

XXX.

Ueber motorische Symptome bei einfachen Psychosen *).

Von

Dr. **Freusberg**

in Bonn.



Obwohl ich nur von einer bestimmten Gruppe motorischer Symptome, nämlich von paroxysmellen Krampf- und Hemmungserscheinungen in dieser Arbeit sprechen will, habe ich doch den Titel so allgemein wie möglich gehalten, und zwar um nichts über die Beurtheilung und Classificirung der zu besprechenden Erscheinungen zu präjudiciren, um mit anderen Worten nicht durch den Ausdruck „Krampferscheinungen bei einfachen Psychosen“ den Anschein eines inneren Widerspruchs der Begriffe zu erwecken, da ja die Sammelgruppe der einfachen Psychosen, die in sich die typische Melancholie, Manie, die verschiedenen Verrücktheitsformen und so viele untypische Krankheitsbilder einschliesst, gerade charakterisirt ist durch den Gegensatz zu den Krampfpsychosen oder epileptischem Irresein einerseits und der Gruppe der paralytischen Psychosen andererseits. — Aber auch aus einem anderen Grunde wähle ich den allgemeinen Ausdruck, weil nämlich unzweifelhaft die Gesamtheit der bei einfachen Psychosen vorkommenden motorischen Symptome von gemeinsamem Gesichtspunkte beurtheilt werden muss und diese Symptome sich sicherlich vielfältig combiniren und zusammengehören.

Wenn wir von motorischen Symptomen bei einfachen Psychosen sprechen, so sind dabei selbstverständlich von vorneherein ausge-

*) Nach einem Vortrage auf der Strassburger Naturforscherversammlung, September 1885.

schlossen solche motorische Defecte, Reiz- und Lähmungserscheinungen, die nur zufällig oder als unwesentliche Complicationen bei derselben Person bestehen, die nachher von Geistesstörung befallen wird. Es handelt sich vielmehr lediglich um solche Erscheinungen im motorischen Gebiet, die in inniger und symptomatischer Beziehung zu dem centralen Leiden stehen, das seiner hervorstechenden psychischen Symptome wegen eben als Geisteskrankheit, speciell als einfache Psychose uns entgegentritt.

Ebenso selbstverständlich ist, dass es sich bei motorischen Symptomen von Psychosen nur zum Theil um Zustände der Muskeln und wesentlich um die motorischen Innervationsvorgänge handelt.

Die motorischen Symptome der Psychosen können, glaube ich, ihrer äusseren Erscheinung nach, in folgende Gruppen oder richtiger Stufen zerlegt werden:

1. Veränderte Erregbarkeit der motorischen Apparate. Hierher gehören die gesteigerte oder verminderte Reaction der Pupille auf Licht, die bei manchen Maniakalischen und Verrückten — und das nicht bloss bei früheren Trinkern — ungemein lebhaftes Inanspruchnahme der mimischen Gesichtsmuskulatur, die bei einigermaßen erregtem Sprechen in leichtem Zucken der Mundwinkel sich kundgiebt.

Ueber die elektrische Erregbarkeit der motorischen Nerven und Muskeln hat Tigges umfassende Untersuchung gemacht*).

Die Untersuchung der Sehnenphänomene und ebenso der directen Muskeleerregbarkeit, die Reinhard**) kürzlich in Angriff genommen, bei einfachen Psychosen sind sicher noch weiterer Bearbeitung werth.

2. Veränderter Tonus der Muskulatur; physiologisch zwar untrennbar von der veränderten Erregbarkeit, muss die tonische Spannungsveränderung in der klinischen Betrachtung doch besonders hervorgehoben werden, weil sie in ihren höchsten Graden, dem Stupor und der Catalepsie so auffällig in die Erscheinung tritt.

In den verschiedensten Abstufungen kommt ein starres Einhalten der gleichen Stellung, Stehen auf einem Fleck bei Melancholischen und Verrückten vor. Aus dem Fehlen der Ermüdung darf man sicher auf weitgehende Störung des Muskelgefühls schliessen, nicht bloss bei Catalepsie, sondern ebenso bei Tonusveränderungen geringeren Grades. Wenn über die physiologische Bedeutung der Sehnenphäno-

*) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 30, 31, 39.

**) Dieses Archiv XV.

mene*) und der directen Muskelerregbarkeit die Acten geschlossen sein werden, werden wir davon weitere Aufklärung über die Natur der bei psychischen Störungen vorkommenden Muskelstarre erwarten dürfen. Dieselbe scheint eine verschiedene sein zu können. Man beobachtet in stuporösen Zuständen nämlich sowohl eine Steigerung der Sehnenphänomene, als eine Herabsetzung derselben.

Eine andere hierher gehörige Erscheinung ist die Pupillendilatation und die wechselnde Pupillenweite mancher Geisteskranken gewiss ein erneuter Untersuchung werther Gegenstand.

3. Paroxysmelle motorische Entladung psychischer Erregungsvorgänge durch Krämpfe oder Starre oder unwillkürliche Bewegungen. Diese bilden den Gegenstand dieser Arbeit.

4. Paradoxe motorische Begleiterscheinungen von Psychosen, welche dem Vorstellungsinhalt fern und inadäquat sind oder scheinen. Hierher gehören die von Roller**) sogenannten paradoxen Bewegungen und Handlungen und die von Krafft-Ebing***) beschriebene Paramimie. Ich nenne ferner die singende Sprechweise mancher Melancholischen und die Lachparoxysmen in Angstzuständen. Bei vielen jugendlichen Irren beobachtete ich sowohl bei erregter wie depressiver Stimmung, sobald man sich mit ihnen beschäftigte, eine auffallende Veränderung des Athmungsrythmus (wie in der Befangenheit), die aber durchaus nicht aus Aengstlichkeit erzeugt war. — Es überrascht und ist charakteristisch bei den hierhergehörigen Erscheinungen die anscheinende Nichtübereinstimmung, den Widerspruch des motorischen Verhaltens und Ausdrucks mit dem aus dem sonstigen Verhalten supponirten Bewusstseinsinhalt.

Ich werde auf derartige Erscheinungen in meinen Ausführungen gelegentlich zurückzukommen haben.

5. Die mit dem Vorstellungsinhalt congruenten Intensionsbewegungen und motorischen Aeusserungen. — Es handelt sich hier natürlich nicht um complicirte Handlungen, nicht um die aus Wahnideen mit Ueberlegung erfolgenden Thaten, sondern lediglich um den sozusagen motorischen Habitus der Irren. In der mimischen Gesichtsinervation spiegelt sich der heitere, der zornige Affect,

*) Ich halte dieselben nicht für Sehnenreflexe und denke in einer anderen Arbeit sie als Effect einer Gleichgewichtsstörung in den Factoren der tonischen Spannung darzustellen.

**) Motorische Störungen beim einfachen Irresein. Zeitschrift für Psychiatrie. XLII.

***) Lehrbuch S. 131.

die Angst des Irren und in motorischem Drang reflectirt sich die ungeordnete Ideenflucht des Maniacus, gerade wie in reflectorischem Festhalten der nächsten Objecte die angsthafte, hilfesuchende Stimmung vieler Melancholischen. Es braucht darum ja keineswegs jede Bewegung beabsichtigt, bewusst oder mit einer bestimmten Vorstellung verbunden zu sein, und ist es beim Gebahren in tobsüchtig erregten Krankheitsstadien sicherlich nicht; aber die motorischen Leistungen tragen den deutlichen Stempel des jeweiligen psychischen Geschehens, der ausgelassenen expansiven oder der verzweifelten Stimmung, oder der sinnlosen Verwirrtheit. Psychischen Vorgängen, wohl meist geweckt durch Sensationen, entspricht es, wenn man Stuporöse die Finger krampfhaft und unlösbar geballt halten sieht, selbst bis zum Wundwerden der Hände und wenn solche in Veränderung des Schwerpunktes beim Gehen durch ihre vornübergebeugte Haltung des Kopfes und Rumpfes das Unglaubliche leisten.

6. Die automatischen Bewegungen im individuellen Gebahren chronisch Geisteskranker. Alle möglichen Tics und Bizarriren kommen als individuelle Absonderlichkeit vor, in Gesichterschneiden, Gangarten, Schnarren, Gesten, Zupfen an den Kleidern u. dergl. bestehend. Hier handelte es sich um Gewohnheiten, zum Theil um Residuen alter Wahnideen, oder überhaupt um Reste aus der motorischen Erscheinungsform der vorausgegangenen primären Psychose, stets um zwecklose Leistungen von sozusagen eingeschliffenen Bahnen. Zufall und Nachahmung spielen hier wohl eine grosse Rolle und soweit abnorme Sensationen und Wahnideen concurriren, sind sie bei dem geschwächten Geisteszustande solcher Irren schwer zu controliren.

Obwohl motorische Wunderlichkeiten und Eigenarten auch gelegentlich in acuten Krankheitsstadien, z. B. bei moriaartiger frischer Manie vorkommen können, so thut man, wie ich glaube, doch gut, die automatischen motorischen Eigenarten chronisch Irrer getrennt zu halten von den motorischen Erscheinungen der acuten Stadien. In einem Fall ist es geistlos stereotype Wiederholung, im andern psychisch gereizte, frische Leistung.

Die gegebene Gruppierung theilt die motorischen Symptome nur nach der allgemeinen äusseren Erscheinung resp. nach Erscheinungscomplexen ein. Dass es sich dabei nicht um gesonderte Gruppen, sondern dass es sich um Stufen und Grade handelt, die in einander vielfach übergehen, muss ich nochmals besonders betonen. Eine präzise Eintheilung von Symptomen und Erscheinungen des Lebens

ist ja, und zumal im psychischen Gebiete, nicht möglich; jede Eintheilung kann nur ein Schema zum Zweck der Verständigung bis jetzt sein: anders ist es ja auch nicht bei der Classification der Psychosen überhaupt; und es kann nicht anders sein, da wir nicht das innere Geschehen bei krankhaften Vorgängen des Centralnervensystems zum Ausgangspunkt einer Darstellung und Unterscheidung machen können, sondern nur nach äusseren Merkmalen gehen.

Nach physiologischem Vorbild läge es nahe, die motorischen Symptome einzutheilen in solche, die direct durch bewusste und unbewusste Gehirnvorgänge ausgelöst sind, und in solche, die durch Sinnesreize erweckt sind; bei letzteren kämen in Betracht gegenständliche Sinneswahrnehmungen, hallucinatorische und illusorische Sinnestäuschungen sowie perverse Muskelgefühle, auf wetch' letztere als Quelle psychischer Erregungen jüngst Roller*) mit Recht die Aufmerksamkeit gelenkt hat. Eine solche theoretische Eintheilung könnte aber den practischen Einzelfällen und der mannigfaltigen Vermischung spontaner und reflectorischer Erregung im psychischen Geschehen gegenüber nicht streng durchgeführt werden.

Ebensowenig ist es möglich, nach verschiedenen Graden des Bewusstseins die motorischen Leistungen streng scheiden zu wollen, doch hat meine symptomatische Eintheilung gewisse Berührungspunkte mit dem verschiedenen Verhalten des Bewusstseins.

Nämlich die erste und zweite Gruppe, veränderte Erregbarkeit und veränderte Spannung des motorischen Systems sind durchaus unwillkürliche und grossentheils unbewusste Begleiterscheinungen; die Gruppen 5 und 6, die dem Vorstellungsinhalt adäquaten und die automatischen Bewegungen sind dagegen aus der Willkür oder wenigstens unter Concurrrenz des alienirten oder geschwächten Bewusstseins entspringende Symptome. Dazwischen stehen die Gruppen 3 und 4, die paroxysmalen motorischen Entladungen und die dem Vorstellungsinhalt inadäquaten unwillkürlichen Bewegungen: Es sind psychomotorische Phänomene, entsprungen dem Grenzgebiet von Reflex und Willkür, von Automatie und Bewusstsein; sie tragen mehr oder weniger den Stempel des Krankhaften, Zwanghaften.

Um nun zu meinem eigentlichen Thema zu kommen, so führe ich zunächst zwei Paradigmata an für das, was ich unter paroxysmeller Entladung von Krampf oder Starre verstehe.

1. Fall. R. Franz (M. 408), Fussgendarm, 40 Jahre alt, ohne Heredität, ohne Trunk und Lues; strapaziöser Dienst. Nach längeren Initialsym-

*) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. XLII.

ptomen (Mattigkeit, Schwitzen, wenig Schlaf) trat nach einem heissen Fussmarsch mit ungenügender Ernährung am 19. September 1884 Nachts ein. Er glaubte sich von den Nachbarn durch die Wand belauscht, hielt sich für vergiftet, bezog die Erlebnisse des Tages auf diese Vorstellungen, fand in der Zeitung bezügliche Andeutung. Er schrieb andern Morgens correcte dienstliche Meldung von der Vergiftung und wurde in Folge dessen sofort in das Garnisonlazareth zu M. beordert. Dort vages Fortbestehen von Beeinträchtigungsideen, glaubte sich verspottet und vergiftet, hatte anscheinend keine Hallucinationen, sah überall Bedeutungen, bot ein zagendes, unklares Wesen; Krankheitsgefühl; kein Tremor. — In der Anstalt (vom 25. October bis 10. December 1884) glaubte er sich anfangs noch beobachtet und verfolgt; litt anfangs an ziehenden Schmerzen im Kopf und Nacken und gab zeitweise „Erschütterungen“ des Körpers vor dem Einschlafen an; dann schwanden rasch die Wahnideen. R., ein muskulöser Mann, ohne Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen war von höchst correcter Haltung ohne Gedächtniss- und Urtheilsdefect, mit voller Erinnerung und Einsicht von dem Krankheitsverlauf. Nichts sprach für Trunk oder Paralyse und seit der Entlassung blieb er gesund.

