DIE ANFANGSSTADIEN DER WICHTIGSTEN GEISTESKRANKHEITEN

VON

PROFESSOR DR. **ALEXANDER PILCZ**
WIEN

MIT 3 TEXTABBILDUNGEN

WIEN UND BERLIN
VERLAG VON JULIUS SPRINGER
1928

ISBN-13: 978-3-7091-9593-2 e-ISBN-13: 978-3-7091-9840-7
DOI: 10.1007/978-3-7091-9840-7

ALLE RECHTE, INSBESONDERE DAS DER ÜBERSETZUNG
IN FREMDE SPRACHEN, VORBEHALTEN
COPYRIGHT 1928 BY JULIUS SPRINGER IN VIENNA
SOFTCOVER REPRINT OF THE HARDCOVER 1ST EDITION 1928

Vorwort.

Das vorliegende Büchlein greift nur ein einzelnes Spezialkapitel aus dem großen Gesamtgebiete der Psychiatrie heraus, allerdings ein Kapitel, dem eine ganz besondere Bedeutung gerade für den praktischen und namentlich für den Landarzt beigemessen werden muß. Die möglichst frühzeitige Erkennung von Geistesstörungen ist nicht nur vom therapeutischen Standpunkte aus von außerordentlicher Wichtigkeit, sondern in demselben Maße auch vom sozialen; Fragen der Gemeingefährlichkeit, der Anstaltsbedürftigkeit, der Entmündigung, der Testierfähigkeit und dergleichen kommen in Betracht.

Ich erachte es daher als einen glücklichen Gedanken der Herausgeber, daß sie gerade die Anfangsstadien der wichtigeren Psychosen im Rahmen der Serie „Bücher der Ärztlichen Praxis" behandeln lassen wollten, und ich hoffe, dem Praktiker einen brauchbaren Ratgeber für seine Diagnostik und sein Handeln zu bieten. Ich muß aber mit Nachdruck hervorheben, daß niemand erwarten darf, in den folgenden Ausführungen ein wirkliches Lehrbuch der Psychiatrie zu finden. Dieses Buch ist weder für den Studierenden, noch auch für den psychiatrisch geschulten Fachkollegen bestimmt.

Wien, im Frühjahr 1928.

Dr. Pilcz.

Inhaltsverzeichnis.

Seite

I. Die progressive Paralyse 1
II. Der Altersblödsinn 19
III. Die Geistesstörungen bei der cerebralen Arteriosklerose . . . 25
IV. Die Paranoia (Chronische Verrücktheit) 30
V. Die Dementia praecox (Schizophrenie) 36
VI. Die Melancholie 41
VII. Die Manie 47
VIII. Alkoholische Geistesstörungen 52
1.) Das Delirium tremens (Säuferwahnsinn) 52
2.) Der alkoholische Eifersuchtswahn (Alkoholparanoia) . . 54
Anhang: Einige der häufiger verwendeten Rezeptformeln 57

I. Die progressive Paralyse.

Psychische Symptome. In der Mehrheit der Fälle entwickelt sich die progressive Paralyse (oder Dementia paralytica) schleichend aus einem sogenannten Prodromalstadium heraus. Dieses Vorläuferstadium bietet das Zustandsbild einer schweren Neurasthenie und hat, wenn man von gewissen später zu erörternden körperlichen Befunden absieht, in rein psychischer Hinsicht noch nichts für die Paralyse Charakteristisches. Höchst verdächtig für beginnende Paralyse gestaltet sich freilich schon eine sorgfältig erhobene Anamnese. Bei dem, was man so gemeiniglich unter „Neurasthenie" versteht, handelt es sich doch wesentlich entweder um konstitutionell neuropathisch Minderwertige, um Leute, die seit jeher unter ihren „Nerven" zu leiden haben, um reizbare, abnorm ermüdbare, hypochondrische, überempfindliche Naturen oder um einen Zustand, der sich bei einem vorher hinsichtlich seines Nervensystems gesunden Menschen im Gefolge von ganz besonders hochgradigen geistigen Anstrengungen, von ungewöhnlicher beruflicher Überbürdung, von schweren Sorgen und Aufregungen oder von mangelnder und ungenügender Schonung nach einer schweren körperlichen Krankheit eingestellt hat. Bei dem zukünftigen Paralytiker vermissen wir den Nachweis derartiger Momente. Seine Neurasthenie entwickelt sich sozusagen von selbst und er hatte bis dahin sein Lebelang nie sonderlich mit seinen Nerven zu tun gehabt. Das Symptomenbild des Prodromalstadiums trägt jedoch, wie gesagt, noch nichts für Paralyse Kennzeichnendes an sich. Es zeigt sich eine gesteigerte Reizbarkeit, eine Überempfindlichkeit gegen die vielen kleinen Nadelstiche des täglichen Lebens, Depression, abnorm leichte Erschöpfbarkeit, Abnahme der Konzentrationsfähigkeit, Zerstreutheit, Erschwerung der Gedankenarbeit usw. Besonders quälend wird eine sehr hartnäckige, so gut wie unbeeinflußbare Schlafstörung empfunden, so daß die Kranken frühmorgens wie gerädert, mit dumpfem Kopfe, in keiner Weise erquickt aufstehen. Ebenso peinigend sind Kopfschmerzen der verschiedensten Art, teils vom Typus des gewöhnlichen neurasthenischen Kopfdruckes, teils ganz von dem der

echten Migräne. Auch hier wieder muß betont werden, daß das Auftreten einer Hemikranie bei einem diesbezüglich erblich nicht belasteten Individuum im reifen Lebensalter als erstmalige Erkrankung für außerordentlich bedenklich gewertet werden muß. In diesem Prodromalstadium sind sich die Kranken auch dieser Veränderung und Minderung ihrer Leistungsfähigkeit noch bewußt, ja sie überwerten diese zuweilen in hypochondrischem Sinne, empfinden die Ahnung eines hereinbrechenden schweren Hirnleidens, verüben Selbstmordversuche und Selbstmord.

Unmerklich fließend und ganz allmählich vollzieht sich der Übergang von diesem Stadium prodromorum zu dem initialen Stadium, das heißt also zu jenem Stadium, da die progressive Paralyse als solche eben schon da ist, wenn auch nur im Beginne. Jenes früher erwähnte Krankheitsbewußtsein verliert sich immer mehr; die Kranken bringen zwar vielleicht irgendwelche Klagen und hypochondrische Beschwerden vor, allein gerade für die wesentlichen, nunmehr zu schildernden krankhaften Züge zeigen sie keine Einsicht, machen sich darüber keine Sorgen, empfinden sie gar nicht. Die neurasthenische Reizbarkeit erfährt eine weitere Steigerung und entlädt sich in Reaktionen, welche nicht nur durch ihre Maßlosigkeit, sondern vor allem durch das meistens krasse Mißverhältnis auffallen, in welchem sie zu den oft geringfügigen, ja nichtigen Veranlassungsursachen und, was besonders beachtenswert ist, zur früheren psychischen Persönlichkeit des Patienten, zu seinem Charakter, zu seiner Bildung stehen. Unflätige Schimpfworte, ja brutale Tätlichkeiten erlebt die bekümmerte und entsetzte Frau seitens ihres Gatten, der vordem ein liebevoller, feinbesaiteter und gut erzogener Mensch gewesen ist. Diese rohen Zornausbrüche verpuffen ebenso schnell, wie sie aufgeflammt; es folgt aber nicht die Ernüchterung des einfach Jähzornigen, die Scham und Reue, die Bitten um Verzeihung, die Beteuerungen und Vorsätze, daß dergleichen nicht wieder vorkommen solle; der Paralytiker findet gar nichts besonderes daran; es macht sich vielmehr eine charakteristische, zu der maßlosen Reizbarkeit in merkwürdigem Gegensatze stehende eigenartige Apathie immer mehr bemerkbar.

Höchst ominös sind die Erscheinungen rasch zunehmender Zerstreutheit. Es kommt zu jenen vielen Beispielen von Vergeßlichkeit, deren jedes Einzelne, nur für sich allein betrachtet, sich auch bei jedem Gesunden zutragen könnte. Bezeichnend jedoch ist nicht nur die steigende Häufigkeit, sondern wieder die mangelnde Einsicht. Der Paralytiker klagt nicht mehr über sein

schlechtes Gedächtnis, er ärgert sich nicht sonderlich über das Vergessen eines Auftrages, einer Botschaft, er versucht es nicht, durch irgend welche selbst ersonnene mnemotechnische Kunstgriffe, und sei es nur der bewährte und beliebte Knoten im Taschentuche, sich gegen seine Vergeßlichkeit zu schützen: er merkt es eben nicht, daß sein Gedächtnis gelitten hat. Der Koch setzt leere Schüsseln auf die Herdplatte, vergißt Salz oder andere wichtige Ingredienzen oder setzt umgekehrt diese wiederholt zu, weil er vergessen hat, daß er dies bereits einmal besorgt hat; der Kranke läßt beim Verlassen seiner Wohnung die Türe offen, läßt das Licht auf dem Aborte weiter brennen, geht mangelhaft bekleidet auf die Straße, läßt Gepäckstücke in der Straßenbahn liegen usw. Von dieser Abnahme des Gedächtnisses wird aber in den Frühstadien nicht das gesamte Vorstellungsmaterial gleichmäßig betroffen. Das Gedächtnis für Namen, Daten u. dgl., vor allem für jüngst erworbene Kenntnisse, ebenso für jüngst erwachsene Pflichten, für eben erteilte Aufträge usw. zeigt am frühesten die Einbuße, während die altgewohnten „ausgeschliffenen Bahnen" noch leidlich, ja ungestört funktionieren können; durch besondere Anstrengung, durch Anspannung der Aufmerksamkeit können sogar die Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen für den Augenblick gebessert werden; so sieht man zum Beispiel nicht so selten, daß derselbe Patient, von dem die Angehörigen unter anderem seine erheblichen Rechnendefekte zu berichten wissen, gerade beim Examen noch keine gröberen Störungen in dieser Hinsicht an den Tag legt. Aus dem eben Gesagten erklärt es sich auch, daß gelegentlich sogar verhältnismäßig höhergradige geistige Ausfallserscheinungen mehr oder minder lange Zeit unbemerkt bleiben können, so lange nämlich die beruflichen Obliegenheiten, die täglichen Verrichtungen und Besorgungen in alt gewohnten Bahnen nahezu automatisch vollzogen werden, während sich die Größe des bereits vorhandenen Defektes wie mit einem Schlage offenbart, sobald die geringste Veränderung im gewohnten Betriebe platzgreift, sobald geringfügige Anforderungen an das selbständige Denken, an die Anpassung an eine ungewohnte Situation, an den geänderten Verhältnissen entsprechende neue Entschlußfassungen gestellt werden. Ein paralytisch gewordener Beamter versieht anscheinend anstandslos seinen Dienst, bis er beispielsweise eines Tages beim Heimwege von seiner Arbeitsstelle einen Kollegen begleitet und dabei in eine Gasse gerät, die nicht auf seinem altgewohnten Wege liegt; der Kranke merkt dies nicht, geht weiter und verirrt sich; er verfällt gar nicht auf den Ge-

danken, sich durch Fragen zu orientieren, bis er nach stundenlangem Umherirren ratlos aufgegriffen wird.

Gewohnter Weise multipliziert man die größere Zahl mit der kleineren, 3×7, und nicht 7×3. Der Paralytiker löst das erste Exempel richtig, das zweite fehlerhaft, wobei als charakteristisch häufig noch zu bemerken ist, daß sich der Kranke überhaupt um die Lösung der zweiten Aufgabe durch einen neuerlichen Denkakt bemüht und daß er die Identität der beiden Beispiele nicht sofort überblickt. Gerade beim Rechnen macht sich auch die Gedächtnisstörung recht deutlich bemerkbar; der Patient beherrscht das kleine Einmaleins noch tadellos, vergißt aber beispielsweise die Zehner zu übertragen, irrt sich beim Addieren u. dgl. Bei der Aufgabe des fortlaufenden Subtrahierens kommen als erschwerend für den Kranken und darum auch schon leichtere Grade der Störung verratend nicht nur die Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsfehler, sondern auch die rasche Ermüdbarkeit dieser Patienten in Betracht. Selbstverständlich verhalten sich gerade bei derartigen Rechenproben die einzelnen Kranken auch sehr verschieden je nach ihrem Berufe und nach ihrer Bildung, ein Kuhhirte anders als ein Bankkassier; Patienten aus Berufskreisen der letzteren Art wird man schon kompliziertere Aufgaben vorlegen müssen, etwa schriftliches Multiplizieren zweier dreistelliger Ziffern. Aus praktischen Gründen empfiehlt es sich übrigens für den untersuchenden Arzt, bei den Rechenproben stets ein und dasselbe Exempel zu wählen, dessen Ergebnis ihm bekannt ist, da sonst der Arzt beim Nachrechnen, wenn er nicht gerade Rechenkünstler ist, gelegentlich in die fatale Lage geraten könnte, selbst einen rechnerischen Schnitzer zu begehen. Solche Proben mit Rechnenlassen gewähren übrigens auch einen guten Einblick in das Darniederliegen der Kritikfähigkeit, in den Mangel des Kausalitätsbedürfnisses und der richtigen Beurteilung der Situation seitens der Paralytiker; der Kranke wird darüber gar nicht stutzig, daß ihn der Arzt, der ihn ja wegen eines angeblichen „Magenleidens“ oder dgl. untersuchen soll, gleich einem Volksschüler rechnen läßt. Ich erinnere mich noch lebhaft des Entsetzens und der folgenden Verblüffung der Umgebung, als ich eine der Paralyse verdächtige, sehr hochgestellte militärische Persönlichkeit während des Weltkrieges untersuchen mußte, wobei mir die „höchste Delikatesse und größtmöglichster Takt“ vorher eingeschärft worden war, und ich nun nach einigen „gehorsamsten“ Redewendungen unvermittelt fragte, wie viel 19×7 sei; die Antwort lautete freilich „163“.

Mit dem zuletzt Ausgeführten haben wir aber schon gewisse Störungen in den Kreis unserer Betrachtungen gezogen, welche nicht mehr lediglich auf den Verfall des Gedächtnisses zurückzuführen sind. Bei der progressiven Paralyse handelt es sich ja auch tatsächlich nicht nur um Gedächtnisstörungen, sondern der Krankheitsprozeß geht auch mit einer zunehmenden Einbuße aller verstandesmäßigen Fähigkeiten einher. Die paralytische Verblödung prägt sich vor allem in allgemeiner Kritikschwäche aus, in dem Verluste der Fähigkeit, die Situation und deren Beziehungen zur eigenen Persönlichkeit richtig einzuschätzen, die feineren Zusammenhänge zu beurteilen, situationsgemäße Schlüsse zu ziehen. Auch bei äußerlich noch durchaus geordnetem Gebaren leben die Kranken in einem eigentümlich, wie traumhaft verlorenen geistigen Zustande dahin. Einer aufmerksamen Umgebung kann es nicht entgehen, wie diese Kranken Gesprächen nicht mehr recht folgen können, Fragen oft mißverstehen, den Sinn oder das Verständnis für witzige Redewendungen vermissen lassen; sie sind nicht imstande, die jeweilige Lage zu überblicken. Durch Erziehung festgewurzelte Hemmungen fallen, die gesellschaftliche „Politur" erfährt Risse und Sprünge, wenngleich zuweilen ein gewisser oberflächlicher Schliff und gewisse höfliche Umgangsformen Fremden gegenüber überraschend lange erhalten bleiben können. Der Kranke gähnt in einer Gesellschaft laut mit aufgerissenem Munde, pfeift, bohrt in der Nase oder in den Ohren oder in den Zähnen herum; er erscheint unrasiert und ungewaschen bei einer Soirée; die Patienten vernachlässigen ihr Äußeres, plaudern sonst sorgsam gehütete Geheimnisse aus, verkehren mit ihnen fremden Personen wie mit alten Bekannten.

Eine Besprechung der sogenannten paralytischen Geistesstörungen gehört schon nicht mehr in den Rahmen dieses Buches über die Anfangsstadien der Geisteskrankheiten; doch müssen, weil häufig schon in den Initialstadien vorkommend, gewisse Züge leichter manischer Erregung hier noch kurz gestreift werden, welche durch die gleichzeitig bestehende paralytische geistige Abschwächung in charakteristischer Weise gefärbt sind.

Die Kranken zeigen gesteigerte sexuelle Erregbarkeit; sie werden Personen des anderen Geschlechtes gegenüber zudringlich, gefallen sich in plumpen, witzlosen Zoten, rühmen in Gesellschaft ihre oder ihres Ehepartners geschlechtliche Vorzüge, knüpfen wahllos galante Bekanntschaften an, tragen sich mit unpassenden Heiratsprojekten. Frauen aus achtbarster Familie benehmen sich wie trunkene Straßendirnen usw.

Die Kranken werden entgegen ihrer finanziellen Lage und ihrem bisherigen sparsamen Leben verschwenderisch, kaufen für sie überflüssige Dinge ein, machen leichtfertig Schulden, begehen aber auch, nicht wählerisch in der Wahl ihrer Mittel, plumpe Schwindeleien, scheuen vor kleineren und größeren Diebstählen nicht zurück, Diebstählen, die häufig ganz ohne Überlegung und Vorsicht ausgeübt werden; der Paralytiker entwendet bei belebter Straße aus einer Auslage einfach das, was augenblicklich seine Begierde gereizt hat. Bekannt und geradezu pathognostisch sind die berüchtigten „Masseneinkäufe" derartiger Patienten; infolge der Unfähigkeit einer richtigen Abschätzung einer- und wegen der Verarmung an Einfällen andererseits kaufen sie von einem und demselben Gegenstande gleich Unmengen, für die sie gar keine Verwendung haben, ja die sie oft gar nicht in ihrem Heime unterbringen können. Bei allen diesen Erscheinungen manischer Erregung sind aber noch nicht die charakteristischen eigentlichen Größenwahnideen (Megalomanie) des vollentwickelten Krankheitsbildes vorhanden.

Alle die bisher skizzierten Symptome steigern sich mit dem Fortschreiten des Krankheitsprozesses; bald gerät der nicht rechtzeitig behandelte Kranke in das Stadium der vollentwickelten Krankheit.

Körperliche Symptome. Pupillensymptome sind nicht nur sehr häufig, sondern auch schon sehr frühzeitig zu konstatieren, noch im präparalytischen Stadium. Die Pupillen werden häufig ungleich, wobei im ganzen enge Pupillen öfters gesehen werden, als weite; die normale kreisrunde Form der Pupille geht oft verloren, der Pupillarrand erscheint entrundet, zackig verzogen, ohne daß Synechieen oder dgl. vorlägen. Der Wert dieser Befunde liegt hauptsächlich darin, daß sie sich dem Beobachter ohneweiters von selbst aufdrängen und zu einer eingehenderen Untersuchung auffordern. Prüft man nun die Reaktion der Pupillen, so zeigt sich, daß die akkommodative Reaktion (das heißt die Verengerung der Pupille beim Schauen in die Nähe und die Erweiterung der Pupille beim Blick in die Ferne) zumeist mit normaler Schnelligkeit und in normalem Ausmaße erfolgt; die Lichtreaktion dagegen, also die auf Lichteinfall reflektorisch erfolgende, ist in der überwiegenden Mehrheit der Fälle schon in den frühesten Stadien erheblich herabgesetzt oder sie fehlt bereits vollständig. Öfters kann man bei wiederholter Untersuchung desselben Patienten wahrnehmen, wie zunächst die Pupillen auf Lichteinfall nur träge, wenig ausgiebig, das heißt mit geringer Exkursionsweite

reagierten, wie dann im weiteren Verlaufe diese Reste einer Lichtreaktion immer geringere wurden und schließlich völlig schwinden. Zum Nachweise dieses diagnostisch so außerordentlich wichtigen Symptomes, des sogenannten Argyll-Robertsonschen Phänomens, ist aber eine einwandfreie Untersuchungstechnik erforderlich; es muß nämlich der Einfluß gleichzeitiger Akkommodation sorgfältig ausgeschaltet werden, sonst erhält man eine Pupillenverengerung, die irrtümlicherweise auf den Lichteinfall bezogen wird, während in Wirklichkeit die betreffende Pupille lichtstarr sein kann und die Iriskontraktion lediglich durch Anspannung der Akkommodation zustande kam. Am zweckmäßigsten geschieht die Untersuchung mittels einer der handlichen kleinen elektrischen Taschenlampen, wobei man das eine Auge des zu Untersuchenden verdeckt und er aufgefordert wird, die Nasenwurzel des Untersuchers ruhig zu fixieren; man kann auf diese Weise stets kontrollieren, ob der Kranke immer auf denselben Punkt blickt; nur wenn diese Bedingung erfüllt ist, darf eine beim Aufblitzen der Lampe erfolgende Pupillenverengerung auf den Lichtreiz bezogen werden. Nicht selten bestehen auch Unterschiede zwischen beiden Pupillen; die eine ist lichtstarr, die andere reagiert gut oder zwar träge und spurweise, aber sie reagiert entschieden.

