

XVI.

Die Lehre von der Verwirrtheit.

La démence d'Esquirol.

Meynert's Acute hallucinatorische Form des Wahnsinns.

Westphal's Acute primäre Verrücktheit.

Mendel's Mania hallucinatoria.

Newington's Delusional Stupor.

Dementia generalis acuta et subacuta s. Tilling.

Von

Prof. Wille

in Basel.



Allgemeines.

Welchem Irrenarzte sind in der systematischen Eintheilung seines Krankenmaterials nicht häufige Fälle aufgestossen, die er beim besten Willen nicht in die bekannten typischen psychischen Krankheitsbilder einreihen konnte? Gewiss hat Jeder schon das sichere Gefühl gehabt, dass noch auszufüllende Lücken im System der Psychosen bestehen. Gewiss hat Jeder mehr oder weniger glückliche Versuche gemacht, diese Lücken im System zu ergänzen. Es liegen hierfür genügende Beweise in der früheren und neuesten psychiatrischen Litteratur vor. Zwar lagen die Verhältnisse für diese Bestrebungen in der letzten Zeit nicht gerade günstig.

Wie durch Virchow und seine Schule die Medicin einen vorzugsweise anatomisch-pathologischen Charakter von den fünfziger Jahren an annahm und die klinische Medicin mehr und mehr zurückdrängte, so stand die Psychiatrie von den sechsziger Jahren an zum guten Theile unter dem gleichen Einflusse. Ohne dass eine besondere Schule

der Psychiatrie diese Bestrebungen ausschliesslich und direct zu den ihrigen machte, lagen dieselben vielmehr im Geiste der Zeit.

Seit etwa einem Jahrzehnt bahnt sich ein Umschlag der Stimmung und des Strebens an, der wieder mehr auf die klinische Seite sich neigt. Bekanntlich hat dieser veränderten Richtung am lautesten und entschiedensten Erb, wenigstens für die Neuropathologie, Ausdruck gegeben. Nach meiner Ansicht geschah dies mit vollster Berechtigung aus Gründen, die so nahe liegen und so oft schon erörtert wurden, dass ich sie kaum eingehender zu wiederholen brauche. Es ist selbstverständlich, dass dabei auch der anatomischen Forschung neben und mit der klinischen der ihr mit Recht gebührende Platz eingeräumt wurde.

Ich glaube, dass diese Anschauungen vor allem auch für das Gebiet der Psychiatrie ihre Anwendung zu finden haben. Ist ja der überwiegende Theil derselben in Bezug auf seinen Ausbau auf fernere klinische Arbeit angewiesen. Dass ein solcher Ausbau in Form feinerer naturgemässer Specialisirung der Krankheitsformen ein Bedürfniss ist, dagegen kann kein erfahrener Irrenarzt begründeten Einspruch thun. Vergessen wir nur nicht, dass seit Jahrhunderten das mannigfaltigste Beobachtungsmaterial vorliegt, dass eine Menge psychiatrischer Krankheitszustände, die in der Gegenwart als neue Entdeckungen von Krankheitsbegriffen uns mitgetheilt wurden, längst schon den Aerzten bekannt waren; es fehlte ihnen nur das richtige Verständniss derselben, das erst die moderne klinische Methode verschafft hat. Ihr ist es bestimmt, in diese so mannigfaltigen krankhaften geistigen Symptomcomplexe, die scheinbar, bei oberflächlicher Beobachtung, so viel Schwankendes und Unsicheres haben, die nöthige Ordnung und Sicherheit zu bringen, das Aehnliche unter gemeinsame Gesichtspunkte zu bringen, das Verschiedene gesondert zu behandeln. Wahrlich ihr harret der Arbeit noch mehr als genug. Es wird aber bei solchem Bestreben an den Früchten nicht fehlen, wie der gegenwärtige Stand der Psychiatrie mit Recht hoffen lässt.

Zu diesen klinischen Errungenschaften, die ich im Auge habe, gehört unter anderen auch die Lehre von der Verwirrtheit oder dem acuten hallucinatorischen Wahnsinn Anderer. Ich glaube, dass der Name der Verwirrtheit dem des Wahnsinns vorzuziehen ist und zwar sowohl aus sachlichen, als auch aus sprachlichen Gründen.

Der Name Verwirrtheit findet sich, angenähert dem gegenwärtigen Sprachgebrauch, schon lange in der deutschen psychiatrischen Literatur. Der Name Wahnsinn findet sich auch, aber in einer ganz

anderen Bedeutung. Auch in allgemein sprachlicher Beziehung entspricht ersterer Name besser der Krankheit als letzterer.

Verwirrung, Verwirrtheit ist ein charakteristisches, hervorragendes Symptom für unsere Krankheit. Wahnsinn, Sinnenwahn ist mehr nebensächlich und unbeständig und hat viel geringere symptomatische Bedeutung.

Verwirrtheit ist allerdings ein verschiedenen Psychosen episodisch, vorübergehend, zukommendes Krankheitssymptom, aber hier besteht es immer, vom Beginn bis zum Ende der Krankheit tritt es am stärksten unter allen Krankheitssymptomen zur Erscheinung, daher de potiori fiat denominatio.

Der Name „acut“ ist unnöthig, ja geradezu falsch, sei es, dass er mit Verwirrtheit oder mit Wahnsinn in Verbindung gebracht wird. Die Krankheit ist oft acut, sie ist aber auch oft chronisch und nicht weniger oft wird die acute Form chronisch.

Allerdings beginnt die Krankheit meistentheils acut, aber auch ein chronischer Beginn derselben wird beobachtet. Auch der Name hallucinatorisch ist nicht unter allen Umständen berechtigt. Zum wenigsten sind Verwirrung und Bewusstseinsstörung so charakteristische Symptome, wie die Hallucinationen. Sie sind nach meiner Ansicht charakteristischer; die ursprüngliche Auffassung Esquirol's ist richtiger, als die mancher gegenwärtigen Autoren. Ich komme damit auf die geschichtliche Entwicklung der Lehre von der Verwirrtheit.

Geschichtliches.

Esquirol hat als der erste die Krankheit unter dem Namen „démence“ beschrieben, wie schon Meynert bekannt war. Sie ist nach ihm ein in der Regel fieberloses und chronisches Hirnleiden, charakterisiert durch Schwäche des Gefühls, Verstandes und Willens. Das Unzusammenhängende der Vorstellungen, der Mangel intellectueller und moralischer Handlungsfähigkeit sind die Kennzeichen des Leidens. Die Perception, Apperception, die Denkfähigkeit, das Urtheil und Gedächtniss haben gelitten. Die Gefühle und Leidenschaften sind kraftlos, unbestimmt. Solche Kranken haben weder Neigungen, noch Abneigungen; Alles ist ihnen gleichgültig. Sie sind ohne Willen, aber jähzornig und fast Alle haben unwillkürliche Bewegungen und Manieren.

Seine weitere Beschreibung der Krankheit, innerhalb der er eine acute und chronische, eine einfache oder complicirte, eine continuirliche, remittirende und intermittirende unterscheidet, leidet an dem

Umstände, dass Esquirol unter seiner *démence* verschiedene Krankheiten vereinigt, die nicht zusammengehören, wenn ihnen auch geistige Schwäche, abhängig von einer Schwäche und Erschlaffung des Hirns, eigen sind. Er vereinigt in seiner *démence* die *Dementia senilis*, *Dementia paralytica*, Formen der *Dementia epileptica*, bringt sie in Gegensatz zu *Manie*, *Melancholie* und *Verrücktheit*, unterscheidet sie aber auch vom *Blöd-* und *Stumpsinn*. Vorkommen im Alter von über 40 Jahren. Prädisposition durch geistige Anstrengungen, Unmässigkeit, Ausschweifungen, Leidenschaften; durch Onanie und ängstliche, unentschlossene, energielose Beanlagung. Die Sterblichkeit bei diesen Kranken ist sehr gross, es stirbt die Hälfte der Fälle. Sie sterben mehr durch Schwäche — als durch Entzündungs-krankheiten, am meisten durch Phthise und Apoplexie. Pathologisch-anatomisch unbestimmt, im Allgemeinen Zusammenfallen und Sinken des Hirns. Prognosis ad sanitatem bei der acuten Form günstig. Prognose der übrigen Formen der *démence* ungünstig.

