen Ausgeführten nichts Wesentliches hinzuzufügen.

**B. Das circuläre Irresein. \*)**

Das circuläre Irresein gehört zu den am besten charakterisirten Krankheitsformen, welche die klinische Psychiatrie überhaupt kennt. Es lässt sich definiren als ein durch das ganze Leben hindurch andauernder, regelmässiger Wechsel depressiver und expansiver Zustände. Der Beginn der Erkrankung fällt bisweilen in's Klimakterium, reicht aber in den ersten Andeutungen häufig bis in das Pubertätsalter, bisweilen noch weiter zurück. Schon jetzt werden bei dem heranwachsenden Kranken längere Perioden unmotivirter Verstimmung und extravaganter Ausgelassenheit beobachtet, gewöhnlich aber auf moralische Fehler oder mangelhafte Erziehung zurückgeführt, bis dann die weitere Ausbildung der Krankheit an der pathologischen Natur dieser Zustände keinen Zweifel mehr lässt. Freilich vergehen darüber bisweilen Jahrzehnte. Sicherlich verlaufen zahlreiche circuläre Geistesstörungen als einfache „Verstimmungen“, „Launen“, „berechtigte Eigenthümlichkeiten“ im gewöhnlichen Leben, ohne erkannt zu werden, ja sie gehen schliesslich ohne scharfe Grenze in die Breite jener normalen Schwankungen des gemüthlichen Gleichgewichtes über, die so oft bei nervösen Menschen schon eine gewisse Regelmässigkeit in der Aufeinanderfolge, eine auffallende Unmotivirtheit und Unabhängigkeit von äusseren Anlässen erkennen lassen.

Das klinische Bild, welches die beiden aufeinander folgenden Phasen der Psychose darbieten, ist in der grossen Mehrzahl der Fälle ein vollkommen typisches. Die depressive Periode verläuft zumeist als einfache, leichte Verstimmung ohne Sinnestäuschungen und ohne ausgeprägte Wahnideen. Der Kranke ist still, einsilbig, gedrückt, energielos; seine Vergangenheit, wie seine Zukunft erscheint ihm in gleichmässig trübem Lichte; er fühlt sich namenlos unglücklich, ohne doch sagen zu können, warum. Sein Leben ist verpfuscht, zum grossen Theil, wie er meint, durch eigene Thorheit und eigene Schuld. Nichts vermag sein

---

\*) Emmerich, Schmidt's Jahrbücher CXC, 2.

Interesse dauernd anzuregen, nichts macht ihm Freude; er ist gleichgültig geworden gegenüber seinen Angehörigen und Demjenigen, was ihm früher das Liebste war. Mit einer gewissen stumpfen Resignation, die jeden Trost und jeden Lichtblick ausschliesst, schleppt sich der Kranke mühsam von einem Tage zum andern hin. Er fühlt, dass seine frühere Leistungsfähigkeit geschwunden ist, dass ihm jede kleine Anstrengung unsäglich schwer wird, und dass er auch den gewöhnlichsten Anforderungen nicht mehr zu genügen vermag. Oft sitzt er daher tagelang, stumpf vor sich hinbrütend, die Hände in den Schooss gelegt, verzweifelnd da, unfähig, sich zu irgend einer Handlung emporzuraffen. Gleichwol oder vielleicht deswegen kommt es nur selten zum Auftreten von Selbstmordideen, noch seltener zum wirklichen Tentamen suicidii. In einzelnen Fällen kann diese Verstimmung bis zur völligen, reactionslosen Hemmung aller psychischen Functionen fortschreiten. Zumeist jedoch besteht in diesem Stadium der Psychose ein sehr ausgeprägtes Krankheitsgefühl, ja nicht selten sogar eine gewisse Krankheitseinsicht, insofern die Patienten ihr Bedauern über früher vorgekommene Ungehörigkeiten und die Besorgniss aussprechen, dass sie sich im exaltirten Stadium auf's Neue compromittiren möchten.

Meist klagen die Kranken dabei über allerlei körperliche Beschwerden, Druck und Benommenheit im Kopfe, Ohrensausen, Beklemmungsgefühle, Herzklopfen. Der Appetit ist in der Regel sehr herabgesetzt, die Zunge belegt, der Stuhlgang angehalten; die Kranken essen nur mit Widerwillen und auf vieles Zureden. Der Schlaf ist stets empfindlich beeinträchtigt; die Kranken liegen stundenlang, von peinigenden Vorstellungen gequält, schlaflos im Bette, um nach wirren, ängstlichen Träumen am andern Morgen mit wüstem Kopfe, abgeschlagen und ermattet zu erwachen. Der Gesichtsausdruck und die Körperhaltung ist schlaff und matt, die Augen glanzlos; die Haut ist fahl, runzelig, welk; das Körpergewicht pflegt zu sinken.

Dieser durchaus häufigsten Form des depressiven Stadiums stehen einige andere, seltenerer Krankheitsbilder zur Seite. Bisweilen nimmt diese Phase den Charakter eines

ganz acut sich entwickelnden depressiven Wahnsinns an. Der Kranke versinkt binnen kurzer Zeit in eine völlige Desorientirtheit mit phantastischen Verfolgungs- und Versündigungsideen, sowie damit zusammenhängenden Sinnes-täuschungen, namentlich des Gehörs. In noch anderen Fällen tritt während der Depression vorzugsweise ein mürrisches, reizbares Wesen mit dem Gefühle trostlosester Unbefriedigtheit hervor, welches den Kranken vollkommen unfähig macht, irgendwie mit seiner Umgebung in Verkehr zu treten, und ihn dazu zwingt, oft monatelang seine Zuflucht im Bette zu suchen, wo er jeder äussern Einwirkung einen zornigen Widerstand entgegensetzt.

Mit dem Eintritte der exaltirten Phase des Krankheitsverlaufes erfährt das ganze Bild eine durchgreifende Umwandlung. Selten, und zwar nur bei kurzer Dauer der einzelnen Stadien, vollzieht sich dieselbe plötzlich, im Laufe einer einzigen Nacht; in der Regel sieht man den Umschwung sich ganz allmählich vorbereiten. Der Gesichtsausdruck und die Haltung des Kranken wird freier, sein Auge lebhafter; seine Haut gewinnt die frühere Farbe und Spannung, seine Bewegungen ihre alte Elasticität wieder. Nach und nach wird er zugänglicher, zeigt mehr Interesse für seine Umgebung, beginnt sich andauernder zu beschäftigen, fühlt sich frischer und wohler, äussert die Sehnsucht nach Freiheit und Berufsthätigkeit, „nach Frühling und Waldesgrün“, fasst seine Entlassung in's Auge und macht oft längere Zeit hindurch den Eindruck eines Reconvalescenten. Nur bei rascher Entwicklung dieses Stadiums tritt schon von vornherein die krankhafte Natur der Erregung deutlich hervor. Diese letztere selbst bietet in vereinzelt Fällen das typische Bild einer ausgeprägten Tobsucht dar, mit totaler Ideenflucht, häufigem Stimmungswechsel und grosser motorischer Unruhe. Zumeist jedoch kommt es vielmehr zur Ausbildung eines ganz leichten Exaltationszustandes mit völliger Erhaltung der Besonnenheit, den man als in hohem Grade charakteristisch für das circuläre Irresein betrachten kann. Diese, sowie die ähnlichen Krankheitsbilder der periodischen Manie sind es, welche man wol als „Hypomanie“, „Mania sine

delirio“ bezeichnet oder als „Manie“ im engeren Sinne der mit stärkerer Erregung und Verwirrtheit einhergehenden „Tobsucht“ gegenübergestellt hat. Auch manche Formen der „folie raisonnante“ gehören hierher.

Die Auffassung äusserer Eindrücke und der Verlauf der Vorstellungen geht mit einer gewissen Leichtigkeit vor sich; das Interesse des Kranken wächst nach den verschiedensten Richtungen hin; er erscheint vielfach aufgeweckter, scharfsinniger, leistungsfähiger als früher. Namentlich ist es die Gewandtheit in der Erfassung entfernter Aehnlichkeiten, die nicht selten dem Hörer imponirt, weil sie den Kranken zu witzigen Wendungen und Pointen, Wortspielen, überraschenden, wenn auch bei genauerer Betrachtung meist wenig stichhaltigen Vergleichen und ähnlichen, auf gesteigerter Beobachtungs- und Combinationsgabe beruhenden Leistungen der Phantasie befähigt. Alles, was er angreift, wird ihm leicht; er kennt keine Ermüdung mehr und zeigt eine ihn selbst überraschende körperliche und geistige Regsamkeit.

Stets ist jedoch schon bei den leichtesten Graden der Störung der Mangel an innerer Einheit des Vorstellungsverlaufes, die Unfähigkeit zur consequenten Verfolgung einer bestimmten Gedankenreihe, zur ruhigen, logischen Durcharbeitung und Ordnung gegebener Ideen, die Unbeständigkeit des Interesses, das jähe, unvermittelte Abspringen von einem Gegenstande zum andern ausserordentlich charakteristisch. Allerdings wissen die Kranken nicht selten mit einiger Anstrengung diese Erscheinungen vorübergehend zu verwischen und die Herrschaft über ihren zügellos gewordenen Vorstellungsverlauf noch für einige Zeit wiederzugewinnen; in unbewachten Momenten und namentlich in Schriftstücken wird es dann aber doch meist gelingen, jene Symptome nachzuweisen.

Die Stimmung des Kranken ist vorwiegend eine gehobene, heitere, durch das Gefühl der erhöhten Leistungsfähigkeit beeinflusste; die Bedürfnisse und Wünsche der eigenen Person treten ganz und voll in den Vordergrund des Interesses. Auf der andern Seite besteht eine grosse gemüthliche Reizbarkeit. Der Kranke wird rücksichts-

los und brutal, wo er mit seinen ungezügelter Neigungen und Begierden auf Widerstand stösst; geringfügige äussere Anlässe führen zu heftigen Zornesausbrüchen mit langen Schimpfparoxysmen und Neigung zu Gewaltthatigkeiten. Der innere Halt des Kranken ist verloren gegangen; er lässt sich gänzlich durch momentane Eindrücke und Affecte beherrschen, die sofort eine unwiderstehliche Macht über seinen directionslosen Willen erlangen. Seine Handlungen tragen daher vielfach das Gepräge des Triebartigen, Unüberlegten und — wegen der geringen Störung der Intelligenz — des Unmoralischen.

Was vor Allem auffällt, ist seine erhöhte Geschäftigkeit. Der Kranke fühlt das Bedürfniss, aus sich herauszugehen, mit seiner Umgebung in lebhafteren Verkehr zu treten, eine Rolle zu spielen. Er fängt daher an, viel auszugehen, Gesellschaften, Vergnügungen zu besuchen, viele und lange Briefe zu schreiben, Gedichte von zweifelhaftem Werthe zu verfassen, sich um alle möglichen Dinge und Verhältnisse zu kümmern, die ihm früher gänzlich fern lagen. Er knüpft zahlreiche Verbindungen an, zahlt plötzlich ohne Nöthigung sämmtliche Geschäftsschulden, baut Luftschlösser und stürzt sich mit rasch wechselndem Enthusiasmus aus einer Unternehmung in die andere, ohne irgend etwas zu vollenden. So unternimmt er in Folge eines plötzlichen Einfalles weite, planlose Reisen, sammelt alle möglichen unnützen Dinge bei sich an, macht eine Menge zweckloser Einkäufe und Tauschgeschäfte, weil jedes neue Object seine Begierde reizt, so sehr, dass in dieser krankhaften Lust am Besitze bisweilen selbst der gelegentliche Diebstahl und die Uebervortheilung nicht gescheut wird, um irgend einen erwünschten Gegenstand zu erlangen. Dieses Interesse erlischt meist so rasch, wie es erwacht war; das soeben noch mit allen Mitteln Erstrebte wird im nächsten Augenblicke achtlos bei Seite geworfen, verschenkt, verschleudert.

Im äusseren Benehmen des Kranken macht sich einmal erhöhtes Selbstgefühl, die Sucht aufzufallen, dann aber Unruhe und Unstetigkeit bemerkbar. Mit einem theatralischen, gespreizten Gebahren verbinden sich sehr



lebhaft und exaltirte Ausdrucksbewegungen. Die Kleidung ist auffallend, vielleicht stutzerhaft, aber gleichzeitig nachlässig, salopp. Die Schrift zeigt grosse, prätenziöse Züge, viele Ausrufungs- und Fragezeichen, Unterstreichungen, neben mannigfachen Unsauberkeiten und Flüchtigkeiten in der äusseren Form. Der Kranke führt überall das Wort, drängt sich bei jeder Gelegenheit in den Vordergrund, declamirt öffentlich, arrangirt Feste, sucht Aller Augen auf sich zu lenken; er spricht viel und gern, von sich selbst oft in der dritten Person, um sich ein gewisses Relief zu geben, renommirt in stark übertriebener Weise mit seinen vornehmen Bekanntschaften, seinen Leistungen und Fähigkeiten, ohne es mit der Wahrheit sehr genau zu nehmen. Dabei lässt er sich häufig sehr ungenirt gehen, macht grobe Verstösse gegen Anstand und Sitte, erzählt obscöne Witze in Damengesellschaft, nimmt sich cordiale Vertraulichkeiten gegen Fremde oder höher stehende Personen heraus, schliesst mit dem ersten Besten Freundschaft und Dutzbrüderschaft und geräth in die mannigfaltigsten Conflictte mit seiner Umgebung und der öffentlichen Ordnung, indem er seinen augenblicklichen Launen und Eingebungen folgt, die ihn zu allerlei muthwilligen, unüberlegten und ungehörigen Handlungen treiben.

In seinem Thatendrange beginnt der vorher vielleicht streng solide Kranke daher auch, sich allen möglichen Excessen hinzugeben, sich häufig zu betrinken, unsinnig zu spielen, die Nächte auszubleiben, sich in Bordellen und zweifelhaften Localen herumzutreiben, übermässig zu rauchen und zu schnupfen, stark gewürzte Speisen zu essen u. s. f. Bei Frauen äussert sich die Erregung häufig in lebhaften sexuellen Gelüsten, die sich in auffallender Toilette, ungenirtem Benehmen, zweideutigen Vertraulichkeiten, in der Neigung, Bälle zu besuchen, zu coquettiren, Liebesverhältnisse anzuknüpfen, schlüpfrige Romane zu lesen, besonders kundzugeben pflegen. Nicht selten wird diese Charakterveränderung von der Umgebung zunächst nicht als krankhaft, sondern als sittlicher Fehler aufgefasst, den man durch freundschaftliche Auseinandersetzungen und sociale Massregelungen vergebens zu corrigiren sucht.

Trotz all dieses unsinnigen Benehmens und der unverkennbaren Erregung zeigt der Kranke regelmässig eine ganz auffallende Besonnenheit. Freilich fehlt es ihm vollständig an einer Einsicht in seine Krankheit; im Gegentheil fühlt er sich gesünder, als jemals und lässt sich selbst durch den Hinweis auf frühere Anfälle, die er während des depressiven Stadiums ganz richtig beurtheilte, keinen Augenblick von der pathologischen Natur seiner heiteren Stimmung überzeugen. Es erinnert dieses Verhalten bis zu einem gewissen Grade an die Erfahrungen, welche man so häufig über die Selbsttäuschungen Betrunkener zu machen Gelegenheit hat. Seine Handlungen weiss der Kranke vielfach mit ausserordentlicher dialektischer Gewandtheit zu motiviren.

Gerade die eigenthümliche Incongruenz zwischen der Besonnenheit und dem echt tobsüchtigen Handeln des Kranken macht denselben oft zu einer wahren Plage für seine Umgebung, da ihn seine Intelligenz in den Stand setzt, seinen Neigungen und Gelüsten mit einem gewissen Raffinement nachzugehen und jede Gelegenheit, die sich ihm nach dieser Richtung darbietet, in weitestem Umfange auszunutzen. Er ist daher überaus erfinderisch in Mitteln, seine Umgebung zu hintergehen und sich der Ueberwachung zu entziehen, sich kleine und grosse Vortheile zu verschaffen, fremdes Eigenthum, oft ganz werthlose Dinge, in seinen Besitz zu bringen, alle möglichen tollen, zwecklosen Streiche zu verüben u. s. f. In der Anstalt beherrscht er sehr bald seine Mitkranken vollständig, beutet sie aus, berichtet dem Arzte über sie, bevormundet und terrorisirt sie, wo es irgend angeht. Er ist es, der die Honneurs der Abtheilung macht und alle jene niemals ruhenden, immer wechselnden Wünsche und Forderungen vorbringt, welche seine geschäftige Phantasie ihm für seine eigene Person, wie für die seiner „Behandlung“ ausgesetzten Mitpatienten eingiebt.

Unter den körperlichen Begleiterscheinungen dieses Stadiums sind die bisweilen beobachteten Symptome von Kopfcongestionen, geröthetes Gesicht, injicirte Conjunctiven, starkes Schwitzen am Kopfe, Kälte der Extremitäten, besonders beachtenswerth. Der Appetit ist meistens ausser-

ordentlich gesteigert, der Schlaf fest und ungestört, wenn auch oft nur kurze Zeit andauernd. Das Körpergewicht zeigt gegenüber dem depressiven Stadium häufig eine erhebliche Zunahme, doch wird auch das entgegengesetzte Verhalten beobachtet, so stets bei den mit stärkerer Erregung einhergehenden, typisch maniakalischen Formen.

Das Schwinden der exaltirten Periode vollzieht sich in derselben Weise wie das Auftreten derselben, selten plötzlich und unvermittelt, sondern fast immer langsam und unter vielfachen Schwankungen. Ganz unmerklich pflegt sich dann wieder jene gedrückte, unfreie Stimmung an ihre Stelle zu setzen, in der wir oben bereits die ersten Anklänge des herannahenden Depressionsstadiums kennen gelernt haben. Die Dauer des einzelnen, aus Depression und Exaltation bestehenden „Anfalles“ beträgt gewöhnlich 1—2 Jahre, doch giebt es auch Fälle von nur 1—2 monatlichem und andererseits solche von mehrjährigem Typus. Die beiden Stadien pflegen von annähernd gleicher Länge, das melancholische jedoch meist ein wenig ausgedehnter zu sein; hinsichtlich der Ausbildung der psychopathischen Erscheinungen besteht zwischen ihnen keine feste Beziehung. Bisweilen schiebt sich zwischen je zwei „Anfälle“, oder auch zwischen die beiden Phasen eines Anfalles ein Intervall relativ normalen Zustandes ein; indessen ist auch in diesen Intermissionen eine gewisse Unfreiheit, leichte Ermüdbarkeit und Herabsetzung der Leistungsfähigkeit regelmässig vorhanden. Manche dieser Varianten hat man mit besonderen Namen belegt. In den ersten Jahren der Krankheitsentwicklung ist übrigens der Typus oft noch ein sehr unregelmässiger und verwischter; nicht selten auch trägt die Psychose zunächst längere Zeit den Charakter einer periodischen Manie oder Melancholie, bis sich nach und nach der eigenartige Wechsel der Zustände herausbildet. Als Ganzes zeigen die verschiedenen Anfälle bei demselben Kranken eine sehr grosse Regelmässigkeit und Uebereinstimmung in ihrem Ablaufe, welche durch äussere Einflüsse nur unwesentlich alterirt wird und sofort die Diagnose einer circulären Psychose gestattet. Der einfache, einmalige Uebergang melancholischer in maniakalische Zustände genügt

bei der Häufigkeit dieses Wechsels für dieselbe natürlich noch nicht.

Unter den Ursachen der circulären Geistesstörung spielt bei weitem die grösste Rolle erbliche Belastung, welche fast niemals zu fehlen scheint. Im Gegensatze zu den einfachen periodischen Aufregungszuständen handelt es sich hier regelmässig um geistig gut, nicht selten sogar auffallend begabte Personen. Weibliche Individuen sind nach der bisherigen spärlichen Statistik stärker disponirt als Männer.

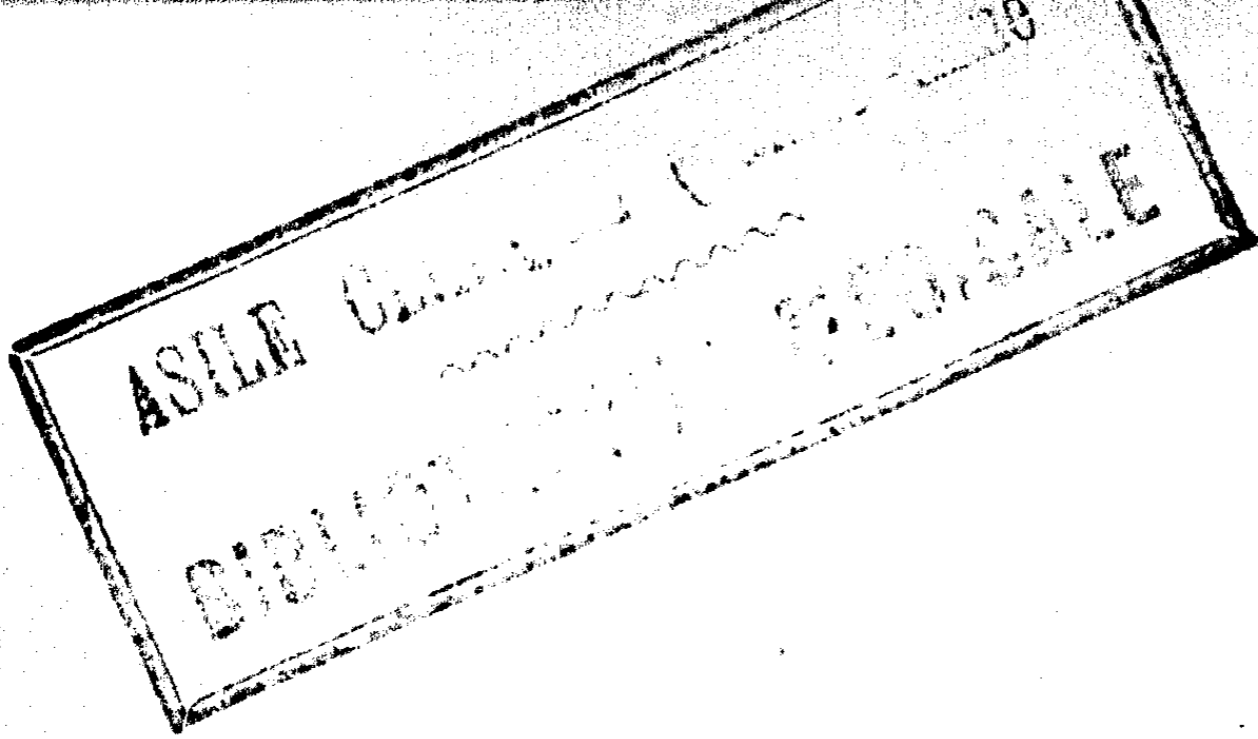
Die pathologische Grundlage des eigenthümlichen Wechsels gegensätzlicher Krankheitszustände, wie ihn die circulären Psychosen darbieten, hat Meynert in periodischen Störungen der vasomotorischen Innervation gesucht. In Folge von gesteigerter Reizbarkeit des Gefässcentrums soll sich ein verstärkter Contractionszustand im gesammten Arteriengebiete mit gleichzeitiger Hirnanaemie als Ursache der depressiven Verstimmung entwickeln. Gerade die so entstandene mangelhafte Ernährung des vasomotorischen Centrums soll dann weiterhin eine Lähmung desselben, Erweiterung der Gefässe und Hyperaemie des Gehirns herbeiführen, als deren Ausdruck der Symptomencomplex des maniakalischen Stadiums betrachtet wird. Zweifellos ist es, dass sehr markirte Veränderungen im Verhalten der Pulsbilder den beiden Phasen des Anfalles parallel gehen; dagegen muss die Frage nach deren Deutung und pathogenetischem Werthe als eine noch offene bezeichnet werden. Für die Erklärung der psychischen Erscheinungen würde übrigens, selbst wenn jene geistvolle Theorie richtig wäre, leider immer noch recht wenig gewonnen sein.

Die Prognose dieser Form des Irreseins ist, wie sich das bei der constitutionellen Natur derselben erwarten lässt, eine recht ungünstige. Allerdings zeigt die Psychose im Allgemeinen keinen fortschreitenden Charakter; der psychische Mechanismus erhält sich auch bei sehr langer Dauer der Krankheit in annähernd dem gleichen Zustande, allein eine eigentliche Heilung der Krankheit kommt höchstens als sehr seltener Ausnahmefall bei den Formen mit kurzen Paroxysmen vor. Allerdings sieht man bisweilen auch im

höheren Lebensalter die Intensität, Dauer und Häufigkeit der Anfälle abnehmen.

Die Aufgaben der Behandlung beschränken sich daher hier im Wesentlichen auf eine einfache Ueberwachung und Pflege der Kranken. Zur Bekämpfung der Symptome hat man Bromkalium, Opium und Morphinum in systematischer Anwendung empfohlen, doch thut man gut, nicht allzu sanguinische Hoffnungen an den Gebrauch dieser Mittel zu knüpfen. Dick sah bei Durchführung der Bettruhe während der Depression das expansive Stadium weniger stürmisch sich gestalten. Dass schon der Anstaltsaufenthalt wegen des Schutzes vor Excessen, den er gewährt, ebenfalls sehr viel zum milderen Verlaufe der Aufregung beitragen kann, hatte ich wiederholt deutlich zu erfahren Gelegenheit.

---



## VII. Die Verrücktheit.\*)

Als Verrücktheit (Paranoia) bezeichnet man eine dauernde, tiefgreifende Umwandlung der psychischen Persönlichkeit, die sich hauptsächlich in einer krankhaften Auffassung und Verarbeitung der äusseren und inneren Eindrücke kundgibt. Dauernd ist diese Veränderung in der Regel deshalb, weil sie nicht in vergänglichen Affecten, nicht in einem vorübergehenden Prozesse, sondern in einem abnormen Zustande des gesamten psychophysischen Organismus ihre Wurzel hat. Die Helligkeit des Bewusstseins ist ungetrübt, die Besonnenheit vollkommen erhalten, aber das Erfahrungsmaterial wird durch die mannigfachsten subjectiven Elemente verfälscht und zu einer krankhaft verschobenen, „verrückten“ Anschauung von der Umgebung und der eigenen Persönlichkeit verarbeitet. Man hat sich daher gewöhnt, als das charakteristische Symptom der Verrücktheit die fixe, von dem Kranken dauernd festgehaltene Wahnidee, oder noch besser ein ganzes System solcher Wahnideen anzusehen.

Die Krankheit hat hier direct in die höchsten intellectuellen Functionen hineingegriffen; sie entwickelt sich auf der Basis einer allgemeinen Unzulänglichkeit der Kritik, eines Zustandes geistiger Invalidität, der entweder angeboren oder im Laufe der individuellen Lebensschicksale

---

\*) Snell, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie XXII, p. 368; Griesinger, Archiv für Psychiatrie I, p. 148; Sander, ibid. p. 387; Westphal, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie XXXIV, p. 252; Mercklin, Studien über primäre Verrücktheit. 1879; Amadei e Tonnini, Archivio italiano per le malattie nervose, 1884, 1, 2.

erworben sein kann. Mit dieser Auffassung steht in nur scheinbarem Widerspruche die häufige Erfahrung, dass Verrückte auf ihren Wahnideen fernliegenden Gebieten nicht nur umfassende Kenntnisse, sondern auch ein völlig zutreffendes Urtheil besitzen können. Ja es kommt vor, dass dieselben wegen ihrer lebhaft arbeitenden Phantasie in überraschender Auffindung entfernter Aehnlichkeiten sogar geistreiche, feine Bemerkungen zu produciren im Stande sind, welche in grellem Contraste zu ihrer Kritiklosigkeit zu stehen scheinen. Man hat daher früher die Verrücktheit vielfach als eine nur „partielle“ Geistesstörung angesehen. In Wirklichkeit ist diese Anschauung eine völlig unhaltbare, wie das, abgesehen von anderen, früher angestellten Erwägungen, am besten durch das allmähliche Fortschreiten des krankhaften Processes selbst bis zur völligen Vernichtung der psychischen Persönlichkeit dargethan wird.

Nach der früher von Griesinger vertretenen Anschauung war die Verrücktheit stets das secundäre Stadium einer vorausgegangenen affectiven Geistesstörung; erst die Untersuchungen von Snell, Westphal, Sander haben dazu geführt, dass man eine „primäre“ Verrücktheit als besondere Krankheitsform allgemein anerkannte. Indessen diese Kategorie schliesst, selbst wenn man die von uns dem Wahnsinn zugetheilten Störungen abrechnet, noch eine grosse Anzahl differenter Krankheitsbilder in sich. Schüle hat von denselben nur eine einzige als „originäre“ Verrücktheit beibehalten und alle übrigen als „chronischen Wahnsinn“ (Paranoia) beschrieben. Mir scheint jedoch zunächst jener chronische Wahnsinn mit der „originären“ Verrücktheit in innigerer Verwandtschaft zu stehen, als mit den Krankheitsbildern, welche oben unter der Bezeichnung Wahnsinn beschrieben worden sind. Für verfehlt halte ich die von Westphal empfohlene Aufstellung einer „acuten“ Verrücktheit, weil durch diese Ausdehnung der Bezeichnung eine wesentliche Eigenthümlichkeit der Verrücktheit, der chronische, constitutionelle Charakter derselben, verwischt und eine Anzahl durchaus von einander abweichender Krankheitsformen in dieselbe classificatorische Einheit hineingezwängt wird.

Die genauere Zeichnung der einzelnen Krankheitsbilder, welche wir nach dieser allgemeinen Begriffsbestimmung noch in dem Gebiete der Verrücktheit vorfinden, ist zur Zeit eine undankbare Aufgabe, da einerseits der Formenreichthum und das Vorkommen zahlreicher Uebergänge, andererseits aber der Mangel eines zuverlässigen Eintheilungsprincipes den klaren Ueberblick über den Stoff und die zutreffende Gruppierung der einzelnen klinischen Symptomencomplexe ausserordentlich erschwert. Dazu kommt, dass bei dem ausserordentlich chronischen Verlaufe der Psychose die Zahl wissenschaftlich verwerthbarer Beobachtungen, welche die ganze Entwicklung derselben vom ersten bis zum letzten Stadium umfassen, unverhältnissmässig gering ist. Drei Gesichtspunkte sind es hauptsächlich, welche sich für die Gruppierung der einzelnen Krankheitsbilder hier verwerthen lassen, einmal die Ursachen und der Verlauf der Krankheit, dann die Entstehungsweise der Wahnideen, sowie endlich ihr Inhalt und ihre Färbung. Um das erste dieser Eintheilungsprincipien allgemein mit Erfolg in Anwendung bringen zu können, fehlt es bis jetzt noch durchaus an einer allseitigen Kenntniss der verschiedenartigen klinischen Entwicklung, wenn wir auch einzelne durch ihre Aetiologie oder ihren Verlauf ausgezeichnete Formen (originäre Verrücktheit, Verfolgungswahn der Trinker) schon jetzt unterscheiden.

Weit besser scheint sich zunächst die Entstehungsweise der Wahnideen für die Gruppierung der Krankheitsbilder zu eignen. Entweder nämlich sind es Sinnestäuschungen, aus denen dieselben hervorgehen, oder sie treten als einfache phantastische Combinationen („Primordialdelirien“) ins Bewusstsein, die bisweilen vollkommen frei entstehen, meist aber sich an wirkliche Sinneseindrücke anlehnen. Indessen, so verschieden diese beiden Entstehungsarten der Wahnideen auf den ersten Blick zu sein scheinen, so lehrt doch eine genauere Betrachtung, dass diese Differenz in Wirklichkeit eine verhältnissmässig geringe ist. Abgesehen davon, dass im einzelnen Falle sehr häufig beide Erscheinungen sich miteinander verbinden, ist es ja unzweifelhaft, dass Sinnestäuschungen wie Primordialdelirien schliesslich



ihren gemeinsamen Ursprung aus der allgemeinen Richtung des Denkens und Fühlens nehmen. Das Gefühl der Verzagttheit, des Misstrauens gegen die Umgebung geht ebenso regelmässig der Entwicklung des Verfolgungswahnes auf hallucinatorischer oder combinatorischer Grundlage voraus, wie das Bewusstsein einer besonderen Leistungsfähigkeit und Tüchtigkeit dem Auftauchen der Grössenidee oder der göttlichen Berufung zum auserlesenen Werkzeuge des Himmels.

Auch die differente Entstehungsart der Wahnideen lässt sich demnach nur in beschränkter Masse zur Abgrenzung verschiedener Formen der Verrücktheit verwerthen. Thatsächlich hat man daher bis jetzt fast immer den Inhalt und die Färbung des Wahnsystems in erster Linie als Eintheilungsgrund berücksichtigt. Freilich lehrt die Erfahrung, dass die buntesten Mischungen anscheinend ganz entgegengesetzter Elemente, des Grössen- und Verfolgungswahnes, expansiver und depressiver Stimmungen thatsächlich ungewöhnlich häufig zur Beobachtung kommen, dass also eine einheitliche Gruppierung der Formen auch auf jenem Wege nicht möglich erscheint. Ich sehe mich zur Zeit ausser Stande, diese Schwierigkeiten in befriedigender Weise zu lösen, und werde daher im Grossen und Ganzen der gebräuchlichen Eintheilung in depressive und expansive Formen je nach der am stärksten hervorstechenden Stimmung folgen, um mich bei der Definition der einzelnen Krankheitsbilder weiterhin durch die übrigen, oben aufgeführten klinischen Gesichtspunkte leiten zu lassen.

#### A. Depressive Formen.

**Der hallucinatorische Verfolgungswahn.** Den Grundzug des hallucinatorischen Verfolgungswahns bildet die Entstehung systematisirter Beeinträchtigungsideen in Folge von andauernden, im Ganzen einförmigen Sinnestäuschungen. Die Entwicklung der Krankheit beginnt zumeist mit einer allmählich sich einstellenden reizbaren Verstimmung, welche den Kranken argwöhnisch und misstrauisch gegen seine Umgebung macht, und ihn nicht selten

dazu führt, sich mehr oder weniger von den Menschen abzuschliessen. Widrige Lebensschicksale, Enttäuschungen, sociale Isolirung, der Kampf mit Noth und Entbehrung sind es gewöhnlich, welche dieser Charakterveränderung den Weg bahnen, zum Theil auch umgekehrt durch sie bedingt werden. Nach diesem Vorstadium entwickeln sich, in der Regel ganz allmählich und schleichend, Gehörstäuschungen feindseligen Inhalts. Zuerst häufig in der Nacht oder Abends, dann aber auch bei Tage, in der monotonen Abgeschiedenheit der Behausung oder auf der Strasse, hört der Kranke einzelne abgerissene Schimpfworte, später auch längere Sätze und Reden, welche mit einem Male den verschwiegenen Inhalt lange gehegter Befürchtungen zur schrecklichen Gewissheit werden lassen. Er hört, dass man ihn schmäht, mit Vorwürfen überhäuft, schwerer Verbrechen anklagt, mit furchtbaren Strafen bedroht. Bei weiblichen Kranken ist es namentlich die Geschlechtsehre, gegen welche sich die „Verfolgung“ richtet; man sagt ihnen nach, dass sie sich prostituirt, unehelich geboren, Kinder umgebracht hätten.

Durch diese und ähnliche Trugwahrnehmungen wird es dem Kranken klar, dass Etwas gegen ihn im Werke ist, dass man ihn verleumdet hat und zu verderben sucht; offenbar haben sich die Personen seiner Umgebung, speciell die Mitbewohner des Hauses, zu einem Complot gegen ihn verbunden. Aber noch mehr, auch weitere Kreise müssen mit in das feindselige Geheimniss hineingezogen sein, da auf der Strasse und überall, wohin er sich begiebt, einzelne höhrende Aeusserungen an sein Ohr dringen, welche ihn immer von Neuem mit Aufregung und banger Furcht erfüllen. Wo er geht und steht, sieht er sich von Feinden umgeben, von Spionen verfolgt, die zwar nicht den Muth haben, ihn in's Gesicht hinein anzuklagen oder zu beschimpfen, dafür aber durch ihre heimtückischen, hinterücks erfolgenden Angriffe fast zur Verzweiflung bringen. Dazu kommt, dass er gewöhnlich auch ausser den Gehörstäuschungen noch allerlei Wahrnehmungen macht, die ihn in seinem schrecklichen Verdachte bestärken. Das Essen zeigt bisweilen einen sonderbaren Geschmack oder Geruch und wird offenbar vergiftet oder verunreinigt. Einzelne

Sachen verschwinden auf geheimnissvolle Weise oder finden sich verschoben, an andere Stellen gelegt; die Kleider weisen unerklärliche Löcher, Flecken, Abnutzungszeichen auf; das Gesicht erscheint im Spiegel verzerrt, gedunsen, die Personen oder Gegenstände der Umgebung zeitweise ganz auffallend verändert. Auch das ganze Benehmen der Hausgenossen, die spöttischen Mienen der Vorübergehenden, irgend welche an sich gleichgültigen Ereignisse sagen ihm unzweideutig, dass man nichts mehr mit ihm zu thun haben will, ihn für einen Verbrecher hält und aus dem Wege zu räumen sucht.

Vergebens versucht der Kranke, diesen immerfort wiederholten Anfeindungen, in welche nachgerade eine ganze „Clique“ oder „Partei“ verwickelt zu sein scheint, deren Führer er vielleicht sogar an der Stimme erkennt, zu entfliehen. Er zieht in eine andere Wohnung, oder er begiebt sich auf Reisen. Erleichtert athmet er auf, denn in den ersten Tagen wenigstens scheinen die Verfolger seine Spur verloren zu haben und ihn in Ruhe zu lassen. Allein schon nach kurzer Zeit macht er die niederschmetternde Erfahrung, dass es ihnen doch gelungen ist, ihn zu erreichen, da das alte Spiel der Hallucinationen von Neuem beginnt. Abermals wechselt er seine Wohnung oder seinen Aufenthaltsort, aber immer in derselben Weise wiederholt sich der Vorgang, so dass der Kranke endlich verzweifelnd erkennt, dass ein Entrinnen Angesichts dieser schrecklichen Verschwörung gegen seine Ruhe, seine Ehre, sein Leben nicht möglich ist.

Bisweilen ergiebt sich nun der Kranke mit bitterer Resignation in sein Schicksal, indem er nur in lauten, erregten Gegenreden die ihm zugerufenen schändlichen Verleumdungen und Angriffe zu entkräften oder sich auf andere Weise denselben zu entziehen sucht. Ich kannte einen Ingenieur, der theils durch ein originelles, mit den einfachsten Mitteln hergestelltes Glockenwerk, theils durch ununterbrochenes lautes Pfeifen seine Hallucinationen zu über-tönen wusste. Zumeist jedoch führt die immerwährende Qual der höhnennden und neckenden „Stimmen“ den Kranken nach vergeblichen Fluchtversuchen zu energischerer Re-

action. Zunächst wendet er sich an diejenigen, welche er für seine Verfolger hält, um sie wegen ihres feindseligen Verhaltens zur Rede zu stellen. So kommt es, dass er Personen seiner Umgebung, oft aber auch völlig Unbekannte, von denen er sich beleidigt glaubt, zu deren grösstem Erstaunen darüber befragt und mit Vorwürfen überhäuft. Die freundlichen Versicherungen, ebenso wie die groben Abfertigungen, welche ihm sein befremdliches Benehmen einträgt, haben nur den Erfolg, ihn noch mehr zu erbittern, da sie ihn in jedem Falle auf's Neue von der Bosheit und Niedertracht seiner Feinde überzeugen.

Der nächste Schritt, den er zu seinem Schutze unternimmt, ist die Anrufung der Behörden. Da derselbe auch bei dringlicher Wiederholung natürlich fruchtlos bleibt, so erkennt er nur zu deutlich, dass auch diese mit seinen Verfolgern unter einer Decke stecken. Es bleibt ihm schliesslich kein anderes Mittel übrig, als die Selbsthülfe, und oft genug sucht sich der auf's höchste gequälte und geängstigte Kranke, zunächst vielleicht nur durch Annoncen oder Flugblätter, bald aber auch durch wörtliche und thätliche Beleidigungen, ja selbst durch lebensgefährliche Angriffe auf seine Peiniger, die Genugthuung zu verschaffen, welche ihn für die Zukunft retten und schützen soll, oder aber er nimmt seine Zuflucht zu dem letzten Mittel des Verzweifeldens, zum Selbstmorde.

Wenn nicht schon lange vorher, so erfolgt nun mit Sicherheit seine Verbringung in die Anstalt, welche ihm wiederum einen Beweis für den erbitterten Hass und die Machtfülle seiner Feinde an die Hand giebt. In der neuen Umgebung, in welche er versetzt wird, treten ebenso, wie bei jedem Anlass, der seine Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt, bei der Arbeit, beim Spiel, im Gespräche, die Sinnestäuschungen zunächst in den Hintergrund; bald aber, gewöhnlich nach einigen Tagen, stellen sie sich von Neuem ein. Natürlich zieht der Kranke aus dieser Wahrnehmung den Schluss, dass die Verfolger sich nun ebenfalls in der Anstalt einquartirt haben. Er hört sie über sich, im Keller, in einer anderen Abtheilung („Deckenläufer“, „Hinterwändner“) das alte Treiben wieder aufnehmen, oder er hört,

wie sie sich nunmehr seiner Angehörigen bemächtigt haben und sie in der grässlichsten Weise martern, so dass ihr Schreien und Jammern zu ihm herüberschallt. Jeder Versuch, ihn von der Irrthümlichkeit seiner Ideen zu überzeugen, indem man ihn dorthin führt, wo er seine Verfolger vermuthet, bleibt gänzlich erfolglos, da er direct oder indirect den Stimmen entnimmt, dass man für seinen Besuch zeitweilig alles Verdächtige bei Seite geräumt habe. Auf diese Weise befestigt sich in ihm ein tiefes, erbittertes Misstrauen gegen seine Mitpatienten, von denen er sich gelegentlich beschimpft glaubt, wie namentlich gegen die Aerzte, die ihn an der Nase herumführen und sich in feiger Weise haben bestechen lassen, um ihn für geisteskrank zu erklären.

Im weiteren Verlaufe bleibt der Zustand der Kranken meist im wesentlichen unverändert, doch gesellen sich in manchen Fällen zu den Verfolgungsideen einzelne Grössenvorstellungen, die theilweise wenigstens auch mit den Sinnestäuschungen zusammenzuhängen scheinen. Gegenüber den Verfolgern treten Beschützer auf; der Kaiser interessirt sich für die Kranken und sucht die Machinationen der Gegner zu paralyisiren, hat den Befehl zur Befreiung und Entlassung gegeben, eine grosse Summe für sie deponirt u. Aehnl. Die Intensität der Täuschungen selbst pflegt vielfache Schwankungen darzubieten, welche sich in der grösseren oder geringeren Erregung der Kranken äusserlich kundgeben. Während sie im Allgemeinen ruhig, besonnen, geordnet sind und sich auch bis zu einem gewissen Grade zu beschäftigen vermögen, werden sie hier und da gereizter, sprechen oder schimpfen laut vor sich hin, oder machen sogar plötzliche, äusserlich nicht motivirte Angriffe auf einzelne Personen ihrer Umgebung.

Erst nach langjähriger Dauer der Krankheit pflegt die Intensität der gemüthlichen Reactionen gegen die Täuschungen allmählich nachzulassen. Ermüdet von dem ungleichen Kampfe werden die Kranken stumpfer, gleichgültiger und lernen es, sich nicht mehr sonderlich um die quälenden Hallucinationen zu bekümmern. Bisweilen kann sich sogar, wenn die gemüthliche Erregung nach und nach zurücktritt, eine Art Einsicht in die pathologische Natur der Störung

einstellen, die dem Kranken das Ignoriren derselben erleichtert und ihm ein gewisses Misstrauen gegen seine Wahrnehmungen einflösst, wenn sie auch in Augenblicken des Affectes vorübergehend versagt. Gewöhnlich pflegen nun auch die Täuschungen an Häufigkeit und Intensität allmählich abzunehmen, ja in ganz vereinzelt Fällen können sich dieselben auch nach mehrjährigem Bestehen anscheinend vollständig verlieren. Freilich erleidet selbst bei diesem relativ günstigen Ausgange der Krankheit die psychische Leistungs- und Widerstandsfähigkeit regelmässig eine beträchtliche Einbusse.

Eine weit mannigfaltigere Entwicklung erfährt das Wahnsystem in jener besonderen Gestaltung des hallucinatorischen Verfolgungswahns, welche man mit dem Namen des physikalischen Verfolgungswahns zu belegen pflegt. Hier gesellen sich zu den Gehörshallucinationen noch Trugwahrnehmungen auf den verschiedensten anderen Sinnesgebieten, welche die Grundlage für eine meist ausserordentlich phantastische Ausbildung der Verfolgungsideen abgeben. Wenn sich bei der vorigen Form der Wahn immerhin noch im Bereiche des Möglichen hielt, so werden hier in kritiklosester Weise die absurdesten Annahmen gemacht, um die verschiedenartigen Täuschungen auf eine einheitliche feindselige Ursache zurückzuführen; die Störung der Intelligenz greift daher hier offenbar viel tiefer.

Die Entwicklung der Erkrankung scheint häufig in mehr acuter Weise zu erfolgen. Allerdings sind der misstrauische Verdacht einer feindseligen Ueberwachung, sowie Gehörstäuschungen, welche von dem Kranken als „Telegraphiren“, „Telephoniren“ aufgefasst werden, schon eine Zeitlang voraufgegangen, aber die Entdeckung einer directen körperlichen Beeinflussung durch die Verfolger wird gewöhnlich zuerst dann gemacht, wenn unter Häufung der „Stimmen“ ein lebhafterer Affectzustand den Kranken allerlei abnorme Sensationen in seinem Körper ebenfalls auf die Einwirkung seiner Feinde zurückführen lässt. Es wird ihm nun klar, dass diese Letzteren über Hülfsmittel verfügen, durch die sie aus der Ferne die mannigfaltigsten Veränderungen und Störungen in seinem Körper herbeizuführen ver-

mögen. Gewöhnlich malt ihm seine lebhaft erregte Phantasie die näheren Details dieser Einwirkungen auf das Genaueste aus. Entweder sind es Zaubersprüche oder „Sympathie“, mit welchen die Verfolger operiren, häufiger jedoch magnetische und elektrische Batterien, Lichtmaschinen, grosse Hohlspiegel u. dergl., von denen die Kranken nach längerer Bekanntschaft mit ihren Feinden bisweilen ausführliche Zeichnungen entwerfen.

So verschiedenartig die Instrumente, so verschiedenartig sind auch die Sensationen, über welche die Kranken sich zu beklagen haben. Die Haut wird ihnen mit zahllosen Kugeln, Nähnadeln beschossen, mit feinem Giftregen besprüht; an den verschiedensten Stellen des Körpers werden brennende, stechende, bohrende Schmerzen erzeugt. Im Ohr sitzt ein Magnet; die einzelnen Glieder werden gegen den Willen des Kranken in Bewegung gesetzt; namentlich die Zunge wird gezogen, um Dinge zu reden, die ihm verhasst sind; es wird ihm ein Räderwerk in die Brust gesetzt, mittels dessen er von den Verfolgern wie eine Gliederpuppe dirigirt wird. Seine Eingeweide werden ihm ruinirt und durcheinander geworfen, Schmutz in sein Essen, in sein Blut hineingeschüttet, „Schweinemord“ auf ihn verübt, der Darm „aufgewickelt und in Platten abgelagert“, „Seichzauber getrieben“, der Stuhlgang verhindert, der Koth ins Hirn gepumpt, das Geschlecht „wagerecht herausgezogen und senkrecht wieder hineingesteckt“, der Samen abgetrieben, die Zähne ausgeschlagen. Ein besonders raffiniertes Manöver der oft mit phantastischen Namen belegten Verfolger besteht in dem „Abziehen“ der Gedanken. Die Kranken merken, dass ihre Gedanken durch feindliche Machinationen beliebig dirigirt werden können, bisweilen sogar laut werden (Doppeldenken) und daher der ganzen Welt bekannt sind. Ihre Seele ist „offen“; Jedermann kann nach Belieben in derselben lesen. Dieses Gefühl einer erzwungenen, ohnmächtigen Abhängigkeit von fremden Einflüssen verstrickt den Kranken in ein unentwirrbares, wahnhaftes Netz der bizarrsten Vorstellungen und pflegt ihm nur allzuschnell jede Möglichkeit einer ruhigen Orientirung zu rauben.

In manchen Fällen werden diese Beeinflussungen nicht direct wahrgenommen, sondern nur das durch sie herbeigeführte Resultat. Die Feinde kommen hier in der Nacht, während der Kranke schläft, und treiben nun die scheusslichsten Dinge mit ihm, päderastiren ihn, stecken ihm Sperma und Koth in den Mund, vertauschen seine Knochen. Leider erwacht er dabei nicht, sondern merkt erst am andern Morgen, dass man ihn mit ekelhaften Dingen angefüllt, ihm das Gehirn ausgeräumt, den Hirnschaum abgeschöpft, die Glieder verrenkt und verdorrt hat. Die Mannigfaltigkeit und die Absurdität dieser Klagen ist eine ganz ausserordentliche. Wie man sieht, wird eben der eigentliche Inhalt derselben wesentlich durch die Phantasie geliefert, während die vagen und unbestimmten körperlichen Empfindungen offenbar nicht mehr als den äusseren Anstoss zu diesen kritiklosen Combinationen zu liefern vermögen. Nicht selten werden in analoger Weise von den Kranken auch einzelne Grössenideen erzeugt, wenn auch die unangenehmen Vorstellungskreise immer im Vordergrunde stehen. Abgesehen von gesteigertem, kindisch-eitlem Selbstbewusstsein spielen hohe Verwandtschaften, Kronprätendentschaft, vermeintliche Erbensprüche, geheimnissvoller sexueller Rapport mit einer Prinzessin, Unsterblichkeit und ähnliche Wahngebilde eine gewisse Rolle, doch können Grössenideen auch vollkommen fehlen.

Eine ganz eigenartige Ausbildung gewinnt der physikalische Verfolgungswahn in jenem culturhistorisch interessanten Krankheitsbilde, welches man als „Besessenheitswahn“ bezeichnet. Hier werden die Feinde, welche den Kranken quälen, direct in den eigenen Körper hineinverlegt. Der oder die Verfolger sitzen nun in den Ohren und betäuben den Kranken durch ihr gräuliches Schreien und Fluchen, häufiger aber im Unterleib, steigen bis in den Kopf hinauf, schnüren dem Kranken die Kehle zu, verdicken ihm sein Blut, klappen ihm seinen Schädel auf, zwingen ihn zu den sonderbarsten Handlungen und reden ihm aus dem Bauche herauf gotteslästerliche Dinge vor. Hier kann es vorkommen, dass sich dem Feinde im eigenen Leibe eine andere, freundlich gesinnte Macht hinzugesellt, welche jenen



in eine Körperhälfte hineindrängt und lange, erbitterte Kämpfe und Zwiegespräche mit ihm führt. Während die Verfolger bei den früher geschilderten Formen zumeist als eine geheimnissvolle Rotte von Nihilisten, Freimaurern, Socialdemokraten gedacht wurden, so pflegen in diesen letzteren Fällen mehr religiöse Vorstellungen zur Erklärung herbeigezogen zu werden. Es ist eine abgeschiedene Seele, der Teufel, ein böser Geist, der von dem Leibe des Kranken Besitz genommen hat, und dem unter Umständen das gute Princip, der liebe Gott oder einer der Erzengel, siegreich entgegentritt. Diese eigenthümliche Verdoppelung der Persönlichkeit erinnert uns an jene Träume, in denen wir ausgedehnte Disputationen durchführen und oft über die schlagenden Argumente unseres Gegners im höchsten Grade überrascht sind.

Natürlich bleiben alle diese Wahnvorstellungen nicht ohne tiefgreifenden Einfluss auf die Stimmung und das Handeln der Kranken. Sie sind erbittert, gereizt und zu gewaltthätigen Reactionen gegen ihre oft ganz bestimmt benannten Peiniger geneigt. Nicht selten kommt es auch, namentlich in der ersten Zeit der Erkrankung, zu heftigen, meist ängstlichen Aufregungszuständen und selbst zu energischen Selbstmordversuchen. Da ihnen bei der Allmacht ihrer Gegner das Entrinnen aus deren Machtsphäre unmöglich ist, so verfallen sie nicht selten darauf, durch allerlei selbst ersonnene Mittel sich wenigstens einigermaßen Ruhe vor denselben zu verschaffen. Namentlich sind es eigenthümliche körperliche Manipulationen, Geberden, Abwehrbewegungen, bestimmte, oft sehr verwickelte Stellungen, die längere Zeit hindurch eingehalten werden müssen, ferner das „innere Sprechen“, die unablässige Wiederholung gewisser Worte oder besondere Vorrichtungen an der Bettstelle (Drähte, phallusartige Amulete), mit Hülfe deren sie sich vor den feindseligen Beeinflussungen schützen. Mitunter werden auch Misshandlungen, ja Verstümmelungen des eigenen Körpers zum gleichen Zwecke unternommen.

Der physikalische Verfolgungswahn entwickelt sich regelmässig auf stark psychopathisch prädisponirtem Boden, am häufigsten schon in früherem Lebensalter

(20er Jahre); ich sah zwei Geschwister unabhängig von einander ganz die nämlichen absurden Ideen produciren. Der Verlauf der Krankheit ist immer ein progressiver. Das ganze psychische Leben der Kranken wird hier viel intensiver in Mitleidenschaft gezogen, als bei dem einfachen hallucinatorischen Verfolgungswahn. Die Aufmerksamkeit ist dauernd völlig durch die abnormen Sensationen in Anspruch genommen; das Wahnsystem gewinnt eine weit umfassendere, die gesunden Vorstellungskreise völlig in den Hintergrund drängende Entwicklung, und die Arbeitsfähigkeit der Kranken wird in mehr oder weniger vollkommener Weise vernichtet. Erst dann, wenn unter zunehmender Ungeheuerlichkeit der Wahnideen die affective Reaction des Kranken abnimmt, was hier im Allgemeinen rascher eintreten pflegt, als bei der früher besprochenen Form, kann sich eine Art relativen psychischen Gleichgewichtes auf dem Boden weit vorgeschrittener psychischer Schwäche wiederherstellen.

Eine weitere eigenthümliche Entwicklungsform vornehmlich des physikalischen Verfolgungswahns ist durch das Auftreten katatonischer Erscheinungen gekennzeichnet und kann daher füglich mit dem Namen der katatonischen Verrücktheit belegt werden. Hier bildet sich, nachdem bereits Jahr und Tag ein vager Beeinflussungswahn mit Sinnestäuschungen und bisweilen auch einzelnen Grössenideen bestanden hat, zumeist im Anschlusse an eine stärkere ängstliche Erregung, binnen wenigen Tagen ein Zustand reactionsloser Versunkenheit aus. Schweigend, den Kopf gesenkt, die Augen geschlossen, mit starren, maskenartigen, ausdruckslosen Gesichtszügen, stehen die Kranken, in sich zusammengesunken, den ganzen Tag auf einer Stelle, passiven Bewegungen starren Widerstand entgegensetzend oder noch häufiger ausgeprägte *flexibilitas cerea* aller Glieder darbietend. Bisweilen auch nehmen sie von selbst die verzwicktesten Stellungen an, kauern mit rechtwinklig gekreuzten Beinen oder hochohobenen Armen und hüpfen sogar in derartigen schwierigen Positionen im Zimmer umher. Aufforderungen werden in der Regel befolgt, wenn auch langsam, zögernd und erst nach mehrfacher eindring-

licher Wiederholung. Auf Fragen erhält man keine oder nur leise, wortkarge Antwort, doch äussert der Kranke bisweilen spontan einzelne Sätze. Der Inhalt dieser Reden ist zum Theil durch die Beziehungen auf die inneren Zustände des Kranken unverständlich; nicht selten aber lässt sich feststellen, dass die Besonnenheit fast vollständig erhalten ist. Für die Befriedigung ihrer Bedürfnisse sorgen die Kranken vielfach selber, essen allein oder widerstreben wenigstens nicht, zeigen sogar öfter einen gierigen Appetit.

Die körperlichen Begleiterscheinungen sind den früher beim katatonischen Wahnsinn geschilderten analog, Gefässlähmungen, Cyanose, Oedeme, Temperatursenkung und Pulsverlangsamung, oberflächliche Athmung, Schlafstörung und Abnahme des Körpergewichtes.

Die Dauer dieses Zustandes beträgt in der Regel einige Wochen oder Monate, kann aber auch durch Jahre sich erstrecken. Die Lösung erfolgt immer allmählich. Der Kranke wird lebhafter, beginnt zu sprechen, sich zu rühren, zeigt aber in seinem eigenthümlich läppischen, gespreizten Benehmen, gelegentlichen unmotivirten „Posen“, stereotypen, häufig wiederholten affectirten Ausdrucksbewegungen längere Zeit deutliche Residuen der voraufgegangenen Störung. Auf psychischem Gebiete macht sich regelmässig ein erheblicher Fortschritt der Psychose bemerkbar. Der Kranke hat eine genaue Erinnerung an die katatonische Episode, aber nicht das mindeste Verständniss für die Absonderlichkeit seines Benehmens, sondern betrachtet dasselbe als vollständig motivirt durch die Beeinflussungen seitens des Arztes oder seiner Feinde. Er producirt nun die absurdesten physikalischen Verfolgungsideen mit massenhaften Hallucinationen aller Sinne.

Man wird Angesichts dieser Erfahrungen kaum umhin können, anzunehmen, dass die Gruppe der katatonischen Erscheinungen, ähnlich etwa denjenigen der Depression oder der Exaltation, im Verlaufe verschiedenartiger psychischer Störungen unter gewissen Umständen zur Entwicklung gelangen kann. Gleichwol scheint jener Symptomencomplex je nach dem Boden, auf dem er sich ausbildet, bemerkenswerthe Differenzen darzubieten. Während beim katatonischen Wahnsinn die Orientirung verloren geht, die

Erinnerung eine unklare, summarische ist, und lebhaftere Affecte mit theatralischem Gebahren stärker hervortreten, ist hier das Bewusstsein nur wenig getrübt, die Erinnerung vollständig, und die reactionslose *flexibilitas cerea* beherrscht mehr oder weniger ausgeprägt dauernd das Krankheitsbild. Dazu kommt dort ein acuter Beginn der Psychose mit Ausgang in Genesung oder Verwirrtheit, hier das Voraufgehen typischer Verfolgungsideen mit dem Uebergange in einen floriden physikalischen Beeinflussungswahn.

**Der combinatorische Verfolgungswahn.** Wenn uns schon der physikalische Verfolgungswahn die hervorragende Rolle kennen gelehrt hat, welche der Phantasie für die Ausbildung des Wahnsystems zukommt, so haben wir es nunmehr mit einem Krankheitsbilde zu thun, in welchem die Sinnestäuschungen vollkommen fehlen oder doch nur gelegentlich hervortreten, ohne irgendwelche weiterreichende Bedeutung zu gewinnen. Die Entwicklung der Psychose scheint sich immer sehr langsam und vorzugsweise bei solchen Individuen zu vollziehen, welche schon von Hause aus reizbar und verschlossen sind. Den oft über Jahre sich erstreckenden Beginn bilden leichte Verstimmungen, allerlei vage, zum Theil körperliche Beschwerden und Befürchtungen, Misstrauen, hypochondrische Ideen. Der Kranke ist unzufrieden mit seiner Lage; er fühlt sich zurückgesetzt, glaubt sich vielleicht schon von seinen Eltern und Geschwistern nicht mit der rechten Liebe behandelt, sondern vielfach verkannt, und geräth auf diese Weise allmählich in einen gewissen, zunächst noch wenig markirten Gegensatz zu seiner gesammten Umgebung. Nach und nach befestigen sich jene Ideen in ihm; sie beschäftigen ihn häufiger und beginnen endlich auch seine Wahrnehmungen zu beeinflussen. Er macht die Bemerkung, dass man ihm bei dieser oder jener Gelegenheit nicht mehr so freundlich entgegenkommt, wie früher, dass man zurückhaltender gegen ihn ist, ihm aus dem Wege geht und trotz manches, wie er meint, heuchlerischen Freundschaftsbeweises nichts mehr mit ihm zu thun haben will. In Folge dessen steigert sich seine Empfindlichkeit und sein Misstrauen; er beginnt, in einer harmlosen Bemerkung, einer zufälligen Geberde, einem

aufgefangenen Blicke Beleidigungen und versteckte Andeutungen einer feindseligen Gesinnung zu argwöhnen. Durch fortgesetzte vorurtheilsvolle Interpretation seiner Wahrnehmungen wird es ihm schliesslich zur Gewissheit, dass er das Opfer einer weitverbreiteten Verschwörung ist.

Es kann ihm nicht entgehen, dass auch Fernstehende bereits an der Agitation gegen seine Person sich betheiligen. Auf der Strasse ist er der Gegenstand der allgemeinen Aufmerksamkeit; man fixirt ihn, sieht ihn von der Seite an; man räuspert sich, hustet um seinetwillen, spuckt vor ihn hin oder weicht ihm aus; in öffentlichen Localen rückt man von ihm fort oder steht auf, sobald er erscheint, wirft ihm verstohlene Blicke zu und kritisirt ihn. Einzelne undeutlich aufgefangene und sofort im Sinne des eigenen Wahnes verstandene Bemerkungen geben dem Kranken die traurige Bestätigung seiner Vermuthungen. Alles spricht bereits über ihn, allerdings nicht direct und in's Gesicht, sondern hinter seinem Rücken, aber für ihn nur zu verständlich. In den Reden der Vorübergehenden, des Geistlichen auf der Kanzel, des Schauspielers im Theater, in den Zeitungsannoncen, den Maueranschlägen findet er nun Anspielungen auf Erlebnisse seiner Vergangenheit, geheime Laster, kleine Fehler, die er sich hat zu Schulden kommen lassen, ja seine intimsten Beziehungen, die nun vermeintlich alle an die Oeffentlichkeit gebracht und Gegenstand einer Untersuchung geworden sind.

In Folge dieser Wahrnehmungen, denen sich hier und da ganz vereinzelt Hallucinationen und namentlich Illusionen hinzugesellen können, bemächtigt sich des Kranken eine grosse innere Unruhe; er wird immer argwöhnischer, gereizter und menschenscheuer, zieht sich gänzlich zurück, führt Scenen mit seinen Freunden herbei, lässt Annoncen zur Entkräftung der gegen ihn vorgebrachten versteckten Anschuldigungen einrücken, ruft die Hülfe der Polizei an, oder sucht sich durch Reisen den fortwährenden geheimen Nachreden zu entziehen. Dieses letztere Mittel hilft nicht selten für einige Zeit. Allein sehr bald wiederholen sich die gleichen Wahrnehmungen wie früher; auch an seinem neuen Aufenthaltsorte scheint man binnen Kurzem bereits über ihn

orientirt zu sein; man spionirt ihm also überall nach. Er merkt, dass ihm einzelne Personen auf Schritt und Tritt folgen, ihn beständig überwachen, und sieht nun wol, dass mächtige und hartnäckige Feinde ihn verfolgen, deren Nachstellungen er auf die Dauer nicht entgehen kann. Der Verdacht lenkt sich dabei bald auf die Polizei, die ihn wegen wirklicher oder vermeintlich begangener Vergehen oder auf Grund verleumderischer Denunciationen zur Rechenschaft ziehen will, auf seine Vorgesetzten, politische oder religiöse Parteien, bald auf einzelne Personen, Nachbarn, Collegen, Rivalen, von denen er Feindseligkeiten befürchten zu müssen glaubt. Nicht selten kommt es in dieser Periode der Krankheit zu wachsender psychischer Erregung mit Neigung zu Gewaltthaten, welche häufig erst den Anlass zur Erkennung der Psychose, sowie zur Verbringung in eine Irrenanstalt abgeben.

In der Anstalt setzt sich natürlich das versteckte Verfolgungssystem in der alten Weise fort. Die Aerzte sind gedungen, den Kranken unschädlich und womöglich wahnsinnig zu machen, da man ihm auf andere Weise nicht beizukommen vermochte. Seine Mitpatienten sind gar nicht geisteskrank, sondern bestochene Simulanten, welche ihn durch ihr Verhalten, ihre unsinnigen Streiche „prüfen“ sollen; hinter einzelnen derselben vermuthet er Polizeiaagenten oder irgendwelche hervorragende Persönlichkeiten im Incognito. Er selbst hält sich daher in allen seinen Aeusserungen sehr zurück und verbirgt oft lange Zeit das Nest abenteuerlicher Wahnideen hinter einem äusserlich correcten Benehmen, bis ihm ein besonderer Anlass, ein Affect dieselben herauslockt. Ein gelegentliches Bauchgrimmen oder eine vorübergehende Eingenommenheit des Kopfes macht es ihm klar, dass man ihm Gift in die Speisen gegeben hat, um ihm auf diese Weise seine Eingeweide zu ruiniren und sein Gedächtniss zu schwächen; ein leichter Hustenanfall lässt ihn bereits das Auftreten des Miserere in Folge jenes Vergiftungsversuches befürchten. In der Nacht werden ihm „Bilder“ vorgemacht, um ihn zu ärgern; er beklagt sich bitter, dass man ihn allmählich zur Onanie verführt und ihn von Tag zu Tag systematisch dümmer zu machen sucht.

Auch auf die Gegenstände seiner Umgebung erstreckt sich die Verfolgung. Er merkt, dass man dieselben in seiner Abwesenheit vertauscht, ruinirt, beschmutzt und stiehlt, um ihn zu düpiren und immer mehr zu verwirren. Jede Veränderung in seiner Umgebung wird nur vorgenommen, um ihn zu verhöhnen und zu ärgern. Alle stecken unter einer Decke; die ganze Anstalt stellt sich ihm dar wie eine Räuberhöhle, in welcher man systematisch darauf ausgeht, ihn zur Verzweiflung zu treiben. Die unerträgliche Lage, in welche sich der Kranke demnach versetzt fühlt, veranlasst ihn zu allerlei Versuchen, sich aus derselben zu befreien. Er schreibt Briefe über Briefe an die verschiedensten Instanzen, in denen er den ganzen „niederträchtigen Schwindel“ aufdeckt, der mit ihm getrieben wird, und in der energischsten Form Abhülfe verlangt. Oder aber er fasst, nachdem er lange mühsam seine Fassung bewahrt hat, den Entschluss, sich selbst zu helfen, macht Fluchtversuche, Tentamina suicidii, leidenschaftliche, impulsive oder auch überlegte und vorbereitete lebensgefährliche Angriffe auf seine vermeintlichen Kerkermeister.

Die egocentrische Richtung des ganzen Denkens, die einen ungeheuren Apparat in Thätigkeit vermuthet, um die eigene Person „in Schach zu halten“, macht es leicht erklärlich, dass auch hier nicht selten gewisse Grössenideen sich einstellen, die sich bald in den Grenzen selbstgefälliger Eitelkeit halten, bald aber auch wirklich wahnhaftige Gestaltung annehmen. Namentlich die Vorstellungen, eine bedeutende politische Rolle zu spielen, massgebend in die Tagesgeschichte eingegriffen zu haben, geheimer Kronprätendent zu sein, begegnen uns relativ häufig.

Der Verlauf dieser Form ist im Allgemeinen ein überaus langsamer, lässt aber in längeren Zeiträumen doch regelmässig eine allmähliche Verschlechterung erkennen. Die Kranken bleiben andauernd mit kurzen Unterbrechungen zorniger Erbitterung ruhig, besonnen, geordnet und fähig, sich zu beschäftigen, ja sie sind sogar häufig genug im Stande, auf irgend einem künstlerischen oder wissenschaftlichen Gebiete noch eine gewisse productive Kraft zu entfalten, allein sie sind von Anfang an vollkommen ohne

jede Krankheitseinsicht, und sie werden im Laufe der Zeit durch das Bestreben einer einheitlichen Verarbeitung ihrer wahnhaften Wahrnehmungen zu immer abenteuerlicheren Erklärungsversuchen, zu einer immer phantastischeren Weltauffassung gedrängt.

Zur Unterscheidung dieser Form von dem hallucinatorischen Verfolgungswahn ist einmal auf die ungleich langsamere, meist in viel frühere Lebensalter zurückreichende Entwicklung, sowie auf den immerhin deutlicher progressiven Charakter der Störung aufmerksam zu machen. Weiterhin aber tritt hier an die Stelle der dort gewöhnlich herrschenden Monotonie und Dürftigkeit der Wahnideen eben wegen des wesentlicheren Antheils der Phantasie eine reichere, systematischere Durchbildung derselben. Endlich ist gerade die Art der Wahrnehmungen eine durchaus verschiedene. Dort sind es „Stimmen“, einzelne direct gegen den Kranken gerichtete Aeusserungen, welche derselbe dem Wortlaute nach wiederzugeben vermag; hier dagegen bewegen sich die feindlichen Angriffe nur in unbestimmten Andeutungen und Anspielungen oder in symbolischen Handlungen, deren eigentlichen Sinn der Kranke erst errathen muss, wenn er freilich auch an der Richtigkeit seiner Deutungen keinen Augenblick zu zweifeln vermag.