R. hatte in den ersten Tagen des Lazarethaufenthaltes einen dreistündigen Anfall kataleptischer Starre. Er weiss davon selbst anzugeben, wie er dagelegen, die Beine gekreuzt, den rechten Arm über den Kopf, in dieser Stellung durch schmerzhafteste Steifigkeit der Extremitäten festgehalten, ohne sich umdrehen oder sprechen zu können; dabei verstand er die Gespräche der Anwesenden, erkannte den Arzt, fühlte dessen Sensibilitätsprüfung, ohne darauf reagieren zu können.

Wir gehen wohl nicht fehl, hier eine motorische Hemmung von psychischen Vorgängen anzunehmen.

2. Fall. H., Rosalie (F. 376), 68 Jahre alt, ohne Heredität, nie krank, immer religiös überspannt, geizig. Herbst 1883 gastrische Störung, Kopfschmerz, daran anschliessend Verstimmung mit Selbstvorwürfen, Sensationen (Zusammenschnüren im Hals), Herzklopfen, zeitweise Zittern. Als bald ängstliche Erregung, Selbstmordversuche. Am 9. November in die Anstalt gebracht, in den ersten drei Tagen wiederholt Anfälle heftiger motorischer Unruhe, wälzt sich im Bett, schlägt mit den Extremitäten um sich mit Schaum vor dem Munde und unartikulirtem Aufschreien. Nach Abschluss dieses stürmischen Initialstadiums blieb die Kranke noch längere Zeit traurig verstimmt, unklar, Wahrnehmungen falsch deutend, klagsam, ohne Wiederkehr psychischer oder motorischer Aufregungszustände. Zeitweise wurde ein beginnender seniler Tremor capitis oder vielmehr ein stossweises Wackeln des Kopfes beobachtet, das sehr von der Stimmung abhing, resp. beeinflusst wurde. Nach drei Monaten konnte die Kranke genesen und mit 7 Kilo Gewichtszunahme entlassen werden, starb aber ein Jahr später an Uterus-Carcinom, dessen erste Entwicklung in die Zeit der Psychose fiel. Sie erinnerte sich, dass sie in den ersten Tagen in der Anstalt das Stöhnen

Sterbender zu hören und ihre Verwandten in Gefahr geglaubt; von dem motorischen Gebahren und Umsichschlagen weiss sie nichts.

Anfälle dieser Art kommen nicht so selten vor im Beginn acuter und mit heftigen peinlichen Affecten und Sinnestäuschungen einsetzender Psychosen. Sie kommen vor in den verschiedensten Graden, gleichen durchaus und sind verwandt den pathologischen Affectzuständen nervöser nicht geisteskranker Menschen, bestehen in Grimassiren, Ballen der Fäuste, Anspannen aller Muskeln, Umsichschlagen, Herumwälzen, sie können vollständig das Bild eines Krampfes annehmen, können combinirt sein mit Momenten von Starre. Es handelt sich offenbar um eine gewaltsame, krampfähnliche Entladung einer heftigen psychischen Spannung, mehr oder weniger bewusst, immer explosiv und unwillkürlich, nicht durch den Willen unterdrückbar.

Es kommt freilich ähnliche und stärkere exacerbirende, triebartige Unruhe im Verlauf erregter Melancholien und Manien vor; der Unterschied ist aber durchaus der, dass in jenen Psychosen überhaupt die psychischen Vorgänge zur Entladung drängen, continuirlich oder mit Steigerungen; das Besondere der hier besprochenen Anfälle ist dagegen das unwillkürliche, paroxysmelle Auftreten im acuten Beginn eines im ferneren Verlauf nicht dazu tendirenden Bewusstseinszustandes.

Ich sage also zunächst ganz im Allgemeinen: in dem acuten Stadium einfacher Psychosen kommen motorische Symptomencomplexe unter dem Bilde paroxysmeller Anfälle von Starre und von krampfartigen Bewegungen vor. Ihrer Natur nach sind sie aufzufassen als psychomotorische Reiz- und Hemmungserscheinungen, als ihr Sitz dürfen die Infracorticalcentren angesehen werden, und der sie auslösende Reiz ist das psychische Ergriffensein.

Hier muss ich einige Bemerkungen einschalten über die centralen Reiz- und Hemmungserscheinungen in ihrer Zusammengehörigkeit. Noch immer begegnet man in physiologischen und pathologischen Erörterungen der Vorstellung von besonderen Hemmungscentren und -Fasern und behandelt Hemmungserscheinungen als Functionen besonderer Art und besonderer Apparate. Solche giebt es nicht. Die grundlegenden Versuche von Goltz über Reflexhemmung (Quakversuch), die ich für das Rückenmark und die Medulla oblongata weiter verfolgte*), haben die obwaltenden Verhältnisse in dieser Beziehung

*) Archiv für Physiologie von Pflüger. X.

vollständig klargelegt. Im nervösen Centralorgan als Ganzem summiren sich stets die gleichsinnigen Reize und hemmen sich die differirenden Reize. Um den einfachsten schematischen Fall anzuführen, so hemmen Reflexreize der Unterextremitäten gleichzeitige Reflexreize für die oberen Rückenmarkspartien beim decapitirten Thier; verstärkte Reizung der Unterextremitäten erzeugt dann Verbreitung ihrer reflexerregenden Wirkung auf die Oberextremitäten nach dem Pflüger'schen Gesetz. —

Also ob ein stattfindender sensibler Reiz in einem bestimmten „Rückenmarkscentrum“, z. B. dem centralen Innervationsapparat für eine bestimmte Extremitätenbewegung, eine Erregung oder eine Hemmung zu Stande bringt, hängt ab: 1. von der absoluten Stärke des Reizes; 2. von der relativen Stärke gleichzeitiger Erregung anderer Centren; 3. vom Vorhandensein gleichsinniger Erregungen. Also ist ein jeweiliger Erregbarkeitszustand in einem nervösen Centralorgan nicht bloss ein irgendwie, z. B. durch Ernährungszustände, Hyperämie oder Anämie bewirkter Eigenzustand der centralen Apparate, sondern ist auch bestimmt durch das gleichzeitige Vorhandensein oder Fehlen anderer Erregungen in anderen Centren des Centralorgans.

Nun ist ferner zu sagen: die reflectorisch und die anderweitig (durch Irradiation, automatisch, durch Intoxication u. s. w.) erzeugten Thätigkeitserregungen sind nicht an verschiedene Apparate gebunden und sind nicht anders verschieden als durch die auslösende Ursache; diese Ursache, peripher oder central, kann und wird bestimmend sein für die Ausbreitung der Erregung auf einzelne oder viele motorische Apparate, seinem Wesen nach ist aber der Erregungsvorgang selbst stets der gleiche; und das obige Princip der Hemmung gilt nicht bloss für Reflexbewegungen, sondern auch für automatische und überhaupt für alle Functionen.

Ferner: die für die centralen Apparate des Rückenmarks gefundenen Gesetze gelten auch für die Gehirnfunktionen, nur sind die Erscheinungen der Erregung und Hemmung im Gehirn complicirter, entsprechend der complicirteren Function. Heidenhain und Bubnoff*) haben in dieser Richtung werthvolle Untersuchungen gemacht. Sie constatirten, ganz entsprechend meinen Untersuchungen über das Rückenmark, bei elektrischer Reizung der „Gehirnrindencentren“, dass schwache Reizungen einer Rindenstelle sich summiren, so dass ein stärkerer Bewegungseffect der Extremitäten auftritt; sie constatirten

*) Ueber Erregungs- und Hemmungsvorgänge innerhalb der motorischen Hirnnerven. Pflüger's Archiv. XXVI.

ferner, dass spontane und reflectorische Extremitäten - Bewegungen den Effect der darauf folgenden elektrischen Reizung der entsprechenden Rindenstelle verstärkten; dass sich also die aus verschiedenen Quellen stammenden Erregungen summiren; ebenso stellten sie Hemmungswirkung (verminderten Effect der elektrischen Rindenreizung) durch irgend einen gleichzeitigen sensiblen Reiz (der nicht den betreffenden Bewegungsapparat reflectorisch erregt) fest.

Es folgt also aus der physiologischen Untersuchung des Centralnervensystems der fundamentale Satz, dass Functionserregung jedes centralen Apparates (Centrums) Fernwirkungen übt auf andere functionelle Centren. Dass mithin das nervöse Centralorgan als ein einheitlicher Apparat angesehen werden muss, innerhalb dessen die Functionserregung eines Abschnittes anderen, vielleicht allen functionellen Abschnitten (Centren) signalisirt wird, so dass vielleicht das ganze Centralorgan von jeder Erregung eines Theiles in Mitleidenschaft gezogen wird, welche je nach der Intensität der Einwirkung in beschränkter oder ausgebreiteter Weise functionell sich kundgiebt und zwar als Hemmung oder als Miterregung.

Erst recht complicirt und der Untersuchung schwer zugänglich gestalten sich die Verhältnisse der Erregung und Hemmung im Bereich der höheren Gehirnfunktion und sind zumal überall, wo das Bewusstsein concurrirt, der Analyse im Einzelnen entzogen.

Dass aber überhaupt psychische Reize, psychische Inanspruchnahme nicht nur erregend, sondern gleichzeitig nach anderer Richtung hemmend wirken, sowohl auf psychische Vorgänge wie auf das motorische Gebiet, und dass die motorische Entladung psychischer Vorgänge vielfach unbewusst und unwillkürlich, oft geradezu reflectorisch geschieht, wie andere Male psychische Eindrücke (Ueberaschung) bewegungsunfähig machen, darüber bedarf es keiner Worte, und dass diese Vorgänge auf psychischem Gebiet im letzten Grunde nach dem obigen allgemeinen Schema der Erregung und Hemmung durch gleichsinnige bzw. ungleichsinnige Reizung geschehen, kann nicht zweifelhaft sein.

Das Eintreten von motorischen Hemmungs- oder Reizerscheinungen bei Psychosen entspricht daher nicht einem verschiedenen Wesen, sondern einem verschiedenen Grade der Thätigkeitsentladung psychischer Spannung auf das motorische Gebiet. Nur liegen die Verhältnisse hier nicht klar genug, um sagen zu können, warum nothwendig das

eine Mal Hemmung und das andere Mal Erregung, warum im einen Fall ein Anfall motorischer Starre und Unfähigkeit willkürlicher Bewegung und im andern Falle eine krampfartige motorische Entladung erfolgen muss. Ebenso wenig wissen wir im Einzelnen, warum diese paroxysmellen motorischen Symptome nicht in allen, sondern nur in seltenen Fällen den acuten Beginn der Psychose begleiten. — Nur das soll diese Auseinandersetzung feststellen, dass die in Rede stehenden motorischen Symptome nicht directe Ausflüsse der psychischen Vorgänge, der mehr oder weniger klaren Vorstellungen (wie beim Maniakus), nicht der Willkür unterworfen sind; sie bedeuten vielmehr, dass die der Psychose zu Grunde liegenden Reizzustände in den psychischen Centren als solche einen sozusagen diffus irritirenden Reiz ausüben auf die motorischen Gebiete im Gehirn, der mit sozusagen reflectorischem Zwang in irgend welchen psychisch unfreien und nicht psychisch bestimmten Bewegungen sich entladen kann.

Nunmehr haben wir zu besprechen das Verhältniss der hier in Rede stehenden motorischen Entladungen bei einfachen Psychosen zu alkoholistischen, hysterischen und epileptischen Motilitäts- bzw. Krampferscheinungen. Dass gegen die genannten Krankheitsformen, die selbst vielfach ineinander übergehen, eine bestimmte Abgrenzung und differentielle Charakteristik möglich sei, kann von vornherein nicht erwartet werden, es ist vielmehr klar, dass die von mir zu besprechenden motorischen Erscheinungen dem Uebergangsgebiet der einfachen Psychosen in das seinem Wesen nach mit Krampferscheinungen combinirten Irresein angehören.

Dieses ist zum Theil die Ursache, dass die motorischen Erscheinungen bei einfachen Psychosen wenig specielle Beachtung gefunden haben. Man zählt derartige Fälle eben entweder zu den Krampfpsychosen oder man übergeht die motorischen Erscheinungen als eine unwesentliche Complication, beides meines Erachtens mit Unrecht. In den neueren Lehrbüchern der Psychiatrie geschieht des Vorkommens gedachter motorischer Symptome nicht ausdrücklich Erwähnung. Hagen, der sie zuerst beschreibt, nennt sie psychische Krämpfe*). Auf die Hervorhebung motorischer Erscheinungen durch Westphal komme ich später zurück. Kahlbaum kennt sie bei der von ihm so benannten Katatonie, wovon später die Rede sein wird.

Roller**) führt einen Fall von Convulsionen an und citirt die

*) Hagen, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. XXV.

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

ganz richtige Beobachtung, dass zu solchen motorischen Erscheinungen das jugendliche Alter der Irren besonders disponirt. Tigges*), Jung**) und Andere erwähnen gleichfalls gelegentlich convulsible Erscheinungen. Krafft-Ebing***) spricht bei der Mania transitoria von heftigen Erregungszuständen in den psychomotorischen Centren, die sich vorübergehend sogar bis zu schweren Gehirnreizerscheinungen in Form tonischer und clonischer Krämpfe, auch Zähneknirschen steigern können. Die gleiche Beobachtung führt Pelman†) an. Mayser††) beobachtete Convulsionen bei hallucinatorischem Wahnsinn in zwei Fällen.

Der andere Grund der geringen Beachtung dieser Symptome ist ihrer Seltenheit (ich habe unter ca. 500 Aufnahmen einfacher Psychosen derartige Erscheinungen nach Ausschluss aller evident epileptischen und hysterischen Fälle nur ca. 20mal eruirt) und der Umstand, dass sie vorzugsweise in den ersten Krankheitsstadien und darum meist vor der Aufnahme in die Irrenanstalt ablaufen.