Die ältere deutsche psychiatrische Literatur führt ebenfalls psychische Krankheitsformen unter diesem Namen an. Heinroth (1818) fasst Verwirrtheit (3. Ordnung, 2. Gattung seines Systems) als Unfreiheit des Geistes mit Verworrenheit der Begriffe und Unfähigkeit, sie festzuhalten, bei zugleich geschwächtem Auffassungsvermögen der Aussenwelt, auf. Er rechnet sie unter die gemischten Geistesstörungen und stellt 4 Formen davon auf: a) Albernheit, b) Verwirrtheit im engern Sinne, c) Verwirrtheit mit Tobsucht und d) allgemeine Verworrenheit. Sie sind nach ihm immer secundär, aus Wahnsinn, Wahnwitz, Tobsucht und Melancholie hervorgehend und in Blödsinn endend. Gemisch von Wahnwitz und Blödsinn.

Ideker (1838) fasst Verwirrtheit und Blödsinn zusammen, „da sie sich nur dem Grade nach unterscheiden“. Er bringt auch die Narrheit damit in Verbindung und lässt diese Zustände Ausgangsformen anderer psychischer Krankheiten sein. Doch hält er auch ein primäres Entstehen aus Leidenschaften, Affecten und verwüstenden Ausschweifungen für möglich.

Nach Spielmann (1854) ist Verworrenheit = Blödsinn und zwar immer secundär. Charakteristisch ist der unmotivirte, spontane, stromweise Erguss, die Geschwätzigkeit, wie sie der Tobsucht und einzelnen Formen der Verrücktheit zukommt. Verrücktheit und Verwirrtheit haben den Verfall des psychischen Geschehens gemeinsam. Verrücktheit geht in Verworrenheit über. Auch s. Wachsmuth ist Verwirrtheit = agitirtem Blödsinn (1862).

Nach Neumann (1859) entsteht Verwirrtheit aus Tobsucht und

aus Wahnsinn (letzterer mildere Form der ersteren), indem einmal die Lockerung des Zusammenhangs, die den Grundzug der Verwirrtheit bildet, sich über das ganze Wesen des Menschen erstreckt. Zerfahreneheit, Haltlosigkeit, Nichtigkeit, Gedankenleere herrschen. Sodann Verwirrtheit aus Tobsucht, die unfähig ist, ein Gespräch zu führen, da sie den Gedankengang nicht mehr beherrscht und einen andern nicht mehr aufnimmt. Verwirrtheit im Handeln bildet die lächerliche Form der Narrheit. Manche Verwirrte sind Defect-Heilungen. Prognose ungünstig, doch kommen Heilungen vor. Massgebend für die prognostische Beurtheilung sind die körperlichen Verhältnisse (meningitische und encephalitische Symptome). Tod öfters durch Selbstmord.

Griesinger gebraucht den Namen Verwirrtheit auch und begreift darunter einen psychischen Schwächezustand ohne das auffallende Herrschen eines Einzelwahns, wo die Kranken noch einige äussere Lebendigkeit und Beweglichkeit in Rede und Benehmen zeigen, die noch auf eine gewisse Mannigfaltigkeit und Activität im Denken und Streben deutet. Am Charakteristischsten sind die Fälle, die in ihrem äusseren Verhalten eine Aehnlichkeit mit der Manie darbieten. Allgemeine Schwäche der psychischen Thätigkeiten ist Grandstörung. Die Vorstellungen haben den Charakter der Verworrenheit, Zufälligkeit und Abrupttheit.

Auch Emminghaus fasst Verwirrtheit als secundären Zustand, als allgemeine Verrücktheit, aufgeregten Blödsinn auf. Daneben führt er aber auch Zustände acuter Verworrenheit, acuten Stupors als Formen des periodischen Irreseins auf; Esquirol's D. intermittente.

In der neueren deutschen psychiatrischen Literatur sehe ich das erste Aufleben dieser Krankheitsform, in richtiger klinischer Auffassung, in einer Reihe klinischer und pathologisch-anatomischer Schilderungen, die Kahlbaum in seiner Abhandlung von der Katatonie, 1874, gab.

Sodann erwähnt Meynert direct der Verwirrtheit und zwar einer plötzlichen, aphasischen Verwirrtheit mit rapid eintretender Amnesie und gleichzeitig entstandenem Blödsinne, die er auf eine hypothetische Encephalitis zurückführt. Er kennt überhaupt diese Krankheitsform als zu Recht bestehend an. (Veröffentlicht von Ruben und Hoelstermann im Centralblatt für Psychiatrie, 1874.)

Unzweifelhaft hat Samt die gleiche Krankheitsform im Auge, wenn er in seiner Arbeit über epileptische Psychosen eine moriaartige Verwirrtheit beschreibt (Dieses Archiv Bd. 6).

Eine ganz vorzügliche Beschreibung von mehr chronischen Formen der Krankheit giebt Fürstner 1876 in seiner Arbeit über Puerperal-

psychosen (Dieses Archiv 5. Bd.). Er bezeichnet die einschlägigen Krankheitsfälle als hallucinatorische Verworrenheit und unterscheidet sie ebenso gut von der acuten Manie, als durch ihren Mangel von Wahnsvorstellungen (?) von der acuten primären Verrücktheit. Charakteristisch hält er dabei ihren häufigen Uebergang in Stupor.

Ferner erwähnt Schaefer (Laehr's Allg. Zeit. f. Psychiatrie, 1880, Bd. 36) der primären und secundären Verwirrtheit, und hat nach ihm erstere etwas vom Charakter der Manie. Zerfahrenheit des Geistes, Incohärenz des Denkens, Verworrenheit, Hallucinationen, unverbundene Wahnsvorstellungen charakterisiren sie. Daneben im Verlaufe zeitweilige Aufregungen. Formaler Ablauf der Vorstellungen wie bei Manie. Prognosis dubia.

Eine fast monographische Behandlung erfährt die Krankheitsform durch Fritsch im H. 1. 2. Bd. der Jahrbücher für Psychiatrie (1880). Die Krankheit entsteht nach ihm, wenn der Bewusstseinsinhalt bezüglich des Ablaufs der ihn constituirenden Vorstellungen in heftige Schwankung und Unordnung gerath. Benommenheit, Aengstlichkeit, incohärente Sprache, ungeordnete Bewegungen charakterisiren sie. Dabei sind oft massenhafte Hallucinationen. Er unterscheidet: a) eine idiopathische und b) eine symptomatische Form der Verwirrtheit, von denen die erstere wieder entweder pseudaphasischer oder hallucinatorischer Natur ist. Im gleichen Bande 2. u. 3. H. 1881 beschreibt Meynert die Krankheit unter dem Namen „Die acuten (hallucinatorischen) Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf“. Er betont, dass es sich dabei nicht um ein logisch mehr oder minder begründetes Wahnsystem, sondern um directes Irrereden handelt. Als wesentliches psychopathologisches Moment stellt er die Hallucinationen bei der Krankheit hin. Im gleichen Heft dieser Zeitschrift liefert Schlangenhausen einen Beitrag zur Casuistik der pseudaphasischen Verwirrtheit.

Im gleichen Geiste behandelte Konrad in Wien die Krankheit im 2. Heft, 16. Bd. dieses Archivs, 1885. Es ergiebt sich daraus, dass an der Begründung der neuen Krankheitsform vor Allem die Wiener psychiatrische Schule betheiligt ist. Ich halte es nicht für das geringste unter den vielen Verdiensten, die Meynert sich um die Psychiatrie erworben hat, dass er den klinischen Theil derselben durch Aufstellung und wissenschaftliche Bearbeitung dieses neuen Krankheitsbildes bereicherte. Die Bearbeitung desselben durch Krafft-Ebing beruht ganz und gar auf Meynert's und seiner Schüler Arbeiten (Lehrbuch der Psychiatrie. II. Auflage. 1883).