Als Unterformen gewissermassen des combinatorischen Verfolgungswahns können wir die besonderen Gestaltungen des sexuellen Verfolgungswahns und des Eifersuchtswahns auffassen. Das erstere dieser beiden Krankheitsbilder wird fast ausschliesslich beim weiblichen Geschlechte beobachtet und knüpft sich sehr häufig, wenn nicht immer, an fehlgeschlagene sexuelle Hoffnungen an. Die Enttäuschung über ein zerschlagenes Liebesverhältniss oder einen missglückten Heirathsplan führt zunächst zu einem meist länger dauernden Stadium depressiver Stimmung und quälender Grübeleien über das Geschehene. Ganz allmählich glaubt nun die Kranke, einzelne Anzeichen dafür zu gewinnen, dass ihr ehemaliger Geliebter noch irgend welche Beziehungen mit ihr anzuknüpfen oder sich an ihr zu rächen sucht. Anfangs ist es vielleicht eine hingeworfene Be-



merkung ihrer Umgebung, ein auffallendes Erlebniss auf der Strasse, eine Annonce in der Zeitung, welche sie stutzig macht; bald aber erhält sie den unzweifelhaften Beweis für die Richtigkeit der vag aufgetauchten Vermuthung in allerlei Chicanen, denen sie auf Anlass des „Kerls“ ausgesetzt wird, namentlich aber in eigenthümlichen nächtlichen Wahrnehmungen. Zwischen Schlaf und Wachen wird sie in einen Zustand von Betäubung versetzt, in dem sie sich nicht rühren und nicht die Augen öffnen kann; sie fühlt nun deutlich, wie der Coitus mit ihr vollzogen wird und hört allerlei „schändliche Dinge“ reden. Sobald sie sich aus ihrer Erstarrung frei machen kann, ist Alles vorüber und der Verfolger bereits durch das geöffnete Fenster entflohen. Aehnliche Scenen wiederholen sich häufig, später auch bei Tage, bei vollem Wachen, so dass die Kranke sich fortwährend sexuellen Attentaten durch ihren unsichtbaren „Kerl“ ausgesetzt glaubt, eine Idee, die natürlich schon von einer weit gediehenen Kritiklosigkeit zeugt. An sie schliesst sich die Vorstellung an, schwanger zu sein, die häufig durch nächtliche, traumhafte Entbindungen weiter genährt und phantastisch ausgeschmückt wird. Bei Männern werden die geschlechtlichen Angriffe durch nackte Frauenzimmer vollzogen, welche sich des Nachts auf sie legen und ihnen „die Natur“ abziehen.

In der Regel sind die Kranken über die sexuellen Belästigungen, die sich bisweilen im Zusammenhange mit den Menses häufen, sehr erbittert. Sie werden plötzlich unmotivirt zornig und gereizt, zertrümmern den ersten besten Gegenstand, laufen davon, schlagen die Thüre zu, brechen in lautes Schimpfen aus, ohne ihrer Umgebung den peinlichen Grund ihrer Erregung einzugestehen, so dass ihr Benehmen oft lange Zeit räthselhaft und unverständlich bleibt, bis ihnen einmal im Affect eine Andeutung über ihren Wahn entschlüpft. Im Uebrigen sind sie ganz besonnen, aber meist sehr zurückhaltend; erst im weiteren Verlaufe pflegt die zunehmende Zerfahrenheit sich in immer unsinnigerer Gestaltung des Wahnsystems zu documentiren. Nicht selten mischen sich nun auch einzelne expansive Elemente ein, die Idee, allnächtlich 7000 Kinder zu gebären, mit hochge-

stellten Personen sexuell zu verkehren, mit dem Erlöser oder dem Weltkaiser schwanger zu sein.

Sehr nahe der vorigen Form verwandt ist der Eifersuchtswahn, den wir namentlich bei Frauen im Klimakterium sich entwickeln sehen. Nachdem allerlei Verstimmungen, unmotivirte Befürchtungen, reizbares, misstrauisches Wesen einige Zeit voraufgegangen sind, merken die Kranken, dass sich das Verhältniss zu ihrem Manne geändert hat, dass derselbe sie vernachlässigt und offenbar anderen sexuellen Neigungen nachgeht. Ein auffallender Blick der Nachbarin, eine verfängliche Bemerkung des Mannes bestärkt sie in ihrer Auffassung; die absolute Gewissheit aber erhält sie dadurch, dass sie hört und fühlt, wie sich Nachts andere Weiber zu ihrem Manne in's Bett legen. Wenn auch die sofort ausgeführte Controle ein negatives Resultat ergiebt, so steht ihre Ueberzeugung nichtsdestoweniger fest, und sie sind entrüstet über die Schamlosigkeit, mit welcher der Gatte die eheliche Treue in ihrer Gegenwart bricht. Alle möglichen Wahrnehmungen liefern ihrem immer sensibler und immer kritikloser werdenden Misstrauen neue Bestätigungen. Die Empfindungen ihres eigenen Körpers zeigen ihr an, sobald der Mann sich mit Anderen vergeht; der Geistliche auf der Kanzel bricht den Stab über sein unsittliches Benehmen; jeder Brief enthält die geheime Aufforderung zu einem Rendez-vous. Natürlich entwickelt sich im Anschlusse an diesen Wahn eine gereizte, feindselige Stimmung; die Frauen verfolgen ihre Männer auf Schritt und Tritt mit häufig ganz absurden Beschuldigungen, zu denen sich nicht selten noch directe Vergiftungsideen gesellen. Die Entwicklung dieser Form ist in der Regel eine ziemlich rasche. Im weiteren Verlaufe nimmt die psychische Schwäche allmählich zu, aber die Ausbildung des Wahnsystems bleibt meist dürftig.

Ein ganz ähnliches Krankheitsbild wird auch bei Männern, vorzugsweise auf originär schwachsinniger Grundlage, beobachtet. Sie glauben im Dunkeln ihrer Frau am Arme eines Andern zu begegnen, sind empört über deren Raffinement, wenn sie dieselbe bei ihrer Rückkehr zu Hause antreffen, überhäufen sie mit Schmähungen und schreiten

sogar bisweilen zu Gewaltthaten. Ein derartiger Kranker meiner Beobachtung übersandte seiner Frau zum Geburtstage eine dick mit Grünspan überstreute Torte und eine in derselben Weise ungeniessbar gemachte Flasche Rothwein, um sie zu vergiften. Das Gefühl der eigenen Unsicherheit und Unfähigkeit mag hier wol den Ausgangspunkt des sexuellen Misstrauens abgeben. Dem typischen „Eifersuchtswahne“ der Trinker werden wir später bei der Betrachtung des Alkoholismus begegnen.

**Die hypochondrische Verrücktheit.** Auch das Wahnsystem der hypochondrischen Verrücktheit hat seine wichtigste Wurzel in der phantastischen, durch lebhaft egoistische Gefühle beflügelten Combination, aber der Feind, der dem Kranken droht, ist keine fremde, ausser ihm stehende Macht, sondern ein wahnhaftes, unheilbares Leiden, welches nach und nach seinen Leib vernichtet. Ihren Ausgangspunkt nimmt die Krankheit nicht selten von wirklich vorhandenen, objectiv begründeten Beschwerden, Magendarmkatarrhen, Uterinleiden, nervösen Affectionen, namentlich auch, wie es scheint, von masturbatorischen Excessen. Allein jene Beschwerden werden von der krankhaft empfänglichen Phantasie in's Ungeheuerliche vergrössert und als die Symptome eines schrecklichen, überaus gefährlichen Uebels aufgefasst, ja schliesslich signalisiren dem Kranken auch völlig normale Vorgänge und Theile an seinem Körper die unaufhaltsame Zerrüttung seiner Gesundheit. Die Talgdrüsen und Haarbälge am Penis, ein leichter Rachenkatarrh sind die Zeichen der Syphilis; der ausgeräusperte Schleim deutet auf Lungenfäule; gelegentliche Pollutionen führen Rückenmarksschwindsucht und Gehirnweichung herbei.

Sehr bald beginnt nunmehr der Kranke sich mit seinem Körper und den Functionen desselben eingehend, täglich und stündlich zu beschäftigen und findet in jeder seiner vorurtheilsvollen Beobachtungen eine neue Bestätigung seiner Ansicht. Die stete Aufmerksamkeit auf sich selbst und die nervöse Erregbarkeit, in die der Kranke mehr und mehr geräth, lassen ihn allerlei abnorme Sensationen, Anomalien des Gemeingefühls u. dergl. wahrnehmen; er kommt sich

kraftlos, abgespannt, körperlich und geistig leistungsunfähig vor, bemerkt verdächtige Empfindungen, Schmerzen in den verschiedensten Organen und fühlt, wie sein Leiden rasche Fortschritte macht und tiefgreifende Veränderungen in ihm hervorbringt. Er verliert dabei das Interesse für die Aussenwelt mehr und mehr, hört auf sich zu beschäftigen und widmet sich ganz der Pflege seines Körpers. Alle anderen Vorstellungen und Gefühle treten in den Hintergrund; seine Handlungen sind ausschliesslich durch die Rücksicht auf das eigene, schwer gefährdete Wohlergehen dictirt. Jeden Zweifel an seinem körperlichen Leiden weist er, wo ihm jede neue Wahrnehmung neue Beweise zu bringen scheint, mit Entrüstung zurück, ja es gewährt ihm eine gewisse märtyrerhafte Genugthuung, durch eingehende Schilderung seiner ihn so lebhaft und ausschliesslich beschäftigenden Leiden das Interesse und das Mitleid Anderer zu erwecken.

Die vielfach unternommenen Curen bleiben natürlich alle erfolglos. Der Kranke beginnt daher an der ärztlichen Kunst zu verzweifeln und fällt zahllosen Quacksalbern in die Hände, um doch wenigstens Alles einmal zu versuchen. Unterdessen wird die Terminologie für die mannigfachen Erscheinungen des Leidens eine immer reichere; die einzelnen Körpertheile werden wie mit Zangen gezwickt, auseinander gerissen, geschraubt; im Rückenmark fühlt er Rollen und Schneiden; der Kopf ist ihm hohl oder als wenn Stroh darin wäre; im Leibe brennt, sticht, drückt, fliesst und zuckt es; die Glieder, die Genitalien sterben ihm ab; sein Athem stinkt wie die Pest. Bei zunehmender Kritiklosigkeit gewinnt auch die Natur der Krankheit grotteskere Formen. Die anfangs nur zur Beschreibung der Symptome gebrauchten Vergleiche gelten dem Kranken später als Ausdruck der wirklichen Verhältnisse. In seinen Adern befindet sich Gift, Feuer, Mistjauche statt des Blutes; das Herz ist ihm in einen Stein verwandelt, die Speiseröhre, der Mastdarm abgerissen oder verschlossen; im Leibe sitzen lebendige Thiere, Spinnen, Kröten, Schlangen und verzehren seine Eingeweide. Der Kranke ist überhaupt nichts mehr; er kann nicht mehr essen, nicht mehr schlafen, sich nicht

rühren; er ist abgestorben, schon lange todt, in eine andere Person, in einen Holzklötz, ein Thier, eine Pflanze verwandelt; er ist so klein zusammengeschrumpft, dass man ihn gar nicht mehr sehen kann. Wahrscheinlich spielen dabei abnorme Empfindungen eine sehr grosse Rolle, insofern sie die Anregung für die phantastische Ausgestaltung des Wahnes geben; man sieht aber leicht, dass es sich bei der ganz elementaren Natur der Sensationen aus dem Innern des eigenen Körpers hier nicht sowol um einfache Trugwahrnehmungen, als vielmehr wesentlich um die wahnhaftige Interpretation derselben handeln muss. Gerade deswegen ist eine Correctur dieser Wahnideen etwa durch scheinbares therapeutisches Eingehen auf dieselben hier gänzlich unmöglich.

Die Stimmung des Hypochonders ist gewöhnlich eine depressive, verzweifelte und reizbare. Auf dem Gebiete des Handelns ist eine krankhafte Willenlosigkeit und Schläffheit, die Unfähigkeit zur Ueberwindung des hypochondrischen Krankheitsgefühles, zur thatkräftigen Durchführung der Berufsgeschäfte, andererseits eine gewisse Pedanterie und peinliche Regelmässigkeit in der Lebensführung charakteristisch.

Der Verlauf des Leidens ist in der Regel ein langsam fortschreitender; der Kranke spinnt sich mehr und mehr in das Netz seiner hypochondrischen Ideen ein und wird immer stumpfer und gleichgültiger für alle ausserhalb desselben gelegenen Interessen. Die Abgrenzung der hypochondrischen Verrücktheit von den hypochondrischen Verstimmungen der Neurasthenie ist in den ersten Anfängen oft schwierig, doch kann die schleichende, progressive Entwicklung, die geflissentliche Cultivirung der eigenen Leidensgeschichte, die Unzufriedenheit mit den tröstenden Versicherungen des Arztes, die detaillirte, phantasiereiche Schilderung der verschiedenen Affectionen, sowie der Mangel einer hinreichenden Ursache und objectiver körperlicher Symptome auf die Spur leiten. Späterhin pflegt sich die Differenz in den grelleren Farben und der völligen Einsichtslosigkeit der hypochondrisch Verrückten, endlich in ihrer Unzugänglichkeit gegenüber allen therapeutischen Eingriffen deutlicher auszudrücken.

**Der Querulantenwahn.** Allen bisher besprochenen Gestaltungen der Verrücktheit steht als durchaus eigenartige Entwicklungsform der Querulantenwahn gegenüber. Der Grundzug im Krankheitsbilde ist hier die Idee der rechtlichen Benachtheiligung und der fanatische Drang, gegen das vermeintlich erlittene Unrecht bis auf das Aeusserste anzukämpfen. Allein es ist keine Sinnestäuschung, kein Primordialdelirium, welches dem Kranken eine imaginäre Beeinträchtigung etwa nur vortäuschte, wie bei den übrigen Formen des Verfolgungswahns, sondern der Wahn knüpft sich regelmässig an irgend einen wirklichen Nachtheil an, den er meistens in einem Rechtsstreite und mit vollem Rechte erlitten hat. Nur fehlt ihm die Fähigkeit zu objectiver Würdigung der Sachlage und derjenige Ueberblick über den Lauf der Dinge, der ihn sich bei der getroffenen Entscheidung beruhigen lassen würde. Ein krankhaft entwickeltes Selbstgefühl, welches ihm jedes Verständniss für die Berechtigung fremder Interessen unmöglich macht und ihn in eine extrem egocentrische Weltanschauung hineindrängt, befestigt in ihm die Ansicht, dass ihm bitteres Unrecht geschehen sei und dass er auf jeden Fall die Angelegenheit weiter verfolgen müsse. Blind gegen besseren Rath setzt er weitere Rechtsmittel in Bewegung, schreibt unzählige Briefe und Eingaben, strotzend von Beleidigungen seiner Gegner und der Gerichte, appellirt von einer Instanz an die andere, mit immer wachsender Leidenschaftlichkeit und Hartnäckigkeit sein vermeintliches „Recht“ suchend, mag auch alles Andere darüber zu Grunde gehen. Es liegt auf der Hand, dass dieser leitende Gedanke, um jeden Preis die Anerkennung der eigenen rechtlichen Interessen zu erzwingen, an sich ein durchaus gesunder genannt werden muss; das krankhafte Element liegt nur in dem mangelnden Verständnisse für das objectiv Rechte, in der Identificirung der persönlichen Interessen mit dem öffentlichen, allgemeinen Wohle.

Die sittliche Idee der fremden Gleichberechtigung, das Gefühl für die Unverletzlichkeit auch der Rechtsinteressen des Gegners ist hier gänzlich unentwickelt geblieben oder wieder verloren gegangen. Der Kranke hält die unsitt-

lichsten Mittel für erlaubt, sobald sie ihm zur Schädigung seines Feindes dienen, während selbst die mildesten Formen des rechtlichen Zwanges in ihrer Anwendung auf ihn selbst als brutale Angriffe und Vergewaltigungen aufgefasst werden. Auf diese Weise verwickelt sich der Kranke in einen endlosen Conflict mit den Behörden und Gerichten, die er bald nur noch als eine Bande von Spitzbuben und Räufern betrachtet; er widersetzt sich allen Anordnungen derselben mit äusserstem Eigensinn und greift schliesslich zu offener Gewalt, um sich selbst das ihm vorenthaltene Recht zu suchen. Seine Häuslichkeit, sein Geschäft, sein Vermögen, Alles wird dem krankhaften Drange geopfert. Nicht selten gewinnt der Kranke im Verlaufe seiner Angelegenheit eine ausserordentliche formale Kenntniss der Rechtsbestimmungen, die er ebenso, wie seine Acten, bisweilen wörtlich auswendig lernt, allerdings nicht, ohne dieselben in seinem eigenen, subjectiven Sinne auszulegen.

Mit der wachsenden Leidenschaft nimmt auch die Lust am Processiren selbst zu, so dass die Kranken schliesslich schon aus geringfügigem oder ganz ohne Anlass, auch für Andere, sich aus einem Rechtsstreit in den anderen stürzen, dass ihnen nicht der Sieg, sondern der Kampf selber Beweggrund zum Kampfe wird. Diese Zustände, die mannigfache Berührungspunkte mit den normalen Charakteranlagen der Rechthaberei, der Streitsucht aufweisen und in der That ohne scharfe Grenzen stetig in die Breite der gesunden Individualitäten übergehen, werden vom Publicum und auch von den Aerzten fast immer falsch beurtheilt, weil die intellectuellen Störungen in der Regel wenig hervortreten und durch ein oft gut erhaltenes Gedächtniss, wie durch eine gewisse rabulistische Gewandtheit verdeckt werden. Die Entstellungen und Verdrehungen des Thatbestandes, die der Kranke vom Standpunkte seiner krankhaften Auffassung *optima fide* vorbringt, werden leicht für absichtliche, raffinirte Täuschungen gehalten und als Beweis für die sittliche Verkommenheit und Unverschämtheit desselben angesehen.

Erst sehr spät, oft nach mehr als einem Jahrzehnte, pflegt die pathologische Natur der Störung richtig erkannt

zu werden, nachdem der Kranke finanziell und social zu Grunde gegangen, ungezählte Male verurtheilt, gemassregelt und zum Schrecken der Behörden geworden ist. Der Schwachsinn ist nun in den stereotypen, zusammenhangslosen Schmähungen und grottesken Anschuldigungen meist nicht mehr zu verkennen. In der Anstalt sind die sonst so erregbaren Kranken regelmässig gutmüthig und lenksam, wenn man sie nicht durch Berühren des wunden Punktes und Widerspruch geflissentlich reizt. Eine weitere Ausbildung pflegt das Wahnsystem, im Gegensatze zu den früher besprochenen Formen, nun nicht mehr zu erfahren; allerdings ist ein Zurücktreten desselben, abgesehen vielleicht von der sehr allmählich zunehmenden Stumpfheit der Kranken, ebensowenig zu erwarten.

### B. Expansive Formen.

**Der hallucinatorische Grössenwahn.** Das Wahnsystem dieser Form empfängt seine Nahrung aus Sinnes-täuschungen, wesentlich des Gehörs, welche dem Kranken die Idee einer besonderen Beeinflussung durch den göttlichen Geist aufdrängen. Gewöhnlich entwickelt sich die Psychose langsam und schleichend, so dass sie meistens schon weit ausgebildet ist, wenn sie entdeckt wird. Der Kranke hört, zunächst vielleicht bei einer besonderen Gelegenheit oder im Affecte, später häufiger, einzelne Zurufe, die sich auf sein Handeln beziehen, die Aufforderung, an einen bestimmten Ort zu ziehen, zu heirathen, zu fasten oder dergl. Anfangs wird er durch diese Stimmen, welche in der Regel keinen direct sinnlichen, sondern einen übernatürlichen Charakter besitzen, vielleicht in Unruhe versetzt; allmählich aber wird es ihm klar, dass dieselben nichts anderes sind, als göttliche Eingebungen, auch wenn sie von ihm bekannten Persönlichkeiten herzustammen scheinen. So kommt es, dass er nach Kräften den an ihn gerichteten Befehlen in Wirklichkeit nachzukommen sucht.

Nach und nach gewinnt der Verkehr des Kranken mit dem lieben Gott eine immer grössere Ausdehnung. Die



Stimmen begleiten bisweilen das Denken und Thun des Kranken immerwährend mit beifälliger oder missfälliger Kritik; sie regeln den ganzen Tageslauf bis in's Einzelne und veranlassen den Kranken häufig genug zu unsinnigen und auffallenden Handlungen, namentlich zu zwecklosen Reisen. Ein derartiger Kranker wurde vom Geist Gottes aufgefordert, in ein beliebiges Haus hineinzugehen und mit der Mütze auf dem Kopfe die erste beste ihm begegnende Frauensperson zu heirathen; ein anderer kehrte auf göttliche Anordnung seine sämtlichen Kleider um. In einzelnen Fällen kann es sogar auf Grund hallucinatorischer Befehle zu plötzlichen Gewaltacten, Zerstörungen, Selbstverstümmelungen kommen. Häufig gesellen sich zu den Stimmen noch andersartige Trugwahrnehmungen hinzu, welche in ähnlicher Weise gedeutet zu werden pflegen. Wunderbare Durchleuchtungs- und Durchströmungsgefühle lassen den Kranken erkennen, dass der Geist Gottes von seinem Leibe Besitz genommen hat; herrliche Gerüche, angenehme Geschmacksempfindungen dienen dazu, ihm das Erdendasein zu versüssen. Ja, nicht selten bemächtigen sich die göttlichen Einflüsse auch der Muskeln des Kranken. Die Zunge wird ihm gezogen, dass er sprechen muss, was ihm der Geist eingiebt; ohne, oder sogar gegen seinen Willen muss er grässliche Schreie ausstossen; sein Arm wird ihm geführt, wenn er schreibt oder in heiliger Sache den Kampf aufnimmt. Auch in der äusseren Natur begegnen ihm allerlei wunderbare Erlebnisse. Wenn er betet, so strömt fruchtbarer Regen herab, oder der unwölkte Himmel klärt sich plötzlich auf, sobald er auf die Strasse tritt.

Alle diese Wahrnehmungen mit den an sie sich knüpfenden Ueberlegungen lassen dem Kranken keine Zweifel darüber, dass er ein Auserwählter des Himmels, ein Prophet, Braut Christi ist. Bisweilen wird dieser Gedanke noch weiter ausgeführt; meist aber bleibt der Kranke bei demselben stehen. Er ist das unwürdige Werkzeug, durch welches sich Gottes Wille offenbart. Neben diesen Grössenideen bestehen aber häufig auch allerlei depressive Vorstellungen. Der Kranke baut sich aus seiner früheren Sündhaftigkeit gleichsam ein Piedestal für seine jetzige

Grösse; er hat viel Schlechtes gethan, oft gefrevelt und muss dafür in allerlei Selbstkasteiung (Fasten, Beten, Knieen) Busse thun, um sich der hohen Gnade würdig zu erweisen. Oder aber es schieben sich hypochondrische Elemente ein, Klagen über abnorme Sensationen im Kopfe, über nächtliche Samenverluste und Arbeitsunfähigkeit.

Die Stimmung des Kranken ist dabei in der Regel eine gehobene, zeitweise sogar lebhaft erregte, wenn sich auch häufig genug in Folge von „Anfechtungen“ rasch vorübergehende Zornausbrüche oder sogar länger dauernde depressive Verstimmungen geltend machen. Die Besonnenheit und das Gedächtniss des Kranken ist vollkommen erhalten; in der ersten Zeit der Psychose besteht sogar bisweilen eine Art Krankheitsbewusstsein, allerdings gewöhnlich mit hypochondrischer Färbung.

Der Verlauf der Krankheit ist regelmässig ein sehr langsamer, der Zustand des Kranken oft viele Jahre hindurch fast stationär. Das Wahnsystem bleibt im Ganzen dürftig und unentwickelt, tritt oft lange Zeit hindurch sehr in den Hintergrund, so dass man mit einigem Rechte von Besserungen und Verschlechterungen der Psychose sprechen kann.

**Der combinatorische Grössenwahn.** Eine ungleich mannigfaltigere Entwicklung haben diejenigen Formen der expansiven Verrücktheit aufzuweisen, bei denen das freie Spiel der phantastischen Combination die treibende Kraft der Wahnbildung darstellt. In der Regel handelt es sich hier um hereditär belastete oder doch von Jugend auf eigenartig veranlagte Individuen, in denen die Neigung zum Schwärmen und Träumen ein excentrisches Streben nach hohen Idealen und, bei gleichzeitigem Mangel praktischen Lebensverständnisses, eine Ueberschätzung der eigenen Bedeutung und Leistungsfähigkeit erzeugt hat. Ganz allmählich reift in ihrer Brust die Ueberzeugung, dass sie zu besonderen Aufgaben in der Welt berufen seien, und dass es gerade mit ihnen noch eine ganz eigene Bewandniss haben müsse. Eine Menge kleiner, an sich unbedeutender Wahrnehmungen wird von den Kranken im Sinne dieses Vorurtheils als hochwillkommene Bestätigung ihrer geheimen Ahnungen aufgefasst und verarbeitet.

Das wichtigste und für das ganze Leben gewissermassen entscheidende Ereigniss ist nun gewöhnlich eine Vision. Der Kranke erblickt plötzlich einen hellen Schein am Fenster; er sieht einen ungewöhnlichen, früher nie bemerkten Stern aus den Wolken hervortreten oder ein strahlendes Meteor den Himmel verklären. Häufiger noch handelt es sich um nächtliche Wahrnehmungen. Der Kranke erwacht in der Nacht mit unbeschreiblichen Wonnegefühlen; seine Augen werden von dem Lichte geblendet, welches sein Schlafzimmer erfüllt. Er sieht eine herrliche Gestalt in köstlichem Gewande, die Mutter Gottes, Engel mit goldenen Flügeln, welche eine Königskrone tragen, das Christkind, welches ihm die Weltkugel überreicht, und hört dabei eine Stimme, die in mehr oder weniger klaren Ausdrücken ihm seine hohe Mission verkündet. Bisweilen wiederholen sich solche nächtliche Szenen mehrmals in längeren Zwischenräumen.

Dieses „Erfahrungsmaterial“ ist es, auf welches sich die weitere Entwicklung des Wahnsystems hauptsächlich stützt. Der Kranke fühlt sich als Weltreformer, als rechtmässiger, von Gott berufener Fürst und betrachtet die wirklichen Inhaber der von ihm beanspruchten Würden als Usurpatoren. Er sucht daher seine Anwartschaft durch den Hinweis auf seine göttliche Mission geltend zu machen und sich als König, Kaiser, Pabst u. s. f. in den Besitz seiner Herrschaft zu setzen. Die Schritte, die er zu diesem Behufe thut (Briefe, öffentliche Reden, Versuche persönlicher Audienzen), geben dann gewöhnlich den Anlass zu seiner Verbringung in die Anstalt, in welcher der Kranke resignirt, aber zuversichtlich der sicheren Erfüllung seiner hohen Ansprüche entgegenharrt und sich auch wol auf seinen zukünftigen Beruf vorbereitet. Dass er für geisteskrank erklärt wird, führt er auf die Machinationen seiner Neider und Feinde zurück, welche seine Ansprüche bestreiten und ihn deshalb aus dem Wege zu räumen suchen; er bedauert die Aerzte, dass sie sich zur Unterstützung eines solchen Schurkenstreiches hergeben. Eine weitere phantastische Ausbildung pflegen jedoch diese durchaus an wirkliche Erlebnisse anknüpfenden Verfolgungsideen nicht zu erfahren.

Die Stimmung ist dabei meist eine gleichmässige, selbstbewusste, nur vorübergehend expansiv erregt, die Besonnenheit vollkommen ungetrübt, und die Kranken sind sogar bisweilen im Stande, nach einzelnen Richtungen hin eine geradezu staunenswerthe Leistungsfähigkeit zu entfalten. Ein einfacher Bauernsohn, der sich für den Kaiser und Pabst in einer Person, späterhin sogar für unsterblich hielt, lernte im Laufe einiger Jahre mit äusserst unzulänglichen Hilfsmitteln nicht weniger als acht verschiedene alte und neuere Sprachen lesen.

Erst nach langer Dauer der Krankheit lässt sich auch hier ein bald langsames, bald schnelleres Fortschreiten der psychischen Schwäche nicht verkennen. Die Grössenideen der Kranken gehen immer mehr ins Ungeheuerliche und Absurde, und sie werden nicht mehr in der consequenten, zusammenhängenden Weise verarbeitet, wie im Anfange. Der Kranke ist nun Oberkaiser, Himmelsfürst, „Parmazyget Lichtenstern“, der heilige Geist, und beginnt, durch wunderliche Erlasse in selbsterfundener Sprache seinen Regierungsantritt und seine heiligen Befehle zu verkünden, ja es scheint, dass er nun auch bisweilen durch „Eingebungen“ in unmittelbare Beziehungen zu den höchsten irdischen und himmlischen Gewalten zu treten vermag.

Sehr nahe verwandt der geschilderten ist eine andere Form, in welcher der Wahn sich vorzugsweise auf religiösem Gebiete bewegt. Der mystische Zug tritt hier am stärksten in den Vordergrund. Meist sind die Kranken schon von Jugend auf durch Erziehung oder Anlage (besonders wichtig Epilepsie) in eine bigotte, schwärmerisch religiöse Richtung hineingedrängt und durch die eifrige Lectüre überfrommer Schriften, die Einwirkung fanatischer Geistlicher oder überspannter Freunde genügend für die psychische Erkrankung vorbereitet. Das Interesse für „die Freuden dieser Welt“, für eine fruchtbringende Thätigkeit, freie, klare Gedankenbewegung, gesunden Lebensgenuss erlischt, und an seine Stelle tritt die Neigung zu mystischen Grübeleien und skrupulöser Selbstquälerei. Regelmässig gesellt sich dazu eine gewisse sexuelle Erregbarkeit, die sich in Masturbation und schwärmerisch-sinnlicher Ausmalung

der religiösen Verhältnisse zum „Seelenbräutigam“ und der „Seelenbraut“ Luft zu machen pflegt.

Auf dem so disponirten Boden entwickeln sich im weiteren Verlaufe ekstatisch-visionäre Zustände mit den Gemeingefühlen der Verzückerung, Verklärung, Erleuchtung, dem Anblicke der göttlichen Personen, der Herrlichkeit des Himmels, der Wahrnehmung von Stimmen, welche dem Kranken die hohen Gnaden verkünden, zu denen er auserwählt ist, ihm „den Segen Esaus auf die linke, den Segen Jacobs auf die rechte Schulter“ verleihen. Aus diesen Offenbarungen gehen dann die Kranken als Apostel, Messias, Welterlöser, oder aber als Braut Christi, Jungfrau Maria, Gottesgebärerin u. dergl. hervor. Sie beginnen zu predigen, führen Skandalscenen in der Kirche herbei, warten auf den Bräutigam, der ihnen in der Form irgend eines Mannes erscheint u. s. f. Dazwischen schieben sich zuweilen auch Kämpfe und Versuchungen, in denen sie von Angst gepeinigt mit dem visionären Teufel ringen, Busse thun, sich die schwersten Selbstquälereien, Fasten, Kasteiungen auferlegen und sogar auf Grund verrückt ausgelegter Bibelstellen sich gefährliche Verstümmelungen beibringen. Solchen Anfällen folgt dann in der Regel eine um so freudigere und stolzere Erhebung zu himmlischen Würden.

Eine letzte Form des combinatorischen Grössenwahns, die manche eigenartige Züge darbietet und deshalb noch eine kurze Betrachtung verdient, ist die erotische Verrücktheit. Der Kranke, der sich schon lange für etwas Besonderes gehalten hat und namentlich auch gewisse äussere Vorzüge zu besitzen meint, macht die Bemerkung, dass eine wirklich oder vermeintlich durch hervorragende Stellung ausgezeichnete Person des anderen Geschlechts ihm gewogen ist und ihm eine nicht misszuverstehende Aufmerksamkeit schenkt. Bisweilen ist es ein aufgefangener Blick, eine vermeintliche Fensterpromenade, eine zufällige Begegnung, welche diese verborgene Liebe dem Kranken zur Gewissheit werden lässt; sehr häufig jedoch erfährt er davon nur auf Umwegen, durch verblümete Anspielungen seiner Umgebung, Zeitungsannoncen, ohne dass er vielleicht den Gegenstand seines Interesses jemals gesehen hat.

Sehr bald mehren sich die Zeichen des geheimen Einverständnisses. Jedes zufällige Erlebniss, Toiletten, Begegnungen, Lectüre, Gespräche gewinnen für den Kranken eine Beziehung zu seinem eingebildeten Abenteuer. Seine Liebe ist öffentliches Geheimniss und Gegenstand des allgemeinsten Interesses; überall spricht man davon, allerdings niemals mit klaren Ausdrücken, sondern immer nur in feinen Andeutungen, deren tiefen Sinn er aber sehr gut versteht. Natürlich muss diese ausserordentliche Liebe einstweilen geheim gehalten werden, darum erhält der Kranke alle Nachrichten nie auf directem Wege, sondern stets durch Vermittlung Anderer, durch die Zeitung und in Form versteckter Bemerkungen; auf dieselbe Weise weiss er sich durch gelegentliches Fallenlassen von Anspielungen mit dem Gegenstande seiner Liebe in Verbindung zu setzen. Der Flug der Tauben, welche symbolisch ihn und die Geliebte darstellen, zeigt ihm, dass man ihn verstanden hat, dass er nach langen Kämpfen endlich sein Ziel erreichen wird; irgend eine Person, mit der er in Berührung tritt, erscheint ihm als die Erkorene, die sich verkleidet hat, um ihre Zuneigung der Welt zu verbergen, ja, eine geheime Ahnung vermag ihn bei einer derartigen Erkennungsscene über die handgreiflichsten Unähnlichkeiten, sogar über die Geschlechtsverschiedenheit hinwegzusetzen.

Dieser eigenthümliche, völlig kritiklose Wahn kann sich, besonders durch Vermittlung von verblühten Zeitungsannoncen genährt, lange Zeit hindurch in der geschilderten Weise fortspinnen, ohne dass im sonstigen Thun und Treiben des Kranken, der ja seine Angelegenheit geheim zu halten sucht, etwas Verkehrtes hervortritt. Im weiteren Verlaufe gesellen sich nicht selten traumhafte Sinnestäuschungen, das Gefühl eines Kusses im Schläfe u. dergl. hinzu. Der ganze Charakter der Liebe ist dabei stets ein schwärmerischer, romanhafter, häufig platonischer, der eigentliche Geschlechtstrieb bei den Kranken oft wenig oder in abnormer Weise (Onanie) entwickelt. Zwischen die Zeiten seligen „Hangens und Bangens“ schieben sich bisweilen Perioden tiefer Zerknirschung ein, die Gefühle der Unwürdigkeit gegenüber dem mit allen möglichen phantastischen Vorzügen ausge-

schmückten Ideale, Enttäuschungen über unbegreifliche Zurückweisungen, vage Versündigungsideen, ohne dass jedoch dadurch der expansive Grundcharakter der Psychose dauernd alterirt wird.

Hier und da entwickelt sich das erotische Verhältniss weiter zu dem Wahne eines geheimnissvollen directen Rapportes mit dem geliebten Gegenstande. Der Kranke fühlt nicht nur dessen Gefühle und Zustände selbst mit, sondern er vermag auch durch eine Willensanstrengung oder durch die „innere Sprache“ ihm seine eigenen Gedanken auf sympathischem Wege mitzutheilen. In andern Fällen macht er Versuche einer Annäherung durch Briefe oder persönliche Interpellation, die natürlich sehr bald seine Verbringung in die Anstalt zur Folge zu haben pflegen. Allein die schroffsten Abweisungen vermögen keineswegs seine Ueberzeugung zu erschüttern; er führt sie ausschliesslich auf die Nothwendigkeit einer Geheimhaltung der intimen Beziehungen zurück und findet auch bald genug Andeutungen und Winke, die ihn in dieser Ansicht bestärken, ihn zum Ausharren ermuthigen und ihn vertrauensvoll der Zukunft entgegensehen lassen, wenn auch augenblicklich noch die Verwandten, die Verhältnisse eine volle Erfüllung seiner Wünsche nicht gestatten.

**Die originäre Verrücktheit.** Während sich bei den bis hierher skizzirten Krankheitsbildern eine gewisse Einseitigkeit in dem Ausbau des verrückten Wahnsystems zumeist nicht verkennen liess, so haben wir uns nunmehr einer Form zuzuwenden, in welcher sich die combinatorische Thätigkeit der krankhaft geschäftigen Phantasie nach den verschiedensten Richtungen hin gleichzeitig entfaltet. Es handelt sich hier um eine von Hause aus abnorme psychische Verarbeitung der Lebensreize, welche auf allen Gebieten des Denkens und Fühlens ein absonderlich verschobenes Spiegelbild der Welt und eine eigenartige Reactionsweise des Individuums zu Stande bringt. Gerade hier kann deshalb noch weniger vielleicht, als bei den übrigen Formen der Verrücktheit, von einer „partiellen“ Störung die Rede sein, sondern wir haben es einfach mit einer frühzeitig entstandenen, fast immer ererbten pathologischen

Veranlagung der gesammten psychischen Persönlichkeit zu thun.

Sander hat daher zutreffend die hier zusammengefasste Gruppe von Krankheitsbildern mit dem Namen der „originären“ Verrücktheit belegt. Nicht als ob dieselbe sich in scharfer und strenger Weise nach allen Richtungen hin abgrenzen liesse; vielmehr muss es zwischen ihr und den übrigen, zumeist ja ebenfalls auf psychopathischem Boden erwachsenden Formen so viele Uebergänge geben, wie wir Zwischenstufen kennen zwischen schwerster hereditärer Belastung und den leichtesten Graden krankhafter Praedisposition. Nichtsdestoweniger vermag doch der bis in die Jugend zurückreichende Ursprung der Krankheit, welche schon früh die ganze Weltauffassung des Patienten allseitig beeinflusst, dem klinischen Bilde ein so charakteristisches Gepräge zu verleihen, dass die Berechtigung zur Abtrennung dieser besonderen Form kaum zweifelhaft sein dürfte.

Nicht zu selten deutet sich die hereditäre pathologische Veranlagung der Kranken schon in allerlei körperlichen Symptomen an. In morphologischer Beziehung kommen hier namentlich jene Anomalien in Betracht, die wir schon früher als „stigmata hereditatis“ kennen gelernt haben, auffallende Schädelconfiguration, Entwicklungshemmungen, Missbildungen, in functioneller dagegen die Andeutungen eines leicht erregbaren Gehirns, Krämpfe in der Jugend, gelegentliche Ohnmachten, sehr früh sich regender, mangelnder oder pervers entwickelter Geschlechtstrieb u. Aehnl.

Weit wichtiger aber sind die psychischen Eigenenthümlichkeiten der Kranken, welche sich in der Regel bis in die Kindheit zurück verfolgen lassen. Häufig genug grenzen sich die Knaben schon in der Schule von ihren Altersgenossen durch Absonderlichkeiten der Auffassung, des Temperaments, des Charakters in bemerkenswerther Weise ab. Sie ziehen sich zurück von ihren Kameraden, beschäftigen sich viel mit sich selbst und haben oft die Neigung, ohne Auswahl grosse Mengen Lectüre zu verschlingen, oder sich träumend und grübelnd mit allerlei entlegenen oder hochfliegenden Gedankenkreisen zu unterhalten. Weil sie dabei meist ihre Pflichten regelmässig erfüllen und in ihrer



stillen Eigenart der Erziehung keine grossen Schwierigkeiten bereiten, so gelten sie oft als Musterkinder, zumal ihre Begabung und vor Allem die Entwicklung ihrer Phantasie das Durchschnittsmass zum mindesten zu erreichen pflegt. Mathematische und exact naturwissenschaftliche Studien sind freilich ebenso wenig ihre Stärke, wie der streng logische Aufbau und die Disposition ihrer Gedanken; das Gedächtniss dagegen ist oft gut entwickelt, und nicht selten beobachtet man eine gewisse poetische Veranlagung.

Wie weit der eigentlich pathologische Process in das Jugendleben zurückgreift, ist bei der überaus schleichenden Entwicklung der Krankheit schwer festzustellen; zumeist jedoch dürfte das Pubertätsalter mit seinen mächtigen Umwälzungen diejenige Periode sein, in welcher die ersten unklaren Ahnungen und Vermuthungen krankhafter Natur in dem Heranwachsenden auftauchen. Der Inhalt dieser anfangs schüchtern, dann mit immer grösserer Gewalt in dem Bewusstsein hervortretenden Ideen entwickelt sich fast immer schon von Anfang an nach zwei verschiedenen Richtungen hin. Der Kranke glaubt sich von seiner Umgebung zurückgesetzt; er fühlt, dass man ihn anders behandelt, als andere Menschen und speciell als seine Geschwister. Er steht ihnen gegenüber wie ein Fremder, nicht zu ihnen Gehöriger; sein Verhältniss zu ihnen ist ein kaltes, äusserliches, unnatürliches. Selbstverständlich verschliesst er diese Erkenntniss tief in sein Inneres. Es bemächtigt sich seiner eine Art Weltschmerz, in dem er sich von seinen Angehörigen und Freunden verkannt, betrogen, verrathen glaubt, und nun schiesst, vielleicht nach jahrelangem, unklarem Ringen, plötzlich in seiner Seele die siegreiche Ahnung hervor, dass er überhaupt nicht das rechte Kind seiner Eltern, sondern von viel höherer und herrlicherer Abstammung sei.

Den äusseren Anlass zur Entstehung dieser Wahnidee, welche sofort für ihn den Charakter unzweifelhafter Gewissheit erlangt, giebt oft eine ganz gleichgültige Begebenheit. Der Kranke merkt, dass seine Eltern im Nebenzimmer flüstern und ihn mit besonderem Ernste begrüessen; es wird in seiner Gegenwart „bedeutungsvoll“ der Name einer hoch-

gestellten Persönlichkeit genannt; auf der Strasse, im Theater blickt ihn irgend eine vornehme Dame aussergewöhnlich freundlich an; beim Beschauen des Bildes eines Grafen oder Fürsten, der Büste Napoleon's fällt ihm plötzlich eine überraschende Aehnlichkeit zwischen sich und Jenem auf, oder endlich es wird ihm ein Brief in die Hände gespielt, zwischen dessen Zeilen er das grosse Geheimniss ohne Mühe herausliest. Diese Entdeckung giebt nun alsbald den Kernpunkt ab, um den herum sich in staunenswerth typischer Entwicklung eine Reihe von anderen Vorstellungskreisen krystallisiren.

Zunächst blickt der Kranke rückwärts. Indem er die einzelnen Erfahrungen seiner Vergangenheit durchmustert, fällt es ihm wie Schuppen von den Augen, dass in denselben immer und immer wieder auf seine hohe Abstammung und den daraus sich herleitenden Beruf hingewiesen wurde. In rastlosem Grübeln weiss ihm seine einseitig beflügelte Phantasie nicht nur die thatsächlichen Vorkommnisse im Lichte seines Wahnes zu deuten, sondern es werden ohne Zweifel auch häufig von dem Kranken eine Masse nie erlebter Einzelheiten völlig frei erfunden und von ihm als wirkliche Reminiscenzen nachträglich in die Vergangenheit zurückverlegt.

Reicher noch, als bei der rückschauenden Betrachtung, fliesst die Quelle der Bestätigungen durch gegenwärtige Wahrnehmungen. Hat der Kranke schon von früher her das stille Bewusstsein in sich genährt, dass ihm von der Natur besondere Gaben des Geistes und Körpers verliehen worden seien, so hat er jetzt die Genugthuung, auf Schritt und Tritt zu erkennen, dass auch von seiner näheren und ferneren Umgebung die Ueberlegenheit seiner Person und seiner Stellung mehr oder weniger offen anerkannt wird. Man behandelt ihn, wohin er kommt, mit unverkennbarer Ehrerbietung; fremde Personen ziehen tief den Hut vor ihm; die königliche Familie sucht ihm möglichst oft zu begegnen; die Musik auf der Parade oder im Theater beginnt zu spielen, sobald er erscheint. In den Zeitungen, welche ihm vom Kellner vorgelegt werden, in den Büchern, die ihm der Buchhändler zuschickt, findet er mehr oder weniger

verblühte Anspielungen auf sein Schicksal; die Schauspieler auf der Bühne, der Geistliche auf der Kanzel richten lange Sätze mit dem Hinweisse auf seine hohe Abkunft direct an ihn, und die Vorübergehenden auf der Strasse begleiten ihn mit beifälligen und beziehungsreichen Bemerkungen. Fast bei allen diesen Wahrnehmungen handelt es sich, wie leicht verständlich, um die ungeheuerlich kritiklose und phantastische Interpretation wirklicher, aber völlig bedeutungsleerer Eindrücke; hier und da jedoch kommt es unzweifelhaft auch zu wirklichen Sinnestäuschungen, oder es tritt eine innere, als übernatürlich aufgefasste „Stimme“ auf, welche die stillen Vermuthungen des Kranken in geheimnissvolle und deshalb um so wirksamere Offenbarungen umsetzt.

Parallel mit diesem Ausbau der Grössenideen geht die Entwicklung einer anderen Vorstellungsreihe, welche jedoch mit jenen ersteren stets in einem gewissen inneren Zusammenhange bleibt. Im Anschlusse an die Erkenntniss des unnatürlichen Benehmens, welches seine Pseudo-Eltern gegen ihn an den Tag gelegt haben, bemerkt der Kranke weiterhin, dass auch von anderer Seite her ein feindseliges Verhalten beobachtet wird. In den Speisen, welche ihm vorgesetzt werden, bemerkt er gelegentlich Gift; Schüsse werden auf ihn abgefeuert; eine plötzliche Beklemmung überfällt ihn, oder man sucht ihn durch allerlei Verführungskünste moralisch und physisch zu verderben. Wie er durch die vorurtheilsvolle Deutung aller möglichen kleinen Erfahrungen mit Sicherheit feststellt, setzen seine Feinde, die sich ihm unter den mannigfaltigsten Verkleidungen nähern, alles daran, um ihn, den zukünftigen Herrscher, auf die eine oder die andere Weise zu Grunde zu richten. Auch hier greifen nicht selten einzelne Hallucinationen, namentlich des Gehörs, aber auch auf anderen Sinnesgebieten, in die Ausbildung des Wahnsystems mit ein.

Natürlich triumphirt der Kranke, der sich überall der lebhaftesten Aufmerksamkeit seiner Umgebung ausgesetzt und in ein ausgedehntes Netz geheimnissvoller Beziehungen hineinverwickelt sieht, schliesslich regelmässig über die feindlichen Machinationen, deren Ausdehnung und Hart-

näckigkeit ihm immer wieder neue Beweise für die hohe Wichtigkeit der eigenen Person an die Hand giebt. Nicht selten vermag er bei solchen Gelegenheiten das directe Eingreifen der Vorsehung in sein Lebensschicksal zu constatiren. Aus den Veränderungen des Wetters, dem eigenthümlichen Blinken der Sterne, aus dem Fluge der Vögel, aus der Kleidung der Menschen, die ihm begegnen, dem Papierfetzen, den er auf der Landstrasse findet, geht auf das Klarste hervor, dass Gott in ganz besonderer Weise seine Hand über ihm hält und ihm Zeichen für sein Handeln giebt, die er ohne Weiteres zu deuten versteht und auch mit freudiger Zuversicht auf das Gewissenhafteste befolgt.

Sehr gewöhnlich tritt nunmehr auch ein erotisches Moment in die Entwicklung des Wahnsystems ein, indem sich ganz in der oben bei der erotischen Verrücktheit geschilderten Weise ein mystisches Liebesverhältniss zu einer hochgestellten, nicht selten dem Kranken völlig unbekanntem oder gar bereits verheiratheten Dame anspinnt, welche regelmässig mit seinen hohen Zukunftsplänen in sehr nahem Zusammenhange steht.

Bis zu dieser Ausdehnung kann sich das Wahnsystem in vieljähriger combinatorischer Thätigkeit entwickeln, ohne dass irgend eine Person in der Umgebung des Kranken etwas von den krankhaften Vorgängen in dessen Innern ahnt. Allerdings erscheint seine gesammte Lebensführung oft sonderbar und unverständlich. Trotz guter Anlagen bringt er doch nichts Rechtes fertig, sondern hat überall Misserfolge, macht Ausgaben, die weit über seine Verhältnisse hinausgehen, ist hochfahrend und rechthaberisch, geräth leicht in Conflicte, hält nirgends lange aus und verlässt unmotivirt seine Stellungen. Auch fällt wol hier und da einmal eine räthselhafte Aeusserung, ein excentrisches Benehmen oder eine unbegreifliche Handlung des Kranken auf, aber man pflegt alle diese Dinge berechtigten Eigenthümlichkeiten oder einfachen Charakterfehlern zuzuschreiben, ohne die tiefere Bedeutung derselben zu durchschauen. Die Entdeckung geschieht zumeist erst dann, wenn der Patient nach den langen Prüfungs- und Vorbereitungsjahren den Augenblick für gekommen erachtet, die still gereiften Pläne

zur Verwirklichung zu bringen. Er beginnt nun, sich seinen vermeintlichen hohen Eltern, seiner erlauchten Braut zu nähern, anfangs vielleicht auf allerlei Umwegen, indem er an ihrem Hause vorübergeht, Fremden gegenüber geheimnissvolle Andeutungen fallen lässt, von denen er überzeugt ist, dass sie richtig verstanden und an die bestimmte Adresse befördert werden. Endlich schreibt er einen Brief und, da derselbe erfolglos bleibt, einen zweiten und dritten, oder er macht den Versuch, persönlich zu den in sein Wahnsystem verflochtenen Personen und Behörden vorzudringen. Diese und ähnliche Schritte geben in der Regel den Anlass zu seiner Verbringung in die Anstalt.

Anfangs über einen derartigen Misserfolg in hohem Grade enttäuscht und entrüstet, erkennt der Kranke bald genug, dass diese Massregel nichts, als ein nothwendiges Glied in der Kette der Prüfungen ist, welche er bestehen muss, um am Ende zu seinem hohen Ziele zu gelangen. Ja, bei genauerem Nachdenken ergiebt sich ihm klar, dass schon in seiner Vergangenheit vielfache Hinweise auf dieses Fegefeuer der Irrenanstalt enthalten waren. Weit entfernt daher von Muthlosigkeit und Verzweiflung, schöpft der Kranke aus dem pünktlichen Eintreffen alles dessen, was das Schicksal vorher mit ihm bestimmt hatte, neue Hoffnung auf die Erreichung auch seiner letzten und höchsten Ziele. Eine besondere Bestätigung findet diese seine Auffassung nicht selten in der alsbald von ihm gemachten Wahrnehmung, dass auch in der Anstalt die geheimnissvollen Andeutungen über seine glänzende Zukunft nicht ausbleiben. Es kann ihm nicht entgehen, dass die Aerzte ihn nur „auf höheren Befehl“ zurückhalten und gar nicht daran denken, ihn wirklich für krank anzusehen. Auch seine Mitpatienten sind nichts weniger als krank, sondern zum Theil unter Pseudonymen verborgene, sehr hochgestellte Persönlichkeiten, die man zu seiner Gesellschaft, um ihn zu prüfen und kennen zu lernen, mit in die Anstalt versetzt hat.

Der weitere Verlauf der Erkrankung ist in der Regel ein sehr langsamer, bisweilen viele Jahre hindurch fast stationärer. Hier und da schieben sich auch wol kürzere

Stadien ekstatischer Verzückung, lebhaft expansiver Stimmung mit ungeheuerlich phantastischer Production neuer Wahnideen oder auch ängstlicher Erregung mit Vergiftungsfurcht und selbst Nahrungsverweigerung ein; im Ganzen aber pflegt die Psychose fast mehr das Bild eines krankhaften Zustandes, als eines krankhaften Processes darzubieten, wenn auch bei sehr langer Dauer eine allmähliche Zunahme der psychischen Schwäche sich kaum wird verkennen lassen.

Es muss indessen darauf hingewiesen werden, dass es auch eine, offenbar der vorstehend beschriebenen sonst in vieler Beziehung nahe stehende Krankheitsform giebt, welche im Gegensatze zu jener einen rasch progressiven Charakter darbietet. Auch hier reicht die Psychose bis in die Jugend zurück, aber ihre Entwicklung beginnt häufig mit lebhaften Aufregungszuständen, bald mehr expansiver, bald mehr zornig gereizter oder ängstlich deprimierter Färbung, welche bisweilen ganz den Charakter der früher als Wahnsinn geschilderten Störungen tragen, in anderen Fällen mehr den periodischen Manien gleichen und sich späterhin ganz zu verlieren pflegen. Anfangs kommt es dazwischen zu Remissionen mit anscheinend völliger Gesundheit; sehr bald indessen stellt es sich heraus, dass die Kranken auf dem Wege üppig wuchernder phantastischer Combination, häufig auch unter dem Einflusse von Sinnestäuschungen, in eine Märchenwelt voll der abenteuerlichsten Ereignisse und Situationen hineingerathen sind.

Gerade hier kommt es im Laufe weniger Jahre zur Entwicklung eines Wahnsystems, welches völlig aus dem Bereiche des überhaupt Möglichen hinausragt und daher sehr bald seinen inneren Zusammenhang verliert. Der Kranke steht in geheimnissvollem Rapport zur gesammten Natur; er hört Thiere und Bäume reden, kann die Gedanken der Menschen lesen, sieht am hellen Tage die romantischen Scenen der historischen Vergangenheit vor sich und vermag in die Zukunft zu blicken. Er ist überhaupt gar nicht auf natürliche Weise entstanden, sondern aus einem mystischen Schöpfungsprocesse hervorgegangen, mehrfach gestorben und wiedergeboren; er ist Dichter, Philosoph, Feldherr, Ent-

decker in einer Person, Universalgenie, die Perle, der Inbegriff des Weltalls; er weiss Alles, kann Alles, gebietet über Alles. Seine Lebenszeit dehnt sich nach Vergangenheit und Zukunft ins Ungeheure aus; er hat immer gelebt, Alles geschaffen, erhält Alles und wird ewig sein. Die fabelhaftesten Dinge hat er erlebt, alle historischen Begebenheiten geleitet, alle Kriege geführt; er war selber Alexander und Cäsar, Christus und Luther, Goethe und Humboldt. Noch jetzt unternimmt er allnächtlich die wunderbarsten Reisen über die ganze Erde, ja durch das Weltall, hat grossartige Besitzungen auf der Sonne, auf den Sternen, herrliche Schlösser in fremden Welttheilen mit selbsterfundnen wunderbaren Namen, wo er von Geistern und Dämonen bedient wird.

Entsprechend diesem ungeheuerlichen und geradezu an die Dementia paralytica erinnernden Grössenwahn gestalten sich auch die Verfolgungsideen. Entsetzliche Kämpfe hat der Kranke schon mit feindlichen Mächten zu bestehen gehabt von Anbeginn der Welt; 2000mal ist er vergiftet worden; unzählige Geschosse haben seinen Leib durchbohrt. Seine Glieder sind ihm abgehauen, der Kopf vom Rumpfe getrennt worden; der ganze Leib wurde eingeschmolzen, die Genitalien verstümmelt, aber wie der Phönix aus der Asche hat sich der Kranke aus allen diesen Unfällen triumphirend wieder erhoben, seinen Körper selbst neu aus unzerstörbarem Stoffe wieder hergestellt und seine Widersacher zerschmettert. Allerdings hat er noch immerfort durch alle erdenklichen phantastischen Machinationen derselben zu leiden.

Die rasche Entwicklung dieser Psychose macht es begreiflich, dass wir den geschilderten luxuriirenden Wahnsystemen regelmässig schon bei verhältnissmässig sehr jugendlichen Individuen, innerhalb der zwanziger Jahre, begegnen. Das ganze Krankheitsbild hat entschiedene Analogien mit dem ebenfalls auf psychopathischer Basis und in jugendlichem Alter sich ausbildenden physikalischen Verfolgungswahn. Indessen treten hier die expansiven Ideen durchaus dominirend in den Vordergrund; die Feindseligkeiten der imaginären Widersacher dienen dem Kranken gewissermassen nur als

Relief für seine eigene siegreiche Grösse, während ihn dort der Verfolgungswahn fast völlig in Anspruch nimmt, so dass sich die Grössenideen meist nur dürftig, oft genug überhaupt gar nicht daneben entwickeln können. Gegenüber der Paralyse ist zunächst auf die charakteristische Verbindung der expansiven und depressiven Wahnelemente, auf das jugendlichere Alter der hereditär belasteten Kranken, namentlich aber auf den Mangel nervöser Störungen und das relativ langsame Fortschreiten des Krankheitsprocesses aufmerksam zu machen.

Werfen wir nunmehr einen Blick zurück auf die lange Reihe der Krankheitsbilder, welche wir unter dem Namen der Verrücktheit zusammengefasst haben, so sehen wir, dass die klinische Entwicklung der Krankheit sich wesentlich auf psychischem Gebiete vollzieht. Es thut dem Kranken nicht nur „nichts weh“, wie er oft als Argument seiner völligen Gesundheit dem Arzte entgegenhält, sondern auch die einzelnen Functionen des Körpers, der Schlaf, der Appetit, die Circulation, die Athmung, die Ernährung, werden in der Regel kaum durch die Psychose in Mitleidenschaft gezogen. Als Grund dieses Verhaltens können wir wesentlich den im Ganzen überaus chronischen und gleichförmigen Verlauf der Verrücktheit ansehen. Allerdings wird derselbe nicht gerade selten durch mannigfache Schwankungen zum Besseren und zum Schlechteren unterbrochen. Mit oder ohne äusseren Anlass treten die Sinnestäuschungen episodisch in grösserer Heftigkeit hervor, oder die phantastischen Combinationen nehmen das gesammte Denken der Kranken dermassen in Anspruch, dass es zur Entwicklung von Affectzuständen kommt, welche jedesmal einen erheblichen Fortschritt in der krankhaften Vertälschung des Bewusstseinsinhaltes zu bezeichnen pflegen. In diesen Exacerbationen der Krankheit fehlen dann auch die körperlichen Begleiterscheinungen rascher Schwankungen des psychischen Gleichgewichtes nicht (Beschleunigung des Kreislaufes und der Athmung, sinkende Ernährung). Mit dem Zurücktreten der Affecte stellt sich zwar eine gewisse Besserung dadurch heraus, dass der Kranke manche der acut aufgetretenen Wahnideen corrigirt, andere wenigstens seltener äussert und



in seinem Handeln besonnener wird. Im Beginne der Erkrankung hat man sogar bisweilen weitgehende Remissionen mit ziemlich vollständiger Krankheitseinsicht zu verzeichnen, allein kleine Eigenthümlichkeiten im Benehmen des Kranken und sein Festhalten an einzelnen, nur scheinbar nebensächlichen Punkten des Wahnes, sowie eine gewisse Zurückhaltung bei der Besprechung der krankhaften Ideen weisen hier den aufmerksamen Beobachter gewöhnlich bald auf die Unvollständigkeit der Genesung und die Wahrscheinlichkeit einer baldigen Rückkehr der in den Hintergrund getretenen Symptome hin. Noch weniger wird man sich durch jene simulirten Besserungen täuschen lassen, in denen der Kranke seine Wahnideen ableugnet, um dadurch die Anerkennung seiner Gesundheit oder die Entlassung aus der Anstalt zu erreichen.

Die Prognose der Verrücktheit gestaltet sich mit den wenigen schon von uns angedeuteten Ausnahmen absolut ungünstig. Die Krankheit ist hier eine constitutionelle, tief in der ganzen Persönlichkeit des Individuums begründete und darum einer dauernden, völligen Ausgleichung nicht fähig. Der Ausgang der Krankheit ist regelmässig ein mehr oder weniger hoher Grad des Schwachsinnns. In der Mehrzahl der Fälle, namentlich bei den sehr phantastisch ausgebildeten Formen, liegt die zunehmende Widersinnigkeit und Zusammenhangslosigkeit des Wahnsystems bis zum völligen Zerfall desselben klar am Tage. Selbst dort aber, wo der Inhalt der Wahnideen nicht jene üppige Fortentwicklung erkennen lässt, wie namentlich bei den mit einfachen Gehörshallucinationen einhergehenden Formen, verliert der Wahn doch nach und nach seine frühere gewaltige Wirkung auf Affecte und Handlungen; der Kranke spricht von ihm wie von anderen, gleichgültigen Dingen und beschäftigt sich nicht mehr mit seinem weiteren Ausbau. Allerdings werden die höchsten Grade der Verblödung in den Endstadien der Verrücktheit gewöhnlich nicht erreicht, weil das Gedächtniss dem geistigen Leben noch ein gewisses Material aus dem Erwerbe der Vergangenheit aufbewahrt. Die Stimmung wird gleichmässiger, apathischer; die frühere Reizbarkeit, aber auch die Regsamkeit des Interesses ver-

liert sich. Der Kranke zieht nicht mehr die Consequenzen aus seinen krankhaften Ideen, sondern fügt sich ohne Schwierigkeit in seine Umgebung. Der „rex totius mundi“ beschäftigt sich mit Gartenarbeit, der „Herrgott“ mit Holztragen, die „Braut Christi“ mit Nähen und Flickern. Bemerkenswerth ist es, dass sich diese völlige Beruhigung weit weniger schnell und durchgreifend bei den Kranken mit Verfolgungsideen zu vollziehen pflegt. Die Unlustgefühle wirken ja viel mächtiger und andauernder auf unseren Willen, als die Lustgefühle, und so sehen wir bei den vermeintlich Verfolgten und Gepeinigten nicht nur die ängstliche oder zornige Verstimmung sich auffallend lange in grösserer Intensität erhalten, sondern wir sehen es bei ihnen auch noch in sehr späten Stadien der Krankheit gelegentlich zu unvermutheten, heftigen Affectausbrüchen kommen, wie sie bei den Göttern und Fürsten der Irrenanstalt fast niemals mehr beobachtet werden.

Eine eigentliche pathologische Anatomie der Verrücktheit giebt es noch nicht. Der so oft im Vorhergehenden betonte constitutionelle Charakter der Krankheit macht es in hohem Grade unwahrscheinlich, dass wir hier etwa an bestimmt localisirte pathologische Processe und an gröbere anatomische Veränderungen zu denken hätten. Vielmehr werden wir ausgedehnte functionelle Störungen im gesammten Centralorgane unseres Bewusstseins, allerdings vorzugsweise in denjenigen Organen voraussetzen haben, welche der Aufnahme und der Verarbeitung von Erfahrungsmaterial dienen. Mit der Meynert'schen Hypothese einer Hyperaemie der corticalen oder subcorticalen Centren als Entstehungsursache resp. der Wahnideen oder der Sinnes-täuschungen ist für die Erklärung des Krankheitsvorganges leider wenig gewonnen. In den späteren Stadien der Verrücktheit lassen sich die Spuren atrophischer Processe im Gehirn nachweisen; gerade diese Verhältnisse verdienen eingehendere Untersuchung an der Hand der uns zu Gebote stehenden neueren Methoden.

Die Erkennung der Verrücktheit bietet, wenn man den ganzen Verlauf der Krankheit vor Augen hat, keine irgend in Betracht kommenden Schwierigkeiten dar. Anders

freilich liegt die Sache, wenn es sich darum handelt, schon im Beginne der Krankheit eine zuverlässige Diagnose zu stellen. Das wichtigste Kriterium bildet hier immer die schleichende Entwicklung der Krankheit ohne besonderen äusseren Anlass und das starke Hervortreten von intellectuellen Störungen oder Sinnestäuschungen beim Mangel durchgreifender Stimmungsanomalien. Die Berücksichtigung dieser Punkte wird namentlich vor der am nächsten liegenden Verwechslung mit gewissen Formen des Wahnsinns schützen.

Die Behandlung der Verrücktheit hat der Natur der Sache nach nur einen geringen Spielraum; sie ist wesentlich eine symptomatische und expectative. Ihr wichtigstes Hilfsmittel ist die Aufnahme in die Irrenanstalt, welche zur Sicherung der Kranken selbst, wie ihrer Umgebung, immer dann unbedingt nothwendig wird, wenn Aufregungszustände hervortreten, namentlich solche ängstlichen und zornigen Charakters, da Verrückte unter Umständen zu den allergefährlichsten Geisteskranken gehören. Durch Ruhe, unermüdllich freundliche, geduldige und namentlich offene Behandlung, sowie durch passende Ablenkung und Beschäftigung gelingt es hier meist, die acuten Erscheinungen bald zum Schwinden zu bringen. Häufig droht indessen die anfänglich günstige Wirkung der Anstaltsbehandlung im weiteren Verlaufe in das Gegentheil umzuschlagen. Der ruhiger gewordene Kranke fordert seine Entlassung, wird ungeduldig, gereizt, gewaltthätig und durch die vermeintlich unrechtmässige Freiheitsentziehung immer tiefer in seine Verfolgungsideen hineingedrängt. Sehr gewöhnlich entspinnt sich nun ein bisweilen höchst erbitterter, fortwährender Kampf mit dem ärztlichen Personale, der besten Falles nach jahrelanger Dauer durch die allmähliche Verblödung des Kranken beendet wird, welche die Behandlung desselben erleichtert, wenn er auch immerhin oft noch zu zornigen Gewaltthaten geneigt und gefährlich genug bleibt.

Auf der andern Seite sieht man oft Verrückte in ihrer gewohnten Umgebung selbst Jahrzehnte lang eine leidlich gute Haltung bei mässigem Schwachsinn bewahren, ein sicherer Beweis, dass, abgesehen von den acuten Aufreg-

ungszuständen, auf den Kranken selbst die Freiheit viel günstiger wirkt, als die Einschliessung in der Anstalt. Leider sind indessen die Gefahren und Unzuträglichkeiten dieser Freiheit für die Umgebung vielfach so grosse, dass sie trotzdem nicht gewährt werden kann. Für solche Fälle sind die Irrencolonien mit ihrer mannigfaltigen Beschäftigung und der freieren Behandlungsmethode ein kaum genug zu schätzender Segen. Ruhige, ungefährliche chronisch Verrückte eignen sich jedoch, wo die Verhältnisse einigermaßen günstig sind und eine gewisse Ueberwachung gestatten, sehr häufig auch für die häusliche Verpflegung, in der sie sich erfahrungsgemäss wohler befinden und besser conserviren, als in der Anstalt.

Die Wahnideen der Kranken sollen weder bestätigt, noch auch zu eifrig dialektisch bekämpft werden. Es genügt, dieselben stets mit Ruhe als krankhaft zu bezeichnen und gelegentlich auf die Widersprüche derselben mit der gesunden Erfahrung hinzuweisen. Weit wichtiger ist die Ablenkung der Aufmerksamkeit durch fernliegende Gespräche, Geselligkeit, Spiel, Anregung gesunder Interessen durch Lectüre und Beschäftigung im Sinne des früheren Lebensberufes. So können Verrückte, wenn auch nicht gesund, so doch vielfach recht brauchbare und auch zufriedene Mitglieder des Anstaltsorganismus werden. Beschäftigungslosigkeit, längere Isolirung begünstigt die Ausbildung der Wahnideen und der Verblödung. Die Sinnestäuschungen sind keiner besonderen Behandlung zugänglich; die Elektrotherapie des Acusticus leistet dagegen in der Regel nichts. Von sonstigen Symptomen fordert namentlich die Masturbation und die bisweilen äusserst hartnäckige Nahrungsverweigerung zum Einschreiten auf; erstere wird mit Bromkalium, Hydrotherapie, Galvanisation des Rückenmarkes und durch gute Ueberwachung bekämpft, letztere kann in einzelnen Fällen zu Sondenfütterung zwingen.

## VIII. Die allgemeinen Neurosen.

Die gemeinsame Eigenthümlichkeit aller derjenigen Psychosen, welche sich auf der Grundlage einer allgemeinen Neurose entwickeln, ist ihre Verbindung mit functionellen nervösen Störungen. In der Regel ist die in der Neurose sich kundgebende Disposition des Nervensystems eine angeborene oder doch verhältnissmässig früh erworbene; seltener wird sie durch von aussen an das Individuum herantretende Ursachen erst erzeugt. Die Art und Ausdehnung der psychischen Störungen steht in naher Abhängigkeit von dem Charakter der zu Grunde liegenden Neurose, so dass wir ein neurasthenisches, ein hysterisches und ein epileptisches (vielleicht auch ein choreatisches) Irresein klinisch von einander abtrennen können.

### A. Das neurasthenische Irresein.

Den Grundzug der Neurasthenie bildet die reizbare Schwäche des Nervensystems, Erhöhung der Erregbarkeit und zugleich leichtere Ermüdbarkeit desselben. Als das normale Paradigma der Neurasthenie können wir das erste Stadium der nervösen Ermüdung betrachten, welches ja ebenfalls mit einer erhöhten Reizbarkeit einherzugehen pflegt. Bei längerer Dauer dieses Zustandes nimmt zunächst die Fähigkeit einer constanten Anspannung der Aufmerksamkeit ab; der Kranke vermag nicht einen und denselben Gegenstand längere Zeit hindurch zu verfolgen, sondern er wird leicht durch irgend welche zufälligen Eindrücke von seiner Beschäftigung abgezogen. Indem sich gleichzeitig eine allmählich immer stärker anwachsende Unlust zu geistiger Thätigkeit überhaupt einstellt, verliert er das Interesse an der gewohnten Beschäftigung; er wird zerstreut,

vergesslich, namentlich in Bezug auf Namen und Zahlen, und vermag nur noch mit ganz unverhältnissmässiger Anstrengung die Aufgaben zu absolviren, welche ihm bis dahin nicht die geringste Schwierigkeit verursachten.