Verwandtschaft mit Alkoholismus.

In den acuten Alkoholpsychosen (Delirium tremens und acute alkoholistische Verrücktheit) kommen bekanntlich ausgeprägte krampfartige Anfälle vor, die den epileptischen durchaus gleichen. Man wird aber gut thun, diese Anfälle nicht so ohne Weiteres als epileptische, sondern als epileptiforme zu bezeichnen. Jedenfalls ist der Uebergang dieser Anfälle in Epilepsie schwierig abzugrenzen. Die Epilepsie besteht ja nicht im Anfall, sondern in der Fallsucht, in einer epileptischen Veränderung des Gehirns, die das Symptom des Anfalls zeitweise bewirkt, und man wird jedenfalls unterscheiden müssen zwischen einer idiopathischen Epilepsie, bei der von selbst ohne Hinzutritt äusserer Anlässe motorische Anfälle, seien es vollständige, seien es abortive Krampfanfälle, auftreten, und einer Trinkerepilepsie, bei der es eben der Grundlage des Alkoholismus bedarf, um sie zur Erscheinung zu bringen. Allgemein gilt das Auftreten von Krämpfen bei Trinkern für eine schwere Form des Alkoholismus; dagegen ist mir aufgefallen, dass mir noch kein Fall

*) Tigges, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie l. c.

**) Jung, Zeitschr. f. Psych. XXXVIII. S. 572.

***) Krafft-Ebing in Maschka's Handbuch der gerichtlichen Medicin. 4. Band.

†) Pelman, Friedreich's Blätter. XXXVI. 3.

††) Mayser, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. XLII.

vorgekommen, wo eine habituelle Epilepsie sicher und unzweifelhaft Folge des Trunkes war, d. h. wo die Krämpfe auch in der dauernden Abstinenz bestehen blieben. Auch die Angabe von Speyr's*) darf wohl nicht allgemeine Geltung behaupten, dass der Krampfanfall beim Delirium tremens stets der einleitende Anlass sei, sondern so gut wie andere heftige motorische Reizerscheinungen (Umsichschlagen, Zähneknirschen), kann ein exquisiter Krampfanfall mitten im Verlauf des Delirium tremens sich einstellen, und scheint dies das häufigere Vorkommen.

Die Grenzbestimmung zwischen alkoholistischen (epileptiformen) Krampfständen und der Epilepsie ist auch in der Beziehung im Einzelfalle oft unmöglich, als beim acuten Beginn alkoholistischer Psychosen impulsive Gewalttacte mit hallucinatorischem Hintergrunde vorkommen, die nicht zurückbleiben, hinter der eingermassen charakteristischen Brutalität der Epileptiker, und als überhaupt das acute erregte alkoholistische Irresein Charakterähnlichkeit mit den epileptischen Irreseinsformen haben kann.

Ein hierher gehöriger Fall ist folgender:

3. Fall. N., Johann (M. 336**), 37 Jahre alt, Tagelöhner, plumper Natur, Schnapstrinker, Vater und Bruder Trinker. 28. August 1883 nach heisser Erntearbeit ohne Trunk Abends Delirium; sah den Wald im Feuer, das Essen roch nach Leichen; Fieberzustand, Durst; zu Bett fühlte er sich auf die Beine schlagen, sah schwarze Gestalten an der Thür, ein hallucinirter Hund sprang auf ihn und darauf fiel er in schüttelnde Bewegungen mit Armen und Beinen; desgleichen die folgende Nacht. Die Frau beschreibt die Anfälle als Hin- und Herwerfen im Bett und rhythmisches Umsichschlagen der Arme, und seien dieselben wiederholt aufgetreten. — Er sah ferner Christus, die Muttergottes, hörte diese in der Wand; er sprach in der Folge viel von Hexen, war heftig und thätlich gegen die Frau. Während des anfänglichen Aufenthaltes im Gefängniss sowie in der Irrenanstalt (seit November 1883) anfangs noch Hallucinationen des Gehörs, die er nicht aussprach, mürrisches, abweisendes Wesen, später erregt mit allgemeinen Beeinträchtigungsideen, seit Herbst 1884 ruhig, fleissig, orientirt, mässig schwachsinnig, leichter Tremor bestand dauernd fort, er war fast durchweg einsichtig in seine Krankheit und Hallucinationen, hielt aber schwachsinnig fest an der Muttergottes-Erscheinung, er erinnerte sich aller Hallucinationen und ganz genau der Krampfanfälle. Die Besserung hielt nach der Entlassung am 31. März 1885 bis jetzt Stand. Nie sind die Krämpfe wieder beobachtet worden.

*) Die alkoholischen Geisteskrankheiten. Inaug.-Dissert. Basel. 1882.

**) Diese Zahlen bedeuten die Journalnummer der betreffenden Kranken der Saargemünder Irrenanstalt, aus der die sämmtlichen angeführten Beobachtungen stammen.

Derartige Fälle bilden Uebergangsformen vom alkoholistischen zum epileptischen Irresein, dem man sie aber doch nicht zurechnen darf, so wenig als man alle Krampfstände von Alkoholisten Epilepsie nennen darf; man muss vielmehr sagen: die alkoholistische Gehirnveränderung erzeugt motorische krampfartige unwillkürliche Entladungen, ohne Vermittelung des Bewusstseins und selbst mit Ausschluss derselben und das nicht bloss beim Delirium tremens, sondern auch bei protrahirten alkoholistischen Psychosen.

Von den Bewegungen, die durch das alienirte Bewusstsein bei irren oder deliranten Alkoholisten veranlasst werden, ist hier nicht die Rede. Der Delirant greift und sucht die hallucinirten Objecte. Von harmlosem Schaffen bis zu der furibunden Abwehr und Zuschlagen gegen insultirende Sinnestäuschungen giebt es da alle Abstufungen. Aber von diesen dem Vorstellungsinhalt entspringenden motorischen Leistungen ist hier wie gesagt nicht die Rede, sondern von Innervationserscheinungen, die dem Bewusstsein fremd, überraschend entstehend; ihrerseits können sie häufig Anlass werden zur Anknüpfung von dauernden Wahnideen oder vorübergehenden Wahnvorstellungen, wie in folgendem Fall.

4. Fall. S., Ferdinand (M. 437), 34 Jahre alt, ohne Heredität, stets gesund, doch von schwächtigem Körperbau, durch Unglücksfälle zurückgekommen, zuletzt seit vier Jahren Nachtwächter; bei dieser Arbeit ängstlich, hielt er sich durch Wein und Kaffee wach und muthig. Seit zwei Jahren (?) bemerkt er manchmal, dass die Gaslaterne sich auf ihn zu bewegen, dass Kreuze und Kränze daran hingen (Augenbefund normal); in letzter Zeit allerlei Gedanken über Beeinträchtigung (theilweis begründet) und über magnetische Kräfte, Aengstlichkeit. Nach heftigem Schreck über ein vor seinen Augen stattgefundene Explosion Schlaflosigkeit, Appetitmangel, lebt fast nur von Wein, glaubte Nachts den Verunglückten zu begegnen; einige Tage später (28. Februar 1885) Ausbruch des Deliriums. Hörte Krachen in den Wänden, Musik, sah weisse Strahlen und schwarze Schatten, die bedeuteten den Kampf des Guten und Bösen, den Kampf Gottes mit dem Teufel; „es kämpfte in mir, als ob ich zwei Gehirne hätte, die miteinander streiten“; ohne weitere innerliche Hallucinationen. Nach der im Kampf widerstreitender Ideen, worin wesentlich auch Reminiscenzen socialer Streitfragen eine Rolle spielen, schreckhaft zugebrachten Nacht hatte er Morgens, nachdem er noch dem sonntäglichen Gottesdienst beigewohnt, einen viertelstündigen (?) Anfall von Starre; meinte einen Schlag auf den Kopf erhalten und elektrisirt worden zu sein. Danach Wahnideen vom Tode Angehöriger, vom Berufe die Welt zu bekehren. Dementsprechend imitirt er allerlei kirchliche Ceremonie in gravitatischer Bewegung (Segnung, Handauflage u. dgl.). Daneben anfallsweise allerlei wunderliche rhythmische Bewegungen der Arme, an deren zwangsweise unwill-

kürliches Geschehen im Gegensatz zu den ceremoniösen Gesticulationen er sich deutlich erinnert. Auf der 20stündigen Reise hierher sah er wieder alle Laternen mit Todtenkreuzen und Kränzen behangen, war sonst ruhig. In die Anstalt am 4. März 1885 aufgenommen, hatte er noch zwei kurze Anfälle derartigen Bewegungstriebes; unter Schnauben machte er rhythmisch stossende Bewegungen der Arme mit Vorwärtsbewegung; er gab an, sich als Locomotive vorgekommen zu sein, indess er habe nicht dieser Vorstellung halber die Bewegungen gemacht, sondern aus der unwillkürlichen Bewegung diese Ideen gefasst. Er wurde dann alsbald ruhig und von guter Haltung; hatte anfangs noch einige illusorische Täuschungen des Gesichts und Geruchs und producirte einzelne Delirien noch bis zum 14. März. Die Genesung war und blieb vollständig. Für die ganze Zeit bestand genaue, mit den Angaben der Frau übereinstimmende Erinnerung an seine Unruhe und Delirien, ebenso war die Krankheitseinsicht des ganz intelligenten Menschen, und zwar nicht bloss für die Zeit des Delirs, sondern auch für die vorausgegangenen alkoholistischen Gesichtstäuschungen vollkommen. Der anfängliche leichte Tremor war schon in den ersten Tagen des Anstaltaufenthaltes beziehungsweise der geregelten Ernährung geschwunden.

Dieser Fall ist trotz der Eigenart des Deliriums wohl als acute alkoholistische Verrücktheit aufzufassen.

In diesem Falle kam es also nicht zu einem dem epileptischen Anfall so nahe verwandten Bilde motorischer Entladung, wie bei Fall 3, es sind aber die anfängliche plötzliche Bewegungsunfähigkeit (nicht Ohnmachtsanfall) und die späteren Zwangsbewegungen darin charakterisirt, dass sie ohne Zuthun des Vorstellungsinhaltes und der Willkür entstanden, bei Erhaltensein der Wahrnehmung und spätere Erinnerung. Ich sehe diese Zustände nach dem Obigen als — sozusagen — Reflexwirkungen der psychischen Erregungen auf die motorische Gehirnthteile an.

Dass solche Phänomene nicht specifisch für alkoholistische Geistesstörungen sind, geht aus dem früher Gesagten und den später beizubringenden Beispielen hervor. Aber man darf glauben, dass der Alkoholismus zu solchen motorischen Begleiterscheinungen der Psychose disponirt. Es scheint mir sogar statthaft, anzunehmen, dass die epileptiformen Krämpfe der Deliranten nur der höchste Grad dieser selben Erscheinung sind. Wenn bei diesen das Fehlen der Erinnerung die Regel ist, so bedeutet das keinen principiellen Unterschied, zumal wenn Delirium und Krampfanfall gerade an den Zustand der Trunkenheit sich anschliesst. Auch für die Epilepsie ist ja nicht die Schwere der Anfälle charakteristisch, und ist die Bewusstlosigkeit und fehlende Erinnerung an den Anfall ja nicht nothwendig und immer vorhanden. Das Wesentliche ist bei den hier

in Rede stehenden Erscheinungen, dass die motorischen Symptome nicht dem Vorstellungsinhalt entspringen, sondern unvermittelt, unwillkürlich eintreten, während das Fehlen oder Vorhandensein der Erinnerung vom Grade der psychischen Benommenheit abhängt, welche durchaus nicht parallel geht dem Grade der Reizung psychischer Apparate, welche ich als die (Reflex) Ursache dieser Krämpfe resp. krampfartigen Erscheinungen ansehe.

Allerdings ist bekanntlich die Häufigkeit von Krampfanfällen beim Delirium alcoholicum in verschiedenen Städten, also wohl nach dem üblichen Getränk, verschieden; das scheint, ebenso wie das Vorkommen von Convulsionen im einmaligen Rausch ohne chronischen Alkoholismus, eine direct krampferregende Wirkung des Alkohols oder seiner Beimengungen zu beweisen. Aber es ist nicht zu vergessen, dass Thätigkeitserregung und Erregbarkeitssteigerung nervöser Centralapparate wesensgleiche, nur graduell verschiedene Zustandsänderungen derselben sind*). Auch ist zu erinnern daran, dass im Abstinenzdelirium von Morphinisten Krämpfe und krampfartige Bewegungen vorkommen als Folge der gesteigerten Erregbarkeit des Nervensystems. — Kurz, sofern nicht direct Intoxicationskrämpfe in einem Fall vorliegen, meine ich, dass es die Invasion der psychischen Reizung (Delirium) ist, die bei der durch den chronischen Alkoholismus gesteigerten Erregbarkeit (reizbare Schwäche) der motorischen Centralapparate des Gehirns epileptiforme Krämpfe sozusagen reflectorisch erregt; darin liegt der oben bezeichnete bedeutungsvolle Unterschied erklärt gegenüber den epileptischen Krämpfen; denn beim Epileptischen liegen im Gehirn selbst die fatalen Bedingungen zur zeitweiligen und periodischen Wiederkehr des Krankheits-symptoms der Anfälle. — Bei geringerem Grade der chronisch-alkoholistischen Schädigung des Gehirns kommt es nicht zu vollständigen Krämpfen, wogegen vielleicht eine relative Disposition zum Auftreten der mehrerwähnten unwillkürlichen, zwanghaften Bewegungen bei der Entwicklung einer Psychose besteht. In den schweren wie in den leichten Fällen bleibt jedenfalls vor Allem erforderlich eine individuelle Disposition.