Eine mehr selbstständige Arbeit lieferte P. Mayser im 1. Heft, 42. Bd. von Laehr's Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, 1886. Er

möchte die Krankheit lieber acutes asthenisches Delirium nennen im Sinne von Kraepelin's asthenischen Psychosen nach acuten Fieberkrankheiten.

Ich erwähne aus der deutschen psychiatrischen Literatur noch, dass Jolly (Dieses Archiv Heft 1, Bd. 11) die Verwirrtheit mit Aufregung nicht für eine selbstständige Krankheitsform ansieht, sondern für ein verschiedenen Krankheiten zukommendes Krankheitssymptom. Am intensivsten ist es nach ihm im sogenannten Delirium acutum und der Mania transitoria entwickelt.

Es scheint mir, dass Meschede bei seinen Mittheilungen über eine neue psychische Krankheitsform (Bericht über die Versammlung deutscher Irrenärzte in Berlin 1886) die Verwirrtheit im Sinne hat.

Merkwürdiger Weise ist die so wichtige Bearbeitung des Gegenstandes durch Esquirol von Seiten seiner französischen Collegen nicht weiter geführt worden. Die ganze französische Literatur von ihm bis zur Gegenwart, so weit sie mir zu Gebote steht, verhält sich mehr ablehnend gegenüber der démence, indem sie dieselbe mit den secundären geistigen Schwächezuständen in Verbindung bringt, statt dass sie das Richtige und Wahre in Esquirol's Beschreibung erkennend, auf diesen feinen Beobachtungen fussend, kritisch und beobachtend weiter gearbeitet hätte.

Auch in der englischen Literatur finde ich die Form nicht selbstständig vertreten und von den übrigen psychischen Krankheitsformen getrennt geschildert. Ohne Zweifel aber beschreibt Newington in seiner Arbeit über die Stuporarten der Verwirrtheit entsprechende Krankheitsfälle. Auch bei anderen englischen Schriftstellern ist aus ihren Schilderungen der delirirenden acuten Manie und des Delirium acutum die Verwirrtheit erkennbar.

Vorkommen und Aetiologie.

Was die Häufigkeit dieser Krankheitsform betrifft, dürfte sie der der Melancholie und Manie nahe kommen, wenn nicht die der letzteren wenigstens übertreffen. Doch fehlt es vorläufig an genauen Erhebungen darüber, denn auch die 3,7 pCt. in unserem Baseler Anstaltsbericht über die letzten 10 Jahre entsprechen nicht ganz der Wirklichkeit. Sicherer scheint mir der Umstand des häufigeren Vorkommens bei den Frauen zu sein, das auch von den Meisten bestätigt wird, die über die Krankheit selbstständig beobachteten und berichteten. In Bezug auf das Alter ist es das kräftige Alter, 20.—40 Jahr,

das die meisten Kranken liefert, eine Angabe, die mit der Esquirol's, da derselbe die Dementia senilis hierher rechnet, in Widerspruch steht.

Meynert lässt die Krankheit vorzugsweise zwischen 20—30, fast nicht mehr über 50 Jahre (?) auftreten. Es ist daran richtig, dass sie im höheren Alter selten auftritt, doch habe ich auch solche Kranke beobachtet im Alter von 50—60 Jahren und darüber. Ausserdem ist in prädispositioneller Beziehung von Bedeutung die geschwächte Constitution und zwar in körperlicher Beziehung. Es sind demnach auch weniger erbliche Momente im engeren Sinne, die in Frage kommen, sondern mehr sogenannte angeborene, fötale und infantile, angeborene Rachitis, schwere äussere oder innere Erkrankungen im Kindesalter; solche, die die normale geistige oder körperliche Entwicklung beeinträchtigen, sind es vor Allem, die beobachtet werden. Ich bemerke dabei, dass übrigens die Frage der Heredität noch nichts weniger als genügend bei dieser Krankheitsform sicher gestellt ist.

In zweiter Linie handelt es sich um später erworbene neuro- und psychopathische Constitutionen, oder, wie sich Mayser ausdrückt, um Nervensysteme, die lange vorher nutritiven Störungen und Erschütterungen ausgesetzt waren durch vorangegangene fieberhafte Krankheiten, vor Allem durch viele Geburten, kümmerliches und liederliches Leben, Anämie, Metrorrhagien, langjährige Uterinleiden, wozu noch nach Meynert starke Affecte, geistige Ueberanstrengungen, durch Inanition und Schulüberbürdung erschöpfte Gehirne kommen. Krafft-Ebing legt auch auf die Krankheit als postfebrile Psychose, sodann auf Heredität, ferner auf Neuropathie, rhachitischen Hydrocephalus, alkoholische und sexuelle Excesse, chronische Krankheiten, körperliche und geistige Anstrengungen, Wochenbetten, Lactation und schlechte Lebensverhältnisse, hauptsächliches Gewicht und rechnet auch hierher die Inanitionspsychosen bei Gefangenen. Konrad lässt körperliche Krankheiten, Anämie, Typhus, menstruale Störungen, Phthise, Geburt, Schwangerschaft und Wochenbett als Ursachen wirken. Ich stimme damit im Allgemeinen überein, möchte aber für die chronischen Formen nach dem Vorgange Kahlbaum's bei seiner Katatonie sehr die Onanie betonen.

Bezüglich der occasionellen Momente ist am meisten der Einfluss gemüthlicher Erschütterungen und Erregungen zu beobachten. Bestürzung, Ueberraschung, Schreck, Aerger und Zorn, also psychischer Shck oder psychische Contrastwirkung. Daneben kommen dann vielfach die gleichen Momente in Betracht, die schon als prädisponirende angeführt wurden, wie Fieber, Blutverluste, menstruelle Störungen,

vor Allem aber das Puerperium, von dessen psychischen Krankheiten die grössere Zahl der Fälle unter dem Bilde der Verwirrtheit verlaufen (Fürstner). Dazu kommen epileptische Anfälle (Samt) und Intoxicationen. Eine besondere Rolle spielen Herz- und Gefässkrankheiten mit ihrer Folge von Embolien oder Thrombosen bei dieser Krankheit. Es sind dies die aphasischen und pseudaphasischen Formen der Verwirrtheit, welche nach meiner Meinung richtiger von der eigentlichen Verwirrtheit zu trennen und als Abart derselben gesondert zu behandeln sind. Es sind ebenso wohl klinische, als pathologisch-anatomische Momente, die hiefür sprechen. In ersterer Beziehung sind es die Symptome der Aphasie in ihren verschiedenen Formen und der Mangel der Gehörshallucinationen und der Hallucinationen überhaupt, in letzterer das Vorkommen encephalitischer, also organischer Processe, die in Frage kommen.

Es ist nochmals zu constatiren, dass die Bearbeiter dieser Krankheitsform darin übereinstimmen, und zwar von Esquirol angefangen bis zur Gegenwart, dass sie eine Folge der Einwirkung schwächender Momente, sei's im Allgemeinen, sei's in Bezug auf das centrale Nervensystem sei. Alle betonen es, dass sie nur auf einer geschwächten Constitution auftrete und bezeichnen sie demnach als Inanitions-, als asthenische, als Schwäche-, ja als Erchöpfungspsychosen.

Esquirol spricht von Hirnschwäche und Erschöpfung; Meynert von hirnanämischen Zuständen; Krafft-Ebing von Erschöpfung und Asthenie des Nervensystems, von einer lähmungsartigen Schwäche der höchsten psychischen Functionen; Fritsch von einer Schwäche der Hemisphärenleistung; Mayser von Zuckungscurven des hochgradig asthenisch funktionirenden centralen Nervenorgans.

Es ist immerhin dabei zu beachten, dass man bei der Beurtheilung der Grundzüge der Krankheit die neben den geistigen Schwächeerscheinungen gleichzeitig herrschenden Erregungs- und Reizerscheinungen nicht vernachlässige. Es wäre dies um so unrichtiger und gerade von Manchen um so inconsequenter, als sie auf die Reizsymptome im centralen Sinnesgebiet so besonders grossen Werth legen, in Wirklichkeit auch nicht selten bei den acuten Fällen die psychischen Reizsymptome die der Schwäche an Intensität übertreffen und so gewissermassen die Scene beherrschen.