Unter dem Drucke dieser Veränderungen, des immer deutlicher hervortretenden Gefühls der mangelnden Leistungsfähigkeit, pflegt sehr bald die allgemeine Stimmung in erheblichem Masse zu leiden. Der Kranke wird aufgeregt, missmuthig, verdriesslich, reizbar, heftig und ungerecht; er fühlt sich unbehaglich und unbefriedigt von seinem Berufe und seinen Lebensverhältnissen. Lächerlich kleine Anlässe, eine Unart seiner Kinder, kleine geschäftliche Unannehmlichkeiten, die ihn in gesunden Tagen unberührt gelassen hätten, vermögen ihm für Stunden und Tage die Laune zu verderben und ihn zu Reactionen hinzureissen, die er später selber bedauert. In anderen Fällen dagegen bemächtigt sich des Kranken das Gefühl einer unüberwindlichen Schläffheit und Apathie; er verliert die Freude an seinen liebsten Vergnügungen und vermag sich zu keinem Entschlusse mehr aufzuraffen, da ihm Alles gleichgültig geworden ist. Diese natürlich keineswegs principiellen Verschiedenheiten in dem Verhalten des Interesses und der gemüthlichen Reaction sind es, welche zur Abgrenzung einer erethischen und einer torpiden Form der Neurasthenie geführt haben, je nachdem die Erscheinungen der erhöhten Reizbarkeit oder diejenigen der Erschöpfung mehr in den Vordergrund treten. Die erstere scheint mehr durch gemüthliche Aufregungen, die letztere mehr durch intellectuelle Ueberanstrengung verursacht zu werden.

Gleichzeitig mit diesen psychischen Veränderungen macht sich stets auch eine Reihe von körperlichen Symptomen bemerkbar. Zunächst und am intensivsten wird vor Allem der Kopf in Mitleidenschaft gezogen. Am häufigsten ist es das Gefühl eines dumpfen, allgemeinen Druckes, welches dem Kranken die Arbeitsfreudigkeit raubt und in der Regel bei irgend einer Anstrengung sich rasch bis zum Unerträglichen steigert. Die Localisation dieser Empfindung ist eine verschiedene. Am meisten scheint dabei die Stirngegend betheilig zu sein, ferner die Scheitel-

höhe, seltener der Hinterkopf; bisweilen haben die Kranken das Gefühl eines festen Reifens, der sich rings um den Kopf spannt, oder des Zusammenpressens von beiden Seiten her. In anderen Fällen sind es wirkliche Schmerzen, über welche die Kranken zu klagen haben, bisweilen halbseitiger (Migräne), häufiger doppelseitiger Natur. Namentlich die Augengegend und das Hinterhaupt sind der Lieblingssitz solcher schmerzhaften Sensationen; regelmässig erweisen sich hier die Austrittsstellen der Trigeminiäste und des Occipitalis major als auf Druck empfindlich. Nicht selten wird von den Kranken auch das Auftreten leichter, rasch vorübergehender Schwindelanfälle berichtet. In den Augen stellen sich bei geringen Anstrengungen lebhaft Schmerzen, Verschwimmen der Eindrücke und *mouches volantes* ein (neurasthenische Asthenopie).

Aber auch im Bereiche des übrigen Körpers machen sich eine Reihe von nervösen Störungen bemerkbar. Sehr häufig ist das Gefühl allgemeiner körperlicher Schwäche und Hinfälligkeit vorhanden; der Kranke fühlt sich ermüdet und angestrengt, wenn er einen kurzen Spaziergang gemacht, ein Schwimmbad genommen hat oder einige Treppen gestiegen ist. Eine wirkliche Abnahme der Muskelkraft lässt sich jedoch dabei gewöhnlich nicht nachweisen; vielmehr scheint es der Mangel an Energie zu sein, welcher den Kranken schon bei geringen Leistungen zu sehr bedeutenden Anstrengungen zwingt und ihn daher verhältnissmässig leicht ermüdet. Bisweilen werden leichte Zuckungen in einzelnen Muskeln, besonders des Gesichts, von dem Kranken wahrgenommen, die ihn sehr beunruhigen; auch über sehr erschwertes Sprechen, leichtes Stottern wird geklagt, namentlich in grösserer Gesellschaft oder bei besonderer Gelegenheit. Bei der Untersuchung pflegt der motorische Apparat keinerlei wesentliche Störungen aufzuweisen; nur starke fibrilläre Zuckungen in der Zunge sieht man sehr häufig. Auf sensorischem Gebiete finden sich zahlreiche Anomalien in Form von schmerzhaften und unangenehmen Empfindungen mannigfachster Art und Localisation. Längs der Wirbelsäule werden rieselnde, schauernde, ziehende Paraesthesien wahrgenommen; in den Beinen, den

Hoden, den Armen stellen sich ausstrahlende oder zuckende Schmerzen, das Gefühl von Brennen, Jucken, Ameisenkriechen, Pelzigwerden, Vertauben ein. Objectiv sind Sensibilitätsstörungen meist nicht nachzuweisen; die Reflexe erscheinen oft etwas erhöht.

Seitens der Circulationsorgane sind es namentlich das Herzklopfen, bisweilen auch noch andersartige, nagende oder brennende Empfindungen am Herzen, welche den Kranken ängstigen. Nicht selten macht sich ihm auch das Gefühl des Klopfens und Pulsirens im Kopfe und anderen Theilen des Körpers, fliegende Hitze, leichtes Erröthen, abnorme Trockenheit oder übermässige Schweisssecretion unangenehm bemerkbar. Auf dem Gebiete der Geschlechtsfunctionen wird abnorme Erregbarkeit, Neigung zu häufigen Pollutionen oder psychisch bedingte Impotenz beobachtet. Der Appetit ist meist gering, der Leib aufgetrieben, die Zunge belegt, der Stuhlgang träge und nur durch medicamentöse oder mechanische Nachhülfe zu erreichen. Bei leerem Magen stellen sich peinliche, nagende Empfindungen ein, die durch Essen sich rasch beseitigen lassen. Der Schlaf ist fast immer schlecht; die Kranken liegen sehr lange wach, bevor sie einschlafen, oder wachen unter plötzlichem Zusammenschrecken bald wieder auf. Sie träumen viel und lebhaft und sind am Morgen nicht erquickt, sondern unsäglich müde und angespannt. Erst im Laufe des Tages pflegt sich dann wenigstens ein Theil ihrer früheren Regsamkeit wiederherzustellen. In anderen Fällen besteht dauernd eine unüberwindliche Schläfrigkeit, die den Kranken bei der geringsten Anstrengung, selbst in grosser Gesellschaft, im Theater, zum Einschlafen bringt.

Regelmässig stellt sich im Anschlusse an den geschilderten, mehr oder weniger entwickelten Symptomencomplex ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl ein. Der Kranke empfindet die Veränderung, welche sich mit ihm vollzogen hat, und wenn er auch, namentlich in Augenblicken missmuthiger Erregung, alle möglichen äusseren Umstände dafür verantwortlich macht, so ist er doch darüber vollständig klar, dass sein Zustand als ein pathologischer betrachtet werden müsse.



Es bemächtigt sich seiner die bange Befürchtung, dass er im Beginne eines schweren, verhängnissvollen Leidens stehe, und dem befangenen Blicke bieten sich auch Anhaltspunkte genug zur Begründung dieser Anschauung dar. Auf diese Weise entwickelt sich jene Störung, welche man früher als leichteste Form psychischer Erkrankung mit dem Namen der Hypochondrie bezeichnete, während man sie jetzt als eine Theilerscheinung des neurasthenischen Irreseins kennen gelernt hat. Je nach dem Bildungsgange und der Anschauung des Kranken gestaltet sich natürlich diese hypochondrische Verstimmung verschieden. Meist ist es diejenige Krankheit, welche dem Patienten am geläufigsten ist und am schrecklichsten vorschwebt, deren Symptome er an sich zu entdecken glaubt. Ein chronischer Rachenkatarrh mit starkem Auswurf erscheint ihm als die beginnende Schwindsucht; einige Acneknötchen signalisiren ihm den Ausbruch der Syphilis, der Bodensatz im Nachtgeschirr eine schwere Nierenerkrankung, das Herzklopfen beim Treppensteigen und das Pulsiren ein Vitium cordis. Die Vergesslichkeit bedeutet dem Mediciner das Herannahen der Paralyse, der Kopfdruck den Hirntumor, die Paraesthesien in den Beinen die Tabes.

In der Regel werden diese Ideen, anfangs wenigstens, von dem Kranken als unsinnig zurückgewiesen, aber gerade hier, wo es sich direct um das eigene Wohl und Wehe handelt, geht am leichtesten der kritische Widerstand gegenüber der Krankheit verloren. Die hypochondrischen Vorstellungen können daher nicht selten die Macht förmlicher Wahnideen gewinnen und den Kranken in eine hoffnungslose, verzweiflungsvolle Stimmung versetzen, in der er sein Testament macht und sein Lebensglück für unwiederbringlich verloren hält.

Die leichtesten Formen der Neurasthenie sind überaus häufige Erkrankungen. Trotzdem wurde eine erschöpfende Kenntniss des ganzen Krankheitsbildes erst durch Beard\*)

\*) Die Nervenschwäche, ihre Symptome, Natur, Folgezustände und Behandlung, deutsch von Neisser, 2. Aufl. 1883: v. Ziemssen, Klinische Vorträge IV, 2. 1888.

im Jahre 1880 vermittelt, welcher in dem rastlosen Treiben des amerikanischen Lebens ganz besonders häufig Gelegenheit hatte, die Krankheit zu studiren. Ohne Zweifel liegen die hauptsächlichsten Entstehungsbedingungen der Neurasthenie, welche durch ihren Namen sehr zutreffend als Erschöpfung des Nervensystems charakterisirt wird, in einer Ueberanstrengung des Gehirns. Namentlich scheint es die mit lebhafter gemüthlicher Erregung, mit grosser Verantwortung verbundene Thätigkeit zu sein, welche das Zustandekommen der Neurasthenie in besonderem Masse begünstigt. Der stille Gelehrte ist ihr in weit geringerem Masse ausgesetzt, als der Kaufmann, der Offizier im Kriege, der Politiker, der beschäftigte Arzt. Es liegt daher in der Natur der Sache, dass vorzugsweise die intelligenteren, lebhafteren und gebildeteren Individuen den Gefahren der Neurasthenie zugänglich erscheinen. Frauen mit ihrer grösseren gemüthlichen Erregbarkeit und geringeren Widerstandsfähigkeit sind etwas stärker disponirt, als das männliche Geschlecht. Weiterhin ist natürlich auch die allgemeine Lebensweise und die Ernährung von grosser Bedeutung. Ein überhastetes, unregelmässiges und excedirendes Leben ohne die ausreichende Erholung durch Ruhe und Schlaf führt auch bei weit geringeren geistigen Leistungen viel rascher zur Neurasthenie, als der geregelte Tageslauf etwa des Beamten und Lehrers.

Es liegt indessen auf der Hand, dass in der Aetiologie der Neurasthenie überall neben den von aussen einwirkenden Ursachen vor Allem die ursprüngliche körperliche und geistige Veranlagung des Menschen eine ausserordentlich wichtige Rolle spielt. Von jenen leistungsfähigen robusten Naturen, deren Nervensystem mit staunenswerther Geschwindigkeit und Elasticität alle Schädigungen sofort wieder ausgleicht, welche ihm durch die unermüdliche Lebensarbeit zugefügt werden, führt eine continuirliche Reihe von Uebergängen hinüber zu solchen Individuen, welche sich den Anforderungen des Lebens schon nach sehr kurzer Zeit nicht mehr gewachsen fühlen, deren Arbeitskraft schon bei mässigen Leistungen sich rasch und vollständig erschöpft, und denen daher jede ernstere Anstrengung von vornherein

durch neurasthenische Nachwehen verbittert wird. Der gleiche klinische Zustand kann somit im einen Falle durch eine schwere äussere Schädigung bedingt werden, während wir ihn in einem andern Falle vielleicht als den einfachen Ausdruck einer unzulänglichen Veranlagung betrachten müssen. So verschieden die Grade der ursprünglichen psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit sind, so verschieden wird sich naturgemäss auch hier das Verhältniss zwischen den äusseren und inneren Ursachen gestalten müssen.

Die Entwicklung der Neurasthenie ist in der Regel eine allmähliche, doch kommt es auch vor, dass im Anschlusse an rasch hervortretende und intensiv wirkende Schädlichkeiten der ganze Symptomencomplex ziemlich plötzlich zu seiner Höhe ansteigt. Wie es scheint, können diese acut auftretenden Formen als Uebergang zu den schweren Erschöpfungszuständen der asthenischen Verwirrtheit und der acuten Demenz angesehen werden. Der Verlauf der Krankheit vollzieht sich fast immer in vielfachen Schwankungen, Besserungen und Verschlimmerungen. Abgesehen von den häufigen Abendremissionen, können sich die Kranken bei besonderem äusserem Anlasse gewöhnlich soweit „zusammennehmen“, dass die Erscheinungen vorübergehend in den Hintergrund treten, um allerdings mit dem Nachlasse der Anspannung gewöhnlich in um so grösserer Intensität zurückzukehren. Auf der Höhe der Krankheit werden gelegentlich Anfälle heftigster Beunruhigung und Angst mit der Idee, sofort „verrückt“ werden oder sterben zu müssen (Krisen) beobachtet, ja dieselben können bisweilen zu impulsiven Handlungen, namentlich gegen die eigene Person, führen. Ganz besonders charakteristisch für die Neurasthenie ist auch ein Wechsel der Symptome. Bei längerer Dauer der Krankheit können die spinalen Symptome der „Myelasthenie“ in mannigfachster Weise durch diejenigen der „Phrenasthenie“ abgelöst werden und umgekehrt.

Die Prognose der Neurasthenie ist sehr wesentlich davon abhängig, ob sich die Krankheit im Anschlusse an äussere Schädlichkeiten oder auf der Basis einer psychopathischen Prädisposition entwickelt hat. Im ersteren Falle

kann man nach Beseitigung der Ursachen die krankhaften Symptome rasch und vollkommen sich verlieren sehen. Wo aber diese letzteren einfach auf dem Boden einer unzulänglichen nervösen Constitution erwachsen sind, da wird sich naturgemäss die Beseitigung der Krankheit sehr viel schwerer und langsamer erreichen lassen, und überdies wird die Gefahr eines Rückfalles immer von Neuem zu befürchten sein.

Die Abgrenzung der Neurasthenie von manchen anderen Krankheitsformen ist in prognostischer und therapeutischer Beziehung von hervorragender Wichtigkeit. Zunächst kommt man häufig in die Lage, sich darüber Gewissheit verschaffen zu müssen, dass die hypochondrischen Befürchtungen des Kranken nicht objectiv begründet sind. Das Ausschliessen der Tabes ist bei Beachtung der Reflexe, der Pupillen und des Romberg'schen Zeichens in der Regel sehr leicht; dagegen kann es ernste Schwierigkeiten bereiten, hinsichtlich der Gefahr einer beginnenden Paralyse ein endgültiges Urtheil zu gewinnen. Nur die grössere Besonnenheit der Kranken, der Mangel einer greifbaren Gedächtnisstörung trotz ihrer Klagen darüber, das Fehlen aller objectiven nervösen Symptome (Pupillendifferenz, Analgesie, Anfälle) kann hier bisweilen den Arzt über die neurasthenische Natur des vielleicht sehr verdächtigen Krankheitsbildes aufklären.

Sehr häufig wird auch das depressive Vorstadium anderer Psychosen mit neurasthenischen Zuständen verwechselt. Indessen der Neurastheniker ist verstimmt und reizbar, weil er merkt, dass seine geistige Leistungsfähigkeit gestört ist; seine Stimmung wird freier und leichter, sobald eine äussere Anregung, eine fröhliche Gesellschaft ihn vorübergehend seine Beschwerden vergessen macht, oder sobald er, von allen Pflichten und Sorgen seines Berufes entlastet, rückhaltlos Ruhe und Erholung geniessen kann. Dort aber entsteht das Gefühl der Beängstigung, der Schwere ohne irgend welche klare Motivirung, und es wird durch Zerstreungs- und Ablenkungsversuche nicht nur nicht gemildert, sondern im Gegentheil oft genug bis zum Unerträglichen gesteigert. Endlich können die hypochondrischen Klagen der Neurastheniker unter Umständen noch zu Wechselungen mit den ersten Stadien der hypochondrischen

Verrücktheit Veranlassung geben. Der wesentliche Unterschied dieser beiden Psychosen besteht darin, dass der Neurastheniker, wenigstens für den Augenblick, den beruhigenden Versicherungen des Arztes Glauben schenkt und sich durch dieselben erleichtert und befriedigt fühlt, während der fixe Wahn des Verrückten durch die Versicherung des Arztes in keiner Weise erschüttert wird, sondern nur zu einer gründlichen Verachtung des ärztlichen Wissens führt, welches ausser Stande ist, die eigenen krankhaften Ideen zu bestätigen.

Die Behandlung der Neurasthenie bietet der Thätigkeit des Arztes ein sehr ausgedehntes und ergiebiges Arbeitsfeld. Zunächst vermag gerade hier die Prophylaxe ausserordentlich viel zu leisten. Alle jene Bestrebungen, welche darauf hinausgehen, die geistige Ueberbürdung der heranwachsenden Jugend mit todtem Gedächtnissmaterial zu bekämpfen und der Sorge für die gelehrte Erziehung diejenige für die körperliche Ausbildung zur Seite zu setzen, dienen diesem Zwecke in hervorragendem Masse. Weiterhin aber wird der Hausarzt Gelegenheit genug haben, durch eine gesundheitsgemässe Regelung der Lebensweise den Gefahren der Neurasthenie vorzubeugen und namentlich bei den ersten Anzeichen eintretender Erschöpfung sofort einzugreifen, weil dann in der Regel leicht ein Erfolg zu erreichen ist, der später nur mit bedeutenden Opfern an Zeit und Geld erkaufte werden kann. Die erste Aufgabe, welche hier erfüllt werden müsste und doch nur allzuseiten in ausreichendem Masse erfüllt werden kann, ist die Beseitigung aller jener schädigenden Einflüsse, welche die Krankheit erzeugten. Entfernung aus der Berufsarbeit, womöglich auch aus den gewohnten Verhältnissen, Versetzung in eine andere, ruhige und anziehende Umgebung wird die wichtigste Vorbedingung einer jeden Behandlung bilden müssen. Für leichtere Formen genügt oft schon eine einfache Sommerfrische, ein Landaufenthalt oder eine behagliche, keinesfalls ermüdende Reise ins Gebirge oder an die See, um ein Ausruhen des überreizten Nervensystems und damit das rasche Schwinden aller der vielfachen körperlichen und psychischen Beschwerden herbeizuführen.

Bei längerer Dauer und grösserer Intensität der Störungen pflegt die Durchführung einer vorzugsweise diätetischen Cur unter ärztlicher Aufsicht vorzügliche Dienste zu leisten. Allen den zahlreichen Nerven- und Wasserheilanstalten strömen immerwährend zahlreiche derartige Patienten zu. Ausser der Befreiung von den Geschäften und Plackereien des täglichen Berufes kommt hier vor Allem die gesundheitsgemässe Lebensweise als therapeutisches Hilfsmittel in Anwendung. Die Kranken werden kräftig und reichlich ernährt; ihre Appetits- und Verdauungsstörungen werden mit den gebräuchlichen Mitteln, namentlich aber durch systematische, nicht bis zur Ermüdung ausge dehnte Spaziergänge bekämpft. Ferner sucht man durch hydropathische Proceduren, durch Gymnastik, Massage und allgemeine Faradisation die Circulation und den Stoffumsatz soviel wie möglich zu fördern. Unter dem Einflusse aller dieser Massregeln pflegt sich die öfters stark gesunkene Ernährung stetig und beträchtlich zu heben. Gleichzeitig bessert sich der Schlaf, die Stimmung und die Beschäftigungsfähigkeit. Als medicamentöses Mittel zur Bekämpfung der nervösen Unruhe und zur Erzielung von Schlaf ist vor allen Dingen und mit gutem Rechte das Bromkalium (3 mal täglich 1—2 gr, oder eine abendliche Dosis von 4—5 gr) in Gebrauch; nur im Nothfalle wird man vorübergehend seine Zuflucht zu den eigentlichen Schlafmitteln nehmen.

Eine recht wesentliche Bedeutung hat bei neurasthenischen Zuständen fast immer die psychische Therapie. Eine aufmerksame, geduldige, aber feste Pädagogik vermag sehr viel dazu beizutragen, dass der Kranke nach und nach sein stark erschüttertes Selbstvertrauen und die Herrschaft über seinen Willen wieder gewinnt. Nach dem Verschwinden der eigentlichen Krankheitssymptome bleibt häufig noch eine Herabsetzung der psychischen Widerstandsfähigkeit bei dem Kranken zurück, welche leicht zu Recidiven führt, wenn nicht die Berufsverhältnisse und die Lebensweise dauernd derart geregelt werden, dass sie sich der individuellen Constitution in geeigneter Weise anpassen. Wer die Folgen der täglichen Arbeit in einer fortschreitenden Abstumpfung seiner Leistungsfähigkeit empfindet, sollte

daher unbedingt wenigstens einmal im Jahre für einige Wochen aus dem Joche der gewohnten Verhältnisse sich herausreissen; nur dann ist er einigermaßen sicher, im Kampfe mit dem Leben nicht immer und immer wieder zu erliegen.

Wenn wir oben darauf hinweisen mussten, dass die psychopathische Praedisposition in der Aetiologie der einzelnen neurasthenischen Erkrankung eine sehr verschieden wichtige Rolle spielt, und dass sich somit eine strenge Scheidung zwischen erworbener und angeborener Neurasthenie nicht durchführen lässt, so lehrt die klinische Erfahrung doch, dass sich die stärkere Beteiligung der individuellen krankhaften Veranlagung mehr oder weniger deutlich in dem klinischen Krankheitsbilde ausprägt. Einerseits ist es natürlich der chronische, constitutionelle, prognostisch ungünstige Charakter der Störung, der hier in Betracht kommt, dann aber sind es immerhin auch einzelne symptomatische Züge, welche um so stärker und andauernder hervorzutreten pflegen, je weniger die psychische Alteration aus äusseren Ursachen und je mehr sie aus einer psychopathischen Praedisposition ihren Ursprung genommen hat.

Das einfachste der Krankheitsbilder, welche ich in diesem Sinne für die „angeborene“ Neurasthenie in Anspruch nehmen möchte, ist die „melancholische folie raisonnée“ (v. Krafft-Ebing). Die gewöhnlich schwer neuropathisch belasteten Kranken haben von Jugend auf die unüberwindliche Neigung, allen Lebensereignissen die düstere Seite abzugewinnen. Sie sind nur empfänglich für die Sorgen, Mühsalen und Enttäuschungen des Daseins, ohne die Fähigkeit des unbekümmerten, befriedigten Genusses, der rückhaltlosen Hingabe an die Gegenwart zu besitzen; jeder Augenblick der Freude wird ihnen durch die Erinnerung an trübe Stunden, durch Selbstvorwürfe und noch mehr durch phantasievolle Befürchtungen für die Zukunft vernichtet. Das Leben, die Thätigkeit ist eine Last, die sie mit resignirtem Pflichtgefühl oder in galliger Verbitterung gewohnheitsmässig tragen, ohne durch die Lust an der Existenz, die Freude am Schaffen entschädigt zu werden. Den Grundzug des Zustandes bildet das Gefühl der eigenen

Unzulänglichkeit, der krankhaften Behinderung oder zwangsmässiger Beeinflussung im Ablaufe der psychischen und nervösen Functionen. Geistige Anstrengungen führen rasch zu erhöhter Reizbarkeit oder unverhältnissmässiger Ermüdung; die Kranken fühlen sich abgespannt, benommen, erschöpft, ruhebedürftig oder erregt, reizbar, unfähig, ihrer eigenen Gedanken Herr zu werden. Vielfach wechseln Ausbrüche unmotivirter, impulsiver Heftigkeit, feindseliges Misstrauen, Zanksucht, schroffes Auftreten gegen die liebsten Freunde mit energieloser Verzagtheit, reuiger Zerknirschung und verzweifelter Selbstquälerei. Gleichzeitig bestehen mannigfaltige „nervöse“ Symptome, wie sie bereits oben geschildert wurden, namentlich Druck oder Schmerzen im Kopfe, abnorme Sensationen in den verschiedensten Partien des Körpers, Wallungen, Pulsiren, Vibriren, ferner Schlaflosigkeit, Appetitmangel, Verdauungsbeschwerden, Verstopfung.

Das hier kurz skizzirte Krankheitsbild stellt die allgemeine Grundlage dar, auf welcher sich die später zu besprechenden Formen des neurasthenischen Irreseins, aber auch andersartige schwere Psychosen entwickeln können, und es bedeutet in diesem Sinne eigentlich nichts Anderes, als eine besondere Art der psychopathischen Constitution. Auf der andern Seite bildet diese Psychose den Uebergang zu jenen degenerativen Formen der periodischen Melancholie, welche wir vielleicht mit einer gewissen Berechtigung als langdauernde typische Exacerbationen der hier geschilderten Symptome auffassen können. Endlich aber lernen wir bisweilen in der eigenthümlich märtyrerhaften Auffassung der eigenen Lage, in dem hypochondrischen Cultus der Krankheitserscheinungen auch Andeutungen kennen, welche uns auf die Verwandtschaft der angeborenen Neurasthenie mit den hysterischen Zuständen hinweisen.

Die Entwicklung der melancholischen folie raisonnée vollzieht sich in der Regel langsam, kann aber durch ungünstige Lebensschicksale, erhöhte Anforderungen an die psychische Leistungs- und Widerstandsfähigkeit sehr beschleunigt werden. Der Verlauf bietet manchmal gewisse Schwankungen zum Bessern oder Schlechtern dar, ist meistens jedoch völlig stationär. Die Behandlung folgt den oben



aufgestellten allgemeinen Regeln, pflegt aber, im Gegensatze zu den erworbenen Formen der Neurasthenie und zu den Wundercuren bei Hysterischen, nur unsichere und vorübergehende Erfolge aufzuweisen.

Als weitere Erscheinungsformen vorzugsweise der angeborenen Neurasthenie können wir eine Reihe von Zuständen betrachten, deren gemeinsame Eigenthümlichkeit in der zwangsweisen Ueberwältigung der ohnmächtigen psychischen Persönlichkeit durch unwiderstehlich sich ihr aufdrängende Vorstellungen, Gefühle und Impulse\*) besteht. Das Individuum hat die Herrschaft über seinen Bewusstseinsinhalt bis zu einem gewissen Grade verloren; es ist nicht mehr im Stande, den Verlauf seiner Vorstellungen nach inneren Motiven zu dirigiren und unangenehme Gefühle oder Antriebe im Entstehen zu unterdrücken. Regelmässig ist dabei volle Besonnenheit und Einsicht in die Störung, sowie ein bisweilen äusserst peinliches Gefühl jenes Zwanges und jener Unfähigkeit vorhanden. Aehnliches begegnet uns ja nicht selten vorübergehend, wenn wir in Zuständen nervöser Ueberreiztheit, besonders beim Einschlafen, trotz angestrengtester Bemühungen die immer von Neuem auftauchenden Gedankenreihen nicht niederzukämpfen vermögen, sondern unter lebhaftem Unbehagen über ganz gleichgültige, müssige Dinge nachdenken, uns irgend welche unwirkliche Situationen ausmalen müssen u. s. f.

Die einfachsten Formen dieser Störung sind jene, in denen bestimmte Vorstellungen in unablässiger Wiederkehr sich dem Kranken aufdrängen und auf diese Weise die freie Beweglichkeit seines Ideenverlaufes beeinträchtigen. Bisweilen sind diese „Zwangsvorstellungen“ an sich ganz gleichgültigen oder wenigstens nicht direct irritirenden Inhaltes; nur in der häufigen Wiederholung liegt das Peinigende des Vorganges. Ich kannte einen Arzt, dem sich bei jeder Gelegenheit die Vorstellung eines Abtrittes in quälendster Weise aufdrängte. Eine andere derartige Kranke musste sich unablässig auf die Namen ihr völlig fernstehender Personen besinnen und beschrieb die ganzen Wände der

\*) Westphal, Archiv f. Psychiatrie, VIII, p. 737.

Abtheilung mit diesen Namen, um sie in ihrer Noth jederzeit leicht wiederfinden zu können.

In einer weiteren Reihe von Fällen ist nicht der specielle Inhalt, sondern nur die allgemeine Richtung des Gedankenganges durch den krankhaften Zwang beeinflusst. Es tauchen bei beliebigem Anlasse, bisweilen in förmlichen „Anfällen“, massenhafte, zwecklose, unlösbare, ja gänzlich alberne Fragen im Bewusstsein des Patienten auf, die derselbe vergeblich zu unterdrücken sich bemüht. Der Inhalt dieser Fragen nimmt nicht selten eine allgemeine, metaphysische Richtung und beschäftigt sich namentlich gern mit der Entstehung und Entwicklung der Dinge („Schöpfungsfragen“), indem sich auf associativem Wege immer eine ganze Kette derselben aneinander knüpft: Was ist Gott? Wie ist er? Woher ist er gekommen? Giebt es überhaupt einen Gott? Wie ist die Welt, der Mensch entstanden? u. s. f. Bisweilen sind es auch irgend welche Gegenstände der zufälligen Umgebung, auf die der Blick gerade fällt, welche den Anknüpfungspunkt für die Zwangsfragen abgeben: Warum steht dieser Stuhl so und nicht so? Warum nennt man ihn gerade Stuhl? Warum hat er vier Beine, nicht mehr, nicht weniger? Warum ist er braun, warum nicht höher, nicht niedriger? Man bezeichnet diese Form der Störung gewöhnlich mit dem Namen der Grübelsucht.\*) Sie erinnert in vieler Beziehung an die bekannte Erfahrung grosser Rechenkünstler (Dahse), die ebenfalls zwangsmässig alle ihnen aufstossenden Gegenstände, die Worte eines Trauerspiels, die Buchstaben eines gehörten Gedichtes zählen, mit allen ihnen vorkommenden Zahlen umfangreiche Rechnungen ausführen mussten, ohne sich davon losmachen zu können.

Weit quälender wird natürlich die Störung, sobald der Inhalt der Zwangsvorstellungen ein sehr unangenehmer ist oder wenn dieselben den Charakter von Befürchtungen unter Begleitung lebhafter Unlustgefühle annehmen. So kommt es vor, dass derartige Kranke von der als völlig

---

\*) Griesinger, Archiv für Psychiatrie I, p. 626; Berger, ibid. VI, p. 217.

absurd erkannten Idee verfolgt werden, sie seien an irgend einem Unglück, einem Todesfalle, ja einer Missernte schuld, sie hätten irgend ein Verbrechen begangen, könnten von ihrer Umgebung für einen Dieb gehalten, von einem Betrunknen belästigt werden u. s. f. Man sieht leicht, wie diese Zustände sich nur noch durch das Bestehen der Krankheitseinsicht von gewissen melancholischen Erkrankungen unterscheiden; in der That beginnen jene Psychosen häufig genug mit einem Initialstadium, in dem die psychische Persönlichkeit noch gegen die andringenden krankhaften Ideen ankämpft, bis sie von denselben weiterhin vollständig überwältigt wird.

Die zwangsmässigen Befürchtungen können den gesamten Kreislauf der Tagesbeschäftigungen fast unablässig begleiten. Bei jeder beliebigen harmlosen Handlung drängt sich dem Kranken der Gedanke auf, dass er vielleicht nicht recht daran gethan habe. Er hätte vielleicht lieber das Glas Wasser nicht trinken sollen, hat sich möglicherweise durch das Essen jener Speise geschadet oder durch das Einnehmen dieser Arznei seine Genesung vereitelt. Wäre er nicht von Hause gereist, so wäre es besser gewesen; so ist vielleicht dort ein Unglück geschehen, Jemand krank geworden, Feuer ausgebrochen. Diese beständigen Zweifel und Befürchtungen machen es dem Kranken bisweilen vollständig unmöglich, einen Entschluss zu fassen, eine Verantwortung zu übernehmen, einen Plan durchzuführen. In andern Fällen wird der vielleicht schon von jeher etwas pedantische Kranke von der Besorgniss gequält, dass er eine Thür nicht gehörig geschlossen, einen abgesandten Brief nicht zugeklebt, dass er ihn verwechselt, dass er sich beim Geldzählen geirrt habe, dass irgendwo ein Licht nicht ganz verlöscht worden sei u. s. f. Aus diesen immer wieder aufsteigenden Zwangsbefürchtungen entwickelt sich mit Nothwendigkeit eine wachsende Peinlichkeit in allen jenen kleinen Verrichtungen, die dem Kranken doch keine wirkliche Beruhigung verschafft. Beim Schliessen jedes Schlosses versichert er sich wiederholt, dass dasselbe wirklich zugesperrt ist, reisst das Couvert wieder auf, um zu sehen, ob der richtige Brief hineingelegt, ob nicht Unterschrift oder Datum

vergessen wurde, zählt jede Summe zehn, zwanzig Mal, bevor er sie abgiebt.

Analoge Besorgnisse sind diejenigen, sich zu verunreinigen, sich oder Andere zu vergiften, Nadeln zu verschlucken. Der Kranke kommt dadurch zu häufigen, schliesslich seine ganze Zeit einnehmenden Waschungen, da er sich überall zu beschmutzen glaubt; er fürchtet sich, Messing oder Kupfer wegen der Gefahr der Grünspanvergiftung zu berühren, kann nichts zu sich nehmen, ohne es immerfort auf Nadeln und Glasscherben zu untersuchen, die er etwa mit verschlucken, in seinen Kleidern verschleppen könne. Auf diese Weise kann das ursprüngliche Bild der „Zweifelsucht“ (folie du doute) sich mit demjenigen der „Berührungsfurcht“ (délire du toucher) vergesellschaften.

Ungleich häufiger, als die letztgenannten, schon auf eine schwere psychische Degeneration hinweisenden Krankheitsbilder, sind jene auch bei der erworbenen Neurasthenie bisweilen beobachteten Zustände, in denen bei gewissen Anlässen plötzlich mit überwältigender Macht die unbestimmte Furcht vor einer grossen drohenden Gefahr ohne klare Vorstellung von dem Wesen derselben über den Patienten hereinbricht. Die bekannteste dieser Formen ist der Symptomencomplex der Platzangst (Agoraphobie).\*) Der Kranke ist nicht im Stande, allein über einen grossen, menschenleeren Platz oder durch eine lange, weite Strasse zu gehen; bei jedem Versuche dazu überfällt ihn eine namenlose, unüberwindliche Angst mit heftigem Herzklopfen, die ihm den freien Gebrauch seiner Glieder vollständig raubt. Die Begleitung eines Knaben, das Hinterhergehen hinter einem anderen Menschen oder einem Wagen, das Festhalten an den Häusern genügt oft schon, um den lähmenden Affect vollständig zu überwinden. In den höheren Graden ist es dem Kranken nicht möglich, in einem Zimmer allein zu sein, ohne von der furchtbarsten Angst befallen zu werden. Ich kannte einen durch chronische Verdauungsstörungen sehr heruntergekommenen Patienten, der Monate lang Tag

---

\*) Westphal, Archiv für Psychiatrie III, p. 138; Cordes, ibid. III, p. 521; X, p. 48.

und Nacht immer Jemanden um sich haben musste. Später, mit der Besserung des körperlichen Zustandes, verlor sich diese Erscheinung, aber die Platzangst bestand in allmählich abnehmender Intensität fort. Schliesslich konnte der Kranke auch diese Zustände coupiren, indem er sich stets bei seinen Ausgängen mit einem Priessnitzschen Umschlage und einem Fläschchen Valerianatinctur versah. Obgleich er von beiden Mitteln nie Gebrauch machte und sich der Lächerlichkeit seiner Massregel völlig bewusst war, genügte dieselbe doch, das sonst unfehlbare Auftreten der Angst zu verhindern.

Der Platzangst nahe verwandt ist die auch bei sonst ganz gesunden Menschen in verschiedenen Graden sehr häufige Höhenangst, die Gefühle intensivsten ängstlichen Unbehagens beim Stehen auf hohen Thürmen, am Rande von Abgründen, selbst wo nicht die mindeste objective Gefahr eines Herabfallens vorhanden ist. Ferner beobachtet man bei Neurasthenikern bisweilen heftige Angstzufälle bis zur beginnenden Ohnmacht in grossen, weiten Räumen, in Kirchen und Theatern, in grossem Gedränge, beim Alleinsein in der Dunkelheit (Nyktophobie), bei geschlossenen oder geöffneten Thüren (Claustrophobie und Claustrophilie), beim Gehen über Brücken, endlich bei den verschiedensten Gelegenheiten, in denen die Kranken die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich gerichtet wissen, besonders bei öffentlichen Reden, Plaidoyers, Vorträgen u. s. f. In den höchsten Graden dieser Störung sind die Kranken nicht im Stande, zu schreiben, zu gehen, zu essen, Urin zu lassen, sobald sie sich beobachtet wissen, während sie sonst keinerlei motorische Störungen darbieten. Auch diesen Zuständen entsprechen Andeutungen im normalen Verhalten, der hindernde Einfluss, den die „Befangenheit“ auf die Sicherheit von Leistungen auszuüben pflegt, die sonst mit der grössten Leichtigkeit von Statten gehen, jenes Gefühl völligen Schwindens aller Gedanken, welches den ungeübten Redner bisweilen plötzlich auf das Peinlichste in dem Flusse seines Toastes unterbricht. Vom „Schwindel“ unterscheiden sich alle diese Zustände eclatant durch das gänzliche Fehlen der subjectiven Drehbewegungserscheinungen.

Zum Schlusse haben wir noch jener eigenthümlichen, ebenfalls im gesunden Leben häufig beobachteten, aber bei psychopathischen Individuen bisweilen sehr ausgebildeten Störungen zu gedenken, in denen die zwangsweise hervortretenden Vorstellungen und Gefühle den Charakter der Impulse annehmen. Zunächst haben dieselben vielleicht nur die Form von Fragen: Was würde geschehen, wenn du diese oder jene Handlung unternehmen, mit dem daliegenden Messer einen Menschen, dein Kind tödten, dem dich trauenden Geistlichen plötzlich eine Ohrfeige geben, im Theater mit einem Male auf die Bühne springen würdest? u. dergl. In anderen Fällen jedoch treten diese Impulse als unwiderstehlicher Zwang auf (Herabsetzung der psychischen Widerstandsfähigkeit); die Kranken müssen in der Kirche, beim Beten gegen ihren Willen die frivolsten Gotteslästerungen ausstossen, können sich am offenen Fenster nur mit der grössten Mühe von dem Hinabstürzen zurückhalten; sie kämpfen Jahre lang in der angestrengtesten Weise gegen den immer und immer wieder auftauchenden Antrieb, ihre Lieben umzubringen, und sie begehen eine Reihe von Zwangshandlungen, absonderliche Geberden, Zerstörung von Gegenständen, selbst Diebstähle, die dem gesunden Bewusstsein zunächst ganz unbegreiflich erscheinen. Auch bei dem *délire du toucher* sehen wir ja eine fortschreitende Entwicklung von der Zwangsvorstellung zur Zwangshandlung sich vollziehen.

Der Verlauf aller hier geschilderten schweren Formen der Neurasthenie ist gewöhnlich ein sehr chronischer, aber vielfachen Schwankungen unterworfen. Die Prognose ist wesentlich abhängig von der Rolle, welche im einzelnen Falle der psychopathischen Constitution zukommt, ebenso natürlich auch von der Möglichkeit, die etwa in den äusseren Verhältnissen des Erkrankten liegenden Schädlichkeiten dauernd oder doch zeitweilig zu entfernen. Relativ günstig können die einfachen Zwangsvorstellungen, die Platzangst und die ihr verwandten Zustände beurtheilt werden; hier gelingt es meist, durch eine geeignete Behandlung allmählich Besserung oder sogar völliges Zurücktreten der lästigen Symptome zu erzielen. Bei der Grübelsucht, der Berühr-

ungsfurcht, den Zwangsimpulsen dagegen ist die Prognose mit grosser Reserve zu stellen. Selbst wenn zeitweise Besserungen erreicht werden, besteht eine grosse Neigung zu Recidiven, und nicht selten wird sogar ein im Ganzen progressiver Verlauf beobachtet.

Die Erkennung dieser Zustände bietet in ausgeprägten Fällen keinerlei Schwierigkeit; da sie aber zum Theil nur pathologische Entwicklungsformen gewisser normaler psychischer Constitutionen darstellen, so kommen naturgemäss zahlreiche Uebergänge zur Gesundheitsbreite vor, in denen die geschilderten Störungen nur angedeutet sind. Das Auftreten von Zwangsimpulsen weist auf eine Verwandtschaft mit dem impulsiven Irresein hin, welches wir später ebenfalls als eine degenerative Constitutionsanomalie kennen lernen werden. Die Behandlung hat sich auch hier an die früher formulirten Grundsätze zu halten; hinzuzufügen wäre etwa nur noch, dass zur Coupirung der Angstanfälle mit gutem Erfolge mässige Alkoholgaben angewendet werden. Bei schwereren „Krisen“ kann man zu einer einmaligen Morphiumdosis greifen, doch thut man gut, mit letzterem Mittel hier so sparsam wie irgend möglich zu sein, da gerade Neurastheniker in grosser Gefahr sind, sich an dasselbe zu gewöhnen.

Mit den schwereren neurasthenischen Erkrankungen steht in offenbar naher Verwandtschaft ein im letzten Jahrzehnt besonders von Westphal und seinen Schülern\*), sowie von Charcot näher studirter Symptomencomplex, den wir zunächst mit Oppenheim als „traumatische Neurose“ bezeichnen wollen, obgleich der Name „Schreckneurose“ offenbar zutreffender wäre. Es handelt sich dabei um ein aus mannigfaltigen nervösen und psychischen Erscheinungen zusammengesetztes Krankheitsbild, welches sich in Folge von heftigen Gemüthserschütterungen, plötzlichem Schreck, grosser Angst ausbildet und daher nach schweren Unfällen, besonders nach Eisenbahnkatastrophen u. dergl. beobachtet wird.

Bei den bis dahin ganz gesunden Individuen entwickelt

\*) Oppenheim, Die traumatischen Neurosen. 1889.

sich im Anschlusse an das meist vorübergehende Bewusstlosigkeit erzeugende Trauma ganz allmählich, in Wochen oder selbst Monaten, ein Zustand, welcher sich psychisch durch depressive Verstimmung mit ängstlichen Befürchtungen der verschiedensten Art und Unfähigkeit zu jeder geistigen Anstrengung charakterisirt. Die Kranken erscheinen still, gedrückt, wortkarg, kümmern sich wenig um die Vorgänge in ihrer Umgebung und sind immerfort durch ihre eigenen quälenden Gedanken in Anspruch genommen. In einzelnen Fällen bestehen typische Zwangsvorstellungen, Agoraphobie, Grübelsucht; meist aber treten hypochondrische Ideen dominirend in den Vordergrund. Die Kranken werden den Eindruck des erlittenen Unfalles nicht mehr los, fühlen sich durch denselben in ihrem Gesundheitszustande auf das Schwerste geschädigt und beobachten mit peinlicher Aufmerksamkeit alle Vorgänge an ihrem Körper, welche ihnen mit ihrem Leiden in Beziehung zu stehen scheinen. In gemüthlicher Beziehung sind sie auffallend erregbar, gerathen ungemein leicht in Verlegenheit und Verwirrung, können sich nicht zusammenhängend über ihren Zustand aussprechen und fühlen sich dauernd durch das Gefühl innerer Beklemmung und Beängstigung in ihrem Denken und Handeln gehemmt. Bisweilen steigert sich die Angst anfallsweise zu förmlichen „Krisen“, welche die Kranken sogar zum Selbstmorde führen können. Das Gedächtniss ist trotz der Klagen über Abnahme desselben meist gut, wenn sich auch eine gewisse Zerstretheit und Vergesslichkeit, auf dem mangelnden Interesse und der Aufmerksamkeitsstörung beruhend, häufig nachweisen lässt. Die Arbeitsfähigkeit der Kranken wird durch ihre hypochondrische Energielosigkeit, wie durch die zahlreichen nervösen Beschwerden stets auf das Empfindlichste beeinträchtigt oder ganz aufgehoben. Eine weitere Ausbildung gewinnen die psychischen Störungen in der Regel nicht; nur hie und da wird das Auftreten von Dämmerzuständen, acuten hallucinatorischen Aufregungen oder noch seltener von ausgebildetem Schwachsinn beobachtet. Im letzteren Falle handelt es sich wol immer um wirkliche Kopfverletzungen.

Der Schlaf der Kranken ist regelmässig durch ängst-



liche Träume hochgradig gestört, der Appetit gering; das Körpergewicht sinkt. Im Kopfe bestehen allerlei abnorme Sensationen, Druck, Eingenommenheit, Schwindelgefühl, unangenehme Bewegungsempfindungen, im Rücken und Kreuz das Gefühl von Spannung und Steifigkeit, in den vom Trauma betroffenen Theilen mannigfache Paraesthesien und Schmerzen. Ausserdem wird über asthenopische Beschwerden, Ohrenklingen und -sausen, Herzklopfen, Abnahme der Potenz, Erschwerung der Harnentleerung und Stuhlverstopfung, bisweilen auch über hartnäckiges Erbrechen geklagt. Objectiv lassen sich in einzelnen Fällen Sensibilitätsstörungen in sehr wechselnder Ausbreitung, Analgesie neben hyperaesthetischen Stellen, häufig Einschränkung des Gesichtsfeldes, ferner Steigerung der Sehnenreflexe, Lähmungserscheinungen der verschiedensten Art, Langsamkeit und Unsicherheit der Bewegungen, Geh- und Sprachstörungen, leichter Tremor, bedeutende Pulsbeschleunigung, Ohnmachten und selbst ausgebildete epileptische Anfälle nachweisen. Alle diese Erscheinungen weichen in ihrem atypischen Auftreten durchaus von dem Symptomenbilde organischer Hirn- oder Rückenmarkserkrankungen ab und werden durch ihre Localisation, ihr wechselndes Verhalten und den verschlimmernden Einfluss psychischer Erregung als functionelle gekennzeichnet. Nur ganz vereinzelt werden auch Störungen beobachtet, welche mit Sicherheit auf eine organische Grundlage hinweisen, so reflectorische Pupillenstarre und Sehnervenatrophie.

Der Verlauf der traumatischen Neurose ist ein chronischer, die Prognose im Allgemeinen ungünstig. Zwar werden manche Fälle gebessert und selbst geheilt; vielfach aber kommt es zu einem langsam fortschreitenden Siechthum, welches bisweilen mit Entwicklung von Herzhypertrophie und Arteriosklerose einhergeht.

Die Deutung dieses Krankheitsbildes hat den Anlass zu einer interessanten Controverse gegeben. Während Westphal und seine Schüler dasselbe unter Betonung gelegentlicher objectiver Befunde auf schleichende organische Veränderungen im Centralnervensystem zurückführten, hat Charcot alle diese Fälle ohne Weiteres der Hysterie zu-

getheilt. Mit Recht ist indessen geltend gemacht worden, dass der Begriff der hysterischen Neurose durch diese Erweiterung noch viel verschwommener und unklarer wird, als er es leider heute schon ist. Neuerdings setzt Charcot die traumatische Neurose in Parallele zu den hypnotischen Zuständen, indem er meint, dass während der heftigen Bewusstseinsalteration durch den Schreck das ganze Symptomenbild auf dem Wege einer später stabil werdenden Autosuggestion entstehe. Andererseits hat Oppenheim jetzt die Annahme einer organischen Grundlage, abgesehen von gewissen Ausnahmefällen, aufgegeben. In diagnostischer Hinsicht dürften Schwierigkeiten im Allgemeinen nur gegenüber der Möglichkeit einer Simulation erwachsen, die ja bei der häufig sich erhebenden Entschädigungsfrage ziemlich nahe liegt. Früher sind auch ohne Zweifel viele derartige Kranke für Simulanten gehalten worden; seitdem man indessen diese Zustände genauer kennt, wird eine sorgfältige Vergleichung mit den zahlreich beschriebenen typischen Fällen vor jenem Irrthume zuverlässig bewahren.

Die Therapie ist im Wesentlichen eine allgemein roborirende und ablenkende; im Einzelnen sind Bäder, Massage, elektrische Behandlung, namentlich Galvanisation des Kopfes, endlich die Anwendung der Bromsalze von Nutzen.

### B. Das hysterische Irresein.

Wenn es heute kaum möglich erscheint, eine kurze und präzise Definition der Hysterie überhaupt aufzustellen, so tritt uns diese Schwierigkeit in fast noch höherem Grade entgegen beim Hinblicke auf das hysterische Irresein. Wir belegen gelegentlich eine ganze Reihe von psychopathischen Zuständen mit dem Beinamen des „Hysterischen“, ohne immer mit genügender Klarheit die Begründung desselben durchführen zu können. Ja, es kann kaum in Abrede gestellt werden, dass nicht selten geradezu ein Missbrauch mit der verallgemeinerten Anwendung jenes Epithetons getrieben worden ist. Als wirklich einigermaßen charakteristisch für alle hysterischen Geistesstörungen dürfen

wir vielleicht die ausserordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit ansehen, mit welcher sich psychische Zustände in mannigfaltigen körperlichen Reactionen wirksam zeigen, seien es Anaesthesien oder Paresthesien, seien es Ausdrucksbewegungen, Lähmungen, Krämpfe oder Secretionsanomalien.

Freilich ist damit das allgemeine Bild der hysterischen Alienationen keineswegs erschöpft. Vielmehr ist allen länger dauernden und tiefer greifenden Formen des hysterischen Irreseins noch eine weitere, mehr oder weniger stark ausgeprägte Eigenthümlichkeit gemeinsam, das ist die psychopathische Grundlage, auf welcher sie sich entwickeln, der hysterische Charakter. Die Intelligenz und das Gedächtniss pflegen durch die Hysterie, selbst bei sehr langem Bestehen, nicht wesentlich zu leiden; vielmehr lassen beide in einzelnen Fällen sogar eine frappirende Schärfe erkennen. Was aber regelmässig nach und nach durch die Krankheit in Mitleidenschaft gezogen wird, das ist die Art und Weise der gemüthlichen Reaction und das Handeln der Kranken; auf diesem Gebiete vollzieht sich im Laufe längerer Zeiten fast ausnahmslos eine fortschreitende Veränderung, welche man ein Recht hat, als eine mehr oder weniger hochgradige moralische Verblödung aufzufassen.

Zuerst ist es die Stimmung, welche eine krankhafte Störung erkennen lässt. Die Patienten werden reizbar, leicht heftig, launenhaft; aus unmotivirter Ausgelassenheit verfallen sie binnen kürzester Frist und bei geringfügigstem Anlasse oder auch ganz ohne denselben in zornige, ent-rüstete, in bittere, weltschmerzliche oder in schwärmerisch sentimentale Gefühlsregungen. Dazu kommt, dass der Ausdruck ihrer Gemüthsbewegungen den Charakter des Masslosen und Excentrischen gewinnt, während doch der wahre innere Affect der Kranken nicht im Entferntesten dem äusserlich hoffnungslosen Schmerze, der exaltirten Freude entspricht. In innigem Zusammenhange mit dieser Veränderung steht die Concentration des gesammten Interesses auf die Zustände und Beziehungen der eigenen Person. Die Kranken werden gleichgültiger gegen ihre Umgebung, oft auch gegen ihre allernächsten

Angehörigen; dafür aber vertiefen sie sich mit einem gewissen Raffinement in ihre eigenen Empfindungen und Stimmungen, so dass sie schliesslich bisweilen wahre Virtuosen des Egoismus werden. Vor Allem bemächtigt sich ihrer der mehr oder weniger klar aufgefasste Wunsch, bemerkt, beachtet zu werden. Aus ihm entwickelt sich die Neigung zum Affectirten, zum Auffallenden, zu einer Aufbauschung der Wichtigkeit aller jener Verhältnisse, welche das eigene Ich unmittelbar angehen. Nicht selten treibt sie das Verlangen, um jeden Preis die Aufmerksamkeit der näheren und ferneren Umgebung auf sich zu richten, zu den seltsamsten, ja sogar zu unmoralischen Handlungen, zur Verdrehung von Thatsachen, zur Lüge und Verläumdung. Namentlich das religiöse Gebiet ist es, welches ihnen nach dieser Richtung hin einen willkommenen Spielraum darbietet, und die Geschichte der Schwärmer und Schwindler hat daher eine nicht geringe Anzahl gerade von Hysterischen unter ihren Grössen zu verzeichnen.

Mit dieser Neigung, eine möglichst hervorragende Rolle zu spielen und die eigene Person auf ein gewisses Piedestal zu setzen, hängt auch das ungemein anspruchsvolle Wesen, sowie die erstaunliche und für die Umgebung oft in hohem Grade quälende Empfindlichkeit der Hysterischen gegenüber vermeintlichen Zurücksetzungen und Vernachlässigungen zusammen. Aus ihr erklärt sich ferner die eifersüchtige Aufmerksamkeit, mit welcher sie die Beachtung und Behandlung anderer Personen zu verfolgen, und die Leidenschaftlichkeit, mit welcher sie auf deren vermeintliche Bevorzugung zu reagiren pflegen. Diese egoistische Ausbildung ihres Charakters bei vollständiger Erhaltung der Besonnenheit und Intelligenz, diese Empfindlichkeit und Launenhaftigkeit, diese unermüdlichen Praetensionen, diese Neigung, zu klatschen, zu schmähen, zu medisiren, sind es, durch welche Hysterische ihre Umgebung bisweilen zu völligen Sklaven ihres Willens zu machen verstehen, und durch welche sie zum Schrecken der Aerzte und Anstalten werden können, welche mit ihrer Behandlung sich zu befassen gezwungen sind.

Auf dieser freilich in sehr verschiedenem Masse aus-

gebildeten hysterischen Grundlage können sich nun eine Reihe verschiedener specieller Krankheitsbilder entwickeln, sei es als vorübergehende Episoden, sei es als dauernde und durchgreifende pathologische Zustände. In erster Linie haben wir dabei einer Form zu gedenken, welche eine nahe Analogie zu den hypochondrischen Anwandlungen der Neurastheniker darbietet. Freilich pflegen hier die hypochondrischen Vorstellungen eine viel grössere Gewalt und eine viel längere Dauer im Bewusstsein der Kranken zu gewinnen, und sie pflegen namentlich auch die körperlichen Functionen in ausgedehntem Masse mit zu beeinflussen. Sehr häufig sind es wirkliche, aber durch die Phantasie der Kranken bis in's Ungeheuerliche vergrösserte Beschwerden, an welche sich die hypochondrischen Ideen der Hysterischen anknüpfen. Das Gefühl einer allgemeinen Schwäche in Folge von Anaemie, Verdauungsbeschwerden, Kopfschmerzen verschiedener Art, abnorme Sensationen längs des Rückens, in den Beinen, im Unterleibe, vor Allem aber am Herzen, bieten der liebevollen Vertiefung in die eigenen Zustände und der Neigung, sich selbst möglichst interessant erscheinen zu lassen, die realen Anhaltspunkte für die Construction eines äusserst merkwürdigen und quälenden Leidens, dessen Einzelheiten in feinsten Detaillirung und effectvollen Superlativen bei jeder Gelegenheit in den Vordergrund geschoben werden.

In manchen Fällen sind es namentlich psychische Leiden, welche die Kranken an den Rand der Verzweiflung bringen. Entsetzliche Gedanken, die Erinnerung an die unerhörten Schicksale ihres Lebens, furchtbare Seelenpein, nächtliche Träume von grauenhafter Ausführlichkeit und Schrecklichkeit, selbst angebliche Hallucinationen (ein schwarzer Mann mit einem langen Messer, die Mutter im Leichengewande), Alles in theatralischem und selbstgefälligem Aufputze, pressen den Kranken bei jeder passenden Gelegenheit ganze Cascaden von Thränen aus den Augen, während sie gleichzeitig einen sehr ausgeprägten, wenn auch bemäntelten Sinn für materielle Genüsse besitzen, bei keiner Anstaltsfeierlichkeit fehlen und überall ihren übermenschlichen Schmerz mit heroischer Resignation zur Schau tragen. Auch

das männliche Geschlecht stellt zu dieser Form, die man wol nicht mit Unrecht der Hysterie zurechnen darf, seine Vertreter.

Häufig genug gesellen sich zu allen physischen und psychischen Qualen der Vielgeprüften noch eine Anzahl von Symptomen, wie sie direct aus der hysterischen Neurose herauszuwachsen pflegen. Namentlich sind es Lähmungen verschiedenen Grades, speciell der Beine, „Ovarialhyperaesthesie“, eine unüberwindliche Appetitlosigkeit, hartnäckiges Erbrechen, Aphonie, Sehstörungen, Hemianaesthesien, Ohnmachtsanfälle und Krämpfe, welche das Krankheitsbild in mannigfaltigster Weise compliciren. Allen diesen Störungen ist der Umstand gemeinsam, dass sie in ihrem Auftreten und Verschwinden sehr bemerkenswerther Weise von psychischen Einflüssen abhängig sind. So vermag eine heftige Aufregung die Lähmungssymptome plötzlich zum Schwinden zu bringen; das Erbrechen wird durch Magenausspülungen, die Application von Nährklystiren, durch die Aussicht auf eine Vergünstigung beseitigt; der Krampfanfall schliesst sich an einen Aerger, an die klinische Demonstration u. dergl. an, und er weicht nicht selten dem Drucke auf das hyperaesthetische Hypogastrium, der energischen Application des faradischen Pinsels oder einer kalten Uebergiessung. Dieses Verhalten entspricht durchaus der weiteren Erfahrung, dass die Kranken, wenn sie unbefangen sind und sich unbeobachtet glauben, oft alle ihre Beschwerden vergessen und in psychischer wie körperlicher Beziehung (Essen, Gehen) eine bedeutende Leistungsfähigkeit an den Tag legen, welche sofort der alten, Mitleid heischenden Hinfälligkeit Platz macht und von ihnen vollständig verleugnet wird, sobald sie auf ihre Krankheit hingewiesen werden oder sich dem Arzte gegenüber sehen.

Man hat aus diesen und ähnlichen Beobachtungen nicht selten den in der That oft verführerischen Schluss gezogen, dass es sich bei Hysterischen überhaupt nicht um Krankheit, sondern um ganz ordinäre Simulation handele. Ohne Zweifel werden einzelne Symptome dieser hypochondrischen Form von den Kranken willkürlich und zweckbewusst vorgetäuscht, um sich die Theilnahme des Arztes zu sichern

und ihm eine möglichst schlimme Vorstellung von der Grösse ihres Leidens beizubringen. So kommt es nicht zu selten vor, dass Hysterische vorgeben, wochen- oder monatelang nichts gegessen oder keinen Stuhlgang gehabt zu haben, während eine geschickte Beobachtung ergiebt, dass sie mit grösster Schlaueit (in der Nacht, mit Hülfe anderer Kranker) sich Nahrung zu verschaffen oder ihre Excremente zu beseitigen wissen, während sie mit verzweiflungsvoller Duldermiene oder resignirtem Trotze an ihrer Behauptung festhalten. Noch jüngst habe ich erlebt, dass eine solche Kranke sich mit einer Scheere heimlich, aber systematisch ziemlich schwere Verwundungen in der Vagina beibrachte, um Blasenblutungen vorzutäuschen. Man darf indessen nicht ausser Acht lassen, dass uns die Neigung zu einer Art Simulation einzelner Symptome bei einer Reihe von anderen psychischen Erkrankungen gelegentlich begegnet. Es wäre daher durchaus verkehrt, aus dem Nachweise einer absichtlichen Täuschung auf den Mangel einer psychischen Störung überhaupt schliessen zu wollen. Wenn auch dieses oder jenes von dem Kranken behauptete Symptom in Wirklichkeit nicht vorhanden ist, so fällt doch eben die eigenthümliche Neigung zur Täuschung des Arztes und das dem gesunden Menschen ganz unverständliche Motiv selber ohne Zweifel in das Gebiet des Krankhaften hinein.

Kaum weniger charakteristisch für das hysterische Irresein, als die hypochondrischen Klagen, sind die in vielen Fällen episodisch hervortretenden Dämmerzustände. Man bezeichnet mit diesem Namen kürzer oder länger dauernde Anfälle stärkerer Bewusstseinstäubung, welche sich entweder spontan einstellen oder unmittelbar an Krampfparoxysmen anschliessen, auch häufig durch solche abgeschnitten oder unterbrochen werden. Als einfachste Form dieser Dämmerzustände können wir jene Bewusstseinsstörungen betrachten, welche regelmässig den Krampfanfall kürzere oder längere Zeit überdauern. Die Kranken liegen mit schlaffen Gliedern, in denen nur gelegentlich noch eine Andeutung tonischer Starre hervortritt, ruhig athmend und mit meist verlangsamtem Pulse, die Augen nach oben und seitwärts gerollt, fast unbeweglich da, reagiren aber meist durch Ausweich-

bewegungen, Zucken, Augenrollen, oder durch plötzliches Zusammenschrecken und Erwachen auf stärkere Reize, namentlich auf den faradischen Pinsel. In einzelnen Fällen kann sich dieser Zustand, unterbrochen durch zahlreiche Anfälle, viele Tage, ja Wochen lang mit geringen freieren Intervallen hinziehen.

Einen anderen Charakter tragen jene Dämmerzustände, welche dem Gebiete des Nachtwandelns oder Somnambulismus angehören. Gewöhnlich treten dieselben im Schlafe auf. Die Kranken erheben sich aus ihrem Bette, sehen zum Fenster hinaus, gehen im Zimmer oder selbst im ganzen Hause herum, verrichten allerlei, oft ganz geordnete, bisweilen aber auch unsinnige (Zerreissen von Kleidern, Verstecken von Gegenständen) und sogar verbrecherische Handlungen (Diebstähle, Brandstiftungen), um sich dann nach einiger Zeit wieder in's Bett zu legen und am andern Morgen mit höchst unklarer Erinnerung an das Geschehene zu erwachen. Meist ist es leicht, die Kranken durch Anreden oder doch durch intensivere Reize (Kälte, Stechen, Kneifen) aus ihrem Zustande zu erwecken. Ganz ähnliche Anfälle beobachtet man auch bei Tage, wo sie sich gewöhnlich im Anschlusse an einen Krampfparoxysmus, bisweilen auch einen Lach- oder Weinkrampf, entwickeln. Die Kranken machen hier ganz den Eindruck von Nachtwandlern, indem sie mit verschränkten Armen, gesticulirend oder leise und unverständlich vor sich hin sprechend, auf und abgehen. Indessen lassen sie sich meist durch äussere Störungen gar nicht beirren; selbst gewaltsames Festhalten, Nadelstiche oder faradische Ströme genügen häufig nicht um den krankhaften Zustand zu beseitigen.

Noch reger gestaltet sich die psychische Thätigkeit bei einer weiteren Form der Dämmerzustände. Hier stellen sich bei mässig getrübttem Bewusstsein massenhafte Hallucinationen ein, welche die Kranken entweder in grässliche Gefahren und aufregende Situationen, oder aber in ekstatische Zustände mit Wonnegefühlen und himmlischen Visionen versetzen, Stimmungen, die sich dann natürlich in dem ganzen Benehmen, den Reden und den Ausdrucksbewegungen widerspiegeln. Endlich beobachtet man, namentlich



bei jugendlichen Individuen, Dämmerzustände mit eigenthümlicher läppischer Erregung. Die Kranken befinden sich in vorwiegend heiterer, ausgelassener Stimmung, in welcher sie ihre Umgebung verkennen, schnippische Reden führen, ein eigensinniges, albernes Wesen an den Tag legen und allerlei thörichte oder muthwillige Streiche begehen, schreien, Thierstimmen nachahmen, davonlaufen. Oft tritt hier bei dem ziemlich besonnenen Benehmen der Kranken die pathologische Natur der Störung dem Zuschauer erst dann recht deutlich zu Tage, wenn nach einigen Minuten oder Stunden ein leichter Krampfanfall die Scene abschliesst und nun plötzlich bei völligem Mangel der Erinnerung an das Vorgefallene ein stilles, gedrücktes Wesen an Stelle der früheren Ausgelassenheit tritt. Die letzteren beiden Formen der Dämmerzustände war Rieger durch Hypnotisiren experimentell zu erzeugen im Stande, doch sind sie auch spontan nicht zu selten.

Ausser diesen typischen Krankheitsbildern können sich auf der hysterischen Grundlage noch eine Reihe von anderen psychischen Störungen entwickeln, welche in der Regel nur durch gewisse Eigenthümlichkeiten ihren hysterischen Ursprung verrathen. So begegnet man hier nicht selten kürzer oder länger dauernden, unmotivirten depressiven Verstimmungen, welche oft von vagen Versündigungsideen begleitet sind. Noch häufiger fast sind Aufregungszustände aller Art, zumeist in Form zorniger Gereiztheit mit heftigen Schimpfparoxysmen, mit der Neigung, zu zerstören und selbst zu schmieren, gewöhnlich an irgend einen äusseren Anlass, einen Aerger, eine eifersüchtige Regung und dergl. sich anschliessend. Alle diese Affectzustände gehen meist rasch, binnen wenigen Stunden, Tagen oder höchstens Wochen wieder vorüber, aber sie haben naturgemäss eine ganz ausserordentliche Neigung, zu recidiviren, und treten bisweilen mit einer gewissen Periodicität (etwa in Verbindung mit den Menses) hervor. Ja, es kann sich aus dem oft wiederholten, unregelmässigen Wechsel zwischen exaltirter und depressiver Verstimmung mit dazwischen sich einschiebenden Dämmerzuständen, relativ normalen Zeiten und Krampfanfällen verschiedener Art, namentlich tagelang

andauernder allgemeiner Chorea, ein überaus mannigfaltiges und über Jahr und Tag hin sich erstreckendes Krankheitsbild zusammensetzen.

Eine besondere Bedeutung neben jenen affectiven und manchen anderen gelegentlich beobachteten Formen ist endlich noch der hysterischen Verrücktheit beigemessen worden, so dass man sie vielfach als besondere Krankheits-species aufgefasst hat. Wie mir scheint, hat die Abgrenzung derselben grosse Schwierigkeiten, und die Hysterie besitzt hier keine wesentlich andere Bedeutung für den Krankheitsprocess, als dass sich eben in ihr eine besondere Art der psychopathischen Prädisposition kundgibt, welche dann natürlich auch dem Krankheitsbilde eine gewisse spezifische Färbung zu geben vermag. Wie wir bei Epileptikern vorzugsweise religiöse Vorstellungen und Gefühle im Wahnsysteme eine Rolle spielen sehen, so sind es sexuelle Verfolgungs- und Grössenideen, welche bei der hysterischen Verrücktheit ganz besonders in den Vordergrund treten, ohne dass wir darum jede religiöse Form der Verrücktheit als epileptische oder jede sexuelle und erotische Form als hysterische zu bezeichnen berechtigt wären.

Wie der Name bereits andeutet (*ὑστέρα*, die Gebärmutter), ist die Hysterie so sehr eine Krankheit des weiblichen Geschlechts, dass man sogar zweifelhaft gewesen ist, ob man überhaupt ein Recht hat, analoge Symptomen-complexe bei Männern unter dieselbe Bezeichnung zu subsumiren. Indessen die „männliche Hysterie“ ist heute, besonders auf die Initiative der Pariser Schule hin, keine seltene Krankheit mehr, und es lässt sich nicht in Abrede stellen, dass eine scharfe Trennungslinie zwischen den functionellen Neurosen der beiden Geschlechter schwerlich gezogen werden kann. Weder die eigenthümlichen Convulsionen, noch die Charakterveränderung, noch die Dämmerzustände fehlen bei Männern vollständig, wenn sie auch beim weiblichen Geschlechte eine viel grössere Ausdehnung und typischere Entwicklung zu erlangen pflegen.

Jedenfalls geht aus diesem Verhalten soviel hervor, dass den zweifellos bestehenden Beziehungen der Hysterie zu dem weiblichen Sexualsysteme nicht diejenige Unver-

brüchlichkeit zukommt, welche ihnen vielfach, auch in neuester Zeit, zugeschrieben wurde. Ebenso muss uns der Umstand, dass gerade eine Reihe sehr tiefgreifender Erkrankungen der Geschlechtsorgane zwar recht intensive somatische und selbst psychische Störungen zu erzeugen vermögen, ohne doch dabei den Symptomencomplex der Hysterie auszulösen, gegen die Annahme einer massgebenden Bedeutung der Sexualerkrankungen immerhin misstrauisch machen. Sehen wir doch ferner hysterische Symptome schon lange vor dem Eintritte der Geschlechtsreife, selbst bei Kindern, sehen wir sie doch endlich auch bei vollkommen gesunden Genitalorganen in exquisiter Weise sich entwickeln.