Diese Disposition können aber auch Nichtalkoholisten besitzen, und ist der Alkoholismus durchaus nicht die einzige Ursache des Auftretens paroxysmeller motorischer Symptome; solche kommen vor

*) Freusberg: l. c. Pflüger's Archiv. — Wundt, Physiologische Psychologie.

bei einfachen Psychosen, bei denen von Alkoholismus keine Spur vorhanden ist. Dafür sei folgendes Beispiel eingeschaltet:

5. Fall. P., Karl (M. 426), 29 Jahre alt, Gärtner, Heredität nicht bekannt, reizbarer Natur. Vor 2 Jahren Vermögensverlust und unglücklicher Process, worüber er sich nicht beruhigen konnte. Seit einigen Wochen schwatzhaft, frohe Stimmung, unmotivirtes Auflachen. Am 5. Januar 1885 nach anstrengender Arbeit plötzlicher Ausbruch der Krankheit; giebt darüber in Uebereinstimmung mit der Frau später folgende Angaben: Ich bekam Abends eine unvollständige schmerzlose Lähmung beider Arme, lag die ganze Nacht starr, konnte nicht sprechen, mich nicht bewegen; auch anderen Morgens ganz steif, dann bekam ich Krämpfe; das machte ein Geist, der im Begriffe war auf mich überzugehen. Der Mund öffnete sich, die Arme hoben sich nach links und rechts immerfort, ich konnte nicht sprechen. Ich sah einen Schatten an der Decke, der rührte von dem Geist, der über mir schwebte. Auf dieses Stadium von Starre und rhythmischen, stossweisen, rollenden Extremitätenbewegungen folgte eine tobende Erregung mit Zerstörungstrieb und verwirrtem Redefluss. Er gab darüber später an, dass er allerlei Worte unwiderstehlich habe sagen müssen, deren Zusammenhang ihm selbst nicht klar gewesen. Am 8. Januar in die Anstalt gebracht, wurde Patient alsbald ruhig, erzählte in der nächsten Zeit noch Mancherlei in geschraubter Rede-weise über die geschehene Beeinflussung durch einen Geist, vermischt mit allerlei hypochondrischen Ideen. In den nächsten Tagen wurden noch einzelne Male rhythmische Streckbewegungen beobachtet. In der Folgezeit hielt sich Patient ruhig, hatte gute Erinnerung an die Vorkommnisse der Aufregung. — Allmählig entwickelten sich weitere Wahnideen, und zwar Eifersuchtsideen gegen die Frau und Vergiftungsideen, anscheinend unter Mitwirkung sporadischer Hallucinationen. Das Gedächtniss und Urtheil über seine persönlichen Verhältnisse waren nicht sichtlich geschwächt. Bei seinen mitgetheilten Angaben blieb er und präcisirte das Zwanghafte, Unwillkürliche seiner Bewegungen, die er sich als Beeinflussung durch einen Geist erklärte. Von Lähmungserscheinungen in Pupillen, Extremitäten, Sprache wurde nie eine Spur beobachtet. Am 8. Mai 1887 in eine andere Anstalt überführt, blieb er dort ruhig, arbeitsam, wurde gleichgültiger gegen seine Zukunft, blieb bei seiner Darstellung des Krankheitsbeginns und gab an, zuweilen noch beim Einschlafen unwillkürliche Drehungen des Kopfes zu verspüren, sowie dass ihm zuweilen allerlei aus der Luft zugerufen werde.

Betreffs der alkoholistischen Geistesstörungen möchte ich noch Folgendes bemerken. Nachdem bereits Nasse*) und Weiss**) hervorgehoben, dass in keinem Falle von alkoholistischer Verrücktheit Delirium tremens vorausgegangen, bestätigte von Speyr***) diese

*) Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie. 34.

**) Wiener med. Wochenschr. 1876. 6.

***) l. c.

Angaben mit Nachdruck und kommt zu der Ansicht: „man kann als Grund des Auftretens von alkoholischer Verrücktheit bei dem einen Kranken und von Delirium tremens bei dem andern kaum etwas anderes annehmen, als eine verschiedene Anlage und Empfänglichkeit der Einzelnen, individuelle Reactionsunterschiede gegenüber derselben Schädlichkeit“.

Meine Erfahrungen stimmen damit überein, dass Delirium tremens und alkoholistische Verrücktheit nicht in demselben Individuum auftreten. — Die Richtung der Disposition der Trinker zur psychischen Erkrankung ist eine dreifache. Die Einen bekommen Delirium tremens und in deren wiederholten Folge reizbaren Schwachsinn; die zweite Gruppe verfällt in chronisches Irresein, das durch Grössenideen, tobsüchtige Erregung und motorische Störungen sich mehr oder weniger dem Bilde der Paralyse nähert; die dritte Gruppe fällt in einfache Irreseinsformen. Vom Masse des Alkoholmissbrauchs hängt die Form der Psychose so wenig ab, als die motorischen und überhaupt die somatischen Symptome des chronischen Alkoholismus dem Quantum oder der Art des Alkoholgenusses direct parallel gehen. Die Ursache der Verschiedenheit liegt in der verschiedenen Disposition und in begleitenden Schädlichkeiten (schlechte Ernährung, Strapazen) die wesentlich bei der zweiten Gruppe vorhanden zu sein scheinen. — Ich habe den Eindruck, dass die dritte Form vorzugsweise solche Individuen befällt, die weniger zu den dauernden motorischen Symptomen des chronischen Alkoholismus, besonders Tremor, neigen, selbst bei starkem Potatorium; oder vielmehr ich finde, dass bei maniakalischen Trinkern, bei acuten alkoholistischen Geistesstörungen, bei den Verrückten mit dem von Nasse beschriebenen Verfolgungs- und Eifersuchtswahn der Trinker der Tremor und das Gesichtsbeben meist viel rascher in der Abstinenz schwindet, als bei den Trinkern der beiden ersten Gruppen. Die wie gesagt nicht vom Masse des Trinkens allein abhängige Hartnäckigkeit dieser motorischen dauernden Schwächesymptome des chronischen Alkoholismus scheint parallel zu gehen mit der grösseren Neigung zur Entwicklung psychischer Schwäche.

Paroxysmelle motorische Symptome können bei allen drei Categorieen vorkommen, bei den beiden ersten wesentlich als exquisite Krämpfe, bei der dritten Kategorie, die uns ja zunächst interessirt, also bei einfachen Psychosen auf Grund von Alkoholismus, sind es mehr oder weniger krampfartige Zwangsbewegungen, und in der Regel mit erhaltener Erinnerung. Einer meiner Kranken mit alkoholistischen Verfolgungs- und sexuellen Ideen, mit massenhaften Gehörshalluci-

nationen, aber zu guter Auskunft fähig, bei dem Krämpfe nie beobachtet wurden und Zittern nur anfangs, erzählt genau, wie er wiederholt im Krankheitsbeginn Anfälle von Starre und Unbeweglichkeit im Bett gehabt und zweimal durch allgemeine Erschütterung des Körpers plötzlich im Bett in die Höhe geworfen sei. Derselbe schöpfte daraus den Wahn elektrischer Beeinträchtigung. Solche Starrseinsanfälle sind übrigens wegen ihres paroxysmellen Charakters und des Fehlens dauernder entsprechender Symptome nicht zu verwechseln mit den Störungen der Sensibilität und des Muskelgefühls, die den neueren Untersuchungen gemäss, auf peripherer Neuritis beruhend, häufig bei Trinkern vorkommen.

Verwandtschaft mit Hysterie.

Wenn beim Weibe motorische Symptome im Zusammenhang mit Psychosen vorkommen, so ist man, und mit Recht stets geneigt, diese als hysterische zu bezeichnen. Dagegen ist auch nichts einzuwenden, nur muss man sich klar sein, dass mit diesem Worte die Sache nicht einfach abgethan ist. Man kann wohl kaum bei einem Weibe motorische Symptome bei einfachen Psychosen finden, ohne dass auch andere hysterische Eigenschaften sich aufdecken liessen. Aber dennoch ist nicht jedes Frauenzimmer mit motorischen Initialsymptomen einer Psychose eine Hysterische.

6. Fall. Frau B., Johanna (F. 348), 27 Jahre alt, keine Heredität, früher anämisch, Menses seit dem 19. Lebensjahre immer regelmässig. Im Januar 1883 Durchnässung während der Regel, seither traurig, im Februar 1883 Verheirathung und Uebersiedelung in ein französisches Dorf, wo sie die Leute nicht verstand. Heimweh, Drang fortzulaufen, energielose Selbstmordideen. Seit März unter Ausbleiben der Regel paroxysmale Aufregungszustände, in denen sie sich im Bett wälzt, mit Armen und Beinen um sich schlägt und nachher in Schlaf fällt. Am 16. Juli in die Anstalt aufgenommen hatte sie noch am 23. und 24. Juli derartige Anfälle von 5 Minuten Dauer mit Pro- und Supinationsbewegungen der Arme. Klagen über Kopfschmerzen wurden nur im Anfang geäussert, keine anderen Sensationen. Schlaffes, klagsames Wesen. Die melancholische Verstimmung mit Selbstmordneigung blieb bestehen, verschluckte einmal in dieser Absicht eine grosse Nadel. Seit dem Wiedereintritt der Regel im September allmälige Besserung. Im October 1883 nach Hause zurückgekehrt, stellte sie sich noch wiederholt vor, war vollständig gesund, ohne alle hysterischen Beschwerden. Eine spätere Schwangerschaft und Kindbett verliefen günstig.

Diese Person hatte also hysteriforme Anfälle und ihre ganze schlaaffe Melancholie mag man hysterisch nennen, aber die Frau war

vorher und nachher nicht hysterisch, sondern eine zwar mässig anämische aber dabei grobnervige Arbeiterfrau.

Wie nun überhaupt nicht jede Hysterie sich zu motorischen Symptomen zu versteigen braucht, so kommen auch genug einfache Psychosen, Manien und Melancholien bei anerkannt Hysterischen ohne alle motorischen Erscheinungen vor. Um so wichtiger ist es, wenn bei Nicht-Hysterischen in der Psychose paroxysmelle Bewegungs-Erscheinungen sich einstellen, die man dann kurz hysterieform nennen mag. In der Regel werden sie auch begleitet sein von anderweitigen hysterischen Erscheinungen, auch wenn die Personen ausserhalb der Psychose von solchen frei sind.

7. Fall. M., Appoline (F. 871), 18 Jahre alt, ein frisches Mädchen, seit dem 12. Jahre regelmässig menstruirt, am 23. September 1882 bei einem plötzlichen Schreck Krankheitsausbruch, sie verfiel in einen stuporösen Zustand, der in den ersten Tagen zweimal durch Krämpfe unterbrochen war. Am 29. October 1883 in die Anstalt aufgenommen, bot sie bis zum Februar 1884 das Bild tiefsten Stupors mit Regungslosigkeit, absoluter Nahrungsverweigerung. Auffallend blieb, im Contrast mit dem Stupor, eine zeitweilige Achtsamkeit auf die Umgebung, sowie der anfangs sehr energische und geschickte, später nicht ernstlich gemeinte Widerstand, den sie der Sondenfütterung durch Bewegungen der Zunge entgegensetzte. — In der Reconvalescenz und nach der Genesung (entlassen 31. März 1884) war sie vollständig frei von allen hysterischen Anzeichen, ein frisches Mädchen mit guter Erinnerung an den Krankheitsbeginn, aber nicht an die Anfälle und nur theilweise an die Zeit des Stupors.

Die Erwähnung hysterischer motorischer Erscheinungen leitet über zu einem Blick auf die Bewegungserscheinungen, die in der Einleitung als vierte Gruppe motorischer Symptome bezeichnet wurden: die dem jeweiligen Bewusstseinsinhalt und Stimmung nicht entsprechenden motorischen Aeusserungen. Derartige Erscheinungen werden fast ausschliesslich bei Weibern getroffen und haben durchaus Aehnlichkeit mit Vorkommnissen bei Hysterischen. Den auffälligsten Fall, den ich gesehen, betraf die Frau eines Arztes. Die Kranke hatte im Klimakterium eine schwere Melancholie mit massenhaften Sinnestäuschungen, vorwurfsvollen und erschreckenden, theilweise auch religiösen Inhalts; sie hörte ihre Kinder massaciren, glaubte sich beschimpft, verdammt. In ängstlicher Erregung und nicht im Bett zu halten, stand sie fortwährend mit strahlend lächelndem Gesicht den grässlichsten Hallucinationen lauschend, die sie lächelnd, trotz ersichtlich peinlicher Unruhe nachsprach. Sie genas merkwürdiger Weise im Anschluss an eine erschöpfende Magenblutung. Ihre Antecedentien waren frei von hysterischen Symptomen.

Krafft-Ebing*) spricht von Paramimie, wo Kranke eine heitere Vorstellung mit weinerlicher Mimik begleiten und umgekehrt, nur in psychischen Schwachzuständen; ebenso Oppenheim**). Ich möchte ihr Vorkommen auch in Zuständen von Benommenheit mit Hallucinationen zulassen, und besonders meine ich, dass in manchen „stuporösen“ Zuständen schreckhafte Vorstellungen und Hallucinationen mit einem erstaunten und leeren Gesichtsausdruck öfter verbunden sind und die Schreckhaftigkeit sich nicht im Ausdruck kundgibt.