Es ergiebt sich daraus, dass die Krankheit in nächster Beziehung zur Dementia primaria s. acuta der Autoren steht. Der Unterschied ist zum Theil nur ein gradueller. Bei der Dementia acuta bestehen ausschliessliche nervöse Schwächesymptome, während bei der Ver-

wirrtheit neben letzteren die der Reizung einen hervorragenden Anteil in symptomatischer Beziehung bilden.

Verlauf.

Der Krankheit geht wohl ausnahmslos ein Vorläuferstadium vorher, das von verschieden langer Dauer ist. Manchmal dauert es nur Stunden bis Tage, in anderen Fällen bis Monate.

Im ersten Falle klagen die Kranken über Kopfweh, sind appetitlos, haben rothen, warmen Kopf, wenig Schlaf, schwere unruhige Träume, zeigen häufig eine gewisse Beängstigung, Gereiztheit und Aufgeregtheit. Andere vorwaltend unmotivirten Stimmungswechsel und Unruhe, haben subjective Sinneserscheinungen, vorübergehende Hallucinationen.

Im anderen Falle bildet sich allmälig eine Umänderung des geistigen Naturells aus. Die Leute werden verstimmt, gedrückt, gereizt, leiden an spontanen gemüthlichen Unlustverstimmungen, zeigen eine Neigung zum Brüten; keine gewisse Ungewissheit, selbst Furcht beschäftigt und treibt sie. Sie wissen nicht, was mit ihnen vorgeht, befürchten aber, dass etwas Schlimmes ihnen begegnen werde. Es ist ihnen das Denken zeitweilig schwer, sie glauben in ihrem Gedächtniss abzuschwächen. Zeitweilig machen sich kurzdauernde Zustände von Verwirrtheit geltend. Die Kranken sind auch körperlich unwohl, müde, abgespannt, haben Schwindel und andere unangenehme Empfindungen im Kopfe, nervöse Gereiztheit, ungeregelten Appetit und Verdauung, magern ab, sehen wenig gut aus, schlafen weniger gut, träumen viel, schrecken viel auf und sind morgenlich unaufgelegt. Auch hier machen sich später illusionelle und hallucinatorische Elemente geltend.

Der Uebergang in die eigentliche Krankheit ist stets ein sehr rascher, ja geradezu plötzlicher und erfolgt zweifellos unter dem hauptsächlichen Einflusse zahlreicher Sinnesstörungen, aber auch rasch abnehmenden Bewusstseins unter vasomotorischen Störungen.

Der nun folgende Zustand hat einen mehr weniger ausgesprochenen maniakalischen Charakter, in anderen Fällen den einer acuten Verrücktheit, einer furibunden Tobsucht oder agitirten Melancholie, ja auch eines acuten Deliriums. Meist aber ist es ein Zustand allgemeiner höchstgradiger Aufregung.

Vielelleicht in gleicher Häufigkeit macht sich ein Gemisch dieser verschiedenen Krankheitsformen geltend in der Weise, dass entschieden ausgesprochene Elemente derselben abwechselnd, sich verschlin-

gend und verwirrend, sich geltend machen. In verhältnissmässig seltenen Fällen bildet das erste Auftreten der Krankheit ein mehr chronischer Symptomencomplex, der in vielen Symptomen sich der Verrücktheit nähert, daneben aber durch die mangelnde Orientierungsfähigkeit, Personen- und Ortsverwechslung, Verwirrtheit der Vorstellungen, nicht selten auch durch pseudaphasische Momente, besonders aber durch sonderbare, der Verrücktheit fremdartige gesticulatorische, mimische und allgemeine abnorme Bewegungserscheinungen sich auszeichnet. Es sind Zustände, wie sie Kahlbaum 1874 unter seiner Katatonie beschrieb.

Konrad nennt dieses acute Stadium das hallucinatorische und lässt ihm eine pathetische Phase folgen. Aus ihr entwickelt sich das zweite, das maniakalische Stadium. Ich kann diese Aufeinanderfolge von hallucinatorischem und maniakalischem Stadium insofern als richtig gelten lassen, als der anfänglichen ausserordentlichen Aufregung und Verworrenheit recht oft ein etwas ruhigeres Stadium mit maniakalischem Charakter folgt. Dagegen ihre Vermittelung durch eine pathetische Phase ist mir allerdings nicht in der beschriebenen Weise vorgekommen.

Dieses acute, irgendwie geartete Stadium kann Tage, Wochen, aber auch viele Monate andauern, um dann in die Remission oder Reconvalescenz, oder auch in den Tod überzugehen. Mehrentheils ist dies nicht der Fall, sondern es nimmt einen mehr oder weniger chronischen Charakter an, bei dem dann geistige Schwäche, Benommenheit, verworrenes Reden und Handeln, recht häufig in Verbindung mit einer pathetischen Phase, sonderbaren Bewegungen und Gesticulationen, Neigung zur Verbigeration, zum Pleonasmus in Form des Oratorischen und Theatralischen, die charakteristischen Merkmale bilden. Noch öfter aber geht es in einen stuporartigen Zustand über, der oft gerade so lange, manchmal auch länger, als das vorangegangene acute Stadium dauern kann.

Dieses Stuporstadium ist ein sprachloses, oft tetanisches, selten cataleptiformes. Wenn die Kranken reden, fallen sie durch ihre kolossale Verworrenheit und Geistesabwesenheit auf. Es kann dieser Wechsel zwischen maniakalischem und stuporösem Stadium öfter regelmässig hintereinander auftreten wie bei circulärer Psychose, Fälle, die schon Esquirol beobachtete. Recht häufig wechseln aber auch manieforme und stuporartige Zustände von verschiedener Dauer höchst unregelmässig miteinander ab und stellen ein höchst regelloses und ungeordnetes Mischbild dar.

Der Verlauf der Krankheit ist demnach ein sehr verschiedener.

Er kann ein einfach remittirender sein, oder er ist ein paroxysmeller, oder ein circulärer.

Die Dauer der Krankheit ist auch sehr verschieden. Es giebt Fälle, die in wenigen Tagen in Tod oder Remission mit folgender Convalescenz ausgehen. Andere thun dies erst nach ein paar Wochen, wobei das Remissionsstadium in der Regel als ein psychisches Schwächestadium, als geistiger Stuporzustand, und zwar je nach der Dauer des acuten Stadiums um so deutlicher und entschiedener erscheint. Man muss diese Fälle als acute Verwirrtheit bezeichnen.

Es giebt sodann solche von mehr monatlicher bis etwa einjähriger Dauer, in wechselnden Phasen und Stadien, die die subacuten Fälle darstellen. Endlich giebt es solche von jahrelanger Dauer, also chronische Fälle.

Der Ausgang ist: 1. in Genesung. Er findet oft statt, wohl fast nie direct, sondern regelmässig durch ein psychisches reines oder stuporartiges Schwächestadium, das in einzelnen Fällen recht lange dauern kann. Stets bleibt über die Zeit und Vorkommnisse der durchgemachten Krankheit ein mehr oder weniger vollständiger Erinnerungsverlust. Ich muss dies gegenüber Krafft-Ebing betonen. Nur ganz mild verlaufende Fälle machen davon eine Ausnahme.

2. In ein chronisches Stadium mit nachfolgender Genesung nach manchmal jahrelanger Dauer der Krankheit. Im Ganzen dürfen wohl diese Genesungen meiner Erfahrung nach als Defectheilungen aufgefasst werden, da die ursprüngliche geistige Constitution meist mehr weniger Schaden erlitten hat.

3. In ein chronisches dauerndes Schwächestadium, sogenannte chronische Verwirrtheit oder Dementia mit bald apathisch-stuporösem, bald agitirtem, meist aber mit aus Apathie, Stupor und Agitation gemischtem Charakter.