Die Sprache erfährt gleichfalls meistens schon in einem sehr frühen Stadium eine eigenartige Veränderung. Sie wird monoton, oft verlangsamt, bebend, vor allem aber in unverkennbarer Weise verwaschen, „schlampig", undeutlich; einzelne Konsonanten, namentlich R, L, sowie die Zischlaute werden mangelhaft artikuliert, Silben verschliffen, ausgelassen oder verdoppelt u. dgl. („Silbenstolpern"). Es handelt sich bei dieser Art von Sprachstörung, bei der sogenannten paralytischen Dysarthrie, um eine Koordinationsstörung, das heißt, das fein abgestufte, prompte Ineinandergreifen aller der zur Erzeugung der Phonation und Artikulation gehörenden Impulse für die Muskulatur des Kehlkopfes, der Zunge, der Lippen, des Gaumensegels usw. vollzieht sich mangelhaft; die Reihenfolge und das Ausmaß der jeweilig erforderlichen Innervationsverhältnisse ist gestört. So kommt es auch zu überflüssigen, über das Ziel hinausschießenden Bewegungsimpulsen, zu den bekannten Mitbewegungen; der Kranke spricht sozusagen mit dem ganzen Gesichte, so daß man eine paralytische Sprachstörung oft auch mit dem Gesichtssinne wahrnehmen kann an den zitternden, krampfhaften Mitbewegungen aller Fazialisäste usw. Für den Geübten sind auch die leichtesten

Grade dieser Sprachstörung schon beim spontanen Sprechen des Patienten unverkennbar; um sie deutlicher zu machen, lasse man den Kranken vorlesen oder bediene sich eines der bekannten Probeworte zum Nachsprechenlassen, wie „Exterritorialität", „Fleischpreissteigerung", „dritte, reitende Artilleriebrigade", „niederösterreichisches Elektrizitätswerk" u. dgl.

Auch bei der Schrift der beginnenden Paralytiker liegt im wesentlichen eine Koordinationsstörung vor, zu der dann noch Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen hinzukommen. Die Schrift wird zitterig, unsauberer, die einzelnen Buchstaben fallen verschieden groß aus, einzelne werden ausgelassen, andere wiederholt; häufig ist der Kranke nicht imstande, auch wenn er aufmerksam gemacht wird, die Schreibfehler zu entdecken, bringt etwaige Korrekturversuche fehlerhaft oder an unrichtiger Stelle an. In zweifelhaften Fällen ist ein Vergleich früherer Schriftstücke sehr wertvoll; eine vielleicht noch nicht charakteristische Schriftprobe wird durch Gegenüberstellung einer Handschrift des Kranken aus früherer Zeit sofort kennzeichnend. Die erste Schriftprobe (Abbildung 1) stammt von einem ganz initialen Falle; man

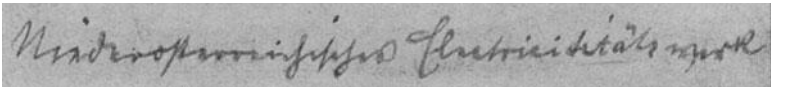

Abbildung 1.

beachte die Auslassung der Strichelchen über dem „o" und die falsche Silbe „ti". Die zweite Probe rührt von einem bereits vorgeschritteneren Falle her (Abbildung 2).

Die gleiche Art koordinatorischer Störung, wie sie sich in der Sprache und Schrift der Paralytiker kundgibt, macht sich natürlich auch bei allen übrigen motorischen Akten bemerkbar, selbstverständlich am frühesten und deutlichsten bei jenen, die ein ganz besonders präzises Innervieren erheischen, also namentlich bei gewissen Berufen, wie Uhrmachern, Feinstickerinnen, Musikern und dgl. In einem Falle von schwerer Manie bei einem Tabiker (bei dem also das Argyll-Robertsonsche Phänomen und die positiven Liquorbefunde nicht eindeutig zu verwerten waren) hatte ich hauptsächlichst wegen der tadellos gleichmäßig ausgeführten Triller des Kranken — er war Violinspieler — die von anderen gestellte Diagnose der Paralyse abgelehnt; der weitere Verlauf hat mir Recht gegeben.

Apoplekti- und epileptiforme Anfälle stellen manchmal ein Initialsymptom der Paralyse dar, sie treten aus anscheinend voller geistiger und körperlicher Gesundheit zum erstenmale in Erscheinung; zuweilen gehen allerlei Parästhesieen nach Art eines sensiblen Jacksonschen Anfalles voraus. Die apoplektiformen Anfälle der Paralytiker zeichnen sich durch ihre Flüchtigkeit aus; eine plötzlich einsetzende Lähmung einer Kör-

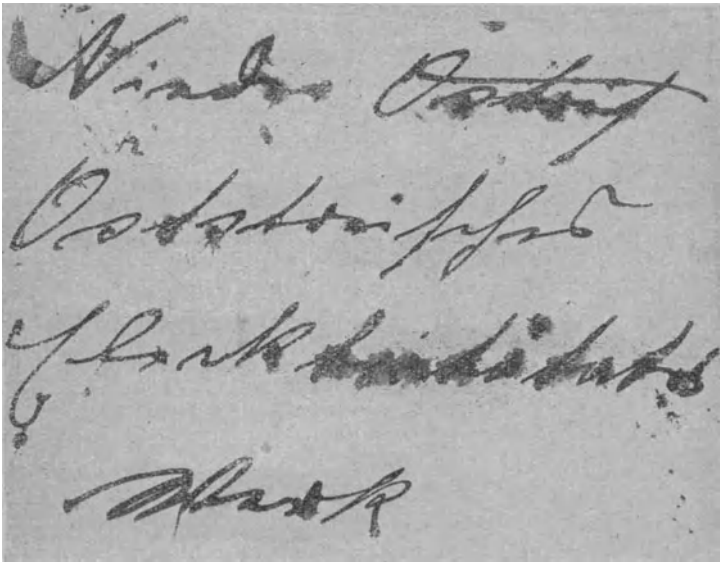

Abbildung 2.

perhälfte, Sprachverlust, motorische oder sensorische Aphasie usw. können sich innerhalb weniger Stunden oder innerhalb der nächsten paar Tage spurlos zurückbilden. Die epileptiformen Anfälle sind meistens halbseitig, können sich aber auch verallgemeinern; das Auftreten derartiger Krampfanfälle bei einem Menschen im mittleren Lebensalter, der vorher niemals an Fallsucht gelitten hatte, ist immer ein höchst ominöses Anzeichen und weist auf ein schweres Gehirnleiden, also auch auf eine beginnende Paralyse hin.

Die Reflexe sind in nahezu allen Fällen von progressiver Paralyse krankhaft verändert; man findet abnorme Steigerung ebensowohl wie Herabsetzung, sie können auch gänzlich fehlen; sehr häufig kann man Unterschiede zwischen beiden Körperhälften

nachweisen. Das eben Gesagte bezieht sich teils auf alle Sehnen-Periostreflexe, teils zeigt sich nur an einem Reflexe, zum Beispiel dem Achillessehnenreflexe einer Seite eine abnorme Steigerung, oder er ist nicht auslösbar. Diese Befunde sind zwar selbstverständlich in keiner Weise für die progressive Paralyse pathognostisch; allein sie sind darum von Bedeutung, weil mit ihrem Nachweise eine einfache Neurasthenie sogleich ausgeschlossen werden kann und weil sie eben auf ein organisches Leiden hindeuten.

Zuweilen kann bei verhältnismäßig ganz initialen Fällen der aufmerksame Beobachter allerlei dem Kranken gar nicht bewußte Reizerscheinungen im Bereiche der motorischen Hirnnerven wahrnehmen, ein eigenartig schmatzendes, leckendes, saugendes Spiel der Lippenmuskulatur, Kaubewegungen und dgl.

Die Befunde im Serum und im Liquor, die sogleich aufgezählt werden sollen, hätten eigentlich, was ihre Wichtigkeit anbelangt, an erster Stelle besprochen werden sollen, gehören sie ja doch zu den konstantesten Symptomen schon des Frühstadiums der Paralyse und sind sie für die Differentialdiagnose vielfach ausschlaggebend. Wenn sie nun gleichwohl hier an letzter Stelle angeführt werden, so hat dies seinen Grund darin, weil gerade der praktische, vor allem der Landarzt, ja so gut wie gar nicht imstande ist, die betreffenden Untersuchungen selbst auszuführen; ich möchte sogar geradezu davor warnen, daß der nicht genügend fachlich ausgebildete Arzt solche Versuche unternimmt. Der im allgemeinen durchaus harmlose und einfache Eingriff der Lumbalpunktion (des Lendenstiches) kann in der Hand des Ungeübten recht unliebsame Komplikationen zur Folge haben; das ist bei der Blutentnahme zwar weniger zu fürchten, doch kann durch mangelhafte Technik, durch Verunreinigungen des Blutes usw. das Ergebnis der Prüfung ganz illusorisch gemacht werden. Es dürfte genügen, wenn der Praktiker überhaupt Kenntnis von der überaus großen Bedeutung der fraglichen Befunde hat und daher den ihm verdächtigen Kranken zwecks Vornahme der erforderlichen Untersuchungen zu einem Spezialarzte oder in das nächste Krankenhaus schickt.

Aus eben diesen Gründen ist auch eine eingehende Schilderung der Untersuchungstechnik im Rahmen dieses Buches überflüssig, eine Aufzählung der Befunde dürfte genügen. Das Blutserum ergibt nahezu ausnahmslos einen stark positiven Ausfall der Reaktionen nach Wassermann, Meinicke und Sachs-Georgi.

Gleichfalls komplett positiv fallen dieselben Reaktionen bei Prüfung des Liquor cerebrospinalis aus. Die Zellzahl im Liquor ist mehr oder minder beträchtlich vermehrt, und zwar betrifft diese Vermehrung (Pleozytose) vorzugsweise die Lymphozyten (mehr als 10 Zellen im Kubikzentimeter sind als pathologische Vermehrung zu deuten). Der Eiweißgehalt des Liquors ist ebenfalls gesteigert (Werte über 0·5‰), desgleichen, was besonders wichtig ist, der Gehalt an Globulinen, zu deren Bestimmung die Nonne-Apeltsche Methode (Phase I) und die Probe nach Weichbrodt dienen. Die verschiedenen kolloidalen Reaktionen (Goldsol, Mastix) geben eine für Paralyse charakteristische Kurve. Der Liquor fließt zumeist unter erhöhtem Drucke aus.

Der Arzt, der seinen Patienten behufs Einholung dieser Untersuchungen an eine kompetente Stelle gewiesen hat, wird demnach im Falle einer typischen, wenn auch ganz inzipienten Paralyse etwa folgenden Befund erhalten:

Blut-Wassermann komplett positiv („+++++“).

Liquor-Wassermann komplett positiv, schon bei 0·2 Kubikzentimeter Liquors (bei den meisten Fällen von Lues cerebrospinalis findet ein positiver Ausschlag erst bei Verwendung von größeren Liquormengen, 0·4 bis 1·0 statt).

Gesamteiweiß 0·075%,

Phase I Trübung (— Spur Opaleszenz gilt als negativ —)

Weichbrodt positiv,

Zellzahl 108,

Mastix: Paralysekurve,

Goldsol: Paralysekurve (Abbildung 3).

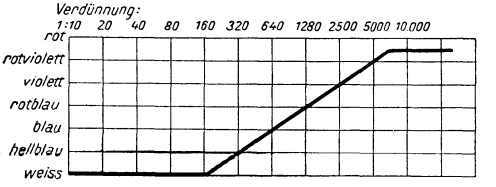

Abbildung 3.

Therapie. Bei sicher gestellter Diagnose der Paralyse gibt es nur die sofortige Einleitung der Malariabehandlung nach Wagner-Jauregg. In einem je früheren Stadium der Erkrankung dieses Verfahren zur Anwendung gelangt, desto größer sind die Heilungschancen; bei rechtzeitigem Einsetzen dieser Therapie kann man fast immer auf dauernde Heilungen mit Wiedererlan-

gung der Berufsfähigkeit rechnen, an welchem erfreulichen Ergebnisse der Umstand nichts ändert, daß beispielsweise die Pupillensymptome so gut wie unbeeinflußt bleiben.

Der praktische Arzt muß nun folgendes wissen: Die Besserung vollzieht sich zumeist nicht im unmittelbaren Anschlusse an die Kur, sondern macht sich erst allmählich bemerkbar, um sich in der Folge ständig zu vertiefen. Für die Dauerhaftigkeit der Remission gewährt eine fortgesetzte Kontrolle der Liquorbefunde wertvolle prognostische Anhaltspunkte; die humoralen Befunde zeigen in ihrer Besserung keinen vollkommenen Parallelismus zu dem klinischen Bilde, sie werden gewöhnlich erst später gebessert als der psychische Zustand. Ein allmählicher Rückgang der Liquorbefunde zu normalen Verhältnissen verbürgt aber im allgemeinen die Dauerhaftigkeit der klinischen Remission, während eine fehlende oder geringe Beeinflußbarkeit jener Befunde die drohende Gefahr früherer oder späterer Rezidiven anzeigt, daher gebieterisch zur Wiederholung der ganzen Kur mahnt.

Was nun die Methode der Malariabehandlung der Paralyse betrifft, so zerfällt sie für gewöhnlich in zwei Teile, in die durch die Malariainokulation hervorgerufene Fieberperiode und in die sich anschließende spezifische Behandlung durch Neosalvarsan, welche zugleich mit der durch Chinindarreichung rasch und prompt erzielten Entfieberung einsetzt. Hinsichtlich der Neosalvarsanbehandlung kann ich mich kurz fassen; der praktische Arzt ist ohne weiters imstande, eine Neosalvarsanbehandlung selbst durchzuführen: Der Kranke erhält jeden fünften Tag eine intravenöse Neosalvarsaninjektion, und zwar das erste Mal in der Menge von 0·3, das zweite Mal von 0·45 und dann noch acht Injektionen von 0·6; die Gesamtmenge des injizierten Neosalvarsans beträgt also etwas über 5·0. Dieser Teil der Behandlung kann, wie schon bemerkt, in häuslicher Pflege oder ambulant von jedem Arzte durchgeführt werden.

Indessen soll nicht verschwiegen werden, daß die intravenösen Einspritzungen bei sehr fettleibigen oder mit besonders zarten Venen ausgestatteten Individuen großen Schwierigkeiten begegnen und daß überhaupt die ganze Technik wohl geübt sein will. Einen Vorteil in dieser Hinsicht würde das neue Myosalvarsan bedeuten, das in derselben Dosierung wie das Neosalvarsan zur intramuskulären (intraglutaeal) Injektion verwendet wird. Ich verfüge über keine persönlichen Erfahrungen mit diesem Präparate bei der progressiven Paralyse; manche Dermatologen bezeichnen es aber als ein dem Neosalvarsan betreffs der Beein-

flussung manifester Luessymptome gleichwertiges oder fast gleichwertiges Antisyphiliticum, das subjektiv geringe Schmerzen verursacht, objektiv lokal und allgemein sehr gut vertragen wird und sogar seltener Nebenerscheinungen macht als das Neosalvarsan.

Was nun die Malariaimpfung und die Malariafieberperiode anbelangt, so ist es ja zuzugeben, daß auch diese im allgemeinen vom Landarzte zur Gänze durchgeführt werden kann. Allein es können sich dabei doch allerlei Zwischenfälle (zum Beispiel delirant-halluzinatorische Phasen), bedrohlichere Erscheinungen seitens des Gefäßapparates (Kollapse) und dgl. ereignen, welche die Umgebung des Kranken heftig erschrecken, den weniger erfahrenen Arzt ernstlich beunruhigen, aber auch das Leben des Kranken gefährden können. Im allgemeinen dürfte der praktische Arzt doch besser daran tun, den Kranken behufs Vornahme der Malariakur an eine Klinik, an ein Spital oder an ein Sanatorium zu weisen; er darf sich ruhig sagen, daß er schon mit der rechtzeitigen Erkennung der Krankheit dem Patienten und dessen Familie einen nicht zu unterschätzenden Dienst geleistet und damit seiner Pflicht Genüge getan hat. Bei den Erscheinungen leichter manischer Erregung ist ja, wie noch später auseinandergesetzt werden soll, ehebaldigste Anstaltsinternierung ohnehin erforderlich.

Wo nun aus irgend welchen Gründen der Arzt die Malariabehandlung in der Familienpflege des Patienten selbst durchzuführen hat, ist auf folgendes zu achten. Zunächst ist auf die Verwendung eines einwandfreien Tertianastammes zu achten. Da die Inkubationszeit zwischen der Impfung und dem ersten Fieberanfalle bei subkutaner Inokulation durchschnittlich eine Woche beträgt, wird für gewöhnlich der Kranke zwecks Impfung in die nächstgelegene Anstalt oder Klinik geschickt werden können, dort geimpft werden und ohne weitere Gefahren, das heißt noch vor dem Auftreten des ersten Fieberparoxysmus wieder nach Hause zurückkehren können. Leicht febrile prodromale Temperatursteigerungen werden öfters beobachtet, sind aber ohne sonderliche Bedeutung. Der erste klassische Anfall setzt mit Schüttelfrost ein, die Temperatur schnellt rasch in die Höhe bis zu 39° bis 40°, ja noch darüber, der Anfall endigt nach einigen Stunden unter kritischem profusen Schweißausbruche. Die folgenden Anfälle haben noch drei- bis fünfmal rein tertianen Typus, pflegen dann aber sehr häufig schon in kürzeren Pausen, täglich aufzutreten. Wenn es der Kranke gut verträgt, läßt man ihn acht-, zehn- bis zwölfmal fiebern und koupiert dann endgültig die Malariaanfälle durch interne Verabfolgung von Chinin (eine intramuskuläre oder

endovenöse Anwendung des Chinins erwies sich nach unseren Erfahrungen als durchaus nicht notwendig); wir geben zweimal täglich durch drei Tage 0·5 Chinin. hydrochloricum, dann noch vorsichtshalber durch eine Woche dieselbe Dosis täglich einmal. Nur in den seltensten Fällen geht die Impfung überhaupt nicht auf. Häufiger, wenngleich auch nur in einer Minderheit der Fälle, hören die Fieberanfälle nach mehrmaligem Auftreten plötzlich von selbst auf (sogenannte „Steckenbleiber"); bei derartigen Kranken kann man mit Erfolg versuchen, durch verschiedene Maßnahmen die Fieberanfälle neuerdings zu provozieren, etwa durch intravenöse Injektionen vor Besredkascher Typhusvakzine (hergestellt im Wiener serotherapeutischen Institut; Beginn mit 25 Millionen Keimen, im Bedarfsfalle rasch ansteigend) oder durch intramuskuläre Einspritzungen von Natrium nucleinicum, durch Bestrahlungen der Milz mit Röntgenreizdosen usw.

Während der ganzen Dauer der Fieberperiode ist dem Verhalten der Herztätigkeit ein ganz besonderes Augenmerk zu widmen. Prinzipiell erhält während der ganzen Zeit jeder Patient täglich ein- bis zweimal 10 Tropfen Tinctura strophanti oder täglich eine Digipurattablette, gelegentlich vorübergehend auf der Höhe des Anfalles auch intern 0·2 Koffein oder eine Kardiazoltablette zu 0·1 Gramm. Bei älteren Leuten und bei kompensierten Herzfehlern, was, nebenbei bemerkt, durchaus keine Kontraindikation gegen die Malariakur bildet, setze man die Kranken schon vor Einleitung der Behandlung unter Digitaliswirkung und fahre damit während der Fieberperiode fort. Der Gefahr eines Herzkollapses sind namentlich solche Patienten ausgesetzt, welche im fieberfreien Intervalle subnormale Temperaturen aufweisen, ferner solche, welche beim kritischen Fieberabfalle minimal oder gar nicht schwitzen, endlich bis zu einem gewissen Grade auch sehr Fettleibige. In derartigen Fällen ist es überhaupt am besten, nach wenigen Fieberanfällen die Malaria durch Chinin gänzlich zu koupieren, dann einen regelrechten Neosalvarsanturnus folgen zu lassen und nach erfolgter körperlicher Erholung neuerdings mit Malaria zu impfen, um so die gewünschte Gesamtzahl der Fieberanfälle zu erreichen. Der eben dargestellte Modus procedendi empfiehlt sich auch bei sonst irgendwie besonders schwächlichen Personen. Oder man verabreicht nach einigen Anfällen kleine Chinindosen (0·2 bis 0·3); die Fieberattacken hören daraufhin zunächst für einige Zeit ganz auf, so daß sich der Kranke körperlich erholen kann, und kehren später erst entweder spontan zurück oder können durch einige der oben angedeuteten Maßnahmen

provoziert werden. Bei Kollapszuständen, welche sich übrigens zumeist schon vorher durch zunehmende Blässe, Unregelmäßigkeiten des Pulses, vorübergehende Tachykardieen, kontinuierliches Sinken des Blutdruckes usw. ankünden und daher durch sofortige Unterbrechung der Malaria verhütet werden können, sind natürlich die üblichen Excitantien am Platze, wie Oleum camphoratum, Koffein usw.

Von anderen Komplikationen sind Störungen seitens des Magendarmtraktes zu beachten. Erbrechen, Durchfälle, Icterus erheischen, wenn sie nicht unter Milchdiät und entsprechender interner Medikation bald schwinden, wegen der zunehmenden Entkräftung des Patienten gleichfalls eine vorzeitige Unterbrechung des Malariafiebers.

Was etwaige allgemeine Kontraindikationen anbelangt, so darf zunächst gesagt werden, daß kompensierte Vitien und ausgeheilte tuberkulöse Herde die Malariatherapie nicht verbieten, auch nicht die Gravidität. Erkrankungen des Herzmuskels selbst dagegen sowie allgemeine Entkräftung, alle schweren Organerkrankungen von Leber und Niere und dgl. geben eine Kontraindikation ab, mindestens mahnen sie zur äußersten Vorsicht und zur Vornahme der Behandlung nach der oben angeführten Modifikation; auch sollen derartige Patienten intrakutan geimpft werden, da erfahrungsgemäß bei dieser Art der Inokulation der reine Tertianatypus gewahrt bleibt, sohin die den Patienten besonders gefährdenden täglichen Anfälle ausbleiben.