Im weiteren Sinne und Umfange findet Roller***) „paradoxe Bewegungen und Handlungen“, bei welchen das motorische und mimische Verhalten der aus anderen Erfahrungen anzunehmenden Bewusstseinslage nicht entspricht. Seine Fälle betreffen nur Frauen. Er schliesst auch Fälle ein, wo bei Maniakalischen mit vorwaltender heiterer übermüthiger Stimmung ein gereiztes Gebahren zu Tage tritt und wo bei Melancholischen zumal vor Anbahnung der Reconvalescenz bei gegebenem Anlass ein freies Auflachen den psychischen Druck durchbricht. Ich möchte solche Fälle nur in beschränktem Sinne als paradox ansehen.

Ueberhaupt darf man mit Oppenheim (l. c.) gewiss nicht übersehen, dass in manchen Fällen der rasche Wechsel verschiedener Vorstellungen und Hallucinationen es ist, der die Mimik anscheinend unbegründete Sprünge machen lässt, und ferner, dass Kranke ihrer Mimik und Gesten nicht die conventionellen Schranken des Gesunden auferlegen (während sie andererseits freilich ihren mimischen Ausdruck oft verstellen und verstecken). Immerhin bleiben Fälle übrig, in denen die Mimik, wie in dem mitgetheilten, überrascht durch die Nichtübereinstimmung mit der Bewusstseinslage und den Eindruck des Gezwungenen macht. Mögen auch hier begleitende oder intercurrente heitere Vorstellungen, vielleicht auch religiöse Verzückungen, ohne dass die Kranken selbst darüber Rechenschaft geben können, neben einem ersichtlich deprimirten Grundzustand einherlaufen, so muss man doch als auffällig zugeben, dass die mimische Innervation für solche Einfälle oder Begleitvorstellungen prompter ansprechbar ist, als für die Grundstimmung. Man gewinnt wie gesagt dabei den Eindruck, dass der mimische Ausdruck im weitesten Sinne (Mimik und Gesten) losgelöst ist von der stricten Gefolgschaft des herrschenden Affectes

*) Siehe Lehrbuch S. 131.

**) Oppenheim, Beiträge zur Kenntniss des Gesichtsausdruckes der Geisteskranken. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. XL. Bd.

***) Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie. 42 Bd.

und leitenden Bewusstseinsinhalts, in der Weise, dass der äussere Ausdruck so zu sagen auf's Geradewohl innervirt wird. Es ist eine Ausstrahlung der Erregung auf ein motorisches Gebiet ohne directe Beziehung zum Bewusstseinsinhalt, also gerade wie ich es überhaupt bei den in Rede stehenden motorischen Erscheinungen bei einfachen Psychosen finde. Das Gleiche ist der Fall bei der oben erwähnten plötzlichen Aenderung der Athmungs- und Pulsrhythmik bei jugendlichen Individuen während der Beschäftigung mit ihnen; es sieht aus wie ein Ausdruck von Angst, auf die sonst nichts schliessen lässt, und die von den Kranken selbst auch geleugnet wird.

Nur ein höherer Grad derartiger zwanghafter Affectinnervation sind die Lach- und Weinkrämpfe Hysterischer, die ja durchaus nicht auf einen entsprechenden heiteren oder traurigen Affect oder solche Ueberraschung schliessen lassen. Nach Analogie dieser letzteren Erscheinung darf man die paramimische, die mit dem herrschenden Affect incongruente Innervation der dem seelischen Ausdruck dienenden Bewegungscomplexe willkürlicher und unwillkürlicher Muskeln gleichfalls mit hysterischer oder hysterieähnlicher Disposition des Nervensystems in Zusammenhang bringen. Auch wird man hysterische Eigenthümlichkeiten im psychischen Gebiet bei solchen Patienten immer finden können, so die Bestimmbarkeit der Schwere der Symptome durch die ihnen geschenkte Aufmerksamkeit oder eine Inconsequenz und extremes Umspringen der Stimmung (die in der That manchen paramimischen Ausdruck und Habitus erklären mag) u. a. Aber was ich nochmals betonen möchte: das Auftreten einzelner hysterieformiger Symptome, selbst krampfartiger Erscheinungen, bei Psychosen kommt vor bei Individuen, die nicht habituell und nicht ausserhalb der Psychose hysterisch sind. Es beruht auf der individuellen Disposition zu motorischen Miterregungen und Entladungen bei psychischem Ergriffensein ohne directe Abhängigkeit und Vermittelung des Bewusstseinsinhalts.

Verwandtschaft mit Epilepsie.

Um über die Verwandtschaft oder vielmehr über die Unterscheidung der von mir hervorgehobenen motorischen Entladungen bei einfachen Psychosen von der Epilepsie sprechen zu können, bedarf es eines kurzen Blickes auf das epileptische Irresein.

Nachdem Griesinger*) einige psychopathische Symptomencomplexe nicht ohne Bedenken als epileptoide hingestellt, und nachdem

*) Dieses Archiv I. S. 321.

Falret zuerst dem epileptischen Irresein bestimmte Symptome zugeschrieben, trat Samt mit seiner grossen Arbeit*) über die epileptischen Irreseinsformen in deren Fussstapfen. Es ist sein Verdienst vielfach klärend und anregend in diesem Gebiete gewirkt zu haben. Er erweiterte, präcisirte und schilderte mit Schärfe die eigenartigen Symptome der postepileptischen und äquivalenten Irreseinsformen, das Charakteristische der dabei beobachteten Benommenheits- und Erregungszustände in ihrem Gemisch. Mit der ihm eigenen Bestimmtheit ging Samt so weit, das epileptische Irresein aus dem psychischen Symptomencomplex des einzelnen Anfalls allein statuirbar und epileptische Antecedentien für die Diagnose irrelevant zu erklären. Durch die Samt'schen Arbeiten stieg das Interesse und mehrten sich Mittheilungen über Fälle sogenannter larvirter Epilepsie, wo periodische Zustände mehr oder weniger charakteristischer Bewusstseinsstörungen unter sich oder mit Krampfanfällen abwechselten. Manche gingen aber weiter, neigten dazu manche transitorischen und periodischen Psychosen auf eine nur supponirte epileptische Grundlage zu beziehen. In dieser Richtung lag aber offenbar die Gefahr nahe, die bereits Griesinger**) bei seiner Erweiterung des Begriffes epileptoid besorgte, durch Namengebung zum Nachtheil der Erkenntniss zu präjudiciren. Daher war, so geistvoll und glänzend die Samt'sche Auffassung ist, die Kritik und Reserve berechtigt, mit der von anderer Seite die Diagnosticirbarkeit des epileptischen Irreseins aus dem Bilde des einzelnen Anfalls allein entgegengekommen wurde. Wesentlich förderten auf kritischem Wege die Klarlegung dieser Verhältnisse Witkowski***) und Gnauck†), der ausspricht: „Ohne nachweisbare epileptische Grundlagen giebt es kein epileptisches Irresein“.

In der That, wenn man mit Samt darauf fusst, dass in der internen Medicin nicht einzelne Symptome, sondern der Complex bestimmter Symptome die Diagnose sichern, so muss man anerkennen, dass man eine Epilepsie an sich nicht diagnosticirt aus einem einzelnen Vorkommniss, welches man beim erwiesenen Epileptiker entschieden auf die Grundkrankheit beziehen wird; wegen eines Schwindelanfalls, wegen Enuresis hält man Niemand für einen Epileptiker und aus einem einzelnen Krampfanfall wird man zwar Epilepsie befürchten, aber sie doch erst durch Constatirung einer zeitlichen Wiederholung

*) Dieses Archiv VI., VII.

**) Griesinger, Dieses Archiv I.

***) Allgem. Zeitschr. f. Psych. XXXVII. — Mendel's Centralbl. 1885.

†) Dieses Archiv XII.

entwickelter oder unentwickelter weiterer Anfälle erwiesen halten. Nicht anders kann es mit einem vereinzeltten Anfalle psychischer Störung sein, mag er an sich auch durchaus das Gepräge einer epileptischen Störung tragen.

Ist schon in der internen Medicin die durchdachtste Diagnose vielfach nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose, so müssen wir eben auch und erst recht in der Psychiatrie uns dabei manchmal begnügen.

Es muss ja das Bestreben sein innerhalb des weiten Rahmens der heutigen statistischen Nomenclatur bestimmte Typen zu erkennen, bei denen übereinstimmende Symptome mit oder ohne übereinstimmende ätiologische oder complicirende Momente bestehen, und eine natürliche Gruppierung und Classification sich ergibt; aber dem Fortschritt in dieser Beziehung ist mehr gedient, wenn man zu den gut charakterisibaren Formen, wie es das postepileptische Irresein ist, nur die sicheren Fälle zählt und für die nicht typischen Psychosen auf bestimmte Namengebung innerhalb der allgemeinen Formencomplexe (einfache Psychose, paralytisch senile Gruppe, epileptische Gruppe) verzichtet.

Die Neuropathologie verdankt ihren der Psychiatrie vorausgeeilten Fortschritt nicht bloss der besseren Greifbarkeit und Untersuchbarkeit der Symptome und pathologischen Befunde, sondern sie weiss und übt es, dass die klare Präcisirung der Krankheitsbilder gerade auch die davon verschiedenen Zustände beleuchtet. In dem durch seine Natur, durch die vielfachen Abstufungen und Uebergänge der psychischen Zustände ineinander und auch durch die Ungenauigkeit jeder wörtlichen Darstellung so viel schwierigeren Gebiete der Psychiatrie thut erst recht Noth die erkannten Typen und Symptomgruppen nicht durch Unterdachbringung von zweifelhaften und Uebergangsformen zu verwischen. Darum sollten auch solche unbestimmte und verschiedener Bedeutung fähige Bezeichnungen wie epileptoid thunlichst vermieden werden.

Als bestimmend für die Diagnose einer Psychose als eines epileptischen Irreseins ist zu fordern:

1. die eigenartige traumhafte Bewusstseinstrübung,
2. der Beweis der epileptischen Grundlage.

Was die Bewusstseinstrübung betrifft, so wird diese, soweit ich sehe, in keinem Falle von wirklich mit Epilepsie verbundenem Irresein vermisst (ältere Fälle der Literatur sind bezüglich der Charakterisirung der Bewusstseinstrübung nur mit Vorsicht aufzunehmen). Voll entwickelt ist diese eigenartige Bewusstseinstrübung, die Gnauck als eine Mittelstufe zwischen Bewusstlosigkeit und der Bewusstseins-

veränderung des Verrückten bezeichnet, in den typischen Fällen mit stuporöser Angst, erschreckenden Hallucinationen, Gewaltacten, kurzer Dauer und Erinnerungsdefect; sie ist aber auch vorhanden in den Fällen mit traumhaft verkehrten Handlungen, die Westphal u. A. beschrieben, in den Samt'schen Fällen von moriartiger und von gereizter Erregtheit.

Der vorübergehende traumhafte Bewusstseinszustand ist aber nicht für sich charakteristisch, für spezifisches epileptisches Irresein, denn in verschiedenen Abstufungen kann dieses Symptom zumal initial in anderen Psychosen vorkommen, und Samt beschreibt sein Vorkommen nach symptomatischen Convulsionen bei Urämie und Gehirntumoren, die wir doch eben nicht mit den epileptischen identificiren dürfen. Also gehört zur Sicherung der Diagnose die Begründung der epileptischen Grundlage; diese kann man geneigt sein, schon in der periodischen Wiederkehr besagter traumhafter Zustände zu sehen und erst recht, wenn man bedenkt, wie leicht abortive epileptische Anfälle übersehen werden. Darauf macht Witkowski*) aufmerksam, der reine epileptische Aequivalente nicht anerkennt, sondern überall eine Combination mit anderen oft ganz vorübergehenden motorischen oder nervösen Störungen annimmt. Immerhin wird man nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose machen können, so lange keine motorische Epilepsie constatirt ist.

8. Fall. Sch., Joseph, 36 Jahre alt, katholischer Geistlicher, Heredität nicht bekannt, stets gesund, kein Trinker. Der Begleiter will wissen von Sprechen im Schlaf, auch von einmal beobachtetem Aufstehen im Schlaf. Seit einem Jahre in sehr strapaziöser Stellung mit viel durch seinen eigensinnigen Charakter verschärftem Verdross. Der körperlich sehr kräftige, noch mit einem Gewicht von 76 Kilo in Beobachtung tretende Mann hat seit einem halben Jahre 15 Kilo abgenommen. Hatte besonders in den letzten zwei Monaten während streng durchgeführter Fastenzeit schwere amtliche Anstrengungen, litt im April 1885 an Nierenschmerzen mit Entleerung sedementirenden Harns. In der Nacht vom 16. zum 17. April unvermittelter Ausbruch eines hallucinatorischen Deliriums; es wurde ihm Katzenmusik gebracht, er hörte bestimmte Personen sprechen, Schattenbilder wurden in sein Schlafzimmer geworfen, er selbst lag mit dem Gefühl von Starrheit und regungslos ohne Angstgefühl zu Bett. Anderen Morgens, Sonntag, konnte er geordnet sein Amt versehen, hielt eine geordnete Predigt, in der er über den Aberglauben in seiner Gegend loszog. Die folgende Nacht Wiederholung der Hallucinationen, glaubte Leute durch das Fenster einsteigen zu sehen; folgenden Morgens von einem Collegen zunächst zu seinem Vorgesetzten und dann in die

*) Neurolog. Centralbl. 1885.

Anstalt gebracht, benahm er sich und sprach ruhig und gegenständlich, traf correcte Anordnungen für seine Abwesenheit, während er von Hallucinationen verfolgt wurde; so sah er unterwegs einen Mann auf einem Baum stehen, ihm einen Kranz reichen, vernahm aus dem Geräusch des Fahrens auf ihn bezügliche Signale und Namen.