4. In den Tod in acutem oder chronischem Verlaufe.

Die Kranken gehen rasch an Pneumonien, Phthisen, an Nierenaffectionen, an Erschöpfung, s. Krafft-Ebing durch Delirium-acutum-artige Inanitionszustände, oder langsam an Phthise, Darmaffectionen, an Marasmus zu Grunde. Seltene Fälle thun dies in Folge von Embolien und Herzaffectionen.

Pathologisch-anatomisch beobachten wir in der Regel nichts anderes als bei anderen sogenannten functionellen Psychosen. Es sind hirnanämische und hydrämische Zustände bis zum eigentlichen Hydrocephalus externus et internus, mit meningealen Trübungen, oft in einem Grade, den man bei einer relativ kurzen Krankheitsdauer auffallend finden muss. Dabei zeigt sich das Hirn mehr weniger

atrophisch. Es gehören diese Zustände demnach zu den funktionellen Psychosen, da sich bei ihnen keine charakteristischen anatomischen Veränderungen auffinden lassen. Immerhin treten letztere, wenn auch nicht als für die Verwirrtheit charakteristisch, so doch in Bezug auf den Bestand eines degenerativen Hirnvorgangs so deutlich hervor, so die Befunde anderer funktioneller Psychosen an Bedeutung überragend, und zwar in der Form der Hirnatrophie, dass wir die Verwirrtheit als eine Uebergangsform, Zwischenform zwischen rein funktionellen Psychosen (Melancholie, Manie, Paranoia) und den anatomischen Psychosen halten dürfen. Es erinnert dies daran, was Kahlbaum hinsichtlich der Katatonie, andere Autoren hinsichtlich der anatomischen Stellung des sogenannten Delirium acutum angegeben haben.

Dass Fettherz, wie Einige angeben, regelmässig als Befund sich zeigt, kann ich nicht bestätigen. Ueber das Vorkommen von Herzkrankheiten und davon abhängigen embolischen und encephalitischen (letztere nicht immer) Processen habe ich bereits oben meine Ansicht geäussert. Dass die mannigfaltigen pathologisch-anatomischen Angaben Esquirol's hier nicht verwerthbar sind, leuchtet ein.

Allgemeine Symptomatologie. Definition.

Verwirrtheit ist eine oft acut, noch häufiger subacut, aber auch nicht selten chronisch verlaufende funktionelle Hirnkrankheit, die fast regelmässig mit einem acuten hallucinatorischen Stadium beginnend, im weiteren Verlaufe sich durch geistige Unklarheit, verworrenes Delirium, zwecklose Unruhe, wechselnd mit intercurrirenden Aufregungen und Stuporzuständen charakterisiert.

Verwirrtes, zusammenhangloses, zerfahrenes Reden und Thun macht sich bei den Kranken ebenso deutlich und auffallend bemerkbar, wie ein mehr oder weniger starker Grad geistiger Benommenheit, Unklarheit und Unorientirtheit, die sich gleichmässig in mangelhafter und unrichtiger Wahrnehmung und Auffassung, wie in unrichtiger Deutung und Beurtheilung des Wahrgenommenen und durch Verlust des Gedächtnisses aussprechen. Schon in ruhigen Stadien sind häufige Illusionen und Hallucinationen unverkennbar. Noch mehr scheinen sich solche zur Zeit der paroxysmellen Aufregungen geltend zu machen, die sich häufig bald mit längerer, bald mit kürzerer Stärke und Dauer einstellen. Der Charakter und Inhalt dieser Erregungszustände ist sehr mannigfaltig und wechselnd. Bald sind die Kranken dabei heiter, bald traurig, bald ängstlich, bald zornig, bald schmerzlich verstimmt oder alles dieses zugleich, meist aber in leb-

haftem Wechsel. Die Aufregungen stellen danach Krankheitsbilder in vorübergehender Weise dar, die der aufgeregten Melancholie, der Manie, der Tobsucht oder einem aufgeregten Delirium gleichen können. Meist rasch und unvermittelt finden Uebergänge aus diesen Erregungszuständen in stuporartige Zustände statt. Diese verschiedenen Zustandsformen zeigen öfter eine gewisse Regelmässigkeit in ihrem Auftreten und Wechseln, andere Male fehlt dies.

In den ruhigen Stadien (Remissionen?) machen die Kranken einen hochgradig schwachen Eindruck. In körperlicher Beziehung beobachtet man im Beginn leichtes abendliches Fieber. Sonst im Allgemeinen erscheinen die Kranken körperlich geschwächt und anämisch, was während der Aufregungen oft weniger klar hervortritt, in den ruhigen Stadien sich aber um so mehr ausspricht. Die Herzthätigkeit und der Puls sind geschwächt und frequent, die Ernährung liegt darunter, die Blutbildung ist mangelhaft, der Appetit ungeregelt, meist vermindert, vielfach leidet die Verdauung. Ebenso ungeregelt ist der Schlaf. Die Körperwärme nimmt einen anhaltend subnormalen Charakter an, doch kommen vorübergehende Steigerungen dazwischen wieder vor. Vielfache Störungen der Se- und Excretionen machen sich geltend.

Specielle Symptome.

a) Psychische.

Das Wahrnehmungsvermögen und die Aufmerksamkeit der Kranken sind geschwächt. Was man zu ihnen spricht, wird nur langsam und undeutlich oder gar nicht verstanden. Sie zeigen sich über Personen, Verhältnisse und Vorkommnisse um sie her unklar. Zweifellos machen die Dinge nicht genügend starken Eindruck auf sie. Es ergiebt sich dies aus ihrem Anblick, ihrer Physiognomie und ihrem äusseren Verhalten. Sie beweisen, dass das Verständniss dafür mangelt.

Die Kranken reden meist und viel. Was sie auf Anfragen oder spontan sprechen, hat den Charakter des theilweis oder ganz Unverständlichen. Es passt selten auf die Fragen, es ist innerlich zusammenhangslos, es ist verworren, manchmal sinnlos oder auch der richtigen Worte entbehrend, — par- und aphatische Elemente. Oft folgen sich die Worte in ideenflüchtiger Steigerung als Ausdruck eines hochgradig gesteigerten Vorstellungsmechanismus, oft aber auch lang- und mühsam, mit vielen Stockungen und Unterbrechungen als Ausdruck eines verlangsamten Mechanismus. Nicht selten wechseln beiderlei Momente ab, wodurch das Vorstellungsleben ganz den Eindruck des Ungeregelten, tief Gestörten macht.

Ueber den Inhalt ist daher schwer in's Klare zu kommen. Man ersieht im Allgemeinen, dass die Kranken über Gegenwart und Vergangenheit im Unklaren sind, kein Verständniss der Wirklichkeit haben, in einer imaginären Welt sich bewegen, die abwechselnd einen heitern, traurigen, schmerzlichen, ängstlichen, aufregenden, erschreckenden Inhalt für sie hat. Sie reden von Personen und Vorgängen, die nicht vorhanden sind, meist es auch nicht waren. Es sind demnach mannigfaltige Wahnideen und Delirien, die sie aussern. Meist ist ihr Inhalt ein fortwährend beweglicher und wechselnder, doch machen sich manchmal auch konstantere, vielfach sich wiederholende Delirien geltend.

Ohne Zweifel besteht in Bezug auf die Gefühlsvorgänge oft eine gewisse erhöhte Lebhaftigkeit sowohl in ihrer Aeusserungsweise, als in ihrem Verlaufe, dabei ist aber doch der Grundton des Gefühlslebens der schwachen bis mangelnden Reaction.

Die Kranken sind eindrucks- und interesselos, sie werden von den Vorgängen der Umgebung wenig oder nur mechanisch berührt. Sie sehen mehr erstaunt, verwundert, fragend und ungewiss auf die Dinge und Personen um sie her. Vielfach macht sich allerdings eine gewisse Aengstlichkeit leicht geltend, wie sie sich unverkennbar bei den meisten Kranken mehr oder weniger äusserlich und anhaltend ausdrückt und als eigentlicher Angstzustand selbst geltend machen kann.