Durchaus fehlerhaft wäre es, bei manchen subjektiven Beschwerden der Kranken während der Fieberperiode (Kopfschmerzen, neuralgiforme Schmerzen usw.) deren oder deren Angehöriger Drängen nachzugeben und eines der üblichen Antipyretica zu verabfolgen. Der Arzt muß ferner die Angehörigen auf die Mögnchkeit des Auftretens leichter deliranter Verworrenheitszustände oder paranoider Züge während des Fiebers aufmerksam machen; meistens handelt es sich nur um kurz dauernde Episoden; gelegentlich können derartige Zustände jedoch mehr und länger in den Vordergrund treten und machen dann wohl die Abgabe an eine Anstalt nötig. Dergleichen Bilder sieht man auch manchmal in der Nachbehandlungsperiode im unmittelbaren Anschlusse an eine Neosalvarsaneinspritzung sich entwickeln (besonders Gehörstäuschungen beherrschen das Krankheitsbild) und lassen das Aussetzen der Salvarsaninjektionen für geraten erscheinen.

Wo der Kranke aus irgend welchen Gründen zur Malariaimpfung nicht in eine Klinik oder eine Anstalt geschickt werden

kann, vermag schließlich der Arzt auch selbst die Impfung mittels plasmodienhaltigen konservierten Blutes vorzunehmen, das er sich von einer Universitätsklinik zuschicken läßt. Auf der Wiener psychiatrischen Universitätsklinik haben sich drei Methoden bewährt, um das von einem bereits Malariakranken mittels Venaepunktion entnommene Blut zwecks Weiterverimpfung auch für einen längeren Transport zu konservieren. Entsprechend den drei Konservierungsmethoden, auf deren Technik hier nicht eingegangen werden kann, enthält jede Malariablutsendung drei Eprouvetten plasmodienhältigen Blutes; der größeren Sicherheit halber soll deren Inhalt möglichst auf ein und denselben Patienten überimpft werden, und zwar derart, daß der größte Teil subkutan zwischen die Schulterblätter injiziert wird, worauf der Rest außerdem noch durch Skarifikation mittels der Impfnadel an irgendeiner Stelle in die Haut gebracht wird. Die Wiener psychiatrische Klinik legt jeder Sendung von konserviertem Malariablut gleichzeitig eine ausführliche Gebrauchsanweisung bei, die im folgenden wiedergegeben sei:

1. Das Natriumzitratblut wird nach kräftigem Aufschütteln der ganzen Flüssigkeit aus der Eprouvette mit steriler Spritze entnommen und subkutan mit nachfolgender Skarifikation injiziert.

2. Es empfiehlt sich, den Inhalt der Blutagareprouvette in ein steriles Glasschälchen zu leeren. Namentlich bei längerem Transporte lösen sich nämlich leicht Agarbröckel ab, die bei Aufziehen des Blutes aus der Eprouvette die Nadel verstopfen können, während dies bei Aufziehen des übersichtlich auf einem Glasschälchen ausgebreiteten Blutes vermieden werden kann. Dann Injektion wie unter 1.

3. Der Inhalt der mit gelatiniertem Blute beschickten Eprouvette muß vor der Überimpfung im warmen Wasserbad von 28° C (nicht mehr!) verflüssigt werden. Es ist dabei besonders darauf zu achten, daß der ganze Inhalt der Eprouvette in flüssigen Zustand übergehe, denn gerade der etwas schwerer verflüssigbare Kern der Blutgelatinemasse enthält die meisten und am besten geschützten roten Blutkörperchen. Nach kräftigem Aufschütteln wird wie unter 1 injiziert.

Zahlreiche Punkte einer symptomatischen Therapie kommen gerade bei initialen Paralytikern nicht weiter in Betracht. Erwähnung mag höchstens hier die Behandlung der paralytischen Anfälle finden. Das wichtigste ist dabei sofortige und gründliche Entleerung des Darmtraktes, weiters Kühlhaube, Eisbeutel oder dgl. auf den Kopf. Bei rascher Wiederholung der epileptiformen

Anfälle etwa 8·0 Bromnatrium + 4·0 Amylenhydrat (gelöst in Mucilago gummi acaciae und Aqua fontis aa 75·00), auf zwei Portionen verteilt in etwa ein- bis dreistündigem Zwischenraume intern oder per Klysma zu geben. Absolute Alkoholabstinenz muß befolgt werden; Vermeidung von körperlicher Anstrengung, Vermeidung von allen halbwegs eingreifenden hydriatischen Prozeduren ist wichtig.

Forensische Fragen. Auch die frühesten Stadien der progressiven Paralyse sind im Sinne des Gesetzes als strafausschließende, daher die strafgerichtliche Verantwortlichkeit aufhebende Geistesstörung zu werten; hier handelt es sich nicht um Grenzzustände, bei denen etwa eine geminderte Zurechnungsfähigkeit im Sinne des neuen österreichischen oder deutschen Strafgesetz-Entwurfes in Frage käme. Auch der nicht manisch erregte Paralytiker kann zum Beispiel durch Fahrlässigkeitsdelikte (Vernachlässigung pflichtgemäßer Obsorge und dgl.) mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten.

Die Frage der Entmündigung anlangend bedürfen selbstverständlich vor allem manische Kranke sofortiger, und zwar voller Entmündigung; mit einer beschränkten Entmündigung ist da nichts geholfen. Aber auch bei den einfach dementen Formen ist die Einleitung des Entmündigungsverfahrens oft am Platze. Nur wird es sich gerade bei den Anfangsfällen in Anbetracht der günstigen Aussichten auf Heilung empfehlen, nicht sofort mit der definitiven Verhängung der Kuratel vorzugehen, sondern im Gutachten eben die große Wahrscheinlichkeit der Heilung auseinanderzusetzen, worauf gewöhnlich die richterliche Behörde den Kranken „verfristet", das heißt, ihm nur einen provisorischen Kurator beistellt. In den günstigen Fällen ist ja vor Ablauf der mehrmonatigen Frist der Patient eben bereits wieder arbeits-, sohin auch dispositionsfähig geworden. Es entfällt bei dieser Art des Vorgehens die zeitraubende, oft auch kostspielige Prozedur des Ansuchens um neuerliche Untersuchung des Geisteszustandes behufs Aufhebung der Kuratel, die Publikation des Entmündigungsbeschlusses usw.

Bei dieser Gelegenheit sei betont, was erfahrungsgemäß nicht allen praktischen Ärzten bekannt ist, daß zur Einleitung des Entmündigungsverfahrens die Abgabe des betreffenden Kranken an eine Heilanstalt absolut nicht notwendig ist. Die Angehörigen haben einfach unter Beilegung eines ärztlichen Zeugnisses (das aber nicht älter als 14 Tage datiert sein darf) ein diesbezügliches Ansuchen an das zuständige Bezirksgericht zu richten.

Was endlich die Frage der Anstaltsbedürftigkeit anbetrifft, so eignen sich Paralytiker mit den Anzeichen manischer Erregung wohl nur ganz ausnahmsweise bei besonders günstigen Verhältnissen für Belassung in häuslicher Pflege: bei ihnen erweist sich Anstaltsinternierung zumeist unausweichlich. Die einfach dementen Formen jedoch können in den Initialstadien unbedenklich im Kreise ihrer Familie belassen werden. Daß es aber vorübergehend, nämlich während der Durchführung der Malariakur, besser ist, die Kranken in ein Spital, Sanatorium usw. unterzubringen, wurde bereits erörtert; doch handelt es sich dabei, wenn als Behandlungsort eine psychiatrische Klinik oder eine sogenannte geschlossene Anstalt gewählt wird, um eine freiwillige Aufnahme, das heißt ohne amtsärztliches Parere und ohne Anzeigepflicht an das Zivilgericht und anschließendes Entmündigungsverfahren.

Krankheitsgeschichten.

48jähriger Bankdirektor hatte mich vor vier Jahren wegen Tabes dorsalis einigemale konsultiert. Erscheint jetzt in Begleitung seiner Frau, die angibt, daß ihr ihr Mann seit einigen Monaten „nicht gefalle"; er sei ungemein reizbar, habe zum Beispiel sein sechsjähriges Kind, das ihn bei seiner Zeitungslektüre gestört hatte, brutal geohrfeigt. Er sei sehr zerstreut, habe wiederholt die Wohnungsschlüssel vergessen, sei ohne Brieftasche weggegangen, habe zum erstenmale während der ganzen Zeit seiner Ehe den Hochzeitstag ungefeiert vorübergehen lassen und sei, als sie ihn darauf aufmerksam machte, sehr grob geworden. Bei der letzten Soirée sei er unvermittelt aufgestanden, ins Nebenzimmer gegangen und habe sich dort auf einen Divan schlafen gelegt. Der Patient meint, er sei „halt" sehr nervös, weil er überarbeitet sei; doch gibt die Gattin sofort an, daß der Kranke über Anraten des Hausarztes schon seit sechs Wochen auf Erholungsurlaub sei; der Zustand sei aber nicht besser geworden, sondern verschlimmere sich täglich zusehends. Um die Art seiner Beschwerden gefragt, berichtet er in ganz unbestimmter Weise, daß er eben nervös sei, besonders leide er an Verstopfung und seine alten Krampfadern träten mehr hervor. Schon bei den ersten Worten, welche der Kranke spricht, besonders deutlich gerade beim Wort „Flanellbandage", zeigt sich unverkennbare Sprachstörung, wobei auch die Wangenmuskulatur Mitbewegungen aufweist. Der Kranke erzählt dann weiter, daß er vor mehreren Jahren bei Professor Pilcz in Behandlung gestanden sei (!). Kopfrechnen tadellos; beim schriftlichen Multiplizieren zweier dreistelliger Zahlen nur einmal ein Irrtum, den Patient damit entschuldigen will, daß die Füllfeder nicht mehr genügend Tinte enthalte. Die Schrift bietet nichts Charakteristisches. Pupillen miotisch, die rechte weiter als die linke, lichtstarr, akkommodative Reaktion gut, Kniesehnen- und Achillessehnenreflex erloschen.

Diagnose: Beginnende progressive Paralyse bei einem Tabiker.

38jähriger Kaufmann. Familienanamnese belanglos; vor 13 Jahren Sklerose, die Syphilis war „sehr leicht", keine weiteren Haut- oder Schleimhauterscheinungen, einmalige Quecksilber-Salvarsankur. Seit etwa eineinhalb Jahren sei er sehr nervös, litt an hartnäckiger Schlaflosigkeit,

die trotz aller Mittel und Kuren in Sanatorien nicht gelindert werden konnte. Seit einigen Monaten sei er zerstreut geworden; um dieselbe Zeit herum habe er plötzlich einen eigentümlichen Zustand gehabt derart, daß ihm ein Gegenstand, den er gerade in der Hand gehalten hatte, entglitten sei; die Hand sei „ungeschickt" und kraftlos gewesen; auf kräftiges Massieren hat sich dies nach einigen Stunden wieder ganz gegeben. Die Ursache, warum die Frau den Kranken zur Ordination bringt, sei aber die, daß derselbe, welcher früher von einer geradezu knickerischen Sparsamkeit gewesen sei, in der letzten Zeit außerordentlich leichtsinnig im Geldausgeben geworden ist. Er kaufe allerlei überflüssige Sachen ein, verschenke diese ebenso leichtfertig, oft an ganz fremde Leute; unlängst habe er sogar ein Motorrad gekauft, wiewohl er nie radfahren gelernt hatte; er hat sich in einer Tanzschule einschreiben lassen und habe der Eintänzerin einen kostbaren Schmuck geschenkt. Um das Geschäft kümmere er sich gar nicht, spreche aber immer davon, wie er es ausgestalten wolle und welch glänzende Einkünfte er dann daraus ziehen werde. Beim Examen zeigte sich der Kranke durchaus geordnet; es fehle ihm gar nichts, das heißt, daß er ein wenig nervös geworden sei und daß er nicht schlafen könne, sei richtig. Betreffs seiner vielen Einkäufe befragt, meint er, er könne sich das leisten, denn er mache großartige Geschäfte und werde noch hundert-, nein tausendmal mehr verdienen in der nächsten Zeit durch neue Ideen; welcher Art diese Ideen seien, vermag er eigentlich nicht anzugeben, wiederholt nur ständig: „Das wird glänzend gehen, Sie werden schon sehen!" Als die Rede auf das Geschenk an jene Tänzerin kommt, erklärt Patient, daß daran nichts besonderes sei; sein liebes „Weiberl" brauche nicht eifersüchtig zu werden, denn so wie sie — er spricht dies alles in der Gegenwart der Frau zu dem Arzte, den er zum erstenmale sieht — könne keine andere lieben (er gebraucht dabei einen höchst ordinären Ausdruck für koitieren), tätschelt ihr in plumper Weise den Oberschenkel. Rechenaufgaben werden prompt und fehlerlos gelöst, Sprachstörungen im spontanen Sprechen nicht wahrnehmbar, wohl aber beim Nachsprechen der Probeworte. Pupillen eckig verzogen, gleich, die rechte reagiert kaum, die linke nicht auf Lichteinfall, beide prompt und ausgiebig auf Akkommodation. Kniesehnenreflexe beiderseits gleich, lebhaft gesteigert, Achillessehnenreflex rechterseits gesteigert.

Diagnose: Progressive Paralyse der manischen Form.

II. Der Altersblödsinn.

Psychische Symptome. Der Beginn des Altersblödsinnes (Dementia senilis) ist ein ganz allmählicher in der Weise, daß alle dem Greisenalter physiologischerweise eigenen Züge mehr und mehr ins Pathologische verzerrt zutage treten.

Die Fähigkeit, neues Vorstellungsmaterial dem Gedächtnisse einzuverleiben, also die Merkfähigkeit, leidet zuerst und am stärksten, während sich die Reproduktionsfähigkeit, das heißt die Fähigkeit, aus dem bereits vorhandenen Erinnerungsmateriale zu schöpfen und daraus Einzelheiten wiederzugeben, als verhältnismäßig intakt erweist. Die Vergeßlich-

keit der alten Leute und auch der senil Dementen erscheint sohin nicht gleichmäßig, sondern eigentümlich partiell. Sie sind beispielsweise imstande, Namen ihrer Schulkameraden und Lehrer zu nennen, über Glanzrollen längst verstorbener Bühnengrößen zu berichten, sich an Geschäftsleute zu erinnern, bei denen sie als Kinder ihre Spielsachen oder Süßigkeiten einzukaufen pflegten und dgl.; allein, was gestern und vorgestern war, will nicht haften bleiben; vor allem leidet daher das Gedächtnis für die Eigennamen, aber auch für die Physiognomie neuer Bekanntschaften, Nachbarn, Dienerschaft usw., für neue Straßen und Örtlichkeiten, für neue Währungssysteme; Vorsätze und Aufträge sind rasch spurlos vergessen; Gebrauchsgegenstände werden verlegt und können nicht wieder gefunden werden; die zeitliche Orientierung geht verloren. Zum Merken gegebene Ziffern oder Wörter sind nach kürzester Zeit, nach wenigen Sekunden, vergessen und werden gar nicht oder unrichtig und verstümmelt wiedergegeben. Der geistige Gesichtskreis engt sich ein, die Kranken „versimpeln", werden „kindisch".

Auf affektivem Gebiete nimmt man den Verlust der altruistischen Empfindungen und die immer stärkere Ausprägung eines krassen Egoismus wahr; das körperliche und geistige Wohl der Umgebung berührt die Patienten nicht sonderlich, läßt sie gleichgültig; man ist oft überrascht zu sehen, wie wenig Eindruck beispielsweise der Todesfall eines Ehepartners auf den überlebenden Teil hervorruft bei einer Ehe, welche durch Jahrzehnte allgemein als eine der glücklichsten und innigsten bekannt war, so daß man glauben mochte, der Eine werde vor Gram den Tod des Lebensgefährten nicht lange überleben können. Der Egoismus nimmt häufig eine hypochondrische Färbung an. Die Kranken werden ferner eigensinnig, rechthaberisch, verbohrt, nörgelnd, unzufrieden, reizbar. In auffallendem Gegensatze zu dem eben erwähnten senilen Eigensinne, aber oft bei ein und demselben Individuum vorhanden, steht die leichte, der zunehmenden Kritiklosigkeit entspringende Beeinflußbarkeit, namentlich was die Gedächtnisleistungen betrifft; die Kranken sind suggestibel und lassen sich leicht einreden, sie hätten dies oder jenes angeordnet, getan, erlebt, sie agnoszieren über entsprechendes Einreden Personen, welche sie zum erstenmale in ihrem Leben gesehen, als gute, alte Bekannte, sie lassen sich zu verschiedenen Entschlußfassungen beschwatzen, sie erweisen sich bei geschickter Ausnützung dieser Beeinflußbarkeit, im Gegensatze zu ihrem sonst meistens argwöhnischen, mißtrauischen Wesen, als kindisch vertrauensselig, lenk- und bestimmbar.

Charakteristisch ist, daß die Gedächtnis- und Orientierungsstörungen recht oft bei Tage weniger deutlich ausgesprochen sind, als bei Nacht. Die Kranken drängen dann fort, wähnen, in einer fremden Wohnung zu sein, unter fremden Leuten usw.

Nicht selten kommt es vor, daß sich alle diese Erscheinungen so unmerklich langsam entwickeln, daß sie schon einen mehr oder minder hohen Grad erreicht haben können, ohne der Umgebung sonderlich aufzufallen, so lange nur der betreffende Kranke in seiner seit Jahren gewohnten Umwelt, mit denselben Personen, in derselben Wohnung usw. lebte; ganz plötzlich jedoch offenbart sich die volle Schwere des geistigen Defektes, wenn sich irgendwelche Veränderungen des Milieus zugetragen haben; eine Orientierung in der neuen Wohnung, in den ungewohnten Straßen, eine Gewöhnung an eine neue Dienerschaft usw. ist unmöglich.

Wie das Gedächtnis zuerst für Eigennamen leidet, so erfährt es auch allmählich eine steigende Einbuße für Hauptwörter überhaupt; es kommt früher oder später zu ausgesprochenen amnestisch-aphasischen Erscheinungen. Flickwörter, wie „Ding", „Dingsda" usw., welche irgend ein Substantivum ersetzen sollen, werden immer häufiger gebraucht und verleihen der sprachlichen Ausdrucksweise ein eigentümliches Gepräge.

Die Abstumpfung und der Verlust der altruistischen Regungen und das stärkere Hervortreten der egoistischen führt nicht so selten auch zu einer Charakterveränderung ad pejus, welche sich schon zu einer Zeit bemerkbar machen kann, da intellektuelle Ausfallserscheinungen noch kaum nachweisbar sind. Triebe, deren Befriedigung mit Lustgefühlen verbunden sind, erlangen gebieterisch die Oberhand und werden hemmungslos befriedigt. Die Kranken zeigen beispielsweise eine widerliche Gefräßigkeit. Vor allem aber nimmt eine wiedererwachende sexuelle Begehrlichkeit, der „Johannestrieb" nach der volkstümlichen Bezeichnung, zu und führt zu sehr bedenklichen Folgen; es kommt zu unpassenden Heiratsprojekten, zu skrupellosen, mit der senilen Sparsamkeit, ja „Filzigkeit" kontrastierenden verschwenderischen Geldausgaben für galante Abenteuer; zumeist jedoch wirkt gerade jener senile Geist hemmend ein gegenüber kostspieligen Liebschaften und der Sexualtrieb sucht sich seine Opfer dort, wo wenige Groschen oder etwas Naschwerk als Liebeslohn genügen, bei kleinen Kindern; es kommt zu der für initiale senil-demente Personen ganz typischen Pädophilia erotica, zum geschlechtlichen Mißbrauch unmündiger Kinder. Die betreffenden Delikte werden dabei meistens in ganz plumper, rücksichtsloser Weise verübt; bei hellichtem Tage, auf

belebter Straße, in einem von Lustwandelnden vollen öffentlichen Parke versucht ein alter Herr, einem kleinen Mädchen unter die Röcke zu greifen und dessen Genitalien zu betasten, oder er entblößt sein Glied und fordert ein Kind auf, daran zu spielen usw. Die gesteigerte Sexualität führt in anderen Fällen, gleichfalls oft schon in den frühesten Stadien der Dementia senilis, zum senilen Eifersuchtswahn; der Kranke beginnt mit einemmale wieder, die gleichfalls greisenhafte Gattin mit unersättlichen Koitusversuchen zu belästigen und deutet deren Widerstreben als die Folge von Übersättigung durch außereheliche geschlechtliche Exzesse; er verdächtigt die Frau des fleischlichen Verkehres mit anderen Männern, ja des blutschänderischen Umganges mit den eigenen Söhnen.

Körperliche Symptome. Meistens kann man die Symptome eines allgemeinen senilen körperlichen Verfalles feststellen, Greisenring an der Hornhaut, Zittern, atrophische Haut, Gefäßverkalkung und dgl.; doch geht die Schwere der körperlichen Involution durchaus nicht immer parallel jener des Gehirnes. Häufig ist die Kombination mit Folgeerscheinungen einer Gehirngefäßarteriosklerose, so daß man zum Beispiel neben den oben erwähnten amnestisch-aphasischen auch herdförmig bedingte aphasische Störungen beobachtet (motorische oder sensorische Aphasie), ferner agnostische, apraktische Störungen und dgl. Die Kranken sind beispielsweise trotz intakter Sensibilität nicht imstande, Gegenstände durch Betasten zu erkennen (taktile Agnosie); oder es liegt, bei Erhaltensein der Bewegungsfähigkeit und der Sensibilität sowie ohne Störungen des Vorstellens und Erkennens, die Unmöglichkeit vor, die einen Zweck verfolgenden Willkürbewegungen auszuführen (Apraxie); über Aufforderung, mittels eines Streichhölzchens eine Kerze anzuzünden, streicht beispielsweise der Patient mit der Kerze an der Reibfläche der Schachtel herum (ideatorische Apraxie), oder einfachste Handlungen, wie Faust schließen, Drohen, Deuten usw. können nicht ausgeführt werden (motorische Apraxie).

Der Schlaf ist meistens schon bei ganz beginnenden Fällen hochgradig gestört; zuweilen stellt sich eine Art von Typus inversus ein derart, daß die Kranken nachts den Schlaf nicht finden können, dagegen bei Tag stundenlang dahin dösen oder fest schlafen.