Auf der andern Seite kann nicht geleugnet werden, dass häufig genug bei Hysterischen der objective Befund oder doch die Beschwerden auf die Geschlechtssphäre als auf die Quelle der Neurose hindeuten, und dass die Beseitigung kleiner Störungen auf diesem Gebiete, selbst die Entfernung der gesunden Generationsorgane, unter Umständen eine erhebliche Besserung oder sogar völlige Beseitigung der hysterischen Symptome herbeizuführen vermag. Aus allen diesen Thatsachen scheint mir mit Sicherheit soviel hervorzugehen, dass die eigentliche Ursache der Hysterie in einer krankhaft degenerativen Constitution des gesammten cerebrospinalen Nervensystems gelegen ist, dass aber die ergiebigste Quelle für äussere Reize und Schädlichkeiten, welche nun auf dem prädisponirten Boden die abnorme Reactionsweise zur Auslösung bringen, beim Weibe wenigstens in den Genitalorganen gesucht werden muss. Nur auf diese Weise, durch die Annahme einer Prädisposition, welche den aus der empfindlichsten Sphäre andringenden Reizen mehr oder weniger entgegenkommt, oder bei besonderer Ausbildung gelegentlich auch ohne stärkeren äusseren Anstoss die krankhafte Veränderung des nervösen und psychischen Lebens herbeiführen kann, lässt sich die Thatsache erklären, dass eine und dieselbe organische Störung in einem Falle fast symptomlos verläuft, im zweiten leichte nervöse Beschwerden, im dritten aber die ganze Mannigfaltigkeit der hysterischen Erscheinungen zu erzeugen im Stande ist.

Wie sich aus den vorstehenden Erörterungen von selber ergibt, ist der Verlauf der Hysterie regelmässig ein chronischer, nicht selten über Jahrzehnte hinaus sich erstreckender. In einzelnen Fällen zeigen sich die ersten Symptome der Erkrankung, namentlich beim weiblichen Geschlechte, schon im zehnten bis zwölften Lebensjahre, ja selbst noch früher; auf der andern Seite pflegen sich im höheren Lebensalter, nach dem Klimakterium, häufig die markirteren Symptome der Hysterie mehr und mehr zu verwischen. Im Gegensatze zu dem andauernden Fortbestehen der hysterischen Constitution können die einzelnen Formen psychischer Erkrankung einen ausserordentlich wechsellvollen und verschiedenartigen Verlauf nehmen. Ja, der rasche und unvermittelte Wechsel der Erscheinungen ist sogar, wenn man von dem hysterischen Charakter und der hysterischen Verrücktheit absieht, in hohem Grade dem hysterischen Irresein eigenthümlich. Es ist gewissermassen eine Reihe von Episoden, welche sich auf der gemeinsamen Basis nach einander abspielen können, und deren Einzeldauer in der Regel einige Monate nicht überschreitet, häufig aber auch nur einige Tage oder Stunden beträgt.

Die Prognose des hysterischen Irreseins ist, was den einzelnen Anfall psychischer Störung anbetrifft, eine durchweg günstige; dafür aber wird man fast immer mit Sicherheit beim nächsten Anlasse eine Rückkehr dieser oder einer anderen Form der Alienation erwarten dürfen. An eine radicale Umänderung der hysterischen Constitution, sowie der aus ihr hervorwachsenden Charaktereigenthümlichkeiten ist wol kaum jemals zu denken. Dagegen lassen sich sehr bedeutende und ans Wunderbare grenzende therapeutische Erfolge bisweilen in solchen Fällen erzielen, in denen äussere Momente (Sexualerkrankungen, ungeeignete Lebensweise, schädlicher Einfluss der Umgebung) die wichtigste Ursache der oft ausserordentlich hochgradigen, namentlich hypochondrischen Beschwerden der Kranken abgeben.

Schon die Schwierigkeit einer exacten Definition des hysterischen Irreseins deutet auf die nahen Beziehungen hin, die dasselbe zu den verwandten Neurosen aufzuweisen hat. Namentlich die „männliche Hysterie“ ist es, welche

diese Beziehungen am klarsten hervortreten lässt. Nach der einen Seite hin haben wir zahlreiche Uebergänge zu dem Krankheitsbilde der Neurasthenie zu verzeichnen, wenn sich auch gewisse Merkmale aufstellen lassen, welche zu meist eine Abgrenzung beider Gebiete von einander ermöglichen. Der Neurasthenie im engeren Sinne fehlen die Lähmungen, die Krämpfe, die Dämmerzustände; an ihrer Stelle begegnen wir den Zwangsvorstellungen, Zwangsgefühlen und Zwangsimpulsen. Die traumatische Neurose nähert sich in ersterer Beziehung der Hysterie, aber sie bietet nicht den proteusartigen Wechsel der Zustände dar, sondern ist im Wesentlichen stabil und unter Umständen heilbar, ganz abgesehen von ihrer ganz eigenartigen Entstehungsweise. Zwischen der melancholischen Folie raisonnante und der hysterischen Veranlagung giebt es continuirliche Uebergänge. Für die Hysterie kommen äussere Ursachen (Ueberanstrengung, chronische Aufregung, Erschöpfung) relativ wenig, für die Neurasthenie in erster Linie in Betracht; dort hat der Arzt häufig genug mit Eigensinn, passivem Widerstande und der vielleicht selbst nicht eingestandenen Lust am Kranksein zu kämpfen, während ihm hier der Kranke meist mit dem sehnlichen Verlangen, gesund zu werden und daher mit pünktlichem Gehorsam entgegenkommt.

Aehnliche Schwierigkeiten ergeben sich für die Differenzirung der Hysterie gegenüber dem epileptischen Irresein. Zunächst kann hier schon die Unterscheidung der Krampfanfälle von Wichtigkeit sein. Beim hysterischen Anfall ist das Bewusstsein nicht so tief getrübt, wie beim epileptischen; es kommt daher auch fast nie zu dem plötzlichen, rücksichtslosen Hinstürzen, zu ernsthaften Verletzungen und zum Zungenbiss. Ferner pflegt der hysterische Anfall eine viel grössere Mannigfaltigkeit in seiner Ausbildung zu besitzen, als der fast immer stereotype epileptische Insult. Tonische und klonische Krämpfe des ganzen Körpers und einzelner Theile, Opisthotonus („arc en cercle“), Jactation, Herumrollen an der Erde, Purzelbäume und ähnliche, mehr an willkürliche Actionen erinnernde Bewegungen wechseln miteinander, selbst bei demselben Anfalle, öfters in

verschiedenartiger Weise ab. Endlich stehen die hysterischen Krämpfe in besonderem Masse unter dem Einflusse äusserer Einwirkungen. Nicht selten gelingt es, sie durch Gemüthsbewegungen hervorzurufen und sie durch sehr intensive Reize abzukürzen oder völlig zu coupiren. Dennoch giebt es zwischen beiden Krampfformen unzweifelhaft eine Reihe von Uebergängen, welche bekanntlich zur Aufstellung des Zwischengebietes der „Hysteroepilepsie“ geführt haben.

Recht unsicher kann die Unterscheidung der hysterischen und epileptischen Dämmerzustände ausfallen. Die wichtigsten Kriterien ergeben sich hier immer aus Nebenumständen, aus dem Geschlechte und dem sonstigen Verhalten der Kranken, aus der Art der Krampfanfälle, sowie aus dem Bestehen des hysterischen oder epileptischen Charakters. Hinsichtlich jener Zustände selbst ist es beachtenswerth, dass diejenigen der Epileptiker besonders häufig mit sehr intensiven Angstanfällen und der Neigung zu brutalen, gewalthätigen Reactionen einhergehen, während die hysterischen Dämmerzustände in der Regel ruhiger, theatralischer, weniger impulsiv zu verlaufen pflegen.

Die Behandlung des hysterischen Irreseins hat natürlich in erster Linie dort, wo es möglich ist, die Ursachen des ganzen Zustandes ins Auge zu fassen. Es wird sich daher empfehlen, in allen jenen Fällen, in denen eine greifbare Veränderung an den Genitalien aufzufinden ist, dieselbe zum Ausgangspunkte der Therapie zu machen, wenn man auch gut thut, sich dabei, besonders hinsichtlich der Dauer etwa erzielter Besserungen, keinen allzu sanguinischen Hoffnungen hinzugeben. In neuerer Zeit ist man sogar vor sehr eingreifenden Operationen, namentlich der Castration, nicht zurückgeschreckt, um auf diese Weise den Hysterischen Hülfe zu bringen. Ganz ohne Zweifel ist dieses schneidige Vorgehen, welches selbst zur Entfernung ganz gesunder Ovarien fortgeschritten ist, in einzelnen Fällen von günstigem Erfolge gekrönt worden, namentlich dann, wenn die Störungen einen gewissen Zusammenhang mit der Menstruation darboten. Allerdings liegen andererseits sichere Anhaltspunkte dafür vor, dass zuweilen der psychische Eindruck der Operation wirksamer war, als der

chirurgische Effect derselben, und endlich hat sich gezeigt, dass nur zu häufig jener Erfolg keinen dauernden Bestand hatte. Eine sichere und allseitig anerkannte Fixirung der Indicationen für die Castrationstherapie der Hysterie und namentlich des hysterischen Irreseins ist bisher nicht erreicht worden. Wahrscheinlich dürfte dieselbe im Laufe der Zeit kaum eine andere praktische Bedeutung gewinnen, als diejenige eines ultimum refugium, zu welchem man greifen kann, wenn alle anderen Mittel erschöpft sind, und wenn die Neurose Leben und Genussfähigkeit in so hohem Grade beeinträchtigt, dass gegenüber der Möglichkeit der Besserung des Zustandes die Unannehmlichkeiten und Gefahren einer Operation in den Hintergrund treten.

Man wird sich daher in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle darauf beschränkt sehen, die Erscheinungen des hysterischen Irreseins nach Möglichkeit zu bekämpfen. Einer besonderen Verbreitung hat sich in dieser Hinsicht bei den leichteren hypochondrischen Formen mit Lähmungen, Schlaflosigkeit, Verdauungsstörungen und starker Abmagerung die Weir Mitchell'sche Mastcur\*) zu erfreuen gehabt, mit um so grösserem Rechte, als sie durch Bekämpfung der genannten Symptome der Hysterie zum Theil auch gleichzeitig die Quellen verstopft, aus denen die Krankheit immer wieder neue Nahrung zieht. Die Erfolge dieser Cur, welche sich allerdings nur für eine gewisse Kategorie empirisch zu eruirender Fälle eignet, sind ganz ausserordentliche; selbst nach 10—20jähriger Dauer schwerer Erscheinungen gelang es doch bisweilen, eine durchgreifende Besserung aller der angeführten Störungen bis zum völligen Verschwinden derselben herbeizuführen.

Leider ist jedoch immerhin die Zahl jener Fälle nur allzu gross, in denen von der Mastcur ein Heilresultat nicht erwartet werden kann. Dahin gehören namentlich die Formen mit sehr ausgeprägten psychischen Störungen, mit denen es der Irrenarzt vor Allem zu thun hat. Abgesehen von denjenigen therapeutischen Massregeln, welche durch die intercurrenten psychischen Gleichgewichtsschwankungen selbst

\*) Burkart, Volkmanns Klinische Vorträge, 245.

gefordert werden, wird man indessen auch hier auf eine Verbesserung der allgemeinen Körperconstitution durch die Sorge für zweckmässige Ernährung, durch ausreichende Bewegung in frischer Luft und genügenden Schlaf sein Augenmerk zu richten haben. Weiterhin wird man durch Bäder mit kühlen Ueberrieselungen, durch Massage, allgemeine Faradisation und gelegentlich auch durch galvanische Behandlung den Körper zu kräftigen und so manche der quälenden Empfindungen zu beseitigen im Stande sein. Von Medicamenten kommt als Beruhigungs- und Schlafmittel namentlich das Bromkalium in Betracht, ferner bei der gewöhnlich anaemischen Körperconstitution etwa das Eisen und zur Coupirung leichterer „Anfälle“ die Tinctura Valerianae, Aqua Laurocerasi u. dergl. Ausserdem können auch noch manche der übrigen Schlafmittel hier und da in Frage kommen, doch soll man mit letzteren möglichst sparsam sein; das Morphium wird am besten gänzlich vermieden. Die Krampfanfälle und die Dämmerzustände lassen sich durch kalte Uebergiessungen oder durch den faradischen Pinsel nicht selten wesentlich abkürzen.

Den bei weitem wichtigsten Theil der Behandlung Hysterischer bildet indessen die psychische Einwirkung. Sehr häufig liegen in der Umgebung der Kranken, wie sie sich von selber oder unter deren Einflusse gestaltet hat, oder in der ganzen Lebensführung Schädlichkeiten, welche immer von Neuem das Entstehen der krankhaften Erscheinungen begünstigen. In allen schwereren Fällen kann daher eine Cur Hysterischer erfolgreich nur dann durchgeführt werden, wenn sie vollständig aus ihren bisherigen Verhältnissen entfernt und bedingungslos in die Hände des Arztes gegeben werden. Nichterfüllung dieser wichtigsten Voraussetzung führt fast regelmässig zu Misserfolgen. Für die weitere psychische Einwirkung lassen sich allgemeine Vorschriften kaum entwerfen, da sie sich in jedem Falle der besonderen Eigenthümlichkeit der Kranken anzupassen hat. Vor Allem ist es nothwendig, sich das unerschütterliche Vertrauen und damit die unerlässliche Autorität über die Kranken zu verschaffen, ein Ziel, welches nicht durch barsches und rechthaberisches Entgentreten, sondern nur durch



ruhiges, ernstes, aber stets wohlwollendes und nicht kleinliches Festhalten an dem einmal formulirten Behandlungsplane erreicht wird. Das feste Vertrauen der Kranken, dass ihnen geholfen werden wird, ist das mächtigste therapeutische Hilfsmittel in der Hand des Arztes und lässt ihn oft genug durch die unbedeutendsten, ja scheinbar unsinnigsten Eingriffe die weittragendsten Erfolge erringen. Seinem Tacte und seiner persönlichen Gewandtheit ist somit hier ein Spielraum überlassen, wie bei keiner andern Form psychischer Erkrankungen. Dass unter diesen Umständen auch mit Hilfe der hypnotischen Suggestion gute Resultate erzielt werden können, liegt auf der Hand; leider sind gerade die schwersten Formen der Hysterie jener Methode der psychischen Einwirkung oft nur in beschränktem Masse zugänglich.

### C. Das epileptische Irresein.

Ungleich tiefer, als die Neurasthenie und Hysterie, pflegt die epileptische Neurose\*) in das Seelenleben des Menschen einzugreifen. Zwar ist uns aus der Geschichte bekannt, dass eine Reihe historischer Grössen, namentlich Feldherrn und Religionsstifter (Cäsar, Narses, Napoleon I., Mahomet) an Epilepsie gelitten haben, allein diese Fälle sind als seltene Ausnahmen zu betrachten, denen die ungeheure Masse jener armen Kranken gegenübersteht, welche durch die Epilepsie der psychischen Degeneration entgegengeführt werden. Zudem lassen sich auch bei jenen hervorragenden Individuen fast immer wenigstens einzelne Züge nachweisen, welche auf eine gewisse Verwandtschaft mit dem klinischen Bilde des epileptischen Irreseins hindeuten.

Die häufigste und am meisten charakteristische Veränderung, welche die Epilepsie allmählich im Menschen zu erzeugen pflegt, ist eine erhöhte gemüthliche Reizbarkeit mit der Neigung zu heftigen Affectausbrüchen und unüberlegten, brutalen Gewaltthatigkeiten. Die Kranken sind überaus empfindlich, können

\*) Gowers, on epilepsy and other chronic diseases. 1881.

eine ihnen vermeintlich oder wirklich zugefügte Beleidigung sehr lange Zeit hindurch nicht wieder vergessen und suchen sich dafür in irgend einer Weise zu rächen. Ganz besonders leicht treten förmliche Wuthparoxysmen auf, wenn sie sich unter dem Einflusse des Alkohols befinden, der ja ohnedies die triebartige Entladung von Affectzuständen in hohem Masse begünstigt. Auf der andern Seite besteht gewöhnlich ein unglaublich hartnäckiger, bornirter Eigensinn, der den Kranken allen Ueberredungsversuchen gegenüber taub macht und ihn mit der grössten Rücksichtslosigkeit eine einmal gefasste Idee festhalten und durchführen lässt.

In innigem Zusammenhange mit dieser Degeneration des Charakters steht eine ebenso allmählich sich herausbildende Abschwächung der Intelligenz. In leichten Fällen allerdings tritt diese Störung oft wenig hervor, ja sie kann sogar vollkommen fehlen; allein bei schwerer und länger dauernder Epilepsie wird man sie doch nur selten vermissen. Während die Besonnenheit und der Zusammenhang des Gedankenganges vollständig erhalten bleibt, während das äussere Benehmen ein durchaus geordnetes ist und sogar bisweilen eine eigenthümlich pedantische Cultivirung der Verkehrsformen zeigt, stellt sich der epileptische Schwachsinn als eine fortschreitende Verarmung des Vorstellungsschatzes dar. Das Gedächtniss für vergangene Zeiten leidet in erheblichem Masse; eine grosse Zahl von Erfahrungen des früheren Lebens geht dem Kranken spurlos wieder verloren, und nur diejenigen Vorstellungskreise bleiben sein dauerndes Eigenthum, die sich durch immerwährende Wiederholung fest und unverrückbar fixirt haben. Hie und da werden Erinnerungstäuschungen beobachtet, indem sich den Kranken vor den Anfällen oder auch dauernd die Vorstellung aufdrängt, als hätten sie die gegenwärtige Situation schon einmal durchlebt. Bei sehr hochgradiger Ausbildung des epileptischen Schwachsinnns kann schliesslich die Fähigkeit, neue Erfahrungen zu sammeln, vollständig verloren gehen, so dass der Kranke nur noch über einen kleinen, allmählich immer mehr einschrumpfenden Vorrath von Ideen verfügt. Im Gegensatze zu anderen Formen des erworbenen Schwachsinnns ist er jedoch im

Stande, sich innerhalb dieses kleinen Kreises von Vorstellungen noch klar und zusammenhängend zu bewegen, wenn es sich auch dabei zumeist nur um die Wiederholung stereotyp gewordener Gedankengänge und Wendungen handelt.

Es ist natürlich, dass bei dieser Reduction des Vorstellungsschatzes nach und nach die Bedeutung des eigenen Ich in der Weltanschauung der Kranken ausserordentlich anwachsen muss. So kommt es, dass die Kranken, je weiter der Schwachsinn gediehen ist, um so mehr in ihrem Selbstgeföhle wachsen, und dass schliesslich der Inhalt ihrer Reden sich wesentlich auf die Lobpreisung der eigenen Person und alles dessen, was mit ihr zusammenhängt, namentlich auch der übrigen Familienmitglieder, beschränkt. Ausserdem sind es religiöse Vorstellungen, welche mit ungemainer Vorliebe cultivirt zu werden pflegen. Sei es, dass bisweilen eigenthümliche, mit den Anfällen verbundene Sensationen die Idee einer göttlichen Beeinflussung nahe legen, sei es, dass bei den hilflosen Kranken die Idee einer Erlösung durch übernatürliche Macht einen besonders günstigen Boden findet — sehr häufig glauben sie, zum Himmel in einem vorzugsweise innigen Verhältnisse zu stehen, und hoffen mit voller Zuversicht, durch die göttliche Gnade von ihrem Leiden befreit zu werden.

Fast noch wichtiger und in vieler Beziehung interessanter, als diese chronische psychische Degeneration der Epileptiker, sind jene acuten Alienationen, welche als Episoden zeitweilig den gewöhnlichen Fluss der psychischen Functionen durchbrechen. Zunächst ist bekanntlich der epileptische Krampfanfall regelmässig von einer tiefen Bewusstseinsstörung begleitet. Die Apperception äusserer Eindrücke und der Vorstellungsverlauf stocken, und an Stelle der Willenshandlungen treten automatische, unwillkürliche Muskelcontractionen (tonische und klonische Krämpfe). Weiterhin aber können diese Krampfbewegungen in dem Bilde des epileptischen Anfalles auch vollkommen fehlen, so dass einzig die Bewusstseinsstörung den wesentlichen Zug desselben ausmacht (psychische Epilepsie). Uebergangsformen bilden jene Fälle, in denen sich der Krampf nur durch ein leichtes Verdrehen der Augen, rasch vorüber-

gehende starre Haltung, einige eigenthümliche, stereotype Bewegungen gerade noch angedeutet. Die einfachsten Erscheinungen der psychischen Epilepsie sind leichte Schwindelanfälle (petitmal), Schlafparoxysmen oder momentane Bewusstlosigkeit (Eklipsis, absence). Im letzteren Falle bricht der Kranke vielleicht plötzlich in seiner Beschäftigung, in der Unterhaltung ab und verharrt regungslos in der eingenommenen Position, um nach wenigen Secunden ohne Bewusstsein des Vorgefallenen fortzufahren, als ob nichts geschehen wäre. Bisweilen gehen diesen verschiedenartigen, meist sehr rasch vorübergehenden Anfällen auraähnliche Empfindungen voran. Während der länger dauernden psychischen Anfälle wird häufiger ausgeprägte Dikrotie des Pulses (Erschlaffung der Arterienwand) beobachtet.

Wo die Bewusstseinstörung des epileptischen Anfalles bei geringerer Intensität eine grössere zeitliche Ausdehnung gewinnt, da treten bisweilen schon vor dem Beginne der Krämpfe, am häufigsten jedoch im Anschlusse an dieselben eigenthümliche Dämmerzustände hervor, die man wol als prae- oder post-epileptisches Irresein bezeichnet. In der Mehrzahl der Fälle beschränkt sich dasselbe auf eine leichte, rasch vorübergehende Benommenheit. Die Kranken verstehen die an sie gerichteten Fragen nicht und vermögen nicht zu antworten; sie wissen nicht recht, wo und in welcher Situation sie sich befinden, und begehen mannigfache verkehrte und unzweckmässige Handlungen, suchen sich zu entkleiden, machen Gehbewegungen, wie um eine Treppe zu ersteigen, stecken allerlei erreichbare Gegenstände in die Tasche. Unzweifelhaft finden dabei nicht selten lebhaftere Sinnestäuschungen statt. Auf dem Gebiete der psychischen Epilepsie entsprechen diesen Störungen ebenfalls kurze Anfälle von traumhaften Hallucinationen oder von momentaner Verwirrtheit mit verkehrten Handlungen, zusammenhangslosen Reden u. s. f., aus denen die Kranken nach kurzer Zeit ohne Erinnerung an das Vorgefallene wie aus einem Traume erwachen, sehr verwundert, sich in der inzwischen entstandenen Situation wiederzufinden. Ein junges Bauernmädchen lief in einem solchen Anfalle beim Mähen

in einen Bach, dabei immer noch mechanisch die Bewegung des Mähens fortsetzend. Später legte sie in einem ähnlichen Zustande zweimal Feuer an (sehr häufig bei jugendlichen Epileptikern!) und verübte eine Reihe von Diebstählen, indem sie alle Gegenstände, die ihr unter die Hände kamen, in einen versteckten Winkel zusammentrug. Nicht so selten geben derartige Zustände bei Soldaten Veranlassung zu ärztlichen Explorationen, da in ihnen leicht Insubordinationsvergehen begangen werden.

Wie beim hysterischen Irresein, so begegnen wir auch hier Dämmerzuständen, welche als „Nachtwandeln“ bezeichnet zu werden pflegen. Leichtere Formen des Somnambulismus (lautes Sprechen im Schlaf, Aufrichten und lebhaftere Bewegungen im Bette) kommen allerdings zweifellos auch ohne epileptische Grundlage bei nervös disponirten und namentlich jugendlichen Individuen zur Beobachtung; bei Epileptikern dagegen gewinnen diese Erscheinungen eine ganz besondere Ausbildung. Die Handlungen der Kranken sind, gerade wie bei den hysterischen Dämmerzuständen, gewöhnlich sehr einfache, durch vielfache Gewöhnung eingeübte; sie stehen auf aus ihrem Bette, gehen im Zimmer oder im Hause herum, zünden Licht an, schliessen Thüren auf und zu u. dergl., um sich dann nach kurzer Zeit (einige Minuten bis  $\frac{1}{2}$  Stunde) meist wieder ruhig in's Bett zu legen. Die Augen sind dabei geschlossen oder halb geöffnet, starr. Die Wahrnehmung der Aussenwelt ist sehr beschränkt; es werden nur diejenigen Objecte bemerkt, die der Kranke gerade vor sich hat; alles Uebrige entgeht demselben. So kommt es, dass der Nachtwandler sich nur mit solchen Gegenständen zu beschäftigen pflegt, die sich an ihrem gewohnten Platze befinden; ein wirkliches planmässiges „Suchen“ ist in diesem Zustande kaum möglich. Vielfach wird die Wahrnehmung sicherlich durch Apperceptionsillusionen verfälscht; der Nachtwandler, der durch das Fenster steigt, hält dieses für eine Thür u. s. f.

Die Bewegungen tragen meist den Charakter des Automatenhaften an sich, gehen aber zweifellos oft aus Bewusstseinsvorgängen hervor, da sie in der Vermeidung und Ueberwindung von Hindernissen bisweilen die Spuren einer, wenn

auch nur dunklen, Ueberlegung verrathen. Die Sicherheit, mit welcher Nachtwandler sich manchmal in schwierigen Situationen, bei Wanderungen auf Dächern bewegen, erklärt sich lediglich aus der unvollkommenen Auffassung ihrer Lage, welche ihnen die Gefährlichkeit derselben nicht zum Bewusstsein kommen lässt und somit die Entstehung der ängstlichen Affecte hindert, durch die ja unsere Unsicherheit bei schwindelerregenden Passagen bedingt wird. In seltenen Fällen erheben sich die Leistungen von Nachtwandlern über diese einfachen Vorgänge hinaus zu höheren psychischen Verrichtungen. Es werden Beispiele erzählt, in denen man mit derartigen Individuen lange Gespräche über gleichgültige Dinge führen konnte, in denen Gedichte angefertigt, Recepte ausgeführt und Aufgaben gelöst wurden. Die Analogie mit den hypnotischen Dämmerzuständen liegt hier sehr nahe.

Meist genügt schon ein blosses Anreden, besonders die Namensnennung (Hervortreten des Selbstbewusstseins), um den Nachtwandler aus seinem Zustande zu erwecken, sicher aber Anspritzen mit kaltem Wasser und ähnliche stärkere Reize. Aus naheliegenden Gründen muss man sich hüten, das Erwachen in irgend einer gefährlichen Situation herbeizuführen, weil die sich sofort einstellenden lebhaften Affecte dem Gefährdeten die Sicherheit der Bewegung alsbald rauben. Ausgedehntere Anfälle von Somnambulismus machen sich am nächsten Morgen beim Erwachen gewöhnlich durch das Gefühl einer gewissen Ermattung und Abgeschlagenheit bemerklich. Dabei ist die Erinnerung an die ausgeführten Handlungen vollständig erloschen und kann selbst durch die Wahrnehmung ihrer unzweifelhaften Spuren meist nicht wieder erweckt werden.

Vielleicht ebenfalls, zum Theil wenigstens, auf epileptische Grundlage zurückzuführen sind jene vereinzelt beobachtungen, in denen bei plötzlichem Erwachen aus dem Schläfe eine mehr oder weniger lange Andauer der Bewusstseinstrübung mit illusionärer Verfälschung der Wahrnehmung besteht. Die Erwachenden glauben sich, vielleicht im Fortspinnen von Traumvorstellungen, in grosser Gefahr und begehen in ihrer ängstlichen Verwirrung bisweilen

äusserst gefährliche Handlungen. Die forensische Bedeutung derartiger Zustände liegt auf der Hand.

Die Berechtigung, diese letzterwähnten Zustände den epileptischen zuzurechnen, lässt sich vor Allem aus der grossen Aehnlichkeit herleiten, welche dieselben mit dem epileptischen Stupor, den höchsten Graden der Bewusstseinsstörung, darbieten. Die Kranken zeigen dabei einen ängstlichen, gereizten Gesichtsausdruck, sprechen kein Wort oder machen höchstens einzelne abgerissene, zusammenhangslose Aeusserungen; sie werden ganz von zahlreichen Trugwahrnehmungen beherrscht, die eine klare Auffassung ihrer wirklichen Lage verhindern. Meist ist der Bewusstseinsinhalt ein schreckenerregender, grauenvoller; der Patient wähnt sich von grässlichen Gefahren umgeben, fürchtet gefoltert, hingerichtet, lebendig begraben zu werden und Aehnliches. Bisweilen finden sich indessen gleichzeitig auch heitere, den Kranken beglückende Vorstellungen und Gefühle, die Idee, sich im Himmel zu befinden, mit Gott, der Majestät zu verkehren; Christus zu sein.

Von der grössten forensischen Wichtigkeit wird der epileptische Stupor, der auch als selbständiger, „psychischer“ Anfall auftreten kann, durch die Entwicklung heftiger Angst affecte. Häufig gehen dem Paroxysmus schon einige Zeit (Tage oder Stunden) Verstimmungen, abnorme Sensationen, schreckhafte Sinnestäuschungen (bemerkenwerth das Sehen von rothen Gegenständen, Flammen u. s. f.) und Benommenheit voraus, bis dann, meist ziemlich plötzlich, die Angst losbricht. Der Kranke, der sich von Teufeln, Gespenstern, wilden Thieren, grossen Volksmassen umgeben sieht, die oft concentrisch gegen ihn anrücken, geräth in die äusserste Todesangst und Verzweiflung und wird auf diese Weise, um sich den vermeintlichen furchtbaren Gefahren zu entziehen oder sein Leben zu retten, zu impulsiven, wüthenden Gewaltthaten gegen sich und Andere getrieben, die sich durch die rücksichtslose Brutalität ihrer Ausführung auszeichnen pflegen. In einem mir bekannt gewordenen Falle war es der Teufel in Gestalt eines schwarzen Hundes, der den Kranken zur unmotivirten, ohne jede Ueberlegung ausgeführten Ermordung seines schlafenden

Kameraden veranlasste. Nach einigen Stunden oder Tagen pflegt die Angst zu weichen; meist bleibt noch einige Zeit eine leichte Verworrenheit und Benommenheit zurück. Die Erinnerung an das Geschehene kann während des Anfalles, wie in dem erwähnten Falle, noch ziemlich klar sein, schwindet aber später rasch und zwar entweder vollständig oder nur theilweise, so dass der Kranke sich auf einzelne Erlebnisse bisweilen noch zu besinnen vermag, während ihm andere gänzlich entfallen sind. Diese Erfahrung fordert zu grosser Vorsicht in der forensischen Beurtheilung derartiger Fälle auf. Scheint doch der Verdacht einer Simulation ausserordentlich nahe zu liegen, wenn ein anfangs zu Protokoll gegebenes Geständniss von dem Thäter weiterhin vollständig widerrufen wird! Hingewiesen sei hier nur auf den Umstand, dass es uns bekanntlich mit unseren Träumen sehr häufig ganz ähnlich ergeht; wir vermögen sie unmittelbar nach dem Erwachen noch zu reproduciren, während sie später unserem Gedächtnisse völlig entschwenden. Selten kommt es bei den hier besprochenen Krankheitszuständen auch vor, dass in einem späteren Anfalle die Erinnerung an Dinge wieder auftaucht, die inzwischen aus dem Gedächtnisse verloren gegangen waren.

Eine chronischer verlaufende Form der epileptischen Dämmerzustände ist das postepileptische räsonnirende Delirium. Die Bewusstseinstrübung ist hier weniger intensiv, so dass die Kranken äusserlich fast ganz besonnen erscheinen. Dennoch aber wird die Auffassung der Aussenwelt sehr stark beeinträchtigt; mannigfache illusorische und hallucinatorische Trugwahrnehmungen spiegeln dem Kranken imaginäre Gefahren vor; meist sind auch gleichzeitig Grössenideen vorhanden. Trotzdem er auf einfache Fragen ganz zutreffende, oft freilich auch mit deliriösen Elementen durchsetzte Antworten giebt, lässt doch sein ganzes Benehmen eine gewisse Benommenheit und Desorientirtheit erkennen. Er ist in gereizter, meist etwas ängstlicher, selten auffallend heiterer Stimmung und begeht oft genug auch plötzliche unmotivirte Gewaltthaten auf Grund von verschiedenartigen Wahnideen, die indessen meist nicht näher geäussert werden.



In anderen Fällen, namentlich solchen von psychischer Epilepsie, wird das Bewusstsein erfüllt durch ein traumartig phantastisches Delirium mit Wahnideen, Personenverkennung, Sinnestäuschungen von häufig religiöser Färbung (Weltuntergang, jüngstes Gericht), während dessen der Kranke bei scheinbarer Besonnenheit eine Menge unsinniger, zweckloser, ja verbrecherischer Handlungen (weite Reisen, Diebstähle, Brandstiftung, Auflehnung gegen die Staatsgewalt, Sittlichkeitsverbrechen) begehen kann, ohne irgend welche Einsicht in die Bedeutung derselben zu besitzen. Solche Zustände können Wochen, ja eine Anzahl von Monaten dauern; es können sich auch mehrere, durch kurze Intervalle getrennte Anfälle aneinander reihen.

Die leichteren Formen des epileptischen Irreseins, speciell des epileptischen Schwachsinn, sind überaus häufige Erkrankungen. Als die wichtigsten Ursachen der Epilepsie müssen in erster Linie krankhafte Anlage oder Gehirnaffectationen in jugendlichem Lebensalter, weiterhin aber namentlich Kopfverletzungen und der Alkoholismus betrachtet werden. Die höchsten Grade des epileptischen Schwachsinn pflegen sich dann zu entwickeln, wenn die Neurose bereits in den ersten Lebensjahren auftritt; die psychische Ausbildung des jugendlichen Individuums bleibt dann häufig auf den allerniedersten Stufen stehen, ein Verhalten, welches natürlich weniger durch die Epilepsie selber, als vielmehr durch die ihr zu Grunde liegende pathologische Veränderung des Gehirns bedingt wird.

Weiterhin scheint die Schwere und die Häufigkeit der Krampfanfälle in einem gewissen Zusammenhange mit der Intensität der psychischen Degeneration zu stehen. Dasselbe Moment begünstigt auch das Auftreten der postepileptischen Dämmerzustände, welche ganz besonders gern nach Serien von starken Krampfanfällen zur Ausbildung kommen. Gewöhnlich schliesst sich die psychische Störung unmittelbar an dieselben an; seltener gelangt sie erst nach einigen Tagen zur vollen Entwicklung. Im Gegensatze zu diesen postepileptischen Zuständen pflegen sich die psychisch epileptischen Anfälle mit den leichteren Krampfformen zu vergesellschaften.

Die Dauer der epileptischen Geistesstörungen ist, abgesehen natürlich von dem chronischen Zustande des Schwachsinn, in der Regel eine kurze. Sie beträgt oft nur einige Minuten oder Stunden, seltener Tage, Wochen oder selbst Monate, letzteres besonders bei den Fällen mit geringerer Bewusstseinstäubung. Die Lösung des Zustandes vollzieht sich bisweilen durch einen Krampfanfall, einen tiefen Schlaf, aus dem der Kranke mit klarem Bewusstsein erwacht, oder ganz allmählich unter fortschreitender Rückkehr der Besonnenheit, namentlich bei längerer Dauer der ganzen Störung. Der Kranke kann hier unter Umständen schon gesund erscheinen, während er in Wirklichkeit noch sehr benommen und von mannigfachen Verfälschungen der Auffassung beherrscht ist, ein Verhalten, welches sich dann nachträglich erst bei vollkommener Genesung herausstellt. Die Erinnerung an die Zeit des krankhaften Zustandes ist fast immer völlig erloschen oder doch sehr getrübt und verworren; nur selten sind die Kranken im Stande, klare Auskunft über ihre psychischen Erlebnisse zu geben.

Die Prognose des epileptischen Irreseins ist hinsichtlich der episodischen Störungen insofern eine durchaus günstige, als der einzelne Anfall regelmässig in Genesung übergeht, sobald nicht etwa körperliche Complicationen oder ein Selbstmord den tödtlichen Ausgang herbeiführen. Sehr gewöhnlich indessen kehren früher oder später ähnliche Zustände wieder; die leichteren und leichtesten Formen pflegen sich sogar bisweilen regelmässig an alle Krampfanfälle anzuschliessen. Die ausgeprägteren und länger dauernden Bewusstseinstäubungen sind im Ganzen relativ selten; sie können unter Umständen auch wol nur einmal im Leben oder in jahrelangen Zwischenpausen hervortreten. Der epileptische Schwachsinn ist selbstverständlich unheilbar.

Die Diagnose des epileptischen Irreseins bereitet keine nennenswerthen Schwierigkeiten, sobald man Gelegenheit hat, das Vorhandensein der charakteristischen Krampfparoxysmen festzustellen, deren unterscheidende Eigenthümlichkeiten wir bei Besprechung der hysterischen Anfälle bereits aufgeführt haben. Allein die Fälle sind nicht zu selten, in denen weder die Anamnese, noch die eigene

Beobachtung über das Vorhandensein derartiger epileptischer Krämpfe genügende Klarheit zu schaffen vermag, während doch die psychische Störung mit der einleitenden Aura, der tiefen Bewusstseinstörung, der Mischung von verworrenen Verfolgungs- und Grössenideen, namentlich religiösen Inhalts, der Planlosigkeit und Brutalität der Handlungen und dem abrupten Verlaufe die Annahme einer epileptischen Basis nahe legt. Allerdings gelingt es immerhin in einer Anzahl von Fällen, bei genauerer Nachforschung dennoch manche leicht übersehene Anhaltspunkte aufzufinden, welche zur Bestätigung jener Vermuthung dienen können, das Vorkommen einzelner Schwindel-, Ohnmachts- oder Angstanfälle, ferner Anzeichen, welche auf nächtliche Paroxysmen hinweisen, zeitweises Bettnässen, Zungenverletzungen, das gelegentliche Gefühl starker Abspannung oder heftiger Kopfschmerzen am Morgen. Endlich muss auch die typische symptomatische Uebereinstimmung öfter sich wiederholender Dämmerzustände als ein wichtiges Moment für die Diagnose der Epilepsie herangezogen werden.

Allein selbst nach Abrechnung aller derjenigen Fälle, in denen man an der Hand der aufgeführten Gründe zur Diagnose des epileptischen Irreseins geführt wird, bleiben noch eine Reihe von Beobachtungen übrig, welche zwar eine grosse Analogie mit jenen Formen aufweisen, im Uebrigen aber durchaus keinen Zusammenhang mit wirklicher Epilepsie erkennen lassen. Einige Forscher, vor Allem der um die Kenntniss der epileptischen Psychosen so sehr verdiente Samt,\*) sind soweit gegangen, auch hier ohne Weiteres aus theoretischen Gründen eine epileptische Ursache vorzusetzen. Der psychisch epileptische Anfall wurde von Samt gewissermassen als ein Aequivalent des Krampfparoxysmus betrachtet, und jene zweifelhaften Formen waren ihm daher nichts Anderes, als eine Epilepsie, bei welcher sämtliche Krampfanfälle in psychisch-epileptische Aequivalente umgewandelt sind. Wie man sieht, hängt die Entscheidung dieser Frage wesentlich davon ab, wie weit man den Begriff der Epilepsie über die einfache Neurose hinaus auszudehnen geneigt ist.

\*) Archiv f. Psychiatrie, V u. VI.

Die Behandlung des epileptischen Irreseins hat im Gegensatze zu den früher besprochenen allgemeinen Neurosen nur einen geringen Spielraum. In erster Linie würde man an eine causale Behandlung der Epilepsie selber zu denken haben, wie sie bald etwa in der Trepanation (Knochenimpressionen am Schädel, corticale Herderkrankungen), bald (Reflexepilepsie) in der Excision von Narben, der Beseitigung cariöser Zähne, dem Ausbrennen der Nase, bald auch (Gummata, Periostitis) in einer antiluetischen oder (Alkohol-epilepsie) Abstinenzcur zu bestehen hätte. Abgesehen von diesen das Grundübel angreifenden Massregeln kann auch die symptomatisch-medicamentöse Behandlung, vor Allem diejenige mit den Bromsalzen, durch Verminderung der Anfälle indirect die psychischen Störungen günstig beeinflussen. Freilich kommt es nicht selten vor, dass sich nach dem Aussetzen des Mittels die Krämpfe und mit ihnen auch die psychischen Störungen zunächst wesentlich verschlimmern. Ausserdem sah ich zweimal gerade unter dem Einflusse des Bromkalium einen wahren Status epilepticus sich entwickeln, der erst nach Ersetzung des Mittels durch Atropin wieder schwand, und endlich wurden in einem von mir beobachteten Falle zwar die Anfälle durch das Bromkalium vorübergehend beseitigt, doch stellten sich statt ihrer höchst intensive Aufregungszustände mit leichter Bewusstseinstrübung ein, welche mich die Krämpfe zurückwünschen und die eingeleitete Cur aufgeben liessen.

Auf der anderen Seite ist es zweifellos vielfach möglich, durch sehr energische Brombehandlung (12—15 gr pro die) den Verlauf epileptischer Psychosen nicht nur wesentlich zu mildern und abzukürzen, sondern auch die Häufigkeit psychischer Anfälle herabzusetzen. Nur gegen den epileptischen Schwachsinn ist das Bromkalium wirkungslos; er macht seine langsamen Fortschritte, auch wenn es gelingt, die Anfälle mehr oder weniger vollständig zu unterdrücken.

In symptomatischer Beziehung erheischen die epileptischen Dämmerzustände eine äusserst sorgfältige Ueberwachung der Kranken wegen der imminnten Gefahr, welche dieselben für sich und ihre Umgebung repräsentiren. Vielleicht ist das Hyoscin berufen, hier eine wichtige coupirende

Rolle zu spielen; leider treten diese Störungen meist so plötzlich und unvorhergesehen auf, dass ein ärztliches Eingreifen nur sehr selten rechtzeitig möglich ist. Häufige Wiederkehr gefahrdrohender Dämmerzustände macht ebenso wie der reizbare Schwachsinn die Unterbringung der Epileptiker in eine für ihre Bedürfnisse und Eigenart eingerichtete Verpflegungsanstalt nothwendig. Der humanen Fürsorge gerade für diese bemitleidenswerthen Kranken harren noch eine Reihe von grossen und ungelösten Aufgaben.

## IX. Die chronischen Intoxikationen.

Die Zahl derjenigen Gifte, welche bei dauernder Einwirkung auf den Organismus Störungen des Nervensystems und speciell auch der psychischen Functionen herbeizuführen vermögen, ist eine sehr grosse. Hervorragende praktische Bedeutung haben indessen nur diejenigen unter ihnen erlangt, welche als Genussmittel, zur Erzeugung euphorischer Zustände, in Anwendung gezogen werden, da nur bei ihnen in der Wirkung des Mittels selbst die Anreizung zu häufiger Herbeiführung derselben gelegen ist. Vor Allem aber sind es jene Gifte, deren Aussetzen unangenehme Störungen im Organismus, sog. „Abstinenzerscheinungen“ hervorruft, welche eine mit jeder Wiederholung sich steigende und schliesslich zur unbezwinglichen Leidenschaft werdende Neigung erzeugen, immer von Neuem den verderblichen Reiz einwirken zu lassen, der für den behaglichen Ablauf der Lebensfunctionen bereits unentbehrlich geworden ist. Wie die anthropologische Forschung lehrt, giebt es kaum ein einziges Volk, welches nicht durch irgend ein derartiges, gewohnheitsmässig consumirtes Genussmittel sich über die kleinen Sorgen und Mühen des Daseins hinwegzutäuschen verstände, und die Mannigfaltigkeit dieser giftigen Quellen des Wohlbehagens ist daher eine merkwürdig reiche. Für unsere psychiatrische Erfahrung kommen indessen naturgemäss nur einige wenige derartige Mittel in Betracht, von denen sich als die praktisch bei weitem wichtigsten der Alkohol, das Morphinum und das Cocain präsentiren.

### A. Der Alkoholismus.

Die nächste Veränderung, welche die acute Alkoholvergiftung, der Rausch, auf dem Gebiete des Seelenlebens herbeiführt, ist eine Beschleunigung der psychischen Vorgänge, namentlich der Willensbewegungen (Erleichterung der motorischen Uebertragung), welche zumeist nicht auf eine directe Anregung, sondern auf einen Wegfall centraler Hemmungen zurückgeführt wird. An dieses erste Stadium schliesst sich sehr bald ein zweites an, welches hauptsächlich durch die verlangsamte und erschwerte Auffassung äusserer Eindrücke charakterisirt ist. Wahrscheinlich verlaufen übrigens diese beiden Störungen zum grössten Theile nebeneinander, so dass die Willenshandlungen noch längere Zeit erleichtert sind, wenn die Erschwerung der Auffassung bereits deutlich ausgeprägt ist. Nach grösseren Alkoholdosen tritt die letztere Erscheinung sogar schon binnen wenigen Minuten ein. Symptomatisch drücken sich jene beiden Phasen aus einerseits in dem Gefühle der erhöhten Leistungsfähigkeit, in der grösseren Lebhaftigkeit, der Neigung zu allerlei unmotivirten, unüberlegten und zwecklosen, ja impulsiven Handlungen, andererseits in der Unfähigkeit zu dauernder Anspannung der Aufmerksamkeit und genauer Verfolgung eines schwierigen Gedankenganges, sowie weiter in der Kritiklosigkeit gegen eigene und fremde Leistungen. Bei noch weitergehender Vergiftung verliert der Trinker immer mehr die Herrschaft über seine Willenshandlungen, wie über seinen Vorstellungsverlauf; es treten Coordinationsstörungen (lallende Sprache, Schwankungen) und endlich Lähmung, Verwirrtheit und gänzliche Bewusstlosigkeit auf. Dieser regelmässige Ablauf des Rausches kann in sehr erheblicher Weise Modificationen erfahren dort, wo nicht ein normales, rüstiges, sondern ein weniger widerstandsfähiges, durch irgend welche Momente „prädisponirtes“ Gehirn von demselben betroffen wird. Hier gelangen dann bisweilen die sog. pathologischen Rauschzustände zur Beobachtung, die sich namentlich durch das Auftreten heftiger affectiver Erregung mit

tiefer Bewusstseinsstörung und der Neigung zu impulsiven Gewaltacten (Mord, Selbstmord) auszeichnen.

Manche dieser kurz skizzirten Züge finden wir wieder in dem psychischen Krankheitsbilde des chronischen Alkoholismus. Das wesentlichste, die Situation von Anfang an beherrschende Symptom ist hier das allmähliche Schwinden jener constanten Motive des Handelns, die man als „moralischen Halt“, „Charakter“ zusammenzufassen pflegt. Das Individuum verliert mehr und mehr die Fähigkeit, nach feststehenden Grundsätzen zu handeln, und wird auf diese Weise zum willenlosen Spielball augenblicklicher Antriebe und Versuchungen. So kommt es, dass die mächtigen Motive der Ehrliebe, der Gatten- und Kindesliebe, der Scham nach und nach ihre Wirkung auf ihn verlieren gegenüber den unmittelbaren Verlockungen momentaner Begierden, namentlich der immer unbezwinglicher werdenden Neigung zum Alkohol. Trotzdem er immer und immer wieder den festen Entschluss fasst, dem Alkohol, den er mehr oder weniger klar als die Quelle seines physischen, moralischen, socialen und ökonomischen Ruins erkennt, definitiv und für immer zu entsagen, trotzdem er unaufgefordert seine guten Vorsätze mit den heiligsten Versprechungen und Schwüren bekräftigt und sich beleidigt fühlt, wenn man leise Zweifel an der Aufrichtigkeit derselben äussert, genügt doch nahezu ausnahmslos bereits die erste beste Gelegenheit, um den schwachen Willen zu überwältigen und alle die auf Sand gebauten Vorsätze ohne Weiteres über den Haufen zu werfen. Ist es doch gerade das durch den Alkohol hervorgerufene Gefühl erhöhter Leistungsfähigkeit, das den Kranken über den Zustand reuervoller Ernüchterung hinwegführt und ihn das Elend seiner ganzen Lage wieder für einige Zeit vergessen lässt. In Folge dieser immer wiederholten Siege der wachsenden Leidenschaft über das sich abstumpfende Pflichtgefühl schreitet die sittliche Depravation des Trinkers mit Riesenschritten fort und vernichtet sehr bald jede Möglichkeit einer Wiederherstellung der früheren Selbstbeherrschung. Hand in Hand mit dem Verluste des moralischen Haltes geht die Neigung zu raschen Gewaltacten und brutalen Handlungen, Miss-



handlungen der Angehörigen, unmotivirten Zerstörungen und dergl.

In bemerkenswerthem Gegensatze zu der Rücksichtslosigkeit und Heftigkeit des Trinkers in seinen häuslichen Verhältnissen steht die Gefügigkeit und Lenksamkeit desselben bei längerer Enthaltensamkeit, unter dem Drucke äusseren Zwanges in der Irrenanstalt, im Gefängnisse u. s. w. Dem Unerfahrenen erscheint es oft vollkommen unbegreiflich, wie es denn möglich war, dass der anscheinend so ruhige und gutmüthige Mensch in der Freiheit so rohe und unsinnige Gewaltacte begehen konnte. Offenbar spiegelt sich in diesem Verhalten der vollständige Mangel an wirklicher Energie beim Trinker wieder. Die Arbeitsfähigkeit zeigt regelmässig eine sehr bedeutende Abnahme, nicht nur weil häufige Rausche die Continuität der Beschäftigung durchbrechen, sondern namentlich auch, weil der Trinker zu jeder nachhaltigen und länger dauernden Anstrengung seiner physischen und psychischen Kräfte unfähig geworden ist.

Etwas später, als die bisher besprochenen Störungen, aber niemals gänzlich fehlend, entwickelt sich beim Alkoholisten eine allmähliche Abschwächung der Intelligenz. Die psychische Leistungsfähigkeit nach dieser Richtung hin, die Auffassung und Verarbeitung neuer Eindrücke, wie die Reproduction, beginnt mehr und mehr zu leiden. Stillstand, dann Rückgang der intellectuellen Entwicklung, Schwäche des Gedächtnisses, Verarmung des Vorstellungsschatzes und Verengerung des Gesichtskreises sind die unausbleiblichen Folgen. In nahem Zusammenhange mit diesen Veränderungen steht das Hervortreten egoistischer Anschauungen und Bestrebungen, sowie die Verfälschung der äusseren Auffassung durch kritiklos assimilirte subjective Elemente (Wahnideen), ein Vorgang, der durch die Häufigkeit wirklicher Sinnestäuschungen bei Alkoholisten ausserordentlich begünstigt wird.

Vor Allem ist in dieser Richtung bemerkenswerth die Thatsache, dass kein Trinker jemals sich selber irgend welche Verschuldung an seiner Trunksucht beizumessen geneigt ist. Viele stellen überhaupt trotz der beweisend-

sten Anzeichen das Potatorium schlankweg in Abrede und suchen die allenfalls gelegentlich genossenen Alkoholquantitäten als äusserst harmlos und in bedeutend verkleinertem Massstabe hinzustellen; sie weisen namentlich darauf hin, dass sie niemals oder doch nur sehr selten wirklich „betrunken“ gewesen seien, eine Beweisführung, welche selbst bei Voraussetzung völliger Glaubwürdigkeit angesichts der sehr subjectiven Kriterien und sehr verschiedenen Empfindlichkeit gegen den Alkohol selbstverständlich nur geringen Werth hat. Andere geben zwar mit einigen Umschweifen ihre Alkoholexcesse zu, stellen dieselben jedoch als absolut nothwendig, durch ihre besonderen Lebensverhältnisse bedingt dar. Es ist interessant, zu sehen, wie kein einziger Beruf sich völlig unfruchtbar an zwingenden Motiven für den Alkoholgenuss erweist. Während den Schmied, den Schlosser, den Glasarbeiter die Hitze des Feuers zur Schnapsflasche treibt, thut beim Droschkenkutscher, beim Nachtwächter die nächtliche Kälte denselben Dienst; die Ziegelarbeiter finden beim Kneten in der Nässe, die Müller und Maurer beim Einathmen des trockenen Staubes ihre Rettung im Trinken, ja ein Angestellter einer Dampfschiffahrtsgesellschaft gab mir an, dass man „in einem so grossen Geschäft“ ohne den Alkohol nicht auskommen könne.

Fast noch häufiger, als durch die Beschäftigung, wird die Trunksucht durch ökonomische und häusliche Verhältnisse motivirt. Bald ist es der Kummer über den Rückgang des Verdienstes, über den Verlust einer Stellung, bald ist es die schlechte Wohnung oder die ungenügende Ernährung, vor Allem aber das unglückliche eheliche Leben, welches den Trinker nach seiner Angabe dem Potatorium in die Arme geführt hat. Regelmässig ergibt sich hier bei genauer Nachforschung, dass der Causalnexus ein umgekehrter gewesen ist, dass die angeblichen Ursachen des Potatoriums in Wirklichkeit als mittelbare oder unmittelbare Folgen desselben angesehen werden müssen.

Der allgemeinen Störungen, welche der chronische Alkoholismus in den verschiedensten Organen des Körpers regelmässig erzeugt, ist bereits früher kurz gedacht worden. Es soll daher an dieser Stelle nur noch einmal auf die

nahen aetiologischen Beziehungen des Potatoriums zur Epilepsie hingewiesen werden. Vereinzelt epileptische Krampfanfälle sind bei Trinkern eine überaus häufige Erscheinung, aber auch die Entwicklung einer ganz typischen Epilepsie mit zumeist schweren Krampferscheinungen (häufig Zungenbiss) wird durchaus nicht selten beobachtet. Umgekehrt sieht man oft, dass die Anfälle der Epileptiker durch das Potatorium in ihrer Stärke und Häufigkeit erheblich verschlimmert werden, ja die Krämpfe können oft genug sogar direct durch einen Rausch, bisweilen auch schon durch ganz geringe Alkoholgaben, mit der Sicherheit eines Experimentes zur Auslösung gebracht werden.

Die Prognose des ausgeprägten chronischen Alkoholismus ist gewöhnlich eine sehr trübe. Allerdings vermag man durch rechtzeitiges, energisches Eingreifen in einer Anzahl von Fällen die dauernde Entwöhnung vom Schnaps durchzusetzen und damit die durch ihn erzeugten Störungen zum Verschwinden zu bringen. Allein die Behandlung der Alkoholisten hat heute noch mit sehr grossen praktischen Schwierigkeiten zu kämpfen, zu deren Beseitigung bis jetzt nicht mehr als die ersten Schritte haben gethan werden können. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sinkt daher der Gewohnheitstrinker nach jeder Richtung hin allmählich tiefer und immer tiefer, bis zum völligen körperlichen und geistigen Ruin, wenn nicht irgend eine der zahlreichen, seine geschwächte Constitution vor Allem bedrohenden Krankheiten (Pneumonie, Apoplexie, Nephritis) das Ende schon früher herbeiführt.

Die Erkennung des Trinkers ist in den vorgeschrittenen Stadien sehr leicht. Abgesehen von dem vernachlässigten, heruntergekommenen Aeusseren, welches lebhaft mit der socialen Stellung contrastirt, deuten die schwimmenden Augen, das gedunsene, häufig durch kleine erweiterte Venen geröthete Gesicht, die stark belegte, oft zitternde Zunge, ein leichter Tremor der gespreizten Finger und der fuselige Geruch des Athems unverkennbar auf die chronische Vergiftung hin. Die genauere Prüfung lässt ausserdem fast immer leichtere oder schwerere neuritische Symptome, besonders an den unteren Extremitäten, entdecken; es bestehen

Herabsetzung der Sensibilität, bisweilen bei gleichzeitiger Hyperalgesie, Abnahme der groben Kraft, Muskelatrophie, Unsicherheit der Bewegungen und Schwinden der Reflexe, nicht selten auch Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen. Auch am Opticus hat man eine alkoholische Neuritis (Abblassung der temporalen Papillenhälfte) kennen gelernt.

Die einzige Aufgabe, welche die Behandlung des chronischen Alkoholismus zu lösen hat, ist die Herbeiführung einer dauernden, völligen Enthaltensamkeit von allen alkoholischen Getränken. Alle Versuche, den wirklichen Trinker etwa zu einem mässigen Genusse von Spirituosen zurückzuführen, scheitern erfahrungsgemäss an dem Umstande, dass eben gerade der Alkohol die Selbstbeherrschung vernichtet, die Ausführung impulsiver Acte begünstigt und direct zu Excessen verführt. Wer einmal, sei es aus Anlage oder durch äussere Verhältnisse, zum Trinker geworden ist, kann nur durch bedingungslose Enthaltensamkeit den Gefahren eines Rückfalles entgehen, aus dem einfachen Grunde, weil jene letztere unvergleichlich leichter durchzuführen ist, ausserordentlich viel geringere Anforderungen an die Willenskraft stellt, als das Einhalten irgendwie fixirter Mässigkeitsgrenzen. Wenn mir demnach auch die principielle Verdammung jedes Alkoholgenusses für den gesunden Menschen weit über das Ziel hinauszuschiessen scheint, so betrachte ich für den Trinker allerdings die unverbrüchliche Bewahrung voller Abstinenz als die *conditio sine qua non* seiner Wiederherstellung. In einer grossen Anzahl von Fällen empfinden die Kranken ihre hilflose Ohnmacht gegenüber dem Genussmittel intensiv genug, um selbst den hier angedeuteten, einzig möglichen Ausweg aus ihrem Zustande einzuschlagen. Bei kurzem Bestande des Leidens und grosser ursprünglicher Energie kann die Abstinenzcur sogar ohne weiteres äusseres Hilfsmittel von dem Kranken durchgeführt und das erreichte Resultat dauernd, je länger, um so leichter, festgehalten werden. Sehr häufig indessen sind die Trinker von Hause aus oder in Folge ihres Alkoholismus so willensschwach, dass sie den in ihren häuslichen Verhältnissen, ihrem Berufe, ihrem Verkehr liegenden Verführungen nicht aus eigener Kraft zu

widerstehen vermögen. In solchen Fällen passt die Verbringung in ein „Trinkerasyll“, wie sie heute, allerdings in noch gänzlich ungenügender Zahl, bereits in den meisten Ländern bestehen.

Endlich aber giebt es auch Trinker genug, denen die Einsicht in ihr eigenes Elend, sowie das Streben, sich aus demselben zu befreien, völlig fehlt, oder welche aus andern Gründen (Wahnideen) jedem Versuche einer Freiheitsbeschränkung kategorischen Widerstand entgegensetzen. Die zwangsweise Durchführung der Abstinenz bei solchen Individuen kann heute nur in der Weise geschehen, dass sie als geisteskrank in den Irrenanstalten internirt werden. Da indessen die Auffassung des Alkoholismus als eine psychische Störung gesetzlich bisher keineswegs anerkannt wird, so besteht thatsächlich in einer erschreckend grossen Zahl von Fällen die rechtliche Unmöglichkeit, den verblendeten Trinker von der Vernichtung seiner eigenen, wie der Existenz seiner Familie auch gegen seinen Willen zurückzuhalten. Dass hier die Nothwendigkeit staatlichen Eingreifens zum Mindesten ebenso dringend ist, wie etwa bei der zwangsweisen Behandlung syphilitischer Prostituirter, von dem Verfahren gegenüber gemeingefährlichen Geisteskranken gar nicht zu reden, bedarf keiner weiteren Ausführung.

Die Entziehung des Alkohols kann in der Regel eine ganz plötzliche sein; die geringen anfänglichen Störungen, Schlaflosigkeit, einzelne Hallucinationen, Appetitlosigkeit pflegen sich schon nach wenigen Tagen erheblich zu bessern oder völlig zu verlieren. Nur in ganz vereinzelten Fällen wird man etwa durch die Gefahr eines Delirium tremens sich veranlasst sehen, in der ersten Zeit vorübergehend noch einige Alkoholgaben zu verabreichen. Die Dauer der Anstaltsbeaufsichtigung sollte in einigermaßen schweren Fällen nicht unter  $\frac{3}{4}$ —1 Jahr, nach Recidiven noch längere Zeit betragen; selbstverständlich spielen für die Bestimmung dieses Termins die Persönlichkeit des Kranken, wie seine äusseren Verhältnisse die wichtigste Rolle. Jedenfalls soll die Wiedereinführung in die Freiheit nach anfänglich strengster Ueberwachung nicht plötzlich, sondern ganz allmählich geschehen, um das Selbst-

vertrauen des Kranken zu kräftigen und seine Widerstandsfähigkeit praktisch zu erproben. Branntweinbrennern, Weinreisenden, Schankwirthen u. s. f. ist eine Aenderung ihres Berufes dringend anzurathen. Als moralisches Pressionsmittel zur Erleichterung der Alkoholentwöhnung ist in neuester Zeit mehrfach mit Erfolg auch die hypnotische Suggestion mit herangezogen worden (Forel).

Ungleich grössere Aussicht auf Erfolg, als die Behandlung des ausgebildeten Alkoholismus, gewährt die Prophylaxe desselben. Die verschiedenartigsten Factoren sind berufen, in dieser Richtung zusammenzuwirken. In der Herabsetzung der Schnapsproduction, der Monopolisirung und Einschränkung des Detailverkaufs (Gothenburger System), in der öffentlichen Belehrung über die schweren Gefahren des Alkoholismus, endlich aber in der Einbürgerung harmloser Anregungsmittel (Kaffee, Thee) und auch schon in der Verdrängung wenigstens der gefährlicheren Formen des Schnapses mit Hülfe unverfälschter Biersorten sind uns, wie die Erfahrung lehrt, die Mittel an die Hand gegeben, welche es uns ermöglichen, den furchtbaren Begleiter und Feind zugleich unserer Civilisation nicht nur an seiner weiteren Ausbreitung zu verhindern, sondern ihm allmählich auch das schon gewonnene übergrosse Terrain in hartem Kampfe nach und nach wieder abzuräumen. Wie es scheint, sind gerade nach dieser letzteren Richtung hin, durch die Kräftigung des Enthaltensamkeitsentschlusses, die in England, Amerika, der Schweiz bestehenden „Mässigkeitsvereine“ eine beträchtliche moralische Einwirkung auszuüben im Stande gewesen.

Auf der durch den chronischen Alkoholismus gebildeten Grundlage können sich mehr oder weniger spontan eine Anzahl eigenartiger psychischer Störungen entwickeln, welche zum Theil wenigstens in ihrem klinischen Auftreten selber schon den Rückschluss auf das aetiologische Moment gestatten, aus welchem sie hervorgegangen sind. Die bei weitem häufigste dieser Störungen, welche vielleicht nur wenigen wirklichen Trinkern erspart bleibt, ist das Delirium tremens.\*)

---

\*) Rose, Delirium tremens und Delirium traumaticum. 1884.

In der Regel pflegt sich das Delirium tremens an irgend eine Gelegenheitsursache, namentlich eine Verletzung oder eine acute Erkrankung (Pneumonie) anzuschliessen, doch kann es auch ohne besonderen äusseren Anlass, gewissermassen als ein bestimmtes Entwicklungsstadium der chronischen Alkoholvergiftung, bisweilen in Folge plötzlicher erzwungener Abstinenz, zum Ausbruche kommen. Nach den Prodromalerscheinungen einer erhöhten psychischen (unruhiger Schlaf, Verstimmtheit, Schreckhaftigkeit) und sensorischen (Hyperaesthesie, subjective Geräusche, Blitze) Erregbarkeit, welche bisweilen einige Tage, meist jedoch nur wenige Stunden andauern, entwickelt sich in rascher Steigerung der Symptome das volle Krankheitsbild, welches vor Allem durch lebhaft und zahlreiche phantastische Sinnestäuschungen der verschiedensten Gebiete bei mässiger, traumartiger Benommenheit und durch gewisse typische motorische Störungen charakterisirt wird.

Unter den illusionären und hallucinatorischen Trugwahrnehmungen, welche Anfangs nur des Nachts, dann aber auch bei Tage hervortreten und den Kranken lebhaft beschäftigen, pflegen diejenigen des Gesichtes zu überwiegen. Die Phantasmen sind von grosser sinnlicher Deutlichkeit, vielfach schreckhaften und unangenehmen Inhalts. Meist sehen die Kranken massenhafte kleine und grössere Thiere (Spinnen, Ameisen, Wanzen, Schlangen, Ratten, Hunde u. s. f.), zahllose Menschenmengen, die entweder auf sie eindringen (feindliche Reiter, Gensdarmen) oder in langen, phantastisch gruppirten Zügen an ihnen vorbeimarschiren, einzelne gefährdende Spukgestalten, kleine Mäner, die unter den Möbeln herumhuschen, Teufel, „Feuerrüpel“, Gespenster. Andere glauben im Wirthshause zu sein, bestellen Schnaps oder eine Portion Kalbsbraten, sehen Gläser und Flaschen vor sich, greifen nach denselben und trinken sie aus, serviren den „Gästen“, oder sie wähnen sich mit irgend einer Arbeit beschäftigt, nähen mit imaginären Fäden, klopfen mit einem eingebildeten Hammer u. dergl. Alle diese Handlungen werden mit solcher Ausführlichkeit vorgenommen, dass an der vollen sinnlichen Lebhaftigkeit der hallucinatorischen Objecte gar kein Zweifel sein kann. Dazu ge-

sellen sich die Trugwahrnehmungen von brausenden Geräuschen, unbestimmtem Tumult, lautem, wirrem Geschrei, von Glockengeläute, Kanonenschüssen und Salven, bisweilen auch von deutlichen Stimmen. Durch verschiedenartige abnorme Empfindungen auf der Haut entsteht die Idee, dass Ameisen, Kröten, Spinnen auf derselben entlang kriechen; der Kranke fühlt sich von feinen Fäden eingesponnen, gebissen, gestochen, geschossen, hüpf über die an der Erde gezogenen Drähte und sucht sich auf alle Weise vor diesen Einwirkungen zu sichern. Nicht selten kann man dem Kranken gewisse Täuschungen (Ungeziefer am Rocke, eine Nadel in der Hand) durch energisches Einreden direct suggeriren.

Die Umgebung wird fast immer verkannt, doch gelingt es meist leicht, die Aufmerksamkeit des Kranken für kurze Zeit von seinen Phantasmen abzulenken und von ihm auf einfache Fragen zutreffende Antworten zu erhalten. Eigentliche Ideenflucht besteht nicht. Die Stimmung ist im Zusammenhange mit den Sinnestäuschungen vorwiegend eine ängstliche, erregte, bisweilen aber auch ausgelassen und exaltirt. Charakteristisch ist die fortwährende motorische Unruhe, die sich in angestrenzter imaginärer Arbeit, in unablässigem Wischen und Reiben, um die Schmarotzer zu entfernen, in Versuchen, unsichtbare Fäden zu zerreißen oder sich aus dem Munde zu ziehen, endlich in Fluchtbestrebungen, Verkriechen, Aufstehen aus dem Bette, oder in brüsken Angriffen gegen das eigene und gegen fremdes Leben Luft macht.

Der Schlaf ist im Delirium tremens gänzlich aufgehoben; die Erregung dauert ohne jede oder doch nur mit sehr geringen Unterbrechungen fort. Die Ernährung ist durch die ängstliche Unruhe der Kranken, durch den regelmäßig bestehenden Katarrh des Mundes und Magens, sowie durch häufige Vergiftungsideen mit Nahrungsverweigerung empfindlich beeinträchtigt. Die Temperatur ist, wo keine gleichzeitige körperliche Erkrankung besteht, meist normal, doch werden nicht selten plötzliche, beträchtliche Steigerungen der Eigenwärme beobachtet. In einzelnen Fällen (Infectionen?) erreicht die Temperatursteigerung eine perniciöse Hartnäckigkeit und Höhe (bis zu 43°) mit letalem



Ausgange (Delirium tremens febrile von Magnan). Die Athmung ist frequent, ebenso der Puls; häufig treten profuse Schweisse auf. Der Harn ist nicht selten eiweiss-haltig.

Auf sensorischem Gebiete bestehen vielfache Par-aesthesien, Hyperaesthesien, Anaesthesien und Analgesien, wie sie den chronischen Alkoholismus überhaupt zu begleiten pflegen. Schwer verletzte (z. B. gebrochene) Glieder werden mit der grössten Rücksichtslosigkeit bewegt. Die Reflex-erregbarkeit ist abnorm gesteigert, besonders hochgradig kurz vor epileptischen Anfällen. Die Zunge und die gespreizten Finger zeigen stets einen ausgesprochenen, vibrirenden Tremor, der sich auch noch weiter über Gesicht und Extremitäten ausbreiten kann. Die Gesichtszüge sind schlaff; häufig machen sich einzelne unwillkürliche Zuckungen und Mitbewegungen bemerkbar. Alle willkürlichen Bewegungen geschehen plump, unsicher, obgleich oft mit grosser Kraft; auch der Gang ist meist unsicher und taumelnd. Nicht selten werden epileptische Krampfanfälle beobachtet.