Während der Fahrt bekam er zweimal einen Schüttelkrampf der Extremitäten mit Schaum vor dem Munde, ohne Zungenbiss, ohne respiratorische Krämpfe und Aufschreien; er glaubte zu sterben, an den einen der Krämpfe erinnerte er sich in allen Details, an den ersten nicht deutlich. Bei der Ankunft in der Anstalt, 19. April, hörte er sagen, dass er getödtet werde; er sah einen Festzug durch den Hof gehen. Er hatte Krankheitsgefühl, war geordneten Gesprächs bei guter Erinnerung fähig. Die erste Nacht schlaflos, mehrere Tage grosse Müdigkeit, nur am ersten Tage stark sedimentirender Urin (Urate), der weder Zucker noch Eiweiss enthielt. Abgesehen von einem einmal beobachteten Niederknien vor einer eintretenden Person, wurden keine Auffälligkeiten beobachtet. Die Hallucinationen auf der Herreise erkannte er sofort als krankhaft, blieb aber dabei, dass die zu Hause vorgekommenen Erscheinungen von einigen Gegnern, um ihn zu ärgern, gemacht seien. Nach 8 Tagen stellte sich volle Klarheit ein; er blieb seit der am 5. Mai erfolgten Entlassung vollständig gesund.

Dieser Fall bietet viel Aehnlichkeit mit dem epileptischen Irresein, wenngleich eine solch detaillirte Erhaltung des Bewusstseins und der Erinnerung an die Hallucinationen, auch eine solche gute Erinnerung an den Krampf selten vorkommen dürften. Aber obwohl auf den Anfall von Nachtwandeln (?) nicht wenig Gewicht zu legen sein wird, so möchte ich doch den Fall erst dann als epileptisches Irresein erwiesen halten, wenn ein erneuter klarer Anfall sich einstellen sollte.

Wäre es aber nicht denkbar, dass bei einem nervösen Erschöpfungszustand, der sich auch in so bedeutender Störung der körperlichen Ernährung und der Nierenfunction kundgibt und bei einem disponirten Individuum die Psychose stürmische motorische Symptome auslöst, ohne dass darum dieses Symptom (gerade sowenig wie beim Alkoholisten) als epileptisch bezeichnet werden muss?

Als ein drittes Charakteristikum der epileptischen Geistesstörung fordert besonders Gnauck ein rasches Vorübergehen des einzelnen psychischen Anfalls. In der That, die Form des klassischen epileptischen Irreseins muss rein gehalten werden durch das Postulat, dass es gerade wie der epileptische Krampfanfall, in einer mindestens für die Schwere der Symptome überraschenden Kürze sich löst und im Allgemeinen dem habituellen Bewusstseinszustande Platz macht, mag dieser nun ein normaler vollsinniger, oder ein stabil schwachsinniger,

oder ein durch die epileptischen Charaktereigenschaften (die Witkowski nicht in dem Masse wie Samt anerkennen will) gekennzeichnet sein.

Schon diese typischen Fälle epileptischen Irreseins bieten unter sich manche Variationen und Eigenheiten: Durch die anscheinende Regellosigkeit, mit der sie sich an das Auftreten von Krampfanfällen, schwachen und schweren, anschliessen oder dabei fehlen können, durch die Intensität der Hallucinationen und der traumhaften Begebenheit (welche mir mit der Länge der Intervalle zuzunehmen und mit dem Schwachsinn manchmal abzunehmen scheint) und in der Dauer des Zustandes, der wie gesagt in den typischen Fällen immer ein verhältnissmässig kurzer sein wird.

Und damit kommen wir an eine weitere Schwierigkeit in der Lehre von den epileptischen Psychosen; diese liegt in deren Weiterentwicklung; denn wie gesagt, der initiale traumhafte Zustand scheint niemals zu fehlen, während die protrahirten Stadien weniger charakteristisch sind. Verhältnissmässig selten scheint der Ausgang des einzelnen (ersten) Anfalls eines epileptischen Deliriums in Demenz zu sein.

Samt beschreibt protrahierte Stupor- und Erregungsformen; Samt und Krafft-Ebing*) führen je ein Beispiel an, wo sich bei evidenter Epileptikern ein circuläres, durch epileptische Bewusstseinsstörungen complicirt Irresein entwickelte; Gnauck**) beschreibt die Entstehung von Verrücktheit nach der Epilepsie. Gnauck legt dabei Werth darauf, dass sich die Verrücktheit und in einem Falle Stupor „selbstständig“ entwickelte und nach anfänglichem Anknüpfen an die Sinnestäuschungen und Wahnideen des exquisiten epileptischen traumhaften Zustandes (übrigens bei den ersten psychischen Anfällen der betreffenden Epileptiker) ihren eigenen Weg gegangen und fernerhin durch die epileptischen Anfälle nicht beeinflusst worden sei. Das wäre also ein Nebeneinanderbestehen von einfacher Psychose und Epilepsie. Da es sich um bereits schwachsinnige Epileptiker handelte, da andererseits auch bei schwachsinnigen Verrückten die Wahnideen sich mehr und mehr von der initialen Eingenommenheit der Psyche, von Affect und Hallucinationen loslösen, so scheint mir diese Unterscheidung noch nicht genügend bewiesen.

Es bleibt Angesichts der Fälle von Samt, Krafft-Ebing und Gnauck die fundamentale Frage die, ob man es mit einer Compli-

*) Krafft-Ebing, Lehrbuch f. Psychiatrie. III. S. 114.

**) Dieses Archiv XII. Bd.

cation zweier Psychosen zu thun hat, wobei die epileptische Disposition bloss die einfache Psychose periodisch beeinflusst, unterbricht und complicirt, oder ob man die Epilepsie als das einzig Wesentliche gelten lassen und anerkennen will, dass ausser den typischen, verhältnissmässig kurz dauernden Bewusstseinsstörungen das epileptische Irresein protrahirte Formen mit Symptomen, die den einfachen Psychosen entlehnt sind, annehmen kann.

Diese Frage scheint zunächst nicht lösbar, und weiterer Klärung und Beobachtungen bedürftig und sie ist auch deshalb um so schwieriger, weil zwischen Irresein der Epileptiker und einfachen Psychosen Uebergänge sowohl in anderen Symptomen als wesentlich auch darin vorkommen, dass eben motorische Symptome bei entschieden einfachen Psychosen existiren können. Hier seien die Worte citirt, mit denen Westphal*) sich seiner Zeit gegen eine Verallgemeinerung und Betonung der epileptischen Grundlage bei Psychosen aussprach; er findet, „dass epileptische und epileptoide Anfälle zu den häufigsten Symptomen der verschiedenartigsten psychopathischen Zustände gehören“ und „dass weder für den Charakter und die Form der Erkrankung noch für ihren Verlauf und ihre Prognose das blosse Vorhandensein eines oder mehrerer epileptischer oder epileptoider Anfälle massgebend ist.“

9. Fall. B., Ernst (M. 263), 23 Jahre alt, gewöhnliche geistige Anlagen, normale Entwicklung. Ueber hereditäre Anlage nichts bekannt, ängstliche Natur. Am 16. August 1882 zur Ersatzreserve einberufen. Schon einige Tage vorher ängstlich, schlaflos, erregt. Ausbruch der Krankheit 24. August mit Angst füsiliert zu werden. Nach vierzehntägiger Behandlung im Garnisonslazareth kehrte er nach Haus zurück und war im Stande, sich (kaufmännisch) zu beschäftigen. Doch kam es zweimal zu ängstlicher Erregung mit Nahrungsverweigerung, gefolgt von stillen Intervallen. Am 14. October ein sehr heftiger Anfall von Aufregung mit Nahrungsverweigerung, zeitweisen sonderbaren ungeordneten Bewegungen, starrer Haltung, stierem Blick, Obstipation. Aufnahme in die Anstalt am 18. October. Kleiner, mässig muskelstarker Mann, mit ängstlicher, scheuer Physiognomie. Mimische Muskulatur beiderseits schlaff. Pupillen von gleicher und mittlerer Weite, guter Reaction. Kniephänomenen stark. Die ersten drei Tage stand oder sass Patient unthätig da, mit fragendem Blick, antwortet nur selten und nur auf Fragen über seine Vergangenheit, während er über seinen damaligen Zustand keinen Aufschluss gab. Nahm die Speisen unregelmässig auf und machte zuweilen beim Versuch, feste Nahrung zu schlucken, lebhaft Würgebewegungen. Am 6. Tage behauptete er, Heilige zu sehen, die vom Himmel herab und wieder emporstiegen, hockte im Bett mit gefalteten Händen, behauptete Affen zu erblicken,

*) Dieses Archiv III. Bd. S. 156. 158.

drängt nach der Thür, wirft nach dem Fenster. In der Folge wurde er wieder stummer, machte in Allem den Eindruck grosser Unorientirtheit, verfolgt Arzt und Wärter mit erstauntem Blicke. Unreinlichkeit. Am 26. November sprang er plötzlich aus dem Bett, warf sich zu Boden, verdreht die Augen, zuckt mit allen Extremitäten und schreit eine halbe Stunde. Am 17. December drei Anfälle von clonischen Zuckungen der Extremitäten, Verdrehen der Augen, Schaumschlagen; am Ende des Anfalls Jammern. Darauf wieder der alte Zustand psychischer und motorischer Passivität. Doch schien er oft das um ihn Geschehene wahrzunehmen, das Gesprochene zu verstehen. Am 24. Januar machte er sich von seiner psychischen Gebundenheit für einige Minuten frei, verlangte nach dem Billard; versank aber danach sofort wieder. In den nächsten Monaten blieb er psychisch unverändert, verfiel aber körperlich bei Nahrungsverweigerung, lag mit hoch angezogenen Beinen im Bett. Seit Anfang Mai begann Patient etwas mobiler zu werden. Seit Juni wurde die Stimmung heiter, exaltirt, er tanzte herum und sang, sprach geordnet. Er will sich alles dessen, was er während seiner Krankheit that und was um ihn herum geschah, deutlich entsinnen. Immer habe er gemeint, man würde ihn tödten, die Nahrung hatte er verweigert, weil er argwöhnte, man wolle ihn mit Blei und Quecksilber vergiften, er sah Züge von Militär auf dem Boden, erblickte Gräber, schaute Heilige und glaubte das Ende der Welt gekommen. Diese Wahnideen und Hallucinationen erkennt er als krankhaft an.

Bei seiner Zurücknahme aus der Anstalt, 31. Juli 1883, bestand noch gewisse läppische Exaltation; diese steigerte sich zu Hause, er wurde unthätig, trank, entwendete Geld, trieb sich grossthuierisch herum, sexuell erregt, machte ein unsittliches Attentat und wurde am 8. October der Anstalt wieder zugeführt. War ausgelassen, albern heiter, voll Wünsche und Ansprüche, ohne Krankheitseinsicht; wurde zunehmend frech, fortdrängend, unflätig, neckte und quälte Kranke und Wärter. Allmählig sich etwas beruhigend, entwich er am 26. Januar 1884, verbrachte noch einige Monate unthätig, aber ruhig, hielt seither sich ordentlich und im Geschäft thätig zu Hause. — Niemals sind mehr, nach erhaltener Mittheilung, Krampfanfälle oder andere Störungen aufgetreten.

In vorstehendem Falle kam es also nachdem schon in dem hallucinatorischen remittirenden Krankheitsbeginn sonderbare Bewegungen beobachtet waren, im Verlauf des siebenmonatlichen Stupors zu wiederholten epileptiformen Krampfanfällen, ohne dass in den Antecedenzen, in der späteren exaltirt-gereizten Periode und seither ein Anhaltspunkt für Epilepsie gegeben wäre. Bemerkenswerth ist, dass Patient im stuporösen Zustande lebhaft hallucinirte und geistig entschienen reger war, als dem äusseren Anschein von Leere entsprach. Auch eine sozusagen hysterieähnliche Uebertreibung einzelner Symptome oder vielmehr übertriebene Reaction auf Beschäftigung mit ihm ist hervorzuheben; während er manchmal heimlich ohne

Anstand Nahrung zu sich nahm, machte er bei Einlöffelung fester Nahrung durch den Wärter zuweilen lebhafte Würgebewegungen, als sei er unvermögend zu schlucken; als die Obstipation mit Faradisation des Abdomens behandelt werden sollte, krümmte und wand er sich schon bei schwachen Strömen energisch und derart, dass die Faradisierung nicht möglich war. — Es war also ein Stupor mit lebhafter geistiger Spannung, und diese ist es, meiner Auffassung nach, die die motorische Entladung gleichsam reflectorisch auslöst unter dem Bilde von der Epilepsie ähnlichen Convulsionen.

In den letztbezeichneten Beziehungen ähnelt dieser Fall dem folgenden, der gleichfalls einen jugendlichen Patienten betraf. Auch in diesem war ein intercurrentes hallucinatorisches Stuporstadium eigenthümlich manirirt, die Reaction auf Beschäftigung mit dem Kranken trug den Charakter des Gemachten oder besser des Hysterieformen. Ich möchte mit diesem Ausdruck sagen, dass es sich nicht um Simulation oder willkürliche Uebertreibung handelte, sondern um eine gesteigerte Afficirbarkeit und überraschende Quersprünge der psychischen Reaction, wie man sie sonst in hysterischen Paroxysmen kennt; bei allen Uebergängen zwischen launischer Quälerei und Inanspruchnahme der Umgebung und qualvoller Widerstandsunfähigkeit gegen quälende Symptome besteht ja doch der Kern der Hysterie in der unfreiwilligen gesteigerten receptiven und reactiven Reizbarkeit des Nervensystems und der Psyche, und in dieser Reizbarkeit des gesammten Nervensystems liegt begründet das Fehlen des regulirenden Gleichgewichts der nervösen und psychischen Energien und das anscheinend gesetzerlose und capriziöse Eintreten von Bethätigung oder Hemmung der Functionen und nervösen Symptome. — Aus einer derartigen mit der Hysterie übereinstimmenden acut und nur in gewissen initialen Krankheitsstadien, wesentlich bei jugendlichen Personen auftretenden Disposition des Nervensystems kann man die Neigung zu krampfartigen Begleiteiterscheinungen einfacher Psychosen überhaupt verstehen und speciell auch das eigenthümliche auf gesteigerter Erregbarkeit und Beeinflussbarkeit beruhende Gebahren dieser Kranken bei äusserlichem Stupor und intensiver psychischer Spannung.