Therapie. Die Therapie kann nur rein symptomatisch sein; Überwachung, sorgfältige Körperflege, Schlaf- und Beruhigungsmittel kommen in Betracht. Als die für das Herz- und Gefäßsystem auch Seniler unschädlichsten Hypnotika seien das Paraldehyd und

das Amylenhydrat genannt; die Schlafmittel aus der Barbitursäurereihe werden von diesen Patienten weniger gut vertragen; mindestens sollten sie nicht zu lange in continuo gegeben werden. Oft wirkt bei seniler Schlafstörung auch ein wenig Alkohol ganz gut.

Forensische Fragen. Straftaten senil Dementer fallen selbstverständlich unter die Unzurechnungsfähigkeitsparagraphe. Bei noch nicht offenkundigen intellektuellen Defekten wird der Sachverständige namentlich auf die Charakterveränderung, auf die Gegenüberstellung der früheren ethisch einwandfreien Persönlichkeit und der angeschuldigten Delikte, auf das Impulsive, Plumpe und Unüberlegte dieser Strafhandlungen aufmerksam machen.

Zivilgerichtlich wird sich, wo größere materielle Interessen im Spiele sind, zeitgerechte Entmündigung empfehlen, vor allem auch, um allfälligen nachträglichen Testamentsanfechtungen und dgl. begegnen zu können, ebenso unvernünftigen Schenkungen, Verträgen und dgl.

Beim Auftreten von Eifersuchtsideen und bei den Anzeichen abnormer Sexualität ist Anstaltsinternierung natürlich geboten; im allgemeinen jedoch sind die senil Dementen in den Anfangsstadien nicht anstaltsbedürftig.

Krankheitsgeschichten.

82jährige Dame, ledig. Nach Angabe der Angehörigen sei die Dame seit längerer Zeit sehr vergeßlich, „verloren", frage zum Beispiel nach dem Befinden von Familienmitgliedern, die schon seit Jahren verstorben sind, könne sich absolut nicht an die Schillingwährung gewöhnen, rechne noch immer in Kronen, streite mit der Dienerschaft, weil diese sie angeblich bestehle; in der letzten Zeit behellige sie den Gärtnerburschen mit Zudringlichkeiten, beschenke ihn, während sie sonst übertrieben knickerisch sei, mit Geld und anderen Geschenken. — Bei der Untersuchung erweist sich die Dame als für ihr Alter verhältnismäßig rüstig. Sie begrüßt mich höflich, beginnt unaufgefordert eine längere Geschichte vorzubringen, die darin gipfelt, daß die Mizzi ihr alle Sachen verschleppe. Sie setzt dabei ohne weiteres voraus, daß der fremde Arzt wisse, wer denn die Mizzi sei, und die Angehörigen geben an, daß dies der Name einer Kammerzofe war, welche bei der Dame vor fünf Jahren gedient hatte; derzeit trage niemand von dem weiblichen Hauspersonal diesen Namen. Die Kranke ergeht sich weiter in langatmigen Schilderungen der vielen Unannehmlichkeiten, die sie mit ihren Dienstboten habe, kramt Jugenderinnerungen aus, lobt überschwenglich die gute, alte Zeit, läßt den Arzt gar nicht zu Worte kommen, interessiert sich auch gar nicht dafür, warum er eigentlich zu ihr gekommen ist. Als endlich der Arzt die Frage stellt, ob sie denn seinen Namen kenne (er hat sich ihr beim Eintreten mit Namen und Titel vorgestellt), hat sie keine Ahnung davon. Ich wiederhole meinen Namen und füge scherzhaft hinzu, sie möge nur an „Pilzling mit Ei" denken, damit sie sich den Namen leichter merke. Es wird nun die Rede auf den „Loisl" gebracht (Name jenes Gärtner-

burschen); sie lobt ihn übermäßig, wie gescheit und fleißig er sei, fügt dann mit verschämt-schalkhaftem Lächeln hinzu, daß er auch ein „sehr fescher Kerl" sei. Auf die vorsichtig und in scherzendem Tonfalle gehaltene Frage, ob sie ihn vielleicht heiraten möchte, lächelt sie verschämt, zupft an ihrem Häubchen und ihrer Bluse herum und meint endlich, sie sei ja noch ledig, warum nicht, die Sarah aus der Bibel habe noch im Alter ein Kind bekommen. Ihr eigenes Alter gibt sie mit 60 „oder höchstens" 70 Jahren an. Ob ihr denn nicht der Altersunterschied und die Verschiedenheit der sozialen Stellung Bedenken machen? „Wenn man sich nur gern hat!" Wieder um den Namen des Arztes gefragt, hat sie ihn vergessen, ebenso das mnemotechnische Hilfsmittel; dasselbe zeigt sich, als sie sich die Ziffer „3579" merken soll. Sehr oft streut die Kranke ein „Ding" in ihre Reden ein. Ein vorgehaltener Pfropfenzieher wird zunächst als ein „Dingsda, womit man halt so die Sachen aufmacht" bezeichnet, dann als „Schraubenzieher", was aber sofort von der Kranken selbst korrigiert wird, „Nein, zu dumm, nicht Schraubenzieher, sondern eben halt für die Bierflaschen." Körperlicher Befund belanglos.

Diagnose: Senile Demenz.

78jähriger Privatier erscheint in Begleitung seines langjährigen Rechtsfreundes in der Ordination, um ein Gesundheitszeugnis zu erhalten. Nach Angabe des Rechtsanwaltes lebe der Privatier, ein Junggeselle, seit jeher in Unfrieden mit seinen Neffen und Nichten; diese glauben nun in Erfahrung gebracht zu haben, daß er sein ganzes Vermögen testamentarisch wohltätigen Stiftungen vermachen wolle, streuen nun überall Gerüchte aus, daß der Erblasser geistesschwach sei; auch sei ihm zu Ohren gekommen, daß sie ihn entmündigen lassen wollen und sein Testament anfechten werden. Der Rechtsanwalt berichtet, daß Observand tatsächlich ein bißchen vergeßlich geworden sei, „aber nicht mehr als jeder alte Mensch", daß er ein wenig schrullenhaft und eigensinnig sei, mit niemandem verkehre, Kaffeehäuser, Theater und dgl. nicht besuche, die ganze Zeit zu Hause verbringe, mit Betrachten und Ordnen seiner Briefmarkensammlung und mit Lektüre beschäftigt. — Der zu Untersuchende präsentiert sich als gebrechliches Männchen mit starkem senilen Tremor und pergamentartiger Haut. Er zeigt sich über den Zweck der Untersuchung vollständig orientiert und ergeht sich in langatmigen Schilderungen der Zwistigkeiten mit seinen Verwandten. Über seine Vermögensverhältnisse sehr genau orientiert, gibt er Zahl und Art der Effekten richtig an, wie der Rechtsanwalt bestätigt; er gibt nur zu, daß er sich öfters mit Schillingen und Kronen irre, aber auch nur in der Bezeichnung, nicht etwa in der Bewertung, er zeigt sich leidlich unterrichtet über die gegenwärtigen Preise der wichtgsten Lebensartikel. Zuweilen macht sich eine leichte Schwierigkeit in der Wortfindung bemerkbar, doch kommt er bei einiger Nachhilfe oder bei Nachdenken stets auf das richtige Wort. Zum Merken gegebene Zahlen und Namen werden nach einigen Minuten richtig reproduziert. Hinsichtlich des zu errichtenden Testamentes macht er ganz detaillierte Angaben, weiß Fragen und Einwände zutreffend zu beantworten, zeigt sich in keiner Weise beeinflußbar. Als beispielsweise sowohl der Advokat wie der Arzt mit Vorschlägen kommen, daß er seine Verwandten wenigstens mit kleinen Legaten bedenken solle, so lehnt dies der Untersuchte wiederholt entschieden ab. Über letzte Zeitereignisse ist er aus den Zeitungsberichten gut informiert.

Diagnose: Leichteste, noch in den Rahmen des Physiologischen fallende senile Veränderungen; sicher keine geistige Abschwächung im Sinne einer Handlungs- und sohin Testierunfähigkeit.

III. Die Geistesstörungen bei der cerebralen Arteriosklerose.

Psychische Symptome. Der Beginn der psychischen Veränderungen infolge von Gehirngefäßverkalkung vollzieht sich allmählich schleichend unter dem Bilde eines neurasthenischen Zustandes. Wieder ist wie bei der progressiven Paralyse das Fehlen einer konstitutionellen neuropathischen Minderwertigkeit oder das Fehlen von unmittelbar für das Zustandekommen einer erworbenen Neurasthenie verantwortlich zu machenden Ursachen, also das ganz spontane Auftreten der Erscheinungen an sich schon verdächtig im Sinne irgend eines beginnenden Gehirnleidens. Die Kranken ermüden leicht, die gewohnten beruflichen geistigen Anstrengungen fallen ihnen schwer, sie werden zerstreut, klagen über Einbuße des Gedächtnisses, schlafen schlecht, werden reizbar, zeigen unmotivierte Stimmungsschwankungen vorwiegend von depressiv-hypochondrischer Färbung. Die geistige Elastizität nimmt ab, die Fähigkeit, sich neuen Anforderungen anzupassen, „umzulernen", mit der Zeit zu gehen; trotz aller Anstrengungen und wiederholter Einprägungsversuche sind neu erlernte Kenntnisse, zum Beispiel Fachausdrücke, fremdsprachliche Vokabeln, neue Handgriffe usw. alsbald wieder vergessen. Die Kranken werden in geistiger Hinsicht steril, rückständig .

Aber auch das Affektleben zeigt eine zunehmende Verflachung; trotz der gesteigerten Reizbarkeit, welche zu momentanen hochgradigen Zornausbrüchen führen kann, nimmt man eine gewisse dauernde apathische Stumpfheit wahr. Dabei besteht ein ausgesprochenes, weitgehendes, öfters hypochondrisch überwertetes Krankheitsgefühl derart, daß sich diese Kranken ihrer psychischen Abnahme wohl bewußt sind. Auffallend sind die Schwankungen in der Intensität aller dieser Erscheinungen, rasche, ungeahnte Besserungen, welche auch ohne therapeutische Beeinflussung zustandekommen können.

Manchmal macht sich zu Beginn eine eigenartige Charakterveränderung bemerkbar im Sinne von reizbar-boshaftem Querulieren, Lust am Schadenstiften und am quälerischen Terrorisieren der Umgebung. In anderen Fällen wieder sind es melancholieartige Zustandsbilder, welche zuweilen sogar in mehrmaliger

Wiederholung das Manifestwerden des Krankheitsprozesses einleiten; aber das Fehlen gleichartiger erblicher Belastung und das Fehlen von ähnlichen Phasen im früheren Lebensalter, ferner die verhältnismäßig leichte Beeinflußbarkeit der Depression, vor allem aber der Nachweis von Gedächtnisstörungen und der körperliche Befund fallen da gegenüber einer echten Melancholie in die Wagschale. Auch mangeln zumeist eigentliche Versündigungsideen; hypochondrische Klagen herrschen vor.

Körperliche Symptome. Kopfschmerzen gehören zu den häufigsten und quälendsten Symptomen der Gehirngefäßarteriosklerose. Meistens handelt es sich um diffuse, seltener um halbseitig lokalisierte Kopfschmerzen, mit denen die Kranken oft schon in der Frühe erwachen, ja, welche sie auch geradezu aus dem Schlafe aufwecken und die nun tagsüber anhalten oder sich nach einigen Stunden allmählich verlieren; die Heftigkeit der Schmerzen ist gewöhnlich recht groß und wird besonders bei körperlicher Anstrengung, bei Hustenstößen, beim Pressen während der Defäkation und dgl., aber auch bei Aufregungen und Ärger, zuweilen bei Barometerschwankungen wesentlich gesteigert.

Ebenso häufig sind Klagen über Schwindel, der anfallsweise, zuweilen aber auch nahezu dauernd auftritt, öfters auch mit Übelkeiten und Brechreiz einhergeht. Ein Parallelismus des Schwindels zu den gleichfalls recht häufigen Klagen über subjektive Ohrgeräusche, die als Sausen, Klopfen, Summen usw. geschildert werden, läßt sich aber nicht erkennen.

Der Schlaf ist nahezu ausnahmslos mehr oder minder schwer gestört, und zwar sowohl derart, daß die Kranken die längste Zeit das Einschlafen nicht finden können, wie auch derart, daß die Schlaftiefe und Schlafdauer vermindert ist, die Kranken immer wieder aufwachen und sich längere Zeit schlaflos abquälen.

Halbseitenerscheinungen gehören gleichfalls in das Bild der zerebralen Arteriosklerose. Ungemein häufig können allerlei flüchtige sensible und motorische Reiz- und Ausfallserscheinungen beobachtet werden, die ihre kortikale Art durch den Halbseitentypus erkennen lassen. Parästhesieen der verschiedensten Art und Intensität, wie die Empfindung von Ameisenlaufen, Taubsein oder Gefühllosigkeit usw., rasch vorübergehende Paresen, Ungeschicklichkeit in einer Hand, transitorische Schwierigkeiten in der Wortfindung und andere aphasische Symptome, Hemianopsie usw. können lange Zeit schwereren Insulten mit dauernden Ausfallsfolgen vorausgehen, freilich zuweilen auch prämonitorisch unmittelbar einen Schlaganfall einleiten. Diesen Halbseiten-

erscheinungen entsprechend findet man auch recht oft bei genauerer und wiederholter Untersuchung dauernd oder zeitweise Differenzen in den Sehnenreflexen.

Die Pupillen sind meistens verengt, reagieren gleichmäßig, das heißt sowohl auf Licht wie auf Akkommodation, träge und mit geringer Exkursionsweite (man spricht auch von einer „Verholzung" der Irides); wirkliche Pupillenstarre gelangt indessen nur ausnahmsweise zur Beobachtung. — Jener Wechsel in der Intensität der Symptome, welcher schon bei Erörterung der psychischen Erscheinungen erwähnt wurde, kann auch bei allen diesen körperlichen Symptomen wahrgenommen werden.

Auch auf Arteriosklerose in anderen Organen ist zu achten. Doch geht die Schwere des Gefäßprozesses in den Hirnarterien durchaus nicht parallel der im übrigen Organismus. Selbstverständlich sind aber meistens auch sonstige Erscheinungen einer allgemeinen Arteriosklerose vorhanden. Der Blutdruck ist recht oft erhöht; es kann Hypertrophie des linken Ventrikels nachgewiesen werden, Anzeichen von Schrumpfniere (niederes spezifisches Gewicht, quantitativ nicht, wohl aber qualitativ bestimmbarer Eiweißgehalt usw.). Der Augenspiegel deckt oft kleinere Blutungen auf, die manchmal subjektiv ganz symptomenlos geblieben sind oder nur leichte „Blendungserscheinungen" zur Folge hatten.

Therapie. Gerade in den Anfangsstadien erweist sich eine chronisch-intermittierende Jod-Diuretin-Medikation als recht erfolgreich. Ich lasse gewöhnlich die Kranken diese Mittel etwa sechs Wochen lange in continuo nehmen, hierauf eine vierwöchige Pause einschalten, worauf der Turnus wiederholt wird usw. Als Dosis genügen etwa 0·5 eines der Jodalkalien und 1·0 bis 2·0 eines der Theobrominpräparate pro die. Wo es der Magen der Patienten irgendwie zuläßt, bevorzuge ich das alte Jodnatrium und Jodkalium gegenüber den anderen jodhältigen Präparaten, wie Sajodin, Jodglidin usw. Ganz zweckmäßig erwiesen sich mir auch die kombinierten Jod-Kalzium-Diuretin-Tabletten (Tabletten à 0·5; scatul. original.; 3 bis 6 Stück pro die). Bei ausgesprochener Hypertonie kommt fallweise eine Venäsektion in Betracht. Die altbewährten, längere Zeit unverdient zu sehr in Vergessenheit geratenen Blutegel (2 bis 3 Stück an jedem Warzenfortsatze) ergaben mir gerade zur Bekämpfung der bösartigen Kopfschmerzen wiederholt in die Augen springende, wenn auch leider nicht nachhaltige Erfolge. Zur Linderung der arteriosklerotischen Kopfschmerzen kommen natürlich auch die üblichen Antineuralgica in

ihren verschiedenen Kombinationen und Verkleidungen in Betracht (Pyramidon 0·3, Antipyrin. coffein. citric. 1·0, Phenacetin 0·5, Kratalgintabletten 0·5, Quadronaltabletten 0·5 usw.). Hinsichtlich der Schlafmittel möchte ich nur bemerken, daß gerade wie bei der Dementia senilis die Präparate aus der Diäthylbarbitursäurereihe auch bei den Arteriosklerotikern besser vermieden werden; mindestens nicht zu lange hintereinander gegeben werden sollen; die Kranken sind recht häufig an dem der betreffenden Nacht folgenden Tage noch leicht benommen, klagen über gesteigerten Kopfdruck u. dgl. Am unschädlichsten erweist sich wieder das Paraldehyd und das Amylenhydrat.

Besonderes Augenmerk richte man auf die Darmfunktionen; auch leichte Konstipation steigert erfahrungsgemäß die Beschwerden, insbesondere die Kopfschmerzen. Die Diät sei eine leicht verdauliche, mehr laktovegetabilische, doch ist es wohl überflüssig, den Fleischgenuß ganz zu verbieten. Dagegen muß auf absolute Alkoholabstinenz gedrungen werden, welcher Vorschrift sich übrigens recht oft die Kranken um so bereitwilliger fügen, als sie aus eigener Erfahrung wissen, daß auch geringe Alkoholmengen ihre Schwindelerscheinungen und die Kopfschmerzen beträchtlich zu steigern imstande sind. Was das Nikotin anbelangt, möchte ich genauestes Individualisieren empfehlen; ein maßloser Mißbrauch muß selbstverständlich unter allen Umständen eingestellt werden; jedoch könnte man durch unbedingtes Verbot sowohl des Alkohols wie gleichzeitig des Nikotins unter Umständen den Kranken so viel Lebensfreude rauben, daß der zu erreichende Nutzen geringer ist als der Schaden. Recht zu empfehlen sind die „entnikotinisierten", das heißt nikotinarmen Rauchsorten.

Gute Dienste vermag auch die Physiotherapie in den Anfangsstadien der zerebralen Arteriosklerose zu leisten; Kohlensäurebäder, Halbbäder mit folgender allgemeiner Frottage des Körpers, D'Arsonvalisation usw.

Endlich muß noch auf möglichste Schonung in geistiger Hinsicht geachtet werden, auf öfteres Ausspannen, Krankheitsurlaube usw.

Was die klimatischen Kurorte anbelangt, so ist nur von eigentlicher Höhenluft abzuraten und von zu großer Hitze.

Forensische Fragen. Wo sich nicht bereits ein höherer Grad von Demenz entwickelt hat, und dies ist ja gerade bei den Anfangsstadien nicht der Fall, wird der Nachweis arteriosklerotischer Hirnveränderungen nicht ohneweiters als strafausschließend erachtet

werden dürfen; übrigens führen die Initialstadien der Gehirngefäßverkalkung erfahrungsgemäß nur selten zu kriminellen Komplikationen, im Gegensatze zur progressiven Paralyse und zur senilen Demenz. Auch die Einleitung des Entmündigungsverfahrens wird kaum in Frage kommen, wo eben nur die eingangs skizzierten psychischen Erscheinungen vorliegen.

Einer Erwähnung wert ist nur noch die Frage der Handlungsfähigkeit bei Aphasikern. Es kann ja bei im allgemeinen noch wenig fortgeschrittener Gehirngefäßverkalkung ein Schlaganfall durch seine besondere Lokalisation eine dauernde motorische oder sensorische Aphasie zu Folge haben. Nun gehört zur Handlungsfähigkeit nicht nur ein normaler Wille bei normalem Intellekte, sondern auch die Möglichkeit, diesem Willen entsprechenden Ausdruck zu geben. Fälle von ganz reiner Aphasie sind jedoch außerordentlich selten; zumeist liegen Komplikationen mit agraphischen, apraktischen, agnostischen Störungen vor u. dgl. Es wird daher jeder Fall sehr genau zu prüfen sein, um dem Richter das Ausmaß und die Art der überhaupt vorhandenen Verständigungsmittel auseinanderzusetzen; der Richter hat dann sein Urteil über die Frage der Entmündigung zu fällen. Bei letztwilligen Verfügungen oder ähnlichen Willensakten eines Aphasikers sollte stets ein hirnpathologisch geschulter Sachverständiger anwesend sein, um die Fähigkeit des sprachlichen Ausdrucksvermögens zu bestimmen, was auch zweckdienlich durch einen ausdrücklichen protokollarischen Vermerk festgelegt werden sollte.

Von einer Anstaltsbedürftigkeit ist in den Anfangsstadien der zerebralen Arteriosklerose keine Rede, abgesehen etwa von jenen oben angedeuteten melancholie-ähnlichen Zustandsbildern, welche besonders bei ausgesprochener Selbstmordgefährlichkeit eine Anstaltsinternierung notwendig machen könnten.

Krankheitsgeschichte.