Die Prognose des Delirium tremens ist eine vielfach getrübt. Die Mortalität stellt sich nach meinen Erfahrungen auf 15—20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Die Gefahr einer Erschöpfung mit raschem Collapse liegt bei der heruntergekommenen Constitution der Alkoholiker mit ihren verschiedenen Organ-affectionen sehr nahe, zumal eben häufig ernste Erkrankungen die Gelegenheitsursache für den Ausbruch des Deliriums abgeben. Endlich führt auch die Unruhe und Angst der Kranken in einzelnen Fällen den tödtlichen Ausgang durch Selbstmord, Verletzungen oder Verschlimmerung sonst harmloser, begleitender Leiden herbei. Die Autopsie pflegt sehr hochgradige venöse Stauungen und Oedeme des Schädelinhaltes zu ergeben. Verhältnissmässig selten ist der Ausgang in anderweitige Geistesstörungen (acute Demenz, hallucinatorische Verwirrtheit). Die Genesung vollzieht sich unter dem Eintritte von Schlaf, bisweilen rasch und mit einem Male, meist aber unter allmählichem Zurücktreten der Sinnestäuschungen, die oft noch in beschränktem Grade fortbestehen, wenn der Kranke schon im Stande ist, sie zu

corrigiren. Gewöhnlich überschreitet die Dauer des Deliriums die Zeit von 1—2 Wochen nicht. Die Erinnerung an die Phantasmen ist im Gegensatze zu den Krankheitszuständen mit sehr tiefer Bewusstseinstäubung oft eine ganz klare und detaillirte.

Die Diagnose des Delirium tremens bietet bei genauer Beachtung des Krankheitsbildes gewöhnlich keinerlei Schwierigkeiten; höchstens könnten manche Aufregungszustände der Paralytiker etwa mit demselben verwechselt werden. Abgesehen von der Anamnese wird hier namentlich die grössere Verwirrtheit der Paralytiker, die längere Dauer der Störung und die besondere Natur der motorischen Symptome die Unterscheidung ermöglichen; allerdings kommt es bisweilen vor, dass sich bei paralytischen Aufregungszuständen in Folge von krankhaften, gehäuften Excessen die alkoholischen Erscheinungen mit denjenigen der Paralyse in unentwirrbarer Weise vermischen.

Die Behandlung hat sich vor Allem jedes schwächenden Eingriffes zu enthalten und für die möglichste Conservirung der Kräfte durch gute Ernährung (Milch) und Darreichung stimulirender Mittel, besonders des gewohnten Nervenreizes, des Alkohols, Sorge zu tragen. Schon prophylaktisch ist bei somatisch erkrankten Trinkern stets die Möglichkeit eines eintretenden Delirium tremens ins Auge zu fassen und daher nach den angedeuteten Gesichtspunkten zu verfahren. In einer grossen Zahl von Fällen wird man mit dem rein expectativen Verfahren vollständig auskommen. Bisweilen jedoch erscheint es nothwendig, die Unruhe und Schlaflosigkeit direct zu bekämpfen. Die gewöhnlichen Schlafmittel, selbst das Paraldehyd, versagen hier häufig; vielleicht wird man bei gutem Kräftezustande und namentlich intacten Kreislaufsorganen einen Versuch mit Hyoscin machen können. In neuester Zeit hat v. Krafft-Ebing dringend die bis zum Eintreten des Schlafes alle 2—3 Stunden wiederholte subcutane Anwendung des Methylal (0,1 gr) angerathen, welche den grossen Vorzug haben soll, die Dauer des Deliriums abzukürzen. Wo die Zeichen vorgeschrittener Alkoholdegeneration vorliegen, bei schwereren Complicationen und bei Fieber wird auch das Opium (subcutan

0,03 gr Extr. Opii aquosi alle 3—4 Stunden, bis Schlaf eintritt) warm empfohlen. Dabei ist die Herzthätigkeit sorgfältig zu controliren und durch starke Gaben von alkoholreichem Weine, Grog oder medicamentösen Stimulantien anzuregen. Rasches Abbrechen der Opiumbehandlung muss vermieden werden. Bei grosser Schwäche endlich und drohendem Collapse ist nur von einem analeptischen, excitirenden Verfahren ohne Narkotica noch etwas zu hoffen; erst bei eingetretener Besserung kann zur Erzielung des Schlafes wieder zum Opium gegriffen werden.

Von grösster Wichtigkeit ist endlich bei der notorischen Gefährlichkeit dieser Kranken für sich und Andere eine sorgfältige, unausgesetzte Ueberwachung derselben. Betten mit hohen gepolsterten Wänden, die das Herauspringen erschweren und Selbstverletzungen verhindern, sind sehr empfehlenswerth, aber nur dann, wenn beständig Pflegepersonal in unmittelbarer Nähe sich befindet; im andern Falle kann das Hinausklettern des ungeschickten Kranken über die hohe Seitenwand zu schweren Verletzungen Veranlassung geben. Die Reconvalescenz ist durch die Sorge für Beseitigung der Verdauungsstörungen und gute Ernährung, sowie durch Regelung des Schlafes zu unterstützen.

Weit seltener, als das Delirium tremens, hat man bei Trinkern Gelegenheit, gewisse andere episodische Geistesstörungen zu beobachten. Als solche wären zu nennen vor Allem die hallucinatorische Verwirrtheit und die eine der oben geschilderten Formen des acuten hallucinatorischen Wahnsinns. Während jene erstere sich gewissermassen als eine Art chronisches Delirium tremens darstellt, unterscheidet sich der letztere von der hier besprochenen Störung durch den Mangel der tieferen Bewusstseinstäubung, des Tremors, der motorischen Unruhe, sowie durch das Vorherrschen der Gehörstäuschungen. In manchen Fällen von chronischem Alkoholismus beobachtet man auch dauernd das gelegentliche, besonders nächtliche Auftreten reiner Hallucinationen ohne psychische Störung, mit Einsicht in die pathologische Natur der Erscheinung. Alle diese Krankheitsbilder können wol mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit den

Verdacht auf Alkoholismus begründen, sind aber keineswegs für jene Intoxikation absolut charakteristisch.

Eine weitere Störung, welche zunächst bisweilen mit dem gewöhnlichen Delirium tremens zusammengeworfen wird, in Wirklichkeit jedoch sich durch sehr markirte Eigenthümlichkeiten von demselben unterscheidet, ist der dipsomanische Anfall. Die Krankheitsform der Dipsomanie nimmt gewissermassen eine Zwischenstellung ein zwischen den alkoholischen und den periodischen Psychosen; sie lässt sich auffassen als die periodische Wiederkehr eines unwiderstehlichen Dranges nach dem Genusse alkoholischer Getränke. Von einer gewissen ätiologischen Bedeutung scheint dabei die hereditäre Disposition zu sein (Trinker in der Ascendenz). Bisweilen tritt die Krankheit auch bei Leuten auf, die schon vorher mehr oder weniger zu Alkoholexcessen geneigt waren; häufig indessen sind die Befallenen während der Intervalle durchaus nüchterne Menschen, welche keinen Tropfen alkoholischer Getränke zu sich nehmen.

Ganz anders im Anfall. Nach den prodromalen Erscheinungen innerer Unruhe, erhöhter Reizbarkeit, Eingenommenheit des Kopfes, Appetitmangel, Schlaflosigkeit bricht der Trieb zum Genusse des Alkohols plötzlich mit elementarer Gewalt hervor. Nicht selten wird derselbe durch unangenehme Gemeingefühle, Beklemmung u. dergl. genährt, die der Kranke durch die Berausung zu beseitigen sucht. Fast ohne Unterbrechung fängt er an, Wein, Bier, Schnaps, selbst Spiritus Tag und Nacht in unglaublichen Quantitäten herunterzustürzen. Unbekümmert um irgend welche socialen, moralischen und ökonomischen Rücksichten treibt er sich in den Kneipen herum, versäumt seine sonstigen Obliegenheiten, kehrt nicht mehr nach Hause zurück und giebt das letzte Geldstück daran, ja er verkauft und versetzt die Kleidungsstücke von seinem Leibe, um seine krankhafte Gier zu befriedigen. Dabei besteht Schlaflosigkeit, vollständiger Appetitmangel und eine deutliche motorische Erregung. Trotz der grossen Mengen des genossenen Alkohols kommt es doch nicht zu sinnloser Betrunkenheit. Nach einigen Tagen oder Wochen hört das Trinken plötz-

lich auf; es stellt sich unter intensivem Ekelgeföhle ein häufig von Delirien und Sinnestäuschungen begleiteter Collapszustand ein, in welchem auch die körperlichen Folgen der Excesse, Erbrechen, Anorexie, Magenkatarrh, Unsicherheit der Bewegungen, Tremor stark hervortreten. Aus ihm geht der Kranke in relativ normalem Befinden hervor, zeigt oft eine tiefe Reue über das Vorgefallene und einen Abscheu gegen den Alkohol, gewöhnlich aber auch die Erscheinungen einer geringen psychischen Widerstandsfähigkeit, erhöhte gemüthliche Reizbarkeit und leichte Bestimmbarkeit.

Trotz aller guten Vorsätze wiederholen sich die Anfälle in mehr oder weniger regelmässigen Intervallen ohne besonderen äusseren Anlass in genau gleicher Weise. Die Zwischenzeiten betragen einige Wochen oder Monate (Quartalsäuffer), seltener Jahre; sie pflegen sich bei längerem Bestande des Leidens allmählich zu verkürzen, wobei zugleich mehr und mehr die gemüthliche Schwäche und namentlich auch die körperlichen Folgen der gewaltigen Schädlichkeiten hervortreten.

Die Prognose der Dipsomanie ist eine sehr schwere, wenn auch vielleicht nicht absolut hoffnungslose. Die Erkennung der Krankheit gründet sich vor Allem auf den triebartigen Charakter und die regelmässige Wiederkehr der Anfälle in bestimmten Intervallen. Die Behandlung hat in erster Linie die Aufgabe, den masslosen Consum des Alkohols zu verhindern, was in der Regel nur durch die gewaltsame Abschliessung möglich ist. Die Aufregung selbst freilich wird auf diese Weise nicht beseitigt, aber es wird wenigstens den üblen Folgen derselben vorgebeugt. Wirkliche Heilungen werden in neuerer Zeit aus Russland, wo die Krankheit relativ häufig ist, nach der Behandlung mit Strychnininjectionen berichtet; eigene Erfahrungen stehen mir über dieselbe bisher nicht zu Gebote. Ausserdem wäre vielleicht ein Versuch mit der Anwendung des Bromkalium in grossen Dosen zu empfehlen.

Neben diesen acut verlaufenden Psychosen haben wir als dem Alkoholismus eigenthümlich eine chronische Form des Irreseins aufzuführen, welche sich klinisch dem Kreise der Verrücktheit einreihen lässt, den sog. Eifersuchts-

wahn der Trinker. Diese Störung entwickelt sich unmittelbar aus gewissen Grundzügen, welche wir schon früher im alkoholistischen Schwachsinn vorgefunden haben. Die aus der Trunksucht als nothwendige Folge hervorgehenden ehelichen Zerwürfnisse und die dadurch bedingte Entfremdung der Ehegatten, die Abneigung der Frau und vielleicht auch die allmählich sich einstellende Impotenz bringen den Trinker, der ohnedies nur zu sehr geneigt ist, die Schuld für das von ihm heraufgeführte Unheil in seiner Umgebung zu suchen, allmählich auf die Idee, dass eine sträfliche Neigung seiner Frau zu anderen Männern der wahre Grund der veränderten Stellung sei, welche dieselbe zu ihm einnimmt. Für die Richtigkeit dieser Voraussetzung liefert ihm die tendenziöse Beobachtung allerlei Beweise, welche seiner geschwächten Kritik als vollkommen sicher und unumstösslich erscheinen. Die Einmischung des Nachbarn bei einer ehelichen Scene, ein freundlicher Blick, eine versteckte Anspielung, die er auffängt, ein mysteriöser Brief, der ihm in die Hände fällt, ein im Dunkeln an ihm vorbeihuschendes Paar, welches er zu erkennen glaubt, lassen ihn an dem Thatbestande des Ehebruchs keinen Augenblick mehr zweifeln.

Hie und da gesellen sich zur Vervollständigung des Indicienbeweises auch wirkliche hallucinatorische Wahrnehmungen hinzu, eine Gestalt, die er nächtlicher Weise ins Schlafzimmer treten sieht, eine höhnische Bemerkung, die ihm aus dem Nebenzimmer oder von der Strasse herauf zugerufen wird u. Aehnl. Oder aber der Kranke merkt aus dem ganzen feindseligen Verhalten seiner Frau, aus der Schnur, die er als Aufforderung zum Erhängen in seinem Bette, auf dem Tische findet, oder aus ihrem Unwillen über sein schroffes Vorgehen gegen den beargwöhnten Nachbar oder Geschäftsführer, dass es mit seinem Verdachte volle Richtigkeit hat.

Eine weitere Ausbildung über dieses allerdings mannigfach variirte Thema der ungerechtfertigten Eifersucht hinaus gewinnt der Wahn in der Regel nicht, doch bleibt er innerhalb dieser Grenzen durchaus fixirt und einer jeden Correctur völlig unzugänglich. Natürlich entwickelt sich

aus ihm eine immer wachsende Erbitterung gegen die Frau, gegen den vermeintlichen Nebenbuhler, ein trotz der sonstigen Schwäche des Trinkers sehr tiefgehender und leidenschaftlicher Hass, der ausnahmslos zu brutalen Szenen und häufig genug zu verhängnissvollen Angriffen auf Leben und Gesundheit führt. Ich kenne aus eigener Erfahrung zwei Fälle, in denen derartige Trinker in blinder Eifersucht und unter dem Einflusse des Alkohols ihre Frauen erschossen. Die Wurzeln der Psychose wird man unschwer bei der Mehrzahl aller Trinker auffinden; leider aber wird die grosse Gefährlichkeit der ausgebildeten Störung nur allzu leicht verkannt, da die Intelligenz der Kranken für die oberflächliche Betrachtung oft nahezu normal zu sein scheint, und da ihre Wahnideen fast keine phantastischen Elemente enthalten, sondern sich soweit im Bereiche des Möglichen, ja des Wahrscheinlichen bewegen, dass zuweilen nur eine genaue Kenntniss der wirklichen Verhältnisse die pathologische Natur ihrer ganzen Auffassungsweise zu enthüllen vermag.

Wir haben endlich an dieser Stelle noch kurz des Krankheitsbildes der alkoholischen Paralyse zu gedenken, einer Psychose, die sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als eine einfache Combination der Symptome des chronischen Alkoholismus mit denjenigen der dementen, seltener der expansiven progressiven Paralyse darstellt. Zu der Gedächtnisschwäche und der gemüthlichen Stumpfheit auf der einen gesellen sich Sinnestäuschungen, Eifersuchts- wahnideen auf der anderen Seite; die Ataxie des Paralytikers wird complicirt durch den Tremor und die neuritischen Störungen des Alkoholisten. Ausserdem scheinen epileptiforme Anfälle besonders häufig zu sein. In der Regel ging der Alkoholismus hier der Entwicklung der Paralyse schon lange Zeit voraus; bisweilen aber auch liefert erst diese letztere den Anstoss zu den gehäuften Excessen, aus denen sich die alkoholistischen Symptome herleiten.

Auf der anderen Seite giebt es vereinzelte Fälle von Alkoholismus, in denen neben leichten motorischen Störungen (Tremor, Sprachstörung, Anfälle) ein florider Grössenwahn mit expansiver Stimmung ganz von der Art des paralyti-

schen acut zur Ausbildung kommt, um nach einigen Monaten bis auf die Residuen einer mässigen Demenz wieder zu verschwinden. Wie es scheint, kann damit die Erkrankung definitiv abgeschlossen sein, während sie bei der erst erwähnten Form regelmässig den traurigen Ausgang der typischen Dementia paralytica nimmt. Es muss daher zweifelhaft erscheinen, ob man ein Recht hat, diese letzteren, günstig verlaufenden Fälle der alkoholischen Paralyse ohne Weiteres zuzurechnen (Pseudoparalyse).

### B. Der Morphinismus.\*)

Gegenüber dem Missbrauche alkoholischer Getränke, welcher auf ein fast ehrwürdiges Alter zurückblicken kann, reicht die Geschichte des Morphinismus kaum weiter, als  $1\frac{1}{2}$  Jahrzehnte zurück, wenn derselbe auch einen gewissen Zusammenhang mit der altasiatischen Sitte des Opiummissbrauches aufzuweisen hat. Die Erfindung der Pravaz'schen Spritze und der durch sie herbeigeführten Verbesserung der Applicationsmethode hatte einen ausserordentlichen Aufschwung im Gebrauche des Morphiums zur Folge, welches sich nur zu bald als ein sicheres und angenehmes Mittel zur Bekämpfung von Schmerzen und Unbehagen aller Art bewährte. Der wirksamste Hebel für die Ausbildung und Verbreitung des Morphinismus lag in dem Umstande, dass der Arzt, unbekannt mit den drohenden Gefahren, aus Rücksichten der Bequemlichkeit dem Kranken die Spritze selbst in die Hand gab, damit er sich je nach Bedarf und nach eigenem Ermessen die ersehnte Euphorie verschaffen könne.

Allein es stellte sich bald heraus, dass unter diesen Verhältnissen das Mittel aus dem Wohlthäter zu einem furchtbaren und fast unbezwinglichen Feinde wurde. Die grosse Mehrzahl der Menschen, welche habituell mässige

---

\*) Fiedler, Deutsche Zeitschr. f. prakt. Medicin 1874, 27, 28; Levinstein, Die Morphiumsucht. 3. Auflage, 1883; Erlenmeyer, Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. 3. Auflage, 1887.



Quantitäten von Alkohol zu sich nehmen, vermag demselben, wo es sich als nothwendig erweist, leichten Herzens auf kürzere oder längere Zeit zu entsagen. Dagegen zwingt die wahrhaft dämonische Macht des Morphiums denjenigen, der einmal an seinen Gebrauch sich gewöhnt hat, unerbittlich zur Fortsetzung desselben, da jeder Versuch, sich von der Sklaverei des Mittels zu befreien, sofort zu derartig unangenehmen Erscheinungen führt, dass die menschliche Widerstandskraft dadurch gebrochen wird.

Den ersten Anlass zur Entstehung des Morphinismus giebt in der Regel irgend ein leichteres oder schwereres schmerzhaftes Leiden, eine Neuralgie, Ischias, Zahnschmerzen, Schlaflosigkeit, eine psychische Depression, zu deren Beseitigung zunächst vielleicht der Arzt eine Injection macht. Die durch sie erzielte Wirkung ist zumeist die Beseitigung aller quälenden körperlichen und psychischen Reizmomente und die Erzeugung einer überaus behaglichen, befriedigten Stimmung. Es stellt sich eine allgemeine Beruhigung, aber zunächst gewöhnlich kein Schlaf ein; bunte, wechselnde Bilder, meist angenehmen Inhalts, ziehen im Halbtraum vorüber, bis dann erst nach längerer Zeit, oft nach einer Reihe von Stunden, bei allmählicher Ermüdung ein wirklicher Schlaf zu Stande kommt. Die körperlichen Begleiterscheinungen der Narkose gestalten sich je nach der Dosis des Mittels, namentlich aber nach der Individualität des Menschen verschieden. Ein rasch auftretender metallischer oder bitterer Geschmack, Kollern im Leibe, Myosis und Erbrechen sind häufig. Als Nachwehen der Intoxikation werden Eingenommenheit des Kopfes, Schwindelgefühl, Migräne, profuse Schweisse, grosse Hinfälligkeit und Harnverhaltung beobachtet.

Beim chronischen Gebrauche des Morphiums treten in Folge der sich ausbildenden Gewöhnung die unangenehmen Nebenerscheinungen der Vergiftung mehr und mehr in den Hintergrund, oder sie werden doch durch eine neue Gabe des Mittels rasch wieder beseitigt. So kommt es, dass der Morphinist oft lange Zeit hindurch nur die anregende und zugleich beruhigende Wirkung empfindet, welche ihn über alle kleinen und grossen Unannehmlichkeiten hin-

wegsetzt, wie sie aus seinem Gesundheitszustande, aus seinem Berufe, aus seinen socialen und häuslichen Verhältnissen entspringen. Dieselbe Gewöhnung aber ist es, welche ihn sehr bald von der ursprünglichen Gabe des Mittels die erhoffte Befriedigung nicht mehr in vollem Masse finden lässt und ihn daher zu einer Steigerung der Dosis antreibt. Zunächst ist der Erfolg ein vollkommener, aber nach einiger Zeit versagt auch das neue Quantum, und so schraubt sich das Bedürfniss allmählich immer höher und höher, bis am letzten Ende auch die grössten Mengen des Mittels (erfahrungsgemäss bis zu 2, 3 gr und mehr in 24 Stunden) den sehnlichst gewünschten Effect nur ganz vorübergehend noch erzielen.

Alle die schon früher gelegentlich hervorgetretenen Beschwerden des Morphinismus erreichen nach und nach ihren Höhepunkt. Das Gedächtniss wird vielfach unsicher, die geistige Leistungsfähigkeit, namentlich die Productivität, nimmt ab und kann nur unter dem unmittelbaren Einflusse des Morphiums noch auf einer gewissen Höhe erhalten werden. Auf diese Weise kommt es zu einem beständigen Wechsel zwischen Stunden relativen Wohlbefindens und solchen apathischer Erschlaffung oder nervöser Unruhe, ein Umstand, der natürlich eine geregelte, systematische Thätigkeit völlig unmöglich macht. Die Stimmung ist ebenfalls vielfachen Schwankungen unterworfen, bald deprimirt, muthlos, hypochondrisch, bald zuversichtlich und übermüthig; nicht selten stellen sich vorübergehende, heftige Angstfälle ein.

In ganz besonderem Masse aber wird der Charakter der Kranken in Mitleidenschaft gezogen. Sie verlieren nicht nur vollkommen die Fähigkeit, sich selber definitiv und energisch von dem verderblichen Mittel loszusagen, sondern sie machen in eigenthümlichem Zwiespalte mit sich selbst auch dann schon von vornherein den Versuch, die Entziehungscur zu vereiteln, wenn sie aus freien Stücken in dieselbe eingewilligt haben. Kaum ein Morphinist geht in die Anstalt, ohne sich nicht irgendwie heimlich mit einer gehörigen Portion des Medicamentes versehen zu haben; keiner, auch nicht der heiligsten Versicherung eines Morphinisten

über diesen Punkt ist jémals blindlings zu trauen. Der Schlaf erleidet meist hochgradige Störungen. Beim Einschlafen treten zeitweise Hallucinationen auf, besonders des Gesichtes; die Kranken liegen viele Stunden lang wach, mit zwangsmässigen, phantastischen Ideen beschäftigt; dafür stellt sich am Tage plötzlich eine unbezwingbare Müdigkeit ein, die sie mitten in der Gesellschaft, in der Unterhaltung trotz aller Gegenanstrengungen überwältigt.

In der sensiblen Sphäre machen sich verschiedenartige Paraesthesien und Hyperaesthesien bemerkbar, namentlich am Herzen, sowie in der Magen- und Blasengegend. Die Reflexerregbarkeit nimmt zu, doch fehlt der Patellarreflex nicht selten; die Bewegungen werden unsicher, bisweilen zitternd, ataktisch. Hie und da wird eine Erschwerung der Sprache, regelmässig werden Paresen in der Musculatur des Auges beobachtet (Doppeltsehen, Accommodationsparese). Die allgemeine Ernährung leidet immer erheblich; das Körpergewicht nimmt ab; die Haut wird welk, schlaff und fahl; das Fettpolster schwindet. Der Appetit, namentlich für Fleischspeisen, vermindert sich; es stellt sich zeitweiliger Heisshunger oder bei grosser Trockenheit des Mundes unstillbarer Durst ein; die meist bestehende Obstipation wechselt mit vorübergehender Diarrhöe. Von Seiten der Circulationsorgane werden hie und da quälende Herzpalpitationen beobachtet; der Puls ist etwas beschleunigt, bisweilen unregelmässig. Das Ohrensausen, die Benommenheit, die Schwindel- und selbst Ohnmachtsanfälle, sowie die copiösen kalten Schweisse und das Frösteln der Morphinisten sind wol ebenfalls auf vasomotorische Störungen zurückzuführen. Ferner gehören auch Respirationsstörungen, besonders asthmatische Beschwerden, nicht selten zu dem hier gezeichneten Symptomencomplexe. Die libido sexualis und die Potenz nimmt ab; die Menses cessiren. Levinstein betrachtet endlich noch Eiweissgehalt des Harns, sowie eigenthümliche tertiane Fieberanfälle als gelegentliche Symptome des Morphinismus, doch haben andere Beobachter seine Angaben nicht bestätigen können.

Die Schnelligkeit, mit welcher sich die ganze Reihe

dieser Störungen entwickelt, ist eine sehr verschiedene; sie hängt naturgemäss einmal von der Menge des gebrauchten Morphiums und weiterhin von der Widerstandsfähigkeit des Organismus ab. Bisweilen machen sich die ersten Erscheinungen der chronischen Vergiftung schon nach einigen Monaten des Morphingebrauches geltend; in anderen Fällen können Jahre, selbst viele Jahre vergehen, bevor ernstere Symptome zum Ausbruche kommen. Letzteres ist besonders dann die Regel, wenn der Kranke Selbstbeherrschung genug besass, von Zeit zu Zeit mit der Dosis des Mittels wieder etwas zurückzugehen. Der sonst continuirlich fortschreitende Verlauf des Morphinismus lässt unter diesen Umständen mehr oder weniger ausgiebige Besserungen des Allgemeinzustandes erkennen, welche bei der Fortdauer des Grundübels jedoch nur als Remissionen aufgefasst werden dürfen. Die Dauer des Morphinismus ist eine fast unbegrenzte; schon jetzt sind Fälle bekannt, in denen das Morphium ohne Unterbrechung 20 Jahre hindurch und länger fortgenommen wurde.

Der Morphinismus ist fast ausschliesslich eine Krankheit der besseren Stände, schon aus dem einfachen Grunde, weil er sehr viel Geld kostet. Die grössere Leichtigkeit, sich das Mittel zu verschaffen, lässt das männliche Geschlecht, und hier vor Allem die mit dem ärztlichen Berufe in Beziehung stehenden Personen besonders stark prädisponirt erscheinen. Man kann rechnen, dass 75 % der Morphinisten Männer und von diesen wieder mindestens die Hälfte Aerzte sind. Weiterhin ist natürlich die Gefahr, dem chronischen Missbrauche des Morphiums zu verfallen, um so grösser, je angenehmer sich die ganze Wirkung des Mittels im einzelnen Falle gestaltet; es giebt Individuen, bei denen bereits die erste Injection in diesem Sinne über das ganze fernere Leben entscheidet. Endlich ist offenbar die Disposition zum Morphinismus auch wesentlich von der psychischen Constitution abhängig. Ich habe immer den Eindruck gehabt, dass eine grosse Zahl von Morphinisten, ebenso wie viele Trinker, schon vor der chronischen Intoxikation einen bedeutenden Grad von Charakterschwäche dargeboten haben. Dafür spricht die bisweilen staunenswerthe Geringfügigkeit der Beweggründe (Neugierde, Verführung), welche zum Miss-

brauche des Mittels geführt haben, sowie der unglaubliche Leichtsinne, mit welchem Morphinisten vielfach Propaganda machen, ihren Leidensgefährten Morphinium verschaffen und in einer Art „esprit de corps“ die energische Verfolgung ihrer Helfershelfer zu verhindern suchen.

Die Prognose dieser Störung ist in jedem Falle eine ernste. Zwar der Ausgang in schweres, mit dem Tode endendes Siechthum ist nicht gerade allzu häufig, und die Entziehung des Morphiums gelingt unter den nöthigen Vorsichtsmassregeln fast immer ohne besondere Schwierigkeiten; allein die Gefahr immer und immer wiederholter Rückfälle, welche nothwendig zu einer vollständigen Vernichtung des Lebensglückes führen, ist eine ausserordentlich grosse; kaum mehr als ein Viertel aller Morphinisten vermag ihr auf die Dauer zu entgehen. Ganz besonders gefährdet sind auch in dieser Beziehung alle diejenigen Personen, denen entweder ihr Beruf die Erlangung des Morphiums besonders leicht macht, oder denen irgend ein chronisches, mit Schmerzen und Beschwerden verbundenes Leiden die Verführung, nach dem erlösenden Mittel zu greifen, immer von Neuem mit unwiderstehlicher Macht aufdrängt.

Eine weitere, ernste Gefahr droht dem Morphinisten in der einfachen Substitution oder der Complication des Morphiums durch ein anderes ähnliches Mittel. Namentlich der Alkohol (Wein, Champagner) ist es, der mit oder ohne ärztlichen Rath zur Milderung der Abstinenzerscheinungen herangezogen wird und den Kranken nur zu häufig dem Alkoholismus in die Arme treibt. In ähnlicher Weise kommt das Chloralhydrat, der Aether, das Chloroform und in neuester Zeit vor Allem das Cocain in Anwendung. Nur selten gelingt es den Kranken, auf diese Weise das Morphinium wirklich los zu werden; in der Regel kommt zu dem alten Uebel einfach ein neues, kaum weniger schlimmes hinzu.

Die Erkennung des Morphinismus stützt sich neben der Beachtung der körperlichen Vergiftungssymptome (Myosis, Appetitlosigkeit, Ernährungsstörung), sowie der oft sehr in's Auge fallenden Injectionsspuren (glänzende, ovale Narben, schwielige Verhärtungen oder selbst atonische Geschwüre),

namentlich auf den eigenthümlichen Wechsel der Zustände, welchen der Morphinist darzubieten pflegt. Die geistige Frische und Leistungsfähigkeit, die gehobene Stimmung nach der Injection muss ja nur allzubald einer hochgradigen Ermüdung, Schläffheit, Energielosigkeit und Depression weichen, so dass dem Beobachter der Contrast zwischen diesen verschiedenartigen Dispositionen kaum verborgen bleiben kann. Für die speciellere Diagnose der Ursache finden sich dann bei näherem Nachforschen bald weitere anamnestiche und thatsächliche Anhaltspunkte. Leider herrschen über die Nachweisbarkeit des Morphiums im Harn zur Zeit noch Meinungsverschiedenheiten; es scheint, dass nur ein Theil des Medicamentes unzersetzt bleibt, dass indessen die Spaltungsproducte bei Thieren einen der Morphinumvergiftung sehr ähnlichen Symptomencomplex hervorzurufen im Stande sind (physiologischer Nachweis). Die volle Sicherheit über das Bestehen des Morphinismus kann man sich durch eine zuverlässige Isolirung des Kranken verschaffen. Hat man diesem Letzteren wirklich jede Möglichkeit einer heimlichen Morphinumzufuhr abgeschnitten, so darf der Eintritt oder das Ausbleiben der Abstinenzerscheinungen als ein untrügliches experimentum crucis gelten.

Die Behandlung des Morphinismus besteht in der Entziehung des Mittels unter ärztlicher Aufsicht. Völlige und dauernde Abgewöhnung des Morphiums aus eigener Initiative des Kranken kommt erfahrungsgemäss niemals oder doch nur extrem selten vor. Aus diesem Grunde kann die Entziehung mit Aussicht auf Erfolg nur in der Weise durchgeführt werden, dass sich der Kranke für einige Zeit bedingungslos in die Hände des Arztes und in Verhältnisse begiebt, welche eine absolute Ausschliessung des Morphiums mit Sicherheit gestatten. Allerdings ist es, namentlich im Hinblick auf die moralische Unzuverlässigkeit der Morphinisten, nicht immer leicht, sich nach dieser Richtung hin ausreichende Garantien zu verschaffen. Die Erfahrung zahlloser raffinirter Betrügereien Seitens der Kranken, ihrer Angehörigen und Freunde, der Mitpatienten, des Wartpersonals predigt eindringlich die Nothwendigkeit des äussersten, unermüdlichsten Misstrauens.

Sobald dem Kranken das gewohnte Reizmittel entzogen wird, treten nach einigen (5—6) Stunden jene Abstinenzerscheinungen hervor, die wir zum Theil schon in dem Bilde des Morphinismus als die Ursachen kennen gelernt haben, welche den gequälten Kranken immer von Neuem zur Spritze greifen lassen. Was aber dort nur angedeutet war und stets durch die neue Intoxikation rasch beseitigt wurde, das tritt hier oft mit grosser Gewalt in den Vordergrund. Quälende Unruhe, häufiges Gähnen, Angst, Beklemmungsgefühle, Paraesthesien in den verschiedensten Regionen des Körpers, Hallucinationen mehrerer Sinne stürmen mächtig auf den Kranken ein und lassen ihn sehr rasch alle die guten Vorsätze vergessen, mit denen er sich in die Behandlung des Arztes begeben hat. Dabei besteht, wenigstens in der ersten Zeit, völlige Schlaflosigkeit, gegenüber der die gebräuchlichen Schlafmittel meistens versagen. Speciell das Chloralhydrat pflegt sogar die psychische Erregung bedeutend zu steigern und Zustände von hallucinatorischer, traumartiger Verworrenheit herbeizuführen. Aber auch abgesehen davon kann sich bisweilen unter lebhafter Zunahme der Aufregung ein Krankheitsbild entwickeln, welches die grösste Aehnlichkeit mit dem Delirium tremens der Trinker darbietet, zumal auch die Unsicherheit der Bewegungen und das Zittern der Hände in gleicher Weise sich einzustellen pflegt. Allerdings dauert dieser Zustand, der als eine exquisite Abstinenzerscheinung aufzufassen ist, gewöhnlich nur eine Reihe von Stunden oder doch nicht mehr als 1—2 Tage.

Auch im Bereiche des übrigen Nervensystems macht sich die gewaltige Revolution geltend, welche durch die Entziehung des gewohnten Reizmittels herbeigeführt wird. Es treten unwillkürliche Bewegungen und Spasmen in den Beinen, asthmatische Zufälle, Krampfhusten, Accommodationsparesen, Tenesmen, Blasenkrämpfe und -lähmungen, Erbrechen, Herzpalpitationen, namentlich aber Ohnmachten und gefährliche Collapse mit plötzlichem, rapidem Sinken der Herzaction auf, die sich unter Umständen mehrmals wiederholen und sogar direct in den Tod hinüberführen können. Die secretorischen Functionen, welche unter

dem Einflusse des Morphiums darniederlagen, zeigen eine rasch vorübergehende, beträchtliche Steigerung, welche sich in reichlicher Speichel- und Schweisssecretion, sowie in andauernden profusen Diarrhöen kundgiebt; bisweilen tritt Eiweiss im Harn auf.

Alle diese Abstinenzsymptome lassen sich durch das Morphin selbst wieder beseitigen oder doch erheblich mildern. Diese Thatsache ist es, welche zur Aufstellung zweier verschiedener Hauptmethoden der Morphinentziehung geführt hat, zu der plötzlichen und zu der allmählichen Entziehungscur. Bei der ersteren lässt man von der habituellen Dosis aus die Morphininjectionen mit einem Schlage vollständig wegfallen, während man im anderen Falle zuerst langsam mit der Gabe heruntergeht oder die Intervalle vergrössert, bevor man endlich mit den Einspritzungen vollständig abbricht. Beide Methoden haben ihre eifrigen Vertheidiger gefunden. Während bei der plötzlichen Entziehung (Levinstein) die Abstinenzerscheinungen ausserordentlich brüsk hervortreten, vorübergehende Delirien und namentlich die Gefahr schwerer Collapse herbeiführen, dafür aber binnen wenigen Tagen ablaufen, gestalten sich jene Symptome bei der allmählichen Entziehung (Burkart) weniger stürmisch, erstrecken sich aber über eine viel längere Zeit. Gerade dieser letztere Umstand erschwert natürlich den völligen Ausschluss jeder unberufenen Morphinzufuhr ungemein, namentlich wenn man den besonnenen Kranken, was bei einer Curdauer von 3—4 Wochen kaum zu umgehen ist, etwas freiere Bewegung gestattet; die Möglichkeit eines Betruges liegt daher ausserordentlich nahe. Um dieser Gefahr einerseits, den oben geschilderten lebensbedrohenden Zufällen andererseits auszuweichen, hat Erlensmeyer mit seiner „schnellen“ Entziehungsmethode, die sich über 1—2 Wochen erstreckt, einen Mittelweg eingeschlagen, der in der That für die überwiegende Mehrzahl der Fälle am angemessensten erscheint. Da jeder Morphinist weit mehr Morphin zu consumiren pflegt, als für sein Wohlbefinden nothwendig ist (Existenzminimum), wird zunächst sofort auf die Hälfte oder selbst ein Drittel des gewohnheitsmässigen Gebrauches heruntergegangen und dann all-



mählich systematisch die Dosis weiter vermindert; die Abend-einspritzung fällt zuletzt fort.

Die Behandlung der Morphinabstinenz bedarf überall der vollen und andauernden Aufmerksamkeit des Arztes. Vor Allem muss der Puls unter genauer Controle gehalten werden, so dass bei dem Herannahen der Collaps-gefahr ein analeptisches Verfahren (kühle Uebergiessungen, kräftige Hautreize durch den faradischen Pinsel und Sina-pismen, Aether- oder Kampherinjectionen, Punsch, Cham-pagner) eingeleitet werden kann; im Nothfalle wird man nicht zögern, durch eine Morphinjection die schweren Erscheinungen zu beseitigen. Gegen die hartnäckige Unruhe und Schlaflosigkeit wird man bisweilen durch Eis-application auf den Kopf, durch laue Bäder oder durch ein Schlafmittel, wenn es der Kranke verträgt, etwas erreichen können. Die mannigfachen Schmerzen lindert eben-falls oft die locale Anwendung der Kälte; das Erbrechen wird durch Eispillen und Kataplasmen bekämpft; gegen die Tenesmen und Diarrhöe helfen laue Eingiessungen und Stuhl-zäpfchen mit Belladonna.

Zur Erleichterung der Abstinenz empfiehlt Burkart, zunächst die innerliche Anwendung des Morphiums an Stelle der Injection zu setzen und endlich auch fernerhin durch Opiumgaben den Ausfall des gewohnten Genussmittels weniger fühlbar zu machen. Da indessen erfahrungsgemäss und aus naheliegenden Gründen der Opiummissbrauch nicht selten denjenigen des Morphiums einfach ersetzt, so ist der Nutzen dieses Verfahrens nicht recht verständlich. Das in neuerer Zeit so enthusiastisch angepriesene Cocain darf wol nach den jetzt vorliegenden Erfahrungen einfach als ein minderwerthiges Substituens für das Morphin angesehen werden; es lindert viele Beschwerden der Morphinabstinenz, wirkt aber immer nur für kurze Zeit und führt in jedem Falle die äusserst bedenkliche Gefahr eines späteren Mor-phio-Cocainismus herauf. Seine Anwendung muss daher mit Entschiedenheit widerrathen werden. Ueber den Werth des ebenfalls jüngst als Palliativmittel bei der Morphin-entziehung empfohlenen Nitroglycerin und Spartein werden erst weitere Erfahrungen zu entscheiden haben. Dagegen

ist es ohne Zweifel von besonderer Wichtigkeit, in der Entziehungscur gleich von Anfang an auf eine zweckmässige und reichliche Ernährung der Kranken bedacht zu sein, da dieselben wegen ihrer Appetitlosigkeit und Aufregung sonst rasch von Kräften kommen. Die Einführung von flüssiger Nahrung, namentlich Milch, eventuell mit etwas Cognac, pflegt trotz der Neigung zum Erbrechen meist zu gelingen.

Die auffallenderen Abstinenzerscheinungen treten bei der plötzlichen Entziehung oft schon nach wenigen Tagen, bei der schnellen etwas langsamer und bei der allmählichen nach einigen Wochen oder selbst erst Monaten vollständig in den Hintergrund. Der Appetit bessert sich; das Körpergewicht steigt rasch; der Schlaf stellt sich anfangs mit Hilfe von Schlafmitteln, hydropathischen Proceduren, dann aber auch von selber wieder ein, und es tritt bei dem Kranken mehr und mehr das Gefühl der Gesundheit und der geistigen Frische wieder hervor. Allein die Gefahren des Morphinismus sind damit durchaus noch nicht überwunden. Noch viele Monate, ja selbst Jahr und Tag nach der völligen Entwöhnung vom Morphium kann mit einem Male, häufig im Anschlusse an einen äusseren Anlass, ein körperliches Unwohlsein, die Ausführung einer Morphium-injection oder bei der Rückkehr in die alte Umgebung, in eine aufreibende Thätigkeit die Neigung zu dem Mittel mit fast unwiderstehlicher Gewalt wieder hervortreten. Mindestens ein Jahr also muss jeder Morphinist sich in irgend einer Form unter eine Ueberwachung stellen, welche jede Neigung zum Rückfalle im Keime erstickt, sei es in der Familie, sei es in der Gesellschaft eines zuverlässigen, eingeweihten Freundes und Berathers. Namentlich dem genesenden Arzte ist es ans Herz zu legen, dass er niemals wieder eine Injection selber ausführt, weil gerade dabei die Gefahr des Rückfalles am drohendsten hervorzutreten pflegt. Am allerbesten ist es, wenn der genesene Morphinist sich verpflichtet, auf eine Reihe von Jahren hinaus 1—2mal jährlich eine strenge Quarantäne von 2—3 tägiger Dauer in einer geschlossenen Anstalt durchzumachen. Auf diese Weise wird ihm selbst ein gewisser moralischer Halt gegeben; seine

Angehörigen werden beruhigt und ein etwaiger Rückfall kann nicht allzulange unentdeckt bleiben.

Die vollständige und dauernde Entziehung des Morphiums erweist sich selbst beim besten Willen des Arztes und des Patienten in einer Reihe von Fällen als undurchführbar. Abgesehen von den schon oben erwähnten Kranken, denen das Leben wegen irgend eines unheilbaren schmerzhaften Leidens nur durch das Morphinum erträglich wird, sieht man bei älteren Personen jenseits der 50er Jahre, sowie bei sehr lange (Jahrzehnte) bestehendem Morphinismus nicht selten die Entziehung des Morphiums zu einem langsam fortschreitenden Siechthum führen, welches die Lebensfähigkeit in höherem Grade beeinträchtigt, als der Morphinismus selbst. Hier muss man sich damit begnügen, die Dosis des Mittels nach Möglichkeit herabzusetzen und den Kranken dauernd unter ärztliche Controle zu stellen.

### C. Der Cocainismus.

Der Cocainismus\*) ist die modernste der chronischen Intoxikationen. Die euphorischen Wirkungen des Cocains in der Morphinumabstinenz sind es gewesen, welche diesem Mittel sehr rasch eine unerfreuliche Verbreitung verschafft haben. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist daher der Cocainmissbrauch mit dem Morphinismus complicirt, und Beobachtungen von reinem Cocainismus sind bei uns relativ selten, während allerdings in der Heimath der Coca, in Peru, die Folgen dieser chronischen Vergiftung ebensowol bekannt sind, wie diejenigen des Opiumrauchens in China.

Die nächste Wirkung des Cocains ist eine unter Steigerung der Pulsfrequenz und Sinken des Blutdruckes eintretende Anregung der psychischen Functionen, welche den Menschen, wenigstens vorübergehend, leistungsfähiger und ausdauernder zu machen scheint. Bei längerer Fortsetzung der Injectionen, zu der man durch ein starkes Unbehagen

---

\*) Erlenmeyer, op. cit. p. 154; Obersteiner, Wiener Klin. Wochenschr. 1888, 19.

beim Aussetzen des Mittels (Oppressionsgefühl, Herzklopfen, Ohnmacht) gedrängt wird, stellt sich eine dauernde nervöse Erregung mit leichter Ideenflucht und völliger Unfähigkeit zu geistiger Beschäftigung, Energielosigkeit, Abnahme des Gedächtnisses, fast absolute Schlaflosigkeit, die zum Gebrauche des Morphiums verführt, sowie endlich trotz genügender Nahrungszufuhr rapides Sinken des Körpergewichts ein. Die Gesichtsfarbe ist fahl, die Züge schlaff; die Pupillen sind ad maximum erweitert; der Gang ist unsicher, und es besteht grosse körperliche Schwäche und Hinfälligkeit. Bei einem 14jährigen Knaben meiner Beobachtung, der sich seit sieben Wochen täglich 2—3 gr Cocain einspritzte und in Folge dessen bereits eine Beugecontractur der beiden, von zahlreichen Abscessen durchsetzten Arme davongetragen hatte, traten ausserdem Unreinlichkeit sowie häufige Schwindelanfälle mit deliriöser Verwirrtheit und zeitweisen Hallucinationen auf. Vielfach entwickeln sich ausgeprägte Geistesstörungen mit Täuschungen der verschiedensten Sinne (namentlich Sehen zahlreicher winziger Thiere oder Gegenstände) und Beeinträchtigungsideen, Eifersuchtswahn u. dergl., Zustände, welche entschiedene Aehnlichkeit mit den alkoholischen Psychosen darbieten.

Der Verlauf des Cocainismus führt ohne ärztlichen Eingriff, wie es scheint, mit grosser Schnelligkeit zu schwerem körperlichem und geistigem Siechthum mit völliger Vernichtung der Persönlichkeit. Die Prognose gestaltet sich aus diesem Grunde wol noch trüber, als diejenige des Morphinismus. Allerdings lässt sich die Entziehung des Cocains in der Regel ohne schwerere Erscheinungen durchführen, aber die durch das Mittel herbeigeführte psychische Veränderung, namentlich die Charakterschwäche und die Wahnideen, pflegen fortzudauern, auch wenn die acuten Intoxikationssymptome geschwunden sind, und die Recidive sind daher sehr zahlreich, besonders dort, wo es sich, wie gewöhnlich, um die Combination mit Morphinium handelt.

Bei der Behandlung des reinen Cocainismus ist eine rasche, in wenigen Abstufungen durchgeführte Entziehungscur am Platze. Dreiste Alkoholgaben, verlängerte Bäder, sowie die gebräuchlichen Hypnotica leisten dabei gute Dienste.

Für den Morphio-Cocainismus dagegen gelten dieselben Erfahrungen und Grundsätze, wie bei reinem Morphinismus. Am zweckmässigsten wird man wol in solchen Fällen zunächst das Cocain entziehen und dann erst mit dem Morphinium heruntergehen. Der Versuch, sich aus eigener Initiative von dem Mittel zu befreien, ist beim Cocainismus ganz ebenso, wie bei den verwandten Zuständen, nichts als eine nutzlose, das Selbstvertrauen des Kranken tief schädigende Quälerei; nur der unbedingten ärztlichen Autorität kann die dauernde Erlösung des Kranken von seiner Sklaverei gelingen.

---

## X. Die Dementia paralytica.

Aus der Reihe von Geisteskrankheiten, die mit größeren nervösen Störungen einhergehen und auf eine tiefer greifende, anatomisch definierbare Alteration des Gehirns hindeuten, hat sich im Laufe namentlich der letzten Decennien ein bestimmtes Krankheitsbild herausgehoben, dessen Studium wegen der hervorragenden Betheiligung der psychischen Functionen nicht der Hirnpathologie, sondern vorzugsweise der Psychiatrie anheimgefallen ist. Während die Alienationszustände in Folge von Tumoren, Erweichungsherden, multipler Sklerose u. s. f. eine grosse Einförmigkeit darzubieten pflegen und darum neben den sonstigen nervösen und cerebralen Lähmungs- und Reizungserscheinungen gänzlich in den Hintergrund treten, hat die diffuse, chronische Degeneration der Hirnrinde, als des Centralorgans unseres Bewusstseins, so erhebliche und mannigfaltige Veränderungen der psychischen Functionen zur Folge, dass sie die wichtigsten Symptome im Krankheitsbilde darstellen, während man die begleitenden nervösen Störungen früher sogar bisweilen als blosse „Complicationen“ auffasste.

Als den klinischen Ausdruck des genannten pathologischen Processes haben wir die sog. Dementia paralytica\*), den fortschreitenden Blödsinn mit Lähmung („Gehirnerweichung“) zu betrachten, eine Krankheitsform, die insofern gewissermassen auf der Grenze zwischen Hirnpatho-

---

\*) Voisin, traité de la paralysie générale des aliénés. 1879; Mendel, Die progressive Paralyse der Irren. 1880; Mickle, general paralysis of the insane. 2 ed. 1886.

logie und „Psychopathologie“ steht und eine Vereinigung beider ermöglicht, als wir hier den Störungen der psychischen Leistungen unmittelbar greifbare Veränderungen des organischen Substrates derselben parallel gehen sehen. Der Grundzug im Krankheitsbilde der Dementia paralytica ist die fortschreitende Schwäche auf allen Gebieten des psychischen Lebens. Allmählich, aber unaufhaltsam nimmt die Leistungs- und Widerstandsfähigkeit im Denken, Fühlen und Handeln ab, bis zur völligen Vernichtung der psychischen Persönlichkeit, bis zum denkbar tiefsten Blödsinn. Begleitet wird dieser Vorgang in der Regel von verschiedenartigen psychischen Reizungerscheinungen, Aufregungs- und Depressionszuständen, die sich von den früher geschilderten wesentlich nur durch den gemeinsamen, mehr oder weniger deutlich ausgeprägten Grundzug der Schwäche unterscheiden.

Das erste Anzeichen der herannahenden Krankheit ist auf intellectuellem Gebiete die Unfähigkeit zu dauernder und energischer Anspannung der Aufmerksamkeit, die sich auch direct durch psychische Zeitmessungen darthun lässt. Der Kranke wird zerstreut, leicht ermüdet und geräth in einen Zustand permanenter Abgespanntheit. Jede geistige Anstrengung, auch die gewohnte Arbeit, fällt ihm schwerer, als sonst, da er nicht im Stande ist, sich so zu sammeln und zu concentriren wie bisher. Er fasst die Vorgänge in seiner Umgebung nicht mehr mit der früheren Klarheit und Schärfe auf und vermag sich selbst im Kreise seiner gewohnten Verhältnisse und Obliegenheiten nur mit grosser Mühe oder gar nicht zu orientiren. Das Bewusstsein trübt sich, und der Kranke lebt nun wie im Traume oder wie in einem leichten Rausche. Oft liefert schon im Beginne der Erkrankung diese eigenthümliche Benommenheit, welche den Patienten bis zu einem gewissen Grade der realen Wirklichkeit entrückt, ein bedeutsames diagnostisches Merkmal. Späterhin kann die Desorientirtheit trotz anscheinender Besonnenheit in einzelnen Fällen bei oberflächlicher Betrachtung sogar den Eindruck eines epileptischen Dämmerzustandes machen, bis dann in den letzten Stadien der Krankheit die Helligkeit des Bewusstseins

dauernd und definitiv auf die niedrigst möglichen Grade herabsinkt.

Eine relativ geringe Rolle pflegen in der Paralyse Sinnestäuschungen zu spielen, so gering, dass man früher bisweilen ihr Vorkommen hier überhaupt geleugnet hat. Ohne Zweifel verläuft wol die überwiegende Mehrzahl der Fälle ohne jenes Symptom; ebenso unzweifelhaft ist es aber, dass ausgeprägte Trugwahrnehmungen aller Sinne gelegentlich beobachtet werden. In vereinzelt Fällen kann man sogar zunächst zweifelhaft sein, ob man es nicht etwa mit einer hallucinatorischen Verrücktheit (besonders Verfolgungswahn) zu thun hat. Bisweilen hört man die Kranken mit verstellter Stimme auf ihre eigenen Reden antworten, so dass, ähnlich wie bei manchen Verrückten, eine Art Zwiegespräch mit einer imaginären Person zu Stande kommt, ohne dass es sich jedoch um Hallucinationen handelte.

Sehr tiefgreifend ist ausnahmslos die Beeinträchtigung, welche das Gedächtniss erleidet, so dass die Störungen auf diesem Gebiete als ganz besonders charakteristisch für die Paralyse angesehen werden dürfen. Im Anfange ist es vielleicht die unsichere und traumhaft verschwommene Auffassung äusserer Eindrücke, welche dieselbe nur kurze Zeit in der Erinnerung haften lässt. Der Kranke vergisst daher, im Gegensatze zu dem normalen Verhalten des Gedächtnisses, namentlich die Ereignisse der jüngsten Vergangenheit. Er weiss nicht mehr, was ihm vor 8 Tagen begegnet ist, mit wem er vorgestern spazieren ging, welche Briefe, welche Arbeiten er zu erledigen hatte, ja er kann sich schliesslich nicht mehr entsinnen, was er vor einer Viertelstunde gethan, ob er den ihn täglich begrüßenden Arzt schon einmal gesehen hat. Das Gefühl dieser Unsicherheit und Vergesslichkeit führt die Kranken bisweilen dazu, sich über jedes kleine Erlebniss, jeden Einfall, den sie haben, sofort Notizen zu machen, in denen sie sich freilich später meist selbst nicht mehr zurechtfinden.

Namentlich die Möglichkeit einer zeitlichen Localisation geht sehr bald verloren. Da sich dem Kranken die Wahrnehmungen nicht zu jener festgegliederten Kette



von Erinnerungsbildern zusammenschliessen, welche uns rückschauend die Distanz der einzelnen Elemente von der Gegenwart abzuschätzen gestattet, so vermag er namentlich die seit der Erkrankung gemachten Erfahrungen nicht mehr in einen bestimmten Zeitabschnitt der Vergangenheit einzuordnen. Es wird ihm unklar, ob seit einem bestimmten Ereignisse, seit seinem Eintritt in die Anstalt Wochen oder Tage verflossen sind; er weiss schliesslich weder Wochentag, noch Datum, ja oft nicht einmal die Jahreszahl, „weil er keinen Kalender hat“, oder er lässt sich doch in seinen Angaben ausserordentlich leicht irre machen. Einer meiner Patienten fragte mich nach mehrmonatlichem Anstaltsaufenthalte wochenlang tagtäglich von Neuem, wo er sich denn eigentlich befinde; er müsse geschlafen haben, sei vor Kurzem aufgewacht und sehe sich nun in einer ganz fremden Umgebung. Schon nach einer halben Stunde hatte er die ihm gegebene Auskunft wieder vergessen und war immer wieder höchlichst erstaunt über die Veränderung, die sich mit ihm „während des Schlafes“ vollzogen haben müsse. Der Contrast dieser Unsicherheit mit der anscheinenden Besonnenheit des Kranken ermöglicht oft schon sehr früh die Diagnose der Paralyse.

Ausser den jüngsten Eindrücken wird nach und nach aber ausnahmslos auch der Erwerb der ferneren Vergangenheit mit in die Gedächtnisstörung hineingezogen. Am leichtesten gehen dem Kranken Eigennamen verloren, besonders aber Zahlen und Daten. Während er frühere Erlebnisse inhaltlich noch leidlich gut reproduciren kann, verwirrt er sich in der Chronologie, giebt sein Geburtsdatum falsch an, verwechselt die Namen seiner Kinder und wird unsicher im Rechnen, ein Symptom, welches namentlich bei Kaufleuten und Beamten oft sehr auffallend und unnatürlich auch folgeschwer hervortritt. Allerdings scheint das am besten eingeübte Gedächtnismaterial im Allgemeinen auch am längsten der fortschreitenden Vernichtung Widerstand zu leisten. Schliesslich weiss der Kranke nicht mehr, ob er verheirathet ist, ob er Kinder hat, womit er sich früher beschäftigte, ja er hat vielleicht sogar sein Alter, seinen Wohnort und selbst seinen Namen vergessen, obgleich

er sich noch halbwegs geordnet in seiner Umgebung zu bewegen vermag.

In einzelnen Fällen lassen sich neben der allgemeinen Abschwächung des Gedächtnisses auch bestimmte Lücken desselben constatiren, bald von grösserem, bald von geringerem Umfange. Eine meiner Kranken hatte, als sie nach einem kurz dauernden, verwirrten Aufregungszustande wieder zur Besinnung kam, die Erinnerung an die letzten 5 Monate vor dem Eintritte vollständig verloren, obgleich sie in jener Zeit sich verlobt und verheirathet hatte. Während sie im Uebrigen vollkommen klar geworden war, zeigte sie sich höchlichst erstaunt, als nun ihr Mann sich ihr vorstellte. Nach einem späteren ähnlichen Anfalle vermochte sie sich auch ihres nur kurze Zeit zurückliegenden ersten, sechswöchentlichen Anstaltsaufenthaltes nicht zu entsinnen und erkannte trotz ihrer sonstigen Besonnenheit die Aerzte und Wärterinnen durchaus nicht wieder.

Sehr häufig wird der Defect der Erinnerung ausgefüllt durch die Phantasie. Gerade weil die wirklichen Reminiscenzen verblassen und verschwinden, hat die freie Erfindung einen weiten Spielraum. Nicht nur Träume, Gehörtes und Gelesenes werden nun als Erlebnisse in die eigene Vergangenheit zurückverlegt, sondern auch eine Menge rein phantastischer Vorstellungen, wie sie gerade der Augenblick producirt. Der Kranke hat fabelhafte Abenteuer erlebt, grosse Schlachten geschlagen, mit zahlreichen Celebritäten auf vertrautem Fusse gestanden, seit unvor-denklichen Zeiten alle historischen Ereignisse gelenkt und nitgemacht. Selbst in die jüngste Zeit, für die eben seine wirkliche Erinnerung höchst unvollkommen ist, werden solche erfundene Reminiscenzen zurückverlegt; der Kranke erzählt bona fide, dass er vor einer halben Stunde Besuch gehabt, gestern beim Kaiser gespeist, sich am Morgen mit einer Prinzessin verlobt habe. In der Regel kann man solche Erzählungen durch Suggestivfragen hervorrufen und beeinflussen. Dabei merkt man dann nicht selten, dass die Kranken sich bei den aus ihnen herausgelockten Aeusserungen anfangs unsicher fühlen, sich aber allmählich in die Ueberzeugung hineinreden, dass Alles wirklich so gewesen ist.

Es ist leicht verständlich, dass diese tiefgreifenden Störungen der Auffassung und der Reproduction nicht ohne schwere Folgen für die gesammte intellectuelle Arbeit des Kranken bleiben können. Was uns beim Paralytiker in dieser Richtung vor Allem auffällt, ist der schon sehr früh deutlich hervortretende Mangel an Kritik. Die durch Erfahrung erworbenen, feststehenden Normen, nach welchen wir die Welt beurtheilen, die Correctur, welche uns die Beobachtung der thatsächlichen Verhältnisse gegenüber den Constructionen der Phantasie an die Hand giebt, gehen ihm ganz unmerklich verloren, und er findet sich mit einem Male wieder in einer Traumwelt, in welcher Alles der eigenen Vorstellung, dem eigenen Wunsche, der eigenen Befürchtung entspricht. Im Nu ist daher seine ganze Umgebung, sind seine gesammten Verhältnisse in seinem Sinne verändert, weil er sie mit besonderen Augen ansieht und nicht fähig ist, den schneidenden Contrast seiner gefärbten Auffassung mit der Wirklichkeit wahrzunehmen.

Wir sind diesem Vorgange einer totalen Verfälschung der Weltanschauung durch subjective Voraussetzungen schon wiederholt, z. B. beim depressiven Wahnsinn und bei der Verrücktheit begegnet. Allein was denselben hier durchaus von jenen Formen unterscheidet, das ist der Charakter der Schwäche, der ihm von Anfang an eigenthümlich ist. Dort stehen alle die einzelnen phantastischen Elemente, welche sich in die Auffassung hineinmischen, in einem gewissen inneren Zusammenhange mit einander, ja sie werden bei der Verrücktheit zu einem einheitlichen Systeme, oft nicht ohne Scharfsinn, weiter verarbeitet und festgehalten — hier dagegen schiessen bunt durcheinander die verschiedenartigsten Ideen empor, um ohne die mindeste Rücksicht auf die handgreiflichsten Widersprüche sofort assimiliert, aber ebenso schnell wieder vergessen zu werden. Was wir also dort erst nach sehr langer Dauer der Krankheit sich herausbilden sehen, der Zerfall des Systems und das Auftreten von ganz absurden, weit über das Mögliche hinausgehenden Vorstellungen, das kommt hier sehr früh, zumeist sogar bereits mit der Entwicklung von Wahnideen überhaupt zur Beobachtung.

Damit hängt auch der Umstand zusammen, dass beim Paralytiker der Wahn nichts weniger als constant zu sein pflegt, sondern sich häufig fortwährend durch innere Anstösse, wie durch äussere Einflüsse verändert. Während der Verrückte, wenigstens in den ersten Perioden der Erkrankung, sein System wol bereichert, aber dasselbe zumeist in allen wesentlichen Punkten dauernd gleichlautend reproducirt, bietet jede Darstellung des paralytischen Wahnes zahlreiche und bedeutende Abweichungen von den früheren Versionen dar. Der Graf von gestern ist heute vielleicht Kaiser und morgen der jüngste Lieutenant, ja es gelingt nicht selten, durch Suggestivfragen und durch lebhaftes Anirung des Kranken, ihn binnen wenigen Minuten zu einer raschen Selbststeigerung seiner Ideen bis in's Ungeheuerliche hinein zu treiben. Andeutungen dieses Verhaltens finden sich freilich auch bei Verrückten, aber immer nur in beschränktem Masse und erst bei weit vorgeschrittener psychischer Schwäche oder unter dem Einflusse lebhafter Affecte.

Der völlige Mangel einer corrigirenden und systematisirenden Kritik beim Paralytiker lässt dem Fluge der Einbildungskraft einen ungemessenen Spielraum. So kommt es, dass gerade hier, ganz ähnlich wie im Traume, die Phantasie gewöhnlich in der üppigsten Weise sich breitmacht und die abenteuerlichsten, absurdesten Wahnvorstellungen heraufführt. Es liegt auf der Hand, dass unter diesen Umständen von einer Krankheitseinsicht in der Paralyse zumeist nicht die Rede sein kann. Im Gegentheil fühlen sich die Kranken häufig gesünder, als jemals, oder sie bemerken doch wenigstens nicht, dass ihre ganze geistige Kraft völlig gebrochen ist, eben weil ihnen die Fähigkeit verloren gegangen ist, ihren jetzigen Zustand mit demjenigen in längst vergessenen gesunden Tagen zu vergleichen. Gleichviel kann im Beginne der Krankheit sogar völlige Klarheit über die Natur des Leidens und das bevorstehende Schicksal vorhanden sein. Ich besitze den Brief eines Obersten, in welchem derselbe den Entschluss ankündigt, sich das Leben zu nehmen, weil er an Gehirnerweichung leide und ein blöder Tölpel werden müsse. Der weitere Verlauf der Krankheit rechtfertigte seine Ahnung nur zu

vollkommen. Dass die Kranken wenigstens das Herannahen eines schweren, unheilbaren Leidens deutlich empfinden, ist nicht gerade selten. „Wenn Sie wüssten, wie mir zu Muthe ist“, sagte mir ein derartiger, damals noch gar nicht als Paralytiker erkannter Patient, „so würden Sie nicht mehr an meine Wiederherstellung glauben.“ Nicht zu verwechseln mit dieser wirklichen Krankheitseinsicht sind jene Fälle, in denen allerlei nervöse oder auch rein phantastische Beschwerden wol den Patienten sich selbst für krank halten lassen, ohne dass er doch die wahren Symptome seines Leidens als solche auffasst und anerkennt.

Kaum geringere Störungen, als die Intelligenz, bietet die Stimmung der Kranken dar. In der ersten Zeit der Paralyse ist es namentlich die erhöhte Reizbarkeit, welche der Umgebung aufzufallen pflegt. Der Kranke ist launenhaft, leicht verstimmt und verdriesslich, geräth bei geringfügigen Anlässen in rasch vorübergehende, unmotivirt heftige Aufregung, in der er die Herrschaft über sich selbst vollständig verliert und sich wol gar gelegentlich zu Thätlichkeiten hinreissen lässt. Auf der andern Seite ist schon jetzt nicht selten eine gewisse Stumpfheit und Torpidität gegenüber weiter reichenden Interessen bemerkbar, die auf ein Zurücktreten der höheren, logischen, ethischen und ästhetischen Gefühle hindeutet. Die Freude an geistiger Arbeit, an künstlerischen Genüssen, an den gemüthlichen Beziehungen zur Umgebung, zur eigenen Familie weicht einer trägen Indolenz, die zu der sonstigen Reizbarkeit des Kranken in auffallendem Widerspruche steht.

Die gleichen Eigenthümlichkeiten, leichte Erregbarkeit auf der einen, Mangel an tieferen, nachhaltigeren Gefühlen auf der anderen Seite, erhalten sich meist auch während des weiteren Verlaufes der Krankheit. Dabei zeigt die Färbung der Stimmung einen durchgehenden Parallelismus mit dem Inhalte der Wahnideen, vielleicht weil dieser letztere wesentlich durch jene bestimmt wird. Grössenideen werden von befriedigter, oft überaus glückseliger Stimmung begleitet, während wir auf der andern Seite tiefe Depression oder intensive Angstzustände in Verbindung mit quälenden Wahnvorstellungen beobachten. Regelmässig aber ist es

nicht eine und dieselbe Färbung des Stimmungshintergrundes, welche den ganzen Krankheitsverlauf begleitet. Mitten hinein in das Uebermass der Fröhlichkeit bricht plötzlich ein Thränenstrom, oder das hypochondrische Elend wird durch die kindische Freude über irgend einen exorbitanten Vorzug abgelöst. Ganz besonders bemerkenswerth ist es, dass es häufig gelingt, diese raschen Wandlungen durch die Anregung geeigneter Vorstellungen, ja schon durch den Tonfall der Stimme, den Gesichtsausdruck gewissermassen experimentell herbeizuführen und ebenso wieder zu beseitigen. Wo gar keine Wahnideen zur Entwicklung kommen, oder wo sie bereits verblasst sind, da trägt auch die Stimmung meist keine ausgeprägtere Färbung; höchstens eine Art blöder Zufriedenheit oder Missvergnügtheit kann das Fortschreiten der gemüthlichen Stumpfheit bis zu ihren höchsten Graden noch längere Zeit begleiten.

Natürlich wird durch diese Störungen der Charakter des Kranken vollkommen umgewandelt. An Stelle der früheren Festigkeit und Selbständigkeit tritt eine fortschreitende Willensschwäche und Haltlosigkeit, welche sich zuweilen in einer Art blödsinnigen, impulsiven Eigensinnes kundgiebt. Meist jedoch lässt sich der Kranke, während die eigene innere Regsamkeit, die „Initiative“, mehr und mehr schwindet, von beliebigen Einfällen und äusseren Anstössen widerstandslos zu häufig recht planlosen und unsinnigen Handlungen, selbst zu Verbrechen verleiten, ohne die Tragweite und die Bedeutung derselben irgendwie zu übersehen. Ohne Ueberlegung und ohne Bedenken sucht er seine wahnhaften Pläne auszuführen, nicht in der systematischen, consequenten, von langer Hand vorbereitenden Art des Verrückten, sondern er drängt zur Realisirung, sobald ihm nur der Gedanke aufgestiegen ist, um ihn im nächsten Augenblicke wieder über etwas Anderem, Grösserem zu vergessen und fallen zu lassen. Daher die ungemessene Zahl der Projecte und Unternehmungen, die der Paralytiker gleichzeitig in Angriff nimmt, daher die ausserordentliche Geschwindigkeit, mit welcher er bisweilen durch seine unsinnige Geschäftigkeit die grössten Summen zu verschleudern im Stande ist.

Im Benehmen des Kranken macht sich die Paralyse als eine Abstumpfung gegen die Anforderungen des Anstandes und der Sitte geltend, die ihn, wie den Angetrunkenen, leicht Tactlosigkeiten, Ungenirtheiten und selbst grobe Verstösse begehen lässt, ohne dass er das mindeste Verständniss dafür besässe. Jene anezogenen feinen Hemmungen und Antriebe, welche auch die äussere Form unseres Thuns und Lassens jederzeit nach der Rücksicht auf unsere Umgebung reguliren, gehen dem Paralytiker sogar schon sehr früh verloren, am leichtesten und vollständigsten natürlich dort, wo nicht eine lange pedantische Gewohnheit oder natürliche Anlage dieselben sehr tief dem Wesen des Menschen eingepägt hat. Im letzteren Falle kann man auch recht blödsinnige Kranke noch die Schablone der Verkehrsformen leidlich gut sich bewahren sehen.

Was der Paralyse vor Allem ihr eigenartiges klinisches Gepräge verleiht, sind die nervösen Störungen, welche den ganzen Verlauf derselben begleiten. Als sehr constante Erscheinung im Beginne der Erkrankung beobachtet man starke Kopfschmerzen, die meist als ein dumpfer, aber äusserst intensiver Druck geschildert werden, als ob das Gehirn mit grosser Gewalt zusammengepresst würde. Am häufigsten sind dieselben in der Stirngegend localisirt. Dazu gesellen sich oft die Anzeichen congestiver Zustände (Ohrensausen, Funkensehen, Schwindelgefühl). Von Seiten der Sinnesorgane lässt sich anfangs oft abnorme Erregbarkeit, später nicht selten eine leichtere oder schwerere Abstumpfung der Empfindlichkeit constatiren, die aber zweifellos in der Regel vorzugsweise auf den psychischen Zustand, speciell die mangelnde Aufmerksamkeit, zurückzuführen ist. Eine eigenthümliche Sehstörung, die häufig nach paralytischen Anfällen hervortritt und sich bei negativem Augenspiegelbefunde durch Erschwerung des Erkennens und der Localisation von Gegenständen charakterisirt, ist von Fürstner beschrieben und auf Herdaffectionen in der Hinterhauptsrinde zurückgeführt worden. Auch hier dürften complicirtere psychische Anomalien eine wichtige, wenn nicht die Hauptrolle spielen. Auf der andern Seite jedoch sind auch greifbare pathologische Befunde am peripheren Sinnesor-

gane, am Auge, zu verzeichnen. Atrophie der Sehnerven verschiedenen Grades wird in 4—5, nach Möli's Angaben sogar in 12 Procent beobachtet; ausserdem hat man bisweilen über eine keineswegs charakteristische „Retinitis paralytica“ und eine ganze Reihe anderer, sehr inconstanter Veränderungen am Auge berichtet.