Im Allgemeinen ist wohl auch hier der Charakter der tiefen Störung und Regellosigkeit das Hervorstechende. Das aussere Benehmen und Verhalten der Kranken ist sonderbar, sich widersprechend, ohne rechten Sinn und Zusammenhang, mehr weniger losgelöst von den gewöhnlichen Motiven. Bald sind die Kranken ruhig wie in Gedanken versunken oder gedankenlos, sich wenig oder gar nicht um ihre Umgebung kümmерnd, plötzlich werden sie lebhaft, unruhig, machen unverständliche Handlungen der verschiedensten Art.

Auch hierin herrscht ein grosser Wechsel vor. Vorwaltend entbehren ihre Handlungen eines äusserlich erkennbaren Zweckes. Vielfach sind an ihrer Stelle einfache, zwangsläufige coordinirte Bewegungen, die oft lange hindurch in gleicher Weise ausgeführt werden. Die Kranken gehen im Kreise herum, gesticuliren auffallend, gehen rückwärts, legen sich in bestimmter Weise herum, zeichnen Figuren irgendwo ein, reiben gewisse Stellen ab etc. etc. Oft beobachtet man bei den Kranken vorwaltend suchende, tastende, greifende Bewegungen, wobei sie sich an den ergriffenen Gegenständen oft untrennbar festhalten, ja festklammern. Zu geordneten Handlungen sind sie nur in ruhigen Stadien, in Fällen chronischer Natur fähig.

Ein weiteres wichtiges, wenn auch nicht gewöhnlich so deutlich hervortretendes Symptom als die bisherigen ist die Sinnestäuschung. Wohl die meisten Kranken haben Hallucinationen, Illusionen, Visionen und Phantasmen, kurz all die Vorgänge, die im pathologischen Sinnenleben eine Rolle spielen.

Zweifellos beschäftigen sich die meisten Kranken mit diesen subjektiven Vorgängen, die je nach ihrem Inhalt erheiternd, erregend, schreckend, beängstigend, bannend, schmerzend, erzürnend auf den Kranken wirken. Ohne Zweifel beeinflussen diese Sinnestörungen vorzugweise den Stand des Gefühls- und Bewegungslebens der Kranken, indem sie die wechselnden Verstimmungen des Gemüths, die Affecte, die Aufregungen, viele der befremdenden, sonderbaren Handlungen veranlassen. Dagegen wenn man diese Vorgänge als alleiniges, psychopathisches Moment, als den Spiritus rector aller psychopathischen Vorgänge und Symptome hinstellt, wie es Meynert später that und Andere ihm nachmachten, ist dies zu weit gegangen. Allerdings wird die Verwirrtheit der Kranken von den Sinnesstörungen in hohem Masse beeinflusst, dass dies aber auch mit der Ideenflucht der Fall, diese demnach secundär ist, dass die Bewusstseinstrübung von ihnen verursacht wird, dass Aufregung und Stupor sie als Grundlage haben, kurz dass sie ausschliesslich die Scene beherrschen, das heisst den Thatsachen einfach zu Gunsten einer Theorie Gewalt anthun.

Die Sinnesstörungen sind nicht in allen Fällen und in allen Verlaufsstadien gleich „reichhaltig und massenhaft“, ganz abgesehen davon, dass sie häufig nicht nachweisbar sind und nur vermutet werden können. Wir beobachten spontane Angstzustände wie heitere Verstimmungen, idiopathische Wahnsnideen und Delirien.

Sodann ist häufig die Bewusstseinsstörung eine so tief, dass dabei die angenommene Wirkung der Sinnesstörungen einfach unmöglich erscheint. Man könnte mit gleichem, in vielen Fällen mit mehr Recht, der sensoriellen Störung, wie es schon Fritsch that, wie es sich vor Allem Esquirol dachte, die Bedeutung ertheilen, wie sie Meynert der Sinnesstörung zuschreibt. Ich will dies nicht durchführen, sondern nur als thatsächlich betonen, dass beide psychopathischen Elemente von eingreifendster Bedeutung im Krankheitsprocesse sind, im einen Falle das eine, im anderen das andere Symptom geradezu eine führende Rolle spielt, ohne aber gewissermassen das Wesen des ganzen Processes auszumachen.

Man könnte demnach unter solchen Umständen im Sinne Kraepelin's das eine Mal von einer sensoriellen resp. hallucinatorischen,

das andere Mal von einer intellectuellen oder auch von einer delirgenden Form der Verwirrtheit sprechen.

Ausser diesen Symptomen werden vorübergehend oder auch länger dauernd, mehr weniger regelmässig, Angstzustände, psychische Schmerzanfälle, maniacalische Erregungen, tobsuchtartige Wuthanfälle, wie Stupor- und katatonische Intervalle beobachtet.

Von den Symptomen des sogenannten pathetischen Stadiums habe ich bei Gelegenheit des Verlaufs gesprochen.

b) Körperlische.

Wie in psychischer, so machen sich auch in somatischer Beziehung Schwächesymptome vor Allem geltend. Motorische Unsicherheit bis Hinfälligkeit, wirklicher Mangel motorischer Kraft, verschieden weit verbreiteter Tremor, Schwanken beim Stehen, taumelnder Gang; Herz- und Pulsschwäche, manchmal in Verbindung mit subnormalen Temperaturen, werden regelmässig beobachtet. Von anfänglichen, nicht seltenen mässigen Fiebererscheinungen habe ich schon gesprochen.

Veränderungen im oculomotorischen und Facialisgebiet sind häufig, aber in keiner Weise constant. Schleimhaut des Mundes, der Zunge meist krankhaft verändert, daher vorwaltend Appetitlosigkeit, Fötus ex ore, Verdauungsstörungen, allerdings manchmal auch neben Gefrässigkeit. Nahrungsverweigerung ist häufig.

Kopf und Gesicht oft geröthet, doch in ruhigen Zeiten blass. Ernährung rasch verfallend. Schwindel, Kopfdruck regelmässig, soweit Selbtempfindung möglich ist. Auch neuritische (?) Schmerzen in den Extremitäten. Im Urin öfter Albumen, hier und da Zucker, Ausscheidung vermehrter Phosphate. Amenorrhoe oder sonstige Unregelmässigkeit der Menses. Häufigkeit motorischer Reiz- und Schwächesymptome, Krämpfe, Zuckungen, automatische Bewegungen und dergleichen.

Constante Schlafstörungen —, oft Somnolenz, öfter Schlafmangel vorherrschend.

Diagnose.

Sie bietet unter Umständen grosse Schwierigkeiten, die vor Allem darin liegen, dass Zustände von Verworrenheit intercurriend bei allen Arten von Geistesstörung, besonders aber gerade den acuten, auftreten können und auftreten. In der Manie, der agitirten Melancholie, der Paranoia, ja der progressiven Paralyse ist dies zu beobachten. Wir beobachteten die gleichen Symptome, die unsere Krankheits-

form als wesentliche und dauernde constituiren, hier vorübergehend, als intercurrirendes Stadium. Es ist nur durch den weiteren Verlauf und die längere Beobachtung erkennbar, mit welcher Krankheitsform wir es zu thun haben. In einem Falle werden nach wenigen Tagen deutlich die Erscheinungen der Manie, der Melancholie etc. etc. als bleibende zum Vorschein kommen; im anderen machen die Symptome ihren charakteristischen Verlauf durch als Verwirrtheit.

Gerade in Bezug auf diese Verhältnisse muss ich es betonen, dass die Bewusstseinsstörung und Trübung in Form der Verminderung desselben mir das wichtigste und am sichersten leitende Symptom für die Diagnose erscheint. Die massenhaften Sinnestäuschungen treten nicht immer deutlich hervor, sind oft, ja meist nur sehr indirect verwerthbar, die Verworrenheit der Reden und Handlungen ist nicht essentiel, kommt auch bei der acuten Manie etc. etc. vor als Folge der Ideenflucht; da ist es nun die sensorielle Benommenheit in ihren verschiedenen Graden, die nie mangelt, die stets erkennbar ist, die die Diagnose erleichtert und sichert. Diese Verkennung aller Personen und Verhältnisse, diese hochgradige bis absolute mängelnde Orientirungsfähigkeit, dieses sinnlose und zusammenhanglose Benehmen und Handeln, sie sind es, die die Krankheit charakterisiren, die anderen acuten Krankheiten nicht angehören und, wenn sie vorkommen, es nur in vorübergehender Weise thun.