58jähriger höherer Ministerialbeamter. Lues negiert, mäßiger Trinker, Nikotinmißbrauch zugestanden. Beklagt sich über rapide Abnahme seines Gedächtnisses und seiner Arbeitskraft. Als Beispiel für sein ganz „elendes" Gedächtnis führt er selbst an, daß er, der niemals englisch gelernt hatte, im letzten Jahre, um seinem Sohne, der englisch lernte, bei dessen schriftlichen Aufgaben helfen zu können, das Studium der englischen Sprache aufnehmen wollte. Er habe sich jedoch trotz mehrmonatigen Bemühungen auch nicht ein einziges Vokabel merken können. Beginnt bei diesem Berichte plötzlich bitterlich zu weinen, läßt sich aber bald wieder beruhigen. Er klagt des weiteren über sehr heftige Kopfschmerzen, von denen er zeitlebens gänzlich frei gewesen war; öfters überfalle ihn ein derartiger Schwindel, daß er sich schleunigst

und krampfhaft irgendwo anhalten müsse, um nicht umzustürzen. Da er auch seit einigen Monaten sehr schlecht schlafe, habe er es zunächst versucht, sich abendlich eine „Bierschwere" anzutrinken; dann sei es aber noch ärger gewesen, er habe die ganze Nacht kein Auge schließen können und die Kopfschmerzen hätten eine ganz unerträgliche Höhe erreicht, so daß er das Trinken ganz aufgegeben hat. Der Kranke wird wieder sehr weinerlich, rührselig; es sei wohl am besten, wenn er überhaupt „Schluß mache", er sei ja doch unheilbar krank, leide offenbar an beginnender Gehirnerweichung. Auf beruhigende Worte des Arztes ist der Patient auffallend schnell wieder getröstet. — Die körperliche Untersuchung ergibt enge, wenig, aber entschieden reagierende Pupillen, starke Schlängelung der Schläfe- und Radialarterien. Blutdruck 180 nach Gärtner (entsprechend also etwa 220 Riva-Rocci), Spitzenstoß im 6. Interkostalraum, nach links verlagert, 2. Ton namentlich über der Aorta stark klappend. Bei Prüfung scheint sich eine leichte Ungeschicklichkeit der rechten Hand zu ergeben; die Frage nach Linkshändigkeit wird verneinend beantwortet, dafür berichtet der Kranke jetzt erst, daß er schon seit längerer Zeit öfters ein „pamstiges" Gefühl in der rechten Hand hatte. Auch die Sehnenreflexe sind rechterseits eine Spur lebhafter. Vor Beginn der körperlichen Untersuchung war dem Kranken eine vierstellige Ziffer zu merken aufgegeben worden, die er nach Beendigung der Untersuchung nicht mehr reproduzieren konnte; er wußte nur anzugeben, daß es sich um eine vierstellige Zahl gehandelt hatte und daß die erste Ziffer vier war (richtig). Der Kranke brachte einige Tage später noch folgende Befunde mit, die ich einholen hatte lassen: Im Serum Wassermann, Meinicke und Ballungsreaktion negativ. Augenhintergrund zeigt arteriosklerotische Veränderungen, sicher keine Stauungspapille. Harnbefund: Spezifisches Gewicht 1008, Eiweiß in Spuren, quantitativ nicht bestimmbar, im Sediment spärliche renale Elemente.

Diagnose: Arteriosklerosis zerebri.

IV. Die Paranoia (chronische Verrücktheit).

Psychische Symptome. Dem Auftreten der ersten unzweifelhaft als paranoisch zu deutenden Erscheinungen geht meistens ein längeres neurasthenisch-hypochondrisch gefärbtes Vorläuferstadium voraus. Nur der Mangel einer entsprechenden Ätiologie macht diese an sich keineswegs charakteristische „Neurasthenie" verdächtig. Die Kranken werden also reizbar, zerstreut, ermüden leicht, fühlen die verschiedensten körperlichen und nervösen Beschwerden, suchen Ärzte und Kurpfuscher auf, probieren es mit Naturheilverfahren, Müllern, Vegetarianismus, verschlingen alle möglichen populärwissenschaftlichen Büchelchen usw. Schon nicht mehr zum Bilde der hypochondrischen Neurasthenie gehört eine gleichfalls öfters zu beobachtende Neigung derartiger Naturen, sich mit Problemen zu beschäftigen, welche ihrem bisherigen Interessenkreise, ihrem Berufe, ihrem Bildungsgange ganz ferne liegen. Viele der einseitigen, kläglichen Autodidakten entpuppen sich später als

Paranoiker; sie stürzen sich in die Lektüre metaphysischer, philosophischer, spiritistischer Schriften u. dgl.

Bald aber werden die Kranken argwöhnisch und mißtrauisch, fassen harmlose Bemerkungen schief auf, zeigen sich übelnehmerisch, sofort gekränkt und verletzt, ziehen sich von ihrem gewohnten Umgangskreise zurück, meiden die Geselligkeit, werden guten Freunden gegenüber steif, förmlich, zurückhaltend. Einer meiner Fälle war durch Veruntreuung ärarischer Gelder kriminell geworden, hatte sich während der Untersuchungshaft und bei der Hauptverhandlung in der geschicktesten Weise zu verteidigen verstanden, wurde aber verurteilt. Erst während der Strafhaft zeigten sich Symptome eines weit zurückliegenden, ausgebreiteten Verfolgungswahnsystems. Befragt, ob der Beginn der geistigen Störung etwa schon auf die Zeit der Straftaten zurückverlegt werden könnte, konnte ich erst bei eingehendem Studium des ganzen Strafaktes als auffallend den Umstand vermerkt finden, daß in der sogenannten Qualifikationsliste, die über jeden Offizier ausgestellt worden ist, unter der Rubrik „Außerdienstliches Verhalten" von einem bestimmten Zeitpunkte an die Anmerkung notiert ist, daß der Betreffende im Gegensatze zu seinem früheren Verhalten die Geselligkeit meidet, zu den kameradschaftlichen und Regimentsfestlichkeiten unter nichtigen Vorwänden nicht mehr erscheine. Ein eingehendes Examen des Kranken ergab nun, daß damals typische Beziehungsideen einsetzten. Nebenbei bemerkt, war der Kranke zu seinen Delikten auch nur infolge seiner Wahnideen gebracht worden; er wollte mit einer großen Summe Geldes seinen vermeintlichen Hauptfeind bestechen.

Es entwickelt sich nämlich bei den Patienten mehr und mehr eine Beziehungs- und Beachtungssucht, die früher oder später zu entsprechender Wahnbildung führt. Die Kranken wittern hinter harmlosen Redewendungen boshafte Anspielungen, fühlen sich beachtet, gehänselt; man tue ihnen alles zufleiß, lege ihnen Hindernisse in den Weg, wolle sie aus ihrem Berufe hinausekeln, sie bei ihrem Dienstgeber unbeliebt machen, anschwärzen, vor der Geliebten lächerlich machen, ihnen diese abspenstig machen. Zahllose kleine Vorkommnisse des Alltags werden in einem bestimmten Sinne gedeutet, Zufälligkeiten als absichtlich herbeigeführt aufgefaßt, das Räuspern eines vorübergehenden Passanten ist bedeutungsvoll, sein Ausspucken böse Absicht. Ein Kamerad hat während des Sprechens die Hände in den Hosentaschen, womit er zu verstehen geben will, daß er von der Jugendonanie des Patienten erfahren habe. Die Bemerkung eines Arbeits-

kollegen: „Heute ist es aber warm, lieber Bruder“ enthält die Anspielung, daß man ihn für einen Homosexuellen („Warmer Bruder“ im Jargon) hält u. dgl.

In der überwiegenden Mehrheit der Fälle werden die Beziehungsideen in feindlichem Sinne gedeutet, manchmal aber auch schon frühzeitig im Sinne einer Förderung, einer Wunscherfüllung. Die alternde Hausgouvernante merkt, daß der Sohn der Herrschaft auf sie Absichten hat, der kleine Handelsangestellte entnimmt den Anspielungen und dem Benehmen der Umgebung, daß die Tochter des Prinzipals sich ihm nähern möchte, ihn zu ihrem Gatten erkoren hat usw.

Namentlich in den frühesten Stadien sind die Kranken noch einer gewissen Kritik fähig, lassen die eine oder die andere Idee wieder fallen, zweifeln selbst an der Richtigkeit mancher ihrer Beobachtungen, sind Überzeugungsversuchen gegenüber teilweise zugänglich (es hängt selbstverständlich das Maß dieser Kritikfähigkeit auch von der Logik der betreffenden Individuen ab, die ihnen überhaupt von Haus aus eigen ist). Bald jedoch festigen sich ob der zunehmenden Fülle von „Beweisen“ die Wahnideen; die Anspielungen sind zu zahlreich, die Vorkommnisse, die man ihnen als belanglose Zufälligkeiten einreden will, werden zu häufig, alles stimmt immer mehr, alles wird immer klarer. Eine ganz systematisch betriebene Intrige ist im Gange, die von langer Hand in raffinierter Weise vorbereitet worden ist; der Kranke gelangt endlich in das Stadium des vollentwickelten Verfolgungswahnes.

Das Benehmen der Patienten wurde zum Teile schon oben geschildert, wie sie menschenscheu, argwöhnisch, verbittert werden; auf irgendeine harmlose Bemerkung, in der sie jedoch eine boshafte Anspielung erblicken, reagieren sie mit einer für den Betreffenden ganz unverständlichen Gereiztheit oder mit einer Grobheit; in anderen Fällen wollen sie sich stets entschuldigen, sich von irgend einem Verdachte reinwaschen, den Niemand gegen sie in Wirklichkeit erhoben hat, oder sie selbst sprechen mit bedeutungsvollem Lächeln in allerlei verblümten Redensarten, welche dem Angesprochenen gänzlich unverständlich erscheinen, sie schreiben Liebesbriefe und Heiratsanträge an Persönlichkeiten, welche nie mit ihnen in Verkehr getreten waren; andere verlassen völlig grundlos ihren Posten, wechseln ihre Wohnung; wieder andere annonzieren in der Zeitung, nachdem sie in derselben Zeitung gewisse Anzeigen als auf sie gemünzt gelesen zu haben

glauben, oder sie erstatten Anzeigen bei der Polizei, verlangen ein Wohlverhaltungszeugnis usw.

Halluzinationen, insbesondere Halluzinationen des Gehörsinnes, gehören zu den typischen Symptomen der Paranoia, doch liegt deren Besprechung, als schon dem vollentwickelten Krankheitsbilde angehörig, außerhalb des Rahmens dieses Buches.

Körperliche Symptome. Charakteristische körperliche Symptome sind bei der Paranoia nicht bekannt.

Therapie. Wenngleich die erfahrungsgemäß durchaus ungünstige Prognose der Paranoia schon an sich besagt, daß es eine Therapie dieser Geisteskrankheit nicht gibt, gewähren gerade die ganz initialen Fälle nicht selten ein dankbares Gebiet ärztlicher Betätigung, insoferne als es gelingen kann, geeignete Fälle überraschend lange sozial und berufsfähig zu erhalten und die Notwendigkeit einer Anstaltsinternierung lange hinauszuschieben. Psychotherapie vermag hier manchmal recht erfreuliche Erfolge zu erzielen. Man trachte, möglichst an die Kritik der Patienten zu appellieren, Zweifel an der Realität ihrer Mutmaßungen wachzuhalten und ihnen schließlich, wenn sich derartige Überredungsversuche als wirkungslos erweisen, geradezu das Dissimulieren beizubringen; man sage ihnen etwa gerade heraus, daß Jedermann ihre Ideen als wahnhaft auffassen muß, sie selbst vermöchten dies derzeit nicht einzusehen, eben weil sie „nervenkrank" seien; allein, wenn sie zuviel darüber redeten, zu viel darauf achteten, dann liefen sie eben Gefahr, als irrsinnig in einer geschlossenen Anstalt interniert zu werden. Also ruhig weiter arbeiten, sich nicht um die Aufsässigkeiten und Anspielungen kümmern, schweigen, sozusagen „gute Miene zum bösen Spiele" machen und dgl.! Selbstverständlich spielt bei derartigen psychotherapeutischen Versuchen auch die persönliche Eigenart des Kranken eine große Rolle nicht nur hinsichtlich seiner Logik, sondern namentlich in Bezug auf die Frage der Gemein- und Selbstmordgefährlichkeit. Bei von Haus aus rachsüchtigen, zu wörtlichen und tätlichen Repressalien geneigten Persönlichkeiten wird der Arzt nicht allzulange die Versuche, den Patienten in der Freiheit zu belassen, ausdehnen dürfen und ebenso werden ungewöhnlich starke reaktive Depressionen mit Suizidäußerungen eine baldige Internierung geboten erscheinen lassen. Aber gar manche Paranoiker halten sich bei dieser Art psychischer Beeinflussung, welche freilich an die Lebensklugheit und den Takt des Arztes große Anforderungen stellt, erstaunlich lange vollkommen berufsfähig und gelten höchstens in den Augen ihrer Umgebung als Sonderlinge, „überspannt" usw.

Forensische Fragen. Bei sicher gestellter Diagnose der Paranoia fallen Straftaten unter die Unzurechnungsfähigkeitsparagraphe, und zwar einer ziemlich allseitig anerkannten Auffassung gemäß auch dann, wenn ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Delikt und Wahnideen nicht nachweisbar ist, also wenn beispielsweise ein Paranoiker nicht eine Gewalttat begeht als Ausfluß seiner Verfolgungsideen, sondern etwa einen Diebstahl.

Mit der Einleitung des Entmündigungsverfahrens wird man bei beginnenden Paranoikern im allgemeinen wohl zuwarten können.

Die Notwendigkeit der Anstaltsinternierung richtet sich, wie schon erwähnt, hauptsächlich nach den Momenten der drohenden Gemein- oder Selbstmordgefährlichkeit. Im allgemeinen trachte man, dem Kranken diese Maßnahme möglichst lange zu ersparen. Damit steht nicht in Widerspruch, daß sich gelegentlich gerade der Umstand der Einlieferung an eine psychiatrische Klinik oder Anstalt von gewissermaßen pädagogischem Nutzen erweist, insoferne nämlich, daß sie die Dissimulationstendenz, welche in passenden Fällen ja geradezu im Interesse der Kranken selbst wünschenswert erscheint, natürlich wesentlich verstärkt.

Krankheitsgeschichten.

45jähriger Bankprokurist wird von seinem Chef zur ärztlichen Untersuchung geschickt. Der Chef hatte berichtet, daß sich der Mann, der jahrelang ein anhänglicher, pflichtgetreuer Angestellter und allseits beliebter Kollege gewesen ist, seit einiger Zeit übertrieben empfindlich zeige, jede Bemerkung krumm nehme, mit seinen Arbeitsgenossen in Konflikte gerate, unverträglich geworden sei; zuletzt habe er ihn (den Chef) in brüsker Weise zur Rede gestellt, warum dieser ihn nicht gegen die Hetzereien und Tratschereien der anderen schütze. — Bei der ärztlichen Unterredung klagt der Patient über allgemeine Nervosität, redet viel herum, wobei er den Blick des Arztes meidet. Um die Ursachen dieser Nervosität befragt, gibt er zögernd, in vorsichtig zurückhaltender, umständlicher Weise, allmählich aber mit steigendem Affekte an, daß es kein Wunder sei, wenn man „nervös" würde bei den vielen Sekkaturen, denen er ausgesetzt sei. Man werfe ihm Prügel vor die Füße, spiele ihm allen erdenklichen Schabernack, stichle durch verblümte Andeutungen; hinterher werde alles wieder umgedeutet, man glaube, ihn zum Narren halten zu können. Als Beispiele führte er an, daß, während ihm früher irgendwelche Irrtümer in einem Konzepte mit Bleistift angemerkt wurden, dies neuerdings mittels roter Tinte geschehe; man halte ihn offenbar für einen Sozialdemokraten; damit stimme auch, daß er einmal das Wort „Geschäftskompagnon", das er in einem Briefe gebraucht hatte, in „Sozius" hatte umändern müssen, wobei ihn der Chef mit auffallender Betonung fragte: „Haben Sie verstanden? Sozius." Sein Pultnachbar huste immer und spucke demonstrativ aus; als er ihn darob zur Rede stellte, meinte dieser, er leide an einem starken Rachenkatarrh; daß dies

aber eine offenbare Lüge sei, gehe daraus klar hervor, daß sich gerade dieser Herr sonst, wenn ihm irgend etwas fehle, sofort krank melde und nicht ins Bureau käme. Die Kollegen flüstern miteinander und lachen dann hell auf; auf seine entrüstete Zurechtweisung heiße es dann immer, sie hätten sich nur Anekdoten erzählt; kurz, alle seien gegen ihn, er stehe im Mittelpunkte einer systematischen Intrigue, die aber so geschickt eingefädelt sei und so raffiniert betrieben werde, daß er niemanden packen könne; auch der Chef sei mit im Spiele. Aber auch die Parteien in dem Hause, in welchem er wohnt, müßten irgendwie schon bearbeitet worden sein; die Kinder des Hausmeisters pfeifen immer das Lied: „O, du lieber Augustin!!“ (dies ist tatsächlich der Vorname des Kranken). Wer hinter diesem ganzen Treiben stecke, habe er trotz allen Nachdenkens nicht herausgebracht. Vorsichtige Exploration auf Stimmenhören bleibt negativ. Körperliche Untersuchung ergibt nichts wesentliches, speziell aber auch nicht die häufigeren Zeichen einer Neurasthenie, wie Reflexsteigerung, Pulslabilität, Lidflattern und dgl.

Diagnose: Paranoia inzipiens.

41jähriger Ökonom kommt in die Sprechstunde mit der Angabe, daß er Neurastheniker sei und setzt unaufgefordert hinzu, daß er zu anderen Ärzten kein Vertrauen habe, weil diese entweder Juden oder Judenknechte seien. Doch das gehöre auf ein anderes Kapitel, er wolle nur von seiner Neurasthenie sprechen. Er schildert nun unbestimmte hypochondrische Beschwerden, wie Kopfdruck, Schlafstörung, Reizbarkeit und dgl.; er habe schon alles mögliche versucht, sei Totalabstinenzler und Vegetarianer geworden, müllere, habe sich sehr viele Bücher über Nervosität gekauft. Um die Ursache seiner Neurasthenie befragt, meint er, es gäbe halt allerlei, was den Menschen nervös machen müsse. Ob er zu viel arbeite? „Das gerade nicht, aber wenn einem jede Arbeit gestört und vereitelt wird . . . “ Er ergeht sich nun zunächst in allgemein gehaltenen Ausfällen gegen die Übermacht der Juden; am Ausgange des Weltkrieges, an den trostlosen Verhältnissen in Österreich und Deutschland seien nur die Juden schuld, die jüdischen Freimaurer und die Sozialdemokraten. Überall hätten sie ihre Hand im Spiele usw. Vorsichtig befragt, ob er denn auch persönlich irgend ein Unbill seitens der Juden erfahren habe, entwickelt er nun zögernd und nur über stetes Befragen ein ganzes System typischer Wahnideen. Die Sache habe eigentlich schon während seiner Adjunktenzeit auf einem größeren Gute begonnen, nur habe er es damals nicht verstanden und darum auch nicht beachtet; erst jetzt könne er den Zusammenhang durchschauen. Es sei einfach nicht zu erzählen („ganze Bände müßte man da schreiben“), in welch vielfacher und raffinierter Weise er verfolgt wurde. Durch Blicke, Anspielungen, Zeitungsinserate trachte man, ihn aufzuregen und wo möglich zu einer Gewalttat zu bringen, damit er vor das Strafgericht käme und dadurch in seiner Existenz ganz vernichtet werde. Man beobachte jeden seiner Schritte, schicke ihm Geheimagenten nach, die ihn sogar auch bei seinen Geschäftsreisen begleiten; man müsse auch immer ausspioniert haben, wohin er reise und wo er absteige, denn auch in dem betreffenden Hotel sei dasselbe los; man gebe ihm einen jüdischen Zimmernachbarn oder Kupeegenossen, setze ihn immer einem jüdischen Gaste gegenüber bei der Table d'hôte usw. Woher er denn wüßte, daß all das gerade von den Juden ausgehe? Das erkenne er ja erstens aus dem Äußeren, dann sei er ja aus seiner Studentenzeit her als Antisemit bekannt; es könnte

ferner doch nur eine so internationale Macht, die über große Geldmittel und großen Einfluß verfüge wie die Juden, an allen Orten ihre Diener und Agenten haben; ganz klar sei ihm aber die Sache geworden, als einmal auf einer seiner Reisen ein Herr aus dem Speisewagen wieder in das Abteil zurückkehrte, der sich unvorsichtigerweise seine Weste mit Eigelb besudelt hatte. Zwei andere Kupeepassagiere, die ihm schon früher wegen ihrer eigentümlichen Blicke aufgefallen waren, lächelten und, als jener Herr wieder ausstieg, sagte der eine davon: „Mit solchen Flecken soll man doch nicht herumgehen." Patient schloß daraus, daß jener Herr durch demonstratives Zurschautragen eines gelben Fleckes den beiden anderen seine Zugehörigkeit zum Judentume hatte bekunden wollen und daß diese es tadelten, daß jener sich verraten habe. Er sei Junggeselle geblieben; denn seine einzige wirkliche Liebe sei offenbar auch von den Juden beeinflußt worden; bei einer Aufführung der IX. Symphonie habe sie überschwenglich die Auffassung des Juden Mahler gegenüber der von Hans Richter gepriesen; darüber hätten sie sich schon ein wenig zerstritten; angeblich um ihn zu versöhnen, in Wirklichkeit jedoch, um ihre Gesinnungsart darzutun, habe sie nach Beendigung des Disputes gesungen: „Seid umschlungen Millionen, diesen Kuß der ganzen Welt!" Sie sei also für das Großkapital und das internationale, vaterlandslose Judentum eingetreten. Gehörstäuschungen waren nicht festzustellen, ebenso wenig Gefühlstäuschungen. Einwänden gegenüber ganz unzugänglich, entfernt er sich kühl und sichtlich unzufrieden und schrieb mir einige Tage später, daß er aus meinem Reden entnommen habe, daß auch ich im Dienste seiner Feinde stünde.

Diagnose: Paranoia.

V. Die Dementia praecox.

Psychische Symptome. Die Anfangstadien der Dementia praecox (Schizophrenie) sind recht vielgestaltig.