Sehr auffallend sind die Störungen auf dem Gebiete des Hautsinnes. Im Prodromalstadium der Krankheit stellen sich öfter allerlei vage, „rheumatoide“ Schmerzen oder abnorme Empfindungen ein, die bisweilen längere Zeit das einzige hervortretende Symptom der Krankheit bilden. Ich sah einen derartigen Kranken, der über reissende Schmerzen unter dem linken Schulterblatte klagte und schon seit Monaten vergeblich deswegen behandelt worden war, ohne dass man die Paralyse erkannt hätte. Im weiteren Verlaufe entwickelt sich ausnahmslos früher oder später eine bedeutende Herabsetzung aller Qualitäten der Hautempfindlichkeit, vor Allem aber eine sehr hochgradige Analgesie. Namentlich wenn man die Aufmerksamkeit des Kranken durch Fragen ablenkt, gelingt es zur grössten nachträglichen Verwunderung desselben sehr häufig schon in relativ frühen Stadien, eine Nadel quer durch eine Hautfalte hindurch zu stechen, ohne dass er dessen gewahr wird. Gerade diese Unempfindlichkeit gegen Schmerz begünstigt das Zustandekommen von allerlei Verletzungen, besonders ausgedehnten Verbrennungen, weil der Kranke die Gefahr nicht bemerkt und sich ihr daher auch nicht entzieht. Ich kannte einen Hauptmann, der sich in einer Nacht die Hand mit den Zähnen zerfleischte, weil ihm dieselbe als etwas Fremdes, gar nicht zu ihm Gehöriges erschien.

Ganz besonders in den Vordergrund treten bei der Paralyse die motorischen Störungen, als deren wichtigste wir wol die „paralytischen Anfälle“ zu bezeichnen haben. Die leichtesten Formen derselben bestehen in rasch vorübergehenden Schwindelattaquen, häufig von kurz dauernder Unfähigkeit, zu sprechen, oder Anstossen der Zunge, seltener von leichten Hemiparesen begleitet. Erheblich ernster sind die epileptiformen Anfälle. Ihnen gehen meist allerlei Prodromalsymptome, Unbesinnlichkeit, grössere Apathie,



Schwerfälligkeit der Bewegungen, Herüberhängen nach einer Seite voraus, bis dann der Kranke plötzlich zu Boden sinkt und nun Krämpfe auftreten, deren eigenthümliche Localisation auf ihren Ursprung in der Hirnrinde hinweist. Zuerst stellt sich etwa ein leises Zucken in den Gesichtsmuskeln mit Verdrehen der Augen und nystaktischen Bewegungen derselben ein; dann schreitet die Erregung auf den Hals, die obere Extremität, die Respirationsmuskeln, den Bauch, die untere Extremität derselben Seite fort, um endlich auch auf die entgegengesetzte Seite hinüberzugreifen, während sie vielleicht auf der zuerst befallenen schon wieder nachlässt. Dieser Turnus, von dem allerdings oft nur einzelne Elemente zur Entwicklung kommen, kann sich mit kürzeren oder längeren Zwischenpausen, in denen der Kranke komatös oder unbesinnlich mit Armen und Beinen agierend daliegt, sehr häufig hintereinander, bisweilen 20-, 30-, ja 80- und 100 mal innerhalb 24 Stunden wiederholen. In der Regel allerdings pflegt der Anfall schon nach einer oder einigen Stunden vorüber zu sein, doch wird nicht zu selten eine Dauer von mehreren, selbst bis zu 14 Tagen beobachtet. Die Körpertemperatur ist meist etwas, selten beträchtlich erhöht, der Befund von Eiweiss sehr inconstant. Blase und Mastdarm sind häufig gelähmt, so dass es zu Harnretention und Koprostase mit deren Folgezuständen, Pyelitis, Nephritis, Periproktitis kommen kann, wenn nicht für rechtzeitige Entleerung beider Organe gesorgt wird. Die active Nahrungsaufnahme ist wegen Lähmung der Schlingmuskulatur unmöglich. Da ausserdem die Kehlkopfreflexe oft gänzlich aufgehoben sind, so entspringt eine ernste Gefahr für den Kranken aus der Aspiration von Speichel aus der mit reichlichen Zersetzungsproducten erfüllten Mundhöhle (gelegentliche Parotitis); in der That finden wir bei der Mehrzahl der im Anfalle zu Grunde gehenden Paralytiker Schluckpneumonien (sog. „hypostatische Pneumonien“) als Todesursache. Endlich fordert auch der bei solchen Kranken überaus leicht entstehende Decubitus zahlreiche Opfer.

Das Erwachen aus dem Anfall geschieht immer allmählich, oft durch ein Stadium grosser Verwirrtheit und

Benommenheit hindurch. Aber auch weiterhin bemerkt man regelmässig eine erhebliche Zunahme der psychischen Schwäche, in einzelnen Fällen plötzlichen tiefen Blödsinn nach einem bis dahin nahezu normalen Verhalten. Gleichzeitig bleiben gern allerlei körperliche Symptome zurück, Hemiparesen, Zwangsbewegungen, Sprachstörungen, Aphasie, die sich meist bald wieder verlieren, zuweilen aber auch dauernd bestehen bleiben.

Eine letzte Form der paralytischen Anfälle sind die apoplektiformen Insulte, welche ganz in der Art gewöhnlicher Schlaganfälle mit plötzlicher Bewusstlosigkeit, Zusammenbrechen, stertorösem Athmen und nachfolgender Hemiplegie, Contracturen, aphasischen Störungen verlaufen, häufig genug aber auch ganz unvermuthet dem Leben ein Ende machen. Alle diese verschiedenen Formen können in jeder Phase der Krankheit auftreten, doch beobachtet man im Allgemeinen die leichteren Anfälle mehr im Beginne, die schwereren häufiger in den späteren Perioden. Ganz pflegen sie nur selten zu fehlen, wenn auch ihre Zahl in verschiedenen Fällen eine sehr verschiedene ist; bisweilen kann man sie alle paar Tage oder doch alle paar Wochen sich einstellen sehen. Den äusseren Anstoss zum Entstehen der Anfälle sollen Gemüthsbewegungen, Excesse, starke Indigestionen, Koprostase geben können, doch herrscht über diesen Punkt noch keine rechte Klarheit; meist ist ein Anlass gar nicht eruirbar.

In einer gewissen Beziehung zu den paralytischen Anfällen scheinen die kataleptischen Erscheinungen zu stehen, die man bisweilen in der Paralyse beobachtet. Leichtere Andeutungen derselben sind in der dem Anfalle folgenden Benommenheit nicht allzu selten; in einzelnen Fällen aber sieht man kataleptische Zustände mit ausgebildeter *Flexibilitas cerea* längere Zeit hindurch, selbst Wochen und Monate lang, fortbestehen. Derartige Kranke können dann unter Umständen zur Verwechslung mit katatonisch Wahnsinnigen oder Verrückten Veranlassung geben, doch vermag die Berücksichtigung der Anamnese und des weiteren Verlaufes davor zu schützen.

Regelmässige Störungen bietet der motorische Apparat

des Auges dar. Zwar gehören Paresen der Augenmuskeln oder gar complete Ophthalmoplegie zu den seltneren Vorkommnissen; dagegen sind Myosis, Differenz, träge Reaction oder Starre der Pupillen fast ausnahmslos vorhanden; auch einseitige oder doppelseitige Ptosis findet sich häufig, seltener Mydriasis. Die Gesichtszüge sind schlaff (Verstreichen der Nasolabialfalten), ausdruckslos, zeigen häufig fibrilläre Zuckungen und ausgiebige Mitbewegungen, wenn man den sehr leicht in Verwirrung gerathenden Kranken auffordert, abwechselnd verschiedene coordinirte Bewegungen auszuführen, die Augen zu schliessen, den Mund zu öffnen, die Zunge vorzustrecken u. s. f.; bisweilen bemerkt man auch Ungleichheit der Gesichtshälften. Die Stimme ist rauh und verliert ihren gewohnten Klang (Stimmbandparese), hie und da das erste Symptom der Paralyse. Die Zunge weicht nicht selten ab, zeigt starke fibrilläre Zuckungen, wird ungeschickt, stossweise und unter zahlreichen Mitbewegungen, Aufreissen der Augen, Stirnrunzeln, ja selbst unter Zuhülfnahme der Finger hervorgestreckt. Das Schlucken ist namentlich in den letzten Stadien der Krankheit sehr erschwert; der Kranke verschluckt sich leicht, ohne aber wegen der Unempfindlichkeit des Kehlkopfeinganges immer in genügend energischer Weise darauf zu reagiren. Häufig beobachtet man bei vorgeschrittenem Blödsinn lange fortgesetztes, rhythmisches Zähneknirschen, welches fast als pathognomonisch für die Paralyse angesehen werden darf.

Zu den allerwichtigsten Symptomen der Paralyse gehören die Veränderungen, welche die Sprache erleidet. Wir haben dabei zu unterscheiden zwischen aphasischen und articulatorischen Störungen. Zustände vorübergehender, selten länger dauernder Aphasie schliessen sich ungemein häufig an paralytische Anfälle an. Einer meiner Kranken konnte wochenlang den Namen keines einzigen Gegenstandes finden, den man ihm zeigte, obgleich er die Dinge selbst erkannte. Weit hartnäckiger pflegt die Paraphasie zu sein, die viele Monate unverändert fortbestehen kann. Hier werden entweder einzelne Dinge mit unrichtigen Namen belegt, oder es kehren gewisse stereotype Bezeichnungen fälschlicherweise bei den verschiedensten Gelegen-

heiten wieder, oder endlich die Sprache geht vollständig in einem Gemisch unsinniger, häufig wiederholter Silbencombinationen unter. Ich kannte einen sehr gebildeten Kranken, bei dem das erste auffallende Symptom der Paralyse ein leichter Schlaganfall war, nach welchem er einige Stunden hindurch die 5 oder 6 Sprachen, die er beherrschte, in ganz unverständlicher Weise durcheinander warf. Viel seltener ist Worttaubheit, die sich zudem wegen des Schwachsinn der Kranken nur sehr schwierig diagnosticiren lässt.

Häufiger, als diese centralen Sprachanomalien, sind Articulationsstörungen, die sich zunächst vielleicht ebenfalls nur im Gefolge der paralytischen Anfälle, später aber dauernd geltend machen. Dieselben lassen sich in zwei verschiedene Gruppen zerlegen, welche sich im einzelnen Falle freilich meist mit einander combiniren, in paretische und ataktische, coordinatorische Störungen. Die Schwerfälligkeit in den Bewegungen der Lippen- und Zungenmuskulatur macht es dem Kranken unmöglich, complicirtere Buchstabenverbindungen rasch im Zusammenhange auszusprechen, so dass die Sprache durch das schleifende Hinübergleiten über die mangelhaft articulirten Lautverbindungen undeutlich und verschwommen wird (schmierende, lallende Sprache). Da die Störung ganz der bei bulbären Sprachlähmungen beobachteten analog ist, so dürfte sie auf Läsionen in der Medulla, speciell auf solche des Facialis und Hypoglossus zurückzuführen sein. Unter die zweite Gruppe von Sprachstörungen gehört vor Allem das „Silbestolpern“, das Versetzen und Auslassen von einzelnen Buchstaben und Silben. Beliebte Beispiele zur Demonstration dieses Verhaltens sind „dritte reitende Artilleriebrigade“ (drittende reitere Artrilleriebrade), „Elektricität“ (Ektriticät), „Exterritorialität“ (Extrorialität). Ebendahin ist die hie und da beobachtete eigenthümliche Verdoppelung oder Anhängung tonloser Silben zu rechnen. Oft wird namentlich die letzte Silbe eines Wortes trotz sichtlichen Widerstrebens vom Kranken drei-, viermal und öfter wiederholt, bis seine Sprachwerkzeuge zur Ruhe kommen. Nicht zu selten begegnet man endlich auch typischen „Scandiren“.

Am deutlichsten pflegen die coordinatorischen Sprach-

störungen, wie Rieger festgestellt hat, beim lauten Lesen hervorzutreten. Der Kranke producirt hier bei mehrmaliger Wiederholung oft immer wieder neue Silben- und Wort-combinationen, die nur eine bruchstückweise und entfernte Aehnlichkeit mit dem Originale darbieten. Dabei glaubt er vollständig correct abgelesen zu haben, ohne doch den Inhalt des Gelesenen zu verstehen. Wieweit hier die sinnliche Auffassung der Vorlage, die Verknüpfung der Wortzeichen mit den Begriffen einerseits, den Bewegungsvorstellungen andererseits, wie weit endlich die Coordination der Impulse an dem Zustandekommen der verwickelten Störung betheiligt ist, lässt sich heute noch nicht entscheiden.

Ganz ähnliche Störungen, wie die Sprache, lässt die Schrift erkennen. Die einzelnen Züge sind unregelmässig und unsicher, ohne doch die rhythmischen Zitterlinien des Tremor senilis darzubieten; die Striche fahren häufig über die Grenzen hinaus. Auf der andern Seite begegnet uns das Analogon des Silbenstolperns in Versetzung der Buchstaben und Silben, Auslassungen und Wiederholungen derselben. Geringe Rücksicht wird auf die räumliche Oekonomie der Schriftstücke genommen. Der Kranke kümmert sich nicht darum, ob er mit der Linie oder der Seite auskommt, schreibt quer und schräg durch- und übereinander, oft auch noch auf beide Seiten des Couverts. Dabei laufen Klexe, Fettflecken, Unsauberkeiten in Menge mit unter, so dass die Entzifferung nicht selten völlig unmöglich wird. In manchen Fällen wird auch längere Zeit hindurch wahre Paragraphie beobachtet; ich sah eine Kranke, die sich mündlich durchaus geläufig und fast ohne Andeutung einer Sprachstörung ausdrücken konnte, auf dem Papier aber nur ganz unsinnige Buchstabencombinationen zu Stande brachte. Bei weit vorgeschrittener Krankheit besteht meist völlige Agraphie. Die Kranken sitzen rathlos vor ihrem Briefbogen da, ohne etwas anderes, als einige unsichere Linien mühsam hinzumalen, um nach manchen vergeblichen Versuchen ihre Bemühungen aufzugeben, weil sie „Rheumatismus in der Hand“ oder „keine Brille“ da hätten.

Weniger, als die Störungen bei den so überaus feinen und complicirten Functionen des Schreibens und Sprechens,

fallen zunächst die Innervationsanomalien bei gröberen Bewegungen ins Auge. Freilich wird der Paralytiker sehr bald zu allen Beschäftigungen untauglich, welche eine besondere Handfertigkeit erfordern, zum Clavierspielen, zum Einfädeln von Nähnadeln, zum Ausführen feiner mechanischer Arbeiten. Späterhin treten diese ataktischen Störungen deutlicher hervor. Die Ungeschicklichkeit beim Zugreifen, Knöpfen, die stossweise, in Absätzen erfolgende Innervation beim Drücken der Hand lässt erkennen, dass die Fähigkeit zu einer feineren Regulirung der Bewegungen verloren gegangen ist, wenn auch die grobe Kraft, abgesehen von den bisweilen an die Anfälle sich anschliessenden Hemiparesen, noch ziemlich normal erscheint. Hie und da beobachtet man ausgeprägtes Intentionszittern. Der Gang ist unsicher, breitspurig, schlüpfend; zu Zeiten, namentlich vor einem Anfalle, hängt der Kranke ganz nach einer Seite hinüber. Dazu gesellen sich gewöhnlich noch die Zeichen einer Affection der Hinterstränge (Romberg'sches Symptom, Ataxie, Schleudern) oder Seitenstränge (Steifigkeit, spastischer Gang). Schliesslich werden die Kranken immer dauernd bettlägerig, gewöhnlich mit mehr oder weniger ausgesprochenen Contracturen.

Die Reflexerregbarkeit ist in der Regel erhöht, bisweilen so stark, dass eine heftige Bewegung gegen das Gesicht des Kranken ein Zusammenfahren des ganzen Körpers zur Folge hat. Die Sehnenreflexe sind je nach dem Sitze der Rückenmarksaffection bald hochgradig gesteigert, so dass Fussklonus und saltatorischer Reflexkrampf (beim Aufsetzen der Zehen auf den Boden) auftritt, bald aber auch vollständig erloschen (in etwa 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> der vorgeschrittenen Fälle). Fehlen des Patellarreflexes scheint sich auch hier besonders häufig mit absoluter Pupillenstarre und Myosis zu verbinden. Die elektrische Erregbarkeit der Musculatur ist anfangs erhöht, später herabgesetzt.

Von Seiten der Blase sind auch ausserhalb der Anfälle häufig Störungen vorhanden, sowol Incontinenz, wie Retention, erstere meist als Folge der letzteren (Harnträufeln). Die Trägheit des Mastdarms kann zu enormen Koprostasen führen; andererseits besteht in allen vorgeschrittenen Fällen

völlige Unfähigkeit, den Koth zurückzuhalten, zum Theil vielleicht wegen Lähmung der Sphinkteren, namentlich aber deswegen, weil der Kranke die herannahende Entleerung ebensowenig bemerkt, wie die Füllung der Blase bis zum Nabel. Die sexuelle Potenz erlischt, nachdem anfangs nicht selten die geschlechtliche Erregbarkeit stark gesteigert war.

Unter den vasomotorischen Störungen sind vor Allem die häufigen intensiven Congestionen zum Kopfe, Erytheme, lange dauernde Röthung der Haut und selbst Quaddelbildung bei leichten Reizen, Cyanose zu nennen. Die Sphygmographencurve zeigt öfters allmähliches Ansteigen und Erniedrigung der Gipfelwelle („tarde“ Pulsformen), Erscheinungen, die sich auf eine langsamere und wenig energische Ausdehnung der Gefässwand beziehen lassen. An den zugänglichen Arterien, besonders den Temporales, wird nicht selten starke Schlängelung und Rigidität beobachtet. Mit diesen Gefässveränderungen stehen ohne Zweifel auch die sog. „trophischen“ Störungen in allernächster Beziehung. Es giebt eine ganze Anzahl von Symptomen der Paralyse, deren Auftreten man vielfach als eine directe Folge der Degeneration gewisser trophischer, unmittelbar die Ernährung der Organe regulirender Nervenbahnen ansieht, den Decubitus, die Rippenbrüche, die Ohrblutgeschwulst, ja auch die so häufigen Pneumonien, die man wol auf einen Nachlass der Vagusinnervation zurückgeführt hat. Ein unbestreitbares theoretisches und fast noch mehr praktisches Verdienst Guddens ist es, den Nachweis geführt zu haben, dass alle jene Störungen nicht aus inneren Ursachen, sondern ganz ausnahmslos unter der Einwirkung äusserer Schädlichkeiten sich entwickeln.

Freilich wird man kaum umhin können, eine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Organismus bei Paralytikern als begünstigendes Moment anzunehmen, da hier sehr schwere Symptome schon bei verhältnissmässig geringen Reizen zu Stande kommen. Die Entstehung des Decubitus erklärt sich in erster Linie dadurch, dass die Kranken wegen ihrer Unempfindlichkeit nicht, wie jeder Gesunde, durch unangenehme Druckgefühle zu häufigem Lagewechsel angetrieben werden, oder doch wegen ihrer Unbehilflichkeit

denselben nicht auszuführen vermögen, sondern wie ein Klotz im Bette liegen. Unter diesen Umständen kann man schon nach 1—2 Stunden, besonders bei Uebereinanderliegen der abgemagerten Beine oder beim Sitzen auf einer harten Nachtstuhlkante starke Röthung, Quaddeln- und selbst Blasenbildung entstehen sehen, während eine einzige unbewachte Nacht vollauf genügt, um eine mehrere Centimeter in die Tiefe greifende Gangrän zu erzeugen. Rippenbrüche und Othämatoeme kommen bei Paralytikern relativ häufig und bisweilen in schreckenerregender Ausdehnung zu Stande, weil die Kranken sehr ungeschickt, dabei unruhig und vor Allem ausser Stande sind, sich zu vertheidigen und zu beklagen, so dass sie hilflos den Insulten ihrer Umgebung preisgegeben erscheinen. Möglicherweise spielen auch hier besondere prädisponirende Momente mit eine Rolle, abnorme Brüchigkeit der Rippen, primäre Ernährungsstörungen im Ohrknorpel, doch steht die Thatsache unzweifelhaft fest, dass mit der besseren Ausbildung und Ueberwachung des Wartepersonals die Zahl der Rippenbrüche, wie der Othämatoeme regelmässig abnimmt.

Von den übrigen Functionen des Organismus sind es namentlich der Schlaf, der Appetit und das Körpergewicht, welche durch die Paralyse durchgehends in Mitleidenschaft gezogen werden. Der Schlaf ist in den ersten Stadien der Krankheit vielfach sehr gestört, später in den Erregungszuständen oft zeitweise ganz aufgehoben, während er gegen das Ende hin wieder besser wird, obgleich hier bei dem blödsinnigen Hindämmern der Kranken ein sicheres Urtheil über diesen Punkt kaum möglich ist. Der Appetit pflegt Anfangs und in der Aufregung herabgesetzt zu sein, um späterhin gewöhnlich in förmliche Gefrässigkeit überzugehen. Dem entsprechend sieht man das Körpergewicht im Beginn und auf der Höhe der Krankheit sinken, dann aber bei dauernder Beruhigung unter massiger Fettansammlung sehr bedeutend, bis weit über die Norm hinaus ansteigen und endlich gegen das Ende hin wieder unaufhaltsam bis zum tiefsten Marasmus herabgehen.

Je nach der mannigfaltigen Gruppierung und Ausprägung der einzelnen, bis hierher besprochenen Symptome



setzen sich eine Anzahl verschiedener Krankheitsbilder zusammen, welche zwar vielfache Uebergänge unter einander darbieten, dennoch aber die Aufstellung gewisser typischer Gestaltungen gestatten. Wir wollen im Folgenden als hauptsächlichste Verlaufsarten der Paralyse die demente, die depressive, die expansive und die agitierte Form derselben auseinanderzuhalten suchen.

**Die demente Form** der Paralyse zeichnet sich aus durch ein ganz allmähliches, schleichendes Fortschreiten des Verblödungsprocesses, ohne ausgeprägtere Wahnideen und ohne lebhaftere Affectzustände. Die ersten, aber lange Zeit hindurch von der Umgebung übersehenen Anzeichen der herannahenden Krankheit sind Unfähigkeit zu geistiger Anstrengung, Vergesslichkeit und Zerstreutheit, unmotivirte Launenhaftigkeit und Reizbarkeit neben auffallender Indolenz in wichtigen Angelegenheiten, Energielosigkeit und Klagen über Schmerzen oder Druckempfindungen im Kopfe. Der Kranke ermüdet rasch, schläft gelegentlich in Gesellschaft ein; er wird unsicher und leicht bestimmbar in seinem Urtheile, in seinen Entschlüssen, dabei oft zu Zeiten wieder in Kleinigkeiten sonderbar eigensinnig. Bei Dingen, die ihm sonst durchaus geläufig waren, irrt er sich und muss sich lange besinnen, um sich ganz einfache Daten zu vergegenwärtigen, mit denen er vielleicht täglich zu manipuliren hatte. So kommt es, dass er anfängt, in seinen gewohnten Verrichtungen unordentlich und nachlässig zu werden. Er versäumt seine Dienststunden, wichtige Correspondenzen, vergisst die Adressen auf seinen Briefen, verliert oder verlegt werthvolle Objecte, Geld, Acten, kommt mit seinen Arbeiten gar nicht oder nicht rechtzeitig zu Stande und lässt sich unbegreifliche Versehen zu Schulden kommen, orthographische Schnitzer, grobe Rechenfehler u. dergl., ohne es selbst recht zu bemerken. Die Vorhaltungen, die ihm wegen dieser Verstösse gemacht werden, nimmt er ohne nachhaltige Reaction hin; er versteht kaum, was man von ihm will, da er den Ueberblick über seine Berufsthätigkeit bereits vollkommen verloren hat. Bisweilen allerdings macht sich ihm doch eine gewisse allgemeine Vorstellung von der tiefgreifenden Ver-

änderung geltend, die sich mit seiner Persönlichkeit vollzogen hat; er klagt selbst über die Langsamkeit und Schwerfälligkeit seines Denkens, über seine Vergesslichkeit, und sucht deswegen ärztliche Hülfe auf, ja er rafft sich vielleicht sogar in der mehr oder weniger klaren Furcht vor dem bevorstehenden Leiden zu einem Selbstmordversuche auf, wenn derselbe auch bei der Demenz und der Energielosigkeit der Kranken häufig resultatlos bleibt. Mir selbst sind mehrere derartige Fälle vorgekommen.

Nach und nach geht aber auch jenes dumpfe Krankheitsbewusstsein verloren. Der Kranke wird allmählich immer interessloser, blöder, vergesslicher und zieht sich auf einen immer mehr zusammenschrumpfenden Schatz von einfachen Vorstellungen und Verkehrsformen zurück. Er hört gänzlich auf, sich um seine häuslichen und Berufsangelegenheiten zu kümmern, kommt mit den einfachsten Aufgaben nicht zu Stande, verirrt sich in seiner eigenen Wohnung und erkennt seine nächsten Angehörigen und Freunde nicht mehr. Hie und da taucht nun auch wol ganz vorübergehend einmal eine hypochondrische oder expansive Vorstellung in dem Kranken auf, dass er die Schwindsucht habe oder eine ungewöhnlich schöne Stimme besitze. Dabei ist er meist „unendlich gut“, andauernd ruhig, harmlos, lenksam und reagirt auf alle Anreden mit freundlichem, ausdruckslosem Lächeln. Allerdings begegnet man in einzelnen Fällen vielmehr einem eigenthümlich abstossenden, negirenden Wesen. Die Kranken geben auf jede Anrede unwirsche, zurückweisende Antworten ohne klares Motiv, ohne eigentlichen Affect und ohne sich durch freundliches Zureden beeinflussen zu lassen; sie sträuben sich gegen die bestgemeinten Massregeln und documentiren auch in diesem bornirten Widerstande den bereits weit vorgeschrittenen Blödsinn.

Auf der anderen Seite tritt gewöhnlich ein rücksichtsloses Interesse für grob materielle Genüsse hervor. Der Kranke isst, trinkt, raucht, so lange ihm die Genussmittel erreichbar sind, unempfindlich gegen alle sich aus seiner Gier ergebenden Consequenzen. Gerade durch den Appell an seinen Appetit lässt er sich schliesslich am

leichtesten und bedingungslos leiten; aus dieser Quelle entspringen die letzten Lustgefühle, welche die gleichmässige Apathie des Stimmungshintergrundes bisweilen noch vorübergehend erhellen. In der Regel wird die Krankheit, da der Patient ganz aufhört, zu klagen, viel schläft, einen vorzüglichen Appetit zeigt und an Körpergewicht stark zunimmt, von der Umgebung erst dann gewürdigt, wenn der Blödsinn schon sehr weit gediehen ist. Mir wurde ein derartiger Kranker zugeführt, der noch den verantwortungsvollen Posten eines Cassierers bekleidete, als er sich bereits häufig verunreinigte und ganz einfache Additionen nicht mehr auszuführen im Stande war.

Die demente Form ist vielleicht die häufigste Verlaufsart der Paralyse überhaupt, wenn sie auch dem Irrenarzte relativ seltener vorzukommen pflegt. Sehr bemerkenswerther Weise gehört die ganz überwiegende Mehrzahl der Erkrankungen beim weiblichen Geschlechte diesem Typus an, ohne dass wir dafür ausser etwa der geschützteren Stellung des Weibes gegenüber Excessen und äusseren Schädlichkeiten, irgend einen Grund aufzufinden vermöchten. Ferner scheinen jene vereinzelt Fälle, in denen die Entwicklung der Krankheit mit den Erscheinungen der Tabes beginnt, an die sich erst später die paralytischen Symptome anschliessen (ascendirende Form), ebenfalls zumeist das Bild des einfachen fortschreitenden Blödsinns darzubieten.

Die Dauer der dementen Form ist, entsprechend ihrem schleichenden Verlaufe, gewöhnlich eine verhältnissmässig lange; sie beträgt im Durchschnitte 4—5 Jahre, doch habe ich auch Fälle von weiblicher, wie von ascendirender Paralyse beobachtet, die 8—10 Jahre und selbst noch länger dauerten.

Die depressive Form der Paralyse ist charakterisirt durch depressive Verstimmung und Wahnideen, welche den ganzen Krankheitsverlauf bis zur völligen Verblödung des Kranken begleiten. Ihren Ausgangspunkt nimmt die psychische Depression häufig von dem Krankheitsgefühle des Prodromalstadiums, welches im Uebrigen die gleichen, schon oben geschilderten Symptome einer allmählich fortschreitenden Schwäche des Gedächtnisses und

der Intelligenz, einer erhöhten momentanen Reizbarkeit neben gemüthlicher Apathie und Energielosigkeit darbietet. Es sind daher zumeist hypochondrische Ideen, in denen sich die Verstimmung der Kranken ausdrückt. Sie sind unheilbar krank, syphilitisch, innerlich verfault; sie haben Schmerzen und Paraesthesien in den verschiedensten Partien des Körpers, und sie suchen daher häufig wegen allerlei wenig greifbarer Beschwerden die Hülfe des Arztes auf, der sie beim Mangel oder bei Nichtbeachtung eines objectiven Befundes für neurasthenisch, hysterisch, hypochondrisch erklärt.

Allmählich gewinnen die Klagen der Kranken einen grotteskeren Inhalt. Der Schlund, der Mastdarm ist ihnen zugewachsen, durch einen Kork verschlossen, so dass sie weder etwas geniessen, noch etwas entleeren können; die Eingeweide sind ihnen vertrocknet, mit Milben gefüllt; das Essen steigt in den Kopf hinein; die Lungen sind verschwunden. Der Kopf ist ganz klein zusammengeschrumpft, ausgewechselt oder gänzlich verloren gegangen; Arme und Beine haben sich kolossal ausgedehnt; die Ohren sind von Holz, die Zunge von Gold; der ganze Mensch ist bereits gestorben, unsichtbar, verdoppelt, viereckig, in ein Pferd verwandelt. Alle diese „mikromanischen“ Vorstellungen versetzen den Kranken in lebhaftes Unbehagen und vermögen, wenn sie auch zumeist nicht weiter verarbeitet werden, doch sein Benehmen oft lange Zeit zu beeinflussen. Er bemüht sich wochenlang mit aller Energie, durch seinen zugewachsenen Schlund etwas hindurch zu bringen, manipulirt unablässig an seiner Zunge, am After, an den Genitalien herum, sitzt mehrere Stunden täglich auf dem Abtritte in der verzweiflungsvollen Erwartung dessen, was da kommen soll, oder schützt ängstlich seine gläsernen Beine vor jeder Berührung, die ihn nach seiner Meinung zum Krüppel machen könnte.

Ausser diesen hypochondrischen können aber auch Verfolgungsideen, bisweilen mit Gehörstäuschungen, den Inhalt des depressiven Wahnes bilden. Der Kranke wird ängstlich, verworren, verstört, spricht nichts oder äussert einzelne abgebrochene Versündigungsideen, „er habe ge-

stohlen“, „Deutschland verrathen“, „Jemanden umgebracht“, „die ganze Welt zu Grunde gerichtet“, und er fürchtet daher, dass die Polizei kommen, ihn aufgreifen, arretiren, vergiften, verbrennen werde, sieht in den Personen seiner Umgebung Spione und gedungene Mörder. Jeder Entschluss, und sei es der einfachste und selbstverständlichste, kostet ihn eine enorme Anstrengung; er sitzt rathlos im Hemde oder vor seinem Essen da, ohne sich zum Ankleiden oder Zugreifen aufrufen zu können; er wagt sich schliesslich nicht mehr aus seinem Zimmer, ja aus seinem Bette heraus, in welchem er, am ganzen Leibe zitternd und schwitzend, mit hochgezogener Decke liegt, um jedem äusseren Eingriffe einen blinden, verzweifelten Widerstand entgegenzusetzen. Oder aber der Kranke beginnt zu halluciniren, hört von der Strasse herauf, im Sausen des Windes, in den Fussritten seiner Umgebung Stimmen, die ihn bedrohen, beschimpfen und der scheusslichsten Verbrechen beschuldigen, so dass er in seiner Angst nicht selten zu einem täppischen Selbstmordversuche seine Zuflucht nimmt. Er fürchtet, dass man bei ihm einbrechen, ihn bestehlen wolle und geräth plötzlich bei irgend einem harmlosen Geräusche in die grösste Aufregung, da er als Ursache desselben Räuber vermuthet. Ein derartiger Kranker meiner Beobachtung demolirte in seiner Angst sein ganzes Zimmer und hätte um ein Haar seine Frau umgebracht, die er für einen Einbrecher hielt, bis man sie mit genauer Noth aus seiner Gewalt befreite.

Gerade bei diesen letzteren Formen der depressiven Paralyse pflegt die Stimmung der Kranken noch stärker in Mitleidenschaft gezogen zu werden, als beim hypochondrischen Wahn. Es kommen hier bisweilen Angstzustände zur Beobachtung, welche an Intensität vielleicht Alles übertreffen, was man bei anderen Krankheitsformen zu erleben pflegt. Die Patienten sind in namenloser Verzweiflung, schreien un- ausgesetzt aus Leibeskräften, sehen sich mit dem Ausdrücke des Entsetzens bei jedem Geräusche um, in der Erwartung, von irgend etwas Schrecklichem betroffen zu werden, und sind durch keinerlei Beeinflussung zu den einfachsten Massregeln zu bringen, so dass die Bettlagerung, das Aufstehen,

An- und Auskleiden immer erst nach verzweifelterm Ringen mit den vollständig verwirrten Kranken erreicht werden kann. Allein diese Angstzustände bilden nur Episoden im Krankheitsverlaufe. Zumeist sind die Kranken deprimirt und verstimmt, aber ruhig, oft auch im Zusammenhalte mit den von ihnen geäusserten Ideen auffallend affectlos. Zuweilen schieben sich vorübergehend Zeiten gehobener Stimmung mit einzelnen kindischen Grössenvorstellungen dazwischen. Ueberhaupt fehlt dem Affecte durchaus jene Einheitlichkeit und Consequenz, welche den früher besprochenen Depressionszuständen (Melancholie, depressiver Wahnsinn) eigenthümlich ist.

Im weiteren Verlaufe wird allmählich der Inhalt der Wahnideen immer dürftiger, während die allgemeine Färbung der Stimmung und namentlich gelegentliche Angstzustände sich bis zur völligen Verblödung erhalten können. Schliesslich allerdings geht auch der Affect in der monotonen Unempfindlichkeit des apathischen Blödsinns unter. Die Dauer dieser Form ist im Allgemeinen eine kürzere, als diejenige der dementen Paralyse und dürfte im Durchschnitte etwa 2—3 Jahre in Anspruch nehmen.

**Die expansive Form.** Bei der expansiven Paralyse folgt auf die Prodromalerscheinungen, deren Gang vollständig der früher gegebenen Schilderung entspricht, zunächst ebenfalls ein kürzer oder länger dauerndes Stadium der Depression, an welches sich aber dann eine Periode der Exaltation mit floridem Grössenwahn und heiterer, expansiver Stimmung anschliesst. Im depressiven Stadium wird der Inhalt des zuweilen mit mächtigen Affecten und nächtlichen Schreckbildern hereinbrechenden Wahnes ganz, wie bei der vorigen Form, durch hypochondrische, Verfolgungs-, namentlich aber Versündigungsideen, die Meinung, das ganze Leben verpfuscht, nicht als ehrlicher Mensch gehandelt zu haben, repräsentirt.

Das Schwinden der Depression, die sich in einzelnen Fällen über Jahr und Tag hin erstreckt, vollzieht sich gewöhnlich ganz allmählich, seltener plötzlich und unvermittelt binnen wenigen Tagen. Der Affect verliert sich; die Wahnideen treten in den Hintergrund, allein der Kranke wird

doch nicht frei und einsichtig, sondern zeigt gelegentlich einen merkwürdigen Mangel an Kritik und Verständniss für seine Situation. Seine Menschenscheu ist verschwunden; er beginnt „aufzuleben“, wird lebhaft und gesprächig, nimmt seine früheren Beschäftigungen wieder auf und kann nun dem Fernerstehenden kurze Zeit hindurch vielleicht annähernd genesen erscheinen.

Indessen der intimeren Umgebung des Kranken entgeht es nicht, dass sich eine tiefgreifende Umwandlung in seiner ganzen Persönlichkeit vollzogen hat, welche sich zunächst und am eindringlichsten in seinem Wesen und Benehmen kund zu geben pflegt. Der Kranke fängt an, sein Aeusseres zu vernachlässigen, wird salopp und unordentlich in seinem Anzuge, benimmt sich in Gesellschaften, seinen Vorgesetzten gegenüber mit auffallender Ungenirtheit, erzählt obscene Geschichten, knüpft mit wildfremden Menschen cordiale Freundschaften an, befriedigt seine Bedürfnisse ohne Rücksicht auf die Umgebung. Die Stimmung ist dabei gehoben, überaus hoffnungsvoll und glücklich; gleichzeitig jedoch besteht oft grosse Reizbarkeit und Neigung zu rücksichtsloser Reaction, selbst zu Thätlichkeiten, wo sich dem Kranken Widerspruch oder Hindernisse in den Weg stellen.

Regelmässig macht sich in diesem Zustande auch eine grosse motorische Unruhe und Geschäftigkeit bemerkbar. Zunächst tritt die Neigung hervor, allerlei Excesse und Extravaganzen zu begehen. Der solide Familienvater gewöhnt sich mit einem Male das Rauchen und Schnupfen an, kleidet sich auffallend, stutzerhaft, treibt sich in Wirthshäusern herum, will sich scheiden lassen, um eine reiche und vornehme Parthie zu machen, zeigt sich mit öffentlichen Dirnen auf der Strasse oder sucht dieselben bei Bekannten einzuführen.

Gleichzeitig beginnt sich auch der für die Paralyse in so hohem Masse charakteristische Grössenwahn (Megalomanie) einzustellen. Anfangs hält sich derselbe noch im Bereiche des Denkbaren und Möglichen; bald aber pflegt er rasch und unaufhaltsam die abenteuerlichsten und bizarrsten Formen anzunehmen. Sein Inhalt bezieht sich einmal auf die eigene körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, an-

dererseits auf die äussere Stellung, den Besitz, die Pläne des Kranken. Er fühlt sich so gesund, wie niemals, ist jung, schön, besitzt eine ausgezeichnete Stimme, ungeheure Körperkräfte, wiegt vier Centner, hat eine eiserne Brust, geht in einer Minute tausend Meilen weit, kann fliegen; sein Urin ist Rheinwein, seine Excremente Gold; er hat alle Wissenschaften studirt, spricht sämtliche Sprachen der Welt, kann dichten, alle Krankheiten curiren, Todte aufwecken. Dabei ist er Graf, Fürst, Kaiser, Gott und Obergott, „seine eigene Grossmutter im Cubus“, besitzt sämtliche hohe Orden, blaueidene Wäsche, ein ungeheures Vermögen, Millionen mal Milliarden, ausgedehnte Jagdgründe, ungezählte Viehheerden in Marmorställen, Königreiche, Erdtheile, ja die ganze Welt. Er wird sich ein schönes Haus bauen lassen in einem Garten, der tausend Meilen lang ist, mit goldenem Dach, mit einem eigenen Theater und Circus; er wird eine Flugmaschine erfinden und im Weltall herumfliegen, einen Tunnel durch die Erde graben u. s. f. Meist spiegeln sich die individuellen Lebensverhältnisse und Interessen in diesen Ideen wieder, aber fast immer in absurder Verzerrung. Frauen coquettiren mit ihrer Schönheit, ihren zahlreichen und schönen Kindern, deren sie täglich zwei oder mehrere gebären, erwählen sich die höchsten Würdenträger zu Männern. Bemerkenswerth ist es, dass im Allgemeinen die Grössenideen der weiblichen Paralytiker sich in bescheideneren Grenzen zu halten und nicht so exorbitant über das Mögliche hinauszugehen pflegen, wie diejenigen der Männer.

Parallel mit dem Grössenwahne steigert sich auch die Stimmung des Kranken zu den höchsten Graden der Exaltation. Er ist überschwänglich glücklich, selig, unbeschreiblich zufrieden; er dankt dem Himmel unter heissen Freuden Thränen, dass ihm eine solche Wonne beschieden sei. Die ganze Welt möchte er umarmen und beglücken, wie er selbst dadurch beglückt ist, dass sich nun sein Schicksal so unbeschreiblich herrlich gestaltet hat. Alles, was ihn umgiebt, ist unübertrefflich und köstlich; seine Mahlzeiten, seine Wohnung, seine Kleider sind eines Königs werth, seine Freunde und Bekannten ausgezeichnete, edle, hochgebildete



Männer, seine Kinder vollendete Muster an Wohlerzogenheit und Intelligenz.

Aus diesem Gefühle unbegrenzter Leistungsfähigkeit im Verein mit dem völligen Mangel an Urtheil und Einsicht erklärt sich leicht die ungeheuerliche Ausdehnung, welche der Thatendrang des Kranken alsbald erlangt. Ohne jede Ueberlegung nimmt er ungezählte Projecte in Angriff, die nicht nur über seine intellectuellen und finanziellen Kräfte, sondern sehr bald auch über das Mögliche überhaupt hinausgehen. Allerdings bleibt es regelmässig bei einigen unsinnigen einleitenden Schritten, weil sehr bald eine neue Idee die frühere verdrängt. Er telegraphirt an Souveräne, bestellt, ohne die mindeste Rücksicht auf sein wirkliches Vermögen, ungemessene Quantitäten der verschiedensten Gegenstände, die er zur Ausführung seiner Pläne zu brauchen glaubt, macht grossartige Geschenke, kauft auf, was ihm vor das Gesicht kommt, und genirt sich auch gar nicht, in einer gewissen dumppfiffigen Manier leicht entdeckte Betrügereien oder Diebstähle vor den Augen der Eigenthümer zu begehen, die er nachher einfach ableugnet. Häufig erst dann, nachdem er auf diese Weise mit dem Strafgesetze in Conflict gerathen ist, die verschiedensten Vergehen gegen die öffentliche Ordnung, gegen die Schamhaftigkeit, Widerstand gegen die Staatsgewalt u. s. f. begangen, seine Familie finanziell binnen kurzer Zeit ruinirt hat, wird er endlich, gemissandelt und gemassregelt, in reducirtem Zustande, von Excessen erschöpft, als krank in die Anstalt eingeliefert.

In einzelnen Fällen tritt nunmehr eine gewisse Beruhigung ein, in welcher der Kranke seine Grössenideen und Pläne zum Theil ableugnet, zum Theil aber auch mehr oder weniger geschickt zu motiviren weiss. Für die Beobachtung in der Anstalt kann er, der bisweilen energisch seine Befreiung verlangt, abgesehen von einem gewissen Grade des Schwachsinn, unter Umständen annähernd normal erscheinen, doch ergiebt sich nach einem Entlassungsversuche früher oder später auch hier in dem Handeln des Kranken ausnahmslos die tiefe Störung, welche seine gesammte Persönlichkeit erfahren hat. Häufiger dauert das absurde Grössendelirium längere Zeit, oft viele Monate und selbst

Jahr und Tag hindurch in allmählich immer ausschweifenderer und zerfahrenerer Form an. Man bemerkt sehr bald, dass die ursprüngliche Productivität und Originalität der Phantasie mehr und mehr verloren geht. Die Wahnideen werden dürftiger und zusammenhangsloser, inconsequenter; die Stimmung wird matter und apathischer, und der Thatendrang beschränkt sich schliesslich auf das Verfassen von unentzifferbaren Briefen und Depeschen, das Entwerfen kindisch ungeschickter Zeichnungen und Pläne und das Schreiben endloser Zahlenreihen, in denen sich das unermessliche Vermögen des Kranken oder der Gewinn ausdrückt, den er durch seine Unternehmungen zu erzielen hofft.

Nach und nach wird der Kranke immer blödsinniger und stumpfer, wenn auch ein matter Abglanz des expansiven Stadiums bisweilen noch lange Zeit seinen Stimmungshintergrund erhellt. Zufrieden, mit freundlichem, glücklichem Gesichte, sitzt er da und lallt vielleicht noch mit kaum verständlicher Sprache einzelne aus den Grössenideen herübergenommene Worte: „Millionen“, „schöne Pferde“, „goldene Kaiserin“, bis endlich auch die letzte derartige Reminiscenz mit der vollständigen Vernichtung der psychischen Persönlichkeit erlischt. Die Dauer der expansiven Paralyse kann man im Mittel auf 3—4 Jahre veranschlagen; sie ist indessen sehr grossen Schwankungen unterworfen. Nicht selten erfährt man, dass schon mehrere Jahre vor dem deutlicheren Hervortreten der Prodromalsymptome vorübergehend einzelne Krankheitserscheinungen, namentlich Schwindelanfälle, Reizbarkeit u. dergl. beobachtet wurden. Ich sah noch 1884 einen Fall, in welchem durch derartige Vorboten ein ätiologischer Zusammenhang mit dem Kriege von 1870 wahrscheinlich wurde.

Das Schwanken zwischen depressiven und expansiven Zuständen, wie wir es soeben kennen gelernt haben, kann sich in einzelnen Fällen mehrmals hintereinander wiederholen, so dass kürzere oder längere Stadien heitersten Grössenwahns mit dem Versinken in ängstliche Verstimmung, hypochondrische Verzweiflung oder völlige Apathie abwechseln. Diese Verlaufsvarietät hat man auch wol als circuläre Form der Paralyse bezeichnet. Mit den eigent-

lichen circulären Psychosen wird man sie wegen ihrer Entstehungsweise, wegen der Unregelmässigkeit der einzelnen Phasen, wegen der deutlichen Anzeichen rasch fortschreitender psychischer Schwäche, wegen der nervösen Störungen und des weiteren Verlaufes nicht leicht zusammenwerfen.

Die agitierte Form der Paralyse unterscheidet sich von der expansiven Form hauptsächlich dadurch, dass bei ihr ein ausgeprägtes depressives Stadium der Krankheit fehlt und von vornherein die expansive Färbung der Stimmung, wie des Vorstellungsinhaltes in den Vordergrund tritt. Allerdings geht auch bei ihr dem eigentlichen Ausbruche der Krankheit zumeist ein Prodromalstadium mit den früher geschilderten Erscheinungen voraus; dasselbe ist jedoch häufig nur angedeutet, und in einzelnen Fällen entgehen die etwa vorhandenen leichten Vorläufersymptome so sehr der Umgebung des Kranken, dass die Psychose anscheinend aus völlig heiterem Himmel hereinbricht.

Der Charakter der psychischen Erregung selbst kann sich sehr verschieden gestalten. Relativ häufig begegnet man gerade bei dieser Entwicklungsweise der Paralyse ganz leichten Aufregungszuständen, welche eine Zeit lang an gewisse Formen der periodischen Tobsucht erinnern können. Die Kranken sind vollkommen klar und besonnen, aber in sehr gehobener Stimmung; sie sehen ihre Umgebung, namentlich aber ihre eigene Person und deren Leistungsfähigkeit in rosigstem Lichte. Sie bauen allerlei Luftschlösser und thun auch Schritte zu deren Realisirung; sie renommiren in aufdringlicher Weise mit ihren ausgezeichneten Fähigkeiten, ihren hohen Verbindungen, ihren brillanten Ausichten und ihrer wunderbaren Vergangenheit, ohne es dabei mit der Wahrheit sehr genau zu nehmen. Immerhin halten sich diese Erzählungen und Pläne an sich noch im Bereiche des Möglichen oder sogar Wahrscheinlichen, ja man entdeckt, dass dieselben fast überall an die allerdings stark ausgeschmückte Wirklichkeit anknüpfen, und man kann daher bisweilen für den Augenblick zweifelhaft werden, ob man es mit Wahnideen oder mit bewussten Aufschneidereien zu thun hat. Gewöhnlich bleibt der Inhalt dieser Pro-

ductionen durchaus nicht constant; der Kranke variirt seine Auseinandersetzungen bei jeder neuen Wiederholung und verwickelt sich dabei in die schreiendsten Widersprüche, ohne es selbst zu merken; er geräth in einsichtslose, zornige Erregung, sobald man ihn auf dieselben aufmerksam zu machen sucht. Diese eigenthümliche phantastische Urtheilslosigkeit ist es, welche, abgesehen von etwa vorhandenen nervösen Störungen, fast immer die Abgrenzung dieser Zustände von denjenigen der periodischen Manie sehr bald ermöglicht, selbst dann, wenn durch Remissionen der Erregung die Aehnlichkeit des klinischen Bildes noch vergrössert wird.

In einer weiteren Reihe von Fällen entwickelt sich von vornherein sofort jener floride, ins Unsinnige gehende Grössenwahn, wie wir ihn bei der expansiven Form kennen gelernt haben. Binnen wenigen Tagen wird der Kranke von allen seinen früheren Leiden und Gebrechen geheilt; er avancirt zum höchsten Gott, der ewig gelebt und das Weltall erschaffen hat; er commandirt über fabelhafte Reichtümer, deren Werth in Zahlen überhaupt nicht ausgedrückt werden kann. Hier pflegt auch die Aufregung eine sehr viel stärkere zu sein. Der Kranke ist Tag und Nacht unruhig, ohne Unterbrechung mit seinen ungeheuerlichen Plänen beschäftigt, Befehle in alle Himmelsrichtungen telephonirend; er schläft fast gar nicht, nimmt sehr unregelmässig Nahrung zu sich, da er unvergleichlich viel Besseres zu beanspruchen hat, und nimmt an Körpergewicht sehr rasch ab. Sehr häufig macht hier nach kürzerer oder längerer Zeit ein schwerer paralytischer Anfall dem Leben oder doch der Aufregung plötzlich ein Ende. Die Dauer dieser letzteren Form ist daher zumeist eine kürzere, als diejenige der zuerst beschriebenen Verlaufsart; sie beträgt häufig nur 1—2 Jahre, während wir bei jener immerhin auf eine Durchschnittsdauer von 2—3 Jahren rechnen dürfen.

Als eine Unterform gewissermassen der agitirten Paralyse können wir ein letztes Krankheitsbild bezeichnen, welches man auch wol mit dem Namen der galoppirenden Paralyse belegt hat. Die wesentliche Eigenthümlichkeit derselben besteht in dem überaus raschen, tödtlichen

Verläufe der Erkrankung unter den Erscheinungen hochgradigster psychischer und nervöser Erregung mit plötzlichem Collapse. In der Regel schliesst sich dieses letzte Stadium der Krankheit an das Bild der agitirten Paralyse an; seltener geht demselben ein depressives Stadium voraus. Unter rasch sich steigernder Erregung wird der Kranke vollkommen verwirrt und unbesinnlich, stösst nur unarticulirte Laute oder stereotype, unsinnige Silben aus, wälzt sich am Boden, zappelt mit Armen und Beinen, schläft nicht, nimmt keine Nahrung zu sich, sondern spuckt Alles wieder aus, lässt Koth und Urin unter sich gehen und kommt in seiner Ernährung rapide herunter. Der Puls ist klein und frequent, die Temperatur erhöht (38—39°). Nach einigen Tagen oder Wochen, nachdem vielleicht schon wiederholt apoplektiforme oder epileptiforme Anfälle dagewesen sind, werden die Bewegungen des zeitweise soporösen Kranken unsicher und zitternd; die Mundhöhle ist trocken, Lippen und Zunge mit dickem, schwärzlichem, fuliginösem Belage bedeckt; es stellen sich profuse Diarrhöen, kalte Schweisse, Sehnenhüpfen, grosse Neigung zu Decubitus ein, und unter zunehmender Erschöpfung erfolgt, bisweilen nach vorübergehender Besonnenheit, der Exitus letalis.

Dieses Krankheitsbild ist es, welches ohne Zweifel bisweilen mit unter der Bezeichnung des Delirium acutum zusammengefasst worden ist. Es gilt dies namentlich für diejenigen Fälle, in denen die Prodromalerscheinungen wenig oder gar nicht ausgesprochen sind. Was mir diese Anschauung vor Allem wahrscheinlich macht, ist der Umstand, dass man hie und da Gelegenheit hat, einen Kranken aus diesem Zustande sich noch einmal vorübergehend erholen und nunmehr die vorher vielleicht nicht bemerkten Symptome der Paralyse unzweifelhaft hervortreten zu sehen. Die Dauer der galoppirenden Paralyse beträgt oft nur wenige Monate, wenn sich auch meist wegen der Unbestimmtheit der Prodromalerscheinungen der Beginn der Krankheit nicht genau eruiren lässt.

Der Verlauf aller im Vorstehenden beschriebenen Formen der Paralyse kann durch zwei verschiedene Momente

fast stets in unberechenbarer Weise modificirt werden, durch paralytische Anfälle und durch Remissionen. Die ersteren können jederzeit einen unvorhergesehenen, bedeutenden Fortschritt aller Krankheitserscheinungen oder auch plötzlichen Tod zur Folge haben; ihre Häufigkeit und Schwere scheint in keiner bestimmten Beziehung zu der besonderen klinischen Form der Paralyse zu stehen. Auf der anderen Seite sieht man gelegentlich ausgiebige Remissionen der psychischen und nervösen Störungen in nahezu allen Stadien der Paralyse, mit Ausnahme des allerletzten, den Ablauf der Krankheit verzögern. Am häufigsten scheinen derartige Besserungen bei der expansiven und agitirten Form vorzukommen; selten und wenig ausgeprägt beobachtet man sie bei der dementen Form. Der Eintritt der Beruhigung vollzieht sich bisweilen ganz rasch, von einem Tage zum andern, wenn auch die volle Höhe der Remission erst allmählich, vielleicht im Laufe von Monaten, erreicht wird. Der Kranke erscheint klar, besonnen, geordnet; die Wahnideen treten zurück und werden von ihm als Träume und Phantasien bezeichnet; er kann sich oft selbst nicht genug wundern, wie ihm nur all das „dumme Zeug“ in den Kopf hat kommen können. Gleichwol geräth er vielleicht in den ersten Tagen gelegentlich immer wieder in seine früheren Ideen hinein, um erst auf ernstes Zureden die Wahnhaftigkeit derselben von Neuem einzusehen und zuzugestehen. Die Erinnerung an die Zeit der Krankheit ist zunächst oft eine verworrene, doch tauchen nach und nach viele Reminiscenzen wieder deutlicher auf. Allmählich kommt sogar eine gewisse Krankheitseinsicht zu Stande, wenn auch manche der verkehrten Handlungen noch in krankhafter Weise motivirt oder als durch äussere Umstände und Einwirkungen veranlasst dargestellt werden. Mit dieser mangelhaften Klarheit über die Vergangenheit verbindet sich häufig eine sanguinische Einsichtslosigkeit hinsichtlich der Zukunft. Der Kranke fühlt sich nunmehr vollständig gesund und weiss ganz bestimmt, dass er es auch in Zukunft bleiben wird; die Mahnungen des Arztes schlägt er daher leichthin in den Wind. Die Stimmung ist bald eine selbstzufriedene, vergnügte, bald aber auch gedrückt und apathisch, indem

der Kranke sich müde, abgespannt, erholungsbedürftig fühlt und über allerlei körperliche Beschwerden klagt, namentlich über Druck und Schmerzen im Kopfe.

Nach und nach kann sich der Zustand des Kranken immer mehr bessern, so dass er, besonders in den engen, geschützten Verhältnissen der Anstalt, den Eindruck eines nahezu oder völlig normalen Menschen macht, wenn auch den nächsten Angehörigen und Freunden eine leichte Abschwächung der Intelligenz und des Gedächtnisses, eine Abstumpfung seines Interesses und seiner gemüthlichen Reaction, sowie ein gewisser Mangel an Energie und Consequenz kaum jemals verborgen bleibt. Dennoch sind manche derartige Kranke im Stande, selbst den verantwortungsvollen Beruf eines Eisenbahbeamten, Officiers, Arztes in der Remission mit Erfolg wieder aufzunehmen. In der Regel allerdings sind diese Nachlässe nur von kürzerer Dauer (bis zu einigen Monaten); jene Fälle, in denen die Kranken länger, als ein Jahr, oder gar 3, 4, 5 Jahre relativ gesund bleiben, sind immerhin als vereinzelte Ausnahmen zu betrachten.

Die letzten Stadien der Krankheit sind allen Formen derselben, mit Ausnahme etwa der galoppirenden Paralyse, gemeinsam. Der Kranke wird immer stumpfer und blöder; er kennt die Gegenstände und Personen seiner Umgebung nicht mehr und ist schliesslich kaum viel mehr, als ein vegetirender Körper, in dem das psychische Leben gänzlich oder fast gänzlich erloschen ist. Zugleich machen auch die nervösen Störungen unaufhaltsame Fortschritte. Der Kranke wird nahezu vollkommen unempfindlich; die Schwäche nimmt immer mehr zu; es stellen sich Beugecontracturen ein, so dass er die Möglichkeit der selbständigen Bewegung verliert, weder gehen noch stehen, noch am Ende auch sitzen kann. Zugleich magert er immer mehr ab und ist dauernd hochgradig unrein, so dass er wie ein Kind nach jeder Richtung hin der sorgfältigsten Pflege bedarf. Bis zu diesen tiefsten Stufen des apathischen Blödsinns und der allgemeinen Lähmung giebt es allerdings zahlreiche Uebergangsformen, die sich durch die verschiedene Erhaltung der geistigen Regsamkeit, durch Ueberreste depressiver oder ex-

pansiver Stimmungen und Vorstellungen, sowie endlich durch die verschiedenartige Ausbreitung der nervösen Störungen von einander abgrenzen.

Der Ausgang der Paralyse ist regelmässig der Tod. Freilich sind einzelne Fälle bekannt geworden, in denen eine Remission der Krankheitserscheinungen andauernd ein Jahrzehnt und darüber Stand hielt, so dass man hier von einer Heilung der Paralyse zu sprechen berechtigt ist. Allein derartige Beobachtungen sind so extrem selten (lange nicht 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> der Fälle), dass sie gegenüber dem gewöhnlichen Verlaufe gar nicht in Betracht kommen. Jedenfalls thut man gut, allen Fällen von „geheilter“ Paralyse das äusserste Misstrauen entgegen zu bringen, da Nasse constatirt hat, dass unter 6 von ihm als geheilt angesehenen Paralytikern nur ein einziger nicht wiedererkrankt ist, bei dem obendrein die Diagnose nicht über allen Zweifel erhaben war. Herbeigeführt wird der tödtliche Ausgang durch die verschiedensten Ursachen. Abgesehen von den in den ersten Stadien doch bisweilen glückenden Selbstmordversuchen, können im ganzen Verlaufe der Krankheit paralytische Anfälle plötzlich und unerwartet dem Leben ein Ende machen. In der letzten traurigen Periode der Psychose sind Schluckpneumonien (Speichel, Speisen), namentlich während der Anfälle, die bei weitem häufigste Todesursache; ausserdem aber kommen noch gelegentlich pyaemische und septische Prozesse oder Fettembolien in Betracht, wie sie sich bei der Unruhe und Unempfindlichkeit der Kranken aus Verletzungen aller Art, in Folge von Decubitus oder Blasenkatarrh (Pyelitis) entwickeln können. Endlich aber ist der gewissermassen natürliche Ausgang der Paralyse, wie man ihn bei einzelnen Kranken beobachtet, welche allen jenen Gefahren glücklich entgangen sind, der einfache Marasmus, der Tod in Folge von Herzschwäche. In solchen Fällen magern die Kranken schliesslich zum Skelett ab; die gesamte Körpermusculatur wird extrem atrophisch; die Temperatur sinkt häufig dauernd sehr tief unter die Norm; der Puls wird langsam und immer schwächer, schliesslich nicht mehr fühlbar, bis endlich das Leben vollkommen erlischt.



Die pathologische Anatomie der Paralyse zeigt uns in den nervösen Centralorganen eine Reihe von Veränderungen, welche in ihrer Gesamtheit bis zu einem gewissen Grade für diese Krankheit charakteristisch erscheinen. Als wesentlich sind nicht zu betrachten die bisweilen beobachteten Hyperostosen und Exostosen des Schädels, die auch bei Gesunden nicht ganz selten vorkommen, doch ist die in weit vorgeschrittenen Fällen häufiger beobachtete allgemeine Verdickung der knöchernen Hülle wol mit Wahrscheinlichkeit als compensatorische Hypertrophie gegenüber der Volumabnahme des Gehirns aufzufassen. Wichtiger sind schon die Veränderungen der Hirnhäute. Recht häufig findet man Pachymeningitis interna und Haematome der Dura, bald nur zarte, schleierartige Anflüge, bald dicke, mehrfache Schichtung zeigende Schwarten, meist auf der Scheitelhöhe. Die Pia ist in Folge von zelliger Infiltration regelmässig getrübt, verdickt, bisweilen sehr beträchtlich; hie und da finden sich eingelagerte Knochenplättchen. Ihre Venen sind stark erweitert, besonders bei der galoppirenden Paralyse, zeigen auch häufig verdickte Wandungen; die Pacchionischen Granulationen sind nicht selten auffallend entwickelt. Das Gehirn ist bei länger bestehenden Fällen stets atrophisch; das Gewicht desselben kann selbst bei Männern von normaler Körpergrösse bis auf 900 gr herabsinken. Die Windungen sind verschmälert, besonders in den vorderen Partien; es finden sich stellenweise förmliche Einsenkungen. Auch die Rinde ist verschmälert und, namentlich am Vorderhirn, häufig mit der Pia so fest verwachsen, dass sich diese nicht ohne Substanzverlust von ihr ablösen lässt. Das Ependym der Ventrikel, vorzüglich des vierten, zeigt oft reichliche, stark entwickelte, knötchenartige Granulationen.

Die mikroskopische Untersuchung bietet vor Allem in der Rinde ausgesprochene Veränderungen. Die Gefässe sind sichtlich vermehrt, vielfach erweitert; in ihren Wandungen bemerkt man abnorme Kernwucherung; stellenweise kommt es zur völligen Obturation und Obliteration. Auch in der Grundsubstanz zeigen sich die Kerne stark vermehrt; die Bindegewebszellen sind enorm entwickelt; namentlich

findet man die als Spinnenzellen bezeichneten, mit zahlreichen Ausläufern versehenen Formen in grosser Anzahl und ungewöhnlicher Ausbildung vertreten. Bei Weitem am wichtigsten aber sind natürlich die Veränderungen an den nervösen Elementen. Die Nervenzellen zeigen regelmässig die Spuren atrophischer Processe. Der Zellenleib und die Fortsätze sind geschrumpft, letztere weit weniger zahlreich und ausgebildet, als bei normalen Zellen; das Protoplasma zeigt die verschiedenen Stadien einer fettigen und pigmentösen Degeneration. In weit vorgeschrittenen Fällen erweist sich auch die Zahl der Ganglienzellen in erheblichem Masse reducirt, bis schliesslich kaum noch functionsfähige Elemente in der Hirnrinde vorhanden zu sein scheinen.

Fast noch hochgradiger sind die atrophischen Veränderungen an den Nervenfasern. Es ist Tuzek's\*) Verdienst, dieselben zuerst mit feineren Methoden (Exner'sche, Weigert'sche Methode) genauer studiert zu haben. Dabei hat sich herausgestellt, dass bei allen länger dauernden Fällen von Paralyse sowol die aus der weissen Substanz in die Hirnrinde einstrahlenden „Radiärfasern“, als auch die in der äussersten Rindenschicht der Hirnoberfläche parallel laufenden „zonalen Rindenzellen“ in höherem oder geringerem Grade atrophiren, so dass in den spätesten Stadien kaum noch Nervenfasern in der Rinde nachzuweisen sind. Am stärksten pflegt dieser Faserschwund in den vorderen Partien des Gehirns ausgesprochen zu sein, doch lässt sich nach Zacher's neueren Untersuchungen eine gesetzmässige Beziehung zwischen der Intensität und der Localisation der Störung nicht mit Bestimmtheit feststellen. Ebensowenig scheint ein durchgehender Zusammenhang zwischen den Gefässveränderungen und der Faseratrophie zu bestehen, ja es kann nicht mehr zweifelhaft sein, dass jene atrophischen Vorgänge gar nicht ausschliesslich der Paralyse, sondern unter Umständen auch andern Psychosen, namentlich der nahe verwandten Dementia senilis, sowie sonstigen, z. B. den

---

\*) Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur Pathologie der Dementia paralytica. 1884.

epileptischen, Blödsinnsformen zukommen können. Allerdings dürfte die Häufigkeit, die Ausdehnung und die Intensität jener Veränderungen bei der Paralyse eine weit grössere sein, als bei irgend einer anderen psychischen Erkrankung.

Der Nachweis atrophischer Vorgänge an den nervösen Elementen einerseits, stärkerer Wucherungen des Bindegewebes andererseits hat auch in der Pathologie der Paralyse zwei verschiedenen Erklärungsversuchen Raum gegeben, von denen der eine die interstitiellen, der andere aber die parenchymatösen Veränderungen als den Ausgangspunkt des ganzen Krankheitsprocesses auffasst. Mir persönlich scheinen die Erfahrungen, welche man über die multiple degenerative Neuritis zu machen Gelegenheit hat, die Möglichkeit eines irgendwie veranlassten „primären“ atrophischen Processes ohne vorhergehende Erkrankung des interstitiellen Gewebes unzweifelhaft darzuthun, während auf der andern Seite die Verdichtung und Wucherung des Bindegewebes sich auch nach einfachen secundären Degenerationen beobachten lässt.

Ausser diesen feineren Veränderungen finden sich in der Rinde gelegentlich noch kleinere erweichte Partien, welche sich durch die leichte Ablösbarkeit der oberflächlichen Rindenschichten oder auch der ganzen Rindendecke von der weissen Substanz bemerkbar machen. Ausgedehntere Zerstörungen in der Rinde, wie man sie speciell zur Erklärung der paralytischen Anfälle vermuthen sollte, sind dagegen sehr selten; selbst bei einer viele Monate andauernden Hemiplegie mit vollständiger Paraphasie konnte ich einen bestimmten Herd im Gehirne nicht auffinden. Wir müssen daher wol annehmen, dass es sich bei den paralytischen Anfällen wesentlich um Circulationsstörungen oder circumscribte Oedeme handelt, welche wegen der Gefässerkrankungen leicht zu Stande kommen und sich schwer wieder ausgleichen, andererseits aber wegen der Verminderung der functionsfähigen Nervenlemente rasch sehr ernste Symptome herbeiführen müssen.

Aehnliche Veränderungen, wie in der Rinde, finden sich auch in den übrigen Partien des Gehirns, wie das besonders im Hinblick auf die enorme Gewichtsabnahme als

erwiesen angesehen werden darf. Die Markmassen der Hemisphären zeigen regelmässig einen diffusen Faserschwund, der nur bisweilen einzelne compacte Bündel verschont. Seltener sind zerstreute Entartungsherde oder, im Anschlusse an umschriebene Rindenläsionen, strangförmige Degeneration bestimmter Leitungsbahnen. In den grossen Ganglien, sowie in den Nervenkernen der Medulla oblongata, namentlich im Hypoglossuskern, sind ebenfalls degenerative Veränderungen, vorzugsweise der Ganglienzellen, gesehen worden.

Im Rückenmarke beobachtet man ausser pachymeningitischen und leptomeningitischen Veränderungen namentlich zwei Formen der Erkrankung, nämlich chronische Myelitis der Hinterseitenstränge mit reichlicher Bildung von Körnchenzellen, dann aber graue Degeneration der Hinterstränge, die sich im Halsmark bisweilen nur auf die Goll'schen Stränge beschränkt. Vereinzelt finden sich auch noch eine Reihe weiterer Veränderungen, zerstreute Degenerationsherde, diffuse Myelitis u. s. f.

Ob sich an den peripheren Nerven nicht hie und da Veränderungen nachweisen lassen, ist nicht genügend untersucht worden, doch lässt sich nach den neuesten Befunden bei Tabes und Angesichts der enormen Muskelatrophie im letzten Stadium der Paralyse fast mit Sicherheit erwarten, dass auch hier degenerative Prozesse in den peripheren Nerven häufiger vorkommen. Die Befunde in den übrigen Organen (Phthisen, Pneumonien, Niereninfarcte) stehen zu meist nicht in directer Beziehung zu dem paralytischen Krankheitsprocesse; nur das fast ausnahmslos beobachtete Atherom der Aorta dürfte als eine Theilerscheinung der allgemeinen Gefässerkrankung aufzufassen sein.