Ausserdem lege ich grossen Werth auf die intercurrirenden stuporösen Zustände und Stadien, die in gewissem Umfange wohl fast die ausnahmslosen Begleiter der Krankheit sind. Auch auf das sogenannte pathetische Stadium lege ich einen Werth, doch ist dasselbe nur viel weniger häufig als das vorige, gewinnt dagegen in den chronischen Fällen an Bedeutung.

Bei den acuten Fällen mehr als bei den chronischen sind die begleitenden körperlichen Verhältnisse nicht werthlos für die Diagnose. Die herrschende Schwäche bis Erschöpfung, der tiefe Ernährungsverfall, das schlechte Aussehen, der Tremor, die anderweitigen motorischen Störungen, wie sie auftreten, gehören eben gerade dieser Form als charakteristisch an.

Endlich möchte ich auf die eigene Art des Verlaufs mit seinem Wechsel und dem dadurch bedingten so häufigen stadienweisen Auftreten der Erscheinungen bezüglich der Diagnose Werth legen. Ich glaube, dass mit gewissenhafter Berücksichtigung der angegebenen Umstände es meist möglich sein wird, allerdings oft erst nach längerer Beobachtung, die Diagnose richtig zu stellen.

Von grossem Werthe wird es dabei sein, sich bei jedem Falle derjenigen psychischen Krankheitsformen und ihrer klinischen charakteristischen Merkmale bewusst zu sein, die in differentiell-diagnostischer Beziehung in Frage kommen. Es sind dies die transitorischen Psychosen, das epileptische Aequivalent und postepileptisches Irresein, es sind acute Manie, agitirte Melancholie, acute Paranoia, primäre Dementia, Stadien der progressiven Paralyse und secundäre Verwirrtheit, vor Allem.

Gegenüber der Verwechselung mit transitorischen Psychosen schützt die längere Beobachtung, da eine solche ja nach Ablauf von längstens zwei Tagen sich entscheidet, während die epileptischen Zustände dieser Art theils durch die Anamnese, theils durch die Momente, mittelst deren wir überhaupt die Epilepsie diagnosticiren, endlich durch den anders gearteten Stupor, sich von der Verwirrtheit unterscheiden lassen.

Acute Manie hat eine andere Entwicklung und andere Aetiologie. Sie beginnt in der Regel nicht gleich als acute Manie, sondern entwickelt sich aus der milden Form, bald langsamer, bald rascher. Dagegen, wie Krafft-Ebing meint, ist Ideenflucht der Verwirrtheit nicht fremd, sondern wird oft genug getroffen, während es sich oft schwer dürfte entscheiden lassen, ob der Bewegungsdrang der Verwirrten genuin oder durch andere Vorgänge veranlasst sei. Es ist ja ohne Zweifel auch ersterer nicht auszuschliessen, da, wo cerebrale Krämpfe, krankhafte Bewegungen überhaupt vorkommen, auch genuiner Bewegungsdrang vorkommen kann. Uebrigens kommen episodisch ausgesprochene maniacalische Stadien in der Verwirrtheit vor mit allen charakteristischen Symptomen, während für gewöhnlich die Ideenflucht, Verworrenheit und Unruhe nicht von den entsprechenden Stimmungsanomalien begleitet sind. Mit einer agitirten Melancholie kann die acute Verwirrtheit nur bei kurzer Beobachtung verwechselt werden. Die spontanen heftigen Angstgefühle oder Schmerzausbrüche, die Wechsellosigkeit der Vorstellungen, die anders gearteten pathologischen Muskelerscheinungen unterscheiden genügend von den Symptomen der Verwirrtheit.

In Bezug auf die acute Paranoia drängt sich zuerst die Frage auf, ob eine solche überhaupt noch zu Recht besteht und nicht vielmehr in der Verwirrtheit aufgegangen ist. Ich habe diese Frage seit langem studirt und glaube mich dahin mit Recht entscheiden zu dürfen, dass es psychische Krankheitsfälle giebt, die acut beginnend, mit massenhaften Wahnideen und Sinnesstörungen auftretend, nach kurzem Verlaufe in vorübergehende oder dauernde Genesung enden.

Es sind Fälle ohne oder mit geringer sensorieller Benommenheit, die aber trotz einer gewissen Verwirrtheit der Vorstellungen innerhalb ihres verworrenen Deliriums systematisirte und constante Wahnideen beobachten lassen und davon abhängig eine mehr oder weniger zielbewusste Handlungsweise zeigen und vor Allem eine andere, aus Misstrauen und Beachtungswahn hervorgehende Entwicklung haben, auf welch letztere schon Meynert aufmerksam machte. Es sind dies thatsächliche Vorkommnisse, die einestheils die Annahme einer acuten Paranoia rechtfertigen, in denen anderentheils nicht nur die Möglichkeit, sondern die Sicherheit liegt, beide Krankheitszustände von einander unterscheiden zu können.

Was die primäre Dementia betrifft, giebt es viele Fälle, die aus einem ganz acuten kurzen Stadium der Verwirrtheit hervorgehend, sodann als Demenz verlaufen. Diese Fälle sollen auch trotz ihres anderen Beginns als solche aufgefasst werden, wie schon Newington that, während dagegen die Fälle, in deren weiterem Verlaufe wieder solche Zustände sich geltend machen, wie sie die Krankheit eingeleitet haben, als Verwirrtheit aufzufassen wären. Es bestehen übrigens zweifelsohne zwischen diesen zwei Formen factische Zwischen- und Uebergangsformen, da sie zum Theil wenigstens, aber nicht so allgemein gültig, wie Kraft-Ebing annimmt, graduelle Abstufungen des gleichen Proesses sind.

Verwirrte Stadien, wie sie im Verlaufe der progressiven Paralyse, aber auch in ihrem Beginne vorkommen, werden durch die bekannten Begleitsymptome als dieser Krankheit zugehörig erkannt werden. Es erübrigt noch Einiges zum Verhältniss zwischen primärer und secundärer Verwirrtheit zu bemerken. Es giebt Fälle, die nach einer überstandenen Melancholie und Manie in psychische Schwächezustände ausgehend daneben die Symptome einer chronischen Verwirrtheit zeigen und daher in obiger Weise genannt werden. Es sind dann eben diese psychischen Schwächemomente, sodann vor Allem Ueberbleibsel der vorangegangenen primären Erkrankung, die in Verbindung mit der Anamnese und der langen Dauer der Krankheit diese secundären Zustände charakterisiren. Wenn auch bei diesen Fällen eine gewisse sensorielle Abschwächung oft beobachtet wird, so ist sie doch nie so vorragend wie bei der primär auftretenden Verwirrtheit.

Verwechselungen mit Paraphasie oder sensorieller Aphasie dürfen wohl leicht vermieden werden können, da ausser der manchmal ähnlichen Sprachstörung die übrigen klinischen Momente genügende

differentielle Bedeutung haben. Im Uebrigen verweise ich auf das früher über pseudaphasische Verwirrtheit Angeführte.

Ich übergehe das Delirium acutum bei dieser Gelegenheit deshalb, weil ich annehme, dass dasselbe zum guten Theil in der Verwirrtheit aufgeht. Die Fälle, die dies nicht thun, sind fast ausnahmslos auf Grund von Organ- oder Allgemeinerkrankungen mit heftigen Delirien und allgemein geistiger Aufregung verlaufende fieberhafte Krankheitszustände, die ich als fieberhafte, febrile, Psychosen bezeichne.

Prognosis.