In manchen Fällen erfahren die intellektuellen Fähigkeiten einen allmählichen, immer mehr zunehmenden Rückgang. Vorher begabte Schüler kommen nicht mehr recht mit, die Fortgangsklassen in den oberen Mittelschulen verschlechtern sich ständig, die letzten Klassen müssen wiederholt werden, die Reifeprüfung kann überhaupt nicht mehr abgelegt werden. Der geistige Gesichtskreis engt sich ein, die jungen Leute versimpeln in eigenartiger Weise, verlieren jegliches Interesse an Musik, Literatur und anderen Künsten, werden ungesellig, beteiligen sich nicht an den Problemen, Unterhaltungen und Bestrebungen ihrer Altersgenossen. Dabei wird dieser geistige Verfall von den Kranken selbst nicht sonderlich empfunden, Regungen von Scham oder Ehrgeiz sind kaum auslösbar, es zeigt sich vielmehr eine unverkennbare affektive Abstumpfung.

In einer Reihe anderer Fälle werden von dem psychischen Rückgange zunächst weniger die verstandesmäßigen, als die affek-

tiven Seiten des Seelenlebens betroffen, welche von so ausschlaggebender Bedeutung für eine ethische Lebensführung sind. Die Patienten verlieren die altruistischen Gefühle und es entwickelt sich immer mehr und mehr das Bild einer sittlichen Entartung, welche häufig in schroffstem Gegensatze zu dem früheren Verhalten der Kranken steht. Sie werden arbeitsscheu, „verbummeln" sich, zeigen sich gleichgültig gegenüber den Ermahnungen und Vorwürfen der Umgebung; jeder Appell an den Ehrgeiz gleitet wirkungslos ab, sie werden roh, reizbar, brutal, schamlos, geben sich grobsinnlichen Exzessen hin, leben untätig in den Tag hinein, erpressen durch Grobheiten oder Drohungen den Eltern und Geschwistern Geld, versetzen ihre und ihrer Familie Habseligkeiten, vergreifen sich an fremden Eigentum; daß Geld wird sinnlos und hemmungslos verpraßt. Dabei gehen jedoch derlei Kranke kein eigentliches Liebesverhältnis ein, schließen sich auch nicht an leichtfertige Gesellschaften an; sie sind vielmehr ungesellig, eigenbrötlerisch, gefühlskalt. Sie vernachlässigen auch ihr Äußeres und die Körperpflege, sie kleiden sich salopp.

Wieder bei anderen entwickelt sich ein neurasthenieähnliches Zustandsbild, zumeist von hypochondrischer Färbung. Ohne zureichende Ursache zeigen sich die Kranken leicht ermüdbar, erschöpft, überempfindlich, reizbar, von übertriebener Selbstbeobachtung, äußern unzählige hypochondrische Beschwerden, in deren Vordergrund häufig das Sexualsystem steht; sie verschlingen populärwissenschaftlich-medizinische Broschüren sowie die einschlägigen Kapitel aus dem Konversationslexikon, probieren es, wie viele beginnende Paranoiker, mit allen möglichen extremmodernen Heillehren. Sehr auffallend jedoch und meistens schon in den frühesten Stadien macht sich wieder die eigenartige Affektstumpfheit bemerkbar. Es kann dem Beobachter nicht entgehen, daß trotz all der hypochondrischen Befürchtungen und Beschwerden der Affekt eigentlich ganz oberflächlich und leer ist, ja daß eine affektive Betonung überhaupt fehlt; nicht selten kann man sogar schon in den Frühstadien eine Diskrepanz zwischen Affekt und Vorstellungsinhalt feststellen, die Kranken verziehen beispielsweise in der Schilderung ihrer Klagen begriffen, das Gesicht zu einem läppischen Lächeln, sie erzählen, daß sie durch Selbstbefleckung rückenmarksleidend geworden seien und brechen in Lachen aus.

Oft erscheint eine beginnende Schizophrenie unter folgendem Bilde: Viele den „Backfisch- und Flegeljahren" normalerweise eigene Züge treten ins Krankhafte verzerrt in Erscheinung; eine Vorliebe für eine schwulstige, geschraubte Redeweise, für ein ge-

sucht extravagantes Benehmen, dann eine kindisch-alberne Beschäftigung mit den höchsten Problemen der Philosophie, Biologie und Metaphysik, ein patziges Widerstreben jeglicher Autorität gegenüber, eine Unfähigkeit der Beurteilung des eigenen kläglichen Könnens und der angestrebten Aufgaben; gleich den initialen Paranoikern befassen sich viele Schizophrene mit einer ihrem Berufe und ihrem bisherigen Gesichtskreise ganz ferne liegenden Lektüre, mit Weinberger, Nietzsche, mit okkultistischer Literatur, mit der Erfindung des perpetum mobile, mit der Lösung der Quadratur des Kreises und dgl. Das Gebaren wird maniriert, die Redeweise bombastisch-gekünstelt unter Verwendung von Superlativen, klingenden, leeren Phrasen, unpassenden Zitaten. Es kommt zu allerlei ganz absonderlichen, impulsiv ausgeführten Handlungen, die von den Kranken selbst hinterher nicht motiviert werden können und für welche sie ganz alberne, nichtssagende Beweggründe angeben. Eine Kranke legte sich während eines Spazierganges plötzlich in eine Kohlenkiste, die vor einem Geschäftsladen stand; ein Patient wollte sich ungestüm den Eintritt in die Hofburg erzwingen, um nachzusehen, ob dort die Uhren mit der seinigen in der Zeitangabe übereinstimmten, usw.

Auch Zwangsvorstellungen, ferner Beachtungs- und Beziehungsideen werden geäußert, jedoch ohne sonderliche Systemisierung und vor allem ohne sonderliche affektive Betonung; es macht sich vielmehr wieder jene mehrfach erwähnte Abstumpfung in der affektiven Sphäre bemerkbar.

Auf zahllose andere charakteristische Symptome dieser Krankheit soll, da sie nicht mehr den Anfangsstadien zugehören, hier nicht weiter eingegangen werden. Erwähnt sei nur noch, daß zuweilen ausgesprochen hysterische Züge, hysteriforme Anfälle, aber auch epileptische Krämpfe den Krankheitsprozeß einleiten können oder ein meningitis- oder delirium-acutum-ähnliches Zustandsbild, ferner amentia-artige halluzinatorische Verworrenheitszustände.

Körperliche Symptome. Recht oft geht der früheste Beginn der Schizophrenie mit hartnäckigen, quälenden Kopfschmerzen einher, für welche irgend eine Ursache wie Anämie, Nebenhöhlenerkrankungen, Hemikraniebelastung usw. nicht gefunden werden kann. Das Chvosteksche Fazialisphänomen wird auffallend oft angetroffen ohne sonstige Zeichen von Tetanie. Druck auf die Augäpfel wird nicht selten ungemein unangenehm, ja schmerzhaft empfunden, wobei zuweilen gleichzeitig auch Pulsverlangsamung und Kleinerwerden der Pulswelle wahrgenommen werden kann.

Therapie. In jedem Falle empfiehlt sich ein länger fortgesetzter Versuch eine Organotherapie, Schilddrüse, etwa in der Form der Thyreosantabletten (Sanabo) à 0·3 pro die, und gleichzeitig Keimdrüsenpräparate, zum Beispiel Testosan oder bei weiblichen Personen Ovosantabletten, 3 bis 6 Stück täglich. Das Testosan in der üblichen Dosierung bleibt häufig unwirksam; besser bewährten sich die konzentrierten Präparate, wie Testosanum forte. Zweckmäßig kombiniert man diese Organotherapie mit einem regelrechten Eisen-Arsenturnus. Gerade bei Individuen mit infantilistischem Habitus, verzögerter Entwicklung oder mangelhafter Ausbildung des Sexualsystemes sieht man nicht so selten einen befriedigenden Einfluß dieser Behandlungsart nicht nur auf die Genitalsphäre, sondern auch auf den psychischen Zustand. Anregende hydriatische Prozeduren, wie Halbbäder, Sauerstoffbäder mit folgender allgemeiner Körperfrottage mögen auch versucht werden; ebenso erweisen sich ganz initiale Fälle zuweilen auch psychotherapeutischer Einwirkung zugänglich. Im allgemeinen freilich darf man nicht mit allzu großen Hoffnungen an die Behandlung der Schizophrenie herantreten.

Forensische Fragen. Bei sicher gestellter Diagnose liegen hinsichtlich der strafgerichtlichen Verantwortlichkeit zweifellos voll und ganz die Bedingungen der Unzurechnungsfähigkeitsparagraphe vor. In zivilgerichtlicher Beziehung kommt zumeist volle Entmündigung oder, da es sich öfters um noch Minderjährige handelt, Verlängerung der väterlichen Gewalt in Betracht.

Zur Anstaltsinternierung entschließe man sich nur bei ausgesprochener Gemein- oder Selbstmordgefährlichkeit, sonst schiebe man diese Maßnahme möglichst hinaus. Gerade Psychotherapie und Anhaltung zu Beschäftigung, Ankämpfen gegen die Neigung zum Sichverschließen gegen die Außenwelt wird zumeist in der Familienpflege erfolgreicher durchgeführt werden können, wenn das Milieu ein halbwegs günstiges ist.

Krankheitsgeschichten.

18jähriger Gymnasiast. Bis zur Sexta Vorzugsschüler; von da ab Rückgang, fiel trotz Hauslehrers in der Septima durch, konnte auch die Wiederholungsprüfung nicht bestehen, vernachlässigte das Studium, beschäftigte sich dagegen viel mit Astrologie und Astronomie, obwohl er in Physik und Mathematik ganz versagt hatte. Er gab den Verkehr mit seinen intimsten Schulkameraden auf, wußte sich gemeinsamen Schülerausflügen, Veranstaltungen, Besuchen usw. durch allerlei Ausflüchte zu entziehen. Während er früher stets ein wenig eitel gewesen war, speziell seinen sprießenden Schnurrbart sorgfältigst pflegte, ward er „schlampig" und unordentlich. Bei Ermahnungen seitens der Eltern und Lehrer blieb er ganz gleichgültig, nahm Strafen ruhig hin. „Wenn er wenigstens

frech geworden wäre," meinte ein Lehrer bei Vorsprache des Vaters, „aber ich kann ihm sagen, was ich will, es ist, als wenn ich in die Luft reden würde." In den letzten Monaten arge Kopfschmerzen. Bei der ärztlichen Untersuchung sitzt der Junge ersichtlich uninteressiert vor dem Arzte, bejaht die Frage nach Kopfschmerzen; vielleicht habe er zu viel onaniert oder zu wenig, so daß der Samen ihm in den Kopf gestiegen sei. Die meisten Fragen beantwortet er einsilbig, die Antworten sind vielfach nichtssagend, bestehen aus leeren Redewendungen. Als das Gespräch auf die Astrologie gebracht wird, zeigt sich alsbald, daß ihm der Unterschied zwischen Astrologie und Astronomie nicht klar ist; er entwickelt nun ganz unverständliche, aber hochtrabende Phrasen, lacht einmal während derselben unvermittelt hell auf, ohne dies motivieren zu können, grimassiert öfters in eigentümlicher Weise. Bei Druck auf die Bulbi weicht er mit schmerzlich verzogenem Gesichte zurück, sagt: „Nicht wahr, hochgeschätzter Herr ärztlicher Vorstand, Sie quetschen die Samenfäden aus dem Kopfe heraus?" Chvosteksches Facialisphaenomen beiderseits stark positiv.

Diagnose: Beginnende Dementia praecox.

27jährige Private. Die Eltern geben zur Vorgeschichte an, daß sich ihre Tochter körperlich und geistig ganz normal entwickelt hatte; unwesentliche Kinderkrankheiten; sie absolvierte Volks- und Bürgerschule mit gutem Erfolge, erhielt dann einen Posten in einem Kaufhause, den sie zur allgemeinen Zufriedenheit versehen hatte, war stets lustig, gesellig und lebensfroh. Ohne irgend welche bekannte Veranlassungsursache begann die Patientin vor etwa vier bis fünf Jahren über alle möglichen Beschwerden zu klagen; sie ward überängstlich in Selbstbeobachtung, äußerte unausgesetzt wechselnde Klagen, die bald den Kopf, bald den Magen usw. betrafen, blieb tagelang liegen, vernachlässigte ihren Beruf; sie ist seit drei Jahren überhaupt beschäftigungslos, kümmert sich auch nicht um die häuslichen Arbeiten, geht nicht aus, liest nichts, betätigt sich nicht durch Handarbeiten oder dgl. Wiederholte ärztliche Untersuchungen, auch solche durch Spezialisten, konnten keine organischen Veränderungen an den inneren Organen feststellen. Die Kranke wurde in verschiedenen Sanatorien unter Diagnosen wie „Hysterie", „Hypochondrie" behandelt, ganz erfolglos; auch eine psychoanalytische langdauernde Behandlung brachte keine Besserung. Im Anfange des Leidens war das Körpergewicht gesunken, später wieder angestiegen, sogar über das frühere Gewicht. Der Schlaf war ungestört, ebenso die Menstruation. — Bei der Untersuchung liegt die Patientin im Bette, klagt in eigentümlich „raunzender", monotoner Weise über Schmerzen im ganzen Körper, alles tue ihr weh, sie habe keinen Appetit, keinen Stuhl, keinen Urin. Der Ernährungszustand ist indessen ein ausgezeichneter, die Angehörigen geben an, daß die eben genannten Funktionen ganz in der Ordnung seien. Trostworten gegenüber ist sie gänzlich unzugänglich; es zeigt sich freilich, daß die Kranke überhaupt nicht recht auf die Worte der Umgebung aufpaßt; sie stiert öfters ganz teilnahmslos vor sich hin, um dann in ihrem eintönigen Jammern fortzufahren. Dabei ist der Gesichtsausdruck unverkennbar leer, der Affekt stumpf, kaum oberflächlich zu nennen. Was sie den ganzen Tag treibe? „Wie kann ich etwas tun, wenn mir alles weh tut!" Sie könne nicht lesen, weil ihr die Augen weh tun, sie könne keine Handarbeit vornehmen, weil ihre Hände zu schwach seien, sie könne nicht das Bett verlassen, weil ihre

Füße gelähmt seien usw. Viele Fragen läßt die Kranke unbeantwortet oder hat nur ein unwilliges „Weiß nicht". Zuweilen grimassiert sie. Die körperliche Untersuchung ergibt sicher nichts für Annahme einer Polyneuritis oder dgl. Beiderseits Chvostek; Bulbi stark druckempfindlich.

Diagnose: Dementia praecox der hypochondrischen Form.

VI. Melancholie.

Psychische Symptome. Ein eigentliches Initialstadium, wie etwa bei den Verblödungsprozessen oder bei der Paranoia, kommt bei den melancholischen Psychosen nicht vor. Man kann höchstens insoferne von einem Initialstadium sprechen, als die Intensität des Krankheitsbildes nicht sofort seine volle Höhe erreicht, sondern sich innerhalb von Wochen bis Monaten allmählich steigert. Gerade bei periodisch oder zirkulär verlaufenden Formen setzt übrigens das Zustandsbild ziemlich akut ein.

Die Patienten werden traurig verstimmt, wobei sie öfters selbst keinen triftigen Grund dafür angeben können oder es wird irgend ein äußeres, an sich reales Faktum, einer der vielen kleinen Nadelstiche des täglichen Lebens, ein berechtigter Kummer, Familienverhältnisse, materielle Sorgen und dgl. für den Traurigkeitsaffekt verantwortlich gemacht. Oft zeigt sich dabei schon ein gewisses Mißverhältnis zwischen angeschuldigter Ursache und Tiefe des Affektes; vor allem aber fällt die absolute Unbeeinflußbarkeit des Affektes durch tröstlichen Zuspruch, durch Vernunftsgründe, ja auch durch Änderung oder Wegfall jenes bestimmten Umstandes auf, der von den Kranken als Ursache ihrer Traurigkeit angegeben wurde. Sie verlieren die Lust an ihren Liebhabereien und Steckenpferdchen, das Interesse für Kunst, für Theater, für Spiel, aber auch für ihre beruflichen Agenden, die Freude an der Geselligkeit, am Beisammensein mit geliebten Familienangehörigen. Die Arbeit, sei es im Berufe, sei es in der häuslichen Wirtschaft, fällt ihnen außerordentlich schwer; die Kranken empfinden eine peinliche Erschwerung und Hemmung ihrer Denkprozesse, sie sprechen daher oft die Befürchtung aus zu verblöden oder wahnsinnig zu werden. Sie fühlen sich zu nichts wert, allen nur zur Last, sie quälen sich mit Selbstvorwürfen, daß sie faul seien, daß sie sich nicht ordentlich zusammennehmen, daß sie lieblos gegen ihre Familie geworden seien. Der Pessimismus läßt auch dem Gedanken keinen Raum, daß sich doch der Zustand bessern könnte; es sei alles umsonst, ihnen könne niemand helfen, auch der Herrgott nicht, der sie verlassen habe; das Beste wäre, wenn sie nicht mehr leben würden. Im Gegensatze zu hypochondrischen

Neurasthenikern bringen diese Melancholiker Kurversuchen nicht das geringste Interesse entgegen und sie müssen von ihren Familienmitgliedern geradezu gezwungen werden, überhaupt ärztliche Hilfe aufzusuchen; wozu denn ein Arzt? Sie sind ja nicht krank, sondern nur schlecht, faul, sie haben ihren Zustand selbst verschuldet, sie seien unfähige, energielose Waschlappen, die noch ihre ganze Familie mit ins Unglück stürzen werden. Man gäbe sich mit ihnen viel zu viel Mühe. eine Kugel vor den Kopf wäre das einzig Richtige, alle Kuren kosten zuviel Geld, die Familie müßte ja verhungern. Häufig werden schon im Beginne allerlei Selbstanklagen ausgesprochen, sie seien zu wenig gewissenhaft in ihrer Arbeit gewesen; oder es werden irgendwelche mehr oder minder harmlose Vorkommnisse aus längst vergangener Zeit hervorgekramt; das sei jetzt die Strafe Gottes dafür, daß sie in der Jugend ein Verhältnis gehabt hätten, daß sie jemanden beleidigt hatten usw. Die neurasthenische Reizbarkeit und der neurasthenische Egoismus mangeln bei den Melancholikern durchaus; sie ziehen sich zurück, sind steinunglücklich darüber, daß die anderen infolge ihrer Zustände leiden, daß sie untätig und arbeitsunfähig wären, während sie von den anderen erhalten werden müßten; sie entschuldigen sich stets, bitten um Verzeihung.

Häufig werden typische Zwangsvorstellungen beobachtet, welche zuweilen das Krankheitsbild derart beherrschen können, daß dahinter das Primäre der traurigen Verstimmung und die Denkhemmung unbeachtet bleiben kann.

Die Hemmung des assoziativen Prozesses erstreckt sich auch auf die Motilität; die Kranken verbringen viele Stunden untätig, können sich zu keinem Handgriffe entschließen, bleiben am liebsten im Bette liegen oder lungern, in pessimistischen Grübeleien versunken, stundenlange auf dem Divan herum; sie vernachlässigen ihre Körperpflege und Kleidung.

Dort, wo der einfach-traurige Affekt gemischt ist mit ängstlicher Verstimmung, wird diese apathische Bewegungsarmut durchbrochen durch eine unstet-zappelige Unruhe; es leidet die Kranken nicht lange auf einer Stelle, auf einem Sitze, sie müssen aufspringen und trippeln ruhelos im Zimmer umher, sie kauen an den Nägeln, kratzen und scheuern an ihrer Haut, zupfen an den Haaren. Es muß betont werden, daß gerade derartige Patienten ungleich selbstmordgefährlicher sind als jene mit einfacher trauriger Affektlage, bei welchen die allgemeine Hemmung immerhin ein gewisses, wenn auch schwaches Gegengewicht bildet gegen den Versuch einer Ausübung einer selbstmörderischen Handlung.

Sehr häufig läßt sich ein regelmäßiger Wechsel der Intensität aller der Erscheinungen je nach der Tageszeit beobachten. Es sind gerade die Früh- und Vormittagsstunden, welche für die Kranken besonders qualvoll sind, während gegen die späteren Nachmittagsstunden zu eine gewisse Erleichterung einzutreten pflegt.

Hat man es mit älteren Individuen zu tun, bei denen angeblich der Zustand zum erstenmale aufgetreten ist, so ergibt eine sorgfältige Erhebung der Vorgeschichte recht oft, daß eine ähnliche Erkrankung doch schon ein- oder das anderemal vorausgegangen war, zum Beispiel in den Jahren nach der Pubertät. Der Hinweis freilich, daß es doch damals auch vollständig gut geworden sei, prallt eindrucklos an dem Pessimismus der Kranken ab; ja, damals sei es ganz anders gewesen; jetzt aber gäbe es keine Hilfe mehr. Auch bei exquisit periodisch verlaufenden Formen, bei denen die einzelnen psychotischen Phasen einander an Dauer und Intensität auffallend gleichen können, erhält man derartige Antworten, daß es früher noch nie so schlimm gewesen sei wie jetzt.

Die melancholischen eigentlichen Versündigungswahnideen, stuporähnliche Zustände und viele andere symptomatische Einzelheiten gehören nicht mehr unter die Initialsymptome.

Körperliche Symptome. Das Körpergewicht sinkt bei der Melancholie rasch und kontinuierlich, öfters schon zu einer Zeit, da die psychischen Symptome noch wenig oder gar nicht zutage treten. Der Schlaf ist ausnahmslos mehr oder minder schwer gestört. Die Funktionen des Magendarmtraktes liegen darnieder; Appetitlosigkeit, saures Aufstoßen, pappig-übler Geschmack, das Gefühl von Druck, von Völle und Schwere im Magen, hartnäckige Obstipation und dgl. sind ganz regelmäßige Begleiterscheinungen der Melancholie und können auch in manchen Fällen den psychopathischen Symptomen längere Zeit vorauseilen. Manchmal stehen derartige gastrointestinale Beschwerden derart im Vordergrunde, daß sie die psychopathologischen Symptome geradezu zu verdecken vermögen; manche der „Magenneurosen" gehören hieher. Es finden sich ferner Klagen über Kopfdruck und Kopfschmerzen, über verschiedenartige neuralgiforme abnorme Sensationen an den verschiedensten Körperstellen; speziell bei den ängstlich verstimmten Patienten lassen sich auch Druckpunkte nachweisen, beispielsweise in der Herzgegend, im Bereiche der Nervi supraorbitales usw.