10. Fall. P., Joseph (M. 250), 19 Jahre alt, kräftiger Schiffer, stets gesund, giebt Neigung zu lebhaften Träumen seit der Jugend an. Seit Herbst 1881 häufig Kopfschmerzen, anfänglich eine Zeit tiefer Schlafsucht und angeblich ein mehrstündiger cataleptischer Zustand ohne Krämpfe. Darnach konnte er der Arbeit zu Hause wieder nachgehen. Am 25. Juli 1882 nach schwerer Ermüdung hörte er Nachts Geräusch über sich auf dem Dache, lief in Angst in das Nachbarhaus, wo er ruhig schlief, anderen Tages frei, ohne

Angst; Abends ein Anfall von schmerzhafter Steifigkeit und Unbeweglichkeit der Glieder ohne Bewusstseinsverlust: erinnert sich mehrere Tage zu Bett gelegen, sich vergiftet und verhext geglaubt zu haben. Am 2. August in be-
nommenem Zustande in die Anstalt überführt, liess er sich auf der Abtheilung plötzlich nach rückwärts zu Boden fallen, ohne Krämpfe, anderen Morgens bei der Visite stuporöses Daliegen, unterbrochen von eigenthümlichen motori-
schen Erscheinungen, Gähnen, Zittern mit wechselndem Anhalten und Be-
schleunigung der Athmungsbewegungen; reagirt nicht auf Nadelstiche, nahm
aber die Vorgänge um ihn, wie sich später herausstellte, vollständig wahr,
stellt sich dann hochaufgerichtet hin und verharrete sodann den Tag wieder
in stuporösem Daliegen anscheinend hallucinirend mit congestionirtem Kopf.
Er erinnert sich später der Untersuchung, ebenso wie er sich der Hierher-
kunft und des Fallenlassens erinnerte: sein Gebahren sei unwillkürlich, nicht
durch Vorstellungen bewirkt gewesen. Blieb die nächsten Wochen im Allge-
meinen unbesinnlich, klagte über Kopfschmerzen, hielt sich die Ohren zu, war
zeitweise einiger Auskunft fähig. Ende August erneuerter mehrtägiger Stu-
por mit dicrotem Pulse, starrem Daliegen, aus dem er sich einmal plötzlich
erhob, um die Fenster einzuschlagen; auch hieran, sowie an hallucinirte Rufe
erinnerte er sich später. Allmählig klarer werdend, gerieth er in gereizte Stim-
mung; zwischendurch erregt, machte allerlei Faxen und Luftsprünge, von
December 1882 ab hielt er sich durchaus geordnet, arbeitsam, hatte Krank-
heitseinsicht, glaubte aber noch lange an die Realität einzelner in das ruhige
Stadium übernommener nächtlicher Gesichts- und Gehörstäuschungen (sah die
Muttergottes, sah sich von seinem Bruder mit Genossen mit Säbeln und
glühenden Stangen verfolgt). Lebhaftre Träume und ein oberflächlicher Arg-
wohn gegen Anfeindung durch die Angehörigen bestanden noch bei seiner am
30. April 1883 erfolgten Entlassung, seit welcher von ihm selbst und neuer-
dings aus seiner Heimath die vollständige Genesung mitgetheilt wurde.

Vorkommen von motorischen Anfalls-Symptomen bei einfachen Geistesstörungen.

Die bisherigen Ausführungen und Beispiele haben wohl schon
dargethan, dass die von mir beschriebenen motorischen Symptome
wohl einige Berührungspunkte haben mit den von Kahlbaum bei
der von ihm sogenannten Katatonie, Spannungsirresein, vorkommen-
den. Er sammelt unter diesen Namen Fälle, die bei mehr oder we-
niger charakteristischer Verlaufsweise durch motorische Symptome
ausgezeichnet sind, vor Allem durch zeitweise kataleptische Starre,
einzelne Male durch Krämpfe und wesentlich auch im weiteren Ver-
lauf durch bizarre motorische Impulse, sonderbare Stellungen, Gesti-
culationen u. s. w. Die Kahlbaum'schen Symptome von Spannungs-
irresein beziehen sich grossentheils auf chronische Krankheitsfälle,
ich dagegen habe wesentlich nur motorische paroxysmelle Symptome

bei acuten resp. initialen Irreseinszuständen im Auge, und zwar anfallsweise auftretende Spannung und Krämpfe. Der weitere Unterschied zwischen Kahlbaum und mir ist der, dass ich meine Fälle nicht als eine besondere mit motorischen Symptomen ausgestattete Irreseinsform zusammenfasse, sondern das Auftreten motorischer Erscheinungen bei Psychosen verschiedenen Charakters hervorhebe.

Ob und mit welchen Psychosen resp. Formen die gedachten Erscheinungen nähere Beziehung haben, bei welchen Formen sie etwa constant oder nie zu beobachten sein werden, darüber lässt sich erst nach weiterer Mehrung und Klärung des Materials ein Urtheil gewinnen. Vorzugsweise scheint es sich um Verrücktheit und „hallucinatorische Verwirrtheit“, die man mit Mayser vielleicht besser „asthenisches Delirium“ nennt, zu handeln. Nur das ist gewiss, dass es sich im Allgemeinen um seltenere Fälle handelt und um solche, die der Auffassung und Diagnose Schwierigkeiten bieten. Ferner ist zu sagen, dass diese Erscheinungen prognostisch ohne Bedeutung zu sein scheinen.

Die motorischen Anfallssymptome bei einfachen Psychosen können bestehen in

1. Kurzdauernder Starre,
2. Zwangsbewegungen,
3. Convulsionen.

Für alle drei Grade kann das Bewusstsein resp. die bewusste Erinnerung erhalten sein oder fehlen.

ad 1. Anfälle von Starre sehen wir in den obigen Krankengeschichten No. 1, 4, 5, 8, 10.

Ich führe noch folgenden weiteren Fall an:

11. Fall. G., Jacob (M. 444), 37 Jahre alt, Ackerer, stets gesund, kein Trinker, weicher Charakter, in den letzten Jahren hypochondrische Stimmung, erkrankte Frühjahr 1884 mit Traurigkeit, Schlaflosigkeit. Hatte wiederholt stundenlange Zustände von vollständiger Bewegungsunfähigkeit (sei ganz gelähmt gewesen), Krämpfe sind nie beobachtet; aber wiederholt Unterbrechung der Starre durch rhythmische Bewegungen der Arme, Kreise-schlagen, Umsichschlagen. Er erinnert sich dieser Bewegungen, die er gezwungen gewesen sei, zu machen, er wisse nicht warum. Nach mehrmonatlicher Dauer eines apathischen stillen Zustandes wurde er wieder redsamer und führte nunmehr Reden, der bon Dieu Sorge für ihn, der dirigire alles; am 16. April 1885 in die Anstalt aufgenommen, erweist sich G. als ein kräftig gebauter, abgemagerter Mann, sehr wortkarg, scheuen Wesens; die Knie- und Fussphänomene sind ungemein lebhaft, desgleichen die directe Muskeleerregbarkeit und besteht eine auffällige Neigung zum Zittern sowohl bei einiger Erregung als bei Abkühlung der Haut; andere Motilitäts- oder Sensibilitäts-

störungen bestehen nicht. Mit der Zeit wird er offener, erzählt den Krankheitsbeginn mit Ängstlichkeit und zeitweisen Anfällen von Bewegungsunfähigkeit und Zwangsbewegungen; auch in der Sprache fühlte er sich zeitweise behindert. Da ihm kein Arzt habe helfen können, so habe er sich aufs Beten verlegt. Die Muttergottes ist ihm wiederholt erschienen, Gott spricht in seiner Brust und sagt ihm alles, was er zu thun hat. Seit dem Krankheitsbeginne haben böse Leute ihm nachgestellt, er wird ausgelacht, vor ihm ausgespuckt. — Er gelangte zu vollständiger Krankheitseinsicht, mit der körperlichen Kräftigung schwand das Zittern, er konnte am 30. September 1885 genesen entlassen werden und hielt sich seither gesund.

Die Starre kann bei demselben Individuum allein vorkommen oder sich mit Zwangsbewegungen und Convulsionen verbinden; offenbar ist sie der niedrigste Grad der betreffenden cerebralen Vorgänge. Ich verweise in dieser Beziehung auf das oben über Hemmungs- und Reizerscheinung Gesagte: Derselbe Reiz wirkt das eine Mal hemmend, der bei stärkeren Intensität und Ausbreitung wachsende Reizerscheinungen bewirkt. Der auslösende Reiz besteht im stürmischem Eintritt psychischer Erregungszustände an sich, nicht erweislich in Vorstellungen, Hallucinationen oder in peripheren Sensationen.

Eine abschliessende Beschreibung der Anfälle von Starre kann ich nicht geben. Der Anfall kommt eben meist in dem dem Anstaltsaufenthalte vorausgehenden Initialstadium vor und selten in der Anstalt zur Beobachtung. Das elektrische Verhalten habe ich nicht controliren können. Die Sehnenphänomene scheinen gesteigert, Reflexe auf sensible Reize gehemmt zu sein. Bei jugendlichen Personen sah ich Beschleunigung und Dicrotie des Pulses und auffällige Athmungsrythmen, doch nicht constant.

Ausser in den Extremitäten kommt die starre Bewegungsunfähigkeit auch bezüglich der Sprache vor. Es kann vollständige Sprachunfähigkeit bestehen. Aus mehreren Fällen der von Samt sogenannten exaltirt hallucinatorischen Verrücktheit ist mir erinnerlich die Darstellung der Patienten, wie sie regungs- und sprachlos starr liegen mussten in Verzückung, occupirt von den auf sie eindringenden Hallucinationen.

In anderen Fällen ist die Starre ebenso mit ängstlichen Hallucinationen vergesellschaftet. Manchmal kann auch die sprachliche Hemmung durchbrochen werden von einzelnen entweder traumhaft und schwerfällig gelaltnen oder hastig ausgestossenen Worten barocken Inhalts, in der Art wie Samt auch bei seinen Epileptikern mehrere Fälle aufführt.

Das Wesentliche der Zustände von Starre ist, dass eine Hem-

mung der Willensherrschaft über die motorischen Organe besteht; das Bewusstsein kann erhalten sein, — den Zustand wahrnehmen, auch daraus Nahrung schöpfen für Wahnideen der Beeinflussung.

ad 2. Die vorkommenden Zwangsbewegungen können bestehen in Grimassiren, langsamen oder schnappenden Bewegungen des Mundes, Rollen der weit aufgerissenen Augen, Wackeln des Kopfes, Schütteln der Glieder, rhythmischen Bewegungen und Herumfahren Herumwälzen, Hinfallenlassen, in unarticulirtem Schreien.

An sich sind die Bewegungen ja nicht charakteristisch wie etwa die der Chorea. Ein Maniacus, ein Paralytiker, ein Delirant kann gleiche Bewegungen machen. Und doch sieht man meistens dem Complex der Bewegungen den Unterschied an: Bei tobsüchtig Erregten entstehen die Bewegungen als Ausdruck des Bewusstseinszustandes, der ausgelassenen Stimmung, der blindlings und sinnlos sich entladenden Raserei, als Analogon der abspringenden wechselnden, sei es heiteren, sei es zornigen Gedankensprünge; zum Unterschied davon machen die hier betonten Bewegungen den Eindruck des Zwanghaften, vom augenblicklichen Vorstellungsinhalt Trennbaren, erscheinen auch nicht von Ideen oder Hallucinationen direct provocirt oder eingegeben.

Der weitere Unterschied ist der, dass ein bizarrer Bewegungsdrang bei Maniakalischen längere Zeit dauert, mit anderen Ausdrucksweisen maniakalischer Erregtheit und gereizten oder übermüthigen Affectes abwechselt, während hier das paroxysmelle Auftreten, die kurze Dauer und die Verbindung mit Zuständen von Depression oder von traumhafter Benommenheit die Regel scheint. Diese Zwangsbewegungen entstehen als etwas dem Kranken selbst Fremdes, unwillkürlich aus dem Unbewussten heraus; sie können aber ihrerseits dem wahrnehmenden Bewusstsein gerade so Anlass zu Wahnideen geben, unmittelbar und ohne Reflexionen und so zu sagen zwangsweise, wie dies Hallucinationen thun.

Hallucinationen, zumal des Gehörs und Gesichtes können gleichzeitig dabei bestehen, können aber auch vollständig fehlen. Die Hallucinationen sind dann Theilerscheinungen*) der psychischen Erregung, die als solche den auslösenden Reiz

*) Mayser (Zeitschr. f. Psych. XLII. S. 128) erklärt die „psychischen Krämpfe“ bei hallucinatorischem Wahnsinn für Reflexwirkungen, von hallucinatorisch erregten Sinnescentren aus vermittelt. — Meynert postulirt Hallucination des Muskelsinns. Ich halte das hallucinatorische Element nicht für die Ursache der Erscheinung.

auf die motorischen Centralorgane bilden. Darin liegt der Unterschied gegen solche motorische Aeusserungen, die als directe Reaction auf Hallucinationen erfolgen, in Abwehr oder Greifbewegungen, in Suchen und Verfolgen der hallucinirten Objecte, kurz in zielstrebigen und mehr geordneten, ihre Bedeutung in sich kundgebenden Bewegungsreihen bestehen.