Die Dementia paralytica ist eine sehr häufige Krankheit; im Durchschnitte gehören etwa 10—12 % aller Aufnahmen in Irrenanstalten ihr an, doch ist dieses Verhältniss ausserordentlichen Schwankungen unterworfen. Wie es scheint, ist die Häufigkeit der Paralyse in stetiger Zunahme begriffen. Von den beiden Geschlechtern ist das männliche ungefähr 4—7 mal so stark unter den Erkrankten vertreten, als das weibliche; bei Frauen höherer Stände ist die Krank-

heit überaus selten. Unter den Altersklassen überwiegen diejenigen zwischen dem 35.—40. (30.—45.) Lebensjahre; auch das Klimakterium scheint von Einfluss zu sein. In den ersten beiden Decennien kommt die Paralyse kaum jemals, im dritten noch immer recht selten vor, doch scheint in neuester Zeit die Paralyse jüngere Lebensalter häufiger zu befallen; Strümpell sah dieselbe sogar bei einem dreizehnjährigen Mädchen, in Verbindung mit Tabes und hereditärer Syphilis. Ledige Personen scheinen mehr disponirt zu sein, als Verheirathete; jugendliche weibliche Paralysen sind auffallend häufig Prostituirte. Grosse Städte liefern einen sehr bedeutend höheren Procentsatz von Paralytikern, als die Landbevölkerung. Unter den Berufsarten sind Officiere, Kaufleute, Feuerarbeiter, Eisenbahnbeamte relativ zahlreich vertreten. Der Einfluss der erblichen Anlage tritt hier gegenüber den sonstigen Geistesstörungen mehr in den Hintergrund.

Unter den Ursachen der Paralyse haben wir in allererster Linie der Syphilis zu gedenken. Dieselbe findet sich auffallend häufig in der Anamnese der Paralytiker, wenn sich auch directe syphilitische Krankheitserscheinungen nur verhältnissmässig selten nachweisen lassen. Damit stimmt die Erfahrung überein, dass es anscheinend vorzugsweise leichte syphilitische Erkrankungen sind, welchen ein ätiologischer Zusammenhang mit der Paralyse zukommt, und dass andererseits regelmässig eine längere Reihe von Jahren zwischen der Infection und dem Auftreten der Paralyse zu liegen pflegt. Ueber die Häufigkeit, mit welcher die Syphilis als Vorgängerin der Paralyse beobachtet wird, gehen die Angaben sehr weit auseinander (11—77 %). Rieger hat festgestellt, dass Jemand, der syphilitisch infectirt war, im Allgemeinen 16—17 mal so stark für die Paralyse prädisponirt ist, als der Nicht-Syphilitische. Jedenfalls steht der Zusammenhang zwischen Syphilis und Paralyse über allem Zweifel fest; auch manche Punkte der oben angeführten allgemeinen Prädisposition, insbesondere die Seltenheit der Paralyse bei Frauen der besseren Stände, ihre Häufigkeit bei Officieren, Kaufleuten, Prostituirten, sind mit grösster Wahrscheinlichkeit in dieser Richtung zu deuten.

Es hat daher in älterer wie in neuerer Zeit auch nicht an Forschern gefehlt, welche die Paralyse, ebenso wie die ihr offenbar nahe verwandte Tabes, einfach als syphilitische Erkrankung des centralen Nervensystems auffassen zu können glaubten. So hat Strümpell die Paralyse in Parallele mit den diphtherischen Lähmungen gestellt, indem er annahm, dass dort, wie hier, durch den organisirten Infectionsträger, also bei der Paralyse den Syphilisbacillus, nach Ablauf der ersten Periode der Krankheit ein chemisches Gift erzeugt werde, welches nun in eigenthümlicher Weise auf die verschiedenen Abschnitte des Nervensystems zerstörend einzuwirken im Stande sei. Es muss zunächst dahingestellt bleiben, ob diese Hypothese wenigstens für diejenigen Fälle zutreffend ist, in denen wirklich Syphilis vorausgegangen ist, doch erscheint es nicht ganz unmöglich, vielleicht einmal gerade diese ätiologische Gruppe als eine besondere Form innerhalb des grossen Rahmens der Paralyse sich abgrenzen zu sehen, so wenig sich auch bis heute unterscheidende Merkmale derselben herausfinden lassen. Auf der anderen Seite aber muss mit Entschiedenheit betont werden, dass die Zahl jener Paralytiker, bei denen die Anamnese die Syphilis negirt, doch immerhin noch viel zu gross ist, als dass es sich hier bei diesen letzteren um ein einfaches Uebersehen oder Verleugnen jener Krankheit handeln könnte. Für die unbefangene Betrachtung ergibt sich daher heute noch der Standpunkt, dass wir in der Syphilis zwar ein sehr wichtiges, aber eben doch nur eines von den ätiologischen Momenten der Paralyse zu sehen haben.

Von sonstigen Ursachen, denen man in der Aetiologie der Paralyse eine gewisse Rolle zuzuschreiben pflegt, sind auf somatischem Gebiete der Alkoholismus, Insolation, Wärmebestrahlung des Kopfes und Kopfverletzungen zu nennen. An diese letzteren schliesst sich die Erkrankung in einzelnen Fällen unmittelbar an; in anderen tritt sie erst nach mehreren Jahren hervor, so dass man mehr eine prädisponirende Wirkung des Traumas anzunehmen hat. Endlich haben wir noch der psychischen Ursachen zu gedenken, welche namentlich den letzten Anstoss zur Entwicklung

der Psychose auf dem bereits vorbereiteten Boden abzugeben scheinen. Geistige Ueberanstrengungen, heftige Gemüthsschwankungen und ganz besonders andauernde Unruhe und Aufregung verdienen vor Allem Berücksichtigung. So fordert der Krieg mit seiner Anspannung der gesammten psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit, das Börsenspiel, Excesse, der aufreibende Kampf ums Dasein in dem lebhaften Getriebe der grossen Städte regelmässig zahlreiche Opfer. Als gemeinsames Element scheint allen diesen Ursachen, soweit wir das heute übersehen können, die schwächende Einwirkung auf die Muscularis der Arterienwand zuzukommen, sei dieselbe toxischer Natur, sei sie durch häufige und ausgiebige Caliberschwankungen bedingt. Gerade die Erschlaffung der Muscularis aber giebt, wie Thoma nachgewiesen hat, den regelmässigen Anlass zur Entstehung endarteriitischer Processe. Acceptirt man die Ansicht Golgis, dass die Protoplasmafortsätze der Ganglienzellen, die wir so augenfällig atrophiren sehen, wesentlich der Zufuhr von Ernährungsflüssigkeit dienen, so würde man sich als die nächste Grundlage der Paralyse, wie auch der klinisch so nahestehenden Dementia senilis, etwa eine organisch bedingte, wachsende Unzulänglichkeit der Hirnernährung vorstellen können. Natürlich ist indessen mit einer derartigen allgemeinen Hypothese vor der Hand wenig gewonnen.

Die Diagnose der Paralyse ist eine der wichtigsten Aufgaben des Irrenarztes, weil von ihr fast immer sehr einschneidende Massregeln, namentlich auch ökonomischer Natur (Entmündigung, Liquidation von Geschäften), abhängig sind. In den ersten Stadien der Krankheit ist die Abgrenzung der Paralyse von neurasthenischen Zuständen bisweilen ebenso schwierig, wie durch die Situation dringend gefordert. Das wichtigste Kriterium wird hier immer in dem Nachweise der Schwäche auf intellectuellem und gemüthlichem Gebiete liegen, in der Stumpfheit, der eigenthümlichen Urtheilslosigkeit, dem Mangel an wirklich klarer Einsicht in die eigentlichen Krankheitssymptome gegenüber dem Affecte, der ungetrübten Intelligenz und der peinlichen Selbstprüfung des Neurasthenischen. Dazu kommt der kaum

bemerkte, aber sehr auffallende Defect der Erinnerung auf der einen und die objectiv gar nicht zu verificirenden Klagen über Abnahme des Gedächtnisses auf der anderen Seite und endlich vor Allem der Nachweis greifbarer nervöser Störungen, von denen jedoch auf leichte Schwindelanfälle, auf gelegentliches Stottern, Zittern der Zunge und eine mässige Steigerung der Sehnenreflexe kein allzu grosses diagnostisches Gewicht gelegt werden darf. In einzelnen Fällen klärt hier ein unzweifelhafter paralytischer Anfall mit Sprachstörung plötzlich die Sachlage; bisweilen jedoch vermag erst der weitere Verlauf die Diagnose zu sichern.

Die depressiven Zustände der Paralytiker können nicht allzu selten zur Verwechslung mit melancholischen Erkrankungen oder depressivem Wahnsinn Anlass geben, vor Allem natürlich dann, wenn, wie so häufig, die nervösen Störungen erst in einer späteren Periode der Krankheit hervortreten. Bei Männern zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre wird man in derartigen Zuständen die Möglichkeit einer Paralyse immer im Auge behalten müssen; wahrscheinlich wird diese letztere, wenn sehr intensive Kopfsymptome, auffallend tiefe Benommenheit oder einzelne leichtere nervöse Erscheinungen vorhanden sind, wenn die Intelligenzstörung eine ungewöhnliche Urtheilslosigkeit und Zerfahrenheit, der Affect eine gewisse Schwäche aufweist, indem sich unmotivirt Zeiten eigenthümlich lustiger Verstimmung, vielleicht sogar mit episodischen Grössenideen, einschieben.

Dem gegenüber sind die expansiven Stadien der Paralyse durch ihre rasche Entstehungsweise, durch die Ungeheuerlichkeit, Zusammenhangslosigkeit und Dirigirbarkeit des Grössenwahns, sowie durch die begleitende Gedächtnisschwäche, die auf die letzten Tage zurückgehenden Erinnerungsfälschungen und die nervösen Symptome zumeist so gut charakterisirt, dass ihre Diagnose sehr bald klar zu sein pflegt. In welcher Weise sich gewisse Formen der agitirten Paralyse mit sehr leichter Erregung von der periodischen Manie abtrennen lassen, ist schon oben näher erwähnt worden.

Ganz besondere Schwierigkeiten kann die Differentialdiagnose gegenüber der Dementia senilis, den disseminirten



Herderkrankungen und manchen Formen des Alkoholismus bieten. Für die erstere spricht hohes Alter, Stationärbleiben des Zustandes und der meist dürftigen Wahnideen, sowie geringere Entwicklung der motorischen Störungen, die mehr den Charakter einfacher Lähmungen und Paresen haben. Die Diagnose einer syphilitischen Herderkrankung oder der multiplen Sklerose gründet sich auf das meist jugendlichere Lebensalter und den Nachweis von Herdsymptomen, bei ersterer besonders an den Augenmuskelnerven; diffuse Affectionen der Hirnrinde vermögen wir heute von der Paralyse nicht mit Sicherheit zu unterscheiden. Bei den hierher gehörigen alkoholischen Psychosen ist bisweilen das starke Hervortreten von Hallucinationen, ein grösserer Zusammenhang des Vorstellungsverlaufes und geringere Ausbildung der Sprachstörungen zur Abgrenzung von der Dementia paralytica zu verwerthen; in einzelnen Fällen sichert erst der absolut oder relativ günstige Verlauf die Diagnose.

Bei der Behandlung der Paralyse hat man in erster Linie häufig genug einer Causalindication dadurch zu genügen gesucht, dass man mit energischen antisiphilitischen Curen gegen die Kranken vorging. Die Erfahrung lehrt indessen regelmässig, dass hier, ähnlich wie bei der Tabes, weder durch Inunctions-, noch durch Injectionsuren, noch auch durch Jodkalium zweifellose therapeutische Erfolge erzielt werden. Remissionen der Krankheit kommen allerdings ebenso, wie bei jeder anderen Behandlungsmethode, namentlich unter dem Einflusse der Anstaltsruhe, nicht selten vor. Auf der andern Seite habe ich in mehreren Fällen, in denen Syphilis sicher voraufgegangen und zum Theil noch in frischen Symptomen vorhanden war, im unmittelbaren Anschlusse an eine Schmiercur raschen Verfall der Kräfte und plötzliches Auftreten intensiver Aufregungszustände beobachtet. Ich kann daher einstweilen nur rathen, sich im Allgemeinen mit der Darreichung von Jodkalium oder zu nächst überhaupt mit symptomatischer Behandlung der Paralyse zu begnügen.

Das wichtigste Erforderniss einer solchen ist in den ersten Stadien vor Allem Ruhe, Entfernung des Erkrankten aus den gewohnten Verhältnissen und Beschäftigungen, sowie

eine sorgfältige körperliche und geistige Diätetik. Aufgeregte Patienten und solche mit Selbstmordneigung gehören unbedingt in eine Anstalt, um sie und ihre Umgebung vor den Folgen ihrer Handlungen zu schützen; ruhige und lenksame Kranke in besseren Vermögensverhältnissen können, soweit eine sachverständige Behandlung und Ueberwachung möglich ist, auch in privater Pflege erhalten werden. Zu vermeiden sind jedoch frequente Badeorte mit ihren vielfachen Zerstreuungen und Aufregungen, anstrengende Reisen, alle schwächenden Eingriffe, forcirte Hunger-, Kaltwasser-, Badecuren u. s. f. Ausser der Ruhe ist Sorge für kräftige Ernährung, Regelung der Verdauung, Bewegung in frischer Luft, Vermeidung von Alcoholicis, von Tabak, Kaffee, Thee von Wichtigkeit; auch eine milde, nicht eingreifende hydropathische Behandlung (Abreibungen, laue Bäder, Einwicklungen; keine Douche) wird empfohlen.

Die Aufregungszustände der Paralytiker sind nur in geringem Grade der medicamentösen Behandlung zugänglich. Sehr häufig hilft indessen schon die Versetzung in eine ruhige Umgebung, nöthigenfalls Isolirung, sowie die Ablenkung durch ein freundliches und geschicktes, der Stimmung des Kranken angepasstes Entgegenkommen, das nicht selten den Gefährlichen und Wüthenden im Handumdrehen gefügig und gutmüthig macht. In andern Fällen aber, namentlich bei den Angstzuständen, versagen alle Mittel. Alle die verschiedenen Narkotica und Hypnotica sind hier mit wechselndem Erfolge in Anwendung gezogen worden; auch die hydropathischen Beruhigungsmethoden verdienen Berücksichtigung, sind aber wegen des Widerstrebens der Kranken häufig nicht durchzuführen.

Die meiste Sorgfalt erfordert die Behandlung der Paralytiker im letzten, bettlägerigen Stadium und besonders in den Anfällen. Schon vorher ist es vielfach nothwendig, sorgfältig auf die Reinhaltung der Kranken zu achten und die Nahrungsaufnahme zu überwachen, wegen des mangelhaften Kauens nur gut zerkleinerte, leicht verdauliche Speisen einzuführen und das gierige Schlingen durch vorsichtiges Eingeben zu verhindern, da sonst leicht tödtliche Erstickungsanfälle vorkommen. Im Anfalle und

bei sehr erschöpften, blödsinnigen Kranken ist vor Allem der Entstehung von Decubitus vorzubeugen. Dieser Indication dienen minutiöseste Reinlichkeit, häufige Waschungen der gefährdeten Theile mit kaltem Wasser oder einer spirituösen Sublimatlösung, sorgfältige Beseitigung aller Falten, Brodkrumen u. dergl. aus dem Bette, die Anwendung von Wasser- oder Luftkissen und endlich ein regelmässiger, durch Wärterhände bewirkter Wechsel der Lage, so dass der Kranke (in schweren Fällen alle  $\frac{1}{2}$  Stunde Tag und Nacht) von einer Seite auf die andere, auf den Rücken, den Bauch u. s. f. herumgedreht wird. Diese von v. Gudden eingeführte Massregel, welche bis zu einem gewissen Grade auch der Entstehung von „hypostatischen“ Pneumonien entgegenarbeitet, ermöglicht es, den sonst für unvermeidlich gehaltenen Decubitus von den Paralytikern (10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> derselben sollen daran zu Grunde gehen) fast ganz fernzuhalten und jedenfalls gefahrdrohende Formen desselben vollständig zu verhüten. Weit schwieriger ist es, den einmal entstandenen Decubitus wieder zur Heilung zu bringen, zumal der Kranke durch seine Unruhe und Abreißen des Verbandes dieselbe oft sehr erschwert. Eine regelrechte chirurgische Behandlung hat mich bei rechtzeitigem Einschreiten dennoch stets zum Ziele geführt, wo eine Nachlässigkeit des Wartepersonals die Prophylaxe verabsäumt und (in wenigen Stunden!) das Uebel herbeigeführt hatte.

Die Entleerung des Mastdarms und der Blase bedarf im paralytischen Anfalle gewöhnlich nur anfangs einer Nachhülfe durch Eingiessung resp. Einführung des (sorgfältigst gereinigten und desinficirten!) Katheters; später vollzieht sie sich regelmässig von selbst, wenn man nicht durch zu langes Warten abnorme Füllung und dadurch Lähmung beider Organe hat entstehen lassen, die dann zu dauernder Kunsthülfe zwingt. Auch ausserhalb des Anfalles sind übrigens diese beiden Punkte wol zu beachten, wenn man nicht anhaltendes Urinträufeln und Incontinenz des Mastdarms riskiren will. Ich habe bei einem Paralytiker, der bereits 2 Jahre lang katheterisirt worden war, nach 2 mal täglich wiederholten Blasenausspülungen (Tanninlösung) in Zeit von 4 Wochen die spontane Entleerung sich wieder-

herstellen und dann auch in einem 13 Tage dauernden paralytischen Anfalle nicht versagen sehen. Bei demselben Kranken entstand trotz andauernden tiefsten Komas und fast völliger Pulslosigkeit unter der oben erwähnten Behandlung bis zum Tode keine Spur von Decubitus. Die Ernährung hat im Anfalle stets durch die Sonde zu geschehen (nur bei mehrtägigen Anfällen nöthig); blosses Eingiessen in den Mund ist im höchsten Grade gefährlich. Sorgt man dann noch für häufige Reinigung und Desinfection des Mundes durch Auswischen mit einem feuchten Lappchen (Kali chloricum) und für Feuchterhaltung der Hornhaut durch regelmässiges (alle  $\frac{1}{2}$  Stunde) Bewegen der meist halbgeöffneten Augenlider (Vermeidung von Ulcerationen), so kann es gelingen, die Kranken noch nach 8—14 Tagen aus dem paralytischen Anfalle sich erholen zu sehen.

## **XI. Die erworbenen Schwächezustände.**

Gegenüber den bisher besprochenen Formen psychischer Störung, in denen wir die mannigfachsten Symptome auf den einzelnen Gebieten des Seelenlebens sich mit einander mischen sehen, haben wir nunmehr einiger Krankheitsbilder zu gedenken, welche sich lediglich oder wesentlich aus den Erscheinungen der psychischen Schwäche zusammensetzen. Modificirt werden dieselben durch den Umstand, dass sie regelmässig das Product einer gewissen pathologischen Entwicklung sind und darum, abgesehen etwa von den vorgeschrittensten Formen, eben in ihrem klinischen Auftreten noch Reste des früheren gesunden Lebens oder voraufgegangener Krankheitsprocesse erkennen lassen. Eine ganze Reihe der eigentlich hierher gehörigen Zustände, den epileptischen, alkoholischen Schwachsinn, die Endstadien der Paralyse, haben wir schon früher bei anderem Anlasse zu berühren Gelegenheit gehabt; an dieser Stelle bleibt uns hauptsächlich noch übrig, auf die Dementia senilis, den Schwachsinn bei organischen Hirnerkrankungen und endlich die sog. secundären Schwächezustände einen kurzen Blick zu werfen.

### **A. Die Dementia senilis.\*)**

Schon in der allgemeinen Aetiologie des Irreseins sind in grossen Umrissen die Veränderungen geschildert worden, welche die psychische Persönlichkeit im Alter regelmässig zu erleiden pflegt. In ihrer stärksten Ausprägung führen

---

\*) Fürstner, Archiv f. Psychiatrie XX, 2.

diese Veränderungen zu einem Krankheitsbilde, dessen Grundzug eine fortschreitende Verblödung bildet. Die ersten Anzeichen des herannahenden Altersschwachsinnns zeigen sich in der Regel nicht vor dem Beginne der 60er Jahre, doch stellt sich bei schon ursprünglich invaliden oder durch aufreibende Affecte und schwere Ueberarbeitung „verbrauchten“ Individuen bisweilen schon erheblich früher, selbst bereits gegen Ende des 5. Decenniums, ein vorzeitiges geistiges und körperliches Greisenthum heraus (senium praecox).

In der Regel ist es zunächst eine gewisse Vergesslichkeit, welche an dem Kranken auffällt. Zwar die Erinnerung an längst entschwundene Tage haftet noch fest, ja die Reminiscenzen aus früher Kindheit tauchen nicht selten mit erstaunlicher Lebhaftigkeit wieder auf, um in weitschweifiger Breite immer von Neuem vorgebracht zu werden, aber das Gedächtniss für die jüngste Vergangenheit beginnt immer zahlreichere und unbegreiflichere Lücken aufzuweisen. Der Kranke vergisst, was er gestern, vorgestern gethan hat, erzählt im Laufe einer Unterhaltung dieselben alt bekannten Geschichten zum zweiten Male, ohne es zu bemerken, verirrt sich in seiner neuen Wohnung, weiss sich auf die Namen alter Bekannter nicht zu besinnen und verwechselt die Personen seiner Umgebung.

Offenbar beruhen alle diese Störungen in erster Linie auf der Unfähigkeit des Greises, neue Eindrücke in sich aufzunehmen und zu verarbeiten. Die Anpassungsfähigkeit und Elasticität des Denkens ist dahin; das stabil gewordene Spiel altgewohnter Vorstellungskreise erhält sich noch in stereotyper Action, aber es ist keiner weiteren Entwicklung mehr fähig, keiner Anregung von aussen mehr zugänglich. So geht die Gegenwart fast spurlos, ohne zu haften, an dem Kranken vorüber; sie ist schon nach kurzer Zeit völlig vergessen, weil sie sein Interesse nicht zu erregen vermag und darum nur dunkel und unklar erfasst wird.

Ganz ähnlich, wie in der Paralyse, kann auch hier die Lücke wirklicher Erinnerungen durch allerlei Phantasiebilder ausgefüllt werden, die der Kranke vorübergehend oder dauernd für wirkliche Erlebnisse hält; er hat gestern

mit den Soldaten auf der Hauptwache Karten gespielt, eine goldene Badewanne verfertigt, dem Kaiser einen Besuch gemacht, eine Spazierfahrt unternommen. Zeitweise erklärt er dann vielleicht alle diese Erzählungen für „Unsinn“, um doch sehr leicht wieder in ähnliche Fasseleien hineinzugerathen.

Die Intelligenz der Kranken zeigt regelmässig tiefe, einschneidende Störungen. Die Fähigkeit zu geistiger, selbst schablonenmässiger Arbeit schwindet, und die Kritik versagt vollständig gegenüber den nicht zu selten hervortretenden vereinzelt kindischen Wahnideen. Der Inhalt dieser letzteren ist bald ein expansiver, bald ein depressiver. Die Kranken zeigen eine absurde Eitelkeit, renommiren mit körperlichen Vorzügen oder hohen Bekanntschaften, oder sie bekunden ein ängstlich-albernes Misstrauen gegen ihre Umgebung, fürchten, bestohlen oder vergiftet zu werden. Ganz besonders häufig sind hypochondrische Ideen, die Vorstellung, syphilitisch, inwendig verfault, zugewachsen zu sein, an unheilbarer Verstopfung zu leiden. Zeitweise werden die Kranken völlig verwirrt, schwatzen ganz zusammenhangslos alles Mögliche durcheinander, wännen sich in längst entschwundenen Situationen und vermögen sich durchaus nicht in der gegenwärtigen Umgebung zu orientiren.

Im Gemüthsleben macht sich gleichzeitig eine gewisse Verödung geltend. Der Kranke wird stumpf, theilnahmslos gegenüber seinen gewohnten Gefühlsbeziehungen, gegenüber dem Wohl und Wehe seiner nächsten Angehörigen. Häufig tritt dafür das Interesse am eigenen Ich dominirend in den Vordergrund. Die Befriedigung seiner persönlichen Bedürfnisse und Launen wird ihm zur Hauptsache; unduldsam und verständnisslos gegenüber fremden Anschauungen und Wünschen, fühlt er sich durch jeden Widerspruch gereizt und beleidigt. Dabei sind die Affecte oberflächlich, flüchtig und energielos; weinselige Rührung, läppische Freude, klägliches Verzagen werden durch die geringfügigsten Anlässe hervorgerufen, um ebenso rasch wieder zu verschwinden. Allerdings kommen, namentlich in den ersten Stadien der Krankheit, nicht selten auch längere Perioden mit dauernd depressiver oder expansiver

Verstimmung zur Beobachtung. Der Geschlechtstrieb ist bisweilen abnorm gesteigert und äussert sich in lasciven Reden, sexuellen Renommagen, Heirathsprojecten, aber auch in unzüchtigen Handlungen, namentlich an Kindern, für deren criminelle Bedeutung der geschwächten Intelligenz gewöhnlich die klare Einsicht mangelt.

Nicht selten gesellt sich zu diesen Störungen eine auffallende Unruhe und Geschäftigkeit. Die Kranken beginnen gegen ihre Gewohnheit, zu excediren, laufen planlos herum, machen unsinnige Einkäufe und Pläne, sammeln allen möglichen Plunder bei sich an, schwatzen viel durcheinander und gerathen durch ihr unvernünftiges Treiben in mannigfache Conflict. Auch in der Nacht finden sie keine Ruhe, sondern führen durch vielfaches Aufstehen, Herumwandern im Hause, Kramen in alten Scharteken, unvorsichtiges Hantiren mit Licht allerlei Störungen und selbst ernste Gefahren herbei. Am Tage sind die Kranken dann häufig müde und schläfrig, nicken mitten im Gespräche oder bei der Mahlzeit ein.

Die körperlichen Begleiterscheinungen der Dementia senilis sind ausser der regelmässigen Alteration des Schlafes ein beträchtlicher Rückgang des allgemeinen Kräftezustandes, gewöhnlich auch eine Abnahme des Appetits. Dazu können sich eine Reihe von Erscheinungen gesellen, welche auf leichtere oder tiefere Veränderungen in der Hirnernährung hindeuten. Sehr häufig sind Schwindelanfälle mit vorübergehenden aphasischen Störungen, ferner Hemiparesen des Gesichtes, der Zunge, der Extremitäten; endlich liegt die Gefahr wirklicher Apoplexien und Hemiplegien hier überall ausserordentlich nahe. An den geschlängelten, rigiden Arterien, an dem harten, aber kleinen und verlangsamten Pulse lassen sich oft schon im Leben die Zeichen der arteriosklerotischen Veränderungen erkennen, welchen wir wol nicht mit Unrecht die wichtigste Rolle in der Entstehungsgeschichte der Dementia senilis zuschreiben dürfen.

Abgesehen von den im Vorstehenden geschilderten typischen und schwersten Formen des Altersblödsinns ist aber auch ein prädisponirender und modificirender Einfluss der



senilen Involution auf die Entstehung und den Verlauf andersartiger Psychosen vielfach unverkennbar. Namentlich Depressionszustände (Melancholien und depressiver Wahnsinn) sind es, welchen wir, wie schon früher erwähnt, ganz auffallend häufig in höheren Lebensaltern begegnen. Meist pflegen sich diese senilen Erkrankungen entweder durch eine sinnlose, impulsive Agitation oder durch eine gewisse Stumpfheit des Affectes, durch die Dürftigkeit und Monotonie der Wahnideen, den chronischen, vielfach schwankenden Verlauf, sowie durch die Häufigkeit ganz unvorhergesehener Selbstmorde auszuzeichnen. Die Statistik lehrt ja übrigens, dass mit wachsendem Lebensalter auch in der gesunden Bevölkerung die Intensität des Selbstmordes stetig zunimmt.

Der Verlauf des Altersblödsinns ist, wie das in der Natur der Sache liegt, im Allgemeinen ein progressiver, doch werden meist vielfache Schwankungen beobachtet. So können die mit lebhafteren Affecten und grösserer Verwirrtheit einhergehenden, acut sich entwickelnden Alterationen als einfache Episoden nach kürzerer oder längerer Zeit wieder einer Periode relativer Ruhe und Klarheit weichen. Allein das eigentliche Grundleiden macht dabei regelmässig sichere Fortschritte, ganz besonders rasch natürlich, sobald sich etwa organische Läsionen des ohnehin mangelhaft ernährten Gehirns, Blutungen oder Embolien, hinzugesellen. In den höchsten Graden der Dementia senilis, die freilich nur von einer kleineren Zahl der Kranken erreicht werden, verarmt der Vorstellungsschatz schliesslich bis auf einige wenige, völlig stereotype und oft ganz sinnlose Wendungen, die bei jeder Frage mit freundlich-stupidem Lächeln vorgebracht und auch sonst unzählige Male wiederholt werden. Die Kranken haben keine Ahnung mehr davon, wo sie sich befinden, vermögen sich in ihrer Verwirrtheit nicht mehr allein an- und auszukleiden, finden ihr Bett nicht, sind zu den einfachsten Verrichtungen unfähig, hilflos und unrein, dabei aber meist lenksam und gutmüthig heiter. Hie und da zeigt sich als Residuum früherer Erregung auch wol noch die Neigung zum Zerstören und namentlich zum Schmieren und Sammeln; die Kranken kriechen und wischen

am Boden herum, wühlen ihre Bettstücke durcheinander, werfen Kuschhände, tanzen und springen in läppischer Ausgelassenheit durch das Zimmer.

Die Prognose der Dementia senilis ergibt sich aus den vorstehenden Auseinandersetzungen von selbst. Als den Ausgang der Krankheit haben wir fortschreitende Schwächezustände oder eigentlich richtiger den Tod anzusehen, wenn derselbe auch selbst nach der Entwicklung hochgradigsten Blödsinns bisweilen noch ziemlich lange auf sich warten lässt. Die pathologische Anatomie zeigt uns in schwereren Fällen makroskopisch, wie mikroskopisch deutliche Atrophie der Nervensubstanz. Das Hirngewicht ist verringert; das Volumen hat abgenommen (compensatorische Schädelverdickungen und hydropische Serumansammlungen); die Windungen sind verschmälert. Die Ganglienzellen erscheinen in verschiedener Weise degeneriert (fettig, pigmentös, verkalkt); ebenso lässt sich ein mehr oder weniger ausgedehnter Schwund der Fasermassen nachweisen. Ausserdem trifft man gelegentlich auf Erweichungsherde und Blutungen in Rinde und Marklager; pachymeningitische Erkrankungen, namentlich Hämatome, sind verhältnissmässig häufig.

Der unmerkliche Uebergang der ausgeprägten Formen des Altersblödsinns in die gewöhnlichen psychischen Veränderungen des Seniums macht eine scharfe Abgrenzung derselben von der Norm unmöglich. Bis zu einem gewissen Grade ist daher die Definition des Pathologischen hier vollkommen willkürlich, wenn auch das Auftreten von Wahnideen und stärkeren Erregungszuständen natürlich an der Ueberschreitung der Gesundheitsbreite keinen Zweifel mehr zulässt. Praktisch kaum weniger schwierig, obgleich theoretisch leichter kann sich in einzelnen Fällen die Differentialdiagnose zwischen der Dementia senilis und der Paralyse, namentlich den dementen Formen derselben, gestalten. Beruhen doch beide auf anatomischen Veränderungen, welche, soweit wir heute sehen, sehr viele Analogien mit einander darbieten. Wie schon früher angedeutet, ist es namentlich das höhere Alter der Kranken, der Mangel der charakteristischen Sprach- und Schriftstörungen, der Spinalerschein-

ungen, das gelegentliche Hervortreten wirklicher Herdsymptome, endlich auch der langsamere Verlauf und die geringere Productivität in den Wahnideen, welche für die Abtrennung der Dementia senilis verwerthet werden können.

Die Behandlung der Krankheit hat naturgemäss nur einen sehr engen Spielraum. Sorgsame körperliche Pflege und Ueberwachung der oft gebrechlichen und schlecht genährten Kranken, Bekämpfung der Aufregungszustände und Schlaflosigkeit durch Urethan, durch vorsichtige Anwendung von Morphinum oder Opium (Pulvis Doveri), zuweilen auch passend durch Spirituosen (abendliches Bier) und diätetische Massregeln ist so ziemlich Alles, was geschehen kann. Sehr häufig ist die Anstaltsbehandlung unnöthig und unter günstigen häuslichen Verhältnissen durch die familiäre Verpflegung vollständig zu ersetzen.

### **B. Der Schwachsinn bei organischen Hirnerkrankungen.**

In ähnlicher Weise, wie bei der Paralyse, sehen wir auch bei dem an organische Hirnerkrankungen sich anschliessenden Schwachsinn psychische Störungen mit nervösen Reizungs- oder Ausfallserscheinungen sich combiniren. Die besondere Gestaltung der klinischen Krankheitsbilder ist dabei wesentlich durch die Ausdehnung, den Sitz und die Art der cerebralen Läsion bedingt. Wir werden unter diesem Gesichtspunkte vor Allem diffuse und streng localisirte Affectionen auseinander zu halten haben.

Eine erste Gruppe von Störungen, welche sich uns hier darbietet, sind die diffusen, über einen grösseren Rindenbezirk sich erstreckenden Hirnerkrankungen. Vielleicht ist es gerade auf diesem Gebiete der Zukunft vorbehalten, uns noch eine Anzahl verschiedener pathologischer Processe von einander unterscheiden zu lehren, die wir jetzt in der grossen Kategorie des „fortschreitenden Blödsinns mit Lähmung“, der Dementia paralytica, zusammenwerfen. Ein Anfang in dieser Richtung ist bereits gemacht mit der be-

sonders von Fürstner\*) und seinen Schülern näher studierten „Gliose der Hirnrinde“, vorwiegend tumorartigen, multiplen Gliawucherungen in den oberflächlichen Rindenschichten mit Höhlenbildung und Schwund der nervösen Elemente. Die Krankheit entwickelt sich überaus chronisch bei Individuen, welche schon von Jugend auf einzelne, als Initialsymptome zu deutende Störungen (Krämpfe, Imbecillität, Reizbarkeit) dargeboten haben; später stellt sich dann eine fortschreitende Demenz ein mit Gedächtnisschwäche, Sprachstörung, Opticusatrophie und häufig auch tabischen Symptomen. In einer gewissen Verwandtschaft zu dieser Form steht vielleicht auch jener Krankheitsprocess, den man als diffuse Hirnsklerose bezeichnet, eine ausgedehnte Vermehrung des Bindegewebes in einer oder in beiden Hemisphären, die ebenfalls mit allmählich fortschreitendem Schwachsinn und mannigfachen centralen Ausfalls- und Reizungserscheinungen einhergeht, Hemiplegien, Krampfanfällen, Steigerung der Patellarreflexe und Spasmen in den Beinen.

Bei der multiplen Sklerose gestaltet sich die Intensität und Ausdehnung der psychischen Erscheinungen je nach der Localisation und Grösse der einzelnen Herde sehr verschieden. Wo überhaupt das Gehirn in beträchtlicherem Masse betheiligt ist, sehen wir in der Regel einen einfachen fortschreitenden Schwachsinn, Abnahme der Intelligenz und des Gedächtnisses ohne Verwirrtheit oder Aufregung, allmählich zunehmende Stumpfheit und Energielosigkeit sich entwickeln. Unter Umständen können derartige Kranke grosse Aehnlichkeit mit dementen Paralytikern darbieten; die Beachtung der mehr auf einzelne Herde hinweisenden nervösen Symptome, eventuell auch der scandirenden Sprache, des Intentionszitterns, Nystagmus, sowie der Mangel jener eigenartigen, tieferen Bewusstseinstrübung, welche den Paralytiker auszeichnet, ermöglichen jedoch fast immer die Diagnose.

Die multiple Sklerose bildet gewissermassen den Uebergang von den diffusen zu den strenger localisirten Erkrankungen des Gehirns. Im Bereiche dieser letzteren haben wir

---

\*) Fürstner und Stühlinger, Arch. f. Psychiatrie XVII. 1.

hauptsächlich zwei grössere Gruppen von Läsionen aus einander zu halten, die Tumoren auf der einen, die Blutungen, Embolien, Thrombosen auf der anderen Seite. Bei grösseren Tumoren pflegen die psychischen Symptome meist wesentlich durch die Steigerung des intrakraniellen Druckes, weniger durch ihre Localisation bedingt zu werden. So kommt es, dass dort, wo die Geschwülste sehr langsam wachsen, oder wo sie mehr zerstören, als verdrängen, die psychischen Erscheinungen lange Zeit hindurch gering sein können; ich sah einen Kranken, dem eine über faustgrosse, im Anschlusse an ein Trauma aufgetretene tuberculöse Geschwulst den grössten Theil des rechten Stirnhirns mit der Rinde vernichtet hatte, bis wenige Tage vor seinem Tode keinerlei Störung der Besonnenheit und Intelligenz darboten, nur eine mässige, von dem Patienten selbst bemerkte Gedächtnisschwäche. Ganz ähnlich verhalten sich oft mächtige Abscesse. Bei denjenigen Geschwülsten dagegen, welche den Druck in der Schädelhöhle erheblich steigern, stellt sich zunächst eine gewisse Benommenheit und Unbesinnlichkeit ein; die Aufmerksamkeit der Kranken wird nur durch relativ kräftige Reize und auch dann nur für kurze Zeit erregt; sie liegen apathisch oder sich unter unerträglichen Kopfschmerzen herumwälzend da, ohne von ihrer Umgebung Notiz zu nehmen. Nach und nach werden sie immer stumpfer und somnolenter, obgleich vielleicht noch gar keine ausgeprägteren Herdsymptome hervortreten. Nicht selten beobachtet man bis in das letzte Stadium der Somnolenz hinein einzelne Hallucinationen auf Sinnesgebieten, die für normale Reize völlig unerregbar geworden sind, namentlich, wie es scheint, bei Kleinhirntumoren. In einem derartigen, von mir beobachteten Falle glaubte der amaurotische Kranke (Potator) lange Reisen zu machen, sah bunte Gegenden und kleine Schnapsgläser vor sich, nach denen er griff; ein anderer derartiger Kranker, der kein Trinker war, sah trotz völliger Atrophie der Optici ebenfalls monatelang wechselnde „Bilder“ und hörte bei allmählich fortschreitender und schliesslich vollständiger Taubheit sehr häufig seinen Namen und allerlei Schimpfworte rufen. Stärkere Aufregungszustände sind bei Tumoren selten.

Ein wesentlich anderes Bild, als bei den Hirn-  
schwülsten, pflegen die psychischen Symptome bei Blutungen  
und Embolien darzubieten. Wenn nicht schon umfang-  
reichere endarteriitische Veränderungen vorliegen, so be-  
steht hier, abgesehen von den ersten Stadien, keine Be-  
nommenheit, sondern die Kranken sind vollständig klar und  
über ihre Umgebung orientirt. Am meisten in die Augen  
fällt gewöhnlich neben den nervösen Störungen zunächst die  
Stimmung der Patienten. Sie sind weinerlich, reizbar und  
aufgeregt, jammern und klagen viel über ihre Lähmung,  
sind aber meist durch eine freundliche oder scherzende  
Bemerkung ebenso leicht wieder zu beruhigen und umzu-  
stimmen, allerdings nur für kurze Zeit. Das Gedächtniss  
lässt regelmässig eine mehr oder weniger ausgeprägte Ein-  
busse erkennen. Die Erinnerung an die jüngste Vergangen-  
heit haftet nicht zuverlässig; namentlich leicht aber ent-  
fallen dem Kranken einzelne Kategorien von Vorstellungen,  
Eigennamen und Zahlen, Störungen, welche bereits als die  
ersten Andeutungen der amnestischen Aphasie zu betrachten  
sind. Die Beurtheilung der Intelligenz wird gerade durch  
das Hineinspielen aphasischer und paraphasischer Symptome  
vielfach sehr erschwert; die Kranken erscheinen dadurch  
bei flüchtiger Untersuchung oft weit blödsinniger, als sie  
wirklich sind. So stellte sich bei einem jugendlichen Herz-  
kranken meiner Beobachtung, der zunächst eine wahr-  
scheinlich embolische linksseitige Hemiplegie mit Hemian-  
aesthesie, Hemianakusie, Abducens- und Trigemini-Lähmung,  
Gesichtsfeldeinschränkung, kurz darauf aber eine mit  
Krämpfen auftretende rechtsseitige Hemiparese erlitt, ein  
eigenthümlicher Agrammatismus ein, der ihn vollständig  
kindisch erscheinen liess, da er ohne jede Construction nur  
in Infinitivsätzen nach Art der Kinder sprach. Als sich  
diese Anomalie nebst sämmtlichen übrigen Symptomen all-  
mählich verlor und er mit einer gewissen Anstrengung auch  
die immer noch vorhandene Neigung zum Reden in Infinitiven  
überwinden konnte, stellte sich heraus, dass die Intelligenz  
vollkommen erhalten war und sogar nicht unbeträchtlich  
über das Normalmass hinausging.

Ohne Zweifel aber wird das dauernde Bestehen apha-

sischer Störungen und der mit ihnen verbundene Verlust verwerthbarer Vorstellungen niemals ohne empfindliche Einwirkung auf den gesammten Ablauf der intellectuellen Vorgänge bleiben können. Am meisten wird die Intelligenz wol immer durch die in der Hirnrinde localisirten Herde geschädigt, doch scheint mir die Erfahrung zu lehren, dass häufig auch subcorticale und bisweilen selbst bulbäre Blutungen oder Embolien mit einer gewissen Abschwächung der geistigen Fähigkeiten einhergehen. Auf welchem Wege dieser Zusammenhang vermittelt wird, und ob hier nicht häufig Hirnaffectio und Schwachsinn von den gleichen Ursachen (Gefässerkrankungen) erzeugt werden, lässt sich zur Zeit schwer sagen.

Nicht selten erlangen gerade die psychischen Störungen nach Hirnblutungen eine bedeutende praktische Wichtigkeit durch die an sie sich knüpfenden forensischen Beziehungen. Die intellectuelle Schwäche und Urtheilslosigkeit der Apoplektiker, ihre Reizbarkeit auf der einen, ihre leichte Bestimmbarkeit auf der andern Seite stellen den Arzt bei Testamentsstreitigkeiten vor die Frage nach dem Vorhandensein der Dispositionsfähigkeit. Eine allgemeine Beantwortung derselben lässt sich selbstverständlich überhaupt nicht geben; die Schwäche auf den verschiedenen Gebieten des psychischen Lebens kann von den allerleichtesten, noch in die Normalbreite fallenden Schädigungen alle Grade bis zum tiefsten, reactionslosen Blödsinn durchmessen, so dass es im einzelnen Falle dem Verständnisse und Tacte des Arztes überlassen bleiben muss, an welchem Punkte er die Grenze des Pathologischen stecken will.

Die verschiedenen Formen des Schwachsinn bei organischen Hirnaffectio sind im ganzen überaus häufige Erkrankungen, wenn sie auch dem Psychiater nur selten, sondern zumeist dem inneren Mediciner oder dem Neuropathologen zu Gesicht kommen. Ihre Dauer entspricht regelmässig derjenigen des ursächlichen Krankheitsprocesses; das Gleiche gilt hinsichtlich ihrer Prognose. Die Diagnose stösst bisweilen auf Schwierigkeiten, von denen einige schon oben erwähnt wurden. Diffuse Rindenerkrankungen vermögen wir heute in vielen Fällen schlechterdings noch

nicht von der dementen Paralyse abzutrennen. Auch die multiple Sklerose und selbst Tumoren können hie und da zur Verwechslung mit der Paralyse Anlass geben; das Auftreten streng localisirbarer, wenn auch multipler Herdsymptome wird meist davor schützen. Die Behandlung der hier besprochenen Psychosen findet ausser der Berücksichtigung etwa vorhandener Causalindicationen (Syphilis), sowie der Nothwendigkeit gelegentlicher Beruhigungs- und Schlafmittel (Urethan, Bromkalium) keinen besonderen Wirkungskreis.

### C. Die secundären Schwächezustände.

Vielfach im Verlaufe unserer bisherigen Schilderungen haben wir derjenigen Formen psychischer Störung zu gedenken Gelegenheit gehabt, welche nicht primär, als selbstständige Erkrankungen, sondern secundär als die Endstadien anderer ungeheilter Psychosen zur Entwicklung gelangen. Wenn wir hier trotzdem noch einmal im Zusammenhange auf dieselben zurückkommen, so geschieht das hauptsächlich deshalb, weil man einige dieser secundären Symptomencomplexe mit besonderen Namen belegt hat, und weil der Arzt denselben in der Praxis häufig genug begegnet, ohne im einzelnen Falle die Entstehungsgeschichte eruiren zu können. Das Gemeinsame dieser Krankheitszustände ist die Mischung der Erscheinungen psychischer Schwäche mit Ueberbleibseln der vorhergegangenen Psychose. Je nach der Art dieser Mischung pflegt man wol eine secundäre Verrücktheit und einen secundären Schwachsinn oder Blödsinn von einander zu unterscheiden.

Die **secundäre Verrücktheit** trägt ihren Namen im Gegensatze zu der früher besprochenen „primären“ Verrücktheit, welche man der bis dahin immer für secundär gehaltenen „partiellen Verrücktheit“ gegenüberstellte. Man fasst jetzt unter jener Bezeichnung alle diejenigen secundären Schwächezustände zusammen, welche noch mehr oder weniger ausgedehnte Residuen von Wahnideen erkennen lassen. Somit ergibt sich, dass dieselben sich aus allen jenen un-



geheilten Psychosen herausentwickeln können, in deren Krankheitsbild wahnhafte Elemente eine Rolle spielen. Vor Allem kommen hier somit der Wahnsinn und die verschiedenen Formen der „primären“ Verrücktheit selber in Betracht. Der Zeitpunkt, an welchem man den Uebergang der Krankheit in secundäre Verrücktheit als vollzogen annimmt, ist bis zu einem gewissen Grade willkürlich. Beim Wahnsinn kann man im Allgemeinen als Grenze das Schwinden des Affectes und das Ansteigen des Körpergewichtes ohne gleichzeitiges Zurücktreten der Wahnideen ansehen, während bei der Verrücktheit das Aufhören der Productivität und der Verlust systematischer Geschlossenheit in den wahnhaften Ideenkreisen das stärkere Fortschreiten der psychischen Schwäche signalisirt.

Selbstverständlich geht mit dieser intellectuellen Verblödung ausnahmslos eine Verödung des Gemüthslebens Hand in Hand. Freilich können auch jetzt noch kümmerliche Reste früherer Affecte der Stimmung eine dauernde Färbung verleihen, aber dieselben besitzen keine packende Lebhaftigkeit mehr; sie documentiren sich eigentlich nur in gewohnheitsmässigen Ausdrucksbewegungen, ohne wirklich das apathisch gewordene Individuum im Innern zu ergreifen. Dennoch sind gelegentliche raptusartige Aufregungszustände mit blinder Zerstörungswuth gar nicht selten. Im Uebrigen werden die Handlungen des Kranken durch die von ihm geäußerten Wahnideen kaum mehr beeinflusst; er zieht nicht mehr die praktischen Consequenzen aus denselben, sondern er lässt sich hauptsächlich nur noch durch die Gewohnheit vergangener Tage und durch die natürlichen Triebe in seinem Thun bestimmen.

Im weiteren Verlaufe der secundären Verrücktheit kann sich der innere Zusammenhang zwischen den einzelnen wahnhaften wie gesunden Residuen vollständig verlieren, so dass der Kranke auf alle Fragen verblüffend unsinnige Antworten giebt und durchaus unverständlich wird. In dem beschränkten Kreise seiner gewohnten Handlungen ist er dabei vielleicht noch ganz correct. Diesen Zustand bezeichnete Griesinger als „allgemeine Verrücktheit“ oder besser Verwirrtheit.

Das körperliche Verhalten secundär Verrückter pflegt ausser einer häufiger beobachteten Decrepidität keine Besonderheiten darzubieten. Namentlich dort, wo die Kranken zu einer regelmässigen Thätigkeit unter günstigen hygienischen Bedingungen herangezogen werden können, pflegen ihre körperlichen Functionen mit grosser Regelmässigkeit von Statten gehen.

**Der secundäre Schwachsinn und Blödsinn.** Unter dieser Bezeichnung fassen wir diejenigen Zustände zusammen, welche durch eine einfache Abschwächung der psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit ohne wesentliche Beimischung wahnhafter Elemente charakterisirt sind. Die leichtesten Formen dieser Invaliditätszustände sind jene schon früher ausführlich besprochenen Heilungen mit Defect, bei denen zwar die stürmischen Krankheitserscheinungen weichen, ohne dass doch die frühere gesunde Persönlichkeit in ihrem ganzen Umfange sich wiederherstellte. Oft genug zeigt sich diese Veränderung nur der allernächsten Umgebung, oft genug tritt sie nur dann hervor, wenn der anscheinend „Genesene“ in schwierige Lebenslagen, vor wichtige Entscheidungen und dergl. gestellt wird. Sehr beachtenswerth ist der Umstand, dass sich kleine Abschwächungen der psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit ganz besonders im Bereiche des Gefühlslebens, in erhöhter Reizbarkeit und Labilität der Stimmung, Abstumpfung der höheren Interessen zu zeigen pflegen.

Den Heilungen mit Defect stehen klinisch nahe jene ebenfalls bereits besprochenen Schwächezustände, wie sie sich im Verlaufe der chronischen Intoxikationen und gewisser allgemeiner Neurosen (Hysterie, Epilepsie) fast regelmässig herausbilden.

Von den leichtesten Formen des secundären Schwachsinn führt uns eine ununterbrochene Stufenfolge zu den schwersten Krankheitsbildern des völligen psychischen Verfalles, des Blödsinns. Im Bereiche dieser letzteren werden gewöhnlich noch zwei verschiedene Gruppen von Zuständen einander gegenüber gestellt, der agiritte und der apathische Blödsinn. Die erstere dieser beiden Formen.

welche meist das Endstadium ungeheilter Manien oder bisweilen auch einiger, mit lebhafterer Erregung einhergehender Verrücktheitsformen zu bilden scheint, ist ausgezeichnet durch das Bestehen einer dauernden oberflächlichen Erregung neben vollständiger Zusammenhangelosigkeit des Vorstellungsverlaufes. Jede Spur einer inneren Einheit ist verloren gegangen; in meist sehr stereotypem Wechsel folgen sinnlose Reihen von krankhaften und gesunden, aber gänzlich unzusammenhängenden Vorstellungen einander, begleitet von den äusserlichen Zeichen einer meist exaltirten Stimmung, Geschwätzigkeit, blödem Lachen, Schimpfen, läppischem Herumspringen, Gesichterschneiden u. s. f. Von jener Form der Verwirrtheit, die wir früher als höchste Steigerung der Ideenflucht kennen gelernt haben, unterscheidet sich dieser Zustand sehr wesentlich durch die Langsamkeit und Einförmigkeit des Vorstellungsverlaufes, den Mangel tieferer Affecte und die Unveränderlichkeit des Krankheitsbildes. Die gesunde psychische Persönlichkeit ist hier nicht blos vorübergehend in den Hintergrund gedrängt, sondern sie ist dauernd und vollständig vernichtet.

Im apathischen Blödsinn ist die Umsetzung der physiologischen Prozesse in psychische Erscheinungen auf ein Minimum beschränkt. Die Apperception, die deutliche Erfassung äusserer und innerer Vorgänge, ist überhaupt nicht mehr möglich; nur unklare, verschwommene Vorstellungen oder dunkle Gemeingefühle wechseln einander träge im Bewusstsein ab. Selbst die natürlichen Bedürfnisse vermögen kaum oder gar nicht mehr, den Kranken zu irgend einer activen Willenshandlung zu veranlassen; er ist fast unempfindlich gegen Hunger und Durst, gegen Hitze und Kälte, wie gegen den körperlichen Schmerz geworden. Die Muskelspannung und die Elasticität der Körperhaltung ist verloren gegangen; mit ausdruckslosen Gesichtszügen, schlaff in sich zusammengesunken, sitzen die Kranken, ohne ein Wort zu sprechen oder auf eine Anrede zu reagiren, Tagaus, Tagein unbeweglich da, wohin man sie schiebt, bis irgend ein äusserer Anstoss sie zu einem Wechsel ihrer Lage oder ihres Aufenthaltsortes antreibt. Sie müssen daher

angekleidet, zu Bette gebracht, gefüttert, auf den Abort geführt, gereinigt werden, wie die Kinder.

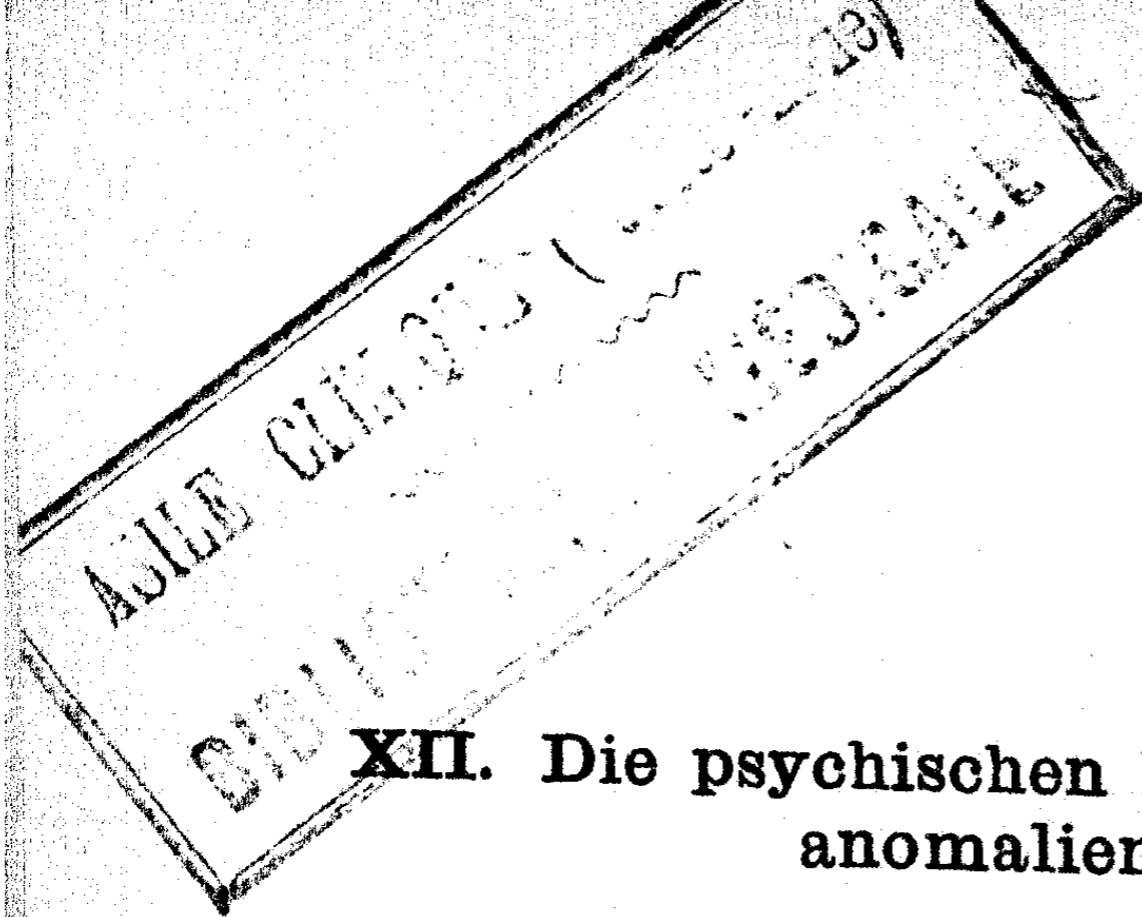
In körperlicher Beziehung ist ein tiefes Darniederliegen der Kreislaufs- und Athmungsthätigkeit, der Wärme-production und im weiteren Verlaufe meist auch der Verdauung zu constatiren. Oedeme, Cyanose, Herabsetzung der Körpertemperatur, Verstopfung oder hartnäckige chronische Diarrhöen kommen nicht selten zur Beobachtung. Am häufigsten und unmittelbarsten schliesst sich der apathische Blödsinn an die Dementia acuta an, so dass hier der Uebergang vom heilbaren in den unheilbaren Zustand höchstens durch das Ansteigen des Körpergewichts ohne gleichzeitige psychische Besserung markirt wird. Auch nach schweren Manien, activen und namentlich stuporösen Melancholien sieht man diesen Uebergang unter Nachlass der Aufregung oder Spannung und unter dem Auftreten einer völligen Erschlaffung häufiger sich vollziehen. Seltener bildet der apathische Blödsinn mit vollständigem Zurücktreten aller wahnhaften Elemente das letzte Glied eines langsam fortschreitenden Verblödungsprocesses nach Wahnsinn und Verrücktheit.

Als die Grundlage des secundären Schwachsinn und Blödsinns hat man ohne Zweifel schwere Functionsbeeinträchtigungen der Hirnrinde zu betrachten. Nicht selten finden dieselben ihren greifbaren Ausdruck in einer nachweisbaren Atrophie des Gehirns (z. B. nach Typhus). Sehr häufig jedoch rechtfertigt der Leichenbefund nach dem heutigen Stande unseres Wissens das klinische Bild durchaus gar nicht, so dass wir an Veränderungen der Nervenmasse denken müssen, deren Nachweis unseren bisherigen Hilfsmitteln noch unmöglich ist.

Den secundären Schwächezuständen gehört der bei weitem grösste Theil der Bewohner unserer Irrenanstalten an; sie sind lediglich Object der Pflege und zwar einer oftmals recht mühseligen und wenig lohnenden. Auch bei ihnen kann eine passende, einfache Beschäftigung, an die sie in früheren Stadien der Krankheit gewöhnt werden, und die sie auch im weiteren Verlaufe mechanisch fortreiben, noch einen gewissen Rest von Activität und geist-

igem Leben lange Zeit erhalten und zugleich auch den körperlichen Zustand vor zu rascher Decrepidität bewahren. Ist eine Beschäftigung nicht mehr möglich und dauernde, tiefe Apathie zur Entwicklung gelangt, so pflegt auch das vegetative Leben nicht sehr lange mehr fortzubestehen. Namentlich häufig ist es die Phthise, welche hier einen günstigen Boden für ihre Entwicklung findet und endlich den geistigen in den leiblichen Tod hinüberführt.

---



## **XII. Die psychischen Entwicklungsanomalien.**

Die letzte Gruppe psychischer Krankheitsbilder, welcher wir uns nunmehr zuzuwenden haben, umfasst alle jene Zustände, welche sich auf dem Boden einer pathologischen Entwicklung des Individuums herausbilden. Die krankmachende Ursache wirkt hier auf den Organismus ein zu einer Zeit, wo die psychische Persönlichkeit erst in ihrer Anlage vorhanden ist, und sie schafft ein Product, welches in allen wesentlichen Punkten das ganze spätere Leben hindurch unverändert und unheilbar fortbesteht. Die über-grosse Mehrzahl aller in dieser Weise erwachsenden Krankheitsformen bietet das allgemeine Gepräge der psychischen Schwäche in den verschiedensten Abstufungen und Färbungen dar, deren Haupttypen wir als die Idiotie, den Cretinismus und den angeborenen Schwachsinn auseinanderhalten können; weiterhin aber werden wir auch einer höchst eigenartigen qualitativen Entwicklungsanomalie zu gedenken haben, der conträren Sexual-empfindung.

### **A. Die Idiotie.**

Unter dem Namen der Idiotie pflegt man alle jene hochgradigeren psychischen Schwächezustände zusammenzufassen, deren Entstehungszeit in die Fötalperiode oder die ersten Lebensjahre fällt. Streng genommen ist diese Definition nicht ganz wissenschaftlich, insofern sie auf der einen Seite Entwicklungsanomalien, auf der anderen Seite aber durch Krankheitsprocesse er-

worbene Störungen mit einander vereinigt; in der Praxis fehlen uns aber bisher noch brauchbare Kriterien, welche gestatten, auch klinisch die Symptome einer Hemmungsbildung von denjenigen einer krankhaften Zerstörung wichtiger Hirntheile durchgreifend zu unterscheiden.

Die psychische Ausbildung der Idioten lässt eine grosse Zahl von verschiedenen Formen erkennen, deren Abgrenzung von einander jedoch wegen der wesentlich nur graduellen Differenzen Schwierigkeiten darbietet. Als Eintheilungsprincip hat man zumeist das Verhalten der Sprache (gänzlichen Mangel, Vorhandensein einzelner Worte, stufenweise reichere Entwicklung derselben) benutzt, weil ja in der That die Entfaltung der intellectuellen Functionen in sehr nahen Beziehungen zur Lautsprache steht. Allein die Fähigkeit des Sprechens deckt sich durchaus nicht immer mit der weit wichtigeren des Verstehens. Es scheint mir daher zweckmässiger, bei einer Betrachtung dieser Zustände an das Verhalten der fundamentalsten psychischen Leistung, der Apperception, anzuknüpfen.

In den niedersten Formen der Idiotie ist die Erfassung eines Eindruckes durch die Aufmerksamkeit gänzlich unmöglich. Es kommt gar nicht zur Bildung von klaren Vorstellungen, Urtheilen oder Schlüssen; ebensowenig kann von einem eigentlichen Selbstbewusstsein die Rede sein. Das Gefühlsleben bleibt auf den Wechsel dunkler Gemeingefühle beschränkt, und die durch sie hervorgerufenen Handlungen, die sich höchstens noch auf die Nahrungsaufnahme beziehen, behalten den Charakter des Triebartigen. Die Kranken sind absolut theilnahmlos gegenüber allen äusseren Vorgängen, meist auch gemüthlich gänzlich unerregbar; zu den einfachsten zweckmässigen Handlungen sind sie unfähig, vermögen z. B. nicht den zufällig zwischen die eigenen Zähne gerathenen Finger in Sicherheit zu bringen. Sie gehen ohne die liebevollste Pflege, die für ihre Fütterung, Reinhaltung u. s. f. unermüdliche Sorge trägt, rasch zu Grunde. Häufig sind automatische, Jahraus, Jahrein in stereotyper Weise sich abspielende Bewegungen.

Ein etwas höherer Stand des Seelenlebens ist dort erreicht, wo wenigstens passiv, durch besonders auffallende

Eindrücke, die Aufmerksamkeit des Kranken für einige Zeit erregt werden kann, wenn auch eine active Direction derselben nach inneren Motiven noch nicht stattfindet. Hier werden wenigstens einzelne deutliche Sinneswahrnehmungen dem Bewusstsein zugeführt und wol auch eine beschränkte Anzahl von einfachen Vorstellungen gebildet, allein dieselben sind doch vielfach sehr unvollständig und entbehren des inneren Zusammenhanges. Das Gedächtniss zeigt, namentlich was die Schnelligkeit der Assimilation anbelangt, eine äusserst geringe Leistungsfähigkeit. Galton fand, dass selbst besser begabte und sogar zu aussergewöhnlichen Gedächtnissleistungen befähigte Idioten nur Reihen von höchstens 3—4 ihnen langsam vorgesagten Buchstaben sofort richtig wiederholen konnten, während normale gleichaltrige Kinder ohne Schwierigkeit sogar 7—8 Buchstaben nachzusprechen vermochten. Die Fähigkeit zur Abstraction, zur Auffindung gemeinsamer Bestandtheile in verschiedenen Wahrnehmungen, wie sie die Grundlage der Begriffsbildung ausmacht, bleibt rudimentär. Die Sprache, wie das Verständniss und damit der geistige Verkehr mit der Umgebung ist meist wenig entwickelt; es kommt nicht zur Ausbildung einer geschlossenen psychischen Persönlichkeit. Egoistische, grobsinnliche Gefühle beherrschen die Stimmung und werden Motive für ein nur auf Befriedigung elementarer Gelüste gerichtetes Handeln; der Geschlechtstrieb fehlt ganz oder tritt auch wol schon in den ersten Lebensjahren hervor und kann zu eifrig betriebener, rücksichtsloser Masturbation führen. In ganz vereinzelt Fällen entwickeln sich gewisse einseitige Fähigkeiten, namentlich auffallendes mechanisches Zahlen- oder Klanggedächtniss.

Je nach der Leichtigkeit, mit welcher die Aufmerksamkeit angezogen und abgelenkt werden kann, lassen sich zwei, allerdings nur in ihrer extremen Ausprägung sehr deutlich von einander abgegrenzte Formen unterscheiden, die anergische (apathische) und die erethische (versatile). Im ersteren Falle sind die Kranken nur schwer aus ihrem stumpfen Hinbrüten aufzurütteln; der Vorstellungsverlauf bleibt langsam und träge, die Reproduction wegen der Armuth des Ideenschatzes und bei dem Mangel



an Anknüpfungspunkten dürftig, meist in einzelnen gewohnheitsmässigen Bahnen sich bewegend. Bisweilen zeigt sich hier eine Neigung zu heftigen, unbändigen Wuthausbrüchen, wenn einmal das torpide psychische Gleichgewicht gestört wird. Wo wir es hier nicht mit krankhaften Zerstörungen, sondern mit Entwicklungshemmungen zu thun haben, handelt es sich oft um Individuen von plumpem, grobem, disproportionirtem Körperbau. Bei den versatilen Formen wandert die Aufmerksamkeit, bald hier, bald dort angezogen, planlos hin und her und erfüllt das Bewusstsein mit buntem, innerlich zusammenhangslosem und daher rasch vergessenem Inhalte. Rascher, oberflächlicher Wechsel der Stimmung und eine äusserliche, ziellose Unruhe und Beweglichkeit, die sich in Händeklatschen, Herumspringen, Gesticuliren, Lachen und Schreien kundgibt, vervollständigen das Bild. Körperlich sind die Kranken meist wohlgebildet, aber von kindlichem, gracilem Habitus.

Selbstverständlich giebt es nicht nur zwischen den hier gezeichneten Gegensätzen alle möglichen Uebergangsformen, sondern die einzelnen Fälle zeigen auch sonst in ihren intellectuellen und Charaktereigenthümlichkeiten vielfach individuelle Züge. Nur in den schwersten Formen der Idiotie wird man bisweilen durch die typische Uebereinstimmung mancher Kranker in ihrem psychischen und körperlichen Gesamtverhalten überrascht.

Allerdings kann es uns bei der Verschiedenartigkeit der Zustände, welche wir unter dem Sammelnamen der Idiotie zusammenfassen, nicht Wunder nehmen, wenn wir auch auf somatischem Gebiete eine grosse Mannigfaltigkeit der Symptome antreffen. Durchschnittlich findet sich ein geringeres Längenwachsthum, sogar bis zum Zwergwuchse; damit verknüpft sich ein Zurückbleiben der gesamten Körperentwicklung, pueriler Habitus, Ausbleiben des Bartes und der Schamhaare, geringe Ausbildung der Genitalien, Fehlen der Menstruation, späte, unregelmässige und mangelhafte Dentition. Die Sinne, besonders das Gehör, aber auch Geschmack und Geruch, erscheinen oft ausserordentlich stumpf, zum Theil gewiss wegen der Aufmerksamkeitsträgheit der Kranken. Ferner beobachtet man in

grösserer oder geringerer Häufigkeit jene kleinen Entwicklungsanomalien, welche man als „Degenerationszeichen“ anzusehen pflegt, Missbildungen an Augen, Ohren, Gaumen, Nase und namentlich an den Knochen des Gesichtsskeletts. Wildermuth konnte derartige Abnormitäten in 80<sup>0</sup>/<sub>0</sub> der Fälle nachweisen; ausserdem bestanden vielfach nach Steigerung oder Fehlen der Sehnenreflexe, sowie Coordinationsstörungen an den unteren Extremitäten, den Augenmuskeln, namentlich aber beim Sprechen, Abstossen der Endsilben, mangelhafte Articulation einzelner oder der meisten Consonanten mit Verstümmelung und Verunstaltung der Wörter\*), Plumpheit und Ungeschicklichkeit in allen Bewegungen, unüberwindliche Mitbewegungen, Speichelfluss, Unreinlichkeit. Häufig sind auch Symptome, welche auf vorangegangene Hirnerkrankungen hinweisen, halbseitige Lähmungen und Paresen, Contracturen, Spasmen (in einzelnen Fällen bretartige Steifigkeit des ganzen Körpers), partielle Wachstums- hemmungen, Krämpfe verschiedenster Art, choreatische, athetische Bewegungen, habituelles Zähneknirschen, Paroxysmen plötzlichen Blasens und Schüttelns, ganz besonders aber Epilepsie.

Unter den Ursachen der Idiotie scheint, soweit es sich um einfache Entwicklungshemmungen handelt, die hereditäre psychopathische Belastung eine gewisse Rolle zu spielen. Wir haben ja schon früher gesehen, dass die Idiotie, und wol nicht ohne Berechtigung, als das letzte Glied in der Kette der familiären Degeneration aufgefasst worden ist. Insbesondere sollen Trunksucht und namentlich Betrunktheit der Eltern während des Zeugungsactes, weiterhin nahe Verwandtschaft derselben das Entstehen der Idiotie begünstigen. Dass dieser letztere Punkt nicht als erwiesen gelten darf, wurde an anderer Stelle bereits ausgeführt. Eine sehr verschiedenartige ätiologische Grundlage können die cerebralen Erkrankungen haben, wie sie sich im jugendlichen Lebensalter ja häufig durch das Auftreten von Gehirn-erscheinungen (Delirien, Krämpfe) ankündigen. Am wichtig-

---

\*) Berkhan, Ueber Störungen der Sprache und der Schrift-  
sprache. 1889.

sten sind wol in dieser Richtung hereditäre Syphilis, namentlich aber acute Infectionskrankheiten, Typhus, Blattern, Scharlach, seltener Masern und Erysipel. Weiterhin sind Traumen, vielleicht auch Ueberhitzung des Kopfes, Missbrauch von Alkohol oder Opium, längere Asphyxie während und nach der Geburt, starke Compression des Kopfes durch ein enges Becken oder die Zange bisweilen unter den mittelbaren Ursachen der Idiotie aufgezählt worden; ihnen reihen sich alle die socialen, hygienischen und individuellen Schädigungen an, welche vorzugsweise die niederen Volksschichten treffen und nach dieser oder jener Richtung hin das Fortpflanzungsgeschäft oder die Entwicklung des Fötus in pathologischem Sinne zu beeinflussen vermögen. Das männliche Geschlecht scheint bei den Idioten zu überwiegen; vielfach stammen sie aus kinderreichen Familien, in denen dann gewöhnlich mehrere Geschwister gleichzeitig schwerere oder leichtere Entwicklungsanomalien darbieten.