Bei Kranken mit ausgeprägter Periodizität ihrer psychotischen Anfälle hat man nicht so selten Gelegenheit, die Beobachtung

zu machen, daß einige der körperlichen Symptome in ganz stereotyper Weise jeden Anfall einleiten, so daß die Angehörigen oder der Kranke selbst schon wissen, daß jedesmal, wenn sich beispielsweise bestimmte Magenbeschwerden oder Neuralgien zeigen, das Einsetzen einer neuerlichen melancholischen Phase unmittelbar bevorsteht.

Therapie. Vor allem muß auf die große Selbstmordgefährlichkeit der Melancholiekranken Bedacht genommen werden. Der Arzt muß die Angehörigen auf das Eindringlichste darüber belehren, womöglich auf Anstaltsbehandlung dringen und, falls diesem seinem Ratschlage nicht Folge geleistet wird, ausdrücklich jede Verantwortung ablehnen. Die Überwachung muß eine ununterbrochene sein, die Kranken dürfen beispielsweise nicht Gelegenheit haben, sich allein im Aborte einzusperren; Fenster bei hochgelegenen Wohnungen sind stets zu verriegeln, womöglich zu vergittern; alle stechenden, schneidenden Geräte sind beiseite zu räumen, ebenso feuergefährliche Gegenstände; Arzneimittel dürfen unter keinen Umständen den Patienten selbst eingehändigt werden; speziell bei heroisch wirkenden Präparaten muß man sich immer selbst davon überzeugen, ob der Kranke die gereichte Menge auch wirklich zu sich genommen hat, da derlei Patienten öfters die jeweiligen Einzeldosen in selbstmörderischer Absicht sammeln.

Die Überwachung wird durch konsequent durchgeführte Bettruhe erleichtert. Bettruhe ist auch aus anderen Gründen indiziert, sie kommt dem Mattigkeitsgefühle und der allgemeinen psychomotorischen Hemmung entgegen und soll namentlich während der besonders unlusterfüllten Vormittagsstunden eingehalten werden. Durch die Bettbehandlung kann auch eine andere wichtige Forderung, nämlich die nach möglichster Fernhaltung von äußeren Reizen, besser erfüllt werden. Die Kranken brauchen viel Ruhe; es ist nicht nur vergeblich, sondern auch schädlich, diese Patienten durchaus „aufheitern“ und „zerstreuen“ zu wollen, sie in Gesellschaften, Theater und dgl. zu zerren, zu Spielpartien zu zwingen usw.; auch Besuche sind möglichst fernzuhalten.

Die vormittägige Bettruhe kann durch mild anregende hydriatische Prozeduren unterbrochen werden, wie Halbbäder, Kohlensäurebäder mit folgender allgemeiner Körperfrottage.

Was die Medikamente betrifft, so kommen die verschiedenen Schlafmittel in Betracht, in leichteren Fällen auch ein wenig Alkohol. Der Alkohol erweist sich übrigens auch gegenüber den inneren Spannungsgefühlen zuweilen recht wirksam, so in der Form eines der Medizinalweine, zu jeder Mahlzeit einen Eßlöffel.

Wo die einfach traurige Verstimmung kombiniert ist mit einem ängstlichen Affekte oder wo der ängstliche Affekt überwiegt, versagen die Hypnotika. Hier sind von unübertroffener Wirksamkeit das Opium und seine Präparate; das Laudanum verkürzt nicht die Krankheitsdauer, es hat auch keinen Zweck bei rein trauriger Affektlage, allein es bekämpft auf das beste die Angst und wirkt damit gleichzeitig gegen die gerade bei den Angstmelancholikern besonders drohende Suizidgefahr. Wegen der obstipierenden Eigenschaft der Opiumpräparate werden sie zweckmäßig mit einem Laxans (Rheum) kombiniert, zum Beispiel auch in der modernen Form der Neurophyllinpillen. Bei manchen Fällen leichter ängstlicher Verstimmung scheinen sich auch minimale Joddosen mit kleinen Schilddrüsenmengen zu bewähren. Stomachica amara, Salzsäure-Pepsin, die verschiedenen Nährpräparate sind gleichfalls am Platze. Viele kleine Mahlzeiten, tagsüber verteilt, sind bei der Anorexie der Kranken wenigen kopiösen Mahlzeiten vorzuziehen; unermüdlich geduldiges Zureden und sanftes Drängen zur Nahrungsaufnahme ist häufig notwendig. Eine hartnäckige, das Leben unmittelbar bedrohende Nahrungsverweigerung, die den Eingriff der sogenannten Sondenfütterung erheischt, gehört schon nicht mehr zu den Erscheinungen der Anfangsstadien der Melancholie.

Forensische Fragen. Die strafgerichtliche Verantwortlichkeit ist bei sicher gestellter Diagnose der Melancholie selbstverständlich aufgehoben.

Wegen der Arbeitsunfähigkeit, wegen der Möglichkeit, daß die Kranken infolge ihrer Versündigungsideen ihr Vermögen frommen Stiftungen vermachen und dgl., ist auch die volle Entmündigung am Platze; doch wird wegen der Heilbarkeit der Melancholie der Vorgang der „Verfristung" oder der provisorischen Entmündigung einzuschlagen sein, wie er bei der „progressiven Paralyse" geschildert worden ist. Bei vielen der leichteren Fälle wird man aber überhaupt von dieser Maßregel Abstand nehmen können, die ja immerhin für den Kranken einen gewissen Schock bedeutet.

Was nun die Frage der Anstaltsbedürftigkeit betrifft, so wurde ja schon mehrfach auf die außerordentliche Selbstmordgefährlichkeit derartiger Patienten hingewiesen. Die sogenannten offenen Sanatorien gewähren in dieser Hinsicht keinen größeren Schutz als die häusliche Pflege. Wo die Selbstmordgefährlichkeit eine halbwegs höhergradige ist — es kommen diesbezüglich verschiedene Faktoren in Betracht, wie Intensität der Symptome überhaupt, Vorherrschen rein trauriger oder ängstlicher Verstimmung, sehr

streng religiöse Weltanschauung, Rassenzugehörigkeit usw., indem beispielsweise Patienten germanischer Abstammung mehr gefährdet sind als solche romanischer oder jüdischer Volkzugehörigkeit — ist nur die Unterbringung in einer geschlossenen Heilanstalt angezeigt. Dabei muß jedoch, weil es erfahrungsgemäß den praktischen Ärzten nicht allseits genügend bekannt ist, betont werden, daß die Aufnahme auch in einer geschlossenen (Irren-) Anstalt freiwillig erfolgen kann; das heißt, wenn der Kranke einen Revers unterschreibt des Inhaltes, daß er mit seiner Internierung einverstanden ist, so entfällt die Notwendigkeit eines amtsärztlichen Pareres, die Anzeigepflicht an das zuständige Gericht in Zivilrechtssachen und die Einleitung des Entmündigungsverfahrens.

Krankheitsgeschichten.

22jähriges Mädchen. Vater und eine Schwester des Vaters durch Suizid geendet. Belanglose Eigenanamnese. Seit einigen Wochen Abmagerung und Appetitlosigkeit, seit der letzten Woche stark gestörter Schlaf. Das Mädchen wurde verschlossen, zog sich von jeder Gesellschaft zurück, weinte viel, ohne der Mutter auf deren Befragen einen Grund anzugeben. Beim Examen zeigt sich die Kranke von reduziertem Ernährungszustande, blaß. Sie ist gedrückt, antwortet nur zögernd und einsilbig, bezeichnet sich als gesund. Dann bricht sie in Tränen aus und bittet, den Arzt allein sprechen zu dürfen. Sie erzählt nun, daß sie bestimmt nicht nervenkrank sei, wie die Mutter glaube, sondern eine schlechte, verworfene Person. Vor einigen Monaten habe sie sich aus sündhafter Eitelkeit einen „Bubikopf“ schneiden lassen und so dem Willen Gottes zuwider gehandelt, welcher dem weiblichen Geschlechte lange Haare gegeben hat. Sie sei nun für ihr ganzes Leben verunstaltet, werde niemandem mehr gefallen, als alte Jungfer allen zur Last fallen. Der Herrgott habe sie verlassen, sie könne nicht mehr beten; immer drängen sich ihr Vorstellungen unheiliger Art ins Gebet. Sie habe zu nichts mehr Freude, sie könne sich überhaupt gar nicht vorstellen, wie das eigentlich früher war, wenn sie über irgend etwas herzlich lachte oder sich freute. Am ärgsten sei es immer in der Frühe, beim Aufwachen; ihr einziger Wunsch sei, nicht wieder zu erwachen. Es zerreiße ihr das Herz zu sehen, wie die Mutter sich für sie plage und sich um sie kümmere, während sie selbst nichts täte, als ihr verpfuschtes Leben beweinen. Ihr sei nicht mehr zu helfen; selbst wenn ein gelehrter Arzt ein Mittel wüßte, daß ihr die früheren langen Zöpfe wieder rasch nachwachsen könnten, so würde doch dadurch nicht ihre Sünde aus der Welt geschafft und ungeschehen gemacht.

Diagnose: Melancholie.

57jähriger Apotheker. Familienanamnese belanglos. Beginn der Erkrankung vor etwa zwei bis drei Monaten mit Gewichtsabnahme, Verlust des Appetites und Schlafstörung. Dann merkte er, daß ihm die gewohnte Arbeit schwer fiel, er ermüdete leicht, alles kostete ihm große Anstrengungen. Es stellte sich ein peinlicher Grübelzwang ein, die Furcht, sich beim Dispensieren zu irren, ein unrechtes Medikament verwendet zu haben; so schüttete er wiederholt bereits fertiggestellte

Arzneien weg, um nach neuerlicher, sehr umständlicher Prüfung des betreffenden Rezeptes die Medizin neu zu bereiten. Er merkte, daß sein Gedächtnis nachließ, er fürchtete zu verblöden, er verlor jegliche Arbeitslust; am schrecklichsten waren ihm immer die Früh- und Vormittagsstunden. Dem Arzte stellte sich der Kranke als „verlorener Fall" vor; er sei nur seiner Familie zuliebe überhaupt zum Arzte gegangen, allein er wisse selbst am besten, daß ihm nicht zu helfen sei; er leide eben an beginnender Gehirnerweichung, könne sich nichts merken, das Nachdenken falle ihm schwer, er sei ganz leer im Kopfe. Wenn er nicht so fromm-gläubig erzogen worden wäre, hätte er sich schon längst vergiftet (bricht in Weinen aus); lange halte er es nicht mehr aus. Zusehen zu müssen, wie es von Tag zu Tag bergabwärts ginge, wie die Familie mit ihm leidet, wie der Geschäftsgang immer schlechter würde, so daß sie bald dem Hungertode preisgegeben sein werden: all das gehe über seine Kraft. Früher habe er im Gebet Trost gefunden, aber jetzt nicht mehr; es sei so leer in seiner Brust. Er sei auch ein krasser Egoist geworden, denn es interessiere und freue ihn gar nicht mehr, wenn seine Kinder und Enkelchen ihn besuchen, vor ihm spielen und lachen. Tief verstörte Miene, gerunzelte Stirne. Prompte Pupillarreaktion, Gefäße dem Alter entsprechend. Keine Halbseitenerscheinungen an Reflexen und Motilität. Trostesworten gegenüber ganz unzugänglich, „Natürlich, Herr Professor, die Wahrheit werden Sie mir ja nicht ins Gesicht sagen!"; wenn er wirklich nicht an Gehirnerweichung, sondern an Melancholie leide, dann sei sein Fall eben ein so schwerer und exzeptioneller, wie die Ärzte noch gar nie einen ähnlichen gesehen hätten; dafür gäbe es keine Hilfe.

Diagnose: Melancholia simplex.

VII. Die Manie.

Ein eigentliches, länger dauerndes Stadium prodromorum kommt auch bei den manischen Zustandsbildern nicht vor; das Krankheitsbild entwickelt sich rasch zu seiner vollen Höhe. Während man bei den Melancholien wenigstens insoferne von einem Initialstadium reden kann, als die Intensität der Erscheinungen sich allmählich steigert (abgesehen von exquisit periodisch oder zirkulär verlaufenden Fällen), bleibt bei den Manien in der Regel das Ausmaß der psychopathischen Symptome, sobald der Krankheitsprozeß einmal begonnen hat, mehr oder minder auf derselben Höhe. Sogenannte Hypomanieen erreichen selten im weiteren Verlaufe die Intensität einer Mania gravis, sondern verbleiben als solche bis zur Heilung. Wenn demnach von Initialstadien der manischen Zustandsbilder nicht gesprochen werden kann und deren Erörterung daher eigentlich außerhalb des Rahmens dieser Auseinandersetzungen gehört, so schien es mir doch wegen der großen praktischen Wichtigkeit nicht unangebracht, hier flüchtig die Züge der leichteren Formen, der Mania mitis oder Hypomanie zu entwerfen.

Psychische Symptome. Die Kranken fallen durch ungewöhnlichen Rede- und Betätigungsdrang auf. Sie werden geschwätzig, plaudern intime Geheimnisse aus, entfalten eine rege Korrespondenz oft mit ihnen sonst ganz fernestehenden Personen, interessieren sich für Dinge, die ihrem bisherigen Berufskreise ganz ferne liegen, beginnen viele neue Unternehmungen, packen die verschiedensten Beschäftigungen an, freilich ohne diese mit irgendwelcher Nachhaltigkeit und Konsequenz fortzusetzen, dilettieren in allerlei künstlerischen Bestrebungen oder in Politik, legen eine fieberhafte Vielgeschäftigkeit an den Tag. Der Gedankengang ist in ganz charakteristischer, unverkennbarer Weise abspringend. Die ferneliegendsten Assoziationen werden spielend leicht verknüpft, so daß nicht selten ob der Vorliebe für Wortspiele, Reimkünsteleien und Zitate Leute vom Typus des ledernen Durchschnittsphilisters witzig und geistreich erscheinen. Tausenderlei Reminiszenzen, die sofort sprachlichen Ausdruck finden, mengen sich störend in den geordneten Gedankgang ein, ebenso wird der Gedankengang durch Eindrücke aus der Umgebung leicht abgelenkt; es entgeht der Aufmerksamkeit der Patienten nicht leicht irgend eine Kleinigkeit an der Kleidung, der Barttracht, dem Gebaren der Umgebung und wird sofort besprochen.

Die Stimmung wechselt ungemein rasch, doch herrscht in dem einen Falle eine heitere, in dem anderen eine zornmütig-reizbare Affektlage vor. Die Kranken empfinden ein Gefühl gesteigerter körperlicher und geistiger Gesundheit und Leistungsfähigkeit; alles erscheint ihnen im rosigsten Lichte, selbst schwere Schicksalsschläge hinterlassen keinen nachhaltigen Eindruck und vermögen den Optimismus nicht zu verdrängen. Das erhöhte Selbstbewußtsein prägt sich auch in dem ganzen Verhalten der Patienten aus; sie gefallen sich in überlegen-gönnerhaften Posen, lassen vordem sorgfältig beobachtete Standes- und Rangsunterschiede außeracht, zeigen sich anmaßend und respektlos, wissen alles besser, wollen alle belehren. Viele Patienten zeigen mehr oder minder dauernd einen nörgelnd-querulatorischen Zug, bekritteln alles, fühlen sich stets benachteiligt und von der Umgebung ins Unrecht gesetzt, provozieren Konflikte, an denen immer die anderen Schuld tragen sollen. Die gesteigerte Reizbarkeit führt zu wörtlichen und tätlichen Aggressivitäten, zu Ehrenbeleidigung, zu Hausfriedensbruch, zu Widersetzlichkeit gegen Amtspersonen und dgl.

Die Genußsucht ist triebhaft gesteigert. Vordem sparsame und solid lebende Leute stürzen sich in Vergnügungen, unternehmen kostspielige Reisen, verschwenden ihr Geld, exzedieren

im Alkohol. Besonders die sexuelle Erregbarkeit macht sich verhängnisvoll geltend; die Kranken jagen galanten Abenteuern nach, tragen sich mit unpassenden Heiratsprojekten (einer meiner Patienten, ein Zirkulärer, hatte sich in jedem manischen Anfalle verlobt, freilich in jeder folgenden Melancholie das Verlöbnis wieder gelöst). Frauen werden übertrieben gefallsüchtig und zudringlich, erzählen Zoten, die kaum zu vorgerückter Stunde in Herrengesellschaften am Platze sind, verlieren jegliche Regung von Scham, drängen sich zur geschlechtlichen Hingabe dem Erstbesten auf, geben sich mit der Dienerschaft oder gar mit den eigenen Kindern Unzuchtsakten hin.

Die Kranken werden auch nicht so selten kriminell durch Hochstapelei, wobei ihnen ihre manische Suada, ihr ansteckender Optimismus und ihr selbstbewußtes Auftreten zustatten kommt; oft mangelt dabei ein wirklicher „dolus"; in ihrem grenzenlosen Optimismus glauben sie selbst an die Realisierbarkeit und die Fruchtbarkeit ihrer Pläne.

Die Kranken renommieren viel, schneiden auf, flunkern mit hohen Beziehungen, romantischen Liebesabenteuern, machen oft ganz den Eindruck einer pseudologia phantastica. Das Charakteristische, mit nichts anderem zu verwechselnd, ist immer die assoziative Störung, die eigenartige Ablenkbarkeit und das stete Abspringen des überstürzten Gedankenganges.

In psychomotorischer Hinsicht waltet gleichfalls gesteigerte Erregung. Die Patienten bleiben keinen Augenblick stille, sind von einer quecksilbernen Unruhe, begleiten ihre Reden mit lebhaften Gesten, übertrieben ausdrucksvollem Mienenspiel, wissen sich immer irgend eine Tändelei für ihre Hände zu verschaffen usw.

Körperliche Symptome. Der Schlaf ist nahezu ausnahmslos schwer gestört; die Kranken empfinden aber auch kein Schlafbedürfnis und leiden subjektiv keineswegs unter ihrer Agrypnie, wie ihnen auch Ermüdungsgefühle so gut wie unbekannt sind. Das Körpergewicht sinkt, und zwar oft schon vor Manifestwerden der psychischen Symptome (nur die zirkulären, an eine depressive Phase sich anschließenden Manien weisen ein Ansteigen des Körpergewichtes auf). Geradeso wie das psychische Zustandsbild am treffendsten mit dem Zustande leichter Angetrunkenheit verglichen werden kann, erweckt diesen Eindruck häufig auch das körperliche Verhalten, die glänzenden Augen, die leichte Rötung der Körperdecken, das leichte Ausmaß rastlos-zappeliger motorischer Unruhe. Häufig besteht ein mehr oder minder hoher Grad von Tachykardie.

Therapie. Auch die leichteren Formen der Manie werden am zweckmäßigsten in Anstaltspflege abgegeben. Wo dies aus irgendwelchen Gründen von der Umgebung nicht erreicht werden kann, muß doch wenigstens auf Bettbehandlung gedrungen werden; die dauernde Bettruhe erleichtert nicht nur die Überwachung, sondern wirkt auch auf die manische Erregung an sich mildernd ein. Wichtig ist die Fernhaltung aller Reize, auch die Ausschaltung von Besuchen. Zur Bekämpfung speziell der sexuellen Erregung dienen Brompräparate; ferner kommen die verschiedenen Schlafmittel in Betracht. Besonders wohltätig und, wenn irgendwie möglich, unbedingt durchzuführen sind die protrahierten (Dauer-) Bäder. Vollbäder von 26 bis 28° R (32·5 bis 35° C), in denen der Kranke vor dem Schlafengehen eine Stunde lang zu bleiben hat; die Temperatur muß immer gleich gehalten werden; Zusätze von Kiefermoorextrakt oder dgl. sind nicht notwendig. Derartige Stundenbäder sollen aber auch tagsüber angewendet werden; jene leichte Mattigkeit und Erschlaffung, die de norma ein warmes Bad mit sich bringt, wird durch die längere Ausdehnung des Bades natürlich verstärkt und tritt der manischen Übererregbarkeit wirksam entgegen. Statt der Dauerbäder kann man zur Not auch von feuchten Einwicklungen Gebrauch machen, in welchen die Kranken ein bis zwei Stunden liegen bleiben. Der Kopf soll während der Einwicklung, ebenso wie während der Dauerbäder mit kalten, öfters zu wechselnden Bauschen bedeckt werden. Alkohol wirkt auch in den geringsten Mengen schädlich, das heißt die manische Erregung steigernd.

Bei sehr heftigen Erregungszuständen, welche sofortige zwangsweise Abgabe in eine geschlossene Heilanstalt erheischen, kann man durch subkutane Hyoszininjektionen (0·0005 bis 0·001 Hyoscinum muriaticum) rasche Dämpfung der psychomotorischen Erregung (auch des Schreiens) herbeiführen; zweckmäßig kombiniert man das Hyoszin auch mit 0·01 Morphium. Bei inkompensierten Vitien und Erkrankungen des Myokards wäre jedoch das Hyoszin gefährlich.

Forensische Fragen. Für Straftaten, die in einem manischen Zustande begangen werden, sind die Kranken natürlich unzurechnungsfähig. Das über die manische Genußsucht und die gesteigerte Sexualität usw. Angeführte läßt die volle Entmündigung geboten erscheinen; doch gelten hier wieder in Anbetracht der Heilbarkeit und der meistens verhältnismäßig kurzen Dauer der Psychose die Gesichtspunkte, welche schon bei der inzipienten Paralyse und bei der Melancholie Erwähnung fanden, das heißt

provisorische Kuratelverhängung bei Ausstellung einer mehrmonatigen Beobachtungsfrist.