Die Angaben hierüber sind schwankend und nicht übereinstimmend. So nimmt sie in Bezug auf die Heilbarkeit der Krankheit Fritsch als sehr günstig, Krafft-Ebing als ziemlich günstig und Meynert als weniger günstig an. Krafft-Ebing spricht von 70 pCt. Genesungen, Meynert (Konrad) nur von 44,5 pCt. Sicher kommt letzterer der Wahrheit näher, wenn er mehr Fälle unheilbar werden (46,9 pCt.) als heilen lässt. Ich habe die gleiche Erfahrung. Verwirrtheit ist eine schwerere Psychose als Melancholie und Manie, wie schon der Symptomencomplex lehrt. Allerdings gehen viele Fälle rasch günstig vorüber, es sind dies die acuten Formen, von deren günstigen Prognose schon Esquirol spricht. Aber ihnen gegenüber steht eine viel grössere Zahl von Fällen, bei denen der Verlauf ein anderer ist. Die Prognose ist umso mehr eine zweifelhafte, als es sich nur selten zum voraus bestimmen lässt, ob der Fall acut oder chronisch verlaufen wird.

Meynert bemerkt, auf Kahlbaum gestützt, dass Heilungen bei dieser Krankheit oft nach jahrelanger Dauer vorkommen, was ich bestätigen kann. Im Allgemeinen kann man sagen, je complicirter, gemischter, mannigfaltiger eine Form verläuft, um so übler; je einfacher sie verläuft, um so günstiger ist ihre Prognose. Daneben ist ein ganz wesentliches Gewicht auf die ursprüngliche oder erworbene Beanlagung des Kranken und den Stand seiner körperlichen Kräfte zu legen, um den Fall richtig schätzen zu können.

Esquirol hat seiner Zeit die Prognose quoad vitam sehr schlimm gestellt, da er die Dementia paralytica und senilis unter seine démence bezog. Meynert (Konrad) lässt 8,6 pCt. der Fälle tödtlich enden. Ich kenne keine andere Zahl, dagegen ist es erfahrungsgemäß, dass solche Kranke vielfach zu Grunde gehen, dass auch in

dieser Beziehung die Krankheit sich als schwerer bewährt, als die einfachen Psychosen.

Selbstverständlich werden auf den Verlauf der Krankheit ihre Complicationen und die allgemeineren Gesichtspunkte, die überhaupt bei Stellung der Prognose in Frage kommen, von Einfluss sein.

Behandlung.

Die Indicationen der Behandlung haben davon auszugehen, dass die Haupterscheinungen der Krankheit ein Gemisch von Reiz- und von Schwächeerscheinungen sind, von denen die einen oder die anderen mehr hervorragen. Die Erfahrung ergiebt, dass die Schwächeerscheinungen in der überwiegenden Zahl der Fälle die Hauptrolle spielen, weshalb denn auch im Ganzen davon die Therapie auszugehen hat.

Die Herbeischaffung äusserer und innerer Ruhe, also ausgiebige Bettlage und die Beobachtung eines leicht assimilirbaren, kräftigen Regimes kommen in erste Frage. Daneben werden allgemeine Bäder von mässiger Dauer sich nützlich erweisen.

Unter den Reizsymptomen ist das wichtigste die Schlafstörung, das zu bekämpfen ist. Für den Anfang wird es meist einer directen Behandlung bedürfen, wobei Bäder, Einwickelungen, die Darreichung der Alcoholica zunächst in Frage kommen. Erst wenn diese Mittel nicht ausreichen, soll man zu dem Brom und im äussersten Fall zu kleinen bis mässigen Chloraldosen gehen. Daneben dürften, wenn der Magen es erlaubt, leichte Eisenmittel, China und Chinin in Frage kommen.

Manchmal sind die Reizerscheinungen so vorragend, dass sie die der Schwäche ganz überdecken, wobei letztere auch wirklich nur mässig sein können. In solchen Fällen wird sich die Behandlung von der acuten Formen von Manie nicht unterscheiden. Man wird unter Umständen den Kopf kühl halten, länger dauernde kühtere Bäder geben, grössere Dosen von Brom und Chloral anwenden. Dabei aber auch die Kranken soviel als möglich im Bette halten und gut nähren. Selbstverständlich müssen bei den einzelnen Fällen bezüglich der Behandlung die Aetioologie und Complicationen vor Allem berücksichtigt werden.

Was Krafft-Ebing als Prophylaxis bei dieser Krankheit empfiehlt, wenn sie aus fieberhaften Krankheiten hervorgeht, möchte ich noch für die Fälle erweitern, die im Puerperium entstehen. Eine

rationelle sorgsame Leitung desselben dürfte manche Kranke vor Ausbruch der Verwirrtheit schützen.

Wie bei allen aufgeregten Kranken, deren Bewusstsein mehr oder weniger tief gestört ist, ist die Führung auch der an Verwirrtheit leidenden Kranken eine sehr schwierige. Am meisten wird sie erleichtert, wenn man die Kranken möglichst anhaltend in der Bettlage erhalten kann. Sie sind dabei am ruhigsten und am leichtesten zu überwachen, so dass sie sich nicht selbst verletzen oder durch Störung anderer Kranken zu Thätlichkeiten und ihren Folgen Anlass geben können. Nicht weniger von Bedeutung ist dabei die Erhaltung der normalen Körperwärme. Es ist dadurch endlich am sichersten die Isolirung der Kranken zu vermeiden, die, wenn nicht eine gepolsterte Zelle zur Verfügung ist, ihre grossen Gefahren für die Kranken bietet oder einen grossen Aufwand von Aufsichtspersonal erfordert.

In der grösseren Zahl der Fälle sind die Kranken auch nicht schwierig im Bette und innerhalb der gemeinsamen Schlafsäle zu erhalten, wobei meist bald eine relative Besserung im Verlaufe der Krankheit zu beobachten ist.

Eine anderweitige Schwierigkeit macht die Ernährung der Kranken. Die Nahrungsverweigerung ist Symptom der Krankheit bald durch die Bewusstseinsstörung, bald durch Hallucinationen und Wahnsieden bedingt. Sie dauert noch fort, auch wenn die die Krankheit so häufig begleitenden gastrischen Störungen gehoben sind. Ihre Bekämpfung ist der Natur der Krankheit nach von fundamentaler Bedeutung. Die Verwendung eines noch so gut geleiteten Wartepersonals führt nicht immer zum Ziele, so dass häufig genug zur Sonnenfütterung geschritten werden muss. Es sind dies sicher keine Fälle, die nach Siemens ein längeres Zuwarthen und Experimentiren ertragen würden, ohne wesentlich geschädigt zu werden.

Wie schon erwähnt, erholen sich die Kranken oft sehr langsam, wenn sie etwas längere Krankheitszustände dieser Art durchgemacht haben. Selbst wenn sie einen gewissen Grad körperlicher Erholung erreicht haben, brauchen sie noch lange Zeit, bis sie zur geistigen Klarheit gelangen. Besonders häufig kommt es nicht zum Gefühl der überstandenen Krankheit und damit der wiedergewonnenen Genesung. Es deckt sich diese Erscheinung hinlänglich mit der vorangegangenen Bewusstseinsstörung und der daraus folgenden mehr oder weniger vollständigen Amnesie bezüglich der Krankheitserlebnisse. Aber auch in den Fällen, in denen die Erinnerung daran mehr er-

halten ist, macht gerade dieser Umstand noch lange und viel zu schaffen, weil die theilweise wieder in der Erinnerung auftauchenden Krankheitserlebnisse die Aufklärung des Bewusstseins, die geistige Orientirungsfähigkeit und die richtige Beurtheilung der Verhältnisse noch lange erschweren und aufhalten. Bei gar manchen Kranken kommt es gar nicht dazu, bei anderen erst, wenn nach ihrer Rückkehr in die Aussenwelt die neuen normalen Eindrücke allmälig die krankhaften Erinnerungen verdrängen. Es bedürfen daher solche Reconvalescenten lange Zeit noch, wenn auch nicht immer der Irrenanstalt, so doch der rationell geleiteten häuslichen Ueberwachung und Beeinflussung, wenn ihre Genesung eine vollständige werden soll.