Eine ganz besondere Bedeutung hat man früher dem Einflusse der Nahtverknöcherung am Schädel auf die Ausbildung des Gehirns zugeschrieben, indem man vorzeitige Synostosen als die Ursache abnormer Kleinheit oder asymmetrischer Gestaltung desselben ansah. Durch neuere Untersuchungen hat sich indessen herausgestellt, dass, in der Regel wenigstens, die Entwicklung des Schädels weit mehr durch die Wachstumsverhältnisse des Gehirns bestimmt wird, als umgekehrt. Die Gesetze, welche diesen letzteren zu Grunde liegen, sind noch zum grössten Theile ebenso unklar, wie die Wachstumsbedingungen überhaupt; es scheint, dass die Weite der Blutgefässe, die Menge, namentlich aber auch die Beschaffenheit des zugeführten Ernährungsmaterials von entschiedener Bedeutung sein kann. Natürlich ist die Berücksichtigung der Schädelconfiguration, wenn man in ihr auch nicht die Ursache der Hirnanomalien sieht, dennoch bisweilen von grossem Werthe, insofern sie bis zu einem gewissen Grade einen Rückschluss auf die Art dieser letzteren gestattet. Mikrocephalie ist nothwendig mit abnormer Kleinheit des Gehirns verbunden, die durch gleichzeitigen Hydrocephalus noch beträchtlicher ausfallen kann, als der Augenschein vermuthen lässt. Verkürzung der Schädelbasis

(Tribasilarsynostose) geht mit einer Verkümmernng der basalen Hirntheile einher; Verkleinerung der Schädelkapsel nach irgend einer Richtung mit abnormer Verknöcherung der auf letzterer senkrecht stehenden Nähte deutet auf eine geringe Ausbildung der betroffenen Rindenpartien hin.

Allein es können sich bei diesen partiellen Störungen nach anderen Richtungen hin compensatorische Verschiebungen sowol des Schädels, wie des Gehirns entwickeln, die eine völlig normale Entfaltung aller einzelnen Hirntheile ermöglichen. In der That finden sich nicht so selten ziemlich hochgradige Verbildungen des Schädels bei geistig durchaus gesunden, ja hochstehenden Individuen, so dass wir jene Befunde im Allgemeinen mehr als eine Hindeutung auf die Möglichkeit gleichzeitiger anderer Veränderungen, denn als die nothwendige Ursache krankhafter Functionsstörungen selbst ansehen dürfen. Jedenfalls bieten sie einstweilen ein weit grösseres anthropologisches und anatomisches, als speciell psychiatrisches Interesse, zumal die Versuche, sie zu bestimmten klinischen Bildern in Beziehung zu bringen, bisher noch wenig erfolgreich gewesen sind. Nur scheint die Verkümmernng der Basis mehr mit den tieferstehenden apathischen Formen der Idiotie in Zusammenhang zu stehen, während man bei abnormer Kleinheit der Schädelkapsel mit fliehender Stirn meist die versatilen Formen beobachtet.

Die pathologische Anatomie der Idiotie zeigt uns bei Weitem am häufigsten die Residuen krankhafter Prozesse. Hauptsächlich kommen hier encephalitische, meningitische und hydrocephalische Erkrankungen in Betracht, die partielle Zerstörungen (z. B. Porencephalie) und Veränderungen der Hirnrinde oder allgemeine Atrophie derselben durch Steigerung des intrakraniellen Druckes herbeiführen können. Seltener finden sich Entwicklungshemmungen und Missbildungen, Heterotopien der Hirnsubstanz, Fehlen des Balkens, des Kleinhirns, Ungleichheit der beiden Hemisphären, Windungsarmuth oder Windungsanomalien, Kleinheit des ganzen Grosshirns u. s. f. Auch dort, wo diese Verbildungen nicht in directer Beziehung zu dem Centralorgane der psychischen Functionen stehen, lassen sie doch

einen Rückschluss auf die pathologische Natur der Gesamtanlage zu.

Die Prognose der Idiotie ist, dem Wesen der Krankheit entsprechend, im Allgemeinen eine durchaus ungünstige; der Idiot wird niemals im Stande sein, die geistige Reife des normal entwickelten Menschen zu erreichen. Gleichwol ist es eine Frage von grosser praktischer Bedeutung, im einzelnen Falle sich darüber klar zu werden, wie weit der bestehende Defect die Möglichkeit einer psychischen Fortentwicklung zulässt, wie weit der Kranke bildungsfähig ist oder nicht. In der ersten Kindheit lässt sich darüber in der Regel ein sicheres Urtheil kaum gewinnen; wird doch oft von den Angehörigen das Bestehen einer Anomalie im dritten oder vierten Lebensjahre überhaupt erst bemerkt. Auch späterhin ist eine prognostische Aussage ohne längere Beobachtung häufig nicht leicht. Die Möglichkeit einer Fesselung der Aufmerksamkeit des Kindes für einige Zeit, das längere Haften einer Erinnerung (Wiedererkennen von Gegenständen, Sträuben gegen früher erfahrene unangenehme Einwirkungen), der Nachweis eines Verständnisses für die Sprache können als günstige Anzeichen angesehen werden, während das Bestehen schwerer Epilepsie die Prognose trübt. Im letzteren Falle geht häufig nach und nach auch der geistige Erwerb verloren, den der Kranke in seinen ersten Lebensjahren sich etwa hatte zu eigen machen können. Die durchschnittliche Lebensdauer der Idioten ist eine relativ kurze. Während ein Theil derselben an den Folgen und gelegentlichen Nachschüben der Gehirnerkrankungen zu Grunde geht, erliegen andere den zahlreichen Schädlichkeiten, denen sie wegen ihrer geistigen und körperlichen Unbehülflichkeit ausgesetzt sind, und endlich scheint ihnen auch noch im Allgemeinen eine geringere Widerstandsfähigkeit gegenüber zufälligen Erkrankungen und ungünstigen Lebensverhältnissen zuzukommen.

Die Erkennung der Idiotie bietet nur in der frühen Kindheit erheblichere Schwierigkeiten. Allerdings können auch jetzt schon einzelne Symptome, eine gewisse Torpidität gegenüber äusseren Einflüssen, Fehlen der gewöhnlichen Reactionen gegen Hunger und Nässe, beim Anlegen an die

Brust, Annäherung der Mutter, oder fortwährende unmotivirte Unruhe, Mangel der Aufmerksamkeit, des Lachens und Weinens, Beibehaltung der fötalen Gliederstellung, weiterhin aber die Symptome cerebraler Erkrankungen, Krämpfe, Lähmungen und dergl. die Vermuthung einer Idiotie nahe legen; Sicherheit wird aber erst der weitere Verlauf der Entwicklung, verspätetes Gehenlernen und vor Allem das gänzliche oder theilweise Ausbleiben der Sprachbildung und des Sprachverständnisses zu geben vermögen. Auf der anderen Seite wird die Abgrenzung der Idiotie von den leichteren Formen des Schwachsinnns immer bis zu einem gewissen Grade willkürlich sein; man pflegt im Allgemeinen alle diejenigen Individuen der ersten Gruppe zuzurechnen, deren geistige Entwicklung seit den frühen Kinderjahren höchstens nach der Seite des Gedächtnisses, nicht aber nach derjenigen des Urtheils und des Weltverständnisses Fortschritte gemacht hat.

Die Behandlung der Idiotie wird in der Hauptsache immer eine pädagogische sein müssen, und sie kann wegen der besonderen Liebe, Geduld und Sachkenntniss, welche die mühselige Erziehung von Idioten erfordert, mit Aussicht auf Erfolg nur in den eigens für die Bedürfnisse dieser armen Kranken eingerichteten Idiotenanstalten durchgeführt werden. Die häusliche Pflege tiefstehender Idioten bringt, namentlich bei den erethischen Formen, nicht selten schwere Nachtheile mit sich, indem einerseits die intellectuelle und moralische Fortbildung derselben in der Familie überaus erschwert ist, während die Kranken andererseits durch schlimme Beeinflussung der Geschwister, durch Gewaltthätigkeiten, unvermuthete Fahrlässigkeiten, Brandstiftungen, sexuelle Attentate gelegentlich in nicht geringem Grade gefährlich werden können. Eine Art causaler Therapie der Idiotie kann unter Umständen mit der Bekämpfung epileptischer Anfälle durch Bromkalium, Atropin, Ueberosmiumsäure (Wilderdmuth) angestrebt werden, um so wenigstens das Fortschreiten des psychischen Verfalles bis zu einem gewissen Grade zu hindern.

### B. Der Cretinismus.

Der Cretinismus ist ausgezeichnet durch die Verbindung eines idiotischen psychischen Zustandes mit gewissen körperlichen Begleiterscheinungen. Die geistige Entwicklung der Cretinen ist gewöhnlich eine sehr geringe, wenn auch die allertiefsten Blödsinnsstufen nicht gerade häufig erreicht werden. Die anergetischen Formen überwiegen bei Weitem die erethischen. In körperlicher Beziehung handelt es sich meist um Zwergwuchs mit unersetztem, aber meist noch kindlichem Habitus, grosse Köpfe mit hässlichen, runzlichen, „trotz kindischer Unreife alten“ Zügen, tiefliegende Augen, aufgeworfene, an der Wurzel tief eingedrückte Nase, dicke Lippen, wulstige Augenlider, gedunsene, wulstige, hypertrophische Haut und bisweilen enorme Vergrösserung der Schilddrüse.

Der Cretinismus tritt in stärkerer Ausbildung nur endemisch auf, namentlich in grossen Gebirgsstöcken mit ihren Ausläufern, so in Europa besonders in den Alpen und Pyrenäen. Die näheren Ursachen dieser endemischen Localisation sind noch völlig unbekannt; man hat die verschiedenartigsten Momente, grosse Feuchtigkeit, Stagnation der Luft, schlechtes Trinkwasser, Gehalt der Luft und des Bodens an gewissen Substanzen, geologische Formation, ungünstige hygienische Verhältnisse dafür verantwortlich gemacht, ohne doch bisher eine einheitliche Erklärung auffinden zu können. Sicherlich sind die Ursachen allgemeine, denn sie pflegen, wo sie wirksam sind, den Typus der Gesamtbevölkerung mehr oder weniger stark modificirend zu beeinflussen und auch auf Kinder zu wirken, die von gesunden, eingewanderten Eltern an den befallenen Oertlichkeiten erzeugt werden. Andererseits ist der Cretinismus einer hereditären Uebertragung fähig, auch nach der Auswanderung aus der inficirten Gegend; er pflegt sich unter solchen Umständen erst nach wiederholter Kreuzung mit gesundem Blute zu verlieren. Die einzelnen Formen des Cretinismus sind nicht alle untereinander gleich; sie zeigen einmal zahlreiche graduelle Abstufungen, dann aber auch Verschiedenheiten nach der Art der Verbildungen. Am häufigsten scheint

jedoch die schon oben erwähnte tribasilarsynostotische Form mit Verkümmern der Schädelbasis zu sein.

Alle diese eigenthümlichen Thatsachen scheinen darauf hinzuweisen, dass wir als die Ursache des Cretinismus eine Schädlichkeit anzusehen haben, welcher eine gewisse Selbstständigkeit der Entwicklung neben der Entstehung unter bestimmten allgemeinen hygienischen Bedingungen zukommt, ein Verhalten, welches mit grosser Wahrscheinlichkeit auf einen organisirten Infectionsstoff nach Art der Malariafermente hinweist. Namentlich der jugendliche, resp. fötale Organismus scheint diesem, offenbar wenig flüchtigen endemischen Contagium besonders leicht zugänglich zu sein. Dass die Veränderungen an der Schilddrüse, wie an der Körperbedeckung, auch sonst in einem gewissen Zusammenhange mit Störungen der Gehirnfunktionen stehen können, zeigen uns die psychischen Degenerationen, wie sie nach Totalexstirpation des Kropfes und beim Myxödem bisweilen beobachtet werden.

Sehr selten ist der cretinistische Typus des Kindes schon bei der Geburt ausgesprochen; in der Regel tritt derselbe erst nach einigen Monaten oder selbst Jahren hervor. Die psychische Entwicklung bleibt vollständig zurück; das Kind lernt erst in der zweiten Hälfte des ersten Decenniums oder gar nicht gehen, ist apathisch, träge, schläft und isst viel. Die Zähne werden schlecht, die Zunge vielfach dick und fleischig, die Haut derb und runzlig. Die Pubertät tritt spät oder gar nicht ein; die männlichen Individuen sind impotent, die weiblichen meistens steril. Im weiteren Verlaufe bleibt der körperliche und geistige Zustand stationär; gewöhnlich erreichen die Cretinen kein hohes Lebensalter. Eine Prophylaxe des Cretinismus könnte durch Verbesserung der hygienischen Verhältnisse, sowie durch Kreuzung mit gesunden Individuen angestrebt werden.

### C. Der angeborene Schwachsinn.

Den schweren Beeinträchtigungen des gesammten psychischen Lebens, wie wir sie als Idiotie geschildert haben, pflegt man alle die zahlreichen Zwischenstufen zwischen jener letzteren und den normalen Zuständen unter



dem Namen des angeborenen Schwachsinn oder der Imbecillität gegenüberzustellen. Von der Idiotie unterscheiden sie sich nur durch den geringeren Grad der psychischen Schwäche, so dass sie daher auch wol mit den früher geschilderten Formen als Idiotie im weiteren Sinne classificatorisch vereinigt worden sind.

Die Mannigfaltigkeit der Formen in dem grossen Bereiche des angeborenen Schwachsinn ist eine sehr bedeutende; um uns den Ueberblick über dieselben zu erleichtern, wollen wir vier Haupttypen hier auseinanderhalten, den anergetischen, den erethischen, den moralischen und den impulsiven Schwachsinn. Freilich ist eine irgendwie strenge Abscheidung, wie das Studium der einzelnen Krankheitsbilder selber lehren wird, schlechterdings undurchführbar, da die Grenzen überall ineinanderfliessen; nur gewisse allgemeine Gesichtspunkte sollen hier gegeben werden, um das Verständniss dieses so ausserordentlich schwierigen Gebietes wenigstens einigermaßen zu erleichtern.

Als die Grundzüge der anergetischen Schwächezustände können wir eine Unfähigkeit zur Abstraction mit ihren Folgen für die psychische Entwicklung, sowie eine mangelhafte Ausbildung der höheren Gefühle bezeichnen. Die Erkenntniss der Aussenwelt beschränkt sich auf das unmittelbar Gegebene und Naheliegende; die Vorstellungen behalten ihre concreten Formen, ohne sich zu Begriffen zu erweitern. Es können keine allgemeinen Verhältnisse aufgefasst, keine grossen Gesichtspunkte gewonnen werden, sondern nur das Einzelne und Kleinliche geht in den Erfahrungsschatz des Individuums ein. Der Vorstellungsverlauf ist, wie Buccola durch directe Messungen nachgewiesen hat, verlangsamte; der Ideenkreis bleibt, abgesehen von einer gewissen Beherrschung der alltäglich aufgenommenen Wahrnehmungen, ärmlich und bewegt sich meist in stereotypen Wendungen. Bei dem Mangel an selbständiger geistiger Thätigkeit ist das Urtheil der Kranken ein sehr beschränktes, unsicheres und wird vielfach durch äusserlich angelernte Producte fremder Intelligenz („Schlagworte“) entscheidend beeinflusst. Ein Ueberblick über den Zusammenhang der Lebensereignisse, eine weitergehende Voraussicht

der Folgen eigener und fremder Handlungen wird nicht erreicht; die Phantasie, die Fähigkeit zu activer Reproduction und Verknüpfung gewonnener Vorstellungen, ist nur sehr unvollkommen ausgebildet.

Durch die Beschränktheit des Gesichtskreises gewinnen die Zustände und Interessen der eigenen Persönlichkeit eine ganz unverhältnissmässige Wichtigkeit für das Individuum. Je ärmer die Erfahrung, desto grösser ist die Rolle, welche das Ich in derselben spielt. So kommt es, dass hier stets eine mehr oder weniger scharf ausgeprägte egoistische Richtung des Gedankenganges und weiterhin auch der Gefühle sich ausbildet. Die höheren, logischen, ethischen, ästhetischen Gefühle, wie sie sich an die abstracten Producte der intellectuellen Thätigkeit, die Begriffe des Wahren, Guten, Schönen, zu knüpfen pflegen, bleiben unentwickelt auf Kosten der niedrig egoistischen Regungen, die das Gemüthsleben des Kranken in massgebender Weise beeinflussen. Die Stimmung entbehrt daher jenes inneren Gleichgewichtes, wie es durch die Ausbildung der höheren Gefühle begründet wird; die Gemüthlosigkeit des Kranken wird gelegentlich durch Affectausbrüche von brutaler Heftigkeit durchbrochen. Diese eigenthümliche Charakteranlage macht die Kranken auf der einen Seite energielos, unselbständig in ihrem Handeln, und sie befähigt dieselben andererseits unter Umständen zu impulsiven Gewaltacten von bestialischer Grausamkeit aus geringfügigen Motiven. Sehr häufig verbindet sich bei ihrem Thun eine gewisse Schlaueit im Einzelnen mit Unsinnigkeit und Kopflosigkeit im ganzen Plane und in der Ausführung. Dabei fehlt den Kranken regelmässig nicht nur das Verständniss, sondern auch jedes Gefühl für das Pathologische ihres Zustandes.

Die Entwicklung der Störung kündigt sich meist schon frühzeitig an. Es sind das die Kinder, die vielleicht erst sehr spät sprechen lernen und entweder gar nicht in die Schule geschickt werden können oder doch trotz aller angewandten Mühe nicht vorwärts kommen, weil sie zwar unter vielen Schwierigkeiten Einzelnes mechanisch auswendig zu lernen, aber nichts selbständig zu verarbeiten im Stande sind. Sehr gewöhnlich bleiben dieselben auch körperlich unentwickelt

und auf der Stufe des kindlichen Habitus bis in das dritte Jahrzehnt hinein stehen. Bisweilen finden sich auch einzelne nervöse Anomalien, schiefes Gesicht, plumpe Züge, Strabismus, schlechtes Gehör, Sprach- und Schriftstörungen, die auf eine greifbare Grundlage des ganzen Zustandes hinweisen. Im späteren Leben sind die Kranken meist unfähig zu irgend einer fruchtbaren Beschäftigung und nur zu den allereinfachsten mechanischen Verrichtungen zu gebrauchen, die sie mit pedantischer Zuverlässigkeit ausführen; in einzelnen Fällen wird aber auch eine hervorragende einseitige Virtuosität, technische Fertigkeit, Anlage zur Musik, zum Zeichnen beobachtet, allerdings stets ohne die Fähigkeit zu tieferer geistiger Arbeit selbst auf diesen Gebieten.

Leichtere Formen dieses Schwachsinn sind oftmals überaus schwer zu diagnosticiren. Trotz der Beschränktheit ihres Urtheils und Gesichtskreises vermögen die Kranken es doch vielfach, sich in einfachen Verhältnissen noch leidlich gut zurechtzufinden, ohne dass man sie gerade für abnorm hält, weil sie rein gedächtnismässig eine gewisse Summe von Erfahrung zu beherrschen wissen und den gewohnten Kreislauf ihrer Beschäftigungen mit mechanischer Sicherheit, ja sogar mit einer gewissen kleinlichen Routine regelmässig durchlaufen. Wo aber ein mächtiger Affect, eine Entscheidung, eine Versuchung an sie herantritt, wo die Situation Umsicht, Energie und Selbständigkeit des Handelns erfordert, da tritt unvermuthet die ganze geistige und gemüthliche Unfähigkeit des Individuums zu Tage, um allerdings dann meist nicht sowol vom pathologischen, als vom moralischen Standpunkte aus beurtheilt zu werden.

Zu den anergischen Schwächezuständen stehen die erethischen in mancher Beziehung in einem gewissen Gegensatze. An Stelle der Apathie zeigt sich eine abnorme Beweglichkeit des Interesses an den Eindrücken der Aussenwelt. Je leichter aber die Aufmerksamkeit überhaupt erregt wird, je weniger sie sich nach inneren Motiven planmässig der Verfolgung ausgewählter Erscheinungen zuwendet, desto leichter wird sie auch wieder von ihrem Gegenstande abgelenkt, desto mehr ist ihre Richtung von dem zufälligen Wechsel äusserer Reize abhängig, und desto ungenauer,

oberflächlicher und flüchtiger werden die einzelnen Elemente der Sinneserfahrung von ihr erfasst. Sehr häufig begegnen wir daher hier der Neigung, Reminiscenzen mit frei erfundenen Zügen auszuschnücken, die Darstellung früherer Erlebnisse derartig subjectiv zu färben und zu verdrehen, dass man die Grenze absichtlicher Schwinderei und fahrlässigen Fabulirens nicht mehr zu erkennen vermag. Ganz analogen Störungen begegnen wir auf dem Gebiete des Vorstellungsverlaufes. Die Leichtigkeit, mit der hier die Verknüpfung und Verschmelzung der Vorstellungen vor sich gehen, begünstigt ein lebhaftes und ausschweifendes Spiel der Phantasie, aber sie verhindert zugleich die ruhige, einheitliche und klare Gedankenfolge; sie führt zu einer überwiegenden Ausbildung der associativen Vorstellungsverbindungen und beeinträchtigt die Entwicklung scharfer, bestimmt umgrenzter Begriffe, auf deren Existenz ja weiter die Möglichkeit aller höheren intellectuellen Functionen, der Urtheile und der logischen Schlüsse beruht. Aus den unsicher und einseitig erfassten Erfahrungselementen setzen sich auf diese Weise unter steter Einmischung associativ hinzutretender, subjectiver Bestandtheile dehnbare, vielfach verfälschte Begriffe zusammen, welche die geeignete Grundlage für schiefe und halbrichtige Urtheile, für phantastische Analogieschlüsse und somit zur Ausbildung einer absonderlichen, verkünstelten und einseitigen Lebens- und Weltanschauung abgeben. Dass in derselben die Vorstellungsgruppe der eigenen Persönlichkeit eine ganz hervorragende Bedeutung erlangt, erscheint bei der Leichtigkeit, mit der sich die Beziehungen zwischen äusseren Eindrücken und jenem permanenten Inhalte unseres Bewusstseins knüpfen, sowie bei der Kritiklosigkeit des Subjectes, wie sie sich als eine nothwendige Folge der vagen Verschwommenheit und Unklarheit der Begriffe herausstellt, leicht begreiflich.

Der Oberflächlichkeit, Phantasterei und Selbstüberschätzung entspricht im Gefühlsleben momentane Intensität und rascher Wechsel der Affecte. Jeder äussere Eindruck ist von einer lebhaften Gefühlsbetonung begleitet, der Stimmungshintergrund in beständigem Schwanken begriffen. Depression und Exaltation, Verzweiflung, Schwärmerei und

Enthusiasmus folgen einander, wo die normale psychische Constitution nur leise und leicht überwundene Störungen des gemüthlichen Gleichgewichtes erkennen lässt. Das affective Leben des Individuums befindet sich somit in einer steuerlosen Abhängigkeit von den zufälligen Eindrücken der äusseren Umgebung, deren Einflüsse es nicht durch eine gewohnheitsmässige Seelenruhe zu paralyisiren im Stande ist. So kommt es, dass auch das Handeln, dessen Motive ja gerade die Gefühle bilden, nicht auf Grund der constanten Bewusstseinsdispositionen eines „Charakters“ sich einheitlich und consequent entwickelt, sondern wesentlich unter der Herrschaft augenblicklicher, rasch wechselnder Stimmungen und Einfälle sich vollzieht. Wankelmüthigkeit und Haltlosigkeit, Unüberlegtheit und Leichtsinn nach der einen, Rücksichtslosigkeit und Vielgeschäftigkeit nach der andern Seite hin sind die praktischen Aeusserungen dieses Verhaltens.

Auch hier ist nur die Erkennung der ausgebildeteren Formen leicht; auf dem Uebergangsgebiete wird die scharfe Abgrenzung des Normalen vom Pathologischen vielfach gänzlich unmöglich. Dahin gehören jene schwachen und oberflächlichen, leichtgläubigen Naturen, die von Vielem etwas und nichts gründlich lernen, die alles Neue mit Enthusiasmus ergreifen, ohne irgend etwas zu Ende zu führen. Ein geringfügiger Anstoss, eine auftauchende Idee, ein schlechter oder guter Rath genügt, um sie, die jeder Verführung widerstandslos zugänglich sind, zu leichtsinnigen, unüberlegten, ja schlechten Streichen und Excessen aller Art hinzureissen. So führen sie, sich selbst überlassen, ein wechselreiches Dasein in steten Conflicten mit sich selbst und ihrer Umgebung, oft abenteuerlich, phantastisch und romanhaft, voller Unbegreiflichkeiten und Inconsequenzen.

Gerade diese letztgeschilderten Formen der Schwächezustände, deren Grundzug eine Verminderung der Widerstandsfähigkeit auf allen Gebieten des psychischen Lebens darstellt, sind es vornehmlich, welche wir als die Basis der psychopathischen Prädisposition zu betrachten haben. Auf dieser Basis entwickeln sich nicht selten die verschiedenen Formen des Wahnsinns und der Verrücktheit, die allgemeinen Neurosen und das periodische Irresein. Mehr-

fach sah ich bei Wahnsinnigen noch die Residuen alter cerebraler Kinderlähmungen; Merklin berichtet das Gleiche bei Fällen von Verrücktheit, Paralyse und Zwangsvorstellungen.

Bei der dritten Hauptform des angeborenen Schwachsinnns, dem moralischen Irresein (*folie morale*, *moral insanity*), ist es die Störung im Bereiche des Gemüthes, welche vor Allem in die Augen fällt. Wir können dieselbe präcisiren als Mangel oder Schwäche jener Gegenmotive, welche den socialen Menschen von der rücksichtslosen Befriedigung seiner unmittelbaren egoistischen Neigungen zurückhalten. Damit hängt häufig zusammen die ganz abnorme Ausbildung gewisser elementarer Triebe, die bisweilen schon an sich selbst den Charakter des Krankhaften tragen. Der Mangel des Mitgefühls zeigt sich oft schon in früher Jugend in grausamen Thierquälereien; der Geschlechtstrieb erwacht nicht selten ausserordentlich früh (sogar schon im 4., 5. Jahre) und mit unbezwinglicher Gewalt, so dass er bald zu onanistischen und sexuellen Excessen verschiedener Art führt. Unbändige Wildheit und Eigensinn, Verstocktheit, Falschheit, schlaues Raffinement, Neigung zu brutalen Gewaltthaten, zu Lug und Trug, zum Vagiren, zum Diebstahl und zu Ausschweifungen, Mangel des Ehrgefühls und jeglicher Anhänglichkeit an Eltern und Geschwister, unverhülltes Hervortreten der ausgeprägtesten Selbstsucht, Unfähigkeit zu andauernder und geregelter Beschäftigung lassen nicht selten schon beim Kinde die Keime der späteren krankhaften Charakterentwicklung erkennen. Alle pädagogischen Einwirkungen bleiben fruchtlos, weil die pathologischen Triebe immer von Neuem mit unwiderstehlicher Gewalt hervortreten, weil die Ausbildung der höheren ethischen Gefühle, die ein dauerndes Gegengewicht gegen den Druck der niederen, egoistischen Strebungen zu liefern bestimmt sind, hier keinen Boden findet. Bald ist es mehr eine stumpfe Gemüthlosigkeit, welche dieser Störung zu Grunde liegt, bald mehr eine vage Verschwommenheit der Gefühle, die keine einheitliche Ausprägung constanter Willensdispositionen gestattet.

Die Intelligenz kann dabei innerhalb der Grenzen des praktischen Lebens annähernd normal entwickelt sein, ja

sogar sich zu einer gewissen rabulistischen Schlauheit erheben, die den Laien vielfach überrascht, allein es fehlt regelmässig die Fähigkeit zur Gewinnung allgemeiner Gesichtspunkte oder doch die Schärfe und Klarheit der Begriffe, wo noch eine Art verschwommener Abstraction möglich ist. Sehr häufig macht man die Beobachtung, dass solche Individuen in ihrer Schülerlaufbahn bis zu einem gewissen Punkte, so lange es sich um eine rein gedächtnismässige Erlernung einfacher Dinge handelt, sogar bedeutende Fortschritte machen, dann aber, wo eigene, selbständige Verarbeitung des Lehrstoffes gefordert wird, rasch vollständig versagen. Es ist das Verdienst der italienischen Psychiatrie,\*) die Spuren dieser krankhaften Anlage, dieses hauptsächlich im Gemüthsleben hervortretenden Defectes, auch im Verbrecherthum und zwar bei bestimmten Kategorien desselben, beim „geborenen“ Verbrecher (*delinquente nato*), nachgewiesen zu haben. Noch mehr, die aus ihr hervorgegangene sog. anthropologische Schule der Criminalistik ist emsig bemüht, den directen psychopathischen Ursprung solcher Naturen und die somatischen Begleitsymptome klarzustellen, welche im Allgemeinen, wie im Einzelnen den Rückschluss auf die tiefere, organisch-degenerative Begründung jener Form der psychischen Schwäche gestatten sollen.

Freilich sind wir von der Möglichkeit einer somatischen Diagnose des moralischen Irreseins noch recht weit entfernt, und selbst bei genauer Kenntniss des ganzen klinischen Krankheitsbildes hat die richtige Auffassung desselben häufig genug ihre Schwierigkeiten. Dazu kommt, dass nicht selten solche Kranke, welche in der Freiheit der Schrecken ihrer Angehörigen und Nachbarn waren und in stetem Conflict mit dem Strafgesetze lebten, im Schutze der Irrenanstalt harmlos und lenksam werden. Die volle Ausdehnung des bestehenden Defectes verräth sich eben häufig erst dann, wenn höhere Anforderungen an die sittliche Leistungsfähigkeit des Kranken gestellt werden und die Nothwendigkeit einer selbständigen Lebensführung an denselben herantritt.

In naher Verwandtschaft mit dem moralischen Irresein

---

\*) Lombroso, Der Verbrecher, deutsch von Fränkel. 1887.

steht endlich jene letzte Form des angeborenen Schwachsinnns, die man als impulsives Irresein zu bezeichnen pflegt. Auch hier handelt es sich um Individualitäten, die in Folge von Entwicklungshemmungen, häufig auf der Basis hereditärer Disposition, von Hause aus psychische Invaliden sind. Die Schwäche documentirt sich dabei hauptsächlich in der geringen Widerstandsfähigkeit gegenüber plötzlich aufsteigenden Antrieben. Wir sind diesem Charakterzuge auch in den übrigen Krankheitsbildern der Imbecillität bereits wiederholt begegnet; was denselben aber beim impulsiven Irresein durchaus in den Vordergrund stellt, ist der Mangel irgend eines intellectuell erfassten Beweggrundes der krankhaften Handlungen, eben die „impulsive“, triebartige Ausführung derselben. Der „moralisch Irre“ tödtet und stiehlt aus egoistischen Motiven ohne irgend welches Bedenken, während hier die That gar kein bestimmtes überlegtes Ziel hat; der Kranke handelt, weil er den für ihn unwiderstehlichen Antrieb in sich fühlt, zu handeln. So kommt es denn, dass die Willensäußerungen derartiger Patienten stets den Stempel des Unvorbedachten, des Zwecklosen, ja des Widersinnigen tragen, weil sie eben nicht durch einen zielbewussten Plan, sondern durch einen plötzlich auftauchenden und sofort zur Action drängenden, häufig sehr unklaren Impuls motivirt werden.

Der Inhalt dieser „Zwangshandlungen“ ist oft ein ganz gleichgültiger, und zahlreiche Individuen mit „bizarren Einfällen“, unvermittelt hervortretenden und ebenso rasch wieder verschwindenden Velleitäten, unbegreiflichen Launen bilden die Uebergänge von den schweren, unzweifelhaft krankhaften Formen des impulsiven Irreseins zum normalen Verhalten. Weit grössere praktische Wichtigkeit haben jedoch jene Fälle in Anspruch zu nehmen, in denen Impulse sich geltend machen, welche die Umgebung oder das eigene Leben und Wohlergehen gefährden. Die klinische Erfahrung lehrt, dass hier im einzelnen Falle meist nur eine bestimmte Richtung der krankhaften Antriebe hervortritt. Wahrscheinlich am häufigsten ist die Neigung zur Brandstiftung, wie sie besonders bei jugendlichen Personen weiblichen Geschlechtes vor und während der Pubertätsentwicklung be-



obachtet wird. Wie es scheint, wird gerade zu dieser Zeit die psychische Widerstandsfähigkeit durch den inneren Kampf dunkler Gefühle besonders stark herabgesetzt, so dass nun Individuen die Erscheinungen des impulsiven Irreseins vorübergehend zeigen können, welche im späteren Leben nur mässige Grade psychischer Schwäche an den Tag legen.

Eine zweite Hauptrichtung der pathologischen Impulse ist die Neigung, zu verletzen und zu tödten. Auch ihr begegnen wir beachtenswerther Weise bisweilen bei jungen Mädchen. Ich behandelte eine schon von Emminghaus\*) kurz erwähnte Kranke, die im Alter von 13 Jahren zwei ihrer Pflege anvertraute Kinder, darunter ihr eigenes Brüderchen, einfach erstickte aus keinem anderen Motive, als weil ihr „die Lust dazu kam.“ Weiterhin begegnen wir, namentlich beim weiblichen Geschlechte, und zwar vorzugsweise in der Zeit sexueller Alterationen (Menstruation, Gravidität), aber auch habituell, der Neigung, gelegentliche impulsive Diebstähle zu begehen. Regelmässig haben wir es auch hier mit psychopathischen, meist hereditär belasteten Personen zu thun, in deren Krankheitsbild jene Neigung nur ein einziges, wenn auch vielleicht das hervorstechendste Symptom bildet.

Alle bis hierher genannten krankhaften Impulse zeigen hie und da einen höchst merkwürdigen Zusammenhang mit dem Geschlechtstriebe. Brandstiftung, Diebstahl, Mord, Misshandlung kann in einzelnen Fällen mit entschiedenen Wollustgefühlen für den Thäter verbunden sein, eine Complication, welche natürlich die ohnedies schon gewaltige Macht der Antriebe noch bedeutend zu steigern vermag. Hier sei erinnert an die höchst merkwürdigen Geständnisse jener Individuen, welche beim Anblicke von Schuhschnallen, Taschentüchern, Schürzen in sexuelle Erregung geriethen und so zur unersättlichen Begehung von Diebstählen ausschliesslich jener Gegenstände getrieben wurden, an die „Piqueurs“, welche geschlechtliche Befriedigung in der blutigen Verletzung jugendlicher Frauenspersonen fanden, an manche Lustmörder, denen erst das Erwürgen und Zerfleischen ihres

---

\*) Die psychischen Störungen im Kindesalter, 1887, p. 241.

Opfers den höchsten Genuss bereitete, und endlich an die räthselhafte Erscheinung des Sergeant Bertrand, welcher, von unwiderstehlichem sexuellem Drange getrieben, mit grösstem Geschicke frisch bestattete Leichen wieder ausgrub, schändete und zerstückelte.

In schweren Fällen impulsiven Irreseins bleiben die krankhaften Antriebe nicht auf ein einzelnes Gebiet beschränkt, sondern sie durchkreuzen regellos das gesammte Handeln des Patienten. Ich kannte einen derartigen Kranken, der trotz sonstiger Besonnenheit längere Zeit hindurch kein Fenster sehen konnte, ohne plötzlich mit der Hand hineinzufahren, der ohne jedes vernünftige Motiv unvermuthet auf der Strasse niederkniete, blitzschnell den Kopf in den Nachtstuhl steckte, ohne dieser unsinnigen Antriebe Herr werden zu können. Andere fahren auf irgend einen glänzenden Gegenstand los, kriechen plötzlich unter der Bank durch oder schlagen einen Purzelbaum. Meist ist das ganze sonstige Wesen dieser Kranken dabei kindisch und kleinmüthig-weinerlich.

Die intellectuelle Veranlagung der Kranken weist nur in denjenigen Fällen keine schärfer hervortretenden Störungen auf, in denen sich das impulsive Irresein nur in einer gewissen Periode des Lebens praktisch geltend macht. Eine genaue Prüfung wird aber auch dann selten die Anzeichen einer gewissen Beschränktheit oder phantastischen Verschwommenheit, namentlich aber ein Zurückbleiben der gesammten geistigen Ausbildung hinter der durch das Lebensalter geforderten vermissen lassen. Noch deutlicher pflegen die Störungen auf gemüthlichem Gebiete hervorzutreten; nach dieser Richtung haben wir es regelmässig mit schwachen, haltlosen, oft auch mit kindisch eigensinnigen oder verschlossenen, brutalen Naturen zu thun.

Einzelne Züge des hier gezeichneten Krankheitsbildes sind uns bereits früher bei der Schilderung gewisser Formen schwerer, constitutioneller Neurasthenie begegnet. In der That müssen wir ja erwarten, dass sich Uebergänge zwischen beiden Gruppen von Zuständen werden auffinden lassen. Je mehr dort das äussere Causalmoment gegenüber der psychopathischen, degenerativen Veranlagung in den Hintergrund

tritt, desto stärker sehen wir gerade die impulsiven Symptome vorwiegen, bis sie schliesslich bei der hier besprochenen Form angeborener psychischer Schwäche das bei Weitem hervorstechendste Merkmal der ganzen Störung bilden.

Die Thatsache des impulsiven Irreseins hat in einer früheren Periode der Psychiatrie als Grundlage der Lehre von den „Monomanien“ eine wichtige Rolle gespielt. Jetzt ist die für die wissenschaftliche Auffassung psychopathischer Zustände gefahrdrohende Annahme isolirter krankhafter Triebe in der klaren Erkenntniss untergegangen, dass man es hier mit einer originären, allgemeinen psychischen Invalidität zu thun hat, deren schwächster Punkt gerade in dem Mangel einer Herrschaft über die allerdings vielfach in pathologischer Stärke und Richtung entwickelten Triebe gelegen ist. Das italienische Strafgesetzbuch nimmt auf das impulsive Irresein Rücksicht in der Anerkennung einer „forza irresistibile“ (unwiderstehlichen Gewalt) als Strafausschliessungsgrund, freilich eine Fassung, welche vielfachen „Missbräuchen“ im Sinne der Justiz Thür und Thor öffnet. Jedenfalls sollte man das Bestehen des impulsiven Irreseins nur dort annehmen, wo wirklich der triebartige Charakter des Handelns ohne irgend welches klare Motiv deutlich hervortritt und wo sich auch im übrigen Bereiche des Seelenlebens die Anzeichen einer psychopathischen Veranlagung erkennen lassen.

Alle bis hierher geschilderten Formen des originären Schwachsinnens sind der klinische Ausdruck frühzeitig sich geltend machender krankhafter Störungen im Centralorgane unseres Bewusstseins, und sie sind daher im Allgemeinen stationär, ohne eine wesentliche Besserung oder Verschlechterung im Laufe des Lebens zu zeigen. Von einer eigentlichen Behandlung derselben kann daher kaum die Rede sein. Dennoch wird nicht selten die Aufnahme derartiger Kranker in die Anstalt nothwendig, um sie vor ihrer oft unverständigen Umgebung und diese letztere vor ihren gefährlichen Handlungen zu schützen, oder um die Hülflösen und Gebrechlichen zu verpflegen. Ausser den allgemeinen Regeln der Anstaltsbehandlung überhaupt, Beschäftigung, guter Ernährung, Ueberwachung und humaner Disciplin, sind hier meist keine besonderen Indicationen zu erfüllen.

### D. Die conträre Sexualempfindung.

Die verschiedenartigen Anomalien des Geschlechtstriebes, welchen wir auf dem Gebiete des impulsiven Irreseins begegnet sind, bilden gewissermassen einen Uebergang zu jener eigenartigen originären Veranlagung, welche man nach ihrem wichtigsten Symptome als „conträre Sexualempfindung“ zu bezeichnen pflegt. Es handelt sich hier um eine mit dem ersten Erwachen des Geschlechtstriebes deutlich hervortretende sexuelle Neigung zu Personen desselben Geschlechts, während das andere Geschlecht dem Patienten in dieser Hinsicht gleichgültig bleibt oder sogar Abscheu und Ekel einflösst. Die ersten Kenntnisse über diese höchst merkwürdige Entwicklungsanomalie verdanken wir Casper; später haben namentlich Westphal und v. Krafft-Ebing\*) unser Wissen über dieselbe bedeutend gefördert.

In der Mehrzahl der Fälle scheint die Störung Männer zu betreffen, oder sie ist doch bei ihnen den Aerzten leichter und häufiger bekannt geworden; fast immer ist hereditäre psychopathische Anlage vorhanden. Der Geschlechtstrieb pflegt sich früh und kräftig zu entwickeln, und er führt den Kranken, der sich oft lange Zeit selbst ein Räthsel ist, häufig nach wiederholt missglückten Versuchen normalen Geschlechtsverkehrs, endlich zu einem schwärmerischen und leidenschaftlichen „Freundschaftsbündniss“ mit einer Person des gleichen Geschlechtes, die entweder ähnliche Neigungen verräth oder doch wenigstens die Aeusserungen der perversen Liebe duldet. In einzelnen Fällen bleibt es hier bei einem einfachen Liebesspiel mit sentimentalen Briefen, Eifersuchtsszenen, brünstigen Küssen und Händedrücken; meist aber schreitet dasselbe zu wollüstigen Umarmungen und gegenseitiger Masturbation, seltener zu wirklicher Paederastie fort. Häufig besteht das erotische Verhältniss längere Zeit, viele Jahre hindurch fort; auf der anderen Seite giebt es allerdings auch Unbeständige, welche im Laufe der Zeit häufiger in ihren Neigungen wechseln.

\*) Westphal, Archiv f. Psychiatrie, II, 1; v. Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis. 3. Auflage. 1889.

Trotz ihres Widerwillens gegen das andere Geschlecht gehen einzelne der Kranken die Ehe ein, theils in der freilich eiteln Hoffnung, sich dadurch von ihrem abnormen Triebe zu heilen, theils in dem Wunsche, Kinder zu besitzen. Nicht immer sind diese Ehen unglücklich, da die Kranken bisweilen, abgesehen vom sexuellen Verkehre, mit grosser Pflichttreue ihre eigenthümliche Stellung auszufüllen verstehen. Ja, es gelingt denselben sogar, Nachkommenschaft zu erzeugen, allerdings nur, wenn sie sich während des Geschlechtsactes mit Aufbietung ihrer Phantasie in die Arme einer jungen und schönen Person gleichen Geschlechtes zu versetzen vermögen, wie auch mir ein derartiger Patient versicherte. Dasselbe Verhalten macht sich in sexuellen Träumen geltend.

Regelmässig besteht ausser der conträren Sexualempfindung noch eine Reihe anderweitiger Züge psychopathischer Anlage, welche nicht selten an gewisse Eigenthümlichkeiten des anderen Geschlechtscharakters erinnern. Bei Frauen findet man ein sehr entschiedenes, emancipirtes Auftreten, Freude an männlicher Kleidung und Haartracht, bei Männern nicht selten weibisches, weichliches Wesen, stark entwickeltes Gemüthsleben, Sinn für ästhetische Genüsse, poetische Veranlagung, Neigung zu weiblichen Arbeiten und Verkleidungen. Die intellectuelle Seite kann normal entwickelt sein, doch macht sich häufig ein gewisser Hang zu unklarer Phantasterei geltend; vereinzelt besteht auch wirklicher Schwachsinn. Hie und da entsprechen dem psychischen Gesamtbilde Andeutungen im körperlichen Habitus, bei Frauen der Viragotypus, bei Männern grössere Weichheit und Rundung der Formen, stärkeres Fettpolster, breite Hüften oder selbst Entwicklungshemmungen an den Genitalien.

Die conträre Sexualempfindung ist nach den Versicherungen aller derartiger Kranker keineswegs selten, obgleich die bisher vorliegende Casuistik aus begreiflichen Gründen kaum mehr als 50 Fälle umfasst. Dennoch ist die Angabe von Ulrichs, der in einer Reihe von Schriften diese Anomalie aus eigener Erfahrung behandelt hat, wahrscheinlich beträchtlich übertrieben; er nimmt nämlich auf 200 Männer je einen „Urning“ an, wie er die hier geschilderten Kranken

nennt. Auf Grund dieser Angabe plaidirt jener Autor sogar für die staatliche Anerkennung der conträren Sexualempfindung und namentlich für die Sanctionirung dauernder, förmlicher Ehebündnisse.

Das Wesen und die Entstehung der conträren Sexualempfindung ist dunkel. Ulrichs spricht von einer „*anima muliebris in corpore virili inclusa*“, und in der That scheint der eigenthümliche Gegensatz zwischen sexueller Constitution und sexueller Neigung mit den vereinzelt Andeutungen auch einer körperlichen Zwitterstellung auf eine Divergenz in der Entwicklung der Centralorgane und des peripheren Sexualsystems hinzudeuten. Wissen wir doch, dass die geschlechtliche Differenzirung erst in einer relativ späten Entwicklungsperiode sich vollzieht, und dass der Geschlechtstrieb in seinen ersten dunklen Regungen häufig genug zu schwärmerischen Freundschaften zwischen Personen desselben Geschlechtes mit entschieden sinnlicher Färbung führt, bevor er seine definitive Richtung nimmt. Nicht im Einklange stehen mit jener Auffassung die allerdings nicht häufigen und vielleicht ganz andersartigen Fälle, in denen die conträre Sexualempfindung nicht angeboren ist, sondern im Laufe anderer, namentlich periodischer Psychosen erworben wird.

Die Prognose der Störung ist im Allgemeinen eine schlechte, doch scheint es allerlei leichtere Uebergangsformen zu geben, in denen weiterhin der abnorme Trieb mehr in den Hintergrund tritt oder durch eine gewisse Energie überwunden werden kann. Die Diagnose bietet in ausgeprägten Fällen keinerlei Schwierigkeiten, da die Kranken sich über ihren Zustand vollkommen klar zu sein pflegen. Die Unterscheidung von der einfach aus dem Bedürfnisse gesteigerten sexuellen Raffinements hervorgegangenen Paederastie ist in der originären Entstehungsweise und der durchaus einseitigen Richtung der Störung, dem dauernden, vollständigen Mangel des normalen Triebes gegeben. Von einer Behandlung dieser mit der Persönlichkeit des Menschen aufwachsenden und tief in ihr wurzelnden Anomalie kann selbstverständlich nicht die Rede sein.

---

## Register.

### A.

Aberglaube 109.  
Absence 446.  
Abstinenzerscheinungen 481.  
Abulie 136.  
Acusticus, Reaction des 171.  
Aengstlichkeit 132.  
Aequivalent, hereditäres 64.  
— psychisch epileptisches 453.  
Aether 27. 205.  
Aetiologie, allgemeine 5.  
Affecte 42.  
Agoraphobie 133. 422.  
Aidoiomanie 142.  
Alkohol 23. 204.  
Alkoholepilepsie 454. 461.  
Alkoholismus 457.  
Alkoholparalyse 473.  
Altersblödsinn 535.  
Alt-Scherbitz 232.  
Amnesie 94.  
Amylenhydrat 202.  
Amylnitrit 207.  
Anaesthesia dolorosa 128.  
Analgesie 127.  
— der Paralytiker 498.  
Anamnese 167.  
Anergetischer Schwachsinn 563.  
Anfalle, apoplektiforme 500.  
— epileptiforme 498.  
— paralytische 498. 520.  
Angst 131.  
— Behandlung ders. 221.  
Anorexie 135.

Kraepelin, Psychiatrie. 3. Aufl.

Apathie 125.  
Apperception 87.  
— active 88.  
Apperceptionshallucination 77.  
Apperceptionsillusion 78.  
Arteriosklerose 9  
Associationszeit 104. 180.  
Asthenopie, neurasthenische 409.  
Atropin 27. 247.  
Aufmerksamkeit, Untersuchung  
ders. 178.  
Aufregung, Behandlung ders. 221.  
Augenerkrankungen 28.  
Auscultation des Kopfes 171.  
Ausgänge des Irreseins 155.  
Autopsie 182.

### B.

Bäder 207.  
Befehlsautomatie 89.  
Beginn des Irreseins 149.  
Begriff 100.  
Belastung, organische 62.  
Benahmen der Irren 142.  
Berührungsfurcht 422.  
Beruf 58.  
Berufswahl 193.  
Beschäftigung 217.  
Beschränktheit 186.  
Beschränkung, mechanische 213.  
Besessenheitswahn 370.  
Besessensein 111.  
Besserung 160.  
Bettlagerung 212.

Bettsucht 288.  
 Bewegungsdrang 137.  
 Bewusstlosigkeit 10. 86.  
 Bewusstsein 86.  
 — Helligkeitsgrade desselb. 87.  
 — Trübungen desselben 85.  
 Blatterndelirien 15. 245.  
 Bleivergiftung 27.  
 Blödsinn, agitirter 549.  
 — apathischer 549.  
 — secundärer 548.  
 Blutentziehung 207.  
 Blutverlust 19.  
 Boldin 200.  
 Brandstiftungstrieb 142. 570.  
 Bromäthyl 205.  
 Bromsalze 27. 205.  
 Bromwasser, kohlen-saures 206.  
 Bulimie 138.

## C.

Cannabinon 198.  
 Cannabinum purum 198.  
 — tannicum 198.  
 Castration 440.  
 Chapman'scher Schlauch 208.  
 Chinin 27.  
 Chloralhydrat 27. 200.  
 Chloroform 27. 205. 247.  
 Cholaemie 23.  
 Cholera 15.  
 Chorea 14.  
 Civilstand 59.  
 Circuläres Irresein 153. 350.  
 Classification der Psychosen 235.  
 Claustrophilie 423.  
 Claustrophobie 423.  
 Cocain 26. 199.  
 Cocainismus 485.  
 Codein 196.  
 Collapsdelirium 18. 254.  
 Coloniales System 232.  
 Commotio cerebri 8.  
 Conium 27.  
 Constitutionell-affectives Irresein 417.  
 Contagion, psychische 40.  
 Conträre Sexualempfindung 141. 574.

Cornutin 207.  
 Cretinismus 561.  
 Cultur 57.  
 Cyklisches Irresein 153. 358.  
 Cytisin 207.

## D.

Dämmerzustand 87.  
 — hysterischer 433.  
 — epileptischer 445.  
 Datura 27.  
 Dauer des Irreseins 164.  
 Decubitus 505. 533.  
 Degenerationszeichen 170.  
 Delinquente nato 569.  
 Délire du toucher 133. 422.  
 Delirien 241.  
 Delirium acutum 251.  
 — asthenisches 257.  
 — blandes 243.  
 — febriles 16. 241.  
 — furibundes 242.  
 — mussitirendes 243.  
 — postepileptisches, räsonniren-des 450.  
 — toxisches 245.  
 — transitorium 248.  
 — traumaticum 13.  
 — tremens 464.  
 — — febrile 467.  
 — — morphinicum 481.  
 — — potatorum 464.  
 Dementia acuta 263.  
 — paralytica 488.  
 — — agitirte 517.  
 — — ascendirende 509.  
 — — circuläre 516.  
 — — demente 507.  
 — — depressive 509.  
 — — expansive 512.  
 — — galoppirende 518.  
 — senilis 535.  
 Diagnose des Irreseins 166. 183.  
 Digitalis 207.  
 Dipsomanie 470.  
 Dispositionsfähigkeit 146.  
 Dissimulation 190.



Doppeldenken 77.  
 Drucksteigerung, intracranielle 8.  
 Dunkelzimmer, Delirien im 28.

## E.

Eifersuchtswahn 380.  
 — der Trinker 471.  
 Einwicklungen, hydropathische 208.  
 Eisenbahnunglück 10.  
 Ekelgefühle, Verlust der 127.  
 Eklipsis 446.  
 Ekstase 133.  
 Elektrotherapie 209.  
 Embolie 543.  
 Encephalopathia saturnina 27.  
 Enthaltbarkeit, sexuelle 33.  
 — vom Alkohol 462.  
 Entwicklungsanomalien 65. 552.  
 Entziehungscur 482.  
 Epilepsie 15. 443.  
 — psychische 445.  
 Epileptischer Charakter 443.  
 — Dämmerzustand 446.  
 — Krampf 445.  
 — Stupor 449.  
 Epileptisches Aequivalent 453.  
 — Irresein 443.  
 Erblichkeit 61.  
 — atavistische 62.  
 — collaterale 62.  
 — directe 62.  
 — indirecte 62.  
 Erethischer Schwachsinn 565.  
 Ergotismus 21.  
 Erinnerungsfälschung 98.  
 Erinnerungslosigkeit 94.  
 Erklärungsversuch 285.  
 Ermüdung 179.  
 Erschöpfungspsychosen 17.  
 Erschöpfungszustand, acuter 254.  
 Erziehung 66. 193.  
 Erysipelas 15.  
 Eschholtzia 197.  
 Euphorie 133.  
 Exantheme, acute 15.  
 Excesse, sexuelle 32.

## F.

Familiare Verpflegung 232.  
 Faradischer Strom 209.  
 Fieber 15.  
 Fieberdelirien 15. 243.  
 Flexibilitas cerea 172.  
 Fliegenschwamm 27.  
 Folie à deux 40.  
 — du doute 422.  
 — morale 568.  
 — raisonnante 353.  
 — — melancholische 417.  
 Forza irresistibile 573.  
 Fütterung, künstliche 225.

## G.

Galvanischer Strom 209.  
 Gedächtniss 93.  
 — Untersuchung desselben 179.  
 Gedächtnisschwäche 94.  
 Gefangenschaft 44.  
 Gefässerkrankungen 29.  
 Gefäßschwingungen 8.  
 Gefühle 124.  
 — abstracte 126.  
 — sinnliche 126.  
 — Störungen derselben 124.  
 Gehirnerweichung 488.  
 Gehörstäuschung 82.  
 Gelenkrheumatismus 15.  
 Gelüste der Schwangeren 140.  
 Genie 186.  
 Genitalerkrankungen 31. 35.  
 Geschlecht 55.  
 Geschlechtstrieb, Perversitäten desselben 141.  
 Geschwülste 543.  
 Gesichtstäuschung 81.  
 Gheel 232.  
 Gliose der Hirnrinde 542.  
 Gothenburger System 464.  
 Gravidität 36.  
 Grössenwahn 114. 513.  
 — combinatorischer 388.  
 — hallucinatorischer 386.  
 Grübelsucht 420.

## H.

Hallucination 74.  
 — der Erinnerung 98.  
 — hypnagogische 72.  
 — psychische 77.  
 — stabile 72.  
 Handeln, Störungen dess. 134.  
 Haschisch 27. 134. 198.  
 Hebephrenie 53.  
 Heilung des Irreseins 155.  
 — mit Defect 160.  
 Heirathen der Geisteskranken 193.  
 Herzkrankheiten 29.  
 Hirnanämie 8.  
 Hirnhyperämie 7.  
 Hirnkrankheiten 6. 541.  
 Hirnsklerose, diffuse 542.  
 Höhenangst 423.  
 Hydrotherapie 207.  
 Hyoscin 197.  
 Hyoscyamin 198.  
 Hyoscyamus 27.  
 Hyperalgesie, psychische 130.  
 Hypnon 203.  
 Hypnotismus 42. 88. 218.  
 Hypochondrie 381. 411. 431.  
 Hypomanie 352.  
 Hysterie 15. 36. 428.  
 — männliche 436.  
 Hysterischer Charakter 429.  
 — Dämmerzustand 433.  
 — Krampf 433.  
 Hysterisches Irresein 428.  
 Hysterische Verrücktheit 436.  
 Hysteroepilepsie 440.

## I.

Ideenarmuth 102.  
 Ideenflucht 107.  
 Idiosynkrasie 133.  
 Idiotie 552.  
 — anergische 554.  
 — apathische 554.  
 — erethische 554.  
 — versatile 554.  
 Illusion 74.  
 Ilten 232.

Impulsives Irresein 570.  
 Inanition 19.  
 Inducirtes Irresein 41.  
 Infectionskrankheiten 15.  
 Initialdelirium 245.  
 Initialsymptome 150.  
 Intellectuelle Störungen 92.  
 Intelligenz, Untersuchung derselben 176. 178.  
 Intermittens 15. 245.  
 Intimidation 190.  
 Intoxikationen, chronische 456.  
 Intoxikationsdelirien 245.  
 Jodoform 27.  
 Iracundia morbosus 187.  
 Irrenanstalt 227.  
 Irresein, circuläres 350.  
 — impulsives 570.  
 — inducirtes 40.  
 — menstruelles 339.  
 — moralisches 568.  
 Isolirung 212.

## K.

Kachexia strumipriva 30.  
 Kälte 208.  
 Karcinom 20.  
 Katalapsie 172. 500.  
 Kataraktoperationen 28.  
 Katatonie 332.  
 Kawaharz 199.  
 Kinderpsychosen 48.  
 Kleptomanie 142.  
 Kohlenoxydgas 23.  
 Kohlensäurevergiftung 22.  
 Koma 243.  
 — vigil 243.  
 Kopfroße 15.  
 Kopfverletzung 10.  
 Koprophagie 140.  
 Kosmische Einflüsse 60.  
 Kraniometrie 170.  
 Krankheiten, acute 15.  
 — — Besserung durch 157.  
 Krankheitseinsicht 156.  
 — Mangel derselben 113.  
 Krieg 45.  
 Künstliche Fütterung 225.

**L.**

Lactation 38.  
 Lebensalter 48.  
 Leberatrophie, acute, gelbe 23.  
 Lethargie 243.  
 Leuchtgas 23.  
 Localisation der psychischen  
 Störungen 11.  
 — zeitliche 96.  
 Lungenkrankheiten 29.  
 Lustmord 141.  
 Lyssa 17. 245.

**M.**

Mässigkeitsvereine 464.  
 Magenkrankheiten 30.  
 Mania 268.  
 — chronica 277.  
 — furiosa 271.  
 — gravis 273.  
 — periodica 338.  
 — recurrens 275.  
 — sine delirio 352.  
 — transitoria 248.  
 Massage 210.  
 Mastur 211.  
 Masturbation 224.  
 Megalomanie 513.  
 Melancholia 282.  
 — activa 297.  
 — attonita 304.  
 — periodica 346.  
 — praecordialis 298.  
 — simplex 282.  
 Menstruation 34.  
 Methylal 204.  
 Mikromanie 510.  
 Mimik 142.  
 Monomanien 142. 573.  
 Moral insanity 568.  
 Moralisches Irresein 568.  
 Morbus Basedowii 13.  
 Mordtrieb 142. 571.  
 Moria 276.  
 Morphinismus 26. 474.  
 Morphio-Cocainismus 485.  
 Morphinium 196.  
 Morphiniumabstinenz 481.

Morphiumcollaps 481.  
 Morphiniumintermittens 477.  
 Morphiumsucht 26. 474.  
 Mutterkorn 21.  
 Myelasthenie 413.

**N.**

Nachtwandeln 434. 447.  
 Nahrungsverweigerung 145. 224.  
 Nahtverknöcherung 557.  
 Narkotica 195.  
 Nationalität 57.  
 Nervenkrankheiten 13.  
 Neurasthenie 407.  
 — erethische 408.  
 — torpide 408.  
 — angeborene 417.  
 Neurasthenisches Irresein 407.  
 Neuritis, alkoholische 462.  
 Neurosen, allgemeine 14. 407.  
 Neurose, traumatische 425.  
 Nierenkrankheiten 31.  
 No-Restraint 214.  
 Nyktophobie 423.  
 Nymphomanie 138.

**O.**

Ohrenerkrankungen 28.  
 Onanie 32.  
 Ophthalmoskopie 170.  
 Opium 27. 195. 247.  
 Organerkrankungen 28.  
 Othämatom 505.  
 Ovarialhyperaesthesia 432.

**P.**

Paederastie 574.  
 Pantophobie 300.  
 Paraldehyd 201.  
 Paralyse, agitirte 517.  
 — alkoholische 473.  
 — ascendirende 509.  
 — circuläre 516.  
 — demente 507.  
 — depressive 509.  
 — expansive 512.  
 — galoppirende 518.  
 — hypochondrische 510.

Paralyse, weibliche 509.  
 Paranoia 360.  
 Paraphasie 501.  
 Pellagra 22.  
 Perception 85.  
 Perceptionsphantasmen 72.  
 Periodische Geistesstörungen  
 152. 337.  
 — Manie 338.  
 — Melancholie 346.  
 Periodischer Wahnsinn 349.  
 Personenverwechslung 81.  
 Petit mal 446.  
 Pflegepersonal 231.  
 Phrenasthenie 413.  
 Phenylmethylaceton 203.  
 Phthise 164.  
 Picae gravidarum 140.  
 Piqueur 571.  
 Piscidia erythrina 200.  
 Platzangst 133. 422.  
 Pneumonie 15.  
 Pocken 15. 245.  
 Politische Bewegungen 60  
 Porencephalie 558.  
 Postepileptisches Irresein 446.  
 Praedisposition 47. 67.  
 — allgemeine 43.  
 — individuelle 60  
 Praepileptisches Irresein 446.  
 Primordialdelirium 362.  
 Processe, krankhafte 148.  
 Prodrome 150.  
 Prognose des Irreseins 155.  
 Progressive Paralyse 488.  
 Prophylaxis 193.  
 Pseudohallucination 77.  
 Pseudoparalyse 474.  
 Psychische Behandlung 214.  
 Psychopathologie, gerichtl. 147.  
 Pubertätsperiode 51.  
 Puerperium 37.  
 Pulsuntersuchung 173.  
 Pyromanie 142. 570.

## Q.

Quartalsäuer 22. 471.  
 Quecksilber 27.  
 Querulantenwahn 384.

## R.

Race 57.  
 Radiärfasern 524.  
 Raptus melancholicus 300.  
 Rash 201.  
 Rausch 22. 457.  
 Rauschzustände, pathologische  
 457.  
 Reconvalescenz 153.  
 Reflexepilepsie 454.  
 Reflexhallucinationen 79.  
 Reflexpsychosen 13.  
 Religiöse Bewegungen 60.  
 Reperception 76.  
 Reproduction, Störungen der-  
 selben 93.  
 Restraint 214.  
 Retinitis paralytica 498.  
 Rindenfasern, zonale 524.  
 Rippenbrüche 505.

## S.

Salacitas 138.  
 Salicylsäure 27.  
 Santonin 247.  
 Satyriasis 138.  
 Schilddrüse 30.  
 Schlaflosigkeit, Behandlung der-  
 selben 221.  
 Schlafmittel 200.  
 Schluss, logischer 101.  
 Schmerzempfindlichkeit, gesteigerte 130.  
 Schnauzkrampf 334.  
 Schöpfungsfragen 420.  
 Schreck 8.  
 Schreckneurose 425.  
 Schrift der Geisteskranken 143.  
 Schwachsinn, anergetischer 563.  
 — angeborener 562.  
 — erethischer 565.  
 — impulsiver 570.  
 — moralischer 568.  
 — secundärer 548.  
 — seniler 535.  
 Schwächezustände, erworbene  
 535.  
 — secundäre 546.

Schwangerschaft 36.  
 Schwefelkohlenstoff 23.  
 Schwefelwasserstoff 23.  
 Schwellenwerth 86.  
 Sectionsbefund 182.  
 Seelenblindheit 171.  
 Sehstörung der Paralytiker 497.  
 Selbstbewusstsein 87.  
 — Störungen desselben 121.  
 Selbstmord 185. 222.  
 Septicaemie 16.  
 Sexualempfindung, conträre 141.  
 574.  
 Silbenstolpern 502.  
 Simulation 189.  
 Sinnesorgane, Erkrankungen der  
 28.  
 Sinnestäuschung 70.  
 — elementare 71.  
 Sitophobie 145. 224.  
 Sklerose, multiple 542.  
 Somnambulismus 434. 447.  
 Sondenfütterung 225.  
 Sphygmographie 173.  
 Spinnenzellen 524.  
 Sprache der Geisteskranken 143.  
 Sprachstörung der Paralytiker  
 501.  
 Stadtasyl 231.  
 Status praesens 169.  
 Stehltrieb 142.  
 Stickstoffoxydul 23. 247.  
 Stigmata hereditatis 65.  
 Stimmen 82.  
 — innere 84.  
 Stimmungswechsel 129.  
 Stuper 304.  
 — epileptischer 449.  
 Suggestion 89. 218.  
 — posthypnotische 89.  
 — à échéance 89.  
 Sulfonal 202.  
 Symptomatologie, allgemeine 69.  
 Syphilis 20. 527.

## T.

Tabak 27.  
 Tabes 13.  
 Tetanie 15.

Therapie, allgemeine 192.  
 Thermometrie des Kopfes 171.  
 Thierverwandlung 111.  
 Thrombose 543.  
 Tobsucht 268. 353.  
 — transitorische 248.  
 Todesursachen 163.  
 Trauma 10.  
 Traumatische Neurose 425.  
 Tribasilarsynostose 558.  
 Triebe, krankhafte 141.  
 Trinker 457.  
 Trinkerasyl 463.  
 Tuberculose 20.  
 Tumoren 543.  
 Typhus 15. 245.

## U.

Ueberanstrengung 46.  
 Ueberbürdung 193.  
 Uebung 179.  
 Unheilbarkeit 161.  
 Unreinlichkeit 223.  
 Untersuchung, psychische 174.  
 — somatische 170.  
 Untersuchungsmethoden 166.  
 Uraemie 23.  
 Urethan 203.  
 Urning 575.  
 Ursachen, äussere 6.  
 — innere 47.  
 — körperliche 6.  
 — psychische 39.  
 Urtheil 101.  
 — Störungen desselben 108.

## V.

Verblödung 103. 162.  
 Vererbung, cumulative 62.  
 — gleichartige 64.  
 Vererbung, Transformation d. 65.  
 Verfolgungswahn 111.  
 — combinatorischer 374.  
 — hallucinatorischer 363.  
 — physikalischer 368.  
 — sexueller 378.  
 Vergiftungen 22.

- Verlauf des Irreseins 148.  
 — alternirender 154.  
 — continuirlicher 151.  
 — intermittirender 151.  
 — progressiver 162.  
 — remittirender 151.  
 Verrücktheit 360.  
 — acute 361.  
 — allgemeine 547.  
 — erotische 391.  
 — hypochondrische 381.  
 — hysterische 436.  
 — katatonische 372.  
 — originäre 393.  
 — partielle 361.  
 — primäre 361.  
 — religiöse 390.  
 — secundäre 546.  
 Versündigungswahn 112. 285.  
 Verwandtschaftsheirathen 66.  
 Verwirrtheit 122. 547.  
 — asthenische 260.  
 — hallucinatorische 256.  
 — ideenflüchtige 270.  
 Vision 81.  
 Vorstellungsverbindungen, ap-  
 perceptive 100.  
 — associative 100.  
 — Erleichterung der 103.  
 — Erschwerung der 101.  
 — Festigkeit der 181.  
 — Statistik der 180.  
 — Untersuchung der 180.  
 Vorstellungsverlauf, Beschleunigung desselben 105.  
 — Verlangsamung desselben 104.

## W.

- Wahnidee 109.  
 Wahnideen, depressive 110.  
 — exaltirte 113.

- Wahnideen, Entstehung der 109.  
 — fixe 115.  
 — hypochondrische 110.  
 — Localisation derselben 120.  
 — wechselnde 115.  
 Wahnsinn 310.  
 — depressiver 320.  
 — expansiver 327.  
 — hallucinatorischer 311.  
 — katatonischer 332.  
 — periodischer 349.  
 Wahnsystem 115.  
 Wahrnehmungsvorgang, Störung desselben 70.  
 Weltanschauung 101  
 Willensimpulse, Herabsetzung der 135.  
 — Steigerung der 137.  
 Wochenbett 37.  
 Wollusttrieb 142.  
 Worttaubheit 171.

## Z.

- Zeitmessungen, psychische 104.  
 180.  
 Zeitsinn 180.  
 Zerstörungssucht 223.  
 Zerstreutheit 91.  
 Zonale Rindenzellen 524.  
 Zornsucht 271.  
 Zurechnungsfähigkeit 146.  
 Zustände, krankhafte 148.  
 Zwangsbefürchtung 421.  
 Zwangsbewegung 139  
 Zwangsfütterung 225.  
 Zwangsjacke 214.  
 Zwangshandlung 140. 570.  
 Zwangsimpuls 424.  
 Zwangsvorstellung 106. 419.  
 Zweifelsucht 422.