Nur bei besonders günstigen Verhältnissen der Umwelt können derartige Patienten in häuslicher Pflege oder in offenen Sanatorien behandelt werden. Meistens ist aber eine Anstaltsinternierung unausweichlich.

Krankheitsgeschichten.

23jähriges Mädchen. Der Vater soll ähnliche Zustände gehabt haben, wie die Mutter der Kranken berichtet; Ein Bruder wurde tot in dem mit Leuchtgas erfüllten Badezimmer aufgefunden; es blieb unaufgeklärt, ob Unfall oder Selbstmord vorgelegen hatte. Die Mutter gibt an, daß die Patientin seit zwei bis drei Wochen ganz verändert sei, bald maßlos reizbar und zornig, bald ausgelassen lustig, „das reinste Aprilwetter"; sie trage sich mit großen Plänen, wolle Filmstar oder Operettendiva werden, kleide sich auffallend, benütze Lippenstift, Parfums und andere Kosmetika ganz im Gegensatze zu ihren bisherigen Gepflogenheiten, spreche ungeniert über erotische Dinge, verbringe die Nächte schlaflos mit Schreibereien, Deklamationen, Singen. Die Mutter bittet um ein Zeugnis hinsichtlich des Geisteszustandes, da wider die Tochter eine Klage auf Amtsehrenbeleidigung anhängig sei. Als nämlich die Patientin, die jetzt auffallend viel telephoniere, unlängst eine falsche Verbindung bekam, schrie sie der manipulierenden Beamtin die unflätigsten Schimpfworte zu. Die Erzählung der Mutter wird ständig unterbrochen durch eingestreute Bemerkungen der Patientin, welche teils in schnippisch-unehrerbietigem, höhnisch-gereizten Tone, teils in witzelnder Weise vorgebracht werden. Als beispielsweise die Mutter des Lippenstiftes Erwähnung tat, warf die Patientin lachend die Bemerkung dazwischen: „Und wenn ich ungeschminkt die Wahrheit sage, ist's auch wieder nicht recht." Sie gestikuliert lebhaft, zeigt belebtes Mienenspiel, spricht viel und hastig. Sie sei nie so gesund gewesen, wie jetzt, aber zu mir habe sie Vertrauen: „Sie sind kein Jude, denn dort hängt eine Muttergottes. Jodeln möchte ich lieber als jüdeln, aber ich habe keinen Kropf; in Steiermark der Herr Hofrat X. hat einmal gesagt, die Grazer haben nur eine importierte Intelligenz. Gefällt Ihnen mein Hals? Sie können noch mehr sehen, vor einem Arzte braucht man sich nicht zu genieren", will den Oberkörper vollständig entblößen. Sie brauche nur Ruhe, die Anderen reizen sie stets, weil sie vertrottelte Spießbürger (unterbricht sich: „Pardon, jetzt muß man sagen: Spießgenossen, nicht Bürger") sind. Somatisch bis auf leichte Tachykardie belangloser Befund.

Diagnose: Hypomanie.

34jähriger Arzt erscheint in großer Erregung in der Sprechstunde und verlangt ein Gesundheitszeugnis, da er befürchtet, daß ihn seine Angehörigen in eine Irrenanstalt stecken wollen. In nicht endenwollender Suada, durch Fragen nicht zu unterbrechen, berichtet er von zahlreichen Konflikten, die er mit seiner Frau und deren Eltern habe; diese Alle verstünden ihn nicht, werfen ihm jeden Groschen vor, den er ausgebe; er sei kein Philister und kein Arbeitstier, sondern interessiere sich eben für Politik, Kunst und Literatur, schreibe gegenwärtig

an einem Epos, habe aber auch viele lyrische Gedichte gemacht, welche freilich diese Idioten, die Redakteure, nicht angenommen haben; er gibt sofort eine Probe und rezitiert mit ungeheurem Pathos einige schwülstige Reimereien; dann kramt er Jugenderinnerungen von seinem Literaturprofessor und einigen Gymnasialkollegen aus, erzählt einige Dummenjungenstreiche, worüber er herzlich lacht, renommiert mit seinen Liebesabenteuern; die anfänglich zornige Erregung ist ganz geschwunden, Patient ist in bester Laune. Während des Gespräches hält er keinen Augenblick ruhig, spielt sich mit allen auf dem Tische des Arztes liegenden Gegenständen, knüpft daran Bemerkungen. Nur mit Mühe gelingt es, den Kranken zu irgend einer Antwort zu fixieren; so berichtet er, daß er nie in seinem Leben einen ähnlichen Zustand gehabt habe, jedoch sei er zweimal, das erstemal bald nach der Matura, das anderemal vor 10 Jahren durch einige Zeit sehr niedergeschlagen gewesen, das zweitemal habe er sogar einen Selbstmordversuch mittels Veronals unternommen. Seine arme Mutter aber sei durch Suizid geendet, ein Bruder der Mutter sei sehr leichtsinnig gewesen und in Amerika verschollen. Luetische Infektion negiert. Die somatische Untersuchung ergibt einen belanglosen Befund. Um das Verhalten des Schlafes befragt, gibt der Kranke zu, daß er sehr wenig schlafe, aber das schadet nichts, er sei auch bei Tage nicht schläfrig oder müde und könne trotzdem außerordentlich viel leisten, wie er überhaupt eine Art „Übermensch" sei.

Diagnose: Manisches Zustandsbild im Rahmen des manisch-depressiven Irreseins.

VIII. Alkoholische Geistesstörungen.

1. Das Delirium tremens (Säuferwahnsinn).

Das Delirium tremens tritt nie nach einmaliger, noch so hochgradiger Alkoholvergiftung auf, sondern nur auf dem Boden lange fortgesetzten Alkoholmißbrauches. In den Vorläuferstadien zeigen sich daher zunächst in körperlicher Hinsicht die meisten jener Erscheinungen, welche bei chronischen Trinkern überhaupt wahrgenommen werden können. Dazu gehören beispielsweise die charakteristischen morgendlichen Übelkeiten, Brechreiz und Erbrechen, welche Symptome sofort wie abgeschnitten sind, sobald der erste Tropfen Alkohol dem Körper zugeführt worden ist; sie stellen eine echte Abstinenzerscheinung dar, treten daher tagsüber, das heißt während welcher Zeit eben der Trinker mehr oder minder kontinuierlich unter Alkoholwirkung steht, kaum oder gar nicht hervor, in gesetzmäßiger Weise aber beim Erwachen. Ähnlich verhält es sich mit dem Zittern. Der alkoholische Tremor, der die Lippen- und Zungenmuskulatur und ebenso die Finger betrifft, ist ein feinwelliger, schnellschlägiger; auch ist er am stärksten in den Morgenstunden ausgeprägt, das heißt so lange der Kranke nüchtern ist, und er schwindet gänzlich oder zum größten Teile mit der neuerlichen Alkoholzufuhr. Es lassen sich

ferner häufig verschiedene Grade neuritischer Erscheinungen beobachten, namentlich an den unteren Gliedmaßen. Besonders die Nervi peronaei und die Wadenmuskulatur sind stark druckempfindlich, daselbst bestehen auch Parästhesien und spontane Schmerzen; recht typisch ist eine Überempfindlichkeit gegen Schmerzreize bei Abstumpfung der taktilen Sensibilität. Häufige, schmerzhafte Wadenkrämpfe gehören gleichfalls zu den häufiger vorkommenden Beschwerden.

Der typische „Säuferhabitus", die „schwimmenden", leicht entzündeten Augen, die durch zahlreiche, feine Venenektasien rötlich-bläulich gefärbte Nase und dgl. seien nur kurz in Erinnerung gebracht. Dagegen erscheint der Symptomenkomplex, den die Leberzirrhose erzeugt, gerade bei den Alkoholpsychosen nicht häufig zu sein.

In psychischer Hinsicht liegen in mehr oder minder starkem Grade die bekannten intellektuellen und namentlich ethischen Ausfallserscheinungen des chronischen Alkoholmißbrauches vor, gesteigerte Reizbarkeit und Rührseligkeit, Roheit, Neigung zu wörtlichen und tätlichen Brutalitäten, absolute Willensschwäche gegenüber dem gewohnten Gifte; „heilige Mannesehrenwörter", Versprechungen, Eide, im Katzenjammer gegeben, sind bei der ersten Einladung eines Zechgenossen alsbald wieder vergessen. Immer ist die Umwelt, sind die anderen Schuld daran, daß der Kranke trinken muß, der elende Geschäftsgang, die schwere Arbeit, die Hitze, die Kälte, der viele Staub, die große Nässe, denen er bei seinem Berufe ausgesetzt ist, die guten Freunde, die zahlen und hinter denen man doch nicht zurückbleiben darf usw. Ein Alkoholiker, der sein Weib seit Jahr und Tag auf das roheste beschimpfe und mißhandelte, gab als Grund eines Rauschexzesses bei einer seiner Einlieferung an, daß er doch den Hochzeitstag mit seinem „lieben Weiberl" hatte feiern müssen.

Bei Ermahnungen und Vorwürfen seitens der Umgebung wird entweder in kindischer Weise jeglicher Alkoholgebrauch überhaupt in Abrede gestellt oder mit allerlei albernen Redensarten und feucht-fröhlichen Sprichwörtern zu entschuldigen und zu begründen versucht und nur in abgeschwächtem Maße zugestanden; wenn nur jeder so wenig trinken würde, viele trinken viel mehr und sind gesund und steinalt geworden; vom schlechten Wasser sind schon viele krank geworden, von einem guten Wein noch niemand. Ein naturwissenschaftlich angehauchter Weinbauer verstieg sich sogar zu der Äußerung: „Da müßten die Rebläuse auch alle krank werden." Wieder in anderen Fällen machen die

Kranken gar keinen Versuch, ihre Alkoholexzesse zu beschönigen oder zu bemänteln, sondern reagieren auf diesbezügliche Vorstellungen nur mit derben Grobheiten.

Der Beruf und die Wirtschaft werden vernachlässigt, alles Geld wandert in die Schenke, das Mobiliar wird verpfändet, der Erlös dafür, das Krankengeld, die Arbeitslosenunterstützung, alles wird vertrunken.

Dem Ausbruche des Delirium tremens gehen nicht selten gewisse abortive Delirien voraus, besonders die hypnagogen Halluzinationen nehmen charakteristische Färbung an. Beim Einschlafen erscheinen Tiere, Käfer, weiße Mäuse, schwarze Männer, Feuerwehrleute, Polizisten, absonderliche Maskeraden u. dgl., welche wieder verschwinden, wenn der Kranke gänzlich erwacht und Licht macht, wofür er auch noch volle Einsicht bekundet. Kranke, welche ein bischen die Fähigkeit der Selbstbeobachtung besitzen und auf ihre Träume achten, geben auch an, daß sie schon lange Zeit vor dem Einsetzen der Psychose auffallend oft von kleinen Tieren geträumt haben; eine Unzahl von Raupen und anderem Gewürm, das sich lebhaft bewegte, viele Hühner, Hasen usw. wären ihnen erschienen; auch wird zuweilen über stereotype Träume von vielem Wasser, von Überschwemmungen und Wolkenbrüchen berichtet.

2. Der alkoholische Eifersuchtswahn (Alkoholparanoia).

Die allgemeinen psychischen und körperlichen Symptome des chronischen Alkoholmißbrauches sind dieselben, wie wir sie beim Delirium tremens skizziert haben. Auch der alkoholische Eifersuchtswahn kommt nur bei Gewohnheitstrinkern vor, nicht als Folge einer einmaligen, noch so hochgradigen Berauschung bei einem sonst mäßigen Menschen. In den Anfangsstadien werden von derartigen Kranken die Eifersuchtsideen zumeist nur im akut berauschten Zustande geäußert, bei Entnüchterung wieder korrigiert. Die Kranken beschimpfen die Frau in der ordinärsten Weise, sie habe nur Hurenkinder zur Welt gebracht, sei angesteckt, gäbe sich mit jedem ab, mit dem Bettgeher, mit dem Gastwirte, mit den Nachbarn, mit dem eigenen Sohne; die Frau wird geprügelt, aus dem Hause gejagt und derart bedroht, daß sie sich flüchten muß. Am nächsten Morgen erklärt der Patient all seine Beschuldigungen als „Unsinn"; „im Rausche redet man halt viel, was nicht so gemeint ist". Früher oder später werden derlei Eifersuchtsideen aber auch tagsüber geäußert, systemisieren und festigen sich. Dabei gehen die Kranken ganz nach Art der

Paranoiker vor, durch Heranziehung zahlreicher, an sich harmloser, meistens auch realer Einzelheiten, welche alle jedoch nur in dem einen bestimmten Sinne des Eifersuchtswahnes gedeutet werden. Doch fällt eine Schilderung dieser Symptome, welche bereits dem entwickelten Krankheitsbilde angehören, außerhalb unserer Betrachtungen.

Therapie. Bei der Kürze der Dauer eines typischen Delirium tremens kann bei halbwegs günstigen äußeren Verhältnissen der Versuch gemacht werden, die Krankheit in häuslicher Pflege vorübergehen zu lassen. Das Hauptaugenmerk muß dabei auf die Herztätigkeit gerichtet werden, da der Exitus im Kollaps eine nicht so seltene Todesursache bildet. Der Blutdruck sinkt, der Puls wird klein, fadenförmig, unregelmäßig. In psychischer Hinsicht macht sich als bedrohliches Symptom eine gewisse Schwäche geltend; die Kranken nehmen Rückenlage ein, bei unverminderter Intensität der Delirien. Bei diesen Anzeichen muß man schleunig mit Alkohol exzitieren; die gewöhnlichen Herzmittel ohne Alkohol erweisen sich hier erfahrungsgemäß als ungenügend. Sorge für genügende Entleerung und Milchdiät gehören zu den weiteren, strenge zu beachtenden Maßregeln.

Gegen die motorische Unruhe und Schlaflosigkeit sind die üblichen Hypnotika so gut wie unwirksam; Chloralhydrat ist übrigens wegen seiner Nebenwirkungen auf das Herz-Gefäßsystem durchaus kontraindiziert; ebenso das Opium und dessen Abkömmlinge wegen der obstipierenden, sekretionsherabsetzenden Eigenschaft. Öfters wirkt hypnotische Suggestion in ganz überraschender, freilich nicht sehr lange anhaltender Weise beruhigend auf die psychomotorische Erregung ein. Alkohol ist beim Delirium sofort gänzlich zu entziehen, abgesehen, wie oben erwähnt, bei Zeichen von Herzschwäche.

Gegenüber der Alkoholparanoia gibt es nur ein Heilmittel, das ist die lange fortgesetzte, absolute Alkoholabstinenz. Da diese jedoch bei der charakterologischen Beschaffenheit der Gewohnheitstrinker nicht durch deren eigene Einsicht und Willenskraft zu erzielen ist, da andererseits gerade die mit Eifersuchtswahn behafteten Säufer zu den gefährlichsten Kranken gehören, so muß der Arzt bei den ersten Anzeichen von Eifersuchtsideen unbedingt auf Internierung des Kranken in einer Heilstätte dringen.

Forensische Fragen. Im Zustande des vollentwickelten Delirium tremens oder der Alkoholparanoia begangene Straftaten unterliegen selbstverständlich nicht der strafgerichtlichen

Verantwortlichkeit. Bei der beschränkten Zeitdauer des Säuferwahnsinnes besteht in der Regel kein Anlaß zur Entmündigung, ein Alkoholparanoiker ist wie jeder andere Geisteskranke voll zu entmündigen, unter Umständen aber auch wieder nur provisorisch. Weniger bekannt ist den praktischen Ärzten, daß es eine Entmündigung wegen Trunksucht an sich, das heißt auch ohne eigentliche Geisteskrankheit gibt, und zwar können Volljährige beschränkt entmündigt werden, wenn sie „wegen gewohnheitsmäßigen Mißbrauches von Alkohol (Trunksucht) oder von Nervengiften sich oder ihre Familie der Gefahr des Notstandes preisgeben oder die Sicherheit anderer gefährden oder eines Beistandes zur gehörigen Besorgung ihrer Angelegenheiten bedürfen". Der beschränkt Entmündigte steht hinsichtlich seiner Handlungsfähigkeit einem mündigen Minderjährigen gleich und erhält einen Beistand.

Daß bei Eifersuchtswahn das Moment der Anstaltsbedürftigkeit vorliegt, wurde bereits gesagt.

Krankheitsgeschichte.

43jähriger Gastwirt. Großvater väterlicherseits, sowie der Vater und dessen Bruder waren starke Trinker, Patient selbst trinke seit jeher, in den letzten Jahren aber besonders viel. Deswegen gäbe es ständige Streitigkeiten, wobei er, der im allgemeinen sehr gutmütig und weichherzig sei, ganz maßlos schimpfe und wiederholt schon die Frau auch tätlich mißhandelt hat; einmal habe er ihr sogar ein Messer nachgeworfen. In den letzten Monaten sei es mit ihm gar nicht „zum aushalten", da er die Frau mit ganz grundlosen Eifersuchtsideen quäle (die Gattin ist dabei um 10 Jahre älter als der Patient, hat bereits seit vier Jahren die Menopause hinter sich); wenn er betrunken sei, schimpfe er sie „Hure, Kanaille, Schlampen", werfe ihr vor, daß sie sich mit den Kellnern und Hausknechten abgebe. Wenn er dann ausgenüchtert ist, so will er von diesen Anwürfen nichts wissen. Der Kranke gibt Alkoholkonsum mit den üblichen Verklausulierungen und Abschwächungen zu; bei seinem Geschäfte müsse man trinken, um sich die Kundschaft zu erhalten, viel sei es ohnehin nicht, was er trinke, dazu seien die Zeiten zu schlecht, wenn der Wein schädlich sei, hätte ihn der Herrgott nicht wachsen lassen, ein Rausch ist besser als ein Fieber usw. Über Vorhalt der Eifersuchtsideen meint er zunächst, daß er dergleichen überhaupt nie geäußert habe, dann gibt er zu, daß er vielleicht im Rausche so etwas „daher geredet" haben könne. Weiter eindringlich befragt, läßt er sich plötzlich die Redewendung entwischen: „Schließlich, gar so unmöglich wäre es ja nicht", seine Frau sei noch ganz fesch und begehrlich; daß sie mit dem männlichen Personal gar so freundlich sei, während sie den weiblichen Dienstleuten gegenüber „die reinste Bisgurn" sei, das müsse doch auffallen. Manchmal habe er verdächtige Blicke zwischen seiner Frau und einem Kellner aufgefangen; auch spreche sie die Kellner immer mit deren Vornamen an, in der jetzigen Republik schicke sich das nicht mehr, da gebühre den Leuten der Titel „Herr" und

die Anrede mit dem Familiennamen, solche Intimitäten seien doch bedenklich. Aber er wolle nichts bestimmtes gesagt haben usw. Morgendlicher Brechreiz zugegeben. Starker Finger- und Zungentremor, Wadenmuskulatur ungemein druckschmerzhaft.

Diagnose: Beginnender alkoholischer Eifersuchtswahn.

Anhang.

Einige der häufiger verwendeten Rezeptformeln.

a) Zur Bekämpfung des psychopathologischen Angstaffektes:

1.) Rp. Extracti Laudani aq. 2·0
Extr. et pulv. rad. Rhei aa q. s.
ut fiant pilulae No. C
D. S. Täglich dreimal 2—5 Pillen.

2.) Rp. Extr. Laudani aq. 1·0
Tinct. Rhei aq. 100·0
D. S. Täglich dreimal 1—2 Kaffeelöffel.

oder

3.) Rp. Natrii jodati 0·2
Aq. fontis 100·0
D. S. Täglich 4 Tropfen

verbunden mit:

4.) Rp. Thyreosantabletten (Sanabo) a 0·3
Scatulam.
D. S. Täglich ein Stück.

b) Zur Bekämpfung gehäufter paralytischer Anfälle:

5.) Rp. Amyleni hydr. 4·0
Natrii brom. 8·0
Mucilag. gumm. acaciae
Aq. font. aa 75·0
D. S. Eine Hälfte sofort, die zweite im Bedarfsfalle nach 1—3 Stunden (innerlich oder als Klysma).

c) Schlafmittel:

6.) Rp. Allonaltabletten (Roche) lag. orig.
D. S. 2—3 Stück am Abend.

7.) Rp. Veronal 0·5
D. tal. dos. Nr. VI.
D. S. Abends 1—$1^1/_2$—2 Pulver (in heißer Flüssigkeit) eine Stunde vor dem Schlafengehen

oder

8.) Rp. Medinaltabletten a 0·5
Lag. orig.
D. S. Abends 1—1½ Tabletten (in einer warmen Flüssigkeit gelöst)

oder

9.) Rp. Amyleni hydr. 3·0
Mucilag. gumm. acac.
Aq. font. aa 50·0
D. S. ½ bis 1 Stunde vor dem Schlafengehen ⅔ oder die ganze Menge nehmen.

oder

10.) Rp. Paraldehydi 5·0
Aq. font. 50·0
D. S. Abends in Wasser oder Bier oder Rotwein zu nehmen (Die Dosis kann bis auf 10·0 gesteigert werden)

oder

11.) Rp. Sulfonal 1·0
D.tal. dos. Nr. V.
D. S. Zwei Stunden vor dem Schlafengehen ein Pulver in etwas Speise (Marmelade, Honig, Gemüse) verrührt oder einfach auf das Brot gestreut. (Darf höchstens eine Woche hindurch in continuo gegeben werden, wobei besonders auf Vermeidung jeglicher Obstipation geachtet werden muß.)

12.) NB. Das vielfach beliebte Adalin und Bromural wirken in den üblichen Dosen von 0·3 nur sedativ, nicht hypnotisch; die schlafbringende Gabe beträgt etwa 1·0.
Auch das Luminal, dessen Wirksamkeit in der Epilepsiebehandlung bei einer Tagesdosis von 0·1—0·2 nicht genug gerühmt werden kann, entfaltet einen schlafbringenden Effekt erst bei Gaben von 0·3—0·4.