12. Fall. S., Joseph (M. 423), Ackerer, 28 Jahre alt. Seit Sommer 1884 Mattigkeitsgefühl. Am 21. December 1884 nach Genuss von einigen Glas Bier Beginn der Störung, man habe ihm gesagt, er solle „trahir la Prusse“, scheint betrunken gewesen zu sein; seither Schlaflosigkeit. Am 25. December glaubte er im Wirthshaus Gift im Bier zu spüren, Abends Krampfanfall mit nachfolgender Erregung und Fortdrängen. Der Krampfanfall bestand in starrem Daliegen und nachfolgendem Umsichschlagen, angeblich keine evidente Convulsion. Am 28. December in die Anstalt gebracht, hielt er sich nach anfänglichem Widerstreben und ungestümen Hinausdrängen alsbald ruhig, doch sehr zurückhaltend und scheu; giebt indess correcte Auskunft mit theilweisem Erinnerungsdefect; er weiss von seinen Krämpfen, aber nicht von der Unruhe; von seinen Hallucinationen erinnert er sich nur, blutige Männer gesehen, Geräusch von Schlägen gehört zu haben. Am 7. Januar Nachts neue Vision, glaubte sich in einer Kirche. In der Folgezeit ruhiges Verhalten, steht schlaff, träumerisch herum, bessert sich allmählig, beschäftigt sich, Krampfanfälle sind auch seit der am 5. Februar erfolgten Entlassung nicht vorgekommen.

13. Fall. R. Prosper (M. 415), 29 Jahre alt, Vatersbruder geisteskrank; seit Mitte October 1884 fühlte er sich schwach, schläfrig; seit Ende October verkehrte Reden, dass Nachts Diebe eindringen u. dergl. Anfangs November dreitägiges Delirium, starres Herumstehen, faselte die Deutschen hätten die Franzosen unter seiner Führung besiegt. Am 10. November in die Anstalt gebracht, verhielt er sich zunächst ruhig, benommen; des Nachmittags stellte sich eine zunehmende Unruhe ein, gesticulirte, sprang herum, warf sich zu Boden, strampelte mit den Beinen, macht allerlei triebartige ungestüme Faxen. Nachts unruhig, folgenden Morgens ruhig, orientirt, giebt geordnet Auskunft: seit 2 Tage erfasse ihn zeitweise eine stürmische Erregung, man mache ihm Physik im Kopf. Zugleich betheuernd seine Frömmigkeit und seinen Fleiss. Keine motorischen Erscheinungen, Kniephänomen ziemlich stark, leichtes Schwanken bei Augenschluss, Sensibilität erhalten. Die folgenden Tage bei theilweiser Krankheitseinsicht, scheues Wesen, sprach von Offenbarungen, dass in der Regierung ein Wechsel eintreten werde. Ende November mit Unstätigkeit und Gereiztheit beginnend, neues Erregungsstadium mit wunderlichen motorischen Productionen, blindem Gesticuliren, doch schwächer wie das erste Mal. Den December hindurch wechselnde Stimmung, onanistische Neigungen. Anfang 1885 offenbart der bis dahin zurückhaltende Kranke, dass er nunmehr allnächtliche Erscheinungen der Muttergottes habe, dass er die Tochter des Kaisers heirathen werde. Die verrückten Ideen dieses Inhalts spinnt er in der Folgezeit noch weiter aus, blieb dabei still, harmlos, arbeit-

sam ohne Wiederkehr von Krämpfen, auch nach der am 1. April erfolgten Entlassung.

ad 3. Die convulsiblen Zustände können ganz den Eindruck clonischer epileptischer Anfälle machen; wesentlich ist aber ihr vereinzeltes, nicht periodisches Auftreten und häufig das Erhaltenensein des Bewusstseins in einem höheren Grade als es mit einem wenigstens so prononcirt entwickelten epileptischen Anfall im Allgemeinen vereinbar scheint. Nie habe ich Initialschrei und Zungenbiss und unfreiwillige Entleerungen bisher gesehen; über das Verhalten der Pupillen kann ich mich noch nicht äussern. Die clonischen Zuckungen betreffen zumeist Gesicht- und Oberextremitäten, aber nicht deutlich die Unterextremitäten, wie ich auch noch nie gesehen, dass die Betreffenden beim Hinfallen sich verletzen.

Abortive Anfälle, bestehend in Schüttelkrämpfen der Hände, habe ich ausser initialen Stadien acuter Psychosen auch in delirirenden Aufregungszuständen bei chronischen Psychosen wahrgenommen. Insbesondere beobachtete ich Jahre lang zwei Fälle, wo im klimacterischen Alter eine Psychose unvollständig intermittirenden Verlaufs auftrat, mit rapidem Wechsel heftigster hallucinatorischer verwirrter Erregung und ruhigen Perioden, in denen die eine Kranke psychisch nahezu normal, nur uneinsichtig, die andere deutlicher schwachsinnig war; die Erregungsparoxysmen zeigten einzelne aber nicht allemale auf der Höhe des Anfalls derartige krampfähnliche Schüttelbewegungen und Grimassen ohne spätere Erinnerung und ohne dass je complete Krämpfe beobachtet wurden.

14. Fall. G., Jacob (M. 335), Steueraufseher, 49 Jahre alt, ohne Heredität, ohne Trunk und Krankheiten. Sommer 1883 Vermögensverlust; er erzählte schon aus dieser Zeit von Sinnestäuschungen, und zwar von vereinzelten deutlichen Zurufen (der Bruder habe ihm gesagt, du bist gefangen; bei einem Spaziergange habe sein Begleiter ihm Angesichts des Saarbrücker Siegesdenkmals gesagt, „das ist die Irrenanstalt von Saargemünd“ und Aehnliches). Er wurde verstimmt, sah überall Beeinträchtigungen, insbesondere in dienstlicher Beziehung; begann am 23. October in erregter und mysteriöser Weise von Verfolgung zu reden, fand in seinem Hause alles verändert und bedeutungsvoll.

Am 27. October 1883 in die Anstalt gebracht, sass er ängstlich und traumhaft herum, misstrauisch, wortkarg, zögernde Sprache. Beim Abendessen am Tage des Eintritts und am anderen Morgen je ein epileptiformer Anfall mit Schäumen, clonischen Zuckungen, Bewusstlosigkeit mehrere Minuten Dauer, ohne Zungenbiss oder Verletzung. Von da ab gesprächiger und erregter, man habe ihn abgebrüht (gebadet), um ihn auszuschlachten, es habe nach crepirtem Vieh gerochen, erklärt einen Kieselstein für Siegelack, will

sein Amtssiegel, sieht und äussert überall Bedeutungen, erkennt und attackirt Personen, vermag sich nicht zu orientiren, ist abspringend in der Gedankenfolge, fuchelt in der Luft herum. — G. ist ein kräftiger Mann ohne Lähmungserscheinungen, ohne paralytischen Tremor, mit stark entwickeltem Patellarphänomen. In dem zweijährigen Anstaltsaufenthalt kehrten niemals Krämpfe wieder und stellten sich keine motorischen Symptome ein; nur Zustände grösseren Affectes begleitete ein Beben des Gesichtes, das in der Ruhe vollständig fehlte (er giebt an, vor 8 Jahren habe er eines Morgens beim Erwachen einen momentanen Anfall gehabt, in dem sich der aufgesperrte Mund nach der Seite verzogen habe, ohne dass er den Mund schliessen oder sprechen konnte, ohne Beeinträchtigung des Bewusstseins und des Wohlbefindens; auch die Frau weiss von keinem anderen jemals aufgetretenen motorischen oder sonstigen Vorkommnissen und Veränderungen).

Im weiteren Krankheitsverlauf dauerten die widrigen Sinnestäuschungen und namentlich die Verkennung von Personen und Dingen fort, er hörte die Seinigen schreien, glaubte dieselben in Mitkranken zu erkennen; er gerieth gelegentlich, zumal wenn man sich näher mit ihm beschäftigte, in heftigen Affect, in denen er die Rache des Himmels auf die Aerzte herab rief und in pathetischen Phrasen von Recht und Unterdrückung redete. Zu anderen Zeiten war er gelassen, beschäftigte sich willig, giebt Krankheit theilweise zu, verharret aber bei seinen Wahnideen; dabei hatte er ein sehr gut erhaltenes Gedächtniss für die Vergangenheit und für alle Details der ihm vermeintlich seit Sommer 1883 geschehenen Kränkungen und Täuschungen. Nachdem er sich Monate lang gut gehalten, konnte er am 27. October 1885 ungeheilt entlassen werden.

Schlussbemerkungen.

Ueberblicken wir die vorgetragenen Fälle, so sehen wir überall motorische Hemmungs- oder Reizerscheinungen eintreten, ohne Zuthun des Bewusstseins, das selbst ganz ausgeschaltet sein kann und das in der Regel sich receptiv so zu sagen als Zuschauer verhält. Auf die Intensität der motorischen Entladung wie auf den Grad des vorhandenen Bewusstseins kommt es hier nicht an, sondern auf die Selbstständigkeit, die Unabhängigkeit der Hemmung oder Reizung motorischer Apparate vom Bewusstseinsinhalt, auf das zwanghafte Geschehen der centralen Innervation, die in allen Stufen der Regellosigkeit der Bewegungen vor sich gehen kann. Diese Fälle bieten aber alle eine zweite Eigenthümlichkeit, eine eigenartige Trübung des Bewusstseins, die die motorischen Erscheinungen überdauert, aber nicht während der ganzen Dauer der Psychose vorhanden zu sein braucht. Diese zeitweise Bewusstseinsstörung spricht sich in einer gewissen traumhaften Benommenheit aus, in verschiedener Stärke und Deutlichkeit. Handelt es sich um kurze

Delirien oder Stupor oder Verrücktheit mit initialen motorischen Anfallssymptomen, überall sehen wir das Krankheitsbild bestimmt oder complicirt durch traumhafte, unklare halbbewusste Zustände.

Solche Kranke haben ein vages Krankheitsgefühl, vermögen nicht sich darüber zu äussern, sie orientiren sich schwer über ihre Umgebung und Aufenthalt. Alles um sie kommt ihnen verändert vor, vielfach im Sinne vager Beeinträchtigung, Ideen des Vergiftetseins, des Elektrisirtwerdens tauchen auf und wechseln vielfach den Inhalt. Fragen werden ignorirt oder machen den Kranken misstrauisch erregt; der traumhafte Zustand macht Intermissionen, in denen die Kranken Auskunft geben, oft geheimnissvoll, meist wenig fixirbar, und ganz verstört, manchmal hinwieder überraschend einsichtig, über den Zwang klagend, unter dem sie stehen; von Veränderung der Persönlichkeit, von fixirten Wahnideen ist im Beginn noch keine Rede, wohl von Angst vor Beeinflussung. Zwischen kurzen geordneten Reden fallen oft barocke Aeusserungen auf. Im weiteren Verlauf fehlt selten ein Stadium von misstrauischer Reizbarkeit und von Schläffheit und Beschäftigungsunlust, bei Weibern mit hysterischen Zuthaten.

Ich folgere: Es giebt Constitutionen, bei denen der psychische Erregungszustand acut einsetzender Geistesstörung die motorischen Centralapparate ohne Intercurrenz der Willkür und des Bewusstseinsinhaltes hemmend oder reizend beeinflusst, und diese selben Constitutionen sind gleichzeitig disponirt zu traumhafter Bewusstseinsstörung. Das Bewusstsein ist in diesem Zustande nicht verändert wie beim Verrückten, es handelt sich auch nicht um beschleunigten oder verlangsamten Ablauf, um expansiven oder depressiven Inhalt der Vorstellungen, sondern das Bewusstsein ist abgeschwächt, ist passiv oder ist präoccupirt von vagen Beeinträchtigungsideen, von barocken, unklar auftauchenden Vorstellungen indifferenten oder geheimnissvollen Inhalts, mit oder ohne Hallucinationen. Also motorische Entladungen irgend einer Art, nicht von peripheren Reizen, nicht von Hallucinationen und nicht von der Willkür erregt, vollziehen sich automatisch und neben ihnen her geht ein Zustand von Abschwächung des Bewusstseins, das seine Herrschaft über die psychischen Vorgänge verloren hat.

Die gleiche Combination sehen wir bei den grossen Neurosen der Hysteria gravis, Chorea magna, Epilepsie. Selbst bei Chorea minor findet man oft, und ich habe in drei exquisiten Fällen gesehen, halbbewusste Zustände mit unmotivirtem bizarren motorischen Gebahren und blinden Wuthausbrüchen, für die die Erinnerung abgeschwächt ist.

Also lässt sich wohl die Regel generalisiren: motorische Erscheinungen, die sich gleichsam unter dem Bewusstsein durchschleichen, aus dem Bewusstseinsinhalt keinen Ursprung haben und psychische Zustände traumhafter Art mit abgeschwächtem (bis zur vollständigen Aufhebung) Bewusstsein stehen in inniger Beziehung. Es ist die gleiche Gehirn disposition, die in dem einen und in dem anderen Symptome sich ausdrückt. Nach dieser Auffassung wären das epileptische Irresein, die psychischen Zustände bei schwerer Hysterie und Chorea nur specielle, besonders ausgeprägte und eigenartige Steigerungen und Ausflüsse der gleichen Gehirnconstitution, die auch den beim einfachen Irresein, und anscheinend zumeist bei der Verrücktheit, zuweilen vorkommenden motorischen Begleitsymptomen zu Grunde liegt.

Es sei noch darauf hingewiesen, dass auch Gnauck*) eine innere Verwandtschaft im epileptischen Irresein und Verrücktheit annimmt. Saargemünd, Januar 1886.

*) Gnauck, Dieses Archiv XII. S. 358.
